

П. В. Витко, В. М. Токаревская
**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ,
У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Научный руководитель: ст. преп. Гирко И.Н.

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
4-я городская клиническая больница имени Н.Е.Савченконко*

P.V. Vitko, V.M. Tokarevskaya

**EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR
DISEASES**

Tutor: senior teacher I.N.Girko

*Department of Public Health and Healthcare
Belarusian State Medical University, Minsk
4-th city clinical hospital named after Mikalaj Sauchanka*

Резюме. В наши дни большое внимание уделяется изучению качества жизни лиц с патологией сердечно-сосудистой системы. Болезнь влияет не только на физическое состояние человека, но и на его поведение, эмоциональное состояние, зачастую изменяя его место и роль в социальной жизни, и поэтому изучение качества жизни является одним из важнейших направлений современной медицины.

Ключевые слова: качество жизни, связанное со здоровьем, опросник SF-36, сердечно-сосудистые заболевания.

Resume. Nowadays much attention is paid to the study of the life quality of cardiovascular patients. The disease influences not only the physical condition of a person, but also the psychology of his behavior, emotional reactions, often changing his role in social life, and therefore the current concept of quality of life research is being implemented into clinical practice.

Keywords: cardiovascular disease, cardiac surgery, quality of life, questionnaires.

Актуальность. Распространенность болезней системы кровообращения в Республике Беларусь составила 28920,9 на 100 000 населения (2017 год), в структуре общей заболеваемости доля данной патологии – 17,2%. В связи с этим, изучение заболеваний сердечно-сосудистой системы остается одной из важных задач отечественной медицинской науки.

Несмотря на видимые успехи, достигнутые в разработке и внедрении в практику здравоохранения новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения, появление классов высокоэффективных препаратов, огромные средства, затрачиваемые на сохранение жизни и работоспособности пациентов, страдающих патологией сердечно-сосудистой системы, многие исследователи отмечают, что некоторое увеличение продолжительности жизни этой категории больных не всегда сопровождается повышением ее качественных показателей [1,2].

В настоящее время изучение качества жизни (КЖ) людей стало важной составляющей медицинских исследований. Определение качества жизни основано на субъективной оценке её компонентов самими респондентами и позволяет определить влияние заболевания и лечения на состояние пациента.

Исследование КЖ, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование. Понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов ее лечения [3].

Качество жизни пациентов зависит от клинических жалоб и функциональных возможностей больного (применительно к сердечно-сосудистым заболеваниям, прежде всего от физической работоспособности, снижение которой может препятствовать пациенту удовлетворять свои потребности)[4].

Важнейшая задача медицины на сегодняшний день – не только вернуть человека к здоровому состоянию, но и вернуть его в общество, проведя психологическую и социальную адаптацию. Применение такого диагностического критерия, как КЖ, позволяет учитывать индивидуальные особенности пациента при выборе тактики и стратегии лечения. Кроме того, на основании полученных данных о КЖ пациента врач должен не только добиться улучшения объективных физиологических показателей, но и разработать комплекс мер по устранению социальных причин, обуславливающих заболевание, дать рекомендации по здоровому образу жизни, стилю поведения. Наконец, оценка КЖ служит важным критерием эффективности лечения и реабилитационных мероприятий [5].

Для изучения КЖ используются различные инструменты, в частности:

- общие опросники (для здоровых и больных);
- специальные опросники (по областям медицины, по нозологии)
- инструменты оценки симптомов [6].

Цель:

Целью данного исследования явилось выявление особенностей качества жизни, связанного со здоровьем, у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в зависимости от пола и возраста.

Задачи:

1. Определить уровень КЖ пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
2. Определить статистическую значимость различий в оценке КЖ в зависимости от возраста и пола.

Материалы и методы.

Была сформирована выборочная статистическая совокупность из 142 пациентов отделения кардиологии УЗ «4-я городская клиническая больница г. Минска» с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Время исследования – сентябрь 2018 г.-февраль 2019 г.

Наблюдение - выборочное, единовременное.

Методы – социологический, статистический. Применен общий опросник – SF-36.

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособ-

ность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие [7].

Обработка материала осуществлена с использованием Microsoft Excel и Statistica 10.0. Для анализа данных использовали непараметрический метод оценки критерия Манна-Уитни для сравнения двух независимых выборок. Статистически достоверным принимали уровень коэффициента при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Одной из поставленных задач исследования явилась оценка КЖ респондентов в зависимости от возраста.

Пациенты были разделены на три возрастные группы: до 50 лет (7,0%), от 51 до 70 лет (48,6%), старше 71 года (44,4%).

Медиана возраста – 69 (61-76) лет: мужчины – 66 (54-71) лет, женщины – 72 (66-78) года.

Респонденты младше 50 лет оценивали компоненты КЖ выше, чем пациенты 51-70 лет: физическое функционирование ($p < 0,001$), ролевое функционирование ($p < 0,001$), интенсивность боли ($p < 0,001$), социальное функционирование ($p < 0,01$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($p < 0,01$), физический компонент здоровья ($p < 0,01$). Не отмечалось различий в оценке общего состояния здоровья, жизненной активности и психологического компонента здоровья.

Оценка КЖ респондентами старшей возрастной группы (старше 71 года) также существенно различается в сравнении с группой в возрасте 51-70 лет. Пациенты старше 71 года ниже оценивают компоненты качества жизни: физическое функционирование ($p < 0,001$), интенсивность боли ($p < 0,05$), общее состояние здоровья ($p < 0,001$), жизненную активность ($p < 0,05$) социальное функционирование ($p < 0,001$), психическое здоровье ($p < 0,01$), физический компонент здоровья ($p < 0,01$). Различий в данных возрастных группах не отмечается в отношении общего ролевого функционирования, а также обусловленного эмоциональным состоянием, и психологического компонента здоровья.

При сравнении оценки КЖ, связанного со здоровьем, младшей (до 50 лет) и старшей (старше 71 года) возрастных групп статистически значимые различия были отмечены по всем компонентам: выше оценка респондентов в возрасте до 50 лет.

Среди респондентов мужчины составили 42,3%, женщины – 57,7%.

Нами были изучены различия в оценке КЖ в зависимости от половой принадлежности пациентов (Табл.1).

Табл. 1. Оценка компонентов КЖ респондентами в зависимости от пола

Компоненты КЖ	Оценка КЖ в баллах, Me (25%-75%)		Статистическая значимость различий
	мужчины n=59	женщины n=83	
Физическое функционирование	75,0 (60,0-95,0)	55,0 (30,0-75,0)	U=1339,5, p<0,001
Ролевое функционирование	25,0 (0,0-75,0)	0,0 (0,0-50,0)	-
Интенсивность боли	42,0 (41,0-61,0)	41,0 (22,0-51,0)	U=1945,5, p<0,05
Общее состояние здоровья	60,0 (50,0-72,0)	45,0 (30,0-67,0)	U=1631,5, p<0,001
Жизненная активность	55,0 (40,0-65,0)	45,0 (35,0-60,0)	U=1858,5, p<0,05
Социальное функционирование	75,0 (62,0-100,0)	62,5 (50,0-87,0)	U=1877,0, p<0,05
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	66,6 (0,0-100,0)	33,3 (0,0-100,0)	-
Психическое здоровье	64,0 (52,0-68,0)	56,0 (44,0-64,0)	U=1820,5, p<0,01
Физический компонент здоровья	45,4 (40,7-47,9)	41,9 (38,7-45,5)	U=1728,0, p<0,01
Психологический компонент здоровья	47,3 (35,4-51,7)	42,6 (33,9-50,9)	-

Женщины ниже, чем мужчины, оценивают физическое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненную активность, социальное функционирование, психическое здоровье, а также физический компонент здоровья.

Физическое состояние у женщин в большей степени, чем у мужчин, ограничивает выполнение физических нагрузок. В то же время, повседневная деятельность как мужчин, так и женщин, ограничена приблизительно в равной степени.

Болевые ощущения у женщин больше, чем у мужчин, влияют на способность заниматься повседневной деятельностью. Также женщины ниже оценивают общее состояние своего здоровья и перспективы лечения.

У женщин, в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния, более ограничены социальные контакты и снижен уровень общения. Отмечается снижение физического компонента здоровья у женщин, но психологический компонент здоровья не имеет достоверных различий в зависимости от пола.

Возможно, большое число различий в оценке КЖ в зависимости от пола связано с тем, что медиана возраста женщин в выборке выше, чем мужчин, на 6 лет. Мы проанализировали компоненты КЖ внутри возрастных групп.

В возрасте до 50 лет мужчины составили 60%, женщины – 40%. В данной возрастной группе женщины ниже оценивают физическое функционирование ($p<0,01$), но выше общее состояние здоровья ($p<0,05$).

В возрастной группе 51-70 лет мужчины составили 55,1%, женщины – 44,9%. Различия отмечаются только в оценке психического здоровья, женщины оценивают его ниже, чем мужчины ($p<0,05$).

В старшей возрастной группе (старше 71 года) существенных различий в зависимости от пола пациентов не выявлено.

Выводы.

1. Качество жизни, связанное со здоровьем, имеет различия у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в зависимости от возраста и пола.

2. С увеличением возраста пациенты с болезнями системы кровообращения отмечают снижение качества жизни, особенно в отношении физического компонента здоровья. В целом, физический компонент здоровья указывает на то, что уровень функциональных возможностей с возрастом снижается.

3. Психологический компонент здоровья в меньшей степени различается в зависимости от возраста и пола, чем физический.

4. Женщины с кардиологической патологией оценивают КЖ ниже мужчин. Наибольшее количество различий отмечается в отношении физического компонента здоровья.

5. На компоненты КЖ возраст респондентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы влияет в большей степени, чем пол.

Литература.

1. Оганов Р.Г. Первичная профилактика ишемической болезни сердца. / Р.Г. Оганов – М., 1990. – 112 с.

2. Uemura K, Pisa Z. // WHO. – 1988. – Vol. 41, N 3–4. – P. 155.

3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова - 2007 год

4. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями/ Д.М. Аронов, В.П. Зайцев // Кардиология.-2002.-№5.-С.92-95.

5. Влияние хронической болезни почек на качество жизни детей / О.В. Нестеренко, В.И. Горемыкин, С.Ю. Елизарова и др. // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 9-2. – С. 223-225

6. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, В.Л. Федорова // Сибирский психиатрический журнал. – 2008. – №27. – С. 67–71

7. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36 – компания «Эвиденс» — Клинико-фармакологические исследования: <http://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf>.