

© А.Е. БАЯНОВА, В.С. СОЛОВЬЕВ

b-a-e-84@mail.ru, vnd3@yandex.ru

УДК 612.17;616-092.19

**СОСТОЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МУЖЧИН
С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В г. ТЮМЕНИ**

АННОТАЦИЯ. Сравнив результаты опросника SF-36 122 мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями, авторы выявили влияние сердечно-болевого синдрома, возраста, ассоциации ИБС и АГ и уровня тревожности на самооценку качества жизни.

SUMMARY. Having compared the results of the questionnaire SF-36 of 122 men with cardiovascular diseases, we found the influence of the heart-pain syndrome, age, associations of ischemic heart disease and arterial hypertension and the anxiety level on self-evaluation of life quality.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА. Качество жизни, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца.

KEY WORDS. Quality of life, arterial hypertension, ischemic heart disease.

Среди патологий, оказывающих значительное влияние на состояние здоровья человека и вызывающих высокую заболеваемость и смертность в Российской Федерации, первое место занимают артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Тюменская область не является исключением, но относится к благоприятным регионам по социально-экономическому уровню жизни населения. Новые методы лечения, профилактики и диагностики не снижают числа дисфункций сердечно-сосудистой системы, а наличие психо-эмоционального и психосоциального стресса усугубляет медицинскую статистику [1]. Низкая результативность клинических мер воздействия заставляет искать новые пути повышения эффективности роли медицинского компонента в улучшении показателей заболеваемости. Одним из таких методов стало привлечение больных и здоровых людей для самооценки их физиологического и психологического состояния в виде разнообразных способов оценки качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем. Понятие КЖ рассматривают как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования исследуемого, основанную на его субъективном восприятии [2]. Эта методика пока мало используется в профилактике и лечении, между тем положительные результаты применения оценки КЖ у кардиологических больных имеются [2], [3], [4], [5]. В процессе комплексного обследования здоровых и больных мужчин г. Тюмени авторами был использован метод оценки КЖ в неспецифическом варианте, чтобы иметь возможность усилить роль индивидуума в самооценке состояния на фоне развития неинфекционных сердечно-сосудистых патологий.

Цель исследования. Оценить состояние качества жизни мужчин г. Тюмени в зависимости от наличия различных сердечно-сосудистых патологий.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 122 мужчины в возрасте от 35 до 84 лет (средний возраст $52,0 \pm 0,7$ года) с диагностированной патологией сердечно-сосудистой системы, проходивших лечение в стационаре Филиала НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр». Исследования проводили в течение первой недели стационарного лечения, когда клинический диагноз был установлен, а проводимая терапия еще не оказала значительного влияния. Контрольную группу составили 35 практически здоровых мужчин в возрасте от 35 до 63 лет. Для оценки КЖ использовали опросник Medical Outcomes Stude 36 (SF-36) [6], валидированный Межнациональным центром исследования КЖ г. Санкт-Петербурга [7, 8]. Опросник SF-36 включает 8 шкал, соответствующих психологическим (4 шкалы) и физическим компонентам (4 шкалы) КЖ: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психологическое здоровье (ПЗ). Расчеты дают значения по каждой шкале от 0 до 100 баллов, отражающих уровень КЖ больного по возрастающей. Результаты ДАД, САД, ЧСС, возраста, роста и веса пациентов были использованы для вычисления индекса функциональных изменений (ИФИ) — интегрального показателя адаптационного потенциала человека [9]. Для определения ситуативной (СТ), как индикатора стрессовой ситуации, и личностной (ЛТ) тревожностей, как черты характера обследуемого, использовали методику Спилбергера-Ханина [10].

В процессе исследования пациенты в возрасте от 35 до 60 лет были разделены на группы: I — мужчины с диагнозом АГ в соответствии с классификацией ВОЗ/МОАГ (1999 г.) и ИБС, $n=45$, средний возраст $49,3 \pm 0,9$ лет; II — мужчины с диагнозом ИБС, $n=20$, средний возраст $46,8 \pm 1,3$ года; III — мужчины с диагнозом АГ, $n=31$, средний возраст $49,7 \pm 1,1$ лет. IV группу составили мужчины старше 60 лет с ассоциацией ИБС и АГ, $n=23$, средний возраст $62,6 \pm 1,1$ лет, а V — группа контроля — в возрасте от 35 до 63 лет средний возраст $48,2 \pm 1,3$ лет, $n=34$.

Существенным разделом нашей работы явилось повторное письменное обследование КЖ тех же самых мужчин по прошествии года. За это время пациенты лечились фармакологическими и физиотерапевтическими средствами, пребывали в обычной социальной среде, включая работу по профессии. Ответ составил 36,07% ($n=44$) среди кардиобольных и 58,82% ($n=20$) контрольной группы.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы STATISTICA 6. Распределение переменных определяли с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Сравнение проводили по непараметрическому критерию Манна-Уитни, для оценки изменений КЖ через год использовали критерий Вилкоксона для связанных выборок. Корреляцию оценивали по коэффициенту Спирмана [11].

Результаты и обсуждение. Результаты самооценки КЖ показали наличие достоверных отличий ($p < 0,001$, $p < 0,001$ и $p < 0,01$) в результатах шкалы ФФ от группы контроля у всех групп пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (табл. 1). Мужчины с АГ (группа III) оценили свое состояние по шкале ФФ и РФФ достоверно выше, чем пациенты с ИБС ($p < 0,05$). Самооценка РФФ была достоверно ниже контроля у мужчин всех групп, за исключением III. По шка-

ле боли (Б) результаты самооценки мужчин всех групп отличались от контроля. Показатели самооценки у мужчин с АГ оказались выше, в сравнении с I и II группами по шкалам Б ($p < 0,01$ и $p < 0,05$, соответственно) и ОЗ ($p < 0,05$, $p < 0,01$ соответственно). Неосложненная мягкая и умеренная гипертония зачастую имеет асимптоматическое течение и не ухудшает КЖ [3]. Субъективная оценка КЖ по у мужчин I и II групп была достоверно ниже контроля по шкале ОЗ ($p < 0,05$, $p < 0,01$), по шкале Ж ($p < 0,001$, $p < 0,01$ соответственно). Мужчины III группы оценили Ж выше мужчин I группы ($p < 0,05$). Оценка по шкалам СФ и РЭФ также оказалась ниже контрольной группы у мужчин I и II групп на уровне значимости $p < 0,01$ для СФ и $p < 0,05$ для РЭФ. Результаты мужчин с АГ по шкалам СФ и РЭФ не отличались от группы контроля. Психологическое здоровье оценили ниже группы контроля только мужчины I группы ($p < 0,05$).

Таблица 1

Результаты самооценки качества жизни мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями, проживающих в Тюмени

Шкалы SF-36, баллы	I группа n=45	II группа n=20	III группа n=31	IV группа n=23	V группа (контроль) n=34
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
ФФ	71,00±3,29 ^{***00}	71,50±5,03 ^{***00}	85,16±2,56 ^{***00}	56,30±4,75 ^{***}	91,18±240
РФФ	44,44±6,15 ^{***00}	32,50±9,95 ^{***00}	66,13±6,91 ^{***}	16,30±6,01 ^{***}	85,29±4,61
Б	56,29±3,76 ^{***00}	51,85±5,00 ^{***00}	76,55±4,26 ^{***}	48,61±4,51 ^{***}	88,65±3,18
ОЗ	54,87±2,39 ^{***00}	48,15±3,46 ^{***00}	62,71±2,39 ^{***}	46,78±2,64 ^{***}	62,94±3,06
Ж	57,67±2,06 ^{***00}	59,75±3,33 ^{**}	65,32±2,80 ^{**}	49,56±4,01 ^{***}	71,91±2,59
СФ	70,58±3,16 ^{**}	67,50±4,29 ^{**}	74,60±3,60 [*]	61,41±4,08 ^{***}	84,93±2,88
РЭФ	54,82±6,01 [*]	50,00±9,82 [*]	66,67±2,59 [*]	42,03±8,70 ^{**}	80,39±4,90
ПЗ	63,73±2,21 [*]	65,40±3,23	67,87±2,59	61,04±3,46 ^{**}	73,18±2,29

Примечание: *** — достоверность различий с контролем на уровне значимости $p < 0,001$, ** — $p < 0,01$, * — $p < 0,05$;
 *** — достоверность различий с группой старше 60 лет на уровне значимости $p < 0,001$, ** — $p < 0,01$, * — $p < 0,05$;
 000 — достоверность различий с группой больных АГ на уровне значимости $p < 0,001$, 00 — $p < 0,01$, 0 — $p < 0,05$.

Сравнение результатов самооценки КЖ мужчин старше 60 лет с результатами аналогичной им по диагнозам I группы выявило разницу на уровне значимости $p < 0,05$ показателей шкал ФФ и ОЗ, самооценка РФФ отличалась на уровне $p < 0,01$, что согласуется с данными А.П. Парахонского [4], который выявил различия по шкалам, характеризующим физическое здоровье (ФФ, РФФ) с увеличением возраста. В оценке психологических факторов КЖ достоверных отличий не наблюдали. От группы мужчин с АГ самооценка мужчин старше 60 отличалась по всем шкалам, кроме ПЗ, от контрольной группы — по всем шкалам КЖ без исключения. Самооценка мужчин с ИБС (II группа) была выше только по шкале ФФ ($p < 0,05$).

Повторное анкетирование КЖ через год у той же выборки мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями выявило улучшение показателей са-

мооценки по шкале ФФ ($p < 0,05$) (рис. 1). Достоверное уменьшение самооценки по шкале Б ($p < 0,05$), вероятно, может быть вызвано повышением внимания пациентов к сердечно-болевому синдрому после информирования о симптомах ИБС и важности их участия в лечении. В группе контроля ($n=20$) улучшились показатели ПЗ ($p < 0,05$).

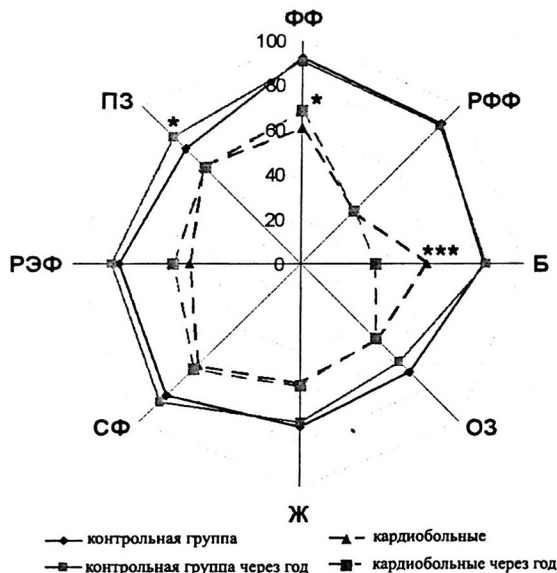


Рис. 1. Динамика качества жизни мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями и контрольной группы через год; *** — достоверность различий с группой исследуемых через год наблюдений на уровне значимости $p < 0,001$, * — $p < 0,05$

Нарушение КЖ в целом и его параметров зависит от вариантов ИБС. Оно снижено незначительно у больных с «немой» ишемией миокарда, в отличие от снижения КЖ при выраженном сердечно-болевом синдроме [5], поэтому мы сравнили две группы: 1) ИБС со стенокардией, $n=55$; 2) мужчины с безболевогой формой ИБС, $n=15$. Сравнение показателей самооценки КЖ по опроснику SF-36 показало достоверные различия оценки по шкалам ФФ ($68,21 \pm 2,99$ у лиц со стенокардией и $79,67 \pm 6,75$ баллов с безболевогой ИБС), РФФ ($39,64 \pm 5,10$ и $60,00 \pm 4,18$) и Б ($54,19 \pm 2,97$ и $70,27 \pm 7,34$ соответственно) на уровне значимости $p < 0,05$ во всех случаях. Субъективная оценка состояния по этим шкалам была значительно ниже в группе со стенокардией. Таким образом, приступы стенокардии негативно влияли на самооценку физического здоровья у мужчин с ИБС, что соответствует данным литературных источников [2], [3], [5]. В оценке психологических компонентов здоровья достоверных отличий между группами со стенокардией и безболевогой ишемией не выявилось.

Корреляционный анализ выявил взаимосвязь результатов самооценки КЖ по всем шкалам SF-36 с результатами СТ и ЛТ на уровне значимости $p < 0,001$

и коэффициентом корреляции от $r=-0,27$ до $r=-0,65$. Учитывая, что в методике Спилбергера-Ханина чем выше балл, тем выше тревожность, самооценка КЖ напрямую зависит от уровня тревожности обследуемых. Коэффициент корреляции ИФИ с результатами самооценки по шкале ФФ составил $r=-0,27$ ($p<0,001$) а по шкале ОЗ — $r=-0,17$ ($p<0,05$), что может свидетельствовать о слабой взаимосвязи физических компонентов КЖ с показателем функционирования сердечно-сосудистой системы.

Выводы

1. В группе мужчин с АГ самооценка физических компонентов КЖ была выше, чем в других группах, а психологических компонентов — не отличалась от контроля.
2. Мужчины старше 60 лет оценили физические компоненты КЖ ниже, чем мужчины младше 60 со сходными заболеваниями.
3. Оценка физических компонентов КЖ была достоверно ниже у мужчин со стенокардией в сравнении с группой безболевой ИБС.
4. Физическое функционирование мужчин с сердечно-сосудистыми заболеваниями через год после стационарного лечения значительно улучшилось.
5. Физические компоненты КЖ коррелируют с показателями функционирования сердечно-сосудистой системы.
6. Самооценка КЖ связана с уровнем ситуативной и личностной тревожности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Погосова, Г.В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка // Кардиология. 2007. № 2. С. 65-71.
2. Яновский Г.В. Качество жизни у больных с заболеваниями системы кровообращения // Украинский кардиологический журнал. 2005. № 1. С. 16-20.
3. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клинич. практ. 2002. № 1. С. 3-7.
4. Парахонский А.П. Оценка качества жизни больных артериальной гипертонией // Фундаментальные исследования. 2006. № 12. С. 3-34
5. Аронов Д.М., Зайцев В.П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. 2002. № 5. С. 92-95.
6. Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., Gandek, B. Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide, Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2000, 150 p.
7. Новик А.А., Ионова, Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: ИД Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС; Звездный мир, 2002. 314 с.
8. Новик А.А., Ионова, Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / Под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2007. 313 с.
9. Баевский Р.М., Берсенева А. Р. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.; Медицина, 1997. 236 с.
10. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. М.: Высшая школа, 1976. 40 с.
11. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002. 312 с.