

8. Kazuma N., Tatara K., Murata M. // *Pediatr. Cardiol.* 2000. Vol. 21. № 4. P. 403-406.
9. Kucera J.P., Heuschkel M.O., Renaud P., et al. // *Circ. Res.* 2000. Vol. 86. № 11. P. 1140-1145.
10. Newman W.H., Castresana M.R., Webb J.G. et al // *Crit Care Med.* 2000. Vol. 28. № 11. P. 3593-3598.
11. Opthof T., Coronel R., Rademaker H.M. et al. // *Circulation.* 2000. Vol. 101. № 25. P. 2975-2980
12. Tabata M., Takeshima T., Burioka N. et al. // *Headache.* 2000. Vol. 40. № 6. P. 457-463.
13. Tanaka H., Borres M., Thulesius O. et al. // *J. Pediatr.* 2000. Vol. 137. № 1. P. 63-67.
14. Tedesco C., Reigle J., Bergin J. // *J. Cardiovasc. Nurs.* 2000. Vol. 14. № 4. P. 38-56.
15. Windhagen-Mahnert B., Kadish A.H. // *Cardiol. Clin.* 2000. Vol. 18. № 2. P. 243-263.
16. Yuasa T., Takata S., Maruyama M. et al. // *Hypertens. Res.* 2000. Vol. 23. № 3. P. 213-218.

СТАН НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТВАРИН ПРИ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВПЛИВАХ

М.І. Яблучанський¹, І.І. Зінкович², І.А. Хрипаченко²

¹Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

²Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

РЕФЕРАТ

Порівняльний аналіз стану нейрогуморальної регуляції виконано з використанням технології спектрального аналізу варіабельності серцевого ритму за перші 20 хвилин після введення екстремальних доз (6 мг/кг) ізадрину у 11 кроликів, що вижили, та 7 кроликів, що загинули. Показано, що для тварин, що загинули, характерна початково більш висока потужність і більш значне її зростання в перші 5 хвилин після впливу. Реакція з боку парасимпатичного домену у цих кроликів, навпаки, характеризується зниженням його потужності. Реакція з боку регуляції у тварин, що загинули, як би концентрується в гуморальній ланці. Стан нейрогуморальної регуляції у кроликів, що вижили, нормалізується протягом першої доби після впливу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: варіабельність серцевого ритму, ізадрин, екстремальні впливи

NEURO-HUMORAL REGULATION OF ANIMALS UNDER EXTREME INFLUENCES

N.I. Yabluchansky¹, I.I. Zinkovych², I.A. Khripachenko²

¹V.N. Karazin Kharkiv National University

²Donetsk State Medical University named by M. Gorkiy

SUMMARY

Comparative analysis of neuro-humoral regulation in the first 20 minutes after isoproterenol injection in extreme doses (6 mg/kg) was done in 2 groups of animals: 11 surviving rabbits and 7 – dead ones. It was shown, that the basic higher total power level of regulation and its more significant rise during the first 5 minutes after isoproterenol injection are typical for dead animals. Opposite, parasympathetic domain reactions of these animals are characterized by decrease of power. Regulation of dead animals is concentrated in humoral domain. Neuro-humoral regulation of surviving animals is normalized to the end of first experiment day.

KEY WORDS: heart rate variability, extreme isoproterenol influences

УДК 616.12-008.33.1.1:612.003

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ИНСТРУМЕНТ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И КОНТРОЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

А.С. Исаева, Н.И. Яблучанский

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

РЕЗЮМЕ

В статье описаны исторические и социальные аспекты возникновения и применения шкал «качества жизни». Приведены требования к опросникам качества жизни и правила их использования в практической

медицине, в частности в кардиологии, перечислены наиболее широко применимые на данном этапе шкалы. Использование подобных опросников позволяет объективизировать данные о состоянии здоровья пациента.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество жизни, шкалы оценки «качества жизни»

В последние годы все чаще практикующему врачу приходится сталкиваться с понятием «качества жизни». С одной стороны, огромное количество рекламных проспектов призывают нас выбрать тот или иной метод лечения, так как он повышает или улучшает качество жизни пациента, с другой, до сих пор мы мало знакомы с таким инструментом оценки эффектов лечения и, вообще, вмешательства в жизнь пациента, как «качество жизни».

В наиболее общих чертах «качество жизни» можно охарактеризовать, как способность каждого индивидуума полноценно функционировать в обществе соответственно со своим социальным положением и возможность получать удовольствие от жизни [1,2]. «Качество жизни» является многокомпонентным понятием и включает в себя медицинские, психологические, социальные, экономические, экологические и другие характеристики. Медицинские аспекты «качества жизни» характеризуют влияние заболевания и лечения (как медикаментозного, так и немедикаментозного) на функциональные способности пациента и его повседневную жизнь [3].

Следует отметить, что до 1975 года понятие «качество жизни» в медицинской литературе не встречалось. Необходимость введения этого инструмента в современную практическую медицину обусловили медицинские и общесоциальные явления. Социальной предпосылкой для создания методов оценки «качества жизни» явилось правило современного общества во всех сферах жизни руководствоваться принципом сохранения прав человека [4]. Для отражения этого подхода к отношениям врач – пациент можно обратиться к Женевской Декларации. Международная Медицинская Ассоциация основным правилом для врача выбрала – «здоровье моего пациента – моя основная задача», Международный Кодекс Медицинской Этики – «назначая лечение, которое может негативно повлиять на физическое и психологическое состояние пациента, врач обязан действовать исключительно в интересах последнего».

Вторым важным фактором, способствовавшим принятию «качества жизни» как медицинского инструмента, явился прогресс самой медицины. Появление новых методов лечения, прежде всего соматических и онколо-

гических заболеваний, привело как к увеличению продолжительности жизни, так и изменило саму жизнь пациентов, подчиняя ее требованиям терапии. В таких условиях зачастую, не смотря на улучшение физического состояния, лечение приводит к нарушению психологического и социального компонентов здоровья. Для того, чтобы описать последний, но не менее важный фактор, обуславливающий необходимость использования оценки «качества жизни» в деятельности современного врача следует обратиться к древнему принципу медицины, который постулирует, что врач должен провести больного через болезнь. Для его осуществления в современных условиях используют шкалы «качества жизни», позволяющие оценить отношение больного к болезни и способность жить со своим заболеванием, сохраняя социальную значимость и психологический комфорт.

Для оценки «качества жизни» используют специальные опросники [5].

Построение опросника основывается на трех основных моментах:

- а) функциональные способности пациента;
- б) принятие пациентом своего состояния;
- в) восприятие пациентом заболевания [2,6].

Функциональная способность – возможность пациента осуществлять социальную, психологическую и эмоциональную функции с созданием экономической обеспеченности в повседневной жизни.

Принятие своего состояния - отношение пациента к своей болезни и компонентам функциональных способностей.

Проявления заболевания – самооценка пациентом заболевания, его течения, проявлений, осложнений, изменений в процессе лечения. Так как, получается, «качество жизни» основывается на его самооценке пациентом, использование подхода позволяет врачу объективизировать состояние пациента и получить необходимые критерии выбора и контроля проводимого лечения.

ВОЗ предложены следующие критерии оценки качества жизни [6]:

1. Психологические – положительные эмоции, мышление, способность к концентрации внимания, самооценка, внешний вид, отрицательные эмоции.
2. Окружение – общее благополучие, без-

- опасность, быт, доступность медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения, повышения своей профессиональной квалификации.
3. Духовность – религия, личные взгляды и убеждения.
 4. Уровень самостоятельности – повседневная активность, трудоспособность, зависимость от лечения.
 5. Социальная жизнь – межличностные отношения, социальная ценность, сексуальная активность.
 6. Физическое состояние – сила, энергия, утомляемость, боль, дискомфорт, сон, отдых.

Для определения «качества жизни» используются различные методики [6,7]. Первой официальной методикой явилась шкала ВОЗ. В шкале ВОЗ по баллу, получаемому при анализе данных опросника, присваивается определенная характеристика уровня жизни. В шкале существует 6 возможных градаций:

- 0 – состояние нормальное, полноценная активность;
- 1 – симптомы заболевания присутствуют, активность снижена, пациент может находиться дома;
- 2 – выраженные симптомы заболевания, нетрудоспособен, менее 50% времени проводит в постели;
- 3 – тяжелое состояние, более 50% времени проводит в постели;
- 4 – состояние очень тяжелое, 100% и более времени в постели;
- 5 – смерть.

Шкала, как видно, наиболее общая и не оценивает функциональной активности пациента и принятия им своего состояния, причин, которые привели к такому состоянию. Эта шкала стала прообразом современных методик. Существуют неспецифические, позволяющие оценить качество пациента жизни вне зависимости от нозологии, и специфические, направленные на оценку качества жизни пациента с конкретными нозологическими формами, методики.

Примерами неспецифических методик являются:

“Sickness Impact Profile (SIP)” - профиль влияния заболевания;

“General Well-Being Questionnaire” – опросник оценки общего благополучия;

“Quality of Life Index” – индекс качества жизни и др.

К наиболее часто используемым специфическим

методам относятся Минесотский опросник – «жизнь с сердечной недостаточностью», опросник «качество жизни пациентов с аритмией», “Psoriasis Disability Index” – псориатический индекс, “Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)” – опросник для больных бронхиальной астмой, и т.д.

При всем разнообразии неспецифических и специфических методик они могут быть разделены на две большие подгруппы – стандартизованные и не стандартизированные. В практических целях допускаются только стандартизированные. Другие используются для решения локальных научных задач, и их использование в более широких целях предполагает стандартизацию.

Признанным медицинским лидером в разработке опросников и их культурной адаптации к этническим, языковым и экономическим социальным группам является существующий с 1995 года во Франции институт MAPI. Одной из основных функций института является координация работ по разработке опросников, потому что даже адаптированные при одной и той же нозологии и методе лечения в различных этнических группах дают неодинаковые результаты. Так, при оценки «качества жизни» у пациентов с нарушениями сердечного ритма» у российских жителей по сравнению с американскими более высокие данные физической выносливости, а эмоциональная и психологическая компоненты, не отличаются [8].

Пригодность той или иной методики для оценки «качества жизни определяется по трем основным критериям: валидность, воспроизводимость и чувствительность.

Валидность - отражает способность опросника “измерять” показатели качества жизни. Метода, являющегося “золотым стандартом”, с которым можно было бы сравнить результаты опроса, не существует. Валидность на сегодня оценивается путем определения коэффициентов корреляции показателей опросника с другими показателями состояния больного.

Воспроизводимость оценивается по повторяемости результатов при повторных исследованиях у больных, которым не производилось радикальных вмешательств или интенсивного медикаментозного лечения.

Чувствительность определяется достоверностью изменений показателей, составляющих параметры качества жизни, в процессе лечения или в результате операции, даже при незначительной выраженности этих изменений

Приведем два удобные в практической ра-

боте врача опросника. Опросники заполняются пациентом, или, если он испытывает затруднения, с помощью медицинского персонала. Оценка опросников осуществляется врачом.

Первый - quality of life index (индекс качества жизни) является общим и может быть использован в работе с любым пациентом (табл.1).

Таблица 1

Индекс качества жизни

Вопросы	Балл, присвоенный за положительный ответ на вопрос
1. Активность	
<i>В течение последней недели пациент:</i>	
- все время (или почти все время) работал или учился на своем обычном месте, а также участвовал в общественной жизни	2
- работал или учился на обычном месте или занимался домашним хозяйством или общественной работой, но при этом увеличилась потребность в посторонней помощи или произошло существенное уменьшение часов работы, или не был в состоянии работать, учиться или вести привычный образ жизни	1
- был или находился на больничном листе	0
2. Самообслуживание	
<i>В течение последней недели пациент:</i>	
- самостоятельно принимал душ, мылся, ходил в туалет и одевался, пользовался общественным транспортом или самостоятельно водил машину	2
- или выполнял все это при использовании транспортных средств, но при этом был способен выдерживать легкие нагрузки	1
- вообще не мог обслуживать себя, не выдерживать легкие нагрузки или вообще не покидал свой дом или находился в больнице	0
3. Восприятие своего здоровья	
<i>В течение последней недели пациент:</i>	
- производил впечатление человека, который чувствует себя хорошо или говорил о своем хорошем самочувствии	2
- имел пониженную энергичность и чувствовал себя хорошо только иногда	1
- чувствовал себя очень больным или просто плохо; ощущал слабость и изнеможение большую часть времени или находился в бессознательном положении	0
4. Поддержка	
<i>В течение последней недели пациент:</i>	
- имел хорошие взаимоотношения с окружающими людьми и получал сильную поддержку со стороны хотя бы одного из членов семьи или друзей	2
- получал или принимал поддержку со стороны семьи и друзей, которая была ограниченной, или состояние пациента не позволяло оказывать ему поддержку в полном объеме	1
- редко получал поддержку со стороны семьи и друзей или получал ее только в случаях крайней необходимости	0
5. Перспективы состояния здоровья	
<i>В течение последней недели пациент:</i>	
- обычно положительно оценивал перспективы, характер и степень контроля над личными обстоятельствами	2
- иногда испытывал неудовольствие в связи с неполным контролем над личными обстоятельствами или имел периоды явной тревоги или депрессии	1
- испытывал явное замешательство или страх, или постоянно ощущал тревогу и депрессию, или находился в бессознательном состоянии	0

Второй – Миннесотский опросник качества жизни больных с сердечной недостаточностью, относится к специфичным методам оценки «качества жизни» (табл. 2).

Мы его выбрали в связи с исключительно широкой распространенностью сердечной недостаточности.

Опросник предназначен для оценки той степени, в которой сердечная недостаточность ограничивала Ваши возможности в этом месяце. Представленные ниже вопросы отражают

различные варианты влияния сердечной недостаточности на жизнь страдающих ею больных. Если Вы уверены, что данного симптома у Вас нет или он не оказывал существенного влияния на Вашу жизнь в этом месяце, отметьте знак "0" (Нет). Если же указанный симптом имеется и мешает Вам жить так, как Вы бы хотели, обведите цифры от 1 до 5 в соответствии с тяжестью симптома по возрастающей.

Опросники «качества жизни» предполагают их динамическое использование в контроле за

здоров'ям пацієнта, в том числі на етапах лікування. Якість життя разом з збільшенням її тривалості сьогодні є єдиним критерієм ефективності медичних втручань. Робота з опитуваними дозволяє

лікарям створити емоційно більш теплі і довірливі стосунки з пацієнтом, зміцнити віру пацієнта в необхідність і результативність лікування, виробити у нього позитивну мотивацію на лікування.

Таблиця 2

Міннесотський опитувальник якості життя хворих з серцевою недостатністю

Вопросы	Градация баллов					
	0	1	2	3	4	5
Хроническая сердечная недостаточность не давала Вам существовать в этом месяце так, как Вы хотите, из-за:						
1. Отечности стоп, голеней и т.д.?						
2. Необходимости отдыхать сидя или лежа в течение дня?						
3. Трудностей при ходьбе или при подъеме по лестнице?						
4. Ограничений при работе по дому или на дачном участке?						
5. Невозможности дальних поездок?						
6. Нарушения полноценного сна в ночное время?						

ЛИТЕРАТУРА

1. Williams G.H. // Amer. J. Med. 1987. Vol. 82. P. 99-105.
2. Grimm RH Jr, Grandits GA, Cutler JA et.al.// Arch Intern Med. 1997 Mar 24. Vol.157. № 6. P. 638-648.
3. Grimby A, Svanborg A.// Aging (Milano). 1997. Oct. Vol. 9. № 5. P. 356-364.
4. Koch T.// Soc Sci Med. 2001. Feb. Vol. 52. № 3. P. 453-465.
5. Elison J.//Soc.Indicators. 1974. №1. P. 59-71.
6. Жулкевич І.В., Сміяв С.І., Гаврилюк М.С., і др. // Вісник наукових досліджень. 2000. № 3.
7. Гендлин Г.Е., Самсонова Е.В., Бухало О.В. и др. // Сердечная недостаточность. 2000 Т. 1 № 2.
8. Чирейкин Л.В., Варшавский С.Ю., Бурова Н.Н. и др. // Вестник аритмологии. 2001.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ – ІНСТРУМЕНТ В ОЦІНЦІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я І КОНТРОЛЮ ЛІКУВАННЯ

А.С. Ісаєва, Н.І. Яблучанський
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

РЕЗЮМЕ

У статті описані історичні і соціальні аспекти виникнення і застосування шкал «якості життя». Приведено вимоги опитувальників до якості життя і їх правила використання в практичній медицині, зокрема в кардіології, перераховані найбільш широко застосовані на даному етапі шкали. Використання подібних опитувальників дозволяє об'єктивізувати дані про стан здоров'я пацієнта.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: якість життя, шкали оцінки «якості життя»

QUALITY OF LIFE IS A TOOL IN ASSESSING OF HEALTH STATUS AND CONTROLLING OF THE THERAPY

A.S. Isaeva, N.I. Yabluchansky
V.N. Karazin Kharkiv National University

SUMMARY

There is a description of historical and social aspects of using "Quality of life" tests. In the article rules of application "Quality of life" in practical medicine are summarized, in particular, in cardiology, the examples of tests are included. Using of "Quality of life" allows to make unbiased data of patients health status.

KEY WORDS: quality of life, "quality of life" scales