

Лекции преподавателей	28,1	16,7	13,3	8,1	8,1	4,1	6,7	7,0	7,8
Врачи в поликлинике, больнице, к которым обращаюсь по поводу заболевания	32,6	9,0	12,4	8,6	6,4	7,5	4,5	5,6	13,5

Как видно, первые две позиции в списке предложенных источников занимает информация, получаемая от врачей в поликлинике и на лекциях преподавателей. Настораживает тот факт, что такой источник информации, как телевидение стоит по значимости на третьей позиции и только затем в списке предпочтений фигурируют специальные (научные) журналы, научно-популярная литература, популярные газеты и журналы. Наименее предпочтительными источниками информации с точки зрения будущих медицинских работников являются общение с родств

Информацией из рассмотренных выше источников постоянно пользуются 29% опрошенных студентов и учащихся, 70%

ответивших используют иногда и только 1% никогда не использует.

В качестве причины, по которой респонденты не пользуются информацией о сохранении и поддержании здоровья для изменения своего образа жизни 67% опрошенных указали на нехватку времени; 28% — отметили недостаток материальных средств; 10% — не имеют желания использовать предлагаемую им информацию; 8% — в ней вообще не нуждаются.

Все это свидетельствует, что студенчество и учащаяся молодежь, даже если они и обучаются в медицинских учреждениях, тем не менее нуждаются в формировании у них навыков здорового образа жизни, коррекции поведения, профилактике зависимостей.

УДК 616.711.6-089-036.82

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ДИСКЭКТОМИЮ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

М. В. Олизарович

**Гомельский государственный медицинский университет,
Гомельская областная клиническая больница**

Методом почтового опроса проведено изучение качества жизни больных, перенесших дискэктомию на поясничном уровне. Для оценки качества жизни использовалось анкетирование с помощью модифицированного опросника NAIF. Изучены ответы 348 пациентов, оперированных в срок от 1 до 10 лет. Получены данные об изменении компонентов качества жизни в данной группе больных.

Ключевые слова: качество жизни, опросник NAIF.

COMPARATIVE EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DISKECTOMY AT LUMBAR REGION

M.V. Olizarovitch

With the method of post interrogation, carries out study of quality of life of the patients who have had the lumbar discectomy. For an estimation of quality of life was used questionnaire with the help of the modified questionnaire NAIF. The answers 348 patients, which was undergoing surgery in time from 1 till 10 years are investigated. The data on change of components of quality of life in the given group of the patients are received.

Key words: quality of life, questionnaire NAIF.

Согласно определению ВОЗ, здоровье — это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания [5]. Показатель качества жизни (КЖ) связан со здоровьем и является одним из основных понятий современной медицины, дающий многоплановый анализ важных составляющих здоровья человека, то есть физиологических, психологических и социальных проблем больного человека [1, 3].

Участие больного в заполнении опросника позволяет получить важную информацию, дополняющую данные лабораторных и аппаратных исследований.

В современной международной клинической практике для комплексной оценки состояния больного широко используют метод оценки КЖ. Для этого показателя характерны три главных признака [4].

1. Многомерность. КЖ включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и финансовой. КЖ, связанное со здоровьем, оценивает компоненты, не ассоциированные и ассоциированные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

2. Изменяемость во времени. Этот показатель меняется во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов.

3. Участие больного в оценке его состояния. Эта составляющая КЖ является особенно важной, так как

оценка, сделанная самим больным, — ценный и надежный показатель его общего состояния.

Параметры КЖ практически здоровых лиц составляет 90—95% [2].

Методом личного опроса и анкетирования по методике NAIF проведен ретроспективный анализ различных параметров КЖ у 348 больных, перенесших дискэктомию на поясничном уровне. Из них оперированы: десять лет тому назад — 39 человек (чел.), пять лет — 46 чел., четыре года — 56 чел., три года — 60 чел., два года — 70 чел. и за год до опроса — 77 чел. Мужчин было 185 (53,2%) чел., женщин — 163 (46,8%), городских жителей — 263 (75,6%) чел., сельских — 85 (24,4%).

Для анализа выделили 4 градации показателя уровня КЖ: при незначительном снижении интегральный показатель составил 75% и выше, умеренном — до 50%, значительном снижении — до 25% и резко выраженном снижении — менее 25%.

Получены данные, позволяющие судить о динамике и значимости показателей, составляющих КЖ у оперированных больных (табл. 1). Учитывая, что у больных, страдающих дискогенным радикулитом на поясничном уровне, и у лиц, перенесших дискэктомию, страдает функция ходьбы, анализ изменения физического статуса имеет первостепенное значение. В группе 50 здоровых студентов средний показатель физической мобильности составил $86,9 \pm 1,0\%$, что явилось для нас показателем высокого уровня КЖ по данному параметру.

Таблица 1

Показатели качества жизни

Параметры КЖ	Контроль n=50	Время после операции, лет					
		1 n=77	2 n=70	3 n=60	4 n=56	5 n=46	10 n=39
Физический	86,9±1,0	52,7±2,0	49,3±1,6	53,3±2,5	53,3±2,4	49,8±2,7	46,3±3,0
Сексуальный	91,3±1,5	59,6±3,4	66,0±3,5	65,0±3,5	59,8±4,0	57,5±4,3	51,6±4,2
Эмоциональный	88,8±0,8	64,9±2,7	59,1±2,4	62,6±3,1	58,9±3,3	59,4±3,6	57,5±2,9
Социальный	87,3±0,9	52,8±1,9	50,4±2,0	57,2±2,4	54,1±2,7	51,6±3,1	47,4±2,8
Экономический	88,9±1,1	52,5±3,8	53,1±4,1	52,1±4,3	52,0±4,7	49,1±5,3	39,9±4,7
Познавательный	88,6±0,8	71,2±2,4	69,9±2,7	74,1±2,3	73,9±2,8	67,5±3,4	62,9±3,2

Интегральный	88,1±0,5	59,2±1,9	57,1±1,6	61,1±2,0	59,2±2,2	56,1±2,6	52,1±2,3
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Качество физического статуса меняется в зависимости от наличия и выраженности у пациента болевого синдрома или парезов мышц нижней конечности. На него влияет возможность длительно выполнять физическую работу, а также субъективное мнение больного о собственной энергичности. У всех опрошенных после дискэктомии физический статус сохранился на уровне ниже 55%, а в группах второго, пятого и десятого послеоперационного года ниже 50%, что соответствует умеренному и значительному снижению КЖ. При годовом анализе установлено, что величина показателя физической мобильности во всех группах, оперированных от 1 до 10 лет тому назад, достоверно ниже, чем в группе здоровых ($P < 0,001$). Среди лиц, перенесших операцию в срок от 1 до 5 лет, показатель достаточно однороден (колебания в 4%), а группа оперированных 10 лет тому назад дает самое малое значение КЖ ($46,3 \pm 3,0\%$), что говорит о его значительном снижении. Однако разница между больными, оперированными год и 10 лет назад, статистически недостоверна ($P > 0,05$), что позволяет сделать заключение о стабильно сниженном показателе КЖ по физической мобильности в течение 10 лет после операции. Несмотря на общий низкий уровень по данному статусу, среди опрошенных выявлено 36 (10,3%) чел., сообщивших о высоком КЖ, в то же время резко выраженное снижение произошло у 17 (4,9%) чел.

Данные о сексуальной функции указывают на ее менее грубое снижение по сравнению с физическим параметром. Все группы больных при вычислении среднего значения КЖ демонстрировали умеренное снижение функции. Оно достоверно по отношению к здоровым ($P < 0,01$). При временном анализе установлено, что первый и четвертый годы после операции равны по уровню данного параметра КЖ — 59%, на втором и третьем году отмечался подъем до 66%, а в группе наиболее отдаленной от момента операции (10 лет) показатель самый низкий — 51,6%. Достоверность различий параметра между отдельными годовыми группами статистически не доказана ($P > 0,05$). Анализ всей группы анкетированных

по сексуальному статусу показывает, что имеется более ярко выраженная дифференциация между числом больных с высоким и низким уровнем КЖ, чем это отмечалось при оценке физической мобильности. Пациенты демонстрировали разделение на 2 группы: незначительное снижение КЖ по рассматриваемому показателю — у 121 (40,5%) чел., резко выраженное — у 50 (14,4%) чел. Необходимо отметить, что только у двух параметров из шести регистрируется такое большое количество пациентов с высоким уровнем сохранности функции: кроме указанной сексуальной, при оценке познавательной функции — 41,4%.

Оценена доля пациентов с различным уровнем сексуальной составляющей: через год после операции она сохранена у 37,7%, значительно снижена у 36,4% оперированных. Последующие 2 года прослеживается положительная динамика — доля пациентов с сохраненной сексуальной функцией возрастает до 49,8%, а группа со значительным нарушением уменьшается до 26,6%. С четвертого года после операции начинается снижение показателей качества сексуальной жизни. Через 10 лет они падают ниже уровня первого послеоперационного года — сохранена у 28,2%, значительно снижена у 33,3% опрошенных.

Эмоциональное состояние пациента оказывает большое влияние на восприятие болевых ощущений, обеспечивает душевное равновесие, а также характеризует возможность психологической компенсации физического недомогания. В использованном нами тесте пациент самооценивает уровень своей напряженности, наличие пониженного настроения и раздражительности. Средний уровень эмоционального параметра у 50 здоровых студентов составил $88,8 \pm 0,8\%$. Первый год после операции больные демонстрируют $64,9 \pm 2,7\%$ (достоверность $P < 0,01$). Следующие четыре года этот показатель находится на средней отметке около 60% с небольшими колебаниями (табл. 1). У лиц, подвергшихся хирургическому лечению 10 лет тому назад, отмечается самый низкий уровень КЖ по

эмоциональному статусу ($57,5 \pm 2,9\%$), однако при статистической обработке достоверность его снижения по сравнению с первым послеоперационным годом не доказана ($P > 0,05$).

При расчете числа пациентов с высоким эмоциональным статусом среди всех анкетированных установлено, что оно соответствует количеству больных с высоким познавательным и сексуальным компонентами. Соответственно 121 (34,8%) чел., 144 (41,4%) чел., 141 (40,5%) чел.

На резко выраженное снижение эмоционального статуса указали 14 (4,0%) оперированных, из них большинство (8 чел.) были в группах перенесших операцию за 4 и 5 лет до опроса. Среди лиц, оперированных 10 лет тому назад, только у одного отмечалось резкое снижение эмоционального компонента.

Оценка социального статуса позволяет комплексно оценить как эффективность медицинской реабилитации, так и адаптированность к семейной и трудовой жизни больного. В основе оценки лежит способность и желание пациента завязывать новые связи и поддерживать старые. По сравнению со здоровыми людьми, уровень КЖ по социальному статусу достоверно снижен ($P < 0,01$) и находится в пределах умеренно сниженного для лиц, оперированных от 1 до 5 лет тому назад (от 50% до 54% в разных временных контингентах). У пациентов с послеоперационным периодом 10 лет данный параметр оценивается, как значительно сниженный ($47,4 \pm 2,8\%$).

Доля лиц с сохраненной самооценкой социального статуса небольшая — 11,5%, а основное количество пациентов оценивает свои социальные функции как умеренно и значительно сниженные (81,6%).

Экономический фактор является внеклиническим, однако его влияние на

КЖ неоспоримо. В группах перенесших операцию от 1 до 5 лет тому назад он оценивается, как умеренно сниженный. Наибольшие потери качества среди оперированных 10 лет тому назад, чей средний показатель экономического статуса составил $39,9 \pm 4,7\%$, что соответствует значительному снижению.

Оценка познавательной функции строилась на мнении больного о работе памяти, способности концентрироваться и получать новую информацию. Важность этого параметра в том, что в случае грубых физических отклонений он позволяет повысить КЖ за счет интеллектуальной функции, которая у данного контингента не имеет прямой связи с характером заболевания. Данный факт позволяет переqualificировать работоспособных пациентов на трудовую деятельность, не связанную с серьезной физической нагрузкой. Познавательная функция явилась наиболее стойкой из всех шести параметров, изученных нами. Все группы пациентов, вне зависимости от длительности времени, прошедшего с момента операции, имели средний показатель не ниже 62%, что соответствует умеренному снижению. При этом, у больных, оперированных 3 и 4 года тому назад, снижение познавательной функции по сравнению с группой здоровых статистически недостоверное ($P > 0,05$), и можно говорить о его сохранности. Прослеживается тенденция волнообразного колебания данного показателя с повышением его к 3 и 4 годам после операции и последующего спада. При анализе распределения пациентов по величине данного параметра КЖ обращает на себе внимание малое количество больных с резко выраженным снижением этой функции — 10 (2,9%) чел. Это число наименьшее среди всех других оцениваемых факторов, что говорит о его устойчивости (рис.1).

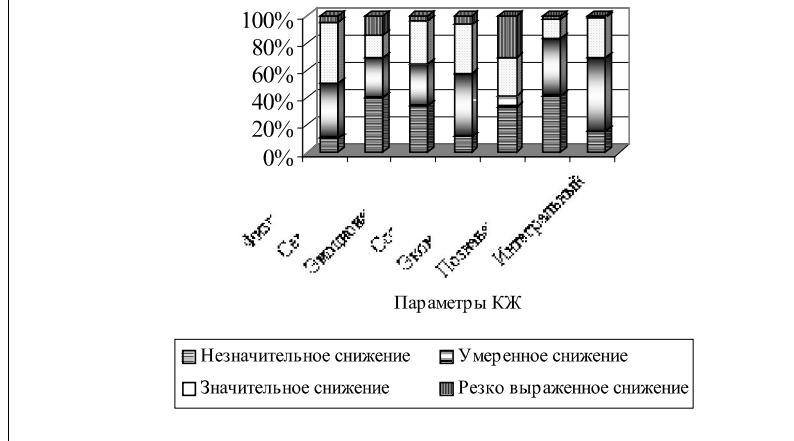


Рис. 1. Сводные данные показателей КЖ у больных, перенесших дискэктомию.

На рисунке представлены суммированные (все года) данные по КЖ всех опрошенных, которые позволяют сделать вывод о том, что уровень КЖ у трети больных (31,0%), перенесших дискэктомию, снижается значительно. Высокое КЖ (незначительное снижение) сохраняется у 15,8% пациентов. Наиболее страдают физический и экономический статусы (у 49,7% и 58,3% больных значительное и резко выраженное снижение соответственно).

На основании результатов проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Переменные, составляющие понятие «качество жизни», у больных, перенесших дискэктомию на поясничном уровне, имеют различную динамику, связанную со временем, прошедшим с момента операции.

2. На значительное снижение величины экономической составляющей в первые три года после операции указывали 55,5% респондентов, через 10 лет — 71,8%.

3. Значительное снижение эмоционального компонента в первые три года после операции отмечено у 33,5% опрошенных, а после 10 лет — у 41,1%.

4. Сексуальная составляющая изменяется волнообразно: на втором и третьем году после операции число пациентов с сохраненной функцией

максимально.

5. Очевидное снижение за 10 лет демонстрирует познавательная сфера: первые три года значительное снижение отмечали 14,3%, а к 10 году 28,2% респондентов.

6. Интегральный показатель КЖ претерпел значительное снижение менее, чем у трети оперированных (29,6%), а его резкое снижение было отмечено только у 1,4% опрошенных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. — М., «Антидор». — 2000. — 568 с.

2. Пушкарев А.Л., Аринчина Н.Г. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Метод. рекомендации / БНИИЭТИН. — Минск, 2002. — 16 с.

3. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями: Том 1 /Под ред. А.Н. Беловой, О.Н Шепетовой. — М., АОЗТ «Антидор». — 1998. — 224 с.

4. Новик А.А., Ионова Т.И. / Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — Спб., Издательский Дом «Нива»; — М., ОЛМА-Пресс «Звездный мир». — 2002. — 320 с.

5. The WHOQOL Group. The World Health Organization. Quality of life assessment: position paper from the World Health Organization // Soe. Sci. Med. — 1995. — №41. — P. 1403—1409