

Оценка качества жизни при сердечно- сосудистых заболеваниях

С.С.Дзюева, З.А.Ахубекова, Ф.А.Жамборова,
Р.М.Арамисова
Кабардино-Балкарский государственный
университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик

В настоящее время большое внимание уделяется изучению качества жизни лиц кардиохирургического профиля в раннем и позднем послеоперационных периодах. Болезнь влияет не только на физическое состояние человека, но и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, часто изменяя его место и роль в социальной жизни, а потому эффективная помощь невозможна без всестороннего изучения этих проявлений. В этой связи современная концепция исследования КЖ активно внедряется в клиническую практику и позволяет решать ряд актуальных для клинициста вопросов – оптимизацию контроля за больным в ходе наблюдения, повышение эффективности лечения, оценку прогноза заболевания.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, кардиохирургия, качество жизни, опросники.

Evaluation of Quality of Life in Patients with Cardiovascular Diseases

S.S.Dzueva, Z.A.Akhubekova, F.A.Zhamborova,
R.M.Aramisova
Kabardino-Balkarian State University named
after H.M.Berbekov, Nalchik

Nowadays much attention is paid to the study of the life quality of cardio-surgical patients in early and late postoperative periods. 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 effective help is impossible without a comprehensive study of these manifestations. In this regard, the current concept of quality of life research is being implemented into clinical practice and allows solving a number of issues relevant for the clinician, such as optimization of patient monitoring during observation, improvement of the effectiveness of treatment, assessment of disease prognosis.

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

Актуальность проблемы. На современном этапе актуальность и социальная значимость исследований качества жизни (КЖ) пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями постоянно повышается в силу роста их распространенности, риска развития тяжелых осложнений, инвалидности и смертности. Изучение КЖ позволяет решать ряд актуальных для клинициста вопросов – оптимизацию лечения, повыше-

ние эффективности фармакотерапии, оценку прогноза заболевания. Например, КЖ – один из основных показателей при оценке ранних и отдаленных последствий кардиохирургических операций [1–3].

Ежегодно растет число выполняемых кардиохирургических вмешательств: аортокоронарного шунтирования (АКШ), маммарокоронарного шунтирования (МКШ) и чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) – баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий и т. д. Однако устранение патологии, объективное улучшение клинического состояния большинства пациентов после оперативного вмешательства на сердце не всегда сопровождается восстановлением КЖ. Частота возвращения больных к трудовой деятельности, их социальная активность продолжают оставаться низкими, что снижает социальную значимость операции и увеличивает высокий клинический эффект этого вида лечения. Также возможно ухудшение КЖ, связанное с удорожанием лечения. В этой связи разработка терапевтических и реабилитационных программ для больных, перенесших кардиохирургические операции, во многом опирается на данные о динамике КЖ в ранние и отдаленные сроки после операции [3–7].

При оценке качества жизни у больных важно понимать, что оценивается не тяжесть патологического процесса, а то, как пациент переносит свое заболевание и оценивает оказанную ему медицинскую помощь. Понятие качества жизни положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов ее лечения. Именно поэтому пациент, являясь главным потребителем медицинских услуг, дает наиболее объективную оценку полученной медицинской помощи. Ее можно считать самым высокоинформативным инструментом при определении эффективности функционирования системы здравоохранения.

Интерес к проблеме качества жизни в медицине на современном этапе объясняется следующими причинами:

- 1) прогресс медицинской науки, совершенствование медицинских технологий 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 не лечением, на утешение и т. д. связаны с «оптимальным качеством жизни больного»;
- 3) структура заболеваемости кардинально меняется. Все больше становится хронических больных, которые не могут быть излечены, несмотря на прогресс медицины. В отношении таких больных терапия направлена на улучшение их качества жизни [8].

История развития изучения качества жизни. Впервые словосочетание «качество жизни» появляется в литературе в 1920 г. в работах Pignon, посвященных экономике и благосостоянию населения. История науки о качестве жизни, релевантного здоровью, начинается с 1947 г., когда профессор Колумбийского университета в США Д.А.Катовку опубликовал работу «Клиническая оценка химиотерапии при раке», где всесторонне исследовал личность больного, страдающего соматическим заболеванием [8].

Введению понятия «качество жизни» в медицину исторически способствовало определение здоровья, принятое ВОЗ в 1948 г., и оценка статуса больного че-

ловека по шкале А. Карновского, 1949). В 1992 г. ВОЗ положила начало крупномасштабному проекту «Качество жизни». На современном этапе ВОЗ рекомендует рассматривать КЖ как индивидуальную оценку человеком своего положения в жизни общества, в контексте культуры и систем ценностей этого общества, с точки зрения целей данного индивидуума, с его планами, возможностями, стандартами, интересами. Таким образом, КЖ – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

В начале XXI века понятие качества жизни в медицине получило новое определение как «качество жизни, связанное со здоровьем». Концепция КЖ позволила вернуться на новом витке эволюции к важнейшему принципу клинической практики «лечить не болезнь, а больного» [9].

Принципы и методы измерения качества жизни. В настоящее время существует в мире более 50 научных групп и институтов, занимающихся разработкой методов исследования КЖ. Созданы несколько сотен методик, которые различаются как по объему, так и по спектру охвата различных аспектов данного понятия. С целью систематизации деятельности по изучению КЖ в 1995 г. во Франции был создан MARI Research Institute, который координирует исследования в данной области, утверждает разработанные опросники и рекомендует их к применению [8, 10].

Современная концепция изучения качества жизни, связанного со здоровьем, базируется на трех составляющих.

1. Многомерность. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивают характеристиками как ассоциированными, так и не ассоциированными с заболеванием, что позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.
2. Изменяемость во времени. Качество жизни, связанное со здоровьем, меняется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.
3. Участие больного в оценке своего состояния. Эта составляющая является особенно важной. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, сделанная самим больным, является ценным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни наряду с традиционным врачебным заключением позволяют составить более полную картину болезни и прогноз ее течения [11, 12].

Как правило, объективность результатов исследования зависит от точности выбора метода. Наиболее эффективным методом оценки качества жизни в настоящее время является опрос больного путем получения стандартных ответов на стандартные вопросы, которые сформулированы в специальных опросниках.

Единых критериев и стандартных норм КЖ не существует. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценки. Подсчет проводят по каждой шкале отдельно (измерение профиля) или суммацией данных всех шкал (подсчет суммы баллов).

Методы получения информации у больных обычно следующие:

1. Устное интервью врачом.
2. Самостоятельное заполнение опросников больным.
3. Телефонный опрос больных.
4. Письменное анкетирование.

Первый метод более трудоемкий, однако позволяет получить высокий уровень комплаенса, значительно снижает возможность ошибок, практически отсутствуют пропущенные разделы. Второй метод менее дорог, но включает множество пропущенных вопросов и тем в опроснике.

Компромисс между этими двумя подходами – заполнение опросников с супервизором (медицинским или социальным работником).

Еще один компромисс – взятие интервью по телефону, что позволяет исключить ряд ошибок, есть возможность уточнений, но структура опросника в этом случае должна быть предельно проста. Интересные катанестические данные можно получать при помощи письменного анкетирования – когда в простой, доступной форме опросник рассылается в письмах [6, 8].

Перспективно компьютерное тестирование, но это не может быть пока общепринятым подходом. Результаты анкетирования можно получать как от самих больных, так и используя результаты, полученные от суррогатных респондентов, а не от самих больных. Например, в случаях, когда пациенты были тяжело больны, чтобы отвечать на вопросы, оценка КЖ и профиль болезни составлялись на основании данных обслуживающего персонала и членов семьи.

Разработанные многочисленные методики для оценки качества жизни разделяются на общие (применяемые для оценки качества жизни при любых заболеваниях) и специфические (предназначенные для больных с определенным заболеванием). Они отражают субъективное восприятие состояния здоровья и оценку выраженности симптомов самим пациентом. На основе методик построены анкеты, которые заполняются непосредственно пациентом либо врачом [6, 8].

Преимущество общих опросников в том, что их валидность установлена для различных нозологий, что позволяет проводить сравнительную оценку влияния разнообразных медицинских программ на качество жизни как отдельных субъектов, так и всей популяции. Недостатком общих опросников является их неадекватная чувствительность к изменениям состояния здоровья в рамках отдельно взятого заболевания.

Специальные опросники предназначены для измерения качества жизни больных с определенной группой заболеваний, что позволяет исследователю сфокусироваться на конкретной нозологии и ее лечении. Специальные опросники позволяют уловить изменения в качестве жизни пациентов, которые произошли в последние 2–4 нед [6, 8].

К опросникам, изучающим качество жизни, предъявляют ряд требований:

- универсальность (охват всех параметров здоровья);
- воспроизводимость;
- простота в использовании и краткость;
- стандартизация (предложение единого варианта стандартных вопросов и ответов для всех групп респондентов);
- оценочность (количественная оценка параметров здоровья).

Примерами общих опросников могут служить опросник SIP (Sickness Impact Profile) и опросник SF-36 (The MOS 36-Item Short-Form Health Survey). Опросник SF-36 является одним из наиболее популярных. Это связано с тем, что он, являясь общим, позволяет оценивать качество жизни больных с различными заболеваниями и сравнивать этот показатель с таковым у здоровой популяции. Преимуществом данного опросника является краткость (содержит всего 36 вопросов), что делает его применение достаточно удобным [13, 14].

Специальные опросники применяют для оценки эффективности схем лечения конкретного заболевания. Они позволяют уловить изменения в качестве жизни пациентов, произошедшие за относительно короткий промежуток времени (обычно за 2–4 нед). В частности, их используют при клинических испытаниях фармакологических препаратов. Существует много специальных опросников, например AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire) и AQ-20 (20-Item Asthma Questionnaire) для бронхиальной астмы, QLMI (Quality of Life after Myocardial Infarction Questionnaire) для больных острым инфарктом миокарда и т.д. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценок [6, 8].

Одной из методик по оценке качества жизни являлась методика P.Y.Hugenholtz and R.A.M.Erdman, 1995. Эта удобная экспресс-методика для оценки качества жизни позволяет быстро выявить как сам «больной оценивает различные стороны своей жизни, в какой степени имеющиеся ограничения нарушают его функционирование, связанное с различными аспектами его жизнедеятельности.

Nottingham Health Profile и Quality of Life Index. EuroQol состоит из двух частей. Первая часть включает пять компонентов, связанных с такими аспектами жизни больного, как подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, боль/дискомфорт и беспокойство/депрессия. Каждый компонент в зависимости от степени выраженности разделен на три уровня. Результаты ответов исследуемых могут быть представлены в виде как профиля «состояния здоровья» EQ-5Q-profile, так и удобно в расчетах количественного показателя «индекса здоровья» EQ-5Q-utility. Вторая часть опросника представляет визуально-аналоговую шкалу. Это вертикально градуированная шкала от 0 до 100 баллов, на которой 0 означает наихудшее, 100 – наилучшее состояние здоровья.

Nottingham Health Profile (NHP) содержит шесть основных разделов, отражающих следующие аспекты: болевые ощущения, физические способности, сон, эмоциональные реакции, энергичность, социальная изоляция. Шесть дополнительных разделов, отражающих влияние состояния здоровья на трудовую деятельность, ведение домашнего хозяйства, взаимоотношение с другими людьми, личную жизнь, половую жизнь, любимые занятия, увлечения, активный отдых.

Quality of Being Index измеряет реальную активность и предпочтения пациентов. Рассматриваются следующие аспекты: степень самообслуживания, социальная активность, важнейшие симптомы заболевания, основные психологические показатели.

Quality of Life Index состоит из пяти разделов, включающих активность, степень самообслуживания, восприятие состояния своего здоровья, перспективы состояния здоровья.

Опросник MUS SF-36 является наиболее распространенным и широко применяемым как в популяционных исследованиях, так и в специальных исследованиях качества жизни. Из вышеперечисленных методик, с сердечно-сосудистой патологией, чаще всего используют опросник SF-36, состоящий из 36 вопросов, разделенных на 8 категорий. Значения каждой категории КЖ дают расчеты от 0 до 100 баллов, отражающих уровень КЖ больного по возрастной (5, 21, 22, 25, 26). Эта методика обладает более высокой чувствительностью, и в настоящее время методику SF-36 рассматривают как «золотой» стандарт общих методик оценки КЖ больных с поражением системы кровообращения [3, 9, 11].

Ученые пришли к выводу что, сравнительная характеристика результатов исследований с применением методов оценки КЖ пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы свидетельствует, что пока нет общей методики с достаточно высокой чувствительностью для определения изменений КЖ таких больных в результате медикаментозных и немедикаментозных вмешательств.

Использование разных методик оценки качества жизни пациентов в отдаленном периоде наблюдения: опросника DASI, Миннесотский опросник, Ноттингемский профиль здоровья и SF-36 свидетельствуют об улучшении качества жизни у оперированных по поводу ревматических пороков сердца в отдаленные сроки наблюдения. Данные опросников говорят о хороших физических возможностях пациентов исследуемой группы, улучшении их психического состояния, жизнеспособности и социального статуса. В другой работе авторы доказали, что результаты методик применяемых для оценки качества жизни – опросники SF-36 NHP, DASI и Миннесотский опросник при хронической сердечной недостаточности свидетельствуют о хорошем уровне КЖ у подавляющего большинства больных, оперированных по поводу пороков сердца в отдаленные сроки, о хороших физических возможностях пациентов исследуемой группы, об улучшении психического состояния больных, жизнеспособности и социального статуса [4, 8, 9, 11, 12].

Выводы

Таким образом, разработка и концепция КЖ при различных заболеваниях, унификация и стандартизация подходов к изучению КЖ – актуальная научно-практическая проблема. Вопросы изучения КЖ у больных после оперативных вмешательств на сердце заслуживают особого внимания, так как сегодня расширились возможности хирургического вмешательства.

Исследование КЖ играет важную роль в контроле качества медицинской помощи, а также при комплексном анализе эффективности управления системой общественного здоровья. Широкое применение оценки качества жизни дает органам здравоохранения инструмент для дополнительного анализа работы медицинских служб и принятия решений о приоритетных направлениях финансирования.

Литература

1. Айвазян Т.А., Зайцев В.П. Качество жизни больных гипертонической болезнью. Кардиология. – 1989. – № 9. – С. 43–46. / Ayvazyan T.A., Zaytsev V.P. Kachestvo zhizni bol'nyh gipertonicheskoy bolezn'yu. Kardiologiya. 1989; 9: 43–46. [in Russian]
2. Андреева Г. Ф. Изучение качества качества жизни у больных гипертонической болезнью. Терапевт, архив. – 2002. – № 1. – С. 8–16. / Andreeva G. F. Izuchenie kachestva kachestva zhizni u bol'nyh gipertonicheskoy bolezn'yu. Terapevt, arhiv. 2002; 1: 8–16. [in Russian]
3. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнадель М.Г. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиология. – 1982. – № 2. – С. 100–103. / Gladkov A.G., Zaytsev V.P., Aronov D.M., SHarfnadel' M.G. Otsenka kachestva zhizni bol'nyh s serdechno-sosudistymi zabolovaniyami. Kardiologiya. 1982; 2: 100–103. [in Russian]
4. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель здоровья пациента [Электронный ресурс]. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2013. / Evsina O.V. Kachestvo zhizni v meditsine – vazhnyy pokazatel' zdorov'ya patsienta [Elektronnyy resurs]. Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie: setevoy zhurn. 2013. [in Russian]

5. Кремнев Ю.А., Замотаев Ю.Н., Мандрыкин Ю.В. и др. Оптимизация; системы реабилитации больных ИБС, перенесших АКШ. Клиническая медицина. – 2000. – № 3. – С.57–59. / Kremnev Yu.A., Zamotaev Yu.N., Mandrykin Yu.V. i dr. Optimizatsiya; sistemy reabilitatsii bol'nyh IBS, perenesshih AKSH. Klinicheskaya meditsina. 2000; 3: 57–59. [in Russian]
6. Орлов В.А., Гиляревский С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: обзорная информация. М.: 1992. / Orlov V.A., Gilyarevskiy S.R. Problemy izucheniya kachestva zhizni v sovremennoy meditsine: obzornaya informatsiya. M.: 1992. [in Russian]
7. Погосова Г.В. Операция аортокоронарного шунтирования: влияние на различные аспекты качества жизни больных. Кардиология. – 1998. – № 1. – С. 81–88. / Pogosova G.V. Operatsiya aortokoronarnogo shuntirovaniya: vliyaniye na razlichnyye aspekty kachestva zhizni bol'nyh. Kardiologiya. 1998; 1: 81–88. [in Russian]
8. Новик А. А., Ионова Т. И.. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание. Под. ред. Ю.Л.Шевченко, М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. / Novik A. A., Ionova T. I.. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine. 2-e izdanie. Pod. red. Yu.L.Shevchenko, M.: ZAO «OLMA Media Grupp», 2007. [in Russian]
9. Алеева, Г.Н. Критерии качества жизни в медицине. Российский медицинский журнал. – 2006. – № 2. – С. 1–4. / Aleeva, G.N. Kriterii kachestva zhizni v meditsine. Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal. 2006; 2: 1–4. [in Russian]
10. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г. Современная методология оценки качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью. М.: 2000. / Gilyarevskiy SR., Orlov V.A., Bendeliani N.G. Sovremennaya metodologiya otsenki kachestva zhizni bol'nyh s hronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu. M.: 2000. [in Russian]
11. Гендлин Г.Е., Самсонова Е.В., Бухало О.В. Методики исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения. СН. – 2000. – Т. 1. – № 2. – С. 74–80. / Gendlin G.E., Samsonova E.V., Buhalo O.V. Metodiki issledovaniya kachestva zhizni u bol'nyh hronicheskoy nedostatochnost'yu krovoobrashcheniya. SN. 2000; 1:2: 74–80. [in Russian]
12. Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю., Перепеч Н.Б. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью. СН. – 2000. – Т. 1. – № 4. – С. 148. / Nedoshivin A.O., Kutuzova A.E., Petrova N.N., Varshavskiy S.YU., Perepech N.B. Issledovanie kachestva zhizni i psichologicheskogo statusa bol'nyh s hronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu. SN. 2000; 1: 4: 148. [in Russian]
13. Хадзегова А.Б. Качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда, в процессе реабилитации: Дис. ... канд.мед.наук. М.: 1995. / Hadzegova A.B. Kachestvo zhizni bol'nyh, perenesshih infarkt miokarda, v protsesse reabilitatsii: Dis. ... kand.med.nauk. M.: 1995. [in Russian]
14. Хадзегова А.Б., Померанцев В.П., Васюк Ю.А. и др. Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода. Кардиология. – 1997. – № 1. – С. 37–40. / Hadzegova A.B., Pomerantsev V.P., Vasyuk YU.A. i dr. Dinamika psichologicheskogo statusa i kachestva zhizni bol'nyh infarktom miokarda v zavisimosti ot tyazhesti techeniya postinfarkt'nogo perioda. Kardiologiya. 1997; 1: 37–40. [in Russian]

Сведения об авторах:

Дзуева Сабина Сафарбиевна – аспирант кафедры госпитальной терапии ФГБОУ «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», Нальчик

Ахубекова Зухра Азретовна – аспирант кафедры госпитальной терапии ФГБОУ «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», Нальчик

Жамборова Фатима Асланбиевна – врач-кардиолог Республиканского сосудистого центра МЗ КБР, Нальчик

Арамисова Рина Мухамедовна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой госпитальной терапии медицинского факультета ФГБОУ «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик