

**РОЛЬ ОПРОСНИКА SF-36 В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ,  
СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

*Красавцев Е. Л., Свенцицкая А. Л.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Общепринято в качестве критериев тяжести течения заболеваний и эффективности лечения пациентов использовать данные клинического и параклинического исследования. В современной медицине понятие «качество жизни» (КЖ) логически связано с известным определением здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и трактуется как «качество жизни, связанное со здоровьем». Сам термин «качество жизни» ВОЗ определяет как «восприятие индивидами их положения в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [1].

Хроническая патология печени осложняется печеночной энцефалопатией, которая проявляется нервно-психическими отклонениями, утяжеляющими течение основного заболевания. В связи с этим восстановление физического, психического и социального статуса больных хроническими заболеваниями печени и улучшение их качества жизни приобретает медико-социальное значение. Хронические поражения печени являются одной из актуальных проблем современного здравоохранения в связи с широкой распространенностью, высокой частотой формирования цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы [2]. Ранняя инвалидность и высокая смертность данной категории больных свидетельствуют о его медицинском и социальном значении [2].

Изучение КЖ у пациентов с позволяет оценивать результативность конкретного вида лечения не только с позиций врача, но и с позиций пациента, что принципиально важно, так как их взгляды часто не совпадают. Повышение показателей КЖ является стратегической задачей лечения пациентов с хроническими поражениями печени.

Одним из широко используемых общих опросников является краткая форма Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), разработанная J. E. Ware с соавт. в 1988 г. [3].

Опросник был нормирован для общей популяции США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции, Италии. В США и странах Европы были проведены исследования отдельных популяций и получены результаты по нормам для здорового населения и для групп больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту) [4].

Опросник «SF-36 health status survey» — 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. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие [3].

***Цель***

Оценить качество жизни у пациентов, страдающих хроническими поражениями печени с помощью опросника «Medical Outcomes Study Short Form» (SF-36); сравнить полученные результаты исследования с группой практически здоровых людей.

***Материал и методы исследования***

В исследовании приняло участие 110 человек в возрасте от 16 до 84 лет. Основную группу составили 50 пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС), средний возраст которых составил  $48,7 \pm 2,4$  лет. В группы сравнения вошли 30 пациентов с ЦП (средний возраст —  $51,6 \pm 1,9$  лет) и 30 практически здоровых людей (средний возраст —  $47,8 \pm 1,6$  лет). Критериями исключения из группы здоровых людей стали наличие хронической патологии и новообразований в анамнезе. Различий паспортного возраста между исследуемыми группами не было.

Длительность заболевания у исследуемых пациентов с ХВГС составляла от 1 года до 19 лет (средняя длительность —  $2,8 \pm 0,8$  года).

Качество жизни исследовалось с помощью адаптированного русифицированного специализированного опросника «SF-36v2TM Health Status Survey». Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, USA).

### Результаты исследования и их обсуждение

7 из 8 показателей шкалы «SF-36v2TM Health Status Survey» основной группы оказались снижены ( $p < 0,01$ ) по сравнению с показателями КЖ группой практически здоровых людей (кроме показателя социального функционирования (Social Functioning, SF) (таблица 1). Самым низким показателем КЖ основной группы, стало влияние физического состояния на ролевое функционирование (Role-Physical, RP), в баллах —  $38,8 \pm 6,9$ , по сравнению с группой практически здоровых людей ( $p = 0,0006$ ).

Таблица 1 — Качество жизни у пациентов, страдающих ХВГС, ЦП и практически здоровых людей

Показатели шкалы SF-36	Основная группа n = 50 (в баллах)	Пациенты с ЦП, n = 30 (в баллах)	Практически здоровые люди, n = 30, (в баллах)
1. GH — Общее восприятие здоровья	$50,2 \pm 2,9^*$	$45,4 \pm 2,2$	$61,9 \pm 2,4$
2. PF — Физическая активность	$67,3 \pm 4,6^*$	$53,3 \pm 3,2^{**}$	$84,1 \pm 2,3$
3. RP — Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$38,8 \pm 6,9^*$	$39,6 \pm 6,3$	$67,7 \pm 2,5$
4. RE — Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$39,6 \pm 6,9^*$	$45,1 \pm 6,9$	$64,8 \pm 3,0$
5. SF — Социальная активность	$40,6 \pm 2,2$	$49,8 \pm 1,6^{**}$	$44,4 \pm 1,3$
6. BP — Физическая боль	$62,7 \pm 3,9^*$	$65,6 \pm 3,4$	$74,6 \pm 2,0$
7. VT — Жизнеспособность	$48,8 \pm 4,0^*$	$57,9 \pm 2,8$	$76,5 \pm 1,2$
8. MH — Психическое здоровье	$55,5 \pm 3,7^*$	$57,6 \pm 2,7$	$78,3 \pm 2,0$

\* —  $p < 0,01$  (по сравнению с группой практически здоровых людей); \*\* —  $p < 0,05$  (по сравнению с основной группой).

При сравнении показателей мужчин и женщин основной группы по многим шкалам опросника были выявлены различия (таблица 2), в других группах таких различий не наблюдалось.

Таблица 2 — Качество жизни у пациентов, страдающих ХВГС различного пола

Показатели шкалы SF-36	ХВГС (у женщин) n = 28 (в баллах)	ХВГС (у мужчин) n = 22 (в баллах)
1. GH — Общее восприятие здоровья	$45,7 \pm 4,0^{**}$	$55,5 \pm 3,1$
2. PF — Физическая активность	$77,1 \pm 5,4^*$	$54,4 \pm 5,3$
3. RP — Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$24,0 \pm 7,4^*$	$53,0 \pm 9,1$
4. RE — Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$23,1 \pm 5,2^{**}$	$56,5 \pm 6,9$
5. SF — Социальная активность	$34,5 \pm 3,2^{**}$	$46,0 \pm 1,0$
6. BP — Физическая боль	$54,2 \pm 4,2^*$	$71,0 \pm 5,1$
7. VT — Жизнеспособность	$39,4 \pm 4,4^{**}$	$58,1 \pm 4,8$
8. MH — Психическое здоровье	$48,8 \pm 4,1^{**}$	$61,9 \pm 4,2$

\* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$  (по сравнению с мужчинами).

Так у женщин RP (ролевое функционирование) и RE (эмоциональное функционирование) ниже более чем в 2 раза, чем у мужчин, и составляет  $24,0 \pm 7,4$  и  $23,1 \pm 5,2$  балла соответственно. Самым низким показателем КЖ у мужчин стала социальная активность (SF) —  $46,0 \pm 1,0$  баллов. Наиболее высоким показателем КЖ у женщин оказалась физическая активность (PF) —  $77,1 \pm 5,4$  баллов. У мужчин, в свою очередь, снижена физическая активность, по сравнению с женщинами, и составляет  $54,4 \pm 5,3$  балла. Вероятно, на данный показатель могут влиять вредные привычки (курение и употребление алкоголя), которые наиболее распространены у мужской группы населения.

## **Выводы**

Качество жизни у пациентов с ХВГС было существенно снижено в преобладающем числе случаев по шкалам опросника SF-36. У данной группы пациентов резко уменьшаются физическая и социальная активность, падает эмоциональный статус, значительно понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и, в целом, общего состояния здоровья, причем у женщин наиболее снижены показатели ролевого функционирования и эмоционального функционирования. Эмоциональная сфера личности всегда являлась предметом пристального внимания психологов. В ситуации угрозы, опасности, обиды происходят изменения в эмоциональной сфере личности, что является предпосылкой развития стрессовых реакций, следствием которых являются тревожность, невротичность, депрессия [5, 3]. У мужчин, в свою очередь, снижена физическая активность. Показатель физической активности у пациентов с ЦП ниже, а показатель социальной активности был выше, чем у пациентов с ХВГС.

Опросник «SF-36v2TM Health Status Survey» оказался высокочувствительным инструментом для анализа снижения качества жизни у пациентов, страдающих ХВГС, и позволил количественно оценить различные его компоненты по 8 шкалам.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Хронический вирусный гепатит: прошлое, настоящее и будущее / В. В. Нечаев [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2013. — № 3. — С. 4–8.
2. Всемирный Интернет-портал [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. — 2015. — Режим доступа: <http://apps.who.int>. — Дата доступа: 13.10.2015.
3. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994. — 8 p.
4. Бримкулов, Н. Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни / Н. Н. Бримкулов, Н. Ю. Сенкевич, А. Д. Калиева // Центральноазиатский медицинский журнал. — 1998. — № 4–5. — С. 236–241.
5. Ковалев, Ю. В. Депрессия, клинический аспект / Ю. В. Ковалев, О. Н. Золотухина. — М.: Медицинская книга, 2001. — 144 с.

**УДК-616.127-007.17-053.2:612.172.4**

## **ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У ДЕТЕЙ 5–15 ЛЕТ С МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ ПО ДАННЫМ СТАНДАРТНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ**

**Кривелевич Н. Б., Брановицкая Н. С., Суханова Л. Л.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

## **Введение**

Понятие «миокардиодистрофия» (МКД), или «дистрофия миокарда», означает нарушения метаболизма в миокарде на биохимическом уровне, которые являются частично или полностью обратимыми при устранении вызвавшей их причины [1]. Длительно существующая и прогрессирующая дистрофия миокарда ведет к снижению его сократительной функции и развитию сердечной недостаточности. В основе развития МКД любой этиологии, как правило, лежит острая или хроническая гипоксия миокарда. К развитию миокардиодистрофии у детей могут приводить такие заболевания миокарда как миокардит и кардиомиопатия, экстракардиальные заболевания — анемия, хронический тонзиллит, тиреотоксикоз, гипотиреоз, хронические соматические заболевания, а также физическое перенапряжение у юных спортсменов [1, 2]. Одно из клинических проявлений миокардиодистрофии — желудочковые аритмии и нарушение процессов реполяризации. Эти электрокардиографические (ЭКГ) проявления являются прямым отражением нарушений электрофизиологических свойств клеток проводящего и сократительного миокарда. Негомогенность процессов реполяризации в миокарде является причиной его электрической нестабильности. В электрофизиологическом смысле это означает, что миокард желудочков становится фрагментированным, отдельные его участки оказываются в разных фазах как деполяризации, так и реполяризации [4, 5]. Асинхронная реполяризация клеток миокарда создает условия для возникновения дополни-