

УДК 617.741-004.1-08:613

СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ КАТАРАКТОЙ

Е.А. Минакина, И.И. Макарова, К.А. Страхов

Тверская государственная медицинская академия

Установлено, что у лиц, прооперированных по поводу удаления катаракты и имплантации искусственного хрусталика, качество жизни улучшается. Пациенты положительно оценивают состояние своего физического здоровья после проведённой операции. Анализ психического здоровья показывает, что у пациентов после операции наблюдается высокое состояние жизненной активности. Их физическое и эмоциональное состояние не ограничивает социальную активность и общение.

Ключевые слова: *качество жизни, катаракта, искусственный хрусталик.*

Введение. Задачей рационального лечения любого заболевания является восстановление или сохранение здоровья. Традиционными показателями течения заболевания и эффективности лечения считают результаты клинических исследований. В офтальмологии – это определение состояния зрительных функций, данные объективного осмотра, уровень внутриглазного давления. Однако все эти показатели имеют существенный недостаток – остается неясным восприятие больным собственного состояния, которое отражается на его жизнедеятельности и уровне благополучия, т. е. на качестве жизни.

Понятие качества жизни в медицине включает в себя аспекты, определяемые состоянием здоровья («health related quality of life») [2] и отражает уровень физической, социальной деятельности пациента, его эмоционального благополучия, субъективное восприятие собственного здоровья. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие, а не просто отсутствие болезни» [8]. ВОЗ дала определение и качеству жизни, под которым понимается «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [1]. С тех пор, как ВОЗ дала это определение, интерес к исследованию качества жизни со стороны ученых и врачей-практиков непрерывно возрастает. Качество жизни связано с физическими, психологическими и социальными аспектами здоровья и находится в зависимости от таких личностных особенностей индивида, как его опыт, вера, ожидания и восприятие идеалов здоровья.

Каждый аспект здоровья можно измерить двумя способами: объективным исследованием функционального состояния организма и субъективным восприятием индивидом своего состояния здоровья [11].

В мире насчитывается 45 миллионов слепых и 135 миллионов слабовидящих [10], среди которых 28 миллионов больных с патологией хрусталика. По данным ВОЗ, катарактой страдает около 17 миллионов человек в мире, в основном в возрасте после 60 лет. В 70–80 лет катаракта наличествует у 260 человек из 1000, а после 80-ти – практически у каждого. Статистические данные свидетельствуют, что у 20 миллионов человек в мире катаракта становится причиной слепоты, а инвалидность вследствие катаракты у лиц старше 60 лет составляет 14% [6]. Методы коррекции зрения при данном заболевании хорошо отработаны и, можно сказать, доведены до совершенства. Основной способ увидеть мир во всем его многоцветии при катаракте – это операция. Чтобы ликвидировать слепоту в мире от катаракты к 2020 г. и значительно улучшить качество жизни пациентов, необходимо выполнять в каждой стране около 3000 операций на 1 млн. чел. в год [4].

Актуальность этой проблемы вызывает интерес как офтальмологов, так и геронтологов к всестороннему изучению возрастной катаракты. С современных позиций эффективность хирургических вмешательств и реабилитационных мероприятий, проводимых в послеоперационный период, следует определять по критерию «качество жизни» больного [7]. В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение качества жизни офтальмологических больных Солнечногорской центральной районной больницы (ЦРБ) до и после операции по удалению катаракты и имплантации искусственного хрусталика.

Материал и методика. В обследовании принимали участие 30 пациентов женского пола до и после операции в возрасте от 68 до 75 лет. Измерительный инструмент для оценки качества жизни – опросник SF-36 (HEALTH STATUS SURVEY). SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Он широко распространен в США и странах Европы при проведении исследований качества жизни [12]. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (г. Санкт-Петербург) [7]. Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни:

1. General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.
2. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует

- выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).
3. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).
 4. Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.).
 5. Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).
 6. Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.
 7. Vitality (VT) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).
 8. Mental Health (MH) – самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал. Показатели каждой варьируют от 0 до 100, где 100 – полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Для обработки полученных данных использовали пакет программ Statistica, описательные статистики, математические методы. Проверка параметров на нормальность распределения в обеих группах показала тенденцию к ненормальности. По этой причине были выбраны непараметрические методы анализа данных. Для сравнения значений шкал до и после операции был применен U-критерий Манна-Уитни, также рассчитывали ранговые корреляции по Спирмену между шкалами опросника SF-36. Нами также использованы статистические данные Солнечногорской ЦРБ для изучения динамики оперативных вмешательств за период 2006–2010 гг.

Результаты и обсуждение. В Солнечногорской ЦРБ проходят лечение офтальмологические пациенты Клинского, Солнечногорского и Химкинского р-нов Московской обл. Анализируя статистические данные с 2006 по 2010 гг. была получена следующая динамика, представленная в табл. 1. Уменьшение количества операций по поводу удаления катаракты связано с сокращением финансирования больницы и, как следствие, уменьшение объемов закупки хрусталиков. В табл. 2 представлены значения показателей шкал опросника SF-36 у 30 женщин, обследованных до и после операции по удалению хрусталика.

Таблица 1

Динамика операций по удалению катаракты
в Солнечногорской ЦРБ с 2006 по 2010 гг.

Пол	Годы				
	2006	2007	2008	2009	2010
Мужчины	58	64	57	51	28
Женщины	150	112	90	85	38
Итого	208	176	147	136	66

Таблица 2

Средние значения показателей шкал
опросника SF-36 у обследуемых лиц (M±m)

№	Шкалы	Группа обследуемых лиц	
		до операции (n=30)	после операции (n=30)
1	PF	60,67±3,10	92,67±0,75*
2	RP	28,33±1,58	100,00±0,00*
3	BP	100,0±0,00	100,00±0,00
4	GH	25,50±1,83	72,87±1,79*
5	VT	50,00±1,44	79,67±3,02*
6	SF	61,87±1,94	100,00±0,00*
7	RE	38,50±2,28	100,00±0,00*
8	MH	40,40±4,45	81,73±2,10*

Примечание. * – достоверность различий средних значений показателей шкал обследуемых лиц до и после операции, $p < 0,01$

Значения показателя шкалы PF - Физическое функционирование у обследуемых пациентов до операции колебалось от 40 до 80, а среднее значение составило $60,67 \pm 3,10$ ед. После операции интервал значений PF составил от 90 до 100 при среднем значении $92,67 \pm 0,75$ ед.

RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием здоровья находилось до операции в пределах от 25 до 50. Его среднее значение составило $28,33 \pm 1,58$ ед., а после операции $100,00 \pm 0,00$ ед. BP – значения интенсивности боли у обследуемых пациентов до и после операции составили 100 ед., т.е. боль не беспокоит пациентов, страдающих помутнением хрусталика. GH – показатели общего состояния здоровья находились до операции в пределах от 25 до 45, среднее значение составило $25,50 \pm 1,83$ ед. После операции интервал значений данного показателя составил от 55 до 85, при среднем значении $72,87 \pm 1,79$ ед. VT – показатели жизненной активности у пациентов до операции находились в пределах от 40 до 60, при среднем значении $50,00 \pm 1,44$, а после операции – от 60 до 100, а

среднее значение $79,67 \pm 3,02$ ед.

Значения показателя шкалы SF – социальное функционирование у обследуемых пациентов до оперативного вмешательства колебались от 50 до 75, среднее значение составило $61,87 \pm 1,94$ ед., а после операции $100,00 \pm 0,00$ ед., что может свидетельствовать о восстановлении социальной активности обследуемых пациентов. RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием находилось до операции в пределах от 33 до 66, при среднем значении $35,80 \pm 2,28$ ед. Все значения показателя после операции составили 100 ед. у разных лиц.

Если значения показателя психического здоровья (MH) до операции колебались от 12 до 88, при среднем значении $40,40 \pm 4,45$ ед., то после операции интервал значений составил от 72 до 100, а среднее значение $81,73 \pm 2,10$ ед. После оперативного вмешательства удаления катаракты и имплантации искусственного хрусталика все изучаемые показатели качества жизни обследуемых пациентов улучшились в разной степени.

Так, средние показатели шкал физического функционирования и ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, увеличились на 35% и 72% соответственно. Средние значения показателя интенсивности боли составили $100,00 \pm 0,00$ баллов как у пациентов до операции, так и у пациентов после операции. Средний показатель общего состояния здоровья после операции увеличился на 47,4%. Средние показатели шкал жизненной активности и социального функционирования увеличились на 29,7 и 38,1 %.

Средние показатели шкал ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, и психического здоровья улучшились на 61,5 и 41,3 % соответственно. Для выявления связи между изучаемыми параметрами был применен метод ранговых корреляций Спирмена (табл. 3), который показал у пациентов до операции достоверную связь между параметрами: PF – SF ($R = -0,47$; $p = 0,008$), VT – RE ($R = 0,46$; $p = 0,010$), RE – MH ($R = 0,46$; $p = 0,010$). Также выявлена тенденция связи между параметрами SF – RE ($R = -0,31$; $p = 0,100$).

После операции достоверные связи между параметрами отсутствуют; выявлена лишь тенденция к обратной связи между параметрами PF – GH ($R = -0,31$; $p = 0,092$).

Таким образом, пациенты, участвующие в нашем исследовании положительно оценивают состояние своего физического здоровья после проведённой операции по поводу удаления катаракты с имплантацией искусственного хрусталика. Проведённый анализ психического здоровья показывает, что у пациентов после операции высокое состояние жизненной активности. Их физическое и эмоциональное

состояние не ограничивает социальную активность и общение, что наблюдалось до операции.

Таблица 3

Значения коэффициента корреляции между шкалами опросника SF-36 у обследуемых пациентов до операции (по Спирмену)

Шкалы	Число наблюдений	Спирмена, R	t(N-2)	p
PF & SF	30	-0,47	-2,86	0,007889
VT & RE	30	0,46	2,75	0,010186
SF & RE	30	-0,31	-1,70	0,100378
RE & MH	30	0,46	2,74	0,010544

Общепринятая методология исследования качества жизни открыла принципиально новый этап в жизни общества, предложив простой, информативный и надежный способ определения ключевых параметров, составляющих благополучие человека. В настоящее время качество жизни больного является важным, а в ряде случаев основным, критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях. Серьезное внимание следует уделять методам его оценки и анализа. В связи с тем, что оценка качества жизни проводится самим больным, требования к методологии должны быть строже, чем к клиническим данным [7].

Положительные результаты современной хирургии катаракты для каждого пациента многочисленны. Многие пациенты после операции достигают остроты зрения, сравнимого с тем, какое они имели в молодости, а это позволяет работающему человеку вернуться к производительному труду и вождению автомобиля. Чтение, работа на компьютере и просмотр телепередач будут доставлять удовольствие благодаря более ясному зрению, как позитивному компоненту качества жизни, что отмечается на уровне Правительства, Госдумы и Президента Российской Федерации [3; 5; 9]. После операции удаления катаракты устраняется ее влияние на видимые цвета. Повышение зрения приводит к возобновлению интереса к жизни, работе и досугу. Искусственный хрусталик, вводимый в глаз во время операции, сможет компенсировать ранее существовавшие нарушения рефракции. Очки после операции могут понадобиться для таких занятий, как чтение или вождение автомобиля. Когда остается необходимость пользоваться очками постоянно, толщина стекол значительно уменьшается, что делает очки более легкими и привлекательными.

Заключение. В целом количественно установлено, что у пациентов, больных катарактой, после операции существенно повышается состояние жизненной активности. Качество жизни, обусловленное вышеуказанными действиями по отношению к

зрительной функции человека, представляет собой фактор, актуальный не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества. Это особенно важно, поскольку данный показатель является конечной целью активности практически всех социальных институтов, многоаспектная деятельность которых направлена на повышение благополучия человека и уровня социально-экономического развития государства.

Список литературы

1. *Васильев А.Л.* Качество жизни: [Электрон. ресурс]. 2005. Режим доступа: <http://www.advtech.ru/vniite/lifequal.htm> (дата обращения: 29.11.2011).
2. *Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г.* Современная методология оценки качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью. М., 2000. С. 24–26.
3. *Зараковский Г.М., Пенова И.В.* Система компьютерной поддержки принятия решений по критериям качества жизни // Стандарты и качество. 2005. № 3. С. 60–62.
4. *Косур И.А.* Зрение-2020: Право на зрение // Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ: материалы Российского. Межрегион. симпоз. (22–23 апреля 2003 г., Уфа). М., 2003. С. 20–25.
5. *Кудрина Ю.* Понятие «качества жизни» в сознании населения // Качество жизни населения как приоритетное направление научно-исследовательской и практической деятельности в области социальных наук: [Электрон. ресурс]. 2009. Режим доступа: www.minzdravsoc.ru/ministry/budget (дата обращения: 29.11.2011).
6. *Либман Е.С., Шахова Е.В.* Слепота и инвалидность вследствие офтальмопатологии у людей пожилого и старческого возрастов в России // Геронтологические аспекты офтальмологии: Ершовские чтения: тр. Всеросс/ конф., посвящ. 100-летию со дня рождения Т.И. Ершовского. Самара, 2002. С. 427–428.
7. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю.Л. Шевченко. М., 2007.
8. *Полозов А.А.* Слагаемые максимальной продолжительности жизни: [Электрон. ресурс]. Режим доступа: http://polozov.nemi-ekb.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=517&Itemid=535&lang=ru (дата обращения: 29.11.2011).
9. *Путин В.В.* Послание Президента Федеральному Собранию Российской Федерации (10 мая 2006 г.): [Электрон. ресурс]. Режим доступа: http://bishelp.ru/vlast/dok/poslanie_prez_06.php (дата обращения: 29.11.2011).
10. *Резников С.А.* Профилактика слепоты в мире: проблемы и подходы // Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ

материалы Российского межрегион. симпоз. (22–23 апр. 2003 г., Уфа). М., 2003. С. 11–19.

11. Фокин В.П., Ушаков С.А., Щава А.И. Социология медицины. М., 2008. С. 5–10.
12. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interrelation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. 1993.

SOCIAL AND BIOLOGICAL PROBLEMS OF CATARACT PATIENTS' LIFE QUALITY

E.A. Minakina, I.I. Makarova, K.A. Strakhov

Tver State Medical Academy

It was established that patients operated for cataract removal and implantation of artificial lens have improving in quality of life. After surgery, patients evaluate their physical health as positive. Analysis of mental health shows high level of vital activity after surgery in patients undergone surgery. Their physical and emotional condition does not restrict social activities and communication, in comparison with their state before surgery.

Keywords: *quality of life, cataract, artificial lens.*

Об авторах:

МИНАКИНА Екатерина Анатольевна—интерн факультета высшего сестринского образования, ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ», 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4, e-mail: katerina@mail.ru

МАКАРОВА Ирина Илларионовна—доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой теории и практики сестринского дела с курсом клинической физиологии и функциональной диагностики, ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития России», 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4, e-mail: iim777@yandex.ru

СТРАХОВ Константин Анатольевич—кандидат медицинских наук, доцент кафедры высшего сестринского образования, ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития России», 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4, e-mail: vso-tgma@yandex.ru