

ОБЗОРЫ

УДК: 616/618.009

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ*

Л.В. Сизова

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

В последние годы изучение качества жизни (КЖ) все чаще становится предметом клинических исследований в силу более адекватной оценки состояния здоровья пациентов и эффективности применяемых методов лечения с помощью разработанных опросников [18]. Однако общепринятого определения КЖ до сих пор не существует [42, 44].

По определению А.А. Новик и соавт., "КЖ - это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии" [32]. Основной проблемой при этом является измерение качества, поскольку его критерии могут носить как объективный, так и субъективный характер [51]. К объективным критериям относят уровень образования, трудовую занятость, доход, жилищные условия, питание и т.д.; к субъективным - удовлетворенность степенью своего физического, психологического, социального и духовного благополучия и общее восприятие состояния здоровья [22, 44, 45, 56].

В современной зарубежной медицине широко используется термин *health related quality of life* - "качество жизни, связанное со здоровьем" [33, 35, 78]. По определению ВОЗ, здоровье - это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. В связи с этим КЖ, связанное со здоровьем, является неотъемлемым элементом современной медицины, а использование оценки КЖ, данной самим пациентом, как дополнение к традиционному медицинскому заключению врача позволяет составить полную и объективную характеристику состояния здоровья больного человека [32, 35, 144].

Очень важно, чтобы при оценке КЖ не учитывались профессиональное мнение медицинских работников, членов семьи индивидуума или его окружения. Именно субъективной оценке больного (его отношению к болезни), а не "взгляду со стороны" отдают приоритеты многие исследователи [90, 110, 120]. Совокупность представлений пациента о заболевании составляет так называемую внутреннюю картину болезни (ВКБ) [10]. Такие представления оказывают существенное влияние на медицинские, профессиональные, семейные и иные аспекты его поведения [10, 48]. В каждом конкретном случае ВКБ уникальна, неповторима во всех деталях, поскольку зависит как от самой болезни, ее течения, так и от индивидуально-психологических особенностей пациента [59]. Влияние патологии на психику человека и его психологическая реакция на болезнь находятся в неразрывном единстве и взаимодействии, которое нередко строится по принципу "кольцевой зависимости" [37].

Выделяют КЖ в широком и узком, медицинском, смысле, когда учитывают влияние самого заболевания и наступающего в результате болезни ограничения функциональной способности, а также воздействие лечения на повседневную жизнедеятельность больного [15, 18].

Многие специалисты в качестве индикатора КЖ используют функциональный статус пациента [47]. Между тем, в соответствии с данными ВОЗ, функциональный статус определяется как способность индивидуума в данное время выполнять задание или функцию, которые должны иметь фактический результат. При этом не учитываются психоэмоциональное состояние индивидуума, уровень его независимости и общественного положения, личные убеждения и многие другие аспекты жизнедеятельности. Таким образом, функциональный статус является лишь одним из критериев более сложного понятия КЖ [70].

Основными инструментами оценки КЖ являются опросники. Все они могут быть разделены на общие, то есть применяемые при различных заболеваниях, и специальные - для определенной группы болезней или конкретной нозологии [1, 32, 35, 70, 129]. Для получения более достоверных результатов рекомендуют одновременно использовать оба типа опросников [56]. По мнению большинства авторов, в конкретном исследовании необходимо сочетать 3-5 методик [41]. 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. [81].

Для отечественных исследований КЖ применяются, главным образом, анкеты, предложенные иностранными авторами, поскольку собственных национальных методик практически не разработано. Поэтому остро стоит вопрос перевода и культурной адаптации международных опросников [47]. Необходимые шаги для этого: 1) перевод инструмента, включая оценку качества перевода; 2) обоснование инструмента, используя психометрические критерии (исследование надежности, валидности и чувствительности) и 3) нормирование инструмента, используя репрезентативные национальные выборки [78].

Перевод опросника с одного языка на другой заверяется несколькими независимыми экспертами-переводчиками, владеющими обоими языками [1, 47]. В связи с различиями, обнаруживаемыми между странами в ранжировании состояния здоровья по основным показателям КЖ в соответствии с местными представлениями, возникает потребность в международных клинических испытаниях и международном согласовании по применению тех или иных инструментов [73, 83].

Признано, что КЖ достоверно оценивает результаты клинических испытаний, однако внедрению этой методики препятствовало применение инструментов сомнительной надежности и валидности [74, 87]. Надежность инструмента показывает вероятность отклонения случайной ошибки при его использовании [55]. Для оценки надежности исследуется воспроизводимость ответов, даваемых одной и той же когортой людей на одни и те же вопросы с интервалом в 2-4 дня. Удовлетворительной считается та формулировка вопросов, на которую не бо-

Адрес : 460048, г. Оренбург, ул. Монтажных, д.10, кв. 27
Сизовой Людмиле Викторовне
Телефон: (3532) 65-50-55
E-mail: kafvop@yandex.ru

* Работа удостоена III премии на Школе молодого ревматолога 2002г.

лее 20% респондентов отвечают по-разному во время первого и повторного тестирования [1]. Одним из требований к опросникам является их краткость. Поэтому шкалы, которые являются более длинными, чем требуется, могут иногда сокращаться при помощи формулы для определения приблизительного количества вопросов, которое будет давать требуемую надежность. Надежность может быть улучшена добавлением новых пунктов или расширением наборов ответов для уже существующих пунктов. Такие изменения шкал должны всегда подтверждаться новыми данными [82].

Валидность означает степень, с которой данная методика способна измерить то, что требуется измерить в данном исследовании [32]. Внутри этого свойства выделяют несколько видов валидности: содержательную, конструктивную, конвергентную и дискриминативную. Содержательная валидность отражает степень, с которой измеряемый признак представляет исследуемое явление. Она определяется корреляционным анализом результатов оценки КЖ, полученных с помощью данной методики, и показателей КЖ, полученных при помощи методики, валидность которой уже доказана. Конструктивная валидность демонстрирует вклад каждого из разделов инструмента в итоговый показатель КЖ. В исследовании она определяется методом факторного анализа. Конвергентная валидность определяется степенью, с которой различные инструменты, измеряющие один и тот же параметр КЖ, коррелируют друг с другом. Дискриминативная валидность отражает возможность различия в результатах оценки КЖ с применением исследуемой методики при разной тяжести заболевания [55].

Для клинических исследований необходимо, чтобы опросники обладали чувствительностью к небольшим, но значимым изменениям во времени. Изменения показателей КЖ, выявляемые инструментами, должны быть сравнимы с изменениями клинического состояния больного. Для оценки чувствительности измерений применяются специальные статистические методики [32].

К числу широко применяемых в мировой практике общих опросников относятся следующие: Quality of Well-Being (QWB) Index, Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP), Quality of Life Index (QLI), MOS 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36) [32, 35, 56]. Специальные опросники сфокусированы на конкретных группах заболеваний и нозологиях и их лечении [47], например: Musculoskeletal Function Assessment instrument - Инструмент оценки мышечно-скелетной функции [86, 105], Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index - Индекс активности болезни при системной красной волчанке [91] и т.д. Существует большое количество частных опросников, которые оценивают отдельные аспекты КЖ. Например, для исследования психологического состояния больных используются: опросник Айзенка [17, 23, 26, 52], Гамильтона [49], Тейлора [17, 26], Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) [40, 45, 52, 58], Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [13], Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ), Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ) [26], тест Люшера [28, 45] и др. Для оценки социального функционирования больного в отечественных исследованиях часто применяется "Медико-социологическая анкета" (MCA) [13, 22, 41].

В современной медицине исследование КЖ используется в различных целях [1, 18, 22, 25, 70, 100, 113]:

- для получения объективной информации о состоянии больного, его трудоспособности;
- для выявления и оценки объективных данных о нарушении и изменениях в состоянии здоровья при длительном течении хронических заболеваний;
- для оценки эффективности терапии;
- для сравнения достоинств различных методов лечения заболевания и определения; оптимальных лечебных программ с позиции их эффективности и стоимости;

- для клинических исследований новых лекарственных средств;

- для экономических оценок эффективности медицинской помощи в целом.

Таким образом, КЖ может рассматриваться как важный самостоятельный показатель состояния больного, а его динамика в ходе лечения может иметь не меньшее, а иногда и большее значение, чем обычно оцениваемые клинические параметры. Уточнение возможности оценки КЖ при различных заболеваниях является насущной задачей современной медицины [56].

Исследование качества жизни в ревматологии

Воспалительные и дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА) представляют серьезную проблему для современного общества [62]. Количество жителей Российской Федерации, обращающихся в медицинские учреждения в связи с болезнями костно-мышечной системы, постоянно растет [63]. В настоящее время становится все более очевидным, что заболевания костно-суставного аппарата существенно ухудшают КЖ людей из-за постоянных болей и нарушения функциональной активности [8]. Снижение, а затем и потеря не только возможности трудиться, но и выполнять обычные повседневные действия ставят сложные проблемы перед самим больным, его семьей и обществом в целом [61]. Несмотря на то, что ревматические заболевания (РЗ) включают более 150 болезней и синдромов, медико-социальная и экономическая нагрузка на общество, в первую очередь, связана с остеоартрозом (ОА), болями в нижней части спины (БНС), ревматоидным артритом (РА), остеопорозом (ОП) и костно-мышечными травмами [31]. В связи с этим под эгидой ВОЗ была провозглашена Всемирная Декада костей и суставов ("The Bone and Joint Decade, 2000-2010"), основной целью которой является сохранение здоровья и улучшение КЖ больных с различными суставно-скелетными нарушениями [30].

Изучение КЖ у больных ревматоидным артритом

Метод оценки КЖ достаточно успешно используется в ревматологии, особенно среди больных РА [32, 35]. Наиболее широко применяемым общим опросником у пациентов с этой нозологией является анкета SF-36. Доказана ее надежность и валидность для популяции больных РА, определение же ценности этого инструмента в клинических испытаниях при РА требует длительного изучения [130]. С помощью SF-36 у больных РА было выявлено преимущественное снижение параметров физического здоровья: физического функционирования, ролевого физического функционирования и физической боли [34]. Было установлено, что КЖ больных РА определяется суставным синдромом и анемией, наличием поражений легких, степенью активности, зависит от возраста и длительности болезни [38]. Например, при оценке КЖ до лечения пациенты более молодого возраста демонстрировали по SF-36 лучшие параметры, особенно по шкалам физических составляющих. В процессе лечения противоревматическими средствами значительная динамика наблюдалась в самой старшей возрастной группе (старше 60 лет): через мес от начала лечения имелось улучшение психологических компонентов здоровья, через 3 и 6 мес от начала лечения - устойчивое улучшение параметров физического здоровья. Существенное улучшение психологического здоровья в группе молодого возраста происходило позже, чем в старшей группе [99]. Стандартная терапия (базисная и симптоматическая) обеспечивала улучшение отдельных видов функционирования больного РА в различные сроки от начала лечения [34].

Наиболее важной категорией "исхода" артритов в действительности является нетрудоспособность, следовательно, оценка "исхода" часто сводится к оценке функционального состояния [60, 93, 107]. По существующей классифи-

кации о степени функциональной недостаточности суставов судят по возможности или невозможности пациента работать и/или обслуживать себя в быту [3]. В ходе решения этого вопроса следует учитывать, что оценка, сделанная врачом, нередко отличается от оценки самого больного [2]. Поэтому были разработаны специальные опросники для оценки функционального статуса, которые учитывают характерные для артрита симптомы [32]. К этим опросникам относятся: Health Assessment Questionnaire (HAQ) – Анкета оценки здоровья и Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS) – Шкала измерения воздействия артрита, которая, кроме оценки функционального состояния ОДА, дает представление о психологическом и социальном статусе пациентов [3, 85, 138]. Анкета HAQ, разработанная в Станфорде, смогла найти применение и в исследованиях отечественных ревматологов [4, 24], не получила пока широкой популярности в практической медицине. В 1989 г. В.Н. Амирджанова с соавт. предложили короткую модифицированную HAQ (MHAQ), которую они апробировали у больных РА, продемонстрировав целесообразность ее применения для изучения функционального состояния этой категории больных, особенно при проведении экспертизы нетрудоспособности. Использование MHAQ давало также возможность получить представление о некоторых психологических аспектах состояния больного и его резервных возможностях [2]. Хотя имеются данные, что оценка функционального статуса с помощью полной версии HAQ может обладать большей чувствительностью [129]. Были установлены высокие корреляции данных исследования функционального статуса, полученных с помощью этой анкеты, с рядом функциональных проб и объективных показателей, используемых в ревматологии для оценки состояния больных (суставной индекс Ричи, индекс припухлости, сила сжатия кисти и др.), а также с характером и объемом проводимой терапии [4, 39, 111, 131].

Так, применение HAQ у больных РА позволило установить, что больший эффект отмечался при применении нового лекарственного препарата после предшествующего лечения нестероидными противовоспалительными препаратами, в противоположность предшествующей терапии "базисными" антиревматическими средствами [89]. Также было выявлено, что более частые визиты больных РА к ревматологу в течение года ассоциировались с более значительными улучшениями функциональных показателей по HAQ, т.е. "исходы" у этих больных могли улучшаться при более частых визитах к специалисту [134].

Для оценки функционального статуса у молодых больных РА от 16 до 30 лет была предложена 17-пунктовая Young Adults Disability Inventory (YADI) – Опись нетрудоспособности молодых взрослых, включающая 8 пунктов MHAQ. Оценки YADI показали более высокую корреляцию с симптомами заболевания, чем показатели MHAQ. Добавление пунктов для оценки эмоционального состояния позволило выявить, что молодые пациенты с более выраженными симптомами значительно чаще испытывали депрессию, чем их здоровые ровесники [126].

Анкета AIMS, разработанная R.F. Meenan с соавт. (1978) в соответствии с рекомендациями ВОЗ, отражает все составляющие КЖ [14, 60]. Использование AIMS показало, что 8-нед амбулаторный реабилитационный курс с последующей длительной самореабилитацией больных дома под наблюдением медицинских сестер приводил к улучшению показателей по всем разделам опросника, и даже через год после завершения курса больные сохраняли улучшенный функциональный статус [117].

"Золотым стандартом" для оценки КЖ больных РА считают опросник AIMS2, разработанный в Бостоне (США) и являющийся укороченной версией AIMS [32]. Существует и шведская версия AIMS2, надежность, валидность и чувствительность которой также были найдены удовлетворительными [73]. По аналогии была предложена французская короткая версия AIMS2 – AIMS2 Short Form (AIMS2 SF), представленная в 2-страничном формате и имеющая психо-

метрические свойства подобные тем, которые имеет AIMS2 [92]. Сравнение французских версий опросников AIMS2 SF и NHR обнаружило, что чувствительность к изменению была намного выше у AIMS2 SF, чем у NHR, и что эти два инструмента не повторяли, а дополняли друг друга в оценке КЖ [114].

Потребность в разработке специфичного для больных РА опросника оценки КЖ привела к созданию RAQoL – "Качество жизни, связанное с ревматоидным артритом" (все этапы создания проводились одновременно в Нидерландах и Великобритании) [84, 137]. Опросы с применением RAQoL показали, что РА имеет неблагоприятное воздействие на многие сферы жизни, включая настроение и эмоции, социальную жизнь, хобби, повседневные задачи, личные и социальные взаимоотношения и половые контакты [137]. Полученные отличные психометрические качества этого инструмента оказались ценными для измерения КЖ больных РА в клинических испытаниях и при наблюдении за больными в обычной клинической практике [84].

В качестве индикатора состояния здоровья, который можно использовать при посещении амбулаторного больного РА, был предложен Disease Repercussion Profile (DRP) – Профиль отражения болезни. Этот инструмент предпринимает попытку оценить "исход" болезни путем объединения индивидуального физического, социального, психологического, эмоционального и экономического ущерба, вызванного РА, то есть демонстрируют ощущаемую больным инвалидность [80].

Как и при других хронических болезнях, при РЗ происходит взаимодействие факторов болезни с личностью больного [65]. Хроническое, прогрессирующее течение РА с ограничением функциональных возможностей и угрозой инвалидности оказывает выраженное влияние на систему психологических защитных механизмов личности, обуславливая высокий уровень тревоги и депрессивные тенденции у этой категории больных [6, 16, 46]. Негативное воздействие РА на психологическое состояние пациентов оказывает отрицательное влияние на эффективность проводимой терапии [9]. После традиционного лечения сохраняются высокий уровень тревожности и снижение показателей эмоционального функционирования [57], что делает необходимым обязательное включение в комплексную терапию больных РА психотерапевтических и психофармакологических мероприятий и средств [49]. Важную роль при этом играют особенности личности пациентов и личности врача, их установки на определенный вид лечения, а также совпадение этих установок [19, 20]. Таким образом, чрезвычайно важно взаимопонимание в диалог "врач-больной" [19, 21, 88].

Оценка КЖ у больных остеоартрозом (ОА)

Изучение КЖ больных РА, бесспорно, заслуживает большого внимания вследствие инвалидизирующего характера данной патологии, однако оценка КЖ больных ОА не менее актуальна в свете его наибольшей распространенности среди других РЗ.

Для оценки КЖ больных ОА используются как общие, так и специальные опросники. Специальные методики (McGill Pain Questionnaire, HAQ, WOMAC и др.) позволяют получить более полную характеристику болевого синдрома или выявить связь между выраженностью боли и нарушением функционального состояния больных [29]. Изучение подобной взаимосвязи у больных ОА пожилого возраста с применением опросника SIP выявило посредническую роль физической и психологической несостоятельности между болью и КЖ [96]. Оба вида несостоятельности у субъектов с хронической болью имели высокие уровни и в большей степени определялись рентгенологической стадией заболевания [97]. Состояние здоровья пожилых больных с ОА коленного или тазобедренного сустава, оцененное с помощью инструмента Impact of Rheumatic diseases on General Health and Lifestyle (Воздействие ревматических заболеваний на общее здоровье и образ жизни), значительно

ухудшалось при наличии сопутствующих заболеваний. Эти пациенты имели повышенный риск психологического дистресса и физической несостоятельности [98].

Исследование психологического статуса больных ОА с оценкой внутренней картины болезни по тесту ЛОБИ показало преобладание тревожного, неврастенического, сенситивного и ипохондрического типов отношения к болезни [50]. Боль, расстройство сна, депрессия, количество болезненных точек и функциональная недостаточность по NAQ оказались предикторами утомляемости больных ОА, которая обуславливает их нетрудоспособность [142].

Определяемые в сыворотке крови больных ОА воспалительные изменения сопоставлялись с оценкой по Clinical health assessment questionnaire (Опроснику оценки клинического здоровья). С-реактивный белок обнаружил существенные связи с функциональной недостаточностью, суставной болью, болью при пальпации, суставным счетом, усталостью и депрессией. СОЭ не ассоциировалась с клиническими признаками и симптомами, за исключением слабой связи с функциональной недостаточностью [139].

В ряде исследований КЖ больных ОА применялся общий опросник SF-36. У больных полиостеоартрозом он выявил значительное снижение всех показателей КЖ по сравнению со здоровыми лицами, прежде всего, за счет ограничения ролевого физического и эмоционального функционирования [36]. Было также обнаружено, что шкалы физического функционирования и ролевых ограничений для больных ОА имели наиболее высокие корреляции с другими шкалами инструмента [116].

Применение шкалы КЖ EuroQoL в сочетании с визуальной аналоговой шкалой (ВАШ) у больных ОА показало, что многие пациенты с низкими оценками по EuroQoL имели высокие оценки по ВАШ. Такие результаты указали на существенные проблемы в применении EuroQoL у пациентов с ОА [141].

Самостоятельная оценка больными с ОА плечевого сустава функции пораженного сустава с помощью Shoulder Rating Questionnaire (Опросника оценки плечевого сустава) и Simple Shoulder Test (Простого теста плечевого сустава) оказывает помощь при индивидуальном подборе оптимального лечения для больных с данной локализацией ОА [103, 106].

Среди методик оценки функционального состояния больных ОА тазобедренных и коленных суставов наиболее тщательно изучена валидность Lequesne's scores, WOMAC и ILAS, показавших удовлетворительную чувствительность к различным терапевтическим эффектам [125].

WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) Osteoarthritis Index - Индекс остеоартроза WOMAC был разработан для оценки специфических для артроза симптомов (боли, тугоподвижности) и ограничения функции суставов нижних конечностей [71, 108]. Оценки WOMAC выявили корреляции между рентгенологической стадией ОА и ограничением амплитуды движения в суставах, а также значительные ролевые ограничения дома и на работе у больных с более выраженными симптомами и функциональной недостаточностью [124]. Ряд исследований использовали индекс WOMAC для оценки функционального состояния коленных и тазобедренных суставов у больных, перенесших операцию артропластики [108].

В качестве маркера состояния здоровья у больных с ОА коленных суставов после реконструктивной операции была предложена методика McKnee [75]. Улучшение КЖ у пациентов с ОА, подвергшихся суставному протезированию, было продемонстрировано и с помощью опросника NHR [102]. Применение валидных и чувствительных опросников для оценки КЖ после протезирования коленного сустава выявило значительное и стойкое ослабление боли, улучшение физической функции и удовлетворенность больных результатом спустя 7 лет после операции [94]. Оценка экономической эффективности операции коленной артропластики в сравнении с арто-коронарным шунтированием и почечным диализом с помощью QWB Index, по-

казала наибольшую экономическую эффективность протезирования коленного сустава [101].

Нередко при ОА поражаются суставы позвоночника, преимущественно с развитием остеохондроза, при котором болевой синдром различной локализации обуславливает определенные изменения КЖ. В большей степени страдает КЖ у больных с левосторонней цервикалгией. У этой группы пациентов имеются наиболее неблагоприятные типы реагирования на заболевание и быстрые темпы психической дезадаптации, что требует включения в комплекс лечебных мероприятий психотерапии и антидепрессантов [43]. Применение личностного опросника Айзенка, Гиссенского опросника и шкалы Тейлор выявило тесную взаимосвязь между особенностями психоэмоционального статуса и уровнем поражения позвоночника. Наиболее выраженная психосоциальная дезадаптация была характерна для больных с остеохондрозом шейного и поясничного отделов позвоночника [17]. Учет особенностей локализации остеохондроза позволяет определить прогноз заболевания и оптимизировать терапевтические подходы [17, 43].

Исследование КЖ у больных с другой ревматологической патологией

ОП - заболевание, которое нередко осложняется переломами, приводящими к инвалидизации и ухудшению КЖ. Оценка КЖ при ОП позволяет оценить и сравнить эффективность различных методов лечения, определить прогноз заболевания, обеспечить наблюдение больных в динамике, разработать экономические модели по профилактике и лечению ОП.

Центром исследования ОП (The Osteoporosis Medical Center, UCLA, США, координатор - S. Silverman) был разработан Osteoporosis Assessment Questionnaire (OPAQ) - Опросник оценки остеопороза, состоящий из 78 вопросов, преобразующихся в 18 шкал КЖ. Шкалы объединяются в четыре суммарных измерения - физическое функционирование, настроение, симптомы и социальное функционирование. Использование опросника в многоцентровых международных исследованиях зарекомендовало его как надежный и чувствительный инструмент оценки КЖ при ОП [33].

При оценке КЖ с помощью опросника QUALEFFO у больных ОП, осложненным переломами позвоночника и конечностей, были выявлены ограничения физической активности, невозможность вести активный образ жизни, ограничение общения, необходимость соблюдения диеты и длительного лечения. Комплексная терапия ОП (микальчик, тридин, кальций-форте, витамин Д) позволяла улучшить как соматический, так и психологический статус. Однако у части больных при стабилизации состояния отмечалось снижение субъективной оценки эффективности лечения, выявлялись депрессивные реакции невротического и апатического характера, что обеспечивало необходимость применения психотропных средств для оптимизации лечения и реабилитации больных ОП [27, 28].

Одним из распространенных ревматологических расстройств, часто приводящих к нетрудоспособности, является синдром фибромиалгии (СФМ) [144]. Это внесуставное заболевание характеризуется диффузными болями, утомляемостью скелетной мускулатуры и снижением уровня болевого порога при пальпации в характерных местах, обозначаемых как "болезненные точки" [54]. Самостоятельно оцениваемое пациентами с СФМ здоровье является близким к тому, которое описывается больными, страдающими другими хроническими заболеваниями ОДА [119]. Несмотря на отсутствие органической патологии, больные с фибромиалгией (ФМ) демонстрируют равную или большую функциональную недостаточность и меньшую адаптацию к своей болезни, чем пациенты с РА [133]. Для оценки нетрудоспособности у больных с СФМ можно использовать шкалу AIMS и Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (Опросник воздействия фибромиалгии) [104]. FIQ оценивает физичес-

кое функционирование, трудовой статус, депрессию, тревогу, сон, боль, скованность, усталость и самочувствие. Умеренные и высокие корреляции были получены между пунктами FIQ и выраженностью симптомов, количеством болезненных точек и порогом боли [79]. Боль, функциональная недостаточность, определяемая по анкете HAQ, и статус холостого человека оказались наиболее частыми предикторами нетрудоспособности у больных с ФМ [140].

В настоящее время ФМ рассматривают как проблему психологического характера, так как для пациентов с ФМ характерны яркие невротические нарушения в виде депрессии, повышенной тревожности, ипохондрии, утомляемости, нарушений сна и психовегетативных расстройств. Исследование особенностей внутренней картины болезни у больных СФМ с помощью психологической методики ТОБОЛ выявило доминирование дезадаптивных смешанных личностных типов реагирования с противоречивыми составляющими интрапсихической и интерпсихической направленности [54]. Формирующийся у этих больных комплекс защитных механизмов создает определенные препятствия во время проведения лечебной и психотерапевтической работы. Чаще пациенты предпринимают сознательные попытки самостоятельно справиться с ситуациями, представляющими угрозу для их личности, что расценивается как адаптивный тип психологической защиты (по методике Келлермана-Плутчика). Несколько реже они пытаются заменить сложную для решения в данной ситуации задачу на более легкую. Такие приемы психологической защиты являются неадаптивными. Определение типов защитных механизмов у больных ФМ может оказаться полезным для более полного понимания поведения больного, а в связи с этим способствовать ускорению и оптимизации лечебно-реабилитационного процесса [53].

Исследования с участием больных системной красной волчанкой (СКВ) и системной склеродермией (ССД) чаще рассматривают отдельные аспекты КЖ. Сравнение психологического состояния этих больных с использованием оценки уровня субъективного контроля (Health Locus of Control), характеристики внутренних диспозиций и "актуальной проблемы" тестом Люшера показало, что астения и депрессия у пациентов с СКВ были более выраженными, чем у больных с ССД. Для тех и других больных были характерны такие черты, как эмоциональная неустойчивость, малообщительность, плохой самоконтроль и высокая напряженность. А оценка "актуальной проблемы" показала, что у всех больных она сопровождалась развитием стресса [67, 69]. При ССД преобладали анозогнозический и эргопатический типы реагирования на болезнь, определявшиеся по методике ТОБОЛ. Эти типы характеризуются меньшей выраженностью социальной дезадаптации в связи с заболеванием [64, 68]. Основными механизмами психологической защиты при ССД являются "реактивное образование", "интеллектуализация", "проекция" и "подавление" [66]. Особенности отношения к болезни и осознание психологической защиты у больных СКВ и ССД важно учитывать для своевременной психотерапевтической коррекции, что может способствовать улучшению их состояния, предупреждению дистресса и профилактике декомпенсации заболевания [64].

Для оценки состояния здоровья и демонстрации его изменений в течение времени у больных с ССД применялась также модифицированная HAQ. В дополнение к стандартным вопросам HAQ о функциональной недостаточности использовались визуальные аналоговые шкалы, чтобы оценить симптомы поражения систем и органов, вовлечение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и легких, боль и общую тяжесть заболевания. Были установлены корреляционные связи функционального индекса (ФИ) HAQ с поражением кожи, сердца и почек, шумом трения сухожилий, контрактурами кистей и силой проксимальных мышц. Отмечено существенное улучшение ФИ в течение двухлетнего периода у больных, пролеченных D-пеницилламином. Обнаружены и корреляции между показателями ВАШ и

субъективными и объективными данными со стороны ЖКТ и легких [123]. Производилась также попытка разработать специальный инструмент оценки функциональной способности для больных ССД, в которой участвовали бы сами больные, физиотерапевты и квалифицированные терапевты. При этом оценки, выносимые совместно пациентами и терапевтами, не совпадали с теми, которые определялись больными и врачами изолированно друг от друга. Было показано, что самостоятельное применение опросника или заполнение его обученным терапевтом влияет, в частности, на решение научно-исследовательской задачи [121].

В последние годы большой интерес для ревматологов стали представлять БНС. Количество дней нетрудоспособности у больных, предъявляющих соответствующие жалобы, может увеличиваться при наличии ряда факторов, к числу которых следует отнести высокий риск соматизации, большое количество детей и членов семьи, наличие братьев и сестер с проблемами со спиной, постоянная боль и расстройство сна, неспособность выполнять задания на работе из-за боли [95].

Оценка выраженности БНС в спине может только частично основываться на клинических данных физикального осмотра. Была обнаружена относительно слабая взаимосвязь между результатами осмотра и субъективным описанием боли и функциональной недостаточности с помощью анкеты боли и 12-пунктового перечня действий повседневной жизни для оценки функциональной недостаточности [109].

Использование ВАШ, AIMS и опросника боли McGill для измерения БНС у пожилых больных показало, что данные методики являются более чувствительным и валидным способом оценки болевой реакции, чем наблюдение за ней во время пребывания больного в положении сидя или полужеле, при вставании или ходьбе [136].

Для определения влияния БНС на КЖ больного применялся опросник SIP. Оценка КЖ и его динамики осуществлялась в ходе мультидисциплинарной программы лечения, включающей психологические и поведенческие модифицирующие стратегии в комбинации с интенсивной физической нагрузкой. В целом больные продемонстрировали значительное улучшение во всех измеряемых показателях. Однако пациенты с тяжелыми условиями жизни не показали существенного улучшения в оценке КЖ по SIP, хотя они разделяли существенные улучшения, достигаемые всей группой по шкалам гибкости поясничного отдела и функциональной недостаточности [76]. Значительное улучшение функциональной способности и снижение уровня боли было продемонстрировано в исследовании больных с БНС, получавших групповую гидротерапию или грязелечение [122].

При оценке психо-эмоционального статуса больных с БНС с помощью шкал Цунга и Гамильтона были выявлены высокие уровни депрессии и тревоги, свидетельствующие о целесообразности включения в схемы лечения пациентов с БНС антидепрессантов и периферических миорелаксантов [5].

Большинство клиницистов-ревматологов соглашались с тем, что донесение медицинской информации до больного необходимо для профилактики РЗ [7]. С этой целью во многих городах создаются клубы-школы для ревматических больных. Примером может служить клуб "Панацея", организованный в 1997 г при кардиоревматологической поликлинике г. Хабаровска. Основная задача клуба - повышение КЖ больных. Во время встреч в клубе проводятся беседы о РЗ, причинах их возникновения, современных методах лечения, формируются группы для занятий лечебной гимнастикой, массажа, аутотренинга. Положительным результатом работы клуба является снижение частоты обострений у больных РА, отсутствие прогрессирования болезни при гонартрозе и ОП [11, 12]. Таким образом, клубы-школы для больных РЗ являются важной составляющей в программном лечении больных и достижении улучшения их КЖ.

Из вышеизложенного следует, что рассматриваемая проблема исследования КЖ является весьма актуальной в современной ревматологии, впрочем, как и во всей медицине. Метод оценки КЖ используется практически при любой нозологии. Он позволяет решить многие проблемы, с которыми сталкиваются практические врачи. Оценка КЖ

обеспечивает более глубокое наблюдение за больным в динамике, позволяет установить эффективность проводимой терапии, оценить необходимость коррекции лечебно-реабилитационной программы, а также дает возможность определить прогноз заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б. и др. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ). М., 2000, 80.
2. Амирджанова В.Н., Фоломеева О.М., Цветкова Е.С., Александров А.А. Применение модифицированной Станфордской анкеты оценки здоровья у больных ревматоидным артритом. Ревматол., 1989, 3, 56-61.
3. Амирджанова В.Н., Фоломеева О.М., Цветкова Е.С., Логинова Е.Ю. Оценка и прогнозирование трудоспособности при ревматоидном артрите. Ревматол., 1990, 2, 41-46.
4. Амирджанова В.Н., Фоломеева О.М., Цветкова Е.С., Логинова Е.Ю. Применение модифицированной анкеты оценки здоровья для оценки эффективности терапии в условиях стационара. Тер. арх., 1990, 62, 5, 103-106.
5. Артеменко Н.А., Глова С.Е., Бовкун И.Н. Изменение психо-эмоционального статуса у пациентов с болями в нижней части спины. Тез. докл. III Съезда ревматологов России, Рязань, 2001 (Научно-практич. ревматол., 2001, 3, 10).
6. Баранова Э.Я., Парусова Н.И. Психотропные средства в лечении больных с заболеваниями суставов. Нов. мед. и фармац., 1994, 2, 49-50.
7. Большакова Е.В., Ильичева А.С., Коршунов Н.И. Информационная работа с больными ревматоидным артритом и остеоартрозом. Тез. докл. III Съезда ревматологов России, Рязань, 2001 (Научно-практич. ревматол., 2001, 3, 17).
8. Вялков А.И., Гусев Е.И., Зборовский А.Б., Насонова В.А. Основные задачи Международной Декады (The Bone And Joint Decade 2000-2010) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России. Научно-практич. ревматол., 2001, 2, 4-13.
9. Грехов Р.А., Зборовский А.Б. Психологическая оценка эффективности рефлексотерапии больных ревматоидным артритом. Нов. мед. и фармац., 1994, 2, 50-51.
10. Добровольский А.В. Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни. Журн. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова, 2000, 100, 1, 23-27.
11. Жарская Ф.С. О клубе "Панацея". Тез. докл. Юбил. Конф., посвященной 70-летию Ассоциации ревматологов России и 40-летию Института ревматологии РАМН. Москва, 1998, 22.
12. Жарская Ф.С., Левушкина Т.Б. Опыт 4-х-летней работы клуба "Панацея". Тез. докл. III Съезда ревматологов России, Рязань, 2001 (Научно-практич. ревматол., 2001, 3, 39).
13. Зайцева Т.В. Качество жизни больных ревматоидным артритом. Автореф. дис. к. м. н., Оренбург, 1999, 25.
14. Зайцева Т.В., Багирова Г.Г. Оценка качества жизни больных ревматоидным артритом. Тер. арх., 2000, 72, 12, 38-41.
15. Кобалава Ж.Д., Школьников Е.Э., Моисеев В.С. Особенности качества жизни у пожилых больных с изолированной систолической артериальной гипертензией. Кардиология, 1999, 39, 10, 27-31.
16. Козловский И.В., Уланова Е.А. Многопрофильная оценка качества жизни больных ревматоидным артритом с расстройствами тревожного ряда. Тез. докл. III Съезда ревматологов России, Рязань, 2001 (Научно-практич. ревматол., 2001, 3, 55).
17. Колесников В.В., Дробот Е.В. Остеохондроз позвоночника и психоэмоциональный статус. Матер. Юбил. Конф., посвященной 15-летию НИИ клинич. и эксперимент. ревматологии РАМН. Сб. Волгоград, 2000, 86.
18. Колпакова Е.В. Качество жизни и артериальная гипертензия: роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и практической деятельности врача. Тер. арх., 2000, 72, 4, 71-74.
19. Коршунов Н.И. Ревматоидный артрит как психосоматическое заболевание. Психологические аспекты лечения. Нов. мед. и фармац., 1994, 2, 42-47.
20. Коршунов Н.И., Вассерман Л.И., Агабабова Э.Р. и др. Лечение больных хроническим заболеванием: точка зрения врача и больного (на примере ревматоидного артрита). Тер. арх., 1993, 65, 5, 74-77.
21. Коршунов Н.И., Ялышева Н.В. Эффект лечения больных ревматоидным артритом и взаимопонимание в диалог врач-больной. Нов. мед. и фармац., 1994, 2, 55.
22. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиология 2000, 5, 66-72.
23. Кравцова Т.Ю., Голованова Е.С., Рыболовлев Е.В. Изменения психовегетативного статуса и его коррекция у больных язвенной болезнью. Клин. мед., 2000, 78, 12, 34-36.
24. Кузнецова В.М., Марасаев В.В. Сравнительная оценка объективности клинически определяемой ФНС и функциональных тестов у больных ревматоидным артритом. Тез. докл. III Съезда ревматологов России, Рязань, 2001 (Научно-практич. ревматол., 2001, 3, 59).
25. Либис Р.А. Оценка эффективности лечения больных хронической сердечной недостаточностью с учетом динамики показателей качества жизни. Автореф. дис. к. м. н., Екатеринбург, 1994, 22.
26. Марилов В.В., Коркина М.В., Есаулов В.И. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки. Соц. и клин. психиатр., 2000, 10, 46 21-27.
27. Меньшикова Л.В. Значение личности больных в оценке эффективности комплексной терапии остеопороза. Тез. докл. Юбил. Конф., посвященной 70-летию Ассоциации ревматологов России и 40-летию Института ревматологии РАМН. М., 1998, 41.
28. Меньшикова Л.В., Дзизинский А.А. Психосоциальные аспекты системного остеопороза. Матер. Юбилейной конф., посвященной 15-летию НИИ клинич. и эксперимент. ревматологии РАМН. Сб. Волгоград, 2000, 97.
29. Насонова Е.Л. Анальгетические эффекты нестероидных противовоспалительных препаратов при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: баланс эффективности и безопасности. Consilium medicum, 2001, 3, 5, 209-215.
30. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальное значение XIII класса болезней для населения России. Научно-практич. ревматол., 2001, 1, 7-11.
31. Насонова В.А., Эрдес Ш. О Всемирной Декаде костно-суставных заболеваний 2000-2010. Научно-практич. ревматол., 2000, 4, 14-16.
32. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. Петербург, 1999, 140.
33. Новик А.А., Ионова Т.И., Цыган Е.Н. Методология изучения качества жизни пациентов с остеопорозом. Тез. докл. III Съезда ревматологов России, Рязань, 2001 (Научно-практич. ревматол., 2001, 80).
34. Новик А.А., Ионова Т.И., Шемеровская Т.Г. Динамика показателей качества жизни больных ревматоидным артритом в процессе лечения. Тез. докл. III Съезда рев-

- матологов России. Рязань, 2001 (Научно-практич. ревматол., 2001, 3, 81).
35. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. Оценка качества жизни больного в медицине. Клин. мед., 2000, 78, 2, 10-13.
 36. Онущенко И.А., Петрова Н.Н., Васильев В.В. и др. Качество жизни больных остеоартрозом. Матер. Юбил. Конф., посвященной 15-летию НИИ клинич. и эксперимент. ревматологии РАМН. Сб. Волгоград, 2000, 105-106.
 37. Петрова Н.Н., Волков М.М., Васильева И.А. Психосоматические аспекты адаптации больных к лечению гемодиализом. Тер. арх., 1997, 69, 4, 66-69.
 38. Петрова Н.Н., Зоткин Е.Г., Можаровская Е.А., Васильев В.В. Качество жизни больных ревматоидным артритом. Тез. докл. III Съезда ревматологов России, Рязань, 2001 (Научно-практич. ревматол., 2001, 3, 88).
 39. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. Научный обзор под ред. В.А. Орлова, С.Р. Гиларевского. Серия: Медицина и здравоохранение, М., 1992, 66.
 40. Провоторов В.М., Чернов Ю.Н., Лышова О.В., Будневский А.В. Алекситимия. Журн. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова, 2000, 100, 6, 66-70.
 41. Прокофьев А.Б. Качество жизни больных с нарушениями сердечного ритма и его изменения в процессе лечения. Автореф. дис. к. м. н., Оренбург, 1998, 21.
 42. Рутгайзер Я.М., Михайлов А.Г. Возможности оценки качества жизни больных в гастроэнтерологической практике. Клин. мед., 1999, 77, 3, 35-38.
 43. Рыбак В.А., Потынг Т.И. Сравнительная оценка качества жизни больных остеохондрозом позвоночника с различной локализацией болевого синдрома. Актуальные проблемы современной ревматологии. Сб. науч. работ. Под ред. акад. РАМН А.Б. Зборовского. Вып. XIX, Волгоград, 2001, 138-139.
 44. Рябов С.И., Петрова Н.Н., Васильева И.А. Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом. Клин. мед., 1996, 74, 8, 29-31.
 45. Рябов С.И., Шостка Г.Д., Петрова Н.Н. и др. Влияние терапии реконормом на качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом. Тер. арх., 1996, 68, 8, 43-46.
 46. Савельева М.И. Личность больных ревматоидным артритом и эффект лечения. Нов. мед. и фармац., 1994, 2, 58.
 47. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Качество жизни - предмет научных исследований в пульмонологии (По материалам Международного конгресса ИНТЕРАСТ-МА'98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания). Тер. арх., 2000, 72, 3, 36-41.
 48. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Овчаренко С.И. и др. Клинические особенности соматического заболевания и внутренняя картина болезни (на модели ишемической болезни сердца и бронхиальной астмы). Клин. мед., 1999, 77, 2, 17-23.
 49. Снегирева А.А., Рунова И.С., Кошман О.М. и др. Особенности психики у больных с ревматоидным артритом. Вестник РГМУ, 2001, 2, 26.
 50. Снегирева А.В., Сомова М.А. Сравнительная характеристика психовегетативных изменений у больных остеоартрозом и ревматоидным артритом. Тез. докл. III Съезда ревматологов России, Рязань, 2001 (Научно-практич. ревматол., 2001, 3, 102).
 51. Солохина Т.А., Шевченко Л.С., Сейку Ю.В. и др. Качество жизни родственников психически больных. Журн. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова, 1998, 98, 6, 42-46.
 52. Спирин Н.Н., Манелис З.С., Полтырев А.С., Дряженкова И.В. Психологические аспекты лечения больных системными васкулитами. Нов. мед. и фармац., 1994, 2, 59.
 53. Сулейманова Г.П., Грехов Р.А., Харченко С.А. и др. Защитные механизмы личности у больных с синдромом первичной фибромиалгии. Актуальн. проблемы современной ревматологии. Сб. науч. работ. Под ред. акад. РАМН А.Б. Зборовского. Вып. XIX, Волгоград, 2001, 152-153.
 54. Сулейманова Г.П., Грехов Р.А., Харченко С.А. и др. Особенности внутренней картины болезни у больных с синдромом первичной фибромиалгии. Актуальные проблемы современной ревматологии. Сб. науч. работ. Под ред. акад. РАМН А.Б. Зборовского. Вып. XIX, Волгоград, 2001, 153-154.
 55. Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дриницина С.И. Валидизация методик оценки качества жизни у больных стабильной стенокардией. Клин. мед., 2001, 79, 11, 22-25.
 56. Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дриницина С.В. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца - стабильной стенокардией. Клин. мед., 1998, 76, 6, 52-58.
 57. Уланова Е.А. Качество жизни при тревожных расстройствах у больных ревматоидным артритом. Клин. мед., 2001, 79, 1, 47-50.
 58. Уланова Е.А., Григорьев И.В., Козловский И.В. Болевая чувствительность у больных ревматоидным артритом. Клин. мед., 2000, 78, 1, 34-36.
 59. Урванцев Л.П. Психологические аспекты работы с больными: внутренняя картина болезни. Нов. мед. и фармац., 1994, 2, 40-41.
 60. Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. Исследование функциональной активности при ревматоидном артрите. Ревматол., 1989, 1, 55-61.
 61. Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н., Якушева Е.О. и др. Инвалидность населения России, обусловленная ревматическими заболеваниями. Росс. ревматол., 1999, 3, 70-79.
 62. Фоломеева О.М., Эрдес Ш., Насонова В.А. Медико-социальное значение ревматических болезней. Тез. докл. III Съезда ревматологов России, Рязань, 2001 (Научно-практич. ревматол., 2001, 3, 124).
 63. Фоломеева О.М., Якушева Е.О., Лобарева Л.С. и др. Болезни XIII класса среди населения России. Тез. докл. Всеросс. конфер. с международным участием "Медико-социальные проблемы костно-мышечных заболеваний в XXI веке". М., 2000 (Научно-практич. ревматол., 2000, 4, 104-105).
 64. Харченко С.А., Грехов Р.А. Особенности отношения к болезни у больных системной красной волчанкой и системной склеродермией. Мат. Юбил. конф., посвященной 15-летию НИИ клинич. и эксперимент. ревматологии РАМН. Сб. Волгоград, 2000, 146-147.
 65. Харченко С.А., Грехов Р.А., Зборовский А.Б. Клинико-психологические констелляции при системной красной волчанке. Тез. докл. III Съезда ревматологов России, Рязань, 2001 (Научно-практич. ревматол., 2001, 3, 128).
 66. Харченко С.А., Грехов Р.А., Зборовский А.Б. Системная красная волчанка и системная склеродермия: механизмы психологической защиты. Мат. Юбил. конф., посвященной 15-летию НИИ клинич. и эксперимент. ревматологии РАМН. Сб. Волгоград, 2000, 148.
 67. Харченко С.А., Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., Зборовский А.Б. К вопросу об исследовании личности больных системными заболеваниями соединительной ткани. Мат. Юбил. конф., посвященной 15-летию НИИ клинич. и эксперимент. ревматологии РАМН. Сб. Волгоград, 2000, 147.
 68. Харченко С.А., Грехов Р.А., Сулейманова Г.П. Позиция больных системной красной волчанкой и системной склеродермией по отношению к своему заболеванию. Актуальн. проблемы соврем. ревматологии: тез. докл. науч. конференции. Волгоград, 1999, 105.
 69. Харченко С.А., Грехов Р.А., Сулейманова Г.П. Психологические особенности больных системными заболе-

- ваниями соединительной ткани. Актуальные проблемы современной ревматологии: тез. докл. научной конференции. Волгоград, 1999, 106.
70. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю. Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита. Тер. арх., 1998, 70, 9, 53-57.
71. Штрессер В., Вайзер М. Гомеопатическое лечение гонартроза: результаты двойного слепого исследования. Биол. мед., 2001, 2, 21-26.
72. Anderson R.T., Aaronson N.K., Wilkin D. Critical review of the international assessment of health-related quality of life. Qual. Life Res., 1993, 2, 369-395.
73. Archenholtz B., Bjelle A. Reliability, validity, and sensitivity of a Swedish version of the revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS 2). J. Rheumatol., 1997, 24, 7, 1370-1377.
74. Barret G., Victor C.R. Key problems in using health status measures. Nurs. Stand., 1997, 11, 26, 40-44.
75. Bennet K.J., Torrance G.W., Moran et al. Health state utilities in knee replacement surgery: the development and evaluation of McKnee. J. Rheumatol., 1997, 24, 9, 1796-1805.
76. Blake C., Garrett M. Impact of litigation on quality of life outcomes in patients with chronic low back pain. Ir. J. Med. Sci., 1997, 166, 3, 124-126.
77. Breetvelt I.S., Van Dam F.S.A.M. Under reporting by Cancer Patients: The Case of Response-Shift. Soc. Sci. Med., 1991, 32, 9, 981-987.
78. Bullinger M. Health related quality of life and subjective health. Overview of the status of research for new evaluation criteria in medicine. Psychoter. Psychosom. Med. Psychol., 1997, 47, 3-4, 76-91.
79. Buskila D., Neumann L. Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. J. Rheumatol., 1996, 23, 5, 903-906.
80. Carr A.J. Margaret Holroyd Prize Essay. A patient-centred approach to evaluation and treatment in rheumatoid arthritis: the development of a clinical tool to measure patient-perceived handicap. Br. J. Rheumatol., 1996, 35, 10, 921-932.
81. Coons S.J., Rao S., Keininger D.L., Hays R.D. Comparative review of generic quality of life instruments. Pharmacoeconomics, 2000, 17, 1, 13-35.
82. Daltroy L.H. Common problems in using, modifying, and reporting on classic measurement instruments. Arthritis Care Res., 1997, 10, 6, 441-447.
83. De Bruin A., Picavet H.S., Nossikov A. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO. Reg. Publ. Eur. Ser., 1996, 58, 1-161.
84. De Jong Z., van der Heijde, McKenna S.P., Whalley D. The reliability and construct validity of the RAQoL: a rheumatoid arthritis - specific quality of life instrument. Br. J. Rheumatol., 1997, 36, 8, 878-883.
85. Duffy C.M., Duffy K.N. Health assessment in the rheumatic diseases of childhood. Curr. Opin. Rheumatol., 1997, 9, 5, 440-447.
86. Engelberg B., Martin D.P., Agel J. et al. Musculoskeletal Function Assessment instrument: criterion and construct validity. J. Orthop. Res., 1996, 14, 2, 182-192.
87. Fallowfield L. Quality of quality of life data. Lancet, 1996, 348, 421-422.
88. Frey D., Hasler P., Tyndall A. Treatment of chronic polyarthritis. Schweiz. Med. Wochenschr., 1997, 127, 46, 1887-1900.
89. Fries J.F., Williams C.A., Singh G., Ramey D.R. Response to therapy in rheumatoid arthritis influenced by immediately prior therapy. J. Rheumatol., 1997, 24, 5, 838-844.
90. Ganiats T.G., Sieber W.J., Weisman M. Self-reported cost of illness and health-related quality of life. Best Pract. Benchmarking Healthc., 1997, 2, 2, 57-62.
91. Gladman D.D., Urowitz M.B., Gough J., Mackinnon A. Fibromyalgia is a major contributor to quality of life in lupus. J. Rheumatol., 1997, 24, 11, 2145-2148.
92. Guillemin F., Coste J., Pouchot J. et al. The AIMS 2-SF: a short form of the Arthritis Impact Measurement Scales 2, French Quality of life in Rheumatology Group. Arthritis Rheum., 1997, 40, 7, 1267-1274.
93. Harten J.A. Functional capacity evaluation. Occup. Med., 1998, 13, 1, 209-212.
94. Hawker G., Wright J., Coyte P. et al. Health-related quality of life after knee replacement. J. Bone Joint Am., 1998, 80, 2, 163-173.
95. Ingemarsson A.H., Nordholm L., Sivik T. Risk of long-term disability among patients with back pain. Scand. J. Rehabil. Med., 1997, 29, 4, 205-212.
96. Hopman-Rock M., Kraaijaat F.W., Bijlsma J.W. Quality of life in elderly subjects with pain in the hip or knee. Qual. Life Res., 1997, 6, 1, 67-76.
97. Hopman-Rock M., Odding E., Hofman A. et al. Physical and psychosocial disability in elderly subjects in relation to pain in the hip and/or knee. J. Rheumatol., 1996, 23, 6, 1037-1044.
98. Hopman-Rock M., Odding E., Hofman A. et al. Differences in health status of older adults with pain in the hip or knee only and with additional mobility restricting conditions. J. Rheumatol., 1997, 24, 12, 2416-2423.
99. Ionova T., Tzepakova A., Novik et al. Quality of life in rheumatoid arthritis patients of different age. Qual. Life Res., 1999, 8, 7, 577.
100. Jonsson B. Quality of life and health economics: where is the link? Scand. J. Gastroenterol. Suppl., 1996, suppl. 221, 33-36.
101. Lavernia C.J., Guzman J.F., Gachupin Garcia A. Cost effectiveness and quality of life in knee arthroplasty. Clin. Orthop., 1997, 345, 134-139.
102. Lescoe Long M., Long M.J., Johnson D.W. Quality of life improvement in patients with osteoarthritis: the potential for office-based assessment. Arthritis Care Res., 1996, 9, 3, 177-181.
103. L'Insalata J.C., Warren R.F., Cohen S.B. et al. A self-administered questionnaire for assessment of symptoms and function of the shoulder. J. Bone Joint Surg. Am., 1997, 79, 5, 738-748.
104. Mannerkorpi K., Ekdahl C. Assessment of functional limitation and disability in patients with fibromyalgia. Scand. J. Rheumatol., 1997, 26, 1, 4-13.
105. Martin D.P., Engelberg R., Agel J. et al. Development of a musculoskeletal extremity health status instrument: the Musculoskeletal Function Assessment instrument. J. Orthop. Res., 1996, 14, 2, 173-181.
106. Matsen F.A.-3rd, Smith K.L., De Bartolo S.E. et al. A comparison of the patients with late-stage rheumatoid arthritis and osteoarthritis of the shoulder using self-assessed shoulder function and knee status. Arthritis Care Res., 1997, 10, 1, 43-47.
107. McFarlane A.C., Brooks P.M. The Assessment of disability and handicap in musculoskeletal disease. J. Rheumatol., 1997, 24, 5, 985-989.
108. McGrory B.J., Harris W.H. Can the Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) osteoarthritis index be used to evaluate different hip joints in the same patient? J. Arthroplasty, 1996, 11, 7, 841-844.
109. Michel A., Kohlmann T., Raspe H. The association between clinical findings on physical examination and self-reported severity in back pain. Results of a population-based study. Spine, 1997, 22, 3, 296-303, discussion - 303-304.
110. Nontgomery S.A. Need for treatment and measurement of outcome: workshop report 2. Int. Clin. Psychopharmacol., 1996, 11, suppl. 3, 103-108.
111. Nordenskiöld U., Grimby G. Assessment of disability in women with rheumatoid arthritis in relation to grip force and pain. Disabil. Rehabil., 1997, 19, 1, 13-19.
112. O'Boyle C.A. Measuring the quality of later life. Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci., 1997, 352, 1363, 1871-1879.

113. Patrick D.L. Finding health-related quality of life outcomes sensitive to health-care organization and delivery. *Med. Care*, 1997, 35, 11 suppl., NS.49-57.
114. Pouchot J., Guillemin F., Coste J. et al. Validation of the French version of the arthritis impact measurement scales 2 and comparison with the french version of the Nottingham Health Profile. "Quality of Life in Rheumatology" Task Force. *Rev. Rhum. Engl. Ed.*, 1996, 63, 6, 389-404.
115. Prieto L., Alonso J., Viladrich M.C., Anto J.M. Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: evidence of limited value of item weights. *J. Clin. Epidemiol.*, 1996, 49, 1, 31-38.
116. Ren X.S., Kazis L., Lee A. et al. Comparing generic and disease-specific measures of physical and role functioning: results from the Veterans Health Study. *Med. Care*, 1998, 36, 2, 155-166.
117. Ronen R., Braun Z., Eyal P., Eldar R. A community-oriented programme for rehabilitation of persons with arthritis. *Disabil. Rehabil.*, 1996, 18, 9, 476-481.
118. Ruiz-Moral R., Munoz-Alamo M., Perula de-Torres L., Aquayo Galeote M. Biopsychosocial features of patients with wide spread chronic musculoskeletal pain in family medicine clinics. *Fam. Pract.*, 1997, 14, 3, 242-248.
119. Schierhout G.H., Myers J.E. Is self-reported pain an appropriate outcome measure in ergonomic-epidemiologic studies of work-related musculoskeletal disorders? *Am. J. Ind. Med.*, 1996, 38, 1, 93-98.
120. Silverman S. Osteoporosis Assessment Questionnaire. *MAPI Qual. Life Newslett.* 1997, 18, 16.
121. Silman A., Akesson A., Newman J. et al. Assessment of functional ability in patients with scleroderma: proposed new disability assessment instrument. *J. Rheumatol.*, 1998, 25, 1, 79-83.
122. Sjogren T., Long N., Storay I., Smith J. Group hydrotherapy versus group land-based treatment for chronic low back pain. *Physiother. Res. Int.*, 1997, 2, 4, 212-222.
123. Steen V.D., Medsger T.A. Jr. The value of the Health Assessment Questionnaire and special patient-generated scales to demonstrate change in systemic sclerosis patients over time. *Arthritis Rheum.*, 1997, 40, 11, 1984-1991.
124. Stucki G., Meier D., Stucki S. et al. Evaluation of a German version of WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) Arthritis Index. *Z. Rheumatol.*, 1996, 55, 1, 40-49.
125. Sun Y., Sturmer T., Gunther K.P., Brenner H. Reliability and validity of clinical outcome measurements of the hip and knee - a review of the literature. *Clin. Rheumatol.*, 1997, 16, 2, 185-198.
126. Taal E., Rasker J.J., Timmers C.J. Measures of physical and emotional well being for young adults with arthritis. *J. Rheumatol.*, 1997, 24, 5, 994-997.
127. Tarlov A.R., Ware J.E. Jr., Greenfield S. et al. The Medical Outcomes Study: an application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA*, 1989, 262, 925-930.
128. Tennant A., Hillman M., Fear J. et al. Are we making the most of Stanford Health Assessment Questionnaire? *Br. J. Rheumatol.*, 1996, 35, 6, 574-578.
129. Testa M.A., Simonson D.C. Assessment of quality-of-life outcomes. *New. Engl. J. Med.*, 1996, 334, 835-840.
130. Tuttleman M., Pillemer S.R., Tilley B.C. et al. A cross sectional assessment of health status instruments in patients with rheumatoid arthritis participating in a clinical trial. Minocycline in Rheumatoid Arthritis Trial Group. *J. Rheumatol.*, 1997, 24, 10, 1910-1915.
131. Van-den-Ende C.H., Breedveld F.C., Dijkmans B.A., Hazen J.M. The limited value of the Health Assessment Questionnaire as an outcome measure in short term exercise trials. *J. Rheumatol.*, 1997, 24, 10, 1972-1977.
132. Van-den-Ende C.H., Rozing P.M., Dijkmans B.A. et al. Assessment of shoulder function in rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.*, 1996, 23, 12, 2043-2048.
133. Walker E.A., Keegan D., Gardner G. et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosom. Med.*, 1997, 59, 6, 565-571.
134. Ward M.M. Rheumatology visit frequency and changes in functional disability and pain in patients with rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.*, 1997, 24, 1, 35-42.
135. Weinberger M., Oddone E.Z., Samsa G.P., Landsman P.B. Are health-related quality-of-life measures affected by the mode of administration? *J. Clin. Epidemiol.*, 1996, 49, 2, 135-140.
136. Weiner D., Pieper C., McConnell E. et al. Pain measurement in elders with chronic low back pain: traditional and alternative approaches. *Pain*, 1996, 67, 2-3, 461-467.
137. Whalley D., McKenna S.P., de Jong Z., van der Heijde D. Quality of life in rheumatoid arthritis. *Br. J. Rheumatol.*, 1997, 36, 8, 884-888.
138. Wolfe F. Practical issues in psychosocial measures. *J. Rheumatol.*, 1997, 24, 5, 990-993.
139. Wolfe F. The C-reactive protein bun not erythrocyte sedimentation rate is associated with clinical severity in patients with osteoarthritis of the knee or hip. *J. Rheumatol.*, 1997, 24, 8, 1486-1488.
140. Wolfe F., Anderson J., Harkness D. et al. Work and disability status of persons with fibromyalgia. *J. Rheumatol.*, 1997, 24, 6, 1171-1178.
141. Wolfe F., Hawley D.J. Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the EuroQol. *Br. J. Rheumatol.*, 1997, 36, 7, 786-793.
142. Wolfe F., Hawley D.J., Wilson K. The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *J. Rheumatol.*, 1996, 23, 8, 1407-1417.
143. Wolfe F., Potter J. Fibromyalgia and work disability: is fibromyalgia a disabling disorder? *Rheum. Dis. Clin. North. Am.*, 1996, 22, 2, 369-391.
144. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J. Clin. Epidemiol.*, 1999, 52, 355-363.

Поступила 25.05.2002