

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

**Е.А. Лысова¹, И.С. Захарова²
М.М. Киселевич², Е.В. Юдина²
Н.М. Куницына², Л.В. Козлов³
М.А. Чинова², С.К. Мурсалов³**

¹ОГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Белгород

²Белгородский государственный университет

³Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

e-mail: toxa_1984@pochta.ru

В статье рассмотрены вопросы качества жизни пожилых пациентов с осложненной сердечно-сосудистой и неврологической патологией. На примере опросника SF-36 показано, что именно осложненная патология является причиной достоверного снижения основных параметров качества жизни пожилых людей.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая патология, осложнения, пожилой возраст, качество жизни.

В Российской Федерации цереброваскулярные и сердечно-сосудистые заболевания являются важнейшей медико-социальной проблемой. Заболевания головного мозга – одна из ведущих причин смертности и инвалидности. Хроническая ишемия головного мозга, к которой относятся начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) и дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), с одной стороны является фактором риска развития инсульта, с другой – интегральным осложнением сердечно-сосудистого и цереброваскулярного генеза, с третьей – причиной постепенного нарастания неврологических и психических расстройств, что, безусловно, оказывает влияние на качество жизни пациентов. Наиболее часто дисциркуляторная энцефалопатия встречается у лиц пожилого возраста [2].

В настоящее время в медицине большое внимание уделяется оценке состояния больного и эффективности лечения с позиций качества жизни. Существует несколько определений этого понятия. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, качество жизни следует рассматривать как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии. С другой стороны, качество жизни, связанное со здоровьем, рассматривается как «степень жизненного благополучия, которая определяется соответствием между реальным и желаемым состоянием индивидуума, на которое влияют как объективные (прежде всего степень функционального дефекта), так и субъективные (эмоциональные, социально-психологические и др.) факторы» [4].

К сожалению, тактика ведения больного в стационаре направлена в основном на нормализацию объективных показателей, без учета субъективных ощущений самого пациента, его отношения в своей болезни. При этом эмоциональная и социальная составляющие состояния больного остаются без внимания [6].

В настоящее время становится все более актуальным повышение удовлетворенности медицинской помощью, ощущение благополучия и комфорта пациента. В отличие от физикальных данных, эти субъективные характеристики, а также социальное функционирование и психологическое благополучие объективно оценить очень трудно [3]. В этой связи создание единого критерия для оценки состояния больного особенно важно. Именно таким интегральным показателем и является качество жизни, связанное со здоровьем.

Основным методом в изучении качества жизни, связанного со здоровьем, является анкетирование посредством опросников.

Для комплексной оценки качества жизни пациента принято рассматривать ряд составляющих [1]. Физическое благополучие включает физическое состояние больного, наличие или отсутствие симптомов болезни, физическую активность, мобильность. Учитываются следующие составляющие: сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, отдых, сон.

Психологическое благополучие оценивается, прежде всего, по наличию или отсутствию психического расстройства, которое само по себе, являясь самостоятельной нозологией, значительно искажает качество жизни пациента. Говоря о вторичных невротических и депрессивных наслоениях, особое внимание следует уделить оценке самим больным своего психологического восприятия. Для оценки этой категории следует учитывать положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрацию внимания, самооценку, внешний вид, негативные переживания. Уровень самостоятельности пациента включает повседневную активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения.

Под социальной активностью понимают личные взаимоотношения, общественную ценность субъекта, сексуальную активность, его индивидуальную активность в обществе и семье.

Неотъемлемым критерием качества жизни является экономическое благополучие, которое включает безопасность, устроенность быта, качество и доступность медицинского и социального обслуживания.

Среди опросников, используемых в неврологии, следует выделить:

- MOS SF-36 (Medical Outcome Study -36-Item Short Form Health Survey) – короткая версия опросника здоровья – 36;
- Nottingham Health Profile - "Ноттингемский профиль здоровья", включающий 6 параметров оценки психоэмоционального статуса – 38 вопросов; 7 параметров оценки повседневной жизни и 7 коротких вопросов;
- Disability Impact Profile
- Sickness Impact Profile
- EUROQOL – EuroQUL Group.

Разработаны также специальные опросники для некоторых неврологических нозологий [5].

Целью данного исследования явилась оценка качества жизни у лиц пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией в условиях многопрофильной больницы.

Материалы и методы. В настоящей работе мы изучили качество жизни пожилых больных с хронической цереброваскулярной патологией, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении многопрофильной городской клинической больницы № 1. В исследовании приняли участие 35 больных дисциркуляторной энцефалопатией I-II стадий, преимущественно гипертонического и атеросклеротического генеза, в возрасте от 60 до 74 лет. Диагноз был верифицирован клинически (жалобы на головную боль, головокружение, расстройства координации, когнитивные нарушения различной степени выраженности, эмоциональную лабильность, подтвержденные соответствующими изменениями в неврологическом статусе), а также лабораторными и инструментальными методами обследования (результаты офтальмоскопии, РЭГ и ультразвукового исследования экстра- и интракраниальных сосудов). Исследование проводилось на базе неврологического отделения № 1 МГКБ № 1.

Оценка качества жизни проводилась с помощью короткой версии опросника здоровья SF-36, где представлены 11 пунктов, общее число вопросов в которых составляет 36. Учитывая, что для исследуемой категории больных характерно сочетание патологических процессов, по данным литературы на одного пациента приходится 4,3 – 5,2 нозологических единицы, наиболее подробной и простой, на наш взгляд, является короткая версия опросника здоровья SF-36, так как она оптимальна для больных с полиморбидным фоном.

Вопросы сгруппированы в восемь шкал: «физическое функционирование», «ролевая деятельность, обусловленная физическим состоянием», «телесная боль», «общее состояние здоровья», «жизненная активность», «социальное функционирование».

ние», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и «психическое здоровье». Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 баллов соответствуют полному здоровью.

Физическое функционирование (Physical Functioning) отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей). Низкие показатели свидетельствуют об ограничении физической активности, обусловленном состоянием здоровья.

Психическое здоровье (Mental Health) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие значения свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Социальное функционирование (Social Functioning) определяется степенью, в которой физическое и эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Жизненная активность (Vitality) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие показатели свидетельствуют об утомлении пациента, снижении его жизненной активности.

Общее состояние здоровья (General Health) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже количество баллов, тем ниже оценка состояния здоровья.

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role- Emotional Functioning), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (временные затраты, уменьшение объема работы, снижение ее качества). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role- Physical Functioning) – это влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели говорят о снижении повседневной активности за счет физического состояния пациента.

Интенсивность боли (Bodily pain) определяет способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

Качество жизни больных оценивалось в динамике: вначале курса стационарного лечения, при выписке из стационара (через 2 недели), а также спустя 3 и 4 недели от начала лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе проведенного анализа качества жизни получены следующие результаты. Исследуемую группу составили:

- больные с дисциркуляторной энцефалопатией преимущественно атеросклеротического генеза – 14,3%,
- больные с дисциркуляторной энцефалопатией преимущественно гипертонического генеза – 8,9%,
- сочетание этих патологических процессов имело место в 76,8% случаев, из них дисметаболический компонент (в результате сахарного диабета) присутствовал в 11,4%.

Острое нарушение кровообращения в анамнезе встречались у 11,4% пациентов. Сопутствующая патология была представлена ХОБЛ приблизительно в 6%, ишемической болезнью сердца – в 67,1%. У исследуемой группы больных, поступивших в неврологическое отделение круглосуточного стационара, обращают на себя внимание значительное снижение качества жизни по шкалам жизненной активности (VT) – до 38,99 балла, психического здоровья (MH) – до 38,21 балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) – до 36,32 балла, а также по шкалам физического функционирования (PF) – до 44,17 балла, ролевого физического функционирования (RP) – до

39,91 балла, интенсивности боли (P) – до 40,7 балла, общего состояния здоровья (GH) – до 41,93 балла, и социального функционирования (SF) – до 52,67 балла.

Исследование качества жизни в динамике проводилось в три этапа: при выписке из стационара (через 2 недели от начала терапии), через неделю после выписки (3 недели от начала терапии), через 2 недели после выписки из стационара (4 недели от начала лечения). Получены следующие результаты. При выписке из стационара показатели относительно момента поступления увеличились по шкалам:

- жизненной активности (VT) – на 14,41 балла,
- психического здоровья (MH) – на 17,25 балла,
- ролевого эмоционального функционирования (RE) – на 36,27 балла,
- физического функционирования (PF) – на 14,36 балла,
- интенсивности боли (P) – на 7,88 балла,
- общего состояния здоровья (GH) – на 11,5 балла,
- социального функционирования (SF) – на 25 баллов.

На втором этапе (1 неделя после выписки) положительная динамика была менее выражена:

- по шкале жизненной активности (VT) – на 7,15 балла,
- психического здоровья (MH) – на 5,31 балла,
- ролевого эмоционального функционирования (RE) – на 9,54 балла,
- физического функционирования (PF) – на 8,21 балла,
- ролевого физического функционирования (RP) – на 17,14 балла,
- интенсивности боли (P) – на 5,85 балла,
- общего состояния здоровья (GH) – на 3,93 балла,
- социального функционирования (SF) – на 14,31 балла.

При оценке качества жизни через 2 недели после выписки из стационара выявлена отрицательная динамика:

- по шкалам жизненной активности (VT) – 10 баллов,
- физического функционирования (PF) – 2,5 балла,
- социального функционирования (SF) – 6,3 балла;

Положительная динамика выявлена по шкале

- психического здоровья (MH) – 2 балла;
- интенсивности боли – 2,5 балла.

По шкалам ролевого эмоционального функционирования (RE), ролевого физического функционирования (RP) и общего состояния здоровья (GH) динамики выявлено не было.

Значительную положительную динамику при выписке можно объяснить рядом причин. Во-первых, многие больные были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям в состоянии декомпенсации. В данном случае закономерно, что адекватно подобранная терапия приводит к быстрому регрессу симптоматики и улучшению состояния больного. С другой стороны, учитывая особенности эмоционального и когнитивного статуса пожилых больных с цереброваскулярной патологией, пациенты находятся в состоянии некоторой эйфории от эффекта терапии, смены обстановки, новых социальных контактов. Однако, выписавшись из стационара, многие больные не придерживаются рекомендаций, в том числе – относительно поддерживающей терапии. Причиной этого являются как материальные трудности, не позволяющие приобрести препараты, так и недостаточная приверженность к терапии. Это, к сожалению, касается не только специфических неврологических препаратов, но и гипотензивных средств, а также препаратов, стабилизирующих эмоциональный фон, которые требуют постепенного снижения дозы. Учитывая особенности исследуемой группы, следует отметить, что после выписки из стационара пожилые пациенты возвращаются в атмосферу одиночества. Иллюстрацией сложившейся ситуации являются результаты, полученные через 2 недели после выписки (4 недели от начала терапии).



Выводы. На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Выявлено значительное снижение качества жизни во всех сферах функционирования пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

2. На фоне лечения у исследуемой группы больных отмечается различная динамика в зависимости от сроков наблюдения.

3. По мере увеличения времени, прошедшего с момента выписки из стационара, наблюдается значительное уменьшение качества жизни пациентов.

4. Выявленные тенденции являются предпосылкой для разработки мероприятий, направленных на поддержание и повышение достигнутого уровня качества жизни пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

Литература

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. Дамулин, И. В. Сосудистая деменция / И.В. Дамулин // Неврологический журнал. – 1999. – Т. 3. – № 4. – С. 4

3. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / А.А. Новик, Т.Н. Ионова / Под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА МедиаГрупп». – 2007. – 320 с.

4. Новик, А.А. и др. // Клиническая медицина. 2000. № 2. С. 10.

5. Парахонский, А.П. Оценка качества жизни больных артериальной гипертонией / А.П. Парахонский // Фундаментальные исследования. – 2006. – № 12 – С. 33-34

6. Taylor, S.H. Drug therapy and quality of life in angina pectoris / S.H. Taylor / Am. Heart J. 114. – P. 234-240.

7. McSweeney, A.J. et al. // Arch. Intern. Med. 1982. V. 142. P. 473.

8. Steinhagen-Thiessen, E., Hanke B. Neurogeriatrie / E. Steinhagen-Thiessen, B. Hanke / Blackwell Wissenschafts-Verlag. – 2003. – 368 S.

THE QUALITY OF LIFE OF ELDERS WITH ABUSED CARDIOVASCULAR AND NEUROLOGICAL PATHOLOGY

E.A. Lysova¹, I.S. Zakharova²

M.M. Kiselevich², E.V. Yudina²

N.M. Kunitsyna², L.V. Kozlov³

M.A. Shchizhova², S.K. Mursalov³

¹ *Hospital for veterans of wars, Belgorod*

² *Belgorod State University*

³ *St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, NMB of RAMS*

e-mail: toxa_1984@pochta.ru

The quality of life of elders with abused cardiovascular and neurological pathology is presented in the article. Using of SF-36 questionnaire is proved, that abused cardiovascular and neurological pathology are the reason of decrease of main parameters of the quality of life of elders.

Keywords: abused cardiovascular and neurological pathology, elders, quality of life.