

Жулкевич І.В., Сміян С.І., Гаврилюк М.Є., Кміта Г.Г., Крамар Л.Т., Корчинська Р.Й.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ПРИ УРАЖЕННІ РІЗНИХ ПАРОСТКІВ КРОВОТВОРЕННЯ – У роботі наведений огляд літератури з проблеми вторинного остеопорозу при ураженні гемопоетичної системи та власні дослідження стану мінеральної щільності кісткової тканини у гематологічних хворих. Зроблено висновок про те, що зменшення мінеральної щільності кісткової тканини поперекового відділу хребта у вигляді остеопоротичного та остеопенічного ураження кісткової тканини зустрічається у гематологічних хворих значно частіше, ніж у загальній популяції, причому ризик хребцевих деформацій у таких хворих вищий у жінок порівняно з чоловіками і ступінь ураження кісткової тканини може бути пов'язаний з ураженням тої чи іншої ланки системи гемопоезу. У різних вікових групах чоловіків та жінок з ураженням кровотворної системи підвищений ризик ХД реалізується з різним ступенем прояву.

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПОРАЖЕНИИ РАЗНЫХ РОСТКОВ КРОВОТВОРНОЙ СИСТЕМЫ – В работе приведенный обзор литературы по проблеме вторичного остеопороза при поражении гемопоэтической системы и собственные исследования состояния минеральной плотности костной ткани у гематологических больных. Сделан вывод о том, что уменьшение минеральной плотности костной ткани поясничного отдела позвоночника в виде остеопоротичного и остеопенического синдрома встречается у гематологических больных значительно чаще чем в общей популяции, причем риск позвоночных деформаций у таких больных высший у женщин по сравнению с мужчинами; степень поражения костной ткани может быть связан с поражением того или другого звена системы гемопоэза. В разных возрастных группах мужчин и женщин с поражением кроветворной системы повышенный риск позвоночных деформаций реализуется с разной степенью проявления.

STATE of MINERAL DENSITY КОСТНОЇ of a FABRIC ПОЯСНИЧНОГО of a DEPARTMENT of a BACKBONE AT a DEFEAT DIFFERENT РОСТКОВ КРОВОТВОРНОЇ СИСТЕМЫ - In operation the given review of the literature on a problem secondary osteoporosis at a defeat гемопоэтической of the system and own researches of a state of mineral density костной of a fabric at гематологических of the patients. The output is made that the decrease of mineral density костной of a fabric поясничного of a department of a backbone as остеопоротичного and osteopenic of a syndrome meets at гематологических of the patients much more often(much thicket&) than in a common population, and risk vertebral of deformations at such patients maximum at the women in comparison with the men; a degree of a defeat костной of a fabric can be connected to a defeat of that or other link of the system гемопоэза. In different age groups of the men and women with a defeat gemopoesis of the system the raised(increased) risk vertebral of deformations is realized with a different degree of manifestation.

Ключові слова: остеопороз, мінеральна щільність кісткової тканини, гемопоез.

Ключевые слова: остеопороз, минеральная плотность костной ткани, гемопоэз.

Key words: osteoporosis, bone mineral density, hemopoiesis.

Остання чверть століття розвитку сучасної медицини пройшла під гаслом забезпечення пацієнту реалізації його прав. Женевська Декларація Всесвітньої Медичної Асоціації визначає основним постулат лікаря як “Здоров’я мого пацієнта — моя головна турбота”, а Міжнародний Кодекс Медичної Етики вказує, що: “Лікар повинен діяти виключно в інтересах хворого, призначаючи лікування, що може негативно вплинути на фізичний та розумовий стан хворого”. Відповідно і метою лікарської практики є збереження та відновлення здоров’я людини не тільки у фізичному та психологічному аспектах, а і в соціальному [2].

ВООЗ визначає термін “здоров’я” як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Створюючи це визначення (1957 рік), робоча група експертів ВООЗ розуміла під цим визначенням якісний стан людського організму, що забезпечує його адекватне функціонування в існуючих соціальних умовах і умовах довкілля. Вищенаведене призвело до впровадження в сучасні медичні дослідження терміна “якість життя” (ЯЖ), під яким необхідно розуміти (в найбільш загальних рисах) здатність кожного індивідуума повноцінно функціонувати в суспільстві відповідно до свого соціального положення та отримувати задоволення від життя [31].

ЯЖ є багатофакторним поняттям, яке включає в себе велику кількість компонентів: економічні, психологічні, соціальні, медичні, технологічні, екологічні тощо. Під медичними аспектами терміна ЯЖ в даний час розуміють вплив захворювання, обмеження функціональної здатності, що настало внаслідок захворювання, і вплив лікувальних (медикаментозних та немедикаментозних) заходів на повсякденне життя пацієнта. Звернення уваги медиків до цього питання фактично означає повернення медицини до своїх гуманістичних джерел, від яких вона почала віддалятися в зв’язку з бурхливим розвитком технічного забезпечення наукових медичних досліджень.

ЯЖ, що включає в себе інтегральну оцінку ефективності лікування за показниками фізичного, емоційного та соціального статусу хворого, не має на даний час однозначного підходу до її оцінки. N. Wenger і співавтори [29] пропонують характеризувати медичні аспекти ЯЖ, виходячи з трьох компонентів: а) функціональної здатності; б) сприйняття свого стану; в) проявів захворювання. Функціональна здатність – можливість здійснювати соціальну, розумову і емоціональну функції, створювати економічну забезпеченість у повсякденному житті. Сприйняття оцінює погляди пацієнта та його судження про цінність для нього компонентів функціональної здатності, серед яких першочергове значення має сприйняття загального стану здоров’я, рівня добробуту та задоволення життям. Третьою, безсумнівно важливою, характеристикою ЯЖ є прояви основного захворювання, ускладнень та супутніх захворювань, що зменшуються чи зникають (змінюються) в результаті застосування лікування.

Критерії для оцінки ЯЖ, що рекомендовані ВООЗ (в алфавітному порядку) наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Критерії оцінки якості життя

Критерій	Складові
Довкілля	Благополуччя, безпека, пошук, забезпеченість, доступність і якість медичного і соціального забезпечення, доступність інформації, можливість навчання та підвищення кваліфікації, довкілля, екологія (поллютанти, шум, населенність, клімат тощо).
Духовність	Релігія, особисті переконання.
Психологічні	Позитивні емоції, мислення, концентрація уваги, самоцінка, зовнішній вигляд, негативні емоції.
Рівень самостійності	Повсякденна активність, працездатність, залежність від фармакологічних засобів лікування
Суспільне життя	Особисті взаємовідносини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність.
Фізичні	Сила, енергія, втомлюваність, біль, дискомфорт, сон, відпочинок

Таблиця 2. Шкала ВООЗ

Бали	Характеристика ЯЖ
0	Стан нормальний. Активність повна.
1	Є симптоми захворювання, активність знижена, може знаходитись вдома.
2	Виразні симптоми захворювання, непрацездатний, менше 50 % часу проводить в ліжку.
3	Стан тяжкий, більше 50 % часу проводить в ліжку.
4	Дуже тяжкий стан, 100 % часу проводить в ліжку.
5	Смерть.

Попри всі труднощі оцінки вищезазначених даних, про що не перестають сперечатись на шпальтах періодичних медичних видань провідні фахівці різних медичних шкіл [3, 6, 25], слід зазначити, що вимір ЯЖ базується на самооцінці пацієнтом рівня стану свого життя (благополуччя), рівень якого може бути оцінений за окремими категоріями чи за допомогою наборів різноманітних шкал, індексів, тестів, анкет [6, 23].

Існує достатньо розроблених методик оцінки ЯЖ. Найбільш прості і розповсюджені з них – це шкала ВООЗ (табл.2) та шкала Карновські (табл. 3).

Ці дві шкали оцінки ЯЖ є найбільш загальними і характеризуються протилежною направленістю (різною в бальному вираженні) оцінки стану пацієнта, без врахування показників функціональної здатності та сприйняття, медичним персоналом і не враховують, які ж саме фактори призвели до такого стану ЯЖ. Також не враховуються ці фактори і в Clinical Global Impression of Change (CGIC – шкала клінічної оцінки змін) [10] та Global Deterioration Scale (GDS- шкала загального погіршення стану) [20].

Інші методи оцінки ЯЖ носять більш цілеспрямований характер та можуть бути розподілені на: неспецифічні (що використовуються незалежно від нозологічної форми захворювання) та специфічні (для дослідження пацієнтів з визначеною патологією).

Найбільш відомі анкети (опитувальники) для вивчення ЯЖ:

A. Неспецифічні – загальні:

1. Sickness Impact Profile (SIP) – “Профіль впливу захворювання”.

2. Nottingham Health Profile (NHP) – ”Ноттінгемський профіль здоров’я” [17].
3. “General Well-Being Questionnaire” – “Опитувальник оцінки загального благополуччя”.
4. “Overall Quality of Life Scale” – “Узагальнена шкала оцінки ЯЖ”.
5. “Quality of Life Index” – “Індекс ЯЖ”.
6. Контрольний перелік симптомів (SCL-90R) – для оцінки психічної симптоматики.
7. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) – Коротка форма оцінки медичних наслідків [14].
8. Медико-соціальна анкета Інституту клінічної кардіології ім. О.Л. М’яснікова.
9. European Organization for Research and Treatment of Cancer – EORTC-30 – Опитувальник Європейської Організації з Дослідження та Терапії Раку.
10. Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) – анкетник ЯЖ.
11. Quality of Well-Being Scale (QWB) – оцінка якості благополуччя.
12. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – Дерматологічний індекс ЯЖ [8].
13. Dermatology Quality of Life Scales (DQOLS) – Шкала якості життя в дерматології.
14. Dermatology Specific Quality of Life (DSQL) – Спеціальний Дерматологічний визначник ЯЖ.
15. Geriatric Evaluation by Relative’s Rating Instrument (GERRI) – геріатричний опитувальник.
16. Clinical Global Impression of Change (CGIC) – шкала клінічної оцінки змін.
17. Global Deterioration Scale (GDS) – шкала загального погіршення стану.

Валідність загальних опитувальників встановлено для різних нозологічних форм, що дозволяє проводити порівняльну оцінку впливу різних факторів впливу на ЯЖ як окремих пацієнтів, так і популяційних осередків.

В. Специфічні (для пацієнтів з визначеною патологією) – група спеціальних опитувальників для вивчення ЯЖ. Спеціальні опитувальники сфокусовані на конкретній нозології. Вони дозволяють зареєструвати зміни в ЯЖ пацієнтів, що виникли за відносно короткий проміжок часу.

1. Мінесотський опитувальник – “Життя з серцевою недостатністю”.
2. “Heart Patients Psychological Questionnaire” – “Психологічний опитувальник для кардіологічних хворих”.
3. Опитувальник “Якість життя хворих з аритмією”.

4. Шкала ЯЖ при діабеті (DQOL).
5. 20-Item Asthma Questionnaire (AQ20) – Короткий опитувальник для дослідження ЯЖ у хворих на бронхіальну астму.
6. Childhood Asthma Questionnaire (CAQ (A,B,C)) – Опитувальник для дослідження ЯЖ у хворих на бронхіальну астму.
7. Psoriasis Disability Index (PDI) – Псоріатичний Індекс (PDI).
8. Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI) – Індекс впливу псоріазу.
9. Acne Disability Index (ADI) – Індекс Впливу Вугрів (ADI).
10. Children’s Dermatology Life Quality Index (CDLQI)- Дитячий Індекс ЯЖ в дерматології.
11. Dermatitis Family Impact (DFI) – Індекс впливу Алергічного Дерматиту.
12. Specific quality of life questionnaire (GO-QOL) – Спеціальна анкета оцінки ЯЖ для пацієнтів з офтальмопатією [26].
13. Asthma Quality of life Questionnaire (AQLQ) – Опитувальник хворих на бронхіальну астму (БА) [13].
14. Alzheimer’s Disease Assessment Scale-Cognitive subscale (ADAS-Cog) – Конгитивна субшкала оцінки хвороби Альцгеймера [19].

Не дивлячись на багаточисленність анкет, опитувальників та тестів і їх версій до них всіх обов’язковою вимогою є стандартизація для використання в багатоцентричних дослідженнях та зіставлення отриманих даних [9].

З 1995 року у Франції працює інститут з вивчення ЯЖ – Інститут MAPI. Одним з основних напрямків його діяльності є координація робіт з розробки опитувальників і їхньої культурної адаптації до різних мовних і економічних формацій. До опитувальників пред’являють строгі вимоги. Вони повинні бути: 1) універсальними; 2) надійними; 3) чуттєвими; 4) відтвореними; 5) простими у використанні; 6) стандартизованими; 7) оцінними.

На жаль, не існує (за даними Web-сайта інституту MAPI) ні однієї адаптованої україномовної версії таких опитувальників та анкет, так як Україна ще не включилася до загальносвітових медичних програм вивчення ЯЖ.

Адаптована російськомовна версія опитувальник AQ20 досить точно виявляє покращення ЯЖ під впливом лікування тайледом та добре корелює з відомими опитувальниками SF-36 та AQLQ, спроможний точно виявляти ефекти лікування і може використовуватись для оцінки ЯЖ у хворих на БА [1].

Єдиного погляду на перевагу чи недоліки тої чи іншої існуючої методики дослідження ЯЖ немає [15], тим більше що кожна з наведених методик відрізняється за своєю будовою і краще чи гірше висвітлює ті чи інші аспекти якості життя хворих та за кількістю питань. Так, відомий “Профіль впливу захворювання” (Sickness Impact Profile) дає оцінку ЯЖ за 12 категоріями і включає в себе 136 запитань, а “Ноттінгемський профіль здоров’я”

(Nottingham Health Profile) – оцінює ЯЖ за 13 параметрами за 45 запитаннями, Мінесотський опитувальник – ”Життя з серцевою недостатністю” – 21 запитання, опитувальник AQLQ складається з 32 запитань, з оцінкою за відповідною шкалою відповідей від 1 до 7 балів. Відомий і найбільш короткий тест – тест “двох запитань” за Whooley M.A. [30]. Тест розроблено в Каліфорнійському університеті та Департаменті у справах ветеранів (США) для оцінки психологічного стану пацієнтів, зокрема з депресивними станами, однак за своєю специфічністю та точністю запропонований тест був здатний конкурувати з 6 найбільш відомими тестами для виявлення депресії: з повними та скороченими варіантами анкет CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) та BDI (Beck Depression Inventory) та анкети SDDS-PC (The Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care). В якості порівняльного еталону служив опитувальник QDIS-III-R (The National Institute of Mental Health Quick Diagnostic Interview Schedule) – загальновідомий стандарт оцінки психологічного стану хворих [5].

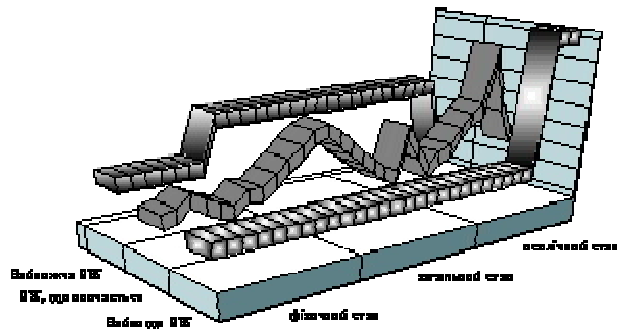
Обговорюючи цінність вивчення ЯЖ в пацієнтів з тою чи іншою патологією [4, 12, 15, 22], дослідники відмічають високу інформативність і точність різних методик вивчення якості життя з одного боку і вказують на необхідність обережної оцінки і трактування отриманих результатів, опираючись на антропологічні та культурологічні особливості обстежених і застерігають – “...об’єктивні обставини надійно не передбачають суб’єктивні оцінки тих же обставин та навпаки, особливо в оцінці за деякий час” [27].

Більшість дослідників вважає, що перевага має бути надана специфічним опитувальникам для пацієнтів. Вдалим винятком з цього є опитувальник EORTC-30 для онкологічних пацієнтів з розробленими доповненнями для цілого ряду нозологічних форм онкологічної патології (рак яйників, рак молочної залози, рак шлунка, лімфогранульоматоз тощо) [18]. Такий підхід до побудови інструмента досліджень має вдалу перевагу перед іншими відомими тестами, так як вдало поєднує вивчення впливу неспецифічних (характерних для багатьох захворювань) та специфічних проявів на ЯЖ пацієнтів. Останнє має неабияке значення, так як дозволяє своєчасно виявити та врахувати синдром “спільного обтяження”, а на основі цього не тільки обрати доцільну терапію як основного, так і супутніх захворювань, але і використати отримані дані для наукових цілей.

Ще однією особливістю побудування методик для вивчення ЯЖ є відсутність в добору контрольної групи – всі вони створені для гіпотетичних груп пацієнтів з найнижчим та найвищим рівнем життя з допущенням, що всі досліджувані будуть займати проміжні чи крайні положення (мал. 1).

Таблиця 3. Шкала Карновскі

Бали	Характеристика ЯЖ
100	Без ознак захворювання.
90	Активність збережена, легкі симптоми захворювання.
80	Активність зберігається важко, присутні симптоми захворювання.
70	Непрацездатний, але обслуговує себе повністю.
60	Обслуговує себе повністю, але періодично потребує сторонньої допомоги.
50	Потребує стороннього догляду та частоті медичної допомоги.
40	Потребує стороннього догляду та медичної допомоги.
30	Стан тяжкий, потребує госпіталізації, але безпосередньої загрози для життя нема.
20	Вкрай важкий стан, потребує інтенсивної терапії.
10	Вмираючий жворий.
0	Смерть.



Мал.1. Приблизний графік оцінки якості життя пацієнтів.

Запровадження в практику медичних досліджень вивчення ЯЖ пацієнтів призвело до отримання нових та несподіваних [25] результатів. Так, при вивченні ЯЖ в пацієнтів, що страждають на муковісцедоз (МВ) та БА, отримані дані, які свідчать, що МВ призводить до негативного впливу на ЯЖ в дорослих хворих, при цьому жінки більш сприятливі до впливу захворювання, ніж чоловіки; проведення амбулаторних курсів антибактеріальної терапії позитивно впливає на соціальну та ментальну сферу хворих МВ; негативні впливи МВ на ЯЖ менше ніж при БА [3].

Порівняння результатів трансуретральної резекції (ТУР) з результатами активної очікувальної тактики у хворих з доброякісною гіперплазією передміхурової залози в рандомізованому дослідженні протягом майже 3 років в дев'яти медичних центрах Адміністрації у справах ветеранів (США) в 556 хворих показало, що ТУР є методом вибору лікування в чоловіків старших 66 років, так як порівняно з очікувальною тактикою рідше призводить до незадовільних наслідків лікування, знижує частоту симптомів, пов'язаних з порушеннями сечовиділення і забезпечує більш високу ЯЖ [28].

Призначення (протягом перших 3 годин) тканинного активатора плазміногену при гострому ішемічному інсульті при аналізі ефективності витрат з використанням моделі Маркова в 1000 гіпотетичних хворих, у віці 67 років сприяє зменшенню перебування в клініці, збільшенню кількості хворих, що виписались додому та підвищенню стандартизованого показника тривалості життя, який обраховано з врахуванням його якості [7].

В 1995 році в Нідерландах за допомогою стандартизованого опитувальника SF-36 вивчено ЯЖ в хворих на ожиріння (1885 чоловіків та 2156 жінок в віці 20-59 років). За даними дослідження зроблено висновок, що збільшення окружності талії та збільшення індексу маси тіла супроводжуються погіршенням ЯЖ. [11].

Вивчення ЯЖ вмираючих хворих, що провели Stewart A.L. et al. [24], показало необхідність створення нових методів для описання та вивчення ЯЖ вмираючих для покращання медичного нагляду і надання ефективної допомоги. В той же час в дослідженні [21] наполягається, що ЯЖ вмираючих хворих є етичною проблемою не тільки для постачальників послуг охорони здоров'я, а і для клініцистів, яка може бути ідентифікованою в наступних напрямках – відсутності больового синдрому, бажання уникнути страждань та травмування близьких і бажання контролю тягаря смерті. Ці напрямки, на думку авторів, можуть бути пріоритетними фокусами для дослідження ЯЖ вмираючих хворих в геронтологічних клініках.

Áεá-áιίγ Β/Ε çá áιιíιιáιπ “Nottingham Health Profile” á 42 -íεíá-ε³á, úí ððíεγòυ áιí-³ (íáðááι³ε á³ε 45 ðιέ³á, ³íááεíι íáíε ð³εá 26 έá/12, ³íááεíι áεðáευίεð ðίçεάá³á 8,6), áιçáíεεεí çðíáεðε áεíííáíε ιðí çíεáαίγυ áιíò³íáευίεð ðááεò³ε, ííò³áευίίíο, í³íáείíιò ðá ííòáðáíιíο áεòò³ ííòáίí³ο, á ιíð³áíγίγυ ³íááεííο ç ð Β/Ε ç ιάò³ο³ιáíε, úí ííòááεáβòυ íá áððáð³áευίο á³íáððáίç³π, ³íοáðεò ι³íεáðáá, ððίí³-í³ εάááíáá³ çáðáίðβááίγυ áιçáíεεεí çðíáεðε áεíííáíε, úí Β/Ε á -íεíá-ε³á, úí ððíεγòυ, ííáá áóðε ιíð³áíγίí, çá íáááðεáίεíε ίáíε³áεáíε, ç áíεεáíι íá Β/Ε ððίí³-íεð çáðáίðβááίγυ [17].

Íò³íεá Β/Ε áιçáíεγ³ ε³εáðβ ááííðááεááðεííυ á³á áò³ííáðíááíáðε-íεð ðίíεíí³á ιάðáá³áò çáðáίðβááίγυ ιððεíáðε ³íοίðíáò³π, γέεí -εííι íááóá áíεεάá³ íá εβáεíο ³ ιíòεí³çóáááðε ³íιò³π-³ ι³áðíáε áí ε³εóááίγυ. Νίðáááιγυ ò³í³íòυ ιοίðίíε çáιðíá³γυ ííáá áóðε áεçíá-áíá ð³ευέε íεííðáíίεí áεçá-áίγυι ίáíε³áε³á ε³εóááίγυ ðá ιðíò³εáðεðéε, γé³ íáεòυ áóðε ιððεíáí³ á ðεðίíεð εε³í³-íεð áííε³áαáίγυò. Ιείόá -áí, είεε ίááε-í³ áííε³áαáίγυ ááçóááεεííυ ð³ευέε ίá ιò³íò³ áíáðíι-ð³ç³íεíá³-íεð ðáðáεòáðεííεðεé ιάò³ο³³á, ίáεáóóι³ εε³í³-í³ áííε³áαáίγυ ííáεíí³ çííáðááεòεííυ íá áεçá-áίí³ ííò³áευίεð, ííεòίεíá³-íεð ðá γé³ííεð ðáðáεòáðεííεðεáð á³ííáεáίγυ Β/Ε ιάò³ο³³á ç ðίπ -ε³ ³íò³π ιάòίεíá³π. Óáεá ³íοίðíáò³γυ áεðáε ίáíáð³áíá áεγ áεçíá-áίγυ, γé³ ðáðίíεíá³ç, ³ ííòááóáá³ç, ε³εóááίγυ ííáεíí³ áóðε áçγò³ ç ííáíπ á ððáð³ ðεíγ-íε³òòγ.

Íðíòá, ááððί ι³áεðáíεεðε, úí çáááευίííðεείγυá áεçíá-áίγυ ííγυðòγ Β/Ε á ááíεε -áí á³áíòí³. Á. Feinstein ííð³áίπ ððóáίíí³, úí áεíεεáβòυ ιðε ίáíáð³áíííð³ áεçíá-áίγυ ííγυðòγ Β/Ε, ç íéεáíííðγίε áεçíá-áίγυ ííγυðòγ ³íòáε³ááίíííð³: “Íðáεòε-íí είáεíε çíá³ ιðí ðáεá ííγυðòγ, γé ³íòáε³ááίí³íòυ, áεá ááðε εíáí ðί-íá³ είíεðáóíá áεçíá-áίγυ áíáíε³ áááεí³”.

Ó çíá-í³ε ε³ευέíííð³ áííε³áαáίγυ Β/Ε ιάò³ο³³á ç ð³çíίεíε ιάòίεíá³-íεíε ííðáíáíε (çá ááíεé ááçε ááíεé ίááε-íεð ιóáε³εáð³ε MedLine çá ííòáίí³ 10 ðίε³á ò³ε ιðíáεáί³ ιðεííáγ-áίí áεεççúεí 15000 ίáóέíáεð áííε³áαáίγυ) ííòáí Β/Ε ιάò³ο³³á ç ááίáòίεíá³-ííπ ιάòίεíá³π á çáεááίííð³ á³á ííòáíò ε³íðεíáíç, ðεáίεíε (ÉÓ) çáεεòá³òυíγυ ðáεòε-íí íá áεçá-áίεé.

ÍÁÓÍΠ ΑΙΝΕ³Α.Ε.ΑΙΪΒ áóεí áεá-áίγυ Β/Ε ιάò³ο³³á ç ððáεáίγυ ááíííáðε-ííç, ðá ááíííáðε-ííç, íεííáíε ðá áíεεá íá íáç, ð³çíáí (ííòáííðíε-ííáí -ε ííòáííáí³-ííáí) ííòáí ÉÓ. Áεγ áεá-áίγυ Β/Ε ιðε ááίáòίεíá³-í³ε ιάòίεíá³ç, ίáðáíí áίεáóó EORTC-30 - áίεáðá áðííáεííεíç, Íðááί³çáò³ç ç Αίíε³áαáίγυ ðá Óáðá³ç. Ðáεð. Çá íáβ ιðíáíáε³çíááíí á³áíá³á³ 512 ðáíííááίò³á - ááίáòίεíá³-íεð ðáíðεð (300 á³ííε ðá 212 -íεíá³ε³á), úí çíáòίáεεéííυ íá ε³εóááίí³ ðá áεííáííðííò ííííòáðáεáίí³ á ááίáòίεíá³-íííò á³áá³εáίí³ Óáðíí³ευííεíç, ίáεáííç, εε³í³-í³ε ε³εáðí³. Ó áí³ò áεíááεáð ááίáòίεíá³-íá ιάòίεíá³γυ áóεá ááð³ò³εíááíá íá ííííá³ ááíεð áíí³ðáò³εííç, á³íí³ç, ε³íðεíáíáí íίçεð, çáááευίíáí áíáε³çò εðíá³, εíááóεíáðáíε ðá ι³áðááðáεáíá (á ðáç³ ίáíáò³áíííð³) áíááðεíáíε ιáðíááíε áííε³áαáίγυ. Νòáí ÉÓ áεá-áίí ò 152 ιάò³ο³³á çá ááíεé ááííεòííáðε-ííáí áííε³áαáίγυ ííáðáεíáíáí á³áá³εò ððááóá íá ááíðóíòíííò ε³íðεíáíò ðáíòááí³áíυεííò ááííðáò³íáðò³ ð³ðίε “Lunar Corp.” (USA), ιðíááááíííò á Éíííòευíòáðεáίí-ε³εóááευίííò ðáíòð³ Óáðíí³ευííεíç ááðáεáίíç, ίááε-ííç, áεáááí³ç. Νòáí ÉÓ ιò³íβááεε çá εðεðáð³γίε ΑΪÇ. Νòáεííðε-íεε áíáε³ç ιððεíáíεð ááíεð áεéííòááεε ç áεéíðεíáíγίι ιáεáóó “Statistica 5.0” (StatSoft, USA), ιáòίáíí ííðííòááίγυ ιóευíáíç, á³ííáçε ίáðáíí. εðεðáð³ε Éáááíá-Áðáóíá-Óíðíáεóá.

ÐÁÇÓΕÜÓÁÓÈ ΑΙΝΕ³Α.Ε.ΑΙΪΒ Νòáðááεε ðá á³εíáεε íéεáá³ ðίçííá³ε ðáíííááίò³á íí áεγáεáί³ε ááίáòίεíá³-íεé ιáòίεíá³ç, ίáááááíí á óááε. 4.

Óááεεòγ 4. Νòáðááί-á³εíáεε íéεáá ίáííòáεáíεð

	Κίλκνσť	Βίκ
Жінки	297	42,73Κ10,13
Чоловіки	215	48,17Κ8,09

Óááεεòγ. 5. Αίíεá çíáíóáííç; ε³íðεíáíç, ίáííε íá γé³íòυ áεòòγ ááίáòίεíá³-íεé ιάò³ο³³á

Β/Ε íáðáá ίáííòáεáíεð ιάò³ο³³á είεεááεáííυ á çíá-íεð ίááεð, úí ίáóίíáεáíí ð³çíεí ííòáááεí ðá á³εíáεí ðίçííá³εíí. Íá ίáííò ááεεεáεí, á íáεεéáí³ áááó-εí, ðáεòίðíí áóá³ ðίçííá³ε ðáíðεð çá áεγáεáίεíε ιáòίεíá³-íεíε ííðáíáíε - íίçíεíá³-íεíε ίáεíεðγίε ðá íéíáðííáíε (íáε.2).

Íεðáíí ιðíáíáε³çíááíí Β/Ε ááίáòίεíá³-íεé ιάò³ο³³á ò γέεð ááííεòííáðε-íí áεγáεáíí çíáíóáίγυ ε³íðεíáíç, ίáííε, úí ιðíáγεγέííυ ííòáííáí³-íεíε -ε ííòáííðíε-íεíε íéíáðíí (óááε. 5). Íð³áíγίγυ Β/Ε ιάò³ο³³á ιðε ίáγáíííð³ -ε á³áíòóíííð³ ááííεòííáðε-íí çáðá³íððáíáíáí çíáíóáίγυ ε³íðεíáíç, ίáííε ááεí çíáó á³áí³ðεðε, úí ííòáíí³ ιðεçáíáεòυ áí íá³ðóáίγυ Β/Ε ò ááίáòίεíá³-íεð ðáíðεð³ íííáεεáí ιðíáγεγòυíγυ ò á³ííε ç áíáí³-íí íéíáðíííí áíáíε³áíε ððáεáίγυ ðεóίεíáí-εεεéíáíáí ðáðεòó, ð ðáíðεð íá í³εíííò ðáíðíáó (íá çáεááíí á³á ííòáò³) ðá ðáíðεð íá ááííò³ε³π Á.

14. Kaplan R.M., Ganiats T.G., Sieber W.J., Anderson J.P. The Quality of Well-Being Scale: critical similarities and differences with SF-36 [see comments] / *Int. J. Qual. Health Care.* – 1998. – v.10. – '6. – δ. 509-520.
15. Lavernia C.J., Guzman J.F., Gachupin Garcia A. Cost effectiveness and quality of life in knee arthroplasty. / *Clin. Orthop.* – 1997. – 345. – p. 134-139.
16. Lee M.S., Tanaka K. Significance of health fitness appraisal in an aging society. // *Appl. Human Sci.* – 1997. – '4. – δ. 123-131.
17. Löth S., Petruson B., Wirén L., Wilhelmsen L. Evaluation of the quality of life of male snorers using the Nottingham Health Profile. // *Acta Otolaryngol (Stockh).* – 1998. – Sep. – v. 118. – 5. – δ. 723-727.
18. Osoba D., Rodrigues G., Myles J., Zee B., Pater J. Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. // *J. Clin. Oncol.* – 1998. – Jan. – 16:1. – δ.139-144.
19. Rosen W.G., Mohs R. C., Davis K.L. A new rating scale for Alzheimer's disease. - *Am. J. Psychiatry.*-1994.-' 53.-δ.1356-1364.
20. Schwartz G.E. Development and validation of the Geriatric Evaluation by Relative's Rating Instrument // *Psychol. Rep.* – 1983. – ' 53. – δ.479-488.
21. Singer P.A., Martin D.K., Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. // *JAMA.*-1999.-Jan.-13.-281:2.-δ. 163-168.
22. Skantze K Subjective quality of life and standard of living: a 10-year follow-up of out-patients with schizophrenia. // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1998. – ' 5. – δ. 390-399.
23. Spitzer W.O., Dobson A.J., Hall J. Measuring the quality of life in cancer patients: a concise QL index for use by physicians // *J. Chronic. Dis.* – 1981. – 34. – δ. 585-597.
24. Stewart A.L., Teno J., Patrick D.L., Lynn J. The concept of quality of life of dying persons in the context of health care. // *J. Pain Symptom Manage.*-1999.-Feb.-17:2.- p. 93-108.
25. Taylor R.E., Leese M., Clarkson P., Holloway F., Thornicroft G. Quality of life outcomes for intensive versus standard community mental health services. PRISM Psychosis Study. 9. // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Nov.-173.-s.416-422.
26. Terwee C.B., Gerding M.N., Dekker F.W., Prummel M.F., Wiersinga W.M. Development of a disease specific quality of life questionnaire for patients with Graves' ophthalmopathy: the GO-QOL. // *Br. J. Ophthalmol.* – 1998. – Jul. – v. 82. – '7. – δ. 773-779.
27. Warner R. The emics and etics of quality of life assessment. // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 1999. – Mar. – 34:3. – δ. 117-121.
28. Wasson J.H., Reda D.J., Bruskewitz R.C. For the Veterans Affairs Cooperative Study Group on Transurethral Resection of the Prostate. A comparison of transurethral surgery with watchful waiting for moderate symptoms of benign prostatic hyperplasia. // *N. Engl. J. Med.* – 1995. – '2. – δ.75-79.
29. Wenger N.K., Mattson M.E., Furberg C.D., Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies // *Amer. J. Cardiol* 1984;54:908 – 13.
30. Whooley M.A., Avins A.L., Miranda J., Browner W.S. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many // *J. Gen. Intern. Med.* – 1997. – '12. – δ.39-45.
31. Williams G.H. Quality of life and its impact on hypertensive patients // *Amer. J. Med* 1987;82:99 – 105.