

УДК: 616.127-005.4-036.868

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА SF-36

Кашкина Н.В.¹, Боталов Н.С.¹, Некрасова Ю.Э.¹

¹ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

(614000, Пермь, ул. Петропавловская, 26), e-mail: nikitabotalov@gmail.com

Кашкина Н.В. (Kashkina N.V.) – к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии №2 и профессиональных болезней с курсом профболезней ФДПО ФГБОУ ВО “Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера” Минздрава России

Боталов Н.С. (Botalov N.S.) – студент медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО “Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера” Минздрава России

Некрасова Ю.Э. (Nekrasova J.E.) – студентка медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО “Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера” Минздрава России;

Для корреспонденции: Боталов Никита Сергеевич, 614000, г. Пермь, ул. Петропавловская 26, e-mail: nikitabotalov@gmail.com, тел: 89519544113.

Специальность 14.01.04 – Внутренние болезни

Термин «качество жизни» в настоящее время используется в различных отраслях научного знания. Качество жизни – это характеристика физического, психологического, эмоционального функционирования, основанная на субъективном восприятии. Несмотря на широкий интерес к этой проблеме в различных отраслях медицины, остается много неизученных аспектов. Исследование качества жизни у здоровых и больных людей в различных возрастных периодах позволяет выявить субъективное восприятие человеком своего самочувствия, благополучия в любой жизненной ситуации, что не достигается проведением традиционных диагностических процедур. Для этого используются различные опросники, наиболее востребованным из которых является опросник SF 36.

На наш взгляд, определенный интерес представляет оценка качества жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца. Как свидетельствуют данные научных исследований, в результате заболевания возникают нарушения жизнедеятельности человека на разных уровнях – это и непосредственно соматическое страдание, вызванное болезнью (соматический уровень), и утрата способности осуществлять повседневную деятельность в привычном стиле (поведенческий уровень), а также развивающиеся вследствие заболевания социальные и ролевые ограничения (социальный уровень) и психологические нарушения (психологический уровень). Всю сложность и многомерность изменений, вызванных болезнью, помогает понять изучение качества жизни.

Цель исследования – анализ параметров качества жизни у больных ишемической болезнью сердца и лиц, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний. Была проведена оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 у больных ишемической болезнью сердца, в сравнении с контрольной группой.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, качество жизни, опросник SF-36.

THE STUDY OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE USING THE SF-36 QUESTIONNAIRE

Kashkina N.V.¹, Botalov N.S.¹, Nekrasova J.E.¹

¹Acad. E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia

The term "quality of life" is currently used in various branches of scientific knowledge. Quality of life is a characteristic of physical, psychological, emotional functioning, based on subjective perception. Despite the wide interest in this problem in various branches of medicine, there are many unexplored aspects. The study of the quality of life in healthy and sick people in different age periods allows to reveal a subjective perception of a person's state of health, well-being in any life situation, which is not achieved by traditional diagnostic procedures. Various questionnaires are used for this, the most popular of which is the SF 36 questionnaire.

In our opinion, it is of some interest to assess the quality of life in patients with coronary heart disease. As evidenced by the data of scientific research, as a result of the disease, there are disruptions in the life activity of the subject at different levels - this is also the somatic suffering caused by the disease (somatic level), and the loss of the ability to carry out daily activities in the habitual style (behavioral level) and role limitations (social level) and psychological disorders (psychological level). The complexity and multidimensionality of the changes caused by the disease helps to understand the quality of life.

The aim of the study was to analyze the quality of life parameters in patients with coronary heart disease and those without cardiovascular diseases. The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire in patients with coronary heart disease, in comparison with the control group.

Keywords: ischemic heart disease, quality of life, 36-Item Short-Form.

Традиционно критериями эффективности лечения в клинических исследованиях являются физикальные и лабораторно-инструментальные показатели. Однако они не способны охарактеризовать самочувствие пациента и его функционирование в повседневной жизни — качество жизни (КЖ) [1, 2]. В последние годы понятие «качество жизни» все чаще встречается в научной медицинской литературе и являет собой «многогранную концепцию, включающую в себя все факторы, влияющие на жизнь человека» [4].

Изучение КЖ позволяет получить полное представление о самочувствии пациента, увидеть «целостность ситуации болезни глазами больного». В современной медицинской литературе используется понятие «КЖ, обусловленное здоровьем» (health-related quality of life), которое оценивает компоненты данного показателя, ассоциированные с тем или иным заболеванием, и позволяет дифференцированно определять влияние болезни и лечения на физическое, психологическое, эмоциональное состояние больного и его социальный статус. Оценка КЖ у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) подвергалась критике рядом исследователей, как слишком субъективная и ненадежная. Вместе с тем, достоверность оценки состояния больного с помощью специальных опросников при ИБС сравнима с результатами нагрузочных проб.

Интерес к этому вопросу обусловлен тем, что показатели качества жизни более полно отражают состояние здоровья популяции и могут помочь в оценке эффектов лечения при различных заболеваниях, в том числе и у больных кардиологического профиля. Особенно актуально изучение качества жизни у пациентов с ИБС и артериальной гипертензией, так как хорошо известно, насколько это сочетание неблагоприятно для прогноза [4, 5].

В настоящее время, согласно отечественным рекомендациям, увеличение продолжительности жизни и улучшение КЖ больных являются основными задачами в лечении ИБС.

Цель исследования – анализ параметров качества жизни у больных ИБС и лиц, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы

В кардиологическом отделении НУЗ «ОКБ на ст. Пермь-II ОАО «РЖД» с февраля по апрель 2018 г. было обследовано 30 больных с диагнозом ИБС (20 женщин и 10 мужчин), в возрасте от 51 до 91 года (средний возраст составил $66,5 \pm 1,87$ лет), находящихся на стационарном лечении. Группу контроля составили 30 человек, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний, в возрасте – $59,9 \pm 0,86$ лет. Сбор данных осуществлялся путем анкетирования и анализа историй болезни, при этом респондентам была предоставлена информация о целях проведения исследования и дальнейшем использовании его результатов. Оценка качества жизни у больных проводилась с помощью опросника SF-36.

Опросник SF-36 позволяет дать количественную характеристику физического, эмоционального и социального компонентов качества жизни. Он содержит 36 пунктов, которые сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевая деятельность (Role - Physical Functioning – RP), телесная боль (Bodily pain – BP), общее здоровье (General Health – GH), жизнеспособность (Vitality – VT), социальное функционирование (Social Functioning – SF), эмоциональное состояние (Role – Emotional – RE) и психическое здоровье (Mental Health – MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье.

Все шкалы формируют два показателя: душевный и физический компонент здоровья. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ [6, 7].

Полученные данные подверглись статистической обработке на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ Statistica 6.1 [8].

При статистическом анализе для оценки междугрупповых различий по КЖ применяли t-критерий Стьюдента, поскольку все показатели опросника SF-36 нормально распределены. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии различий и влияний) принимали равным 0,05. Характеристики выборок представлены в виде средних величин и стандартных отклонений [9].

Результаты и обсуждение

Полученные данные тестирования больных и практически здоровых лиц с помощью опросника SF 36 представлены в таблице 1, 2.

Табл.1. Показатели качества жизни по опроснику SF-36 у больных ИБС и лиц, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний (M±m)

Показатель	Больные ИБС	Контрольная группа
PF – физическое функционирование	45,3±5,44	68,7±6,2
RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	9,2±3,21	60,2±5,6
BP – интенсивность боли	33,0±4,99	71,1±4,1
GH – общее состояние здоровья	49,4±3,66	65,9±3,8
VT – жизненная активность	45,0±4,46	72,9±5,5
SF – социальное функционирование	53,8±4,98	87,1±2,4
RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	26,7±7,89	74,5±2,7
MH – психическое здоровье	50,9±3,55	75,8±5,1

Табл.2. Физический и психологический компоненты здоровья – как основные показатели КЖ (опросник SF-36) у больных ИБС и лиц, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний (M±m)

Показатель	Больные ИБС	Контрольная группа
PH – физический компонент здоровья	32,7±1,74	43,9±2,05
MH – психологический компонент здоровья	39,5±1,76	53,7±1,89

Детальный анализ КЖ позволил установить, что у пациентов с ИБС на момент исследования наиболее значимо были нарушены показатели психологического здоровья, физического функционирования и сфера социальных взаимоотношений.

Показатели физического функционирования у пациентов, страдающих ИБС, в момент проведения исследования были снижены преимущественно за счёт шкал жизненной активности, энергии и физической боли, дискомфорта. Пациенты предъявляли жалобы на болевой синдром, плохое самочувствие, снижение жизненной энергии, повышенную утомляемость. Боль в области сердца воспринималась ими как препятствие для полноценной конструктивной жизнедеятельности и выполнению повседневных дел. В ходе беседы выяснялось, что у большинства пациентов чувство страха вызывала постоянная угроза возникновения боли, характерная для стенокардии.

Весьма важной для пациентов обеих групп явилась субсфера «Доступность и качество медицинской и социальной помощи» при невысоком уровне удовлетворенности данной сферой. В контрольной группе показатели по данной шкале были значимо выше, что, возможно, связано с меньшей степенью обращаемости за данной помощью.

Изменения в «Психологической сфере» в обеих группах были обусловлены недостатком положительных и избытком отрицательных эмоций. В группе пациентов с ИБС были значимо снижены показатели в сфере «Социальных взаимоотношений», которая исследует возможность устанавливать конструктивные личные отношения, получать практическую социальную поддержку со стороны других людей и оказывать ее.

Средние показатели «Духовной сферы» у пациентов с ИБС и в группе контроля фактически не отличались. Это свидетельствует о том, что личные взгляды и убеждения в определенном смысле обеспечивают человеку чувство благополучия, помогая справиться с проблемами, в том числе и вызванными болезнью. Развитие духовной сферы является своего рода компенсацией для человека при недостаточной удовлетворенности другими сторонами своей жизнедеятельности.

Полученные данные свидетельствуют о следующем. Удовлетворенность КЖ у пациентов с ИБС возрастает при наличии таких личностных черт, как высокий уровень коммуникативной компетентности, эмоциональная устойчивость, ответственность, организованность, принятие общественных правил и норм, высокий уровень стрессотолерантности, экспрессивность, эмоциональная яркость, хорошо развитые волевые качества, уверенность в себе.

В заключение следует отметить, что органические проявления соматического заболевания непосредственно влияют на качество жизни пациента, внося в его жизнь различные ограничения, в первую очередь физиологического характера. Вместе с тем и психологические изменения, которые возникают вследствие влияния болезни на психику, ограничения социального взаимодействия, первоначально также возникающие как следствие основного заболевания, но в дальнейшем способные приобрести самостоятельное развитие, естественным образом отражаются на качестве жизни больного.

Анализ субсфер позволяет детально установить, в каких областях жизни пациент испытывает выраженное неблагополучие, а какие из них являются сохранными [10].

Выводы:

1. Результаты оценки КЖ пациентов, страдающих ИБС, позволяют выявить особенности реагирования организма пациента на патологический процесс, что необходимо учитывать при назначении лечебных и оздоровительных мероприятий.

2. КЖ больных с ИБС ниже по сравнению с людьми, не имеющими сердечно-сосудистые заболевания.

3. У больных с ИБС наиболее страдает физическое функционирование, особенно такие параметры, как интенсивность боли и общее здоровье, без гендерных отличий. Это обстоятельство следует учитывать при назначении лечения.

4. Психологический компонент в среднем у больных ИБС и здоровых людей не имеет существенных отличий.

5. Опросник SF 36 может быть рекомендован для оценки КЖ здоровых и больных людей, в частности, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Список литературы

1. Корнева В.А. Клиническое значение генетического полиморфизма генов ангиотензинпревращающего фермента и аполипопротеина Е. Клинико-лабораторный консилиум. 2010 г. С. 51—56.
2. Маль Г.С., Дудка М.В., Бушуева О.Ю., Быканова М.А., Летова И.М. Изучение показателей качества жизни у больных ИБС с использованием опросника SF-36. Качественная клиническая практика №2, 2016 г. С. 52-56.
3. *Lahoud R. Comparing sf-36 score versus biomarkers to predict mortality in primary cardiac prevention patients / R. Lahoud, D. Brennan, L. Cho // J. Am. Coll. Cardiol. 2014; 63: 12: 23—36.*
4. Козлова С.Н. Качество жизни больных ишемической болезнью сердца с коморбидными аффективными расстройствами тревожно-депрессивного спектра. Артериальная гипертензия. Т.18, №4. 2012 г.- С. 310-315.
5. Sullivan M.D., LaCroix A.Z., Baum C. et al. Functional status in coronary artery disease: a one-year prospective study of the role of anxiety and depression // *Am. J. Med.* — 1997. — Vol. 103, № 5. — P. 348–356.
6. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. *Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide.* — Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2000. — P.68-82.
7. Подкаменный В.А., Гордеенок С.Ф., Лиханди Д.И., Чепурных Е.Е. и соавт. Использование опросника SF-36 для оценки качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца после операций коронарного шунтирования без искусственного кровообращения. Сибирский медицинский журнал. №6, 2010 г. – С. 227-229.
8. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2002 г. – С. 312.
9. Васильева И.А. Качество жизни больных на хроническом гемодиализе. Нефрология, №3 Т. 9, 2005 г. С. 49-50.

10. Кувшинова Н.Ю. Оценка качества жизни больных ишемической болезнью сердца во взаимосвязи с эмоционально-личностными характеристиками. Известия Самарского научного центра Российской академии наук, Т. 12, №3(2), 2010 г. С. 397-401.