

Conclusions. The introduction of standardized approaches, LCP in particular, for patients with hypertension caused a positive impact on the correction factors of cardiovascular risk in patients with MS.

Key words: risk factors, metabolic syndrome, hypertension.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

И. В. Дроздова*, О. Н. Мацуга**, М. В. Демченко*,
К. А. Суганяк*

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

*ГУ «Украинский государственный институт медико-социальных проблем
инвалидности МЗ Украины», Днепропетровск,
**Днепропетровский национальный университет
имени О. Гончара

Вступление. Исследование качества жизни позволяет оценить все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование.

Цель. Изучить качество жизни больных и инвалидов с врожденными пороками сердца в отдаленные после хирургической коррекции сроки.

Материалы и методы. У 256 больных с врожденными пороками сердца (ВПС) изучалось качество жизни с использованием опросника «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья».

Результаты. Установлено существенное снижение показателей качества жизни лиц с ВПС (в отдаленные после хирургической коррекции сроки) при выполнении деятельности, связанной как с эмоциональными, так и физическими нагрузками, что существенно ограничивало их жизнеспособность. Особенностью больных, в сравнении с инвалидами, были достоверное ухудшение субъективной оценки общего здоровья; выраженные отличия физической активности и психического здоровья. Изучение личностных особенностей, влияющих на оценку качества жизни у лиц с ВПС, открывают новые возможности изучения ведущих причин ограничения жизнедеятельности.

Выводы. Установлено ухудшение качества жизни у пациентов с ВПС за счет ограничений физического, психического и социального аспектов. Изучение качества жизни, оценка клиничко-функциональных, психологических и когнитивных нарушений – должны быть основой программы реабилитации этих больных в отдаленный после хирургической коррекции срок.

Ключевые слова: качество жизни, врожденные пороки сердца, личностные особенности, ограничения жизнедеятельности

ВСТУПЛЕНИЕ

Исследование качества жизни в медицине – уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование [5].

Существует огромное количество определений качества жизни [5]. В некоторых исследованиях используются определения качества жизни, предложенные социологами. В других работах при определении понятия качества жизни детальнее рассматривают каждую из трех ее составляющих: физические аспекты (улучшение или ухудшение функциональных способностей, симптомах или боли, возникших в результате заболевания или лечения); психические аспекты (эмоциональные состояния или познавательные способности); социальных аспектах (социальной изоляции или коммуникабельности, роли хронических заболеваний в социализации больных [5]. Некоторые ученые считают, что для оценки качества жизни в клинических и популяционных исследованиях необходимо выделять три основные компонента: функциональные способности человека, чувства, симптомы заболевания и их последствия [4, 5, 8, 9].

Всемирная организация здравоохранения рекомендует определять качество жизни, как индивидуальное соотношение своего состояния в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества, с целями (желаниями) данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неблагополучия [3, 5]. Среди общих опросников оценки качества жизни при сердечно-сосудистых заболеваниях наиболее распространены в клинической практике: Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, Quality of Well-Being Scale, Psychological Well-Being Schedule, Hospital Anxiety and Depression Scale, McMaster Health Index Questionnaire, 36-Item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey, Cardiac Depression Scale, Cardiac Health Profile, Duke Activity Status Index, Multidimensional Index of Life Quality, Ferrans and Quality of Life Index и ряд других [5, 8, 9].

Однако до настоящего времени еще не существует специальных опросников для больных с врожденными пороками сердца (ВПС), которые давали бы возможность оценить влияние побочных эффектов или осложнений оперативных вмешательств, симптомов, коморбидных основной патологии; наличие или выраженность резидуальных состояний; способность выполнять ежедневные обязанности; общую объективную оценку здоровья; оценку физического либо психического самочувствия; влияние медикаментозной терапии на способ и стиль жизни; физическую работоспособность, личностные и характерологические особенности; социальную самореализацию, сексуальные способности.

Цель работы – изучить качество жизни больных и инвалидов с врожденными пороками сердца в отдаленные после хирургической коррекции сроки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Открытое контролируемое исследование, проводившееся на базе Государственного учреждения «Украинский Государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», после получения информированного согласия, охватывало 256 больных с ВПС; из них по 15 больных с открытым артериальным протоком (Q 25.0) и стенозом легочной артерии (Q 25.6), 49 пациентов с врожденными пороками развития сердечной перегородки (Q 21.0), 53 человека с тетрадой Фалло (Q 21.3), 61 больной с дефектом межпредсердной перегородки (Q 21.1) и 63 osoby с коарктацией аорты (Q 25.1). Диагноз ВПС устанавливали в соответствии с рекомендациями Украинского и Европейского обществ кардиологов [20, 23]. Средними величинами у обследованных больных ВПС были: возраст пациентов – $31,7 \pm 11,22$; время после хирургической коррекции – $15,9 \pm 10,04$; возраст, в котором им была проведена операция – $14,4 \pm 11,94$ года соответственно.

Среди пациентов было 130 мужчин и 126 женщин. Группы были сопоставимы между собой и достоверно не отличались по возрасту по полу. Детальный анализ обследованного контингента, полная клиническая, социальная и медико-экспертная характеристики приведены в предыдущих наших работах [6, 7].

В ходе проведенного нами исследования оценивали качество жизни больных с ВПС в сравнении с инвалидами вследствие данной патологии. Пациенты сами на протяжении 15 минут заполняли «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (международный аналог 36-Item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36) [5, 8, 9]. Как легкие проблемы рассматривали оценку качества жизни в 95 – 76 баллов, умеренные – в 75 – 51, тяжелые – в 50 – 5, абсолютные – в 4 и менее баллов [7].

Для получения более полной картины об отличиях в оценке качества жизни больных и инвалидов с ВПС были найдены диапазоны изменения значений шкал «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» в этих двух группах. Диапазон изменения значений шкалы x представлял собой интервал $[x_{\min}; x_{\max}]$, где x_{\min} – минимальное наблюдаемое значение по шкале; x_{\max} – максимальное наблюдаемое значение [1, 2, 10].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У лиц с ВПС как у больных, так и инвалидов, установлено значительное снижение всех показателей качества жизни, сравнении с популяционными, в выполнении деятельности, связанной с физическими нагрузками; их физическое состояние ограничивало повседневную активность и препятствовало профессиональной деятельности (рис.). У таких лиц значительной интенсивности достигали кардиалгия и одышка, были снижены активность и повышена утомляемость. Снижение физической активности этих пациентов существенно ограничивало социальное функционирование, что соответствовало данным литературы о ведущих причинах ухудшения качества жизни у этих лиц. К ним относятся снижение физического и эмоционального благополучия, отсутствие общественной и служебной поддержки; необходимость избегать ситуаций, которые приводят к психо-эмоциональным перегрузкам; необходимость ограничения физических усилий и постоянного лечения; существенные нарушения восприятия боли и жизнедеятельности [3, 6].

Умеренными проблемами для этих пациентов были жизнедеятельность, социальная активность и психический статус; тяжелыми – роль физических и эмоциональных проблем в ограничении жизне-деятельности, боль, сравнение самочувствия, социальная активность, физический и общий статус.

Физический статус лиц с оперированными ВПС характеризовался их физической активностью, ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности и болью [8, 9]. Физическая активность – это показатель физического функционирования больных, который отображает степень ограничений за счет изменений здоровья при выполнении физических нагрузок таких, как самообслуживание, ходьба, подъем вверх, перенос тяжестей, толерантность к значительным физическим нагрузкам. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности – определяла влияние физического состояния пациента на обыденную деятельность; показатель боли характеризовал интенсивность болевых ощущений при выполнении повседневной деятельности на протяжении последних 4 недель.



Рис. Качество жизни лиц с врожденными пороками сердца

У больных с оперированными ВПС, в сравнении с инвалидами, значительно снижались физическая активность и боль, возрастала роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Уменьшение показателей физической активности и боли у больных с данной патологией было свидетельством снижения выполнения ними значительных физических нагрузок и активности в повседневной жизни, значительного влияния болевых ощущений на их жизнедеятельность; вместе с тем у этих лиц возрастали роль и значимость физических проблем в ограничении жизнедеятельности.

Показатели качества жизни у этих пациентов ассоциированы между собой. Физическая активность этих лиц коррелировала с ролью физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, болью, социальной активностью и жизнедеятельностью. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности сопряжена как с ролью эмоциональных проблем, социальной активностью и жизнедеятельностью, так и с физической активностью, болью и общим здоровьем. Боль – с физической активностью и ролью физических проблем, так и с жизнедеятельностью, социальной активностью и сравнением самочувствия. Отличиями являются связи роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности с общим здоровьем и боли – со сравнением самочувствия. Таким образом, у данной категории пациентов, физический статус непосредственно связан как с психическим, так и общим статусом, что необходимо учесть при разработке индивидуальных реабилитационных программ.

Психический статус пациентов оценивали по трем параметрам: социальная активность, психическое здоровье и ограничения жизнедеятельности вследствие эмоциональных проблем [8, 9]. Социальная активность – это уровень взаимоотношений с друзьями, коллегами по работе, родственниками. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности – оценка степени ограничений в повседневной жизни, связанная с эмоциональными проблемами. Психическое здоровье – субъективная оценка своего настроения (счастья, покоя) за последние 4 недели.

Больным с ВПС, в отдаленные после хирургического вмешательства сроки, в сравнении с инвалидами, были характерны выраженное снижение социальной активности и психического здоровья, что свидетельствовало об ограничении социального взаимодействия, ухудшении настроения и нарастании беспокойства этих лиц за 4 недели перед обследованием. Возрастание у них роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности подтверждало значимость эмоционального состояния в обыденной деятельности.

Аналогичные корреляционные связи выявлены и для показателей психического статуса. Социальная активность лиц с ВПС ассоциирована с физической активностью, ролью физических проблем, жизнедеятельностью, психическим здоровьем и сравнением самочувствия. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности сопряжена как с физической активностью, ролью физических проблем, социальной активностью, жизнедеятельностью, психическим здоровьем и сравнением самочувствия. Психическое здоровье – с ролью эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, социальной активностью и жизнедеятельностью

Общий статус этих лиц характеризовали при помощи двух показателей: жизнедеятельности и общего здоровья [8, 9]. Нами изучался еще один показатель – сравнение самочувствия (здоровье в сравнении с тем, что было год назад), который характеризовал субъективную оценку пациентами своего здоровья и изменений, которые произошли в течение года. Общее здоровье – это собственная оценка здоровья в настоящее время и необходимости лечения; жизнедеятельность – оценка пациентами своего жизненного тонуса (энергии, эмоциональности) за последние 4 недели.

Больные с ВПС, в отдаленные после хирургического вмешательства сроки, в сравнении с инвалидами, достоверно ниже оценивали свое общее здоровье, отмечали выраженное ухудшение жизнедеятельности и самочувствия в сравнении с тем, что было год назад.

Таким образом, тяжелыми проблемами для больных и инвалидов с оперированными ВПС были роль физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, сравнение самочувствия, социальная активность, физический и общий статус.

Особенностью больных, в сравнении с инвалидами, были достоверное ухудшение субъективной оценки общего здоровья; выраженные отличия физической активности и психического здоровья.

Показатели как общего статуса у лиц с ВПС, так и физического и психического были сопряжены между собой. Уровень их жизнедеятельности коррелировал с физической активностью, болью, ролью физических и эмоциональных проблем в ограничении

КАРДІОЛОГІЯ

жизнедеятельности, социальной активностью, общим здоровьем и сравнением самочувствия. Общее здоровье ассоциировано с ролью физических проблем и жизнедеятельностью; сравнение самочувствия – с физической активностью, болью, ролью физических и эмоциональных проблем, социальной активностью и жизнедеятельностью. Выявленные связи свидетельствовали о нарушениях во всех сферах качества жизни и необходимости комплексного влияния на них при проведении реабилитационных мероприятий.

То, что в оценке качества жизни у больных и инвалидов с оперированными ВПС имеются определенные отличия, подтвердили и найденные диапазоны изменения значений шкал опросника в этих двух группах (табл.). Анализ полученных диапазонов свидетельствует, что минимальные значения шкал боль, социальная активность, психический статус и общий статус выше у больных по сравнению с инвалидами, более того среди лиц, участвовавших в исследовании, абсолютные проблемы по шкале боль и социальная активность наблюдались только у инвалидов. Значительное более низкие максимальные значения имели место у больных в сравнении с инвалидами для шкал боль, общий, физический и психический статусы, то есть у обследованных больных с ВПС наблюдались, главным образом, тяжелые проблемы, в то время как у инвалидов фиксировались как умеренные, так и легкие проблемы.

Таблица

Диапазоны изменения значений качества жизни
у больных и инвалидов с врожденными пороками сердца

Шкалы	Диапазон изменения значений	
	Больные	Инвалиды
Физическая активность	0–90	5–90
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	0–100	0–100
Боль	6–62	0–90
Жизнеспособность	25–80	25–85
Социальная активность	12,5–87,5	0–100
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	0–100	0–100
Психическое здоровье	20–72	20–88
Общее здоровье	15–45	15–82
Сравнение самочувствия	0–100	0–80
Физический статус	4–79	2–95
Психический статус	23–78	14–88
Общий статус	20–59	14–78

Наряду с определением обобщающих показателей (физического, психического и социального статуса), в исследованиях большого числа авторов используется качественная оценка причин, влияющих на качество жизни [5]. Определение их у лиц с ВПС будет адекватно отражать само понятие качества жизни, выявлять причины и ограничения, возникающие перед пациентами, характеризовать отношение больных к факторам, ухудшающим качество жизни, указывать по каким параметрам и в какой степени оно ухудшается. В работах А. Дадаева указывается на снижение качества жизни больных с коарктацией аорты в отдаленный после хирургической коррекции сроки, но такие работы единичные, что не позволяет дать характеристику физическим, психическим и социальным факторам адаптации таких лиц к современным условиям существования [3].

Проведенное нами исследование выявило ухудшение качества жизни у лиц с ВПС в отдаленные после оперативной коррекции сроки за счет ограничений физических, психических и социальных аспектов, что согласуется с литературными данными [3, 6, 7]. Полученные результаты свидетельствовали о внутренней напряженности, стойком беспокойстве о своей жизни и судьбе, постоянном анализе вегетативных проявлений заболевания, что в значительной степени отображалось на оценке качества жизни и психологических особенностях. Личностный фактор пациента играл ведущую роль в оценке качества жизни, так как удовлетворенность жизнью и счастье зависели от того, что пациент считал ведущим в своей собственной системе оценок [3, 6, 7].

Как было показано ранее, у пациентов с ВПС наблюдалось заострение демонстративной, эмотивной и циклотимической черт характера. Демонстративная акцентуация характера коррелировала с оценкой жизнедеятельности, социальной активности, ролью эмоций в ограничении жизнедеятельности, общим здоровьем, сравнением самочувствия, психическим и общим статусом; гипертимная акцентуация – с жизнедеятельностью и общим здоровьем, физическим и общим статусом; эмотивная акцентуация – с ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности; циклотимическая – с болью, физической активностью и статусом.

У пациентов с оперированными ВПС наиболее выраженными были такие черты характера, как независимость-подчиненность, подозрительность-доверчивость, высокий-низкий самоконтроль, тревожность-спокойствие, эмоциональная устойчивость, озабоченность-беспечность, смелость-робость, податливость-жесткость, радикализм-консерватизм, напряженность-релаксация. Желание представить себя «в лучшем свете» у этих лиц коррелирует с психическим здоровьем; эмоциональная устойчивость – с жизнеспособностью; независимость-подчиненность – с ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Озабоченность-беспечность пациентов с ВПС ассоциирована с оценкой жизнеспособности; податливость-жесткость – с ролью физических проблем, жизнеспособностью и сравнением самочувствия; подозрительность-доверчивость – с физической и социальной активностью, болью, физическим статусом. Гибкость-прямолинейность этих лиц сопряжена с физической активностью и статусом, ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности, радикализм-консерватизм – с психическим здоровьем; самостоятельность-внушаемость – с жизнеспособностью и общим здоровьем; высокий-низкий самоконтроль – с болью [6, 7].

Больные и инвалиды с ВПС, как указывалось ранее, характеризовались ипохондрической фиксацией, зажатостью, сверхконтролем, повышенной ориентацией на

нормативность в качестве устойчивого свойства личности, проявляющегося избыточным вниманием к нарушениям физического здоровья (Hs–ипохондрия), вытеснением тревоги, эмоциональной лабильностью, высокой чувствительностью к средовым воздействиям, демонстративным поведением (конверсионный V), стремлением к преодолению препятствий. Мужчины отличались доминированием и склонностью к соперничеству в межличностных отношениях, женщины – мягкостью, сердечностью, пассивностью и сдержанностью поведения (Mt–мужественность-женственность). Им были присущи аффективная ригидность, склонность к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях (Pa–паранойя), осмотрительность, осторожность, враждебно-подозрительное отношение, боязливость, конституционально обусловленная тревожность, неуверенность, конформность (Pt–психастения), индивидуализм, непредсказуемость поступков, иррациональный подход к решению проблем, отрыв от реальности (Sc–шизоидность), затруднения в осуществлении межличностных контактов (Si–интроверсия) [6, 7].

Желание представить себя «в лучшем свете» у этих лиц коррелирует с оценкой роли физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; Mt–мужественность-женственность – с ролью физических проблем, общим здоровьем и статусом; Si–интроверсия – с ролью эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности [6, 7].

Во внутренней картине болезни у лиц с ВПС в отдаленные после хирургической коррекции сроки были выражены гармоничный, эйфоричный и эргопатический типы отношения к болезни (ТОБ). В структуре чистых типов реагирования на заболевание наиболее распространенными были сенситивный, эйфорический и гармоничный типы; в структуре всех диагностированных ТОБ – эйфорический, неврастенический, сенситивный и паранойяльный виды. Обсессивно-фобический, сенситивный и эгоцентрический ТОБ коррелировали с субъективной оценкой общего здоровья, эйфорический – с физической активностью, болью и жизнедеятельностью; анозогнозический – с физической активностью и статусом, болью, жизнедеятельностью, ролью эмоциональных проблем, психическим здоровьем и статусом [6, 7].

Полученные результаты свидетельствуют о наличии у больных и инвалидов с ВПС в отдаленные после хирургической коррекции сроки характерных для данной патологии причин социальной дезадаптации. Определение причин социальной дезадаптации этих пациентов, которые существенно ухудшают их качество жизни, дает возможность разработать целенаправленные мероприятия по улучшению адаптации данной категории больных к условиям социального окружения.

Таким образом, установлено ухудшение качества жизни у пациентов с ВПС в отдаленные после оперативных вмешательств сроки за счет ограничений физического, психического и социального аспектов. Изучение качества жизни, наряду с оценкой функционального состояния, психологического и социального статуса, эффективностью хирургического и медикаментозного лечения должны быть положены в основу индивидуальных программ реабилитации данного контингента лиц. В это же время проблеме определения ограничений жизнедеятельности, медико-социальному прогнозированию и вопросам социально-трудовой реабилитации этих лиц в литературе уделяется значительно меньше внимания. Методология изучения качества жизни и выявление факторов, которые

влияют на ее оценку, открывают новые возможности определения причин ограничения жизнедеятельности; физического, психического и социального функционирования больных и инвалидов с ВПС в отдаленные периоды после хирургической коррекции.

ВЫВОДЫ

- Установлено ухудшение качества жизни у больных и инвалидов с врожденными пороками сердца в отдаленные после оперативной коррекции сроки за счет ограничений в физическом, психическом и социальном аспектах.
- Изучение личностных особенностей, влияющих на оценку качества жизни у лиц с врожденными пороками сердца, открывают новые возможности изучения ведущих причин ограничения жизнедеятельности; физического, психического и социального функционирования этих пациентов в отдаленные после хирургической коррекции сроки.
- Изучение качества жизни, наряду с оценкой функционального, психологического и социального статуса, их взаимосвязей, эффективностью хирургического, медикаментозного лечения и психологической коррекции, должны быть основой программ реабилитации лиц с врожденными пороками сердца.

Литература

1. Айвазян Т. А., Зайцев В. П. Исследование качества жизни больных гипертонической болезнью. Кардиология. 1989, XXIX (9): 43–46.
2. Афифи А., Эйзен С. Статистический анализ. Подход с использованием ЭВМ. М.: Мир. 1982.
3. Дадаев А. Я. Качество жизни пациентов, оперированных по поводу коарктации аорты: дис. ... кандидата мед. наук : 14.00.44. М. 2005.
4. Коц Я. И., Либис Р. А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиология. 1993, 33 (5): 66–77.
5. Новик А. А., Ионова Т. И. Исследование качества жизни в медицине. М.: ГЭОТАР-МЕД. 2004.
6. Іпатов А. В., Лисунь О. М., Ханюкова І. Я. та ін. Обмеження життєдіяльності при вроджених вадах серця у дорослих. Дніпропетровськ: Пороги. 2012.
7. Іпатов А. В., Дроздова І. В., Лисунь О. М. та ін. Роль особистісних факторів в обмеженні життєдіяльності у хворих із вродженими вадами серця після хірургічної корекції. Дніпропетровськ: Пороги. 2011.
8. Фещенко Ю. І., Мостовой Ю. М., Бабійчук Ю. В. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою. Укр. пульм. журн. 2002, 3: 9–11.
9. Чучалин А. Г., Сенкевич Н. Ю., Белевский А. С. Методы оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких. М. 1999.

І. В. Дроздова, О. М. Мацуга, М. В. Демченко, К. О. Суганяк

Якість життя хворих та інвалідів з вродженими вадами серця

ДУ «Український державний інститут медико-соціальних
проблем інвалідності МОЗ України»,

Дніпропетровський національний університет імені О. Гончара

Вступ. Дослідження якості життя дозволяє оцінити усі складові здоров'я - фізичне, психологічне і соціальне функціонування.

Мета. Вивчити якість життя хворих та інвалідів з вродженими вадами серця.

Матеріали і методи. У 256 хворих з вродженими вадами серця (ВВС) у віддалений після оперативного втручання термін вивчалася якість життя з використанням опитувальника «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья».

Результати. Встановлено істотне зниження показників якості життя осіб з ВВС (у віддалені після хірургічної корекції терміни) при виконанні діяльності, пов'язаної як з емоційними, так і фізичними навантаженнями, що істотно обмежувало їх життєздатність. Особливістю хворих, порівняно з інвалідами, були достовірне погіршення суб'єктивної оцінки загального здоров'я; виражені відмінності фізичної активності та психічного здоров'я. Вивчення особистих особливостей, що впливають на оцінку якості життя у осіб із ВВС, відкривають нові можливості визначення провідних причин обмеження життєдіяльності у віддалені після хірургічної корекції терміни.

Висновки. Вивчення якості життя, виявлення причин обмеження життєдіяльності, оцінка клініко-функціональних, психологічних і когнітивних порушень – повинні бути основою програм реабілітації цих осіб у віддалений після хірургічної корекції термін.

Ключові слова: якість життя, вроджені вади серця, особистісні особливості, обмеження життєдіяльності

I.V. Drozdova, O.N. Matsuga, M.V. Demchenko, K.A. Suganiak

Quality of life of patients and invalids with congenital heart diseases

SI «Ukrainian State Research Institute of Medical and Social

Problems of Disability of the Ministry of Health of Ukraine», Dnipropetrovs'k,
Oles Honchar Dnipropetrovsk National University

Introduction. Studying the quality of life makes it possible to estimate all constituents of health - physical, psychological and social functioning.

Aim. To study life quality of patients and invalids with congenital heart diseases.

Materials and methods. There was studied the quality of life of 256 patients with congenital heart diseases (CHD) in a remote postoperative period. It was used the "36-Item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey: SF-36" questionnaire.

Results. There was established substantial decline of quality of life indexes in persons with CHD (in remote remote postoperative period) when they did activity related both to emotional and physical loading that limited their viability substantially. In such patients, if compared to invalids, there was observed evident worsening of subjective estimation of general health; expressed differences of physical activity and psychical health. Studying personal features which influence on the estimation of quality of life in persons with CHD, open new possibilities to study main reasons of limitation of vital functions in a remote postoperative period.

Conclusions. Worsening of quality of life is set for patients with ВПС in remote after operative interventions terms due to limitations physical, psychical and social aspects. Studying the quality of life, discovering reasons of limitation of vital functions, estimation of clinical and functional, psychological and mental violations must be the basis of rehabilitation programs for such patients in a remote postoperative period.

Key words: quality of life, congenital heart disease, limitation of vital functions, personal features.