

## Влияние ишемической болезни сердца и коморбидной патологии на качество жизни больных пожилого возраста

**А.И. Градская**

Городская клиническая больница № 6, Тверь, Россия

e-mail: gradskaya.anastasia@yandex.ru



### Сведения об авторе

Градская Анастасия Игоревна – врач-кардиолог ГБУЗ «Городская клиническая больница №6», Тверь, Россия

### Резюме

В статье отражен научный обзор российских и зарубежных публикаций по вопросам влияния ишемической болезни сердца коморбидной патологии на качество жизни больных пожилого возраста.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, больные, пожилой возраст, качество жизни.

**Для цитирования:** Градская А.И. Влияние ишемической болезни сердца и коморбидной патологии на качество жизни больных пожилого возраста Медицинская сестра. 2022; 24 (7): 20–22. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2022-07-04>

**The influence of coronary heart disease and comorbid pathology on the quality of life of elderly patients**

Gradskaya Anastasia Igorevna

City Hospital № 6, Tver

### Information about the author:

Gradskaya Anastasia Igorevna – cardiologist, City Clinical Hospital 6, Tver, Russia

### Abstract

The article reflects the scientific review of Russian and foreign publications on the influence of coronary heart disease comorbid conditions on the quality of life of the elderly patients.

**Keywords:** coronary heart disease, patients, elderly age, quality of life.

**For citation:** Gradskaya A.I. Influence of coronary heart disease and comorbid pathology on the quality of life of elderly patients Meditsinskaya

sestra (The Nurse). 2022; 24 (7): 20–22. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2022-07-04>

Болезни системы кровообращения (БСК) являются ведущей причиной в структуре смертности в Российской Федерации (46,3%) [1].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – это поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям (КА). ИБС возникает в результате органических (необратимых) и функциональных (преходящих) изменений, среди которых наиболее значимы атеросклероз, спазм, тромбоз КА [2]. Тромб возникает чаще всего на месте разрыва так называемой ранимой (нестабильной) атеросклеротической бляшки (АСБ) с большим липидным ядром, богатой воспалительными элементами и истонченной покрывкой. Однако, возможно образование окклюзирующего тромба и на дефекте эндотелия (эрозии) КА над АСБ. Во многих случаях острый тромбоз возникает в месте исходно гемодинамически незначимого стеноза КА. Показано, что тромб может быть источником эмболий в дистальное сосудистое русло сердца [3].

Эмболизация микрососудов миокарда сама по себе может приводить к образованию мелких очагов некроза. Мелкие эмболы, в свою очередь, препятствуют восстановлению кровоснабжения миокарда (реперфузии) после устранения окклюзии крупной КА. Кроме этого, ишемию миокарда (ИМ) могут спровоцировать или утяжелить анемия, гипоксемия, воспаление, инфекция, лихорадка, а также метаболические или эндокринные расстройства (в частности, гипертиреоз).

Показано, что у больных в возрасте до 60 лет острый коронарный синдром чаще регистрируется у мужчин, а среди пациентов старше 75 лет – у женщин [1]. ИМ возникает, когда потребность миокарда в кислороде превышает возможности его доставки с кровотоком по КА. Главные механизмы возникновения ИМ: снижение коронарного резерва (способности к увеличению коронарного кровотока при повышении метаболических потребностей миокарда), а также первичное уменьшение коронарного кровотока вследствие атеросклеротического стеноза.

Отмечено, что ИБС занимает лидирующую позицию в структуре причин смерти от всех сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [4, 5, 6]. При этом, только 40–50% всех больных ИБС знают о наличии у них болезни и получают соответствующее лечение. По данным различных регистров, среди всех больных с ИБС ежегодная общая смертность составляет 1,2–2,4%.

Стенокардия напряжения (СН) – это наиболее типичное проявление ИБС. Больные с установленным диагнозом СН умирают от ИБС в 2 раза чаще, чем лица без этого заболевания. Распространенность СН как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции, независимо от пола, увеличивается с возрастом: с 5–7% среди женщин в возрасте 45–64 лет до 10–12% среди пациенток в возрасте 65–85 лет, и с 4–7% среди мужчин в возрасте 45–64 лет до 12–14% среди мужчин в возрасте 45–64 лет [2, 7].

Отмечено, что мужчин и женщин с ИБС старше 65 лет значительно увеличивается распространенность коморбидной патологии. По данным регистра РЕКВАЗА (Амбулаторно-поликлинический регистр сердечно-сосудистых заболеваний в Рязанской области), в амбулаторной практике такие пациенты суммарно составляют 78% случаев обращения пациентов по поводу ССЗ. Снижение риска развития инсульта и деменции является ключевым вопросом пациентов пожилого и старческого возраста.

Наряду с неблагоприятным прогнозом, у пациентов с сосудистой коморбидностью имеется выраженное снижение качества жизни (КЖ). Развивающиеся когнитивные нарушения значительно ухудшают уровень социальной адаптации пациентов. Это приводит к дополнительной нагрузке на их семейное окружение, систему здравоохранения, социальную службу, нанося серьезный экономический ущерб. Очевидно, что в схемы лечения пациентов с сосудистой коморбидностью следует включать препараты, которые улучшают КЖ больных [8, 9, 10].

Наряду с этим, приведены данные о связи ССЗ, диагностированных у пациентов пожилого возраста, с появлением старческой астении (СА) [9]. Развитие СА сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного и восстановительного резерва организма, повышает риск развития неблагоприятных исходов – госпитализаций в 1,2–1,8 раз, развития функциональных дефицитов в 1,6–2,0 раза, смерти в 1,8–2,3 раза, физических ограничений в 1,5–2,6 раз, падений и переломов в 1,2–2,8 раз.

К факторам риска развития СА помимо возраста относятся: низкий уровень физической активности, плохое питание, депрессия, полипрагмазия, социальные факторы (низкий уровень дохода, одинокое проживание, низкий уровень образования). Не все, но большая часть пациентов с синдромом СА имеют несколько хронических заболеваний. Выявлены ассоциации СА и ССЗ – артериальной гипертензией, ИБС, фибрилляцией предсердий хронической сердечной недостаточностью [11, 12, 13].

Развитие СА происходит постепенно. Однако, снижение уровня функциональной активности у пациента с синдромом СА может произойти достаточно быстро. В стрессовой ситуации (инфекционный процесс, госпитализация, смена лекарственной терапии и др.) у таких пациентов высока вероятность появления или нарастания зависимости от посторонней помощи. При этом, их выздоровление и восстановление происходит медленнее, чем у пациентов без СА. СА считается потенциально обратимым состоянием, но чаще прогрессирует, чем регрессирует.

Синдром СА не является неотъемлемой частью процесса старения, а рассматривается как его неблагоприятный вариант [14, 15, 16]. При развитии СА значительно повышается уязвимость пожилых людей к действию неблагоприятных факторов, в качестве которых может выступить, например, острое заболевание или травма, смена лечения или оперативное вмешательство [9, 10].

По данным зарубежных исследований распространенность СА среди проживающих дома людей 65 лет и старше в среднем составляет около 10,7%, преастении – 41,6%. Распространенность СА увеличивается с возрастом, достигая среди лиц 85 лет и старше 26,1%. Синдром СА достоверно чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин. В домах престарелых распространенность СА достигает 52,3%. По данным Российских исследований среди населения г. Санкт-Петербурга (Колпино) 65 лет и старше распространенность СА в зависимости от подхода к ее диагностике составляет от 21,1 до 43,9%, преастении – от 24,7 до 65,5%.

Среди пациентов поликлиник г. Москвы аналогичной возрастной категории распространенность СА составляет от 4,2 до 8,9%, преастении – от 45,8 до 61,3%. Пациенты пожилого и старческого возраста могут иметь ряд неспецифических признаков и симптомов, указывающих на возможное наличие синдрома СА или повышенный риск его формирования с существенным снижением КЖ [17, 18, 19, 20].

Наиболее значимыми признаками СА являются непреднамеренное снижение веса на 4,5 кг и более за прошедший год, падения, недержание мочи, развитие делирия, деменция, зависимость от посторонней помощи, значительное ограничение мобильности [9].

Таким образом, снижение показателей КЖ у больных ИБС пожилого возраста, несомненно связано с течением основной сердечно-сосудистой и коморбидной патологией. Однако, немаловажное значение имеет синдром старческой астении, условия проживания, а также уровень социальной, психической и физической активности.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.  
Исследование не имело спонсорской поддержки.

The author declare no conflict of interest.  
The article is not sponsored.

### Литература

1. Барбараш О.Л., Дупляков Д.В., Затеищиков Д.А. и др. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2021; 26(4): 4449. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4449>
2. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020; 25(11): 4076. doi:10.15829/1560-4071-2020-4076
3. Дедов Д., Мукайлов Н., Евтюхин И. Качество жизни и прогноз у больных АГ и ИБС с фибрилляцией предсердий. Врач. 2013. 7: 72–74.
4. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020; 25(3): 3786. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3-3786>

5. Hindricks G., Potpara T., Dagres N. et al. Рекомендации ESC 2020 по диагностике и лечению пациентов с фибрилляцией предсердий, разработанные совместно с Европейской ассоциацией кардиоторакальной хирургии (EACTS). Российский кардиологический журнал. 2021; 26(9) :4701. doi:10.15829/1560-4071-2021-4701

6. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020; 25(11): 4083. doi:10.15829/1560-4071-2020-4083

7. Дедов Д.В., Мазаев В.П., Рязанова С.В. [и др.] Исследование качества жизни при интервенционном и консервативном лечении больных стабильной стенокардией на отдаленных сроках наблюдения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. 13(5): 31–35. DOI 10.15829/1728-8800-2014-5-31-35

8. Клинические рекомендации. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019; 18(1) :5–66 <http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-5-66>

9. Клинические рекомендации Минздрава России. Старческая астения. 2020.144с.

10. Демидов Д.П., Астапов Д.А., Богачев-Прокофьев А.В. и др. Оценка качества жизни после протезирования аортального клапана биологическими протезами у пациентов пожилого возраста. Патология кровообращения и кардиохирургия. 2017. 21(3): 40–47. DOI 10.21688/1681-3472-2017-3-40-47.

11. Дедов Д.В. Комплексная профилактика возраст-ассоциированных и сердечно-сосудистых заболеваний: применение российского натурального препарата Биодигидрохверцетин торговой марки «Байкальская Легенда». Врач. 2022. 33 (6): 64–67. DOI 10.29296/25877305-2022-06-11

12. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.Н., Шарашкина Н.В. Протоколы гериатрической помощи для медицинских сестер. М.:2021.214с.

13. Ijaz N., Buta B., Xue Q.L. et al. Interventions for Frailty Among Older Adults With Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2022 ;79(5): 482-503. doi: 10.1016/j.jacc.2021.11.029

14. Flint K.M., Stevens-Lapsley J., Forman D.E. Cardiac Rehabilitation in Frail Older Adults With Cardiovascular Disease: A NEW DIAGNOSTIC AND TREATMENT PARADIGM. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2020; 40(2): 72–78. Doi: 10.1097/HCR.0000000000000492

15. Saqlain M., Riaz A., Ahmed A. et al. Predictors of Health-Related Quality-of-Life Status Among Elderly Patients With Cardiovascular Diseases. Value Health Reg Issues. 2021; 24:130–140. Doi: 10.1016/j.vhri.2020.11.003

16. Bhadhuri A., Kind P., Salari P. et al. Measurement properties of EQ-5D-3L and EQ-5D-5L in recording self-reported health status in older patients with substantial multimorbidity and polypharmacy. Health Qual Life Outcomes. 2020; 18(1): 317. Doi: 10.1186/s12955-020-01564-0

17. Katsi V., Kallistratos M.S., Kontoangelos K. et al. Arterial Hypertension and Health-Related Quality of Life. Front Psychiatry. 2017 Dec 4; 8:270. Doi: 10.3389/fpsy.2017.00270

18. Tomioka K., Shima M., Saeki K. Mental component of health-related quality of life is an independent predictor of incident functional disability among community-dwelling older people: a prospective cohort study. Qual Life Res. 2021; 30(7): 1853–1862. Doi: 10.1007/s11136-021-02780-x

19. Boehlen F.H., Maatouk I., Friederich H.C. et al. Loneliness as a gender-specific predictor of physical and mental health-related quality of life in older adults. Qual Life Res. 2022; 31(7): 2023–2033. Doi: 10.1007/s11136-021-03055-1 (СТАТЬЯ 22)

20. Su S.W., Wang D. Health-related quality of life and related factors among elderly persons under different aged care models in Guangzhou, China: a cross-sectional study. Qual Life Res. 2019; 28(5): 1293–1303. Doi: 10.1007/s11136-019-02107-x

## References

1. Barbarash O.L., Dulyakov D.V., Zateyshchikov D.A. et al. Acute coronary syndrome without ST-segment elevation electrocardiogram. Clinical guidelines 2020. Russian Journal of Cardiology. 2021; 26(4): 4449. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4449>

2. Stable coronary heart disease. Clinical guidelines 2020. The Russian Journal of Cardiology. 2020; 25(11): 4076. doi:10.15829/1560-4071-2020-4076

3. Dedov D., Mukailov N., Evtyukhin I. Quality of life and prognosis in patients with AH and CHD with atrial fibrillation. Vrach. 2013. 7: 72–74.

4. Kobalava J.D., Conradi A.O., Nedogoda S.V. et al. Arterial hypertension in adults. Clinical guidelines 2020. Russian Journal of Cardiology. 2020; 25(3): 3786. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3-3786>

5. Hindricks G., Potpara T., Dagres N. et al. ESC 2020 recommendations for the diagnosis and treatment of patients with atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardiothoracic Surgery (EACTS). Russian Journal of Cardiology. 2021; 26(9): 4701. doi:10.15829/1560-4071-2021-4701

6. Chronic heart failure. Clinical guidelines 2020. Russian Journal of Cardiology. 2020; 25(11): 4083. doi:10.15829/1560-4071-2020-4083

7. Dedov D.V., Mazaev V.P., Ryazanova S.V. [et al] Study of quality of life in interventional and conservative treatment of patients with stable angina pectoris at long-term follow-up. Cardiovascular therapy and prevention. 2014. 13(5): 31–35. DOI 10.15829/1728-8800-2014-5-31-35

8. Clinical guidelines. Comorbid pathology in clinical practice. Diagnostic and treatment algorithms. Cardiovascular therapy and prevention. 2019; 18(1): 5–66 <http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-5-66>

9. Clinical recommendations of the Ministry of Health of Russia. Aging asthenia. 2020.144с.

10. Demidov D.P., Astapov D.A., Bogachev-Prokofiev A.V. et al. Evaluation of quality of life after aortic valve prosthesis with biological prostheses in elderly patients. Circulatory Pathology and Cardiac Surgery. 2017. 21(3): 40–47. DOI 10.21688/1681-3472-2017-3-40-47.

11. Dedov D.V. Comprehensive prevention of age-associated and cardiovascular diseases: application of Russian natural drug BioDihydroquercetin of Baikalskaya Legend trademark. Vrach. 2022. 33 (6): 64–67. DOI 10.29296/25877305-2022-06-11

12. Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Kотовская Y.N., Sharashkina N.V. Protocols of geriatric care for nurses. Moscow:2021.214с.

13. Ijaz N., Buta B., Xue Q.L. et al. Interventions for Frailty Among Older Adults With Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2022; 79(5): 482–503. doi: 10.1016/j.jacc.2021.11.029

14. Flint K.M., Stevens-Lapsley J., Forman D.E.. Cardiac Rehabilitation in Frail Older Adults With Cardiovascular Disease: A NEW DIAGNOSTIC AND TREATMENT PARADIGM. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2020; 40(2): 72–78. doi: 10.1097/HCR.0000000000000492

15. Saqlain M., Riaz A., Ahmed A. et al. Predictors of Health-Related Quality-of-Life Status Among Elderly Patients With Cardiovascular Diseases. Value Health Reg Issues. 2021;24:130–140. doi: 10.1016/j.vhri.2020.11.003

16. Bhadhuri A., Kind P., Salari P. et al. Measurement properties of EQ-5D-3L and EQ-5D-5L in recording self-reported health status in older patients with substantial multimorbidity and polypharmacy. Health Qual Life Outcomes. 2020; 18(1): 317. doi: 10.1186/s12955-020-01564-0

17. Katsi V., Kallistratos M.S., Kontoangelos K. et al. Arterial Hypertension and Health-Related Quality of Life. Front Psychiatry. 2017 Dec 4; 8:270. doi: 10.3389/fpsy.2017.00270.

18. Tomioka K., Shima M., Saeki K. Mental component of health-related quality of life is an independent predictor of incident functional disability among community-dwelling older adults: a prospective cohort study. Qual Life Res. 2021; 30(7): 1853–1862. doi: 10.1007/s11136-021-02780-x

19. Boehlen F.H., Maatouk I., Friederich H.C. et al. Loneliness as a gender-specific predictor of physical and mental health-related quality of life in older adults. Qual Life Res. 2022; 31(7): 2023–2033. doi: 10.1007/s11136-021-03055-1 (ARTICLE 22).

20. Su S.W., Wang D. Health-related quality of life and related factors among elderly individuals under different age care models in Guangzhou, China: a cross-sectional study. Qual Life Res. 2019; 28(5): 1293–1303. doi: 10.1007/s11136-019-02107-x