

*Д.Э. Амвросов, Г.Я. Клименко*  
**К ВОПРОСУ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ,  
ПОЛУЧИВШИХ ТРАВМУ**

*ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава*

**Резюме.** Рассматриваются существующие программы для исследования качества жизни населения и методические подходы для оценки качества жизни больных до и после лечения или оперативных вмешательств.

**Ключевые слова:** качество жизни; мониторинг травматизма; тестовые опросники.

В последние годы резко возрос интерес к изучению качества жизни людей с различными хроническими заболеваниями, в том числе и с травмами, что объясняется многими факторами, а именно: повышенным вниманием к отдаленным результатам лечения; растущим значением хронических заболеваний, при которых целью лечения часто является улучшение функции, а не выздоровление; количественные «биологические» параметры эффективности при анализе «стоимость – эффективность» далеко не всегда информативны; необходимостью определения приоритетов в здравоохранении и соответственном измерении результатов (Ю.О. Елькова, В.А. Мохова, М.М. Прудникова, Б.В. Трифионов, 2005).

Выделяют следующие области, в которых за рубежом применяется исследование КЖ: популяционные исследования и мониторинг здоровья населения (профилактическая медицина); оценка эффективности программ и реформ в здравоохранении; клинические исследования, посвященные оценке эффективности новых лекарственных препаратов и новых методов лечения; клиническая практика. Оценка эффективности традиционных методов лечения, индивидуальный мониторинг состояния больного; фармакоэкономика; экономика здравоохранения; в медицинских программах КЖ чаще всего используют в качестве критерия оценки эффективности лечения; критерия определения эффективности новых лекарственных препаратов; прогностического фактора; показателя эффективности реабилитационных программ; ориентира в разработке подходов к паллиативной терапии.

Изучение качества жизни является сравнительно новой областью клинических исследований, привлекая к себе все большее внимание, и в случаях тяжелых хронических заболеваний и травм может служить основным критерием клинической эффективности. Качество жизни считают одним из ключевых параметров при изучении конечных результатов лечения многие специалисты в различных областях медицины (В.П. Комарова, 2001).

Понятие качества жизни ВОЗ определила как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустроенности. Большинство авторов определяют понятие качества жизни более просто: интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального

функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии (Л.Л. Новик, Т.П. Попова, П. Кайнд, 1999; П.А. Воробьев, Л.В. Сидорова, Ю.А. Кулигина, М.В. Авксентьева, 2003). Основой для формирования современных представлений о качестве жизни в медицине является определение здоровья, под которым понимается состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни (Bowling Л., 1996). Состояние здоровья оказывает существенное влияние на формирование удовлетворённости качеством жизни. Низкий уровень удовлетворённости качеством жизни ассоциируется с низкой удовлетворённостью состоянием здоровья.

Выделяют три основные сферы человеческой жизнедеятельности для проведения оценки качества жизни: физическая сфера, отражающая такие факторы как боль, способность к движению, выполнение повседневных задач и т.д.; психическая сфера, отражающая чувственное восприятие, счастье, самоуважение, тревога и т.д.; социальная сфера, которая отражает взаимодействие с другими людьми в социальной сфере, дружбу, степень одиночества и т.д.

Исследование качества жизни (КЖ) – общепринятый, высокоинформативный, надежный, чувствительный и экономичный метод оценки благополучия, как на индивидуальном, так и на групповом уровне, дающий интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека (В.Ю. Альбицкий, М.Э. Гурылева, Добровольская, Л.В. Хузиева, 2003). Методология исследования качества жизни открыла принципиально новый этап в жизни общества XXI века, предложив простой, информативный и надежный способ определения ключевых параметров, составляющих квинтэссенцию благополучия человека. Возможность получить точную информацию о показателях качества жизни индивидуума, группы людей, популяции позволяет дать достоверную оценку качества жизни общества в его различных срезах и динамике, определяя эффективность многочисленных реформ и программ, направленных на повышение уровня благополучия и улучшения качества жизни населения.

Существует большое число инструментов для оценки качества жизни, которые можно разделить на две большие группы: общие и специальные. Общие инструменты позволяют описать общее состояние здоровья и могут быть применены как при различных заболеваниях, так и у здоровых людей. Однако они часто не позволяют выявить изменения, характерные для определенного заболевания. В этом случае более информативными являются специальные тесты.

Общие тесты применяют для оценки качества жизни, как у здоровых людей, так и при различных заболеваниях. С их помощью проводят исследование качества жизни в здоровой популяции в сравнении с особенностями, которые имеются при различных заболеваниях. Некоторые общие тесты позволяют описать общее состояние здоровья в виде профиля (международная программа SF-36, МНР-Ноттингемский профиль

здоровья, SIP-профиль), которые в настоящее время наиболее часто используются в клинических исследованиях во всем мире (В.П. Комаров, 2006, J. Ahlman, 1996). Другие позволяют определить конкретную цифровую характеристику или индекса (индекс здоровья Rosser, Индекс благополучия, Euro-QoL) и используются для проведения фармакоэкономических расчетов (К.М. Beusterien, В. Steinwald, J.E. Ware, 1996).

Специальные тесты являются наиболее чувствительными для конкретного заболевания, так как содержат специфические для них компоненты. При помощи специальных тестов оценивается какой-нибудь компонент качества жизни (физическое или психическое состояние), или оценка качества жизни при конкретном заболевании, или оценка определенных видов лечения. Такие инструменты, как индексы и шкалы дают возможность быстро определить конкретное цифровое значение показателя качества жизни. Однако степень значимости данных, полученных в результате использования этих двух групп инструментов, уступает объективности результатов, полученных с помощью специальных тестов, которые представляют собой перечень конкретных вопросов, на которые пациент должен в короткий промежуток времени дать конкретный ответ. Как правило, вопросы охватывают состояние всех основных сфер жизнедеятельности пациента.

В настоящее время известен ряд работ российских специалистов, исследующих проблемы качества жизни при различных заболеваниях, в том числе при сердечно-сосудистых (Н.А. Мясоедова, Э.Б. Тхостова, Ю.Б. Белоусов, 2002), синдроме слабости синусового узла (Л.В. Чирейкин и др, 2003), онкологических заболеваниях (В.П. Комарова, 2001), варикозных расширениях вен нижних конечностей (Инцерт М.А., 2005). Оценка качества жизни больных с переломами нижних конечностей в период лечения и реабилитации является комплексной медико-социальной проблемой современного здравоохранения России, имеющей высокую общественную и государственную значимость. Она влияет на характеристику уровня здравоохранения, эффективность лечения и реабилитации данного контингента больных, так как принадлежит к одним из ключевых параметров при изучении конечных результатов медицинской помощи населению (В.П. Комарова, 2001).

Наиболее распространенными способами изучения КЖ являются опросники. Обычно опросники состоят из нескольких шкал, которые охватывают различные сферы деятельности человека: социальную, психологическую, эмоциональную, физическую, духовную, экономическую и другие. В настоящее время существует много опросников: общих и специальных, которые постоянно совершенствуются. Надо отметить, что во многих клиниках мира разрабатываются особо тщательно специальные опросники, которые предназначены для оценки КЖ пациентов с конкретными заболеваниями. Конечно, достоверная оценка КЖ возможна только в том случае, если правильно выбран опросник, произведена адекватная обработка

результатов и, самое главное, сделан правильный анализ и интерпретация результатов (Launois R, Reboul-Marty J, Henry B., 1996).

Поскольку КЖ – это субъективный критерий, необходимо учитывать психологический статус больного при его исследовании. По данным мировой литературы накопился значительный опыт в исследовании психологических свойств личности, разработаны методы сбора данных, их интерпретации и практического применения.

В медицине и педагогической практике применяется три принципиально различных метода получения информации о личности: «L» - данные (life record data), «Q» - данные (questionnaire data) и «T» - данные (objective test data).

«L» данные – это данные регистрации поведения человека в повседневной жизни с помощью формализации оценок экспертов, наблюдающих поведение испытуемого в определенных ситуациях в течение некоторого периода времени (В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский, 1985). С «L» данных обычно начинают предварительные исследования проблемы (М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов, 1983). Но сам принцип исследования говорит о том, что по субъективным причинам такие данные не отличаются высокой достоверностью и их нельзя использовать для оценок других методик.

«Q» данные – это данные, полученные путем применения вопросников и других методов самооценок. Как и методы оценки КЖ, методы сбора «Q» - данных получают все большее распространение вследствие очевидных преимуществ (В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский, 1985). Наиболее широко используемые вопросники в мире – это Миннесотский многопрофильный личностный перечень (MMPI) (Ф.Б. Березин, Мирошников, Р.В. Рожанец, 1976; Л.Н. Собчик, 1971; W.H. Swenson, J.S. Pearson, D. Osborne, 1973), Калифорнийский психологический тест (CPI) (R.V. Cattell, 1966; А. Анастаси, 1982), шестнадцатифакторный личностный опросник (16PF) (R.V. Cattell, H.W. Eber, M.M. Tatsuora, 1970), тест Guilford Zimmerman для исследования темперамента – GZIS (J.P. Guilford, W.S. Zimmerman, 1955). Эти данные легко получаются, не требуют привлечения экспертов, дешевы и благодаря своей объективности, достоверны.

«T» данные – это результаты объективных тестов с контролируемой экспериментальной ситуацией (В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский, 1985). Это принципиально новый подход к исследованию свойств личности, поскольку данные получают в результате объективного измерения поведения, не прибегая к оценкам экспертов и самооценкам, что в значительной степени повышает их достоверность. На сегодняшний день эти данные наиболее часто применяются в психологических исследованиях, как в медицине, так и в педагогике и других сферах деятельности.

В исследовании психологического статуса пациента важное место занимает интерпретация полученных результатов. Существует два подхода к систематизации данных о личности: первый направлен на выделение и систематизацию черт личности (В.М. Жуковская, И.Б. Мучник, 1976; В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский, 1985) и представляет собой группировку признаков с помощью факторного анализа (Я. Окунь, 1974), второй ориентирован на выделение определенных типов личности и представляет собой группировку испытуемых («критериальный анализ» по Айзенку) типов личности (Н.Ж. Eysenck, 1952).

Самый популярный вариант тестовой реализации подхода к исследованиям на базе черт личности – это тест 16PF (Sixteen Personality Factor Questionnaire) (R.B. Cattell, H.W. Eber, M.M. Tatsuora, 1970). Этот тест предназначен для измерения 16 факторов личности первого порядка «Q»-данных. Здесь черты, объединяя группы признаков, представляют собой интегральные характеристики, соответствующие представлениям о размерности личностного пространства.

Типологический подход использован в работах американских психологов, разработавших многопрофильный личностный тест ММРІ; (W.H. Swenson, J.S. Pearson, D. Osborne, 1973). Также можно отметить опросник Смишека для диагностики типа акцентуации личности (В.М. Блейхер, 1976), психодиагностический опросник Личко (М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов, 1983). В данном случае типы – это принципиально другой способ конструирования понятий, когда имя – это соответствующий тип, а содержание раскрывается типичным представителем.

В большинстве исследований обычно разрабатывается какой-либо из подходов. Но каждый из этих подходов содержит свои методологические сложности и недостатки. До недавнего времени не была решена задача сопоставления обобщений и понятий, используемых в обоих вышеуказанных направлениях исследования личности. Эту задачу принципиально решили выдающиеся отечественные психологи В.М. Мельников и Л.Т. Ямпольский, предложившие разработанный ими психодиагностический тест (ПДТ). Ученые, исследуя четырехуровневую структурно-иерархическую модель личности, пришли к выводу, что наибольшее значение имеют факторы третьего и четвертого уровней, с целью изучения которых В.М. Мельников и Л.Т.Ямпольский и разработали ПДТ (В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский, 1985), который с успехом применяется во многих психологических исследованиях. ПДТ обладает высокой валидностью, его достоверность математически доказана. ПДТ испытан во многих медицинских центрах в России и за рубежом. Кроме того, этот тест прост в использовании и включает в себя удобные таблицы электронного и «ручного» подсчета результатов. Процедура тестирования стандартизирована, исследование с помощью ПДТ может проводиться не только психологом, но и врачом-клиницистом общего профиля.

Первые работы, в которых проведено изучение КЖ в хирургии, относятся к середине 80-х годов. В настоящее время оценка КЖ больного широко применяется в общей хирургии, при трансплантации органов и тканей, в паллиативной хирургии.

Оценка КЖ в хирургии обычно проводится до и после операции. Используются как общие, так и специальные опросники, разработанные для хирургических больных. Наиболее часто используемыми в хирургической практике опросниками являются MOS SF-36, NHP, SIP, EuroQoI EQ-5D. КЖ больного после операции является важным критерием эффективности хирургического вмешательства. Исследование КЖ в хирургии применяется для сравнения программ лечения, оценки результатов лечения, мониторинга и улучшения качества лечения. Информация о КЖ имеет прогностическое значение и может быть использована при отборе больных для хирургических операций и планировании лечения. На основании данных КЖ могут быть описаны функциональные и психологические проблемы, с которыми сталкивается хирургический больной. Таким образом, данные о КЖ, полученные до лечения, могут дать врачу ценную информацию о возможном исходе заболевания при использовании данного метода лечения и помочь в выборе правильной программы лечения. КЖ как прогностический фактор может быть полезен при стратификации больных в клинических исследованиях и при выборе стратегии индивидуального лечения больного.

В связи с изменением спектра хирургических заболеваний и развитием новых хирургических технологий возникает необходимость строгой оценки результатов вмешательства. Разработка новых методов лечения в хирургии не всегда направлена на улучшение выживаемости или снижение вероятности рецидива болезни. Возможность улучшения КЖ больного при потенциальном отсутствии радикального эффекта оперативного лечения может рассматриваться как самостоятельное показание к проведению операции. Данные о КЖ в фазе ремиссии позволяют сравнить эффективность различных программ, применяемых в дебюте заболевания или при его обострении, являясь основным критерием оценки состояния больного.

Рядом авторов показано улучшение КЖ больных после различных операций: пересадки сердца и печени, аорто-коронарного шунтирования, операций по поводу артроза тазобедренного сустава и др. Изучая КЖ пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, Ахтямов И.Ф. и соавторы использовали 6 шкал и 24 подшкал (по рекомендации ВОЗ) международного опросника качества жизни ВОЗ «КЖ-100». Данный опросник адаптирован для условий России, валидизирован и рекомендован для медицинских исследований. Данные исследования КЖ характеризуют не клиническую тяжесть заболевания, а отношение больного к своему состоянию. В результате было выявлено, что в первые три месяца после проведенной операции эндопротезирования у больных наблюдалась достоверная положительная динамика качества жизни, зарегистрированная по шкалам физического,

психологического благополучия и независимости. После операции у пациентов практически нормализовались показатели КЖ, нарушенные до нее. Они приблизились к показателям здоровых лиц контрольной группы по общему КЖ, физическому и психологическому благополучию. По шкалам уровня независимости и общественной активности при общей положительной динамике КЖ больных не достигло уровня контрольной группы (пациентов без патологии тазобедренного сустава), но в первом случае эта динамика оказалась выраженной. Таким образом, патология тазобедренного сустава обуславливает низкое качество жизни больных, которое достоверно возрастает после эндопротезирования. В соответствии с критерием КЖ у больных с переломом шейки бедра операция эндопротезирования тазобедренного сустава является обоснованной.

К хирургическим вмешательствам, главной целью которых является улучшение КЖ больного, в полной мере относятся паллиативные операции. Новые операции, когда они разрабатываются для улучшения КЖ больного, должны сравниваться с традиционными хирургическими методами, и оценка КЖ после операции является основным критерием ее эффективности. Оценка КЖ до и после лечения позволяет сравнивать хирургические и консервативные режимы лечения и помогает оценить эффективность хирургического вмешательства. КЖ больных, измеренное до хирургического вмешательства, имеет прогностическое значение и помогает в отборе больных для оперативного лечения. Показано, что параметры КЖ, оцененные до трансплантации сердца, четко коррелируют с выживаемостью после трансплантации. У больных, имеющих низкое КЖ до операции, риск смерти был в четыре раза выше, чем у больных, имеющих высокие показатели КЖ..

Одним из наиболее важных условий качественного лечения хирургического больного является купирование у него до- и послеоперационной боли. Выраженность болевого синдрома имеет, как правило, существенное негативное влияние на интегральный показатель КЖ. В этой связи болевому синдрому в хирургии уделяется серьезное внимание. С помощью интегральной оценки боли можно судить об эффективности обезболивающих препаратов и косвенно - об эффективности самой операции. На основании полученных данных можно корректировать послеоперационное лечение и таким образом улучшать КЖ больного.

Индивидуальный мониторинг КЖ больного также широко применяется в хирургии. Он позволяет врачу не только убедиться в правильности и эффективности хирургического вмешательства, но также проследить течение периода ранней и поздней реабилитации и в случае необходимости внести коррективы в программу реабилитационных мероприятий.

Изучая факторы, влияющие на прогноз продолжительности и качества жизни и инвалидности, В.Ф. Ушаков, Е.А. Кирьянова, С.В. Андрющенко, О.В.Ушакова (2003) выявили следующие из них: наследственность, болезни и степень поражения органов

и систем, пол, тип нервной системы, вредные привычки, наличие увлечений, отношение к сохранению здоровья, вода, пища, жилье, экология среды обитания, наличие благоприятного микросоциального окружения, уровень и доступность медицинского обеспечения, профессиональная вредность, образование, криминогенность, уровень социально-экономического развития района, страны; прожиточный минимум и доходы населения, использование транспорта (частота и виды), возраст и средняя продолжительность жизни населения района, страны; место рождения и проживания (влияние климата). По мнению авторов при прогнозировании продолжительности и качества жизни (инвалидности) необходимо полнее и тщательнее использовать вышеперечисленные факторы. В итоге точность прогноза может достигать 65% и более, но никогда не будет равна 100%, так как по различным причинам абсолютно полную информацию собрать невозможно.

Многие исследователи, изучая корреляты показателя здоровья, пришли к выводу, что самым сильным переменным фактором является самооценка здоровья. Субъективное понятие здоровья играет большую роль, чем объективные показатели, т. е. представление людей о своем здоровье оказывается важнее самого «здоровья». Осознанный недуг — это не просто фактические когнитивные признаки нарушения здоровья, но также совокупность определенных нарушений, боли, утомления, страхов, чувства опасности и беспомощности (А.А. Возмитель, 1986, В.П. Войтенко, 1991). Физическая активность (как один из компонентов здоровья) включает в себя выполнение легкой или тяжелой работы в повседневной деятельности, занятия физическими упражнениями и спортом, а также самооценку физической деятельности (П.Н. Башкиров, 1962).

Включение в качестве одного из параметров здоровья состояния наследственности по некоторым признакам (болезни матери и отца, причины их смерти) обосновано наследственной отягощенностью по ряду заболеваний, в частности сердечно-сосудистых и онкологических. Хотя наследственная отягощенность по злокачественным новообразованиям является не таким грозным признаком, как таковая по сердечно-сосудистым заболеваниям, при проведении эпидемиологического ретроспективного анализа в равной степени являются важными все патологические состояния в анамнезе, тем более, если они привели к летальному исходу.

Информация, полученная в рамках образования, позволяет судить о степени образованности конкретного индивида с дальнейшей увязкой этого аспекта с общественной деятельностью, активным досугом, общением со многими людьми. Различные формы деятельности являются предпосылкой здоровья, благополучия и долголетия (Н.К. Барсукова, В.И. Храмцов, Ф.А. Джатдаева, 1998).

На КЖ помимо уровня здоровья, образования влияют состав семьи, быт, условия проживания. Для подробного анализа должно быть выбрано множество переменных,



включающих в себя характер проживания, число детей в семье, количество комнат, приходящихся на 1 человека, степень обеспеченности основными бытовыми предметами. При анализе условий проживания особое внимание уделяю положению объектов химической и атомной промышленности, линий электропередач, аэродрома и т. д. Построение корреляционной матрицы на выходе позволяет установить степень сопряженности этих показателей с состоянием здоровья (В.П. Дильмак, 1987).

К вредным привычкам, влияющим на КЖ относятся прежде всего курение и употребление алкоголя. Курение является фактора риска злокачественного образования, алкоголь оказывает эмбриотоксическое действие. Поэтому при анализе смертности и заболеваемости следует учитывать эти факторы как способные увеличивать шанс гибели или вызывать изменения в функциональном состоянии организма (Р.Г. Айрапетов, Т.Н. Дмитриева, 1989).

Система здравоохранения имеет прямую направленность на совершенствование механизмов выживания человеческих популяций. Медицинская активность, обращенная на охрану здоровья, является важнейшим фактором формирования здорового образа жизни как основного способа первичной профилактики и улучшения КЖ. Поэтому следует анализировать частоту посещений врача, особенности оказываемых медицинских услуг, а также употребление индивидуумом лекарственных препаратов. Полученные данные об использовании населением медицинских учреждений позволяют установить глубину и объем медицинской помощи, оказываемой в конкретном регионе. Эта информация должна лечь в основу рационального планирования служб медицинской помощи для пострадавших регионов (Л.Л. Максименко, 1995).

Как интегральный показатель всеобщего благополучия чувство удовлетворенности своей жизнью является очень изменчивым и, как правило, зависит от наличия определенной социальной поддержки, финансового статуса и собственных функциональных способностей. Важное значение при этом имеет возраст. При интерпретации этого параметра нельзя не принимать во внимание стрессогенность обстановки проживания населения в экологически неблагоприятных районах, ложные, порой панические слухи об общепланетарных последствиях (И.И. Балашова, Л.В. Брегель, 1986, В.В. Булавин, Р. Ан, И.Р. Иванова, 2003). Развитие стресса, обусловленного экофобией, небезразлично для организма. Длительное перенапряжение в конечном итоге приводит к десинхронизации функциональных связей и истощению резервов адаптации. Развиваются нарушения гомеостаза, отражающиеся на здоровье населения. В связи с изложенным необходимым является анализ восприятия личностью любого фактора в сравнении с другими, корректность представлений о его последствиях.

Таким образом, с помощью исследования КЖ в хирургии можно получить полезную дополнительную информацию о больном, позволяющую с различных

позиций оценить результаты хирургического вмешательства. На основании анализа степени риска и пользы хирургического вмешательства определяют общую стратегию лечения больного. Потенциальный риск включает физические и психологические последствия операции, операционный риск и возможность последующей операции. Польза - это положительный долгосрочный эффект операции в отношении здоровья и КЖ больного. Данные об исследовании качества жизни больных с переломами нижних конечностей в период лечения и реабилитации не содержат данных о психологическом статусе больных, что является очень важным. Кроме того, данные о влиянии психологического статуса в период лечения и реабилитации больных с переломами нижних конечностей исчерпываются общими теориями психосоматических заболеваний. Однако, как показал анализ данных литературы и имеющаяся проблема КЖ именно при переломах нижних конечностей в целом изучена и освещена недостаточно, что и побудило нас к изучению данной проблемы.

*Abstract*

***D.E. Amvrosov, G.J. Klimenko***

**TO THE QUESTION ON RESEARCH OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH  
TRAUMA**

The N.N. Burdenko VSMA

It is considered existing programs for research of quality of life of the population and methodical approaches for an estimation of quality of life of patients before or after treatment or operative interventions.

Key words: level of a traumatism, structure of economic losses.

Сведения об авторах: Клименко Григорий Яковлевич – д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко; Амвросов Дионис Эдуардович – соискатель кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко.