

В. Б. ЗАФИРОВА¹, А. А. ТРЕТЬЯКОВ¹,
К. Р. АМЛАЕВ¹, О. В. БАРОНОВА²

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

¹Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ИПДО Ставропольского государственного медицинского университета,

Россия, 355003, г. Ставрополь, ул. Мира, 310;

²ГБУЗ СК «Краевой противотуберкулёзный диспансер»,

Россия, 355047, г. Ставрополь, ул. Макарова, 26; тел. 79283180604. E-mail: kum672002@mail.ru

В статье представлены результаты изучения качества жизни пациентов с туберкулёзом. Авторами были проанкетированы 500 пациентов ГБУЗ СК «Краевой противотуберкулёзный диспансер» (г.Ставрополь). Достоверно установлено снижение качества жизни фтизиатрических пациентов, что проявлялось в постоянной усталости; постоянно сниженном настроении; снижении трудоспособности; ухудшении сексуальной жизни; ухудшении питания; снижении доходов; возникновении семейных проблем и распаде семьи. Установлена связь между самочувствием пациентов и формой их заболевания, а также другими социально-экономическими факторами. Сделан вывод о необходимости учитывать полученные факты при организации медико-социальной помощи пациентам с туберкулёзом.

Ключевые слова: качество жизни, туберкулёз, социально-экономические детерминанты здоровья.

V. B. ZAFIROVA¹, A. A. TRETYAKOV¹, K. R. AMLAEV¹, O. V. BARONOV²

QUALITY OF THE LIFE OF THE TB PATIENTS

¹Department of health organization, the economic and social work
of the Stavropol state medical university,
Russia, 355003, Stavropol, Mira str., 310;

²GBUZ SK «Boundary antitubercular dispensary» Centre for medical prevention city of Stavropol,
Russia, 355047, Stavropol, 26 Makarova street; tel. 79283180604. E-mail: kum672002@mail.ru

In the article the results of studying the quality of the life of patients with tuberculosis are represented. By the authors were interviewed 500 patients GBUZ SK «Boundary antitubercular dispensary» (g. Stavropol). Is reliably established reduction in the quality of the life of TB patients, which was manifested in a constant fatigue; the constantly decreased mood; reduction in the ability to work; worsening in the sexual life; worsening in the nourishment; reduction in the incomes; the appearance of family problems and the disintegration of family. Is established the connection between the health of patients and the form of their illness, and also other social and economic factors. Conclusion about the need for considering the obtained facts during the organization of medico-social aid to patients with tuberculosis is made.

Key words: the quality of life, tuberculosis, the social and economic determinants of the health.

Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [4]. С появлением этого определения интерес к исследованию качества жизни только возрастает, так как «исследование качества жизни в медицине – уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного» [7].

Все составляющие здоровья можно измерить объективным исследованием функционального состояния организма и субъективным восприятием индивидом своего состояния здоровья [6]. Качество жизни связано с физическими, психологи-

ческими и социальными аспектами здоровья [1–3] и находится в зависимости от таких личностных особенностей индивида, как его опыт, вера, ожидания и восприятие идеалов здоровья. Исследование качества жизни актуально и в различных разделах пульмонологии [5].

Целью нашего исследования было изучение качества жизни лиц, страдающих туберкулёзом.

Материалы и методы исследования

В период с февраля по октябрь 2014 года нами было проведено сплошное анкетирование пациентов ГБУЗ СК «Краевой противотуберкулёзный диспансер». Общее количество лиц с туберкулёзом в Ставропольском крае равняется 1140, нами было проанкетировано 500

пациентов. Анкета состояла из 2 частей. Первую часть заполнял пациент, а затем вторую часть (диагноз, форма заболевания, осложнения, течение терапии и реабилитации) заполнял его лечащий врач.

Социологическое исследование пациентов с туберкулёзом было проведено с помощью специально разработанной анкеты, содержащей несколько смысловых блоков:

- о здоровье и самочувствии респондентов;
- об их образе жизни;
- о социально-демографических характеристиках респондентов;
- о качестве оказании медицинской помощи, доступности медицинской помощи и удовлетворенности пациентов ею;
- об этических взглядах пациентов;
- о медицинской грамотности пациентов в отношении туберкулёза.

Для определения корреляции признаков с помощью компьютерной программы SPSS вычислялась корреляция Пирсона. Критерий «хи-квадрат» позволяет сравнивать распределения частот вне зависимости от того, распределены они нормально или нет. Под частотой понимается количество появлений какого-либо события. Обычно с частотой появления события имеют дело, когда переменные измерены в шкале наименований и другой их характеристики, кроме когда частоты подобрать невозможно или проблематично. Критическое значение критерия χ^2 при уровне ошибки 0,05 по таблице

45–54 года – $24,8\% \pm 1,6$; 55–64 года – $13,9\% \pm 1,2$; старше 64 года – $6,3\% \pm 0,9$. Среди них: работающих – $34,2\% \pm 1,7$; неработающих трудоспособного возраста – $35,9\% \pm 1,7$; инвалидов – $14,1\% \pm 1,3$; студентов – $3,2\% \pm 0,6$; пенсионеров – $12,6\% \pm 1,2$. Респондентов с впервые зарегистрированным заболеванием – $71,5\% \pm 1,6$; с рецидивом – $7,4\% \pm 0,9$; из контингентов – $21,0\% \pm 1,5$. На лечении пациенты находились со следующими формами заболевания: очаговой – $15,0\% \pm 1,3$; инфильтративной – $28,7\% \pm 1,6$; диссеминированной – $22,7\% \pm 1,5$; фиброзно-кавернозной – $7,7\% \pm 1,0$; туберкулемой – $5,0\% \pm 0,8$; плевритом – $3,0\% \pm 0,6$; туберкулёзом – внутригрудных лимфоузлов – $0,2\% \pm 0,2$; внелегочными формами – $15,2\% \pm 1,3$; другими формами – $2,5\% \pm 0,6$. У $42,4\% \pm 1,8$ отмечался распад, у $57,6\% \pm 1,8$ распад отсутствовал (рис.1).

При этом у респондентов присутствовали сопутствующие заболевания (рис. 2): органов дыхания – $9,5\% \pm 0,1$; органов пищеварения – $19,3\% \pm 0,2$; ССС – $20,1\% \pm 0,2$; других органов и систем – $25,9\% \pm 0,2$.

Методом выявления заболевания у пациентов в большинстве случаев был профилактический осмотр – $66,9\% \pm 1,7$; самообращение – $33,1\% \pm 1,7$.

17,0 % $\pm 1,4$ респондентов ранее находились в исправительных учреждениях, а $21,0\% \pm 1,5$ находились в контакте с больными туберкулёзом.

Со сроком лечения туберкулёза 6 месяцев были $30,8\% \pm 1,7$ пациента, 8 месяцев – $14,8\% \pm 1,3$; 10 месяцев – $12,7\% \pm 1,2$; 12 месяцев – $30,8\% \pm 1,7$;

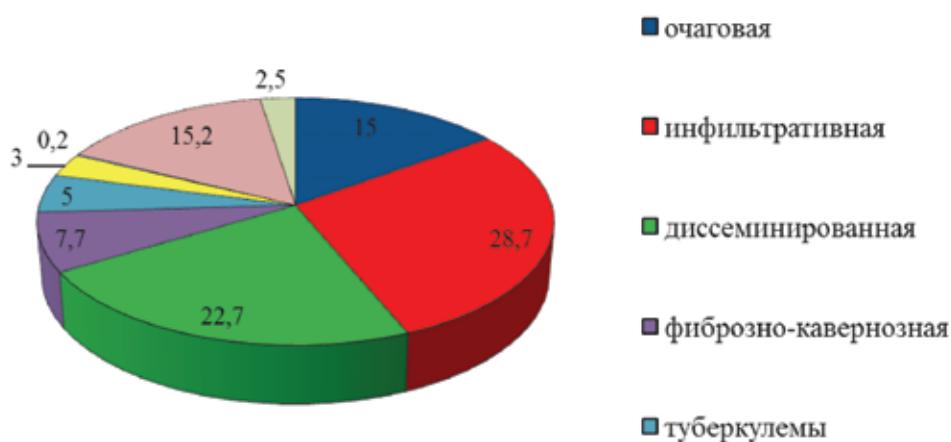


Рис. 1. Формы туберкулёза у респондентов в %

критических значений, подтверждающее достоверность полученных зависимостей, равнялось 7,81.

Работа с большими базами первичной информации определила выбор методов, реализация которых стала возможна на основе алгоритмического и программного обеспечения пакетов статистических программ SPSS 12-й версии.

Возраст пациентов был: до 25 лет – $9,7\% \pm 1,1$; 25–34 года – $22,1\% \pm 1,5$; 35–44 года – $23,1\% \pm 1,5$;

14 месяцев – $3,1\% \pm 0,6$; 18 месяцев – $7,9\% \pm 1,0$. Индекс массы тела (Кетле) у пациентов изменился в ходе лечения. Если до лечения дефицит массы тела отмечался у $17,3\% \pm 1,4$, то после лечения – у $6,4\% \pm 0,9$.

На следующий блок вопросов отвечали сами пациенты, страдающие туберкулёзом.

Среди них мужчин было $33,1\% \pm 1,7$; женщин – $37,7\% \pm 1,7$. Начальное образование было у

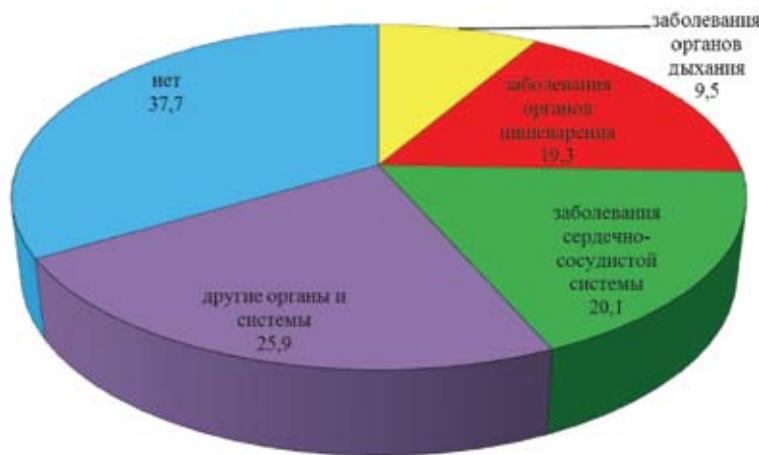


Рис. 2. Сопутствующие заболевания у респондентов в %

33,1% \pm 1,7; неполное среднее – у 33,1% \pm 1,7; среднее образование – у 26,7% \pm 1,6; среднее специальное – у 33,4% \pm 1,7; высшее – у 20,5% \pm 1,5. Семейное положение респондентов следующее: холостых – 28,0% \pm 1,6; в официальном браке – 41,3% \pm 1,8; в гражданском браке – 15,6% \pm 1,3; разведены – 8,9% \pm 1,0; вдовы/вдовцы – 6,2% \pm 0,9.

«Часто не хватает средств на самое необходимое» – 28,2% \pm 1,6 пациента; «не могут покупать вещи длительного пользования даже в кредит» – 29,9% \pm 1,6; «могут покупать вещи длительного пользования только в кредит» – 14,2% \pm 1,3; «могут покупать вещи длительного пользования, но не могут себе позволить квартиру или машину» – 14,2% \pm 1,3; «не испытывают финансовых ограничений» – 3,5% \pm 0,7; затруднились с ответом – 10,0% \pm 1,1.

Среди пациентов было верующих 47,2% \pm 1,8; скорее верующих – 28,6% \pm 1,6; скорее неверующих – 9,4% \pm 1,0; неверующих – 14,8% \pm 1,3. По роду деятельности наибольший процент респондентов среди следующих категорий: рабочие – 14,2% \pm 1,3; безработные – 16,2% \pm 1,3; инвалиды – 15,9% \pm 1,3; пенсионеры – 10,7% \pm 1,1.

Максимальное количество респондентов проживало в городах Ставропольского края – 35,0% \pm 1,7; в сёлах Ставропольского края – 34,7% \pm 1,7; в городе Ставрополе – 2,2% \pm 0,5.

Результаты исследования и их обсуждение

Мы изучили характеристики качества жизни пациентов. На вопрос «Позволяет ли состояние вашего здоровья делать всё, что вы хотите?» 19,6% \pm 1,4 респондента ответили, что они могут делать всё, что захотят; 30,2% \pm 1,7 ответили, что чаще здоровье позволяет им заниматься чем хочется; 30,2% \pm 1,7 в связи с состоянием здоровья имеют ряд ограничений; 20,0% \pm 1,4 не могут заниматься тем, что хотят.

54,5% \pm 1,8 пациента отметили, что заболевание препятствует выполнению их повседневной деятельности. Выявлены достоверные корреляции между ответами на данный вопрос и следующими характеристиками: возрастом, образованием, семейным положением, уровнем дохода.

Например, 17,3% \pm 1,4 респондента физическое недомогание мешало их социальной

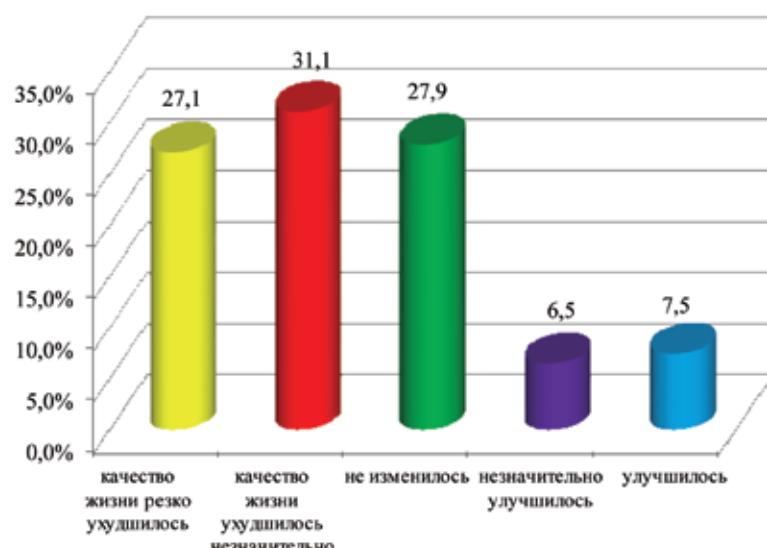


Рис. 3. Динамика качества жизни респондентов после выявления заболевания в процентах

активности (общению с родственниками, друзьями и т. д.). При этом выявлена статистически значимая корреляция между степенью снижения социальной активности и полом респондентов, а также уровнем их дохода. Так, физическое недомогание сильно мешало в большей степени мужчинам – 20,0%, чем женщинам – 12,2%, лицам с низким уровнем дохода – 28,4% по сравнению с лицами с высоким уровнем дохода – 12,5%. Пациенты отмечают существенные изменения в качестве их жизни после возникновения заболевания (рис. 3).

Согласно ответам респондентов резкое ухудшение качества жизни отмечается у $27,1\% \pm 1,6$; незначительное – у $31,1\% \pm 1,7$. При этом отмечена достоверная зависимость между возрастом респондентов и снижением качества их жизни. Наиболее уязвимым оказался возраст 45–54 лет (33%) по сравнению с возрастом 18–25 лет (23,1%) и пенсионным возрастом (23,2%). Другим фактором, определяющим качество жизни, является уровень дохода респондентов. Резкое ухудшение качества жизни отмечают 43,2% лиц с низким доходом и лишь 17% лиц с высоким уровнем дохода (рис. 4).

Уточняющие вопросы позволили прояснить, в чем именно проявлялось снижение качества жизни. Так, $32,2\% \pm 0,2$ респондента испытывали постоянную усталость; $18,9\% \pm 0,2$ – постоянно сниженное настроение; $42,5\% \pm 0,2$ – снижение трудоспособности; $7,4\% \pm 0,1$ – ухудшение сексуальной жизни; $7,4\% \pm 0,1$ – ухудшение питания; $26,3\% \pm 0,2$ – снижение доходов; возникли семейные проблемы/распад семьи у $8,3\% \pm 0,1$; другое – $10,9\% \pm 0,4$.

В течение последнего месяца из-за депрессии или переживаний у $37,2\% \pm 1,7$ пациента возникли проблемы на работе. Эмоциональные проблемы мешали социальной активности респондентов (общению с родственниками, друзьями, окружа-

ющими): сильно мешали $14,8\% \pm 1,3$ пациента; умеренно мешали $26,5\% \pm 1,6$ пациента. Эти данные коррелируют с ответом на вопрос, как часто чувствовали себя респонденты спокойно, гармонично. Ответ «редко» дали $33,5\% \pm 1,7$ респондента, ответ «никогда» дали $5,8\% \pm 0,8$. Полными энергии чувствовали себя «редко» $43,6\% \pm 1,8$ респондента; «никогда» – $10,1\% \pm 1,1$. В течение последних 4 недель постоянное уныние ощущали «всегда» $7,4\% \pm 0,9$; часто – $28,1\% \pm 1,6$. В этот же период полный упадок сил испытывали «всегда» $9,7\% \pm 1,1$; «часто» – $22,1\% \pm 1,5$.

Выявлена чёткая корреляция между самочувствием пациентов и формой их заболевания. Так, заболевание препятствовало повседневной деятельности $42,4\%$ пациентов с очаговой формой заболевания; $50,5\%$ с инфильтративной; $63,6\%$ с диссеминированной; $87,1\%$ с фиброзно-кавернозной; $36,8\%$ с туберкулёмой; 25% с плевритом; 100% с туберкулёзом внутригрудных лимфоузлов.

Мы также выяснили, как изменились отношения в семье в связи с заболеванием пациентов (рис. 5). Несмотря на серьезность и опасность заболевания, отношение в семье к больному члену семьи улучшилось у $16,7\% \pm 1,3$; ухудшилось у $5,7\% \pm 0,8$; не изменилось у $66,0\% \pm 1,7$; затруднились ответить $11,6\% \pm 1,2$.

Помощь во время заболевания пациентам оказывали: родственники – $78,1\% \pm 0,3$; руководитель организации – $4,7\% \pm 0,1$; друзья или коллеги – $14,3\% \pm 0,1$; органы социальной защиты – $2,2\% \pm 0,1$; другие источники – $2,0\% \pm 0,1$; не получали никакой помощи – $16,7\% \pm 0,1$.

Таким образом, установлено существенное снижение качества жизни пациентов с туберкулёзом, что проявляется в ухудшении физического состояния, эмоционального фона и социальной активности респондентов. На качество жизни влияли пол, возраст, уровень доходов,

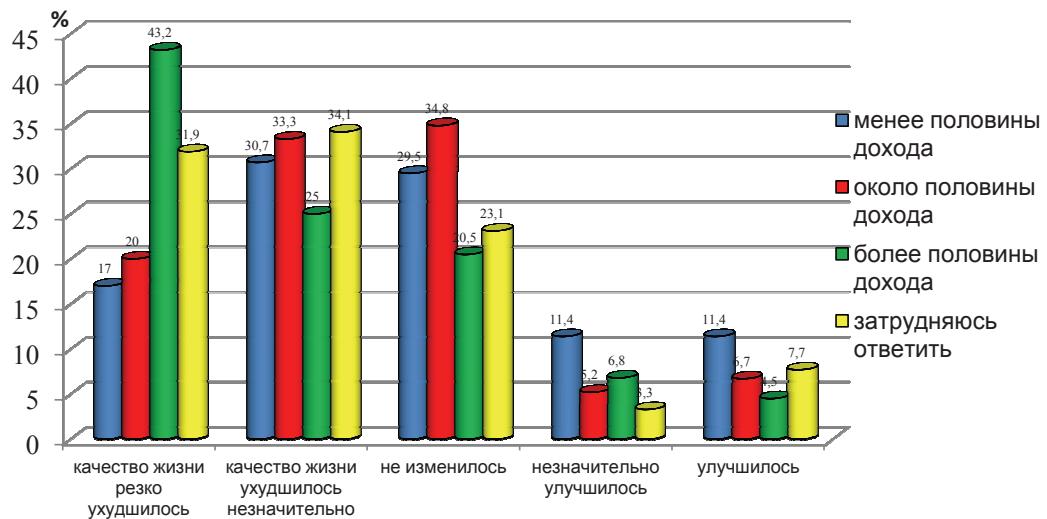


Рис. 4. Снижение качества жизни пациентов в зависимости от уровня их дохода

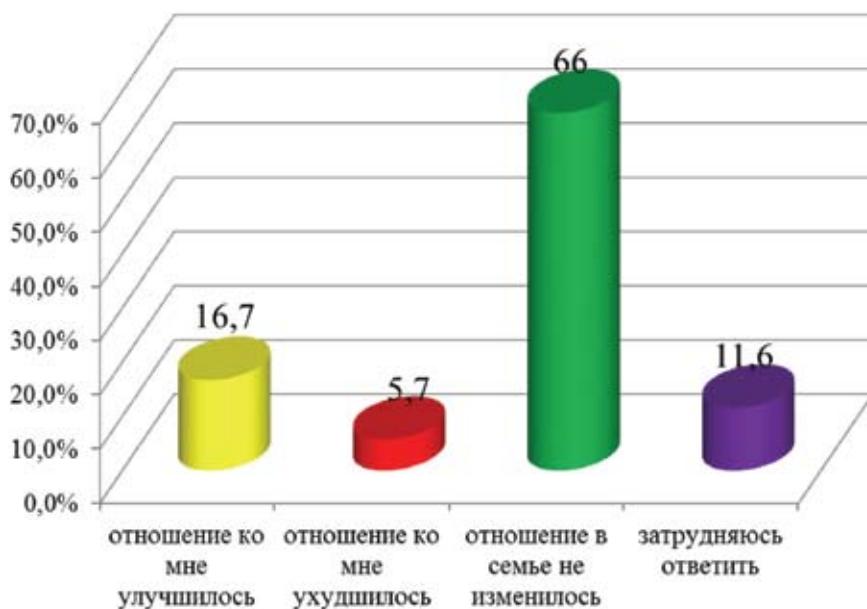


Рис. 5. Динамика отношений в семье у пациентов с туберкулёзом
(в процентах респондентов)

образования, форма заболевания. Выявленные факты следует учитывать при планировании медико-социальной помощи пациентам с туберкулёзом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амлаев К. Р., Муравьева В. Н., Абросимова Ю. Е. Изучение качества жизни жителей как базис для разработки стратегии здоровья // Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. – 2007. – № 3. – С. 35–38.
2. Амлаев К. Р. К вопросу об изучении влияния некоторых социально-экономических факторов на здоровье // Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. – 2007. – № 5. – С. 8–11.
3. Амлаев К. Р., Муравьева В. Н., Абросимова Ю. Е. Комплексная оценка воздействия на здоровье различных фак-
- торов // Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. – 2008. – № 6. – С. 34–44.
4. Васильев А. Л. Качество жизни [Электронный ресурс] – 2005. URL: <http://www.advtech.ru/vniite/lifequal.htm> (дата обращения 12.11.11).
5. Гнездилова Е. В. Качество жизни у инвалидов по туберкулезу легких // Материалы Восьмого национального конгресса по болезням органов дыхания. – Москва, 1998. – С. 481.
6. Дерманов И. Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития / Под ред. И. Б. Дерманова. – СПб, 2002. – С. 126–128.
7. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – С. 320.

Поступила 16.12.2014

И. М. КОЛЕСНИК¹, М. В. ПОКРОВСКИЙ², В. А. ЛАЗАРЕНКО¹

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВАРДЕНАФИЛА ДЛЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В ХИРУРГИИ

¹Кафедра хирургических болезней ФПО

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»,

Россия, 305000, г. Курск, ул. К. Маркса, 3; тел. 8 960 690 58 34. E-mail: kolesnik_inga@mail.ru;

²кафедра фармакологии ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный

национальный исследовательский университет»,

Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85; тел. 8 910 314 73 93. E-mail: mpokrovsky@yandex.ru

Исследована возможность применения варденафилла для фармакологического прекондиционирования в хирургии. Эксперимент проведен на крысах линии Wistar. Определено влияние варденафилла на выживаемость