

Оценка качества жизни больных ХГС, получающих комбинированную противовирусную терапию

Т.В.Сологуб, В.В.Цветков, О.Е.Никитина, Н.В.Дунаева, И.И.Токин

НИИ гриппа Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель. Оценить качество жизни больных ХГС, получающих стандартную противовирусную терапию и комбинированную терапию с включением третьего препарата.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 162 больных ХГС в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст $34,7 \pm 5,2$ лет), 95 мужчин и 67 женщин. Диагноз ХГС был подтвержден выявлением антител к HCV и наличием в сыворотке крови РНК HCV. Наркомании, хронического алкоголизма и тяжелых соматических заболеваний ни у кого не было выявлено. Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу, уровню активности АЛТ и выраженному фиброзу печени. В схемы терапии были включены следующие препараты: ИФН- α 2b (Альфарона), ИФН- γ (Ингарон) и рибавирин. Больные 1-й группы получали стандартную терапию (ИФН- α 2b и рибавирин), 2-й – тройную терапию (ИФН- α 2b, рибавирин и ИФН- γ). Для оценки качества жизни исследуемых больных был использован опросник SF-36.

Результаты. Пациенты группы 2, получавшие тройную терапию с включением Ингарона, уже на 12-й неделе наблюдения отметили улучшение физической и социальной активности. Динамика прироста баллов у них была больше, чем у лиц группы 1 (+20,7 против +17,6 баллов). К 24-й неделе пациенты группы 2 дали более позитивную оценку собственного здоровья (+50,6 против +39,3 баллов). Динамический прирост средней суммы баллов у них был выше, чем у больных 1-й группы (+40,3 против +31,8 баллов). К 48 неделям наблюдения показатели, характеризующие физическое здоровье, у больных группы 2 колебались от 85 до 87 баллов против 79–84 баллов у пациентов, не получавших Ингарон. Оценка восприятия здоровья составила 95,6 баллов против 85,2 в группах 2 и 1 соответственно.

Заключение. Показано позитивное влияние препарата Ингарон на показатели качества жизни. Пациенты, получавшие тройную терапию, оценивали свое физическое и эмоциональное состояние гораздо выше, чем больные, получавшие только стандартную противовирусную терапию.

Ключевые слова: Альфарон, Ингарон, интерферон-альфа, интерферон-гамма, качество жизни, хронический гепатит С.

Evaluation of the quality of life of patients with CHC who receive combined antiviral therapy

T.V.Sologub, V.V.Tsvetkov, O.E.Nikitina, N.V.Dunaeva, I.I.Tokin

Research Institute of Influenza, Ministry of Public Health of the Russian Federation, St.Petersburg, Russian Federation

The objective. To evaluate the quality of life of patients with CHC who receive standard antiviral therapy and combined therapy with inclusion of a third drug.

Patients and methods. The follow-up embraced 162 patients with CHC aged 18 to 58 years (mean age 34.7 ± 5.2 years), 95 men and 67 women. The diagnosis of CHC was confirmed by detection of antibodies to HCV and presence of HCV RNA in blood serum. No drug addiction, chronic alcohol abuse or severe somatic diseases were found in the patients. The patients were divided into 2 groups comparable by age, sex, level of ALT activity and severity of liver fibrosis. The therapeutic regimens included the following drugs: IFN- α 2b (Alpharona), IFN- γ (Ingaron) and ribavirin. Patients of group 1 received standard therapy (IFN- α 2b and ribavirin), group 2 received triple therapy (IFN- α 2b, ribavirin and IFN- γ). The SF-36 questionnaire was used to assess the quality of life of the participating patients.

Results. Patients of group 2, who received triple therapy with inclusion of Ingaron, as soon as at the 12th week of follow-up reported improvement of their physical and social activity. Their scores increased more dynamically than in patients of group 1 (+20.7 vs +17.6 scores). By the 24th week, patients of group 2 assessed their health more positively (+50.6 vs +39.3 scores). The dynamic increase of their average total scores was higher than in patients of group 1 (+40.3 vs +31.8 scores). By the 48th week of follow-up, the parameters that characterize physical health varied from 85 to 87 scores in patients of group 2 vs 79–84 scores in patients, who did not receive Ingaron. Assessment of health perception scored 95.6 vs 85.2 in groups 2 and 1, respectively.

Conclusion. As has been shown, Ingaron has a positive effect on parameters of the quality of life. Patients who received triple therapy assessed their physical and emotional state much higher than patients who received only standard antiviral therapy.

Key words: interferon alpha, interferon gamma, quality of life, chronic hepatitis C

Для корреспонденции:

Сологуб Тамара Васильевна, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной и клинической работе НИИ гриппа Минздрава России

Адрес: 197376, Санкт-Петербург, ул. профессора Попова, 15/17
Телефон: (812) 499-1585

Статья поступила 23.02.2014 г., принята к печати 02.06.2014 г.

Понятие «качество жизни» приобретает все большее значение в современной медицине. Это понятие характеризует удовлетворенность человека своей трудовой и досуговой деятельностью, семейным укладом и бытом, медицинским обслуживанием и состоянием здоровья [1].

И.В.Бестужев-Лада (1995) выделяет подход, в котором это понятие отождествляется с уровнем и образом жизни

как взаимоисключающими категориями [2]. Например, высокий уровень жизни сопровождается высокими нагрузками, стрессами, в результате чего качество жизни снижается. Распространенной трактовкой понятия «качество жизни» является его определение как социологической категории. Качество жизни как социологическая категория выражает качество удовлетворения материальных и культурных потребностей людей, что включает качество питания, качество одежды, комфорт жилища, качество здравоохранения, уровень образования, качество сферы обслуживания, качество окружающей среды, уровень досуга, удовлетворение в общении, знаниях, творческом труде. Однако такое понимание категории «качества жизни» не может быть признано достаточным, оно представляет собой расчлененную целостность, является структурным образованием, поэтому данное понятие необходимо рассматривать в интегральном единстве материальных, природных, социальных и духовных факторов жизни человека [3].

Значительно отличается от социологического понимания определение, предложенное ВОЗ (1994): «Качество жизни – это качественная оценка жизнедеятельности индивида в показателях смертности, заболеваемости, симптомов и прогнозов». В некоторых определениях просматривается прямая взаимосвязь двух понятий – «качество жизни» и «здоровье». Так, А.Е.Иванова (1996) понимает здоровье как высокое качество жизни, как жизнь, свободную не только от неизлечимых болезней, не просто материальную обеспеченность, а как социально активную, духовно насыщенную жизнь для максимально большого числа людей [4, 5]. По мнению Л.С.Шиловой, здоровье есть такая форма жизнедеятельности, которая обеспечивает необходимое качество жизни и достаточную ее продолжительность [6].

Общепринятым в международной практике, высокозэффективным, чувствительным методом оценки социального благополучия является понятие «качество жизни» (QOL (Quality of Life)), представляющее комплексную характеристику факторов и условий существования личности в социуме [5].

Совокупность параметров «качества жизни» (QOL, Quality of Life) определяет здоровье как интегральный показатель, содержащий функциональные критерии, характеризующие физическую активность, работоспособность; наличие определенных симптомов (признаков), связанных с заболеванием; общее отношение к самочувствию, а также включает социальную и эмоциональную активность человека [7, 8].

В медицинской практике принято обращать внимание на биомедицинские аспекты заболевания, характеризующие состояние больного и отражающие результаты лечения. В эмпирических исследованиях характеристика степени здоровья осуществляется с учетом медицинской оценки состояния больного, находящей свое выражение в клиническом диагнозе и группе здоровья [2, 3, 9, 10]. Хроническое заболевание ограничивает социальную адаптацию пациента за счет нарушения личностно-средового воздействия и изменение системы отношений личности. Переживания больных, связанные с наличием заболевания, представляют определенную форму страдания, оказывая влияние на социальное состояние, ухудшая качество жизни пациентов. При хронических заболеваниях на первый план выходят аспекты влияния болезни на жизнь больного, его психический и социаль-

ный статус в отношении как самой болезни, так и результатов ее лечения [1, 11–15].

Оценка повседневной жизнедеятельности предназначена дать ответы на следующие вопросы: может ли больной жить независимо, может ли оказание какого-либо вида услуг сделать возможной его жизнь в обычных условиях либо функциональная несостоятельность индивидуума такова, что его необходимо поместить в специализированное учреждение с сестринским уходом?

Социальное здоровье есть мера семейных и иных индивидуальных связей и участия в жизни общества. Социальное участие и взаимодействие обычно проявляются в четырех сферах, которые и принято оценивать: семья и дом (семейное положение, контакты с родственниками), друзья и знакомые, отношения с социальными организациями и работа (или основная деятельность на службе). Наиболее часто определяют количество и частоту контактов с родственниками и друзьями, удовлетворенность общением, наличие людей, с которыми поддерживают доверительные отношения, активность в общественной жизни [5].

Психологическим индикатором качества жизни является степень удовлетворенности разными сферами жизни и согласованность с психической адекватностью личности. Субъективные индикаторы «качества жизни» подразделяют на когнитивную компоненту (рациональную) и аффективную (эмоциональную). Когнитивная компонента состоит из оценки общей удовлетворенности различными сферами жизни; аффективная представлена позитивными факторами – ощущением счастья, социальной поддержки, личной компетентности, а негативная составляющая включает депрессию, тревожность и стресс [8, 9].

В соответствии с парадигмой клинической медицины, качество жизни является: 1) главной целью лечения пациентов при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни; 2) дополнительной целью лечения пациентов при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни; 3) единственной целью лечения пациентов в инкурабельной стадии заболевания [1, 3, 9].

Для оценки качества жизни применяются опросники, каждый из которых отличается объемом исследований; временем, необходимым для заполнения анкет; способами заполнения и количественной оценкой показателей качества жизни [16–18].

Согласно достигнутому большинством исследователей соглашению и рекомендациям ВОЗ, подобные опросники должны отражать три основных сферы жизнедеятельность человека: физическое здоровье, психическое/психологическое здоровье и социальные функции, а также глобальную оценку больным своего здоровья и благополучия. Опросник SF-36 Health Survey (Standart & Acute Forms) является наиболее распространенным как при проведении клинических исследований, так и при индивидуальном мониторинге состояния больного [19]. Данный опросник создавался на основе синтеза результатов уже существующих инструментов по оценке качества жизни и в настоящее время успешно применяется при оценке качества жизни не только здорового населения, но и больных с различными заболеваниями [1, 12–15, 17] (табл. 1).

Опросник SF-36 обеспечивает количественное определение качества жизни по шкалам: физическое функциониро-

вание, роль физических проблем, физическая боль, общее восприятие здоровья, жизнеспособность, социальная активность, роль эмоциональных проблем, психическое здоровье, сравнение самочувствия с предыдущим годом [6, 16]. При этом показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по избранной шкале [16, 19].

Предварительно нами было проведено исследование качества жизни (тест SF-36) среди практически здоровых лиц ($n = 25$) в сравнении с больными хроническим гепатитом С (ХГС) ($n = 29$). Обследование здоровых лиц показало высокую активность качества жизни по всем шкалам (табл. 2). Высоким был показатель PF, его оценка составила 98,5 баллов, показатель RP оценен в 86,3 балла, свидетельствующий о незначительной роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Отмечен высокий уровень социальной активности (SF – 80 баллов), эмоциональной (RE – 81,6 балла), т.е. присутствует достаточная как эмоциональная, так и физическая способность к общению с другими людьми. Незначительно снижен был показатель восприятия здоровья (GH) и уровень психического здоровья (MH), составившие соответственно 75,4 и 71,4 балла.

Качество жизни пациентов с хроническим заболеванием печени (табл. 3), по сравнению со здоровыми лицами, оказалось сниженным (почти в 2 раза) по всем шкалам опросника SF-36. Снижен показатель физической активности PF в 1,97 раз. Физические проблемы (RP) способствовали ограничительному поведению в выполнении ежедневных обязанностей, показатель также снижен в 1,97 раз. Пациенты характеризовали здоровье (GH) и жизнеспособность (VT) существенно ниже среднего уровня, оценивая соответственно в 41,4 и 45,5 баллов против 75,4 и 69,3 баллов в сравнении со здоровыми лицами.

При определении жизнеспособности (VT) больных отмечено наличие утомляемости, снижение работоспособности. Несмотря на снижение физической активности (PF), частое наличие болевого синдрома, отсутствие желания к энергичным действиям, большая часть пациентов (86,8%) беспрепятственно общались с родственниками, друзьями и знакомыми. Уровень психического здоровья (MH) оценивался пациентами в 41,5 балла, тогда как у здоровых лиц он составил 71,4 балла, т.е. был выше в 1,7 раза.

При оценке шкалы SF (социальная активность) больные характеризовали ее как умеренную, средний балл составил 39,5. Адекватной социальной активности мешало физическое недомогание и наличие эмоциональных проблем, связанных с заболеванием, что проявилось снижением балльной оценки по шкале психического здоровья (MH) и эмоциональных проблем (RE) в ограничении жизнедеятельности (в 1,7 и 2 раза соответственно) в сравнении со здоровыми лицами.

Пациенты и методы

Нами проведена оценка качества жизни больных хронической HCV-инфекцией в тесте SF-36, позволяющая выявить субъективное отношение пациента к проводимому лечению, его эффективности и субъективно оценить состояние своего здоровья. Под наблюдением находилось 162 больных ХГС в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст

$34,7 \pm 5,2$ лет). Мужчин в обследуемой группе было 95 человек (средний возраст $36,5 \pm 6,5$ лет), женщин – 67 человек (средний возраст $32,9 \pm 7,9$ лет). В исследуемые группы пациентов не включали лиц, у которых определялись антитела к ВИЧ, антигены и антитела к вирусу гепатита А, В, Д. В момент обследования никто из пациентов не употреблял психотропных лекарственных средств и не страдал хронической алкогольной и наркотической зависимостью. Тяжелых соматических заболеваний не было выявлено ни у одного пациента; не отмечалось и аутоиммунных заболеваний, а также тяжелых эндокринных расстройств. У больных в качестве сопутствующей патологии наиболее часто регистрировались заболевания желудочно-кишечного тракта (80,2%) и желчевыводящих путей (21,2%). Диагноз ХГС был установлен на основании клинико-эпидемиологических, лабораторных и инструментальных данных и подтвержден выявлением антител к вирусу гепатита С (HCV) и наличием в сыворотке

Таблица 1. Шкалы опросника SF-36

Компонент здоровья	Наименование шкалы	Условное обозначение
Физический компонент здоровья	Физическое функционирование	ФФ (PF)
	Ролевое физическое функционирование	РФФ (RP)
	Боль	Б (BP)
	Общее здоровье	ОЗ (GH)
	Жизнеспособность	Ж (VT)
	Социальное	СФ (SF)
Психологический компонент здоровья	Функционирование	РЭФ (RE)
	Ролевое эмоциональное функционирование	
	Психологическое здоровье	ПЗ (MN)

Таблица 2. Показатели качества жизни здоровых людей (собственные данные)

Параметры по шкале SF-36	Балльная оценка показателя (норма – 100 баллов) ($n = 20$)
PF – физическая активность	$98,5 \pm 1,06$
RP – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$86,3 \pm 12,4$
GH – общее восприятие здоровья	$75,4 \pm 5,9$
VT – жизнеспособность	$69,3 \pm 5,04$
SF – социальная активность	$80,0 \pm 7,6$
RE – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$81,6 \pm 10,2$
MN – психическое здоровье	$71,4 \pm 5,68$

Таблица 3. Показатели качества жизни больных с хроническим поражением печени (собственные данные)

Параметры по шкале SF-36	Оценка качества жизни (баллы)
здоровые ($n = 20$)	больные ХГС ($n = 70$)
PF – физическая активность	$98,5 \pm 1,06$
RP – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$86,3 \pm 12,4$
GH – общее восприятие здоровья	$75,4 \pm 5,9$
VT – жизнеспособность	$69,3 \pm 5,04$
SF – социальная активность	$80,0 \pm 7,6$
RE – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$81,6 \pm 10,2$
MN – психическое здоровье	$71,4 \pm 5,68$

*различия достоверны в сравниваемых группах

Таблица 4. Оценка качества жизни больных ХГС (тест SF-36) на момент старта терапии

Параметры качества жизни, баллы	1-я группа	2-я группа
PF – физическая активность	45,4 ± 0,3	47,1 ± 0,8
RP – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	53,2 ± 0,2	50,3 ± 0,4
BP – физическая боль	53,4 ± 0,5	53,1 ± 0,3
GH – общее восприятие здоровья	41,1 ± 0,3	46,5 ± 0,3
VT – жизнеспособность	60,4 ± 0,2	62,1 ± 0,3
SF – социальная активность	47,7 ± 0,4	50,4 ± 0,2
RE – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	70,2 ± 0,6	65,7 ± 0,3

крови РНК HCV. Пациенты имели различную давность заболевания, однако клинически выраженных признаков цирроза печени не было ни у одного из обследованных.

В схемы терапии больных были включены следующие препараты:

1. Альфарона (P№ ЛС001040 от 23.12.2005 г.) – интерферон- α 2b (ИФН- α 2b) человеческий рекомбинантный, показанием к применению является ХГС;

2. ИНГАРОН (P№ ЛС000924 от 18.11.2005 г.) – ИФН- γ , показанием к применению является ХГС;

3. Рибавирин – препарат, вошедший в «золотой стандарт» лечения ХГС.

Для выполнения настоящего исследования все больные были разделены на 2 группы в зависимости от вида терапии. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, социальному статусу, генотипу HCV, уровню аланинамино-трансферазы (АЛТ) и степени выраженности фиброза печени. Группа 1 состояла из 52 больных, среди них 30 мужчин (58%). У абсолютного большинства пациентов (82%) этой

группы на старте терапии наблюдалась умеренная активность АЛТ и начальные степени фиброза печени (F0-F2). Все больные имели генотип 1 HCV и получали стандартную противовирусную терапию (Рибавирин в дозе 15 мг на 1 кг массы тела в сутки и ИФН- α 2b в дозе 3 000 000 МЕ подкожно через день).

Группа 2 состояла из 110 больных, среди них 65 мужчин (59%). У большинства пациентов (71%) группы 2 на старте терапии наблюдались умеренная активность АЛТ и начальные степени фиброза печени (F0-F2). У всех больных был генотип 1 HCV. Пациентам этой группы была назначена тройная терапия (наряду с Рибавирином в дозе 15 мг на 1 кг массы тела в сутки и ИФН- α 2b в дозе 3 000 000 МЕ подкожно через день был включен ИФН- γ (препарат Ингарон) в дозе 500 000 МЕ подкожно через день). Длительность стандартной противовирусной терапии у больных составила 48 нед, препарат Ингарон вводили в течение 24 нед.

Все больные обследовались по общепринятой в гепатологической практике методике. Для оценки качества жизни исследуемых больных был использован опросник SF-36, позволяющий выявить субъективное отношение пациента к проводимому лечению, его эффективности и к состоянию своего здоровья.

Результаты исследования и их обсуждение

Анкетирование пациентов (на старте терапии) (табл. 4) показало, что суммарный средний балл у пациентов 1-й группы составил 53,1 против 53,6 – во 2-й. Это указывало на однородность групп и свидетельствовало о том, что по основным параметрам (PF, GH, SF) качество жизни у больных обеих групп было низким и составило всего 53 балла (при норме до 100 баллов).

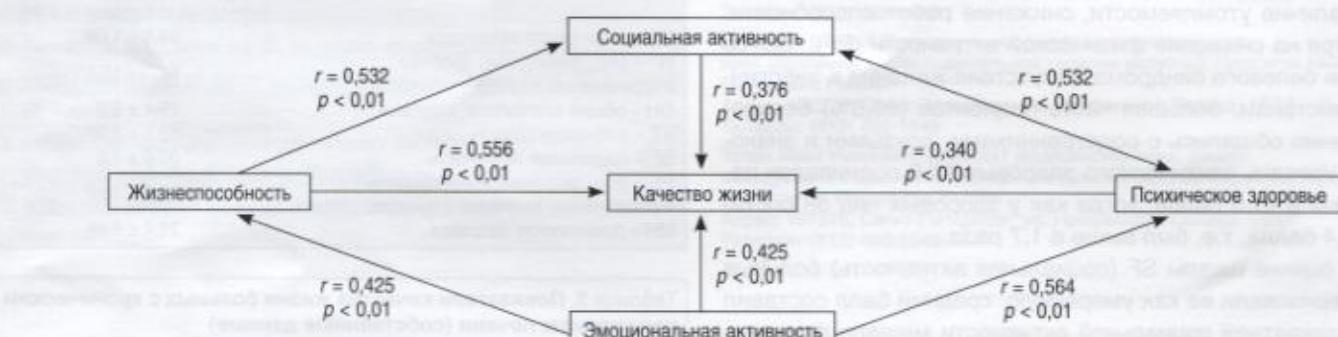


Рисунок. Взаимосвязь психологических параметров и качества жизни.

Таблица 5. Оценка качества жизни больных ХГС с учетом динамического прироста баллов (тест SF-36)

Параметры качества жизни, баллы	Время наблюдения					
	3 мес		24 нед		48 нед	
PF – физическая активность	71,2 ± 0,40 (+25,8)	77,5 ± 0,3 (+30,4)	85,3 ± 0,2 (+39,9)	91,1 ± 0,1 (+44,0)	79,2 ± 0,5* (+33,8)	85,3 ± 0,4* (+38,2)
RP – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	62,3 ± 0,2 (+9,1)	64,7 ± 0,3 (+14,4)	83,2 ± 0,5 (+30,0)	87,2 ± 0,5 (+36,9)	84,3 ± 0,2* (+31,1)	87,4 ± 0,6* (+37,1)
BP – физическая боль	67,6 ± 0,5 (+14,2)	70,5 ± 0,2 (+17,4)	87,1 ± 0,7 (+33,7)	94,3 ± 0,4 (+41,2)	83,3 ± 0,6* (+30,2)	91,6 ± 0,3* (+38,5)
GH – общее восприятие здоровья	75,2 ± 0,3 (+34,1)	75,6 ± 0,3 (+29,1)	80,4 ± 0,4 (+39,3)	97,1 ± 0,3 (+50,6)	85,2 ± 0,3* (+44,1)	95,6 ± 0,1* (+49,1)
VT – жизнеспособность	77,1 ± 0,6 (+16,7)	80,4 ± 0,5 (+18,3)	85,3 ± 0,5 (+24,9)	98,5 ± 0,2 (+36,4)	81,7 ± 0,5* (+21,3)	92,4 ± 0,6* (+30,3)
SF – социальная активность	63,7 ± 0,2 (+16,0)	75,2 ± 0,7 (+24,8)	87,6 ± 0,3 (+39,9)	95,7 ± 0,4 (+45,3)	81,5 ± 0,3* (+33,8)	89,4 ± 0,6* (+39,0)
RE – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	77,4 ± 0,4 (+7,2)	81,1 ± 0,6 (+10,4)	85,2 ± 0,7 (+15,0)	98,2 ± 0,3 (+27,5)	80,4 ± 0,5* (+10,2)	96,7 ± 0,2* (+31,4)
Динамический прирост баллов	+17,6	+20,7	+31,8	+40,3	+29,2	+37,7

Пациенты 2-й группы, получавшие в комплексной терапии препарат Ингарон (табл. 5), уже на 12-й неделе наблюдения отметили улучшение физической активности (параметры PF, RP), социальной активности (SF) и эмоциональных проявлений (RE). Динамика прироста баллов доминировала у пациентов, получавших в терапии ХГС препарат Ингарон (+20,7 против +17,6 баллов соответственно). Улучшение качества жизни уже к 12-й неделе терапии, позитивный настрой к 24-й неделе наблюдения, оцениваемый по шкалам физического/эмоционального состояния и социальной активности, – все эти факторы, по всей видимости, обеспечили более позитивную оценку собственного здоровья больными из 2-й группы (+50,6 против +39,3 баллов соответственно, с общей разницей в 11,3 балла). Динамический прирост средней суммы баллов к 24-й неделе наблюдения у получавших препарат Ингарон составил +40,3 против +31,8 балла пациентов 1-й группы. К 48-й неделе наблюдения лучшую физическую активность сохранили пациенты 2-й группы. Показатели, характеризующие физическое здоровье, колебались от 85 до 87 против 79–84 баллов у пациентов, не получавших препарат Ингарон. Оценка восприятия здоровья составила 95,6 против 85,2 баллов соответственно. Социальная активность и позитивный эмоциональный настрой у пациентов 2-й группы составили 89,4 и 96,7 баллов соответственно.

Корреляционная взаимосвязь параметров качества жизни подтверждает, что понятие «качество жизни» есть сложная структура, воспринимающая индивидуумом свое физическое и психическое состояние. Нами определены параметры (рисунок), оказывающие влияние на уровень качества жизни, доказано высокозначимое влияние эмоциональной, психической, социальной активности и жизнеспособности ($p < 0,01$) на качество жизни и общее восприятие здоровья.

Заключение

Показано позитивное влияние проводимой терапии с включением ИФН 2-го типа (препарат Ингарон) на показатели качества жизни. По основным шкалам опросника SF-36 среди пациентов, получавших препарат Ингарон в составе комплексной терапии ХГС, получены более высокие баллы по сравнению с больными, получавшими только стандартную противовирусную терапию. Полученные данные позволяют судить об удовлетворенности больных результатами терапии и сохранении у них позитивной физической, эмоциональной, социальной активности, которая обеспечила позитивное восприятие собственного здоровья (прирост баллов +50,6 и +49,1 соответственно), что привело к длительному стабильному улучшению качества жизни больных. Можно согласиться с мнением М.Н.Пешкова (2004), что опросник SF-36 является универсальным и при этом простым и удобным инструментом изучения качества жизни.

Литература

1. Решетников АВ. Социология медицины. М., 2002:406-12.
2. Бестужев-Лада ИВ. Качество жизни. Энциклопедический социологический словарь. М., 1995.
3. Дмитриева ЕВ. Социология здоровья: методологические подходы. М., 2002.

4. Иванова ЕЕ. Здоровье населения: методологические и информационные аспекты. М., 1996.
5. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996;17:354-6.
6. Шилова АЕ. Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М., 1989.
7. Романцов МГ, Лисовская НИ. Качество жизни и факторы, определяющие его. Здоровье как проблема гуманитарного знания. Калининград, 2004:55-107.
8. Ходос ЕМ. Социально-философские аспекты качества жизни. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Пенза, 2000.
9. Малов ЮС. Здоровье и болезни: медико-социальные аспекты. СПб., 1996.
10. Царевский ЛП. Состояние здоровья – критерий оценки качества жизни. Общая валеоэкология человека. Калининград, 2001:12-7.
11. Жужгова ИВ. Клиническо-эпидемиологическая и социально-психологическая характеристика ВИЧ-инфицированных в сочетании с гемоконтактными гепатитами и наркоманией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2006.

Достижения молекулярной биологии и генетики врачам для здоровья пациентов



Новая дозировка

Ингарон – интерферон гамма человеческий рекомбинантный

- хронический вирусный гепатит В
- хронический вирусный гепатит С
- ВМЧ/СПИД инфекция
- туберкулез легких
- онкология
- генитальная герпесвирусная инфекция
- опоясывающий лишай
- урогенитальный хламидиоз
- лечение хронического простатита в комплексной терапии
- лечение аногенитальных бородавок (вирус папилломы человека) и предотвращение рецидива заболевания



Интерферон альфа-2b по доступной цене

12. Коваленко СН, Кошкарева ЕП. Исследование качества жизни и личностных особенностей ВИЧ-инфицированных женщин в сочетании с гепатитом В и С в условиях уголовно-исправительной системы. Журнал инфекционной патологии. 2003;4:51-4.
13. Коваленко СН, Жужкова ИВ, Сологуб ТВ, Соловьева СЛ. Патопсихологические изменения и качество жизни ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Вестник СПбГМА им. И.И.Мечникова. 2004;3:82-7.
14. Пешков МН. Медико-организационное и социально-психологическое исследование качества жизни больных хроническим простатитом. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. М., 2004.
15. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. How to Score Version Two of the «SF-36» Health Survey. Lincoln. RI: QualityMetric Incorporated. 2000.
16. Кабанов ММ. Использование опросника качества жизни в практике. СПб., 1998.
17. Коваленко СН, Сологуб ТВ, Романцов МГ. Оценка качества жизни больных инфекционного стационара. Учебное пособие: УМО 640. М.; 2005.
18. Новик АА, Ионова ТИ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб., 2002.
19. Ware JE, Bayliss MS, Mannocchia M, Davis GL. Health-related quality of life in chronic hepatitis C: impact of disease and treatment response. The Interventional Therapy Group. Hepatology. 1999;30(2):550-5.
10. Tsarevskiy LP. Sostoyaniye zdorovya – kriteriy otsenki kachestva zhizni. Obshchaya valeoekologiya cheloveka. Kaliningrad, 2001;12-7. (In Russian).
11. Zhuzhgova IV. Kliniko-epidemiologicheskaya i sotsialno-psikhologicheskaya kharakteristika VICh-infitsirovannykh v sochetanii s gemokontaktnymi hepatitami i narkomaniiyey. Avtoref. diss. ...kand. med. nauk. Saint-Petersburg, 2006. (In Russian).
12. Kovalenko SN, Koshkarova YeP. Issledovaniye kachestva zhizni i lichnostnykh osobennostey VICh-infitsirovannykh zhenshchin v sochetanii s hepatitom V i S v usloviyakh ugolovno-ispravitelnoy sistemy. Zhurnal infektionnoy patologii. 2003;4:51-4. (In Russian).
13. Kovalenko SN, Zhuzhgova IV, Sologub TV, Solovyeva SL. Patopsikhologicheskiye izmeneniya i kachestvo zhizni VICh-infitsirovannykh i bolnykh SPIDom. Vestnik Saint-PetersburgGMA im. I.I.Mechnikova. 2004;3:82-7. (In Russian).
14. Peshkov MN. Mediko-organizatsionnoye i sotsialno-psikhologicheskoye issledovaniye kachestva zhizni bolnykh khronicheskim prostatitom. Avtoref. diss. ...kand. med. nauk. Moscow, 2004. (In Russian).
15. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. How to Score Version Two of the «SF-36» Health Survey. Lincoln. RI: QualityMetric Incorporated. 2000.
16. Kabanov MM. Ispolzovaniye oprosnika kachestva zhizni v praktike. Saint Petersburg, 1998. (In Russian).
17. Kovalenko SN, Sologub TV, Romantsov MG. Otsenka kachestva zhizni bolnykh infektsionnogo stacjonara. Uchebnoye posobiye: UMO 640. Moscow, 2005. (In Russian).
18. Novik AA, Ionova TI. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine. Saint Petersburg, 2002. (In Russian).
19. Ware JE, Bayliss MS, Mannocchia M, Davis GL. Health-related quality of life in chronic hepatitis C: impact of disease and treatment response. The Interventional Therapy Group. Hepatology. 1999;30(2):550-5.

References

1. Reshetnikov AV. Sotsiologiya meditsiny. Moscow, 2002;406-12. (In Russian).
2. Bestuzhev-Lada IV. Kachestvo zhizni. Entsiklopedicheskiy sotsiologicheskiy slovar. Moscow, 1995. (In Russian).
3. Dmitriyeva YeV. Sotsiologiya zdorovya: metodologicheskiye podkhody. Moscow, 2002. (In Russian).
4. Ivanova YeYe. Zdorovye naseleniya: metodologicheskiye i informatsionnyye aspekty. Moscow, 1996. (In Russian).
5. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996;17:354-6.
6. Shilova AYe. Otnosheniye cheloveka k zdorovyyu i prodolzhitelnosti zhizni. Moscow, 1989. (In Russian).
7. Romantsov MG, Lisovskaya NI. Kachestvo zhizni i faktory, opredelyayushchiye yego. Zdorovye kak problema gumanitarnogo znaniya. Kaliningrad, 2004;55-107. (In Russian).
8. Khodos YeM. Sotsialno-filosofskiye aspekty kachestva zhizni. Avtoref. diss. ...kand. med. nauk. Penza, 2000. (In Russian).
9. Malov YuS. Zdorovye i bolezni: mediko-sotsialnyye aspekty. Saint Petersburg, 1996. (In Russian).
10. Цветков Валерий Владимирович, младший научный сотрудник НИИ гриппа Минздрава России
Адрес: 197376, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, 15/17
Телефон: (812) 499-1549
11. Никитина Олеся Евгеньевна, кандидат медицинских наук, врач отделения экспериментальной терапии вирусных гепатитов НИИ гриппа Минздрава России
Адрес: 197376, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, 15/17
Телефон: (812) 499-1549
12. Дунаева Наталья Викторовна, кандидат медицинских наук, врач отделения экспериментальной терапии вирусных гепатитов НИИ гриппа Минздрава России
Адрес: 197376, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, 15/17
Телефон: (812) 499-1549
13. Токин Иван Иванович, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий отделением экспериментальной терапии вирусных гепатитов НИИ гриппа Минздрава России
Адрес: 197376, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, 15/17
Телефон: (812) 499-1549

Информация о соавторах:

- Цветков Валерий Владимирович, младший научный сотрудник НИИ гриппа Минздрава России
Адрес: 197376, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, 15/17
Телефон: (812) 499-1549
- Никитина Олеся Евгеньевна, кандидат медицинских наук, врач отделения экспериментальной терапии вирусных гепатитов НИИ гриппа Минздрава России
Адрес: 197376, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, 15/17
Телефон: (812) 499-1549
- Дунаева Наталья Викторовна, кандидат медицинских наук, врач отделения экспериментальной терапии вирусных гепатитов НИИ гриппа Минздрава России
Адрес: 197376, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, 15/17
Телефон: (812) 499-1549
- Токин Иван Иванович, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий отделением экспериментальной терапии вирусных гепатитов НИИ гриппа Минздрава России
Адрес: 197376, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, 15/17
Телефон: (812) 499-1549

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

Международный съезд общества микробиологов
27 июля – 1 августа 2014 года
Монреаль, Канада
Телефон: + 613 993-0414
Факс: + 613 993-7250
Email: iums2014@nrc-cnrc.gc.ca
www.montrealiums2014.org

Конференция «Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы»
25–26 сентября 2014 года
Санкт-Петербург, Россия
Телефон: (812) 380-31-53
Факс: (812) 380-31-54
E-mail: ph@peterlink.ru

IV Центрально-российская конференция по антимикробной терапии
10–11 октября 2014 года
Воронеж, Россия
Телефон: (4812) 45 06 02 , 45 06 03
Факс: (4812) 45 06 12 (доб. 123)
Email: conference@antibiotic.ru