

The value of assessing the quality of life for patients in cardiology Ponomarev D. (Russian Federation)

Значение оценки качества жизни пациентов в кардиологии Пономарев Д. С. (Российская Федерация)

*Пономарев Денис Сергеевич / Ponomarev Denis – аспирант,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Медицинский институт ТГУ им. Г.Р.Державина, г. Тамбов*

Аннотация: в статье анализируется значение понятия «качество жизни» больных с сердечно - сосудистыми заболеваниями, его происхождение, инструменты исследования и их оценка.

Abstract: the article analyzes the meaning of "quality of life" of patients with cardiovascular disease, its origin, research tools and evaluation.

Ключевые слова: качество жизни больных, сердечно - сосудистые заболевания, опросники, исследования, показатели.

Keywords: the quality of life of patients, cardiovascular diseases, questionnaires, studies, indicators

В последнее время наблюдается повышение интереса к понятию «качество жизни» (КЖ) со стороны представителей различных отраслей медицины и рост числа научных исследований по данной теме. Изучение КЖ в медицине, в общем, и в кардиологии в частности позволяет исследовать влияние болезни и лечения на показатели КЖ пациента, оценивая все составляющие здоровья: психологическое, физическое и социальное функционирование.

Первые серьезные исследования качества жизни в клинической медицине были выполнены именно при сердечно - сосудистых заболеваниях. Их результаты позволили понять, что традиционные критерии оценки терапевтической эффективности, опирающиеся на широкий спектр лабораторных и инструментальных показателей, отражают лишь физическую составляющую картины болезни. Они не дают полного представления о жизненном благополучии пациента, включающем наряду с физическим психологическое, эмоциональное, духовное и социальное функционирование больного [9].

В начале XXI века понятие КЖ преобразовалось в предмет научных исследований и стало более конкретным – «качество жизни, связанное со здоровьем» (health related quality of life, HRQL) [2, 3]. КЖ на сегодняшний день – это проверенный, экономичный и насыщенный информацией метод оценки здоровья пациента, как на индивидуальном уровне, так и на групповом. В создание научного исследования КЖ достаточно значимый вклад внесла Всемирная Организация Здравоохранения – она разработала основополагающие критерии качества жизни (физические, психологические, уровень независимости, общественная жизнь, окружающая среда, духовность) [4,5].

Основным инструментом исследования КЖ являются опросники (для комплексной оценки) и профили (оценка каждого компонента КЖ отдельно). Изначально КЖ пациентов с заболеванием сердца оценивали при помощи общих опросников: NHP, SF-36, EuroQol [9]. Авторы этих исследований [11, 12] пришли к выводу, что ни один из существующих тестов в полной мере не позволяет адекватно оценивать КЖ при патологии сердца, так как было выявлено плохое отражение некоторых симптомов, присущих конкретному заболеванию. Все вышесказанное продемонстрировало необходимость в разработке отдельного опросника для кардиологических больных с учетом особенностей КЖ.

Помимо сторонников метода, есть и противники изучения КЖ и создания опросников. Так, D. Wade в своей книге «Measurement in Neurological Rehabilitation» пишет, что невозможно измерить КЖ, не имея его четкого определения. Он считает, что КЖ — понятие сугубо индивидуальное и зависящее от уровня культуры, образования и других факторов, что невозможно его оценить или измерить. Кроме этого на оценку КЖ помимо заболевания влияет множество других факторов, которые не учитываются при создании опросников [13]. Данную точку зрения разделяет и S. Hunt [10], который считает, что качество жизни — гипотетическая, теоретическая конструкция, которая не подлежит количественному измерению.

Единых общепринятых критериев и норм КЖ не существует. На оценку КЖ оказывают воздействие пол, возраст, национальность, социально-экономическое положение человека, характер его трудовой деятельности, культурный уровень, религиозные убеждения, региональные особенности, культурные традиции и множество других факторов. Это сугубо субъективный показатель объективности, и исходя из этого, оценка КЖ респондентов возможна только лишь в сравнительном аспекте (больной – здоровый, больной одним заболеванием – больным другим заболеванием) с максимальным нивелированием всех сторонних факторов.

На сегодняшний момент по всему миру идет интенсивное создание методик определения качества жизни для наиболее распространенных хронических заболеваний в связи с признанием критериев КЖ

неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики, здравоохранительных инициатив, оценки результатов лечения, качества оказываемой помощи и др. Наблюдается всплеск исследований КЖ во всем мире, и в Российской Федерации в том числе.

Следует подчеркнуть, что оценка КЖ может стать необходимым условием при испытании новых медицинских технологий, лекарственных средств и методов лечения на любом этапе, включая и 2–4 фазы испытания лекарственных средств. Критерии КЖ незаменимы в сравнении различных подходов к лечению:

- в случае если лечение является эффективным, но токсичным;

- в случае если лечение длительное, возможность осложнений низка, и пациенты не ощущают симптомов заболевания. Основной принцип М.Я. Мудрова «лечить не болезнь, а больного» может быть реализован с помощью использования оценки КЖ [5,6,7].

Исследовано, что КЖ ниже у пессимистов, чем у оптимистов; у пессимистов выше риск развития инфаркта миокарда и смерти. Депрессия значительно ухудшает КЖ и жизненный прогноз у больных с сердечно – сосудистыми заболеваниями, при аортокоронарном шунтировании (АКШ) и пересадке сердца. Положительные эмоции способствуют высокому КЖ. Доказано, что чем выше трудовая активность, тем выше качество жизни больного.

При ряде хронических заболеваний, болезнях, склонных к прогрессированию и протекающих с обострениями, значительно ограничивается нормальное существование человека. Эти ограничения становятся важнее для больного, чем сама болезнь. Хроническая болезнь оставляет на психике больного сильный отпечаток, обостряя невротические черты. КЖ в этом случае отражает способность больного приспосабливаться к проявлениям своей болезни. Так, несмотря на то, что 85% больных после аортокоронарного шунтирования (АКШ) избавляются от симптомов стенокардии, лишь небольшое количество из них возвращается к активной трудовой деятельности. При исследовании влияния болезни на КЖ пациента выявлено, что при стабильной стенокардии напряжения и ишемической болезни сердца КЖ значительно снижено, зависит от трудоспособности больных и их социальной адаптации.

Вызывает интерес то, что КЖ у больных ИБС выше, чем у больных синдромом Х, хотя прогноз при последнем значительно лучше. Это, вероятнее всего, связано с более низким порогом болевой чувствительности у больных с синдромом Х и, как следствие, более низкой толерантностью к физическим нагрузкам.

У больных с нарушениями ритма сердца не выявлено достоверной связи между показателями КЖ и возрастом, полом, количеством экстрасистол и частотой пароксизмов; при этом рекомендовано начинать лечение больных с аритмиями, не имеющими ближайшего неблагоприятного прогностического значения, лишь в случаях резкого снижения КЖ. В то же время КЖ больных после имплантации электрокардиостимулятора в 72,8% случаев оценено как хорошее.

При сравнении КЖ больных стенокардией, ХСН и суправентрикулярной тахикардией обнаружено, что наиболее низкое КЖ присуще больным стенокардией, а максимальное – больным с суправентрикулярной тахикардией.

Показано, что изменение КЖ у больных гипертонической болезнью (ГБ) зависит от особенностей клинического течения заболевания. В ряде исследований получены сведения о том, что КЖ у больных, принимающих антигипертензивные препараты, ниже, чем у нелеченных больных, и даже сам факт необходимости длительного приема лекарственных средств может снижать КЖ.

Можно использовать критерий КЖ для оценки эффективности проводимого лечения. Оценка КЖ до и после медицинского вмешательства позволяет использовать критерий КЖ в качестве прогностического фактора, для выбора конкретной стратегии индивидуального лечения больного. Так, в работах J.S. Rumsfeld, S. MacWhinney, M. McCarthy 1992–1996 гг. показано, что клинический статус больного до операции – единственный прогностический фактор летальности после операции АКШ (а не депрессия, как считали ранее).

Значимое влияние на КЖ оказывает адекватная программа реабилитации. Она необходима как для больных хронической сердечно – сосудистой недостаточностью и инфарктом миокарда, так и другими нозологиями. От ее грамотного построения зависит дальнейшее КЖ пациентов [1,8].

В кардиологии совместные фармакоэкономические исследования и изучения КЖ нашли достаточно широкое распространение. Так, в исследовании К. Wenger о роли оценки КЖ при сердечно – сосудистых заболеваниях большое внимание уделяется необходимости фармакоэкономических расчетов при экспертизе новых лекарственных препаратов. Приведены цифры, полученные при анализе эффективности лечения сердечной недостаточности: применение при застойной СН ингибиторов АПФ уменьшает частоту и длительность госпитализаций, летальность и дает экономию до 6 млрд. долларов в год в США. При этом экономия за счет сокращения длительности и частоты госпитализаций больных при лечении ингибиторами АПФ существенно превосходит затраты на лечение (стоимость препарата). Использование высокотехнологичных вмешательств также должно быть оправдано: так, например, с

позиции КЖ и фармакоэкономики была доказана эффективность высокочастотной абляции для больных моложе 50 лет с пароксизмальной суправентрикулярной тахикардией.

Исходя из всего вышесказанного, можно с уверенностью сказать, что изучение КЖ в ближайшем будущем станет одним из обязательных комплексных методов оценки при проведении клинических исследований лекарственных средств и методов лечения.

Литература

1. Национальное руководство. Кардиология. / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1056 с.
2. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский дом «Нева», М.: «ОЛМА–ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.
3. Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: «Элби», 1999. – 140 с.
4. Реболи М., Онне С., Онне М., Рэбин Р., Шенде А., Климпут И., Ф.де Шаро, Вильямс А. Определение отличий в параметрах качества жизни, связанного со здоровьем, и их соотношений в различных странах/ В сб.: Материалы Международной конференции «Исследование качества жизни в медицине». – С–Пб.: «Издательство Буковского», 2002. – С. 238–240.
5. Сабанов В.И., Грибина Л.Н., Багметов Н.П. Качество медицинской помощи на современном этапе: мнение медиков и пациентов //Качество и экономическая эффективность медицинской помощи населению. Научные труды науч–практ. конференции «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения». – М.: РИО ЦНИИОИЗ. – 2002. – С. 46–48.
6. Шевченко Ю.Л. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году //Здравоохран. Рос. Федерации. – 2002. – № 1. – С. 15–18.
7. Материалы конгресса, 2014. [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://scardio.ru/content/activities/2014/24092014_Congress_tesis_2014_Kazan.pdf.
8. Национальные рекомендации ВНОК (Всероссийского научного общества кардиологов) 2011, 2005 - 2010 годов Источник информации – официальный сайт ВНОК www.scardio.ru
9. Пономарев Д.С. Факторы риска и медико-социальные аспекты образа жизни кардиологических больных. Минск: НИЦ «Наука и просвещение», 2015. С.535-541.
10. Hunt S.M. The problem of quality of life. Quality Life Res 1997; 6: 205—210.
11. Lamping D.L., Schroter, Kurz X. et al. Evaluation of outcomes in chronic venous disorders of the leg: development of a scientifically rigorous, patient-reported measure of symptoms and quality of life. J Vasc Surg 2003; 37:2:410—419.
12. Launois R., Reboul-Marty J., Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in Chronic Lower Limb Venous Insufficiency (CIVIQ). Quality Life Res 1996; 5:539-554.
13. Wade D.T. Measurement in neurological rehabilitation. Oxford: Oxford University Press 1992.