

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский
университет Минздравсоцразвития РФ
Иркутское региональное отделение
Российского Общества врачей-организаторов здравоохранения

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВЫПУСК 7

**СБОРНИК СТАТЕЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ
(С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ)
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ,
ПОСВЯЩЕННОЙ 5-ЛЕТИЮ ИРКУТСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО
ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ-ОРГАНИЗАТОРОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

Под общей редакцией профессора Г.М. Гайдарова

Иркутск – 2011

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

С.В. Куницкая

Белорусский государственный медицинский университет (Минск)

ВИЧ-инфекция – это длительно протекающее неизлечимое заболевание, характеризующиеся стадийностью течения. Сам по себе факт наличия данного заболевания воспринимается пациентами как стресс. В процессе принятия диагноза пациенты не сразу готовы адаптироваться к новой для них ситуации и скорректировать свою жизнь. Хроническое течение, проявления заболевания, контроль приема лекарственных препаратов требуют от пациентов с ВИЧ ряда ограничений в повседневной жизни, иногда – изменений в социальном и профессиональном статусе. В некоторых случаях состояние ВИЧ-позитивного человека осложняется наличием наркомании, вирусных гепатитов, проявлением оппортунистических инфекций. У значительной части ВИЧ-позитивных пациентов снижен уровень социально-психологической адаптации, что обуславливается бытующим стереотипом о ВИЧ-инфекции как о заболевании, стремительно снижающем потенциал здоровья человека и смертельном. Таким образом, оценка здоровья этой группы пациентов требует иных критериев.

Одна из возможностей изучить составляющие здоровья – это оценка качества жизни. Качество жизни, по определению Всемирной организации здравоохранения, – это «восприятие индивидуумом его положения в жизни и контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями,

стандартами и интересами этого индивидуума» [14]. Качество жизни включает характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека [6, 10]. Исследование качества жизни и выявление факторов, влияющих на него, способствует повышению индивидуальной эффективности лечения и реабилитации пациентов [11].

Целью данного исследования было изучение параметров качества жизни ВИЧ-инфицированных пациентов, сравнение полученных результатов с таковыми у лиц, не имеющих в анамнезе ВИЧ-инфекции и других хронических заболеваний (контрольная группа).

В исследуемую группу были включены лица, имеющие ВИЧ-позитивный статус, состоящие под наблюдением консультативно-диспансерных кабинетов по ВИЧ, проживающие в различных областях Республики Беларусь. Группа сформирована случайным образом. Для изучения качества жизни пациенту было предложено заполнить анонимную анкету, состоящую из двух блоков: опросник SF-36 и блок вопросов о социальном статусе респондента.

По результатам ответов на опросник SF-36 рассчитывается ряд показателей: физический компонент здоровья (ФКЗ) включает в себя такие показатели качества жизни, как физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФС), интенсивность боли (ИБ), общее состояние здоровья (ОСЗ); психологический компонент здоровья (ПКЗ) включает в себя жизненную активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭС), психическое здоровье (ПЗ) [4, 5].

Физическое функционирование (ФФ) – показатель качества жизни, который отражает степень ограничения выполнения различных физических нагрузок (самообслуживание, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФС) – показатель качества жизни, который определяет влияние физического состояния на выполнение работы и повседневной деятельности. Интенсивность боли (ИБ) – показатель качества жизни, который определяет ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Общее состояние здоровья (ОСЗ) – показатель качества жизни, который отражает оценку больным своего состояния здоровья и перспектив на будущее. Жизненная активность (ЖА) – показатель качества жизни, который подразумевает

ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Социальное функционирование (СФ) – показатель качества жизни, который отражает степень ограничения социальной активности (общение). Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭС), – показатель качества жизни, который определяет влияние эмоционального состояния на выполнение работы и повседневной деятельности. Психическое здоровье (ПЗ) – показатель качества жизни, который характеризует настроение, наличие депрессии, общий показатель положительных эмоций. Показатели могут колебаться от 0 до 100, при этом 100 является лучшим из возможных значений [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 13].

Проанкетировано 464 ВИЧ-позитивных респондента. Средний возраст составил $31,7 \pm 0,38$ лет. Самому младшему респонденту – 19 лет, самому старшему – 65 лет. Распределение респондентов по полу: 68,4 % составили мужчины и 31,6 % – женщины. В браке состояло 48,2 %, одиноких – 51,8 %. Высшее образование имели 14,94 % респондентов, специальное среднее – 34,46 %, среднее – 34,94 %, неполное среднее – 15,66 %. Для сопоставления показателей была сформирована контрольная группа из 500 человек с ВИЧ-негативным статусом. Возрастно-половой состав группы соответствует исследуемой.

Таблица 1

Параметры качества жизни у ВИЧ-позитивных респондентов и контрольной группы

Параметры	Среднее значение в баллах ($M \pm m$)		p*
	Исследуемая группа	Контрольная группа	
ФКЗ	$53,3 \pm 0,34$	$51,8 \pm 0,83$	> 0,05
ФФ	$82,1 \pm 1,16$	$84,1 \pm 2,75$	> 0,05
РФФС	$67,8 \pm 1,83$	$78,9 \pm 4,22$	< 0,05
ИБ	$70,0 \pm 1,36$	$68,5 \pm 3,65$	> 0,05
ОСЗ	$52,1 \pm 1,00$	$61,5 \pm 2,23$	< 0,05
ПКЗ	$40,8 \pm 0,47$	$45,7 \pm 1,58$	< 0,05
ЖА	$55,9 \pm 1,01$	$61,3 \pm 3,04$	> 0,05
СФ	$65,5 \pm 1,27$	$74,3 \pm 2,83$	< 0,05
РФЭС	$64,3 \pm 1,90$	$76,5 \pm 4,21$	< 0,05
ПЗ	$55,1 \pm 0,87$	$63,5 \pm 3,20$	< 0,05

Примечание: * – разность признается статистически значимой при $p < 0,05$.

Достоверного влияния места жительства на уровень качества жизни не выявлено ($p > 0,05$). По результатам, представленным в таблице, можно сделать вывод, что у ВИЧ-позитивных респондентов в сравнении с контрольной группой отмечаются достоверно более низкие показатели по шкалам общего состояния здоровья (ОСЗ), ролевого функционирования (РФ) – физический компонент здоровья, психического здоровья (ПЗ), ролевого функционирования обусловленного эмоциональным состоянием (РФОЭ), социального функционирования (СФ) – психологического компонента здоровья (ПКЗ) ($p < 0,05$).

Выводы

1. Не выявлено статистически значимого влияния места жительства на уровень качества жизни.
2. Выявлены статистически значимо более низкие у ВИЧ-позитивных респондентов уровни большинства показателей входящих в психологический компонент здоровья в сравнении с ВИЧ-негативными, за исключением жизненной активности (СФ, РФОЭ, ПЗ, ПКЗ).
3. Выявлено статистически значимое снижение у ВИЧ-позитивных респондентов в сравнении с контрольной группой показателей ОСЗ и РФ, характеризующих физический компонент здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бриликулов Н.Н., Сенкевич Н.Ю., Корнева А.Д. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни. Центральноеазиатский медицинский журнал. – 1998. – № 4–5. – С. 236–241.
2. Гурылева М.Э., Визель А.А., Хузиева Л.В. Оценка качества жизни больных с заболеваниями органов дыхания // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 5. – С. 55–61.
3. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Качество жизни онкологических больных // Вопросы онкологии. – 1998. – Т. 44, № 6. – С. 749–752.
4. Качество жизни у больных инфарктом миокарда / В.П. Померанцев, А.Б. Хадзегова и др. // Кардиология. – 1996. – № 3. – С. 70–74.
5. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66–77.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М., 2007. – С. 320.
7. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 140 с.
8. Новик А.А., Ионова Т.И., Шуваев В.А., Киштович А.В. Качество жизни больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной

кишки России // Исследование качества жизни в медицине: Матер. науч. конф. – СПб., 2000. – С. 97–98.

9. Оценка качества жизни больного в медицине / А.А. Новик, С.А. Матвеев, Т.И. Ионова и др. // Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10–13.
10. Bastardo Y.M., Kimberlin C.L. Relationship between quality of life, social support and disease-related factors in HIV-infected persons in Venezuela // AIDS Care. – 2000. – Vol. 12. – P. 673–684.
11. Burgoyne R.W., Saunders D.S. Quality of life among urban Canadian HIV/Aids clinic outpatients // Int. J. Std & Aids. – 2001. – Vol. 12. – P. 505–512.
12. Health-related quality of life in asymptomatic patients with HIV. Evaluation of the SF-36 health survey in Italian patients / F. Arpinelli, G. Visona, R. Bruno, G. de Carli et al. // Pharmacoeconomics 2000. – Vol. 18. – P. 63–72.
13. <http://www.sf-36.org/cgi-bin/discuss>.
14. Relationships between perception of engagement with health care provider and demographic characteristics, health status, and adherence to therapeutic regimen in persons with HIV/AIDS / S. Bakken, W.L. Holzemer, M.A. Brown et al. // AIDS Patient Care STDs. – 2000. – Vol. 14. – P. 189–197.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Н.С. ХАНТАЕВА, А.В. ПОЛУЭКТОВА

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека
СО РАМН (Иркутск)

С целью изучения и выявления медико-социальных факторов, определяющих эффективность стационарного лечения больных туберкулезом, нами проанализированы 11087 пролеченных больных туберкулезом за период 2007–2009 гг. с учетом критериев эффективности лечения, без умерших больных в стационаре. Сведения о каждом больном вносились в разработанную нами «Карту госпитализированного больного туберкулезом» по 65 признакам. Каждый признак имеет свой номер и кодировку по вариантам признака. Были сформированы две группы: 1-я – «эффективно» пролеченные; 2-я – «неэффективно» пролеченные. Критериями эффективности стационарного лечения являлись негативация мазка мокроты и