



О.М. Лисунець, І.В. Дроздова, І.Я. Ханюкова

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У ВІДДАЛЕНИЙ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТЕРМІН

Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності, м. Дніпропетровськ

Ключові слова: якість життя, вроджені вади розвитку системи кровообігу, життєдіяльність, реабілітація.

Ключевые слова: качество жизни, врожденные пороки развития системы кровообращения, жизнедеятельность, реабилитация.

Key words: quality of life, congenital heart disease, disability, rehabilitation.

У 70 хворих із вродженими вадами розвитку системи кровообігу у віддалений після оперативного втручання термін та у 20 здорових осіб вивчено якість життя за допомогою опитувальника «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья». Встановлено значне зниження показників якості життя хворих із вродженими вадами розвитку системи кровообігу у діяльності, пов'язаної як з емоційними, так і фізичними навантаженнями, що суттєво обмежувало їх життєздатність. Вивчення якості життя, виявлення причин обмеження життєдіяльності, оцінка клініко-функціональних, психологічних і когнітивних порушень мають бути основою програм реабілітації цих хворих у віддалений після хірургічної корекції термін.

У 70 больных с врожденными пороками развития системы кровообращения в отдаленный после оперативного вмешательства срок и у 20 здоровых лиц изучено качество жизни с использованием опросника «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья». Установлено существенное снижение показателей качества жизни больных с врожденными пороками развития системы кровообращения в деятельности, связанной как с эмоциональными, так и физическими нагрузками, что существенно ограничивало их жизнеспособность. Изучение качества жизни, выявление причин ограничения жизнедеятельности, оценка клинико-функциональных, психологических и когнитивных нарушений должны быть основой программы реабилитации этих больных в отдаленный после хирургической коррекции срок.

In 70 patients with congenital heart disease (CHD) in the remote period after surgery and in 20 healthy subjects were studied using quality of life questionnaire «36-Item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey: SF-36». A significant reduction in quality of life of patients with CHD performed activities associated with both emotional and physical load that substantially limited their viability. The study of quality of life, identify the causes of disability, assessment of clinical and functional, psychological and cognitive disorders - would be the basis for rehabilitation programs for these patients in the long term after surgical correction.

Якість життя – відносно новий для медицини термін, використовуваний раніше лише соціологами [1,2]. Він визначає важливі сторони умов життя, орієнтовані на оцінку ступеня задоволення потреб, що не можна піддати прямому кількісному обчисленню. Якість життя характеризується як здатність індивідуума функціонувати у суспільстві відповідно до свого положення та отримувати задоволення від життя. Її визначення базується на оцінці рівня добробуту людини у фізичному, психічному (інтелектуальному й емоційному), соціальному (професійна, домашня, рекреаційна активність, взаємини на роботі, у сім'ї, суспільстві) та економічному відношенні; враховують також здатність зосереджуватись і приймати рішення; враховують також пам'ять, швидкість сприйняття; візуально-моторну координацію, сексуальну функцію, душевний комфорт, емоційну стабільність і почуття задоволення від життя [3,4].

Існує багато визначень якості життя. У деяких дослідженнях використовується визначення, запропоноване соціологами. Інші дослідження при визначенні поняття якості життя детальніше зупиняються на кожній із 3 її складових: а) фізичних аспектах – погіршенні чи покращенні функціональних здібностей, симптомах, болях, що викликані захворюванням або лікуванням; б) психічних аспектах – широкому ряду емоційних станів і пізнавальних здібностей; в) соціальних аспектах – соціальної ізоляції чи комуніка-

бельності, ролі хронічних захворювань у соціалізації хворих [1,3]. Деякі вчені вважають, що для оцінки якості життя в клінічних і популяційних дослідженнях необхідно виділяти 3 основні компоненти: функціональні здібності людини, почуття, симптоми захворювання та їх наслідки [2,3].

Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує визначати якість життя як індивідуальне співвідношення свого стану в житті суспільства в контексті культури та систем цінностей цього суспільства із завданням (бажаннями) конкретного індивідуума, його планами, можливостями та ступенем загального невлаштування [1]. Визначено ряд критеріїв якості життя та їх складові, що, в основному, і вивчаються: фізичні (сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок); психологічні (позитивні емоції, мислення, пам'ять, концентрація уваги, самооцінка, вигляд, негативні переживання); рівень самостійності (буденна активність, працездатність, залежність від лікування і ліків); суспільне життя (взаємини, суспільна цінність об'єкта, сексуальна активність); довколишнє середовище (благополуччя, безпека, побут, забезпеченість, якість і доступність медичного й соціального забезпечення, можливість освіти та підвищення кваліфікації, дозвілля, екологія); духовність (релігія, особисті переконання) [1,2].

Нині для вивчення якості життя використовують стандартизовані опитувальники: загальні, окремі та спеціалізовані [3–7]. Загальні опитувальники дозволяють дати всебічну



оцінку соціальному, психічному й фізичному самопочуттю людини, без урахування специфіки захворювання та його лікування (The Sickness Impact Profile; Nottingham Health Profile; McMaster Health Index Questionnaire; 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36); WHOQOL-100; WHOQOL-BREF) [1,2]. Застосовують й окремі опитувальники, що дають оцінку настрою, рівню тривоги та депресії, психічній складовій якості життя, властивостям пам'яті (The profile of mood status; The Hospital Anxiety Depression Scale; The psychological general well-being index; A standardized memory scale for clinical use; MMPI) [3,4]. У кардіології використовують значну кількість спеціалізованих опитувальників [5–7]. Проте до сьогодні не існує спеціальних опитувальників для хворих із вродженими вадами розвитку системи кровообігу, що давали б можливість оцінити вплив побічних ефектів чи ускладнень оперативних втручань, симптомів, коморбідних основній патології; наявність і виразність резидуальних станів; здатність виконувати щоденні обов'язки, загальну суб'єктивну оцінку здоров'я; оцінку фізичного й психічного самопочуття; вплив медикаментозної терапії на спосіб і стиль життя; фізичну працездатність, особистісні й характерологічні особливості; соціальну самореалізацію, сексуальні здібності.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Оцінити якість життя хворих із вродженими вадами розвитку системи кровообігу у віддаленій після хірургічної корекції термін.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Відкрите контрольоване дослідження, проведене на базі Українського Державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності, охоплювало 70 хворих з вродженими вадами розвитку системи кровообігу після хірургічної корекції (ВВРСК). Обов'язковою умовою було отримання інформованої згоди. Дизайн дослідження: критеріями включення в дослідження були наявність вроджених вад серця після хірургічної корекції, вік від 18 до 50 років; критеріями виключення – відсутність оперативних втручань при вроджених вадах серця, вік до 18 років, наявність тяжких резидуальних станів або ускладнень хірургічних корекцій, необхідність повторного оперативного втручання, коморбідність із важкою супутньою патологією.

Середній вік обстежених склав $27,5 \pm 1,24$ роки; серед них було 34 жінки та 36 чоловіків. Пацієнтів розподілено на 4 групи: до I увійшли 28 хворих із вродженими вадами розвитку серцевої перегородки (Q 21), до II – 18 осіб з тетрадою Фалло (Q 21.3), до III – 18 пацієнтів з вродженими вадами розвитку великих артерій (Q 25), до IV – 6 хворих із вродженими вадами розвитку клапанів серця (Q 24, Q 23). У середньому вік, у якому було проведено оперативну корекцію ВВРСК, становив для хворих із вродженими вадами розвитку серцевої перегородки – $18,2 \pm 2,4$; з тетрадою Фалло – $8,2 \pm 1,6$; із вродженими вадами розвитку великих артерій – $14,5 \pm 2,3$; із вродженими вадами розвитку клапанів серця – $18,2 \pm 3,1$ роки відповідно. У групу контролю увійшли 20 здорових

добровольців. Групи були зіставлювані й вірогідно не відрізнялись за віком і статтю.

Хворі із вродженими вадами серця самостійно протягом 15 хвилин заповнювали «Краткий обший опросник оценки статуса здоровья» (міжнародний аналог 36-Item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36) [9,10]. Визначення критеріїв якості життя відбувалось на основі перекодування первинних даних за методом сумачії рейтингів Лікерта. Статистичну обробку проводили після створення комп'ютерної бази даних у системі Microsoft Excel за допомогою персональної ЕОМ з обчисленням t-критерія Стьюдента для порівняння середніх величин [11,12].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ході дослідження оцінювали якість життя хворих з ВВРСК у порівнянні зі здоровими особами (табл. 1). Встановлено значне зниження всіх показників якості життя хворих з ВВРСК у діяльності, пов'язаній з фізичними навантаженнями; фізичний стан хворих обмежував їх повсякденну життєздатність, заважав професійній діяльності. У таких осіб значної інтенсивності досягали кардіалгії та задишка, були знижена активність і підвищена втомлюваність. Зниження фізичної активності цих пацієнтів суттєво впливало на обмеження соціального функціонування, що підтверджувало дані спеціальної літератури стосовно провідних причин погіршення якості життя у хворих з ВВРСК. До них належать зниження фізичного й емоційного благополуччя, відсутність громадської та службової підтримки; необхідність уникати ситуацій, що призводять до психоемоційного перенавантаження; потреба обмеження фізичних зусиль і постійного лікування; значні порушення больового сприйняття та життєздатності [8].

Фізичний статус осіб з оперованими ВВРСК характеризувався фізичною активністю, роллю фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності та болем [9,10]. Фізична активність – це показник фізичного функціонування хворих, що відображає ступінь обмеження за рахунок здоров'я при виконанні фізичних навантажень, таких як самообслуговування, ходьба, підйом вгору, перенесення вантажів, толерантність до значних фізичних навантажень. Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності визначав вплив фізичного стану пацієнта на буденну діяльність; показник болю характеризував інтенсивність больових відчуттів на щоденну діяльність за останні тижні.

У порівнянні зі здоровими обстеженими, у хворих з ВВРСК після оперативної корекції вірогідно знижувались фізична активність, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності та біль. Зменшенню показників фізичної активності та ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності відповідали зниження можливості виконання цими пацієнтами значних фізичних навантажень та активності в буденній діяльності. Навпаки, зниження показника болю у них свідчило про вагомий вплив больових відчуттів на їх життєдіяльність. Хворі з вродженими вадами розвитку серцевої перегородки вірогідно вирізнялись зменшенням фізичної активності, ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності та болю;

Показники якості життя хворих з вродженими вадами розвитку системи кровообігу у віддалений після хірургічної корекції термін

Показники	Групи обстежених					
	Контрольна	Хворі з вродженими вадами розвитку системи кровообігу				
		всі	I	II	III	IV
Фізична активність	90,0±2,3	52,1±3,7***	52,1±6,2***	65,2±7,0	43,3±6,5	51,3±10,5
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	70,0±3,4	29,2±6,9***	35,3±12,5**	33,2±12,4**	28,2±16,0**	13,1±12,5***
Біль	79,7±4,3	56,3±3,6***	54,2±5,5***	68,9±7,3	54,5±8,6**	49,3±5,5***
Життєздатність	72,1±4,3	53,0±2,5***	53,1±3,3***	59,2±4,9***	50,4±6,1***	54,4±7,2***
Соціальна активність	83,8±3,3	64,2±4,5***	64,7±6,0**	73,4±10,9	58,4±10,8*	63,2±8,8*
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	65,0±4,4	45,1±7,3*	47,3±14,2	61,5±15,9	29,2±9,8***	50,2±21,5
Психічне здоров'я	73,3±5,8	56,4±2,8**	54,2±5,0*	54,2±6,5*	58,2±4,6*	63,3±8,7
Загальне здоров'я	73,2±4,4	40,1±3,0***	37,1±4,9***	43,8±9,1	42,3±3,7***	39,3±9,4**
Порівняння самопочуття	77,3±2,6	51,5±4,7***	54,5±7,3**	53,1±4,2***	40,0±12,0**	60,2±11,5
Фізичний статус	79,6±4,2	44,2±4,6***	47,2±6,6***	56,1±7,8**	37,3±11,0***	32,3±12,0***
Психічний статус	70,3±3,9	54,5±4,1**	54,3±6,7*	65,8±9,5	46,5±7,2*	55,2±12,0
Загальний статус	73,0±3,3	49,3±2,6***	49,6±4,5***	50,4±5,7***	46,2±4,7***	54,4±8,3*

Примітки: * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001.

пацієнти з тетрадою Фалло – ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; пацієнти з вродженими вадами розвитку великих артерій і клапанів серця – ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності та болю.

Психічний статус хворих оцінювали за 3 параметрами: соціальна активність, психічне здоров'я та обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем [9,10]. Соціальна активність – це рівень взаємин з друзями, колегами, рідними. Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності – оцінка ступеня обмеження буденної діяльності, зумовленого емоційними проблемами. Психічне здоров'я – суб'єктивна оцінка свого настрою (щастя та спокою) за останні тижні.

Хворим з ВВРСК у віддалений термін після хірургічної корекції притаманні суттєве зниження соціальної активності, психічного здоров'я та ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності. Зменшення показників соціальної активності та психічного здоров'я свідчили про обмеження соціальної взаємодії, погіршення настрою та неспокій таких осіб протягом 4 тижнів перед обстеженням, а зниження показника ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності – про значну питому вагу емоційного стану на їх буденну діяльність. Хворі з вродженими вадами розвитку серцевої перегородки вірогідно відрізнялись зниженням соціальної активності та психічного здоров'я; пацієнти з тетрадою Фалло – психічного здоров'я; особи з вродженими вадами розвитку великих артерій – соціальної активності, психічного здоров'я та ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; хворі з вродженими вадами розвитку клапанів серця – соціальної активності.

Загальне здоров'я цих осіб характеризувалось 2 показниками: життєздатністю та загальною оцінкою власного здоров'я [9,10]. Вивчали ще один показник – порівняння самопочуття, що характеризує суб'єктивну оцінку хво-

рими свого здоров'я і змін, в сталися протягом року. Загальне здоров'я – це оцінка пацієнтом власного здоров'я в теперішній час і можливостей лікування. Життєздатність – оцінка хворим свого життєвого тону (енергії, жвавості) за останні 4 тижні. Порівняння самопочуття – додатковий критерій, що характеризує динаміку змін загального самопочуття протягом року.

Особам з ВВРСК притаманні зменшення життєздатності, загального здоров'я та порівняння самопочуття. Зниження показників загального здоров'я й порівняння самопочуття свідчило про погіршення соматичного статусу пацієнтів, незважаючи на практично мінімальні зміни життєздатності, що підтверджувало наявність життєвого тону у цих осіб. Хворі з вродженими вадами розвитку серцевої перегородки та великих артерій вірогідно відрізнялись зниженням життєздатності, загального здоров'я та порівняння самопочуття; пацієнти з тетрадою Фалло – життєздатності й порівняння самопочуття; особи з вродженими вадами розвитку клапанів серця – життєздатності та загального здоров'я.

Отже, проведене дослідження виявило погіршення якості життя у хворих з ВВРСК у віддалений після оперативної корекції термін за рахунок обмеження у фізичному, психічному й соціальному аспектах, що відповідає даним спеціальної літератури [8]. Отримані результати свідчили про внутрішню напруженість, стійке непокоєння за своє життя та долю, постійний аналіз вегетативних проявів захворювання, що значною мірою відображались на оцінці якості життя та психологічних особливостях. Суб'єктивний фактор пацієнта відіграв провідну роль в оцінці якості життя, оскільки задоволення життям і щастя залежали від того, що пацієнт вважав головним у власній системі оцінок [8].

Поряд із визначенням узагальнюючих показників (фізичного, психічного й загального статусу), у дослідженнях багатьох авторів використовується кількісна оцінка причин,



що впливають на якість життя [3,4]. Визначення їх у хворих з ВВРСК адекватно відображатиме поняття якості життя, надаватиме можливість виділити ті обставини й обмеження, яких зазнає пацієнт у зв'язку із захворюванням, даватиме характеристику ставлення хворого до причин, що погіршують якість життя, вказуватиме, за якими параметрами й якою мірою воно порушується. Роботами А. Дадаєва показано суттєве зниження якості життя хворих з коарктацією аорти у віддаленому післяопераційному періоді, проте такі роботи поодинокі, що не дозволяє дати об'єктивної характеристики фізичним, психічним і соціальним факторам адаптації хворих з ВВРСК до сучасних умов існування [8]. Водночас, проблемі визначення обмежень життєдіяльності, медико-соціальному прогнозуванню та питанням соціально-трудової реабілітації хворих з оперованими ВВРСК у спеціальній літературі приділяється значно менше уваги.

Отже, отримані результати свідчать про наявність у хворих з ВВРСК у віддалений термін після хірургічної корекції характерних для даної патології причин соціальної дезадаптації. Встановлення загальних причин соціальної дезадаптації таких пацієнтів, що значною мірою погіршують якість їх життя, дає можливість розробити цілеспрямовані заходи з покращення адаптації даної категорії хворих до умов соціального оточення.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено погіршення якості життя у хворих з вродженими вадами розвитку системи кровообігу у віддалений після оперативної корекції термін за рахунок обмеження у фізичному, психічному й соціальному аспектах.

2. Методологія дослідження якості життя та виявлення причин, що впливають на її оцінку, відкривають нові можливості визначення провідних чинників обмеження життєдіяльності; фізичного, психічного й соціального функціонування хворих з вродженими вадами розвитку системи кровообігу у віддалений після оперативної корекції термін.

3. Вивчення якості життя, поряд з оцінкою функціо-

нального стану, психологічного й соціального статусу, ефективністю хірургічного та медикаментозного лікування, мають бути покладені в основу програм реабілітації хворих з вродженими вадами розвитку системи кровообігу у віддалений після оперативної корекції термін.

ЛІТЕРАТУРА

1. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. – 1995. – Vol. 41. – P. 1403–1409.
2. *Staake M.J.* Quality of Life assessment in clinical trials: [monography] / *M.J. Staake.* – Oxford, N.Y., Tokyo: Oxford University Press, 1998. – 360 p.
3. *Новик А.А.* Исследование качества жизни в медицине: [учеб. пособие] / *А.А. Новик, Т.И. Ионова.* – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
4. *Williams G.H.* Assessing patients wellness: new perspectives on quality of life and compliance / *G.H. Williams* // *AJN.* – 1998. – Vol. 11, №11–12. – P. 186–191.
5. *Айвазян Т.А.* Исследование качества жизни больных гипертонической болезнью / *Т.А. Айвазян, В.П. Зайцев* // *Кардиология.* – 1989. – Т. XXIX, №9. – С. 43–46.
6. *Коц Я.И.* Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / *Я.И. Коц, Р.А. Либис* // *Кардиология.* – 1993. – Т. 33, №5. – С. 66–77.
7. Оценка качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / *А.Г. Гладков, В.П. Зайцев, Д.М. Аронов [и др.]* // *Кардиология.* – 1982. – Т. 22, №2. – С. 100–103.
8. *Дадаев А.Я.* Качество жизни пациентов, оперированных по поводу коарктации аорты: дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.44 / *Дадаев Адлан Ярасханович.* – М., 2005. – 206 с.
9. *Феценко Ю.І.* Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою / *Ю.І. Феценко, Ю.М. Мостовой, Ю.В. Бабійчук* // *Укр. пульм. журн.* – 2002. – №3. – С. 9–11.
10. *Чучалин А.Г.* Методы оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких / *А.Г. Чучалин, Н.Ю. Сенкевич, А.С. Белевский.* – М., 1999. – 30 с.
11. Статистична обробка даних / *[В.П. Бабак, А.Я. Білецький, О.П. Приставка и др.]* – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.
12. *Афифи А.* Статистический анализ. Подход с использованием ЭВМ: [монография] / *А. Афифи, С. Эйзен.* – М.: Мир, 1982. – 488 с.

Відомості про авторів:

Лисунець О. М., к. мед. н., зав. науково-дослідного кардіологічного відділення УкрДержНДІМСП.

Дроздова І.В., д. мед. н., провідний науковий співробітник науково-дослідного кардіологічного відділення УкрДержНДІМСП.

Ханюкова І. Я., к. мед. н., провідний науковий співробітник науково-дослідного кардіологічного відділення УкрДержНДІМСП.

Адреса для листування:

Лисунець Олена Михайлівна. 49027, м. Дніпропетровськ, пров. Радянський, 1А, Український Державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності.

Тел.: (0562) 47 02 20.