

определяется как постоянные отрицательные эмоции и снижение мотивации, что ведет к более отрицательным оценкам новых ситуаций, ощущению бессмысленности каких-либо действий и является самостоятельным фактором риска развития ИБС [3].

Заключение

Таким образом, анализ причин невысокой приверженности к медикаментозной терапии пациентов с ИБС, в особенности лиц мужского пола, свидетельствует о целесообразности разработки и внедрения качественных образовательных программ для пациентов с ИБС на современном уровне, а также малозатратных эффективных методов МР.

Эффективность реабилитации пациентов с ИБС может быть достигнута при соблюдении комплексного подхода с осуществлением мер по выполнению физического, медицинского, психологического и психофизиологического аспектов ВЛ, а также борьбы с сопутствующими факторами риска (гиперхолестеринемией, АГ, курением, ожирением, гиподинамией, нарушением толерантности к глюкозе). Мотивация знаний современных подходов к терапии ишемии миокарда и интерес к изучению основных методов реабилитации весьма высоки. Реабилитация теснейшим образом связана с вторичной профилактикой в единый неразрывный комплексный процесс, наиболее полно отвечающий задачам современной медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы кардиологии: учебное пособие / под ред. С. С. Якушина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 — 496 с.
2. Андреев, Д. А. Кардиореабилитация / Д. А. Андреев, А. А. Долецкий, А. В. Свет и др. — М.: МИА, 2016. — 240 с.
3. Погосова, Г. В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца — ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности / Г. В. Погосова, И. Е. Колтунов, А. Н. Рославцева // Кардиология. — 2007. — № 3. — С. 79–85.
4. Сумин, А. Н. Особенности кардиологической реабилитации в старших возрастных группах / А. Н. Сумин, О. Л. Барбараш // Кардиосомастика. — 2012. — № 1. — С. 38–43.
5. Jackevicius, C. A. Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction / C. A. Jackevicius, P. Li, J. V. Tu // Circulation. — 2008. — Vol. 117. — P. 1028–1036.

УДК 616-036.82

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ

Бандель В. Е., Михайлова Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Прогресс развития медицинской науки, изменение структуры заболеваемости населения и акцент на уважение прав пациента как личности привели к созданию новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов лечения. Наряду с достоверными критериями, характеризующими «количество жизни» все шире стали применять критерии, характеризующие «качество жизни» [КЖ], поскольку стало очевидным, что объективное уменьшение патологических симптомов (данных физикальных, лабораторных и инструментальных методов обследований) не обязательно сопровождается улучшением самочувствия больного [1].

В последние годы насчитывается более 4,5 млн публикаций, посвященных изучению КЖ, и эта тенденция повышенного внимания к качеству жизни растет с каждым годом. Судя по данным информации в современной литературе, КЖ в медицине является широко используемым термином, будучи интегральным показателем, отражающим степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению [1, 2].

Цель

Изучить и систематизировать имеющиеся в современной литературе данные об оценке качества жизни в медицине.

Материал и методы исследования

Для поиска литературы по выбранной теме использовали базы данных Disease Database, Europe PubMed Central, EMedicine, поисковую систему Google Scholar, а также пристатейные списки литературы. Был проведен теоретический анализ данных литературы по исследуемой теме за период с 2000 по 2019 гг.

Результаты исследования и их обсуждения

История науки о качестве жизни берет свое начало с 1949 г., когда профессор Колумбийского университета США D. A. Karnovsky опубликовал работу «Клиническая оценка химиотерапии при раке», в которой на примере онкологических пациентов показал необходимость всестороннего изучения психологического состояния больных, не ограничиваясь при этом общемедицинскими показателями [2]. В 1966 г. J.R. Elkington в «Annals of Internal Medicine» в статье «Медицина и качество жизни», заострил внимание на этой проблеме как «гармонии внутри человека и между человеком и миром, гармонии, к которой стремятся пациенты, врачи и общество в целом». В 1977 г. термин КЖ был включен в качестве рубрики в «Cumulated Index Medicus», после чего в 1970–1980 гг. были разработаны концепции изучения КЖ, а в 1980–1990 гг. отработана методика исследования КЖ при различных нозологиях [3].

В 1985 г. R. M. Kaplan и J. W. Bush предложили термин «качество жизни, связанное со здоровьем», используемое и сейчас в связи с тем, что, как правило, в широком смысле слова нельзя ограничиваться одним термином «здоровье». Необходимо учитывать одновременно и ряд факторов, таких как уровень доходов, свободу перемещения и качество окружающей среды. Несмотря на то, что все эти проблемы как бы отдалены от медицинской стороны здоровья, тем не менее все больший интерес сосредоточен на здоровье и его влиянии на КЖ. С 1995 г. во Франции функционирует международная некоммерческая организация, изучающая КЖ — институт MAPI Research Institute — основной координатор всех исследований в области КЖ в мире. Институт ежегодно проводит конгрессы по исследованию КЖ (International Society for Quality of Life Research — ISOQOL), внедряя в жизнь тезис, что целью любого лечения является приближение КЖ больных к уровню практически здоровых людей [4].

На сегодняшний день нет единого определения понятия «качество жизни». ВОЗ трактует КЖ как совокупность факторов, основанных на субъективном восприятии пациента и определяющих его физическое, психологическое, эмоциональное, социальное состояние [5].

Иными словами, качество жизни — функциональное влияние состояния здоровья и/или последующей терапии на пациента. Таким образом, это понятие субъективное и многомерное, охватывающее физические и профессиональные функции, психологическое состояние, социальное взаимодействие и соматические ощущения. Совокупность представлений пациента о заболевании составляет внутреннюю картину болезни. В каждом конкретном случае внутренняя картина болезни уникальна, неповторима во всех деталях, поскольку зависит как от самой болезни, ее течения, так и от индивидуально-психологических особенностей пациента. Влияние патологии на психику человека и его психологическая реакция на болезнь находятся в неразрывном единстве и взаимодействии, которое нередко строится по принципу «кольцевой зависимости» [5].

Основными инструментами оценки КЖ являются опросники. Все они могут быть разделены на общие, то есть применяемые при различных заболеваниях, и специальные, последние, в свою очередь, подразделяются по областям медицины, по изучаемой нозологии [1].

Первые инструменты для исследования КЖ — психометрические шкалы, созданные 30–40 лет назад для нужд психиатрии, — представляли собой краткий конспект клинической беседы врача с больным и изначально были громоздкими. В США и Европе созданы специальные центры, занимающиеся разработкой таких опросников. В современных опросниках признаки, содержащиеся в шкалах, отбираются с помощью методов стандартизации и затем изучаются на больших выборках пациентов. В дальнейшем отобранные признаки составляют основу для тщательно сформулированных вопросов и вариантов ответов, выбранных по методу суммирования рейтингов. Таким образом, в международной практике используются стандартизированные опросники, апробированные в клинических исследованиях и клинической практике. К опросникам КЖ предъявляют следующие требования: многомерность, простота и краткость, приемлемость, применимость в различных языковых и социальных культурах. После процедуры культурной и языковой адаптации каждый опросник подвергается проверке его психометрических свойств: надежности, валидности и чувствительности:

- надежность (reliability) — это способность опросника давать постоянные и точные измерения;
- валидность (validity) — способность опросника достоверно измерять ту основную характеристику, которая в нем заложена;
- чувствительность (sensitivity to change) — способность опросника давать достоверные изменения баллов КЖ в соответствии с изменениями в состоянии респондента (например, в процессе лечения) [1].

Такая сложная методология разработки, транскультурной адаптации и апробации опросников до их широкого внедрения в клиническую практику полностью соответствует требованиям Good Clinical Practice (GCP). Для получения более достоверных результатов рекомендуют одновременно использовать оба типа опросников. По мнению большинства авторов, в конкретном исследовании необходимо сочетать 3–5 методик. Выбор инструмента зависит от цели планируемого научного исследования, а также от ряда других факторов, включая характеристики исследуемой популяции (например, возраст, состояние здоровья, язык/культура) и условия проведения оценки КЖ (например, клиническое испытание, обычное посещение врача) и т. д. [3].

Благодаря исследованию КЖ, с одной стороны, удалось вернуться на новом витке эволюции к главному принципу: лечить не болезнь, а больного. Не вполне четко очерченные ранее задачи в лечении пациентов с различными патологиями, облекавшиеся в размытые вербальные категории, обрели определенность и ясность. С другой стороны, удалось получить достоверные данные о параметрах КЖ пациентов, как в клинической практике, так и при проведении клинических исследований [2].

На сегодняшний день исследование КЖ — основной инструмент медицины, используемый для стандартизации методов лечения, экспертизы новых методов лечения, мониторинга состояния пациента при оценке ранних и отдаленных результатов лечения, прогноза течения и исхода заболевания с выделением групп риска и оценкой эффективности профилактических программ, разработки принципов паллиативной медицины, а также исследования таких фармакоэкономических критериев как «стоимость-качество», «цена — эффективность». Стоит отметить, что оценка КЖ может стать обязательным условием при испытании лекарственных средств, новых медицинских технологий и методов лечения на любом этапе, включая и 2–4 фазы испытания лекарственных средств [3].

Выводы

Таким образом, качество жизни представляет собой необходимый компонент комплексной оценки состояния больного. Качество жизни включает в себя информацию

обо всех основных сферах жизнедеятельности человека, позволяя оценить как ассоциированные, так и неассоциированные с заболеванием компоненты. Если клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования позволяют судить о тяжести патологического процесса, то КЖ позволяет судить о переносимости пациентом своего заболевания. Только комплексный подход к лечению пациента позволяет полно и объективно оценить состояние здоровья, выбрать рациональный подход к лечению, а также контролировать эффективность проводимой терапии по параметрам, находящимся на стыке научного подхода врача и субъективной точки зрения пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Орлов, В. А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / В. А. Орлов, С. Р. Гиляревский // Медицина и здравоохранение. — 1992. — 66 с.
2. Оценка качества жизни в современной медицине [электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/otsenka-kachestva-zhizni-v-sovremennoy-meditsine>. — Дата доступа 20.09.2019.
3. Juniper, E. F. Determining a minimal change in a disease-specific quality of life questionnaire / E. F. Juniper // Journal of Clinical Epidemiology — 1994. — Vol. 47, № 1. — P. 81–87.
4. Elkinton, J. R. Medicine and the quality of life / J. R. Elkinton // Annals of Internal Medicine. — 1966. — Vol. 64. — P. 711–714.
5. Новик, А. А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — 2-е изд., испр. — М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. — 320 с.

УДК 615.8

ДИСТАНЦИОННАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ

Барбарович А. С., Барбарович А. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Гомель, Республика Беларусь

Введение

Физические методы лечения, основанные на использовании факторов механической природы, относятся к числу наиболее древних методов физиотерапии. Вначале метод ударно-волновой терапии был применен исключительно для литотрипсии — дистанционного дробления почечных камней. За несколько лет спектр применения метода стремительно расширился. Сегодня ударно-волновую терапию с различной величиной энергии используют в урологии, гастроэнтерологии, кардиологии, косметологии, реабилитологии.

Цель работы

Провести анализ литературных данных в публикациях отечественных и зарубежных авторов, посвященных применению дистанционной ударно-волновой терапии.

Материал и методы исследования

Ударные волны (УВ) успешно применяются в медицинской практике уже на протяжении многих лет. Начиная с 80-х гг. прошлого века широко используется метод дистанционной ударно-волновой литотрипсии при лечении мочекаменной болезни. В основе этого метода лежат кратковременные силовые воздействия акустической природы, вызывающие кавитационные разрушения в плотных мочевых конкрементах [1]. Таким образом, высокоэнергетические УВ передают энергию, фрагментирующую почечные камни. Вместе с тем было показано, что УВ способны вызывать ряд биологических эффектов, которые быстро нашли применение в ортопедической практике при лечении псевдоартрозов и замедленно консолидирующихся переломов [2, 5]. Используемые при этом УВ представляют собой чрезвычайно короткий, мощный импульс давления с высокими амплитудами давления и малой компонентой растяжения. Они генерируются вне тела пациента и передаются вглубь тела, производя терапевтический эффект.