

И.А. Камаев, С.Л. Кабанова*

УДК 616.379(1-22)(045)

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Резюме

Сахарный диабет (СД) 2 типа — одно из самых важных социально значимых заболеваний. Повышение качества жизни (КЖ) пациентов с диабетом является одним из ожидаемых конечных результатов реализации всех программ, разрабатываемых для оптимизации организации диабетологической помощи больным СД 2 типа. Оценка ее эффективности проводится на основе популяционных показателей КЖ, которые во многом зависят от места проживания пациента (город или сельская местность). В данной статье представлены данные по КЖ больных СД 2 типа в зависимости от пола и возраста, проживающих в сельской местности.

Ключевые слова: качество жизни, медицинское обслуживание, городское население, сельское население, осложнения сахарного диабета, медицинская помощь больным сахарным диабетом.

Abstract

Type 2 diabetes is one of the most important social diseases. Improving the quality of life for patients with diabetes is one of the expected outcomes of the implementation of programs designed to optimize the organization of diabetes care to patients with type 2 diabetes mellitus. Evaluation of its effectiveness is carried out based on population and quality of life. Quality of life in patients is largely dependent on the patient's place of residence (urban or rural). This article presents data on the quality of life of patients with type 2 diabetes according to sex and age living in rural areas.

Key words: quality of life, medical service, urban population, rural population, complications of diabetes mellitus, diabetes care.

Одним из приоритетных направлений национальной программы «Здоровье» является совершенствование оказания специализированной помощи пациентам на региональном уровне. Особенно это важно при СД в силу высокой распространенности этого заболевания среди населения Российской Федерации. Всемирная организация здравоохранения в 1987 г. поставила СД на 3-е место в мире по медико-социальной значимости. Реализация программы ставит задачи по улучшению организации амбулаторной и стационарной медицинской помощи пациентам с СД. За последние годы создана стройная система помощи как на федеральном, так и на региональном уровне (школы диабета, лиги помощи больным СД и т.п.). Повышение КЖ пациентов с диабетом является одним из ожидаемых конечных результатов реализации данной программы. Изучение вопросов оказания диабетологической помощи будет во многом способствовать созданию оптимальной системы взаимодействия медицинских учреждений различных уровней. Оценка ее эффективности проводится и на основе популяционных пока-

зателей КЖ, которые во многом зависят от места проживания пациента (город или сельская местность). Сравнительный анализ качества диабетологического обслуживания городского и сельского населения позволит выявить разницу в медицинском обеспечении между этими пациентами. Вопросы изучения КЖ больных с диабетом в условиях крупных городов отражаются в литературе лишь периодически, данные о качестве жизни больных в сельской местности практически отсутствуют [1–7].

Цель исследования — провести анализ КЖ больных СД 2 типа в сельской местности в зависимости от пола и возраста на основе социологического опроса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки КЖ нами применялся опросник SF-36 (J.E. Ware, 1992), русифицированная версия опросника 1998 г. [1, 6]. Для сопоставления показателей КЖ в общей популяции были использованы результаты многоцентрового исследования

* Контакты. E-mail: slkabanova@mail.ru. Телефон: (831) 438-93-44

Таблица 1. Сравнительная таблица по оценке качества КЖ СД 2 типа в зависимости от возраста на основе анкетирования SF-36

Параметр	1-я группа (n = 90) М ср	2-я группа (n = 81) М ср	Коэффициент Вилкоксона–Манна–Уитни (U _p)	ρ
PF	51,01	48,14	1,5	0,1
RF	24,94	9,25	0,26	0,1
BP	48,92	40,87	0,24	0,1
GH	40,66	37,48	0,24	0,1
VT	43,38	40,55	0,44	0,1
SF	60,13	57,87	0,92	0,1
RE	38,14	25,1	1,22	0,1
VH	51,11	49,18	0,36	0,1
PH	45,23	42,08	2,60	0,01
MH	39,30	38,16	0,53	0,1

Примечание к табл. 1–5.
PF — физическое функционирование.
RF — ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием.
BP — интенсивность боли.
GH — общее состояние здоровья.
VT — жизненная активность.
SF — социальное функционирование.
RE — ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием.
VH — психическое здоровье.
PH — физический компонент здоровья.
MH — психический компонент здоровья.

Таблица 2. Сравнительная таблица по оценке КЖ мужчин, больных СД 2 типа, в зависимости от возраста на основе анкетирования SF-36 (M ± m)

Параметр	3-я группа (n = 41) М ср	4-я группа (n = 30) М ср	Коэффициент Вилкоксона–Манна–Уитни (U _p)	ρ
PF	68,31	53,66	2,42	0,01
RF	32,92	10,83	0,55	0,1
BP	58,97	47,26	0,33	0,1
GH	43,73	40,5	0,42	0,1
VT	50,6	46,66	0,50	0,1
SF	68,6	64,58	0,55	0,1
RE	43,9	38,88	1,40	0,1
VH	57,36	55,2	0,11	0,1
PH	48,05	42,15	3,15	0,01
MH	41,7	41,7	1,14	0,1

Таблица 3. Сравнительная таблица по оценке КЖ женщин, больных СД 2 типа, в зависимости от возраста на основе анкетирования SF-36 (M ± m)

Параметр	5-я группа (n = 49) М ср	6-я группа (n = 51) М ср	Коэффициент Вилкоксона–Манна–Уитни (U _p)	ρ
PF	47,65	44,70	0,21	0,1
RF	18,26	8,82	3,97	0,01
BP	40,51	37,50	0,22	0,1
GH	38,10	36,00	0,38	0,1
VT	37,37	37,65	0,61	0,1
SF	53,31	53,92	1,27	0,1
RE	33,33	17,65	3,88	0,01
VH	45,87	46,12	0,40	0,1
PH	42,86	42,09	0,11	0,1
MH	37,28	36,16	0,23	0,1

КЖ «МИРАЖ» (данные 3400 респондентов в возрасте от 18 до 85 лет).

Нами проведен анализ данных анкетирования 171 больного СД 2 типа, жителей сельской местности обоего пола. Возраст респондентов — 18–78 лет, средний возраст — 59 лет, средняя длительность диабета — 10 лет. Результаты обрабатывались с использованием программного комплекса «STATISTICA 6.0». При сравнении независимых групп использовался U-критерий Вилкоксона–Манна–Уитни для парных сравнений. Для определения связи величин применялись корреляционный анализ с помощью ранговой корреляции Спирмена и метод множественной линейной регрессии. Результаты считались достоверными при уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведен сравнительный анализ данных шкал опросника SF-36 всех респондентов в зависимости от возраста и пола. Респонденты были разделены на группы. Мужчины и женщины до 55 лет вошли в 1-ю группу; мужчины и женщины старше 55 лет — во 2-ю группу; мужчины до 55 лет — в 3-ю группу, мужчины старше 55 лет — в 4-ю группу, женщины до 55 лет — в 5-ю группу, женщины старше 55 лет — в 6-ю группу.

Сравнительные данные шкал опросника SF-36 в зависимости от возраста мужчин и женщин (1-я и 2-я группы) приведены в табл. 1. Эти же данные в зависимости от возраста мужчин (3-я и 4-я группы) приведены в табл. 2, в зависимости от возраста женщин (5-я и 6-я группы) — в табл. 3. Сравнительные данные шкал опросника SF-36 мужчин и женщин в возрасте до 55 лет (3-я и 5-я группы) представлены в табл. 4, старше 55 лет (4-я и 6-я группы) — в табл. 5.

Таблица 4. Сравнительная таблица по оценке КЖ больных СД 2 типа в возрасте до 55 лет в зависимости от пола на основе анкетирования SF-36 ($M \pm m$)

Параметр	3-я группа (n = 41) М ср	5-я группа (n = 49) М ср	Коэффициент Вилкоксона-Манна-Уитни	P
PF	68,51	47,65	3,29	0,01
RF	32,92	18,26	1,51	0,1
BP	58,97	40,51	1,62	0,1
GH	43,73	38,10	0,94	0,1
VT	50,60	37,37	2,49	0,01
SF	68,60	53,31	2,40	0,01
RE	43,90	33,33	0,35	0,1
VH	57,36	45,87	2,36	0,01
RH (физ. пок.)	48,05	42,86	3,57	0,01
MH (псих. пок.)	41,70	37,28	2,13	0,05

Таблица 5. Сравнительная таблица по оценке КЖ больных СД 2 типа в возрасте свыше 55 лет в зависимости от пола на основе анкетирования SF-36 ($M \pm m$)

Параметр	4-я группа (n = 30) М ср	6-я группа (n = 51) М ср	Коэффициент Вилкоксона-Манна-Уитни	P
PF	53,66	44,70	1,25	0,1
RF	10,83	8,82	0,86	0,1
BP	47,26	37,50	1,01	0,1
GH	40,50	36,00	0,06	0,1
VT	46,66	37,65	1,66	0,05
SF	64,58	53,92	1,26	0,1
RE	38,88	17,65	3,00	0,01
VH	55,20	46,12	1,56	0,1
RH	42,15	42,09	0,19	0,1
MH	41,7	36,16	2,31	0,01

У респондентов 2-й группы (мужчины и женщины старше 55 лет) по сравнению с 1-й (мужчины и женщины в возрасте до 55 лет) отмечено достоверное снижение показателей шкал PF, RF, BP, GH, VT, SF, RE, VH и суммарного показателя психического здоровья (MH) опросника SF-36. Достоверно снижен суммарный показатель RH (физический компонент здоровья).

У респондентов 4-й группы (мужчины старше 55 лет) по сравнению с 3-й (мужчины в возрасте до 55 лет) наблюдается достоверное снижение показателей шкал RF, BP, GH, VT, SF, RE, VH. Достоверно снижены показатель шкалы PF и суммарный показатель RH (физический компонент здоровья).

У респондентов 6-й группы (женщины старше 55 лет) по сравнению с 5-й (женщины в возрасте до 55 лет) отмечено достоверное снижение показателей шкал PF, BP, GH и суммарных показателей психического и физического здоровья (MH, RH). Достоверно снижены также показатели шкал RF и RE.

У женщин в возрасте до 55 лет (5-я группа) по сравнению с мужчинами (3-я группа) наблюдается достоверное снижение показателей шкал RF, BP, GH, RE. Достоверно снижены показатели шкал PF, VT, SF, VH и суммарные показатели психического и физического здоровья (MH, RH).

У женщин старше 55 лет (6-я группа) по сравнению с мужчинами (4-я группа) наблюдается достоверное снижение показателей шкал PF, RF, BP, GH, SF, VH, суммарного показателя физического здоровья RH, достоверно снижены показатели шкал VT, RE, суммарного показателя психического здоровья (MH).

Выводы

1. У больных СД старшей возрастной группы, проживающих в сельской местности, как у мужчин, так и у женщин, снижены показатели КЖ.
2. Показатели КЖ у женщин в сравнении с мужчинами снижены во всех возрастных группах.

Ⓐ

Список литературы

1. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 // Научно-практическая ревматология. 2008. № 1. С. 36–48.
2. Дроздова Е.А. Эпидемиология сахарного диабета и основные направления совершенствования диабетологической помощи населению на региональном уровне. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2007.
3. Курникова И.А. Оптимизация системного подхода в реабилитации больных сахарным диабетом с высокой коморбидностью. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ульяновск, 2010.
4. Оюунчимэг Я. Клиническая и фармакоэкономическая эффективность различных схем терапии сахарного диабета типа 2. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2009.
5. Петров А.В. Влияние ожирения на качество жизни женщин, больных сахарным диабетом 2-го типа // Международный эндокринологический журнал. 2009. № 2. С. 20.
6. Трифонова Е.А. Клинико-психологические факторы нарушения психической адаптации и качества жизни больных инсулинозависимым сахарным диабетом. Дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2004.
7. Чеглова Н.Е. Социальные детерминанты повышения качества жизни больных сахарным диабетом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2009.

Л.В. Бердникова*, И.С. Добротина, Н.Н. Боровков

УДК [616.23:616.12-008.331.4](045)

ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной терапии им. В.Г. Вогралика

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Резюме

Изучены факторы, оказывающие влияние на качество жизни (КЖ) больных с сочетанием бронхиальной астмы (БА) и артериальной гипертензии (АГ). Уровень КЖ оценивался с помощью опросника СА-36 v2. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии на КЖ пола, возраста, проживания в сельской местности, профессиональной деятельности с эпизодами психоэмоционального стресса. Отмечена ассоциация КЖ с длительностью БА и выраженностью бронхиальной обструкции. Снижение артериального давления на фоне гипотензивной терапии ниже 120 мм рт. ст. сопровождалось снижением КЖ.

Ключевые слова: качество жизни, бронхиальная астма, артериальная гипертензия.

Abstract

The factors supposed to influence on the quality of life in patients with bronchial asthma and arterial hypertension had been examined. MOS SF-36 v2 questionnaire was used. Age, sex, country life, association of the professional occupation with stress had been contributed to decrease in quality of life. Bronchial obstruction and long asthma history correlated with worse parameters of SF-36 v2. Arterial hypotension lower than 120 mm Hg against the background of antihypertensive therapy correlated with decrease in quality of life.

Key words: quality of life, bronchial asthma, arterial hypertension.

Бронхиальная астма и артериальная гипертензия — широко распространенные, социально значимые патологические состояния [3, 5]. Частота сочетанного течения БА и АГ колеблется от 6 до 73%, в среднем составляя около 30% [4, 6, 9]. Для указанной нозологической ассоциации характерно повышение кардиоваскулярного риска, раннее присоединение и прогрессирование хронической сердечной недостаточности [2]. Следствием междисциплинарного комплексного подхода современной медицины к ведению пациентов с сочетанной патологией стало появление понятия КЖ. Это субъективная оценка человеком своего самочувствия, на которое оказывают влияние внешние и внутренние факторы (состояние здоровья, тяжесть хронических заболеваний, окружающая среда, религиозные убеждения, политический строй, уровень благосостояния и медицинского обслуживания) [1].

Судя по результатам проведенных исследований, в возникновении и прогрессировании БА и АГ особенно значима роль психоэмоциональных факторов [10, 11]. Так, тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) способны существенно снизить приверженность терапии, негативно влиять на уровень КЖ и прогноз. Несмотря на актуальность изучения этого раздела, работы, посвященные оценке факторов, ко-

торые влияют на уровень КЖ при сочетании БА и АГ на фоне ТДР, единичны.

Целью нашего исследования было изучить параметры общего КЖ и психологический статус больных с сочетанием БА и АГ, выявить факторы, влияющие на них.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 100 больных БА смешанного генеза средней степени тяжести неконтролируемого течения, проходивших лечение в пульмонологическом отделении Нижегородской областной больницы им. Н.А. Семашко. 1-ю группу составили 60 человек, страдавших БА и АГ, 2-ю группу — 40 пациентов, у которых была диагностирована только БА. Для изучения популяционных параметров КЖ и выраженности ТДР были опрошены 20 здоровых добровольцев, вошедших в 3-ю группу. Характеристика групп представлена в *табл. 1*.

Исходно всем пациентам проводилось общеклиническое обследование. Выраженность бронхообструктивного синдрома (БОС) оценивали по данным спирометрии (спирограф «Диамант»,

* Контакты. E-mail: berdnikova-lv@yandex.ru. Телефон: (834) 438-93-27