

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

К.И. ПРОЩАЕВ, С.Г. ГОРЕЛИК, А.И. ПРИТЧИНА

Национальный исследовательский университет «БелГУ», г. Белгород, ул. Победы, 85

Аннотация: в статье особое внимание уделяется изучению качества жизни лиц старческого возраста хирургического профиля в раннем и позднем послеоперационных периодах. Для оценки качества жизни больных в ближайшем послеоперационном периоде и реконвалесцентов в отдаленном периоде произведено анкетирование с использованием опросника SF-36. Всего протестировано 223 человека. Полученные данные показывают, что параметры КЖ больного обладают независимой прогностической ценностью и являются не менее точными критериями определения состояния больного во время лечения, чем показатели оценки общесоматического статуса. В ряде случаев качество жизни, связанное со здоровьем, является главным критерием оценки эффективности лечения в клинических исследованиях.

Ключевые слова: качество жизни, опросник SF-36, пожилой и старческий возраст.

QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY PATIENTS

K.I. PROSCHAIEV, S.G. GORELIK, A.I. PRITCHINA

National Research University "BSU"

Abstract: the article focuses on studying the quality life of elderly patients of surgical profile in the early and the late postoperative period by questionnaire SF-36 to assess 223 persons. It is established that the parameters of quality of life of patients have independent prognostic value and are also precise criteria for determining the state of the patient during treatment in comparison with the performance evaluation of somatic status. In some cases, the quality of life associated with health, is the main criterion for evaluation of treatment efficacy in clinical studies.

Key words: quality of life, SF-36 questionnaire, the elderly and senile age.

Старение населения влияет на все стороны жизни общества. По современным представлениям, к основным показателям цивилизованности страны относят уровень здоровья и продолжительности жизни ее населения. Повышение удельного веса представителей старших возрастов среди населения — объективный процесс, наблюдающийся во всех развитых странах. Доля лиц старше 65 лет составляет сейчас 10-15% от всей популяции, а к 20-м годам нынешнего столетия эта цифра удвоится. Предполагается, что наиболее быстро будет расти число старых людей, т.е. в возрасте 80 лет и более [2, 8, 17, 20]. Данная категория существенно больше других категорий нуждается в различных видах социального обеспечения и медицинской помощи. Постоянное увеличение доли пожилого и старого населения является одной из важнейших проблем, унаследованных XXI веком от века ушедшего [5].

В контексте изложенного термин «качество жизни» (QoL или LQ) приобретает всё большее признание и используется в формировании гуманистической социальной политики и решении её проблем в связи с необходимостью адаптации человека к изменившимся условиям существования при старении, появлении и прогрессировании заболеваний, свойственных старости [2].

Одновременно происходит возрастание значения понятия КЖ для пожилой и старой части населения Земли. В частности, директор Российского геронтологического научно-клинического центра Минздравсоцразвития РФ, академик РАМН Шабалин В.Н. относит изучение роли качества жизни пожилых людей в формировании здоровья к числу приоритетных направлений фундаментальных и прикладных научных исследований [14].

На сегодняшний день исследование КЖ проводится практически во всех областях медицины, хотя преимущественно в терапевтических специальностях, таких как гастроэнтерология, гематология, геронтология, кардиология и др. Необходимо отметить, что качество жизни, связанное со здоровьем, во всех современных исследованиях рассматривается на протяжении достаточно большого промежутка жизни больного. То есть оценивается качество жизни до начала лечения или до хирургического вмешательства и после вмешательства или на фоне длительного, а зачастую постоянного лечения вплоть до конца жизни пациента. В то же время такому понятию, как ближайшее качество жизни, показывающему, какие изменения происходят в организме пациента в зависимости от выбранного метода лечения и на протяжении проведения лечения, на наш взгляд, в настоящее время не уделяется должного внимания. Прежде всего, это относится к хирургическим методам лечения. При этом качеству жизни пациента в раннем послеоперационном периоде внимание практически не уделяется. Тем не менее, основное количество осложнений, в том числе и приводящих к смерти больного, происходит именно в этот промежуток времени. Кроме того, очевидно, что срок восстановления двигательной и социальной активности пациента неизбежно влияет на его удовлетворенность процессом лечения.

Исторически сложилось так, что измерение КЖ производится двумя способами: измерением объективных условий жизни и субъективных её оценок. Потребности и интересы людей индивидуальны и степень их удовлетворения могут оценить только сами субъекты. Соответственно, оценка КЖ выступает в двух формах: в аспекте степени удовлетворения объективных потребностей и интересов и в отношении субъективной удовлетворенности качеством жизни самой личности [7].

Если ориентироваться на технологию вычисления КЖ, то его можно определить как интегративный показатель, суммирующий большое количество физических и психологических характеристик, отражающих в результате способность пациента адаптироваться к заболеванию [21].

Считается, что понятие КЖ объединяет показатели не менее чем четырёх разных, но коррелирующих друг с другом областей: физической (физическое самочувствие – комбинация проявлений здоровья и/или болезни); функциональной (функциональные возможности – способность человека осуществлять деятельность, обусловленную его потребностями, амбициями и социальной ролью); эмоциональной (эмоциональное состояние двуполярной направленности с соответственно противоположными результатами в виде благополучия или дистресса); социальный статус (уровень общественной и семейной активности, включающий отношение к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности и отношения с членами семьи, сексуальность, коммуникабельность с другими людьми) [11].

Особенностью пожилых и старых больных является и то, что при большинстве заболеваний, встречающихся в этом возрасте, они с одной стороны не могут выздороветь, с другой – хотя полноценной жизни, достаточно высокого её качества.

Для предотвращения систематической ошибки у пожилых пациентов и пациентов старческого возраста, для исследования у них КЖ следует предпочитать опросники, при заполнении которых была бы сведена до минимума вероятность получения однотипных ответов, независимо от сути вопросов.

Процесс старения сопровождается ухудшением всех форм нейропсихической деятельности, что связано с уменьшением массы головного мозга и его дегенеративно-дистрофическими изменениями [1], при этом такие психические заболевания, к которым можно отнести шизофрению, маниакально-депрессивный психоз, депрессивные и тревожные состояния, ведут к существенному снижению показателей КЖ без учета соматической патологии [15, 16, 18, 19].

Процесс лечения многих, в т.ч. соматических, заболеваний у пожилых пациентов протекает, как правило, длительно, исход заболевания в виде выздоровления наблюдается редко, чаще болезнь имеет хроническое (в том числе прогрессирующее) течение. Это может приводить к нарушению функционирования многих органов и систем, снижению привычной активности больного, нарушению его психологического статуса. При этом психический и физический дискомфорт определяются не только проявлениями самого заболевания, но и психологическими факторами (предположения о серьёзности имеющегося заболевания, перспективах выздоровления или стабилизации самочувствия, отношения с врачом, другими больными). В результате субъективное восприятие болезни и объективная степень её тяжести далеко не всегда коррелируют [2].

Следовательно, учитывая возможность разной степени старения мозга и сохранности/нарушения его функций у сверстников, разработка отдельных опросников для разных возрастных гериатрических групп не представляется целесообразной. В то же время, при подготовке исследований КЖ у пожилых людей, вероятно, следует прибегать к форматированию некоторых их параметров (например, использование более КРУПНОГО шрифта, установление мягкого лимитирования времени на заполнение анкеты).

Таким образом, результаты исследования КЖ у пожилых и стариков представляют существенный интерес для современной науки, имеют большое прикладное значение. Эти данные позволяют оценить субъективное восприятие пациентами ситуации.

Цель исследования – изучить качество жизни пациентов старческого возраста хирургического профиля в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Задачи исследования:

1. определить качество жизни лиц пожилого возраста, не проходивших лечение в хирургическом стационаре в ближайшие 2 года;
2. определить качество жизни лиц старческого возраста, не проходивших лечение в хирургическом стационаре в ближайшие 2 года;
3. определить КЖ лиц старческого возраста с хирургической патологией в ближайшем послеоперационном периоде;
4. определить КЖ реконвалесцентов старческого возраста с хирургической патологией в отдаленном периоде;
5. провести сравнительный анализ КЖ лиц пожилого, старческого возраста без хирургической патологии и пролеченных в хирургических стационарах.

Клинические наблюдения и методы исследования. Основным объектом исследования явился контингент больных, получивших хирургическую медицинскую помощь за 2010 год в хирургических отделениях МБУЗ «ГКБ №1» и «ГБ №2» города Белгорода. Для оценки качества жизни больных в ближайшем послеоперационном периоде и реконвалесцентов в отдаленном периоде (от 6 месяцев до 2 лет) после лечения в стационаре произведено анкетирование с использованием инструментов (опросника SF-36) для изучения

качества жизни у пожилых пациентов и пациентов старческого возраста. Для сравнения качества жизни использовалось тестирование лиц пожилого и старческого возраста, не лечившихся в хирургических стационарах в ближайшие 2 года. Контрольной группой явился контингент лиц от 65 до 75 лет, не имеющие хирургической патологии.

В первую группу были отнесены лица 75 лет и старше, опрошенных в раннем послеоперационном периоде. Во вторую группу – лица 75 лет и старше, опрошенные в отдаленном периоде после лечения. В третью группу – лица старческого возраста не имевшие хирургической патологии в течение последних двух лет. Контрольные группы – лица пожилого и старческого возраста, без хирургической патологии.

Опросник SF-36 ("SF-36 Health Status Survey") относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ), он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Статистическая обработка материала проведена методом описательной статистики, с использованием программы STATISTICA 6.0. Результаты представлены в виде средней арифметической, погрешности средней.

Результаты и их обсуждение. За 2010 год в хирургических стационарах многофункциональных больниц города Белгорода пролечено 811 пациентов старческого возраста. Для оценки качества жизни произведено анкетирование: 19 пациентов в раннем послеоперационном периоде, 64 пациента старше 75 лет без хирургической патологии в течении последних двух лет, 98 пациентов старше 75 лет в отдаленном послеоперационном периоде и 42 пациента контрольной группы (возраст данной группы составлял 65-75 лет, хирургическая патология отсутствовала). Всего было проанкетировано с помощью опросника SF-36 – 223 человека.

Полученные результаты (сравнение средних показателей и ошибки средней) приведены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнение средних показателей

Шкалы SF-36	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Общее здоровье (GH)	33,1±3,6	37,88±3,6*	43,07±1,7*	54,26±3,7*
Физическое функционирование (PF)	23,4±4,4	26,27±3,9*	45,38±2,6*	71,54±4,1*
Физическо - ролевое функционирование (RP)	2,63±2,7	43,92±5,6*	40±4,1*	73,8±5,3*
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	10,68±4,7	47,71±5,6*	53,98±4,6*	61,28±6,4*
Социальное функционирование (SF)	46,4±2,4	49,77±1,5*	49,76±1,2*	49,57±1,4*
Боль (BP)	26,26±6,6	46,21±4,3*	57,33±2,6*	76,04±3,8*
Жизненная сила (VT)	28,68±3,7	37,6±4*	48,46±2,1*	58,09±3,4*
Ментальное здоровье (MH)	35,57±3,4	47,4±3,6*	59,5±2,1*	67,14±3,1*
	75 лет и старше в раннем послеоперационном периоде	75 лет и старше в отдаленном послеоперационном периоде	75 лет и старше без хирургической патологии за последние два года	контрольная группа от 65 до 75 лет без хирургической патологии

Примечание: * – $p \leq 0,05$

Сравнительный анализ всех показателей жизни в исследуемых группах представлен на рис. 1.

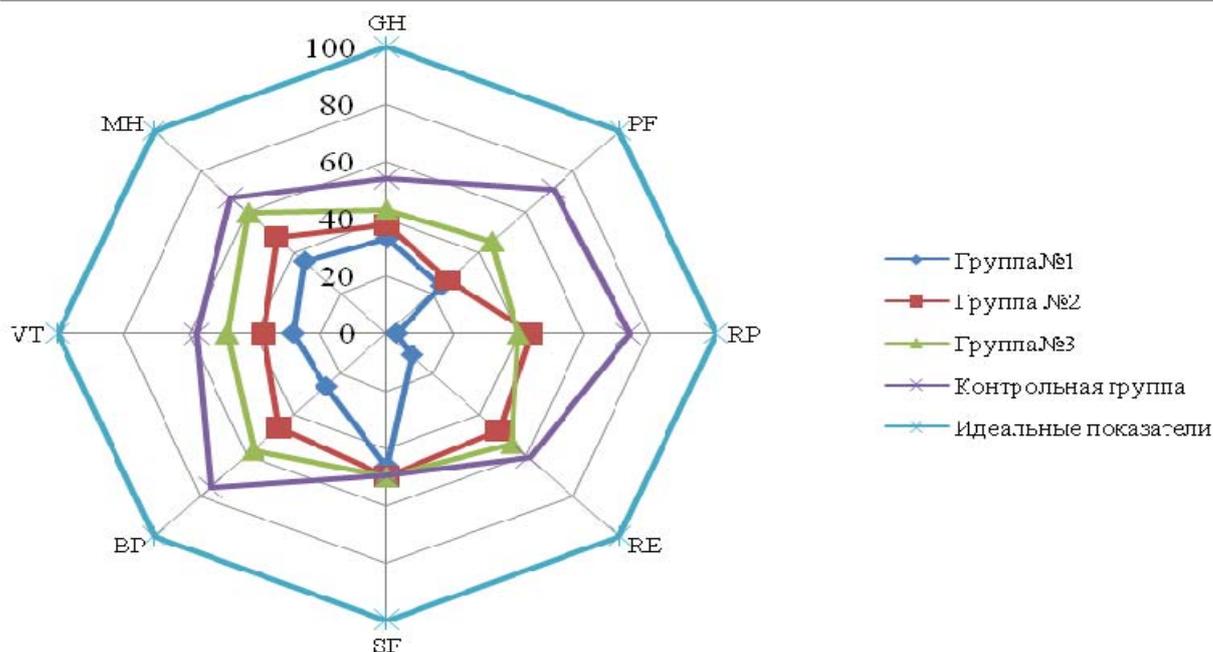


Рис. 1. Сравнительная диаграмма средних значений всех показателей качества жизни по 4 исследуемым группам

Показатели ролевого (RP) и эмоционально-ролевого (RE) функционирования катастрофически страдают в группе лиц «75 лет и старше, опрошенные в стационаре после операций», но по истечению двух лет с момента операции показатели возвращаются к цифрам группы людей того же возраста, но не имевших хирургической патологии, при этом оставаясь ниже показателей контрольной группы. Низкие показатели по шкале RP свидетельствуют о том, что повседневная деятельность и ролевое функционирование значительно ограничены физическим состоянием пациента. Низкие показатели по шкале RE интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

Показатели общего здоровья (GH) и социального функционирования (SF) во всех исследуемых группах ниже, чем эти же показатели в контрольной группе, но изменяются не значительно, что отрицает катастрофическое влияние хирургической патологии на данные показатели КЖ.

Показатели физического функционирования (PF) у лиц с наличием хирургической патологии и в раннем, и в отдаленном послеоперационном периоде практически одинаковы, но существенно ниже, чем у лиц такой же возрастной группы, но без хирургической патологии. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья. Соответственно самые высокие показатели в контрольной группе.

Показатели интенсивности боли (BP), жизнеспособности (VT) и психического здоровья (MH) закономерно ухудшаются с возрастом, а хирургическая патология угнетает показатели с еще большей силой. Низкие показатели по шкале BP свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента. Низкие баллы по шкале VT свидетельствуют об утомлении пациента и снижении жизненной активности, а низкие показатели MH свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний и психическом неблагополучии, поэтому самые высокие показатели в контрольной группе, а самые низкие в группе лиц старше 75 лет в раннем послеоперационном периоде.

Выводы:

1. Исследование качества жизни пациентов может позволить оценить системные отклонения раннего и позднего послеоперационных периодов, связанные с организацией всего лечебно-диагностического и реабилитационного процесса.

2. Параметры КЖ больного обладают независимой прогностической ценностью и являются не менее точными критериями определения состояния больного во время лечения, чем показатели оценки общесоматического статуса.

3. В ряде случаев качество жизни, связанное со здоровьем, является главным критерием оценки эффективности лечения в клинических исследованиях.

4. Современная концепция качества жизни позволяет вернуться к одному из основополагающих принципов медицины «лечить не болезнь, но больного». В соответствии с этой концепцией повышение качества жизни пациента является главной целью лечения при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни больного. При заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни, повышение ка-

чества жизни является дополнительной целью лечения (главной целью в этой группе является увеличение продолжительности жизни).

Литература

1. Особенности и семиотика морфофункциональных изменений нервной системы стареющего человека / Е.И. Гусев [и др.] // Руководство по геронтологии и гериатрии: В IV т. / Под ред. акад. РАМН, проф. В.Н. Ярыгина, проф. А.С. Мелентьева.– Т. IV. Клиническая гериатрия. Часть I. Глава 1.– М., 2003.– С. 15–19.
2. Дворецкий, Л.И. Качество жизни пожилого человека / Л.И. Дворецкий // Руководство по геронтологии и гериатрии: В IV т. / Под ред. акад. РАМН, проф. В.Н. Ярыгина, проф. А.С. Мелентьева.– Т. II. Введение в клиническую гериатрию. Часть I. Глава 11.– М., 2005.– С. 154–160.
3. Качество жизни пожилых больных с синдромом диабетической стопы / М.Д. Дибиров [и др.] // Клиническая геронтология.– 2007.– № 5.– С. 15–20.
4. Захаров, В.В. Диагностика и лечение когнитивных нарушений у пожилых: Методические рекомендации / В.В. Захаров, И.В. Дамулин // Под ред. Н.Н. Яхно.– М., 2000.
5. Качество жизни лиц, проживающих в домах-интернатах для престарелых и инвалидов. Роль взаимодействия в диаде «врач-больной» / Н.Н. Коршунов [и др.] // Клиническая геронтология.– 2003.– № 7.– С. 51–56.
6. Коваленко, С.Н. Качество жизни больных инфекционного стационара: Руководство для врачей-инфекционистов и клинических психологов / С.Н. Коваленко, М.Г. Романцов, А.Л. Коваленко // Под ред. М.Г. Романцова.– СПб, 2010.–152 с.
7. Куликова, Н.Г. Качество жизни населения в старших возрастных группах / Н.Г. Куликова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.– 2005.– № 1.– С. 12–13.
8. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине.– 2-е изд. / А.А. Новик, Т.И. Ионова // Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко.– М., 2007.– 320 с.
9. Петров, А.В. Возрастной аспект качества жизни у женщин с сахарным диабетом типа 2 / А.В. Петров, Е.А. Грунина, Л.Г. Стронгин // Клиническая геронтология.– 2010.– №5-6.– С. 22–26.
10. Петров, В.И. Проблема качества жизни в биоэтике / В.И. Петров, Н.Н. Седова.– Волгоград, 2001.– 96 с.
11. Пушкова, Э.С. Качество жизни пожилых. Опыт Санкт-Петербургской гериатрической службы / Э.С. Пушкова // Мир медицины.– 1999.– № 9.– С. 1–3.
12. Подопригора, Г.М. Качество жизни пожилых людей и организация их медико-социального обслуживания / Г.М. Подопригора // Медицинская сестра.– 2008.– № 5.– С. 15–16.
13. Руководство по геронтологии / Под ред. академика РАМН В.Н. Шабалина.– М., 2005.– 800 с.
14. Atkinson, M. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology / M. Atkinson, S. Zibin, H. Chuang // Am. J. Psychiatry.–1997.– 154.– P. 99–105.
15. Becker, M. Quality-of-life instruments for severe chronic mental illness. Implications for pharmacotherapy / M. Becker // Pharmacoeconomics.– 1995.– №7.– P. 229–237.
16. Kirk, D. Demographic transition theory / D. Kirk // Population Studies.– 1996.– Vol. 50.– P. 361–387.
17. Goodnick, P.J. Selective serotonin reuptake inhibitors in affective disorders. II. Efficacy and quality of life / P.J. Goodnick, B.J. Goldstein // J. Psychopharmacol.– 1998; 12 (3 Suppl. B): 21–54.
18. Massion, A.O. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder / A.O. Massion, M.G. Warshaw, M.B. Keller // Am. J. Psychiatry.– 1993.– № 60.– P. 600–607.
19. Lehmann, P. Health and social inequities in Switzerland / P. Lehmann, C. Mamboury, C. Minder // Soc. Sci. Med. 1990.– Vol. 31.– № 3.– P. 369–386.
20. Scfield, G.R. Ethical Considerations in Rehabilitation Medicine / G.R. Scfield // Arch. Phys. Med. Rehabil.– 1992.– Vol. 74.– № 8.– P. 341–346.
21. Guyatt, G.H. Proceedings of the international conference on the measurement of quality of Life as an outcome in clinical trials: postscript / G.H. Guyatt, D. Feeny, D. Patrick // Control. Clin. Trials.– 1991.– Vol. 12.– P. 266–269.