

Сравнительная оценка компонентов качества жизни беременных женщин и родильниц

С. В. Говоров, Г. Я. Клименко

Кафедра общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении Института последипломного медицинского образования Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко.

Резюме

Цель работы — оценить уровень и провести сравнение компонентов и общей оценки качества жизни (КЖ) женщин во время беременности и в послеродовом периоде. С помощью российской версии международной программы Medical Outcomes Study Short Form (SF-36) проведено исследование КЖ 451 женщины находившихся под наблюдением женской консультации г. Воронежа в сроке беременности 27-40 недель и у этих же женщин в послеродовом периоде.

Полученные данные показали, что оценка компонентов качества жизни беременных женщин снижена по сравнению с аналогичной у родильниц. Уровни двух промежуточных компонентов — физического и психологического и общей оценки КЖ у женщин во время беременности характеризуются более низкими показателями, чем в послеродовом периоде.

Ключевые слова: беременные, родильницы, качество жизни, компоненты качества жизни, программа исследования качества жизни SF-36.

Введение

В последнее время наблюдается ухудшение качества здоровья беременных женщин. Увеличивается число гинекологических заболеваний, осложнений беременности, родов и послеродового периода, возрастает группа женщин, у которых сочетаются осложнения беременности, родов и заболевания, осложняющие течение беременности, родов и послеродового периода [1, 2].

Для снижения осложнений течения беременности и совершенствования лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам и родильницам необходим индивидуальный подход с учетом особенностей как социально-гигиенических, так и медико-биологических характеристик [3]. На наш взгляд добиться индивидуализации подхода при оказании медицинской помощи беременным и родильницам можно при использовании данных оценки их качества жизни (КЖ). Оценка КЖ — новое перспективное направление медицины, которое дает возможность оценить состояние здоровья женщины не только в рамках медицинских аспектов, но и во взаимосвязи показателей

здоровья женщины и ее восприятия окружающей действительности [4]. Оценка КЖ является дополнительным показателем, который в сочетании с объективными данными может обеспечить комплексный подход к оценке здоровья. Определение КЖ является количественной методикой, что значительно упрощает оценку результатов и делает их сравнимыми, кроме того, метод изучения КЖ является недорогим, простым в использовании и высокоинформативным [5].

Необходимость в изучении КЖ вызвана тем, что сумма клинико-лабораторных показателей не всегда дает возможность оценить субъективное состояние здоровья человека, которое часто бывает более полным и приближенным к жизни, чем объективная оценка [6].

КЖ, связанное со здоровьем, в настоящее время трактуется как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.

В России наука о КЖ только набирает силы, в то время как во многих странах в Национальные медицинские программы уже включен этот показатель как один из критериев эффективности тактики здравоохранения. Важную роль в формировании у специалистов знаний и единых подходов в области исследо-

С. В. Говоров — врач акушер-гинеколог роддома №3 г. Воронежа;

Г. Я. Клименко — д. м. н., профессор кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении Института последипломного медицинского образования Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко.

вания качества жизни играет Международное общество исследования качества жизни (*International Society for Quality of Life Research — ISOQOL*). В мае 1999 года в Санкт-Петербурге был создан Межнациональный центр исследования КЖ. Основной целью деятельности центра является внедрение концепции и методологии оценки КЖ в отечественную медицину и социологию, координация национальных программ исследования КЖ в здравоохранении и социальной политике [7].

Изучение качества жизни, связанного со здоровьем, имеет не только важное научное, но и большое практическое значение в системе охраны здоровья населения Российской Федерации [8]. В России пока не существует национальных методик оценки КЖ [9]. Как не существует и специальной методики для исследования КЖ в акушерстве.

Целью исследования является сравнение оценки компонентов КЖ женщин во время беременности и в послеродовом периоде.

Методы

Исследуемую группу составила 451 женщина во время беременности и в послеродовом периоде, которые находились под наблюдением женских консультаций г. Воронежа. Проводилось двукратное анкетирование каждой женщины (при сроке беременности 27-40 недель и в послеродовом периоде). Опросник заполнялся женщиной самостоятельно, кроме того, врачом акушером-гинекологом давалось заключение о течении беременности и послеродового периода.

В данном исследовании для оценки КЖ мы использовали программу SF-36. Опросник разработан в институте здоровья США, автор — John E. Ware (*The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts*). Программа исследования КЖ SF-36 — «золотой стандарт» Международного проекта оценки КЖ (*International Quality of Life assessment — IQOLA*) целью которого является получение популяционных норм КЖ в различных странах.

В настоящее время к программам оценки КЖ предъявляют определенные требования: многомерность, простота заполнения, наличие необходимых психометрических свойств и возможность ее применения для международных популяционных и клинических исследований. Такими свойствами обладает международная программа оценки КЖ *Medical Outcomes Study Short Form (SF-36)*, что было подтверждено специалистами аналитического сектора Межнационального центра исследования КЖ, которыми был разработан протокол популяционного исследования КЖ в российских

условиях и проведено определение психометрических свойств российской версии опросника SF-36 [7].

При обработке результатов полученные ответы были сгруппированы в восемь шкал компонентов КЖ. Каждый пункт используют в обработке данных только для одной шкалы. Опросник имеет следующие шкалы компонентов КЖ: физическое функционирование (*Physical Functioning*); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (*Role-Physical Functioning*); интенсивность боли (*Bodily pain*); общее состояние здоровья (*General Health*); жизненная активность (*Vitality*); социальное функционирование (*Social Functioning*); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (*Role-Emotional*); психическое здоровье (*Mental Health*). Шкалы группируются в два показателя — физический компонент КЖ и психологический компонент КЖ, на основании которых дается общая оценка КЖ. Показатели каждой шкалы варьировали от 0 до 100 баллов, где 100 баллов представляет наивысшую оценку КЖ.

При статистической обработке полученных результатов вычисляли средние показатели (M) и их ошибки ($\pm m$). При этом, проводилось сравнение показателей в группе беременных женщин с аналогичными показателями в группе родильниц. Их различие оценивали с помощью коэффициента Стьюдента (t).

Результаты

Средний возраст беременных женщин составил $25,3 \pm 0,4$ года. В зарегистрированном браке находилось 82,2% беременных; в первом браке состояло 84,7% лиц; средняя длительность брака составляла $3,0 \pm 0,2$ года. Преобладали женщины с высшим образованием (37,0%); служащие составляли (41,9%); в учреждениях работали (33,0%); жилищно-бытовые условия оценивали как хорошие 49,5% женщин.

При анализе данных о течении беременности и родов было выявлено, что с нормальным течением беременности и родов было 14,0% женщин; с нормальным течением беременности, но роды протекали с осложнениями — 18,6% женщин; течением беременности с осложнениями, а течение родов нормальное — 15,7% женщин; течение беременности и родов с осложнениями — 51,7% женщин.

Показатель физического функционирования, отражающий уровень, в котором физическое состояние организма ограничивает выполнение физических нагрузок у беременных составил $65,26 \pm 1,60$ баллов; у родильниц — $75,10 \pm 1,48$ баллов ($P < 0,05$).

В группе беременных показатель ролевого функционирования, обусловленный физическим состоянием и отражающий его влияние на повседневную деятельность, составил $6,98 \pm 1,53$ баллов, в послеродовом периоде — $24,06 \pm 2,64$ баллов ($P < 0,05$).

У беременных показатель интенсивности боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, составил $77,76 \pm 2,55$ баллов, у рожениц — $80,79 \pm 2,60$ баллов ($P > 0,05$).

Показатель общего состояния здоровья, отражающий состояние здоровья в настоящий момент, составил в группе беременных женщин $65,58 \pm 1,16$ баллов, после родов — $73,27 \pm 1,15$ баллов ($P < 0,05$).

У беременных женщин показатель жизненной активности, который отражает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обеспокоенным, составил $55,96 \pm 1,51$ баллов, у рожениц — $69,63 \pm 1,39$ баллов ($P < 0,05$).

Показатель социального функционирования, определяющий уровень, в котором физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность, составил среди беременных $38,00 \pm 1,91$ баллов, среди рожениц — $56,74 \pm 2,27$ баллов ($P < 0,05$).

В группе беременных женщин показатель ролевого функционирования, обусловленный эмоциональным состоянием и определяющий уровень, в котором эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, составил $8,50 \pm 1,81$ баллов, после родов — $26,60 \pm 2,97$ баллов ($P < 0,05$).

Показатель психического здоровья, характеризующий настроение, наличие депрессии, тревоги, положительных эмоций, среди беременных женщин составил $59,73 \pm 1,36$ баллов, среди рожениц — $70,41 \pm 1,23$ баллов ($P < 0,05$).

У беременных физический компонент КЖ, включающий в себя показатели физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, интенсивности боли и общего состояния здоровья, составил $53,91 \pm 1,10$ баллов, у рожениц — $63,32 \pm 1,29$ баллов ($P < 0,05$).

Психологический компонент КЖ, включающий в себя показатели жизненной активности, социального функционирования, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, психического здоровья, в группе беременных составил $40,56 \pm 0,94$ баллов, в группе рожениц — $55,86 \pm 1,24$ баллов ($P < 0,05$).

Общая оценка КЖ, рассчитанная на основании физического и психологического компонентов КЖ, среди беременных женщин соста-

вила $47,26 \pm 0,85$ баллов, среди рожениц — $59,61 \pm 1,07$ баллов ($P < 0,05$).

Обсуждение

При анализе результатов оценки компонентов КЖ беременных женщин и рожениц видно, что наименьшее значение имеет оценка таких компонентов КЖ, как ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($6,98 \pm 1,53$ и $24,06 \pm 2,64$ баллов соответственно) и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($8,50 \pm 1,81$ и $26,60 \pm 2,97$ баллов соответственно). Это свидетельствует о том, что повседневная деятельность значительно ограничена ухудшением, как физического, так и эмоционального состояния женщин в обеих группах.

Наибольшее значение, как среди беременных, так и в группе рожениц имеет показатель интенсивности боли ($77,76 \pm 2,55$ и $80,79 \pm 2,60$ баллов соответственно), что указывает на отсутствие боли у подавляющего большинства женщин во время беременности и в послеродовом периоде, а так же на незначительное влияние боли на повседневную активность.

Оценка физического компонента КЖ выше оценки психологического компонента КЖ, как среди беременных женщин, так и рожениц. Это говорит о том, что во время беременности и в послеродовом периоде психологический компонент КЖ страдает больше, чем физический компонент КЖ.

При сравнении уровня оценки компонентов КЖ женщин во время беременности и в послеродовом периоде было выявлено, что во время беременности достоверно снижены ($P < 0,05$) такие компоненты КЖ как: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; общее состояние здоровья; жизненная активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; психическое здоровье и не достоверно снижен ($P > 0,05$) такой компонент КЖ как: интенсивность боли.

Сравнение двух промежуточных компонентов КЖ — физического и психологического, а так же общей оценки КЖ, показал, что они достоверно ниже ($P < 0,05$) у женщин во время беременности по сравнению с роженицами.

Представленные данные могут быть использованы врачами различных специальностей для повышения качества медицинской помощи и снижения числа осложнений у женщин во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Литература

1. Соловьев А. П. Охрана труда женщин в современных нормах права. Медицина труда и промышленная экология 2006; 1: 1-8.
2. Ярославцев А. С. Репродуктивное здоровье населения Астраханской области в 90-е годы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2002; 1: 5-9.
3. Ивлева Л. А. Медико-социальные аспекты осложненной беременности и родов и пути их профилактики в современных условиях. Автореф. дис. ... канд. мед. наук Рязань; 2004.
4. Усманова Д. Т., Пахомова Ж. Е. Состояние здоровья женщин фертильного возраста после операций на органах репродукции. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2002; 5: 11-14.
5. Альбицкий В. Ю., Винярская И. В. Новый подход к комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2007; 5: 16-17.
6. Долецкая Д. В. Оценка качества жизни у больных с множественной маткой после различных видов хирургического лечения. Акушерство и гинекология 2006; 1: 10-13.
7. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб: Издательский Дом «Нева»; М: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир»; 2002; 320.
8. Кучеренко В. З. Методические основы изучения качества жизни, связанного со здоровьем населения. Общественное здоровье и профилактика болезней 2004; 4: 3-9.
9. Судаков О. В. Качество жизни и комбинированная терапия у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Системный анализ и управление в биомедицинских системах 2006; 5 (2): 367-371.

Клинико-функциональные маркеры оценки диастолической функции сердца у лиц с артериальной гипертонией

А. А. Милюкова, Э. Г. Волкова

ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава

Резюме

Целью исследования явилось изучение клинико-функциональных характеристик пациентов с артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от характера диастолического наполнения левого желудочка. Обследовано 103 человека с АГ в возрасте 40-64 лет. Фокусную группу составили пациенты, у которых на доплерограмме преобладал пик раннего диастолического наполнения ($E/A > 1$) — 43 человека (42%). Пациентов разделили на группы в зависимости от состояния диастолической функции: группа 1 — «нормальный» тип трансмитрального спектра (ТМС) — 28 человек; группа 2 — «псевдонормальный» тип ТМС — 15 человек. Пациентам в исследуемых группах проводилось комплексное клинико-функциональное исследование: оценка клинического статуса, электрокардиография с записью первой производной, доплерэхокардиография.

Определено, что в группе лиц с «псевдонормальным» типом ТМС, по сравнению с группой с «нормальным» типом ТМС достоверно выше стаж АГ, степень систолического и диастолического АД, средний балл по шкале оценки клинического состояния (ШОКС), значимо чаще встречаются патологические изменения сегмента ST и зубца T, достоверно ниже показатели скорости активации желудочков сердца (САЖ). У пациентов с «псевдонормальным» типом ТМС выявляются структурно-геометрические изменения миокарда левого желудочка, диастолическая дисфункция правого желудочка (ДД ПЖ), признаки легочной гипертензии (ЛГ).

Установлено, что клинико-функциональные маркеры оценки диастолической функции сердца существенно дополняют дифференциально-диагностические критерии при оценке трансмитральных потоков с преобладанием пика E на доплерограмме у лиц с артериальной гипертонией.

Ключевые слова: диастолическая функция, артериальная гипертония, «псевдонормальный» тип ТМС.

Э. Г. Волкова — д. м. н., профессор, зав. кафедрой терапии, функциональной диагностики, профилактической и семейной медицины, проректор по НИР и международным связям ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, главный внештатный кардиолог МЗ Челябинской области.

Артериальная гипертония (АГ) является одной из наиболее частых причин диастолических нарушений. Частота развития диастолической дисфункции левого желудочка у больных АГ достигает 60% и в значительной