

УДК 614.2+616.1-036.868

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ширлина Н.Г., Щербаков Д.В., Расный В.И.

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

Официальная статистика свидетельствует, что болезни системы кровообращения (БСК) составляют 56–54% всех случаев смерти ежегодно, около 30% взрослого населения обращаются к врачу по поводу БСК. Авторами высказана мысль об актуальности изучения качества жизни пациентов с БСК для разработки эффективной модели профилактики избыточной смертности от БСК, приемлемой в условиях как субъекта РФ, так и Сибирского федерального округа (СФО). Общий показатель качества жизни имеет не только прогностическое значение, но и позволяет предсказать общие тенденции изменения состояния пациентов с БСК при проведении лечения и реабилитации. Учитывая разницу в структуре населения по возрасту и соотношению городских и сельских жителей, сравнение интенсивных показателей целесообразно проводить с учетом коррекции на эти различия, показатель летальности от отдельных болезней может стать одним из критериев сравнительной оценки работы органов и организаций здравоохранения регионов СФО.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, качество жизни, реабилитация.

ORGANIZATION OF STUDY OF QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Shirlina N.G., Shcherbakov D.V., Rasnyi V.I.

Omsk State Medical University Ministry of Health of the Russian Federation, Omsk, Russia (644099, Omsk, ul. Lenina, 12), e-mail: laphalist@gmail.com

Official statistics show that cardiovascular disease (CVD) account for 56-54% of all deaths each year, about 30% of the adult population go to the doctor with the problem of CVD. The authors suggested that the relevance of studying the quality of life of patients with CVD to develop an effective model for preventing excess mortality from CVD, acceptable conditions, as a subject of the Russian Federation, and the Siberian Federal District (SFD). The overall quality of life not only has prognostic value, but also allows us to predict the general trends of patients with CVD during treatment and rehabilitation. Given the difference in the structure of population by age and the ratio of urban and rural residents, comparing the intensity of indicators should be carried out taking into account the correction of these differences, the case-fatality rate of certain diseases may be one of the criteria for comparative evaluation of agencies and health organizations Siberian regions.

Keywords: cardiovascular diseases, quality of life, rehabilitation.

Качество жизни (КЖ), являясь комплексной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанной на его субъективном восприятии, в медицинском понимании этого термина всегда связано со здоровьем. Инструменты оценки КЖ – общие и специфические опросники, разработанные экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями Good Clinical Practis (GCP), создали возможность количественной оценки этого субъективного понятия, что позволило расширить представление врача о состоянии пациента в целом [9; 10].

В стратегические национальные приоритеты Российской Федерации (РФ) до 2020 г., помимо других важных приоритетов, входит и «повышение качества жизни российских

граждан путем гарантирования личной безопасности, а также высоких стандартов жизнеобеспечения» [20], что очень важно для преодоления негативных демографических тенденций в стране. Ввиду многомерности понятия «качество жизни» (КЖ) существует множество индикаторов и методических подходов к исследованию качества жизни [1; 6; 7].

Болезни системы кровообращения оказывают существенное влияние на физическое и психологическое состояние, изменяют место и роль пациента в социальной жизни [4]. Эти изменения при определенных условиях могут оказаться для пациента более важными, чем клинические проявления самого заболевания. Одним из критериев оценки эффективности лечебных мероприятий, получивших признание в последние годы, является качество жизни, релевантное здоровью.

КЖ широко исследуется у пациентов с болезнями системы кровообращения после операционного или консервативного лечения [3; 5-7]. Анализ литературы по теме показал, что в клинической практике показатели КЖ используются в следующих основных направлениях [9; 10]:

- для оценки эффективности лечения с использованием динамики показателей КЖ на различных этапах лечения (ранних и отдаленных результатов лечения);

- для оценки состояния пациента по мере изменения клинической картины болезни (утяжеление или улучшение); КЖ имеет определяющее значение при выборе стратегии лечения инкурабельного пациента;

- КЖ пациента используется как дополнительный критерий при подборе индивидуальной терапии, при клинической оценке конкретного лекарственного препарата или хирургического (терапевтического) метода лечения, физической реабилитации инвалидов;

- с изменением показателей КЖ пациентов оцениваются физиотерапевтические, паллиативные, оздоровительные методы лечения и работы медицинского персонала, готовность пациентов к участию в профилактических мероприятиях;

- оценивается экономическая эффективность терапевтического, хирургического или восстановительного методов лечения;

- данные о КЖ пациентов могут быть полезны для оценки качества работы лечебного отделения или лечебного учреждения в целом, оценки работы органов здравоохранения по реализации мер по улучшению системы здравоохранения;

- показатели КЖ в наибольшей мере позволяют получить целостное представление о самочувствии пациента «его глазами», особенно в отношении пациентов с хроническими и угрожающими жизни заболеваниями.

Исходя из этого весьма актуальным становится поиск дополнительных критериев эффективности и безопасности лечения, которые могут помочь врачу в определении оптимальной тактики лечения, а пациенту – в выборе наиболее приемлемого варианта терапии. Таким новым критерием становится качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии состояния своего здоровья [9; 10].

В этой связи следует отметить, что исследование качества жизни в современной медицине, наряду со стандартизацией новых методов лечения, применения новых препаратов, выделения групп риска, разработкой фундаментальных методов паллиативной медицины, позволяет оценить эффективность, прогнозировать и экономически обосновать применяемые протоколы лечения.

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 настоящем исследовании были проанализированы результаты опроса 250 пациентов, имеющих группу инвалидности (мужчин – 116, женщин – 134).

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 [2].

Средний возраст респондентов составил $61,1 \pm 8,6$ 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=250)

ШКАЛЫ SF-36	M	SD
Физическое функционирование - Physical Functioning (PF)	33,12	11,6
Ролевое физическое функционирование - Role Physical (RP)	24,11	11,3
Шкала боли — Bodily Pain (BP)	52,22	14,2
Общее состояние здоровья — General Health (GH)	32,77	16,7
Шкала жизнеспособности — Vitality (VT)	37,88	17,6
Шкала социального функционирования - Social Functioning (SF)	51,41	22,8
Ролевое эмоциональное функционирование - Role Emotional (RE)	27,02	8,5
Психологическое здоровье - Mental Health (MH)	42,37	12,9

Особенность качества жизни пациентов с БСК состоит в том, что их субъективные ощущения очевидны для них самих, но не столь очевидны для лечащего врача и окружающих лиц. В то же время именно субъективное улучшение общего самочувствия и качество жизни гораздо важнее для пациента, чем объективные клинические изменения. Тем не менее опираться только на субъективные ощущения пациента не следует, временное ухудшение может быть необходимым для достижения длительного выздоровления. Этот принцип наглядно иллюстрирует, например, комбинированная антигипертензивная терапия, особенно в первые дни назначения её пациенту.

При изучении КЖ среди пациентов с группой инвалидности установлено, что наличие проблем со здоровьем выявлено у всех опрошенных. В меньшей степени была нарушена способность опрошенных к уходу за собой: отсутствие проблем в этой области отметили 73,1% – I группы, 68,4% – II группы, 66,1% – III группы; испытывают некоторые затруднения в подвижности 42,3% – I группы, 32,2% – II группы, 36,1% – III группы; легкое беспокойство и депрессию – 44,5% – I группы, 38,4% – II группы, 36,5% – III группы пациентов; умеренную боль и дискомфорт в груди ощущали 36,9% – I группы, 31,4% – II группы, 25,5% – III группы опрошенных.

При оценке мнения пациентов в отношении направления на этап реабилитации статистически значимых различий между возрастными характеристиками и полом пациентов старших возрастных групп по основным клиническим характеристикам выявлено не было. В группе пациентов трудоспособного возраста было выявлено, что такие пациенты работали (в 75,9% случаев) по сравнению с теми, кто не прошел этап реабилитации. Следует отметить, что статистически значимых отличий значений вышеприведенных показателей выявлено не было. Лишь оценка КЖ показала, что его уровень был значимо ($p < 0,001$) выше в группе пациентов трудоспособного возраста.

В группе лиц, имеющих I и II группы инвалидности, существенно низким (среднее значение равно 24,11) отмечено ролевое физическое функционирование (RP) членов данной группы. Таким образом, физические нагрузки, связанные с их повседневной деятельностью в течение дня, очень ограничены.

Значение среднего по шкале «интенсивность боли» (BP) находится в средней её части, составляя 52,22, указывая на наличие влияния отдельных болевых синдромов на способность заниматься повседневной деятельностью.

Общее состояние здоровья (GH) равно среднему значению 32,77, тем самым свидетельствуя о том, что в настоящее время, по субъективной оценке респондентов, состояние их здоровья ниже среднего уровня, существуют проблемы в перспективе их лечения, при сохранении устойчивости болезни.

Значение шкалы «жизненная активность» (VT) также имеет низкое среднее значение: 37,88, указывая на то, что большинство респондентов утомлены повседневными заботами и их жизненная позиция значительно снижена. Они не ощущают себя полными сил и энергии.

Шкала «социальная функциональность» (SF) определяет степень влияния физического и эмоционального состояния на социальную активность респондентов. Значение составляет 51,4. В связи с этим можно отметить, что показатели находятся в «пограничном» секторе, когда опрашиваемые находятся в относительно спокойном состоянии и к критической фазе активности ещё не перешли. Они относительно удовлетворены уровнем общения и своей социальной адаптацией.

Достаточно низкий уровень показателя средней величины по шкале «ролевое эмоциональное функционирование» (RE), который составляет 27,02. Это свидетельствует о том, что негативное эмоциональное состояние опрошенных мешает им в повседневной деятельности, в частности, приводя к уменьшению объема повседневных дел, снижению их качества и увеличению временных затрат.

Значение показателей по шкале «психическое здоровье» (MH) равно 47,37, что позволяет сделать вывод о способности респондентов достаточно хорошо адаптироваться к

сложившейся на данной территории социально-экономической среде. В своем большинстве в настоящее время они способны преодолевать депрессивные состояния. Их тревожные переживания находятся в пределах нормы.

В реальных клинических условиях врачу-терапевту (кардиологу) необходимы достаточно четкие рекомендации для работы с пациентами, столкнувшимися с необходимостью научиться жить с последствиями комплексного лечения БСК. Именно в этом аспекте в качестве инструмента для оценки эффективности проводимых мероприятий, мониторинга клинических и психологических параметров пациента и необходимо изучение параметров качества его жизни.

В преамбуле устава ВОЗ здоровье трактуется как «такое состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических дефектов, но полное физическое, душевное и социальное благополучие». Именно достижение определенного уровня «благополучия» в виде качества жизни для пациентов, страдающих БСК, и должны обеспечить службы здравоохранения. При этом уровень состояния здоровья пациента и надежность функционирования его организма, как биологической системы, во время и после проведения специфического и комбинированного лечения должно тесно сочетаться с показателем качества жизни.

Заключение

Оценка качества жизни пациентов с БСК осуществляется достаточно давно с помощью специальных опросников, содержащих варианты стандартных ответов на стандартные вопросы, составленные для подсчета по методу суммирования рейтингов. Они позволяют уловить даже небольшие изменения в качестве жизни, произошедшие за определенный период времени, особенно при применении современных порядков и протоколов, включающих новые организационные и медицинские технологии. Каждый имеющийся на сегодняшний день опросник имеет свои критерии и шкалу оценки, с их помощью можно определить условную норму качества жизни и в дальнейшем проводить сравнение с этим показателем.

Прогностическое значение общего показателя качества жизни позволяет предсказать общие тенденции изменения состояния пациентов с БСК при проведении лечения. В ходе проводимых исследований качества жизни пациентов, страдающих БСК, было установлено, что лица с низким уровнем общего качества жизни исходно имеют худшие показатели и по окончании лечения, что указывает на возможность прогнозирования течения БСК, основываясь на показателях шкалы качества жизни как до начала лечения, так и после его проведения.

Своевременно организованная реабилитация пациентов с БСК предполагает минимизацию воздействия рисков инвалидизации, профилактику инвалидизации пациентов, в том числе снижение частоты функциональных нарушений. Все эти аспекты обосновывают применение исследований КЖ в клинической медицине и практическом здравоохранении, что дает дополнительные возможности для характеристики общественного здоровья на уровне региона.

Список литературы

1. Аронов Д.М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д.М. Аронов, В.П. Зайцев // Кардиология. – 2002. – № 5. – С. 92-95.
2. Демография. Естественное движение населения. Рождаемость, смертность и естественный прирост // Федеральная служба государственной статистики : сайт. - URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography (дата обращения: 08.11.2015).
3. Марцияш А.А. Показатель «качество жизни» в реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. – № 2. – С. 51-53.
4. 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.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - 2-е изд. / под ред. Ю.Л. Шевченко. - М., ОЛМА-ПРЕСС, 2007. – 313 с.
6. Погосова Н.В. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы / Н.В. Погосова [и др.] // Кардиология. – 2010. – № 4. – С. 66-78.
7. Рождественская Т.В. Исследование качества жизни у пациентов с болезнями системы кровообращения / Т.В. Рождественская, Д.А. Осипов, О.Р. Байтуров // Профилактическая медицина. – 2011. – № 1. – С. 63.
8. Сухонос Ю.А. Особенности популяционного исследования качества жизни : дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 101 с.
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): P. 43–51. - 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 университет, г. Омск;

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