

УДК 614:316.35 (075.8)

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Молчанова Л.Ф., Волкова Е.Н.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск, Россия (426000, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281), e-mail : igma45@mail.ru

Проведено исследование качества жизни 157 больных, проживающих в г. Ижевске и находящихся на стационарном лечении в Республиканской туберкулезной больнице. Для оценки качества жизни пациентов использовали русскую версию унифицированного международного опросника SF-36. В результате исследования установлено, что до лечения все показатели качества жизни у пациентов с туберкулезом не достигали своего оптимального значения ни по одной из шкал и были значительно ниже, чем у здоровых лиц. Проведенное исследование позволяет рекомендовать использование показателей качества жизни как критерий эффективности медицинской помощи.

Ключевые слова: туберкулез, качество жизни, эффективность, медицинская помощь.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS AS A CRITERION OF EFFICIENCY TREATMENT

L.F. Molchanov, E.N. Volkova

Izhevsk state medical academy, Izhevsk, Russia (426000, Izhevsk, st. Kommunarov, 281) e-mail : igma45@mail.ru

A study of quality of life 157 patients living in Izhevsk and Xia-finding in-patient treatment at the Republican TB hospital. To assess the quality of life, no patients have used the Russian version of a unified international SF-36 questionnaire. The study found that before treatment all indicators of quality of life for the patients with TB did not reach its optimum value for any of the scales and were significantly lower than in healthy individuals. This study allows us to recommend the use of indicators of quality of life as criteria of effectiveness of care.

Key words: tuberculosis, life quality, efficiency, health care.

Продолжающаяся в России экономическая нестабильность, общественно-политические и социальные преобразования привели к ухудшению экологии, социально-экономическим проблемам, которые, провоцируя изменения иммунного статуса человека, привели к негативным изменениям в общественном здоровье, включая рост распространенности туберкулезной инфекции.

В последние десятилетия исследование качества жизни – общепринятый во всех странах, в том числе и в России, высокоинформативный, надежный и экономичный метод, позволяющий определять степень удовлетворенности человека различными аспектами жизни вследствие изменений, обусловленных болезнью и ее последствиями, а также процессом врачебного наблюдения и лечения (А.А. Новик и соавт, 1999; A. Fletcher et al., 1992; D. Hill, 1995; A. Bowling, 1997). При этом основной принцип медицины «лечить больного, а не бо-

лезнь» может быть в большей степени реализован с помощью КЖ (Е.В. Сулаберидзе, 1996; А.Л. Сыркин и соавт., 1998).

Большинство исследователей расценивают КЖ как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии, которая зависит от многих условий: уровня доходов, позволяющих поддерживать определенный уровень жизни и здоровья; свободы перемещения, которая зависит от состояния здоровья и экономических возможностей; качества окружающей среды; положения в семье и коллективе; удовлетворенности выполняемой трудовой деятельностью и т.п.

Исследование качества жизни в настоящее время является надежным методом оценки общего благополучия не только индивида, но и групп людей – различных возраст-но-половых, профессиональных и других категорий населения и общества в целом (А.А. Новик, Т.И. Ионова, 2004). При этом изучение КЖ обеспечивает возможность получения таких характеристик здоровья, которые не могут быть идентифицированы никаким другим методом (Т. Ionova et al., 2001).

Рост интереса к изучению качества жизни в России является показателем стремления исследователей к формированию целостного взгляда на человека (В.Ю. Альбицкий и соавт., 2003) и означает значительный прогресс по сравнению с традиционным фокусированием внимания только на болезни и ее симптомах (О.А. Некоркина, А.Н. Шкробко, 2005).

В настоящее время изучение КЖ проводится практически во всех областях медицины (кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, ревматология, эндокринология, педиатрия, онкология, паллиативная медицина и др.) и имеет широкие сферы применения в здравоохранении.

Однако изучению качества жизни больных туберкулезом посвящены единичные работы, а в Удмуртии такие работы не проводились вообще. Поэтому мы сочли необходимым провести такое исследование:

- КЖ является наиболее важным критерием в оценке долговременной эффективности лечения и интерпретации полученных результатов;
- КЖ используют для оценки тяжести состояния больного при различных заболеваниях;
- Оценку КЖ применяют в качестве дополнительного аргумента при подборе индивидуальной терапии и при проведении клинической оценки новых лекарственных препаратов;
- КЖ изучают с целью мониторинга состояния больного или однородной группы больных, экспертизы трудоспособности, оценки влияния факта ознакомления больного с установленным диагнозом, изучения эффективности и сферы использования лечебной и диагностической аппаратуры, испытания и апробации новых методов лечения.

Цель исследования: совершенствование лечебно-профилактической помощи больным туберкулезом на основе оценки качества жизни.

Для выполнения поставленной цели нами был проведен опрос 157 больных, проживающих в г. Ижевске и находящихся на стационарном лечении в Республиканской туберкулезной больнице.

Для оценки КЖ пациентов использовали русскую версию унифицированного международного опросника *SF-36*, который относится к неспецифическим опросникам для оценки КЖ. Он состоит из 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируются между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье.

Для сравнительной оценки были использованы результаты популяционного исследования качества жизни населения г. Ижевска, проведенного на кафедре общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФПК и ПП ИГМА.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программ STATISTICA 6.0. Различия сравниваемых параметров оценивали с помощью t-критерия Стьюдента и метода Манна – Уитни, которые считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Уровень КЖ больных туберкулезом в сравнении с таковым у практически здоровых представлен на рис. 1.

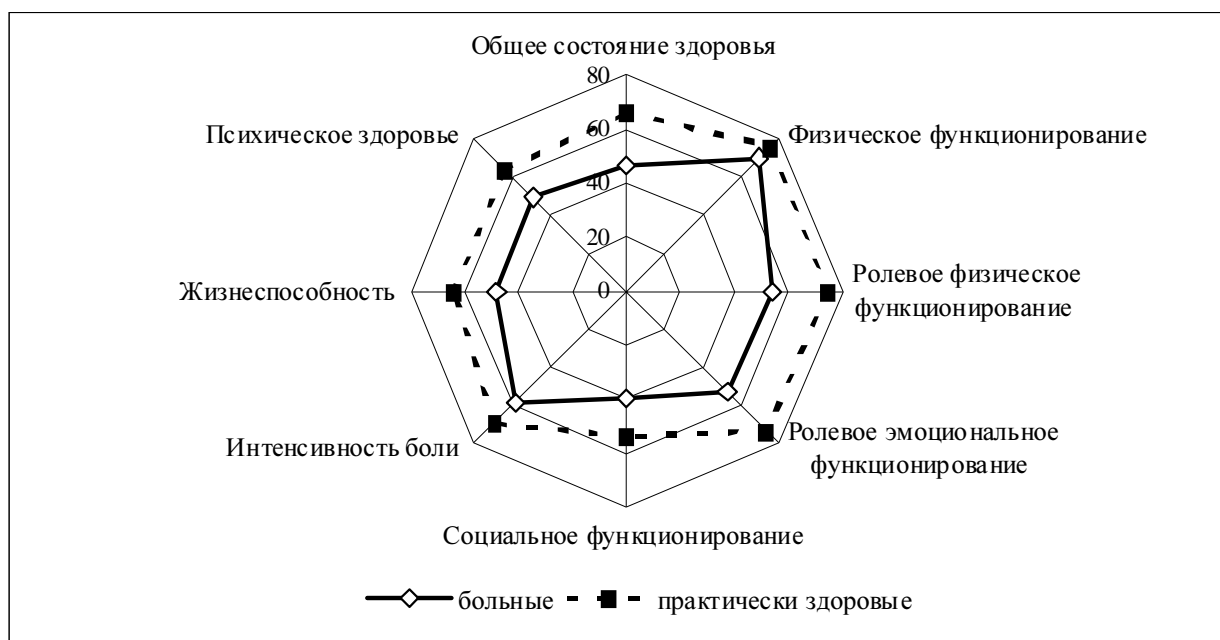


Рис. 1. Показатели КЖ больных туберкулезом в зависимости от состояния здоровья, баллов (М)

Как видно из рис. 1, по всем шкалам показатели КЖ у практически здоровых были значительно выше, чем у больных туберкулезом. Интегральный показатель у больных соста-

вил 419,4 балла, а у практически здоровых – 541,4, превысив в 1,3 раза показатель КЖ у больных.

Чтобы определить, по каким шкалам в первую очередь снижается уровень КЖ при заболевании, мы рассчитали размер вклада в интегральный показатель всех составляющих КЖ у практически здоровых и больных туберкулезом (табл. 1).

Таблица 1

Величина вклада шкал в уровень интегрального показателя КЖ больных туберкулезом, %

Шкала КЖ	Больные	Практически здоровые
1. Общее состояние здоровья	11,1	12,3
2. Физическое функционирование	16,7	14,0
3. Ролевое физическое функционирование	12,9	13,8
4. Ролевое эмоциональное функционирование	12,6	13,5
5. Социальное функционирование	9,5	10,0
6. Интенсивность боли	14,4	12,8
7. Жизнеспособность	11,5	11,9
8. Психическое здоровье	11,7	11,7

Из таблицы видно, что у практически здоровых вариабельность уровня КЖ по шкалам значительно меньше, чем у больных туберкулезом. Амплитуда вклада составила соответственно 4,0 и 7,2 %. Данные таблицы также показывают, на какие шкалы КЖ в первую очередь влияет заболевание, снижая их величину. Из уровней КЖ по шкалам и из их вклада в величину интегрального показателя явствует, что все начинается со снижения показателя КЖ по шкале «социальное функционирование» (табл. 1). Это, по нашему мнению, является сигналом, свидетельствующим о начале заболевания человека туберкулезом. Далее идет наибольшее снижение по трем шкалам, примечательно, что они и у здоровых, и у больных туберкулезом одни и те же – это «общее состояние здоровья», «жизнеспособность» и «психическое здоровье». Полученные данные позволяют предположить, что снижение КЖ по названным шкалам происходит раньше, чем соматические проявления в виде недомогания, повышения температуры, кашля и других субъективных и объективных симптомов заболевания, и может служить индикатором для донозологической диагностики и отнесение индивида к группе риска с соответствующими мероприятиями диспансерного наблюдения.

Уровни КЖ больных туберкулезом в процессе лечения представлены на рис. 2.

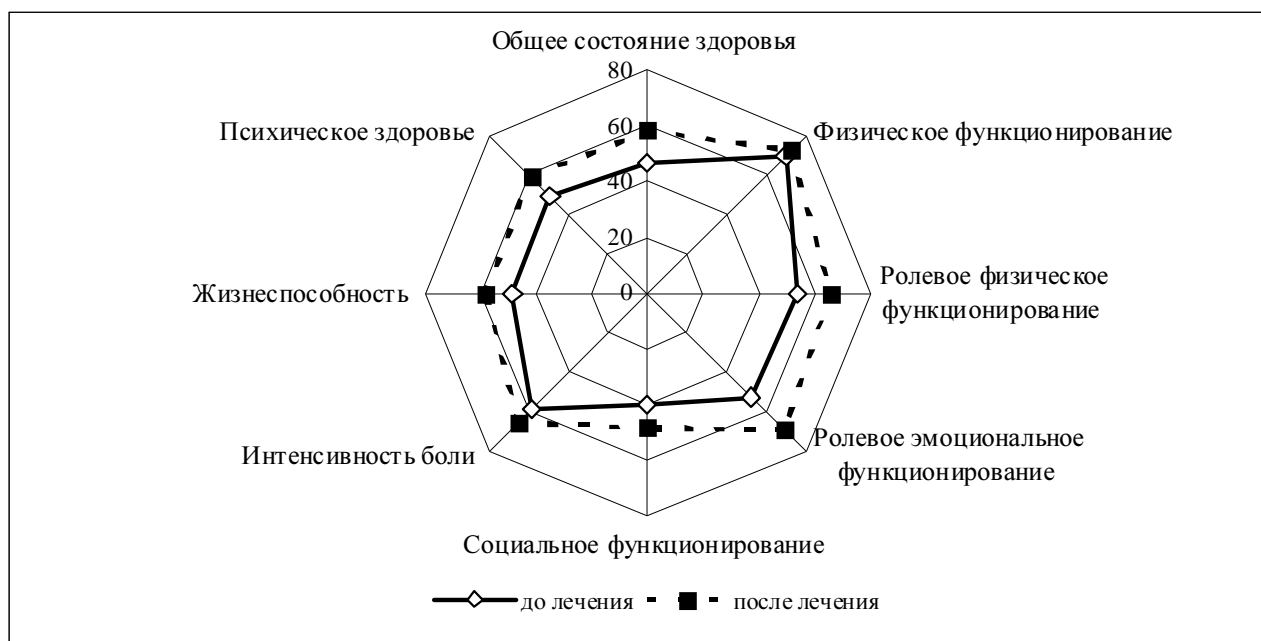


Рис. 2. КЖ больных туберкулезом в процессе лечения, баллов (М)

Из рисунка видно, что показатели КЖ у больных туберкулезом в результате проведенного лечения увеличились по всем шкалам, а интегральный показатель возрос в 1,2 раза и составил 496,8 балла.

Чтобы определить, по каким шкалам в первую очередь восстанавливается уровень КЖ после лечения, мы рассчитали размер вклада в интегральный показатель всех составляющих КЖ (табл. 2).

Таблица 2

Величина вклада шкал в интегральный показатель КЖ больных туберкулезом в процессе лечения, %

Шкала КЖ	До лечения	После лечения
1. Общее состояние здоровья	11,1	11,7
2. Физическое функционирование	16,7	14,6
3. Роль физическое функционирование	12,9	13,3
4. Роль эмоциональное функционирование	12,6	13,9
5. Социальное функционирование	9,5	9,7
6. Интенсивность боли	14,4	13,2
7. Жизнеспособность	11,5	11,7
8. Психическое здоровье	11,7	11,9

Как видно из таблицы, после лечения вариабельность уровня КЖ по шкалам стала значительно меньше, чем до лечения. Амплитуда вклада после лечения составила соот-

ветственно 4,9 против 7,2 % – до лечения. Это показывает, какие виды функционирования восстанавливаются в первую очередь в процессе лечения. Следовательно, показатели КЖ могут быть использованы также для оценки эффективности лечения, а программы лечебно-реабилитационных мероприятий должны проводиться с учетом динамики КЖ. При отсутствии положительных изменений в этих показателях в схемы терапии необходимо вносить коррективы.

Таким образом, использование показателей КЖ для оценки результативности терапии больных туберкулезом позволит повысить ее эффективность.

Список литературы

1. Максимов, И.Л. Состояние здоровья врачей многопрофильной больницы / И.Л. Максимов // *Здравоохранение РФ.* – 2003. – №3. – С. 38–41.
2. Новик, А.А. Исследование качества жизни в медицине: Учеб. пособие / Новик А.А., Ионова Т.И. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
3. Трифонова, Н.Ю. Медико-организационные подходы к повышению качества диспансерного наблюдения больных в современных условиях. – М., 2010. – 271 с.
4. Tzerkova, A.A. Quality of life of the healthy population of St.Petersburg / A.A.Tzerkova, T.I. Ionova, A.A.Novik // *Qual. Life Res.* – 2000. – Vol. 9, No. 3. – P. 308.
5. Ionova, T.A. Comparative study of physical and mental health in Russia and the United States / T.Ionova, B.Gandek, A.Novik et al. // *Qual. Life Res.* – 2001. – Vol. 10, No. 3. – P. 286.

Рецензенты:

Алексеева В.М., д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», г. Москва.

Подлужная М.Я., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера».