

Г.К. Золоев, Е.М. Васильченко

ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов,
г. Новокузнецк

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В последнее время в зарубежных медицинских исследованиях для оценки результатов лечения стали использовать показатель «качество жизни», основанный на субъективном восприятии больного своего физического, эмоционального, психологического состояния. Для получения сопоставимых данных и их дальнейшего применения в практике используют стандартные инструменты оценки качества жизни – опросники. Подробно рассматривается опыт исследования качества жизни у больных с хронической ишемией конечности. Применение различных методологических подходов неизменно подтверждало существенное снижение показателей качества жизни при критической ишемии конечности. В современной клинической практике использование показателя «качество жизни», наряду с объективными клиническими критериями, вполне оправдано для оценки эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Ключевые слова: оценка эффективности результатов лечения, качество жизни, опросники, хроническая ишемия конечности.

Recently foreign medical researches have started to use, when assessing treatment outcomes, the criterion called «quality of life» which is based on the patient's subjective perception of his/her physical, emotional, and psychological condition. In order to obtain comparable data and use them further, there are standard instruments used for the assessment of quality of life, namely questionnaires. We considered in detail the experience of studying quality of life in patients with chronic limb ischaemia. Application of different methodical approaches confirmed invariably that critical limb ischaemia is associated with a significant decrease in quality of life. The use of the quality of life criterion in current clinical practice, along with objective clinical criteria, in order to assess the effectiveness of treatment is well justified.

Key words: assessing treatment outcomes, quality of life, questionnaires, chronic limb ischaemia.

В конце 70-х – начале 80-х годов прошлого столетия в зарубежных исследованиях для оценки результатов лечения стали использовать показатель «качество жизни». Последнее продиктовано тем, что клинические критерии далеко не всегда соответствуют социальной значимости достигнутых результатов и, тем более, субъективной оценке самого пациента. Так, например, больные с тяжелыми нарушениями функций опоры и движения, большее значение нередко придают таким факторам, как расширение возможностей общения с окружающими, чем увеличению показателей подвижности [2]. Как справедливо отмечено Р.Л. Ратнером и Г.Е. Слуцкером, «...медицинские проблемы не существуют отдельно от социальных и бытовых. Больной живет в сложной системе, различные компоненты которой взаимодействуют...». Для врача не всегда очевидны истинные приоритеты и ценности пациента, связанные с его здоровьем [7, 8]. Вполне очевидно, что возникает необходимость в комплексном, многофакторном подходе к оценке результатов лечения различных категорий больных.

Существуют различные взгляды на суть данной проблемы. Так, Rosser была разработана концепция Качества Жизни, Регулированного Годами (Quality Adjusted Life Years (QALYr's) [2], основными составляющими которой являются недомогание и суммарная оценка социальных возможностей (способность к самообслуживанию и прочее), которые меняются с возрастом пациента. Наибольшее признание получила концепция «Связанного со здоровьем качества жизни» (Health-related Quality of Life (HRQOL) [10, 14]. Это понятие позволяет выделить аспекты медицинского характера из широкого, общего определения качества жизни и, соответственно, представить возможности многофакторного анализа физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека.

В настоящее время «Качество жизни» определяется как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [1, 6]. Среди инстру-

ментов оценки качества жизни общеприняты и распространены опросники, заполняемые больными [1, 6, 11]. Имеются общие опросники, которые могут быть использованы для оценки КЖ при различных заболеваниях, и специальные опросники для определенной группы болезней или одного заболевания. В настоящее время используются более 4000 общих и специальных опросников.

Мы представим описание некоторых наиболее распространенных методов оценки качества жизни.

Европейский опросник качества жизни (Euro-Qol) разработан объединенной группой специалистов Великобритании, Нидерландов, Швеции, Норвегии, Финляндии, несколько раз пересматривался и дополнялся. Одна из последних версий представляет собой систему тестов, состоящих из двух частей. Первая - визуальная, аналоговая шкала («Термометр здоровья»), в которой, в графическом изображении, наилучшее состояние здоровья соответствует 100 баллам, наихудшее - 0 баллов. Испытуемого просят отметить на графике уровень его здоровья на момент обследования. Вторая часть опросника отражает профиль здоровья по пяти разделам: «Мобильность», «Самообслуживание», «Бытовая активность», «Боль/Дискомфорт», «Тревога/Депрессия». Для каждого раздела предусмотрены три уровня (три вида ответов), например, для раздела «Мобильность»:

- «У меня не возникает никаких проблем с передвижением»;
- «У меня затруднения с передвижением»;
- «Я полностью прикован к постели».

Эти разделы, а также ответы на вопросы, сгруппированы в различные варианты «состояния здоровья», испытуемый должен на графике отразить их.

Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile, NHP) - один из наиболее часто применяемых опросников у больных облитерирующими заболеваниями артерий, в том числе, перенесших ампутацию конечности. Опросник представляет собой систему оценки боли, эмоциональных реакций, сна, социальной изоляции, физических возможностей, которая построена в виде перечня утверждений, например: «Мне трудно одеваться». Для каждого пункта утверждений предусмотрено два варианта ответов: «Да» (оценивается в 1 балл) и «Нет» (оценивается в 0 баллов). Баллы суммируются, и по специальной схеме вычисляется общая сумма баллов, характеризующая показатели качества жизни.

Короткая версия опросника здоровья по 36 пунктам (SF-36) разработана в рамках программы по изучению медицинских результатов в США. Опросник содержит 36 пунктов, что и послужило основанием для его названия (MOS 36-Item Short-Form Health Survey или SF-36). Пункты опросника сгруппированы таким образом, что отражают 8 различных сфер, связанных со здоровьем: «общая оценка здоровья и его динамика», «физическое функционирование», «ролевые ограничения в связи с проблемами в сфере физического здоровья», «эмо-

циональное благополучие», «ролевые ограничения в связи с проблемами в сфере эмоционального функционирования», «социальное функционирование», «болевого синдром», «витальность». Баллы по каждому разделу суммируются по специальной системе, характеризующая оценку качества жизни. Опросник также позволяет оценивать каждый из перечисленных пунктов отдельно. Это очень важное обстоятельство, позволяющее вычлнить наиболее значимые факторы, оказывающие, по мнению пациента, влияние на качество жизни. Так, больные облитерирующими заболеваниями артерий, которым была проведена ампутация конечности, несмотря на явно сниженную мобильность, не столь уж и негативно оценивали свое физическое состояние. Напротив, их оценка ролевых ограничений, в связи с плохим физическим состоянием, оказалась крайне низкой [9, 13]. Такие сведения, несомненно, представляют исключительно интересную и важную информацию для анализа.

Все приведенные опросники качества жизни широко применяются в клинической практике. В современной литературе представлен также опыт применения и других инструментов оценки качества жизни, как критерия эффективности лечения различных категорий больных [1, 3, 12, 15].

Нами подробно изучен опыт исследования качества жизни у больных с хронической ишемией конечности. Применение различных методологических подходов - NHP, таблицы определения индивидуального качества жизни (SEIQOL) и других - неизменно подтверждало существенное снижение показателей качества жизни при критической ишемии конечности [2, 3, 16, 22].

Наиболее тяжелые социальные потери возникают после ампутации бедра или голени. Последнее вполне закономерно. Даже у больных с посттравматическими постампутационными дефектами нижних конечностей, как правило, у лиц молодого трудоспособного возраста, без тяжелой сопутствующей патологии, отмечается снижение качества жизни, причем в большей степени тех параметров опросника SF-36, которые непосредственно отражают мобильность пациента [5]. Таким образом, сама утрата конечности и связанные с ней нарушения стадо-динамической функции ведут к значительному ограничению жизнедеятельности. Вполне естественно ожидать наличия еще более выраженных нарушений функций и проявлений социальной недостаточности у больных облитерирующими заболеваниями артерий, чаще всего лиц пожилого возраста, страдающих тяжелой сопутствующей патологией.

Подробное изучение различных факторов, влияющих на динамику показателей качества жизни после ампутации конечности у больных с критической ишемией, с помощью опросника SF-36 проведено В.В. Савиным [9]. Установлено, что в ближайшие 3-4 недели после ампутации конечности больные отмечают повышение качества жизни, по сравнению с исходным. Однако в дальнейшем наблюда-

ется прогрессивное снижение показателей качества жизни. Такую динамику В.В. Савин объясняет тем, что сразу после операции больные, изнуренные длительным болевым синдромом, интоксикацией, получают облегчение, нормализуются сон, аппетит, улучшается настроение. В последующем пациенты начинают более критично оценивать ситуацию. Снижение мобильности ограничивает социальные возможности, контакты с друзьями, родственниками. Высокая ампутация бедра у больных пожилого и старческого и возраста препятствует осуществлению протезирования конечности и, таким образом, затрудняет восстановление статодинамической функции. У значительной части больных возникает необходимость дальнейшего лечения по поводу ишемии культи или единственной нижней конечности, что также негативно сказывается на самооценке качества жизни [9].

Взаимосвязь между изменениями суммарной оценки качества жизни, эмоционально-психическим состоянием пациента и уровнем мобильности отмечена и в других работах [2, 17]. По данным, основанным на применении Ноттингемского профиля здоровья, после ампутации конечности у больных возникают такие проблемы, как социальная изоляция, нарушение сна, эмоциональная дисфункция, однако наиболее значительными являются локомоторные нарушения [17].

Несомненный интерес представляют результаты исследований, проведенных Hernandez-Osma et al [13]. С помощью опросника SF-36 изучены показатели качества жизни в трех группах больных с критической ишемией конечности, которые были условно распределены по видам проводимого лечения: реваскуляризация, первичная ампутация, консервативная терапия. В последнюю группу были отнесены и случаи проведения симпатэктомии. Как и ожидалось, у пациентов с критической ишемией конечности отмечено снижение качества жизни. Однако лишь в 2-х из 8-ми регистрируемых категорий наблюдались существенные отличия между различными группами. В частности, по разделу опросника SF-36 «Физическое функционирование», характеризующего возможность выполнения таких тестов, как ходьба, преодоление определенного числа ступеней лестницы, подъем тяжестей, самостоятельное одевание, показатели во всех трех группах были примерно одинаковы. Напротив, ролевые ограничения (ограничения в трудовой деятельности или повседневной жизни), связанные с проблемами в сфере физического здоровья, через 6 и 12 месяцев после лечения оказались наиболее выраженными в группе больных, перенесших ампутацию конечности, в то время как после реваскуляризации показатели были существенно более высокими. Такая категория как «эмоциональное благополучие», отражает самооценку эмоционально-психологического состояния (чувствует ли пациент себя бодрым или усталым, спокойным или часто нервничает, и так далее) и, согласно полученным ответам, оказалась в равной мере сниженной во всех группах. Однако

ролевые ограничения связи с проблемами в сфере эмоционального функционирования были наиболее тяжелыми у пациентов с утратой конечности. Таким образом, нарушения физического и эмоционального состояния больных с утратой конечности начинают проявляться в максимальной степени именно тогда, когда возникает необходимость в реализации неких социальных функций.

Результаты этого исследования вновь продемонстрировали высокую эффективность SF-36. Пожалуй, ни один другой метод не позволит получить столь подробную и, вместе с тем, многогранную информацию о качестве жизни пациентов с критической ишемией конечности. Не случайно опросник SF-36 рекомендован международными соглашениями и стандартами [18, 19, 21]. Вместе с тем, существует одно весьма важное обстоятельство, затрудняющее широкое применение SF-36 в клинической практике. Опросник запатентован, и представляет собой закрытую информацию. Последнее послужило основанием для создания различных адаптированных вариантов и «национальных версий» SF-36.

Таким образом, понятие «качество жизни» является важным компонентом системы оценки медицинских результатов. В то же время, следует напомнить, что это всего лишь интегральная форма субъективного мнения больного о собственном здоровье и собственных социальных возможностях. Она не может (и не призвана) стать альтернативой объективных критериев оценки эффективности лечения, причем как клинических, так и социальных. Существует значительный перечень различных тестов, измерителей, таблиц и других методов, позволяющих более или менее объективно оценить общее состояние здоровья пациента, с учетом его физического, психологического статуса и социальных возможностей. К ним относятся шкалы активностей повседневной жизни Ривермид, шкала Рэнкин, шкала Рюссека, индекс активностей повседневной жизни Бартела, измеритель функциональной независимости и ряд других [1, 4, 20]. Необходимо тщательно относиться к выбору метода оценки медицинских результатов. Изучение качества жизни необходимо в тех случаях, когда исследователя интересует субъективное мнение самого пациента. Собственно, именно это положение и заложено в основу самой концепции «связанного со здоровьем качества жизни».

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации /А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. – М., 2002. – 440 с.
2. Биэд, Дж. Д. Ампутация или реконструкция при критической ишемии нижних конечностей /Дж. Д. Бизд //Ангиология и сосудистая хирургия. – 1998. – Т. 4, № 1. – С. 72-82.
3. Гавриленко, А.В. Оценка качества жизни у пациентов с критической ишемией нижних конечностей /А.В. Гавриленко, С.И. Скрылев, Е.А. Кузубова //Ангиол. и сосуд. хир. – 2001. – Т. 7, № 3. – С. 8-14.

4. Гальянов, А.А. Измеритель функциональной независимости – инструмент оценки функционального статуса пациента в реабилитации /А.А. Гальянов, А.Г. Рябоконт //Сб. тр. ежегодного Санкт-Петербургского семинара по проблемам реабилитации. – СПб., 1997. – С. 7-9.
5. Курдыбайло, С.Ф. Качество жизни как интегральная характеристика критериев жизнедеятельности инвалидов после ампутации нижних конечностей /С.Ф. Курдыбайло, К.К. Щербина, Е.В. Звонарева //Вестн. гильдии травматологов-ортопедов. – 2002. – № 2. – С. 54-58.
6. Новик, А.Н. Исследование качества жизни в медицине /А.Н. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. - СПб., 1999. - 140 с.
7. Ратнер, Г.Л. Системный анализ и вопросы тактики у больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей /Г.Л. Ратнер, Г.Е. Слуцкер //Ангиол. и сосуд. хир. – 1995. – № 3. – С. 107-111.
8. Ратнер, Г.Л. Хроническая ишемия нижних конечностей при атеросклерозе. Обоснование лечебной тактики /Г.Л. Ратнер, Г.Е. Слуцкер, А.Н. Вачев //Ангиол. и сосуд. хир. - 1999. - Т. 5, № 1. - С. 13-16.
9. Савин, В.В. Сравнение показателя качества жизни у больных пожилого и старческого возраста с критической ишемией нижних конечностей после сосудисто-реконструктивных операций и ампутаций /В.В. Савин //Ангиол. и сосуд. хир. – 2001. – Т. 7, № 1. – С. 54-60.
10. Anderson, J.P. «Counterintuitive» preferences in health-related quality-of-life measurement /J.P. Anderson, R.M. Kaplan, W.R. Blischke //Med Care. – 1982. – V. 20, № 5. – P. 516-525.
11. Brazier, J.E. Validity the SF-36 health survey questionnaire: a new outcome measure for primary care /J.E. Brazier, R. Harper, N. Janes //BMJ. – 1992. – V. 305, № 1. – P. 160-164.
12. Fraser SCA Quality of life measurement in surgical practice //Br. J. Surg. – 1993. – V. 80, № 1. – P. 163-169.
13. Impact of Treatment on the Quality of Life in Patients with Critical Limb Ischaemia /E. Hernandez-Osma E. et al. //Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2002. – V. 23, № 6. – P. 491-494.
14. Kaplan, S.N. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis /S.N. Kaplan, J.W. Bush //Health Psychology. – 1982. – V. 1, № 1. – P. 61-80.
15. Quality of life assessment in vascular disease: towards a consensus /D.K. Beattie, J. Gollidge, R.M. Greenhalgh, A.H. Davies //Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1997. – V. 13, № 1. – P. 9-13.
16. Quality of Life Associated with Varying Degrees of Chronic Lower Limb Ischaemia: Comparison with a Healthy Sample /R. Klevsgerd, I.R. Hallberg, B. Risberg, M.B. Thomsen //Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1999. – V. 17, № 4. - P. 319-325.
17. Quality of life following lower limb amputation for peripheral vascular disease /J.P. Pell, P.T. Dolman, F.G.R. Fowkes, C.V. Ruckley //Eur. J. Vasc. Surg. – 1993. – V. 7, № 5. – P. 448-451.
18. Recommended Standards for reports dealing with lower extremity ischemia revised version /R. Rutherford et al. //J. Vasc. Surg. – 1997. – V. 26, № 3. – P. 517-538.
19. Rutherford, R.B. Standarts for evaluating results of interventional therapy for peripheral vascular disease /R.B. Rutherford //Circulation. – 1991. – V. 83 (Suppl. 1). – P. 16-111.
20. Stern, P.H. Occlusive Vascular Disease of Lower Limbs: Diagnosis, Amputation Surgery and Rehabilitation /P.H. Stern //Phys. Med. and Rehabilitation. – 1988. – V. 67, № 4. – P. 145-154.
21. TASC Working Group Trans-Atlantic Inter-Society Consensus Management of Peripheral Arterial Disease //Intern. Angiol. – 2000. – V. 19 (Suppl 1), № 1. – P. 1-304.
22. The Effects of Successful Intervention on Quality of Life in Patients with Varying Degrees of Lower-Limb Ischaemia /R. Klevsgerd, I.R. Hallberg, B. Risberg, M.B. Thomsen //Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2000. – V. 19, № 3. - P. 238-245.

**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
"ГЕНОДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ"**

Москва, 19-21 октября 2004 г. Прием заявок и тезисов до 1 октября 2004 г.

**НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
"РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РОССИИ"**

Москва, 3-4 июня 2004 г.

**IV МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
"КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ"**

Москва, 20-22 октября 2004 г. Прием заявок и тезисов до 1 сентября 2004 г.