

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 614.2:616-006.04-08-058

Решетников А.В.¹, Присяжная Н.В.¹, Соболев К.Э.²

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ ЦИТОКИНАМИ

¹НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 119991, г. Москва, Россия; ²ГБУЗ МО "Красногорская городская больница № 1", 143408, г. Красногорск, Россия

Для корреспонденции: Решетников Андрей Вениаминович, академик РАН, доктор медицинских наук, доктор социологических наук, профессор, директор, niisocmed@mail.ru

В статье представлены результаты медико-социологического исследования качества жизни онкологических больных, из которых 96% имели III—IV стадию рака различной локализации и получали терапию отечественными цитокинами. Авторы, основываясь на данных исследования, отмечают, что абсолютное большинство (80,3%) участников исследования наблюдали улучшение качества своей жизни после начала лечения препаратами "Рефнот" (фактор некроза опухоли α -тимозин- α 1) и "Ингарон" (интерферон гамма), при этом длительность приема лекарственных препаратов оказалась непосредственным образом связана с позитивизацией не только физического состояния, но и, как следствие этого процесса, качества жизни пациентов.

Повышение качества жизни в связи с приемом препаратов "Рефнот" и "Ингарон" наглядно иллюстрируются ответами пациентов на вопрос о том, какие изменения произошли в их жизни с момента начала лечения. Так, 48,6% участников опроса заявили об улучшении симптоматики, 27% — об улучшении общего самочувствия, 20,5% — о повышении работоспособности. Повышение физической активности отметили 18,9% опрошенных, еще 13,5% указали на повышение их социальной активности. Схема приема препаратов, удобство терапии, а также уверенность пациента в эффективности действия указанных препаратов, безусловно, способствуют сохранению социальной активности опрошенных, а также позволяют им сосредоточиться, помимо процесса лечения, на других сферах жизнедеятельности, что положительным образом отражается на общем уровне и качестве их жизни. Проведенное медико-социологическое исследование показало, что прием отечественных рекомбинантных генно-инженерных цитокинов в онкологической практике позволяет при высоких показателях эффективности в целевой группе сохранить физическую, социальную и профессиональную активность пациентов.

Ключевые слова: здоровье; онкология; качество жизни; медико-социологическая оценка качества жизни; социальная активность онкологического больного.

Для цитирования: Решетников А.В., Присяжная Н.В., Соболев К.Э. Медико-социологическая оценка качества жизни онкологических больных, получающих терапию отечественными цитокинами. *Социология медицины*. 2016; 15 (1): 52—57. DOI 10.1016/1728-2810-2016-15-1-52-57

Reshetnikov A.V., Prisiajnaia N.V., Sobolev K.E.

THE MEDICAL SOCIOLOGICAL EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF ONCOLOGIC PATIENTS RECEIVING THERAPY WITH NATIONAL CYTOKINES

¹The research institute of sociology of medicine, health economics and medical insurance of The I.M. Sechenov first Moscow state medical university of Minzdrav of Russia, 119992, Moscow, Russia;

²The Krasnogorsk municipal hospital №1, 143408 Krasnogorsk, Russia

The article presents the results of medical sociological study of quality of life of oncologic patients. Among them, 96% suffered from cancer stage III-IV of various localization and were applied therapy with nationally manufactured cytokines. On the basis of study data it is marked that overwhelming majority (80.3%) of patients involved into study noted amelioration of their quality of life after inception of treatment with pharmaceuticals "Refnot" (tumor necrosis factor α -timosine- α 1) and "Ingaron" (interferon gamma). At that, duration of intake of pharmaceuticals occurred directly related to positivisation not only of physical condition but also as sequence of this process quality of life of patients.

The increasing of quality of life related to intake of pharmaceuticals "Refnot" and "Ingaron" is clearly demonstrated by answers of patients to question about changes occurred in their life from the moment of inception of treatment. So, 48.6% of participants of survey declared about amelioration of symptomatic, 27% — about amelioration of general condition, 20.5% — about increasing of capacity for work. the increasing of physical activity was marked by 18.9% of respondents and 13.5% indicated to increasing of their social activity. The scheme of intake of pharmaceuticals, convenience of therapy, and confidence of patient in effectiveness of action of these pharmaceuticals undoubtedly enhance preservation of social activity of respondents and permit them to focus besides process of treatment, on other spheres of life activity that positively reflects on total level and quality of their life. The carried out medical sociological study demonstrated that intake of nationally manufactured recombinant gene

engineering cytokines in oncologic practice permit, at high indices of effectiveness in target group, to preserve physical, social and professional activity of patients.

Key words: *health; oncology; quality of life; medical sociological evaluation of quality of life; social activity; oncologic patient.*

For citation: Reshetnikov A.V., Prisiajnaia N.V., Sobolev K.E. The medical sociological evaluation of quality of life of oncologic patients receiving therapy with national cytokines. *Sociologia meditsini*. 2016; 15 (1): 52—57 (in Russ.). DOI 10.1016/1728-2810-2016-15-1-52-57

For correspondence: Reshetnikov A.V., RAS academician, doctor of medical sciences, professor, director.
e-mail: niisocmed@mail.ru

Received 29.03.16
Accepted 01.04.16

Злокачественные новообразования в силу их широкой распространенности и высоких темпов прироста показателей продолжают оставаться важнейшей проблемой здравоохранения большинства стран мира. По данным ВОЗ, число случаев заболевания раком возрастет в ближайшие 20 лет на 70%, и к 2030 г. будет ежегодно регистрироваться более 22 млн случаев возникновения данного заболевания. По расчетам ученых, мировое сообщество потеряло около 170 млн лет здоровой жизни в результате раковых заболеваний. Необходимо отметить, что 43% всех онкологических заболеваний регистрируется в развитых странах, где более трети случаев рака связаны с курением, нерациональным питанием и избыточным весом, употреблением алкоголя, гиподинамией [1].

За 40 лет в мире структура распространения нозологических форм рака практически не изменилась: 42% всех раковых заболеваний составляют поражения легких, молочных желез, кишечника, предстательной железы [1]. В Российской Федерации, по материалам "Государственного доклада о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов в РФ за 2014 год", зарегистрировано более 4 млн онкологических больных, и этот показатель имеет тенденцию к постоянному росту [2, с. 137]. При этом, по данным Росстата, показатель смертности от злокачественных новообразований в 2014 г. составил 201,9 на 100 тыс. населения [3], а ежегодный рост числа впервые выявленных случаев заболеваний раком за 10 лет превышает 15% [1].

Вместе с тем онкологические заболевания в настоящий момент являются комплексной медико-социальной проблемой, поскольку, охватывая все сферы жизни человека, обуславливают полную трансформацию жизнеустройства больного. Безусловно, указанные тенденции актуализируют необходимость планомерного расширения информационной и профилактической работы, а также формирования у населения понимания благоприятного воздействия уровня качества жизни на процесс течения заболевания и результаты лечения. Одновременно в работе с пациентом, имеющим установленный онкологический диагноз, необходимо применение комплексного терапевтического подхода, направленного не только на лечение, но и на сохранение оптимального уровня качества его жизни.

Одним из современных вариантов терапии в онкологической практике, позволяющей успешно бороться с опухолевыми процессами разных локализаций (опухоли молочной железы, женской репродуктивной системы, желудочно-кишечного тракта, рака легких, почки, меланомы и других) и сохранять высокий уро-

вень качества жизни, является метод цитокинотерапии, который представляет собой обширный раздел арсенала средств современной науки и онкоиммунологии в частности. Цитокины обеспечивают межклеточные и межсистемные связи и способствуют согласованности иммунного ответа на патологическое воздействие в случае онкологического процесса, возвращая утраченный организмом человека иммунологический надзор над опухолью. Среди основных положительных эффектов цитокинотерапии — уменьшение размеров опухоли, стабилизация опухолевого процесса и отсутствие дальнейшего прогрессирования заболевания, а также снижение уровня болевого синдрома. Безусловно, результативность лечения определяется стадией болезни, спецификой опухолевых клеток, общим состоянием больного (в ряде случаев цитокинотерапию рационально сочетать с химиотерапевтическим, лучевым или хирургическим лечением). Однако эти факторы не являются препятствием для применения цитокинотерапии (при контроле эффективности с помощью различных инструментальных методов обследования) даже в ситуации обширного распространения опухолевых процессов при одновременном ослабленном (тяжелом) состоянии пациента, когда все возможности химиотерапии исчерпаны или возможность проводить ее отсутствует.

Заметим, что эффективность цитокинов в онкологической практике была доказана несколько десятилетий назад, но их применение было ограничено высокой токсичностью [4, 5]. Однако благодаря активному поиску новых гибридных молекул на основе фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) в современную практику онкологов входят специально разработанные рекомбинантные генно-инженерные противоопухолевые препараты, в частности препараты "Рефнот" (ФНО- α -тимозин- $\alpha 1$) и "Ингарон" (интерферон-гамма).

Препарат "Рефнот", разработанный российскими учеными, прошел все фазы клинических испытаний на базе Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина (г. Москва) и НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (г. Санкт-Петербург) и в 2009 г. был зарегистрирован Министерством здравоохранения РФ как лекарственное средство, разрешенное к применению в онкологической практике. "Рефнот" непосредственно воздействует на опухолевую клетку-мишень через специфические ФНО-рецепторы и запускает процесс апоптоза (так называемый "арест клеточного цикла"), в результате которого клетка избирательно уничтожается [6—8].

На сегодняшний день наиболее эффективно действие "Рефнота" показано в сочетании с препаратом "Ингарон", также прошедшим клинические испытания на базе Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина (г. Москва) и НИИ онкологии им.

Н.Н. Петрова (г. Санкт-Петербург) и разрешенный к применению Министерством здравоохранения РФ с 2005 г. Особенностью действия препарата "Ингарон" как рекомбинантного иммунного интерферона-гамма человека является его потенцирующее действие по активации рецепторов на поверхности опухолевых клеток, с которыми соединяется "Рефнот" [6—8].

Таким образом, в сочетании препараты "Рефнот" и "Ингарон" имеют два вектора действия: опосредованный (через активацию собственной иммунной системы пациента) и прямой (непосредственное соединение препарата с рецепторами на поверхности опухолевых клеток-мишеней и запуск механизмов уничтожения раковой клетки), что указывает на целесообразность их совместного применения.

Вместе с тем, как упоминалось выше, неотъемлемой частью процесса любого вида лечения выступает сохранение оптимального уровня качества жизни пациента. Действительно, в процессе лечения онкологических заболеваний имеют значение достижение терапевтического эффекта и сохранение на высоком уровне качества социальной и профессиональной жизни пациента. Изучение качества жизни получило активное развитие в 1960-е годы в русле развития новых концепций постиндустриального общества. У истоков разработки дефиниции "качество жизни" стояла Всемирная организация здравоохранения, а позднее к поиску оптимального определения данного понятия подключились ученые-исследователи разных стран. Термин "качество жизни" стали применять для характеристики совокупности параметров повседневной жизни человека (состояние и продолжительность здоровой жизни, отсутствие угроз здоровью, достаточный уровень и доступность товаров и услуг, стабильность социальной и профессиональной жизни, обеспеченность правами и возможностями и др.) [9, 10].

Для оценки аспектов качества жизни, связанных со здоровьем и уровнем медицинского обслуживания, в 1982 г. R. Kaplan и J. Bush предложили ввести в научный оборот уточняющий термин "качество жизни, связанное со здоровьем" [3, 11]. Развивая это определение S. Shumaker и M. Naughton в дальнейшем дополнили это определение и предложили рассматривать качество жизни как "субъективную оценку индивидуумом влияния его состояния здоровья, медицинской помощи и действий, направленных на поддержание здоровья, на его способность поддерживать уровень функционирования, позволяющий ему достигать значимых жизненных целей" [5, 12].

Российские исследователи рассматривают качество жизни как обобщающую социально-экономическую категорию, отражающую не только уровень потребления материальных благ и услуг, но и удовлетворение духовных потребностей, здоровье, продолжительность жизни, условия среды, окружающей человека, морально-психологический климат, душевный комфорт [13].

Таким образом, понятие качества жизни сегодня подразумевает не столько общий уровень жизни населения, сколько индивидуальную интегральную характеристику жизнеустройства человека в совокупности социально-бытовых, средовых, духовных, семейных, профессиональных составляющих, а также климатических и географических условий.

Понятие "качество жизни" приобретает все большее значение в современной медицине. В нашем понимании это характеристика удовлетворенности человека

своей трудовой и досуговой деятельностью, семейным укладом и бытом, медицинским обслуживанием и состоянием здоровья [14]. Именно поэтому в современной онкологической практике одним из наиболее актуальных направлений является оценка качества жизни пациентов. В настоящий момент наиболее часто применяются с этой целью унифицированные опросники, разработанные за рубежом и адаптированные к российским условиям опросов. Одним из наиболее часто применяющихся является опросник Европейской организации исследований в лечении рака EORTC QLQ-C30, который на основе оценки четырнадцати основных показателей — аспектов социальной и профессиональной жизни пациентов с онкологическими заболеваниями (в корреляции с полом пациента, его возрастом и стадией заболевания) и ряда параметров позволяет определить уровень качества жизни человека относительно максимально возможного. В соответствии со шкалами оценки, чем выше суммарное выражение показателей, тем более близок пациент к выздоровлению и ресоциализации на прежнем, "доболезненном", уровне [15, 16].

Другим опросным инструментарием, применяемым для оценки качества жизни пациентов с установленным онкологическим диагнозом, является опросник RAND MOS SF-36, построенный на самооценке пациентами их состояния, функциональных возможностей, самочувствия и социальной активности в рамках восьми групп показателей. Специфика методики опроса состоит в том, что пациент ежеквартально оценивает изменения качества своей жизни в течение года [17].

Также в рутинной практике применяются ежегодно обновляемая методика оценки качества жизни онкологических пациентов FACT (проект FACIT по функциональной оценке противоопухолевой терапии) [18], опросники RSQL (Роттердамская шкала оценки общего качества жизни), CARES-SF (опросник, направленный на оценку качества жизни после периода восстановления после онкологического заболевания) и ряд других, разработанных в соответствии с потребностями задач исследований.

Указанные опросники изначально были ориентированы на выявление мнений пациентов с онкологическими заболеваниями по широкому кругу вопросов, отражающих динамику изменений в качестве и уровне жизни, физической и социальной активности пациента. Вместе с тем указанные опросники были разработаны в то время (1980—2000 гг.), когда методы лечения онкологических заболеваний включали преимущественно хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое лечение, и качество жизни не рассматривалось как равнозначимый аспект терапии.

В 1990 г. Американская онкологическая ассоциация и Национальный институт рака в США ввели критерий уровня качества жизни пациентов (на втором месте после выживаемости) в оценку результативности лечения.

Сегодня ученые и практикующие врачи-онкологи все более укрепляются во мнении, что для повышения эффективности лечения необходимо повышать уровень качества жизни больного. Одним из наиболее удобных вариантов контроля этого направления терапевтических усилий выступает разработка особого направления медико-социологических исследований динамики качества жизни пациентов, построенного с учетом тактики и специфики базового лечения. Заметим, что данные о качестве жизни онкологических больных по-

звolyют не только дать объективную оценку динамики показателей, но и выявить индивидуальную реакцию на факт установления диагноза болезни, вести оперативный контроль эффективности терапии и реальной частоты побочных и сопутствующих эффектов лечения, сформировать прогноз течения заболевания и в целом способствуют выбору наиболее оптимальной тактики и стратегии лечения.

В 2014—2015 гг. НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова было проведено медико-социологическое исследование, целью которого была оценка качества жизни онкологических больных, принимающих отечественные цитокины "Рефнот" и "Ингарон" [19].

Материал и методы

Основным методом исследования был анкетный опрос. Отбор единиц для участия в анкетном опросе проводился выборочным методом с квотированием по возрасту и полу. Основными критериями включения явились наличие онкологического диагноза и прохождение терапии препаратами "Рефнот" и "Ингарон". Инструментарий включал 30 вопросов, направленных на получение развернутых данных, характеризующих качество жизни респондентов. Исследование проводилось на базе Клиники онкоиммунологии и цитокинотерапии в Москве.

Результаты исследования

В медико-социологическом исследовании приняли участие 336 пациентов (56% женщин и 44% мужчин). Пациенты в возрасте от 51 года до 70 лет составили 61%, от 29 до 50 лет — 26,2%, старше 71 года — 12,8%. Имели высшее образование 49,3% опрошенных, неполное высшее — 13,7%, среднее и среднее специальное — 27,1%, неполное среднее — 8,9%. Уровень ежемесячного дохода на одного члена семьи у 33% респондентов не превышал 20 тыс. руб., что связано с социальным статусом респондентов: 49,1% из них пенсионеры, доход от 21—30 тыс. руб. имеют 26,8% опрошенных, более 31 тыс. руб. — 26,1%, 14,1% респондентов не ответили на данный вопрос.

Средняя частота посещений клиники в группе участников опроса распределялась следующим образом: постоянно на амбулаторном наблюдении (с посещением клиники 2—3 раза в неделю и чаще) находятся 3,9% пациентов, 2—4 раза в месяц посещают медицинских специалистов 13,7% опрошенных, 47,6% обращаются в клинику 1 раз в месяц, 26,5% посещают лечебное учреждение 1—2 раза в год, 8,3% проходят медицинское обследование раз в несколько лет.

Из общего числа опрошенных пациентов клиники 91,6% удовлетворены качеством обслуживания и полу-

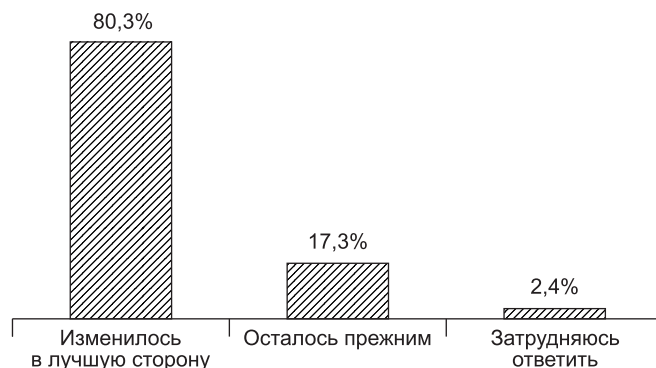


Рис. 1. Динамика качества жизни пациентов на фоне комбинированного лечения препаратами "Рефнот" и "Ингарон".

чаемым лечением, 8,1% скорее удовлетворены этими показателями. Эта удовлетворенность складывается из нескольких факторов, включая эффективность действия препаратов, схему применения, возможности сохранения физической, социальной и профессиональной активности в период лечения и восстановления.

Так, важным фактором является индивидуальный подход к подбору схемы приема препаратов для каждого пациента: она оказалась абсолютно удобна для 85,7% пациентов, еще 14,3% выразили готовность принимать препараты по предложенной врачами клиники схеме, не обращая внимания на возможный дискомфорт. О неудобстве индивидуальной схемы приема "Рефнота" и "Ингарона" не заявил ни один из реципиентов. Почти все (89,6%) участники опроса выразили убеждение, что препараты повышают эффективность лечения, только каждый десятый затруднился с ответом на этот вопрос.

На оценку эффективности терапии, проводимой с помощью отечественных препаратов "Рефнот" и "Ингарон", влияет и продолжительность их приема. Положительное мнение о влиянии этих препаратов на эффективность лечения возрастает по мере увеличения продолжительности лечения: максимально действенными "Рефнот" и "Ингарон" считают пациенты, продолжительность лечения которых данными препаратами превышает 1 год. Полученные в ходе опроса данные свидетельствуют о том, что частота возникновения побочных эффектов снижается по мере привыкания организма к лечению. Участники опроса отметили четкую тенденцию к уменьшению побочных эффектов по мере продолжительности терапии: максимальное количество побочных эффектов возникает у тех, кто принимает препараты менее одного месяца, минимальное — у проходящих терапию более 1 года.

Полученные в результате опроса данные позволили сравнить оценку препаратов "Рефнот" и "Ингарон" в двух подгруппах: среди получавших ранее лечение

Самооценка качества жизни пациентами, получающими терапию препаратами "Рефнот" и "Ингарон" впервые и после лечения другими препаратами (в %)

Мнение респондента	Принимали другие препараты до назначения "Рефнота" и "Ингарона"	Не принимали другие препараты до назначения "Рефнота" и "Ингарона"
"Рефнот" и "Ингарон" повышают эффективность лечения	99,1	86,8
Качество жизни после начала лечения "Рефнот" и "Ингарон" изменилось в лучшую сторону	91,7	77,2
Схема приема препаратов "Рефнот" и "Ингарон" удобна	93,6	79,9

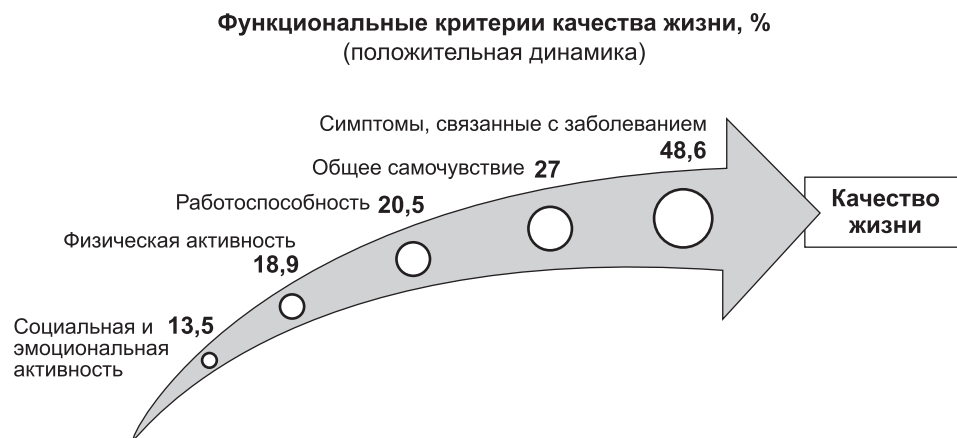


Рис. 2. Динамика функциональных показателей качества жизни пациентов на фоне комбинированного лечения препаратами "Рефнот" и "Ингарон".

онкологического заболевания сопровождается серьезными стрессовыми нагрузками, эмоциональными перегрузками, ограничением социальной и коммуникативной активности. Часто в указанной группе у пациентов отмечается состояние тревожности, снижение настроения, неуверенность в завтрашнем дне. Вместе с тем доказано, что сопутствующие стрессовым и тревожным состояниям отрицательные эмоции негативно влияют на течение болезни, сокращают сроки ремиссии, снижают качество жизни пациентов. Именно поэтому очевидной рекомендацией специалистов-онкологов является минимизация отрицательных эмоцио-

другими препаратами и среди тех, кто не имеет такого опыта. В целом полученные оценки высоки в обеих подгруппах. Вместе с тем пациенты, имеющие опыт другой терапии, оценивали действие препаратов "Рефнот" и "Ингарон" более высоко, в то время как те, кто не принимал иных лекарственных средств ранее, склонны давать более критичные оценки (см. таблицу).

Улучшение качества жизни после начала лечения препаратами "Рефнот" и "Ингарон" отметили 80,3% участников исследования. При этом длительность приема лекарственных препаратов оказалась непосредственным образом связана с позитивизацией не только физического состояния, но и качества жизни пациентов (рис. 1).

Повышение качества жизни в связи с приемом препаратов "Рефнот" и "Ингарон" иллюстрируется ответами пациентов на вопрос о том, какие изменения произошли в их жизни с момента начала лечения: 48,6% участников опроса заявили об улучшении симптоматики (по данным диагностического исследования и уменьшению жалоб), 27% — об улучшении общего самочувствия, 20,5% — о повышении работоспособности. Повышение физической активности отметили 18,9% опрошенных, 13,5% указали на рост их социальной активности. Эти функциональные критерии оценки качества жизни демонстрируют положительную динамику по сравнению с предыдущим периодом лечения (рис. 2).

Схема приема препаратов, удобство терапии, а также уверенность пациента в эффективности действия указанных препаратов, безусловно, способствуют сохранению социальной активности опрошенных и позволяют им сосредоточиться, помимо процесса лечения, на других сферах жизнедеятельности, что положительным образом отражается на общем уровне и качестве их жизни.

Исследование показало также, что респонденты, помимо лекарственной терапии, прилагают самостоятельные усилия для повышения качества жизни: 70% придерживаются диеты, 54% соблюдают правильный режим дня, 10% стараются выполнять физические упражнения, 6% проводят закаливающие процедуры.

Одним из важнейших аспектов, влияющих на качество жизни пациентов с установленным онкологическим диагнозом, является их психоэмоциональное состояние. Безусловно, выявление и процесс лечения

нальных нагрузок на пациента, бережное и чуткое отношение к этой группе больных, а также гармонизация социальных и семейных отношений.

В ходе исследования респондентам было предложено ответить на вопрос о том, что помогает им справляться с психоэмоциональным напряжением. Основными способами снятия стресса 56% пациентов клиники назвали общение с близкими людьми, 34% — прием седативных лекарственных препаратов, что весьма характерно для российской культуры и традиции. Каждый пятый участник опроса справляется с психоэмоциональным напряжением с помощью работы и хобби, 16% респондентов помогает "отойти" от отрицательных эмоций общение с персоналом медицинской организации, 15% опрошенных отметили в качестве действенного средства борьбы со стрессом музыку. Спортивные занятия, в последнее время активно рекомендуемые больным онкологического профиля, пока не получили широкого распространения. Заслуживает внимания факт, что вредные привычки для снятия стресса (курение и алкоголь) используют лишь отдельные пациенты.

Заключение

Исследование показало, что прием отечественных рекомбинантных генно-инженерных цитокинов в онкологической практике позволяет при высоких показателях эффективности в целевой группе сохранить физическую, социальную и профессиональную активность пациентов. Одновременно совершенствование условий, сопутствующих лечению, и переход к индивидуальной работе в процессе взаимодействия в связке врач—пациент позволяет врачу более оперативно решать возникающие в процессе терапии вопросы, гибко реагировать на изменяющиеся потребности больного, получать информацию о социальных, профессиональных и семейных условиях пациента и учитывать их в терапевтическом плане, что в целом способствует обеспечению высокого уровня удовлетворенности пациента медицинской помощью и динамичному повышению качества его жизни. С точки зрения социологии медицины такого рода подход к лечению является наиболее целесообразным, поскольку построен на понимании биосоциальной сущности человека и направлен на гармонизацию процесса лечения с условиями его социальной жизни [14]. Нельзя также забывать, что внутренняя

уверенность и эмоциональная стабильность, основанная на благоприятном жизнеустройстве пациента, положительно влияют на клинические показатели эффективности лечения в онкологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30. A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J. Nat. Cancer Inst.* 1993; 85: 365—76.
2. Cella D.F., Tulsky D.S., Gray G. et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *Clin. Oncol.* 1993; 11: 570—9.
3. Kaplan R., Bush J. Health related quality of life for evaluation research and policy analyses. *Hlth Psychol.* 1982; 1: 61—80.
4. Scott N.W., Fayers P.M., Bottomley A. et al. Comparing translations of the EORTC QLQ-C30 using differential item functioning analysis. *Quality Life Res.* 2006; 15: 1103—15.
5. Shumaker S.A., Naughton M.J. The International Assessment of Health Related Quality of Life: A theoretical perspective. In: *The International Assessment of Health Related Quality of Life: Theory, Translation, Measurement and Analysis*. Oxford, England; 1995: 34—42.
6. Tracey K.J., Beutler B., Lowry S.F., Merryweather J., Wolpe S., Milsark I.W. et al. Shock and tissue injury induced by recombinant human cachectin. *Science*. 1986: 470—4.
7. Tracey K.J., Wei H., Manogue K.R., Fong Y., Hesse D.G., Nguyen H.T. et al. Cachectin/tumor necrosis factor induces cachexia, anemia, and inflammation. *J. Exp. Med.* 1988: 167, 1211—27.
8. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care*. 1992; 30: 473—83.
9. *WHO National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd Ed. Geneva; 2002.
10. Горбунова В.А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных. В кн.: *Сборник материалов IV Российской онкологической конференции*. Обращение к ресурсу: URL: <http://www.rosoncweb.ru> 14.01.2016 г.
11. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 г. М.; 2015.
12. Зубец А.Н., Тарба И.В. *Качество жизни в России*. Обращение к ресурсу: URL: http://www.fa.ru/chair/priklsoc/Documents/13_12.%20%20.pdf. 02.02.2016 г.
13. Кадагидзе З., Славина Е., Черткова А. Интерферон-гамма в онкологии. *Фарматека*. 2013; 17: 46—50.
14. Кадагидзе З., Славина Е., Черткова А., Абрамов М. Влияние Рефнота на иммунитет у онкологических больных. *Фарматека*. 2015; (8): 18—22.
15. Личиницер М.Р., Абрамов М.Е., Кадагидзе З.Г., Славина Е.Г. Отчет "Влияние Рефнота на иммунитет у онкологических больных". М.: Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН; 2011.
16. Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б. *Современный экономический словарь*. 2-е изд. М.: ИНФРА-М; 1999.
17. Решетников А., Соболев К., Казакова А., Петров М. Использование уникальных медицинских препаратов как один из ключевых факторов, влияющих на выбор медицинского учреждения пациентами. В кн.: *Социология медицины: векторы научного поиска: Сборник статей Очередной III научно-практической конференции (29—30.10.2015)*. М.; 2015: 158—60.
18. Решетников А.В. *Социология медицины: Руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.

19. *Российский ежегодный справочник*. Обращение к ресурсу: URL: <http://www.gks.ru> 20.02.2016 г.

Поступила 29.03.2016

Принята в печать 01.04.2016

REFERENCES

1. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30. A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J. Nat. Cancer Inst.* 1993; 85: 365—76.
2. Cella D.F., Tulsky D.S., Gray G. et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *Clin. Oncol.* 1993; 11: 570—9.
3. Kaplan R., Bush J. Health related quality of life for evaluation research and policy analyses. *Hlth Psychol.* 1982; 1: 61—80.
4. Scott N.W., Fayers P.M., Bottomley A. et al. Comparing translations of the EORTC QLQ-C30 using differential item functioning analysis. *Quality Life Res.* 2006; 15: 1103—15.
5. Shumaker S.A., Naughton M.J. The International Assessment of Health Related Quality of Life: A theoretical perspective. In: *The International Assessment of Health Related Quality of Life: Theory, Translation, Measurement and Analysis*. Oxford, England; 1995: 34—42.
6. Tracey K.J., Beutler B., Lowry S.F., Merryweather J., Wolpe S., Milsark I.W. et al. Shock and tissue injury induced by recombinant human cachectin. *Science*. 1986: 470—4.
7. Tracey K.J., Wei H., Manogue K.R., Fong Y., Hesse D.G., Nguyen H.T. et al. Cachectin/tumor necrosis factor induces cachexia, anemia, and inflammation. *J. Exp. Med.* 1988: 167, 1211—27.
8. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care*. 1992; 30: 473—83.
9. *WHO National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd Ed. Geneva; 2002.
10. Gorbunova V.A., Breder V.V. Quality of life of oncological patients. In: *Collection of Materials IV of the Russian Oncological Conference*. Appeal to a resource: URL: <http://www.rosoncweb.ru> 14.01.2016. (in Russian)
11. The report on a state of health of the population and the organization of health care following the results of activity of executive authorities of subjects of the Russian Federation for 2014. Moscow; 2015. (in Russian)
12. Zubets A.N., Tarba I.V. *Quality of life in Russia*. Appeal to a resource: URL: http://www.fa.ru/chair/priklsoc/Documents/13_12.%20%20.pdf. 02.02.2016. (in Russian)
13. Kadagidze Z., Slavina E., Chertkova A. Interferon-gamm in oncology. *Farmateka*. 2013; 17: 46—50. (in Russian)
14. Kadagidze Z., Slavina E., Chertkova A., Abramov M. Refnot's influence on immunity at oncological patients. *Farmateka*. 2015; 8: 18—22. (in Russian)
15. Lichinitser M.R., Abramov M.E., Kadagidze Z.G., Slavina E.G. Report "Refnot's Influence on Immunity at Oncological Patients". Moscow: Russian Oncological Scientific Center of N.N. Blochin of the Russian Academy of Medical Science; 2011. (in Russian)
16. Rayzberg B.A., Lozovskiy L.Sh., Starodubtseva E.B. *Modern Economic Dictionary*. Moscow: INFRA-M; 1999. (in Russian)
17. Reshetnikov A., Sobolev K., Kazakova A., Petrov M. Use of unique medical preparations as one of the key factors influencing a choice of medical institution patients. In: *Medicine Sociology: Vectors of Scientific Search: Collection of Articles of the III Scientific and Practical Conference (29—30.10.2015)*. Moscow; 2015: 158—60. (in Russian)
18. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine: Management. [Sotsiologiya meditsiny: Rukovodstvo]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
19. Russian Annual Reference Book. Appeal to a resource: URL: <http://www.gks.ru> 20.02.2016 г. (in Russian)