

## Оценка качества жизни нейрохирургических больных с болевым синдромом

Цымбалюк В.И., Сапон Н.А.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины, г. Киев

Первое упоминание о качестве жизни (КЖ) относится к 1947 г., когда профессор Колумбийского университета США D.A. Karnofsky опубликовал работу: «Клиническая оценка химиотерапии при раке», где всесторонне исследовал личность пациента с соматическим заболеванием. В 1980 г. доктором Engel предложена биопсихологическая модель медицины, основой которой являются психосоциальные аспекты заболеваний. С 80-х гг. XX века термин «качество жизни» ассимилировался в медицинских научных кругах, что способствовало увеличению числа научных публикаций по этой проблеме. Так А. McSweeney предложил оценивать КЖ, основываясь на четырех аспектах (эмоциональном, социальном функционировании, повседневной активности и проведении досуга), N. Wenger выделил для оценки КЖ три основных параметра: функциональную способность, восприятие, симптомы и синдромы заболеваний, негативно влияющих на КЖ, а также девять подпараметров (ежедневный режим, социальную и интеллектуальную деятельность, восприятие общего здоровья, симптомов основного и сопутствующих заболеваний, экономическое положение, благосостояние, удовлетворенность жизнью). G. Sossio определил КЖ как индивидуальное соотношение положения в жизни общества в контексте его культуры и систем ценностей с целями индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустойчивости. В Большой медицинской энциклопедии США КЖ рассматривается как «степень удовлетворения человеческих потребностей», а в работах сотрудников НИИ пульмонологии МЗ и СР РФ «КЖ — это степень комфортности человека, как внутри себя, так и в рамках своего общества». В настоящее время понятие «качество жизни» уточнено, трансформировавшись в определение: «качество жизни, связанное со здоровьем» (health related quality of life, HRQL), являясь одним из основных критериев оценки здоровья больного как на индивидуальном, так и групповом уровне.

Экспертами Всемирной организации здравоохранения разработаны следующие критерии КЖ.

1. Физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых).
2. Психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, концентрация внимания, самооценка, внешний вид, переживания).
3. Уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения).
4. Общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность).
5. Окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации).
6. Духовность (религия, личные убеждения).

С 1995 г. во Франции функционирует международная некоммерческая организация, изучающая КЖ — институт MAPI Research Institute — основной координатор всех исследований в области КЖ. Институт ежегодно проводит конгрессы Международного общества по исследованию КЖ (International Society of Quality of Life Research — ISOQOL), основной задачей которого является способствование осознанию понимания, что целью любого лечения является стремление к максимально возможному приближению КЖ больных к уровню практически здоровых людей.

Основным инструментом изучения КЖ являются профили (оценка каждого компонента КЖ) и опросники (для комплексной оценки), которые, в свою очередь, могут быть общими (оценивать здоровье в целом) и специальными (для изучения конкретных нозологических форм); все они не оценивают клиническую тяжесть заболевания, а отражают то, как пациент переносит свою болезнь. Например, при длительном течении заболевания (хронический болевой синдром низкой интенсивности, гипертоническая болезнь) пациенты адаптируются и перестают обращать внимание на симптомы заболевания, у них отмечают повышение КЖ, но это не означает регресса заболевания. Известно около 400 опросников КЖ, которые позволяют определить сферы, наиболее пострадавшие от болезни, и, тем самым, охарактеризовать состояние пациентов с различными формами заболевания.

Помимо сторонников, существует немало критиков направления изучения КЖ. В своей книге «Measurement in Neurological Rehabilitation» D. Wade пишет, что, четкого определения КЖ нет. Он и его сторонники полагают, что КЖ — понятие настолько индивидуальное, насколько зависит от уровня культуры, образования, других факторов, что его невозможно измерить или оценить, кроме того, помимо заболевания, на оценку КЖ влияет еще множество других факторов, которые не учитывают при формировании опросников. Действительно, единых, общепринятых критериев и норм КЖ не существует. На оценку КЖ оказывают влияние возраст, пол, национальность, социально-экономическое положение человека, характер его трудовой деятельности, религиозные убеждения, культурный уровень, региональные особенности, культурные традиции и многие другие факторы. Это сугубо субъективный показатель объективности, поэтому оценка КЖ респондентов возможна лишь в сравнительном аспекте (больной — здоровый, пациент с одним заболеванием — пациент с другим заболеванием) с максимальным нивелированием всех посторонних факторов.

В настоящее время во всем мире идет интенсивная разработка методик определения КЖ для наиболее распространенных хронических заболеваний в связи с признанием критериев КЖ неотъемлемой частью комплексного анализа эффективности новых методов диагностики, лечения и профилактики,

оценки результатов лечения, качества оказываемой помощи и др.

В медицинской практике изучение КЖ используют в различных целях: для оценки эффективности методов современной клинической медицины и различных реабилитационных технологий, тяжести состояния больного, прогноза заболевания, эффективности лечения. КЖ является дополнительным критерием для подбора индивидуальной терапии и экспертизы трудоспособности, анализа соотношения затрат и эффективности медицинской помощи, в медицинском аудите, для выявления психологических проблем и их контроля у больных в системе общей практики, индивидуализации лечения (выбора оптимального препарата для конкретного больного).

Оценка КЖ несет в себе две составляющих — объективную, формирующуюся на основе сопоставления измеряемых параметров субъекта — давления, частоты сокращений сердца, дыхания и субъективной, основой которой является самооценка КЖ субъектом. Важно отметить, что субъективная компонента не только является доминирующей в оценке КЖ, но зачастую оказывает существенное влияние на течение заболевания.

Объективная оценка интенсивности боли является основной методологической проблемой при ее изучении, ибо трудно, если вообще возможно, измерить субъективное ощущение, каковым по определению является боль. В связи с этим предпринимались многочисленные попытки оценивать боль по различным ее коррелятам в виде спонтанной и вызванной биоэлектрической активности головного мозга и мышц, гемодинамическим, термографическим, биохимическим и иным показателям. Однако ни один из них не является достаточно специфичным, коэффициенты корреляции между ними и субъективными болевыми ощущениями, как правило, недостоверны.

В субъективной оценке боли также существуют недостатки. R.Melzack и P.Wall разработали «теорию воротного контроля» («gate control theory»), расширив концепцию боли от чисто сенсорного до многопространственного феномена. На физиологическом уровне эта теория показывает, в частности, как эмоции могут влиять на переживание боли.

Многомерный характер боли отражает модель Loeser. «Яйцо Loeser» состоит из 4 кругов, которые отражают обменные взаимодействия между ноцицепцией (органический компонент боли), ощущением (регистрация центральной нервной системой), переживанием (страдание от боли) и болевым поведением. По мере увеличения продолжительности боли компоненты переживания и поведения все в большей степени влияют на то, как человек ощущает боль (рис. 1).

Как же можно оценить КЖ пациента с болевым синдромом (БС), на основании каких критериев?

Необходимость стандартизации методических приемов оценки КЖ при БС способствовала разработке разнообразных шкал. Сегодня в мире применяют около 50 шкал боли, самые известные из них: опросник боли МакГилла (McGill Pain Questionnaire — MPQ), визуальная аналоговая шкала (Visual analog scale — VAS), Лицевая шкала боли (Faces Pain Scale — FPS), Педиатрический опросник боли (Pediatric Pain Questionnaire — PPQ) и др.



Рис. 1. Яйцо Loeser; 4 круга отражают переменный эффект при переживании боли.

Чаще всего в клинической практике для оценки интенсивности боли используют «Опросник боли МакГилла», разработанный R.Melzack на основе теории воротного контроля. MPQ дает качественную характеристику боли. Семьдесят восемь наиболее употребляемых признаков, описывающих боль, распределены по двадцати классам, по нарастанию смыслового значения. Первый класс (с 1-го по 13-й) дает характеристику боли на сенсорном, второй класс (с 14-го по 18-й) — на эмоциональном уровне, третий класс (с 19-го по 20-й) помогает определить ее силу. Обследованный пациент должен отметить одно слово, которое наиболее точно отражает его болевые ощущения, в любых (не обязательно в каждом) из 20 классов. Вычисляют два основных показателя: ранговый индекс боли (сумма порядковых номеров сверху вниз выбранных слов в классах или их среднеарифметическая величина) и число выбранных слов. Результаты опроса могут быть использованы не только для оценки боли, но и психоэмоционального состояния пациента. После анализа болезненных ощущений врач получает возможность быстрее и точнее установить диагноз, определить обезболивающий эффект дозы и методики лазерного воздействия. MPQ позволяет измерить сенсорную, эмоциональную и количественную составляющие БС; полученные данные, хотя и не выражаются в абсолютных величинах (т.е. не являются параметрическими), однако поддаются статистической интерпретации.

Простейшим и самым распространенным алгоритмическим методом является визуально-аналоговая шкала (ВАШ), на которой пациент фиксирует положение, соответствующее интенсивности его болевого ощущения в диапазоне от полного отсутствия боли до максимальной ее интенсивности (рис. 2).

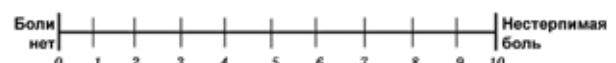


Рис. 2. ВАШ (модифицированная).

ВАШ более чувствительна, чем большинство вербальных и нумерических шкал. Она позволяет очень точно и достоверно регистрировать как острую, так и хроническую, а также возвратную боль. Дополнительные преимущества заключаются в том, что шкала ВАШ представляет собой скользящую непрерывность, и суммы составляют шкалу пропорций, так что они могут быть проверены с помощью параметрических статистических методов.

Для получения качественных параметров оценки боли и в целях уменьшения количества анализируемых групп нами модифицирована ВАШ. Параметры шкалы сгруппированы следующим образом: группа 0 баллов — отсутствие БС; группа 1–3 баллов — слабо или умеренно выраженный БС, не требующий, как

правило, медикаментозной или другой коррекции; группа 4–6 баллов — средняя выраженность БС с необходимостью устранения его разными методами; группа 7–10 баллов — значительно выраженный БС, требующий применения сильнодействующих анальгетиков или противоболевых вмешательств.

Дополнительно для оценки КЖ пациентов с БС шкала дополнена дескрипторами КЖ (табл. 1).

Выраженность БС 1–3 балла соответствовала умеренному снижению КЖ. Пациенты изредка применяли обезболивающие средства, боль не оказывала существенного влияния на выполнение профессиональных обязанностей или работы по дому. БС выраженностью 4–6 баллов соответствовал средней степени снижения КЖ, что проявлялось необходи-

Таблица 1. Количественная характеристика БС и КЖ пациента с помощью вербальных дескрипторов (собственная классификация)

Вербальные дескрипторы	БС, баллов	Выраженность БС	Оценка КЖ
1. Боль отсутствует	0	Боли нет	КЖ не нарушено
2. Едва заметное ощущение, воспринимаемое как болевое	1	Легкая боль	КЖ умеренно снижено, что не отражается на выполнении служебных обязанностей или работе по дому. Пациент периодически применяет анальгетики
3. Легкие болевые ощущения	2		
4. Умеренные болевые ощущения	3		
5. Боль средней интенсивности	4	Боль средней интенсивности	КЖ существенно снижено, больной нуждается в постоянном применении обезболивающих средств. Боль влияет на исполнение служебных и домашних обязанностей
6. Выраженные болевые ощущения	5		
7. Боль интенсивная, но терпимая	6		
8. Интенсивная боль	7	Неукротимая боль	КЖ значительно снижено. Для устранения боли пациент согласен на любые методы обезболивания. Интенсивность боли делает невозможным выполнение профессиональных обязанностей и работу по дому
9. Очень интенсивная боль	8		
10. Нестерпимая боль	9		

Таблица 2. КЖ у пациентов с БС (шкала ААХБ)

ВАШ, баллов	ААХБ, баллов	Состояние больного
10 Нестерпимая боль	0 Нефункционирующее состояние	Проводит в постели весь день. Чувствует себя беспомощным, свое состояние считает безнадежным
9	1	Проводит в постели по меньшей мере половину дня, не контактирует с внешним миром
8	2	Встает с постели, но не переодевается (остаётся в пижаме), весь день проводит, не выходя из дома
7	3	Переодевается утром, минимально активен в пределах дома, общается с друзьями по телефону или e-mail
6	4	Прогуливается на короткое расстояние возле дома, минимальная активность вне дома — 2 дня в неделю
5	5	С трудом, но выполняет ежедневные обязанности по дому, не способен работать
4	6	Может ограниченное время работать, принимает (ограниченно) участие в общественной жизни (обычно в выходные)
3	7	Может работать каждый день по несколько часов, быть активным, как минимум, 5 ч в день, планировать несложные мероприятия и занятия в выходные
2	8	Может работать, как минимум, 6 ч в день, хватает сил, чтобы планировать социальные мероприятия на один из вечеров, активен в выходные
1	9	Может быть активным или работать 8 ч в день, принимает участие в жизни семьи, внешняя социальная активность ограничена
0 Боли нет	10 Нормальное КЖ	Ходит на работу каждый день, нормальная ежедневная активность, есть социальная жизнь помимо работы, принимает активное участие в жизни семьи

мостью постоянного применения анальгетиков в возрастающих дозах и оказывало влияние на качество выполнения работы в быту и на производстве. Боль интенсивностью 7–10 баллов значительно снижала КЖ пациентов, делая невозможным или существенно затрудняя выполнение профессиональных и бытовых обязанностей. Интенсивность боли заставляет пациентов применять любые методы, способствующие ее устранению.

Попытка объединить ВАШ и Шкалу КЖ пациентов с БС предпринята Американской ассоциацией хронической боли (ААХБ). Каждой позиции ВАШ соответствует вербальная характеристика КЖ. Десять баллов по шкале ВАШ соответствуют 0 баллов по шкале ААХБ — больной проводит в постели весь день, чувствует себя беспомощным, свое состояние оценивает как безнадежное; 1 балл по ВАШ соответствует 9 баллам по шкале ААХБ — больной может быть активным, работать 8 ч в день, однако активность снижена; 0 баллов по ВАШ (отсутствие боли) соответствует 10 баллам ААХБ (активность сохранена) (*табл. 2*).

Для оценки интенсивности боли у детей наиболее часто применяют Лицевую шкалу боли Wong–Baker (Wong–Baker Faces Pain Scale) (*рис. 3*).

Оценка интенсивности боли у детей вызывает определенные сложности: шкалы для взрослых чаще всего дети не понимают, использование только цветовых шкал не всегда возможно, поскольку дети младшего возраста не разбираются в цветах, да и у каждого ребенка (впрочем, как и у взрослых) могут быть индивидуальные особенности цветовосприятия.



Рис. 3. Лицевая шкала боли Wong–Baker.

Для решения проблемы оценки интенсивности боли у детей и вытекающей из нее проблемы оценки эффективности лечения в 1981 г. медсестра D. Wong и педиатр К.М. Baker разработали несколько шкал (вербальную, числовую, цветовую, лицевую). В ходе испытания шкал исследователи пришли к выводу, что наиболее адекватно клиническому состоянию ребенка соответствует его субъективная оценка боли по Лицевой шкале. Причем, обследованные дети также отдали предпочтение шкале боли, учитывающей изменения мимики лица.

Для удобства статистической обработки данных «каждому лицу» был присвоен ранг. Авторы эмпирическим путем пришли к выводу, что избыточное число вариантов не позволяет выбрать адекватную характеристику, что, в свою очередь, обуславливает искажение результатов лечения. Поэтому исследователи применили 5 рангов боли.

Таким образом, изучение КЖ станет в будущем одним из обязательных комплексных методов оценки при проведении клинических исследований методов лечения.