

УДК 616

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЗИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОНТРАЛАТЕРАЛЬНЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

¹Чирков Р.Н., ²Махмудов Н.Б.

¹ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития РФ», Тверь;

²Больница скорой медицинской помощи, Тверь, e-mail: chirkov-roman@mail.ru

Здоровье – синтетический индикатор качества жизни, обобщающий все многообразие сторон качества жизни, включая феномены творческого и физического долгожительства. Многие исследователи изучали показатели здоровья и пришли к выводу, что самый сильный переменный фактор – самооценка здоровья. Оказалось, что субъективное понятие здоровья играет большую роль, чем объективные показатели, т.е. представление людей о своем здоровье оказывается важнее самого «здоровья». Осознанный недуг – это не просто фактические признаки нарушения здоровья, но также совокупность определенных нарушений, боли, утомления, страхов, чувства опасности и беспомощности. Традиционное медицинское заключение, сделанное врачом, и оценка КЖ, данная самим пациентом, составляют полную и объективную характеристику состояния здоровья больного.

Ключевые слова: пациент, двухсторонняя паховая грыжа, качество жизни, герниопластика

THE PSYCHOLOGICAL AND PHYSICAL ASPECTS OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CONTRALATERAL INGUINAL HERNIAS

¹Chirkov R.N., ²Makhmudov N.B.

¹GBOU VPO «Tver GMA health and social development Ministry of the Russian Federation», Tver;

²Hospital of emergency medical care, Tver, e-mail: chirkov-roman@mail.ru

Health is a synthetic indicator of the quality of life, summarising all the diversity of the parties to the quality of life, including the phenomena of creative and physical longevity. Many of the researchers studied the health indicators and came to the conclusion that the most powerful variable – self-rated health. It turned out that the subjective concept of health plays a big role, than the objective indicators, i.e. the representation of the people about their health is more important than the «health». Conscious illness - it is not just evidence of damage to health, but also a set of certain violations, pain, fatigue, fear, a sense of insecurity and helplessness. Traditional medical conclusion, made by the doctor, and the assessment of QOL, given by the patient, make up the complete and objective description of the state of health of the patient.

Keywords: patient, double-sided inguinal hernia, quality of life, hernioplasty

Термин «качество жизни» впервые введен Джоном Гелбрейтом. В западной социологической теории глобальных систем в связи с угрозой экономического кризиса, перенаселенности и кризиса здоровья населения это понятие имеет очень широкое толкование.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения «здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболеваний». В связи с этим КЖ, связанное со здоровьем, является неотъемлемым элементом современной медицины. Традиционное медицинское заключение, сделанное врачом, и оценка КЖ, данная самим пациентом, составляют полную и объективную характеристику состояния здоровья больного.

Объективная информация о КЖ дает реальную возможность поиска путей повышения эффективности лечения. Индивидуальный мониторинг КЖ проводится до начала лечения, в ходе лечения, на этапах ранней и поздней реабилитации. Оценка КЖ позволяет врачу осуществлять постоянный мониторинг течения болезни и при необходимости проводить коррекцию лечения.

Интенсивная разработка концепции качества жизни началась в конце 1960-х годов. При анализе и определении исследователями этого сложного, многопланового феномена отмечается чрезвычайная пестрота и, иногда, парадоксальное сочетание взаимоисключающих подходов.

Произвольность определения понятия качества жизни достаточно четко прослеживается при анализе социальных показателей, предлагаемых для этого как отдельными учеными, так и международными организациями. В число индикаторов попадают: здоровье, условия рабочего места, возможность хорошо провести свободное время, чувство социальной уверенности, самоубийства, количество телевизоров, телефонов на душу населения, плотность населения, наличие жилищ с ванными, число разводов на душу населения, загрязненность окружающей среды, снабжение и обеспечение продуктами питания, эстетические наслаждения, хорошее настроение и другие показатели [1].

В понимании Б.И. Давыдова и соавт. качество жизни – это, прежде всего, социально-медицинское понятие, имеющее к тому же политические грани. По мнению авто-

ров, качество жизни может рассматриваться как система потребностей для оптимальной жизни человека. В то же время, человек является элементом этой системы. Например, болезнь или инвалидность резко ухудшают качество жизни.

Систематизирующим фактором качества жизни является здоровье (индивидуальное, общественное, семейное, профессиональное). Здоровье и качество жизни определяются шестью основными составляющими:

1) заболеваемостью и связанной с ней продолжительностью жизни (смертностью);

2) потреблением (с ним связаны геоэкология и гигиена производства);

3) риском как социально-биологическим явлением;

4) потомством (семьей);

5) медико-санитарным состоянием (здравоохранением);

6) информативным обеспечением человека – печать, радио, телевидение, общение [3].

Здоровье – синтетический индикатор качества жизни, обобщающий все многообразие сторон качества жизни, включая феномены творческого и физического долголетия. Многие исследователи изучали показатели здоровья и пришли к выводу, что самый сильный переменный фактор – самооценка здоровья. Оказалось, что субъективное понятие здоровья играет большую роль, чем объективные показатели, т.е. представление людей о своем здоровье оказывается важнее самого «здоровья». Осознанный недуг – это не просто фактические признаки нарушения здоровья, но также совокупность определенных нарушений, боли, утомления, страхов, чувства опасности и беспомощности [2].

Б.И. Давыдов и соавт., подчеркивают, что проблемы взаимодействия аспектов «риск – здоровье – качество жизни», а также «качество жизни – здоровье – устойчивость человека к факторам внешней среды» относятся к разряду трудноразрешимых. В основе этого, на их взгляд, лежат несколько причин.

1. Риск практически не устраним в жизни человека. В связи с этим одной из важных медико-психологических задач является смягчение последствий соматического риска путем улучшения качества жизни и уменьшения неадекватного восприятия риска населением.

2. Улучшение жизненных стандартов (качества жизни) создает новый риск.

3. Развитие человеческой цивилизации нарушает баланс природных взаимоотношений.

4. Качество жизни зависит от идейно-религиозной установки человека, социальной сферы, общества, государства. Качество жизни, как более общий термин, включающий здоровье, риск и другие параметры человеческого бытия, понятие иррациональное.

Общеизвестно, что болезни оказывают влияние не только на физическое, но и на психическое и эмоциональное состояние пациентов, нередко изменяя их социальный статус.

В медицине последних двух десятилетий широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем», позволяющий дать глубокий многоплановый анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного [4].

Для концепции исследования качества жизни характерны три основных признака: многомерность, изменяемость во времени и участие больного в оценке его состояния. Качество жизни включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и финансовой. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивает компоненты, не ассоциированные и ассоциированные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного. Качество жизни меняется во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии. Участие больного в оценке своего состояния является особенно важной составляющей качества жизни. Оценка качества жизни, сделанная самим больным, – ценный и надежный показатель его общего состояния. Данные о качестве жизни наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни.

В практике отечественного здравоохранения методология исследования качества жизни существенно расширяет возможности: стандартизации методов лечения; экспертизы новых методов лечения с использованием международных критериев, принятых в большинстве развитых стран; обеспечения полноценного индивидуального мониторинга состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения; разработки прогностических моделей течения и исхода заболевания; проведения

социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска; обеспечения динамического наблюдения за группами риска и оценки эффективности профилактических программ; экономического обоснования методов лечения с учетом таких показателей, как цена – качество, стоимость – эффективность [6].

Для получения сопоставимых данных и их дальнейшего применения пользуются стандартными инструментами оценки качества жизни. Общепринятым инструментом исследования качества жизни являются опросники, заполняемые больными. Участие больного в заполнении опросника позволяет получить ценную информацию, которая по ряду параметров отличается от заключений, сделанных врачом. Большое значение в медицине имеет оценка качества жизни на индивидуальном уровне. Изучение качества жизни больного до начала лечения и в процессе лечения позволяет получить исключительно ценную многомерную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимое лечение. Анализ качества жизни при планировании программы лечения и в ходе его является важным компонентом индивидуализации лечения и помогает врачу следовать известному принципу клинической медицины – лечить не болезнь, а больного [5]. В настоящее время используются более 500 опросников, которые разделяют на общие, которые могут использоваться для оценки качества жизни при различных заболеваниях и специальные для определенной группы болезней или одного заболевания. Наиболее распространенными общими опросниками являются MOS 36-Item Short-Form Health Survey – MOS SF-36. Специальные опросники используются в различных областях клинической медицины: гастроэнтерологии, гепатологии, гинекологии, кардиологии, онкологии, паллиативной медицине, ревматологии, эндокринологии; существуют опросники, применяемые при респираторных заболеваниях и опросники, характеризующие болевой синдром. Однако научных исследований, посвященных качеству жизни у пациентов, перенесших герниопластику при двухсторонних паховых грыжах в современной литературе недостаточно, что и явилось предпосылкой изучения данной проблемы.

Материал и методы исследования

Оценка качества жизни 112 пациентов, перенесших герниопластику проводилась в соответствии с требованиями, предъявляемыми к SF-36. Оценка качества жизни больных, оперированных одноэтапно и двухэтапно проводилась через двенадцать месяцев после проведения первой операции или единствен-

ной. Основанием для такого срока явилось то обстоятельство, что большинству больных, оперированных двухэтапно вторая операция была выполнена в течение первого полугодия после первой операции. Анкетирование больных проводилось по следующей методике: больному предварительно звонили по телефону и просили в удобное для него время прийти в хирургическое отделение для тестирования и осмотра.

1. У всех больных перед проведением анкетирования брали согласие на проведение психологических тестов и использование результатов данных тестов в научных целях.

2. Анкетирование проводилось в ординаторской хирургического стационара.

3. Больному выдавались тесты с инструкциями.

4. Время ответов на психологических тестов не регламентировано.

5. После ответа на тесты проводилось объективное обследование больного (в основном зоны операции).

Методика оценки качества жизни «SF-36 Healthstatusurvey» (приложение 2.) Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ.

Количественно оцениваются следующие показатели:

1) GeneralHealth (GH) – общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения;

2) PhysicalFunctioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.);

3) Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности);

4) Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.);

5) SocialFunctioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение);

6) BodilyPain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома;

7) Vitality (VT) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным);

8) MentalHealth (MH) – самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Опросник имеет следующие шкалы:

1. Физическое функционирование (PF).
2. Ролевое (физическое) функционирование (RP).
3. Боль (P).
4. Общее здоровье (GH).
5. Жизнеспособность (VT).
6. Социальное функционирование (SF).
7. Эмоциональное функционирование (RE).
8. Психологическое здоровье (MH).

Все шкалы личностного опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1–4 шкалы) и психический (5–8 шкалы).

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 соответствует полному здоровью. Градация отличий: 0–20 – плохое качество жизни; 21–40 – посредственное; 41–60 – хорошее; 61–80 – очень хорошее; 81–100 – отличное.

Результаты исследования и их обсуждение

Для оценки результата устранения двусторонних паховых грыж самим пациентом был применен опросник «SF-36

Healthstatussurvey». На предварительном этапе проведена сортировка больных на две группы: до 60 лет (32 человека) и после 60 лет (80 человек). Основой для такой сепарации было пенсионное законодательство РФ, по которому мужчина старше 60 лет считается пенсионером, т.е. лицом потерявшим активность в трудовой деятельности.

Оценка качества жизни в возрастной группе «до шестидесяти лет» перед операциями показала хороший уровень физической (54) и психической компонент (42) (рис. 1).

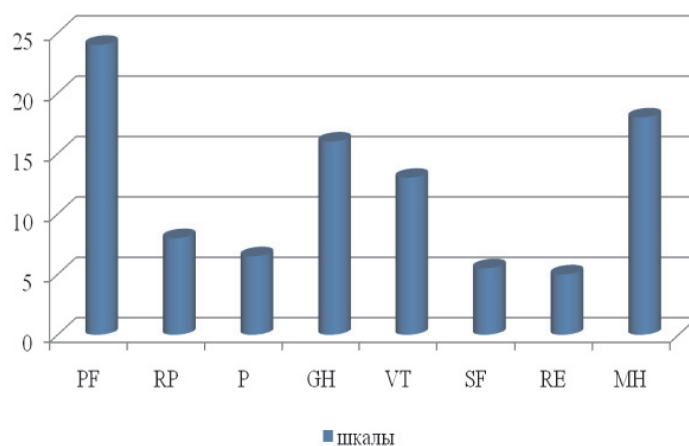


Рис. 1. Шкалы качества жизни больных контралатеральной паховой грыжей в возрасте до 60 лет, оперированных в два этапа перед операцией

Оценка качества жизни в возрастной группе «шестидесять лет и старше» перед операциями показала более низкий уровень физической (45,5) и психической компонент (39) в возрастной группой «до шестидесяти лет), расцениваемый как «по-

средственное» качество жизни, рис. 2. При этом если общее здоровье (GH) оценивается практически одинаково в обеих возрастных группах, то физическое функционирование (PF) в старшей возрастной группе достоверно ниже ($p < 0,05$).

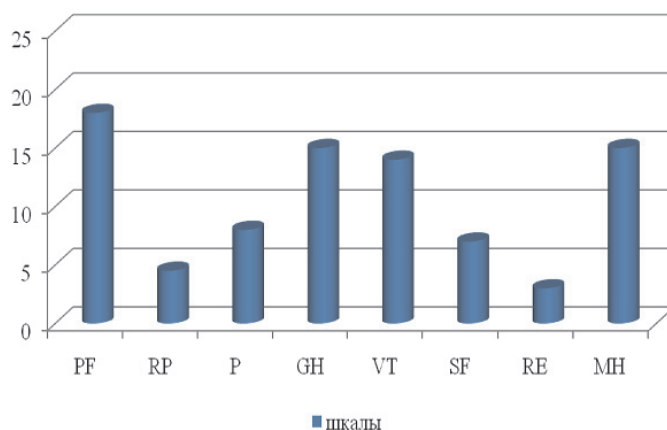


Рис. 2. Шкалы качества жизни больных контралатеральной паховой грыжей в возрасте 60 лет и старше, оперированных в два этапа перед операцией

Уровень физической компоненты 50,0, психической компоненты 43,0. В течение первого года после операции уровень

физической компоненты у больных моложе 60 лет уменьшился за счет физического функционирования (RP), что об-

условлено повышением интенсивности болей в области перенесенной операции (рис. 3). В то же время психическая ком-

понента здоровья повысилась, что связано с ожиданиями его улучшения после операции.

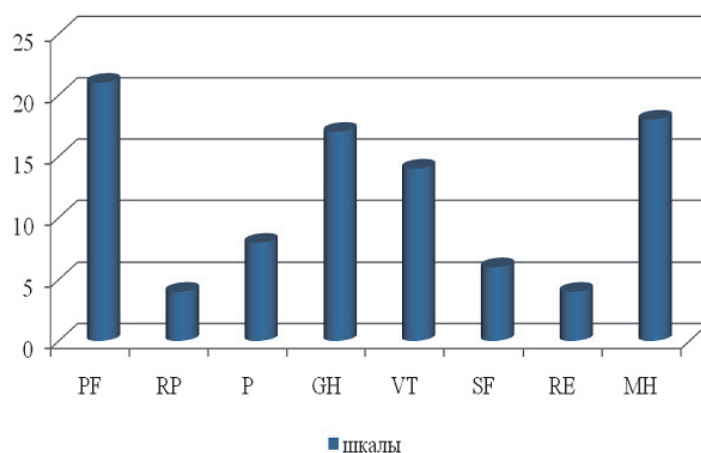


Рис. 3. Шкалы качества жизни больных контралатеральной паховой грыжей в возрасте до 60 лет, оперированных в два этапа через год после первой операции

Уровень физической компоненты 45,5, психической компоненты 48,5.

В старшей возрастной группе не отмечено снижения уровня физической компоненты, которая зарегистрирована как до

так и через год после первой операции на низком уровне (рис. 4). Психическая компонента значительно выросла, что связано с высокой степенью ожидаемого положительного результата операций.

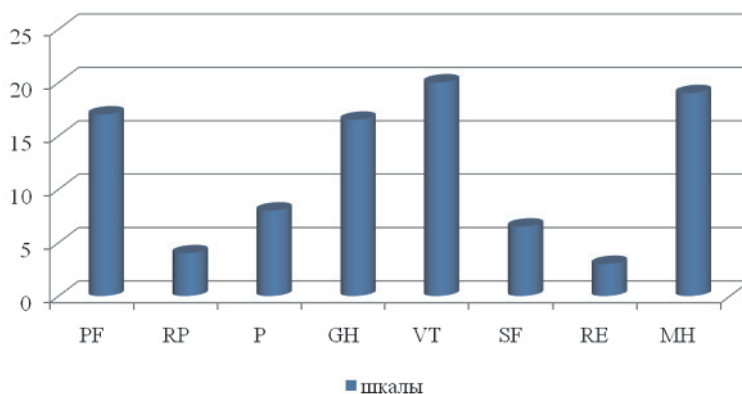


Рис. 4. Шкалы качества жизни больных контралатеральной паховой грыжей в возрасте 60 лет и старше, оперированных в два этапа через год после первой операции

Вывод

Таким образом, на основании проведенного анализа можно утверждать, результаты устранения контралатеральных паховых грыж в два этапа на основании традиционных критериев не отличаются от устранения односторонних грыж. Ухудшение физической компоненты здоровья при оценке качества жизни по опроснику SF-36 связано по нашему мнению с тем обстоятельством, что почти половине больных вторая операция была выполнена в срок шесть и более месяцев, а следовательно, срок реабилитации еще не был завершен.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антропова Н.А. Оперативное лечение первичных сложных и рецидивных паховых грыж с аллопластикой по оригинальному способу: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2002. – 26 с.
2. Егиев В.Н. Натяжная герниопластика. – М.: Мед-практика, 2002. – 147 с.
3. Еряшев Ф.А. Современные технологии ранней диагностики, профилактики и лечения осложнений пахового грыжесечения: дис. ... канд. мед. наук. – Тверь, 2009. – 162 с.
4. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В.В. Жебровский, М.Т. Эльбашир. – Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. – 438 с.
5. Калантаров Т.К. Паховая грыжа // Т.К. Калантаров, А.Е. Новосельцев, Г.В. Вакулин, А.О. Ледин, А.Ю. Медведев. – Тверь: Триада, 2008. – 80 с.
6. Schumpelick V., Fitzgibbons R.J (Eds.) Recurrent Hernia. Prevention and Treatment. – Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, 2007. – 427p.