

А.Н. Андреев, А.А. Попов, Н.В. Изможерова

МЕНОПАУЗА С ПОЗИЦИИ КОНЦЕПЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Уральская государственная медицинская академия

Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. В последние годы КЖ стало рассматриваться как один из наиболее важных параметров оценки последствий большинства заболеваний и эффективности их лечения [5]. Менопауза – закономерное событие в жизни каждой женщины. Однако в современных условиях менее половины женщин, достигших менопаузы, переживают этот критический период без существенного нарушения качества жизни [1, 6]. КЖ – главная цель лечения при заболеваниях, не укорачивающих жизнь, и важная дополнительная цель при болезнях, приводящих к преждевременной смерти [5]. Поскольку менопаузальный синдром, сам по себе, не приводит к укорочению жизни, улучшение КЖ у страдающих им женщин является актуальным [3, 5, 12].

Типичными проявлениями менопаузального синдрома считают «приливы» жара, потливость, нестабильность артериального давления, урогенитальные нарушения, неустойчивость настроения, нарушения сна, боли в мышцах и суставах, изменения аппетита и влечений [1, 6, 12]. С позиций медицины, основанной на доказательствах, наиболее перспективным путём устранения описанных явлений является заместительная гормональная терапия (ЗГТ), которая, однако, оказывается эффективной не у всех женщин.

Одной из наиболее важных причин неэффективности ЗГТ считают обусловленность вышеприведённых симптомов не эстрогенным дефицитом, а не диагностированными ранее эмоционально-аффективными нарушениями [11]. По данным ВОЗ, распространённость аффективных расстройств в 90-е годы в развитых странах Европы и в США составила 5-10% против 0,4-0,8% к началу 60-х годов [2]. В нашей стране доля пациентов с депрессией составляет 20-33% от всех обращающихся в общемедицинские учреждения амбулаторной и госпитальной сети [7].

Целью настоящего исследования явилась оценка качества жизни у женщин в климатерии, обратившихся на специализированный терапевтический приём по патологии менопаузы.

Материалы и методы. В одномоментное поперечное исследование включена случайная выборка из 673 жительниц Екатеринбурга, полученная из генеральной совокупности 6734 женщин, обратившихся самостоятельно или по направлению врача на специализированный городской приём по проблемам менопаузы за период с 1994 по 2002 гг. Отбор участников осуществляли по порядковым номерам регистрационных карт с помощью генератора случайных чисел.

Дали согласие на участие в исследовании 666 женщин. Проводили унифицированный сбор анамнеза, осмотр врача. Тяжесть менопаузального синдрома оценивали в баллах модифицированного менопаузального индекса (ММИ), позволяющего оценить нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные симптомы, ассоциированные с дефицитом эстрогенов [1, 6, 12].

Наличие депрессии верифицировали согласно диагностическим критериям Международной Классификации Болезней 10-пересмотра (МКБ-10) [4]. Тяжесть депрессии оценивали с помощью вопросника Бека [9] и Госпитальной шкалы депрессии (HADS) [10]. Для оценки Качества жизни (КЖ) использовали русскую версию опросника «SF-36» [5]. Опросник «SF-36» позволяет оценить КЖ по 8 шкалам: ФФ – физическое функционирование, РО – ролевые ограничения, обусловленные с физическими проблемами, ФБ – физическая боль, ОЗ – общая оценка здоровья, ЭЖ – энергия/жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевые ограничения в связи с эмоциональными проблемами, ПЗ – психическое здоровье [1]. При оценке влияния выявленной патологии на КЖ, медианы значений был использован метод интегральных профилей, который позволяет более наглядно проследить особенности качества жизни в зависимости от тяжести клинических проявлений менопаузального синдрома [8].

Статистическую обработку проводили с помощью пакета «Statistica for Windows 5.0» (Statsoft Inc.). После оценки характера распределения данных, для оценки различий количественных признаков с нормальным распределением использовали Т-критерий Стьюдента для независимых выборок.

Проведение исследования одобрено Этическим комитетом центральной городской больницы № 6 г. Екатеринбурга.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследование включены 666 женщин в возрасте от 44 до 57 лет (медиана 51,0; 25 и 75% 48-54 года). Продолжительность постменопаузы составила от 0 до 5 лет (медиана 2 года). Выборка была репрезентативна по отношению к генеральной совокупности лиц, обратившихся на консультативный приём.

В обследованной группе выявлены 109 случаев клинически выраженной депрессии.

Показатели КЖ обследованных приведены на рис.1. По всем шкалам оценки КЖ участницы исследования, страдавшие КС, показали более низкие значения, чем женщины, не имевшие клинически проявлений КС. Наиболее выраженные различия при тяжёлом течении КС отмечены по шкалам физических ролевых ограничений (более 50%), физического функционирования (15%), физической боли (25%), социального функционирования (16%), а также ролевых ограничений, связанных с эмоциональными проблемами (46%). Необходимо отметить также существенную деформацию «жизненного пространства» пациенток, страдающих тяжёлым КС.



Рис. 1. Качество жизни женщин с менопаузальным синдромом

Наличие коморбидной депрессии оказывало существенное влияние на показатели качества жизни по всем шкалам опросника (рис. 2).

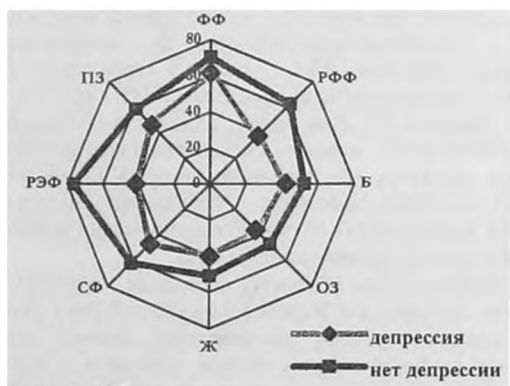


Рис. 2. Качество жизни женщин с коморбидной депрессией

В то же время, в отличие от тяжелого КС, депрессия обуславливала более равномерное снижение КЖ по большинству шкал, близкое по характеру к таковому у лиц с умеренной тяжестью КС.

Результаты исследования и их обсуждение. Здоровье, по определению ВОЗ, – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие болезни. Для здоровья характерны такие характеристики как многомерность, изменяемость во времени, субъективность самооценки. Многомерность включает в себя характеристику физического здоровья, психологического состояния, социального функционирования, духовной жизни, экономического положения. Изменяемость во времени позволяет использовать оценку качества жизни для мониторинга состояния и коррекции проводимой терапии. Участие больного в оценке его состояния, с одной стороны, обуславливает индивидуальную оценку своего самочувствия [5]. Данные нашего исследования свидетельствуют о том, что страдающие КС жительницы Екатеринбурга в большей степени, чем их ровесницы без клинических проявлений КС, страдают от боли, имеют более выраженные эмоци-

нальные проблемы, обуславливающие ограничения их физических функций и социального функционирования. Существенный вклад в снижение КЖ вносит коморбидная депрессия, однако «ограничение жизненного пространства» при депрессии и при КС носит разный характер [12]. Необходимы дальнейшие исследования механизмов и причин снижения КЖ и нарушений социальной адаптации, наблюдаемые именно у женщин возрастной группы от 40 до 65 лет [3, 5], поскольку, с одной стороны, проявления КС нельзя рассматривать как только проявления дефицита эстрогенов, а с другой стороны, только как симптомы эмоционально-аффективных нарушений [11, 12].

Выводы

1. Качество жизни женщин, имеющих клинические проявления климактерического синдрома, снижено по сравнению с качеством жизни женщин общей популяции.
2. Наибольшие ограничения жизненного пространства страдающих климактерическим синдромом наблюдаются по шкалам физического функционирования, физической боли, социального функционирования и ролевых ограничений, связанных с эмоциональными проблемами.
3. Наличие коморбидной депрессии сопровождается нарушением адаптации пациенток и в социальной, и в эмоциональной сторонах жизни в период климактерия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е.М. Климактерический синдром: руководство по эндокринной гинекологии [Текст] / Е.М. Вихляева. – М.: Медицинское информационное агентство, 1997. – С.603-650.
2. Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях [Текст]: пер. с англ. / Под ред. Н.А. Корнетова. – Киев: Сфера, 2002. – 69с. (Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВПА/ПТД. Модуль II).
3. Дюкова Г.М. Качество жизни женщины в период климактерия [Текст] / Г.М. Дюкова // Лечащий врач. – 2003. – № 1. – С.48-50.
4. МКБ-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ [Текст]: пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина - СПб: АДИС, 1994.
5. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине [Текст] / А.А. Новик, Т.И. Ионова/ – СПб: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320с.
6. Сметник В.П. Руководство по климактерию [Текст] / В.П. Сметник, В.И. Кулаков. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 685с.
7. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике [Текст] / А.Б. Смулевич. – М.: Берг, 2000. – 160с.
8. Метод интегральных профилей в изучении качества жизни больных ревматоидным артритом [Текст] / Ю.Л. Шевченко, А.А. Новик, Т.И. Ионо-

- ва, А.В. Киштович // Вестник международного центра исследования качества жизни, 2004; 3/4, 5 – 10.
9. Beck A.T. Assessment of depression: the depression inventory [Text] / A.T. Beck, A. Beamesderfer // Mod. Probl. Pharmacopsychiatry. – 1974. - N7. – P.151–169.
 10. Zigmund A.S. The Hospital Anxiety and Depression scale [Text] / A.S. Zigmund, R.P. Snaith // Acta Psychiat. Scand. – 1983. – Vol. 76. – P.361-370.
 11. Hunter M.S. Depression and menopause [Text] / M.S. Hunter // BMJ.- 1996. – Vol. 313. – P.1217-1218.
 12. Hormone replacement therapy and quality of life [Text] / Ed. by P.R. Schneider. – Parthenon Publishing group, 2002. – 144p.

В.Б. Аретинский, И.Г. Кармазина, В.Ф. Антюфьев

СТЕНОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВЕНЕЧНЫХ СОСУДОВ СЕРДЦА У РАБОТАЮЩИХ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЮ

Областная специализированная больница восстановительного лечения «Озеро Чусовское», г. Екатеринбург

Болезни, поражающие сердечно-сосудистую систему, всегда находятся в центре внимания, так как остаются ведущей причиной инвалидности и смертности. В Свердловской области, как и в РФ, общая заболеваемость болезнями системы кровообращения сохраняет тенденции к росту. Более того, область занимает одно из «ведущих» мест в России по заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями, показатель заболеваемости увеличился на 45,6% за последние десять лет. По заболеваемости острым инфарктом сердца Уральский округ уступает только Центральному [12].

Достаточно обоснованы высказывания специалистов о демографической катастрофе или «демографической зиме» в России, которая угрожает национальной безопасности страны. Ряд исследователей проблему народонаселения в России объясняют объективным и закономерным течением демографических процессов, связанным с демографическими волнами. Связь демографической ситуации с реакцией населения на коренное переустройство общества, вероятно, также существенна.

Средняя продолжительность жизни поколения оказывает влияние на объем душевого национального дохода. Преждевременная смертность приносит обществу социальный ущерб не только в виде неполных демографических потерь, но и экономический ущерб в виде недоданного валового внутреннего продукта. Средняя продолжительность трудовой жизни оказывает наиболее существенное влияние на объем душевого национального дохода. Количественно социальный ущерб от преждевременной смертности выражается в «недожитой» жизни (человеко-годах). Определение экономического ущерба от преждевременной смертности основано на измерении национа-

льного дохода, который создали бы люди за «недоработанный» рабочий период жизни. Условные экономические потери, по оценкам Всемирного Банка, на один потерянный человеко-год составляют 10 000 долларов США. Общество несет огромные моральные и социально-экономические потери от преждевременной смертности [6,11].

В Свердловской области происходит постоянное увеличение объема и доступности медицинских услуг кардиохирургической помощи населению, увеличивается количество коронарографических исследований, число различных операций на коронарных сосудах. Увеличение объема кардиохирургических вмешательств сопровождается повышением их эффективности и качества. Эффективны ли целевые кардиохирургические программы? В «Медицинском информационно-аналитическом центре» г. Екатеринбурга проведена оценка экономической эффективности инвестиций в развитие кардиохирургической помощи населению Свердловской области за три года (2001-2003 гг.). Объем финансирования составил 228370 тыс. руб. Дополнительное финансирование кардиохирургической помощи за счет Губернаторской программы – 3 млн. долларов или 90000 тыс. руб. (курс доллара ориентировочно принят равным 30 рублям). Всего за анализируемый период действия Губернаторской программы финансирование кардиохирургии составило 318370 тыс. руб.

Оценка демографического эффекта от оказания кардиохирургической помощи продемонстрировала от 91,38 тыс. (прямой метод) до 98,6 тыс. (косвенный метод) сохраненных «человеко-лет» жизни. Затраты на получение медико-демографического эффекта в виде снижения на 1 год потерь продолжительности жизни составили за три года от 3200 до 3500 рублей [6,11].

Расчеты были произведены только в виде социальных потерь, связанных, как указывалось выше, со смертностью. Таким образом, на вопрос: «эффективно ли развитие кардиохирургической помощи?», можно ответить положительно.

Один из способов хирургического лечения ИБС – это восстановление кровотока в сосудах сердца методом их расширения и устранения суженных участков: чрескожная транслюминарная баллонная коронарная ангиопластика (ЧТКА) и эндоваскулярное протезирование (стентирование). Направление это получило название «агрессивной» кардиологии. Это современное и наиболее интенсивно развивающееся направление кардиологии. Бурное внедрение интервенционной технологии лечения ишемической болезни сердца демонстрирует прекрасные ближайшие результаты с положительным эффектом [5,9,10].

Забывается только одно: не своевременно и/или не верно проведенное раннее «долечивание» этой категории пациентов обесценивает громадный труд кардиохирургической службы, может ухудшить ближайшие и отдаленные результаты операции и нанести ущерб здоровью пациента, а государству – экономический ущерб. Реабилитация на специализированном стационарном этапе имеет громадное как медицинское, так и социальное значение. Восстановительное лечение больных, подвергнутых реваскуляризации