

3. Миллер Ю.И., Добрецов Г.Е. Молекулярные основы флуоресцентного метода определения связывающей емкости альбумина сыворотки крови // Клиническая лабораторная диагностика. – 1994. – №5. – С. 20-22.

4. Павелкина В.Ф., Еровиченков А.А., Пак С.Г. Совершенствование патогенетической терапии при заболеваниях бактериальной этиологии // Журнал инфектологии. – 2012. – Т. 4, №3. – С. 67-75.

Рязанцев В.Е.¹, Лемкина Е.А.², Рязанцев Е.В.³, Черапкин А.В.⁴

¹Кандидат медицинских наук; ²аспирант; ³кандидат медицинских наук, доцент; ⁴аспирант, ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ

Аннотация

В работе представлен анализ качества жизни 127 больных мочекаменной болезнью в возрасте от 18 до 70 лет. Методом раздаточного анкетирования с помощью опросника SF-36 изучены гендерные и возрастные особенности пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о существенном различии в оценке своего качества жизни мужчин и женщин, а также в зависимости от возраста.

Ключевые слова: качество жизни, мочекаменная болезнь, гендерные особенности, опросник SF-36.

Ryazantsev V.E.¹, Lemkina E.A.², Ryazantsev E.V.³, Cherapkin A.V.⁴

¹Candidate of medical sciences; ²graduate student; ³candidate of medical sciences, associate professor; ⁴graduate student, FGBOU VPO «Mordovian State University of N. P. Ogarev»

GENDER AND AGE FEATURES OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH THE UROLITHIC ILLNESS

Abstract

In article presents an analysis of the quality of life 127 patients with urolithiasis in age from 18 to 70 years. The method of distributing the survey using a questionnaire SF-36 were studied gender and age characteristics of the patients. The results show a significant difference in the assessment of its quality of life of men and women, as well as depending on age.

Keywords: quality of life, urolithic illness, gender features, SF-36 questionair.

Введение. Во всем мире начало XXI столетия ознаменовалось изменением отношения государства к человеку. Улучшение качества жизни (КЖ) населения во многих европейских странах провозглашено одним из основных политических направлений государства [6].

Интерес врача к качеству жизни пациента состоит во всеобщем признании того, что чувства во многом определяют телесное и душевное здоровье людей. Кроме того, в современном мире отношения между врачом и пациентом стали гораздо сложнее, чем раньше. Это связано с большим разнообразием лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке и влиянием возрастающей роли современной рекламы, что порождает увеличение потребительских запросов населения и, так называемый «нонкомплаенс» – снижение у пациента приверженности к лечению [3; 4]. Поэтому в процессе диагностики и лечения местного патологического процесса в органах мочевыделительной системы врач должен проявлять заинтересованность во внутреннем мире пациента, его ожиданиях, материальных и духовных ценностях, причинах недовольства лечением и, следовательно, оценивать качество жизни [7].

Актуальность проблемы обусловлена также ростом заболеваемости мочекаменной болезнью [1; 10], особенностями которой являются длительное хроническое течение и возможность рецидивирования, в связи с этим актуальной является оценка связанного со здоровьем качества жизни больных мочекаменной болезнью (МКБ), которая позволяет осуществить мониторинг за состоянием пациента, разработать индивидуальную программу лечения и профилактики заболевания [9].

Материалы и методы. В анонимном анкетировании, проводимом с письменного согласия респондентов, приняли участие 127 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет, находившихся на стационарном лечении и обследовании в урологическом отделении ГБУЗ «Республиканская клиническая больница № 3» ГО Саранск Республики Мордовия: мужчин – 57 (44,8 %), женщин – 70 (55,2 %). Для исследования качества жизни всех респондентов применялась русская валидизированная компанией «Эвиденс – Клинико-фармакологические исследования» версия опросника MOS-SF36 Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36). MOS SF-36 – один из самых популярных неспецифических опросников по исследованию КЖ [5; 8].

По результатам анкетирования нами создана собственная база данных и проведен статистический анализ исследуемого материала. Обработка полученных результатов проводилась с помощью профессиональной статистической программы StatSoft STATISTICA, version 6 [2].

Результаты. Участвующие в анкетировании респонденты разделены на 2 группы: в I-ю основную группу (107 человек) включены больные МКБ, находящиеся на стационарном лечении в урологическом отделении ГБУЗ «Республиканская клиническая больница № 3»; II-ю контрольную группу (20 человек) составили пациенты, госпитализированные по линии военкомата и выписанные из стационара с заключением «Урологически здоров», а также студенты 6 курса Медицинского института ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева».

Результаты сравнительного исследования выявили значительное снижение показателей КЖ по всем шкалам в I-й группе по сравнению со II-й группой. Наиболее низкие показатели качества жизни отмечаются по шкалам ролевое функционирование (РФ) и интенсивность боли (ИБ), что свидетельствует о том, что повседневная деятельность человека значительно ограничена его физическим состоянием и болью. Низкие значения, полученные по шкале жизненная энергия (ЖЭ), говорят о низкой оценке пациентов своего жизненного тонуса и перспектив лечения (табл. 1).

В основной группе суммарные значения указывают на значительное снижение КЖ больных МКБ (ФКЗ – 39,3 балла, ПКЗ – 52,4 балла) по сравнению со здоровыми респондентами (ФКЗ – 83,6 баллов, ПКЗ – 80,8 баллов).

Таблица 1 Сравнительный анализ качества жизни больных МКБ и здоровых пациентов

Показатель	Больные МКБ (N = 107)			Здоровые пациенты (N = 20)		
	Среднее значение	Доверительный интервал – 95%	Доверительный интервал +95%	Среднее значение	Доверительный интервал – 95%	Доверительный интервал +95%
ФФ	57,9	53,0	62,7	98,0	96,4	99,6
РФ	26,7	19,5	33,8	100,0	100,0	100,0
ИБ	32,5	27,5	37,	86,3	81,0	91,6
ЗЦ	48,7	45,4	52,0	70,6	64,1	77,2
ЖЭ	47,1	43,3	50,8	63,2	59,4	67,1
СФ	58,9	54,6	63,2	90,0	83,0	96,9
РЭ	65,1	56,6	73,6	100,0	100,0	100,0
ПЗ	56,6	52,6	60,6	80,2	77,6	82,8

Суммарные показатели качества жизни больных МКБ				Суммарные показатели качества жизни здоровых пациентов		
ФКЗ	39,3	39,2	46,1	83,6	81,3	85,9
ПКЗ	52,4	52,4	58,3	80,8	77,6	84,0

ФФ – физическое функционирование; РФ – ролевая физическая шкала; ФБ – физическая боль; ЗЦ – здоровье в целом; ЖЭ – жизненная энергия; СФ – социальное функционирование; РЭ – ролевая эмоциональная шкала; ПЗ – психическое здоровье.

Анализ результатов позволяет высказать предположение о значительном снижении КЖ пациентов с МКБ по сравнению со здоровой группой преимущественно за счет физического суммарного компонента.

Пациенты I-й группы разделены нами по половому признаку на мужчин и женщин. В дальнейшем с целью выявления гендерных особенностей КЖ больных МКБ определяли качество жизни в каждой группе отдельно (рис. 1).

Анализ показал более высокий уровень КЖ у мужчин по сравнению с таковым у женщин. Особенно демонстративными в этом отношении явились ФФ, ПЗ и СФ. В большей степени это касается ФФ, что объясняется большей физической силой, активностью и выносливостью мужчин по сравнению с женщинами, а также ПЗ, так как мужчины более спокойно воспринимают изменения жизни, связанные с заболеванием, их настроение и оценка перспектив лечения в целом выше, чем у женщин и СФ, поскольку мужчины определяют уровень своих социальных связей выше, чем женщины.

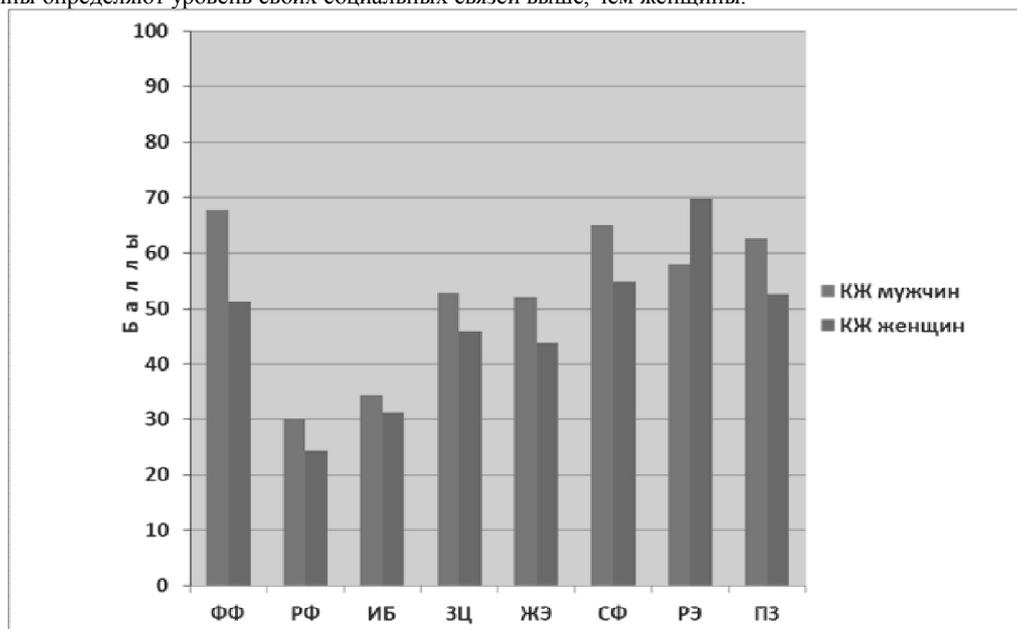


Рис 1. Гендерные особенности КЖ больных МКБ

Однако женщины значительно ниже оценивают роль эмоционального состояния в повседневной деятельности, что свидетельствует о большей их способности «приспосабливаться» к болезни. Такие показатели как РФ, ИБ и ЖЭ у респондентов (мужчин и женщин) были наименьшими.

В I-й основной группе больные разделены нами на возрастные группы и качество жизни в каждой из них изучали отдельно. Наиболее показательными с точки зрения оценки КЖ являются суммарные физический и психический компоненты здоровья (табл. 2).

Результаты исследования свидетельствуют о наличии различий в субъективной оценке своего здоровья и КЖ больных МКБ в разных возрастных группах. По шкалам физического здоровья показатели возрастных групп «от 18 до 2 лет» и «от 21 до 30 лет» достоверно выше показателей в старших возрастных группах (60,2 и 57,7 баллов соответственно).

Таблица 2 Возрастные особенности качества жизни больных МКБ

Возраст (лет)	Число наблюдений (n=107)	Показатели									
		ФФ	РФ	ФБ	ЗЦ	ЖЭ	СФ	РЭ	ПЗ	ФКЗ	ПКЗ
		Средние значения									
18-20	2	76,9	58,4	40,1	61,3	62,7	75,9	62,5	64,3	60,2	65,1
21-30	28	76,7	55,6	35,1	57,9	60,6	77,8	59,3	61,3	57,7	63,4
31-40	26	62,8	28,3	45,4	53,8	45,4	61,9	50,7	52,3	47,2	52,8
41-50	30	60,0	35,4	33,3	50,5	50,8	61,4	66,6	60,0	46,0	57,8
51 и старше	41	48,0	10,8	21,6	41,4	42,0	50,0	75,5	56,4	32,7	53,0

Пациенты в возрасте от 31 года до 50 лет оценивают свое физическое состояние приблизительно одинаково (46 – 47 баллов). Для больных старше 50 лет согласно физической компоненте характерна самая низкая самооценка здоровья (32,7 баллов). Субъективная оценка психологического здоровья пациентов практически по всем компонентам достоверно снижается с возрастом. Следует отметить, что социальное функционирование в анализируемых возрастных группах является устойчивой характеристикой и незначительно снижается только у пациентов зрелого возраста. Обобщенные нами показатели психологического благополучия у больных МКБ выше, нежели параметры физического здоровья.

Выводы. 1. Показатели качества жизни мужчин больных уролитиазом выше, чем у женщин. Гендерные особенности объясняются большей физической силой мужчин, их более спокойным восприятием изменений жизни, связанных с заболеванием, а также более высокой оценкой уровня своих социальных связей.

2. Возрастные особенности, связанные с субъективной оценкой физического и психологического здоровья пациентов, по всем компонентам качества жизни достоверно снижаются с возрастом.

Литература

1. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2005-2010 гг. / О. И. Аполихин, А. В. Сивков, В. А. Солнцева, В. А. Комарова // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – № 2. – С. 4 – 12.
2. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины / Т. Гринхальх // Пер. с англ. – М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2006. – 240 с.

3. Губина О. И. Качество жизни: оценка и системный анализ / О. И. Губина, В. И. Евдокимов, И. Э. Есауленко // Воронеж: ИСТОКИ. – 2007. – С. 230 – 242.
4. Косенкова О. И. Проблема качества жизни в современной медицине / О. И. Косенкова, В. И. Макарова // Экология человека. – 2007. – № 11. – С. 29 – 31.
5. Новик А. А. Методологические стандарты разработки новых инструментов оценки симптомов в клинической медицине / Т. И. Ионова, Т. П. Никитина, С. А. Калядина [и др.] // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – 2010. – № 4. – С. 15 – 16.
6. Повышение качества жизни населения – важнейшая проблема Российской Федерации : сборник научных докладов и статей по материалам III международного форума «Качество жизни: содружество науки, власти, бизнеса и общества» / НО Фонд «Социальная инноватика» // под ред. А. Г. Тюрикова. – М.: Муниципальный мир. – 2006. – 427 с.
7. Трапезникова М. Ф. Качество жизни пациентов с мочекаменной болезнью: стент или нефростома. / М. Ф. Трапезникова, Д. Н. Дорончук, В. В. Дутов // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – 2010. – № 4. – С. 15 – 16
8. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья. – М.: Права человека. – 2005. – 193 с.
9. Nouvenne A. Role of BMI on litogenic risk in women with idiopathic calcium nephrolithiasis and controls. / A. Nouvenne, T. Meschi, A. Guerra [et al] // Urol Res. – 2008. – Vol. 36., N. 3 – 4. – P. 223.
10. Ramello A. Epidemiology of nephrolithiasis / A. Ramello, C. Vitale, D. Marangella // J. Nephrol. – 2000. – Vol. 13., N 3. – P. 45 – 50.

Белянова Н. П.¹, Симхес Ю. В.², Карпов С.М.³, Долгова И.Н.⁴, Аубекова О.М.⁵.

¹Клинический ординатор; ²клинический ординатор; ³доктор медицинских наук, профессор; ⁴кандидат медицинских наук, доцент, ⁵заведующая ПСО, Ставропольский государственный медицинский университет

ВЛИЯНИЕ МЕТЕОУСЛОВИЙ НА ЧАСТОТУ ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Аннотация

В статье было рассмотрено сезонное поступление в стационар больных с ОНМК и предпринята попытка установить взаимосвязь заболевания с погодными факторами.

Ключевые слова: метеозависимость, время года, цереброваскулярная патология.

Belyanova N. P.¹, Simhes Y.V.², Karpov S.M.³, Dolgova I.N.⁴, Aubekova O.M.⁵.

¹Clinical ordinator, ²clinical ordinator; ³doctor of medical sciences, professor; ⁴candidate of medical sciences, associate professor, ⁵head of the department of primary vascular,

Stavropol State Medical University

INFLUENCE OF METEOROLOGICAL CONDITIONS ON THE FREQUENCY OF HOSPITAL ADMISSION OF PATIENTS WITH ACUTE VIOLATION OF CEREBRAL CIRCULATION

Abstract

This article was reviewed Seasonal hospital admission of patients with acute violation of cerebral circulation and attempt to establish the relationship of the disease to weather factors.

Keywords: meteodependancy, time of year, cerebrovascular pathology.

Частота случаев острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в мире в среднем составляет 370 на 100000 населения в год. Под влиянием погодных факторов на уровне центральной и вегетативной нервной системы происходят адаптационные процессы, объединенные термином «метеотропные реакции». Поскольку избежать ежедневного влияния метеорологических факторов не представляется возможным, весьма полезным для практикующего врача будет знание того, как те или иные изменения погоды могут отразиться на состоянии пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями, в частности — с ОНМК.

Цели исследования: выявить и уточнить сезонную динамику поступления больных в стационар с ОНМК. Оценить связь развития сосудистых катастроф с погодными условиями в г. Ставрополе.

Материалы и методы: все исследования проводились на базе ПСО ГКБ №3 г. Ставрополя. Было проанализировано 2188 историй болезней. Все пациенты являлись жителями города Ставрополя и поступали в первичное сосудистое отделение (ПСО) в течение 2010-2012 года по экстренным показаниям (ТИА, ишемические и геморрагические инсульты).

Таблица 1 - Распространенность ОНМК в г. Ставрополе за 2010-2012г.

Год исследования	Количество больных с ОНМК за период с 2010 по 2012 год.		
	N (%)	Мужчины	Женщины
2010 г.	716 (32,72)*	315 (43,99)	401 (56,01)
2011 г.	720 (32,91)*	312 (44,3)	408 (56,67)
2012 г.	752 (34,37)*	336 (44,71)	416 (55,32)
Итого	2188 (100,0)	963 Ncp=44,0	1225 Ncp=56,0

Примечание: * - различия со степенью достоверности $p < 0,05$

Таблица 2 - Распределение пациентов с ОНМК по возрасту

Возраст больных	Количество больных
	N (%)
Моложе 40 лет	285 (13,0)
40-50 лет	546 (25,0)
Старше 50 лет	1357 (62,0)
Итого	2188,0 (100,0)

Принимая во внимание, что Ставрополь расположен в особых природных условиях, где высота стояния над уровнем моря составляет в среднем 600 - 650 метров, а климатические условия характеризуются высокой вариабельностью, были изучены колебания основных погодных факторов в течение 2010-2012 года и сопоставлены с количеством госпитализируемых больных с ОНМК (табл. 3).