

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ

Фролова Л. С., Перун О.І.

Науковий керівник – Болецька Т. О.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Актуальність теми. Лайм-бореліоз (ЛБ) за темпами поширення займає перше місце серед природно-осередкових захворювань. ЛБ характеризується поліморфною клінічною картиною з можливістю перебігу у вигляді латентних форм з високим ризиком хронізації, що призводить до втрати працездатності та зниження якості життя хворих.

Мета роботи. Оцінити рівень якості життя хворих на ЛБ, враховуючи фізичні і психологічні компоненти здоров'я.

Матеріали та методи. Проаналізовано медичні карти стаціонарних хворих та обстежено 22 пацієнта (12 чоловіків, 10 жінок), які перебували на лікуванні у СОІКЛ ім. З. Й. Красовицького у 2012–2013 рр. з діагнозом системний кліщовий Лайм-бореліоз. Фізичний і психологічний компоненти здоров'я оцінювали за допомогою опитувальника SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study) – неспецифічного опитувальника для оцінки якості життя пацієнта, що застосовується при проведенні досліджень якості життя в країнах Європи і в США. Для інтерпретації отриманих результатів використовувалась інструкція з обробки даних, отриманих за допомогою опитувальника SF-36, яка розроблена компанією «Евіденс. Клініко-фармакологічні дослідження» (<http://www.evidence-crg.com>). Отримані дані занесені в Електронну карту досліджень, піддані статистичній обробці з використанням програми Microsoft Excel. Опитувальник SF-36 не використовувався з комерційною метою.

Результати проведеного анкетування свідчать про недостатню обізнаність населення щодо хвороб з трансмісивним механізмом передавання, оскільки лише 14 % хворих звернулося в ЛПЗ для видалення кліща, 64 % видаляли кліщ самостійно, а 22 % – не помітили факту присмоктування кліща. 45 % хворих вказують на присмоктування кліща при перебуванні на відпочинку на природі, при роботі на дачній ділянці – 1,36 %, полюванні чи рибалці – 0,9 %, що свідчить про зараження поза межами міста.

Провідними скаргами у хворих були: суб'єктивні відчуття в ділянці еритеми (у 55 % хворих), з яких половину пацієнтів турбував свербіж і третину - оніміння, біль у колінних і ліктьових суглобах (41 %), підвищена втомлюваність (41 %), парестезії (36 %), зниження працездатності (36 %), порушення сну (32 %), слабкість (27 %), зміни настрою (27 %), зниження пам'яті (27 %), дратівливість (23 %), головний біль (18 %). Появу вищеперерахованих скарг пацієнти відмічали на 3–8 день після присмоктування кліща.

Оцінка якості життя пацієнтів за допомогою опитувальника SF-36 проводилась за вісьмома шкалами: 1 - фізичне функціонування (Physical functioning), 2 – рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role-physical functioning), 3 – інтенсивність болю (Bodily pain), 4 – загальний стан здоров'я (General health), 5 – соціальне функціонування (Social functioning), 6 – рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role-Emotional), 7 – життєва активність (Vitality) та 8 - психічне здоров'я (Mental health). Шкали 1–4 відображають фізичний компонент здоров'я, а 5–8 – психологічний. Показники кожної шкали мають значення від 0 до 100, де 100 – відповідає повному здоров'ю. Таким чином, чим вище показники, тим вища якість життя.

За шкалою «фізичне функціонування» оцінювалась фізична активність та обсяг повсякденного фізичного навантаження, який не обмежений станом здоров'я. Середнє значення цього показника склало $(81,68 \pm 4,49)$. За шкалою «інтенсивність болю» оцінювалась інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатися нормальною діяльністю – $(74,9 \pm 5,0)$. Значення шкали «рольове функціонування, обумовлене фізичним станом», показує, якою мірою здоров'я обмежує життєдіяльність, показник склав – $(60,22 \pm 6,41)$. Середнє значення шкали «загальний стан здоров'я» становило $(57,59 \pm 4,23)$. При дослідженні психологічного стану пацієнтів було виявлено наступні значення показників за шкалами: «життєва активність» – $(58,63 \pm 4,42)$, «соціальне функціонування» – $(74,88 \pm 4,14)$, «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» – $(66,66 \pm 5,77)$, та «психічне здоров'я» – $(60,0 \pm 4,63)$.

Висновок. При оцінці якості життя хворих на ЛБ виявлено, що значення, які характеризували фізичний компонент здоров'я були вище за показники, які характеризували психологічний компонент здоров'я. Найвищими були значення шкали «фізичне функціонування», найнижчими – «загальний стан здоров'я». Таким чином, зниження якості життя хворих більшою мірою обумовлене зниженням емоційної активності, ніж погіршенням фізичного стану.

Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 16-18 квітня 2014 р. / М.В. Погорелов. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 138-139.