

слева у женщин и у мужчин – подвержен средней степени варибельности ( $CV=17,1-18,1\%$ ) (табл.).

С учетом продольно-поперечного показателя выделены следующие варианты головок нижних челюстей и их распределение. Средне-широкие (31,2-47,6 мм) головки встречаются в большинстве наблюдений (70,8%), в то время как широкие (>47,6 мм) и узкие (<31,2 мм) – в 5 раз реже и с одинаковой частотой (14,6%).

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет*

*Медицинский институт высшего сестринского образования*

*Краснодар, Россия*

В последние годы резко возрос интерес к изучению качества жизни (КЖ). Это объясняется многими факторами: повышенным вниманием к отдалённым результатам лечения; растущим значением хронических заболеваний, при которых целью терапии часто является улучшение функции, а не выздоровление; количественные биологические параметры эффективности при анализе стоимости - эффективность далеко не всегда информативны; необходимостью определения приоритетов в здравоохранении и соответственном измерении результатов.

КЖ считают одним из ключевых параметров при изучении конечных результатов лечения. Выделяют три основные сферы человеческой жизнедеятельности для проведения оценки КЖ: физическая сфера, отражающая такие факторы как боль, способность к движению, выполнение повседневных задач; психическая сфера, отражающая чувственное восприятие, счастье, самоуважение, тревога; социальная сфера отражает взаимодействие с другими людьми в социальной сфере, дружбу, степень одиночества.

Существует большое число инструментов для изучения КЖ, которые можно разделить на две большие группы: общие и специфические для болезни. 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 определённого заболевания. В этом случае более информативными являются специфические инструменты.

Такие инструменты как индексы и шкалы дают возможность быстро определить конкретное цифровое значение показателя КЖ. Однако степень достоверности результатов, полученных в результате использования этих двух групп инструментов, уступает объективности результатов, полученных с помощью профилей или опросников. Опросники представляют собой список кон-

кретных вопросов, на которые пациент должен в короткий промежуток времени дать конкретный ответ. Как правило, вопросы охватывают состояние всех основных сфер жизнедеятельности пациента. Однако выведение утилитарного цифрового показателя при анализе опросников является очень сложным процессом, требующим дополнительного привлечения современных компьютерных технологий. Каждый ответ пациента подвергается расшифровке с последующим переводом в цифровое значение, которое затем вводится в формулу, разработанную специально для каждого опросника. В конечном результате при обработке каждого опросника должно быть получено число, соответствующее утилитарному показателю (состоянию КЖ), который может быть использован в качестве эффекта при экономической оценке стоимость-эффективность.

Измерительная система по оценке КЖ больных хроническими заболеваниями начала развиваться с 1987 года. Результатом стало создание опросника FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy - General), который содержал лишь общие вопросы, касающиеся состояния онкологических больных. Несколько лет было потрачено на адаптацию опросника для использования в различных странах: с учётом популяционных особенностей проводилась коррекция вопросов. Измерительная система функциональной оценки хронических заболеваний (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - FACIT) включала также опросники по оценке КЖ пациентов с рассеянным склерозом, ВИЧ-инфекцией, болезнью Паркинсона и рядом других состояний. Настоящая редакция FACT, созданная в 1998 году, явилась результатом развития данной измерительной системы с учетом специфики течения отдельных форм заболевания, изучающихся в рамках III фазы различных международных мультицентровых клинических исследований.

Данный опросник состоит из общих вопросов, оценивающих 4 основные сферы жизнедеятельности пациентов: сфера физического благополучия (*Physical well-being, PWB*); сфера социального или семейного благополучия (*Social/Family well-being, SWB*); сфера эмоционального благополучия (*Emotional well-being, EWB*); сфера функционального благополучия (*Functional well-being, FWB*), т.е. адаптация к повседневной жизни.

Уровень КЖ онкологических больных зависит как от стадии процесса, так и от его локализации и распространённости. Большую роль играет проводимое лечение и его побочное действие. Поэтому в настоящее время разработаны специальные вопросы, учитывающие специфику онкологического процесса.

При экономической оценке результаты определения КЖ полезны только в том случае, если они выражаются в виде индекса (например, от 0, соответствующего худшему варианту здоро-

вья, до 1, соответствующей полному здоровью, по аналогии с оценкой пользы), что облегчает расчёт затрат на единицу изменения показателя КЖ.

Мы очень надеемся, что интерес к оценке КЖ онкологических больных в нашей стране будет расти и дальше, так как его поддержание на определённом уровне, наряду с выживаемостью, в настоящее время является наиболее важным критерием эффективности лечения.

#### **МАСТОПАТИЯ – ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Булах Н.А.  
*Астраханская государственная медицинская академия  
Астрахань, Россия*

В периоды социально-экономических реформ и кризисов проблема сохранения репродуктивного здоровья населения становится важной государственной задачей и требует участия в её решении не только заинтересованных министерств ведомств, но и различных общественных структур (Фролова О.Г., Ильичёва И.А., 2002).

В реалиях социально-экономической ситуации конца 80-х, начала 90-х г.г. с целью сохранения положительного опыта и гуманитарной направленности отечественной медицины нами была теоретически разработана и внедрена в практику организационная модель взаимодействия элементов государственного и муниципального здравоохранения, научно-образовательных учреждений, хозрасчетных медицинских предприятий, частной медицины, а также общественных профессиональных организаций. В связи с требованиями практики, нами сформулирована концепция адаптации и развития организации маммологической помощи населению Астраханской области в указанный период. Эта концепция стала основой нашего регионального научного проекта, впоследствии (к 2005 г.) получившего идеологическое соответствие с национальным проектом РФ «Здоровье» и правительственную финансовую поддержку в виде грантов РГНФ.

Приведены некоторые результаты комплексного исследования состояния здоровья более 10000 женщин с заболеваниями молочных желез (мастопатия, рак) и 1390 «практически здоровых» женщин репродуктивного возраста различных социальных групп.

По данным генеральной выборки самостоятельно обратившихся пациенток, основным контингентом (87,4%) явились женщины репродуктивного возраста. Из них городских жителей 88,7%, сельских – 11,3%, в их числе служащих и специалистов со средним специальным и высшим образованием – 92,5%, а из категории неквалифицированные рабочие – лишь 7,5%.

Показательным является низкий процент обратившихся женщин - неквалифицированных

рабочих с начальным образованием. Этот факт, по нашему мнению, свидетельствует о важной роли, как информированности, так и уровня образования и принадлежности к определенной социальной группе. То есть, прослеживается прямая связь низкого уровня санитарной грамотности и отношения к собственному здоровью и здоровью членов их семьи. Как известно, последнее является одним из основных показателей (критериев) психического здоровья.

В Астраханском регионе ежегодно регистрируется около 3000 и более больных злокачественными новообразованиями (290 – 340 человек на 100.000 населения). При этом показатели заболеваемости и смертности от рака молочной железы возросли соответственно от 12,9 до 33,3 и от 5,6 до 16,8 (на 100.000 населения) в последние три десятилетия.

По органам и системам эти показатели распределяются следующим образом: рак органов пищеварения – 27,6%, органов репродуктивной системы – 21,0% (включая молочные железы – 41%), органов дыхания – 5,6%, прочие – менее 3%.

При комплексном обследовании «практически здоровых» женщин - работниц промышленных, сельскохозяйственных предприятий и административных учреждений, выявлены хронические воспалительные и обменные заболевания органов пищеварения (до 60%), урогенитального тракта (до 32%), опорно-двигательного аппарата (до 20%), эндокринной системы (до 15%). При этом ведущим симптомокомплексом в оценке состояния здоровья и внутренней картины болезни указанного контингента являются признаки нарушений функции и морфологические изменения системы пищеварения.

Таким образом, в структуре, как онкологических, так и не онкологических заболеваний первые места занимают поражения системы пищеварения и репродуктивных органов. Эти данные позволяют акцентировать внимание на роль желудочно-кишечного тракта и питания при изучении проблем здоровья и качества жизни трудоспособного женского населения репродуктивного возраста. Мы придаём этому факту немалое значение, поскольку выявленное неблагополучие со стороны органов пищеварения даёт основание в дальнейшем к дополнительному изучению проблемы питания населения и профилактики соответствующих заболеваний. С другой стороны, мы видим в этих показателях один из объяснительных подходов к пониманию многих психо-эмоциональных и вегетоневрологических нарушений у людей, вследствие неблагоприятного состояния фундаментальных побудительных мотивов поведенческих реакций за счет пищевых и репродуктивных инстинктов и рефлексов.

Клинический анализ симптомокомплексов и данных анамнеза при мастопатии позволяет выделить по этиопатогенетическому признаку