

## МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

С.В. Давыдов

*Кафедра факультетской терапии (зав. — А.С. Галявич) Казанского государственного медицинского университета*

В последние годы возрос интерес к оценке качества жизни у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Это может быть объяснено тем, что для каждого больного важны не только показатели физического состояния центральной гемодинамики, исчезновение основных симптомов того или иного заболевания, но и ощущение жизненного благополучия, в том числе в психическом и социальном аспектах — это истинно важное положение зачастую вовсе игнорируется в повседневной практике [3, 10, 12, 14, 15, 20, 23, 28]. В клинических исследованиях все большее внимание в связи с этим уделяется показателям качества жизни [1—5, 7, 8, 10, 11, 13].

Как известно, тяжесть сердечно-сосудистых заболеваний определяется главным образом по выраженности их клинической картины. Эффективность же лечебных мероприятий оценивается, как правило, по их адекватному воздействию на гемодинамические параметры, успешному купированию болевого синдрома, устранению тяжелых нарушений ритма и угрожающих жизни осложнений.

Таким образом, современные критерии оценки эффективности лечения, очевидно, должны предусматривать влияние различных биомедицинских, физических, психологических, социальных характеристик — активности в повседневной жизни, интеллектуальной способности, сексуальной и эмоциональной удовлетворенности, способности сосредотачиваться, принимать решения, поддерживать живость восприятия, свойства памяти, что в совокупности является общей удовлетворенностью своей жизнью [1, 7, 13, 37].

Подытожив данные проведенных в последнее время научных исследований, ряд авторов [39, 42], по существу, объединили указанные выше медико-социальные составляющие в особую интегральную характеристику, сформировав таким образом представление о качестве жизни. Любопытно заметить, что первые публикации, посвященные качеству жизни в аспектах разработки шкалы для оценки физического состояния больных, относятся еще к 1949 г. [17]. Однако процесс формирования понятия *качество жизни* протекал отнюдь не однозначно. Так, в социальных науках качество жизни некогда рассматривалось как социологическая категория, характеризующая степень удовлетворения потребности, не поддающихся количественному измерению. Нередко к понятию *качество жизни* социологи относят такие показатели, как содержательность труда и досуга, удовлетворенность характером и условиями выполняемой работы, уровень комфорта труда и быта, качество питания и благоприятные

условия приема пищи, качество предметов быта, жилья, состояние окружающей среды, качество функционирования социальных институтов, сферу обслуживания, удовлетворенность потребности в общении, самовыражении, в том числе профессиональном, творческом, эмоциональном [21, 36].

Некоторые исследователи [39, 41] определяют качество жизни как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни. Другие [6] под качеством жизни подразумевают оценку совокупности условий физического, умственного и социального благополучия индивидуума так, как это воспринимается отдельным человеком и/или определенной группой людей, включая ощущение удовлетворенности жизнью и представление о счастье. Здесь было бы весьма уместным заострить внимание на таких аспектах, как удовлетворенность состоянием здоровья, сексуальными отношениями, бытовыми условиями жизни, характером выполняемой работы, финансовым положением, возможностью повышения образовательного уровня, профессионального роста, раскрытия творческих способностей и др.

Поистине неоценимый вклад в процесс формирования представления о качестве жизни внесли британские авторы А.Е. Fletcher и P.J. Bulpitt [15, 16], предложив принимать во внимание следующие основные составляющие:

- демографические (работа, уровень дохода, образование и т.д.);
- социальные (активность участия в общественной жизни, степень удовлетворенности работой и своим местом в обществе);
- психологические (эмоциональное состояние, наличие или отсутствие психического заболевания, интеллектуальные способности индивидуума, способность достигать поставленные перед собой цели и задачи, степень сексуальной активности);
- физические (работоспособность, мобильность, способность выполнять повседневную работу и обслуживать себя);
- духовная жизнь индивидуума.

Отсюда можно выделить три подхода к оценке качества жизни: 1) в общем смысле — это понятие, объединяющее самые различные стороны жизни человека, связанные не только с состоянием его здоровья, но и с условиями жизни, профессиональными способностями, работой, учебой, домашней обстановкой, окружением, социальными условиями; 2) в медицинском — это те показатели, которые связаны с состояни-

ем здоровья индивидуума; 3) под термином “собственно качество жизни” подразумевается субъективная оценка больным своего благополучия в физическом, психологическом и социальном аспектах. Таким образом, понятие *качества жизни* включает в себя целый ряд жизненно важных факторов, в том числе, что совершенно очевидно, такое понятие, как здоровье. Тем более что здоровье, согласно экспертам ВОЗ, — это состояние полного физического, психического и социального благополучия. Следовательно, рассмотрение понятия *качества жизни* не может являться сколько-нибудь завершенным без оценки влияния медицинских аспектов общего благополучия. Под медицинскими же аспектами качества жизни следует понимать субъективную оценку результатов проявления симптомов того или иного заболевания в плане ограничения функциональной способности индивидуума, а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность последнего [43].

Собственно медицинские аспекты качества жизни состоят из следующих основных компонентов [39]: функциональной способности индивидуума, восприятия им своего здоровья и благополучия, оценки индивидуумом симптомов своего заболевания, результатов лечения и возможных осложнений.

Функциональная способность рассматривается как возможность осуществлять повседневную деятельность, интеллектуальную, эмоциональную, социальную и некоторые другие функции. Способность к повседневной деятельности включает в свою очередь мобильность, независимость, возможность заботиться о себе, создавая условия для полноценного сна, отдыха и работы. Последняя играет важную социальную и экономическую роль. Участие в различных сферах общественной деятельности, встречи с друзьями, семейные отношения также являются компонентами функциональной способности. Интеллектуальная деятельность предполагает умственные способности, свойства памяти, общительность, способность принимать решения и выносить суждения. Эмоциональная функция подразумевает адекватность таких проявлений, как чувства, внутренние ощущения, настроение и т.д.

Восприятие индивидуумом своего здоровья и благополучия связано с его взглядами на происходящие события в окружающем мире, совокупностью внутренних ощущений, а также с суждениями о ценности указанных выше компонентов, что в целом дает ощущение удовлетворенности жизнью. Таким образом, целесообразна оценка тех изменений качества жизни, которые привлекают самого пациента, особенно если они имеют непосредственное отношение к системе ценностей и жизненных приоритетов. Однако необходимо иметь в виду, что, в отличие от функциональной способности, оценка восприятия индивидуумом своего здоровья и удовлетворенности жизнью, как правило, всегда будет носить значительно более субъективный характер [37 — 43].

Еще один неотъемлемый компонент качества

жизни — оценка индивидуумом симптомов своего заболевания, результатов лечения и их возможных осложнений — зависит главным образом от влияния, которое оказывает болезнь на функциональную способность индивидуума, восприятие им своего здоровья и благополучия, а также в целом на его внутренний мир. В связи с этим было бы уместным заострить внимание на том, что психологический статус больных некоторыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, как правило, изменен [3, 32]. В частности, для больных гипертонической болезнью на начальных этапах заболевания характерны повышенный уровень невротизации, проявления тревоги, напряженности, раздражительности, ощущения постоянной усталости [21], тогда как у пациентов “со стажем”, кроме того, нередко имеют место ипохондрические расстройства с развитием тоски, апатии, а также депрессивные состояния [18, 19, 22].

Изменение качества жизни у больных гипертонической болезнью может достигать различной выраженности в зависимости от особенностей клинического течения болезни. Так, пациенты с бессимптомным течением заболевания могут и не подозревать о своем недуге, причем их качество жизни зачастую не отличается от такового у здоровых людей [23—25]. Напротив, у других больных качество жизни может быть значительно сниженным по причине выраженных проявлений гипертонии, ухудшения их физического и эмоционального состояний, изменений социального поведения, расстройств сексуального характера и т.д. [25, 26, 40]. В то же время интенсивность проявлений основного или сопутствующих заболеваний существенно уменьшается вплоть до полного исчезновения в результате успешного проведения лечебно-профилактических мероприятий. Здесь нельзя не отметить, что уже сам факт необходимости приема лекарственных препаратов может вызвать ухудшение качества жизни больных [12], особенно если сроки антигипертензивной терапии обещают быть длительными [27, 42]. Однако данные исследований, проведенных в последнее время, подтверждают, что различные гипотензивные препараты оказывают не-одинаковое влияние на показатели качества жизни больных [29, 30, 32, 35]. В частности, было обнаружено, что назначение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента приводит к улучшению целого ряда составляющих общего благополучия [30]. Блокаторы медленных кальциевых каналов при длительном приеме либо не вызывают ухудшения, либо способствуют оптимизации определенных параметров качества жизни [44]. В отличие от указанных выше групп препаратов, тиазидовые диуретики и бета-адрено-блокаторы наименее благоприятны в плане поддержания удовлетворенности жизнью у больных гипертонической болезнью [9, 30, 32, 33, 44].

Важно подчеркнуть, что основные показатели качества жизни больного гипертонической болезнью должны поддерживаться на оптималь-

ном уровне, определяемом прежде всего самим пациентом [28, 31, 34, 38, 41]. Последнее же в известной мере остается дискуссионным и представляет затруднения ввиду неизбежности субъективизма оценочных критериев, предъявляемых больными.

Таким образом, несмотря на большое количество научных изысканий, проведенных в целях изучения качества жизни, исследование аспектов общего благополучия пациентов требует продолжения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян Т. А., Зайцев В. П. // Кардиология. — 1989. — № 9. — С. 43—46.
2. Беленков Ю. Н. // Кардиология. — 1993. — № 2. — С. 85—88.
3. Волков В. С., Цикулин А. Е. // Кардиология. — 1983. — № 8. — С. 30—33.
4. Гиляревский С. Р. Оценка качества жизни больных ревматическим пороком сердца после протезирования митрального клапана: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1992.
5. Гладков А. Г., Зайцев В. П., Аронов Д. М., Шарфнагель М. Г. // Кардиология. — 1982. — № 2. — С. 100—103.
6. Леви Л., Андерсон А. Народонаселение, окружающая среда и качество жизни: Пер. с англ. — М., 1979.
7. Померанцев В. П. // Клиническая медицина. — 1989. — № 9. — С. 3—8.
8. Bech P., Poulsen D. L., Garre K., Rasmussen K., Jensen H. E. // Ugeskr. Laeger. — 1990. — Vol. 152. — P. 383—6.
9. Blumenthal J. A., Ekelund L. G., Emery C. F. // Clin. Pharm. & Therap. — 1990. — Vol. 48. — P. 447—454.
10. Bulpitt C. J., Fletcher A. E. // Br. J. Clin. Pharm. — 1990. — Vol. 30. — P. 353—364.
11. Cella D. F., Tulsky D. S. // Oncology. — 1990. — Vol. 4. — P. 29—38.
12. Croog S. H., Levine S., Testa M. A. et al. // New Eng. J. of Med. — 1986. — Vol. 314. — P. 1657—1664.
13. Dahlof C. // Clin Cardiol. — 1991. — Vol. 14. — P. 97—103.
14. Dollery C. T., Davies D. S. // Brit. J. Clin. Pharmac. — 1980. — Vol. 10. — P. 5—12.
15. Fletcher A. E., Bulpitt C. J. // Quality of life & Cardiovasc. Care. — 1985. — Jan./Febr. — P. 140—150.
16. Fletcher A. E., Bulpitt C. J. // Br. J. Clin. Pharmac. — 1986. — Vol. 21. — P. 173—181.
17. Kamofsky D. A., Burchenal J. H. // The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. — In McCleod, C. M. (Ed). Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press. — 1949. — P. 191—205.
18. Lesse S. // Amer. J. Psychother. — 1982. — Vol. 36. — P. 13.
19. Lesse S. // Symp: Psychiatric and psychological aspects of cardiovascular pathology. — Moscow. — 1985. — P. 66.
20. Levine S. & Croog S. H. // J. of Card. Pharm. — 1985. — Vol. — P. 132—136.
21. Lowdon J. D., Hall W. D. // Quality of life & Cardiovasc. Care. — 1985. — Jan./Febr. — P. 109—122.
22. Manuck S., Morrison R., Bellack A. // KapaHOJiopa. — 1986. — № 1. — С. 92—100.
23. Rakel R. E. // Am. Fam. Physician. — 1987. — Vol. 35. — P. 221—6.
24. Schoenberger J. A. // Postgrad. Med. — 1987. — Vol. 81. — P. 92—95, 99—100.
25. Schoenberger J. A., Croog S. H. et al. // Am. J. Hypertens. — 1990. — Vol. 3. — P. 123—132.
26. Siegrist J., Matchinger H., Motz W. // J. Hypertension. — 1987. — Vol. 5. — Suppl. 1. — P. 15—20.
27. Siegrist J., Junge A. // Herz. — 1987. — Vol. 12. — Suppl. 1. — P. 10—15.
28. Siegrist J. // J. Chronic. Dis. — 1987. — Vol. 40. — Suppl. 1. — P. 571—578.
29. Siegrist J., Junge A. // Medicographia. — 1988. — Vol. 10. — P. 38—40.
30. Steiner S. S. et al. // J. Hypertens. — 1990. — Vol. 4. — P. 21.
31. Testa M. A. et al. // Amer. J. of Hypertension. — 1991. — Vol. 4. — P. 363—373.
32. Turkkan L. S. // Neurosci. Biobehav. Rev. — 1988. — Vol. 12. — P. 111—122.
33. Van Brummelen P., Veld A. J., Schalekamp M. A. // Clin. Pharm. Therap. — 1989. — Vol. 27. — P. 328—336.
34. Walters K., Campbell B. // Brit. J. of Clin. Pract. — 1986. — Vol. 40. — P. 239—244.
35. Weiler P. G. // Clin. Geriatr. Med. — 1989. — Vol. 5. — P. 703—715.
36. Weiss S. // Cardiology. — 1986. — Vol. 1. — С. 61—66.
37. Wenger N. K., Mattson M. E., Furberg C. D., Elinson J. // Am. J. Cardiol. — 1984. — Vol. 54. — P. 908—913.
38. Wenger N. K. // Quality of life & Cardiovasc. Care. — 1985. — Jan./Febr. — P. 98.
39. Wenger N. K. // Ann. Acad. Med. Singapore. — 1989. — Vol. 18. — P. 257—260.
40. Wenger N. K. // J. Cardiopulmon. Rehabil. — 1990. — Vol. 10. — P. 88—91.
41. Williams G. H. // Amer. J. of Med. — 1987. — Vol. 82. — P. 98—105.
42. Williams G. H., Croog S. H. et al. // J. Hypertens. Suppl. — 1987. — Vol. 5. — P. 29—35.
43. Williams G. H. // Am. J. Kidney Dis. — 1987. — Vol. 10. — P. 61—65.
44. Welzel D., Brautigam M. // Arzneimittelforschung. — 1989. Vol. 39. — P. 499—503.

Поступила 17.10.2000.