



В. В. Жидецький

ДУ «Інститут загальної та
невідкладної хірургії
ім. В. Т. Зайцева НАМН
України», м. Харків

© Жидецький В. В

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯОПІКОВИМИ СТРИКТУРАМИ СТРАВОХОДУ

Резюме. У статті представлена розроблена і впроваджена в клінічну практику оцінка ефективності лікування хворих шляхом динамічної інтегральної оцінки якості життя пацієнта на основі визначення як суб'єктивної, так і об'єктивної складової якості життя, які органічно поєднуються в єдину систему. Дане дослідження показує, що розроблена методика дає однозначну оцінку якості життя хворого на кожному етапі лікування і подальшого спостереження за хворим.

Ключові слова: спосіб оцінки якості життя та оцінка ефективності лікування, об'єктивна та суб'єктивна складові.

Вступ

Визначення критеріїв ефективності лікування є суттєвим елементом не тільки у хірургії, але в будь-якій сфері медицини. До останнього часу загальноприйнятого способу комплексної оцінки ефективності лікування хворих з післяопіковими стриктурами стравоходу не існує. В останні два десятиріччя у більшості розвинутих країн світу в якості критерію ефективності різних методів лікування, медичних технологій і лікувальних засобів. Якість життя хворого як узагальнений показник використовується при порівнянні переваг та недоліків різних схем лікування хворих, при виборі оптимальних лікувальних і моніторингових програм. Саме покращення якості життя хворого часто виступає як провідний критерій, на основі якого приймається рішення щодо ефективності медичного препарату або методу лікування і можливості його реєстрації.

Якість життя є багатокомпонентним і багатовимірним поняттям і містить такі складові: фізичне, психічне, емоціональне, соціальне благополуччя, тобто усі ті компоненти життєдіяльності людини, на які впливають хвороба та її лікування. [5, 6, 10, 11] Саме тому показник якості життя може слугувати універсальним інтегральним критерієм ефективності лікування в багатьох галузях клінічної медицини. В наукових роботах описано використання дослідження якості життя хворого при визначенні ефективності лікування хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), хворобу Крона, функціональну (не виразкову) диспепсію та ін. [5, 13, 14]. В більшості описаних досліджень передбачається надавати оцінку ефективності лікування за результатами кількісної оцінки в балах суб'єктивної складової якості життя, одержаної на основі відповідей хворого на запитання одного чи кількох стандартизованих опитувальників. [1, 2, 9]. У теперішній час відомо понад 400 загальних та спеціальних опи-

тувальників, які призначені для дослідження якості життя пацієнтів з різними захворюваннями. [5, 13, 14]. В гастроентерології найбільш широко використовуються загальновідомий в усьому світі американський опитувальник MOS SF-36, створений I.E. Ware [15], та спеціальний гастроентерологічний опитувальник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) [5]. Їх сумісне використання дозволяє проводити достатньо інформативну суб'єктивну оцінку якості життя пацієнтів з гастроентерологічними захворюваннями, одержану на основі суб'єктивного сприйняття хворим свого стану здоров'я, а саме: фізичного, психоемоційного та соціального функціонування [3, 4, 7, 12].

Загальним недоліком існуючих на теперішній час способів оцінки якості життя пацієнтів є те, що вони дозволяють здійснити лише суб'єктивний вимір якості життя, заснований на анкетуванні пацієнтів, і не дають достатньо повного уявлення щодо тяжкості захворювання та об'єктивного стану здоров'я пацієнта, тобто є односторонніми і обмеженими. [5, 13, 14]. В багатьох дослідженнях відмічається, що оцінка якості життя, яка зроблена хворим, часто не співпадає з оцінкою якості життя, що виконана лікарем на основі даних об'єктивного обстеження. [3, 6, 9]. Причому відхилення можуть мати місце як в один, так і в інший бік. Підходи до оцінки якості життя, які використовуються у теперішній час, не дозволяють дати однозначну, виважену її оцінку, і тому показник якості життя в його існуючий інтерпретації не може слугувати повноцінним адекватним критерієм при виборі тактики і оцінці ефективності проведеного лікування на кожному з його послідовних етапів.

Необхідність вирішення даної проблеми для клінічної практики зумовила актуальність дослідження, проведеного у відділенні захворювань стравоходу та органів шлунково-кишкового тракту ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. Зайцева НАМН України».

Було поставлено завдання збільшення достовірності оцінки ефективності лікування хворих шляхом динамічної інтегральної оцінки якості життя пацієнта на основі вимірювання як суб'єктивної, так і об'єктивної складових якості життя, які органічно поєднуються в єдину систему.

Матеріали та методи досліджень

На теперішній час невідомі способи оцінки ефективності лікування пацієнтів, які органічно поєднують на єдиній методичній основі два підходи до кількісної оцінки якості життя, а саме її суб'єктивної та об'єктивної складових. Розрахунок на цьому підґрунті інтегрального кількісного показника дозволяє забезпечити якісно нові характеристики всього процесу оцінки і отримати системний синергійний ефект за рахунок забезпечення сумісного розглядання суб'єктивного та об'єктивного критеріїв оцінки, а також їх виваженого співвідношення. Об'єктивні і суб'єктивні показники поєднуються в систему органічно. Вони не тільки доповнюють і збагачують один одного, з різних боків висвітлюючи якість життя хворого, а самі змінюються і удосконалюються таким чином, що в результаті можна одержати дійсно цілісну, повну і адекватну оцінку якості життя хворого. До того ж, спосіб дозволяє зменшити вплив суб'єктивного фактору на оцінку, яка властива відомим способам, але при цьому зберегти його як дуже вагомий компонент оцінки стану пацієнта та ефективності отриманого лікування, а також для прогнозу перебігу захворювання. Невідомі способи оцінки якості життя в медичних дослідженнях, яким притаманне присвоєння вагових коефіцієнтів кожному з показників стану хворого в залежності від їх значущості для оцінки стану і визначення перебігу захворювання.

Результати досліджень та їх обговорення

Методологічні засади, методичні рекомендації, принципи та розрахункові процедури цього способу можуть бути застосовані для оцінки ефективності лікування хворих з різними гастроентерологічними захворюваннями. Найбільш докладно і ретельно цей спосіб розроблений колективом авторів стосовно оцінки ефективності кожної стадії лікування хворих з протяжними післяопіковими рубцевими стриктурами стравоходу. Метод і спосіб його розробки складався з наступних етапів.

На I етапі згідно з запропонованим підходом визначено систему вихідних об'єктивних показників, які є найбільш істотними і значущими для вірної оцінки стану здоров'я пацієнтів з після опіковими рубцевими стриктурами стравоходу і об'єктивної оцінки якості їх жит-

тя на кожній стадії лікування та подальшого спостереження за хворими. Перелік з 10 обраних показників є однаковим для всіх пацієнтів з даним захворюванням і не змінюється протягом усього періоду моніторингу якості їх життя. З метою одержання інформації для об'єктивної оцінки якості життя хворого була розроблена анкета об'єктивних даних, яку лікар заповнює на основі обов'язкового проведення всього комплексу необхідних фізичальних, лабораторних та інструментальних методів обстеження, вимірювання необхідних параметрів фізичного стану хворого. [подана заявка на патент України № u 201504566 (Заявл. 12.05.2015, поз. ріш. 17.09.2015)].

Кожне запитання анкети має 5 варіантів відповідей, при цьому номер варіанту відповіді приймається як оцінка в балах відповідних показників. При цьому важливо зауважити, що кожний бал в анкеті відповідає клінічно значущим відмінностям у стані здоров'я пацієнта.

На II етапі визначаються вагові коефіцієнти показників 1-10 за допомогою метода експертних оцінок. Процедура групової експертної оцінки здійснювалася згідно з загальноновизначеною методикою, що викладена в спеціальній літературі [10]. Була сформована група експертів у складі 10 фахівців. Кожний експерт відповідав таким вимогам: був компетентним, креативним, професійним, мав власний достатній клінічний досвід комплексного лікування післяопікових рубцевих стриктур стравоходу, відповідні знання та інтуїцію. Експерт на свій розсуд мав надати кожному показнику певний ранг – від 1 до 10 (по числу показників). При оцінюванні у вигляді рангів найвищий ранг, рівний одиниці, присвоюється найбільш важливому (вагомому) фактору, а з числом 10 – найменш важливому. На основі опитувальних анкет формується матриця рангів, призначених експертами кожному показнику.

При вирішенні поставленої задачі, важливе значення має ступінь узгодженості думок експертів. Мірою узгодженості виступає загальноновідомий у статистиці дисперсійний коефіцієнт конкордації, запропонований Кендалом. Коефіцієнт конкордації має межі: $0 \leq W \leq 1$. Виходячи з цього, можуть спостерігатися наступні ступені узгодженості: $W=0$ – узгодженість відсутня; $W \geq 0,5$ – задовільна узгодженість; $W \geq 0,7$ – добра узгодженість; $W=1$ – повна узгодженість. Для перевірки статистичної значущості коефіцієнта конкордації було розраховано значення критерію Пірсона (χ^2). Обробка анкет експертів і визначення вагомості показників здійснювалися з використанням стандартних програм MS Excel. У проведеному нами дослідженні, коефіцієнт конкордації склав 0,70933, а значення критерію Пірсона – 63,84,



що значно перевищує табличне значення χ^2 (27,88 при кількості ступенів свободи – 9 і рівні значущості 0,1 %). Можна зробити висновок, що має місце добра узгодженість думок експертів, а саме: з імовірністю 99,9 % можна стверджувати, що ця узгодженість є не випадковою, а обґрунтованою.

На основі матриці рангів будується матриця переваг шляхом попарних порівнянь рангів показників, поставлених кожним експертом. Елементами матриці переваг є кількості наданих експертами переваг кожному показнику. Відношення кількості наданих відповідному показнику переваг характеризує вагомість показника, з якою він враховується в способі оцінки якості життя хворого за об'єктивними даними. Вага кожного з показників є постійними протягом усього періоду оцінки ефективності лікування хворих. Сума вагових коефіцієнтів складає 1,000000 [подана заявка на патент України № у 201504566 (Заявл. 12.05.2015, поз. ріш. 17.09.2015)].

При здійсненні моніторингу стану здоров'я хворого ця анкета заповнюється лікарем неодноразово, на різних стадіях оцінки ефективності лікування. При проведенні дослідження оцінка якості життя хворого здійснювалася при надходженні до стаціонару, при виписці, через 1, 3, 6, 9, 12 місяців після виписки.

Об'єктивна складова оцінки якості життя хворого розраховується в кожній точці дослідження за такою формулою:

$$I_{об.н.} = \sum_{i=1}^n p_i k_i, \quad (1)$$

де $I_{об.н.}$ – показник якості життя хворого у балах за об'єктивними даними вимірювання параметрів його стану; p_i – бальна оцінка i -го показника стану хворого ($p = 1, 2, 3, 4, 5$); k_i – ваговий коефіцієнт i -го показника; n – кількість показників ($n=10$).

Далі на III етапі з розробленим підходом здійснюється оцінка суб'єктивної складової якості життя хворого на кожній стадії лікування та подальшого спостереження за його станом [подана заявка на патент України № у 201504566 (Заявл. 12.05.2015, поз. ріш. 17.09.2015)]. Анкета заповнюється пацієнтом особисто та містить суб'єктивні дані щодо самооцінки хворим свого фізичного, психоемоційного і сімейно-соціального функціонування і дозволяє оцінити вплив захворювання на якість життя хворого. Як і анкета об'єктивних показників, ця анкета містить по кожному запитанню 5 варіантів відповідей, при цьому номер відповіді приймається як оцінка в балах відповідних показників. Слід зазначити, що анкета є загальною, для прискореної оцінки з неї обирають питання 4, 7, 8, 10, 12,

14, 17, 18 та 20, які є найбільш значущими для оцінки суб'єктивної складової якості життя пацієнтів з протяжними рубцевими стриктурами стравоходу.

Суб'єктивна складова оцінки якості життя розраховувалась в кожній точці дослідження за такою формулою:

$$I_{суб.н.} = \sum_{i=1}^k r_i v_i, \quad (2)$$

де $I_{суб.н.}$ – показник якості життя хворого у балах за суб'єктивними даними; r_i – бальна оцінка i -го суб'єктивного показника ($r_i = 1, 2, 3, 4, 5$); v_i – ваговий коефіцієнт i -го показника (0,1 для приклада, що розглядається); k – кількість суб'єктивних показників (для приклада, що розглядається, $k=10$) [подана заявка на патент України № у 201504566 (Заявл. 12.05.2015, поз. ріш. 17.09.2015)].

На IV етапі здійснюється кількісна оцінка якості життя хворого на кожній стадії дослідження ефективності лікування на основі розрахунку інтегрального показника якості життя, що узагальнює усі зазначені вище критерії та показники.

Інтегральний показник якості життя складається з двох основних компонентів: показника якості життя хворого за об'єктивними даними комплексного обстеження (об'єктивна складова оцінки якості життя); показника якості життя хворого за даними суб'єктивної самооцінки хворим свого фізичного, психоемоційного та сімейно-соціального функціонування (суб'єктивна складова оцінки якості життя).

Кількісна оцінка інтегрального показника якості життя $I_{яж.}$ розраховується як середня арифметична двох оцінок – об'єктивної та суб'єктивної, а саме:

$$I_{яж.} = (I_{об.н.} + I_{суб.н.}) \cdot 0,5. \quad (4)$$

За результатами проведених досліджень була розроблена шкала для оцінювання якості життя, яка дозволяє інтерпретувати отримані результати її кількісної оцінки. Показники шкали змінюються від 1 до 5. Шкала побудована таким чином, що більш високі значення, отримані по шкалі, відповідають більш виразним симптомам захворювання, більш тяжкому стану пацієнта і, відповідно, доволі низькій якості життя. Зниження тяжкості стану хворого, що відбивається в зниженні значення показника, отриманого по шкалі, свідчить про покращення показників стану хворого, зменшення симптоматики проявів захворювання, загасання патологічних процесів знаходить відображення у зниженні показника по шкалі, що свідчить про покращення показників ста-

ну здоров'я і, відповідно, до підвищення якості життя. Запровадження саме зворотної шкали оцінки якості життя відповідає найбільш поширеним у теперішній час тенденціям дослідження якості життя в гастроентерології.

В табл. 1 надана інтерпретація отриманих в результаті розрахунків оціночних показників якості життя згідно з запропонованою шкалою.

Таблиця 1

Шкала оцінки якості життя хворих з післяопераційними рубцевими стриктурами стравоходу

Значення інтегрального показника якості життя у числовому діапазоні	Інтерпретація кількісної оцінки (характеристика якості життя)
$1 \leq I_{\text{яж}} < 2$	Задовільна якість життя – $Z_{\text{яж}}$
$2 \leq I_{\text{яж}} < 3$ $2,0 \leq I_{\text{яж}} < 2,5$ $2,5 \leq I_{\text{яж}} < 3$	Відносно задовільна (середня) якість життя, а саме: вище середньої – $VЗВ_{\text{яж}}$ нижче середньої – $VЗН_{\text{яж}}$
$3 \leq I_{\text{яж}} < 4$	Низька якість життя – $Н_{\text{яж}}$
$4 \leq I_{\text{яж}} < 5$	Дуже низька якість життя – $ДН_{\text{яж}}$

Для ідентифікації взаємозалежності якості життя та ефективності лікування на кожному з послідовних етапів пропонуємо використати таку шкалу, яка представлена у табл. 2.

Узагальнення і опрацювання інформації, що міститься в анкетах об'єктивних і суб'єктивних даних та виконання всіх розрахунків здійснюються на комп'ютері за допомогою стандартних програм MS Excel, що значно знижує трудомісткість використання цього способу оцінки якості життя.

Підсумкова таблиця має оцінки ефективності лікування хворого М, 31 р. з післяопераційною рубцевою стриктурою стравоходу, якому проводились дилатації:

На рис. представлено динаміку інтегрального показника якості життя хворого М, 31 р. з післяопераційною рубцевою стриктурою стравоходу, якому проводились дилатації за даними дослідження в залежності від часу спостереження (при надходженні до стаціонару, при виписці, через 1,3,6,9,12 місяців після лікування).

Таблиця 3

Шкала оцінювання ефективності лікування на кожному етапі в залежності від зміни показника якості життя

Вектор зміни $I_{\text{яж}}$ відносно попереднього етапу лікування	Умовне позначення	Інтерпретація зміни $I_{\text{яж}}$	Числовий діапазон, в якому знаходиться досягнутий на даному етапі рівень $I_{\text{яж}}$	Характеристика ефективності лікування
Зменшення	↓	Якість життя покращилася у порівнянні з попереднім етапом	$1 \leq I_{\text{яж}} < 2$	Лікування високоефективне
Зменшення	↓	Якість життя покращилася	$3 \leq I_{\text{яж}} < 4$ або $2 \leq I_{\text{яж}} < 3$, тобто $2 \leq I_{\text{яж}} < 4$	Ефективне, потребує продовження
Збільшення	↑	Погіршення якості життя	$2 \leq I_{\text{яж}} < 3$	Ефективне, але ефект був нетривалим. Необхідно призначити додатковий курс лікування
Збільшення	↑	Погіршення якості життя	$I_{\text{яж}} > 3$	Неефективне

Таблиця 4

Ефективність лікування

Період часу	Інтегральний показник якості життя хворого $I_{\text{яж}}$		Зміна $I_{\text{яж}}$ відносно попередньої стадії лікування	Оцінка ефективності лікування
	Значення в балах	Інтерпретація		
При надходженні до стаціонару	2,89	$VЗН_{\text{яж}}$	—	—
При виписці	2,32	$VЗВ_{\text{яж}}$	↓	ефективне, потребує продовження
Через 1 місяць	1,83	$Z_{\text{яж}}$	↓	ефективне
Через 3 місяці	1,64	$Z_{\text{яж}}$	↓	ефективне
Через 6 місяців	2,58	$VЗН_{\text{яж}}$	↑	ефективне, але ефект був нетривалим; додатковий курс лікування
Через 9 місяців	2,15	$VЗВ_{\text{яж}}$	↓	ефективне, потребує продовження
Через 12 місяців	1,88	$Z_{\text{яж}}$	↓	ефективне

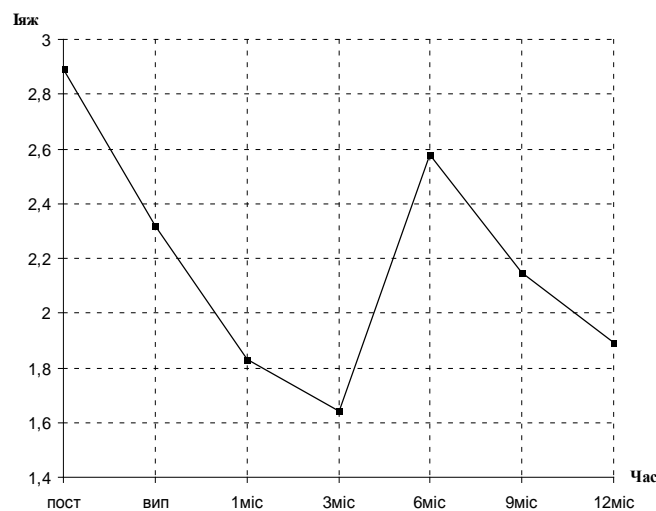


Рис. 1. Динаміка інтегрального показника якості життя

З наведеного графіку видно, що внаслідок проведеного курсу дилатації у хворого протягом 3 місяців спостерігалось стабільне, рівномірне підвищення якості життя до задовільного рівня. Проведене лікування було визнано ефективним. У період з 3-го до 6-го місяців ефект від лікування поступово зменшувався і через 6 місяців при обстеженні та оцінці якості життя виявилось, що якість життя значно погіршилася, що свідчить про те, що ефект від проведеного лікування зійшов нанівець. Виходячи з отриманих даних, хворому було запропоновано та проведено повторний курс лікування у вигляді дилатації. Після цього був отриманий позитивний ефект і якість життя поступово покращилася. Проведений курс лікування можна розцінити як ефективний.

Висновки

Запропонований спосіб оцінки якості життя хворих має такі переваги у порівнянні з існуючими способами оцінки якості життя хворих: дозволяє одержати максимально повну, адекватну і неупереджену картину якості життя хворого, тобто є більш інформативним та ефективним; враховує усі критерії та

вимоги, які необхідні в оцінці якості життя та її складових, згідно з рекомендаціями ВООЗ (12); дає однозначну оцінку якості життя хворого на кожному етапі лікування та подальшого спостереження за хворим, що дозволяє уникнути розбіжностей, що існують між суб'єктивною оцінкою пацієнтом якості свого життя та об'єктивною оцінкою, що зроблена лікарем на основі даних комплексного обстеження; дозволяє розрахувати інтегральний показник якості життя, який може слугувати достовірним та надійним критерієм оцінювання ефективності проведеного лікування хворих на кожному з послідовних етапів лікування та подальшого спостереження за хворим та дозволяє обирати тактику подальших лікувальних заходів; завдяки використанню такого критерію дає можливість своєчасно вносити необхідні корективи в тактику лікування і тим попереджати можливі ускладнення у перебігу захворювання, скорочувати строки одужання хворих; дозволяє давати правильну оцінку ранніх та віддалених результатів лікування при використанні різних методів, схем і програм лікування та реабілітації хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М. : Практика, 1998. – 459 с.
2. Грабовецький Б.Є. Методи експертних оцінок: Теорія, методологія, напрями використання: монографія / Б.Є. Грабовецький. – Вінниця: ВНТУ. – 2010. – 320 с.
3. Зайцев И. А. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, - современный взгляд на проблему (обзор литературы) / И. А. Зайцев, В. Т. Кириенко, А. А. Заплотная [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2010. – Т. 11, № 2. – С. 274-279.
4. Лапач С.Н. Статистика в науке и бизнесе / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич // – К. : МОРИОН. – 2002. – 640 с.
5. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, Ю. Л. Шевченко // – М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
6. Приступа Є. Якість життя людини: категорії, компоненти та їх вимірювання / Є. Приступа, Н. Куриш // Фізична активність, здоров'я і спорт: Наук. журнал. – 2010. – № 2. – с. 54-63.
7. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования по применению международного опросника GerdQ для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / [В. О. Кайбышева, Ю. А. Кучерявый, А. С. Трухманов та ін.]. // РЖГГК. – 2013. – С. 15–23.
8. Сергиенко В.И. Математическая статистика в клинических исследованиях / В. И. Сергиенко, И. Б. Бондарева // – М. : ГЭОТАР Медицина, 2000. – 256 с.
9. Ягенський Л.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / Л.В.Ягенський, І.М. Січкарук // Внутрішня медицина. – 2007. – № 3. – С. 46-49.
10. Adronson N.K. Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues / N.K. Adronson // Control Clin. Trials. – 1989. – Vol.10. – P.195 – 208.
11. Bowling A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales / A. Bowling // – Open University Press: Philadelphia, 1996. – 374 p.
12. The WHOQOL Group. What is Quality of life? / The WHOQOL Group. // Wold Healthx Forum. – 1996. – Vol. 17, №4. – P. 354–356.
13. Revicki D.A. The impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life / D. A. Revicki, M. Wood, P.N. Maton, S. Sorensen // The Am. J. of Medicine. – 1998. – Vol. 104. – P. 252-258.
14. Revicki D. A. Reliability and validity of the gastrointestinal symptom rating scale in patients with gastroesophageal reflux disease / D. A. Revicki, M. Wood, I. Wiklund, J. Crawley // Qual. Life Res. – 1998. – Vol. 7. – P. 75-83.
15. Ware I.E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): conceptual frame-work and item selection / I. E. Ware, C. D. Sherbourne // Medical Care. – 1992. – Vol. 30. – P. 473-483.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОЖГОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

В. В. Жидецкий

Резюме. В статье представлена разработанная и внедренная в клиническую практику оценка эффективности лечения больных путем динамической интегральной оценки качества жизни пациента на основе измерения как субъективной, так и объективной составляющей качества жизни, которые органично объединяются в единую систему. Данное исследование показывает, что разработанная методика дает однозначную оценку качества жизни больного на каждом этапе лечения и дальнейшего наблюдения за больным.

Ключевые слова: способ оценки качества жизни и оценка эффективности лечения, объективная и субъективная составляющие.

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH POST-BURN ESOPHAGEAL STRICTURES

V. V. Zhidetsky

Summary. The article presents a developed and introduced into clinical practice assessment of the effectiveness of treatment of patients through an integrated dynamic estimation of quality of life of the patient, based on measurements of both subjective and objective component of quality of life, which is organically combined into a single system. This study shows that the developed method provides a clear assessment of the quality of life of the patient at each stage of the treatment and follow-up of patients.

Key words: method of assessing the quality of life and assessment of the effectiveness of treatment, objective and subjective components.