

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, РЕЛЕВАНТНОГО ЗДОРОВЬЮ, БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Е. С. Балева — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра анатомии человека, аспирант; **И. Л. Кром** — Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове, профессор кафедры социальной работы и социального права, руководитель центра медико-социологических исследований, доктор медицинских наук; **О. Ю. Алешкина** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой анатомии человека, профессор, доктор медицинских наук.

QUALITY OF LIFE EVALUATION RELEVANT TO HEALTH IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

E. S. Baleva — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Human Anatomy, Post-graduate; **I. L. Khrom** — Saratov Institute of Social Education, Department of Social Work and Social Law, Director of Centre of Medico-social Research, Professor, Doctor of Medical Science; **O. Yu. Aleshkina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Human Anatomy, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 14.11.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2013 г.

Балева Е. С., Кром И. Л., Алешкина О. Ю. Оценка качества жизни, релевантного здоровью, больных ишемической болезнью сердца // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 1. С. 145–147.

Рассматривается качество жизни как оценочная категория состояния субъекта в ситуации болезни. Приводятся результаты авторского исследования качества жизни, релевантного здоровью, больных ишемической болезнью сердца. Показатель качества жизни, определенный на основании опросника ВОЗ КЖ-100, дополняя картину болезни, является многофакторным критерием оценки состояния данной категории больных.

Ключевые слова: качество жизни, ишемическая болезнь сердца, многофакторный критерий оценки.

Baleva E. S., Khrom I. L., Aleshkina O. Yu. Quality of life evaluation relevant to health in patients with coronary heart disease // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2013. Vol. 9, № 1. P. 145–147.

The article considers quality of life as an evaluation category of state of a subject in conditions of illness. The results of the research of quality of life relevant to health in patients with coronary heart disease are given in the work. Quality of life defined on the basis of the questionnaire of WHOQOL-100 supplementing an illness picture is a multiple-factor criterion in condition assessment of such category of patients.

Key words: quality of life, ischemic heart disease, multiple-factor criterion of assessment.

Междисциплинарный интерес к оценке качества жизни, релевантного здоровью, которое в англоязычной литературе обозначается как «health related quality of life», отражается в динамике числа публикаций в последние десятилетия.

По мнению М. Eidiund и соавт. [1], интерес к проблеме качества жизни в медицине объясняется следующими причинами:

1. Прогресс медицинской науки, совершенствование медицинских технологий в последние десятилетия XX в. привели к тому, что нередко в клинической практике встречаются ситуации, когда пациент является биологически живым и одновременно «мертвым» в социальном отношении.

2. Все в большей степени основополагающим принципом медицины становится уважение личности и прав пациента. Гарантии прав пациента на сознательный выбор между лечением и нелечением, на утешение и т.д. связаны с «оптимальным качеством жизни больного».

3. Структура заболеваемости кардинально меняется. Растет число хронических больных, которые

не могут быть излечены, несмотря на прогресс медицины. В отношении таких больных терапия направлена на улучшение их качества жизни.

А. А. Новик и соавт. выделяют три основных признака, характерных для концепции качества жизни в медицине [2].

Многомерность. Качество жизни содержит информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и финансовой и позволяет определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

Изменяемость во времени. Качество жизни не является постоянным и меняется в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять мониторинг состояния пациента.

Участие больного в оценке его состояния. Эта характеристика качества жизни является особенно важной. Оценка качества жизни, сделанная самим пациентом, служит достоверным показателем его состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным медицинским заключением, позволяют составить полную и объективную картину болезни.

Определяя взаимосвязь болезни и ее последствий, А. Джефф указывал на возникновение социальных ограничений и снижение качества жизни в результате нарушений жизнедеятельности [3].

D. F. Cella выделяет два фундаментальных свойства качества жизни: многокомпонентность и субъективизм в оценке. Он подчеркивает, что качество жизни, во-первых, многогранное понятие, которое включает физические, психические, социальные аспекты жизни человека; во-вторых, это результирующий показатель, который зависит от степени тяжести заболевания, от воздействия лечебных мероприятий; в-третьих, показатель качества жизни является количественным и оценивает ухудшение или улучшение состояния больных при помощи определенных процедур; в-четвертых, что особенно важно, качество жизни отражает субъективную оценку больным своего состояния в результате воздействия болезни или лечения [4].

Для объективизации показателя качества жизни наиболее удачным оказался тестологический подход. Имея некий количественный показатель качества жизни (общий или его составляющих), полученный при тестировании (заполнении опросника), можно судить о качестве жизни больного в целом или о его динамике [5]. Количественный показатель качества жизни позволяет оценить физическое, психическое и социальное функционирование пациента. С помощью опросников исследуют общее состояние здоровья, «профиль влияния болезни»; измеряют тяжесть течения, симптоматику, функциональную недостаточность при том или другом заболевании.

Анализ существующих методик оценки качества жизни показывает, что большинство из них охватывают пять основных аспектов этого понятия [6]:

- 1) физическое состояние (физические ограничения, физические способности, физическое благополучие);
- 2) психическое состояние (уровни тревог и депрессии, психологическое благополучие, контроль эмоций и поведения, познавательные функции);
- 3) социальное функционирование (межличностные контакты, социальные связи);
- 4) ролевое функционирование (ролевое функционирование на работе, дома);
- 5) общее субъективное восприятие состояния своего здоровья (оценка настоящего состояния и его перспективы).

Наиболее важна оценка медицинских аспектов качества жизни у пациентов с хроническими заболеваниями. Во-первых, само заболевание не может не отразиться на всех сторонах жизнедеятельности больного; во-вторых, длительное, порой постоянное медикаментозное лечение так или иначе оказывает влияние на качество жизни пациента. N. Weniger и соавт. отмечают, что цель терапии для большинства пациентов с хроническими заболеваниями состоит не в лечении как таковом, а в улучшении их функционирования в результате уменьшения выраженности симптомов или ограничения прогрессирования болезни. Становится все более очевидным, что оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных с хроническими заболеваниями должна включать такие характеристики, как активность в повседневной жизни, работоспособность, способность выполнять социальные роли, интеллектуальную способность, эмоциональную удовлетворенность, удовлетворенность жизнью, т.е. качество жизни пациента [7].

Значение определения качества жизни, релевантного здоровью, связано с двумя обстоятельствами. Во-первых, прямая связь качества жизни с выраженностью болезни существует далеко не всегда, так как оно во многом определяется субъективными

представлениями больного о тяжести своего заболевания, а также о возможных ее последствиях. При этом имеют значение необходимость снижения трудовой активности, угроза инвалидности, изменения жизненных привычек. Во-вторых, нередко оценка эффективности лечения врачом и его пациентом может не совпадать [8].

Очевидно изменение содержания клинической медицины в связи с введением в нее понятия «качество жизни». Прежде всего, это связано с возрастанием значения субъективного фактора, отношения самого пациента к болезни. С ориентацией медицины на качество жизни пациента происходит гуманизация клинической практики. Не случайно возрастающее число исследований по качеству жизни совпадает с трансформацией медицинской этики, в которой на первый план выдвигаются принцип уважения личности пациента, предоставление ему необходимой информации, возможность осуществления контроля за ходом исследования и (или) лечения, «терапевтическое сотрудничество» — участие больного в процессе оказания ему медицинской помощи.

На уровень качества жизни влияют многие факторы. Влияние болезни очевидно при клинически выраженных проявлениях, вызывающих субъективные и объективные нарушения состояния здоровья, снижение функциональных возможностей и физиологических функций. Лечение больных ишемической болезнью сердца, как и многих других хронических заболеваний, продолжается длительно, поэтому эффективность его предполагается оценивать не только по динамике клинических, лабораторных и инструментальных показателей, но и по влиянию на качество жизни больного [9]. При лечении больных ишемической болезнью сердца ставятся задачи увеличения продолжительности жизни и ее качества [10]. Традиционные критерии эффективности лечения, отражающие изменения физического состояния, не дают полного представления о жизненном благополучии больного, включающего, наряду с физическим, психологические и социальные аспекты.

Изучение качества жизни больных ишемической болезнью сердца (ИБС) проводится в Центре медико-социологических исследований с 2008 г. В исследование были включены 240 респондентов мужского и женского пола трудоспособного возраста, страдающих ишемической болезнью сердца. Диагноз ИБС поставлен на основании известных критериев ВОЗ. Больные, включенные в исследование, страдали постинфарктной стенокардией III–IV функционального класса и хронической сердечной недостаточностью. Контрольную группу составили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность: 340 респондентов.

Исследование качества жизни проводилось нами с использованием опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100), имеющего модульную структуру [11]. Предварительное исследование эффективности опросника показало его высокую валидность и чувствительность. Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды. С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни («Физические функции», «Психологические функции», «Уровень независимости», «Социальные отношения», «Окружающая среда» и «Духовная сфера»), а также измеряется

восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Внутри каждой из сфер выделяется несколько составляющих ее субсфер.

Статистическая достоверность различия средних показателей качества жизни двух групп (клинически здоровые и больные) определялась по непараметрическому критерию Манна — Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Субсфера «Общее качество жизни и состояние здоровья». Средний показатель качества жизни больных, страдающих ИБС, снижен (13,7 балла). В группе клинически здоровых респондентов он выше (15 баллов) ($p < 0,05$).

Разброс результатов оценки качества жизни респондентов, страдающих ИБС, по «Физической сфере» составил от 5 до 19 баллов. Средний показатель 11,7 балла. Если максимальный показатель составляет 19 баллов (чем выше балл, тем ниже качество жизни), то физическую сферу можно интерпретировать как неудовлетворительную.

Субсферы «Физическая боль и дискомфорт», «Жизненная активность, энергия и усталость», «Сон и отдых» характеризуют «Физическую сферу» и предполагают оценку соматически обусловленной составляющей показателя качества жизни.

Разброс результатов среднего показателя качества жизни в «Психологической сфере» составил от 9,6 до 19 баллов. Средний показатель 13,3 балла.

В сфере «Уровень независимости» отмечается значительное снижение показателя качества жизни в субсфере «Подвижность» (11,8 балла у больных ИБС и 18 баллов у здоровых респондентов) и субсфере «Способность выполнять повседневные дела» (11,8 балла у больных ИБС и 14,5 балла у здоровых респондентов).

В сфере «Социальные отношения» отмечается снижение показателя качества жизни в субсфере «Личные отношения» (14,5 балла у больных ИБС и 15,3 балла у здоровых респондентов).

При анализе показателя качества жизни в сферах «Окружающая среда» и «Духовная сфера» значительных различий показателей качества жизни больных ИБС и клинически здоровых респондентов не выявлено.

При исследовании качества жизни больных, страдающих болезнями системы кровообращения, проблемы респондентов выявлены нами в физической, психологической и социальной сферах. В «Психологической сфере», в сферах «Социальные отношения», «Окружающая среда» и «Духовная сфера» различия в показателях качества жизни больных ишемической болезнью сердца и клинически здоровых лиц минимальны. В группе больных выявлено значительное снижение качества жизни в «Физической сфере» и сфере «Уровень независимости» по сравнению с группой клинически здоровых респондентов.

При исследовании качества жизни в «Психологической сфере» нами выявлено снижение показателя качества жизни в субсфере «Мышление, обучаемость, память и концентрация» у респондентов, страдающих ишемической болезнью сердца. Одной из причин нарушения социализации и инвалидизации больных при ишемической болезни сердца являются связанные с основным заболеванием нарушения когнитивных функций. Усвоение субъектом социальных установок, включающих социально сложившееся отражение реального мира, связано с состоянием когнитивных функций, в частности с мышлением, в качестве процесса, связывающего субъекта и обще-

ство в ходе взаимодействия (П. Бурдые). Имеющиеся у больных ИБС когнитивные расстройства (нарушения памяти, внимания, восприятия, мышления различной степени выраженности) определяют социальное поведение субъекта [12].

Проведенные нами исследования подтверждают, что показатели качества жизни и социального функционирования больных, страдающих ишемической болезнью сердца, являются значительно более низкими, чем в общей популяции. Показатель качества жизни, определенный с использованием опросника ВОЗ КЖ-100, дополняя картину болезни, является многофакторным критерием оценки состояния больных, страдающих ишемической болезнью сердца.

Библиографический список

1. Edlund M., Tancredi L. Quality of life: an ideological critique // *Perspectives in Biology and Medicine*. 1985. № 85. P. 591–607.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. С. 19.
3. Jeffe A. Physical disablement concerts for physical therapy research and practice // *Physical Therapy*. 1994. Vol. 7, № 5. P. 380–386.
4. Cella D.F. Quality of life: concepts and definition // *J. Pain and Symptom Manag.* 1994. № 9 (3). P. 186–192.
5. Андреева Г.Ф., Оганов Р.Ф. Изучение качества качества жизни у больных гипертонической болезнью // *Терапевт. архив*. 2002. № 1. С. 8–16.
6. Хетагурова А.К. Вопросы качества жизни в современной паллиативной медицине // *Вопросы управления здравоохранением*. 2003. № 6 (13). С. 50.
7. Кон Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Кардиология*. 1993. № 5. С. 66–72.
8. Померанцев В.П. Диагноз, лечение и качество жизни // *Клиническая медицина*. 1989. № 9. С. 3–8.
9. Katz S. The Science of quality of life // *J. Chron. Dis.* 1987. Vol. 40. P. 452–463.
10. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд И. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби, 1999. С. 8.
11. Диагностика здоровья: психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова. СПб, 2007. С. 454–484.
12. Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: дис. ... д-ра мед. наук. Саратов, 2007. С. 169–177.

Translit

1. Edlund M., Tancredi L. Quality of life: an ideological critique // *Perspectives in Biology and Medicine*. 1985. № 85. P. 591–607.
2. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine. 2-e izd. / pod red. akad. RAMN Ju.L. Shevchenko. M.: ZAO «OLMA Media Grupp», 2007. S. 19.
3. Jeffe A. Physical disablement concerts for physical therapy research and practice // *Physical Therapy*. 1994. Vol. 7, № 5. P. 380–386.
4. Cella D.F. Quality of life: concepts and definition // *J. Pain and Symptom Manag.* 1994. № 9 (3). P. 186–192.
5. Andreeva G.F., Oganov R.F. Izuchenie kachestva kachestva zhizni u bol'nyh gipertonicheskoy bolezni // *Terapevt. arhiv*. 2002. № 1. S. 8–16.
6. Hetagurova A. K. Voprosy kachestva zhizni v sovremennoj palliativnoj medicine // *Voprosy upravlenija zdavoohranenim*. 2003. № 6 (13). S. 50.
7. Kon Ja.I., Libis R.A. Kachestvo zhizni u bol'nyh s serdechno-sosudistymi zabolovanijami // *Kardiologija*. 1993. № 5. S. 66–72.
8. Pomerancev V.P. Diagnost, lechenie i kachestvo zhizni // *Klinicheskaja medicina*. 1989. № 9. S. 3–8.
9. Katz S. The Science of quality of life // *J. Chron. Dis.* 1987. Vol. 40. P. 452–463.
10. Novik A.A., Ionova T.I., Kajnd I. Konceptcija issledovanija kachestva zhizni v medicine. SPb.: Jelbi, 1999. S. 8.
11. Diagnostika zdorov'ja: psihologicheskij praktikum / pod red. G.S. Nikiforova. SPb, 2007. S. 454–484.
12. Krom I.L. Mediko-sociologicheskaja konceptualizacija fenomena invalidnosti pri boleznyah sistemy krovoobrashhenija: dis. ... d-ra med. nauk. Saratov, 2007. S. 169–177.