ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Д.С. Пономарев, *аспирант*
Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина
(Россия, г. Тамбов)

Аннотация. *В статье анализируются возможные перспективы решения вопросов изучения и улучшения качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью. Первые серьезные исследования качества жизни в клинической медицине были выполнены именно при сердечно-сосудистых заболеваниях. Качество жизни рассматривается как самостоятельный и объективный многофакторный показатель, отражающий состояние данной категории больных. Данные большинства научно-практических исследований свидетельствуют о том, что с началом XXI века хроническая сердечная недостаточность по-прежнему остается основной медико-социальной проблемой в развитых странах мира в связи с высокой заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью при данной патологии. Главенствующим методом оценки качества жизни являются анкеты (опросники), как общие, так и специфические. Изучение КЖ больного до начала лечения и в его процессе позволяет получить исключительно ценную многомерную информацию об индивидуальной реакции человека на заболевание и проводимую терапию.*

Ключевые слова: *качество жизни, кардиология, сердечно-сосудистые заболевания, хроническая сердечная недостаточность, опросники, исследования, показатели.*

Данные большинства научно-практических исследований свидетельствуют о том, что с началом XXI века хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по-прежнему остается основной медико-социальной проблемой в развитых странах мира в связи с высокой заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью при данной патологии. Несмотря на разработку и внедрение новых, зачастую сложных, трудоемких и дорогостоящих методов лечения, существенного прогресса в плане решения проблемы улучшения качества жизни и ее продолжительности у больных, страдающих данной патологией, не произошло.

Множество самых разных болезней влияют не только на физическое состояние человека, но и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, кроме того изменяют его роль и место в социальной жизни. В большинстве случаев в поле зрения врача оказываются физикальные, лабораторные и инструментальные данные, описывающие состояние больного. Информация о социальных и психологических проблемах, появившихся в жизни человека в связи с заболеванием, как правило, мало доступна врачу. Одним из новых критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи, получивших в последние годы, является качество жизни.

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 [9].

ХСН впервые заявила о себе как серьезная социальная проблема в 1960 г., когда в США госпитальной статистикой был зарегистрирован своеобразный рекорд: число больных ХСН превысило 1% от всех госпитаизированных в стационары, а частота впервые установленного диагноза ХСН составила 2 на 1000 всех обращений в год [Smith W.M., 1985]. Вместе с этим по стране общее число больных с ХСН составило 1,4 млн человек. В 1989 г. Число госпитализаций по поводу ХСН увеличилось в 2 раза (2%), а число вновь выявленных случаев заболевания возросло до 2,5 – 2,7

на 1000. Дополнительно к этому, до 4% всех госпитализированных имели ХСН в качестве сопутствующего заболевания [Kalon K.L. et al., 1993].

На сегодняшний день распространенность ХСН III–IV функционального класса (ФК) в Европейской части России составляет 2,3%, а ХСН I–II ФК достигает 9,4%, что значительно превышает аналогичные зарубежные показатели [5].

Эти данные стали доступны после завершения исследования ЭПОХА-О-ХСН. В этом исследовании приняли участие 4586 больных с ХСН из 22 регионов России на протяжении 3 месяцев. Из опрошенных 2/3 (63%) больных обращались в стационар, 1/3 (37%) — в поликлинику. По окончанию исследования слало ясно, что в России больных с ХСН только лечили, а раннюю диагностику и профилактику прогрессирования не проводили. Именно поэтому в России самые худшие показатели – 31% в течение месяца после выписки и 27 дней – стационар, в Европе – 16% и 10-12 соответственно [1, 2].

Главенствующим методом оценки качества жизни являются анкеты (опросники), как общие, так и специфические. Широко используется общий опросник краткой формы Medical Outcomes Study Short Form (SF-36). Существует его русская форма, которая активно применяется для изучения качества жизни больных. Изучение показателей качества жизни у больных с ССЗ также проводят с помощью трех опросников: Physical Activity Scale, Nottingham Health Profile (NHP), Psychological General Well Being index. В странах Европы более распространен опросник NHP. По чем выше балл по шкале, тем хуже качество жизни. В США (Seattle Veterans Affairs Medical Center, Seattle, Washington) параметры качества жизни оцениваются в основном с помощью двух опросников: общего (SF-36) и специального (Seattle Angina Questionnaire – SAQ).

В методике SF-36 более высокие значения шкал соответствуют более высокому КЖ, а в методике MLHFQ и Ноттингемской, наоборот, более высокому показателю соответствует менее высокое КЖ. Краткими являются шкала оценки клинического состояния больного с ХСН (модификации Мареева В.Ю., 2000), включающая 10 вопросов, и анкета EQ-5D, которая предусматривает трехбалльную шкалу оценки ответов на пять вопросов [14].

Изначально КЖ пациентов с заболеванием сердца оценивали при помощи общих опросников: NHP, SF-36, EuroQol [3]. Авторы этих исследований [12,13] 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 [6, 7].

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 [15]. Данную точку зрения разделяет и S. Hunt [11], который считает, что качество жизни- гипотетическая, теоретическая конструкция, которая не подлежит количественному измерению.

Изучение КЖ у больных ХСН показало свои особенности. Так, большинство пациентов с ХСН люди пожилого возраста, которые получают лекарства и по сопутствующим заболеваниям. У всех них, во-первых, диетические ограничения, во-вторых ограничения физической активности. При резких перепадах от стабильности к обострению их смертность остается высокой. Поэтому нужно обязательно учитывать побочное действие всех применяемых пациентами препаратов.

Другой особенностью стало сопоставление одних и тех же опросников, но где больные дают ответы самостоятельно, которые получены с помощью врача и при оценке родственниками больного, живущего с ним. Все они показали значительно различные показания. Более точное состояние пациента выявлено при заполнении им опросника самостоятельно.

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 [4, 8, 10].

Полученные объективные данные позволят учреждениям здравоохранения планировать объем медицинской помощи этому контингенту больных с учетом выявленных недостатков.

Для снижения ССЗ необходима ранняя диагностика этих заболеваний и их адекватное лечение. При наличии у больного жалоб на одышку, утомляемость, необходимо обязательное и более тщательное обследование на наличие ХСН.

Необходимо повышать уровень информированности пациентов о болезни, поэтому нужно создавать школы больных ХСН. Применение специализированных программ обучения позволит также повысить эффективность проводимой терапии [6, 7].

Огромное значение в медицине имеет оценка КЖ на индивидуальном уровне. Изучение КЖ больного до начала лечения и в его процессе позволяет получить исключительно ценную многомерную информацию об индивидуальной реакции человека на заболевание и проводимую терапию. Анализ КЖ при планировании программы лечения и в его ходе является важным компонентом индивидуализации лечения и помогает врачу следовать известному принципу клинической медицины – лечить не болезнь, а больного.

Таким образом, целесообразно рассматривать КЖ как самостоятельный и объективный многофакторный показатель, который отражает состояние больных с ХСН. Определение КЖ больных, страдающих ХСН, несомненно, могло бы явиться одним из критериев оценки эффективности медико-социальной реабилитации и социализации данной категории больных.

Библиографический список

1. *Беленков Ю.Н.*, Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Медикаментозные пути улучшения прогноза больных хронической сердечной недостаточностью. – М.: Инсайт, 1997. – 142 с.

2. *Воронков Л.Г.*, Паращенюк Л.П. Качество жизни при хронической сердечной недостаточности: актуальные аспекты «Серцева недостатність» – №2. – 2010.

3. *Гилеревский С.Р.,* Орлов В.А., Бенделиана Н.Г. и др. Изучение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы. Рус кардиологический журнал. – 2001. – С. 72.

4. *Материалы конгресса,* 2014. Источник информации http://scardio.ru/content/activities/2014/24092014_Congress_tesis_2014_Kazan.pdf

5. *Напалков Д.А.,* Сулимов В.А., Сеидов Н.М. Хроническая сердечная недостаточность: смещение фокуса на начальные стадии заболевания, медицинский научно-практический журнал Лечащий врач, электронный ресурс: http://www.lvrach.ru/2008/04/5002100/.

6. *Пономарев Д.С.* Показатель качества жизни в современной медицине, в сборнике: Актуальные вопросы медицины в современных условиях Сборник научных трудов по

итогам международной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2016. – С. 85-87.

7. *Пономарев Д.С.* значение оценки качества жизни пациентов в кардиологии, International scientific review. – 2016. – №2 (12). – С. 281-284.

8. *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.

9. *Тихонова О.А.,* Байдо В.П., Байдо С.В. Методологические аспекты изучения оценки качества жизни хирургических больных. Итоговая научная конференция, 7-я: Материалы. Новгород 2000. – С. 183-190.

10. *Шевченко Ю.Л.* Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году // Здравоохр. Рос. Федерации. – 2002. – №1. – С. 15-18.

11. *Hunt S.M.* The problem of quality of life. Quality Life Res 1997. – С. 205-210.

12. *Lamping D.L.,* Schroter, Kurz X. et al. Evaluation of outcomes in chronicvenous disorders of the leg: development of a scientifically rigorous, patientreportedmeasure of symptoms and quality of life. J Vasc Surg 2003; 37:2:410-419.

13. *Launois R.,* Reboul-Marty J., Henry B. Construction and validation of aquality of life questionnaire in Chronic Lower Limb Venous Insufficiency(CIVIQ). Quality Life Res 1996; 5:539-554.

14. *Rector T.S.,* Tschumperline L.K., Kubo S.H. et al. Use of the Living with Heart Failure Questionaire to ascertain patients` perspectives on improvement in quality of life versus risk of drug-induced death // J. Cardiol Fail. – 1995. – Vol. 1. №3. – P. 201-206.

15. *Wade D.T.* Measurement in neurologinal rehabilitation. Oxford: Oxford University Press 1992.

THE PROSPECTS FOR IMPROVING THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

D.S. Ponomarev, *postgraduate*
Tambov state university named after G.R. Derzhavin
(Russia, Tambov)

Abstract. *The article analyzes the possible prospects of solving the issues of learning and improve the quality of life in patients with chronic heart failure. The first major study of quality of life in clinical medicine were done in cardiovascular diseases. Quality of life is considered as an independent and objective multifactor indicator reflecting the status of this category of patients. Data mA-tion of scientific and practical studies show that since the beginning of the XXI century chronic heart failure remains a major medical and social problem in developed countries due to high incidence, disability and mortality in this pathology. The dominant method of assessment of quality of life are questionnaires (questionnaires), both General and specific. The study of QOL of the patient before treatment, and in the process allows to obtain exceptionally valuable multidimensional information about individual re-actions of the person to the disease and the therapy.*

Keywords: *quality of life, cardiology, cardiovascular disease, congestive heart failure, questionnaires, studies, indicators.*