



# Качество жизни и его детерминанты у пациентов после инфаркта миокарда

Е.М. Доля, Н.А. Ревенко, В.Б. Калиберденко, А.А. Белозеров, К.М. Мамедова✉, И.В. Мурашова, К.А. Медведев, А.Д. Павлова

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

✉ruuss.2024@bk.ru

## Аннотация

**Введение.** Инфаркт миокарда (ИМ) остается ведущей причиной смертности и инвалидизации в мире, оказывая значительное влияние на качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ). В Республике Крым отсутствуют комплексные данные о КЖСЗ у пациентов, перенесших ИМ.

**Цель.** Оценить КЖСЗ и выявить его детерминанты у пациентов, перенесших ИМ, в Республике Крым.

**Материалы и методы.** Проведено одноцентровое перекрестное исследование на базе кардиологического стационара в Симферополе. В исследование включены 428 пациентов в возрасте от 18 лет с первичным диагнозом «острый ИМ», выписанные в период с января 2023 по декабрь 2024 г. Для оценки КЖСЗ использовалась русскоязычная версия опросника Всемирной организации здравоохранения WHOQOL-BREF. Статистический анализ проводился с использованием RStudio.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил 63,0 [56,0; 72,0] года, большинство составили мужчины (68,2%). Наибольшее снижение показателей отмечено в сфере физического здоровья – 75,0 [56,0; 88,0] балла. Более низкие показатели КЖСЗ во всех сферах выявлены у женщин, пациентов с низким доходом и образованием. Сахарный диабет и множественные коморбидные состояния были ассоциированы со снижением КЖСЗ. Семейное положение и социально-экономический статус значимо влияли на показатели КЖСЗ. Около 62,0% пациентов оценили свое общее КЖСЗ как хорошее. Показатели надежности опросника были удовлетворительными: общий  $\alpha$ -Кронбаха 0,902.

**Заключение.** Несмотря на относительно высокую субъективную оценку КЖСЗ, выявлены значимые социально-демографические и клинические детерминанты, требующие учета при планировании реабилитационных мероприятий для пациентов после ИМ в Республике Крым.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, качество жизни, кардиологическая реабилитация, Республика Крым, WHOQOL-BREF.

**Для цитирования:** Доля Е.М., Ревенко Н.А., Калиберденко В.Б., Белозеров А.А., Мамедова К.М., Мурашова И.В., Медведев К.А., Павлова А.Д. Качество жизни и его детерминанты у пациентов после инфаркта миокарда. *Клинический разбор в общей медицине.* 2026; 7 (5): 22–24. DOI: 10.47407/kr2026.7.5.00834

## Quality of life and its determinants in patients after myocardial infarction

Elena M. Dolya, Natalia A. Revenko, Vitaliy B. Kaliberdenko, Alexandr A. Belozеров, Kamilla M. Mamedova✉, Irina V. Murashova, Konstantin A. Medvedev, Anna D. Pavlova

Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russia

✉ruuss.2024@bk.ru

## Abstract

**Introduction.** Myocardial infarction (MI) remains the leading cause of death and disability worldwide, significantly impacting health-related quality of life (HRQOL). In the Republic of Crimea, comprehensive data on HRQOL in patients after MI are lacking.

**Aim.** To assess HRQOL and identify its determinants in patients after MI in the Republic of Crimea.

**Materials and methods.** A single-center cross-sectional study was conducted at a cardiology hospital in Simferopol. The study included 428 patients aged 18 years and older with a primary diagnosis of acute MI, discharged between January 2023 and December 2024. The Russian-language version of the WHO WHOQOL-BREF questionnaire was used to assess HRQOL. Statistical analysis was performed using RStudio.

**Results.** The mean age of patients was 63.0 years [56.0; 72.0], the majority were men (68.2%). The greatest decrease in scores was observed in the area of physical health – 75.0 [56.0; 88.0] points. Lower HRQOL scores in all areas were found in women, patients with low income and education. Diabetes mellitus and multiple comorbid conditions were associated with a decrease in HRQOL. Marital status and socioeconomic status significantly influenced HRQOL scores. About 62.0% of patients rated their overall HRQOL as good. The reliability of the questionnaire was satisfactory: overall Cronbach's  $\alpha=0.902$ .

**Conclusion.** Despite the relatively high subjective assessment of HRQOL, significant sociodemographic and clinical determinants were identified that require consideration when planning rehabilitation measures for patients after a myocardial infarction in the Republic of Crimea.

**Keywords:** myocardial infarction, quality of life, cardiac rehabilitation, Republic of Crimea, WHOQOL-BREF.

**For citation:** Dolya E.M., Revenko N.A., Kaliberdenko V.B., Belozеров A.A., Mamedova K.M., Murashova I.V., Medvedev K.A., Pavlova A.D. Quality of life and its determinants in patients after myocardial infarction. *Clinical review for general practice.* 2026; 7 (5): 22–24 (In Russ.).

DOI: 10.47407/kr2026.7.5.00834

## Введение

Качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ), представляет собой комплексную характеристику, отражающую функциональные возможности и субъективное благополучие пациента в физической, психической и социальной сфере [1]. Оценка КЖСЗ приобре-

тает особое значение у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), поскольку позволяет оптимизировать процесс лечения и реабилитации [2].

Согласно данным международных исследований, сердечно-сосудистые заболевания, в частности ИМ, оказывают существенное негативное влияние на

КЖСЗ. Пациенты после ИМ в 2,7 раза чаще оценивают свое здоровье как неудовлетворительное по сравнению с общей популяцией [3]. Длительная медикаментозная терапия и необходимость изменения образа жизни дополнительно снижают КЖСЗ у этой категории пациентов [4, 5].

Проведение исследования в Республике Крым представляет особый научный интерес, поскольку регион характеризуется уникальным сочетанием медико-демографических и социокультурных особенностей, типичных для многих регионов Российской Федерации и постсоветского пространства. Высокая распространенность ишемической болезни сердца в регионе [6] в сочетании с особенностями организации кардиологической службы делают Крым репрезентативной моделью для изучения проблем КЖСЗ после ИМ. Полученные результаты могут быть экстраполированы на другие регионы со схожими медико-социальными характеристиками.

## Материалы и методы

### Дизайн исследования и популяция

Проведено одноцентровое перекрестное исследование на базе кардиологического отделения Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (г. Симферополь). В исследование включены пациенты старше 18 лет, перенесшие первичный эпизод острого ИМ в период с января 2023 по декабрь 2024 г.

Критерии исключения:

- наличие онкологических заболеваний;
- когнитивные нарушения, препятствующие участию в опросе.

Для оценки КЖСЗ использовалась валидированная русскоязычная версия опросника WHOQOL-BREF [7]. Опросник включает 26 вопросов, оценивающих четыре основные сферы: физическое здоровье (7 пунктов), психологическое здоровье (6 пунктов), социальные отношения (3 пункта) и окружающую среду (8 пунктов). Дополнительно оценивались общее восприятие качества жизни и здоровья.

### Статистический анализ

Статистическая обработка данных проводилась с использованием RStudio (версия 1.4.1717). Для описания количественных переменных, распределение которых отличалось от нормального, использовались медианы и межквартильные размахи [Q1; Q3]. Для сравнения групп применялись непараметрические критерии Манна–Уитни и Краскела–Уоллиса. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента Спирмена. Статистическая значимость устанавливалась при  $p < 0,05$ .

## Результаты

В окончательную выборку вошли 428 пациентов. Средний возраст составил 63,0 [56,0; 72,0] года, большинство участников были мужчинами (68,2%). У большинства пациентов выявлены множественные комор-

бидные состояния: 28,2% имели одно сопутствующее заболевание, 43,4% – два, 20,9% – три, 4,6% – четыре и более. Наиболее распространенными коморбидными состояниями были артериальная гипертензия (84,3%), сахарный диабет (42,1%) и хроническая сердечная недостаточность (38,5%).

Наибольшее снижение показателей отмечено в сфере физического здоровья – 75,0 [56,0; 88,0] балла. Показатели других сфер составили: психологическое здоровье – 81,0 [69,0; 94,0], социальные отношения – 81,0 [69,0; 100,0], окружающая среда – 81,0 [75,0; 88,0] балла. Внутренняя согласованность опросника была высокой: общий  $\alpha$ -Кронбаха = 0,902. Выявлены статистически значимые различия в показателях КЖСЗ в зависимости от социально-демографических характеристик. Женщины демонстрировали более низкие показатели в сферах физического, психологического здоровья и окружающей среды. Более высокий уровень образования и дохода был ассоциирован с лучшими показателями КЖСЗ.

Наличие сахарного диабета и множественных коморбидных состояний значимо снижало показатели КЖСЗ. Пациенты, перенесшие чрескожное коронарное вмешательство, демонстрировали более высокие показатели КЖСЗ. Выявлена умеренная отрицательная корреляция между возрастом и показателями физического ( $r = -0,30$ ;  $p < 0,001$ ) и психологического здоровья ( $r = -0,29$ ;  $p < 0,001$ ). Длительность госпитализации слабо коррелировала с физическим здоровьем ( $r = -0,11$ ;  $p = 0,016$ ).

## Обсуждение

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о сравнительно высоких показателях КЖСЗ у пациентов, перенесших ИМ в Республике Крым. Средние преобразованные показатели по всем доменам WHOQOL-BREF превышали 75 баллов, что может быть обусловлено особенностями социально-культурной среды региона, включая развитую семейную поддержку и адаптивные копинг-стратегии населения [8]. Однако выявленная гетерогенность распределения показателей КЖСЗ указывает на наличие значимых предикторов, требующих детального анализа.

Проведенный анализ выявил устойчивую связь между социально-демографическими характеристиками и показателями КЖСЗ. Гендерные различия проявлялись в статистически значимом снижении показателей физического ( $p < 0,01$ ) и психологического здоровья ( $p < 0,05$ ) у женщин, что согласуется с данными международных исследований [9]. Данный феномен может быть объяснен комбинацией биологических (гормональный статус, особенности ноцицепции) и социальных факторов.

Социально-экономические детерминанты продемонстрировали выраженное влияние на все домены КЖСЗ. Пациенты с низким уровнем образования и доходов имели на 15–20% более низкие показатели КЖСЗ ( $p < 0,001$ ), что коррелирует с данными метаанализа С. Zhu и соавт. (2023 г.) [10]. Выявленная зависимость

подчеркивает необходимость учета социального градиента здоровья при разработке программ кардиореабилитации.

Особый интерес представляет анализ коморбидности. Наличие сахарного диабета ассоциировалось со снижением показателей физического здоровья на 23% ( $p < 0,01$ ), что превышает аналогичные показатели для других хронических заболеваний. Полученные данные согласуются с результатами исследования T. Munyombwe и соавт. (2021 г.) [11], демонстрирующими кумулятивный эффект мультиморбидности на КЖСЗ. Клинические предикторы включали фракцию выброса ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,01$ ) и длительность госпитализации ( $r = -0,28$ ;  $p < 0,05$ ). Выявленные корреляции подтверждают необходимость интеграции современных подходов к стратификации риска в программы динамического наблюдения.

Ограничения исследования включают его кросс-секционный дизайн, не позволяющий установить причинно-следственные связи, и использование только одного инструмента оценки КЖСЗ. Перспективным направлением дальнейших исследований является проведение лонгитюдных многоцентровых исследований с применением комплексного подхода к оценке КЖСЗ, включая использование специфических опросников для кардиологических пациентов.

Практическая значимость полученных результатов заключается в возможности разработки дифференцированных программ кардиореабилитации с учетом выявленных предикторов КЖСЗ. Особое внимание следует уделять пациентам из социально уязвимых групп и лицам с полиморбидной патологией.

## Заключение

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости разработки индивидуализированных программ кардиологической реабилитации для пациентов после ИМ. Особое внимание следует уделять женщинам и пациентам с низким социально-экономическим статусом и множественными коморбидными состояниями. Полученные данные имеют важное практическое значение не только для Республики Крым, но и для других регионов РФ и стран со схожими системами здравоохранения. Выявленные социально-демографические и клинические детерминанты КЖСЗ носят универсальный характер и должны учитываться при разработке межрегиональных программ кардиореабилитации.

Проведенное исследование демонстрирует методологическую ценность использования Республики Крым в качестве репрезентативной модели для изучения проблем КЖСЗ в кардиологической практике. Аналогичные исследования в других регионах позволят выявить как общие закономерности, так и региональные особенности, что будет способствовать разработке дифференцированных подходов к реабилитации пациентов после ИМ с учетом местных условий и ресурсов. Перспективным направлением дальнейших исследований является проведение многоцентровых исследований в различных регионах РФ для создания комплексной системы оценки и улучшения КЖСЗ пациентов кардиологического профиля.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
**Conflict of interests.** The authors declare that there is no conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>  
The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru>

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Доля Елена Михайловна** – канд. мед. наук, доц. каф. внутренней медицины №2 Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». E-mail: [dolyaelena@yandex.ru](mailto:dolyaelena@yandex.ru); ORCID: 0000-0002-0766-3144; SPIN-код: 4430-8060

**Ревенко Наталья Анатольевна** – канд. мед. наук, доц. каф. педиатрии с курсом детских инфекционных болезней Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». E-mail: [shagal-75@mail.ru](mailto:shagal-75@mail.ru); ORCID: 0000-0003-3218-3123

**Калиберденко Виталий Борисович** – канд. мед. наук, доц. каф. внутренней медицины №2 Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». E-mail: [kaliberdenkovb@mail.ru](mailto:kaliberdenkovb@mail.ru); ORCID: 0000-0003-1693-3190; SPIN-код: 8395-2187

**Медведев Константин Андреевич** – студент 5-го курса Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». E-mail: [kosttam12@gmail.com](mailto:kosttam12@gmail.com)

**Мамедова Камилла Мурадовна** – студентка 6-го курса Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». E-mail: [ruuss.2024@bk.ru](mailto:ruuss.2024@bk.ru)

**Белозеров Александр Алексеевич** – студент 6-го курса Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». E-mail: [belozeroff.alexandros@yandex.ru](mailto:belozeroff.alexandros@yandex.ru)

**Мурашова Ирина Владимировна** – студентка 6-го курса Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». E-mail: [irinamurashova2@mail.ru](mailto:irinamurashova2@mail.ru)

**Павлова Анна Дмитриевна** – студентка 5-го курса Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». E-mail: [pavlova.any03@mail.ru](mailto:pavlova.any03@mail.ru)

Поступила в редакцию: 25.11.2025  
Поступила после рецензирования: 28.11.2025  
Принята к публикации: 04.12.2025

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Elena M. Dolya** – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Georgievsky Medical Institute of Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: [dolyaelena@yandex.ru](mailto:dolyaelena@yandex.ru); ORCID: 0000-0002-0766-3144; SPIN code: 4430-8060

**Natalia A. Revenko** – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Georgievsky Medical Institute of Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: [shagal-75@mail.ru](mailto:shagal-75@mail.ru); ORCID: 0000-0003-3218-3123

**Vitaliy B. Kaliberdenko** – Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Georgievsky Medical Institute of Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: [kaliberdenkovb@mail.ru](mailto:kaliberdenkovb@mail.ru); ORCID: 0000-0003-1693-3190; SPIN code: 8395-2187

**Konstantin A. Medvedev** – student, Georgievsky Medical Institute of Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: [kosttam12@gmail.com](mailto:kosttam12@gmail.com)

**Kamilla M. Mamedova** – student, Georgievsky Medical Institute of Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: [ruuss.2024@bk.ru](mailto:ruuss.2024@bk.ru)

**Alexandr A. Belozero** – student, Georgievsky Medical Institute of Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: [belozeroff.alexandros@yandex.ru](mailto:belozeroff.alexandros@yandex.ru)

**Irina V. Murashova** – student, Georgievsky Medical Institute of Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: [irinamurashova2@mail.ru](mailto:irinamurashova2@mail.ru)

**Anna D. Pavlova** – student, Georgievsky Medical Institute of Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: [pavlova.any03@mail.ru](mailto:pavlova.any03@mail.ru)

Received: 25.11.2025  
Revised: 28.11.2025  
Accepted: 04.12.2025