

УДК 616.1-036.868-036.838-071.1

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Щербаков Д.В., Власенко Н.Ю., Бельский В.В., Расный В.И., Ширлина Н.Г.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Россия (644099, г. Омск, ул. Ленина, 12), e-mail: laphalist@gmail.com

Стандартизованные показатели качества жизни (КЖ) по всем шкалам опросника SF-36 рассчитаны у пациентов с болезнями системы кровообращения, проходивших реабилитацию в Центре восстановительной терапии «Русь» в период с 2013 по 2015 г. Сбор данных осуществлялся путем анкетирования респондентов прямым опросом. После разъяснения респондентам целей проводимого опроса давалась информация о том, как планируется использовать результаты исследования, и объяснялись правила заполнения опросника SF-36, затем опросник однократно заполнялся респондентами самостоятельно. Показатели КЖ выше средних имели респонденты в возрасте до 40 лет по шкалам физического, ролевого физического функционирования; болевой синдром в этой возрастной группе не оказывал существенного влияния на КЖ. Общее состояние здоровья оценивалось выше среднего уровня респондентами моложе 50 лет независимо от пола, для них были характерны высокие показатели шкал социальной активности и жизнеспособности. Референтная база популяционных значений стандартизованных показателей опросника SF-36 может использоваться для сравнения КЖ пациентов с болезнями системы кровообращения в соответствии с возрастом и полом пациентов, а также для оценки эффективности реабилитации при проведении научных исследований.

Ключевые слова: SF-36, болезни системы кровообращения, качество жизни, реабилитация.

RESEARCH OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES AT THE STAGE OF REHABILITATION

Shcherbakov D.V., Vlasenko N.U., Belsky V.V., Rasnay V.I., Shirlina N.G.

Omsk State Medical University, Omsk, Russia (644099, Omsk, street Lenina, 12), e-mail: laphalist@gmail.com

The standardized indicators of quality of life on all scales of a questionnaire SF-36 are calculated among the patients with cardiovascular diseases who have been undergoing rehabilitation in the Center of recovery therapy «Russia» during the period from 2013 to 2015. Data collection was carried out by questioning of respondents directly. After an explanation respondents of the purposes of the conducted survey they were given information how it is planned to use results of research, and rules of filling in the questionnaire SF-36 were told, then the questionnaire was once filled with respondents independently. Indicators of Quality of life were higher than average for respondents under the age of 40 years on the scales of physical, role physical functioning; pain in this age group had no significant effect on the quality of life. General health was assessed higher than average level of respondents under the age of 50 years, regardless of sex, they were characterized by high rates of the scales of social activity and vitality. The reference base of population values of the standardized indicators of a questionnaire SF-36 can be used for comparison of quality of life of patients with cardiovascular diseases according to age and a sex of patients, and also for an assessment of efficiency of rehabilitation when carrying out scientific researches.

Keywords: SF-36, cardiovascular diseases, quality of life, rehabilitation.

В Российской Федерации реабилитационная помощь часто бывает ограниченно недоступна больным при наиболее распространенных и одновременно инвалидизирующих заболеваниях. Чрезвычайно актуальны вопросы определения ресурсного обеспечения стационарной помощи по медицинской реабилитации (далее – МР). Эффективная система МР позволит обеспечить сбалансированность объемов государственных гарантий оказания населению медицинской помощи, повысить эффективность использования коечного фонда, а

также качество и трудоспособный период жизни населения страны за счет снижения инвалидности [4].

Учитывая остроту ситуации с болезнями системы кровообращения (далее БСК), исследований, которые могли бы дать полное представление о медико-социальной характеристике больных с БСК, оценке пациентами организации медицинской помощи и ее доступности в разных регионах страны, немного [2]. Существенен дефицит исследований на уровне региона, посвященных изучению предотвратимой смертности и потерь здоровья, несмотря на огромное разнообразие состояния здоровья населения и возможностей регионального здравоохранения по сокращению потерь. Возможно, это связано с тем, что в принятии управленческих решений участвуют эксперты, которые исходя из своих знаний и практики определяют потенциальные резервы сокращения предотвратимых потерь безотносительно к реальному положению дел в региональном здравоохранении [1; 6; 7].

Сферы применения исследования качества жизни (далее – КЖ) в практике здравоохранения достаточно обширны. К наиболее важным относятся следующие: стандартизация методов лечения; оценка новых технологий лечения; обеспечение полноценного индивидуального мониторинга состояния пациента с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения; разработка прогностических моделей течения и исхода заболевания и т.д. [3]. Общие опросники измеряют широкий спектр функций восприятия здоровья и могут быть использованы для оценки КЖ любых пациентов, страдающих различными заболеваниями, а также для оценки КЖ популяции [5; 8].

Опросник SF-36 применим для международных популяционных и клинических исследований, что позволяет оценивать с помощью него и эффективность реабилитационных мероприятий для выбора этапов и индивидуальной программы реабилитационных мероприятий [9; 10]. Однако если анализировать частоту встречаемости применения опросника в зарубежных и отечественных публикациях, оценивающих качество жизни пациентов, наблюдается существенная диспропорция. По данным MedLine за 2010 г., SF-36 использовался в 95% научных исследований по изучению КЖ при различных заболеваниях.

Материалы и методы

Сбор данных осуществлялся путем анкетирования респондентов прямым опросом. После разъяснения респондентам целей проводимого опроса давалась информация о том, как планируется использовать результаты исследования, и объяснялись правила заполнения опросника SF-36, затем опросник однократно заполнялся респондентами самостоятельно. В опросе участвовало 1 700 респондентов (мужчин – 996, женщин – 704).

Анкеты стратифицированы по возрасту. Модель, лежащая в основе конструкции шкал и суммарных измерений опросника SF-36, имеет три уровня: 36 вопросов; 8 шкал,

сформированных из 2-10 вопросов; 2 суммарных измерения, которыми объединяются шкалы. Каждый вопрос использовался при расчете баллов однократно.

Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение было равно 100. Чем выше был показатель по каждой шкале, тем лучше было КЖ по этому параметру. Перед подсчетом показателей 8 шкал проводилась перекодировка ответов (процедура пересчета необработанных баллов опросника в баллы КЖ).

В ходе анализа проводилась трансформация шкал опросника и подсчет средних значений его шкал с учетом того, что распределение большинства из них не было нормальным, но стандартные отклонения имели сравнительно небольшие значения, что свидетельствовало о небольшом разбросе данных.

Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимался равным 0,01. Для проверки статистических гипотез применяли непараметрические методы. Для сравнения количественных данных двух независимых групп использовали U -критерий Манна-Уитни. Для сравнения количественных данных нескольких независимых групп использовали критерий Краскела-Уоллиса.

Результаты и обсуждение

Популяционная выборка не могла быть полностью стратифицирована по возрасту в соответствии с распределением городского населения РФ по данным Госкомстата России за 2014 год в связи с неоднородностью возрастного состава пациентов, проходивших восстановительное лечение.

Средний возраст респондентов составил $56,1 \pm 14,6$ года ($M \pm SD$). Средние значения показателей 8 трансформированных шкал SF-36 респондентов представлены в табл. 1.

Таблица 1

Средние значения трансформированных шкал SF-36 ($n=1700$)

ШКАЛЫ SF-36	M	SD
Физическое функционирование Physical Functioning (PF)	62,1	22,6
Роль физическое функционирование Role Physical (RP)	60,4	21,3
Шкала боли — Bodily Pain (BP)	45,9	24,2
Общее состояние здоровья — General Health (GH)	54,4	16,7
Шкала жизнеспособности — Vitality (VT)	57,7	17,6
Шкала социального функционирования Social Functioning (SF)	59,2	22,8
Роль эмоциональное функционирование Role Emotional (RE)	47,0	29,5
Психологическое здоровье - Mental Health (MH)	59,2	16,9

Средние значения показателей КЖ значительно отличались от 100%-ного уровня «идеального» здоровья, а их распределение не было нормальным для большинства шкал. Для приближения распределения к нормальному и создания возможности прямой интерпретации показателей КЖ была проведена стандартизация значений каждой шкалы SF-36. Для каждого респондента по всем шкалам рассчитывался Z -счет по отношению разницы

трансформированного значения каждой шкалы с его средним значением в популяции к стандартному отклонению.

Для стандартизации значений каждой шкалы был выбран 50%-ный уровень от «идеального» здоровья и одинаковое стандартное отклонение, равное 10. В таблице 2 приведены стандартизованные показатели шкал SF-36.

Таблица 2

Стандартизованные популяционные показатели шкал SF-36 (n=1700)

Показатели	Шкалы SF-36							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Mean	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
25%	45,0	45,0	32,0	41,0	45,0	38,0	33,0	41,0
50% (Me)	62,0	60,0	41,0	52,0	60,0	62,0	33,0	60,0
75%	85,0	75,0	62,0	62,0	70,0	75,0	67,0	72,0
SD	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Min-Max	10-100	0-100	0-100	0-100	10-100	0-100	0-100	17-100

В связи с тем что стандартные отклонения были для всех шкал одинаковыми и равнялись 10, каждый пункт различий или изменения счета имел прямую интерпретацию: один пункт изменений соответствовал одной десятой от стандартного отклонения и был равен 0,10.

Все респонденты были разделены в зависимости от возраста на 7 групп: до 30 лет (n=74), 31-40 лет (n=233), 41-50 лет (n=294), 51-60 лет (n=493), 61-70 лет (n=375), 71-80 лет (n=217), 81 год и старше (n=28). Во всех группах рассчитывались стандартизованные значения каждой шкалы SF-36. Число пациентов старше пенсионного возраста среди мужчин и женщин составило 308 и 477 пациентов соответственно. Обращает на себя следующий факт: число пациентов младше трудоспособного возраста, проходивших восстановительное лечение, среди мужчин и женщин составило 688 и 227 соответственно.

Оценивая физическую активность, пациенты учитывали: самообслуживание, ходьбу, подъем по лестнице, переноску тяжестей, а также выполнение значительных физических нагрузок. Показатель шкалы отражает объем повседневной физической нагрузки, который не ограничен состоянием здоровья: чем он выше, тем большую физическую нагрузку, по мнению исследуемого, он может выполнить. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность значительно ограничена состоянием здоровья. Уровень физической активности мужчин был незначительно выше, чем женщин, во всех возрастных группах; в возрасте до 40 лет физическая активность респондентов была выше средних значений независимо от пола и постепенно уменьшалась с возрастом (p=0,000124).

Эта же тенденция прослеживалась и по шкале ролевого физического функционирования. Шкала показывает роль физических проблем в ограничении

жизнедеятельности, отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение обычной деятельности, т.е. характеризует степень ограничения выполнения работы или повседневных обязанностей теми проблемами, которые связаны со здоровьем: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента или пациента, проблемы со здоровьем ограничивают их повседневную деятельность. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием здоровья.

Респонденты в возрасте до 50 лет при оценке болевого синдрома отмечали, что он не оказывал существенного влияния на КЖ, однако мужчины в возрасте до 60 лет отмечали болевой синдром большей интенсивности, в отличие от женщин такого же возраста ($p=0,000001$). В старших возрастных группах уровень болевого синдрома возрастал и играл существенную роль в оценке здоровья и жизнедеятельности респондентов, причем его стандартизованные значения в возрастных группах старше 60 лет были одинаковы у мужчин и женщин. Следует отметить, чем выше показатель по шкале боли, тем меньше, по мнению респондента или пациента, болевых ощущений они испытывали. Низкие значения шкалы свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает физическую активность исследуемых.

Общее состояние здоровья респондентами моложе 40 лет оценивалось выше среднего уровня независимо от пола. Респонденты оценивали состояние здоровья в настоящий момент, перспективы лечения и сопротивляемость болезни: чем выше показатель, тем лучше состояние здоровья пациента. Более старшие возрастные группы имели меньшую сопротивляемость к болезням, большее количество заболеваний. Пациенты старше 60 лет не видели перспектив лечения из-за ожидаемого ухудшения общего состояния здоровья, однако значимые отличия между группами респондентов по возрасту старше 60 лет отсутствовали.

Женщины ощущали себя полными сил и энергии до 50-летнего возраста, мужчины до 40 лет, жизнеспособность респондентов уменьшалась с возрастом независимо от пола, оставаясь на более высоком уровне у женщин по сравнению с мужчинами. Низкие баллы шкалы жизнедеятельности в старших возрастных группах соответствовали нарастанию утомления исследуемых, снижению их жизненной активности.

Оценивая удовлетворенность уровнем социальной активности (общением, проведением времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе), пациенты отражали степень, в которой их физическое или эмоциональное состояние служило ограничивающим фактором: чем выше показатель, тем выше социальная активность за последние 4 недели. Низкие баллы соответствуют значительному ограничению социальных контактов, снижению уровня общения в связи с ухудшением здоровья. Обращали на себя внимание довольно высокие показатели шкал социальной активности респондентов обоего пола до 40-летнего возраста.

Объем социальных связей мужчин был выше средних значений во всех возрастных группах по сравнению с женщинами ($p=0,00001$).

Психологическое здоровье характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, оценивает общий показатель положительных эмоций: чем выше показатель, тем больше времени респонденты или пациенты чувствовали себя спокойными, умиротворенными в течение последнего месяца. Низкие показатели свидетельствовали о наличии депрессивных, тревожных состояний, психологическом неблагополучии. Состояние психологического здоровья мужского населения было значительно лучше по сравнению с женским ($p=0,000001$). В возрастных группах до 50 лет и старше 71 года значимых отличий между показателями состояния психологического здоровья найдено не было.

Заключение

Анализ стандартизованных показателей КЖ группы популяционного контроля показал, что мужское население в популяции имело лучшие показатели КЖ по всем шкалам опросника SF-36 по сравнению с женским ($p=0,0001$). Показатели КЖ выше средних имели респонденты в возрасте до 40 лет по шкалам физического, ролевого физического функционирования; болевой синдром в этой возрастной группе не оказывал существенного влияния на КЖ. Общее состояние здоровья оценивалось выше среднего уровня респондентами моложе 50 лет независимо от пола, для них были характерны высокие показатели шкал социальной активности и жизнеспособности.

Референтная база популяционных значений стандартизованных показателей опросника SF-36 может оказаться полезной для сравнения КЖ пациентов с различными заболеваниями в соответствии с возрастом и полом пациентов, а также для оценки эффективности терапии при проведении научных исследований

Список литературы

1. Иванова А.Е. Предотвратимость потерь здоровья при инфаркте миокарда / А.Е. Иванова, С.Е. Головенкин, С.А. Сульдин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. - № 5 (33). – С. 1-17.
2. Москвичёва М.Г. Медико-социологические исследования мнения пациентов об организации медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца в Челябинской области / М.Г. Москвичёва, С.А. Белова // Последипломное образование и медицинская наука. – 2014. – Т. 9. № 2. – С. 5-8.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - 2-е изд. ; под ред. Ю.Л. Шевченко. - М. : ОЛМАПРЕСС, 2007. – 313 с.

4. Прилипко Н.С. Потребность населения России в медицинской реабилитации в условиях стационара / Н.С. Прилипко, М.Н. Бантьева // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2014. - № 1. – С. 11-15.
5. Сухонос Ю.А. Особенности популяционного исследования качества жизни : дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 101 с.
6. Усачева Е.В. Информационно-аналитический модуль долгосрочного диспансерного наблюдения пациентов с коронарным атеросклерозом / Е.В. Усачева, С.С. Бунова, А.С. Горбушин, А.Г. Дружинина // *Врач и информационные технологии*. – 2015. - № 1. – С. 48-53.
7. Усачева Е.В. Реабилитация пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в условиях отделения восстановительной терапии городской клинической больницы № 1 им. А.Н. Кабанова / Е.В. Усачева, С.С. Бунова, А.В. Нелидова, И.М. Зуева, А.О. Сукончик, А.А. Шишкина, А.А. Романов, Л.Н. Гасаенко, А.В. Тихонов, В.В. Кузнецова, Н.Л. Заворотняя // *Омский научный вестник*. – 2012. - № 2 (114). – С. 21-26.
8. Ширлина Н.Г. Оценка качества жизни женского населения Омской области с различным риском развития рака молочной железы / Н.Г. Ширлина, В.Л. Стасенко // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 1. – С. 740-745.
9. Ware J.E. Conceptualization and Measurement of Health-Related Quality of Life: Comments on an Evolving Field // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. - 2003; 84 (4 Suppl 2) : S43–51. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12692771>.
10. Ware J.E. SF-36 Health Survey Update. *Spine*. - 2000a; 25 (24) : 3130–3139. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124729>.

Рецензенты:

Турчанинов Д.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гигиены с курсом питания человека Омского государственного медицинского университета, г. Омск;

Стасенко В.Л., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эпидемиологии Омского государственного медицинского университета, г. Омск.