

9. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Российская газета. – Столичный вып. №5775, 2012.

10. 2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: a report of the American college of cardiology foundation/ American heart association task force on practice guidelines // J. Am. Coll. Cardiol. – 2010; 56 (25): 2182–99.

11. Di Chiara A., Vanuzzo D. Does surveillance impact on cardiovascular prevention? // Eur. Heart J. – 2009; 30: 1027–9.

12. Kaplan N. Prehypertension: is it relevant for nephrologists? // CJASN. – 2009; 4 (8): 1381–3.

13. Lewington S., Whitlock G., Clarke R. Blood cholesterol and vascular mortality by age, sex, and blood pressure: A meta-analysis of individual data from 61 prospective studies with 55000 vascular deaths // Lancet. – 2007; 370: 1829–39.

IMPROVING THE PREVENTION OF CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES IN THE PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM

M. Avdeeva^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; Professor **Yu. Lobzin**^{1,2}, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences; Professor **V. Luchkevich**², MD

¹Research Institute of Childhood Infections, Saint Petersburg

²I.I. Mechnikov North-Western State Medical Academy, Saint Petersburg

The high prevalence of chronic noncommunicable diseases, such as essential hypertension (39.4%), obesity (28.2%), and coronary heart disease (17.8%), with the characteristic high levels of blood pressure and cholesterol during improper control suggests that it is expedient to improve the system for the secondary prevention of chronic noncommunicable diseases at the stage of primary health care.

Key words: public health protection; health center; prevention of diseases; primary health care.

ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОНКОЛОГИИ

А. Ненарокомов, кандидат медицинских наук
Волгоградский государственный медицинский университет
E-mail: poisson1967@yandex.ru

Рассматриваются вопросы изучения качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем у онкологических больных. Представлена общая характеристика измерительных инструментов КЖ, используемых в онкологии.

Ключевые слова: качество жизни, злокачественное образование, онкология.

В настоящее время все чаще в научно-медицинской литературе встречаются термины «качество жизни» (КЖ) и «КЖ, связанное со здоровьем». И хотя их трактовка с позиций врачей-клиницистов и специалистов в области социологии медицины нередко различается, подобная тенденция является результатом изменения взглядов на саму философию оказания медицинской помощи. Сегодня медицинская модель, целью которой служат устранение заболевания и восстановление функционирования человеческого организма, постепенно сменяется моделью, ориентированной на психосоциальный подход. Подобная концепция требует не только восстановления биологической функции организма, но и нормализации его психологического и социального функционирования [1].

Еще в середине XX века сторонники гуманистической парадигмы в медицине и представители гуманистической психологии подчеркивали необходимость исследовать и лечить человека как единое целое, с уникальным характером его переживаний, свободно и ответственно решающего, как поступать в различных ситуациях, в том числе и при болезни. Приближение состояния больного человека к уровню практически здорового стало одной из главных целей лечения [9].

Интерес к проблеме КЖ людей, страдающих различными заболеваниями, сформировался еще в середине XX века. Изначально он рассматривался лишь в социальном аспекте и подразумевал степень удовлетворенности трудовой деятельностью, проведением досуга, условиями быта, уровнем удовлетворения потребностей, общения и т.п. Термин «КЖ» появляется в периодической печати в 1920-х годах как параметр, отражающий влияние экономической ситуации на уровень благосостояния населения. В контексте социологической науки этот параметр может быть отождествлен с образом жизни, ее стилем и уровнем [5, 6].

Пожалуй, первой попыткой медицинской интерпретации этого феномена стала статья профессора Колумбийского университета США D. Karnovsky «Клиническая оценка химиотерапии при раке» (1947). Созданная им шкала Карновского и сегодня используется клиницистами для оценки состояния пациента наряду со шкалой ECOG [9, 11].

Таким образом, первыми пациентами, КЖ которых стало предметом изучения в медицине, были онкологические больные, а данная публикация положила начало этому научному

направлению в целом. Вопрос не только о том, сколько прожил больной, но и как он прожил эти годы, все прочнее занимает место в научных публикациях последних лет.

После того как в 1948 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дала принципиально новое определение здоровья (состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствия болезни), в медицинской литературе появились понятие «КЖ, связанное со здоровьем», и первые регулярные методически обоснованные попытки оценить этот важный и неоднозначный параметр. Поскольку в медико-биологической практике понятие «КЖ» априори привязывается к уровню здоровья пациента, этот термин становится синонимом развернутого термина «КЖ, связанное со здоровьем» [13, 14].

Сегодня существует несколько определений понятия «КЖ», каждое из них дополняет и конкретизирует трактовку термина, но до настоящего времени нет общепринятого его определения.

Общим для всех трактовок является то, что КЖ служит интегральной характеристикой, описывающей физическое, социальное и психологическое функционирование пациента.

ВОЗ определяет КЖ как «индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустойчивости». Таким образом, фундаментальными свойствами КЖ являются многокомпонентность и субъективизм в оценке [3, 4, 12].

В то же время для изучения КЖ используются методологические установки философской антропологии, а конкретные знания формируют медицинские науки. На стыке этих дисциплин возможно формирование определения КЖ с объединением в нем первично-социологического и вторично-медицинского подхода. В результате КЖ можно рассматривать как «адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу».

Сходное по смыслу определение КЖ предложено N. Wenger: «КЖ – это удовлетворенность от психосоциальной и других форм деятельности в условиях ограничений, связанных с заболеванием».

Медицинская энциклопедия качества жизни (США) предлагает более простое определение: «КЖ – степень удовлетворения человеческих потребностей» [13].

Автором опросника КЖ больницы Святого Георгия (SGRQ) P. Jones скорректировано определение КЖ с точки зрения врача; оно звучит как «соответствие желаний возможностям, которые лимитированы заболеванием».

Множество предложенных определений КЖ – яркое свидетельство отсутствия единого подхода к формулировке этого понятия. Это связано с тем, что все компоненты и стороны столь объемного понятия объяснить очень сложно. Важно отметить, что само понятие «КЖ» всегда носило релятивный характер – в зависимости от того, какие возможности для этого предоставляются человеку внешними условиями – социальной, природной и технологической средой [8].

Традиционно это понятие имеет 3 составляющих. Во-первых, оно охватывает разные стороны жизни человека: условия жизни, профессиональную деятельность, домашнюю обстановку. Во-вторых – медицинские аспекты КЖ: влияние самого заболевания и наступающих в результате болезни ограничений, а также влияние лечения на жизнедеятельность больного. Наконец, собственно КЖ: жалобы больного, его функциональные возможности, восприятие

жизненных изменений, связанных с заболеванием, общее благополучие [2, 7].

Тем самым этот термин, включая физическое, психологическое и социальное благополучие так, как его воспринимает сам пациент, позволяет качественно оценить влияние на перечисленные составляющие таких факторов, как болезнь и методы лечения.

Утвердившийся в современной зарубежной медицине термин «КЖ, связанное со здоровьем», указывает, что существует и другой аспект, не связанный со здоровьем: воздействие окружающей среды, экономических, политических, духовных изменений. Таким образом, понятие «КЖ, связанное со здоровьем», позволяет дать глубокий и многоплановый анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека.

Используемые для изучения КЖ инструменты можно разделить на профили – для оценки каждого компонента КЖ в отдельности, и опросники, позволяющие получить комплексную оценку этого параметра. И те, и другие делятся на неспецифические, или общие (для оценки здоровья в целом) и специальные (используемые при конкретных нозологиях). Мы согласны с тем, что они не оценивают клиническую тяжесть заболевания, а отражают то, как больной переносит свою болезнь. Т. е. важно отметить 2 основных момента: непосредственное и лидирующее участие в оценке самого больного и, как следствие, субъективность оценок. Эта точка зрения подтверждается приведенными формулировками понятия «КЖ, связанное со здоровьем».

В современной медицинской литературе упоминается более 400 опросников и профилей для изучения КЖ. Они применяются в клинической практике и исследовательской работе, определяя наиболее пострадавшие от болезни сферы и тем самым характеризую состояние больных с различными формами патологии. Достаточно сказать, что сегодня ни одно исследование эффективности фармакологического препарата не может быть проведено без изучения этого параметра.

В онкологии исследования КЖ регулярно используются более 30 лет. По данным MedLine и CANCERLIT (Национальная библиотека США), только за 2008 г. обнаружено более 5 тыс. ссылок, посвященных исследованию КЖ.

Методология исследования КЖ позволяет точно описать сложную гамму многогранных и разноплановых нарушений, происходящих в процессе развития злокачественной опухоли и лечения больного. Согласно рекомендациям Food and Drug Administration (FDA), опубликованным в США в 1985 г., оценка КЖ больного необходима при клинических исследованиях, связанных с внедрением новых лекарственных препаратов в онкологии. В резолюциях Национального института рака США (NCI) и Американского общества клинической онкологии (ASCO) указывается, что КЖ является 2-м по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии (после выживаемости) [10].

Исследование КЖ, связанного со здоровьем в онкологии, позволяет:

- оптимизировать стандартизацию методов лечения;
- осуществлять экспертизу новых методов лечения, опираясь на международные критерии, принятые в большинстве развитых стран;
- повысить качество экспертизы новых лекарственных препаратов;
- обеспечивать полноценный индивидуальный мониторинг состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения;

- разрабатывать прогностические модели для различных форм рака;
- проводить социально-медицинские популяционные исследования с выделением групп риска злокачественных образований;
- обеспечивать динамическое наблюдение групп риска и оценить эффективность программ профилактики;
- изучать и проводить экономическое обоснование методов лечения с учетом фармакоэкономических показателей: стоимость—полезность, стоимость—эффективность и т.д.

Для оценки КЖ онкологических больных применяют как общие, так и специальные опросники; первые предназначены для оценки КЖ здоровых, а также больных независимо от вида заболевания, вторые — для конкретных нозологических форм.

В онкологии используют общие опросники, разработанные в 1970-е годы — Индекс благополучия (Quality of Well-Being Index, QWB) и Профиль влияния заболевания (Sickness Impact Profile, SIP); разработанные в 1980-е годы — Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile, NHP) и Индекс качества жизни (Quality of Life Index, QLI) и разработанные в 1990-е годы — Опросник оценки качества жизни Европейской группы качества жизни (EuroQoL) и Общий опросник здоровья (MOS SF-36).

К наиболее используемым общим опросникам, предназначенным для изучения КЖ у больных со злокачественными заболеваниями, относятся MOS SF-36 и EuroQoL. Их преимуществами являются широкая распространенность, простота проведения анкетирования и высокая валидность.

Более чем в 90% клинических исследований в России используется опросник MOS SF-36. Он разработан J. Ware в 80-х годах прошлого столетия в США. Перевод на русский язык и валидация выполнены Межнародным центром исследования КЖ в 1998 г. Он включает 36 вопросов, относящихся к 8 шкалам. Одни из них характеризуют физическое здоровье респондента: шкалы физического функционирования (ФФ), ролевого физического функционирования (РФФ), шкала боли (Б) и общего здоровья (ОЗ), другие — психологическое здоровье: шкала жизнеспособности (Ж), социального функционирования (СФ), ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) и психологического здоровья (ПЗ). Ответы на вопросы выражаются в баллах (от 0 до 100); большее количество баллов соответствует более высокому уровню КЖ. Результат измерений выражается в виде 8 показателей шкал, что затрудняет использование опросника SF-36 в фармакоэкономических исследованиях.

В другом популярном общем опроснике EuroQoL, кроме перечня вопросов, содержится результирующая индексная шкала от 0 до 100 баллов.

Среди специальных — онкологических — опросников можно выделить:

1. Опросник Европейской организации исследования и лечения рака (EORTC QLQ-C30),
2. Опросник оценки функций в онкологии (FACT-G);
3. Индекс функционирования при раке (Functional Living Index Cancer, FLIC);
4. Опросник оценки трудностей при раке (Cancer Inventory of Problem Situations, CIPS);
5. Система оценка реабилитации (Rehabilitation Evaluation System, CARES).

Наиболее распространенными являются EORTC-C30 и FACT-G с дополнительными модулями для отдельных нозологических форм рака. Эти опросники широко используются в многоцентровых клинических исследованиях в Европе, США и Канаде. Подробное описание общих и специальных опросников, применяемых в онкологии, представлено на сайтах соответствующих исследовательских организаций.

Кроме этого, в повседневной практике широко распространены шкалы и профили для оценки отдельных проявлений рака: Краткий опросник оценки боли (Brief Pain Inventory), Опросник боли МакГилла (McGill Pain Questionnaire), Карта оценки боли (Memorial Pain Assessment Card), Краткий опросник оценки слабости (Brief Fatigue Inventory), Инструмент оценки слабости Пирсона—Баэrsa (Pearson—Byars Fatigue Feeling Checklist), Шкала слабости при раке (Cancer Fatigue Scale).

В онкологических исследованиях КЖ служит важным критерием оценки эффективности лечения, а также имеет большое прогностическое значение. Оценка КЖ в клинических исследованиях улучшает качество самого исследования.

Литература

1. Балабуха О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных // Межд. мед. журн. — 2010; 4: 11–3.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией // Сиб. психиат. журн. — 2008; 27: 67–71.
3. Евдокимов В.И., Зайцев Д.В., Федотов А.И. Научно-методологические проблемы оценки качества жизни // Вестн. психиат. — 2008; 27: 102–31.
4. Евдокимов В.И., Федотов А.И. Методологические аспекты субъективной оценки качества жизни // Медико-биологическая и социально-психологическая проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. — 2008; 4: 63–71.
5. Косенкова О.И., Макарова В.И. Проблема качества жизни в современной медицине // Экология человека. — 2007; 11: 29–31.
6. Куадрыков Е.К., Абдрахманов Ж.С. Качество жизни как один из информативных методов оценки состояния больного. Обзор литературы // Валеология. — 2010; 3: 9–12.
7. Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста. Обзор литературы // Качеств. клин. практ. — 2011; 1: 11–8.
8. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике / Волгоград, 1996; с. 30.
9. Руководство по исследованию качества жизни. Под ред. Ю.Л. Шевченко. Изд. 2-е. / М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007; 320 с.
10. ASCO. Outcomes of cancer treatment of technology assessment and cancer treatment guidelines // J. Clin. Oncology. — 1996; 14 (3): 671–9.
11. Cella D. Quality of life: concept and definitions // J. Pain and Symptom Manag. — 1994; 9 (3): 186–92.
12. Johnes P. Quality of life measurement the value of standartization // Eur. Resp. Rev. — 1997; 7 (42): 42–9.
13. Quality of life. Medical Encyclopedia / Shicago, 1995; p. 774.
14. Orley J., Kuyken W., et al. WHOQOL Group. The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL). Quality of life assessment: international perspectives / Berlin, 1994; p. 41–57.

A GROUND OF QUALITY OF LIFE RESEARCH IN ONCOLOGY

A. Nenarokomov, Candidate of Medical Sciences
Volograd State medical University

This lecture is devoted to problems of analysis of health related quality of life in oncologic patients. The basic phases of evolution of this problem in general medicine and oncology were presented. Author defined «quality of life» and proved it's using in practical medicine and medical investigations. The essential assessment's of tools of quality of life in oncology were described in this article.

Key words: quality of life, malignant tumor, oncology.