

ально для больных БА и содержит вопросы, касающиеся ограничения в повседневных видах деятельности, симптомов болезни, эмоциональных переживаний, связанных с БА. Вопросы суммируются в шкалы, которых в AQLQ пять: ограничение активности, степень выраженности основных симптомов БА, её влияние на психоэмоциональную сферу, влияние окружающей среды и прямой интегральный критерий общего КЖ. При оценке КЖ больных в зависимости от степени БА выявлена достаточно характерная закономерность изменения показателей различных шкал КЖ: с утяжелением заболевания равномерно снижается толерантность к изменениям окружающей среды и общее КЖ, нарастает ограничение активности. Эмоциональные проблемы, как и симптомы заболевания, усиливаются с повышением тяжести БА.

Пациенты отмечали уровень нарушений в собственном состоянии здоровья по каждой из пяти составляющих и делали отметку на визуально-аналоговой шкале, отражающей их на текущий момент. Практически у всех пожилых больных с БА средней тяжести (97,6%) имеются отклонения в КЖ, связанном со здоровьем, чаще в виде проблем с передвижением в пространстве и повседневной активностью – 80,1%, реже с самообслуживанием – 45,1%; 87,7% из них испытывали дискомфорт или боль, 72,3% – тревогу или депрессию. Причём частота нарушений здоровья в пожилом возрасте оказалась не намного выше, чем в группе опрошенных больных БА средней тяжести, включающей все возрасты, среди которых тот или иной вид отклонений фиксировали 92,9% пациентов. В этой группе больных также частыми были проблемы с повседневной активностью (80,6%), передвижением в пространстве (61,7%), тревога или депрессия (66,9%), дискомфорт или боль (64,1%), реже имели место затруднения, связанные с самообслуживанием (33,6%).

При оценке пациентов пожилого возраста у 51,2% из них состояние здоровья за последний год ухудшилось, у 37,3% – не изменилось, остальные отмечали улучшение. Качество жизни по визуально-аналоговой шкале по оценке пожилых пациентов составило  $54,7 \pm 14,1$  баллов, достоверно не отличаясь от этого показателя у пациентов 40-59 лет ( $55,9 \pm 14,4$ ) и достоверно ниже такового у больных 18-39 лет ( $64,1 \pm 12,1$ ) и подростков ( $69,1 \pm 11,9$ ).

Таким образом, качество жизни больных БА можно рассматривать как самостоятельный показатель. Проведенное исследование свидетельствует о возможности использования с этой

целью международных опросников EuroQol-5D и AQLQ, которые позволяют анализировать информацию, дополняющую обычно оцениваемые клинические параметры и дающую более полную характеристику состояния здоровья пациентов с учётом их КЖ. Это особенно важно при внедрении новых организационных мероприятий и лечебных методик, когда они выходят за пределы лабораторий и интегрируются в повседневную практику.

## ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ НАБЛЮДЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Парахонский А.П.

*Медицинский институт высшего  
сестринского образования, Кубанский  
медицинский институт, Краснодар,  
e-mail: para.path@mail.ru*

В настоящее время широко обсуждается и используется термин «качество жизни», как реальная возможность количественно и качественно оценить функциональные возможности человека в его повседневной жизни, и установить способность пациента адаптироваться к проявлениям болезни, оценить эффективность лечения. Решение многоплановых проблем наблюдения за больными с сочетанной патологией, работа по их реабилитации и социальной адаптации с целью повышения качества их жизни, наиболее эффективно осуществляется при компьютерной информационной поддержке задач, встающих перед соответствующими многопрофильными лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ).

Сложный комплекс взаимоотношений различных специальностей требует уточнения при переходе к компьютерным технологиям. В рамках единой системы, осуществляется: интеграция текущей медицинской информации о пациентах; обмен данными о проводимом в разных ЛПУ лечении и реабилитации; рекомендации по этапным мероприятиям психолого-педагогического характера; данные для принятия социальных решений; анализ эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и прогноз течения болезни для повышения качества жизни больных.

Система реабилитации – это система с многочисленными автономными блоками, возникновение и функционирование которых обусловлены как участием различных учреждений в оказании помощи таким больным, так и многообразными проявлениями болезни (сочетанная патология), требующими многообразных подходов к коррекции (лечению, реабилитации) и социальной адаптации. Развитие системы медико-социальной помощи и повышения качества жизни пациентов порождает новые связи, усложняя её организационную сложность. Необходимо добиваться повышения качества взаимоотношений между всеми организационными структурами системы, перехода их на новый, более высокий уровень взаимного дополнения.

Пациенты с сочетанной патологией нуждаются в проведении медико-педагогических мероприятий и предотвращении рецидивов заболевания после проведенного лечения, поэтому информация о них должна постоянно актуализироваться в системе. Психологическая адаптация требует не только разового поступления данных о составе семьи, образовательном уровне, состоянии здоровья и финансовом обеспечении, показателях качества жизни, но и текущих данных о динамике изменения этих параметров.

Необходимо создание иерархии информационных систем наблюдения, лечения и реабилитации – от учреждений до региональных комплексов и федеральных центров. В этом случае федеральным, межрегиональным и территориальным центрам будет доступна вся необходимая медицинская информация о пациентах, хранящаяся в базах данных ЛПУ, а поликлиники по месту жительства больных будут иметь полноценные сведения об их реабилитации в специализированных учреждениях. В рамках административной территории может также осуществляться и обмен данными с учреждениями, участвующими в социальной адаптации больных и работе с их семьями.

Таким образом, современный подход к решению этих вопросов предполагает переход к комплексному использованию компьютеризированных систем обработки и анализа данных, получаемых врачами в процессе наблюдения за больными. Вертикальные связи обеспечат преемственность в проведении восстановительной терапии и ускорение внедрения новых методов реабилитации в ЛПУ всех уровней.

## ОСНОВНОЙ КОМПОНЕНТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ – ЗДОРОВЬЕ

**Парахонский А.П.**

*Медицинский институт высшего  
сестринского образования. Кубанский  
медицинский институт, Краснодар,  
e-mail: para.path@mail.ru*

В понятие «качество жизни» входят многие составляющие – материальная обеспеченность, политические права и свободы, состояние межгрупповых и межличностных отношений и др. Но среди многих компонентов главным, целевым и конечным является здоровье. В случае его нехватки все другие теряют свою ценность. К сожалению, в большинстве определений здоровья включены второстепенные положения, затрудняющие понимание его сущности и использование для построения методики количественного исчисления. Показано, что величина здоровья может быть представлена в показателях мощности и количества. Мощность характеризует состояние структуры, функции и адаптационных возможностей в данный момент времени. Наиболее значимым в теоретическом и прикладном отношении является диапазон оптимальной адаптации. Для него характерно полное соответствие между морфофункциональными возможностями организма и условиями существования на основе гомеостаза. Понятию оптимальной адаптации адекватно представление о здоровье человека в его биосоциальном значении. При напряжённой адаптации сохраняется физиологическая регуляция функций. Главная особенность этого диапазона заключается в переходе гомеостаза на новый уровень регулирования в ответ на изменения среды или реактивности организма. Количество здоровья – более инертная категория, определяющаяся не только условиями, но и в основном генетической детерминантой. Это потенциальная возможность человека и популяции к реализации, как процесса, так и качества жизни при его определённом состоянии.

Количество здоровья целесообразно определять по конечным не только биологическим, но и социально-биологическим показателям, в которых были бы сбалансированы все позитивные и негативные компоненты здоровья. Такими показателями могут являться средняя продолжительность предстоящей жизни, интеграл работоспособности, воспроизводство потомства и самочувствие. Эти показатели можно выразить количественно и, переведя в относительные