

На правах рукописи

Ласкова Аксиния Игоревна

**Способность к самопомощи и качество жизни у коморбидных пациентов с
хроническими коронарными синдромами**

3.1.18. Внутренние болезни

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2024

Работа выполнена на кафедре кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Лопатин Юрий Михайлович, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Лямина Надежда Павловна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом медицинской реабилитации Государственного автономного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы».

Глезер Мария Генриховна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой кардиологии факультета усовершенствования врачей Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского), профессор кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), главный внештатный кардиолог Минздрава Московской области.

Ведущая организация:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится « 08 » февраля 2024 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета ПДС 0300.004 при ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (117292, г. Москва, ул. Вавилова, д. 61, ГБУЗ ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ).

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале УНИБЦ (Научная библиотека) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2024 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

Шаваров Андрей Анатольевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы и степень ее разработанности

Хронические коронарные синдромы (ХКС), несмотря на предпринимаемые усилия по профилактике и лечению, сохраняют лидирующие позиции среди причин смертности и сокращения продолжительности полноценной жизни. Старение является основным фактором риска неинфекционных хронических заболеваний, особенно сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому эта тенденция общества приведет к появлению огромного числа пожилых людей с множественной коморбидностью.

По некоторым оценкам предполагаемая распространенность мультиморбидности варьируется от 7% до 99%. (Agborsangaya и др., 2012; John и др., 2003; Marengoni и др., 2009). Некоторые заболевания имеют особое значение в клинической практике ввиду так называемой конкордантности, то есть схожести лежащих в основе их патофизиологических процессов. (MacRae и др., 2021) Модели группировки конкордантных заболеваний с формированием так называемых «кластеров заболеваний» в настоящее время в основном демонстрируют растущую распространенность кардиометаболических состояний. (Di Angelantonio и др., 2015) Являясь одной из ведущих причин смертности, кардиометаболическая мультиморбидность была определена крупнейшим кластером, влияющим на пациентов. (Di Angelantonio и др., 2015)

Согласно Рекомендациям по лечению стабильной ИБС Европейского общества кардиологов (2019 г.) (Knuuti et al., 2019) и Клинических рекомендаций стабильной ИБС Российского кардиологического общества (2020 г.) (Барбараш О. Л. и др., 2020), одной из двух глобальных задач, стоящих перед врачом при лечении ИБС является повышение уровня качества жизни (КЖ) пациентов. Многочисленные исследования убедительно демонстрируют, что профилактика ССЗ экономически, социально и гуманистически превосходит даже самое лучшее лечение манифестных ССЗ. (Goldman et al, 2013; Kottke et al, 2009)

Одним из механизмов профилактики и лечения ССЗ, в частности ИБС, является модификация уровня способности к самопомощи (СкС) (Kottke et al, 2009). Введенное в середине XX века понятие (Levin and Idler, 1983), СкС по данным ВОЗ в настоящее время трактуется как «способность отдельных людей, семей и сообществ самостоятельно или при поддержке работников здравоохранения укреплять здоровье, предупреждать болезни, поддерживать нормальное состояние организма и справляться с болезнями и инвалидностью» (World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2014). СкС является активно развивающимся в мире понятием, при этом изучаются его особенности при различных ССЗ (ишемической болезни сердца (ИБС) (Vaughan Dickson et al, 2017), хронической сердечной недостаточности (ХСН) (Riegel, et al, 2009), гипертонической болезни (ГБ) (Han et al., 2014), фибрилляции предсердий (ФП) (Son et al, 2020), а также множестве внесердечных патологий (сахарном диабете (СД 2 типа) (Shrivastava, 2013), онкологических заболеваниях (Williams et al, 2015), инсульте

(Robinson-Smith et al., 2016) и т.д.). В Российской Федерации уделяется большое внимание кардиологической реабилитации пациентов (Каменская О. В. и др., 2020; Погосова Н. В., 2015; Погосова Н. В., 2022; Протасов Е. А., 2019), тем не менее, понятие СкС при ИБС при этом не освещена. Кроме того, на русском языке нет валидированных инструментов для оценки параметров СкС, что является высокопотенциальным научно-исследовательским направлением с учетом растущей значимости СкС.

В эру информационных технологий уделяется значительное внимание необходимости налаживания доверительных отношений с лечащим врачом, просветительской работы, обучения пациентов модификации образа жизни, самопомощи, мониторингу состояния. Применение современных информационных технологий, в том числе телемониторинга и мобильных приложений для смартфонов, приводит к улучшению приверженности к лечению (ПкЛ), повышению уровня осведомленности о заболевании, что в конечном итоге улучшает клинические исходы (Brouwers et al., 2020; Frederix et al., 2015; Neubeck et al., 2015).

Цель исследования

Оценка и модификация СкС, ПкЛ и КЖ у коморбидных больных с ХКС, в том числе при использовании мобильного приложения.

Задачи исследования

1. Разработать и валидировать на русском языке опросник СкС «The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory» при ХКС.
2. Разработать и валидировать на русском языке опросник уровня знаний об ИБС «The Coronary Artery Disease Education Questionnaire-II».
3. Изучить кластеры коморбидности ИБС, оценить коморбидность в качестве предикторов изменения КЖ, СкС и информированности о заболевании.
4. Изучить взаимосвязи СкС, ПкЛ, КЖ пациентов с фенотипами ХКС, коморбидными состояниями, принимаемой терапией, психологическими особенностями.
5. Создать платформу удаленного мониторинга пациентов с ХКС на базе мобильного приложения и оценить эффективность ее использования в модификации СкС, КЖ, ПкЛ и уровня образованности об ИБС.
6. Оценить динамику СкС, ПкЛ, уровня информированности об ИБС у коморбидных пациентов с ХКС на амбулаторном этапе лечения.

Научная новизна исследования

1. Впервые были валидированы и адаптированы к российской популяции пациентов опросник СкС «The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory» при ХКС и опросник уровня знаний об ИБС «The Coronary Artery Disease Education Questionnaire-II» у пациентов с ХКС и коморбидностью.
2. Впервые в Российской Федерации были изучены взаимосвязи уровня СкС, ПкЛ, КЖ пациентов с фенотипами ХКС, коморбидными состояниями, принимаемой терапией, психологическими особенностями, проведено исследование уровня знаний об ИБС у коморбидных пациентов с ХКС.

3. Впервые в России изучены кластеры коморбидности при ИБС, выявлены коморбидные состояния, являющиеся предикторами изменения КЖ и СкС при ХКС.
4. Впервые разработана платформа удаленного мониторинга и самопомощи пациентов с ХКС на базе мобильного приложения для смартфона. Доказана эффективность использования платформы удаленного мониторинга пациентов с ХКС в модификации СкС, ПкЛ и уровня образованности об ИБС.

Теоретическая и практическая значимость работы

Обоснована и подтверждена целесообразность оценки связанного со здоровьем КЖ коморбидных больных с ХКС, как одного из основных критериев эффективности терапии, что позволяет модифицировать лечебную тактику и в целом совершенствовать медицинское обслуживание. Выявленная зависимость КЖ больных от структуры их личности позволяет прогнозировать изменения КЖ после оптимизации медикаментозного или хирургического лечения. Внедрение в практическое здравоохранение новых валидированных русскоязычных опросников открывает возможности для исследования уровней СкС и информированности об ИБС у больных в соответствии с международными требованиями. Выявленные кластеры коморбидности при ИБС позволят детализировать клинические профили, КЖ и СкС у коморбидных пациентов при ХКС. Применение мобильного приложения для повышения уровня самопомощи и осведомленности о заболевании у больных имеет положительное влияние на улучшение КЖ, ПкЛ, помогает проводить долгосрочное обучение пациентов на амбулаторном этапе наблюдения.

Методология и методы исследования

В научной работе было выделено два этапа: теоретический и экспериментальный. Планирование и проведение экспериментальной части исследования базировалось на принципах надлежащей клинической практики и биоэтики. В процессе теоретического этапа исследования проводился анализ доступной литературы, изучение взаимосвязей психологических особенностей личности, КЖ и СкС в контексте коморбидности. Кроме того, по общепризнанной методике проводилась валидация опросника СкС у коморбидных пациентов с ХКС и опросника уровня образованности об ИБС. Экспериментальный этап состоял из проведения кластерного анализа коморбидности, оценки типа личности Д, госпитального уровня тревоги и депрессии, общего и ассоциированного со стенокардией напряжения КЖ пациентов, их СкС, уровня информированности об ИБС, а также анализировались аналогичные параметры при использовании и без использования мобильного приложения «B2Dос: Стенокардия».

Положения, выносимые на защиту

1. Российская версия опросника СкС “The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory” при ХКС является валидным инструментом оценки СкС пациентов с ХКС.
2. Русскоязычная версия опросника уровня знаний об ИБС CADE-Q II у пациентов с ХКС и коморбидностью является валидным инструментом оценки уровня знаний пациентов об ИБС.

3. Коморбидные состояния могут использоваться в качестве предикторов изменения показателей КЖ и СкС у пациентов с ХКС.
4. Выявленные с учетом количества и тяжести сопутствующих состояний три кластера коморбидности при ИБС различаются по психологическим особенностям, КЖ и СкС.
5. В российской популяции коморбидных пациентов с ХКС отмечается высокая частота встречаемости типа личности Д, высокие уровни тревоги и депрессии, низкие показатели ПкЛ, КЖ, СкС и информированности об ИБС.
6. Платформа удаленного мониторинга на базе мобильного приложения для смартфона является эффективным инструментом повышения ПкЛ, их СкС, позволяет осуществлять долгосрочное обучение пациентов на амбулаторном этапе.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов обеспечена формированием однородных по клинико-демографическим характеристикам группам наблюдения и контроля, использованием достаточного числа наблюдений, а также современных методов лабораторных и инструментальных исследований, статистической обработки данных.

Апробация работы проведена 21.06.2023 года (протокол №3 от 21.06.2023) на заседании проблемной комиссии «Внутренние болезни и клиническая диагностика» федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград. Основные результаты диссертации были представлены на научно-практической конференции «От клинических рекомендаций – к клиническим алгоритмам» (Волгоград, 2019), IV Межрегиональной научно-практической конференции «От клинических рекомендаций – к клиническим алгоритмам» (Волгоград, 2020), Всероссийском совещании «Актуальные вопросы клинической фармакологии и лекарственного обеспечения» (Волгоград, 2020), 78-й Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины».

Внедрение результатов исследования в практику: полученные результаты работы успешно внедрены в практику лечения больных с ХКС и коморбидной патологией в Волгоградском областном клиническом кардиологическом центре.

Публикации: по результатам диссертации опубликовано 10 работ, в том числе 4 в изданиях, входящих в перечень РУДН/ВАК/МБЦ.

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из 6 глав: обзор литературы (глава 1), материалы и методы исследования (глава 2), результаты собственных исследований (главы 3, 4, 5), обсуждение полученных результатов (глава 6), выводы. Диссертация изложена на 179 страницах машинописного текста, содержит 55 таблиц, 40 рисунков. Библиографический указатель состоит из 234 источников, из них 12 представлено источниками отечественных и 222 зарубежных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Объем материала и методы исследования (глава 2)

Проспективное когортное одноцентровое клинико-эпидемиологическое исследование (Рисунок 1) проведено на базе ГБУЗ Волгоградский областной клинический кардиологический центр (г. Волгоград, проспект Университетский, 106), кафедре кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО ВолгГМУ.

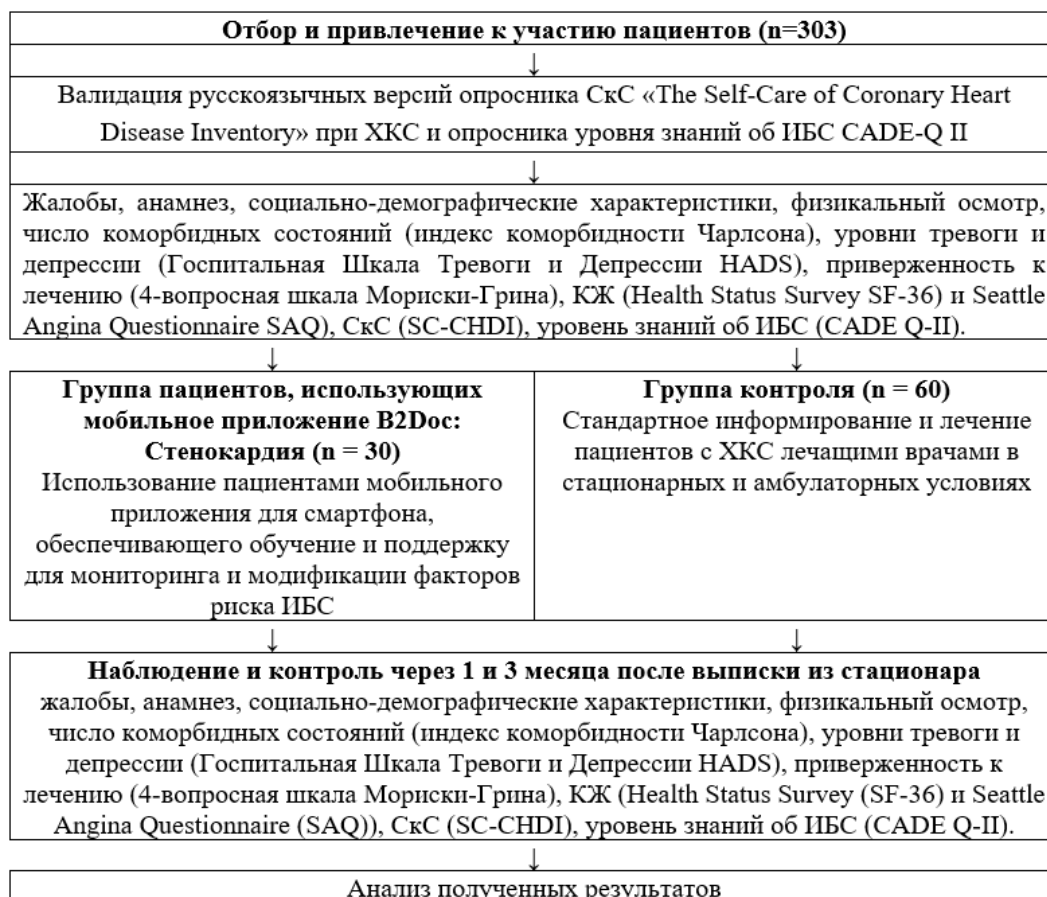


Рисунок 1 – Дизайн настоящего клинического исследования.

Исследование проводилось в 3 этапа:

I этап – валидация русскоязычных версий опросника СкС «The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory» при ХКС и опросника уровня знаний об ИБС CADE-Q II;

II этап – оценка типа личности Д, уровней тревоги и депрессии, ПкЛ, СкС, КЖ (ассоциированного и неассоциированного со стенокардией напряжения), информированности об ИБС у коморбидных пациентов с ХКС, а также коморбидности в качестве предикторов этих показателей, выявление кластеров коморбидности, оценка психологических особенностей, ПкЛ, КЖ и СкС пациентов в зависимости от полученных кластеров, а также изучение коморбидности в качестве предикторов этих показателей;

III этап – динамическая оценка СкС, ПкЛ и уровня образованности об ИБС при использовании и без использования мобильного приложения «В2Дос: Стенокардия» на

амбулаторном этапе лечения в течение 4 месяцев после выписки из стационара.

Исходные характеристики исследуемой когорты приведены в Таблице 1.

Таблица 1 – Социо-демографические и клинические характеристики пациентов с ХКС, участвовавших в исследовании.

Параметр	Значение	Параметр	Значение
Пол:		Род деятельности	
• Мужской, n (%)	180 (59,4%)	• Пенсионер, n (%)	233 (77%)
• Женский, n (%)	123 (40,6%)	• Безработный, n (%)	15 (5%)
Образование:		• Работник физического труда, n (%)	15 (5%)
• Неоконченное среднее, n (%)	8 (3%)	• Работник умственного труда, n (%)	40 (13%)
• Среднее, n (%)	56 (18%)	Наличие инвалидности, n (%)	30 (10%)
• Средне-специальное, n (%)	127 (42%)	Субъективная оценка уровня дохода	
• Неоконченное высшее, n (%)	8 (3%)	• Крайне низкий, n (%)	15 (5%)
• Высшее, n (%)	104 (34%)	• Низкий, n (%)	157 (51,8%)
Семейный статус		• Средний, n (%)	122 (40,2%)
• В браке, n (%)	199 (65,7%)	• Выше среднего, n (%)	5 (1,7%)
• Вдова/вдовец, n (%)	75 (24,7%)	• Высокий, n (%)	4 (1,3%)
• В разводе, n (%)	29 (9,6%)		

В исследуемой когорте инфаркт миокарда был в анамнезе 46% респондентов, ЧКВ – у 27%, АКШ/МКШ – у 10% пациентов. Среди сопутствующей кардиальной патологии значатся ГБ (у 96% пациентов), ФП (29%), иные нарушения ритма сердца (НРС) (28%), ХСН диагностирована у 97% респондентов, при этом низкая фракция выброса ($25,6 \pm 5,2\%$) выявлена у 5%, умеренно сниженная ($45,2 \pm 2,1\%$) – у 11%, сохраненная ($62,7 \pm 5,6$) – у 84% респондентов соответственно. Атеросклероз брахиоцефальных артерий выявлен у 46% пациентов, СД 2 типа – у 36%, ХОБЛ – у 15%, хронический гастрит/гастродуоденит – в 38% респондентов.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программ IBM SPSS Statistics 23 для Windows, AMOS SPSS 18.0, Microsoft Office Excel 2020, Viscovery SOMine 8.0.1 от Viscovery Software GmbH. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка или критерия Колмогорова-Смирнова. Количественные показатели описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ), или с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение 2 групп выполнялось с помощью t-критерия Стьюдента или U-критерия Манна-Уитни. Сравнение 3 и более групп выполнялось с помощью однофакторного дисперсионного анализа, критерия

Краскела-Уоллиса, однофакторного дисперсионного анализа с повторными измерениями, критерия Фридмана с апостериорными сравнениями с помощью критерия Коновера-Имана. Для оценки степени выраженности связей показателей применялся корреляционный анализ, оценка силы связей проводилась при помощи коэффициента корреляции Спирмена (r). При уровне значимости $p < 0,05$ различия в признаках в исследуемых группах считались статистически достоверными.

Валидация опросников проводилась по общепризнанной методике валидации иностранных опросников и анкет (Wild D. et al, 2005).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На I этапе исследования (глава 3) при валидации русскоязычной версии опросника СКС «The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory» при ХКС и опросника уровня знаний об ИБС CADE-Q II получены достаточные психометрические показатели (Рисунок 2).

	The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory	CADE-Q II
	↓	↓
α Кронбаха по шкалам/блокам	0,81 (шкала А) 0,79 (шкала Б) 0,85 (шкала В)	0,69 (блок 1) 0,67 (блок 2) 0,61 (блок 3) 0,69 (блок 4)
Психометрические показатели	$\chi^2=232,887$, $df=198$, $\chi^2/df=1,176$, $p=0,415$, CFI=0,904, GFI=0,910, RMSEA=0,043, SRMR=0,0752	$\chi^2=554,71$, $df=421$, $\chi^2/df=1,31$, $p=0,312$, CFI=0,761, GFI=0,908, RMSEA=0,05, SRMR=0,0797
Критериальная валидность	Шкала А: физический компонент анкеты SF-36 ($r=-0,212$, $p<0,05$), индекс коморбидности Чарлсона ($r=0,282$, $p<0,01$). Шкала Б: разделы ограничения физических нагрузок ($r=-0,218$, $p<0,05$) и частоты приступов стенокардии анкеты SAQ ($r=-0,340$, $p<0,05$), физический компонент анкеты SF-36 ($r=-0,275$, $p<0,01$), давность ХКС ($r=0,354$, $p<0,01$). Шкала В: шкала приверженности к лечению Мориски-Грина ($r=0,25$, $p<0,05$).	уровень образования пациента ($r=0,391$, $p<0,01$); шкала «уверенности в самопомощи» опросника самопомощи SC-CHDI ($r=0,251$, $p<0,05$); компонент «жизненной активности» анкеты SF-36 ($r=0,225-0,284$, $p<0,05$); психологический компонент анкеты SF-36 ($r=0,308$, $p<0,01$); возраст ($r=-0,237$, $p<0,05$).

Рисунок 2 – Результаты валидации опросников способности к самопомощи «The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory» при ХКС и уровня знаний об ИБС CADE-Q II.

На II этапе исследования (главы 3, 4) проведена оценка типа личности Д, уровней тревоги и депрессии, ПкЛ, СКС, КЖ, информированности об ИБС у коморбидных пациентов с ХКС.

Тип личности Д был выявлен у 182 человек (60%) по шкале негативной

возбудимости (при средних значениях $10,2 \pm 5,6$) и у 178 человек (59%) – по шкале социального ингибирования ($10,4 \pm 3,7$). При оценке уровней госпитальной тревоги и депрессии согласно опроснику HADS повышенный уровень тревоги был выявлен у 145 пациентов ($7,6 \pm 3,5$), депрессии – у 148 человек ($7,1 \pm 3,4$), клинически значимая тревога и депрессия (более 11 баллов) – у 57 (18,8%) и 54 (17,8%) респондентов соответственно.

ПкЛ по шкале Мориски-Грина составила, в среднем, $2,5 \pm 1,2$ (Ме: 2 [2-4]). Значимых различий в показателе при сравнении групп пациентов с разными фенотипами ХКС, разным числом коморбидностей выявлено не было.

При оценке КЖ групп пациентов разных фенотипов ХКС получены достоверные ($p=0,037$) различия по шкале жизненной активности опросника SF-36 (Рисунок 3).

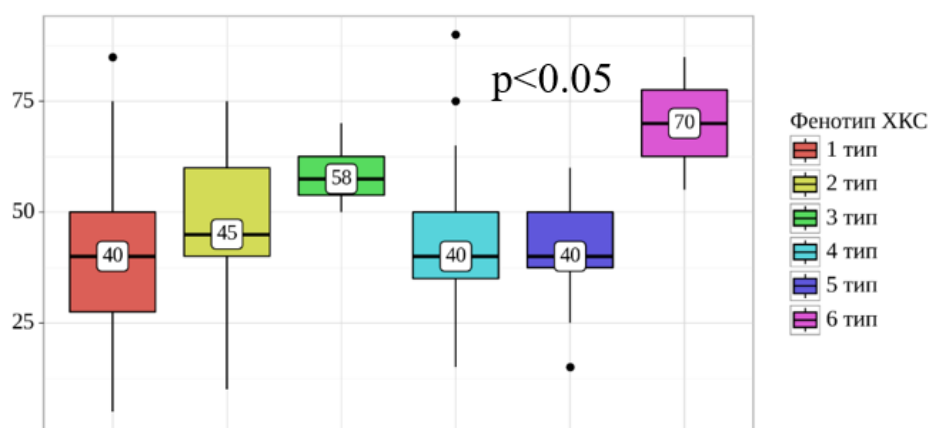


Рисунок 3 – Анализ показателей шкалы жизненной активности опросника SF-36 в зависимости от фенотипа хронического коронарного синдрома.

Сравнивая группы пациентов в зависимости от количества коморбидных заболеваний по параметрам КЖ согласно опроснику SF-36 (Рисунок 4) были выявлены достоверно ($p=0,029$) более высокие показатели по шкале физического функционирования.

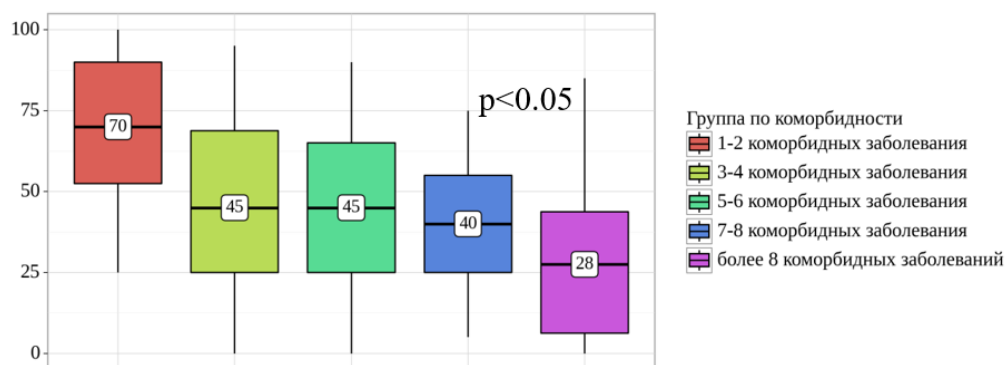


Рисунок 4 – Анализ показателей шкалы физического функционирования опросника SF-36 в зависимости от количества коморбидных заболеваний.

При сравнительной оценке показателей КЖ (Рисунок 5) у пациентов с СД 2 типа ($n=109$) и без нарушения гликемического обмена выявлено, что КЖ у пациентов с ХКС

без нарушения гликемического обмена было достоверно выше, чем у пациентов с СД 2 типа: по шкале физического функционирования на 35% ($p<0,001$), по шкале общего состояния здоровья на 11% ($p=0,008$), по шкале социального функционирования на 20% ($p=0,002$), по показателю физического компонента здоровья на 15% ($p=0,002$), по показателю психического компонента здоровья на 17% ($p=0,009$).

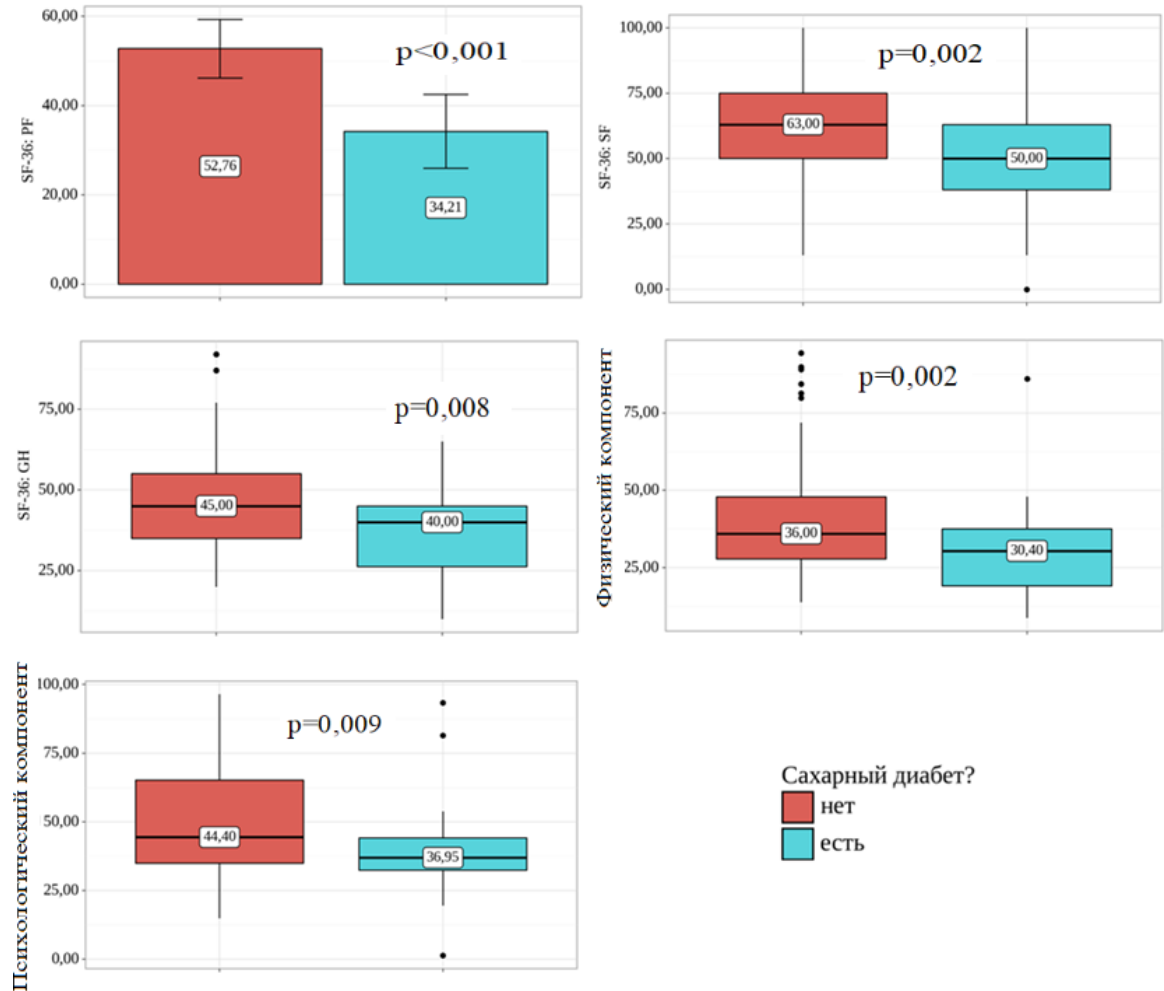


Рисунок 5 – Анализ показателей качества жизни согласно опроснику SF-36 в зависимости от сопутствующего наличия сахарного диабета 2 типа у пациентов с ХКС. Сокращения: SF-36: GH – шкала «Общее состояние здоровья»; SF-36: PF – шкала «Физическое функционирование»; SF-36: SF – шкала «Социальное функционирование».

У пациентов, перенесших инфаркт миокарда в анамнезе (Рисунок 6), СКС по шкалам управления самообслуживанием (шкала Б) и уверенности в самопомощи (шкала В) была достоверно ($p=0,018$ и $p=0,049$ соответственно) выше, чем у пациентов без ПИКС.

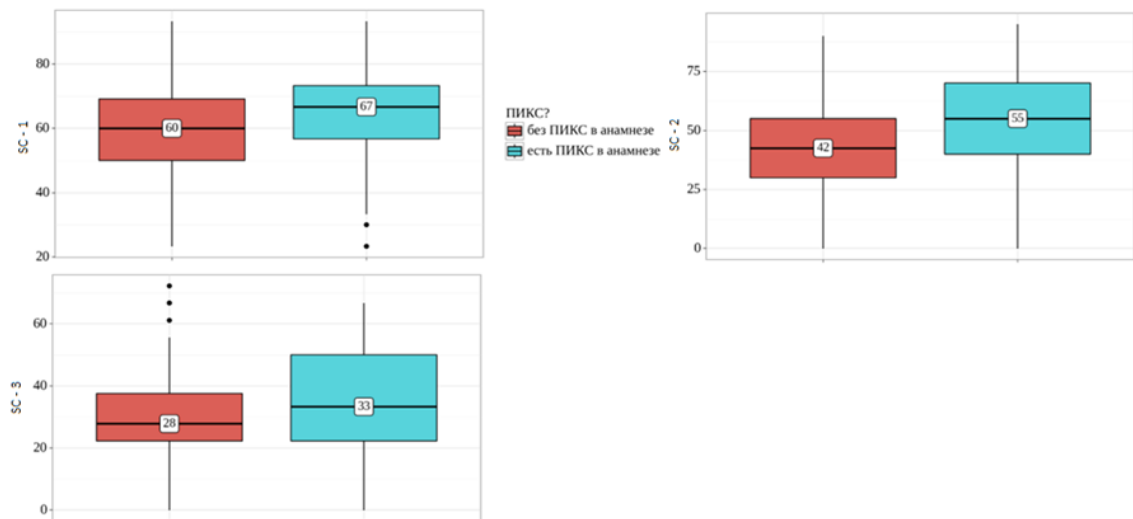


Рисунок 6 – Способность к самопомощи в группах пациентов, имеющих и не имеющих ПИКС в анамнезе. Сокращения: SC-1 – шкала поддержания самообслуживания; SC-2 – шкала управления самообслуживанием; SC-3 – шкала уверенности в самопомощи.

При оценке СКС наибольшая средняя сумма баллов по опроснику наблюдалась по шкале А (Поддержание самообслуживания) и составила $61,3 \pm 12,2$. Сумма баллов по шкале Б (Управление самообслуживанием) имела средние показатели на уровне $49,0 \pm 16,2$, по шкале В (Уверенность в самопомощи) выявлены наименьшие показатели – $32,3 \pm 14,5$. В группах ХКС достоверные ($p < 0,05$) различия были выявлены по шкале А и шкале Б (Рисунок 7). Наибольшие значения СКС по шкале поддержания самообслуживания (шкала А) были выявлены в 6 группе ХКС наименьшие – в группе 2 фенотипа ХКС (Me: 57 [53-63] баллов).

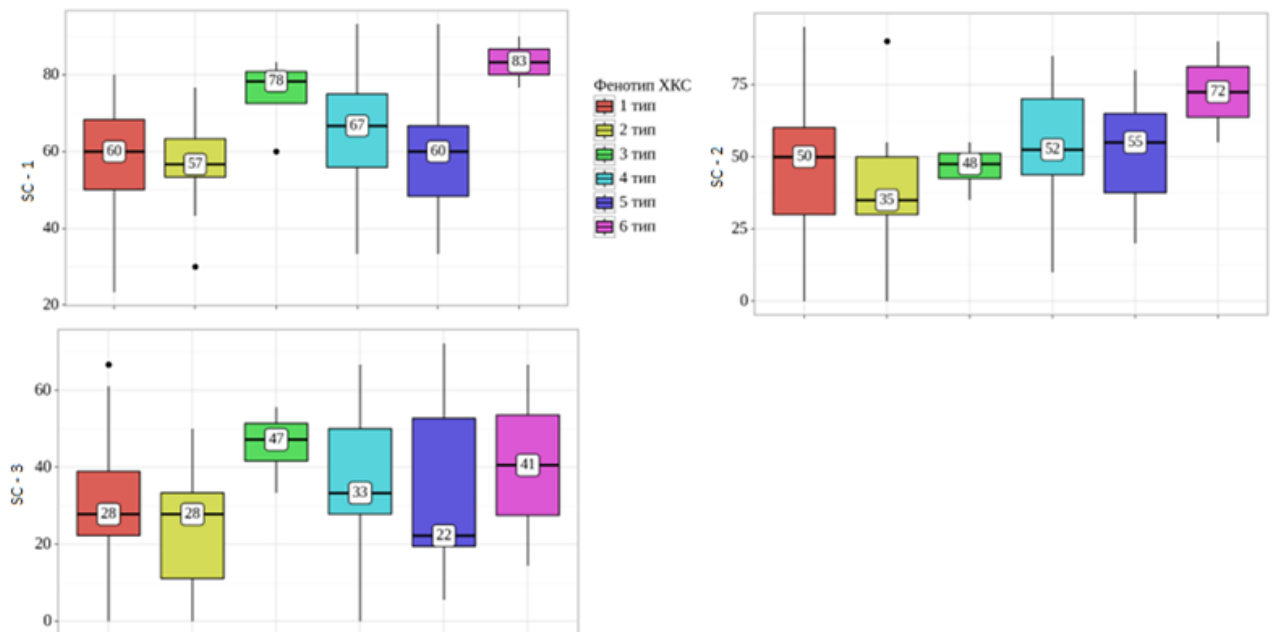


Рисунок 7 – Анализ способности к самопомощи по шкалам опросника в зависимости от фенотипа ХКС. Сокращения: SC-1 – шкала поддержания самообслуживания, SC-2 – шкала управления самообслуживанием, SC-3 – шкала уверенности в самопомощи

Достоверные различия получены по шкале В (уверенность в самопомощи) при сравнительном анализе групп пациентов по ПкЛ по шкале Мориски-Грин (Таблица 2): наибольшие показатели СкС получены при наибольшей ПкЛ.

Таблица 2 – Анализ показателей шкалы уверенности самопомощи в зависимости от приверженности к лечению по шкале Мориски-Грин.

Баллы шкалы Мориски-Грин	Шкала В (Уверенность в самопомощи)			p
	n	Me	Q ₁ – Q ₃	
0	15	25*	22 – 33	0,033
1	48	28	11 – 28	
2	112	33	22 – 50	
3	70	28	19 – 39	
4	58	44	26 – 51	

*p=0,020 – в сравнении с группой пациентов, набравших 4 балла и 0 баллов

В результате оценки уровня образованности пациентов с ХКС об ИБС согласно опроснику CADE-Q II суммарно за весь опросник респондентами было набрано в среднем $44,73 \pm 17,2$ баллов. Были получены достоверные ($p=0,013$) различия уровня знаний пациентов с ХКС в зависимости от их исходного уровня образования (Рисунок 8): наибольшие – у пациентов с неоконченным высшим и высшим образованием. В зависимости от фенотипа ХКС также были получены достоверные ($p=0,018$) различия (Рисунок 9): наименьший уровень образованности продемонстрировала группа 1 фенотипа ХКС (Me: 36 [29-48] баллов), наибольший – группа 6 фенотипа ХКС (Me: 68 [61-74] баллов).

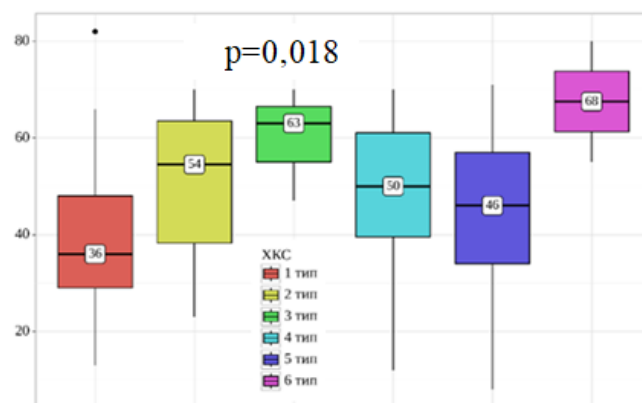
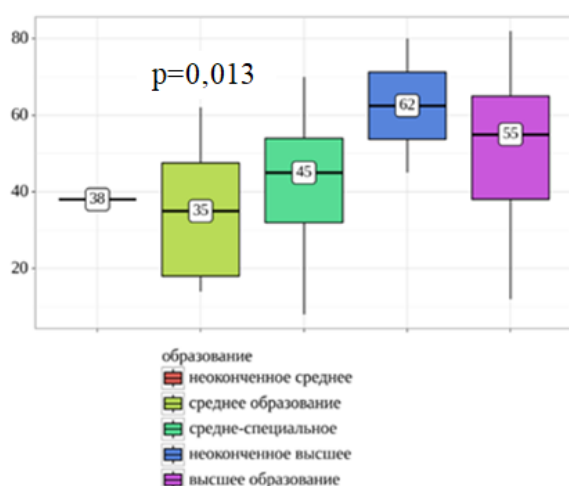


Рисунок 9 – Образованность об ИБС в зависимости от фенотипа ХКС.

Рисунок 8 – Образованность об ИБС в зависимости от исходного уровня образования.

В результате выполнения иерархической кластеризации коморбидных состояний (Рисунок 10) было выделено три кластера. В кластере №1 – «низкой морбидности» – с наименьшим числом респондентов (3,8%), отмечается наименьшее количество коморбидных состояний, преимущественно «мягкие» коморбидности: выявлена наибольшая частота встречаемости ФП, язвенной болезни желудка, холецистита и гастрита. Наиболее многочисленным (более 60%) является кластер №2 – «умеренной морбидности». В этой группе отмечают, преимущественно, средние значения наличия коморбидных состояний. В кластере №3 (32,9% пациентов) – «высокой морбидности» – выявлено наибольшее число коморбидных состояний, т. ч. СД 2 типа, а также наибольшая степень ожирения, наименьшая фракция выброса при ХСН (1,458), самая низкая функция почек (1,749), наибольшая частота встречаемости перенесенного инфаркта миокарда и ЖНРС, наибольшая частота встречаемости клинической депрессии. Построение самоорганизующейся карты Кохонена (Рисунок 11) позволило сгенерировать нелинейное представление распределения данных, идентифицируя три кластера пациентов.

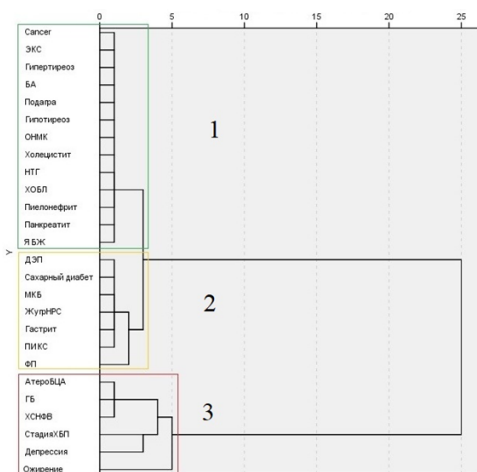


Рисунок 10 – Дендрограмма иерархической кластеризации коморбидных состояний с использованием метода Варда.

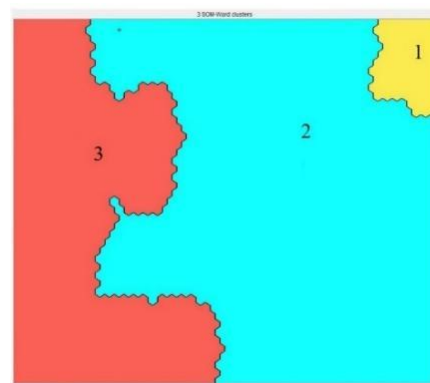


Рисунок 11 – Самоорганизующаяся карта Кохонена для коморбидных состояний пациентов исследуемой когорты.

Примечание: 1 – кластер №1, 2 – кластер №2, 3 – кластер №3

Тип личности Д (Рисунок 12) был выявлен у 83,3% пациентов кластера №3 («высокой морбидности»), что достоверно ($p=0,020$) чаще, чем в кластере №2 («умеренной морбидности») (42,1%).

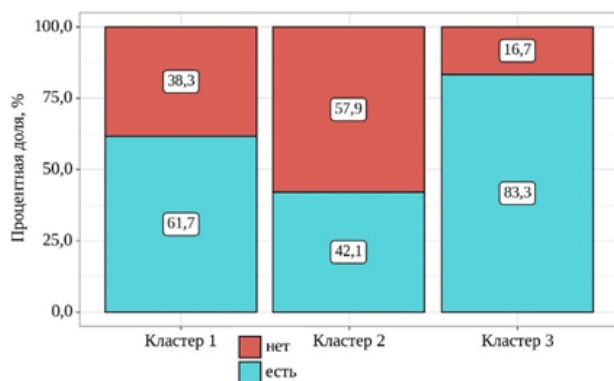


Рисунок 12 – Встречаемость типа личности Д в зависимости от кластеров коморбидности.

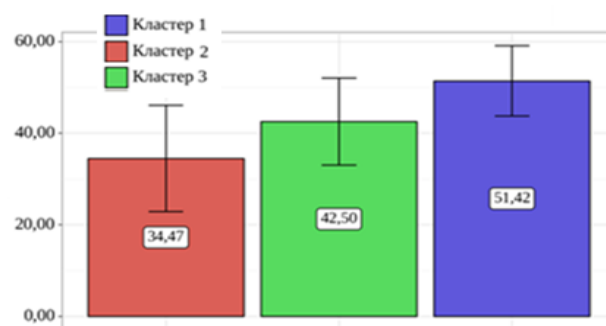


Рисунок 13 – Физическое функционирование согласно опроснику SF-36 у пациентов с ХКС в зависимости от кластера коморбидности

При оценке КЖ по шкале физического функционирования опросника SF-36 (Рисунок 13) КЖ респондентов из кластера №2 было достоверно ($p=0,044$) ниже, чем у пациентов кластера №1 ($34,47 \pm 24,09$ против $51,42 \pm 29,80$ баллов). Также достоверно ($p=0,017$) различались показатели ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием: наибольшие значения получены в кластере №1 ($33,00, 0,00 - 41,50$).

По шкале ограничения физических нагрузок (Рисунок 14) достоверно ($p=0,004$) меньшее КЖ было выявлено у респондентов кластера №3, наибольшие показатели – у пациентов кластера №1 ($53,03 \pm 19,67$). При оценке СКС по шкале поддержания самообслуживания (Рисунок 15) достоверно ($p=0,009$) большие результаты были выявлены у пациентов из кластера №2 ($71,05 \pm 12,57$ баллов), наименьшие показатели получены у пациентов кластера №3.

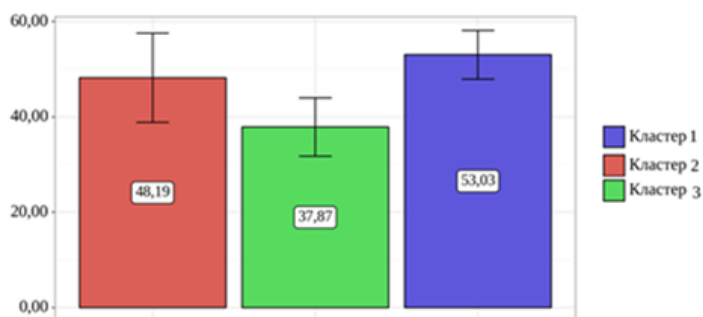


Рисунок 14 – Ограничение физических нагрузок согласно опроснику SAQ у пациентов с ХКС в зависимости от кластера коморбидности.

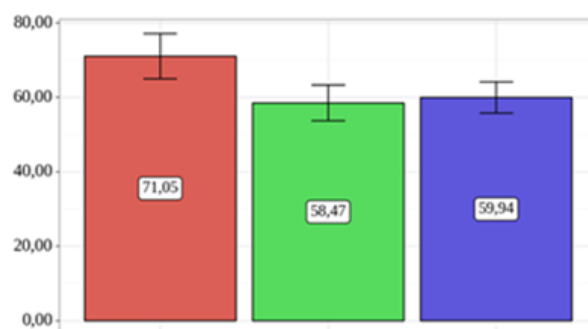


Рисунок 15 – Уровень поддержания самообслуживания согласно опроснику SC-CHDI у пациентов с ХКС в зависимости от кластера коморбидности

При анализе предикторов изменения КЖ получена достоверная ($p<0,05$) модель вклада СД 2 типа и ХСН в снижение уровня физического компонента здоровья: при наличии СД 2 типа и ХСН физический компонент здоровья будет снижаться на 0,385 и

0,303 баллов соответственно. Влияние ХКС в сочетании с ХСН на физический компонент здоровья достоверно ($p < 0,001$) составляет 16,2%. При наличии ХПН и ХБП прогнозируется достоверное ($p < 0,001$) повышение уровня удовлетворенности лечением на 0,267 и 0,216 баллов соответственно, при наличии ЖНРС в анамнезе и имплантированного по любой из причин ЭКС в анамнезе – снижение на 0,209 и 0,187 баллов соответственно. Наиболее значимым ($p = 0,005$) предиктором изменения удовлетворенности лечением у пациентов с ХКС является ХПН: вклад в изменение показателя составит 0,267 баллов. Выявленное достоверное ($p = 0,016$) влияние ХКС в сочетании с ХПН, ХБП и ЖНРС в анамнезе на удовлетворенность лечением составляет 5,9%. Имплантация ЭКС в анамнезе достоверно ($p = 0,028$) окажет вклад в удовлетворенность лечением в 4,9%, совокупность наличия ХПН и ЖНРС в анамнезе – в 4,7% ($p = 0,032$), только ЖНРС в анамнезе – в 4,3% ($p = 0,04$).

При оценке предикторов СкС (в модели «СД 2 типа, ГБ, ХБП, депрессия») выявлено, что СД 2 типа окажет достоверный ($p = 0,015$) вклад в СкС в 12,1%, совокупность СД 2 типа и ГБ – в 10,7% ($p = 0,027$), а совокупность ГБ и депрессии – достоверный ($p = 0,037$) вклад в 9,9%. Уровень поддержания самообслуживания (шкала А) достоверно ($p = 0,003$ и $p = 0,019$ соответственно) связан с наличием у пациентов с ХКС или только СД 2 типа, или совокупности СД 2 типа и ГБ, при этом вклад в поддержание самообслуживания составит 10,1% и 6,5% соответственно. Уровень уверенности в самопомощи (шкала В) достоверно ($p = 0,007$) связан с одновременным наличием у пациентов с ХКС ГБ и депрессии, их вклад составляет 8,5%. При наличии ХПН и ХБП прогнозируется повышение уровня удовлетворенности лечением на 0,267 и 0,216 баллов соответственно, при наличии ЖНРС в анамнезе и имплантированного по любой из причин ЭКС в анамнезе – снижение на 0,209 и 0,187 баллов соответственно. Наиболее значимым ($p = 0,005$) предиктором изменения удовлетворенности лечением у пациентов с ХКС является ХПН: вклад в изменение показателя составит 0,267 баллов.

На III этапе исследования (глава 5) была выполнена динамическая оценка СкС, ПкЛ и уровня образованности об ИБС при использовании и без использования мобильного приложения «В2Дос: Стенокардия» на амбулаторном этапе лечения в течение 4 месяцев после выписки из стационара.

Анализ динамики ПкЛ по шкале Мориски-Грин установил статистически значимые различия ($p = 0,040$) между группами Контроля и В2Дос через 1 месяц после выписки из стационара (Таблица 5): ПкЛ была достоверно выше при использовании мобильного приложения «В2Дос: Стенокардия». У пациентов группы Контроля не выявлено статистически значимых изменений в ПкЛ при динамическом наблюдении.

Таблица 5 – Анализ динамики приверженности к лечению в зависимости от использования мобильного приложения «B2Doc: Стенокардия»

Группа	Этапы наблюдения						p
	При выписке		Через 1 месяц после выписки		Через 3 месяца после выписки		
	Me	Q ₁ – Q ₃	Me	Q ₁ – Q ₃	Me	Q ₁ – Q ₃	
Контроль	2	2 – 3	3	2 – 3	3	2 – 3	0,064
B2Doc	2	1 – 3	3*	3 – 4	3	2 – 3	0,043
p	0,369		0,040		0,918		–

*p<0,001 в сравнении с данными при выписке.

В процессе анализа в группе эксперимента были установлены статистически значимое (p=0,043) (Рисунок 18) повышение и стабилизация уровня ПкЛ при использовании мобильного приложения «B2Doc: Стенокардия».

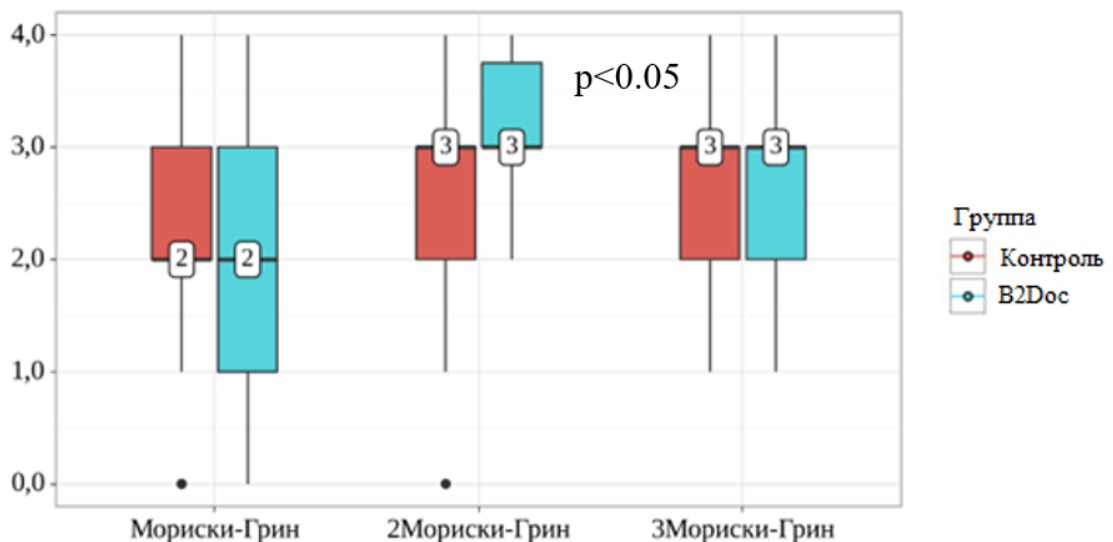


Рисунок 18 – Анализ динамики приверженности к лечению в зависимости от использования мобильного приложения «B2Doc: Стенокардия».

Сокращения: Мориски-Грин – на момент выписки; 2Мориски-Грин – через 1 месяц после выписки; 3Мориски-Грин – через 3 месяца после выписки.

В процессе сравнения уровня информированности об ИБС на этапе выписки из стационара (p=0,060) и через 3 месяца после выписки (p=0,520) статистически значимых различий выявить не удалось (Таблица 3). Через 1 месяц после выписки были выявлены статистически значимые различия (p=0,017) между группами B2Doc и Контроля.

Таблица 3 – Анализ динамики уровня образованности об ИБС в зависимости от использования мобильного приложения «B2Doc: Стенокардия».

Группа	Этапы наблюдения						p
	При выписке		Через 1 месяц после вписки		Через 3 месяца после выписки		
	Me	Q ₁ – Q ₃	Me	Q ₁ – Q ₃	Me	Q ₁ – Q ₃	
Контроль	36	8 – 54	38	14 – 55	46	18 – 54	0,311
B2Doc	46	28 – 54	51*	36 – 58	36 [§]	19 – 52	<0,001
p	0,060		0,017		0,520		–

*p<0,001 в сравнении с данными при выписке; [§]p<0,001 в сравнении с данными через 1 месяц после выписки.

Группы Контроля и B2Doc достоверно (p=0,048) различались (Таблица 4) по уровню поддержания самообслуживания при использовании мобильного приложения «B2Doc: Стенокардия» через 1 месяц после выписки. На этапе 3 месяцев после выписки носили характер тенденции: в группе B2Doc СКС составляла 70,42 ± 10,94 баллов против 65,75 ± 14,84 баллов в группе Контроля.

Таблица 4 – Анализ динамики способности к самопомощи по шкале А «Поддержание самообслуживания» в зависимости от использования мобильного приложения «B2Doc: Стенокардия».

Группа	Этапы наблюдения						p
	При выписке		Через 1 месяц после вписки		Через 3 месяца после выписки		
	M ± SD	95% ДИ	M ± SD	95% ДИ	M ± SD	95% ДИ	
Контроль (n=60)	59,60 ± 14,83	56,55 – 62,66	63,07 ± 15,56*	59,87 – 66,28	65,75 ± 14,84 [§]	62,69 – 68,81	<0,001
B2Doc (n=30)	65,55 ± 13,83	60,39 – 70,71	69,19 ± 12,17 [@]	64,65 – 73,73	70,42 ± 10,94 [#]	66,33 – 74,50	<0,001
p	0,055		0,048		0,115		–

*p<0,001 в сравнении с данными при выписке; [§]p=0,004 в сравнении с данными после выписки; [@]p=0,002 в сравнении с данными при выписке; [#]p=0,004 в сравнении с данными после выписки.

При анализе СКС по шкале А «Поддержание самообслуживания» у коморбидных пациентов с ХКС в динамике через 1 месяц и 3 месяца после выписки из стационара отмечались достоверные различия, как при использовании мобильного приложения «B2Doc: Стенокардия» (p<0,001), так и без его применения (p<0,001) (Рисунок 16). В группе Контроля за все время наблюдения не удалось установить статистически

значимых изменений ($p=0,311$) в динамике уровня информированности об ИБС. Однако в группе В2Дос было выявлено статистически значимого повышение через 1 месяц после выписки ($p<0,001$) (Рисунок 17).

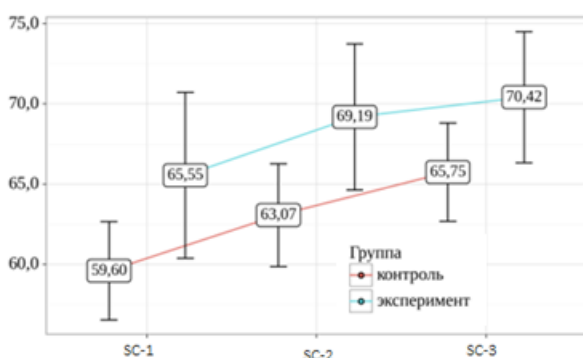


Рисунок 16 – Анализ динамики способности к самопомощи по шкале А «Поддержание самообслуживания» в зависимости от использования мобильного приложения «В2Дос: Стенокардия».

Сокращения: SC-1 – шкала поддержания самообслуживания, SC-2 – шкала управления самообслуживанием, SC-3 – шкала уверенности в самопомощи.

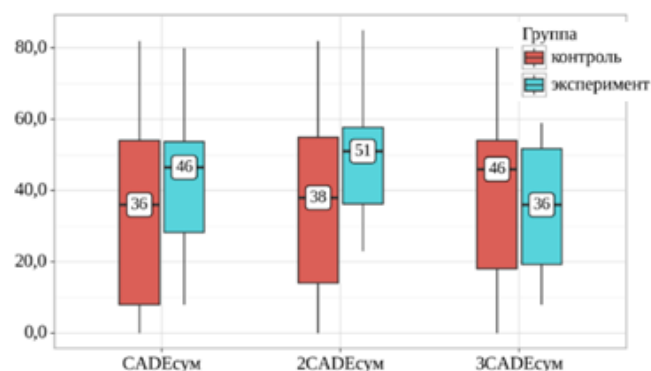


Рисунок 17 – Анализ динамики уровня образованности об ИБС в зависимости от использования мобильного приложения «В2Дос: Стенокардия».

Сокращения: CADEsum – на момент выписки; 2CADEsum – через 1 месяц после выписки; 3CADEsum – через 3 месяца после выписки.

ВЫВОДЫ:

1. Русскоязычная версия опросника СкС “The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory” обладает достаточными психометрическими показателями (α Кронбаха 0,738 суммарно для всего опросника, 0,698, 0,649 и 0,716 для шкалы А, Б и В соответственно; $\chi^2=232,887$, $df=198$, $\chi^2/df=1,176$, $p=0,415$, $CFI=0,904$, $GFI=0,910$, $RMSEA=0,043$, $SRMR=0,0752$), что делает ее доступной для использования в оценке СкС у коморбидных пациентов с ХКС. У русскоязычной версии опросника уровня знаний об ИБС CADE-Q II выявлены удовлетворительные психометрические показатели (α Кронбаха 0,613-0,877; $\chi^2=554,71$, $df=421$, $\chi^2/df=1,31$, $p=0,312$, $CFI=0,761$, $GFI=0,908$, $RMSEA=0,05$, $SRMR=0,0797$), что позволяет использовать ее в клинической медицине для оценки уровня информированности об ИБС у больных с ХКС.

2. Выявлены три кластера коморбидности: «высокой морбидности» - 32,9% пациентов, «умеренной морбидности» - 63,6% пациентов, «низкой морбидности» - 3,8% респондентов. У пациентов кластера «высокой морбидности» достоверно ($p=0,020$) чаще встречался тип личности Д (83,3%), самые низкие показатели ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, ограничения физических нагрузок ($37,87 \pm 14,49$ баллов, $p=0,004$), отношения к болезни (33,0 [31,22 –

43,78], $p = 0,024$), поддержания самообслуживания ($58,47 \pm 11,37$, $p=0,009$). Достоверно более высокие показатели были выявлены у респондентов кластера «низкой морбидности»: по шкале физического функционирования КЖ согласно опроснику SF-36 ($51,42 \pm 29,80$ баллов, $p=0,044$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($33,00$ баллов [$0,00 - 41,50$], $p=0,017$).

3. КЖ у пациентов с ХКС без нарушения гликемического обмена было достоверно выше, чем у пациентов с СД 2 типа: по шкале физического функционирования на 35% ($p<0,001$), по шкале общего состояния здоровья на 11% ($p=0,008$), по шкале социального функционирования на 20% ($p=0,002$), по показателю физического компонента здоровья на 15% ($p=0,002$), по показателю психического компонента здоровья на 17% ($p=0,009$). Наличие СД 2 типа и ХСН является достоверным ($p=0,009$) предиктором снижения уровня физического компонента здоровья, при этом влияние ХСН в сочетании ХКС достоверно ($p<0,05$) составляет 16,2%. Ассоциированное со стенокардией напряжения КЖ по шкале ограничений физических нагрузок было достоверно ($p=0,049$) выше у пациентов в ХКС с 1-2 коморбидными состояниями (Me: 56 [46-74] баллов), чем у пациентов с 7-8 коморбидными заболеваниями (Me: 38 [29-44] баллов). Наличие ХПН, ХБП, ЖНРС и имплантированного по любой из причин ЭКС в анамнезе являются достоверно ($p=0,027$) значимыми предикторами изменения удовлетворенности лечением у коморбидных пациентов с ХКС, при этом их вклад в совокупности достоверно ($p=0,028$) составляет 5,9%.

4. СКС достоверно ($p<0,05$ и $p=0,047$ соответственно) различалась по шкалам поддержания самообслуживания и управления самообслуживанием в зависимости от фенотипов ХКС: наибольшие значения в группе 6 фенотипа (Me: 83 [80 – 87] баллов и Me: 72 [64-81] баллов соответственно). СД 2 типа оказывает достоверный ($p=0,015$) вклад в СКС в 12,1%, совокупность СД 2 типа и ГБ – в 10,7% ($p=0,027$), а совокупность ГБ и депрессии – достоверный ($p=0,037$) вклад в 9,9%. Уровень поддержания самообслуживания (шкала А) достоверно ($p=0,003$ и $p=0,019$ соответственно) связан с наличием у пациентов с ХКС или только СД 2 типа, или совокупности СД 2 типа и ГБ, при этом вклад в поддержание самообслуживание составит 10,1% и 6,5% соответственно. Уровень уверенности в самопомощи (шкала В) достоверно ($p=0,007$) связан с одновременным наличием у пациентов с ХКС ГБ и депрессии, их вклад составляет 8,5%.

5. Полученная статистически значимая ($p<0,001$) регрессионная модель шкалы поддержания самообслуживания ($r_{xy}=0,502$), включающая параметры уровня образования, шкалы физического функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, опросника SF-36, уровень депрессии опросника HADS, объясняет 25,2% наблюдаемой дисперсии показателя "Шкалы А". Кроме того, полученная достоверная ($p<0,001$) регрессионная модель шкалы управления самообслуживанием ($r_{xy}=0,633$), включающая параметры уровня образования, давность коронарного анамнеза, наличие типа личности Д, ПкЛ, уровни тревоги и депрессии,

уровень ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, частоты приступов стенокардии, объясняет 40,1% наблюдаемой дисперсии показателя "Шкалы Б". Уверенность в самопомощи была на 8% достоверно ($p=0,004$) описана регрессионной моделью ($r_{xy}=0,284$), включающей ПкЛ. Уровень образованности об ИБС достоверно ($p=0,007$) на 23,1% описывался регрессионной моделью ($r_{xy}=0,481$), включающей тип ХКС, шкалу ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, и физическим компонентом опросника SF-36.

6. Использование мобильного приложения «B2Doc: Стенокардия» коморбидными пациентами с ХКС через 1 месяц позволило достоверно ($p<0,001$, $p=0,017$ и $p=0,040$ соответственно) повысить уровень навыков поддержания самообслуживания на 5%, информированности об ИБС на 10% и уровень ПкЛ по сравнению с исходными показателями. Кроме того достигнуто достоверное ($p=0,016$ и $p<0,001$ соответственно) снижение показателей типа личности Д по шкалам негативной возбудимости социального ингибирования, а также достоверное ($p=0,016$) снижение уровня тревоги.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Опросник СкС "The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory" и опросник уровня знаний об ИБС CADE-Q II могут использоваться для оценки уровней самопомощи и информированности об ИБС у коморбидных пациентов с ХКС.
2. Наличие у пациента сахарного диабета 2 типа и ХСН может использоваться в качестве предиктора снижения уровня физического компонента здоровья.
3. Наличие у пациента сахарного диабета 2 типа, ГБ и депрессии может использоваться в качестве предиктора изменения СкС у пациентов ХКС.
4. Наличие у пациента с ХКС хронического пиелонефрита, ХБП, ЖНРС и анамнеза имплантации по любой из причин ЭКС может использоваться в качестве предиктора удовлетворенности лечением.
5. Использование коморбидными пациентами с ХКС мобильного приложения «B2Doc: Стенокардия» на амбулаторном этапе лечения позволяет повысить уровни СкС, информированности об ИБС и ПкЛ, снизить уровень тревоги, депрессии, ослабить негативные психологические эффекты личности типа Д.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Kabargina, A. I.** New mobile app for patients with coronary heart disease. / **A. I. Kabargina, A. V. Zubkov, V. V. Noskin** // Сборник тезисов «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 80-й международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов», 14-16 октября 2020 года. – Волгоград: 2020. – С. 405-406.
2. **Кабаргина, А. И.** Валидность и надежность русскоязычной версии опросника способности к самопомощи "The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory" при хронических коронарных синдромах / **А. И. Кабаргина, Ю. М. Лопатин** //

- Российский кардиологический журнал. – 2020. – №. 9. – С. 33-39.
<https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3961>
3. **Кабаргина, А. И.** Способность к самопомощи и качество жизни коморбидных пациентов с хроническими коронарными синдромами: в чем их взаимосвязь? / **А. И. Кабаргина**, Ю. М. Лопатин // Южно-Российский журнал терапевтической практики. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 40-47. <https://doi.org/10.21886/2712-8156-2021-2-3-40-47>
 4. **Ласкова, А. И.** Валидность и надежность русскоязычной версии опросника уровня знаний об ишемической болезни сердца CADE-Q II / **А. И. Ласкова**, Ю. М. Лопатин // Российский кардиологический журнал. – 2022. – Т. 27. – №. 4. – С. 48-53. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2022-4857>
 5. **Laskova, A. I.** Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Psychometric Validation of the Russian Coronary Artery Disease Education Questionnaire II (CADE-Q II) in chronic coronary syndrome patients / **A. I. Laskova**, G. L. M. Ghisi, Yu. M. Lopatin // Российский кардиологический журнал. – 2022. – Т. 27. – №. 6. – С. 93-99. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2022-5049>
 6. **Ласкова, А. И.** Оценка способности к самопомощи как основа для мобильного приложения для пациентов со стабильной стенокардией / **А. И. Ласкова**, М. Ю. Фролов, Ю. А. Орлова, Ю. М. Лопатин // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2022. – Т. 18. – №. 3. – С. 268-273. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2022-06-06>.
 7. **Laskova, A. I.** Chronic coronary syndromes: first glance at new phenotypes. Any differences in self-care and quality of life? / **A. I. Laskova** // Сборник тезисов IX Международного образовательного форум: «Российские дни сердца», 22-23 июня 2022 – СПб.: 2022. – С. 15.
 8. **Ласкова, А. И.** Оценка уровня знаний пациентов с ишемической болезнью сердца о своем заболевании. / **А. И. Ласкова**, Ю. М. Лопатин // Сборник тезисов Ежегодной всероссийской научно-практической конференции «Кардиология на марше 2022», 7-9 июня 2022 года. – М.: 2022. – С. 129.
 9. **Ласкова, А. И.** Влияние мобильного приложения на способность к самопомощи, приверженность к лечению и качество жизни у коморбидных пациентов с хроническими коронарными синдромами: первые результаты пилотного тестирования. / **А. И. Ласкова**, М. Ю. Фролов, Ю. М. Лопатин // Сборник тезисов Российского национального конгресса кардиологов 2022 года, 29 августа - 1 сентября 2022. – Казань: 2022. – С. 247.
 10. **Ласкова, А. И.** Мобильное приложение для коморбидных пациентов с хроническими коронарными синдромами: динамика влияния на способность к самопомощи, приверженность к лечению и уровень информированности о заболевании. / **А. И. Ласкова** // Сборник тезисов Российского национального конгресса кардиологов 2023 года, 21-23 сентября 2023 – М.: 2023. – С. 378

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АКШ – аортокоронарное шунтирование
ББ – бета-блокаторы
ГБ – гипертоническая болезнь
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ЖНРС – жизнеугрожающие НРС
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИМТ – индекс массы тела
ИРААС – ингибиторы ренин-ангиотензин-превращающей системы
КЖ – качество жизни
КЖАЗ – качество жизни, связанное со здоровьем
МКБ – мочекаменная болезнь
НРС – нарушения ритма сердца
ОКС – острый коронарный синдром
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ПИКС – постинфарктный кардиосклероз ПкЛ – приверженность к лечению
СД 2 типа – сахарный диабет 2 типа
СкС – способность к самопомощи
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ФП – фибрилляция предсердий
ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство
ХБП – хроническая болезнь почек
ХКС – хронические коронарные синдромы
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ХПН – хронический пиелонефрит
ЭКС – электрокардиостимулятор
CADE-Q II – The Coronary Artery Disease Education Questionnaire-II
SAQ – Seattle Angina Questionnaire
SC-CHDI – The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory

Ласкова Аксиния Игоревна (Российская Федерация)

Способность к самопомощи и качество жизни

у коморбидных пациентов с хроническими коронарными синдромами

В проспективное исследование способности к самопомощи и качества жизни у коморбидных пациентов с хроническими коронарными синдромами (ХКС) включено 303 пациента. Русскоязычные версии опросников способности к самопомощи “The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory” и опросника уровня знаний об ишемической болезни сердца CADE-Q II обладают достаточными психометрическими показателями и могут использоваться соответственно для оценки уровней способности к самопомощи и уровня образованности об ишемической болезни сердца у коморбидных пациентов с ХКС. Выявленные три кластера коморбидности: «высокой морбидности» (32,9%), «умеренной морбидности» (63,6%) и «низкой морбидности» (3,8%) различались ($p=0,020$) по частоте встречаемости типа личности Д, показателям качества жизни и поддержания самообслуживания. Качество жизни у пациентов с ХКС без нарушения гликемического обмена было достоверно выше, чем у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Наличие сахарного диабета 2 типа и ХСН является достоверным ($p=0,009$) предиктором снижения уровня качества жизни. Использование мобильного приложения «B2Doc: Стенокардия» коморбидными пациентами с ХКС через 1 месяц позволило достоверно ($p<0,001$, $p=0,017$ и $p=0,040$ соответственно) повысить уровень навыков поддержания самообслуживания на 5%, информированности об ИБС на 10% и уровень приверженности к лечению по сравнению с исходными показателями. Кроме того, достигнуто достоверное ($p=0,016$ и $p<0,001$ соответственно) снижение показателей типа личности Д по шкалам негативной возбудимости социального ингибирования, а также достоверное ($p=0,016$) снижение уровня тревоги.

Laskova Aksiniia Igorevna (Russian Federation)

Self-care ability and quality of life in comorbid patients with chronic coronary syndromes

A prospective study of self-care skills and quality of life in comorbid patients with chronic coronary syndromes (CCS) included 303 patients. Russia versions of “The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory” and the CADE-Q II have sufficient psychometric properties and can be used, respectively, to assess levels of self-care skills and the level of education about coronary heart disease in comorbid patients with CCS. The identified three comorbidity clusters: “high morbidity” (32.9%), “moderate morbidity” (63.6%) and “low morbidity” (3.8%), differed ($p=0.020$) in the frequency of personality type D occurrence, quality of life and self-care skills levels. The quality of life in patients with CCS without impaired glycemic metabolism was significantly higher than in patients with type 2 diabetes mellitus. The presence of type 2 diabetes and CHF is a significant ($p=0.009$) predictor of decreased quality of life. The use of the mobile application “B2Doc: Angina” by comorbid patients with chronic coronary artery disease after 1 month allowed a significant ($p<0.001$, $p=0.017$ and $p=0.040$, respectively) increase in the level of self-care skills by 5%, awareness of IHD by 10% and the level of adherence to treatment compared to baseline values. In addition, a significant ($p=0.016$ and $p<0.001$, respectively) reduction in personality type D indicators on the negative excitability and social inhibition scales was achieved, as well as a significant ($p=0.016$) reduction in the level of anxiety.