

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
Харьковский национальный медицинский университет

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПРОПЕДЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Монография

Под ред. Т.С. Оспановой

Харьков
ХНМУ
2017

УДК 616.1/.4 – 07 – 036.8
ББК 54.1 – 57.3 я7
0-60

Утверждено ученым советом ХНМУ.
Протокол № 10 от 22.09.2016.

Авторы Т.С. Оспанова
В.Н. Лесовой
И.А. Чернякова
Н.Я. Котулевич
Н.В. Заозерская
А.Е. Чернякова

Рецензенты:

А.Н. Корж – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей практики – семейной медицины ХМАПО.

М.С. Гончаренко – д-р биол. наук, профессор, зав. кафедрой валеологии ХНУ им. В.Н. Каразина.

Опыт изучения качества жизни в пропедевтической клинике : монография / под ред. Т. С. Оспановой. – Харьков : ХНМУ, 2017. – 112 с.

В монографии представлены результаты многолетних исследований качества жизни пациентов, получающих заместительную терапию программным гемодиализом, а также страдающих сахарным диабетом и бронхиальной астмой. Обсуждаются возможности использования полученных данных для оптимизации диагностики и коррекции терапии и современные концепции качества жизни как новой парадигмы развития человечества.

Монография предназначена для интернов, семейных врачей, пульмонологов, нефрологов, эндокринологов, а также студентов медицинских вузов и широкого круга читателей, интересующихся проблемами качества жизни.

УДК 616.1/.4 – 07 – 036.8
ББК 54.1 – 57. 3 я7

© Харьковский национальный
медицинский университет, 2017
© Т. С. Оспанова, В. Н. Лесовой,
И. А. Чернякова и др., 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. Концепция качества жизни – новая парадигма развития современного человечества	9
1.1. Философия качества жизни на современном этапе развития цивилизации	9
1.2. Концепция качества жизни в медицине	16
ГЛАВА 2. Собственные наблюдения	35
2.1. Цель и задачи исследования	35
2.2. Материалы и методы исследования	35
2.3. Исследование качества жизни больных хронической болезнью почек V ст. в условиях лечения программным гемодиализом	39
2.4. Исследование качества жизни больных сахарным диабетом	52
2.5. Исследование качества жизни у больных бронхиальной астмой	63
ГЛАВА 3. Обсуждение полученных результатов	71
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	89
ЛИТЕРАТУРА	92
ПРИЛОЖЕНИЯ	110

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

АГ	– артериальная гипертензия
АД	– артериальное давление
АР	– аллергический ринит
БА	– бронхиальная астма
ВОЗ	– всемирная организация здравоохранения
ГД	– гемодиализ
ГЗ	– гормонозависимость
ЗТ	– заместительная терапия
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИМТ	– индекс массы тела
ИЧР	– индекс человеческого развития
КЖ	– качество жизни
КЖСЗ	– качество жизни, связанное со здоровьем
ЛН	– легочная недостаточность
МКФ	– международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья
MOS SF-36	– международный опросник, краткая форма
ОЖД	– ограничение жизнедеятельности
ПД	– перитонеальный диализ
СД	– сахарный диабет
ХБП	– хроническая болезнь почек

*«Субъективные показатели объективны для тех,
кто умеет их понимать и расшифровывать».*

А.А. Ухтомский

Qui bene diagnoscit, bene curat.

Герард Ван-Свитен

ВВЕДЕНИЕ

В системе отечественного медицинского образования пропедевтике традиционно отводится особая роль. Термин «пропедевтика» происходит от греческого «*propaideio*», что дословно означает «предварительно обучать». Смысл и значение этого термина во всех учебниках, руководствах, словарях обозначается как «введение» в определенную науку (педагогику, философию, историю, медицину и пр.). Впервые идея предварительного (пропедевтического, подготавливающего) обучения была высказана «отцом» современной педагогики, философом, гуманистом Яном Коменским (1592–1670) [41]. Развивая эту идею, замечательный педагог К.Д. Ушинский (1824–1870) [98] рассматривает пропедевтику прежде всего в тесной взаимосвязи, интегрированности с другими предметами первоначального обучения. Курс пропедевтики должен состоять из элементов знания, которые осваиваются посредством «деятельной интуиции». Каждый элемент должен быть понят учеником, найден в окружающей действительности, соотнесен и применен к жизни. Процесс познания при этом должен быть непрерывным от элемента к элементу, от конкретного к абстрактному, от представления к мысли.

В философском понимании до И. Канта пропедевтикой называли общий курс аристотелевской логики, а также предварительное изучение конкретных наук как специальных отраслей знания. И. Кант в качестве философской пропедевтики предлагает рассматривать свою трансцендентальную логику, Г. Гегель – диалектическую логику, предметом которой является мышление как таковое.

Согласно современным представлениям «пропедевтика – это сокращенное изложение какой-либо науки в систематизированном виде, т. е. подготовительный вводный курс в какую-либо науку, предшествующий более глубокому и детальному изучению соответствующей дисциплины» [68].

Термин «пропедевтика» был использован еще Н.И. Пироговым в его уникальной трехступенчатой системе медицинского образования в России (пропедевтика – факультетский курс – госпитальный курс) и не нашел применения в западных системах, что усложняет интеграцию отечественной медицины в деятельность мирового сообщества. В Америке введение в медицину представлено курсами «*Introduction into Internal Medicine*» and «*Laboratory and Instrumental Diagnosis*». Несомненно, унификация учебных программ, учебных планов, перечней специальностей

необходима, однако, при этом нельзя допустить разрушения отечественных принципов медицинского образования, основанных на возможно раннем контакте студентов с пациентами, тщательном субъективном (анамнез) и объективном (физикальном) обследовании пациента, использовании знаний, полученных на предыдущих этапах обучения для правильной оценки выявленных симптомов, объединении их в синдромы.

К сожалению, в связи с недостатком времени, которое отводится современными учебными планами для пропедевтики, остались в прошлом так называемые комплексные лекции и практические занятия с представителями других кафедр в целях интеграции преподавания по горизонтали и вертикали, которые с успехом практиковались ранее и способствовали развитию клинического мышления у студентов, значительно сокращается объем классического пропедевтического курса.

Основная цель медицинской пропедевтики – научить будущих врачей методам исследования больного, принципам врачебной этики и деонтологии, сформировать понятия «здоровье», «болезнь», «симптом», «синдром», «диагноз», заложить основы клинического мышления.

Обучение методам исследования начинается с расспроса больного: изучаются его жалобы, история развития болезни, медицинская биография (анамнез, от греч. *anamnesis* – воспоминание). В отечественной медицине анамнезу всегда уделялось особенное внимание, поскольку в процессе его изучения врач получает от больного сведения о субъективных симптомах болезни, которые отражают объективную реальность болезни, объективные процессы, происходящие в организме (жалобы), особенности течения болезни (*anamnesis morbi*), внешние и внутренние факторы, которые могли способствовать возникновению болезни, влиять на ее течение (*anamnesis vitae*). На этом этапе обследования пациента врачу представляется возможность изучить особенности менталитета пациента, оценить его восприятие своей болезни, психоэмоциональное состояние, «увидеть болезнь глазами больного».

Научные основы метода расспроса больного ввел в клинику М.Я. Мудров (1776–1831) [61], который разработал схему клинического исследования больных, составление так называемой «истории болезни». В лекции «Слово о способе учить и учиться медицине практической при постелях больных» М.Я. Мудров сформулировал важнейший принцип медицины: «Не должно лечить болезни по одному только ее имени, не должно лечить и самой болезни, для которой часто мы и названия не находим, а должно лечить самого больного». Г.А. Захарьин (1829–1898) [33] усовершенствовал анамнестический метод и, по мнению французского клинициста А. Юшара, возвысил расспрос до искусства: «Слава этого метода и широкое его использование были обусловлены не только простотой и логичностью, щажением больного, но также большой практичностью и свойством выявлять начальные изменения». Основное внимание

Г.А. Захарьин придавал системному обследованию больного, учету его психологии, развитию интуиции у врачей. С.П. Боткин (1832–1859), заложивший основы клинической медицины, признавал ведущую роль в развитии болезни влияний внешней среды: «Болезнь не есть нечто особенное, самостоятельное – она представляет обычные условия жизни при условиях, невыгодных организму». В обследовании больного основную роль глава петербургской медицинской школы отводил инструментальным и лабораторным методам [11]. Значение внешней среды подчеркивал И.М. Сеченов: «Организм без внешней среды, поддерживающей его состояние, невозможен» [91]. По существу, врач, изучая анамнез, исследует качество жизни (КЖ) больного как субъективную оценку пациентом своей болезни, а также экономические, социальные, семейные факторы, образование, работу, которые влияют на физическое, психологическое, духовное состояние пациента. Таким образом, в пропедевтической клинике будущий врач обучается исследованию КЖ пациента. Учитывая важность этого интегрального критерия в современном обществе, по-видимому, пришло время в курсе пропедевтики знакомить студентов с основными понятиями, методологией исследования, значением КЖ, связанного со здоровьем (КЖСЗ), для диагностики, выбора терапии, оценки ее эффективности, разработке программ реабилитации.

В современной пропедевтической клинике студенты начинают осваивать свою будущую профессию на первом курсе (дисциплина «Безопасность жизнедеятельности, основы биоэтики и биобезопасности»). На втором курсе будущие врачи проходят практику по уходу за больными, изучают дисциплину «Деонтология в медицине»). На третьем курсе студенты осваивают пропедевтику внутренней медицины, педиатрии, хирургии, основы биоэтики и биобезопасности, элективный курс «Теория познания в медицине», проходят сестринскую практику. На всех этих этапах студенты должны знакомиться с современными понятиями «Качество жизни» и «Качество жизни, связанное со здоровьем».

Следует отметить, что в современных отечественных учебниках медсестринства излагается концепция А. Maslow [194] о потребностях человека и возможностях их удовлетворения [49], большое внимание уделяется психологическим особенностям больного человека. Учитывать различные аспекты КЖ следует и при подготовке будущих бакалавров и магистров медсестринства.

Кафедра пропедевтики внутренней медицины № 2 и медсестринства Харьковского национального медицинского университета на разных этапах своего существования использовала в качестве клинической базы отделения Харьковской областной клинической больницы: терапевтическое, нефрологическое, хронического гемодиализа, пульмонологическое, аллергологическое, реабилитационное. Результаты наших наблюдений, исследований, размышлений предлагаются читателям в этой книге.

ГЛАВА 1. Концепция качества жизни – главная парадигма развития современного человечества

1.1. Философия качества жизни на современном этапе развития цивилизации

Согласно современным представлениям в развитии человеческого общества выделяются три основных этапа (стадии, эпохи): доиндустриальный (аграрный, традиционный, доэкономический), индустриальный (экономический) и постиндустриальный (постэкономический) [7, 8, 34, 35].

Доиндустриальный этап продолжался более 14 тыс. лет, приблизительно до 1800 г., это общество рассматривается как «добывающее», в основе которого находилось сельское хозяйство, консервативная социальная структура, авторитарная культура, взаимодействие человека с природой.

Со второй половины XVIII в. после появления парового двигателя, первых железных дорог отмечается стремительный рост производительности труда, развиваются «классические науки»: механика, электродинамика, термодинамика; в последней трети XIX в. происходит научно-техническая революция в области электричества и химии, бурно развивается машинная индустрия, товарное производство («производящее» общество). Этот индустриальный этап условно продолжается с 1800 до 1960 г., т. е. приблизительно 160 лет. Основным в характере труда становится взаимодействие человека с техникой. К началу XX в. объем знаний, которым овладело человечество, увеличивается более, чем в 250 000 раз: в недрах индустриального общества появляются признаки инновационной фазы развития: лавинообразные открытия в ядерной физике, квантовой механике, микробиологии, биохимии, генетике.

В 60-х годах XX в. человечество приходит к осмыслению перемен, происходящих в хозяйственной и социально-политической сферах как нового этапа общественного развития, разрабатываются концепции, обобщающие фундаментальные закономерности новых тенденций и прогнозирующие глобальные пути развития человечества, которое осознало, что достижения научно-технических революций являются предпосылкой качественных изменений, происходящих в обществе [168]. Предлагаются теории постиндустриального капитализма, постиндустриального социализма, экологического, конвенционального, постэкономического, постиндустриального общества. Термин «постиндустриальное общество» введен Д. Беллом, который определял его как «понятие социальной философии и социологии, используемое в рамках цивилизационного подхода к историческому процессу и фиксирующее современную стадию цивилизационного развития. Это понятие должно рассматриваться как аналитическая конструкция, а не картина специфического или конкретного общества, как некоторая парадигма, социальная схема, выявляющая новые

оси социальной организации и стратификации в развитом западном обществе». Авторами концепции постиндустриального общества признаны Д. Белл, Дж. Гэлбрейт, В. Иноземцев [7, 8, 26, 34, 35, 125, 218].

В основе идеи постиндустриального общества находится снижение роли материального производства, развитие сферы услуг и информации, существенные изменения социальной структуры [34, 35], взаимодействие человека с человеком, увеличение инвестиций в человеческий капитал, повышение качества жизни как одного из направлений системы государственных приоритетов. Главной целью человека должно стать развитие собственной личности [9, 103].

Центром этой модели общества является человек, промышленность уступает первое место сфере деловых и профессиональных услуг, связанных со знаниями [50, 162]. В обществе будущего просматриваются признаки постмодернизма: превалирование в сознании нематериальных ценностей, максимальное использование творческого потенциала, формирование нового типа семьи, новых форм социального общения, совершенствование системы образования, решение национальных, этнических проблем и т. д. [218]. В доиндустриальную эпоху материальные потребности человека совпадали с интересами всего сообщества, т. е. могут рассматриваться как одномерные. В индустриальную эпоху материальные интересы личности приходят в противоречие с интересами других людей и всего общества в целом и являются двумерными, возникает конфликт между растущим потреблением и возможностями его обеспечить. Индустриальное общество ориентировано на прогресс производства [26, 52]. Вводится понятие «уровень жизни», социально-экономическая категория, выражающая обеспеченность населения потребительскими благами, которые характеризуются количественными показателями. В постиндустриальном обществе зарождается многомерный мир: удовлетворение только материальных потребностей уступает первенство нематериальным ценностям, творческая деятельность становится главной движущей силой развития общества, ориентированного на улучшение «качества жизни» потребителя (QOL), измеряемое услугами и удобствами (здоровоохранением, образованием, досугом, культурой), которые становятся желанными и доступными для каждого. Под КЖ понимается также возможность человека жить в гармонии с природой, обществом, с самим собой. Понятие КЖ вводится в 1960 г. на основе «социальных индикаторов» как социологическая категория, выражающая степень удовлетворенности различных групп населения условиями своей жизнедеятельности, степень самореализации в трудовой деятельности, потреблении инноваций. Происходит сложный процесс переориентации экономики от товаропроизводства к сервису («цивилизация услуг» по Ж. Фурастье), доминированию наукоемких отраслей промышленности, развитию интеллектуальных

технологий, индустрии знания, усиливается роль и значение человеческого фактора, творческого аспекта деятельности человека, производства информации и духовного производства в целом, сокращение рабочего дня, снижение рождаемости, существенное повышение КЖ. Главным интенсивным фактором развития в этот период выступает «человеческий капитал»: профессионалы, высокообразованные личности, наука и знания.

Основным приоритетом постиндустриального общества становится КЖ, которое оценивается на основании определенных показателей: всеобщая грамотность, высокий уровень образования для значительной части населения, высокая продолжительность жизни, доступность и качество медицинских услуг, увеличение времени досуга и возможность его полноценного использования, уменьшение преступности и др.

К 2000 г. критериям постиндустриального общества соответствовали 25 так называемых высокоразвитых стран, всего более 25 % населения Земли. В настоящее время отмечается, что разрыв между высокоразвитыми странами и обществами, находящимися на индустриальном и доиндустриальном этапах развития, неуклонно уменьшается.

В.П. Иноземцев [34, 35] подчеркивает, что концепция постиндустриального общества не противостоит всей истории человечества, она выступает лишь как развитие предыдущих ее стадий. Постиндустриальные тенденции сосуществуют с прежними социальными формами, усложняя социальную структуру общества.

Модернизация человеческих ценностей, психологических ориентиров, хозяйственных и социальных систем требует длительной и трудной эволюции, предметом которой должны стать интересы человека.

Ю. Крупнов [43, 44] считает, что новое общество может быть создано только в условиях «сверхиндустриализации», постоянного наращивания доли промышленности в производстве ВВП. И. Левесон (цит. по Ю. Крупнову, [47]) под сверхиндустриальным обществом понимает «окружающую среду с высокоэнергетическим обеспечением, в котором базовые черты индустриальной революции специальным образом усилены и продолжают двумя долгосрочными стратегиями: получают широкое распространение комплексные системы компьютеризации и связи, применение интеллектуальных систем, иных технологических завоеваний. Все это противоречит установкам на организацию досуга и получение удовольствия как основной цели существования, которые составляют понятие «постиндустриального общества». Отличия между постиндустриальным и сверхиндустриальным обществом подчеркивает Э. Тоффлер [96]: «Главное различие не в переходе от материальных к постэкономическим критериям, а в дроблении ценностей, сопутствующем процессу социальной дестандартизации, обстановка обостряющегося конфликта ценностей между общественными группами, небывалая степень дифференцирования социальных структур, создающих свои уникальные подсистемы ценностей и пытающихся их реализовать».

В этих условиях социальное состояние не может регулироваться и управляться существующими институтами власти, возникает опасность уничтожения достигнутого уровня развития общества. Когда будут удовлетворены основные нужды людей, для многих исчезнет мотивация труда и возникнет необходимость разработки инструмента оценки потребностей различных социальных групп и каждого человека, степени их удовлетворения для достижения благополучия. В 1954 г. А. Maslow в работе «Мотивация и личность» [194] сформулировал иерархическую теорию потребностей человека в виде пирамиды с основанием из базовых физиологических потребностей, затем следуют безопасность и защищенность, принадлежность к социальной группе, уважение и признание и на вершине пирамиды – потребность в самоактуализации, максимальном раскрытии своих способностей. Несмотря на то, что в дальнейшем эта теория подвергалась вполне обоснованной критике и сам А. Maslow в своих последних работах («Дальние пределы человеческой природы», 1971 г.) отказался от многоступенчатой пирамиды потребностей, однако именно ему принадлежит идея анализа базовых потребностей человека, которая через десятилетия воплотилась в понятии «качество жизни». Следует отметить, что А. Maslow связывает базовые потребности со здоровьем и болезнью: характеристика считается базовой, если ее отсутствие ведет к заболеванию, ее наличие предотвращает болезнь, восстановление – излечивает.

Р. Burdieu [134] в 80-х годах прошлого столетия предлагает понятие «габитус» как обозначение совокупности индивидуальных, групповых, коллективных, социально-стартовых позиций и реализации их в деятельности, называет образование и уровень культуры «культурным капиталом».

Знаменательным событием XX в. явилось возникновение нового направления в американской и западноевропейской социологии, которое разрабатывает концепцию КЖ как критерия оценки степени удовлетворения физической, психологической, социальной и духовной составляющих жизни современного общества с целью реального удовлетворения потребностей человека и достижения его благополучия [10]. Жизнь человека провозглашается наивысшей ценностью человеческого общества.

Термин КЖ впервые был использован американскими экономистами С. Ордвеем [207] и Ф. Осборном [208] как показатель экологической опасности экономического развития. Л. Джонсон в 1964 г. заявил, что «цели не могут быть измерены нашим банковским счетом. Они могут быть измерены качеством жизни наших людей».

Концепция КЖ стала простым, информативным, надежным инструментом для определения благополучия человека.

Г. Соссо определяет КЖ личности как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте его культуры и систем

ценностей с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства. КЖ отражает также уровень материального потребления (уровень жизни), неоплачиваемых благ [43, 44]. Уровень жизни – это мера количества и качество товаров и услуг, доступных для человека, КЖ является результатом интегрального влияния на человека социальных, экономических, медицинских, экологических воздействий, отражает субъективное благополучие, соответствие между желаниями, потребностями, жизненными планами человека и возможностью их реализации [57].

Понятие КЖ стандартизовано Международным обществом исследования качества жизни (International Society for Quality of Life Research, ISOQoL), которое формирует знания и единые подходы к оценке КЖ, разрабатывает методологию оценки КЖ. ВОЗ выделяет критерии КЖ и их составляющие. К основным критериям КЖ отнесены физический, психологический, уровень самостоятельности, общественная жизнь, окружающая среда, духовность. Составляющими физического критерия являются сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, отдых, сон. Психологический критерий представлен положительными и негативными эмоциями, мышлением, изучением, запоминанием, концентрацией внимания, самооценкой. Уровень самостоятельности (независимости) оценивается повседневной активностью, работоспособностью, зависимостью от лекарств и лечения, общественная жизнь – личными взаимоотношениями, общественной ценностью субъекта, сексуальной активностью. Критерии окружающей среды составляют благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, информатизации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология. Духовность оценивается на основании анализа религиозности и личных убеждений, представлениями о добре и зле. Таким образом, КЖ является интегральным показателем, который характеризует отражение в сознании человека хозяйственно-социальной реальности его фактической жизни в отличие от «уровня жизни», который описывает только экономические и внешние условия. Определение и реализация КЖ устанавливается совокупностью законодательно введенных стандартов (индексов), которые должны быть понятными, динамично отражать факторы, влияющие на жизнедеятельность, иметь количественные характеристики. Стандартами КЖ являются показатели рождаемости и смертности, количество браков и разводов, реализуемость права ребенка жить и воспитываться в семье, доступность и качество образования, объектов культурного назначения, развитие социальной инфраструктуры и социальных служб, системы социального обеспечения неимущих и пожилых.

Важными компонентами КЖ являются образ жизни, уровень жизни, окружающая среда. В XXI в. для большинства людей работа должна стать разнообразной и ответственной, труд будет требовать от человека

умения принимать самостоятельные решения на основании собственных суждений и оценок.

Стандарты КЖ направлены различным группам населения, многовариантны, объединяются в блоки, определяют существенные особенности жизни населения, от которых зависят достоинство и свобода личности каждого человека [43, 44]. Для осуществления международных стандартизованных исследований используются различные упрощенные показатели КЖ, включающие три параметра: продолжительность жизни взрослого населения, самоубийства и убийства, а также уровень миграции.

В 1990 г. ООН предлагает так называемый индекс человеческого развития (ИЧР) для решения задач благоприятствования человеческому развитию на международном уровне как наиболее эффективный инструмент оценки КЖ, включающий среднюю ожидаемую продолжительность жизни при рождении, уровень образования населения, реальный среднедушевой валовой внутренний продукт (ВВП), исчисляемый с учетом паритета покупательной возможности национальной валюты. Этот минимальный набор показателей позволяет количественно выразить ключевые направления (измерения) потенциала развития человека: прожить долгую и здоровую жизнь (измерение – долголетие); приобретать, расширять и обновлять знания (измерение – образование), иметь доступ к способам существования, обеспечивающим достойный образ жизни (измерение – материальный уровень жизни). При этом целевыми показателями является средняя продолжительность жизни 85 лет, полная грамотность населения и полный охват обучением молодежи, уровень годового дохода на душу населения в размере 40 000 долларов США по паритету покупательной возможности национальной валюты.

Для расчета ИЧР используется простая средняя арифметическая индекса продолжительности жизни, уровня образования, индекса скорректированного реального ВВП на душу населения, рассчитанного по специальной формуле. Чем ближе значение ИЧР к 1,0, тем ближе общество к целевому показателю. В Украине разработаны национальные методики измерений ИЧР в различных регионах с учетом демографических показателей, развития рынка работы, материального благополучия населения, условий проживания, уровня охраны здоровья и пр. Используется более широкая статистическая база показателей. ИЧР позволяет ранжировать страны на основе сравнения с достаточно апробированными в мировой практике индексами [108, 119].

КЖ является социально-экономической категорией, имеет субъективную и объективную составляющие. Объективность КЖ обеспечивается научно обоснованными нормативами потребностей и интересов человека, в сравнении с которыми можно оценить степень их удовлетворения. Но степень удовлетворенности своих потребностей может оценить только

сам человек, в сознании которого (в его личных мнениях и оценках) и существует этот показатель. Поэтому оценка КЖ существует в двух формах: степень удовлетворения научно обоснованных потребностей и удовлетворенность КЖ самого человека. Таким образом, проблема КЖ связывается с проблемами сознания, объективного и субъективного, описывает объективную субъектность, определяется рефлексивными практиками и знаниями, т. е. направленностью сознания на себя, строится на основе анализа субъектом средств организации своего мышления и деятельности (Ю. Крупнов).

Объективным критерием субъективности, определения реальности собственного качества жизни является сопоставимость КЖ различных личностей или общностей. Понятие КЖ определяет не столько количественные показатели уровня потребления, сколько удовлетворенность человека своей жизнью [230], отражает фактическую дееспособность различных сообществ и отдельных лиц, т. е. субъектность населения, при этом остается столь же объективной, как и прочие социальные, культурологические, экономические категории.

Каждое сообщество разрабатывает критерии КЖ самостоятельно, соответственно своим идеалам. «Золотой стандарт» КЖ отсутствует и невозможен.

Сотрудники школы социальной работы университета штата Оклахома США предложили следующую системную модель КЖ:

INPUT PERCEPCIONS / OPINIONS OUTPUT

Family/Frends

Culture Work

Neighborhood/Shalter

Demographic Community Quality of Life

Characteristics Health Sens of Well-Being

Socio-economic Education

Conditions Spiritual

Feedback

Определение должных показателей КЖ позволяет использовать их в качестве универсального управленческого инструмента, сформировать для определенного сообщества, отдельного индивидуума оптимальный образ будущего. Показатели наивысшего КЖ служат стимулом промышленного развития в первой половине XXI в. и открывают для каждого человека перспективы полноценной достойной жизни. В правовом отношении КЖ обеспечивает реализацию права на достойную жизнь и свободное развитие человека. Одной из важнейших функций государства является организация помощи населению в повышении качества жизни, обучение конкретных людей работе над собственным КЖ. Улучшение КЖ

зависит от создания условий для реализации этой работы: расширение возможностей, свободы выбора, развитие установок на социальную активность, мобильность, достижение благополучия благодаря собственному труду, оптимизация ценностно-целевых ориентаций. Для управления КЖ законодательно принимаются стандарты, которые становятся индикаторами для государственного планирования.

Европейское общество КЖ (EQLS) каждые 4 года анализирует занятость, доходы, образованность, жилищные условия, семью, здоровье, работу, личную жизнь, удовлетворенность жизнью людей, проживающих более чем в 30 европейских странах, считая КЖ залогом развития сильного и процветающего общества. Компанией Economist Intelligens Units разработан индекс КЖ, основанный на объединении результатов исследований субъективной оценки жизни в различных странах с объективными показателями КЖ в этих странах. Оценка основывается на 9 факторах КЖ: 1) здоровье (ожидаемая продолжительность жизни в годах); 2) семейная жизнь (уровень разводов на 1 тыс. человек, от 1 (мало разводов) до 5 (много разводов); 3) общественная жизнь: переменной придается значение 1, если в стране высокий уровень посещаемости церкви или профсоюзного членства; 4) материальное благополучие – ВВП на душу населения, паритет покупательной способности; 5) политическая стабильность и безопасность – рейтинги; 6) климат и география – широта для различения холодных и жарких климатов; 7) гарантия работы – уровень безработицы в %; 8) политическая и гражданская свобода – средний индекс от 1 (полная свобода) до 7 (несвобода); 9) гендерное равенство – отношение средней зарплаты мужчин к заработной плате женщин. В 2005 г. опубликованы результаты подсчета индекса КЖ в 111 странах (шкала из 10 очков). Наиболее высоким индекс оказался в Ирландии (8,333), Швейцарии (8,008), самый низкий в Нигерии, Танзании, Зимбабве (3,892).

Ориентация на КЖ человека является отличием промышленной системы XXI в., которая, опираясь на информационно-коммуникативные технологии, соединяет социальную и производственную сферы на основе инфраструктуры обеспечения КЖ и позволяет считать КЖ новой парадигмой общественного развития [79, 250]. Исследование КЖ позволяет оценить эффективность управления и планировать пути его оптимизации, философия КЖ занимает ведущее место в государственной и социальной работе наиболее развитых стран мира как национальная идея.

1.2. Концепция качества жизни в медицине

Бурное развитие новых медицинских технологий во второй половине XX в. привело к увеличению продолжительности жизни, но не к улучшению качества жизни людей. Возникает сдвиг в мышлении врачей о преимуществах, рисках и стоимости современных медицинских вмеша-

тельств с точки зрения концепции КЖ. В 1976 г. КЖ стало ключевым термином в Index Medicus в разделе «Философия». Целями исследования КЖ в медицине выделены: 1) оценка психосоциального функционирования соматических пациентов, определение конкретных проблем и потребностей пациентов на различных этапах патологического процесса; 2) сравнение влияния различных схем лечения на самочувствие и удовлетворенность лечением. Сравнительный анализ позволяет врачам получить дополнительную информацию для принятия клинических решений с учетом биомедицинских и психосоциальных аспектов [230].

Концепция КЖ вызвала большой интерес медицинской общественности, поскольку дала возможность оценить состояние пациента не только на основании симптомов болезни, но и учитывая внутреннюю картину болезни с точки зрения самого больного как автономного и полноправного участника диагностического и лечебного процесса. Врачи всегда использовали эту возможность, изучая жалобы пациента, историю развития его болезни, медицинскую биографию. Концепция КЖ позволила медицине подняться на новый уровень исследования влияния состояния здоровья на ощущения благополучия и осознания пациентом степени удовлетворения его физических, психических, социальных потребностей. Исследование КЖ в настоящее время широко используется во всех отраслях медицины для оценки эффективности и безопасности диагностики, лечения, профилактики, реабилитации пациентов с различной патологией, может выступать в качестве критерия выздоровления или ремиссии, применяться для прогнозирования течения болезни, а также служить основанием для фармакоэкономического анализа. Изучение КЖ необходимо при разработке программ психологической и социальной поддержки для его целенаправленного улучшения.

Еще в 1947 г. профессор колумбийского университета США D.F. Karnovsky опубликовал работу «Клиническая оценка химиотерапии при раке», в которой использована система (шкала) «нефизиологических методов оценки параметров жизни онкологических больных», позволяющая исследовать личность пациента, страдающего соматическим заболеванием [180].

Во второй половине XX в. разрабатываются критерии КЖ, связанные со здоровьем (КЖСЗ, HRQOL), предлагаются стандарты опроса пациентов о своем здоровье в качестве мониторинга состояния здравоохранения. Изучение стандартных ответов пациентов на стандартные вопросы, сформулированные с участием врачей, психологов, юристов, стали основой современных опросников по КЖСЗ. Исследование КЖСЗ позволяет наметить пути улучшения жизни человека. Эта методология становится неотъемлемой составляющей современной медицины [152, 250].

Универсальное определение понятия КЖ отсутствует, оно динамично изменяется, следуя эволюции общества, изменениям ценностей,

представлений о благополучии [126]. В 1977 г. Cumulated Index Medicus приводит определение КЖ как интегральной характеристики физической, психологической и социальной функций человека. В 1982 г. R. Kaplan, J. Bush [179] впервые предлагают термин «Health related quality of life» (HRQOL), «Качество жизни, связанное со здоровьем, КЖСЗ». A.J. Sweeny et al. [195] предложили оценивать КЖСЗ на основании эмоционального, социального функционирования, повседневной активности, проведении досуга. N.K. Wenger et al. [247] выделяют три параметра и девять подпараметров КЖСЗ: 1) функциональный (способность осуществлять повседневную деятельность, социальные, интеллектуальные, эмоциональные функции, создавать экономическую обеспеченность; 2) восприятие (взгляды, суждения о ценности этих компонентов, восприятие общего состояния здоровья, уровня благополучия, удовлетворенности жизнью); 3) симптомы, которые могут влиять на все составляющие и быть связанными с ними и между собой. S.A. Shumaker, A. Naughton [226] предлагают следующее определение: «КЖСЗ – это субъективная оценка индивидуумом влияния его состояния здоровья, медицинской помощи и действий, направленных на поддержание здоровья, на его способность поддерживать уровень функционирования, позволяющий ему достигать значимо жизненных целей». Таким образом, КЖСЗ оценивает физическое, психологическое, социальное и духовное благополучие человека, а качество жизни, не связанное со здоровьем, учитывает образование, экономическую безопасность, состояние окружающей среды, физическую безопасность [4, 149, 195, 179]. В дальнейшем мы будем условно обозначать КЖСЗ как КЖ.

В 1991 г. инициируется проект «Всемирная организация здравоохранения качества жизни» (WHOQL) [238, 248, 250]. ВОЗ в 1999 г. предлагает следующее определение КЖ: «Качество жизни – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и реализации возможности предоставляются». По мнению другой группы экспертов, «качество жизни – это индивидуальное соотношение целей человека в обществе, его планов и возможностей с положением индивида в обществе в контексте культуры и систем ценности этого общества». И еще одно определение экспертов ВОЗ: «Качество жизни – это субъективный показатель удовлетворения человеческих потребностей, степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего социума». Интересно, что ни в одном из этих определений не звучат понятия «здоровье», «болезнь», все они шире оценки прямого влияния болезни на качество жизни и являются интегральным отражением физического, психологического, эмоционального функционирования больного через призму его субъективного восприятия.

Этот подход соответствует известному наставлению Гиппократов, которое всегда составляло кредо отечественной медицины: «Лечи больного, а не болезнь» [20]. В 1820 г. проф. М.Я. Мудров формулирует этот принцип как новую истину: «Я намерен сообщить вам новую истину, которой многие не поверят, и которую, может быть, не все постигнут. Врачевание не состоит в лечении болезни... Врачевание состоит в лечении самого больного» [61].

В последние годы развитие современных диагностических и лечебных технологий, все более узкая специализация медицины сопровождается уходом от этого принципа и вместе с тем – от пациента [103]. Об «утерянном искусстве врачевания» пишет терапевт В. Low, [46], который призывает вернуться к сотрудничеству с больным в лечебно-диагностическом процессе. Излагают современные представления о необходимости постоянно учитывать потребности больного, стремиться к повышению его качества жизни В.Н. Лесовой и др. [49].

В 2001 г. под эгидой экспертов ВОЗ разрабатывается «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ), которая совместно с МКБ-10 составляет семью классификаций, определяющих понятие «здоровье». Согласно МКФ, изменения здоровья, в том числе вызванные болезнью, проявляются ограничением жизнедеятельности (ОЖД) и могут быть охарактеризованы категориями мобильность, самообслуживание, повседневная деятельность. Основываясь на МКФ, можно достаточно полно на уровнях организма, личности, общества исследовать характер и выраженность ОЖД, что позволит органам здравоохранения и социальной защиты разработать необходимые реабилитационные схемы для реинтеграции пациентов в общество, социальное функционирование, придать им конкретный правовой статус. МКФ во многом способствовала унифицированию понятия КЖ, поскольку использование единой шкалы определения степени ОЖД приводит к стандартизации подходов при изучении последствий изменений здоровья [56].

Болезнь оказывает существенное влияние на КЖ пациента, степень которого не всегда определяется сущностью самой болезни, выраженностью ее симптомов и даже тяжестью течения. КЖ при этом оценивает не сами нарушения, вызванные болезнью, а то, как больной переносит эти нарушения, насколько они ограничивают его жизнедеятельность. В этом плане актуальным остается высказывание К. Маркса: «Что такое болезнь, как не стесненная в своей свободе жизнь?» [54]. Таким образом, здоровье рассматривается как «свобода жизни». Нередко необходимость лечения, обследования, постоянного медицинского наблюдения, агрессивность современной терапии оказывают более негативное влияние на КЖ, чем

сама болезнь. КЖ отражает изменения физического, эмоционального, социального, духовного благополучия человека, существующего в условиях болезни и лечения. Это показатель уникален для каждого больного, шире прямых показателей здоровья населения, продолжительности жизни и причин смерти, отражает влияние убеждений человека, его жизненного опыта, личности, надежд на оценку им различных сторон жизни, состояние здоровья, медицинских вмешательств, это субъективное восприятие влияния болезни или ее лечения на здоровье и качество жизни. Пациенты со сходными симптомами болезни, одинаковым лечением и особенностями течения болезни могут иметь различные показатели КЖ [216]. Проведенные специальные исследования подтвердили, что показатели КЖ коррелируют с объективными данными и прогнозируют общепринятые «жесткие результаты» – частоту госпитализаций и смертность. М. Staquet et al. [231] высказывают, на наш взгляд, достаточно спорное мнение, что при определенных заболеваниях самым важным показателем здоровья может быть оценка своего состояния самим пациентом.

Достижения современной науки, внедрение в практику новейших исследований в области физики, химии, генетики, фармакологии вызвали в XX в. революцию в медицине, подняли ее диагностические и лечебные возможности на качественно новый уровень и предоставили современному врачу такие методы диагностики и лечения, которые еще несколько десятилетий назад показались бы фантастическими. Однако, как любая революция, этот процесс сопровождается определенными весьма значительными потерями в искусстве врачевания и, как ни парадоксально, дегуманизацией медицины. Удивительно точно предвидел эту ситуацию летчик и писатель Антуан де Сент-Экзюпери еще в середине XX в.: «Я верю даже, что придет день, когда мы, заболев, и не ведая причины заболевания, доверимся физикам, которые, не спрашивая ни о чем, возьмут у нас шприцем кровь, выведут на основании ее анализа несколько величин, перемножат их, после чего, заглянув в таблицу логарифмов, исцелят нас какой-нибудь пилюлей. И все-таки, случись мне заболеть, я, пожалуй, пойду к старому земскому врачу, который взглянет на меня уголком глаза, пощупает мой живот, выслушает мои легкие, потом немного покашляет, ...потрет подбородок и, чтобы меня исцелить, улыбнется мне. Разумеется, я преклоняюсь перед наукой, но я преклоняюсь и перед мудростью».

Современная концепция КЖ, включающая тщательное изучение объективных данных о состоянии больного, полученных при его обследовании, и субъективной оценки пациентом своей жизни с болезнью, степени стеснения свободы жизни болезнью, является выходом из кризиса современной медицины. Исследование КЖ может оказать врачу неоце-

нимую помощь в решении проблем, встающих перед пациентом, который ожидает от него поддержки в трудных жизненных обстоятельствах, связанных с болезнью. Задача врача при этом - провести больного через болезнь, обеспечить для него максимальные возможности прожить долгую жизнь в условиях высокого ее качества, наиболее полного выздоровления либо наиболее благоприятного течения [114]. Однако следует помнить, что КЖ становится действенным инструментом только в условиях четкого выполнения требований методологии его изучения, которая разрабатывается Международным обществом исследования качества жизни.

Принципы методологии изучения КЖ подробно описаны в руководстве А.А. Новика и др. [69, 204]. Авторы подчеркивают, что методы изучения КЖ основаны на оценке самим пациентом своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношениях, т. е. являются субъективными. Анкеты, опросники, тесты, шкалы, индексы, которые при этом используются, разрабатываются крупнейшими специалистами в области психологии, философии, социологии, экономики, демографии, медицины, что позволяет в определенной степени объективизировать полученные результаты.

Основным методом исследования КЖ является стандартизированное интервьюирование с помощью опросников. Разработано большое количество разнообразных опросников (шкал), состоящих из перечня категорий или параметров, включающих определенное количество вопросов. Каждый параметр отражает какую-либо сторону жизни пациента. Оценка результатов осуществляется по полярным шкалам или в баллах. В медицинской практике используются опросники различных типов: по степени специализированности – общие (неспецифические), специальные (специфические); по структуре – профили, индексы [24, 25, 40, 59, 122, 126].

Общие опросники исследуют качество жизни пациентов независимо от нозологической формы болезни (MOS SF-36, SF-12, WHOQOL – 100, Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, EuroQol-5D), специальные – при определенных заболеваниях (напр., AAQ, AQLQ при бронхиальной астме (БА); DTSQ, DOLCtQ при сахарном диабете (СД); KDQOL-36 при болезнях почек и для больных на гемодиализе. Специальные опросники используются для оценки влияния болезни и лечения на отдельные сферы жизни человека (Disability Assessment Scale).

К опросникам предъявляются следующие общие требования: они должны быть стандартизованными (предлагать единый вариант стандартных вопросов для всех групп пациентов), обладать многомерностью, изменяемостью во времени, универсальностью (охватывать все параметры здоровья), надежностью (регистрировать индивидуальные уровни здоровья у различных пациентов), воспроизводимостью, приемлемостью вопросов, применимостью в различных языковых и социальных структурах,

быть простыми, краткими, надежными, оценочными (давать количественную оценку параметров здоровья), валидными. [174, 240]. Валидность – способность метода измерять параметры, необходимые для целей исследования; чувствительность – степень согласованности двух независимо полученных серий показателей; надежность – показатель точности и постоянства измерений; чувствительность – способность опросника выявлять изменения или различия показателей КЖ в соответствии с изменениями в состоянии пациента или различиями в состоянии групп обследуемых. Валидность общих опросников установлена вне зависимости от нозологической формы болезни, а это значит, что они могут использоваться для сравнения влияния различных медицинских программ на КЖ отдельных пациентов и всей популяции в целом, осуществлять сравнение КЖ при различных заболеваниях, обладают низким риском пропустить неожиданные побочные эффекты, не требуют выбора оцениваемых параметров. Однако, по мнению многих исследователей, они не обладают достаточной чувствительностью к изменениям состояния пациента под влиянием конкретного заболевания, и большинство склоняются к тому, что предпочтение следует отдавать специальным опросникам, более понятным и простым, более коротким и надежным, позволяющим уловить изменения КЖ за короткий срок, стандартизированным для применения в многоцентровых исследованиях и сопоставления результатов различных испытаний как лекарственных препаратов, так и новых диагностических методов согласно требованиям доказательной медицины. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалы оценок. Для различных групп в разных регионах и странах может определяться условная норма и проводится сравнение с этими показателями [197, 239]. Достоверность исследования возрастает при использовании общих и специальных опросников, а также дополнением базовых опросников блоками вопросов, характеризующих отдельные болезни (модульные опросники).

В опросниках по изучению качества жизни при различных заболеваниях должны учитываться временные оценочные интервалы, ближайшие и долгосрочные показатели. Оценка ближайших параметров, свидетельствующих о краткосрочном снижении КЖ, основывается на субъективных ощущениях (жалобы, временная утрата трудоспособности). Анализ долгосрочных показателей основывается на выживаемости пациентов, частоте госпитализаций, симптомах, определяющих прогноз (скорость прогрессирования болезни, стойкая утрата трудоспособности, уменьшение продолжительности жизни, потеря социальной активности, зависимость от лекарств или постоянного медицинского контроля). В связи с региональными, социальными, психологическими, экономическими особенностями опросники должны пройти тщательную профессиональную адаптацию к местным условиям существования человека.

Методология исследования КЖ включает следующие этапы:

- выбор инструмента исследования (наиболее адекватный опросник);
- языковая и культурная адаптация инструмента;
- этические и психологические аспекты сбора данных;
- обучение персонала;
- разработка структуры и алгоритма обследования пациентов;
- обследование пациентов;
- формирование базы данных;
- статистическая обработка полученных данных;
- анализ и интерпретация результатов исследования.

Важнейшим этапом исследования КЖ является выбор инструмента исследования в каждом конкретном случае, оптимальное сочетание общих, специальных опросников, шкал, тестов. Использование большого количества шкал в опросниках может исказить конечные результаты из-за сложности их заполнения пациентами и обработки исследователями, поэтому нередко применяются краткие формы опросников.

В США и Европе существуют специальные центры, занимающиеся разработкой опросников, процесс их создания занимает длительный период времени, требует больших финансовых затрат и поэтому национальных инструментов оценки КЖ нет, во всех странах используются международные опросники, МО, адаптированные к языку и национальным особенностям. Культурная адаптация опросников предполагает сотрудничество переводчиков, медиков, психологов, авторов оригинала.

Для адаптации МО проводится перевод его двумя группами специалистов, оценка перевода независимой экспертной группой носителей языка, на который переводится опросник, обратным переводом на язык оригинала, повторной экспертизой и пилотным исследованием с учетом мнения пациентов о содержании и формулировках опросника.

Обследование состоит из двух равнозначных этапов: заполнение опросника пациентом и клинической карты врачом-исследователем, которая должна содержать все необходимые для анализа и интерпретации данные. Обследование больных осуществляется обязательно по их согласию, с учетом этических принципов.

Многолетний опыт применения различных опросников в медицине показал, что «золотым стандартом» является неспецифический опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status), который содержит 36 вопросов, отражающих различные физические и психические аспекты жизни пациентов (J.E. Ware, C.A. Sherbourn [224, 243, 244]). Этот опросник прошел полный цикл культурной адаптации в различных странах [214, 252].

В 1995 г. во Франции создана международная организация, координирующая все исследования КЖ (MAPI Research Institute), (International

Society for Quality of Life Research – ISQOL), которая разрабатывает единые подходы к оценке КЖ и готовит соответствующих специалистов. В настоящее время создано более 400 общих и специальных опросников.

В последнее время отмечается нарастание интереса к исследованию КЖ как важному показателю эффективности лечения пациентов с различными болезнями. Все многоцентровые исследования лекарственных препаратов обязательно включают использование различных опросников [231]. Однако следует помнить о возможности ошибок при истолковании результатов исследования: оценивая результаты, нельзя учитывать мнения медицинских работников и членов семьи пациента, выводы должны базироваться на оценке всех критериев. КЖ не является показателем тяжести течения болезни, функционального статуса пациента, это отражение субъективной оценки пациентом своего состояния. Не следует также проводить параллели между КЖ и материальным благополучием пациента.

Изучение КЖ построено на показателях, которые в повседневной практике не учитываются врачами, позволяет оценить результаты медицинского вмешательства с точки зрения пациента, обеспечивает интегральную характеристику восприятия больным своего физического, психологического и социального функционирования [55, 128].

По данным Американского общества клинической онкологии и Национального института рака США, КЖ признано вторым по значению показателем оценки противоопухолевой терапии: на первом месте находится выживаемость, на втором – КЖ, на третьем – опухолевый ответ, на четвертом – безрецидивная выживаемость. КЖ является основным параметром оценки эффективности терапии согласно стандартам программного лечения гемобластозов, толерантности к нему пациента, разработки программ реабилитации больных, при проведении рандомизированных исследований [36, 51, 180, 241].

Широко исследуется КЖ больных при сахарном диабете, в особенности при СД типа 2 [192, 196, 215, 219], при этом используются как общие (SF-36, Миннесотский опросник и его упрощенная модификация, включающая оценку общего благополучия, настроения, физического состояния, психологического самочувствия, сексуальных функций), так и специальные опросники (The Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ), The Issues in Coping with IDDM Health – Related Quality of Life with Diabetes, The Self-Efficacy for Diabetes Scale, Diabetes Quality of Life: Youth Scale, TheWho-Dia-QoL и др.). Тщательно изучается влияние различных факторов на показатели КЖ пациентов с диабетом в различных странах [169, 220, 229, 239, 249]. Анализ полученных результатов доказал связь показателей КЖ с особенностями клиники, наличием осложнений, полом, возрастом, массой тела [191], выявил «слабые звенья» терапии, позволил обосновать ее коррекцию. Снижение КЖ при СД связывается

с тяжестью течения болезни, наличием артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной недостаточностью (СН), ожирением как таковым и рестриктивными и обструктивными нарушениями легочной вентиляции при ожирении [71, 75, 87, 106, 121, 246]. А.В. Петров [75], изучая патогенетические аспекты влияния избыточной массы тела и ожирения на КЖ с помощью опросника MOS SF-36, отмечает, что ожирение оказывает наиболее негативное влияние на КЖ при небольшой длительности СД и малой выраженности осложнений. С увеличением продолжительности болезни (до 10 лет) и развитии ангиопатий влияние ожирения на КЖ снижается. Наиболее от ожирения зависит показатель физического функционирования (ФФ), что связано с ограничением выполнения умеренных физических нагрузок. Снижения ментального компонента не обнаружено.

В последние годы обсуждается понятие «метаболически нормальное ожирение» (МНО – ожирение с нормоинсулинемией и сохранением чувствительности к инсулину; MONW, *metabolically obese normal weight, metabolically healthy obese*). У этой популяции пациентов снижен уровень маркеров хронического системного воспаления, повышено содержание адипонектина, менее выражены признаки эндотелиальной дисфункции и раннего атеросклероза, что подчеркивает гетерогенность ожирения и его влияние на КЖ больных с диабетом [217]. Приводятся данные о положительном влиянии на КЖ при СД с ожирением аэробной тренировки, которая увеличивает кардиореспираторный резерв и улучшает восприятие пациентами переносимости физических нагрузок [229].

Имеются данные о том, что КЖ не изменяется в зависимости от длительности течения СД [145], интенсивная инсулинотерапия снижает частоту диабетических осложнений, но не улучшает КЖ, поскольку на его показатели оказывает влияние множество других проблем, социальных отношений, семейное положение и др. При лечении диабета не выявлено корреляции между КЖ и уровнем гликозилированного гемоглобина. По мнению R.R. Rubin, M. Peyrot [219], при СД методологически правильно использовать многомерные оценки КЖ, при оценке осложнений лучше работают специальные опросники, следует включать в них данные о конкретной и других болезнях. Оценка КЖ может использоваться для выбора терапии, оценки ее эффективности [3]. Не выявлено ухудшения КЖ при интенсивной инсулинотерапии по сравнению с обычной, а при хорошем контроле обнаружено его повышение. Констатируется также, что КЖ снижено при диабете по сравнению со здоровыми лицами, но выше, чем при других хронических болезнях. Продолжительность болезни и тип диабета не всегда влияют на пациентов. Большое внимание уделяется исследованию эмоционально-личностной оценки пациентами болезни, влиянию нарушений психологического статуса на КЖ при СД [234, 235].

С помощью опросника SF-36 обнаружено положительное влияние образовательных программ на показатели общего здоровья (GH), однако осознание реального состояния здоровья может приводить к психологическому дискомфорту. Артериальная гипертензия, ожирение, плохой контроль снижают КЖ [151]. Использование опросника MOS SF-36 совместно с SAO (Seattle angina questionnaire) подтвердило снижение PCS (суммарный показатель физического здоровья) и MCS (суммарный показатель психического здоровья) при СД типа 2. На основании анализа результатов исследования КЖ пациентов, страдающих сахарным диабетом, отмечается, что больные считают СД трудно контролируемой болезнью, которая требует изменений образа жизни, усилий и жертв. Лечение инсулином увеличивает восприятие тяжести болезни, наиболее связанное с гипогликемическими состояниями [211]. КЖ ухудшают также недостаточная информация о болезни, ограничения пациентов в принятии решений, административные и бюрократические проблемы здравоохранения, что требует соответствующей подготовки медицинских кадров. Обсуждается роль образовательных программ в оптимизации КЖ при сахарном диабете [151, 237].

В современной литературе оживленно дискутируются различные актуальные проблемы больных СД, влияющие на КЖ: сравниваются различные режимы лечения (непрерывные подкожные инфузии инсулина CSII, «консенсусная» терапия, многократное введение инсулина, использование аналогов инсулина) с помощью опросников SF-36, WHO-5, ITAS. Высокие показатели КЖ и лучший метаболический контроль демонстрировали пациенты, находящиеся на режиме лечения CSII. Ретинопатия, нефропатия, другие ангиопатии, сердечно-сосудистые осложнения значительно снижают PCS [232, 242]. На основании обзора 19 статей, посвященных исследованию КЖ пациентов, страдающих СД, в скандинавских странах с помощью опросников SF-36, SF-20, GOL, SWED-QUAL, NHP, GHQ сообщается, что КЖ умеренно снижено при СД, особенно значительно при макроангиопатиях, ИБС, меньше выражена его зависимость от микроангиопатий, возраста, пола, уровня метаболизма и образования. Высокий риск снижения КЖ существует при депрессиях, положительно влияет на КЖ преемственность оказания медицинской помощи. В обзоре указывается, что будущее исследований КЖ в развитии транскультуральных и этнических аспектов, возможностей коррекции образа жизни [242]. D. Bosic-Zivanovich et al. [131] подтверждают отсутствие влияния пола и возраста, типа лечения на КЖ пациентов с СД типа 2, обнаружена отрицательная связь с высоким уровнем гликозилированного гемоглобина, значительное снижение КЖ во всех четырех доменах КЖ, особенно в домене PCS при наличии АГ, неврологических нарушений, поражения зрения, гиперлипидемии, ампутациях конечностей. Авторы подчеркивают, что решающую роль в самооценке своего состояния пациентами играют личностные особенности исследуемых.

Л.И. Вассерман с соавт. [16] приводят результаты исследования эмоционально-личностных факторов формирования отношения к болезни у больных СД типа 2 с помощью методики для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), шкалы для психологической диагностики уровня невротизации и опросника «Способы копинга». Эти исследования показали, что вероятность гипернозогнозических реакций не зависит от объективно оцениваемой тяжести заболевания и объясняется повышенным уровнем невротизации, тенденцией к избегающему поведению, недостаточностью навыков правильного поведения при стрессе. Авторы рекомендуют прибегать в таких случаях к психологической коррекции, направленной на улучшение адаптации к своему заболеванию.

Н.Е. Hart et al. [166], сравнивая информативность SF-36 и EuroQoL в отношении конкретных факторов, влияющих на КЖ при СД типа 1, приходят к выводам о преимуществах SF-36 в сочетании с HFS (шкала страха гипогликемии) и PAID (область проблем при диабете). Использование HFS и PAID позволяют получить дополнительную информацию о психическом статусе пациентов.

М. Scollan-Koliopoulos et al. [222] сообщают о результатах изучения КЖ у госпитализированных пациентов с диабетом в сравнении с популяцией больных, страдающих другими хроническими болезнями с помощью опросника SF-36, тяжесть болезни оценивалась по уровню гликозилированного гемоглобина и наличию сосудистых осложнений. Констатируется, что при СД больные демонстрируют субоптимальный уровень физического и ментального функционирования. Снижение КЖ может быть связано с ощущением угрозы тяжести болезни. Госпитализация дает врачам возможность вмешаться в оценку больными своего восприятия болезни, что будет способствовать повышению КЖ.

Интенсивно исследуется КЖ больных бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) [12, 38, 39, 89, 90, 102, 177, 189, 213, 228, 240].

Опубликованы результаты исследований КЖ пациентов с БА с помощью общих (MOS SF-36, WHO-QOL, EUROQOL) и специфических (AAQ, AQLQ и др.) опросников [122]. Под руководством А.Г. Чучалина в России проведено многоцентровое популяционное исследование КЖ больных БА, при этом установлены среднепопуляционные значения показателей MOS SF-36, выявлено значительное снижение КЖ при различных формах БА, на основании полученных данных обоснована необходимость мониторинга КЖ при тяжелой БА, описаны факторы, влияющие на КЖ больных с БА [40, 59, 99]. Комплексное использование MOS SF-36 и AQLQ у больных с тяжелой терапieresистентной БА, ее «ломкого» фенотипа («brittle») позволило установить выраженное ограничение жизнедеятельности пациентов во всех сферах жизни, особенно в ментальной. Уже

в 1941 г. изучались психогенные факторы, влияющие на развитие и течение бронхиальной астмы. В настоящее время эти исследования продолжаются [161]. У пациентов, страдающих БА с фиксированной бронхиальной обструкцией, возникают максимальные ограничения физического функционирования (ФФ). Доказана возможность полного восстановления КЖ у больных с тяжелой «ломкой» (brittle) терапieresистентной БА в условиях четкого выполнения рекомендаций протоколов достижения полного контроля над БА [93]. Опубликованы данные о том, что КЖ больных БА в фазе ремиссии даже выше общепопуляционных показателей. При аллергическом рините (АР), который часто является предшественником БА и ее спутником, отягощающим течение болезни, КЖ снижено более существенно, чем при тяжелой форме БА [123, 132]. О.В. Ермаковская [29] использовала опросники MOS SF-36, AQLQ, SGRQ для исследования КЖ у пациентов с БА и хронической обструктивной болезнью легких при лечении в амбулаторно-поликлинических условиях и показала возможность значительного улучшения показателей КЖ на основании анализа общего и специальных опросников. Опубликованы данные о влиянии избыточной массы тела и ожирения на КЖ пациентов с бронхиальной астмой [210], обнаружено положительное влияние обучающих программ на КЖ больных БА [6].

С помощью респираторного опросника больницы Святого Георгия (Saint George Respiratory Questionnaire, SGRQ) исследуется КЖ пациентов с болезнями органов дыхания, прежде всего ХОБЛ и БА [89]. Все рекомендации GINA (Global Initiative for Astma), в том числе GINA 2016, указывают на важность использования оценки КЖ с помощью общих и специальных опросников пациентов, страдающих БА [5, 154, 159, 160].

Концепция КЖ у пациентов, получающих заместительную почечную терапию, широко обсуждается специалистами нефрологами. При исследовании КЖ больных нефрологического профиля используются как общие (MOS SF-36, NHP, Sickness impact profile), так и специальные опросники (Kidney Disease Quality of Life, Quality of life index -D, Renal Quality of life profile) [15, 21, 77, 140].

Наиболее популярным стал опросник KDQOL, который содержит 36 вопросов основного модуля, дополненных многомерными шкалами, адресованными пациентам с болезнями почек (симптом/проблема, влияние почечного заболевания на повседневную жизнь, отягощенность болезнью, когнитивные функции, профессиональный статус, сексуальная активность, степень функционального функционирования, сон). Нередко используется сокращенная форма этого опросника.

Для всесторонней оценки КЖ больных с V ст. хронической болезни почек (ХБП), получающих лечение программным гемодиализом, приме-

няются шкалы депрессии Занга, методики оперативной оценки самочувствия, опросники для определения индивидуально-типологических свойств, тесты оценки памяти, шкалы для оценки удовлетворенности материальным положением и др. Описаны психические и психосоматические расстройства у больных с заболеваниями почек разной степени тяжести, в том числе получающих заместительную терапию (ЗТ) гемодиализом [14, 64, 86, 236].

Особый интерес вызывают исследования КЖ у пациентов, получающих ЗТ гемодиализом (ГД) и перитонеальным диализом (ПД), пациентов на домашнем дневном диализе [153], а также пациентов, перенесших трансплантацию почки [135, 146, 206, 221, 251]. При этом используются опросники CHEQ (The CHOICE Health Experience Questionnaire), NECOSAD (Netherlands Cooperative Study on Adequacy of Dialysis), которые позволяют количественно оценить самочувствие, функциональную активность, степень удовлетворенности пациента, а также общий опросник MOS SF-36. Опросник CHEQ содержит 8 шкал общих вопросов и 21 шкалу специальных вопросов, отражающих влияние диализа на различные стороны жизни пациента. Опросник NECOSAD кроме общих вопросов отражает восприятие пациентом симптомов болезни (усталость, судороги, одышка, тошноты, снижение аппетита, синдром «беспокойных ног»). Соотношение значений шкал опросников и результатов лечения продолжает оставаться в центре внимания исследователей [140, 172, 236,]. Субъективная оценка благополучия, связанного со здоровьем, является основной при прогнозировании выживаемости, определения степени «назойливости болезни». Пациенты на ГД демонстрируют низкие показатели КЖ, что связывается с осложнениями вследствие самого лечения (депрессия, мальнутриция, системное воспаление, нарушения когнитивных функций – потеря памяти, низкое концентрирование внимания), а также со снижением физических, психических, социальных функций. Влияние ГД на субъективную оценку нутритивного статуса подробно описывается в работе М. Mollaoglu [198]. Женщины хуже адаптируются к ГД. Клинические симптомы (анемия, одышка, расстройства сна, снижение холодовой толерантности, головная боль, мальнутриция и др.) четко связаны с КЖ. Физическая компонента КЖ находится в обратной зависимости от продолжительности лечения, которое рассматривается как предиктор низкого PCS. Формирование артериовенозной фистулы, значительно облегчающей работу медперсонала, представляет «ужас» для пациентов.

А.Ю. Николаев, Ю.С. Милованов [67] приводят результаты исследования КЖ у пациентов, получающих ЗТ. Выделены два типа пациентов с высоким и низким КЖ. Низкое КЖ демонстрируют больные, у которых на фоне лечения происходит психопатическая трансформация личности,

что требует постоянного динамического наблюдения психотерапевтом, медикаментозной коррекции транквилизаторами, антидепрессантами, нейролептиками. У пациентов с высоким КЖ формируется адаптация к хроническому стрессу, вызванному ЗТ и угрозой жизни, в особенности в условиях лечения диализом в домашних условиях. Именно эти пациенты рассматриваются в качестве кандидатов для ранней трансплантации почки. Снижение КЖ по многим шкалам связано с низким уровнем гемоглобина, альбумина, дефицитом массы тела, эректильными дисфункциями, пожилым возрастом, длительной иммуносупрессией, сопутствующими заболеваниями. У женщин показатели КЖ ниже, чем у мужчин. Более высокие показатели КЖ отмечены при эффективном диализе, успешной трансплантации почки, у мужчин, пациентов с высоким культурным уровнем, хорошим материальным положением, положительными эмоциями, связанными с окружением (семья, друзья), у лиц, продолжающих трудовую деятельность. Отмечен также положительный эффект на КЖ постоянных дозированных физических нагрузок.

Многоцентровое исследование КЖ DOPPS, проведенное в 7 странах у 9 526 пациентов, показало положительное влияние строгого выполнения режима, социальных факторов. У мужчин были значительно снижены параметры шкал общего здоровья, жизнеспособности, социальных и эмоциональных ролевых функций, психического здоровья. Обнаружено также отрицательное влияние на параметры КЖ высокого уровня СРБ, гипоальбуминемии.

С помощью опросника KDQOL – SF получены данные, свидетельствующие о том, что КЖ выше в начале перитонеального диализа (ПД), по сравнению с гемодиализом (ГД), снижается на 3–4-е годы лечения, оставаясь все-таки более высоким, чем у пациентов на ГД. В дальнейшем КЖ значительно снижается, что связано с нарушением транспортных свойств брюшины, и подтверждает необходимость своевременного перевода на ГД. КЖ может быть достаточно высоким в условиях ПД более 5 лет у лиц молодого возраста (18–35 лет). Сообщаются данные о том, что КЖ выше у мужчин, независимо от вида диализа, психологический компонент КЖ выше на ПД, а физический – на ГД. J.A Diax-Vuxo et al. [146] при исследовании КЖ с помощью MOS SF-36 не нашли существенных различий между пациентами, получающими гемодиализ и перитонеальный диализ. G. Jaar et al. [172] подчеркивают, что у диализных пациентов имеются угрозы для КЖ, связанные с многочисленными симптомами хронической почечной недостаточности, в том числе развитием депрессии (20–30 % пациентов), сексуальных дисфункций, нарушениями сна, синдрома «беспокойных ног», ночного апное (50 %), физическим и психическим бременем самого диализа. Нарушения сна выступают в качестве предикторов смертности, значительно снижают КЖ. На основании

результатов исследования КЖ с помощью KDQOL сообщается о снижении в основном физической составляющей, что связывается с повышенными рисками госпитализации и смертности. Существенного влияния на MCS не обнаружено и за два года наблюдения существенных изменений этого показателя не выявлено. Сочетание ГД с гемодиалфильтрацией не повышает КЖ. ГД повышает ФФ, сексуальные функции, сон, ПД улучшает благосостояние. Положительно оценивается влияние на физическую составляющую КЖ частого (6 раз в неделю) и ночного ГД [165]. С помощью опросника KDQOL получены данные о том, что раннее начало ГД не влияет на КЖ пациентов [186]. Обсуждаются проблемы трудовой реабилитации пациентов, которые лечатся гемодиализом. КЖ улучшается при использовании альтернативных методов лечения: трансплантации почки, домашнего и перитонеального диализа, сохранении остаточной функции почек, а также влияния духовных верований и социальной поддержке [225]. Исследуются различия КЖ после использования различных видов ЗТ [136], влияние расы, пола, терапии эритропоэтином, ограничения жизнедеятельности при бикарбонатном диализе, влияние дислипидемии на КЖ у диализных пациентов [42, 72, 73, 112, 183, 188, 209,]. Приводятся данные о том, что опросник MOS SF-36 помогает оценить влияние питания на частоту госпитализации и смертность у больных на ГД [178]. Более того, высказывается мнение, что КЖ может рассматриваться как предиктор госпитализации и смертности [193].

Исследователи приходят к выводам, что КЖ является важным способом оценки эффективности лечения пациентов на диализе, оказывает важную помощь в планировании индивидуальной стратегии лечения, может способствовать оптимизации управления в области здравоохранения.

КЖ после успешной трансплантации почки выше, чем в общей популяции больных с утраченной функцией почек [135], однако в условиях домашнего эффективного ГД, индивидуально правильно подобранной консервативной терапии (коррекции анемии эритропоэтином, нарушений фосфорно-кальциевого обмена аналогами витамина Д), учета психотипа больного, его жизненной ориентации, КЖ больных на диализе и после успешной трансплантации существенно не отличается. Авторы высказывают мнение, что субъективная оценка своего состояния для решения проблем социальной и медицинской реабилитации пациента имеет более важное значение, чем заключение врача, а сравнительно высокое КЖ при хронической болезни почек является результатом использования современных методов медицинской, психологической и социально-профессиональной реабилитации. F. Ortega et al. [206] отмечают улучшение КЖ после трансплантации крупных органов, однако призывают к осторожной оценке этих результатов в связи с большим количеством искажающих факторов, различных подходов к лечению. Описывается высокий вклад

коморбидности в снижение КЖ у пациентов с хронической болезнью почек (J. Musci et al. [202]).

Следует отметить, что результаты сравнения КЖ пациентов после трансплантации почки и получающих ЗТ программным гемодиализом достаточно противоречивы, большинство исследований свидетельствуют об улучшении КЖ после трансплантации, однако убедительных доказательств не приводится, нередко используются нестандартизированные инструменты либо только общие опросники.

В целом все исследователи единодушно констатируют что исследования КЖ у пациентов с V ст. ХБП помогают оценить тяжесть течения болезни, риск-факторы прогрессирования, идентифицировать подгруппы с относительно низким здоровьем, определить эффективность различных форм ЗТ (Center for Disease Control and Prevention CDC).

Исследования КЖ при сердечно-сосудистых заболеваниях ведутся во многих направлениях: изучается сравнительная характеристика влияния лекарственных препаратов [247], динамика различных параметров и шкал в условиях оперативных вмешательств (аортокоронарное шунтирование, стентирование, транскатетерная ангиопластика), высокочастотной абляции, фармакоэкономические аспекты с позиций влияния на КЖ. Особенное внимание исследователей привлечено к изучению КЖ при АГ [1, 27, 32, 141]. Обсуждается влияние антигипертензивной терапии на КЖ [45, 58, 164, 167, 173, 184], отмечена взаимосвязь показателей КЖ и параметров гемодинамики при АГ [113], влияние психического статуса на КЖ при АГ у пациентов с метаболическими факторами риска [30].

Сравнение КЖ больных, страдающих стенокардией, хронической сердечной недостаточностью, суправентрикулярной пароксизмальной тахикардией показало, что по всем параметрам наиболее выраженное снижение вызывает стенокардия, значимыми факторами, влияющими на КЖ является трудоспособность и социальная адаптация [62, 65, 170]. При хронической сердечной недостаточности, а также при инфаркте миокарда существенное улучшение КЖ отмечено при адекватно реализованных программах реабилитации. Обнаружено негативное влияние частых стрессов на КЖ пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [233], высказывается мнение, что исследование домена психических функций КЖ может использоваться как предиктор кардиологических госпитализаций. КЖ позволяет выявить гендерные различия при коронарной болезни сердца [155]. С позиций КЖ и фармакоэкономики доказана эффективность высокочастотной абляции для больных моложе 50 лет с пароксизмами суправентрикулярной тахикардии.

В российско-германском исследовании «Каптоприл и качество жизни» показано наиболее благоприятное влияние каптоприла по сравнению с нифедипином и пропранололом: отмечено улучшение когнитив-

ного функционирования и социального участия, однако ухудшение физических параметров и сексуальных функций [58]. С применением метилдопа связывается депрессия, жизненная неудовлетворенность, когнитивные нарушения.

С.В. Юрлова [113] использовала Миннесотский опросник LWHF (Minnesota Living with Heart Failure) для оценки эффективности лечения гипертонической болезни. Установлено, что физические и психоэмоциональные параметры КЖ имеют выраженную корреляцию с показателями гемодинамики, факторами риска, зависят от стадии болезни и степени ремоделирования миокарда. Выявлены также гендерные различия: у мужчин показатели КЖ имеют четкую связь с возрастом и показателями гемодинамики, у женщин зависят от уровня холестерина и артериального давления (АД). Интересны данные, полученные М. Гурылёвой и др. [24] о том, что КЖ ниже у больных, которые эффективно лечатся от артериальной гипертензии (АГ), по сравнению с теми, кто не получают гипотензивной терапии. D.K. Hayes et al. [167] приводят данные о зависимости КЖ от АГ, гипотензивной терапии, особенностей питания.

В кардиологии используются также определение индекса физической активности, тест дифференцированной самооценки психоэмоционального статуса (САН) и пр. Используется кластерный анализ показателей КЖ для прогнозирования кардиоваскулярных рисков [189].

Исследователи КЖ в кардиологии высказывают мнение, что измерение КЖ до и после вмешательств разного рода позволяют использовать его параметры в качестве прогностического фактора для выбора стратегии индивидуального лечения больных, и выражают уверенность, что в ближайшем будущем КЖ станет одним из обязательных комплексных методов оценки эффективности лечебных и диагностических программ [1, 30, 32, 111].

В последние годы интенсивно исследуется КЖ у больных гастроэнтерологического профиля, при этом используются как общие (MOS SF-36), так и специальные опросники («Gallstoun Impact Checklist», «GIS», при желчнокаменной болезни; «Gastrointestinal Symptoms Rating Scale», «GSRS», «Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire», «SIBDQ»). Наиболее популярный специальный опросник GSRS («Шкала оценки гастроэнтерологических симптомов») позволяет оценить выраженность синдромов абдоминальной боли (AP), диарейного (DS), запора (CS), диспепсии (IS), рефлюксного (RS) в баллах от 0 до 6. Для всех опросников созданы надежные валидные русскоязычные версии, прошедшие культурную и языковую адаптацию.

С помощью опросников MOS SF-36 и GICI исследовано КЖ при желчнокаменной болезни, выявлена ассоциация их параметров с основными факторами риска и полиморфизмом гена аполипопротеина, снижение КЖ у оперированных пациентов по сравнению с неоперированными,

а также по шкале «питание», ассоциация полиморфизма гена аполипопротеина с показателями по шкале «питание» и по общему счету [84]. КЖ снижено также при коморбидности (избыточная масса тела, ожирение, сахарный диабет типа 2). Автор отмечает трудности интерпретации параметров общего опросника в зависимости от ряда особых признаков, которые важны для диагноза и влияют на КЖ. Различий влияния метода оперативного вмешательства (лапароскопический, открытый) не обнаружено. Не выявлено также влияние на КЖ АГ и дислипидемии. Автор приходит к выводу, что КЖ может быть дополнительным критерием при выборе метода лечения (консервативное, хирургическое).

Проведены исследования КЖ при синдроме раздраженного кишечника [120, 163, 227, 245], болезни Крона, колитах, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, функциональной диспепсии [22, 97, 199], гастроэзофагальной болезни, болезнях печени [130, 144]. Особенное внимание при этом уделяется особенностям психосоматического статуса [22, 97].

При язвенной болезни (ЯБ) двенадцатиперстной кишки КЖ снижается в период обострения, во время ремиссии – повышается [120]. Стратификация общей популяции пациентов ЯБ дало возможность выделить 5 групп по интегральному показателю КЖ, что позволило разработать индивидуальные программы лечения в зависимости от группы риска. Согласительная конференция по лечению гепатита С в 2003 г. рекомендовала исследование КЖ до начала лечения и при каждом обследовании пациента в процессе мониторинга.

Авторы публикаций отмечают необходимость использования общих и специальных опросников для оценки эффективности лечения, указывают, что показатели КЖ являются независимым прогностическим фактором развития и исходов болезни (93).

Ведутся исследования, посвященные влиянию ожирения на КЖ [150, 158, 176, 185, 191, 253], описаны гендерные различия (психологические показатели ниже у женщин, у мужчин значительно снижены физические), а также влияние возраста (у пожилых ухудшаются физические показатели, у молодых – эмоциональные). Изучается КЖ пациентов с ожирением в зависимости от коморбидности, хронического болевого синдрома [182, 200].

Исследование КЖ требует тщательной подготовки исследователей, которые проводят интервьюирование пациентов, обследуют пациентов, формулируют клинический диагноз, определяют цели и методы лечения, осуществляют контроль за его эффективностью, реализуют программы обучения больных.

ГЛАВА 2. Собственные наблюдения

2.1. Цель и задачи исследования

Целью наших исследований является разработка подходов к улучшению качества жизни пациентов на основании измерения параметров физического, психологического, социального функционирования с помощью короткой формы общего международного опросника MOS SF-36.

Определены следующие задачи исследования:

– изучить КЖ пациентов больных ХБП V ст., получающих заместительную терапию программным гемодиализом; исследовать влияние статинов на КЖ пациентов;

– изучить КЖ пациентов с тяжелой формой сахарного диабета;

– изучить КЖ пациентов с бронхиальной астмой;

– выделить субфенотипы БА, СД в зависимости от показателей КЖ, оценить их прогностическое значение.

Критерии включения пациентов в исследование:

– наличие информированного согласия на участие в исследовании;

– возраст старше 18 лет;

– диагноз болезни, подтвержденный при обследовании в специализированных отделениях.

Критерии исключения пациентов из исследования:

– невозможность объяснить пациенту цели и задачи исследования;

– отсутствие комплаенса;

– наличие тяжелой сопутствующей патологии;

– тяжесть состояния пациента, не позволяющая провести исследование.

2.2. Материалы и методы исследования

Качество жизни изучено у 112 больных ХБП V ст., получающих ЗТ программным гемодиализом, у 71 пациента с тяжелой формой СД и у 30 больных БА. Подробная характеристика больных представлена в соответствующих разделах. Диагноз болезни устанавливался на основании результатов клинического обследования пациентов в отделении хронического гемодиализа Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии (ХОКЦУН), эндокринологического и аллергологического отделений Харьковской областной клинической больницы (ХОКБ). Все полученные данные вносились в специальные карты клинического обследования больных. Больные СД и БА включались в обследование методом случайной выборки при поступлении в стационар. Причиной поступления в стационар больных СД являлась необходимость коррекции лечения, оценка течения болезни, декомпенсация болезни; больные БА поступали из-за отсутствия контроля над течением болезни для подбора программы лечения и реабилитации. В отделении хронического

гемодиализа были обследованы все пациенты, получающие ЗТ гемодиализом, с наличием критериев включения и отсутствием критериев исключения из исследования. На основании карт обследования создана база данных обследованных пациентов.

Основным инструментом исследования КЖ избрана русскоязычная версия международного опросника MOS SF-36, который использовался более, чем в 50 странах, многочисленными исследованиями доказана его внешняя, содержательная, текущая, прогностическая критериальная и конструктивная валидность. Краткая форма опросника, которую мы использовали, содержит 8 составляющих здоровья (шкалы), наиболее подвергающихся влиянию болезни и лечения. Стандартная версия опросника включает 36 вопросов.

Опросник MOS SF-36 апробирован для оценки качества жизни при исследовании общих и конкретных групп населения при сравнении относительного бремени болезней и в оценке пользы для здоровья различного вида лечения в рамках Международного проекта оценки качества жизни (IQOLA). Он является многоцелевым, позволяя оценить профиль функционального здоровья и благополучия на психометрической основе физического и психического здоровья.

MOS SF-36 построен с учетом минимальных психометрических стандартов, необходимых для построения групп сравнения, при этом были отобраны 8 концепций здравоохранения из 40, включенных в Medical Outcomes Study. Выбранные вопросы представляют несколько оперативных показателей здоровья, в том числе поведенческие функции, бедствия и благополучие, объективные признаки и субъективные оценки, благоприятные и неблагоприятные самооценки общего состояния здоровья. Этот опросник был впервые опубликован в качестве «формы развития» в 1988 г., стандартная форма представлена в 1990 г. В 1996 г. введена версия 2.0SF-36 (SF-3V2) с целью исправления недостатков, выявленных в первоначальном варианте. Эта версия содержит вопросы, объединенные в 8 шкал и 2 высших упорядоченного кластера физического и психического здоровья. 3 шкалы («Физическое функционирование», «Роль ограничений из-за физических проблем», «Физическая боль») наиболее коррелируют с физическим компонентом, а 2 – с психическим («Социальное функционирование» и «Роль ограничений в связи с эмоциональными проблемами»). 3 шкалы имеют корреляцию с обоими компонентами («Жизнеспособность», «Общее здоровье» и «Социальное функционирование») (табл. 2.2.1, 2.2.2).

Надежность оценки физического и психического здоровья с помощью опросника MOS SF-36 обычно превышает 0,9. Широкое внедрение этого опросника при клинических испытаниях показало, что он является эффективным инструментом измерения качества жизни [171].

Структура MOS SF-36

Пункты	Шкала	Суммарные показатели
3a – значительные нагрузки 3b – умеренные нагрузки 3c – поднятие тяжестей 3d – подъем на несколько этажей 3e – подъем на один этаж 3f – наклоны, приседания 3g – длительная прогулка 3h – прогулка на несколько кварталов 3i – ванна, переодевание	Физическое функционирование (PF)	ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
4a – затрата времени 4b – меньший объем работы 4c – ограничение в работе 4d – больше усилий	Роль физического функционирования (RP)	
7 – сила боли 8 – влияние боли	Боль физическая (BP)	
1 – рейтинг здоровья 1a – сила болезни 1b – максимум здоровья 1c – здоровье ухудшается 1d – здоровье превосходно	Общее здоровье (GH)	
9a – ощущение бодрости 9e – прилив энергии 9g – измученность 9i – усталость	Жизнеспособность (VT)	ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
6 – степень социальной активности 10 – продолжительность социальной активности	Социальное функционирование (SF)	
5a – больше времени 5b – меньший объем работы 5c – невозможность выполнения обычной работы	Роль эмоций (PE)	
9b – нервозность 9c – беспомощность 9d – миролюбивость 9f – уныние, подавленность 9h – ощущение счастья	Психическое здоровье MH	

Многие исследователи указывают, что MOS SF-36 необходимо использовать как «общее ядро», которое должно дополняться более широкими либо более конкретными показателями. Опросник MOS SF-36 получил широкое распространение благодаря успешному сочетанию краткости и полноты. Описательные исследования и клинические испытания показали, что MOS SF-36 является весьма полезным и надежным инструментом для выявления различий между больными и здоровыми, для оценки влияния на качество жизни различных болезней, а также для оценки преимуществ альтернативных видов лечения [175].

Таблица 2.2.2

Шкалы опросника MOS SF-36

Условное обозначение	Название шкалы	Компонент здоровья
ФФ (PF)	Физическое функционирование	Физический
РФФ (RF)	Роль физического функционирования	PCS
БФ (BP)	Боль физическая	Суммарный показатель физического здоровья
ОЗ (GH)	Общее здоровье	
Ж (VT)	Жизнеспособность	Психический
СФ (SF)	Социальное функционирование	MCS
РЭ(PF)	Роль эмоций	Суммарный показатель психического здоровья
ПЗ (MH)	Психическое здоровье	

Для лучшего понимания проблем, связанных с реабилитацией пациентов, получающих ЗТ программным гемодиализом, их реинтеграции в общество, в качестве дополнительного инструмента использована Международная классификация функций, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, 2001), которая оценивает мобильность пациентов, самообслуживание, повседневную бытовую деятельность пятью кодами тяжести ограничений (от 1 до 5 баллов).

Для изучения эмоционально-личностных факторов формирования внутренней картины болезни при СД дополнительно к опроснику MOS SF-36 использованы личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), тест акцентуации личности К. Леонгарда – С. Шмишека, опросник САН, тест Айзенка.

Анкетирование проводилось специально подготовленными сотрудниками кафедры пропедевтики внутренней медицины № 2 и медсестринства, аспирантами, студентами, врачами соответствующих отделений ХОКБ. До начала исследования пациента информировали в доступной для него форме о цели и задачах исследования, как оно проходит, как будет использована полученная информация. Больному объясняется, что полученные данные будут использоваться врачами для уточнения особенностей течения болезни, для выбора оптимальной терапии, подчеркивается, что больной принимает решение об участии в исследовании добровольно и отказ от него не повлечет за собой нежелательных последствий. Исследователь знакомит пациента со структурой опросника, разъясняет

необходимость полного заполнения всех его разделов, информирует о полной конфиденциальности полученных сведений. При общении с пациентом следует руководствоваться принципами этики и деонтологии, все необходимые разъяснения должны быть лаконичными и осуществляться спокойно, терпеливо и доброжелательно с учетом физического и психологического состояния пациента.

Результаты анкетирования обрабатывались с помощью специальной компьютерной программы, оценивались в баллах от 0 до 100 ([www. sf-36.org/demos/SF-36/html](http://www.sf-36.org/demos/SF-36/html)). Цифровые значения полученных индексов обрабатывались статистически с помощью программы Excel Windows XP и STATISTICA 7.0. Для анализа значимости клинических показателей в определении тяжести течения заболевания использован патометрический анализ, для оценки влияния сопутствующих заболеваний на суммарный показатель общего здоровья – однофакторный дисперсионный анализ.

2.3. Исследование качества жизни больных хронической болезнью почек V ст. в условиях лечения программным гемодиализом

Качество жизни (КЖ) – понятие важное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества. Термин «качество жизни», прочно утвердившийся в международном научном сообществе, был неоднозначно воспринят в среде отечественных специалистов. Лишь в последние годы в отечественной литературе стали появляться работы, посвященные исследованию КЖ больных в различных отраслях медицины, в том числе и в нефрологии. В настоящее время большинство исследователей согласны с тем, что для больных с терминальной уремией, получающих ЗТ программным гемодиализом, главной целью лечения является увеличение продолжительности жизни. Второй по значимости целью лечения больных с хронической болезнью почек (ХБП) V ст. является улучшение качества жизни. При выборе методов терапии необходимо опираться не только на соматические показатели здоровья, но и на критерии качества жизни.

На современном этапе с внедрением новых, более совершенных диализных технологий и методов медикаментозной коррекции, приведших к значительному увеличению продолжительности жизни больных на диализе, все более актуальным становится вопрос социального функционирования больных благодаря сохранению трудоспособности [77]. От того, насколько удастся сохранить трудоспособность диализных больных, зависит степень медико-социальной реабилитации этой категории пациентов [110]. Проведенными исследованиями показано, что число работающих пациентов, получающих лечение программным гемодиализом, значительно ниже, чем в додиализный период и в среднем составляет около 30 %.

Имеются исследования, в которых освещаются различные аспекты качества жизни больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТПН). Авторами отмечается общая тенденция выравнивания

качества жизни больных на гемодиализе и здоровых лиц вследствие повышения КЖ пациентов на ГД. Поэтому целью современной нефрологии является выравнивание показателей КЖ больных с ТПН до уровня показателей в популяции здоровых лиц.

В настоящее время существуют различные методики, позволяющие максимально всесторонне оценить качество жизни больных с терминальной уремией, получающих лечение программным гемодиализом.

Наиболее часто используются опросники MOS SF-36 (Medical Outcomes Study – Short Form) и опросник KDQOL (Kidney Disease Quality of Life). Существуют версии опросников на различных языках, в том числе и русскоязычная версия опросников MOS SF-36 и KDQOL, пригодных для проведения мониторинга состояния здоровья различных групп населения, для кросскультуральных исследований, а также для оценки физического, психологического бремени хронического заболевания почек и лечения.

Предпринимаются попытки всесторонне оценить качество жизни пациентов, находящихся на диализе. С этой целью используются шкалы депрессии Занга, методики оперативной оценки самочувствия, опросники на определение индивидуально-типологических свойств, тесты оценки памяти, шкалы для оценки удовлетворенности материальным положением и многие другие. Такой глубокий анализ позволяет соотнести ценностные ориентации индивидуумов с определением качества жизни больных на гемодиализе.

Однако эти методики не в полной мере отвечают современным требованиям нефрологии. Несмотря на значительное улучшение показателей здоровья больных на ГД, в последующем выраженность социальной недостаточности не претерпевает динамических изменений, поскольку не разработаны конкретные программы реабилитации и реинтеграции таких лиц в общество [112]. Причиной этого является отсутствие целостного понимания проблемы, что препятствует выработке правильно координируемых взаимодействий работников здравоохранения и социальной защиты.

Для лучшего понимания современных принципов решения такого рода проблем и выработки системы рациональных взаимодействий многие исследователи используют положения, изложенные в «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ, 2001).

С момента разработки и внедрения в практику МКФ понятие «качество жизни» стало более унифицированным, так как использование единой шкалы определения степени выраженности ОЖД позволяет применять стандартизированные подходы при изучении последствий изменений здоровья.

Оценку качества жизни больного проводили перед началом программного гемодиализа, а затем один раз в два месяца. Все пациенты заполняют анкету с последующим анализом, оценкой результатов и расчетом индивидуального показателя качества жизни. Оценка полученных данных проводится по шкале тяжести ограничений от 1 (при неспособности выполнить задачу) до 5 баллов (если задача выполняется достаточно хорошо). Обобщенную оценку полученных данных проводили по шкале тяжести ограничений с использованием опросника, составленного на основе категорий МКФ (категории мобильности, самообслуживания и повседневной деятельности) (табл. 2.3.1).

Таблица 2.3.1

Характеристика кодов тяжести ограничений жизнедеятельности у пациентов, получающих регулярные сеансы гемодиализа

Код тяжести	Определение	Уточняющие фразы
1	Отсутствие ограничений	Не ограничен, непостоянно ограничен в связи с погодой или сезоном, независим при использовании вспомогательных средств; экономически самостоятелен, имеется возможность обеспечить как собственные нужды, так и нужды своей семьи
2	Легкие ограничения	Способность к выполнению не нарушена, но требуется больше времени; трудности в удовлетворении личных нужд, без значительной зависимости от окружающих; экономическая независимость, включая содержание членов семьи с уменьшением экономического благосостояния в связи с болезнью
3	Умеренные ограничения	Ограничен в пределах непосредственного соседства (соседний магазин, квартал), зависимость, проявляющаяся через длительные промежутки времени; личная экономическая независимость без способности взять ответственность за иждивенцев
4	Тяжелые ограничения	Ограничен пределами жилища, зависимость через короткие промежутки времени (помощь требуется несколько раз в день); непрочная экономическая самостоятельность, возможная при наличии финансовой поддержки от семьи или общества
5	Абсолютные ограничения	Ограничен пределами кресла, полностью зависим от окружающих: полная экономическая зависимость

Обследованы 112 пациентов с ХБП V ст.: 63 мужчины (56 %) и 49 женщин (44 %). Все больные находились на лечении в отделении хронического гемодиализа ХОКЦУН. 104 пациента получали сеансы гемодиализа 3 раза в неделю с длительностью одного сеанса 4 ч и 8 пациентов получали 2 сеанса гемодиализа в неделю с аналогичной продолжительностью. Таким образом, диализное время в среднем составило $11,73 \pm 0,3$ ч/нед, а средний диализный возраст составил $30,4 \pm 3,2$ мес. Предоставленная доза диализа по Kt/V составила $1,18 \pm 0,2$, а междиализная прибавка веса $2,7 \pm 0,1$ кг, что свидетельствовало об адекватном диализе. Всем больным проводили

бикарбонатный ГД на аппаратуре Fresenius 4008S через временный сосудистый доступ в виде артериовенозного шунта (АВШ) с последующим преобразованием его в артериовенозную фистулу. Операцию АВШ выполняли по стандартной методике в области нижней трети одного из предплечий с использованием шунта Скрибнера.

Возраст больных колебался в широких пределах от 17 до 63 лет, составляя в среднем $41,1 \pm 3,3$ года. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц, по полу и возрасту соответствующих группе обследованных пациентов.

Из основной группы обследованных пациентов была выделена группа больных (27 пациентов), получавших препарат аторвастатин кальция в суточной дозе 10 мг в течение 8 нед.

Согласно рекомендациям Института нефрологии АМН Украины для определения стадии заболевания была использована классификация NKF USA (2002) и утвержденная II национальным съездом нефрологов Украины в 2005 г. в Харькове. Согласно данной классификации у всех обследованных нами пациентов диагностирована ХБП V ст. Гломерулонефритом (ГН) страдали 60 пациентов (54 %), кистозная болезнь почек констатирована у 20 пациентов (18 %), хронический пиелонефрит – у 13 пациентов (11 %). Сахарный диабет предвещал развитие хронической болезни почек у 9 пациентов (8 %), врожденные аномалии развития почек и мочевыводящей системы – у 7 пациентов (6 %): у 3 пациентов выявлен двухсторонний уретерогидронефроз, еще у двоих диагностирован двухсторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс, у одного пациента – врожденная гипоплазия почек и еще у одного – синдром Фанкони.

У одного пациента ХБП развилась вследствие гипертонической болезни, еще у одной больной вследствие мочекаменной болезни, а у другого пациента ХБП стала результатом подагры (табл. 2.3.2).

Таблица 2.3.2

**Распределение пациентов по полу и возрасту
с учетом причин развития ХБП**

Этиология ХБП	Пол		Возраст (лет)
	Мужчины	Женщины	
Хронический гломерулонефрит	39	15	$44,1 \pm 2,4$
Кистозная болезнь почек	14	6	$58,2 \pm 6,7$
Хронический пиелонефрит	3	10	$48,5 \pm 3,6$
Сахарный диабет	2	7	$36 \pm 8,4$
Аномалии развития	4	3	$25,8 \pm 3,4$
Мочекаменная болезнь		1	42 года,
Гипертоническая болезнь	1		58 лет
Подагра	1		62 года

Как видно из табл. 2.3.2, среди пациентов, лечившихся у нас гемодиализом, наиболее часто причиной терминальной уремии был ХГН.

Факторы, способствовавшие его развитию, были различными. У подавляющей части больных гломерулонефрит развился вследствие острых инфекционных заболеваний дыхательных путей (у 21 больного): ОРЗ, грипп, пневмония. Еще у 9 пациентов ХГН стал следствием хронического тонзиллита. У 4 пациентов развитию ХГН предшествовали рожистое воспаление, хронический гайморит, послеродовый сепсис, гнойный пульпит. У трех женщин причиной явилась нефропатия беременных, а еще у 2 больных ХГН развился вследствие острого нефрита. У одного пациента заболевание развилось после пищевого отравления. В остальных случаях причину заболевания выявить не удалось.

Длительность заболевания до появления терминальной стадии хронической болезни почек была различной (табл. 2.3.3).

Таблица 2.3.3

Длительность заболевания до развития ХБП V ст.

Этиология ХБП	Длительность заболевания до развития ХБП V ст. (лет)
Хронический гломерулонефрит	24,4±6,7
Кистозная болезнь почек	37,8±4,3
Хронический пиелонефрит	31,5±5,4
Сахарный диабет	14,4±3,1
Аномалии развития	8,8±3,4
Мочекаменная болезнь	40
Гипертоническая болезнь	35
Подагра	32

Таким образом, наиболее быстрые темпы развития терминальной стадии хронической болезни почек отмечены у пациентов с аномалиями развития мочевыводящей системы и при сахарном диабете.

Больные с врожденными аномалиями развития почек нуждаются в лечении гемодиализом уже через 9 лет после выявления болезни. Также достаточно быстрые темпы прогрессирования хронической болезни почек отмечены у пациентов с сахарным диабетом – в среднем 14,5 лет до начала лечения диализом. Длительность течения ХГН до развития ХБП V ст. колебалась у разных пациентов от 5 до 30 лет. Отмечено, что у пациентов с изолированным мочевым синдромом темпы прогрессирования ХБП были такими же, как при наличии АГ, выраженной протеинурии – приблизительно около 12 лет. По-видимому, это связано с тем, что у значительной части этих больных заболевание протекало без выраженной клинической симптоматики, и поэтому зачастую они обращались за медицинской помощью уже при почечной недостаточности.

Пациенты с кистозной болезнью почек нуждались в лечении гемодиализом через 37,8±4,3 лет с момента появления первых признаков заболевания. Хронический пиелонефрит приводил к терминальной стадии хронической болезни почек в среднем через 31,5±5,4 лет.

Судить о темпах прогрессирования хронической болезни почек при артериальной гипертензии, подагре и мочекаменной болезни не представляется возможным ввиду малого количества наблюдений.

Основными жалобами пациентов, обследованных нами, являлись мышечная слабость, быстрая утомляемость, снижение трудоспособности, одышка при незначительных физических нагрузках, головные боли, тошнота, анорексия; у 12 пациентов отмечалась периодически возникающая рвота; боли в костях, мышцах и суставах беспокоили 16 пациентов (14 %); периодически возникающие отеки отметили 7 пациентов (6 %); кожный зуд – 18 больных (16 %).

Практически у всех больных в объективном статусе выявлены значительные изменения. Необходимо отметить, что общее состояние обследованных пациентов было расценено как тяжелое. Гипертрофия миокарда левого желудочка выявлена у 104 больных (93 %), у 64 % (72 пациента) констатирована сердечная недостаточность, в 16 % случаев отмечены различные нарушения сердечного ритма. Периферические отеки и жидкость в полостях (гидроторакс, асцит) выявлены у двух больных. Еще у 15 пациентов определялись умеренно выраженные отеки нижних конечностей. Артериальную гипертензию различной степени выраженности имели 108 пациентов (96 %), причем среднее систолическое артериальное давление составило $176,5 \pm 5,1$ мм рт. ст., среднее диастолическое артериальное давление – $111,3 \pm 4,6$ мм рт. ст. Помимо этого, у всех 112 пациентов выявлена анемия (средний уровень Hb составил $79,8 \pm 4,01$ г/л). Концентрация креатинина находилась в пределах от 450 до 1180 мкмоль/л, мочевины – от 22 до 55 ммоль/л. Величина скорости клубочковой фильтрации была определена у 44 пациентов (у пациентов с остаточной функцией почек). У остальной части больных, по понятным причинам, данный показатель не определялся. Показатель Kt/V в среднем составил $1,18 \pm 0,2$, что свидетельствовало о достаточно адекватном диализе.

У одиннадцати пациентов в анамнезе имелись сердечно-сосудистые осложнения в виде инсультов (7 пациентов), инфаркта миокарда (1 пациент), тромбозов сосудов конечностей (3 пациента). У 28 пациентов имелись указания на перенесенный вирусный гепатит.

Проведена оценка диагностической значимости клинических показателей в определении тяжести течения хронической болезни почек с помощью патометрического анализа. При этом оценивали влияние следующих показателей: концентрации креатинина и мочевины сыворотки крови в междиализный период, скорость клубочковой фильтрации, содержание гемоглобина в крови, степень повышения артериального давления и Kt/V.

В общей группе обследованных определили средний уровень креатинина и мочевины и относительно этого уровня выделили пациентов, у которых концентрации креатинина и мочевины были равны, выше или ниже этого уровня.

Используя патометрический анализ, были рассчитаны диагностические коэффициенты и определена информативность этих признаков. Анализ проведен в сравнении с контрольной группой с тем, чтобы более четко выявить дифференциально-диагностическую значимость исследуемого признака.

У пациентов с V ст. ХБП концентрация креатинина сыворотки крови крайне изменчива и может находиться в пределах от 450 до 1 100 мкмоль/л и выше. Такая вариабельность концентраций (более чем в два раза) у пациентов одной группы не позволяет достоверно использовать этот показатель для дифференциальной диагностики тяжести состояния больного.

Как было отмечено выше, контрольную группу составили 15 здоровых лиц, среди которых 10 мужчин и 5 женщин. Возраст лиц контрольной группы колебался от 25 до 57 лет, составляя в среднем $43,8 \pm 4,6$ лет. Среднее систолическое давление у обследованных лиц составило $126,6 \pm 7,1$ мм рт. ст., среднее диастолическое артериальное давление – $83 \pm 4,9$ мм рт. ст. Средний уровень Hb составил $129,8 \pm 4,01$ г/л. Концентрация креатинина была в среднем $78 \pm 10,2$ мкмоль/л, мочевины – $5,1 \pm 0,7$ ммоль/л, величина скорости клубочковой фильтрации составила $109,8 \pm 12,8$ мл/мин.

У всех обследованных пациентов были проанализированы структура и степень выраженности ограничений жизнедеятельности (ОЖД). С помощью опросника, составленного на основании категорий МКФ, изучались домены здоровья, изменения в которых наиболее существенны у пациентов с ХБП V ст.: мобильность, самообслуживание и повседневная бытовая деятельность. В качестве дополнительных критериев были использованы показатели качества жизни до начала и после окончания 8-недельного курса приема аторвастатина кальция. В категории «мобильность» количество пациентов, имеющих ограничения, колебалось от 18,6 до 64,3 %. Абсолютные ограничения выявлены у 0,9–10 % пациентов. Наиболее выраженные проблемы отмечены при пользовании общественным транспортом, ходьбе на относительно небольшие расстояния, а также при преодолении различного рода препятствий (табл. 2.3.4).

Таблица 2.3.4

Распределение больных в зависимости от частоты встречаемости и степени выраженности ограничений жизнедеятельности

Код тяжести	Мобильность				
	Изменение позы тела	Поддержание положения тела	Ходьба	Преодоление препятствий	Использование общественного транспорта
1	81,2	66	51,7	32,1	30,3
2	5,3	24,1	11,6	27,6	34
3	7,1	6,2	25,8	26,7	23,2
4	6,2	2,6	8,9	10	7,1
5	0	0,9	1,8	2,6	5,3

В категории самообслуживание (*табл. 2.3.5*) ограничения были выявлены у 2,6–19,6 % пациентов, получающих регулярные сеансы гемодиализа. Абсолютные ограничения отмечены у 0–2,6 % больных. С наибольшими трудностями пациенты сталкиваются при мытье всего тела.

Таблица 2.3.5

Распределение больных в зависимости от частоты встречаемости и степени выраженности ограничений жизнедеятельности

Код тяжести	Самообслуживание			
	Мытье всего тела	Уход за частями тела	Одевание	Прием пищи
1	77,8	100	99,1	97,3
2	12,5	0	0,9	1,8
3	5,3	0	0	0,9
4	1,8	0	0	0
5	2,6	0	0	0

Таблица 2.3.6

Распределение больных в зависимости от частоты встречаемости и степени выраженности ограничений жизнедеятельности

Код тяжести	Повседневная бытовая деятельность		
	Приобретение товаров и услуг	Приготовление пищи	Выполнение работы по дому
1	52,6	92,1	78,6
2	23,2	4,4	8,9
3	9,8	3,5	4,4
4	4,4	0	3,5
5	10	0	3,5

Как видно из *табл. 2.3.6*, повседневная бытовая деятельность ограничена у 16,9–37,5 %. Абсолютная невозможность выполнять составляющие элементы повседневной бытовой деятельности отмечена у 3,5–10 % пациентов. Наибольшие трудности выявлены при выполнении работы по дому и приобретении товаров и услуг.

В *табл. 2.3.7* представлено распределение выявленных ограничений мобильности, самообслуживания и повседневной бытовой деятельности в зависимости от степени выраженности ОЖД. Как видно из представленной таблицы, наибольшие ограничения выявлены в категории «повседневная бытовая деятельность», где 13,5 % пациентов испытывают абсолютные трудности в бытовой жизни. Меньше всего абсолютных ограничений определялось в категории «самообслуживание» и в ней же у подавляющего числа пациентов отсутствовали какие-либо ограничения.

Таблица 2.3.7

**Распределение больных в зависимости от степени выраженности
ограничений жизнедеятельности**

Категория МКФ	Составляющие категорий	Код тяжести ОЖД				
		1	2	3	4	5
Мобильность	Изменение позы тела	81,2	5,3	7,1	6,2	0
	Поддержание положения тела	66	24,1	6,2	2,6	0,9
	Ходьба	51,7	11,6	25,8	8,9	1,8
	Преодоление препятствий	32,1	27,6	26,7	10	2,6
	Использование общественного транспорта	30,3	34	23,2	7,1	5,3
Самообслуживание	Мытье всего тела	77,8	12,5	5,3	1,8	2,6
	Уход за частями тела	100	0	0	0	0
	Одевание	99,1	0,9	0	0	0
	Прием пищи	97,3	1,8	0,9	0	0
Повседневная бытовая деятельность	Приобретение товаров и услуг	52,6	23,2	9,8	4,4	10
	Приготовление пищи	92,1	4,4	3,5	0	0
	Выполнение работы по дому	78,6	8,9	4,4	3,5	3,5

Наибольшее ограничение мобильности пациентов происходит при пользовании общественным транспортом. Изменение позы тела и поддержание позы тела не вызывают сложностей у основной массы пациентов с ХБП V ст.

Таким образом, наибольшие ограничения жизнедеятельности у пациентов с ХБП V ст. отмечены благодаря повседневной бытовой деятельности и мобильности. Наиболее значимым фактором, влияющим на ограничения жизнедеятельности в данных категориях, оказалась боль. Помимо боли, на ОЖД в этих двух категориях оказывали влияние сопутствующие заболевания: стенокардия, аритмия, артериальная гипертензия, остеодеструктивный синдром.

Был проведен сравнительный анализ связанного со здоровьем качества жизни больных, получающих терапию программным гемодиализом, и пациентов контрольной группы (табл. 2.3.8) с помощью опросника MOS SF-36.

Таблица 2.3.8

Показатели качества жизни пациентов, получающих регулярные сеансы гемодиализа в сравнении с лицами контрольной группы

Компоненты качества жизни, связанного со здоровьем	Пациенты с ХБП V ст.	Контрольная группа	Уровень достоверности различий
Физическое функционирование (PF)	56,4±2,8	64,8±3,6	p<0,05
Роль физических функций (RP)	39,6±2,7	43,4±2,1	p<0,05
Боль физическая (BP)	40,5±3,3	39,2±2,0	p>0,05
Общее здоровье (GH)	38,6±3,1	46,1±2,6	p<0,05
Жизнеспособность (VT)	44,3±2,9	49,2±3,1	p<0,05
Социальное функционирование (SF)	64,9±4,7	78,3±3,4	p<0,05
Роль эмоций (RE)	62,5±3,4	71,7±2,9	p<0,001
Психическое здоровье (MH)	59,3±4,1	67,1±3,2	p<0,001
Суммарный показатель физического здоровья (PCS)	34,9±2,7	42,4±2,2	p<0,05
Суммарный показатель психического здоровья (MCS)	55,7±3,5	54,8±3,4	p>0,05

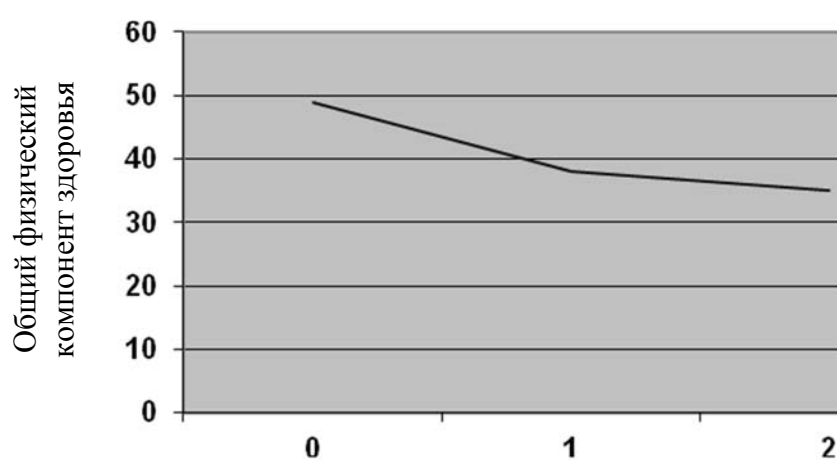
Показатели 8 шкал опросника SF-36 у пациентов на гемодиализе достоверно ниже, чем у пациентов контрольной группы. Так, значительно снижены параметры всех шкал физического здоровья. Значительно ограничена способность к выполнению видов деятельности, связанных с физическими нагрузками (подъем по лестнице, поднятие тяжестей, ходьба). Оценка общего состояния здоровья также является достоверно сниженной по сравнению с контролем. Физическое состояние (наряду с выраженным болевым синдромом) в значительной мере ограничивает повседневную бытовую деятельность пациентов. Удовлетворенность больных своим социальным функционированием достоверно отличается от нормы. У пациентов на ГД общая активность и энергичность ниже, чем у здоровых лиц, а физическое и эмоциональное состояние мешают выполнению работы, препятствуют нормальной социальной активности. Удовлетворенность пациентов своим психическим здоровьем не отличается от баллов психического здоровья в контрольной группе.

По данным проведенного однофакторного дисперсионного анализа, наличие сопутствующей патологии негативно отражается на суммарном физическом компоненте здоровья (рис. 2.3.1).

Количество сопутствующих заболеваний не играет ключевой роли: вне зависимости от того, одно сопутствующее заболевание у пациента или несколько, величина суммарного физического функционирования достоверно не меняется. Интегральный показатель физического здоровья снижается при наличии патологии сердечно-сосудистой системы: степени повышения АД, выраженности синдрома стенокардии, наличия ИБС.

Анализ данных динамики компонентов качества жизни больных, находившихся на программном гемодиализе и принимавших в течение 8 нед аторвастатин кальция в суточной дозе 10 мг, показал, что из 10 из-

меряемых компонентов 8 характеризуются достоверной ($p < 0,05$) позитивной динамикой (табл. 2.3.9). В частности, у пациентов возросли показатели физического функционирования (на 5,8 %), преимущественно благодаря его ролевой составляющей (до лечения $37,6 \pm 2,7$ %, после – $43,4 \pm 2,1$ %; $p < 0,05$). Структурный показатель «общее здоровье» также достоверно ($p < 0,05$) увеличился с $38,6 \pm 3,1$ % до $45,1 \pm 2,1$ %, тогда как уровень «жизнеспособности» достоверно не изменился ($p > 0,05$). Обращает на себя внимание тенденция ($p > 0,05$) к увеличению социального функционирования пациентов благодаря его ролевой составляющей, которая достоверно ($p < 0,001$) возросла с $60,5 \pm 3,4$ % до $71,7 \pm 2,9$ % при одновременном улучшении структурного показателя «психическое здоровье» ($p < 0,001$).



0 – отсутствует сопутствующее заболевание;

1 – одно сопутствующее заболевание; 2 – два сопутствующих заболевания

Рис. 2.3.1. Результаты однофакторного дисперсионного анализа влияния сопутствующих заболеваний на суммарный показатель физического здоровья

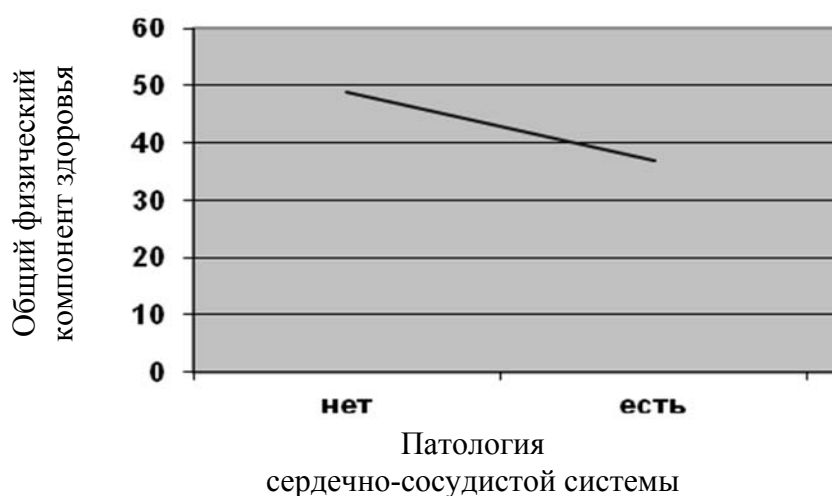


Рис. 2.3.2. Результаты однофакторного дисперсионного анализа влияния заболеваний сердечно-сосудистой системы на суммарный показатель физического здоровья

Таблица 2.3.9

**Динамика компонентов качества жизни
на этапах применения аторвастатина у пациентов,
получающих регулярные сеансы гемодиализа**

Компоненты качества жизни, связанного с болезнью	Этапы лечения		Уровень достоверности различий
	до лечения	после лечения	
Физическое функционирование (PF) 1	58,4±3,2	60,8±3,9	p <0,05
Роль физического функционирования (RP) 2	37,6±2,7	43,4±2,1	p <0,05
Боль физическая (BP)	41,5±3,3	45,2±2,0	p <0,05
Общее здоровье (GH)	38,6±3,1	46,1±2,6	p <0,05
Жизнеспособность (VT)	44,6±2,9	47,2±3,1	p <0,05
Социальное функционирование (SF)	64,9±4,7	72,3±3,4	p <0,05
Роль эмоций (RE)	60,5±3,4	71,7±2,9	p <0,001
Психическое здоровье (MH)	59,3±4,1	67,1±3,2	p <0,001
Суммарный показатель физического здоровья (PCS)	34,9±2,9	41,3±2,1	p <0,05
Суммарный показатель психического здоровья (MCS)	45,7±2,5	54,8±3,4	P >0,05

Общей тенденцией улучшения показателей качества жизни является увеличение ролевого физического и эмоционального функционирования больных с ХБП, находящихся на программном гемодиализе и принимавших препарат, оптимизирующий липидный спектр (аторвастатин кальция).

Интегральный суммарный показатель физического здоровья пациентов достоверно ($p < 0,05$) возрос с $(34,9 \pm 2,9)$ до $(41,3 \pm 2,1)$ %; при этом темп роста интегрального суммарного показателя психического здоровья выше и его уровень превышает 17,0 %. Эффекты, выявленные в процессе анализа результатов лечения, представлены на *рис. 2.3.3*. Следует отметить, что стандартизованные индексы динамики общего профиля липидов характеризовались уменьшением общего холестерина (на 9,5 %), липопротеидов низкой плотности (на 28,5 %), триглицеридов (на 13,0 %) при относительно стабильном уровне липопротеидов высокой плотности ($\pm 3,0$ %).

Таким образом, резюмируя все изложенное выше, можно отметить, что у пациентов с ХБП V ст., получающих программный гемодиализ, показатели качества жизни значительно снижены, и в первую очередь, за счет физического компонента здоровья.

Структурный анализ компонентов качества жизни позволяет считать эффективным применение комплексного лечения, включающего аторвастатин кальция на фоне программного гемодиализа, что повышает ролевое физическое и эмоциональное функционирование при одновременном возрастании интегральных суммарных показателей физического и психического здоровья пациентов.

Эффективность применения препаратов, оптимизирующих липидный профиль пациентов с ХБП V ст., может определяться комплексом клинико-анамнестических факторов: наличием сочетанной патологии, имевших место ранее осложнений, связанных с нарушениями состояния сердечно-сосудистой и других систем организма, что ограничивает возможности повышения качества жизни и компонентов функционирования пациентов.

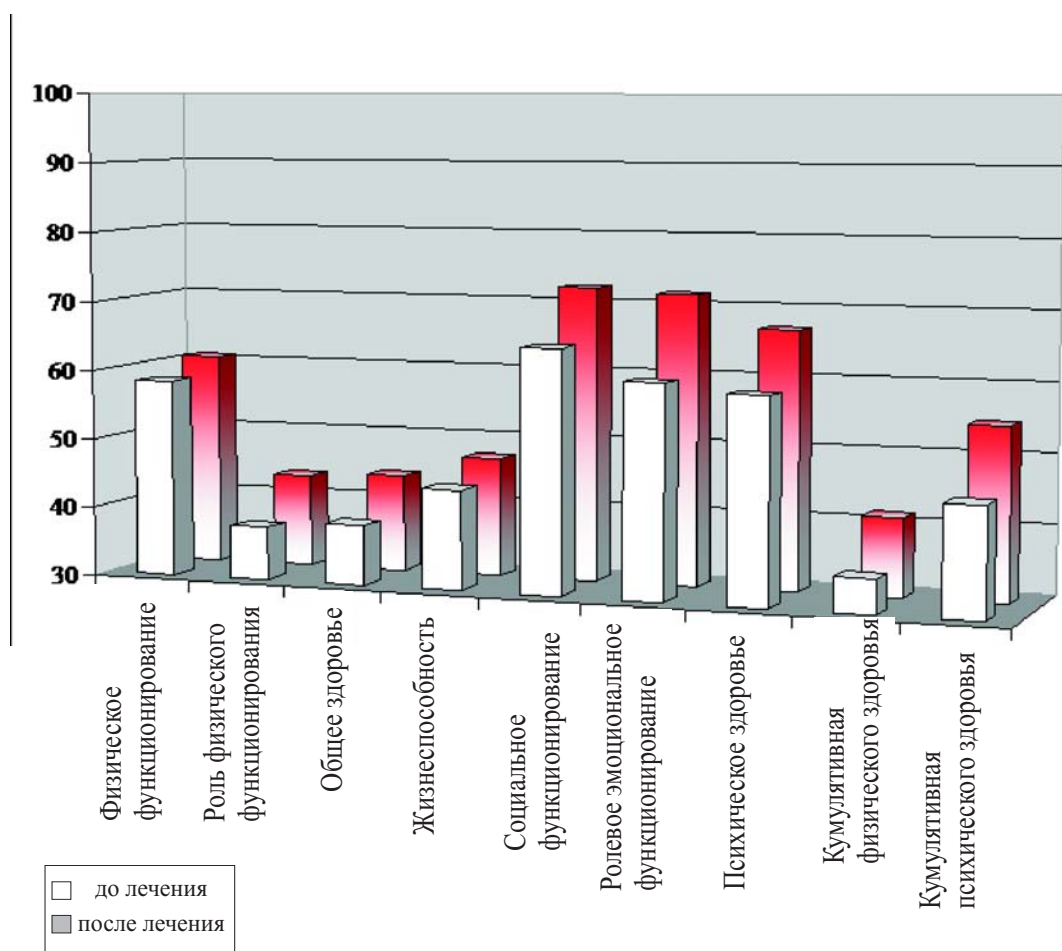


Рис. 2.3.3. Динамика компонентов качества жизни больных с ХБП V ст. до начала и после 8-недельного курса применения аторвастатина у пациентов, получающих регулярные сеансы гемодиализа

Результаты анализа качества жизни пациентов, находящихся на программном диализе, убедительно свидетельствуют о значительном снижении (по сравнению с контрольной группой) большинства показателей субъективной удовлетворенности больных. Наиболее значимое ухудшение отмечается по показателям физической составляющей качества жизни. Учитывая, что одним из наиболее значимых факторов, влияющих на ограничения жизнедеятельности и значительно ухудшающих качество жизни пациентов с ХБП V ст., являются сопутствующие заболевания (в частности, патология сердечно-сосудистой системы), использование аторвастатина, который оптимизирует содержание холестерина периферической крови (выраженное снижение уровня липопротеидов низкой плотности и сравнительное повышение липопротеидов высокой плотности), может стать патогенетической основой профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Анализ данных динамики компонентов качества жизни больных, находящихся на программном гемодиализе и принимавших в течение 8 нед аторвастатин кальция в суточной дозе 10 мг, показал, что из 10 из-

меряемых компонентов 8 характеризуются достоверной позитивной динамикой. В частности, у пациентов возросли показатели физического функционирования, преимущественно за счет его ролевой составляющей.

Структурный показатель «общее здоровье» также достоверно увеличился, тогда как уровень «жизнеспособности» достоверно не изменился.

Обращает на себя внимание тенденция к увеличению социального функционирования пациентов за счет его ролевой составляющей, которая достоверно возросла при одновременном улучшении структурного показателя «психическое здоровье».

Необходимо отметить, что показатель психического здоровья у пациентов, находящихся на гемодиализе, не отличается от показателя психического здоровья в контрольной группе. По-видимому, высокая субъективная оценка этими больными своего эмоционального состояния и психологического здоровья является проявлением достаточно хороших адаптационных возможностей, действия механизмов психологической защиты по типу вытеснения отрицательных переживаний, использования конструктивных способов преодоления трудностей. Благодаря влиянию этих факторов, невзирая на сниженные физические возможности и не очень хорошее самочувствие, психическое здоровье пациентов на гемодиализе остается довольно сохранным.

Структурный анализ компонентов качества жизни позволяет считать эффективным применение комплексного лечения, включающего аторвастатин кальция у пациентов, получающих регулярные сеансы гемодиализа, что повышает ролевое физическое и эмоциональное функционирование при одновременном возрастании интегральных кумулятивных показателей физического и психического здоровья пациентов.

2.4. Исследование качества жизни больных сахарным диабетом

Медицинские и социальные проблемы, связанные с сахарным диабетом, в последние годы становятся все более актуальными, что обусловлено постоянным увеличением количества людей, страдающих этим тяжелым хроническим заболеванием, неуклонным его прогрессированием с развитием микро- и макрососудистых осложнений, ведущих к существенному сокращению продолжительности жизни, ухудшению качества жизни, ранней инвалидизации людей самых разных возрастных, этнических групп, рас и национальностей. По определению ВОЗ СД относится к глобальным медицинским проблемам, решение которых относится к первоочередным заданиям национальных систем охраны здоровья.

По данным Международной Диабетической Федерации (IDF 7 Edition, 2015), в настоящее время более 415 млн человек во всем мире страдают сахарным диабетом. К 2040 г. прогнозируется увеличение количества больных сахарным диабетом, которое превысит 642 млн человек. В индустриально развитых странах распространенность сахарного диабета (СД)

составляет 2–4 % общей популяции, а в группе больных старше 65 лет величина этого показателя приближается к 10 %. Проблема сахарного диабета является чрезвычайно актуальной и для Украины: количество больных СД в нашей стране, по данным МОЗ Украины, составляло в 2014 г. 1 млн 197 тыс. человек, причем 90 % из них страдает СД типа 2. В 2012 г. МОЗ Украины утвержден унифицированный клинический протокол оказания первичной и вторичной (специализированной) медицинской помощи больным СД типа 2, а в 2014 г. – протокол оказания медицинской помощи взрослым больным СД типа 1.

Учитывая приведенные данные, возникла необходимость эффективно управлять этой болезнью, поскольку заболеваемость СД во всем мире приобрела эпидемический характер и ложится тяжелым бременем как на пациента, так и на все общество в целом.

На протяжении 40 лет остается актуальной аутоиммунная модель патогенеза СД типа 1 Дж. Эйзенбарса, согласно которой у человека с генетической предрасположенностью при воздействии провоцирующих факторов внешней среды развиваются иммунологические нарушения бета-клеток лангергансовых островков, возникает инсулит, появляются аутореактивные Т-клетки и аутоантитела, постепенно разрушаются бета-клетки, снижается секреция инсулина. Клинические симптомы СД появляются при гибели 90 % бета-клеток. Копенгагенская модель СД типа 1 свидетельствует о том, что в процесс деструкции вовлекаются оба звена иммунной системы – клеточная и гуморальная – нарушается баланс между Тх1 и Тх2 лимфоцитами, возрастает активность Тх1, в процесс разрушения бета-клеток вовлекаются провоспалительные цитокины, цитотоксичные ферменты, свободные радикалы.

Создана новая концепция патогенеза СД типа 2, в которой приоритетное значение отводится ожирению как ведущему фактору инсулинорезистентности (ИР), ожирение рассматривается как хроническое субклиническое низкоинтенсивное системное воспаление, а ИР – как предиктор развития СД типа 2, предлагаются целевые критерии терапии (АД ниже 130/80 мм рт. ст., ЛПНП менее 100 мг/дл, НвА1с менее 7 %).

Одним из критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи, получивших признание в последние годы, является КЖ. Повышение качества жизни пациентов с диабетом является одним из ожидаемых конечных результатов реализации всех целевых программ по лечению и профилактике диабета наряду с увеличением продолжительности жизни, снижением осложнений диабета. Для получения сопоставимых данных используются стандартные инструменты оценки КЖ, которыми являются различные опросники, отличающиеся объемом исследований, временем, необходимым для заполнения анкет, способами заполнения и количественной оценкой показателей КЖ [2, 3].

Наиболее популярным из опросников, используемых для оценки КЖ, является MOS SF-36. Он представляет краткую форму медицинского обследования и апробирован для оценки качества жизни при исследовании общих и конкретных групп населения, в том числе и для больных, страдающих сахарным диабетом. Однако полученные результаты весьма неоднозначны и нередко противоречивы, поэтому продолжение такого рода исследований является актуальным и перспективным.

Степень снижения КЖ пропорциональна степени тяжести течения болезни. Показатели КЖ изменяются во времени в зависимости от состояния больного, что позволяет осуществить мониторинг течения болезни, эффективности проводимой терапии, оценить влияние болезни на психологию поведения больного, его эмоциональные реакции не только на болезнь, но и на место и роль в жизни социума, самооценку. Рациональное лечение, уменьшающее симптомы болезни, повышающее функциональные возможности организма пациента, заметно улучшает показатели качества жизни [21, 212].

У больных СД сочетанное влияние как самой болезни, так и процесса ее лечения (стационарный и амбулаторный этапы), создает новый образ жизни, подчиняющий себе как бытовую сферу, так и сферу профессиональной деятельности человека. Оценка КЖ пациентов в этом случае приобретает не только клиническую значимость, являясь критерием эффективности терапии, но также помогает визуализировать уровень социальной адаптации человека, страдающего таким тяжелым, хроническим, неуклонно прогрессирующим заболеванием, каким является сахарный диабет. Изучение психики у пациентов данной категории представляет не только научный интерес, но имеет практическое значение, так как позволяет уменьшить экспертные ошибки, а коррекция психоэмоциональных нарушений будет способствовать повышению трудоспособности больных. Степень психологического и эмоционального комфорта пациентов может оцениваться двумя вариантами опроса: стандартизованный, с применением анкеты САН (самочувствие, активность, настроение) и нестандартизованный, по анкете благополучного самочувствия (Well – being Questionnaire), предложенной британским специалистом в данной области Clare Bradley.

Обследовано 30 больных сахарным диабетом, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении Харьковской областной клинической больницы, 22 женщины и 8 мужчин, возраст которых колебался от 22 до 71 лет, в среднем составляя $41,8 \pm 16,1$ лет. У 16 диагностирован СД типа 1, у 14 – СД типа 2. У всех констатирована тяжелая форма болезни, осложненная развитием универсальной диабетической ангиопатии. У 17 больных обнаружена ХБП I ст. (достаточная функция почек) – диабетическая нефропатия, у 13 в сочетании с хроническим пиелонефритом.

У 13 пациентов выявлена ожирение: ИМТ колебался от 30,5 до 52 кг/м², составляя в среднем $35,8 \pm 6,4$ кг/м². У 24 было повышено артериальное давление (от 130/80 до 160/110 мм рт. ст.). Продолжительность АГ колебалась от 1 года до 19 лет. Поражение почек проявлялось у всех больных незначительной протеинурией (от 0,033 до 0,155 г/л, в среднем $0,093 \pm 0,022$ г/л). Продолжительность протеинурии колебалась от 2 до 9 лет, продолжительность универсальной ангиопатии – от 2 до 12 лет.

Несмотря на проводимую терапию (больные получали различные дозы инсулина подкожно), гипергликемия выявлена у всех пациентов (колебания от 6,4 до 23,8 ммоль/л, в среднем – $17,4 \pm 2,2$ ммоль/л); глюкозурия обнаружена у 19 больных (от 1,1 до 9,8 ммоль/л, в среднем – $7,7 \pm 2,8$ ммоль/л). Все пациенты жаловались на слабость, жажду, полиурию, полидипсию, изменение массы тела.

Сравнивая особенности течения СД типов 1 и 2, следует отметить, что среди пациентов с СД типа 2 преобладали больные старшей возрастной группы (35 %), в то время как среди больных СД типа 1 – возрастной группы от 20 до 30 лет (75 %). Среди больных СД типа 1 один пациент находился в возрасте 44 лет, одна – в возрасте 68 лет, у обоих ежемесячно отмечался выраженный кетоз. При СД типа 2 достоверно чаще отмечена избыточная масса тела (при СД типа 1 $24,9 \pm 6,2$ кг/м², при СД типа 2 – $35,4 \pm 7,3$ кг/м²), АГ, ишемическая болезнь сердца.

Оценка КЖ по двум суммарным показателям – «Физическое здоровье» (PCS) и «Психическое здоровье» (MCS) свидетельствует о снижении КЖ больных сахарным диабетом, в особенности при СД типа 2: при СД типа 1 PCS составил $40,7 \pm 4,9$ балла, при СД типа 2 – 33,4 балла, показатели MCS соответственно $43,0 \pm 5,9$ и $34,7 \pm 4,1$ балла ($p < 0,05$).

Следует отметить, что MCS несколько выше, чем PCS, в особенности, при СД типа 1. По-видимому, более молодые люди, преобладающие в этой группе, лучше адаптируются психологически к своей болезни.

Поскольку у всех больных отмечена тяжёлая форма болезни, все они лечились инсулином, более низкое качество жизни при СД типа 2 может быть связано с возрастом больных, большей частотой артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности.

Для анализа влияния возраста на КЖ при СД все обследованные разделены на 3 группы: 20–30 лет (1-я группа), 30–50 лет (2-я группа), старше 50 лет (3-я группа). Более высокие суммарные показатели демонстрирует 1-я группа: PCS $46,07 \pm 7,6$; MCS $49,9 \pm 6,5$; во 2-й группе – $34,2 \pm 9,2$ и $34,7 \pm 4,0$; в 3-й группе – $33,8 \pm 6,9$ и $35,1 \pm 4,4$ балла соответственно.

Таким образом, с возрастом показатели качества жизни у больных СД прогрессивно снижаются. Это может отражать естественное ухудшение качества жизни, вызванное развитием сопутствующих заболеваний, возрастных нарушений адаптации (показатели психического здоровья

значительно снижены в старших возрастных группах) и др. Выявлены также определенные гендерные различия в оценке качества жизни: мужчины в целом более высоко ($p < 0,05$) оценивают состояние психического здоровья (PCS $38,0 \pm 11,8$; MCS $44,6 \pm 6,4$), чем женщины (PCS $38,2 \pm 9,3$; MCS $38,6 \pm 3,3$). Физическое здоровье обе группы оценивают одинаково низко ($p > 0,1$).

КЖ более высоко оценивается лицами с ИМТ $< 30 \text{ кг/м}^2$: у пациентов с ИМТ $< 30 \text{ кг/м}^2$ PCS составил $42,4 \pm 9,3$; MCS – $44,0 \pm 3,9$; у больных с ИМТ $> 30 \text{ кг/м}^2$ PCS составил $32,7 \pm 7,5$; MCS $35,1 \pm 4,2$ балла, т. е. избыточная масса тела снижает оба показателя КЖ ($p < 0,05$).

Анализ суммарных показателей КЖ в зависимости от наличия артериальной гипертензии позволил выявить негативное влияние повышенного артериального давления на физическое и психическое здоровье: у больных с АГ PCS составил $36,0 \pm 9,3$ балла, MCS – $38,3 \pm 3,3$ балла, у лиц с нормальным АД $44,3 \pm 8,6$ и $45,5 \pm 4,7$ балла соответственно ($p < 0,05$). Поэтому можно рассчитывать на возможность повышения КЖ с помощью адекватной гипотензивной терапии.

Проведен анализ влияния кетоза на КЖ у больных СД типа 1. Обнаружено, что кетоз значительно влияет на оценку физического здоровья (PCS составляет $29,3 \pm 3,3$ балла при кетозе и $38,3 \pm 4,2$ балла у больных без кетоза, ($p < 0,05$)), не влияет на психическое здоровье (MCS $43,9 \pm 3,8$ и $42,7 \pm 2,9$ балла соответственно; $p > 0,1$).

Изучены показатели шкал физического здоровья больных сахарным диабетом.

Опросник MOS SF-36 содержит следующие шкалы физического здоровья (табл. 2.2.1):

- «Физическое функционирование» (PF), вопросы к пациенту отражены в пункте 3 опросника и касаются влияния состояния здоровья на физическую активность, степени, в которой здоровье ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице);

- «Роль физических функций» (RP), вопросы отражены в пункте 4 опросника и касаются оценки пациентом влияния физического состояния на ежедневное ролевое функционирование;

- «Физическая боль» (BP), вопросы отражены в пунктах 7 и 8 и касаются наличия боли, ее интенсивности, и влияния боли на способность заниматься повседневной деятельностью;

- «Общее здоровье» (GH), вопросы отражены в пунктах 1 и 11, касаются оценки пациентом уровня своего здоровья по сравнению с его уровнем год назад, с болезнью других пациентов, и прогноза течения болезни (перспектив лечения).

Шкала физических функций РF основана на анализе оценки пациентом влияния на его активность значительных, умеренных нагрузок, подъема по лестнице, наклонов, приседаний, длительных прогулок, ванны, переодевания. Показатель этой шкалы снижен у всех обследованных пациентов, страдающих СД ($38,8 \pm 5,2$ балла). Выявлены достоверные различия показателя РF в зависимости от типа диабета: у пациентов, страдающих СД типа 2, показатель составляет $31,5 \pm 3,4$ балла, при СД типа 1 – $42,8 \pm 4,0$ балла.

Показатель РF заметно снижается с возрастом пациентов: в 1-й возрастной группе (до 30 лет) он составляет $49,23 \pm 4,0$; во 2-й группе (30–50 лет) – $35,3 \pm 3,6$, после 50 лет – $31,5 \pm 3,6$ балла.

Влияния гендерных различий на РF при сахарном диабете не выявлено: $38,8 \pm 12,6$ балла у женщин и $39,0 \pm 11,9$ у мужчин ($p > 0,1$).

Для изучения влияния ИМТ на РF больные разделены на 2 группы: ИМТ > 30 кг/м², ИМТ < 30 кг/м². Выявлены достоверные различия показателя шкалы физического функционирования в зависимости от ИМТ: в 1-й группе $31,0 \pm 4,2$, во 2-й – $44,9 \pm 2,1$ балла. Негативное влияние на показатель шкалы физического функционирования оказывает АГ: у больных с АГ он составляет $35,5 \pm 3,8$ балла, у лиц с нормальным АД – $48 \pm 5,9$ балла. Таким образом, показатель шкалы физического функционирования в наибольшей степени снижается при СД типа 2, у лиц старше 30 лет, ИМТ > 30 кг/м² и артериальной гипертензии.

Эти тенденции выявляются и при оценке показателя шкалы «Роль физических функций (RP)», которая учитывает затраты времени на работу, ограничения в работе, необходимости приложения больших усилий при выполнении привычной работы. Так, отмечено снижение показателей шкалы у больных СД типа 2 по сравнению с СД типа 1 ($35,9 \pm 3,3$ и $41,6 \pm 5,1$ балла), у лиц старше 30 лет (от 30 до 50 лет показатель RP составил $39,3 \pm 4,5$, у лиц старше 50 лет – $35,9 \pm 4,3$ и у больных 20–30 лет – $50,1 \pm 5,9$ балла), у лиц с АГ ($37,5 \pm 4,5$ и $45,6 \pm 3,7$ у лиц с нормальным АД), с ИМТ > 30 кг/м² ($32,9 \pm 5,4$ балла и $44,7 \pm 4,4$ балла, с ИМТ < 30 кг/м²).

Шкала физической боли (BP) отражает оценку пациентом силы, интенсивности боли, ее влияния на обычную работу. При СД типа 2 показатель BP достоверно ниже, чем при СД типа 1 ($35 \pm 5,0$ и $47,7 \pm 4,7$ балла). По-видимому, это связано с наличием сопутствующей патологии в частности, ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности, других сопутствующих заболеваний, которые чаще встречаются при СД типа 2. Имеются достоверные отличия показателя этой шкалы в различных возрастных группах и в зависимости от ИМТ. Так, у лиц 20–30 лет BP составляет $51,6 \pm 6,9$; у лиц 30–50 лет – $32,2 \pm 7,1$ и у лиц старше 50 лет – $38,9 \pm 11,8$ балла. У пациентов с ИМТ > 30 кг/м² показатель BP составил $38,3 \pm 3,9$, у лиц с ИМТ < 30 кг/м² – $47,4 \pm 3,0$ балла. У пациентов с АГ BP составил $42,1 \pm 3,0$, при нормальном АД – $47,2 \pm 5,5$ балла. Не обнаружено

различий показателя ВР в зависимости от пола ($44,8 \pm 13,3$ у мужчин и $43,0 \pm 12,2$ у женщин; $p > 0,1$).

Шкала общего здоровья (GH) основывается на пунктах 1 и 11 опросника (рейтинг здоровья, оценка выраженности болезни, прогноз ее течения). В наших исследованиях показатель шкалы GH оказался достоверно сниженным у всех больных, не выявлено различий показателей GH от типа диабета ($34,1 \pm 4,1$ при СД типа 1 и $33,7 \pm 6,7$ балла при СД типа 2), от возраста ($37,4 \pm 4,4$ у пациентов 20–30 лет, $38,6 \pm 5,3$ в группе 30–50 лет и $31,9 \pm 9,5$ баллов у пациентов старше 50 лет), от пола ($37,8 \pm 10,1$ у мужчин и $32,6 \pm 6,1$ у женщин), ИМТ ($35,6 \pm 6,1$ при ИМТ > 30 кг/м² и $31,8 \pm 2,8$ при ИМТ < 30 кг/м²). Имеется тенденция к снижению этого показателя у лиц с АГ ($32,6 \pm 3,2$ при АГ и $37,8 \pm 2,1$ при нормальном АД). Показатель шкалы общего здоровья GH оказался самым низким среди шкал физического здоровья.

В опроснике MOS SF-36 оценка влияния психического здоровья на качество жизни базируется на 4 шкалах: «Жизнеспособность» (VT), «Социальные функции» (SF), «Роль эмоций» (RE), «Психическое здоровье» (MH).

Шкала жизнеспособности VT основана на ответах пациента на вопросы пункта 9 (а, е, g, i), которые оценивают ощущение бодрости, прилива энергии, измотанности, усталости. Показатель этой шкалы в целом при СД составил $43,5 \pm 4,9$ баллов, при СД типа 2 – $36,9 \pm 4,5$, при СД типа 1 – $47,0 \pm 5,3$ балла.

В возрастной группе 20–30 лет показатель VT составлял $53,2 \pm 5,6$, в группе 30–50 лет – $37,0 \pm 4,8$ балла, у пациентов старше 50 лет – $38,1 \pm 3,7$ балла. Достоверных гендерных различий показателя VT не обнаружено, однако у мужчин имеется тенденция к его повышению по сравнению с женщинами: у мужчин – $46,3 \pm 5,9$, у женщин – $42,5 \pm 4,8$ балла.

Показатель VT у лиц с АГ составил $41,7 \pm 5,1$, при нормальном АД – $48,7 \pm 5,5$ баллов. Обнаружено также достоверное снижение показателя шкалы у лиц с ИМТ > 30 кг/м² ($38,7 \pm 5,5$ балла), при ИМТ < 30 кг/м² – $47,2 \pm 5,6$ балла.

Шкала социальных функций (SF) основывается на анализе пунктов 6 и 10 (степень и продолжительность социальной активности). В целом по группе больных СД показатель этой шкалы составил $42,3 \pm 5,2$ балла. Достоверные различия показателя выявлены в зависимости от типа диабета (при СД типа 2 – $36,9 \pm 4,5$; при СД типа 1 – $47,0 \pm 5,3$ балла), от ИМТ (у пациентов с ИМТ > 30 кг/м² – $38,7 \pm 5,5$ балла, при ИМТ < 30 кг/м² – $47,2 \pm 5,6$ балла), от возраста (у пациентов 20–30 лет $51,7 \pm 5,8$ балла, в группе 30–50 лет – $25,2 \pm 4,0$ балла; в группе пациентов старше 50 лет – $37,5 \pm 3,9$ балла). Следует отметить значительное снижение этого показателя в группе пациентов 30–50 лет. По-видимому, пациенты в этом возрасте

более уязвимы в плане социальной активности. Показатель SF снижен у больных с АГ ($39,9 \pm 3,9$ при АГ, $49,0 \pm 6,6$ у пациентов с нормальным АД; $p < 0,05$). Гендерные различия SF недостоверны, показатель несколько выше у мужчин, чем у женщин ($41,2 \pm 5,4$ баллов у женщин, $45,4 \pm 6,0$ у мужчин) ($p > 0,1$).

В кластере «Психическое здоровье» оценивается также шкала «Роль эмоций» (RE), основанная на пунктах 5а, в, с (больше времени на работу, меньший объем работы, невозможность выполнения обычной работы), которая в целом по группе была значительно сниженной ($35,6 \pm 3,2$ балла). Достоверных различий показателя RE в зависимости от типа СД, пола не обнаружено: при СД типа 1 он составил $37,1 \pm 4,9$; при СД типа 2 – $32,9 \pm 4,3$; у мужчин показатель составил $34,2 \pm 4,3$ балла, у женщин – $36,1 \pm 3,6$ балла. RE у пациентов 20–30 лет составляет $47,4 \pm 6,4$; в группе 30–50 лет – $36,8 \pm 5,0$; в группе старше 50 лет – $32,9 \pm 4,3$ балла, т. е. роль эмоций с возрастом у больных СД снижается $p < 0,05$.

У лиц с АГ и избыточной массой тела показатель шкалы RE значительно снижен: при АГ он составляет $33,0 \pm 4,8$ балла, у пациентов с нормальным АД $43,0 \pm 6,3$ балла ($p < 0,05$); у пациентов с ИМТ > 30 кг/м², RE составил $30,0 \pm 5,3$, при ИМТ < 30 кг/м² – $39,9 \pm 3,9$ балла.

Шкала «Психическое здоровье» (МН) основана на оценке пункта 9 b, c, d, f, h (нервозность, беспомощность, миролюбивость, уныние, подавленность, ощущение счастья). В целом у обследованных пациентов показатель МН был снижен ($38,4 \pm 4,9$ баллов). Обнаружено выраженное снижение МН при диабете типа 2 ($28,6 \pm 5,4$ и $43,6 \pm 5,7$ балла при СД типа 1); у пациентов с ИМТ более 30 кг/м² ($30,2 \pm 6,1$ балла и $44,7 \pm 6,1$ балла при ИМТ менее 30 кг/м²), при увеличении возраста пациентов (в группе 20–30 лет МН составила $48,2 \pm 7,6$ балла, у пациентов 30–50 лет – $34,2 \pm 3,2$ балла, в группе пациентов старше 50 лет $30,0 \pm 6,1$ балла). У пациентов с АГ также снижен показатель шкалы МН (у пациентов с АГ он составлял $36,4 \pm 6,6$ балла, при нормальном АД – $45,5 \pm 4,7$ балла). Показатель этой шкалы значительно снижен у женщин ($35,7 \pm 5,7$, у мужчин $45,9 \pm 6,2$ балла).

Таким образом, снижение суммарного показателя психического здоровья в первую очередь связано с нарушением роли социального и эмоционального функционирования, в основном у пациентов с СД типа 2. Практически все пациенты с худшими показателями по этой шкале отмечали затруднения в повседневной деятельности или работе в связи с эмоциональным состоянием – им пришлось увеличить количество времени, затрачиваемого на работу, выполняли работу не так тщательно, как обычно, выполняли меньше, чем обычно. Также пациенты с наиболее низкими показателями этой шкалы значительно реже чувствовали себя бодрыми и энергичными и более часто – измученными и усталыми, отмечали затруднение социальных контактов в связи с эмоциональным состоянием, нервозность, подавленность, печаль.

Необходимо подчеркнуть, что лучшие показатели качества жизни демонстрируют пациенты с сахарным диабетом типа 1, несмотря на то, что у всех обследованных больных как СД типа 1, так и СД типа 2 установлена тяжелая форма болезни, осложненная универсальной диабетической ангиопатией с поражением почек, нижних конечностей, глаз, нервной системы. Качество жизни больных с СД типа 2 было низким у лиц старших возрастных групп, с большей массой тела, АГ. Следует также отметить, что суммарный показатель психического здоровья у пациентов, страдающих СД типа 1, соответствовал контрольной группе, а из отдельных его составляющих был несколько снижен RE, в то время как жизнеспособность, социальные функции, психическое здоровье находились на уровне показателей контрольной группы. При СД типа 2 все показатели психического здоровья были значительно снижены. Показатели физического здоровья как суммарный, так и отдельные его составляющие, были снижены умеренно при СД типа 1. У пациентов с СД типа 2 показатели физического здоровья были значительно снижены как по сравнению с контрольной группой, так и с больными СД типа 1. Опросник MOS SF-36 позволил обнаружить отрицательное влияние на качество жизни ИМТ более 30 кг/м^2 , возраста старше 30 лет, артериальной гипертензии. Не выявлено влияния пола на отдельные показатели физического и психического здоровья, хотя анализ суммарных показателей обнаружил несколько лучшее качество жизни у лиц мужского пола.

Среди факторов, которые приводят к существенному сокращению продолжительности жизни, ранней инвалидизации больных СД, особое место отводится диабетической нефропатии (ДН) [31, 127]. Известно, что срок с момента возникновения микроальбуминурии до развития хронической почечной недостаточности (ХПН) составляет в среднем $5,4 \pm 0,7$ года. С целью изучить факторы, которые влияют на КЖ больных с ДН, исследован 41 пациент: 19 женщин и 22 мужчины в возрасте от 18 до 70 лет, средний возраст обследованных 42,3 года. У 25 диагностирован СД типа 1, у 16 – СД типа 2. Хроническая болезнь почек I ст. (ХБП I ст.) установлена у 60 % пациентов, у 30 % – ХБП II ст., у 10 % – ХБП III ст. Результаты исследования свидетельствуют о том, что показатели КЖ в значительной степени детерминированы уровнем компенсации СД: при декомпенсации ухудшаются показатели всех шкал физического и психического здоровья, ограничивается способность к выполнению всех видов деятельности, связанных с физической нагрузкой. У пациентов с компенсированным диабетом PCS составляет $40,3 \pm 2,3$ балла, при декомпенсации – $18,75 \pm 4,3$ балла (самый низкий показатель среди всех исследованных групп пациентов). Удовлетворенность больных своими социальными функциями вдвое выше в группе пациентов с компенсированным СД по сравнению с группой больных с декомпенсированным СД. При ДН

значительно снижается PCS ($40,3 \pm 3,7$ балла, у больных с ХБП III ст. $35,3 \pm 3,1$ балла). Снижение MCS выражено незначительно – $52,1 \pm 8,2$ балла. При анализе результатов обследования в зависимости от стадии ХБП выявлены фазовые колебания MCS: при ХБП I ст. он составлял $46,6 \pm 5,6$; при ХБП II ст. – $64,0 \pm 3,4$; при ХБП III ст. – $45,4 \pm 3,8$ балла. Обнаруженные фазовые колебания свидетельствуют о том, что у больных с ХБП I ст. (достаточная функция почек) развиваются первичные нарушения адаптации к болезни, которые снижают MCS. При ХБП II ст., развитии начальных проявлений ХПН, пациенты психологически адаптируются к существованию в новых условиях, что повышает MCS. Прогрессирование ХПН, накопление в организме токсических веществ, повышение АД, развитие анемии приводят к дезадаптации, появляется ощущение психологического неблагополучия, развиваются депрессивные и тревожные состояния, неудовлетворенность социальной активностью, ограничения ежедневной активности, соединенные с эмоциональными проблемами.

Для уточнения эмоционально-личностных факторов формирования «внутренней картины болезни» у больных с ДН использованы личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), тест акцентуации личности К. Леонарда–С. Шмишека, опросник САН, тест Айзенка. Обследованы 24 пациента: 15 женщин и 8 мужчин в возрасте от 18 до 63 лет, в среднем 41,3 года. У 17 больных диагностирован СД типа 1, у 7 – СД типа 2. ХБП I ст. установлена у 65 %, II ст. – у 25 %, III ст. – у 10 % обследованных. Анализ результатов этих опросников и тестов показал, что уровень самооценки у пациентов с ДН достоверно снижен: средний уровень самочувствия согласно опроснику САН составил 4,12 балла, активности – 3,99 балла, настроения – 4,87 балла. Среди паттернов отношения к болезни преобладали эргопатический (отход от работы к болезни) – 20 %, эйфорический («само по себе все обойдется») – 18 %, сенситивный (чрезмерная обеспокоенность болезнью) – 19 %. В структуре выявления акцентуации личности по тесту К. Леонарда–С. Шмишека отмечены следующие закономерности: для СД типа 1 характерны гипертимический и эмоциональный типы акцентуации, а также темпераментный и демонстративный типы; при СД типа 2 преобладает циклотимический тип. Анализ индивидуально-психологической характеристики человека по тесту Айзенка свидетельствует о высоком уровне нейротизма в обеих группах, причем у пациентов с СД типа 2 преобладает интровертность. Среди типов темперамента 51 % пациентов были меланхоликами и 21 % холериками.

В качестве иллюстрации приводим результаты обработки результатов опросника MOS SF-36 специальной компьютерной программой, которые отражают различия в качестве жизни пациентов в зависимости от типа диабета (рис. 2.4.1).

1. Пациентка Т.А.С., СД типа 1. Суммарные показатели физического здоровья умеренно снижены по сравнению с контрольной группой ($44,1 \text{ vis } 51,5 \pm 3,6$). Показатель психического здоровья достоверно превышает показатель контроля ($56,6 \text{ vis } 48,7 \pm 6,0$).

2. Пациентка Ю.Р.П., СД типа 2. Суммарные показатели физического и психического здоровья значительно снижены по сравнению с СД типа 1 (PCS 27,0, MCS 29,7).

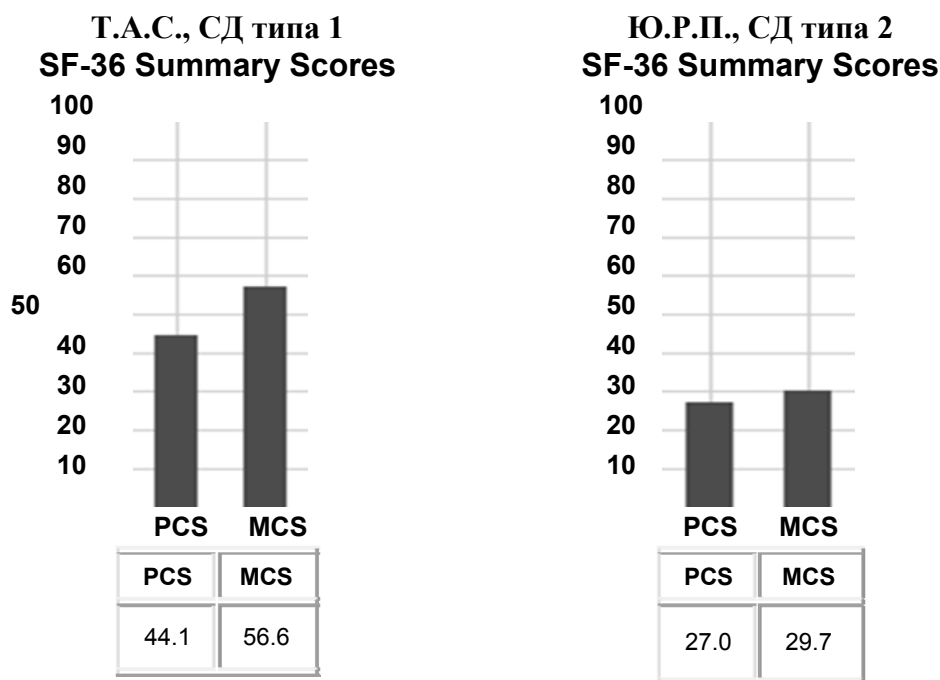


Рис. 2.4.1. Суммарные показатели PCS и MCS в зависимости от типа СД

Таким образом, проведенные исследования показали, что суммарный показатель физического здоровья PCS у больных тяжелой формой сахарного диабета снижен. Снижение этого показателя в наибольшей степени связано с ухудшением физических функций (PF), роли физических функций (RP) и особенно выражено снижение показателя общего здоровья (GH). Показатель физической боли BP менее значительно влиял на качество жизни.

Суммарный показатель психического здоровья (MCS) у больных тяжелой формой СД достоверно не отличался от показателя контрольной группы. Это свидетельствует о достаточно адекватной психической адаптации исследованных пациентов к болезни, несмотря на наличие серьезных осложнений, угрожающих жизни пациента, сопутствующих болезней и выраженное снижение всех показателей физического здоровья.

Обнаружены значительные различия КЖ в зависимости от типа СД: при СД типа 2 все показатели физического и психического здоровья были значительно снижены по сравнению с СД типа 2.

Сопоставление результатов анализа опросника с данными медицинской карты стационарного больного показало, что наилучшие показатели

КЖ наблюдаются в возрастной группе 20–30 лет, у пациентов с ИМТ менее 30 кг/м², а также при нормальном артериальном давлении. Качество жизни значительно ухудшается после 30 лет, при ИМТ более 30 кг/м², при развитии артериальной гипертензии и кетоза.

Влияние пола на суммарный показатель физического здоровья не обнаружено. Показатель психического здоровья у мужчин был более высоким. Снижение этого показателя у женщин происходит в основном за счет роли эмоций. Декомпенсация СД сопровождается значительным снижением показателей шкал физического здоровья, которые оказались самыми низкими среди всех обследованных групп, в том числе пациентов, получающих терапию программным гемодиализом. Развитие ДН приводит к значительному снижению PCS, особенно при ХБП 3 ст. MCS достоверно не снижается, однако претерпевает фазовые колебания, свидетельствующие о процессах адаптации и дезадаптации при прогрессировании ХПН. Обнаружены сложные соматопсихические и психосоматические соотношения при СД, которые определяются типом болезни.

Поскольку анализ результатов опросника MOS SF-36 свидетельствует о значительном снижении качества жизни при СД типа 2, у лиц старше 30 лет, с высоким ИМТ, наличием артериальной гипертензии, необходимо при обследовании, лечении таких пациентов, а также при профилактике СД типа 2 особое внимание обращать на физическое и психическое состояние больных.

По-видимому, снижение массы тела, контроль артериальной гипертензии являются существенным фактором улучшения качества жизни у пациентов, страдающих СД. Следует также обращать особое внимание на психическое состояние женщин, страдающих сахарным диабетом, пациентов с ДН и при необходимости прибегать к помощи психотерапевта и психолога.

2.5. Исследование качества жизни у больных бронхиальной астмой

В настоящее время во всем мире отмечается увеличение частоты аллергических заболеваний, преимущественно в экономически развитых странах, что объясняется нарастающим давлением отягощенной наследственности, патологическим влиянием на иммунную систему повреждающих факторов внешней среды, несбалансированного питания, медикаментов и пр. Среди аллергических заболеваний ведущее место занимает бронхиальная астма (БА), которая является одной из важнейших медико-социальных проблем в связи с высокой заболеваемостью, смертностью, значительными экономическими затратами на постоянное лечение, ранней инвалидизации пациентов [99, 100, 116, 228.]. Распространенность БА в развитых странах составляет 5–7 %, в некоторых регионах – до 15 %. В Украине в 2009 г. распространенность БА составляла 501,9 больных на

100 000 взрослого населения, в 2010 – 506,6, в 2011 – этот показатель составил 515,9 больных на 100 000. В Харьковской области заболеваемость составляет 0,3 %, что с большой вероятностью свидетельствует о недостаточном уровне диагностики БА.

Согласно современным представлениям БА рассматривается как гетерогенное хроническое иммуновоспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся гиперреактивностью бронхов и обратимой генерализованной дистальной обструкцией [159, 160]. Хронический иммуновоспалительный процесс существует даже в клинически бессимптомном периоде, поэтому главной целью лечения является не преодоление приступов бронхиальной обструкции, но угнетение воспалительного процесса, который приводит к этим приступам. В 1992 г. Международным консенсусом по диагностике и лечению БА предложена классификация, которая базируется на клинических симптомах течения болезни, показателях спирографии, эффективности препаратов, которые используются для контроля над заболеванием. Выделяются 4 формы БА по степени тяжести: интермиттирующая (I ст. тяжести), легкая персистирующая (II ст.), персистирующая средней тяжести (III ст.), персистирующая тяжелая (IV ст.) [63, 69]. Согласно этой классификации предлагается ступенчатый подход к лечению, который предусматривает повышение дозы лекарственных препаратов соответственно тяжести течения болезни. Достижение контроля на протяжении недель или месяцев является сигналом к уменьшению объема фармакотерапии [117]. В 2006 г. GINA (Global Initiative for Asthma), Всемирная инициатива по астме [159], предлагает новую глобальную стратегию лечения и профилактики БА, основанную на оценке уровня контроля БА, согласно которой выделяются контролируемое, частично контролируемое и неконтролируемое течение болезни. Цель лечения согласно этой стратегии – достижение возможно высокого уровня контроля. В Украине используются оба подхода к диагностике и лечению с учетом степени тяжести течения и уровня контроля. Препараты для лечения делятся на контролирурующие (базисные) и скоропомощные (для оказания неотложной помощи). Базисные препараты используются постоянно для достижения и поддержания контроля персистирующей БА, большинство из них вводятся ингаляционно с помощью разнообразных доставочных устройств. При недостаточной эффективности ингаляционных препаратов приходится использовать пероральные и инъекционные глюкокортикостероиды, которые вызывают разнообразные побочные тяжелые эффекты: увеличение массы тела, повышение артериального давления, развитие стероидного сахарного диабета, пептических язв, остеопороза, гормонозависимости. При тяжелых обострениях болезни пациенты лечатся с использованием агрессивной терапии (введение высоких доз ГКС, искусственная вентиляция легких). Таким образом, лечение БА на современном этапе предусматривает постоянный прием

ингаляционных и пероральных препаратов, предупреждение контактов с многочисленными аллергенами (бытовыми, пылью цветущих растений, пищевыми и пр.). Пациенты должны соблюдать гипоаллергенную диету, возможности медикаментозной терапии сопутствующих болезней ограничены. Все это значительно влияет на ощущение пациентами собственного благополучия, удовлетворения различными аспектами жизни, снижает качество жизни пропорционально тяжести течения болезни [28, 99, 102, 116, 154]. Показатели КЖ изменяются в зависимости от состояния пациента, что позволяет осуществлять мониторинг течения болезни, эффективность терапии, оценить влияние болезни на психологию поведения пациента, его эмоциональные реакции не только на болезнь, но и на свое место и роль в жизни социума, самооценку [147, 156, 161, 235]. У больных БА сочетанное влияние самой болезни, процессов лечения, профилактики, сопутствующие болезни создают новый образ жизни, который подчиняет себе и бытовую, и профессиональную, и эмоциональную сферы деятельности человека. Показатели КЖ пациентов в таком случае приобретают не только клиническое значение как критерий терапии, но позволяют оценить уровень социальной адаптации человека, психоэмоциональных нарушений, что способствует реабилитации, повышению работоспособности пациентов, страдающих БА.

Обследовано 30 больных БА, которые находились на лечении в аллергологическом отделении ХОКБ: 22 женщины и 8 мужчин, средний возраст $45,8 \pm 13,9$ лет (от 20 до 61 лет). У 10 пациентов диагностирована БА II ст. тяжести, у 12 – III ст., у 8 – БА IV ст. тяжести. Неконтролируемое течение констатируется у 14 пациентов, у 16 – частично контролируемое, легочная недостаточность (ЛН) II ст. отмечена у 16 больных. Отягощенный анамнез выявлен у 10 больных (БА страдали деда, бабушки, родители пробандов). У родственников отмечены также сахарный диабет (6 случаев), пептическая язва двенадцатиперстной кишки (2 случая). При обследовании у 9 пациентов диагностирован аллергический ринит, у 6 – полипозная риносинусопатия, у 18 – медикаментозная аллергия, у 6 – пыльцевая аллергия, у 1 – пищевая аллергия. У 11 больных выявлена артериальная гипертензия, у 6 – ишемическая болезнь сердца, 9 пациентов были зависимыми от ГКС. Всем больным проведено исследование функции внешнего дыхания с использованием компьютерного спирографа «Микролаб 3300», позволяющего оценить скорость потока воздуха при выполнении определенных дыхательных маневров с целью диагностики вентиляционных нарушений на основании количественных и качественных изменений пневмотахографических показателей. Полученные показатели обрабатываются с помощью адаптированного программного обеспечения, результаты отражаются в абсолютных и относительных по отношению к должным величинам (%) значениях и графически в виде кривых «поток–объем» и «объем–время». КЖ исследовалось с помощью MOS SF-36.

Оценка суммарных показателей «Физическое здоровье» (PCS) и «Психическое здоровье» (MCS) свидетельствует о достоверном снижении КЖ при БА в сравнении с показателями контрольной группы ($p < 0,05$). Для оценки влияния тяжести болезни на КЖ пациенты разделены на 3 группы: 1-я – БА II ст. (легкая); 2-я – БА III ст. (средней тяжести), 3-я группа – БА IV ст. (тяжелая). Суммарный показатель физического здоровья PCS снижается по мере увеличения степени тяжести БА и составляет у пациентов 1-й группы $41,0 \pm 4,8$ балла, у пациентов 2-й группы $34,2 \pm 5,0$ и у пациентов 3-й группы $30,4 \pm 4,5$ балла ($p < 0,05$), MCS, суммарный показатель психического здоровья, в 1-й группе составил $38,2 \pm 6,3$ балла, во 2-й – $43,7 \pm 8,1$ и в 3-й – $33,9 \pm 4,4$ балла, т. е. наиболее высокий у пациентов с III ст. БА ($p < 0,05$), и в одинаковой степени снижен при легкой и тяжелой БА ($p > 0,1$). По-видимому, на ранних этапах болезни пациенты тяжело адаптируются к новым условиям жизни (появление приступов удушья, необходимость пользоваться ингаляторами, зависимость от них). Больные 3-й группы (БА средней степени тяжести) прошли период адаптации, для них подобрана базисная терапия и, несмотря на то, что приступы удушья становятся более частыми и продолжительными, пациенты меньше реагируют на них, они убедились в отсутствии опасности для жизни, что и повышает показатели PCS в этой группе. При БА IV ст. (тяжелая форма) ночные приступы удушья, ЛН, зависимость от системных глюкокортикоидов, АГ снижают PCS и MCS.

Анализ влияния уровня контроля (неконтролируемая и частично контролируемая БА) на суммарные показатели КЖ свидетельствует о том, что при неконтролируемом течении значительно снижается PCS ($32,0 \pm 4,2$ при неконтролируемой и $41,2 \pm 5,1$ при частично контролируемой БА); MCS достоверно не отличается у больных с различным уровнем контроля ($37,7 \pm 5,6$ и $41,0 \pm 3,8$ балла), тенденция к снижению MCS при отсутствии контроля над течением болезни сохраняется. При легочной недостаточности (ЛН) II ст. PCS снижается ($32,3 \pm 3,9$ балла; при ЛН 0–I ст. – $40,8 \pm 4,8$ балла), MCS достоверно не отличается в этих группах пациентов. Поскольку единственным субъективным признаком ЛН II ст. является одышка при умеренной физической нагрузке, по-видимому, пациенты, страдающие БА, не придают ей особенного значения.

Для анализа влияния возраста больных БА на КЖ выделены 4 группы: 1-я – возраст 20–39 лет, 2-я – 40–49 лет; 3-я – 50–59 лет, 4-я – пациенты старше 60 лет. PCS достоверно снижается при увеличении возраста пациентов ($43,3 \pm 7,9$; $34,7 \pm 3,3$; $32,5 \pm 4,8$; $30,5 \pm 5,2$ балла соответственно). MCS обнаруживает противоположную тенденцию: наиболее снижен в 1-й группе ($35,1 \pm 4,5$ балла) и повышается в остальных группах по мере увеличения возраста пациентов ($38,1 \pm 4,9$; $42,6 \pm 6,7$; $40,9 \pm 5,7$ балла). Это свидетельствует о том, что молодые лица психологически хуже адаптируются к БА, чем пациенты старших возрастных групп.

Гендерный анализ показал, что у женщин БА более заметно снижает PCS ($40,0 \pm 5,0$ у мужчин; у женщин – $33,9 \pm 4,3$ балла), у мужчин более снижен MCS (у женщин $41,3 \pm 5,9$ балла, у мужчин – $35,3 \pm 5,1$ балла).

Проведен анализ зависимости суммарных показателей от ИМТ. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я – ИМТ < 24 кг/м² (в среднем $21,0 \pm 1,7$) и 2-я группа – ИМТ > 24 кг/м² (в среднем $32,6 \pm 5,3$). В 1-й группе PCS составил $37,0 \pm 6,5$ баллов, MCS – $35,1 \pm 5,4$ балла, во 2-й – $32,9 \pm 3,4$ и $39,2 \pm 4,6$ балла. Таким образом, при избыточной массе тела суммарный показатель физического здоровья ниже суммарного показателя психического здоровья.

У лиц с АГ PCS и MCS снижены по сравнению с показателями пациентов с нормальным АД: PCS при АГ составил $31,6 \pm 3,1$, MCS – $35,7 \pm 4,8$; у больных с нормальным АД – $38,2 \pm 2,9$ и $42,1 \pm 4,1$ соответственно.

Изучено влияние аллергического ринита на суммарные показатели шкал MOS SF-36 у пациентов с БА. Аллергический ринит патогенетически тесно связан с БА, нередко предшествует ее развитию, вызывает у пациентов неприятные эмоции, связанные с жидкими обильными выделениями из носа, интенсивным чиханием, затрудняет профессиональную деятельность, ухудшает социальные функции. Достоверного влияния АР на физические функции не обнаружено, однако, суммарный показатель психического здоровья оказался значительно сниженным (MCS у больных АР составил $31,9 \pm 4,8$ баллов, без АР – $44,6 \pm 5,1$ балла ($p < 0,05$); PCS составил соответственно $36,8 \pm 6,1$ и $34,8 \pm 9,3$ балла; $p > 0,1$). У больных с гормонозависимостью был уменьшен PCS (при гормонозависимости $32,8 \pm 2,3$, без нее – $36,8 \pm 4,7$), влияния гормонозависимости на MCS не обнаружено ($39,7 \pm 15,8$ и $38,8 \pm 11,7$).

Изучены показатели шкал физического здоровья у пациентов с БА. Показатель шкалы физического функционирования RF у больных БА был значительно снижен ($36,2 \pm 6,3$ балла). Наиболее высокий показатель RF обнаружен при БА II ст. ($44,9 \pm 3,5$ балла), достоверно снижен – при БА III ст. ($33,6 \pm 4,2$ балла) и IV ст. ($28,3 \pm 3,6$ балла).

Показатель шкалы «Роль физических функций, RF» также был снижен и составлял $35,0 \pm 3,9$ балла при БА II ст., $32,4 \pm 2,1$ при БА III ст., $29,8 \pm 3,5$ при БА IV ст.

Показатель шкалы физической боли ВР достоверно не отличается в группах пациентов с различной тяжестью БА ($44,3 \pm 10,3$ при БА II ст., $46,6 \pm 8,8$ при БА III ст., $41,1 \pm 7,9$ балла при БА IV ст.).

Показатель шкалы общего здоровья GH при БА II ст. составил $41,5 \pm 6,9$ балла, при БА III ст. – $36,8 \pm 4,3$ балла, при БА IV ст. – $32,4 \pm 2,8$ балла, т. е. ухудшается по мере нарастания тяжести болезни.

Уровень контроля влияет на все шкалы физического здоровья, кроме шкалы физической боли (ВР): показатель RF при неконтролируемой БА

составил $30,3 \pm 5,0$, при частично контролируемой – $44,6 \pm 6,9$ баллов; показатель RP – соответственно $29,4 \pm 3,0$ и $38,1 \pm 2,8$ балла; показатель BP – $44,4 \pm 12,5$ и $44,6 \pm 10,3$; GH $34,7 \pm 3,1$ и $41,3 \pm 6,3$ балла.

У пациентов с ЛН II ст. снижаются показатели PF и GH, не обнаружено влияния ЛН на показатели шкал BP и RP: у пациентов с ЛН II ст. PF составляет $32,0 \pm 2,8$ балла, при ЛН 0–I ст. – $42,2 \pm 4,7$ балла; показатель RP $32,2 \pm 8,9$ и $34,0 \pm 10,3$ балла; показатель BH $44,5 \pm 11,8$ и $44,4 \pm 12,5$ балла; GH $34,3 \pm 3,6$ и $42,0 \pm 6,0$ балла соответственно.

Избыточная масса тела ухудшает только показатель PF, то есть переносимость значительных и умеренных физических нагрузок: у больных с ИМТ >24 кг/м² PF составила $32,9 \pm 3,1$ балла, при ИМТ <24 кг/м² – $38,6 \pm 4,0$ балла.

При АГ достоверно снижены показатели шкал PF, BP и GH. АГ – единственный фактор, который снижает показатель BP при БА, что объясняется появлением субъективных ощущений в виде головной боли, боли в предсердечной области. Показатель PF у пациентов с АГ составляет $30,2 \pm 4,6$ балла, у лиц с нормальным АД – $40,0 \pm 5,2$ балла; показатель RP составляет $34,0 \pm 10,3$ и $31,8 \pm 8,6$; BP – $35,9 \pm 6,5$ и $50,1 \pm 9,5$; GH $33,5 \pm 2,6$ и $39,8 \pm 3,9$ балла соответственно.

Анализ показателей шкал физического здоровья в зависимости от возраста свидетельствует об ухудшении физического здоровья по мере увеличения возраста пациентов: показатель RF у больных 20–30 лет составляет $41,2 \pm 3,6$ балла, у пациентов 40–49 лет – $38,8 \pm 9,3$ балла, у пациентов 50–59 лет $32,8 \pm 4,4$ балла и более 60 лет – $29,9 \pm 2,2$ балла. Показатель RP в 1-й группе составил $31,5 \pm 2,2$ балла, во 2-й – $31,5 \pm 4,0$ балла, в 3-й и 4-й группах – $33,6 \pm 10,6$ и $30,3 \pm 4,0$ соответственно. Это означает, что усилия, которых требует выполнение обычной работы, возрастают во всех возрастных группах, даже у молодых пациентов 1-й возрастной группы.

Показатель BP достоверно снижается только в старшей возрастной группе, когда у пациентов появляются болевые ощущения, связанные с ИБС, ГБ, болезнями суставов и пр. Так, в 1-й группе BP составил $53,3 \pm 9,2$ балла, во 2-й – $40,7 \pm 10,1$ балла, в 3-й – $42,0 \pm 4,5$ балла и в группе пациентов, старше 60 лет – $38,9 \pm 3,4$ балла.

Показатель GH был сниженным во всех возрастных группах ($40,0 \pm 7,7$; $36,1 \pm 8,3$; $36,8 \pm 6,3$ и $35,9 \pm 7,0$ балла).

У женщин по сравнению с мужчинами снижен показатель PF ($33,3 \pm 8,5$ и $42,5 \pm 5,1$ балла), что уменьшило суммарный показатель PCS.

Это означает, что женщины хуже, чем мужчины реагируют на необходимость выполнения тяжелых физических нагрузок.

Аллергический ринит (АР) и гормонозависимость (ГЗ) существенно не влияют на шкалы физического здоровья.

Оценка КЖ больных БА согласно показателей шкал психического здоровья показала, что показатель VT у больных БА значительно снижен,

особенно при тяжелой БА: у пациентов с БА II ст. он составил $44,3 \pm 6,0$ балла, при БА III ст. – $46,4 \pm 3,2$; при БА IV ст. – $33,1 \pm 4,2$ балла. Интересно заметить, что у пациентов с БА III ст. показатель VT даже несколько повышается по сравнению с больными БА II ст. Это означает, что пациенты с БА средней степени тяжести чаще испытывают ощущение бодрости, прилив энергии и реже утомляемость. По-видимому, у пациентов этой группы развивается психологическая адаптация к болезни, которые психологически приспособились к приступам удушья, необходимости пользоваться ингаляторами.

Такие же тенденции отмечаются в отношении прочих шкал психического здоровья: пациенты БА III ст. выше оценивают степень и продолжительность социальной активности, возможность выполнять обычную работу, реже испытывают нервозность, беспомощность, угнетение, чаще бывают миролюбивыми и счастливыми. Так, показатель шкалы социальных функций SF составляет при БА II ст. $34,5 \pm 4,7$ балла, при БА III ст. – $38,8 \pm 4,4$ балла, при БА IV ст. достигает самых низких значений – $28,6 \pm 3,8$ балла. Показатель шкалы «Роль эмоций (RE)» составлял соответственно $34,3 \pm 2,5$ балла, $36,9 \pm 2,3$ балла, $31,6 \pm 2,8$ балла; показатель шкалы «Психическое здоровье, МН» не отличается у пациентов с БА II ст. и БА III ст., ($41,7 \pm 8,5$ баллов и $41,3 \pm 6,1$), достоверно снижаясь у пациентов с БА IV ст. ($33,4 \pm 3,9$ балла).

Неконтролируемая БА отличается от контролируемой снижением показателя VT ($39,6 \pm 3,6$ и $46,0 \pm 4,7$ балла) и МН ($36,1 \pm 4,2$ и $43,0 \pm 3,8$ балла), показатели шкал SF и RE от уровня контроля не зависят.

Не обнаружено различий отдельных шкал психического здоровья у пациентов с ЛН 0–I ст. и ЛН II ст.

Анализ влияния ИМТ на показатели шкал психического здоровья дал на первый взгляд неожиданные результаты: в группе с избыточной массой тела показатели VT и МН были достоверно выше, чем при нормальном ИМТ. Так, показатель VT у пациентов с ИМТ >24 кг/м² составил $48,2 \pm 7,0$ баллов, у пациентов с ИМТ <24 кг/м² – $36,6 \pm 4,1$ балла; показатель МН составил соответственно $43,8 \pm 5,2$ и $30,6 \pm 4,4$ балла ($p < 0,05$). Отличий показателей шкал SF и RE не обнаружено ($p > 0,1$).

При АГ снижаются показатели шкал психического здоровья, кроме VT, который не отличается достоверно от лиц с нормальным АД: показатель VT у лиц с АГ составил $40,3 \pm 7,2$ балла, при нормальном АД – $44,3 \pm 8,3$ балла; показатель SF – $30,8 \pm 3,7$ и $37,9 \pm 3,1$ балла; показатель RE – $29,7 \pm 4,8$ и $38,1 \pm 3,9$ балла; МН – $35,2 \pm 2,6$ и $42,6 \pm 5,3$ балла. Показатель шкалы «Роль эмоций» оказался самым низким в группе больных с АГ.

Интересные результаты получены при анализе показателей психического здоровья в зависимости от возраста: не выявлено различий показателя VT в 1-й, 2-й, 3-й возрастных группах ($41,0 \pm 10,1$; $41,4 \pm 7,0$; $41 \pm 7,6$ баллов), а в 4-й группе (после 60 лет) отмечено повышение показателя шкалы

жизнеспособности, который составил $47,5 \pm 2,4$ балла. Показатель шкалы RE снижен одинаково в 1-й, 2-й и 3-й группах и резко снижается после 60 лет ($34,3 \pm 7,4$; $36,9 \pm 5,2$; $38,5 \pm 6,0$; $27,2 \pm 3,1$ балла). Показатель шкалы социального функционирования SF снижается во 2-й группе (40–49 лет), нарастает к 50–60 годам и снижается после 60 лет ($38,7 \pm 5,0$; $30,0 \pm 3,9$; $36,5 \pm 2,8$; $31,8 \pm 3,3$ балла). По-видимому, это связывается с возрастными колебаниями адаптации. Показатель шкалы МН закономерно нарастает при увеличении возраста пациентов ($34,5 \pm 4,5$; $38,5 \pm 2,6$; $40,9 \pm 4,9$; $43,6 \pm 2,3$ балла). Это свидетельствует о том, что у пациентов старшей возрастной группы нервность, беспомощность, печаль, угнетенность наименее выражены, а миролюбие, ощущение счастья наиболее выражены по сравнению с прочими возрастными группами, хотя роль эмоций снижается.

Сравнение показателей психического здоровья у мужчин и женщин обнаружило, что показатели шкал VT, SF, RE не отличаются в этих группах, а МН выше у женщин ($41,7 \pm 4,8$ и $34,5 \pm 3,7$ баллов).

Неблагоприятное влияние на все шкалы психического здоровья оказывает аллергический ринит: показатель VT в группе пациентов с АР составляет $38,2 \pm 4,7$ балла, у пациентов без АР – $45,6 \pm 3,6$ балла; показатель шкалы SF $31,6 \pm 2,1$ и $37,4 \pm 3,9$ балла; показатель RE – $29,7 \pm 1,8$ и $38,1 \pm 3,0$ балла; показатель МН – $32,6 \pm 4,0$ и $44,2 \pm 5,5$ балла соответственно ($p < 0,05$).

Незначительное влияние гормонозависимости обнаружено только в отношении показателя шкалы социальных функций SF (при гормонозависимости этот показатель составил $31,4 \pm 2,3$ балла, при ее отсутствии – $35,8 \pm 2,9$ балла), что не повлияло на суммарный показатель MCS.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что показатели КЖ у пациентов с БА как суммарные, так и отдельных шкал, характеризующих физическое и психическое здоровье, достоверно снижены. Суммарный показатель физического здоровья PCS снижается согласно тяжести болезни, уровня контроля, легочной недостаточности, а также при избыточной массе тела, у женщин, в старшей возрастной группе, при АГ. PCS снижается в основном за счет отдельных показателей шкал физического здоровья, которые зависят от степени тяжести БА, уровня контроля, степени ЛН, ИМТ, пола, возраста, АГ, гормонозависимости. Аллергический ринит не оказывает влияния на PCS, показатель физической боли ВР снижается при АГ и в старшей возрастной группе. Суммарный показатель психического здоровья MCS, в отличие от PCS, обнаруживает колебания в зависимости от тяжести БА (повышается при III ст. тяжести, снижен у пациентов с легкой формой и тяжелой БА). Также изменяются показатели шкал психического здоровья (VT, SF, RF), что отражает процессы психической адаптации пациентов к разным этапам развития БА. MCS снижается при неконтролируемой БА, сочетании с АР, АГ и у мужчин.

ГЛАВА 3. Обсуждение полученных результатов

Концепция качества жизни признана выдающимся достижением XX в., которое имеет важнейшее значение для всего общества в целом, поскольку в центр функционирования его институтов поставлено благополучие человека [107]. Концепция КЖ отражает единство социального, физического, психического аспектов бытия пациента, нацеливает врача на обеспечение пациенту качественного долголетия в условиях полного выздоровления либо наиболее благоприятного течения болезни. Научно обоснованное изучение КЖ предусматривает использование единых критериев для оценки состояния основных функций человека. Такие критерии содержатся в разнообразных стандартизированных общих и специальных опросниках, разрабатываемых специалистами в области философии, социологии, психологии, биологии, медицины, статистики и др. Результаты анкетирования обрабатываются с помощью специальных компьютерных программ, оцениваются общепринятыми статистическими методами. Это позволяет сделать опросники валидными, использовать их на всех этапах принятия клинических решений, выборе методов лечения и обследования, оценки эффективности лечения, разработки реабилитационных программ.

Мы изучали КЖ у больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом, а также страдающих ХБП V ст., получающих заместительную терапию гемодиализом. Нас, преподавателей, обучающих будущих врачей пропедевтике внутренней медицины, уходу за больными, деонтологии, биоэтике, интересовала возможность диагностики физических и психических факторов, влияющих на оценку пациентами своего благополучия при различных заболеваниях. С этой целью мы использовали короткую форму общего опросника MOS SF-36, который содержит 2 блока из 36 вопросов, позволяющих оценить восприятие пациентом различных составляющих его физического и психического здоровья. Следует отметить, что единство этих двух компонентов, характеризующих благополучие человека, было известно нашим далеким предкам, когда в лечении болезней знахарями, шаманами, жрецами использовалось воздействие как на симптомы болезни, так и на психику больного. Накапливались наблюдения «чудесных исцелений», свидетельствовавшие о влиянии состояния души человека на возникновение и течение болезней. Единство физической и психической составляющих здоровья сформулировал древнеримский поэт Децим Юний Ювенал в своем произведении «Сатиры»: «*Mens sana in corpore sano*». Гиппократ и Аристотель считали, что душевные болезни являются следствием телесных. Драматург и актер Публилий Сир в I веке до нашей эры заметил, что «раны не болят у победителей». В дальнейшем пути физического и психического воздействия на больного разошлись: здоровье души стало прерогативой священнослужите-

лей, здоровье тела – врачей. Возникла глубокая пропасть между представлениями о физических и душевных болезнях. И лишь на рубеже XIX–XX вв. внимание врачей было вновь обращено к душе как возможной причине болезней тела. Хирург Наполеона Доминик Жан Ларей констатировал, что «раны у победителей заживают быстрее, чем у побежденных». В 1818 г. И.К. Хейнрот (J. Heinroth) высказал мнение, что внутренний душевный конфликт может порождать соматические заболевания, душа может разрушать принадлежащее ей тело, и ввел термин «психосоматика». Так были заложены принципы науки, изучающей единство телесного и душевного, взаимозависимость психических и соматических процессов, тесно связывающих человека с окружающей средой. Этой идее суждено было ожидать своего развития более 100 лет, пройти через горнило психоанализа, прежде чем было сформулировано название нового направления в изучении болезней человека – психосоматическая медицина (G. Groddeck), обозначены постулаты современной психосоматической медицины. Австрийский невропатолог Зигмунд Фрейд в конце XIX в. совершил шаг от неврологии и физиологии к роли психики в возникновении многих болезней, использовал гипнотическое воздействие при лечении неврозов. В 1886 г. были заложены основы общепсихологического учения о личности и ее развитии (психоанализ), которое имеет 3 основных направления: 1) теория личности и психопатология; 2) метод лечения личностных расстройств; 3) метод изучения неосознанных мыслей и чувств индивидуума. Была создана трехкомпонентная модель личности, включающая «ОНО, ID, бессознательное»; «Я, EGO» и «Сверх- Я, Супер-EGO». В развитии многих болезней придавалось значение «бессознательному», психоаналитик должен вступить в контакт с «Я» пациента, чтобы подчинить ему неконтролируемое бессознательное «ОНО», включить последнее в систему «Я» [101, 157].

«Эго» вырабатывает механизмы адаптации к среде, психопатологической защиты, среди которых вытеснение, регрессия, рационализация, сублимация. Если эти механизмы не срабатывают, возникает конфликт между «Эго» и «Супер-эго», которое олицетворяет моральные, этические нормы, традиционные ценности, общественные идеалы. В результате развиваются различные невротические состояния, которые могут проявляться в виде ошибок, травм, сновидений. Психоанализ оказал исключительное влияние не только на психологию и психотерапию, но и на философию, культурологию, социологию [48, 129]. Фрейдизм подвергается ожесточенной критике многочисленных социологов, психологов, философов, утверждающих, что психоанализ не является подлинной наукой, научным методом, не воспроизводится, не обладает валидностью, несет отпечаток субъективных предубеждений [223].

3. Фрейду и его последователям не удалось объединить психоанализ с медициной, соединить психическое и физическое, психику и сому. Однако именно благодаря 3. Фрейду и его последователям появилось психосоматическое направление в медицине. Концепция 3. Фрейда вытеснения аффектов в бессознательное, затем перевода их в «ЭГО» путем окольных путей реализации в виде клинических симптомов и синдромов, «конверсии на орган», стала основным принципом психосоматической медицины [60, 85, 129]. Психосоматическая медицина – это наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой [13, 82]. Психосоматические болезни возникают при нарушенной адаптации организма. Болезнь рассматривается не как тупик, но как поиск выхода из тяжелого положения, творческий процесс, в котором человек пытается справиться с обрушившимися на него невзгодами. Ключевую роль в возникновении, формировании, исходе болезни играют бессознательные психические конфликты, фантазии, представления. В основе психосоматических механизмов психологической защиты находится вытеснение. Проблемы пациента переходят с уровня, на котором они возникли, социального (межличностного) или психологического (нереализованные желания и стремления, подавленные эмоции, внутренние конфликты) на уровень физического тела, сомы. В 1950 г. психоаналитик Ф. Александер [118] выделил 7 классических психосоматических болезней: бронхиальная астма, эссенциальная артериальная гипертензия, пептическая язва, язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродермит, тиреотоксикоз. Количество болезней, которые могут быть отнесены к психосоматическим, неуклонно растет. Для каждой из этих болезней характерны особые психологические конфликты, базисная концепция и специфичность. В частности, аффекты, реализующиеся через симпатико-адреналовую систему, приводят к развитию гипертонической болезни, гипертиреоза, сахарного диабета, реализующиеся через парасимпатическую иннервацию, становятся причиной возникновения язвенной болезни и бронхиальной астмы. Пусковым фактором для развития психосоматической реакции является эмоциональный стресс, возникающий при психологическом конфликте, нарушающим психическую адаптацию и эмоциональный гомеостаз. Психологическим компонентом эмоций являются удовольствие и неудовольствие, вегетативный компонент осуществляет энергетическое обеспечение реакции через новую кору и лимбическую систему, взаимодействующую с ретикулярной формацией ствола мозга. Гипоталамус регулирует деятельность внутренних органов через симпатическую, парасимпатическую нервную систему и гипоталамо-гипофизарную нейроэндокринную систему. Причиной развития психосоматических болезней считается нарушение деятель-

ности этих систем, активизирующих и тормозящих воздействий, их истощение, которое реализуется через врожденную или приобретенную предрасположенность сомы к болезни. Л. Шерток (L. Chertok) доказывал, что специфическая направленность психосоматического симптома зависит не от психических, но от иммунологических и нейроэндокринных влияний [109]. Перечень психосоматических болезней продолжает неуклонно расширяться, и в настоящее время к ним отнесены СД типа 2, инфаркт миокарда, сексуальные расстройства, злокачественные опухоли.

В связи с этим нельзя не обратиться ко вкладу нашей отечественной науки: И.М. Сеченов (1829–1905) обосновал рефлекторную природу сознательной и бессознательной деятельности, доказал, что основой психической деятельности являются физиологические процессы, которые могут изучаться объективными методами [91]. И.П. Павлов (1849–1936) показал роль высшей нервной деятельности в функционировании сомы (т. н. кортиковисцеральная концепция патогенеза болезней внутренних органов), впервые продемонстрировал, как возникают связи значений (безусловные и условные рефлексы), разработал модель обусловливания (кондиционирования) [74].

Важную роль в понимании роли стресса в развитии болезни и процессов адаптации играет теория стресса Г. Селье [88]. Согласно его определению, «стресс есть неспецифический ответ на любое предъявленное ему требование. Все воздействующие на нас агенты вызывают неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия». Биологической функцией стресса является адаптация, которая обеспечивает защиту организма от угрожающих и разрушительных влияний, психических и физических. Выделяются 3 стадии общего адаптационного синдрома: 1) реакция тревоги, мобилизация адаптационных возможностей; 2) стадия сопротивляемости; 3) стадия истощения. 1-я стадия сопровождается уменьшением тимуса, селезенки, лимфатических узлов под влиянием глюкокортикостероидов; во 2-й стадии развивается гипертрофия коры надпочечников, повышение продукции ГКС, адреналина («гормон стресса» по Г. Селье), накопление гликогена в печени; 3-я стадия характеризуется истощением защитных систем и заканчивается смертью. Были названы «болезни адаптации»: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвы желудочно-кишечного тракта. Стресс является нормальной реакцией здорового человека, но способность к адаптации ограничена и, согласно концепции адаптационной энергии, индивидуальные адаптационные различия связаны с врожденными особенностями распределения адаптационной энергии по структурно-функциональной схеме системы адаптации [19]. Адапта-

ция рассматривается как эволюционно оптимальная система распределения адаптационной энергии на нейтрализацию наиболее повреждающих факторов. Влияние стрессовых воздействий, развитие процессов адаптации, дезадаптации рассматриваются в качестве важнейших факторов в патогенезе психосоматических расстройств.

Согласно данным ВОЗ, от 38 до 42 % всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных. Психосоматические отношения включают два подхода – психоцентрический и соматоцентрический – нозогенные реакции обусловлены влиянием особенностей клинических проявлений на субъективное восприятие своего заболевания. И тут мы оказываемся на пороге современных представлений о качестве жизни. По мнению психолога, психиатра, философа К. Ясперса, высказанного в его диссертации «Общая психопатология» в 1913 г., то, что могло бы считаться болезнью, меньше зависит от мнения врача, чем от суждения пациента и от господствующего в данной культурной среде мнения [115]. Болезнь – понятие общественное, а не научное. Нет общепринятого понятия и четкого отграничения болезни, которое можно дать совершенно объективно, не обнаруживаются корреляции между наличием признаков болезни и тенденции рассматривать себя как больного.

Как это часто бывает, общая увлеченность психосоматической медициной, вызванная успехами психоанализа и психотерапевтического вмешательства, сменилась жесткой критикой основных положений психосоматического направления. Это привело к тому, что термин «психосоматические расстройства» был исключен из рубрик Международной классификации болезней 10-го пересмотра и заменен понятием «соматоформные расстройства F45», которые являются наименее изученной группой психосоматических расстройств. Но в рубрике F54 выделяются «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках», «Психологические факторы, влияющие на физическое состояние». При необходимости идентифицировать связанное соматическое нарушение используют дополнительный код. В качестве примера приводятся известные классические психосоматические болезни: бронхиальная астма (F54, J45), дерматит (F54 и L23-25), язва желудка (F54 и K25), слизистый колит (F54 и K58), язвенный колит (F54 и K51), крапивница (F54 и L50). Нельзя не согласиться с обоснованием такого решения классификаторами: применение термина «психосоматический» к отдельным болезням подразумевает отсутствие роли психологического фактора в возникновении, течении или исходе всех остальных заболеваний. Однако термин «психосоматическое расстройство» остался в рубриках F45.0 и F45.1 в рамках сомато-

формных расстройств, что свидетельствует об отсутствии четких представлений о сути этих терминов, их преимуществах и недостатках. Психические изменения при соматических болезнях описываются как соматогении и психогении (нозогении). Соматогенные психические реакции возникают при тяжелых формах органических болезней. Если психогенные реакции возникают в связи с болезнью как психотравмирующим фактором, они относятся к нозогениям. В Украине сохраняется интерес к психосоматическим расстройствам при различной патологии. Так, Б.В. Михайлов [60] констатирует значительный рост психосоматической симптоматики в общей структуре заболеваемости, тенденцию к перемещению психических расстройств в общесоматическую медицину. Частота таких состояний среди населения колеблется от 15 до 40 %. Г.Я. Пилягина [80] подчеркивает, что развитие адаптационного синдрома при стрессе приводит к бессознательной актуализации индивидуальной психологической защиты и преодолевающего поведения, формированию патологического круга поддержания психовегетативных нарушений и защитных форм поведения, что проявляется наиболее часто в психосоматической дисфункции сердечно-сосудистой, пищеварительной, респираторной и мочеполовой систем. По мнению автора, задача интерниста состоит в том, чтобы увидеть у пациента симптомы психосоматического расстройства и направить его к психотерапевту, а не лечить самостоятельно.

С.И. Табачников и С.В. Титиевский рассматривают т. н. постчернобыльский синдром в рамках психосоматических расстройств [95]. А.К. Напреенко и Н.И. Бойко [64] обсуждают психосоматические проявления при острой и хронической почечной недостаточности у больных, получающих лечение гемодиализом. Они выделяют 3 этапа формирования психопатологии: астенический, оглушенного сознания, энцефалопатический. Больной словно сживается с недугом, «убегает» в него, возникает «условная приятность болезни», патологическое развитие личности. Происхождение стойких нервно-психических расстройств у больных при острой или хронической почечной недостаточности связывается с артериальной гипертензией, нарушениями липидного и белкового обмена, водно-солевого и кислотно-основного гомеостаза, аутоиммунными расстройствами, т. е. соматическими факторами, которые вызывают органические изменения головного мозга, в результате чего формируются неврозоподобные, психопатоподобные и энцефалопатические расстройства. Психические изменения вследствие соматических заболеваний рассматриваются как реакции экзогенного типа и называются соматогениями, которые связаны с тяжелыми формами патологии. Психогении (нозогении) возникают при соматическом заболевании, выступающим в качестве психотравмирующего фактора.

Таким образом, психоаналитическая модель оставляет вне поля зрения врача тело (сому) как некий машинообразный субстрат, предлагает дифференциально-психологический образец развития, психосоматическая медицина отправляет врача на «поиск потерянного живущего тела», создает модель отношений между организмом и окружающей средой, модель для тела, которая соответствовала бы модели для души, при этом выделяются процессы на физическом (системы знаков эндокринных, иммунных, нервных) и психическом уровне – ощущения и чувства, на основе которых субъект строит свой субъективный мир. На следующем этапе развития представлений о моделях взаимоотношения физического и психического в возникновении и развития патологических состояний, моделей здоровья и болезни D. Engel [148] приходит к выводу, что отдельные биохимические расстройства не являются болезнью, для развития которой необходимо взаимодействие многочисленных факторов на индивидуальном, социальном и молекулярном уровнях и которую следует рассматривать в контексте воздействия социальной и материальной среды и «второй природы», созданной человеком, в том числе культурных аспектов.

Следует отметить, что во всех группах больных, которые обследованы нами, показатели психического здоровья были выше, чем физического и зачастую не отличались от контрольной группы. Особенно неожиданным был этот результат в группе больных ХБП V ст., лечившихся гемодиализом, поскольку у всех пациентов констатировано тяжелое состояние, что определялось высокой артериальной гипертензией у 96 % обследованных (САД в среднем $176,5 \pm 5,1$; ДАД $111 \pm$ мм рт. ст.), выраженной анемией у 100 % пациентов (Hb в среднем $79 \pm 4,0$ г/л), сопутствующими заболеваниями. Соответственно значительно снижались показатели физического здоровья как суммарный, так и показатели отдельных шкал. Суммарный показатель психического здоровья оказался на уровне контрольной группы, хотя показатели отдельных шкал были умеренно снижены. Высокая оценка своего эмоционального состояния пациентами, страдающими тяжелым соматическим заболеванием, вынужденными 3 раза в неделю проходить четырехчасовые процедуры гемодиализа, по нашему мнению, свидетельствует о достаточных адаптационных возможностях, развитию которых способствует высокий уровень проводимого гемодиализа, современная аппаратура, подготовка персонала, комплаенс пациента с персоналом отделения, комфортные условия, в которых лечатся больные. При этом включаются механизмы психологической защиты путем вытеснения отрицательных эмоций, использования способов преодоления трудностей. Нельзя исключить также возможность развития синдрома «условной приятности болезни», «убегания в болезнь». Наши данные отличаются от результатов исследований [14, 86],

которые описали рост расстройств настроения (у 71 % пациентов), астении (у 54 %), невротизации (у 27 %), что обуславливает формирование новых психосоматических соотношений, социальной дезадаптации. Психоорганный синдром формируется при длительных сроках гемодиализной терапии у лиц старшей возрастной группы при выраженной АГ. У социально адаптированных лиц отмечается высокий уровень невротизации, при наличии социальной дезадаптации характерны тревожные и депрессивные расстройства, низкие уровни невротизации.

Для сохранения социальной активности имеет значение уровень компенсации соматического состояния перед началом гемодиализа.

В нашем исследовании средний диализный возраст составил $30,4 \pm 3,2$ мес, средний возраст больных $41,1 \pm 3,3$ года, т. е. и диализный, и средний возраст пациентов был относительно небольшим, что, возможно, определяет высокие показатели психического здоровья. Анализ результатов опросника, составленного на основании категорий МКФ, также свидетельствует о весьма умеренных ограничениях жизнедеятельности у диализных пациентов. Эти результаты совпадают с показателями опросника SF-36: ограничение способности к выполнению деятельности, связанной с физическими нагрузками, что в конечном итоге приводит к снижению социальной активности. В этом плане важны результаты исследования влияния статинов на КЖ пациентов, получающих заместительную терапию гемодиализом: за 8 нед лечения повысились показатели суммарных шкал физического и психического здоровья, улучшились показатели шкал роли физического и психического функционирования. Согласно современным данным, статины обладают многосторонним плеiotропным (не связанным со снижением содержания холестерина и липопротеинов низкой плотности в крови), положительным влиянием на эндотелиальные дисфункции, гладкомышечные клетки, реологические и тромбообразующие свойства крови, противовоспалительным эффектом. Статины уменьшают синтез оксида азота, ослабляют ответ на его воздействие, обладают защитными свойствами, не связанными с их гиполипидемическим воздействием. Этими особенностями статинов объясняется скорость развития клинического эффекта статинов даже при нормальном уровне липидов в крови [17, 18, 37, 53].

Однако, несмотря на все сказанное выше, большинство наших пациентов остается социально не адаптированными, и это не зависит ни от желания пациентов, ни даже от ограничения их физических возможностей. Проблема реабилитации и реинтеграции диализных пациентов в социум ожидает своего разрешения.

Большой интерес исследователей КЖ вызывает проблема влияния СД на физическое и психическое состояние пациентов. Сахарный диабет типа 2 признан психосоматическим заболеванием и рассматривается как

состояние хронической депривации (крушение надежд, несостоявшееся ожидание), желание помощи, сочувствия, ответной благодарности от людей. Развитие диабета связано с дефицитом материнской любви, отсутствием удовлетворенности потребности в защите и любви, причем символом получения такой защиты является инсулин. С точки зрения интерниста сложно объяснить выраженные органические изменения в лангергансовых островках при СД типа 1 с психосоматическими воздействиями. Несомненно, состояние хронического стресса, возникающее у ребенка в психотравмирующих условиях, может повлиять на выраженность симптоматики, течение болезни, но весьма сомнительно, что такого рода воздействия могут стать причиной развития СД типа 1. Для СД типа 2, который относят к психосоматическим болезням, в начале заболевания не происходит уменьшения количества бета-клеток, уровень инсулина в крови остается в пределах нормы, однако снижается чувствительность рецепторов к инсулину, что связывается с генетическими факторами и может быть спровоцировано также психотравмирующими ситуациями. При естественном развитии СД типа 2 отмечается прогрессирующая недостаточность бета-клеток поджелудочной железы, потому инсулин остается единственным средством лечения, которое в данной ситуации помогает сохранять контроль глюкозы крови. Как и при диабете типа 1, состояние хронического стресса может влиять на время появления симптомов диабета типа 2, тяжесть его течения, развитие осложнений, темпы прогрессирования и должно учитываться в разработке программ реабилитации. Можно согласиться с тем, что психологический анализ способствует более полной оценке влияния болезни на качество жизни пациентов, поскольку даже тяжелые расстройства психоэмоционального состояния (соматогении) могут протекать латентно.

Исследования КЖ при СД свидетельствуют о влиянии тяжести течения болезни, АГ, ИБС, сердечной недостаточности, ожирения на физическое и психическое состояние больных. Имеются сведения о том, что тип диабета, уровень гликозилированного гемоглобина не влияют на КЖ, терапия инсулином не только не улучшает, но даже снижает КЖ. Эти данные нередко противоречивы и нуждаются в дальнейшем изучении.

Наши данные подтверждают снижение шкал физического здоровья, в особенности показателя общего здоровья при СД, особенно СД типа 2. Влияние боли не выражено у лиц младшей возрастной группы и нарастает в старших возрастных группах, а также и у лиц с избыточной массой тела. Кетоз значительно снижает показатели физического здоровья и не влияет на показатели психического при достаточной функции почек. Оказалось, что наибольшее негативное влияние на показатели КЖ в целом по группе пациентов с ДН как на показатели физических, так и психиче-

ских шкал оказывает декомпенсация СД. Проведено исследование психического статуса пациентов с помощью опросников ЛОБИ, К. Леонгарда–С. Шмишека, САН, Айзенка у больных с выраженной диабетической нефропатией, ХБП 1–3 ст. При этом были выявлены признаки различных соматопсихических реакций в виде снижения уровня самооценки, самочувствия, активности, настроения. Выявлен высокий уровень невротизации, интровертности при СД типа 2. Среди паттернов отношения к болезни преобладают эргопатический (отход от работы к болезни), эйфорический («все как-нибудь обойдется»), сенситивный (чрезмерная обеспокоенность болезнью). Для пациентов, страдающих СД типа 1, характерны различные типы акцентуации темперамента (гипертимический, эмотивный, демонстративный).

Выявлены фазовые колебания MCS при прогрессировании ХБП: на I ст. этот показатель существенно не отличается от контрольной группы, при прогрессировании почечной недостаточности снижается. Очевидно, при достаточной функции почек сохраняется психологическая адаптация к болезни, развитие почечной недостаточности приводит к определенному истощению адаптационных механизмов.

Проведенные исследования позволяют выделить субфенотипы пациентов с СД в зависимости от показателей КЖ. К субфенотипу с низкими показателями КЖ относятся больные СД типа 2 старших возрастных групп (более 50 лет), с избыточной массой тела (более 30 кг/м²), с АГ и ХБП III ст. Субфенотип с высокими показателями КЖ демонстрируют пациенты СД типа 1, младших возрастных групп (до 30 лет), с ИМТ менее 30 кг/м², без кетоза и с нормальным АД. При субфенотипе с низкими показателями КЖ в программы реабилитации следует включать мероприятия, направленные на снижение АД, уменьшение массы тела, замедление прогрессирования почечной недостаточности, консультации психотерапевта. У пациентов с субфенотипом высокого КЖ, в особенности шкал психического здоровья при сниженных показателях шкал физического здоровья, желательно также провести дополнительные психометрические исследования для изучения эмоционально-личностных факторов формирования внутренней картины болезни, бессознательной актуализации индивидуальной психологической защиты и преодолевающего поведения, что способствует хронизации адаптационного синдрома, формированию патологического круга поддержки психовегетативных нарушений, что может усугублять патологическое функционирование органов и систем, вовлеченных в патогенез СД. Несомненно, такого рода исследования требуют компетенции психотерапевта. Сложные соматопсихические и психосоматические взаимоотношения при СД разных типов остаются недостаточно изученными [87].

Бронхиальная астма является первой болезнью среди «золотой семерки», классических психосоматических болезней, выделенных F. Alexander в 1953 г. и связанных, по его мнению, с физиологическим ответом органа на хронический стресс, реализуемым через парасимпатическую иннервацию (аналогично пептической язве). Согласно нашим наблюдениям, при БА достоверно чаще, чем при других болезнях, встречается язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, гастриты, повышение кислотности желудочного содержимого, эрозивные изменения слизистой ЖКТ, синусовая брадикардия, гипотония, т. е. признаки активации трофотропных зон гипоталамуса, что, вероятно, отражает определенные генетические особенности каждого индивидуума. Как указывалось выше, в рубриках МКБ-10 психосоматические заболевания отсутствуют, а БА и другие классические психосоматические болезни вынесены в рубрику F54 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями и болезнями, классифицированными в других рубриках». Психологические факторы, влияющие на физическое состояние». БА при этом кодируются как F54 и J45.

Исследование КЖ позволяет определить роль личности, персоны, субъекта в оценке влияния болезни на ощущение физического, психического, социального благополучия. Стремление к максимальной стандартизации диагностических и лечебных алгоритмов, разработка универсальных подходов к диагностике и лечению болезней привело к унификации отношений врача и больного, снижению эффективности медицинской помощи. Современная медицина обнаруживает четкие тенденции к персонализированным подходам на генетическом, молекулярных уровнях, учетом индивидуальных особенностей течения болезни («Personalised medicine – medicine for the person?» Ethical challenges for medical research and practice, 19–21 september 2013, Bochum, Germany [138]), оценке принадлежности пациента к фенотипу болезни.

Фенотипы отражают определенные особенности пациентов, характерную черту или комбинацию таких черт, которые описывают различия между пациентами, связанные с клинически значимыми исходами (симптомы, обострения, ответ на терапию, скорость прогрессирования, смерть и пр.), могут быть важными с точки зрения диагностики, лечения, прогноза [139, 160, 187, 201]. В отечественной литературе выделению вариантов БА, особенностям их течения, подходам к терапии, роли для прогнозирования всегда уделялось особое внимание [66, 78, 100, 116]. Исследование КЖ у больных БА показало, что при т. н. «ломкой, brittle» БА снижается преимущественно суммарный показатель психического здоровья, при тяжелой БА с фиксированной бронхиальной обструкцией – показатель физического здоровья. Выявлены определенные расхождения в оценке врачами и пациентами уровня контроля БА: восприятие пациентами уровня

контроля остается достаточно низким. Так, в западной Европе 50 % больных с тяжелыми персистирующими симптомами болезни считали свой уровень контроля хорошим. В восточной Европе среди всех обследованных таких больных оказалось 45 %, в Азии и США – около 30 %. Были опубликованы интересные данные [124], которые на основании анализа РНК, полученной из индуцированной мокроты, выделили 3 транскрипционных фенотипа, и первый из них описывается как сочетание низкого объема форсированного выдоха в первую секунду и высокого уровня астма-контроля по данным анализа показателей КЖ.

Наши исследования свидетельствуют о том, что показатели физического здоровья закономерно снижаются в зависимости от тяжести болезни, наиболее при тяжелой форме, сопровождающейся фиксированной бронхиальной обструкцией, развитием резистентности к проводимой терапии. Только шкала «физическая боль» не отличается от показателя контрольной группы, и это понятно, поскольку боль не является ведущим симптомом при БА. Показатель ВР снижает КЖ у лиц старше 60 лет и при АГ. Суммарный показатель психического здоровья претерпевает фазовые колебания: снижен при легкой форме, нарастает при средней тяжести БА и значительно снижается при тяжелой форме. Из показателей отдельных шкал аналогичные изменения отмечены для жизнеспособности и социальных функций. Мы связываем эти изменения с тем, что пациенты вначале заболевания психологически тяжело адаптируются к приступам удушья, необходимости пользоваться ингаляторами. При дальнейшем прогрессировании БА больные привыкают к существованию в новых условиях и, несмотря на ухудшение физического здоровья, оценивают свое психическое здоровье довольно высоко. При тяжелой форме развитие частых приступов, снижение эффективности терапии, необходимость использовать большие дозы глюкокортикостероидов, в том числе системных, снижает показатели психического здоровья.

Анализ показателей КЖ в зависимости от контроля БА свидетельствует о том, что неконтролируемое течение болезни сопровождается снижением суммарных показателей физического и психического здоровья. Снижены также все шкалы физического здоровья, за исключением физической боли. Из шкал психического здоровья снижены жизнеспособность и общее здоровье, социальные функции и роль эмоций не отличаются от контрольной группы. Эти результаты свидетельствуют о валидности MOS SF-36 в оценке уровня контроля БА пациентами. Для максимальной объективизации контроля используется в работе с пациентами т. н. «астма-тест» (АСТ), который позволяет больным самостоятельно использовать строгие критерии контроля и облегчает комплаенс с врачом в случае недооценки больным тяжести течения болезни [70]. При тяжелом рефрактерном к терапии течении БА применяются индивидуальные схемы лечения с учетом степени контроля и клинического фенотипа болезни.

Возраст пациентов также по-разному влияет на показатели физического и психического здоровья: физическое здоровье прогрессивно снижается с возрастом, в основном за счет шкалы физических функций и роли физических функций; суммарный показатель психического здоровья достигает максимума в группе пациентов старше 60 лет, а социальное функционирование и роль эмоций – уже в группе 50–60-летних пациентов.

Выявлены различия гендерных влияний на КЖ: суммарный показатель физического здоровья, шкала физических функций значительно снижены у женщин; у мужчин, наоборот, снижен суммарный показатель психического здоровья, что свидетельствует о более выраженных нарушениях адаптации мужчин к БА.

Неожиданные результаты получены при анализе влияния избыточной массы тела на КЖ: суммарный показатель физического здоровья снижается у лиц с избыточной массой тела, в основном за счет шкалы физического функционирования, но суммарный показатель психического здоровья не отличается от контрольной группы, причем благодаря шкалам «жизнеспособность» и «ментальное здоровье». В этом плане полученные данные совпадают с мнением известного специалиста по лечению ожирения Хильде Брух, которая считает, что ожирение играет важную положительную роль в поддержании психического равновесия, снимает напряжение, защищает от расстройств, стабилизирует психическую деятельность; напротив, когда больной худеет, у него могут происходить серьезные изменения в характере и поведении: депрессия, суицид, бредовые идеи [133].

Присоединение аллергического ринита не влияет на суммарный показатель физического здоровья, суммарный показатель психического здоровья оказывается значительно сниженным. Этот факт еще раз подчеркивает валидность опросника, поскольку постоянные жидкие выделения из носа, чихание, слезотечение, характерные для этой болезни, действительно оказывают угнетающее воздействие на психоэмоциональное состояние пациента. Аналогичные данные получены О. Aydemir et al. [123], которые объясняют снижение социальных функций и MCS ощущениями стыдливости, тревожностью, сложностью при общении эмоциональными проблемами у пациентов с АР. Показатели физических функций, общего здоровья, PCS при этом остаются в пределах общепопуляционных. Напротив, J. Bousquet et al. [132] считают, что вклад АР в снижение КЖ пациентов с БА незначителен, низкие показатели отмечены у женщин старших возрастных групп с повышенным ИМТ и низким образовательным статусом.

Зависимость от глюкокортикоидов значительно снижает суммарный показатель шкалы физического здоровья и не влияет на суммарный показатель психического, на показатели отдельных его шкал, за исключением

шкалы социального функционирования, показатель которой оказался сниженным. Возможно, снижение показателя этой шкалы связано с влиянием ГКС на внешний облик пациента: своеобразное ожирение, «лунообразное» лицо и пр.

ЛН II ст. снижает показатели шкал физического функционирования и общего физического здоровья, не влияя на суммарный показатель психического здоровья. Поскольку основным субъективным симптомом ЛН II ст. является одышка при физическом напряжении, исчезающая в покое, это явление может не вызывать, в отличие от приступов удушья, особого внимания пациентов.

Единственное сопутствующее патологическое состояние, которое вызывает снижение всех суммарных показателей и шкал КЖ как физического, так и психического здоровья, является артериальная гипертензия. АГ у больных БА рассматривается как вторичная, симптоматическая и связывается с расстройствами кальциевого обмена и гипоксией [81]. Обычно это умеренная АГ (II ст.), которая хорошо корригируется блокаторами медленных кальциевых каналов. Однако все показатели КЖ снижаются при повышении артериального давления.

Таким образом, БА значительно ухудшает показатели домена физического здоровья, в том числе при II ст., неконтролируемом течении болезни, в старших возрастных группах, у женщин, при избыточной массе тела, артериальной гипертензии, гормональной зависимости, легочной недостаточности. Не оказывает влияния на физическое здоровье аллергический ринит и показатель физической боли, за исключением пациентов с АГ и старше 60 лет, у которых частыми симптомами являются головная боль, боль в сердце. А.А. Калмыков [39] установил негативное влияние БА, в особенности II–III ст. тяжести, на шкалы MOS SF-36, связанные с физическим состоянием пациентов («физическая активность», «боль», «общее здоровье»), на больных ХОЗЛ в сочетании с сердечной недостаточностью, стенокардией, обосновал дальнейшие перспективы оценки диагностической и прогностической ценности показателей КЖ.

Показатели психического здоровья значительно отличаются от показателей физического. Прежде всего в большинстве случаев не отмечено такого заметного влияния на КЖ, как для физического домена. Умеренное снижение MCS отмечено при неконтролируемом течении БА, АГ, АР. Кроме того, имеются фазовые колебания суммарного показателя психического здоровья и его шкал в зависимости от тяжести течения (улучшение показателей при III ст. тяжести по сравнению со II ст.). В отличие от показателей физического здоровья, психическое состояние улучшается у пожилых пациентов, у женщин, при избыточной массе тела. Однако описывается как «дополнительное снижение» КЖ по шкалам «жизнеспособность» и «социальная активность» при сочетании БА, ХОЗЛ и патологии сердечно-сосудистой системы [39].

Таким образом, у пациентов с БА можно выделить 4 субфенотипа согласно высоким и низким показателям КЖ отдельно для физических и психических шкал [105]. Так, субфенотип с низкими показателями физических шкал (30–34 балла) включает пациентов с БА IV ст. тяжести, частыми нарушениями контроля, АГ, женщин с избыточной массой тела. Субфенотип БА с высокими показателями физических шкал КЖ (41 балл и выше) характерен для пациентов с II–III ст., легко достижимым контролем, нормальным АД, нормальной функцией легких. Субфенотип БА с низкими показателями шкал психического здоровья (34–37 баллов) характерен для молодых пациентов, преимущественно мужчин, страдающих аллергическим ринитом, АГ. Субфенотип БА с высокими показателями психического здоровья (39–45 баллов) демонстрируют женщины, лица старших возрастных групп, с избыточной массой тела, нормальным АД, отсутствием АР. Исходя из этого, при субфенотипе с низкими показателями шкал физического здоровья необходимо проводить коррекцию базисной и скоропомощной терапии, АГ, избыточной массы тела, особое внимание уделять женщинам. При субфенотипе БА с низкими показателями шкал психического здоровья в программу реабилитации следует включать четкое выполнение протоколов лечения аллергического ринита, своевременно прибегать к помощи психотерапевта, особенно для молодых пациентов и лиц мужского пола.

Относительное психическое благополучие пациентов с БА свидетельствует против преобладания психосоматических влияний на КЖ больных при этой болезни. Однако нельзя исключать, что неспецифический общий опросник SF-36 не выявляет скрыто, латентно протекающие нарушения психического статуса, которые могут быть выявлены с помощью специальных исследований [147].

R.D. Goldney et al. [161] изучали КЖ при БА с помощью опросников AQLQ и SF-36 и обнаружили снижение показателей физического и психического здоровья, что связывают с наличием депрессии, подтвержденной специфическим опросником PRIME-MD. Ночные симптомы астмы, согласно полученным данным, влияют на когнитивные функции (память, внимание, принятие решений, способность применять полученные знания на практике), что связано с опасностью для жизни. Авторы обращают внимание на необходимость соблюдать определенную осторожность при использовании седативных препаратов и антидепрессантов. Проведено аналогичное сравнительное исследование чувствительности MOS SF-36 и AQLQ [139], где показано, что отрицательная оценка настроения и тяжести болезни влияет на PCS, MCS и ассоциируется с ОФВ₁. В каждом конкретном случае выявления низких показателей шкал КЖ необходимо проводить тщательный анализ приверженности больного к лечению, его

экономических возможностей получить полноценную медицинскую помощь, понимание больным сущности своей болезни, возможностей современной терапии с целью достижения контроля заболевания. При сравнении результатов исследования КЖ пациентов с тяжелой БА опросниками MOS SF-36 и AQLQ. V. Siroux et al. [228] подтверждают снижение PCS и MCS при БА по сравнению с общей популяцией. Показатели AQLQ более тесно, чем MOS SF-36, связаны с ночными симптомами и ОФВ₁.

Проведено сравнение показателей КЖ пациентов на гемодиализе, СД типа 1, СД типа 2, БА II, III, IV ст. тяжести. Анализ показателей физического здоровья свидетельствует о том, что у обследованных нами контингентов больных самые высокие суммарные показатели физического здоровья демонстрируют пациенты с СД типа 1 и БА II ст. По шкале «Физическое функционирование» неожиданно высокие показатели отмечены у пациентов на гемодиализе, низкие – при СД типа 2, БА III– IV ст. тяжести. Удивительно низкие показатели этой шкалы обнаружены у пациентов с легкой формой БА, высокие показатели шкалы ФФ демонстрируют пациенты СД типа 1.

Показатель шкалы физической боли находится на уровне контрольной группы во всех группах, кроме СД типа 2, где он значительно снижен. Показатель шкалы «Общее здоровье» низкий во всех группах, кроме группы пациентов с БА II ст., где его снижение незначительно и достоверно выше, чем в прочих группах.

Суммарный показатель психического здоровья самый высокий у пациентов на гемодиализе, при СД типа 1, БА III ст. тяжести; низкий – при СД типа 2, БА II и IV ст. тяжести. Анализ показателей отдельных шкал показывает, что жизнеспособность снижена при СД типа 2 и БА IV ст., социальное функционирование высокое у пациентов на гемодиализе, снижено при СД типа 2, БА III и IV ст. тяжести. Роль эмоций положительно оценивают пациенты на гемодиализе и негативно во всех остальных группах. Психическое здоровье в целом наиболее высоко оценивают пациенты на гемодиализе, наиболее низко – при СД типа 2 и БА IV ст. тяжести. Высокие показатели психического здоровья у больных на гемодиализе могут объясняться перспективами, которые заместительной терапией открываются перед этой группой больных («свет в конце тоннеля»), адекватностью гемодиализа, хорошим комплаенсом пациентов с персоналом отделения гемодиализа. Достаточно высокие показатели демонстрируют также больные СД типа 1, что можно объяснить относительно молодым возрастом пациентов этой группы, отсутствием ожирения, АГ. Наиболее низкие показатели физического и психического здоровья демонстрируют пациенты СД типа 2 и тяжелой формой БА. При СД типа 2 это объясня-

ется возрастом больных, наличием избыточной массы тела, АГ, ИБС, других сопутствующих болезней. БА IV ст. тяжести характеризуется фиксированной бронхиальной обструкцией, частой гормонозависимостью, терапieresистентностью, что значительно снижает КЖ пациентов [106].

Л.И. Вассерман [16] подчеркивает, что концепция КЖ стала логическим развитием биопсихосоциальной модели здоровья, сформулированной ВОЗ в 1948 г. и получившей развитие в работах L. Engel, Th. Uexkull, W. Weslak. Основной мерой КЖ является субъективная оценка физического, психического, социального благополучия. Качество жизни оценивается человеком на основании своего опыта в различных сферах деятельности и имеет ценностный и многомерный характер. Некоторые исследователи (T. Gill, A.R. Feinstein, D. Wade) выступили с критикой существующих методов изучения КЖ с помощью общих и специальных опросников. По мнению этих исследователей, требование простоты, удобства, экономичности опросников, их некорректная валидизация, выделение нозологических составляющих стало причиной содержательного обеднения концепции КЖ, а также поверхностных оценок, ошибок в интерпретации полученных данных. Кроме того, авторы считают, что КЖ не имеет четкого определения, является индивидуальным понятием, зависящим от культуры, образования, множества других, не учитываемых опросниками факторов. Поддерживая это мнение, Л.И. Вассерман с соавт. [16] указывают на несоразмерность интегрального понятия КЖ возможностям существующих опросников, их недостаточную содержательную наполненность, ущерб гуманистическому смыслу этого понятия, который наносят попытки свести КЖ к простым психологическим конструкциям. Наш опыт позволяет нам не согласиться с этой точкой зрения. Полученные нами результаты исследования КЖ, связанного со здоровьем, с помощью MOS SF-36 при различных соматических патологических состояниях и болезнях позволяют решить практические в терапевтической пропедевтической клинике задачи: детализировать изучение анамнеза с позиций психосоматических влияний, оптимизировать объем исследований для уточнения причин неадекватной с точки зрения врача оценки больного «внутренней картины болезни», выделить субфенотипы пациентов с низким КЖ при различных заболеваниях, установить возможные причины низкой оценки больным своих физических, психических, социальных возможностей, при необходимости углубить свои представления с помощью психотерапевта, использования специальных психометрических шкал, наметить и осуществить программу реабилитации пациента с помощью проведенных исследований.

На кафедре пропедевтики внутренней медицины № 2 и медсестринства ХНМУ студенты изучают дисциплины «Безопасность жизнедеятельности и основы биоэтики и биобезопасности», «Основы биоэтики и

биобезопасности», «Деонтология в медицине», элективный курс «Теория познания и диагностика». Эти курсы открывают перед будущими врачами возможности ознакомиться с идеологией КЖ как важнейшим принципом медицины настоящего и будущего [76, 92, 137].

Некоторые данные, полученные исследователями КЖ при различных заболеваниях, в том числе и нами, можно назвать парадоксальными. В частности, обнаружено снижение КЖ при адекватном, соответствующем всем международным рекомендациям лечении АГ, использование инсулина при СД, высокие показатели КЖ у пациентов на гемодиализе, при ожирении, высокий MCS при низком PCS у больных СД, высокие показатели суммарного здоровья у лиц старше 60 лет, высокие показатели социальных функций и роли эмоций в группе пациентов 50–60 лет при БА.

Причины высоких показателей психологической составляющей КЖ при низких показателях физической и при тяжелом соматическом статусе следует тщательно анализировать. Наши данные свидетельствуют о том, что они связаны с нозологией и могут быть объяснены в большинстве случаев развитием защитно-приспособительных механизмов, однако иногда возникают в связи с определенной эйфорией (надежды на новый метод лечения и пр.). Не вызывает сомнений, что в каждом случае интерпретации врачом полученных с помощью опросника данных необходимо анализировать индивидуальные особенности психосоматических и сомато психических воздействий, которые влияют на оценку пациентом своего физического, психического и социального благополучия в реальной жизненной ситуации. Результаты анкетирования должны обязательно обрабатываться специальной компьютерной программой, сопоставляться с результатами субъективного, объективного, инструментального и лабораторного исследования. Они должны стать неотъемлемой частью медицинской карты стационарного и амбулаторного больного, в процессе длительного наблюдения за пациентом оцениваться врачами общей практики, семейными врачами с учетом жизненных ценностей пациента, его приверженности к лечению, что, несомненно, позволит более эффективно использовать имеющиеся диагностические, терапевтические, реабилитационные возможности на основе принципа автономии пациента, реализовать на практике гуманистический подход, биопсихосоциальную модель отношений между биологическим, психическим и социальными процессами, которая позволяет воссоздать полную картину состояния здоровья и болезни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Глубокоуважаемый читатель! Авторы этого труда с большим интересом начинали исследование качества жизни у пациентов, получающих заместительную терапию программным гемодиализом, поскольку наблюдали у большинства из них признаки астенизации, невротических и депрессивных состояний, невозможность вернуться к активному социальному функционированию. Возлагались определенные надежды на метод, который позволит измерить параметры физического, психологического, социального функционирования больных, находящихся в экстремальных условиях выключения важнейшего органа, регулирующего гомеостаз, вынужденных 3–4 раза в неделю проходить процедуру гемодиализа, который продлевает жизнь больных, но не может восполнить все утраченные многочисленные функции почек. Мы столкнулись с определенными парадоксами оценки пациентами своего КЖ. Результаты анализа некоторых показателей шкал опросника оказались для нас неожиданными. Показатели шкал физического здоровья, как и следовало ожидать, были значительно сниженными, однако показатели психического здоровья оказались достаточно высокими, приближаясь к показателям контрольной группы. Этот факт расценивается нами как показатель адаптации пациента к своему новому существованию в условиях гемодиализа, определенных надежд на продолжение своей жизни в этих условиях, перспектив трансплантации почки. Мы ожидали увидеть более высокую оценку больными своего физического здоровья в условиях адекватной ЗМТ программным гемодиализом. Проведенный дисперсионный анализ показал, что в большинстве случаев отрицательное влияние на показатели шкал физического здоровья оказывают сопутствующие заболевания (ИБС, АГ). В определенной степени неожиданностью оказалось значительное улучшение показателей КЖ, в том числе шкал физического здоровья, после трехнедельного курса лечения статинами. На возможность такого быстрого эффекта, не связанного с гиполипидемическими эффектами препаратов этой группы, имеются указания в литературе [17, 18, 37, 53]. Исследования качества жизни у больных СД подчеркнуло принципиальные различия восприятия болезни пациентами, страдающих СД типа 1 и 2. Показатели физического здоровья были сниженными у пациентов СД, значительно более выражено при СД типа 2 (самые низкие показатели среди всех обследованных пациентов, в том числе и с БА), показатели шкал психического здоровья при СД типа 1 приближались к показателям контрольной группы и пациентов, получающих ЗМТ программным гемодиализом. У больных СД типа 2 показатели психического здоровья были значительно сниженными, что можно объяснить наличием сопутствующих болезней, более высокими возрастными показателями в этой группе

больных. Проведение дополнительных психометрических тестов у больных СД выявило наличие у них признаков соматопсихических нарушений, в том числе и у лиц, страдающих СД типа 1: невротизацию, акцентуацию личности и пр. Обнаружено также преобладание разных типов нервной деятельности у пациентов СД типа 1 и 2.

Показатели КЖ у пациентов, страдающих БА, отличаются от пациентов предыдущих групп: выявлены их фазовые колебания в зависимости от возраста (низкие у лиц молодого возраста, повышение в среднем возрасте и у лиц старших возрастных групп), тяжести болезни (низкие у лиц с легкой БА, повышение при средней тяжести болезни и снижение при тяжелой БА). Известно, что БА относится к классическим психосоматическим заболеваниям, в последние годы к этой группе болезней относят также СД типа 2.

В пропедевтической клинике врач конструирует диагноз на нозологических представлениях об этиологии болезни, ее патогенезе, основанных на современных достижениях фундаментальных биологических, медицинских наук, соматических симптомах и синдромах, при этом использование понятия «психосоматические болезни» встречает определенные сложности. Однако интернисты всегда придавали значение влиянию центральной нервной системы, эмоционального, психологического состояния, острого и хронического стресса на течение болезни, описывали соответствующие данные при изучении анамнеза болезни и жизни пациента, вносили соответствующие коррективы в план лечения (вспомним использование бромидов при лечении язвенной болезни, антидепрессантов в лечении ИБС, широкое и не всегда оправданное применение транквилизаторов и антидепрессантов в современной терапевтической практике). Анализ показателей КЖ у пациентов с заболеваниями внутренних органов в пропедевтической клинике позволяет найти отличия в оценке своего состояния больным и лечащим врачом, обнаружить сложности психологической реакции больного на свою болезнь.

MOS SF-36 открывает перед врачом возможность оценить состояние больного глазами пациента, выявить субфенотипы больных в зависимости от показателей опросника, полноценно и всесторонне оценить результаты своих диагностических и терапевтических усилий, найти пути оптимизации коррекции течения болезни с целью максимального улучшения КЖ пациента. В случаях принадлежности пациента к субфенотипу с низкими показателями КЖ в условиях адекватной терапии необходимо выявить скрытые причины ее недостаточной эффективности (экономические, социальные, семейные, неприверженность к терапии и пр.), провести необходимую коррекцию лечения. Следует широко использовать помощь психотерапевта при решении этих проблем, причем как при низких, так и при высоких показателях шкал психического здоровья, с целью уточнения особенностей психологических реакций больного на свою болезнь,

его психотипа. Эта помощь должна быть высококвалифицированной и доступной на всех этапах наблюдения за больным, начиная от семейного врача и заканчивая специализированными лечебными учреждениями.

Исходя из всего выше сказанного, необходимо на самых ранних этапах подготовки будущего врача в пропедевтической клинике, используя дисциплины «Безопасность жизнедеятельности, основы биоэтики и биобезопасности», «Основы биоэтики и биобезопасности», «Медицинской деонтологии», «Теории познания в медицине», а также практику ухода за больными, сестринскую практику, ознакомить студентов с принципами клинического мышления с точки зрения качества жизни пациента, которое выступает как связующее звено между психикой и сомой. Концепция качества жизни позволяет осуществлять холистический подход к больному и болезни, рассматривать пациента в тесном единстве с окружающей средой, оценивать здоровье и болезнь как совокупность физического, эмоционального и социального функционирования [143]. Лечащий врач должен понимать, что именно от того, как его пациент оценивает свое КЖ в условиях болезни, зависит успех врачебной деятельности, уметь выбрать инструменты для наиболее адекватной оценки КЖ больных с различной патологией внутренних органов, правильно оценить полученные результаты и при необходимости выбрать пути коррекции. Следует еще раз отметить определенные сложности в интерпретации полученных результатов анализа КЖ [249].

Несомненно, для разработки этих актуальных и перспективных проблем необходимо творческое содружество специалистов в различных областях, однако решающее слово должно принадлежать клиницистам, и в этом аспекте мы видим свои дальнейшие задачи. В университетской клинике ХНМУ одним из приоритетных направлений признано междисциплинарное изучение психосоматических болезней, психотерапии и психореабилитации.

Авторы готовы с благодарностью принять и обсудить все замечания и пожелания, которые возникли у Вас при знакомстве с результатами нашей многолетней работы в пропедевтической клинике над изучением качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г. Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью / Г. Ф. Андреева, Р. Г. Оганов // Тер. архив. – 2002. – № 1. – С. 8–16.
2. Антонычев С. Ю. Мохорт Т. В. Исследование качества жизни больных сахарным диабетом 1-го типа / С. Ю. Антонычев, Т. В. Мохорт // Мед. панорама. – 2003. – № 3. – С. 34–37.
3. Анциферов М. Б. Критерии качества жизни при лечении больных сахарным диабетом / М. Б. Анциферов, Е. В. Суркова, А. Ю. Майоров // Качество жизни. Медицина. – 2003. – № 1. – С. 69–71.
4. Афанасьева Е. В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Е. В. Афанасьева // Качественная клиническая практика. – 2010. – № 1. – С. 36–38.
5. Белевский А. С. Исследование качества жизни больных бронхиальной астмой в России / А. С. Белевский // Качество жизни. Медицина. – 2004. – № 1. – С. 72–75.
6. Беленко И. В. Влияние обучающих программ на качество жизни больных бронхиальной астмой / И. В. Беленко, И. В. Лещенко // Военно-медицинский журнал. – 2001. – № 6. – С. 42–46.
7. Белл Д. Возобновление истории в новом столетии / Д. Белл // Вопросы философии. – 2002. – № 5. – С. 13–25.
8. Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество / Д. Белл. – Москва : «Академия», 2004. – 578 с.
9. Бердяев Н. А. О назначении человека / Н. А. Бердяев. – Москва : Республика, 1993. – 383 с.
10. Бестужев-Лада И. В. О качестве жизни / И. В. Бестужев-Лада, Г. С. Батыгин // США – экономика, политика, идеология. – 1978. – № 1. – С. 23–25.
11. Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции : в 2 т. / С. П. Боткин. – Москва : Медгиз, 1950. – 944 с.
12. Бримкулов Н. Н. Валидизация русской версии краткого опросника AQLQ для исследования качества жизни у больных бронхиальной астмой / Н. Н. Бримкулов, Р. W. Jones, А. Д. Калиева // Пульмонология. – 1999. – № 3. – С. 14–20.
13. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан. – Москва : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
14. Ванчакова Н. П. Психические и психосоматические расстройства у больных с разной степенью тяжести заболеваний почек и проблемами адаптации / Н. П. Ванчакова // Нефрология. – 2002. – Т. 6, № 34. – С. 25–33.
15. Васильева И. А. Качество жизни больных на хроническом гемодиализе / И. А. Васильева // Нефрология. – 2005. – Т. 9, № 3. – С. 48–54.

16. Вассерман Л. И. Эмоционально-личностные факторы формирования отношения к болезни у больных сахарным диабетом 1-го типа / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова // Проблемы эндокринологии. – 2006. – Т. 2. – № 1. – С. 6–10.

17. Волков В. И. Влияние симвастатина на маркеры стабильности атеросклеротического процесса у больных ОКС / В. И. Волков, Д. Н. Калашник, Л. Н. Яковлева [и др.] : материалы XIII российского национального конгресса «Человек и лекарство». – Москва. – 2006. – С. 90–91.

18. Волков В. И. Статины при остром коронарном синдроме / В. И. Волков, В. И. Страна // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 3 (10). – С. 26–33.

19. Гаркави Л. Х. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, М. А. Уколова. – Ростов – 1979. – 128 с.

20. Гиппократ. Избранные книги / пер. с греч. В.И. Руднева, В.П. Карпова. – Москва : Биомедгиз, 1936. – 736 с.

21. Горин А. А. Комплексный подход к оценке качества жизни больных, находящихся на программном гемодиализе / А. А. Горин, А. Ю. Денисов, В. Ю. Шило // Нефрология и диализ. – 2001. – Т. 3, № 2. – С. 128–131.

22. Гриневич В. Б. Особенности психостатуса и качество жизни больных язвенной болезнью / В. Б. Гриневич, Ю. И. Успенский, В. Ю. Ганчо, Н. С. Помогаева // Рос. журнал гастроэнтер., гепатол., колопроктोल. – 2000. – Т. 10, № 5; прил. 11. – С. 19–23.

23. Грішнова О. А. Людський розвиток: навч. посіб. / О. А. Грішнова. – Київ : КНЕУ, 2006. – 308 с.

24. Гурылёва М. Э. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / М. Э. Гурылёва, М. В. Журавлёва, Г. Н. Алеева // Рос. мед. журнал. – 2006. – Т. 14, № 10. – С. 761–763.

25. Гурылёва М. Э. Методология оценки качества жизни при заболеваниях органов дыхания / М. Э. Гурылёва // Практическая медицина. – 2004. – № 2 (7). – С. 6–8.

26. Гэлбрейт Дж. Новое индустриальное общество / Дж. Гэлбрейт ; пер. с англ. – Москва : ООО «Изд-во АСТ»: ООО «Транзиткнига; Санкт-Петербург : Terra Fantastica, 2004. – 602 с.

27. Давыдов С. В. Медицинские аспекты качества жизни больных гипертонической болезнью / С. В. Давыдов // Казанский медицинский журнал. – 2001. – Т. 82, № 1. – С. 35–37.

28. Дониц С. Г. Качество жизни больных бронхиальной астмой в разные периоды течения заболевания / С. Г. Дониц // Укр. пульмонологічний журнал. – 2008. – № 3. – С. 20–24.

29. Ермаковская О. В. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой, ассоциированными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы при лечении в амбулаторно-поликлинических условиях: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук / О. В. Ермаковская. – Благовещенск. – 129 с.

30. Задионченко В. С. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска / В. С. Задионченко // Кардиология. – 2002. – Т. 42; № 9. – С. 15–19.
31. Заозерская Н. В. Изменение показателей качества жизни больных на разных стадиях хронической болезни почек при сахарном диабете / Н. В. Заозерская, Т. С. Оспанова // «Вісник проблем біології і медицини». – 2013. – Т. 2 (99), вип. 1. – С. 144–148.
32. Захаревич О. А. Изучение качества жизни у больных артериальной гипертензией. Методы оценки и значение в клинической практике / О. А. Захаревич, М. В. Леонова // Международный мед. журнал. – 2001. – № 5. – С. 412–416.
33. Захарьин Г. А. Клинические лекции и избранные статьи / Г. А. Захарьин. – Печатня А. И. Смирновой, 1910. – 557 с.
34. Иноземцев В. П. Введение в будущее. Мир в 2020 году / В. П. Иноземцев. – Москва : Алгоритм, 2006. – С. 9–59.
35. Иноземцев В. П. Современное постиндустриальное общество: природа, противоречия, перспективы / В. П. Иноземцев. – Москва : ЛОГОС, 2000. – 304 с.
36. Лисенко Д. А. Якість життя та особливості клінічного перебігу пневмонії у хворих на хронічні мієлопроліферативні захворювання / Л. М. Ісакова, Д. А. Лисенко // Укр. мед. часопис. – 2007. – № 2 (58). – С. 108–111.
37. Калашник Д. М. Матриксна металопротеїназа-9 та інші маркери запалення при ішемічній хворобі серця в динаміці лікування статинами : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Д. М. Калашник. – Харків. – 2007. – 19 с.
38. Калиева А. Д. Оценка качества жизни у больных бронхиальной астмой с помощью МО SF-36 / А. Д. Калиева, Н. Е. Булыгина, Н. Н. Бримкулов // Вестн. асс. пульмонологов Центр. Азии. – 1998. – Вып. 2. – С. 14–15.
39. Калмиков О. О. Механізми реалізації кардіореспіраторних розладів та хронічних професійних захворювань бронхолегеневої системи із супутньою ішемічною хворобою серця: діагностичні та профілактичні аспекти : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.02 – внутрішні хвороби / О. О. Калмиков. – Харків. – 2016. – 40 с.
40. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным заболеванием легких / под ред. А. Г. Чучалина. – Москва : Атмосфера, 2004. – 256 с.
41. Коменский Я. А. Избранные педагогические сочинения : в 2-х т. / Я. А. Коменский //. – Москва : Педагогика, 1982. – Т. 1. – 656 с.
42. Котулевич Н. Я. Ліпідний профіль та якість життя хворих на хронічну хворобу нирок 5-ї стадії, які лікуються програмним гемодіалізом : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Н. Я. Котулевич. – Київ. – 2008. – 25 с.

43. Крупнов Ю. Качество жизни – сверхиндустриализация XXI века / Ю. Крупнов // Интернет-журнал «Русский переплет». – <http://www.pereplet.ru/krounov/14.html> 14,16.02.2003.
44. Крупнов Ю. Качество жизни: электронный ресурс / Ю. Крупнов : <http://www.krounov.ru/pubs/2005/01/09/10178>.
45. Крючкова О. Н. Влияние антигипертензивной терапии метопрололом (эгилоком) на показатели качества жизни / О. Н. Крючкова, И. Л. Кларитская, А. В. Мальченко // Укр. тер. журнал. – 2004. – № 2. – С. 56–57.
46. Лаун Б. Дети Гиппократы XXI века / Б. Лаун // Эксмо, 2010. – 288 с.
47. Левесон И. Публикации : цит. по Ю. Крупнов // Промышленная доктрина России: www.krounov.ru/5/152.1.shtmlSuper-[countries.ru/152-1.shtml](http://www.krounov.ru/5/152.1.shtml)
48. Лейбин В. М. Психоаналитическая антропология / В. М. Лейбин // Буржуазная философская антропология XX века. – Москва : Наука, 1986. – С. 239–259.
49. Лісовий В. М. Основи медсестринства : підручник / В. М. Лісовий, Л. П. Ольховська, В. А. Капустник. – Київ : ВСВ «Медицина», 2010. – С. 28–94.
50. Ли Ч. Финансы корпораций: теория, методы и практика ; пер. с англ. / Ч. Лин, Д. Финнерти. – Москва : Инфра-М., 2000. – 688 с.
51. Лисенко Д. А. Якість життя в онкогематології; сучасний критерій оцінки життєдіяльності пацієнта / Д. А. Лисенко // Therapia. Укр. мед. вісник. – 2011. – № 11 (63). – С. 61–64.
52. Лібанова Е. М. Соціальні проблеми: соціальні важелі і конкурентоспроможності української економіки / Е. М. Лібанова // Демографія та соціальна економіка. – 2008. – № 2. – С. 5–19.
53. Ломаковский А. Н. Противовоспалительное и антиоксидантное действие симвастатина у пациентов со стабильной формой ишемической болезни сердца / А. Н. Ломаковский // Новости медицины и фармации в Украине. – 2008. – № 15 (252). – С. 6–9.
54. Маркс К. Сочинения / К. Маркс, Ф. Энгельс. – изд. 2-е. – Москва. – 1955. – Т. 1. – С. 64.
55. Марцияш А. А. Качество жизни в практике клинициста / А. А. Марцияш // Медицина в Кузбассе. – 2006. – № 6. – С. 9–11.
56. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ; пер. с англ. / Г. Д. Шостка, В. Ю. Раснянский, А. В. Квашин. – ВОЗ, Женева, 2001. – 342 с.
57. Мельниченко А. Повышение уровня и качества жизни населения: механизмы государственного регулирования / А. Мельниченко. – Москва : Изд-во ХарРИ НАГУ «Магистр», 2008. – 232 с.
58. Метелица В. И. Многоцентровое исследование «Каптоприл и качество жизни»; влияние антигипертензивных средств основных групп на качество жизни больных различных популяций / В. И. Метелица, С. Г. Дуда, Т. П. Островская [и др.] // Тер. архив. – 1993. – № 1. – С. 33–35.

59. Методы оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких [пособие для врачей] / сост. А. Г. Чучалин, Н. Ю. Сенкевич, А. С. Белявский. – Москва. – 1999.

60. Михайлов Б. В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема / Б. В. Михайлов // Doctor. Журнал для практикующих врачей. – 2002. – № 6. – С. 9–12.

61. Мудров М. Я. Избранные произведения / М. Я. Мудров. – Москва : АМН СССР, 1949 – 294 с.

62. Мясоедова Н. А. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях / Н. А. Мясоедова, Э. Б. Тхостова, Ю. Б. Белосусов // Качественная клиническая практика. – 2002. – № 1. – С. 53–57.

63. Наказ МОЗ України від 19.03.2007р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» (www – документ).URL <http://www.ipf.kief.ua>.

64. Напреенко А. К. Психосоматические проявления при заболеваниях органов мочеполовой системы / А. К. Напреенко, Н. И. Бойко // Doctor. Журнал для практикующих врачей. – 2002. – № 6. – С. 22–24.

65. Недошивин А. О. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А. О. Недошивин, А. Э. Кузнецова, Н. Н. Петрова [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2000. – № 4. – С. 1–7.

66. Ненашева Н. М. Современные представления о фенотипах бронхиальной астмы / Н. М. Ненашева // Фарматека для практикующего врача. – 2013. – № 4. – С. 5–8.

67. Николаев А. Ю. Лечение почечной недостаточности : рук-во для врачей / А. Ю. Николаев, Ю. С. Милованов. – Москва : МИА, 2011. – 2-е изд. – С. 569–579.

68. Новейший философский словарь / сост. и гл. н. ред. А. А. Грицанов. – Москва : Книжный Дом, 2003. – 3-е изд. – 131 с.

69. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. ИONOва / под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – Москва : ЗАО «Олма Медиа Групп», 2007. – 2-е изд. – 320 с.

70. Огородова Л. М. Европейские данные в пользу использования теста по контролю над астмой АСТ : исследование AIRE / Л. М. Огородова, О. С. Фёдорова // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2005. – № 4. – С. 46–48.

71. Оспанова Т. С. Оценка качества жизни при сахарном диабете / Т. С. Оспанова, И. И. Смирнов, Е. В. Кукушка [и др.] : матеріали міжнарод. наук.-практ. конф. «Біоетика у системі охорони здоров'я і медичної освіти». – Львів. – 2009. – С. 122–123.

72. Оспанова Т. С. Дислипидемия и качество жизни у больных, получающих лечение программным гемодиализом / Т. С. Оспанова, Н. Я. Котулевич // Нефрология и диализ. – 2005. – Т. 7, № 3. – С. 294–295.

73. Оспанова Т. С. Спосіб оцінки якості життя хворих, що лікуються програмним гемодіалізом / Т. С. Оспанова, Ж. Д. Семидоцька, Н. Я. Котулевич // Пат.6 7668Ф, № 2003119,917 від 04.11.2003. Опубл. 15.06.2004, бюл. № 6.

74. Павлов И. П. Полное собрание сочинений в шести томах в восьми книгах : Изд. АН СССР. – 1951. – 596 с.

75. Петров А. В. Влияние ожирения на качество жизни у женщин, больных сахарным диабетом 2-го типа : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.05 «Внутренние болезни» / А. В. Петров. – Нижний Новгород, 2008. – 25 с.

76. Петров В. И. Проблема качества жизни в биоэтике / В. И. Петров, Н. Н. Седова. – Волгоград : ГУ «Издатель», 2001. – 96 с.

77. Петрова Н. Н. Концепция качества жизни у больных на заместительной почечной терапии / Н. Н. Петрова // Нефрология и диализ. – 2002. – Т. 4, № 1. – С. 9–14.

78. Перцева Т. А. Фенотипы бронхиальной астмы: исторические аспекты и современное состояние вопроса / Т. А. Перцева, Е. В. Мироненко // Здоровье Украины. – 2012. – № 2 (18). – С. 19–22.

79. Пига М. Б. Качество жизни – новая парадигма общественного развития / М. Б. Пига // Ученые записки Забайкальского гос. гуманитарно-педагогического ун-та им. Н. Г. Чернышевского ; серия «Философия, культурология, социология, социальная работа». – Чита : Заб. ГГПУ, 2009. – № 4, (27). – С. 56–65.

80. Пилягина Г. Я. Психические расстройства в общетерапевтической практике / Г. Я. Пилягина // Doctor. Журнал для практикующих врачей. – 2002. – № 6. – С. 17–21.

81. Польщикова С. Л. Особливості кальцієвого обміну у хворих на бронхіальну астму у поєднанні з артеріальною гіпертензією: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / С. Л. Польщикова. – Харків. – 2011. – 17 с.

82. Психосоматические заболевания : электронный ресурс. – Режим доступа : [http://www.mailto: boosapusr.net](http://www.mailto:boosapusr.net).

83. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакетов прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – Москва : Медиа Сфера, 2002. – 312 с.

84. Романова Т. И. Качество жизни у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и его ассоциация с основными факторами риска и полиморфизмом гена апополипротеина: авторефер. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук / Т. И. Романова. – 2005. – 21 с.

85. Руткевич А. М. От Фрейда к Хайдеггеру. Критический очерк экзистенциального психоанализа / А. М. Руткевич. – Москва : Политиздат, 1995. – 175 с.

86. Рыбакова К. В. Психические расстройства и психосоматические соотношения у больных с ХПН, получающих лечение гемодиализом: авторефер. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук / К. В. Рыбакова. – Санкт-Петербург. – 2004. – 114 с.

87. Самойлова Ю. Г. Клинико-метаболические и психосоциальные закономерности формирования психосоматических соотношений при сахарном диабете 1-го типа и ожирения: авторефер. дис. на соискание науч. степени докт. мед. наук / Ю. Г. Самойлова. – Новосибирск. – 2010. – 28 с.

88. Селье Г. На уровне целого организма / Г. Селье. – Москва : Наука, 1972. – 132 с.

89. Сенкевич Н. Ю. Качество жизни при хронической обструктивной болезни легких / Н. Ю. Сенкевич ; под ред. А. Г. Чучалина. – Москва : БИНОМ, 1998. – С. 171–191.

90. Сенкевич Н. Ю. Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой: авторефер. дис. на соискание науч. степени докт. мед. наук / Н. Ю. Сенкевич. – Москва. – 2000. – 36 с.

91. Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга / И. М. Сеченов. – Санкт-Петербург : типография А. Головачёва. – 1886. – 186 с.

92. Силуянова И. В. Антропология болезни / И. В. Силуянова. – Москва : Изд-во Сретенского монастыря. – 2007. – С. 41–50.

93. Сметаненко Т. В. Особенности качества жизни больных тяжелой бронхиальной астмой: авторефер. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук / Т. В. Сметаненко. – 19 с.

94. Суховская О. Ф. Исследование качества жизни при заболеваниях органов дыхания / О. Ф. Суховская, М. М. Илькович, В. А. Игнатов // Пульмонология. – 2003. – № 1. – С. 96–99.

95. Табачников С. И. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром / С. И. Табачников, С. В. Титиевский // Doctor. Журнал для практикующих врачей. – 2002. – № 6. – С. 14–16.

96. Тоффлер Э. Шок будущего / Э. Тоффлер; Пер. с англ. – Москва : изд-во АСТ, 2002. – 557 с.

97. Успенский Ю. П. Качество жизни и состояние психосоматического статуса у больных язвенной болезнью / Ю. П. Успенский, В. Ю. Ганчо, Н. С. Помогаева // Гастробюллетень. – Санкт-Петербург. – 2000. – № 1–2. – С. 25.

98. Ушинский К. Д. Методика начального обучения / К. Д. Ушинский // Избран. педагогические сочинения : в 2-х т. – Т. 2: Вопросы обучения. – Москва : Учпедгиз, 1954.

99. Факторы, влияющие на качество жизни больных с бронхиальной астмой / А. Г. Чучалин, А. С. Белевский, И. В. Смоленов [и др.] // Пульмонология. – 2004. – № 1. – С. 67–83.

100. Фещенко Ю. И. Бронхиальная астма – одна из главных проблем современной медицины / Ю. И. Фещенко // Укр. пульмонолог. журн. – 2000. – № 2 (приложение). – С. 13–16.

101. Фрейд З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – Москва : Просвещение, 1990. – 448 с.
102. Фридман И. Л. Анализ качества жизни у больных бронхиальной астмой средней тяжести и тяжелой / И. Л. Фридман // Тер. архив. – 2011. – № 3. – С. 27–31.
103. Фролов И. Т. Перспективы человека / И. Т. Фролов. – Москва : Политиздат, 1983. – 350 с.
104. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. – Будапешт : изд-во АН Венгрии, 1988. – 340 с.
105. Чернякова О. Є. Фенотипи якості життя і прихильність до терапії при бронхіальній астмі / О. Є. Чернякова // Зб. тез міжвуз. конф. молодих вчених та студ. «Медицина третього тисячоліття». – Харків. – 2014. – С 91–92.
106. Чернякова О. Є. Оцінка якості життя хворих на бронхіальну астму і цукровий діабет за допомогою міжнародного опитувальника SF-36 / О. Є. Чернякова: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяч. 155-річчю з дня народження В. В. Підвисоцького «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» (для молодих вчених та студентів). – Одеса : ОНМедУ, 2012. – С. 294–295.
107. Чернякова О. Є. Філософія якості життя – нова парадигма сучасної медицини / О. Є. Чернякова, Т. С. Оспанова : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Актуальні проблеми духовності: сучасні реалії та перспективи» (для студ., молодих вчених та викладачів), присвяч. 135-річчю з дня народження видатного лікаря, архієпископа Луки (В. Ф. Войно-Ясенецького). – Харків. – 2012. – С. 133.
108. Чухно А. А. Индекс людського розвитку в системі міжнародних інтеграційних процесів / А. А. Чухно // Вісник Хмельницького нац. ун-ту. Економічні науки. – 2007. – Т. 1, № 5. – С. 75–78.
109. Шерток Л. Рождение психоанализа : от Месмера до Фрейда / Л. Шерток, Соссюр де Р. ; пер. с франц. – Москва : Прогресс, 1991. – 288 с.
110. Шило В. Ю. Трудовая реабилитация пациентов на программном гемодиализе / В. Ю. Шило, А. А. Горин. А. Ю. Денисов // Нефрология и диализ. – 2002. – Т. 4, № 4. – С. 274–276.
111. Шляхно Е. В. Клинико-экономическая экспертиза моно-и динитратов при стенокардии / Е. В. Шляхно, Е. Н. Семерин, П. А. Федотов [и др.] // Качественная клиническая практика. – 2003. – № 2. – С. 46–51.
112. Шостка Г. Д. Определение ограничений жизнедеятельности у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью на бикарбонатном гемодиализе / Г. Д. Шостка, В. Ю. Раснянский, Н. М. Кучеева [и др.] // Нефрология. – 2003. – Т. 7, прил. 1. – С. 21–28.

113. Юрлова С. В. Взаимосвязь параметров гемодинамики и качества жизни у больных гипертонической болезнью: авторефер. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук / С. В. Юрлова. – Владивосток. – 2009. – 136 с.
114. Яблучанский Н. И. Принцип оптимальности болезни / Н. И. Яблучанский, Л. Г. Васильева, Ю. Л. Волянский. – Харьков : «Основа», 1992. – С. 91.
115. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс ; пер. с нем. Л. О. Акопяна, под ред. д-ра мед. наук В. Ф. Войцеха и канд. философ. наук О. Ю. Бойцовой. – Москва : «Практика», 1997. – 1056 с.
116. Яшина Л. А. Клинико-функциональная диагностика бронхиальной астмы / Л. А. Яшина // Укр. пульм. журнал. – 2000. – № 2 (приложение). – С. 16–19.
117. Яшина Л. А. Астма-контроль – пути достижения / Л. А. Яшина // Укр. пульмонол. журнал. – 2003. – № 1. – С. 11–16.
118. Alexander F. Psychoanalysis and psychotherapy / F. Alexander. – New York : W. W Norton. – 1956.
119. Allison P. J. Quality of Life : a dynamic construct / P. J. Allison // Soc. Sci. Med. – 1997. – Vol. 54. – P. 221–230.
120. Amouretti M. Impact of irritable bowel syndrome (IBS) on health – related quality of life (HRQOL) / M. Amouretti, C. le Pen, A. F. Gandi [at al.] // Gastroenter. Clin. Biol. – 2006. – Vol. 30 (2). – P. 241–246.
121. Arnold S. V. Effects of Ranolasine on quality of life among patients with diabetes mellitus and stable angina / S. V. Arnold, M. Kosiborod, D. C. Guire [et al.] // JAMA Intern. Med. – 2014. – Vol. 174 (8). – P. 1403–1405.
122. AQLQ in Asthma Measuring / E. F. Juniper, G. H. Guatt, P. J. Ferre, L. E. Griffith // Am. Rev. Respir. Dis. – 1993. – Vol. 147. – P. 832–838.
123. Aydemir O. Quality of life in asthma and allergic rhinitis: a hospital-based comparative study / O. Aydemir, A. Sacar, C. Kirmaz [et al.] // Turkish Respiratory Journal. – 2006. – Vol. 7 (3). – P. 101–104.
124. Baines K. I. Transkription phenotypes of asthma defined by gene expression profiling of induced sputum samples / K. I. Baines, J. L. Simpson, L. G. Wood [at al.] // The Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2011, Jan.
125. Bell D. The Coming of Post-industrial Society: A Venture in Social Forecasting / D. Bell. – New York : Basis Books, 1999.
126. Bellido-Casado J. The SF-36 questionnaire as a measurement of health – related quality of life: assessing short – and medium term effects of exposure to tobacco versus the known long- term effects / J. Bellido-Casado, J. Martin-Escudero, A. Duenas-Laita [at al.] // European Journal of Internal Medicine. – 2004. – Vol. 15, iss.8. – P. 511–517.

127. Bergrem H. Quality of care for persons with diabetics nephropaty: timeliness of first referral to nephrologists / H. Bergrem // *Diabetes Nutr. Metab.* – 2002. – Vol. 15 (2). – P. 109–115.
128. Berra K. The effect of life style interventions on quality of life and patient satisfaction with health and health care / K. Berra // *J. Cardiovasc. Nurs.* – 2003. – Vol. 18 (4). – P. 319–325.
129. Binswanger L. Freud and Magna Charta of clinical psychology. Being in the World: Selected papers of L. Binswanger / L. Binswanger. – 1975. – P. 173–179.
130. Borgaonkar M. R. Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders/ M. R. Borgaonkar, E. J Irvine // *Gut.* – 2000. – Vol. 47, № 3. – P. 444–454.
131. Bosic-Zivanovic D. The quality of life in patients with diabetes mellitus type 2 / D. Bosic-Zivanovic, M. Medic-Stoyanoska, B. Kovacev-Zavasic // *Vojnosanit Predgl.* – 2012. – Vol. 69 (10). – P. 858–863.
132. Bousquet J. Allergic rhinitis and its impact on asthma / J. Bousquet, P. van Canwenberge, N. Khaltaev // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2001. – Vol. 108 (5 suppl.). – P. 147–334.
133. Bruch H. Obesity in childhood and personality development // *Obesity Research.* – 1997. – Vol. 5, № 2. – P. 157–161.
134. Burdieu P. The corporatism of the universal : the role of intellectuals in the modern world / P. Burdieu. – TELOS 81 (Fall 1989). – New York : Tellos Press.
135. Burra P. Quality of life following organ transplantation / P. Burra, M. de Bonda // *Transl. Inf.* – 2007. – Vol. 20 (5). – P. 397–409.
136. Cameron J. I. Differenses in quality of life across renal replacement therapies: a meta-analytic comparison / J. I. Cameron, C. Witeside, J. Ratz [et al.] // *A. J. Kidney Dis.* – 2000. – Vol. 35. – P. 629–637.
137. Cella D. Measuring quality of life today: methodological aspects / D. Cella, D. Tulsky // *Oncology.* – 1990. – № 4. – P. 29–38.
138. Chernycova A. Quality of life and clinical etics – the way to the patient / A. Chernycova, T. Ospanova, T. Pasishvili, N. Zaozerskaya // *Book of Abstracts «Personalised medicine» – medicine for the person? Ethical challenges for medical research and practice.* – Bochum, Germany. – 2013. – P. 83.
139. Claster analysis and clinical asthma phenotypes / P. Hulder, J. Paword, D. Show [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2008. – Vol. 178. – P. 218–224.
140. Clearly J. Quality of life of patients on hemodialysis for end-stage renal disease / J. Clearly, J. Drennan // *J. Adv. Nurs.* – 2005. – Vol. 51 (6). – P. 577–586.
141. Cofe J. J. Health – Related Quality of Life measurement in Hypertension. A Review of randomised controlled drug trials / J. J. Cofe, J.-P. Gregorie, J. Moisan // *Pharmacoeconomics.* – 2000. – Vol. 18 (5). – P. 435–450.

142. Cook L. L. A comparison of Health- Related Quality of life for individuals with mental health disorders and common chronic medical conditions / E. L. Cook J. S. Harman // Public H. Reports. – 2008. – Vol. 123 (1). – P. 45–51.
143. Cusi N. The EQ-5D Health – Related Quality of Life Questionnaire / N. Cusi, P. R. Olivares, R. Rajendraw. – Springer Science + Business Media LLS. – 2010. – 98 p.
144. Cutteling J. J. Overview of research on health – related quality of life in patients with chronic liver disease / J. J. Cutteling, R. A. de Man, J. J. V. Buschbach, A. S. E. Darlington // The Netherlands Journal of medicine. – 2007. – Vol. 65 (7). – P. 227–234.
145. De los Rios J. L. Quality of life in patients with diabetic nephropathy / J. L. de los Rios, J. J. Sanches, P. Barrios, T. L. Avila // Invest Educ. Enferm. – 2005. – Vol. 23 (1). – P. 30–43.
146. Diaz-Buxo J. A. Quality-of-life evaluation using Short Form-36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients / J. A. Dias-Buxo, E. G. Lovrie, N. L. Lew [at al.] // Am. J. Kidney Dis. – 2000. – Vol. 35. – P. 293–300.
147. Ekici A. Negative mood and quality of life in patient with asthma / A. Ekici, M. Ecici, T. Cara, H. Keles, P. Cocyigit // Qual. Life Res. – 2006. – Vol. 15 (1). – P. 49–56.
148. Engel G. E. The clinical application of the biopsychosocial model / G. E. Engel // Am. J. Psychiatry. – 1980. – Vol. 137. – P. 535–543.
149. EuroQol Group. A new facility for the measurement of health – related quality of life / EuroQol Group // Health policy. – 1990. – Vol. 16. – P. 199–208.
150. Evangelista L. S. Impact of obesity on Quality of life find depression in patients with heart failure / L. S. Evangelista // Eur. J. Heart Failure. – 2006. – Mar. 8.
151. Faria H. Quality of life in patients with diabetes mellitus before and after their participation in an education program / H. Faria, V. Veras, A. Xavier [et al.] // Rev. esc. enferm USP. – 2013. – Vol. 46, № 2.
152. Ferraus C. E. Conceptual model of health-related quality of life / C. Ferraus, J. J. Zervis, G. E. Willar, I. L. Larson // J. Nurs. scholarsh. – 2005. – Vol. 37 (4). – P. 336–342.
153. Finkelstein F. O. At – home short daily hemodialisys improves the long-term health-related quality of life / F. O. Finkelstein, B. Shiller, R. Daoni [et al.] // Kidney int. – 2012. – Vol. 82. – P. 561–569.
154. Ford E. S. Determinants of quality of life among people with asthma : Finding from the behavioural risk factor surveillance system / E. S. Ford, D. M. Mannino, D. G. Moriarty, A. H. Mokdad // J. Asthma. – 2004. – Vol. 41 (3). – P. 327–336.
155. Ford E. S. Gender differences in coronary heart disease and health – related quality of life: findings from 10 states from the 2004 behaviours risk factor surveillance system / E. S. Ford, A. H. Mocdad, C. Li [et al.] // J. Womens Health (larchnet). – 2008. – Vol. 17 (5). – P. 757–768.

156. French T. M. Psychogenic Factors in Bronchial Asthma : part 1 and 11 / T. M. French, F. Alexander [et al.] // Psychosoma. Med. Monographs 1Y and 11 NOS 1 and 11. Washington, National. Research. Consil. – 1941.
157. Freud S. New Introductory Lectures on Psychoanalysis. London, Hogarth Press. – Vol. 22.
158. Garner R. E. Bodyweight, gender, and quality of life: a population – based longitudinal study / R. E. Garner, D. H. Feeny, A. Thompson, [et al.] // Quality of life research. – 2012. – Vol. 21, Issue 5. – P. 813–825.
159. Global Strategy for Asthma Management and Prevention Revision 2006. <http://www.ginasthma.com / Guidelineitem>.
160. Global Strategy for Asthma Management and prevention. – GINA 2014, <http://www.ginasthma.org>.
161. Goldney R. D. Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey / R. D. Goldney, R. Ruffin, D. N. Wilson, L. G. Fisher // Med. J. Aust. – 2003. – Vol. 178 (9). – P. 437–441.
162. Gorz A. Farewell to the working class. An essay on post-industrial socia-lism / A. Gorz. – London, 1982.
163. Groll D. The IBS-36: a new quality of life measure for irritable bowel syndrome / D. Grolle, S. J. Vanner, W. T. Depew [at al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 97, № 4. – P. 962–971.
164. Groog S. H. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life / S. H. Groog, S. Levine, M. A. Testa [at al.] // New England J. Med. – 1986. – Vol. 314, № 86. – P. 1657–1664.
165. Hall Y. N. Effects of six versus three times per week hemodialysis on physical performance, health, and functioning: Frequent Hemodialysis Network (FHN) randomized trials / Y. N. Hall, B. Larive, P. Painter [et al.] // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. – 2012. – № 7. – P. 782–794.
166. Hart H. E. Health related quality of life in patients with type 1 diabetes mellitus: generic et disease-specific measurement / H. E. Hart, W. K. Redecop, H. J. G. Bilo [et al.] // Indian J. Med. Res. – 2007. – Vol. 125. – P. 203–216.
167. Hayes D. K. Health related quality of life and hypertension status, awareness, treatment, and control: national health and nutrition examination survey, 2001–2004 / D. K. Hayes, C. H. Denny, N. L. Keenan, J. B. Croft [et al.] // J. Hypertension. – 2008. – Vol. 26. – P. 641–647.
168. Heilbroner R. L. Business civilization in deckline / R. L. Heilbroner. – New York. – 1976. – 73 p.
169. Hervas A. Health related quality of life in patients with diabetes mellitus type 2 / A. Hervas // Ann. Sist. Sani Navar. – 2007. – Vol. 30 (1). – P. 45–52.
170. Hofer St. The Mac New heart disease health related quality of life questionnaire in patients with angina and patients with ischemic heart failore / St. Hofer, A. Saleem, J. Stone [at al.] // Value in health translating outcomes research to health decisions. – 2012. – Vol. 15 (1). – P. 143–150.

171. Horner-Jonson W. Developing summary scores of health – related quality of life for a population- based survey / W. Horner-Jonson, J. Krahn, E. Andresen, T. Hall // Public Health Rep. – 2009. – Vol. 124 (1). – P. 103–110.

172. Jaar B. G. Can we improve quality of life of patients on dialysis? / B. G. Jaar, A. Chang, L. Plantiga // Clinical Journal of the American Society of Nephrology. – 2013. – Vol. 8 (1). – P. 1–4.

173. Jachuck S. J. The effect of hypotensive drugs on the quality of life/ S. J. Jachuck, H. Briely, S. Jachuck [at al.] // I. R. Coil. Gen. Pract. – 1982. – Vol. 32. – P. 103–105.

174. Jenkinson C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // BMJ. – 1993. – Vol. 306. – P. 1437–1440.

175. Jette A. M. Using Health-Related Quality of life measures in physical therapy outcomes research / A. M. Jette // Physical Therapy. – 1993. – Vol. 73. – P. 528–537.

176. Jia H. The impact of obesity on health – related quality of life in the general adult us population / H. Jia, E. I. Lubetkin // J. Public Health (Oxf). – 2005. – Vol. 27 (2). – P. 156–164.

177. Juniper E. F. Measuring quality of life in asthma / E. F. Juniper, G. N. Guatt, P. G. Ferry, L. E. Griffith // Am. Rev. Respir. Dis. – 1993. – Vol. 147. – P. 832–888.

178. Kalantur-Zadeh K. Association among SF-36 quality of life measures and nutrition, hospitalisation, and mortality in hemodialysis / K. Kalantur-Zadeh, J. D. Kopple, G. Bloch [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. – 2001. – Vol. 12. – P. 2797–2806.

179. Kaplan R. Health a related quality of life for evaluation research and policy analysis / R. Kaplan, J. Bush // Health Psych. – 1982. – Vol. 1. – P. 61–80.

180. Karnovsky D. F. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer / D. F. Karnovsky, J. H. Barcenal // Macleod C. M (ed.) Evaluation of chemotherapeutic agents. – USA : Columbia University Press, 1947. – P. 104–134.

181. Katsura H. The impact of dispnoe and leg fatigue exercise on health-related quality of life in patients with COPD / H. Katsura, K. Jamada, R. Wakabayshi, K. Kida // Respiriology, 2005. – Vol. 10 (4). – P. 485–490.

182. Katz D. A. Impact of obesity on healt-related quality of life in patients with cronic illness / D. A. Katz, C. A. McHorney, R. L. Atkinson // J. Gen. Intern. Med. – 2000. – Vol. 15 (11). – P. 789–796.

183. Kliger A. S. Erythropoetic stimulating agents and quality of patients life : individualising anemia treatment / A. S. Kliger, S. Fishbane, F. O. Finkelstein // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. – 2012. – Vol. 7. – P. 354–357.

184. Klungel O. H. Assessment of control of hypertension in the population / O. H. Klungel, J. S. Seidell, A. de Boer // *J. Hypertens.* – 1998. – Vol. 16. – P. 395–396.
185. Kolotkin R. L. Health-related quality of life varies among obese subgroups / R. L. Kolotkin, R. D. Crosby, G. R. Williams // *Obes. Res.* – 2002. – Vol. 10. – P. 748–756.
186. Korevaar J. C. Evaluation of KDOQL guidelines: early start of dialysis treatment is not associated with better health-related quality of life / J. C. Korevaar, M. A. Jansen, F. W. Dekker [et al.] // *Am. J. Kidney.* – 2002. – Vol. 39 (1). – P. 108–115.
187. Kraft M. Asthma phenotypes and Interleukin – 13 / M. Kraft // *N. England J. Med.* – 2011. – Vol. 22 ; 365. – P. 1141–1134.
188. Kutner N. G. Race, gender, and incident dialysis patients reported health status and quality of life / N. G. Kutner, R. Zhang, D. Brogan // *J. Am. Soc. Nephrol.* – 2005. – Vol. 16 (5). – P. 1440–1448.
189. Li C. Clustering of cardiovascular disease risk factors and health – related quality of life among us adults / C. Li, E. S. Ford, A. H. Mocdad, L. S. Balluz [at al.] // *Value Health.* – 2008. – P. 8.
190. Lindsey G. Quality of life in people with type 2 diabetes in relation to deprivation, gender, and age in a new community – based model care / G. Lindsey, K. Inverarity, J. R. S. McDowell // *Nursing research and practice.* – 2001. – Vol. 8.
191. Lopez-Garsia E. Relation between body weight and health- related quality of life among the elderly in Spain / E. Lopes-Garsia [et al.] // *Int. J. Obes. Related Metab. Disord.* – 2003. – Vol. 27 (6). – P. 701–709.
192. Maddigan S. L. Understanding the determinans of health for people with type 2 diabetes / S. L. Maddigan [at al.] // *Amer. J. Public Health.* – 2006. – Vol. 96. – P. 1649–1655.
193. Mapes D. L. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalisation: the dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS) / D. L. Mapes, A. A. Lopes, S. Satauthum [at al.] // *Kidney int.* – 2003. – Vol. 64. – P. 339–349.
194. Maslow A. H. Motivation and personality / A. H. Maslow. – New York : Harper & Brothers, 1954. – P. 107–134.
195. McSweeny A. J. Health-related-quality-of-life assessment in medical care / A. J. McSweeny, T. L. Creer // *Dis. Month.* – 1995 ; 16. – P. 5–64.
196. Mena Martin F. G. Type 2 diabetes mellitus and health-related quality of life: results from the Horbega Study / F. G. Mena Martin // *An. Med. Intern.* – 2006. – Vol. 23 (8). – P. 357–360.
197. Mihaila V. General population norms for Romania using the Short Form-36 Health Survey (SF-36) / V. Mihaila, D. Enachescu, C. Davila // *QL News Letter.* – 2001. – Vol. 26. – P. 17–18.

198. Mollaoglu M. Quality of life in patient lender going hemodialysis / M. Mollaoglu // Subjective Global Assesement (SGA) nutritional Status. – 2013. – Vol. 02. – P. 27.
199. Mones J. Quality of life in functional dyspepsia / J. Mones, A. Ada, J. L. Segu, [at al.] // Dig. Dis. Sci. – 2002. – Vol. 47 (1). – P. 20–26.
200. Moonscong H. Obesity and Quality Life: Mediating Effects of Pain and Comorbidities / H. Moonscong // Obesity Research. – 2003. – Vol. 11. – P. 209–216.
201. Moore W. C. Identification of asthma phenotypes, using cluster analysis in the severe asthma research program / W. C. Moore, D. A. Meyers, S. E. Wenzel [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2010. – Vol. 181 (4). – P. 315–323.
202. Musci J. Co-morbidity and quality of life in chronic kidney disease patients / J. Musci, A. Z. Kovach, M. Z. Molnar, M. Novac // J. Nephrol. – 2008. – Vol. 21, suppl. 13. – P. 84–91.
203. National Kidney Foundation. K/DOQL Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease. – 2002. – Vol. 39 (suppl. 1). – P. 46–64.
204. Novik A. A. Stratification of patients using Qol parameters by the method of integral profiles / A. A. Novik, T. Ivanova, A. V. Kishtovich [et al.] // Quality of life research. – 2003. – Vol. 12, № 7. – P. 770–789.
205. Ober C. Asthma genetics 2006: the long and winding road to gene discoveres / C. Ober, S. Hoffjan // Genes immunol. – 2006. – Vol. 7 (2). – P. 95–100.
206. Ortega F. Quality of life after solid organ transplantation / F. Ortega, C. Valdes, T. Ortega // Transpl. Rev. – 2007. – Vol. 21, iss. 3. – P. 155–170.
207. Ordway S. H. Resources and the American dream: including a theory of the limit of growe / S. H. Ordwey // New York : Ronald Press, 1953.
208. Osborn H. F. The limits of the Earth / H. F. Osborn // Boston : Little Brown and Co, 1954.
209. Ospanova T. S. Quality of life and lipid abnormalities in hemodialisis patients / T. S. Ospanova, N. Cotylevich // Abstract book of XLII Congress of the ERA EDTA. – Istambul, Turkey. – 2005. – P. 1653.
210. Ospanova T. Quality of life in asthma and overweight / T. Ospanova, T. Pasieshvili, A. Chernyakova // Book of abstracts European Academy of Allergy and Clinical Immunology Congress. – 2012. – Geneva, Switzerland. – P. 28.
211. Pera P. I. Living with diabetes : quality of Care and quality of life / P. I. Pera // Browse Journals «Patients preference and adherence». – 2011. – Vol. 5. – P. 65–72.
212. Polonsky W. H. Understanding and Assessing Diabetes-Specific Quality of Life / W. H. Polonsky // Diabetes Spectrum. – 2000. – Vol. 13. – P. 36–40.

213. Quality of life in asthma. Internal consistency and validity of SF-36 questionnaire / J. Bousquet, J. Knani, Dhivert H. [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 1994. – Vol. 149. – P. 371–375.
214. Questionnaires : the IQOLA Project Approach / B. Gaudek, J. Ware // *J. Clin. Epidemiol.* – 1998. – Vol. 51, № 1. – P. 953–959.
215. Redecop W. K. Health-related quality of life and treatment satisfaction in duth patients with type 2 diabetes / W. K. Redecop // *Diabetes Care.* – 2002. – Vol. 25. – P. 458–463.
216. Reid K. Health related quality of life questionnaires : are they fit for purpose? / K. Reid, D. Farrel, C. Dealey // *Intech. Europ.* – 2012. – 389 p.
217. Rejeski W. J. Correlates of health-related quality of life in overweight and obese adults with type 2 diabetes / W. J. Rejesky // *Obesity (silver spring).* – 2006, May. – Vol. 14 (5). – P. 870–883.
218. Rose M. A. The post-modern and the postindustrialae / M. A. Rose. – Cambridge. – 1991.
219. Rubin R. R. Quality of life and diabetes / R. R. Rubin, M. Peyrot // *Diabetes Metab. Res. Rev.* – 1999. – Vol. 15 (3). – P. 205–218.
220. Sahmon A. E. Mental health status and diabetes among whites and native americans: is race an effect modifier? /A. E. Sahmon, M. J. Marcland, S. D. Helderson // *Journal of Health Care for the Poor and Underserved.* – 2007. – Vol. 18, № 3. – P. 599–608.
221. Sayin A. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients / A. Sayin, R. Mufluay, S. Sindels // *Transplant Proc.* – 2007. – Vol. 39 (10). – P. 3047–3053.
222. Scollan-Koliopoulos M. Health-related quality of life, disease severity, and anticipated trajectory of diabetes / M. Scollan-Koliopoulos, D. Bleich, K. J. Rapp [et al.] // *Diabetes Educ.* – 2013. – Vol. 39 (1). – P. 83–91.
223. Searce R. R. Survey of objective studies of analytic Concepts / R. R. Searce. – New York, 1943.
224. SF-36 Health Survery Manual and interpretation quite / I. E. Ware, K. K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. – The Health Institute, New England Medical Center. – Boston : Mass, 1993. – 198 p.
225. Shafi T. Association of residual urine – output with mortality? Quality of life, and inflammation in incident hemodialysis patients: The Choices for Healthy Outcomes in caring for end-stage renal disease (CHOICE) study / T. Shafi, B. G. Jaar, L. C. Plantiga [et al.] // *Am. J. Kidney Dis.* – 2010. – Vol. 56. – P. 348–358.
226. Shumaker S. A. The international assesement of health a related quality of life : a theoretical perspective, theory, translation, measurement and analysis / S. A. Shumaker, A. Naughton. – Oxford, England : Rapid Communications, 1995.

227. Simren M. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral centres versus primary care: the impact of gender and predominant bowel pattern / M. Simren, H. Abrachamsson, H. Swedlung [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2001. – Vol. 36 (5). – P. 542–545.

228. Siroux V. Quality – of – life and asthma-severity in general population asthmatics: results of the ECRHS 11 study / V. Siroux, A. Budier, J. M. Anto, L. Casoletti [et al.] // *Allergy.* – 2008. – Vol. 63 (5). – P. 547–554.

229. Smith D. W. The relationship of diet and exercise for weight control and quality of life gap associated with diabetes / D. W. Smith, S. L. McFall // *J. Psychosomatic Res.* – 2005. – Vol. 59 (6). – P. 385–392.

230. Snok F. G. Quality of life: a closer look at measuring patients well-being / F. G. Snok // *Diabetes.* – 2000. – Vol. 13. – P. 24.

231. Staquet M. Quality of life assessment in clinical trials. Methods and practice / M. Staquet, R. Hays, P. Fayers. – Oxford : Oxford University Press. – 1998. – 360 p.

232. Stoyanovic J. Different insulin treatment regimens in patient with diabetes mellitus type 1: effects on quality of life / J. Stoyanovic, D. Milosevic, I. Antovic [et al.] // *Vojnosanit Predgl.* – 2012. – 69 (7). – P. 569–575.

233. Strine T. W. Characteristics of people aged 45 years or older with heart disease by frequent mental distress status / T. W. Strine // *Prev. Med.* – 2004. – Vol. 39 (1). – P. 191–196.

234. Strine T. W. Prevalence of CVD risk factors among adults with diabetes by mental distress status / T. W. Strine, G. A. Beckles, C. A. Ocoro [et al.] // *Am. J. Health Behav.* – 2004. – Vol. 28 (5). – P. 464–470.

235. Strine T. W. Risk behaviors and health – related quality of life among adults with asthma – the role of mental health status / T. W. Strine, E. S. Ford, L. Balluz, D. P. Chaptan, A.H. Moadad // *Chest.* – 2004. – Vol. 126 (6). – P. 1849–1854.

236. Tayyebi A. Measuring health related quality of life (Hrql) in renal transplant patients : psychosomatic properties and cross-cultural adaptations of kidney transplant questionnaire (Ktq-25) in Persian // A. Tayyebi, A. Raiesifar, S. N. Mehri [et al.] // *Nephro-Urology Monthly.* – 2012. – 4 (4). – P. 617–621.

237. Tankova T. Education and quality of life in diabetic patients / T. Tankova, G. Dacovska. D. Koev // *Patient Educ. Couns.* – 2004. – Vol. 42 (4). – P. 493–501.

238. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties // *Social Science and Medicine.* – 1998. – 46 (12). – P. 1569–1585.

239. Thommasen H. V. Health – related quality of life and type 2 diabetes : a study of people living in the Bella Coola Valley / H. V. Thomassen, W. Zhang // *BC Medical Journal.* – 2006. – Vol. 48 (6). – P. 272–278.

240. Validation of a standartized version of the Asthma Quality of life Questionnaire / E. F. Juniper, A. S. Buist, F. M. Cox [et al.] // *Chest.* – 1999. – Vol. 115. – P. 1265–1270.

241. Velikova G. Patient report improvements in continuity of care when quality of life assessments are used routinely in oncology practice: secondary outcomes of a randomized controlled trial / G. Velicova, A. Keding, C. Harley // *Eur. J. Cancer*. – 2010. – Vol. 46. – P. 2381–2388.

242. Wandell P. E. Quality of life of patients with diabetes mellitus. An overview of research in primary health care in the Nordic countries / P. E. Wandell // *Scand. J. Prim. Health Care*. – 2005. – Vol. 23 (2). – P. 68–74.

243. Ware J. E. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): conceptual frame work and item selection / J. E. Ware, C. A. Sherbourne // *Med. Care*. – 1992. – Vol. 30. – P. 473–483.

244. Ware J. E. SF-36 health survey: Manual and Interpretation guide / J. E. Ware, K. K. Snow, M. Cosinsky. – M.A : Boston, 1993. – 143 p.

245. Wedlung J. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral center versus primary care the impact of gender and predominant bowel pattern / J. Wedlung [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol*. – 2001. – Vol. 36, iss. 5. – P. 542–545.

246. Wee H. L. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health – related Quality of Life: Is the whole greater than the sum of its parts / H. L. Wee // *Health Qual. Life Outcomes*. – 2005. – № 3.

247. Wenger N. K. Preface and overview: assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies / N. K. Wenger, M. E. Mattson, C. D. Furberg // *Le Jacq*. – New York. – 1984. – P. 1–22.

248. WHOQOL Group. What Quality of life // *World Health Forum*. – 1996. – Vol. 17 (4). – P. 354–336.

249. Woodcock A. J. Diabetes Care from Diagnosis Group. Problems with performance of the SF-36 among people with type 2 diabetes in general practice / A. J. Woodcock, S. A. Julious, A. L. Kinmouth [et al.] // *Qual. Life Res*. – 2001. – Vol. 10. – P. 661–670.

250. World Health Organisation. Quality of Life group. What is Quality of life? // *Wid. Hth. Forum*. – 1996. – Vol. 1. – 29 p.

251. Wu A. W. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: Generic and disease specific measures / A. W. Wu, N. E. Fink J. V. Marsh-Manci [et al.] // *J. Am. Soc. Nephrol*. – 2004. – Vol. 15. – P. 743–753.

252. Wubben D. P. Health – related quality of life among North Carolina adults with diabetes mellitus / D. P. Wubben, D. Potterfield // *NC Med. J*. – 2005. – Vol. 66 (3). – P. 179–185.

253. Yancy W. S. Relationship between obesity and health-related quality of life in man / W. S. Yancy, M. R. Olsen, E. S. Westman [et al.] // *Obes. Res*. – 2002. – Vol. 10. – P. 1057–1064.

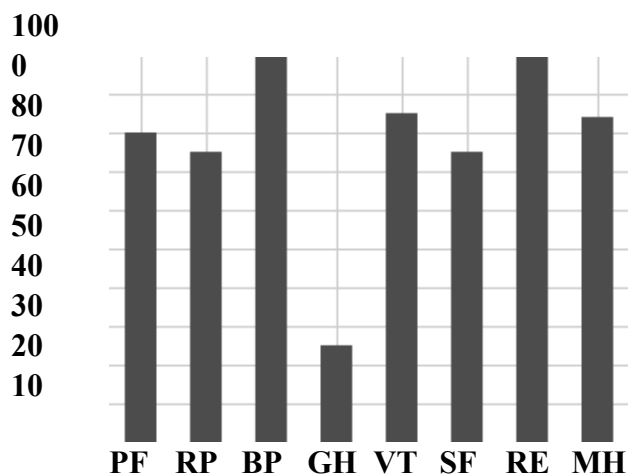
ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Шкалы показателей КЖ согласно MOS SF-36

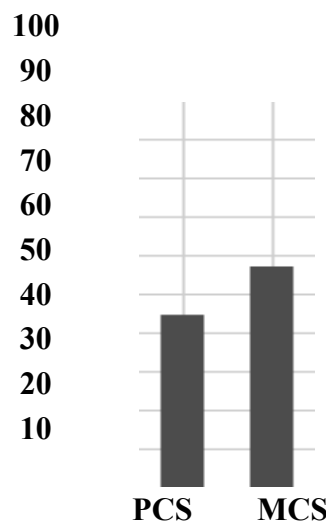
у пациентов с сахарным диабетом

SF-36 Scale Scores



Т. А.С., СД типа 1

SF-36 Summary Scores

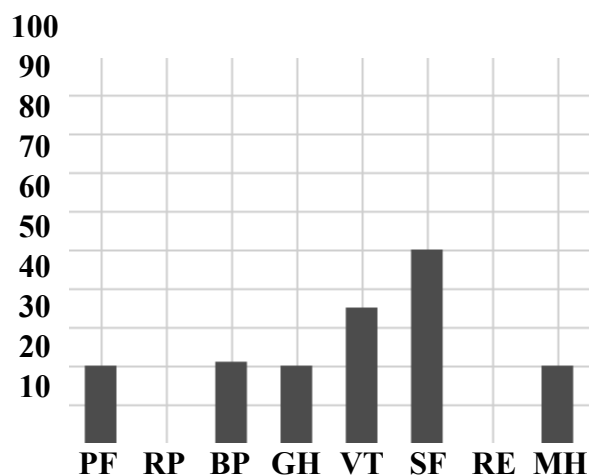


PCS	MCS
44.1	56.6

Ю.П.П., СД 2

SF-36 Summary Scores

SF-36 Scale Scores



100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

PCS MCS

PCS	MCS
27.0	29.7

Шкалы показателей КЖ согласно MOS SF-36
у пациентов с бронхиальной астмой

Т.Л. И., 51 год

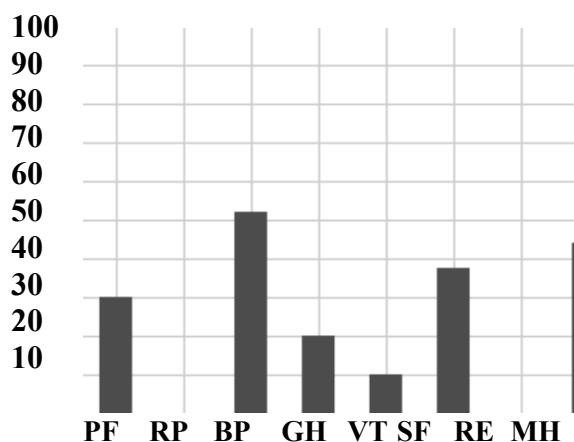
БА IV ст.,

неконтролируемая ЛН II ст.

Аллергический ринит

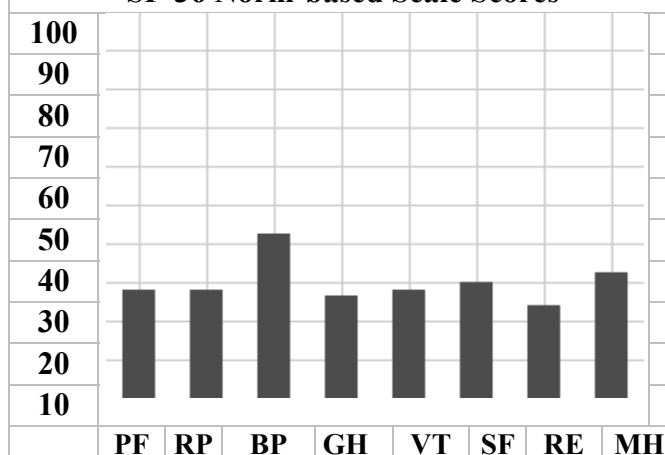
АГ II ст.

SF-36 Scale Scores



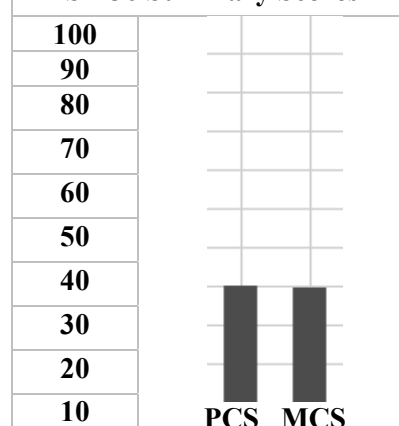
PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
30.0	0.0	52.0	20.0	10.0	37.5	0.0	44.0

SF-36 Norm-based Scale Scores



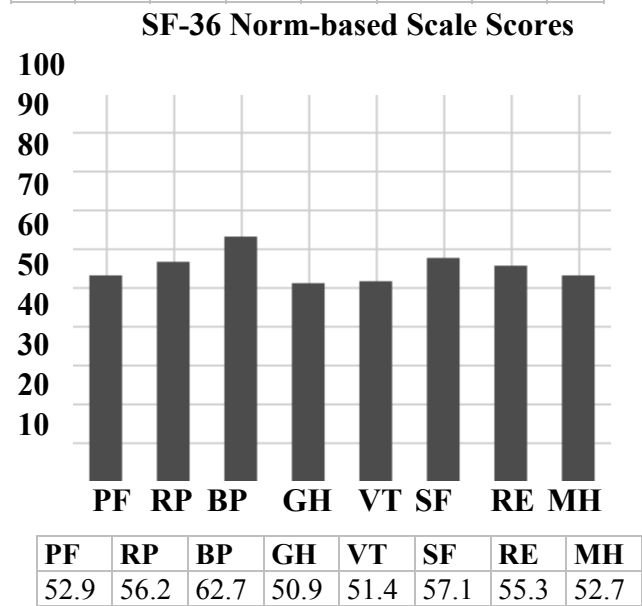
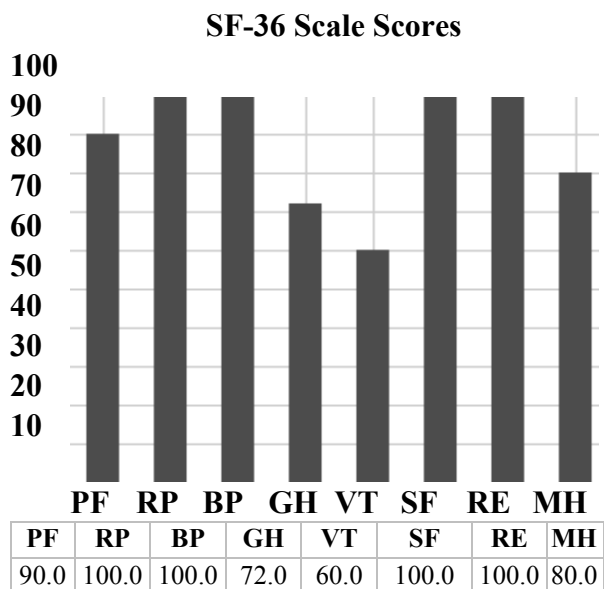
PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
27.8	28.0	42.2	26.5	27.8	30.0	23.7	32.3

SF-36 Summary Scores

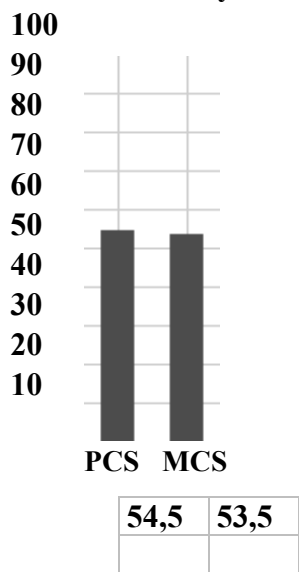


PCS	MCS
29.8	29.5

Ш. О.В., 37 лет
 БА II ст.,
 частично контролируемая
 ЛН 0–I ст.



SF-36 Summary Scores



Научное издание

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПРОПЕДЕВТИЧЕКОЙ КЛИНИКЕ

Монография

Под ред. Т.С. Оспановой

Оспанова Татьяна Сунгашевна
Лесовой Владимир Николаевич
Чернякова Инна Александровна
Котулевич Неля Яновна
Заозерская Наталья Владимировна
Чернякова Александра Евгеньевна

Формат А5. Усл. печ. л. 7,0. Зак. № 17-33352.

**Редакционно-издательский отдел
ХНМУ, пр. Науки, 4, г. Харьков, 61022
izdatknmu@mail.ua**

Свидетельство о внесении субъекта издательского дела в Государственный реестр издателей, изготовителей и распространителей издательской продукции серии ДК № 3242 от 18.07.2008 г.