

В.І. Кривенко, Т.Ю. Гріненко, І.С. Качан

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ОБ'ЄКТИВНИЙ КРИТЕРІЙ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: якість життя, критерії, показники, опитувальник, дослідження.

Ключевые слова: качество жизни, критерии, показатели, опросник, исследование.

Key words: quality of life, criteria, indicators, questionnaire, research.

Наведено огляд спеціалізованої літератури щодо якості життя – об'єктивного критерію діагностики та лікування. Висвітлено значення поняття, провідні сфери його використання, основні способи оцінки, а також подано результати власних досліджень.

Представлен обзор специализированной литературы по качеству жизни – объективному критерию диагностики и лечения. Освещены значение понятия, ведущие сферы его использования, основные способы оценки, а также приведены результаты собственных исследований.

The article describes literature review on the problem of quality of life – an objective criteria for diagnosis and treatment. The main conception, sphere of using, main valuation methods and own research results are shown.

Відомий принцип «лікуй не хворобу, а хворого» збігається з кінцевою метою будь-якого лікувального процесу. Одним із головних завдань лікаря є зменшення впливу хвороби на світогляд і спосіб життя пацієнта, оскільки важливо не тільки додати роки до життя, але й життя до років [16]. Сучасними термінами це може бути позначено як зменшення смертності та поліпшення якості життя. Однак якщо зниження ризику виникнення несприятливих подій і смерті в клінічних дослідженнях виглядає очевидним, то оцінку якості життя досить часто лікарі сприймають неоднозначно.

МЕТА РОБОТИ

Висвітлення поняття якості життя (ЯЖ) як наукового терміну, характеристика сфер його застосування, інструментів оцінки ЯЖ та особливостей інтерпретації результатів, окреслення основних проблем вивчення цього показника у пацієнтів із захворюваннями внутрішніх органів і шляхів їх вирішення з урахуванням власного досвіду.

Поняття ЯЖ пов'язане з виміром благополуччя людини. Цей термін широко використовується в суспільних науках як категорія, що відбиває різноманітні умови життя, ступінь задоволення потреб людини [21,30]. У медицині застосовується термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (в англійській спеціалізованій літературі – «health-related quality of life»), під яким розуміють ступінь благополуччя та задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба та її лікування. Вперше термін ЯЖ у науковій літературі згадується в 1920 р., але основоположником досліджень у медицині вважають дослідження D.A. Karnovsky деяких складових ЯЖ у хворих на саркоїдоз у 1947 р. [5]. Після того, як ВООЗ розширила визначення здоров'я як «стан фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб», кількість досліджень ЯЖ невпинно зростає. При цьому пацієнт розглядається не тільки як суб'єкт лікування, але й як особистість, яка під впливом хвороби змінюється і повертається до соціуму в іншому статусі – статусі хворої людини.

Загальноприйнятого визначення ЯЖ не існує. ВООЗ рекомендує розуміти це поняття як суб'єктивне співвідношення положення індивідуума в суспільстві (з урахуванням культури та систем цінностей цього суспільства) з цілями даного індивідуума, його планами, можливостями і ступенем загальної невлаштованості. Це інтегральна характеристика фізичного, психологічного й соціального функціонування хворого на підставі суб'єктивного сприйняття. Іншими словами, ЯЖ – ступінь комфортності людини як всередині себе, так і в рамках свого суспільства [45], це ступінь розбіжності між сподіваннями та досягненнями людини [23].

Медичні аспекти ЯЖ включають вплив захворювання на повсякденну життєдіяльність людини. Традиційно зміни, що виникають у хворій людини, а також ефективність лікування та реабілітації лікар оцінює на підставі динаміки скарг, об'єктивних даних, параклінічних показників. При цьому погляд пацієнта залишається формальним, не враховуються соціально-психологічні показники, що є частиною багатоконпонентного благополуччя людини, та поряд з фізичними складниками визначають ЯЖ хворого. Адже лікар за допомогою клінічних, лабораторних та інструментальних методів не може визначити весь спектр змін фізичного, психічного та соціального статусу пацієнта, тому що тільки хворий може надати адекватну інформацію про ступінь задоволення аспектами свого життя [32]. Використання показника ЯЖ, пов'язаного зі здоров'ям, дозволяє узагальнено оцінити ступінь адаптації людини до хвороби та можливість виконання звичних функцій, що відповідають її соціально-економічному стану [21], тобто визначити, наскільки хвороба не дозволяє людині жити так, як вона хотіла б [30].

ЯЖ сьогодні є не тільки надійним, інформативним та економічним методом виміру здоров'я як на індивідуальному, так і на груповому рівні, але й важливим інструментом оцінки методів лікування, обстеження та підготовки медичного персоналу [45]. Одночасно ЯЖ вважають першочерговим показником при порівнянні різних методів ведення пацієнтів і визначенні оптимальних лікувальних програм у світлі



їх ефективності та вартості [16,17,36,39,41].

Згідно з рекомендаціями секції ВООЗ, що вивчає проблеми ЯЖ, при її оцінці необхідно враховувати наступні критерії: 1) фізичний (сила, енергія, втомлюваність, біль, дискомфорт, сон, відпочинок); 2) психологічний (емоції, мислення, зовнішній вигляд, переживання); 3) рівень самостійності (повсякденна активність, працездатність, залежність від лікування та ліків); 4) громадське життя (особисті стосунки, сексуальна активність, суспільна цінність суб'єкта); 5) навколишнє середовище (побут, благополуччя, безпека, доступність і якість медичної та соціальної допомоги, забезпеченість, екологічна ситуація, можливість навчання, доступність інформації); 6) духовність (релігія, особисті переконання).

У сучасних дослідженнях найчастіше звертають увагу на наступні компоненти ЯЖ: вплив симптомів на самопочуття та активність, тип ставлення до хвороби, самооцінка загального стану здоров'я, ступінь фізичного, психічного, соціального благополуччя, обмеження соціальних функцій, зниження енергійності, інтелектуальний та емоційний фон, втрати або прибутки від хвороби тощо [4,6,12,13,20,21,30].

Актуальність вивчення ЯЖ демонструє функціонування великомасштабних асоціацій у різних країнах світу. З 1995 року основним координатором досліджень ЯЖ є міжнародна некомерційна організація – MAPI Research Institute, у Росії створений міжнаціональний центр дослідження ЯЖ, у ВООЗ існує окрема секція з цих питань. На жаль, в Україні нині немає подібного координаційного органу, який би взяв на себе повноваження з впровадження та контролю оцінки ЯЖ як сучасного об'єктивного стандарту медичних досліджень, а також адаптацію згідно з міжнародними стандартами вже існуючих та розробку нових національних інструментів для визначення ЯЖ пацієнтів.

Незважаючи на те, що диференціація об'єктивних та суб'єктивних критеріїв ЯЖ залишається суперечливим питанням, основним інструментом для «кількісного» визначення цього показника вважається опитувальник. Оцінка пацієнтом якості свого життя в балах від 1 до 5, або від 1 до 10 – найпростіший метод дослідження, але він не відповідає критерію багатомірності, не враховує різноманітності складових ЯЖ [32]. Отже, для адекватної оцінки пацієнт повинен відповісти на низку запитань, що надасть можливість максимально вичерпно оцінити інформацію про сприйняття власного стану самим хворим. Стандартний опитувальник повинен мати наступні психометричні властивості: охоплення (передбачає висвітлення даних про всі основні, важливі для будь-якої особи, сфери життєдіяльності – фізичної, психологічної, соціальної, духовної, фінансової тощо); надійність (показник точності та сталості вимірювань); валідність (здатність вимірювати показник, що вивчається); чутливість (характеристика віддзеркалення найменших відхилень показників від норми); реактивність (здатність опитувальника відображати зміни показників ЯЖ відповідно до динаміки стану пацієнта) [2,5,32].

Розроблені опитувальники розподіляються з урахуванням специфічності, обсягу, побудови та способу аналізу результатів, способу отримання інформації.

За призначенням виділяють загальні та специфічні опитувальники. Перші з них застосовують для оцінки ЯЖ як у здорових людей, так і у хворих, вони допомагають порівняти ЯЖ при певних захворюваннях з аналогічними показниками у населення загалом. Недоліком загальних опитувальників вважається неможливість оцінити вплив симптомів окремих захворювань на показники ЯЖ, тобто недостатня чутливість при конкретній нозології. Специфічні інструменти орієнтовані саме на проблеми, що виникають при певних захворюваннях, та використовуються для оцінки впливу лікування на ЯЖ. Низкою досліджень доведено більшу надійність цих опитувальників, зазвичай вони зручніші у використанні [32]. Нині специфічні опитувальники розроблені для більшості захворювань. Наприклад, при серцево-судинних захворюваннях найефективнішим для вивчення якості життя при стенокардії вважається Seattle Angina Questionnaire (SAQ), при інфаркті міокарда – MacNew HD Questionnaire та MIDAS, при аритміях – Aquarel [46]. Проте для такої розповсюдженої патології, як артеріальна гіпертензія специфічного опитувальника ЯЖ немає.

Серед загальних опитувальників часто застосовують Sickness Impact Profile, McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile, General Health Rating Index, Quality of Life Index, EuroQoL-5D, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36). Останній виявився лідером у дослідженнях, згідно з доступними науковими джерелами, його вважають найбільш апробованим і валідним [11,21,25,27,33,35,43,44].

За обсягом розрізняють повні та скорочені форми опитувальників. Повніша й точніша оцінка показників при використанні повних форм досягається за рахунок збільшення кількості запитань, і, відповідно, вимагає зусиль і терпіння як респондента, так і дослідника. Тому для економії часу та полегшення сприйняття пацієнтами використовують валідні скорочені форми.

Пацієнти можуть заповнювати опитувальники самостійно та шляхом інтерв'ю при безпосередньому контакті чи за телефоном.

За способом аналізу інформації виділяють індекси (числовий еквівалент стану ЯЖ), шкали (візуальна оцінка складових) і профілі (окрема оцінка кожного компоненту з отриманням декількох числових характеристик).

Велика кількість розроблених інструментів віддзеркалює актуальність проблеми, а також свідчить про відсутність єдиного шляху її вирішення [32]. Для підвищення об'єктивності оцінки ЯЖ деякі дослідники використовують декілька специфічних опитувальників або визначають показники за допомогою як загальних, так і спеціальних інструментів. Але в такому випадку підвищення достовірності не завжди компенсує затрати часу і зусиль, до того ж втомлений респондент часто неадекватно відповідає на питання. Проте, незважаючи на великі труднощі, в останні десятиліття кількість досліджень ЯЖ у різних сферах медицини значно зросла.

У зв'язку з тим, що стандартні оригінальні опитувальники розробляються в країнах з іншим менталітетом і



традиціями, дослідники в Україні мають враховувати проблеми транскультурної, мовної адаптації та перевірки психометричних властивостей інструментів оцінки ЯЖ. Щоб запобігти втраті валідності, прийнято стандартну процедуру перекладу та апробації опитувальників [2,5,22,30], науковий напрямок з розробки та впровадження національних інструментів оцінки ЯЖ є пріоритетним.

На уявлення про взаємозв'язок потреб людини та ЯЖ вплинула теорія ієрархічних потреб американського психолога А. Maslow (1943), сутність якої полягає в тому, що потреби вищого рівня можуть стати визначальними в поведінці людини тільки після задоволення простих потреб. Тобто, чим легше реалізувати потреби людини, тим вища її ЯЖ. Рівень благополуччя для себе може визначити тільки сама людина залежно від ступеня потреб і можливості їх задоволення [21]. У цьому контексті цікавими виявились розбіжності, отримані в оцінці ЯЖ лікарем, самим пацієнтом і його родичами. Так, лікарі після лікування 175 пацієнтів з артеріальною гіпертензією відзначають, що ЯЖ поліпшилась у всіх хворих («синдром благодійника»). Водночас самостійно визнали покращення тільки 48% пацієнтів, 44% не помітили змін, а 8% хворих наголосили, що стан їх здоров'я погіршився. Родичі зазначили, що у 99% хворих ЯЖ знизилась («синдром охоронця») [36].

Необхідно зазначити, що в деяких випадках хвороба може поліпшити ЯЖ пацієнта. Так, 41% респондентів відповіли, що після того, як захворіли, у них покращилось сімейне життя, 17% відзначили появу вільного часу, можливість краще піклуватись про дітей. Підвищену увагу близьких відчули 6% пацієнтів, 3% відмовились від шкідливих звичок [15,42].

Особливо важливими визнаються результати масштабних досліджень, які дозволяють оцінити особливості показників ЯЖ у різних регіонах і країнах. Їх результати можна використовувати для порівняльної характеристики здоров'я різних груп населення, визначення динаміки й тенденцій ЯЖ на популяційному рівні [26,31]. Ці дослідження проводяться в усіх розвинутих державах світу [35,37,43]. У Росії ЯЖ визначали серед населення Санкт-Петербурга та Новосибірська [28,31]. В останньому місті вивчали також розповсюдженість симптомів гастро-езофагального рефлюкса та їх вплив на ЯЖ. Цікаво, що вищі показники у віковому діапазоні 45–69 років отримані у чоловіків. Зниження ЯЖ з віком переважало у жінок, за винятком соціального функціонування. Популяційні показники обох міст зіставні між собою, але нижчі ніж аналогічні дані населення Канади, Англії, Нової Зеландії [31]. Виявлено, що симптоми гастро-езофагального рефлюкса відзначають щотижнево 17% дорослого населення без чіткої різниці між чоловіками й жінками, що супроводжується незначним зниженням ЯЖ [28]. Подібні популяційні дослідження в Україні не проводили.

Помилковість в оцінці ЯЖ може бути пов'язана з наявністю афективних, когнітивних розладів, спотвореним сприйняттям реальності, що іноді потребує особливого підходу в дослідженнях, зокрема, у неврологічній, психіатричній і наркологічній практиці. Наприклад, виявлено, що психічний

статус пацієнтів з ремітуючою формою розсіяного склерозу суттєвіше впливає на ЯЖ, ніж ступінь неврологічного дефіциту; цей факт розширює межі терапевтичного втручання [25]. Також показано, що у хворих з дисциркуляторною енцефалопатією помірні когнітивні порушення, що безпосередньо впливають на повсякденну активність і самообслуговування, негативно сприймаються пацієнтами та знижують ЯЖ, а прогресування деменції знижує адекватність вимірювання аналогічних показників [20].

Показники ЯЖ також повинні застосовуватись як інструмент комплексної оцінки здоров'я дітей на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях. Це пов'язано з тим, що традиційні профілактичні огляди ґрунтуються на визначенні тільки фізичного компонента здоров'я, а суб'єктивна складова благополуччя дитини залишається поза увагою. Проте відомо, що часто діти, які не можуть вважатись здоровими за лікарськими критеріями, успішно виконують соціальні функції [1,3].

Дослідження ЯЖ, використовувані при розробці різних медичних і соціальних програм, вважають одними з найважливіших критеріїв оцінки їх ефективності. Наприклад, якщо лікування спрямоване винятково на збільшення тривалості життя (оперативне втручання, радіо-, хіміотерапія) та має безліч побічних ефектів, або необхідне тривале лікування на фоні суб'єктивно невідрозрізняє симптомів захворювання. Виявлено, що прийом токсичних препаратів, незважаючи на уповільнення росту пухлин і збільшення тривалості життя, супроводжувався збільшенням кількості суїцидів і відмов від лікування [21]. В онкологічній практиці результати багатьох досліджень ЯЖ стали приводом для перегляду ролі й обсягу хірургічного втручання, доз рентгенотерапії, значення хіміо- та симптоматичної терапії тощо, що, в свою чергу, сприяє розробці нових підходів до лікування пацієнтів [12,22].

Відомо, що такі захворювання, як гіпертонічна хвороба (ГХ), хронічні форми ішемічної хвороби серця поряд з необхідністю зміни способу життя потребують постійного прийому лікарських препаратів для профілактики ускладнень і зменшення ризику смерті. Однак не завжди дібрана терапія поліпшує загальний стан пацієнтів, а іноді навіть погіршує його. Цей факт зумовлює тісний зв'язок ЯЖ і прихильності до лікування (комплаєнсу), на яку впливають багато чинників, зокрема, зміни самопочуття та побічні ефекти фармакологічних препаратів. Так, дані досліджень свідчать про те, що інгібітори АПФ, антагоністи кальцію, низка діуретиків (окрім гідрохлортіазиду) не погіршують, а в ряді випадків поліпшують ЯЖ пацієнтів з ГХ [6,29,40]. Застосування органічних нітратів у пацієнтів з ІХС не впливає на «жорсткі кінцеві точки» – інвалідність і смертність, але сприятливий вплив на ЯЖ хворих зумовлює доцільність застосування цієї групи препаратів поряд з іншими антиангінальними засобами у разі недостатньої редукції симптомів [14].

Визначення економічної ефективності та порівняльна характеристика різних методів лікування також пов'язані з дослідженням ЯЖ. Такий спосіб фармакоекономічного аналізу, як «вартість/ефективність» дозволяє об'єднати



очікувану тривалість життя та його якість, а також порівнювати вартість методів лікування, в тому числі при різних захворюваннях. Для цього використовується загальна одиниця вимірювання – QALY (quality-adjusted life-years) – рік життя з поправкою на його якість, що приймає значення від 0 до 1. Один рік абсолютно здорового життя оцінюється як 1,0 QALY, якщо він прожитий з проблемами зі здоров'ям – менше 1. Витрати на лікування в перерахунку на 1 QALY – це і є відображення співвідношення «вартість/ефективність» [16,17,34].

Крім того, при багатьох хронічних соматичних захворюваннях важливим визнається дослідження типу ставлення до хвороби, що також визначає ступінь комплаєнсу. Доведено, що в дебюті ГХ серед пацієнтів переважають анозогностичний та ергопатичний типи ставлення до хвороби, а максимальна прихильність до лікування виявлена серед осіб з гармонічним типом [4]. Відомо, що емоційні розлади, які поряд з фізичними патологічними проявами зумовлюють зниження ЯЖ, корелюють з тяжчим перебігом соматичного захворювання та підвищують смертність [13,29]. Серед пацієнтів з ІХС клінічно виражені та субклінічні рівні тривожності визначали в 52% випадків. За даними різних авторів, рівень смертності у хворих, які перенесли інфаркт міокарда та мають тривожно-депресивні розлади, в 3–6 разів вищий, ніж у пацієнтів без розладів емоційної сфери. За наявності афективної симптоматики прихильність хворих до призначеної терапії зазвичай незадовільна [14,38]. Лікування анксиолітиками у таких пацієнтів поліпшувало ЯЖ, а отже покращувало комплаєнс і прогноз [13].

У численних багатоцентрових рандомізованих дослідженнях виявлено прогностичне значення ЯЖ для оцінки ефективності протипухлинної терапії, толерантності до лікування та виживаності, що була найдовшою у хворих з початковим високим рівнем ЯЖ [12]. Автори наголосили на значенні психологічної реабілітації онкологічних хворих у зв'язку з виразним впливом на ЯЖ сприйняття самого факту наявності захворювання [5,22]. Вибір методів терапії з урахуванням впливу на ЯЖ та ставлення пацієнта до хвороби дозволяє підвищити прихильність хворих до лікування, оскільки саме хворий є найкращим експертом з визначення ефективності терапії.

Необхідно враховувати, що з прогресуванням хвороби часто змінюються пріоритетні складові ЯЖ. Так, у наших дослідженнях у пацієнтів з хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ) за допомогою респіраторної анкети лікарні Святого Георгія виявлено, що при першій стадії вирішальне значення мала величина компонента «Симптоми» (занепокоєність клінічними ознаками хвороби – кашлем, виділенням харкотиння, задишкою тощо), тоді як при другій і третій стадіях, поряд зі зниженням «Сумарного показника» зростає стурбованість зменшенням соціальної активності в суспільстві на фоні розвитку порушень психосоціального стану, що віддзеркалюється переважанням компонент «Активність» і «Наслідки». Також відзначено підвищення рівня соціальної активності та зниження впливу хвороби на психічний статус пацієнтів з

ХОЗЛ та метаболічною кардіоміопатією на фоні прийому амлодипіну в дозі 5 мг протягом 6 місяців [24].

Перспективним напрямком є вивчення впливу антропогенного навантаження на ЯЖ. Застосовуючи опитувальник SF-36, виявили, що у хворих на ГХ II стадії, які постійно мешкають в умовах великого промислового міста, стан якості життя вірогідно гірший, ніж у аналогічних пацієнтів з екологічно сприятливого регіону (показник загального здоров'я нижчий на 17% ($p<0,01$), фізична активність – на 27% ($p<0,01$), рольове фізичне функціонування – на 2% ($p<0,01$), психічне здоров'я – на 28% ($p<0,01$)) [9,18]. Встановлено, що на компоненти ЯЖ у мешканців великого індустріального міста з ГХ II стадії найчастіше вірогідний ($p<0,05$) позитивний вплив має активізація антиоксидантного захисту, підвищення альфа-активності головного мозку, зростання тону парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, а негативно позначаються високі показники середньодинамічного артеріального тиску, збільшення повільнохвильової активності церебральних структур і симпатикотонія. Також у пацієнтів, яких включено в це дослідження, спостерігали достовірне покращення більшості параметрів ЯЖ на фоні застосування мілдронату та оксиралу у комплексній терапії ГХ [8].

В іншій роботі також за допомогою опитувальника SF-36 проаналізовано стан ЯЖ у 260 хворих на ГХ II стадії та виявлено зниження показників фізичного та психічного здоров'я порівняно з практично здоровими особами. Одночасно у жінок зареєстровано достовірно ($p<0,01$) нижчі параметри ЯЖ, ніж у чоловіків. У хворих до 50 років рівень якості життя істотно залежав від емоційних розладів, а при досягненні віку 50 років і старше вирішальний вплив на погіршення ЯЖ мав фізичний компонент. Також зафіксовано вірогідний вплив фізичного компоненту на погіршення ЯЖ у пацієнтів, професія яких пов'язана з фізичною працею, тоді як у хворих розумової діяльності зниження ЯЖ зумовлено переважно розладами у психологічній сфері здоров'я [10].

Встановлено погіршення стану ЯЖ й у хворих на цукровий діабет 2 типу за рахунок психічних компонентів, а саме обмеження соціального функціонування, зниження енергійності, впливу негативного емоційного фону на суспільну діяльність [19]. Одночасне використання опитувальника SF-36 та шкали GSRSS дозволило визначити, що у пацієнтів, які страждають на гастроентерологічну патологію, має місце зниження всіх параметрів ЯЖ. При цьому на стан фізичного компоненту ЯЖ більшою мірою впливає виразність больового синдрому, а диспептичні симптоми обмежують соціальну активність обстежених пацієнтів [7].

Однак, незважаючи на популярність досліджень у сфері ЯЖ, у доступній спеціалізованій літературі не виявлені роботи, в яких вивчали параметри ЯЖ у пацієнтів з ХОЗЛ за наявності вторинної легеневої гіпертензії, у поєднанні з супутньою серцево-судинною патологією, не проводили порівняльний аналіз динаміки ЯЖ хворих при різних схемах лікування. Також вплив на ЯЖ факторів кардіоваскулярного ризику, ураження органів-мішеней, особливостей віку і статі, наявності серцевої недостатності, прихильності до



лікування хворих із серцево-судинною патологією, ведення реабілітаційного етапу у пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом висвітлюється у поодиноких повідомленнях і є суперечливими. Такий стан проблеми ще раз підкреслює багатогранність та актуальність наукового пошуку у напрямку вивчення ЯЖ при різних нозологіях.

ВИСНОВКИ

Якість життя – одне з найважливіших понять сучасної медичної науки та практики. Аналіз показників ЯЖ поряд з традиційними методами використовується для всебічної оцінки стану здоров'я на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях, а також дозволяє вирішувати низку актуальних проблем в області охорони здоров'я й соціальної сфері. Тому наукові та практичні розробки стосовно питань дослідження ЯЖ залишаються пріоритетним напрямком медицини сьогодення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю. Новый подход к комплексной оценке состояния здоровья детей с использованием критерия качества жизни / В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – №5. – С. 16–17.
2. Амерджанова В.Н. Ревматоидный артрит с позиции оценки качества жизни больных / В.Н. Амерджанова // Терапевтический архив. – 2007. – №5. – С. 15–20.
3. Богмат Л.Ф. Качество жизни подростков с заболеваниями органов кровообращения / Л.Ф. Богмат, С.Р. Толмачева, Л.И. Рак, Е.А. Кириллова // Запорожский мед. журнал. – 2007. – №1 – С. 67–69.
4. Бурсинов А.В. Типы отношения к болезни, качество жизни и приверженность к лечению в дебюте гипертонической болезни / А.В. Бурсинов, Ю.С. Тетерин, О.В. Петрова // Клиническая медицина. – 2007. – №8. – С. 44–46.
5. Владимирова Е.Б. Качество жизни при саркоидозе – валидация нового инструмента / Е.Б. Владимирова, И.В. Сивокозов, Е.И. Шмелев // Терапевтический архив. – 2008. – №3 – С. 49–53.
6. Влияние гипотензивной терапии на качество жизни / О.Д. Остроумова, В.И. Мамаев, Ю.Е. Абакумов и соавт. // Кардиология. – 2003. – №3. – С. 99–102.
7. Грінченко Т.Ю. Оцінка якості життя у хворих на гастроентерологічну патологію / Т.Ю. Грінченко // «Медицина XXI століття»; Мат. науково-практичної конференції молодих вчених 26 листопада 2009 року. – Харків, 2009. – С. 35–36.
8. Грінченко Т.Ю. Шляхи покращення якості життя у хворих на гіпертонічну хворобу, які проживають в умовах забрудненої екосистеми / Т.Ю. Грінченко // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики: Збірник наукових статей, випуск XXI, Т. 1. – Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2008. – С. 43–49.
9. Грінченко Т.Ю. Якість життя хворих на гіпертонічну хворобу II стадії / Т.Ю. Грінченко // Мат. V-ої міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Новітні підходи до лікування в сучасній медицині». – Ужгород, 2007. – С. 110.
10. Гузенко М.В. Оцінка якості життя у хворих на гіпертонічну хворобу 2 стадії, які постійно мешкають в умовах антропогенного навантаження / М.В. Гузенко // Актуальні питання фармац. та мед. науки та практики: зб. наук. ст. – Запоріжжя: Вид-во ЗДМУ, 2007. – Вип. XIX, Т. 1. – С. 159–160.
11. Динамика качества жизни у больных с острым коронарным синдромом в без подъема сегмента ST в зависимости от тактики лечения / В. Калашиников, С. Вострухова, А. Сыркин и соавт. // Врач. – 2007. – №9. – С. 59–60.
12. Захараш М.П. Качество жизни онкологических больных / М.П. Захараш, Р.Н. Абу Шамсия, А.Ю. Иоффе // Лікарська справа. – 2007. – №4. – С. 8–11.
13. Ибатов А.Д. Особенности течения ишемической болезни и качество жизни больных с различным уровнем тревожных нарушений / А.Д. Ибатов // Терапевтический архив. – 2007. – №12. – С. 35–38.
14. Исследование качества жизни у больных хронической ишемической болезнью сердца на фоне антиангинальной терапии / Б.И. Гельцер, Е.В. Соляник, Е.В. Якухная и соавт. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – №7. – С. 31–35.
15. Карданова Л.Д. Исследование качества жизни больных туберкулезом легких / Л.Д. Карданова // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения имени Н.А. Семашко. – Москва, 2006. – №5 – С. 28–31.
16. Косенкова О.И. Проблема качества жизни в современной медицине / О.И. Косенкова, В.И. Макарова // Экология человека. – 2007. – №7. – С. 29–34.
17. Котов М.С. Оценка качества жизни пациентов, связанного со здоровьем / М.С. Котов, В.И. Подолужный // Медицина в Кузбассе. – 2007. – №3. – С. 15–18.
18. Кривенко В.І. Оцінка якості життя хворих на гіпертонічну хворобу II стадії, що постійно мешкають в умовах антропогенного навантаження / В.І. Кривенко, Т.Ю. Грінченко // Вісник Укр. мед. стомат. академії. – 2007. – Т. 7, №4 (20). – С. 113–116.
19. Кривенко В.І. Якість життя хворих на гіпертонічну хворобу і цукровий діабет / В.І. Кривенко, Т.Ю. Грінченко, І.С. Качан // Запорожский мед. журнал. – 2010. – Т. 12, №6. – С. 9–10.
20. Левин О.С. Качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией с умеренными когнитивными расстройствами / О.С. Левин, М.М. Сагова, Л.В. Голубева // Российский мед. журнал. – 2006. – №3. – С. 25–28.
21. Лехан В.М. Якість життя як критерій якості медичної допомоги / В.М. Лехан, О.Л. Зюков, А.В. Ілатов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №3 – С. 95–100.
22. Лисенко Д.А. Методологія оцінки якості життя в онкогематології / Д.А. Лисенко, Л.М. Ісакова // Український мед. часопис. – 2006. – №3 – С. 47–50.
23. Новик А.А. Исследование качества жизни в медицине: Учебное пособие / А.А. Новик, Т.И. Ионова – М., 2004. – 304 с.
24. Полівода С.М. Оцінка якості життя хворих на хронічний обструктивний бронхіт у залежності від стадії захворювання / С.М. Полівода, В.І. Кривенко, Л.М. Євченко // Укр. пульмонолог. журнал. – 2001. – №4. – С. 30–33.
25. Попова Е.В. Факторы, определяющие качество жизни больных ремиттирующей формой рассеянного склероза / Е.В. Попова // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2008. – №4. – С. 77–80.
26. Применение индикаторных показателей для комплексной оценки качества жизни населения / А.В. Иванов, О.А. Фролова, Е.А. Тафеева и соавт. // Гигиена и санитария. – 2006. – №5. – С. 44–46.
27. Радченко Г.Д. Якість життя в пацієнтів з м'якою та помірною формою артеріальної гіпертензії. Зміни під впливом антигіпертензивного лікування / Г.Д. Радченко, Ю.М. Сіренко // Укр. кард. журнал. – 2008. – №1. – С. 42–50.
28. Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса и качество жизни: популяционное исследование / О.В. Решетников, С.А. Курилович, Г.И. Симонова и соавт. // Терапевтический архив. – 2008. – №2. – С. 11–14.
29. Сидорчук Л.П. Якість життя і тривожність хворих на есенціальну гіпертензію, зміни під впливом лікування / Л.П. Сидорчук, Г.В. Дроздовська, Г.М. Никифорчук, Д.В. Юрку // Одеський мед. журнал. – 2007. – №2. – С. 43–47.
30. Симоненко В.Б. Качество жизни у кардиологических больных



- / В.Б. Симоненко, В.И. Стеклов // Клиническая медицина. – 2007. – №3. – С. 11–15.
31. Симонова Г.И. Качество жизни населения Сибири (популяционное исследование) / Г.И. Симонова, С.Н. Богатырев, О.Г. Горбунова, Л.В. Щербакова // Бюллетень СО РАМН. – 2006. – №4 (22). – С. 52–55.
32. Ягенський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А.В. Ягенський, І.М. Січкарук // Внутрішня медицина. – 2007. – №3 (3). – С. 21–30.
33. Corcoran W.E. Quality of life as an outcome-based evaluation of coronary artery bypass graft critical paths using the SF-36 / W.E. Corcoran, C.F. Durham // Qual. Manag. Hlth. Care. – 2000. – Vol. 8, №2. – P. 72–81.
34. Effect of pharmaceutical care on blood pressure control and health-related quality of life in patients with resistant hypertension / W.A. Souza, J.C. Yugar-Toledo et al. // Am. J. Health. Syst. Pharm. – 2007. – Vol. 64 (18). – P. 1955–1961.
35. General Population Norms for Romania using the Short Form 36 Health Survey (SF-36) / V. Mihaila, D. Enachescu, C. Davila et al. // QL News Letter. – 2001. – №26. – P. 17–18.
36. Gusmão J.L. Health-related quality of life and blood pressure control in hypertensive patients with and without complications / J.L. Gusmão, D. Jr. Mion, A.M. Pierin // Clinics (Sao Paulo). – 2009. – Vol. 64 (7). – P. 619–628.
37. 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 // J. Hypertens. – 2008. – Vol. 26 (4). – P. 641–647.
38. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessmet (IQOLA) Project / J. Alonso, M. Ferrer, B. Gandek et al. // Qual. Life Res. – 2004. – Vol. 13, №2. – P. 283–298.
39. Health-related quality of life of patients with multiple organ dysfunction: individual changes and comparison with normative population / M. Wehler, A. Geise, D. Hadzionerovic et al. // Crit. Care. Med. – 2003. – №31. – P. 1094–1101.
40. Hypertension improvement project: randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients / L.P. Svetkey, K.I. Pollak, W.S. Yancy et al. // Hypertension. – 2009. – Vol. 54(6). – P. 1226–1233.
41. Martinelli L.M.B. Quality of life and its association with cardiovascular risk factors in a community health care program population / L.M.B. Martinelli, B.M. Mizutani // Clinics. – 2008. – Vol. 63 (6). – P. 783–788.
42. Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health related quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study / P.C. Garrido, J.M. Diez, J.R. Gutierrez et al. // Health and Quality of Life Outcomes. – 2006. – №4. – P. 31.
43. Quality of Life for Obese Women and Men in Turkey / F. Saraç, S. Parıldar, E. Duman et al. // Prev. Chronic Dis. [serial online]. – 2007. – Режим доступу до ресурсу: www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/06_0108.htm
44. Ware J. How to score version 2 of the SF-36 Health Survey / J. Ware, M. Kosinski, J.E. Dewey // Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2000. – 120 p.
45. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report // WHO, Geneva, 2007. – Режим доступу: http://who.int/chp/chronic_diseases_report/contents/foreword.pdf
46. Zboralski K. Quality of life and emotional functioning in selected cardiovascular diseases / K. Zboralski, P. Gatecki, A. Wysokiński et al. // Kardiol. Pol. – 2009. – Vol. 67 (11). – P. 1228–1234.

Відомості про авторів:

Кривенко В.І., д. мед. н., професор, зав. каф. сімейної медицини та терапії ФПО ЗДМУ.

Грінченко Т.Ю., к. мед. н., асистент каф. сімейної медицини та терапії ФПО ЗДМУ.

Качан І.С., аспірант каф. сімейної медицини та терапії ФПО ЗДМУ.

Адреса для листування:

Качан Ігор Сергійович. 69118, м. Запоріжжя, вул. Автозаводська, буд. 60, кв. 14.

Тел.: (066) 775 17 03.

E-mail: kachan44ik@rambler.ru