

Рациональное применение медикаментозного и санаторно-курортного лечения, выбор оптимального стиля жизни позволяют достичь ремиссии суставной подагры и замедлить прогрессирование уратного поражения почек у большинства больных. Ранняя диагностика и правильная терапевтическая тактика помогают сохранить качество жизни и трудоспособность пациентов на долгие годы.

Литература

1. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. С.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2008. – С. 112–119.
2. Мухин Н.А. Многоликая подагра // Врач. – 1999; 5: 15–18.
3. Мухин Н.А. Подагра – только ли болезнь суставов? // Клини. фармакол. и терапия. – 1994; 1: 31–33.
4. Насонова В.А., Барскова В.Г. Ранняя диагностика и лечение подагры – научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных // Научно-практическая ревматология. – 2004; 1: 5–7.
5. Arromdee E., Michet C., Crowson C. et al. Epidemiology of Gout: Is the Incidence Rising? // J. Rheumatol. – 2002, 29: 2403–2406.
6. Emmerson B. The management of gout // N. Engl. J. Med. – 1996; 334: 445–451.
7. George I. Varughese and Abraham I Varghese. Colchicine in acute gouty arthritis: the optimum dose? // Arthritis. Res. Ther. – 2006; 8 (5): 405.
8. Petracca L., Fraioli A., Liberati G. et al. Gout and related morbid conditions: pharmacological and SPA therapy // Minerva Med. – 2008; 99 (2): 203–212.
9. Wallace K., Riedel A., Joseph-Ridge N. et al. Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adult in a managed care population // J. Rheumatol. – 2004; 31: 1582–1587.

CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSING AND TREATING GOUT

M. Lebedeva, Candidate of Medical Sciences

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper outlines the main points concerning the current principles of diagnosis and treatment of gout.

Key words: gout, hyperuricemia, urate nephropathy.

Журнал «Экспериментальная и клиническая дерматокосметология»

предоставляет широкому кругу специалистов —

дерматологов, косметологов, врачей смежных специальностей и научных работников современную достоверную информацию о новых методах диагностики, профилактики и лечения в области эстетической медицины, аппаратной косметологии и лазерной технологии

Подписаться можно с любого месяца

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» – **82021**
по каталогу «Пресса России» – **12148**
по каталогу «Почта России» – **73187**

Подписка на электронную версию журнала на сайте www.rusvrach.ru



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «РУССКИЙ ВРАЧ»

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Ю. Шишкова, Е. Суркова, доктор медицинских наук,
А. Майоров, доктор медицинских наук,
О. Мотовилин, кандидат психологических наук,
Эндокринологический научный центр, Москва
E-mail: nozockomial@mail.ru

В настоящее время все большее значение придается исследованию качества жизни (КЖ) при многих хронических заболеваниях. При сахарном диабете – заболевании, которое имеет длительное течение, сопровождается развитием осложнений и при котором требуется соблюдать рекомендации по самоконтролю, КЖ – один из важнейших критериев эффективности лечения, оказывающий влияние и на прогноз.

Ключевые слова: качество жизни, сахарный диабет.

Увеличение продолжительности жизни и улучшение показателей функционирования организма традиционно считались главными целями терапии. Однако постепенное повышение внимания медицины не только к физиологии больного, но и к его личности предполагает расширение приоритетов лечения. В XXI веке, когда на смену биомедицинской модели здоровья и болезни пришла биосоциальная модель, все большее значение приобретает влияние хронического заболевания и его лечения на повседневную жизнь человека, а также на его качество жизни (КЖ).

Согласно определению ВОЗ, КЖ – это восприятие индивидуумами своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами. ВОЗ также выработала основополагающие критерии КЖ: физические; психологические; уровень независимости; общественная жизнь; окружающая среда; духовность [40].

Вслед за ВОЗ многие авторы подчеркивают приоритет субъективного компонента в структуре понятия КЖ. Так, Т. Савченко и Г. Головина выделили понятие субъективного КЖ как степени соответствия реальных ценностных структур различного уровня идеальным в представлении респондентов [2]. Некоторые авторы в понятие КЖ включают чувство удовлетворенности и личного счастья [17, 29]. С. Bradley – один из признанных экспертов в исследовании КЖ – в короткой аннотации для пациентов к опроснику «Audit of Diabetes Dependent Quality of Life» пишет, что КЖ – это то, «насколько по Вашим ощущениям хороша или плоха Ваша жизнь».

При исследовании КЖ важно разделять понятия «качество жизни» и «состояние здоровья». Субъективная оценка человеком состояния своего здоровья является одной из составляющих КЖ, но это далеко не все, чем КЖ определяется. Так, если человек ощущает свое здоровье как плохое, он может ощущать и КЖ сниженным, однако эти 2 понятия не всегда будут

совпадать. С другой стороны, человек совсем не обязательно будет считать КЖ хорошим только потому, что имеет хорошее здоровье и не испытывает тревоги или депрессии [10]. Понимать различия между этими понятиями при оценке КЖ важно и для выбора инструмента (опросника) исследования. Например, опросники SF-36, EuroQoL, Nottingham Health Profile, часто используемые для оценки КЖ, позволяют изучить лишь мнение респондента о своем здоровье [3, 10], т.е. оцениваются только некоторые составляющие КЖ – телесное самочувствие и отдельные стороны эмоционального и социального благополучия. Для определения этого компонента КЖ введено более узкое понятие: КЖ, связанное со здоровьем. К сожалению, до сих пор в зарубежной и отечественной литературе, посвященной исследованию КЖ, нередко публикуются данные, полученные только с помощью опросников для субъективной оценки состояния здоровья. В то же время результаты изучения некоторых аспектов психологического благополучия, таких как наличие или отсутствие симптомов тревоги или депрессии, также описываются при оценке КЖ.

Опросники для оценки КЖ подразделяются на общие, т.е. те, которые можно использовать при любом заболевании, и специфические – те, которые применяются при конкретном заболевании или в отдельной области медицины. За 2 последних десятилетия создано большое число опросников, позволяющих оценить разные аспекты КЖ при сахарном диабете (СД). К сожалению, многие из них в России пока недоступны для применения.

Актуальность исследования КЖ при СД обусловлена рядом важных причин. В мире страдают СД более 289 млн человек, и эта цифра продолжает неуклонно увеличиваться. Течение СД характеризуется ранней инвалидизацией и высокой смертностью больных из-за развития сосудистых осложнений. Заболевание поражает людей разного возраста, в том числе детей и подростков, что делает СД социально значимым.

СД отрицательно влияет на КЖ пациента, а КЖ воздействует на течение СД. Необходимость следования многим предписаниям по контролю заболевания, симптомы гипер- или гипогликемии, а также угроза или манифестация поздних осложнений СД могут стать причиной ухудшения КЖ и привести к нежеланию дальнейшего выполнения рекомендаций по лечению, а это, в свою очередь, приведет к нарушению контроля СД и самочувствия, повышению риска развития осложнений и еще большему усилению депрессивных тенденций.

В настоящее время имеются данные о том, что для людей с СД депрессия является более сильной предпосылкой для таких медицинских исходов, как госпитализация и смерть, чем физические и метаболические факторы, наличие осложнений, индекс массы тела и уровень гликированного гемоглобина [28]. Однако следует иметь в виду, что не всегда хорошая компенсация углеводного обмена ассоциируется с благоприятным психологическим статусом больного. К сожалению, иногда чрезмерная концентрация пациента на контроле СД становится причиной психологической дезадаптации из-за ограничения социальных контактов и своеобразного «погружения» в болезнь [1].

**Революционно
меняем процесс
измерения АД!**

SphygmoScan® LD 20

ЦИФРОВОЙ СФИГМОМАНОМЕТР

Измерение методом
тонов Короткова стало
более точным, более
удобным и современным:



- максимальная точность за счет мгновенной фиксации показаний



- результаты измерения запоминаются и выводятся на дисплей по окончании измерения

- автоматическая накачка манжеты до нужного значения осуществляется нажатием кнопки

- автоматическая юстировка после каждого включения прибора

- увеличенный до 2-х лет межповторочный интервал

Отзывы врачей об использовании LD20 смотрите на сайте www.LittleDoctor.ru

Таким образом, вопросы, связанные с КЖ, имеют принципиальную важность при комплексной оценке результатов лечения СД, так как КЖ может стать определяющим фактором в способности индивида управлять своим заболеванием и обеспечить свое здоровье и благополучие в дальнейшем. Все вышесказанное особенно важно для детей, подростков и людей молодого возраста, которым предстоит прожить с СД еще много лет.

На КЖ человека, страдающего СД, влияют разные факторы, связанные как с самим заболеванием и особенностями его течения, так и с самым широким спектром других переменных и условий, определяющих полноценную, насыщенную жизнь личности. Остановимся на некоторых из них.

В первую очередь следует понять, насколько изменено КЖ людей с СД по сравнению с таковым в здоровой популяции. Многие авторы свидетельствуют о более низком КЖ у людей с СД, чем в общей популяции, однако это касается лишь физического и психического функционирования, общего восприятия своего здоровья; что же касается социального функционирования, то здесь различия незначительны [5, 12]. Та же тенденция отмечена у подростков и людей пожилого возраста [9, 13]. Как уже говорилось, пациенты с СД испытывают более сильный психологический дискомфорт, особенно депрессию и тревогу, чем люди без СД. Имеются и данные о том, что психологический дискомфорт при СД имеет выраженную связь с наличием поздних осложнений и такими демографическими показателями, как пол и уровень образования [24, 31].

В ряде работ предпринята попытка сравнить КЖ, связанное со здоровьем, при СД и других хронических заболеваниях — артериальной гипертензии (АГ), врожденных пороках сердца, инфаркте миокарда, ишемической болезни сердца (ИБС), инсульте, эпилепсии, рассеянном склерозе, хроническом гепатите С, воспалительных заболеваниях толстой кишки, хронических болезнях легких, артритах и остеохондрозе позвоночника. Многие авторы свидетельствуют о том, что КЖ пациентов с СД лучше, чем при других хронических заболеваниях, возможно, исключение составляет АГ [22, 34]. Однако у пациентов с поздними осложнениями СД КЖ хуже, чем у здоровых лиц, и примерно такое же, как при хроническом гепатите С и воспалительных заболеваниях толстой кишки [27]. И все же в большинстве исследований не учитывались такие характеристики СД, как наличие и число осложнений, а также демографические данные (пол, уровень образования и социально-экономический статус больных), тесно связанные с КЖ. Поэтому не всегда можно сделать заключение о том, являются ли выявленные различия в КЖ следствием СД как такового или каких-либо других факторов, связанных с ним; также сложно понять, какие группы пациентов с СД имеют худшее или лучшее КЖ в сравнении с таковым у лиц без СД.

Как наличие осложнений, так и длительность заболевания оказывают влияние на КЖ, но и здесь данные исследований неоднозначны. Несколько работ, в которых использовались общие опросники (Nottingham Health Profile; SF-36; SF-20) в популяциях пациентов с обоими типами СД, отметили, что с увеличением длительности заболевания снижается КЖ, связанное со здоровьем

[14, 20]. В работе, в которой в течение 3 лет у больных СД типа 1 (СД1) применялись как общие опросники (SF-36 и EuroQoL), так и специфичные для диабета (Problem Areas in Diabetes и Fear of Hypoglycemia Scale), отмечалось увеличение количества проблем, связанных с лечением, но не наблюдалось усиления переживаний из-за боязни гипогликемии. Применение опросника SF-36 продемонстрировало статистически значимое снижение количества баллов на протяжении трехлетнего периода [16]. У подростков с СД1, напротив, более низкое КЖ связано с меньшей длительностью заболевания [6]. Однако имеются работы, в которых не выявлено взаимосвязи между длительностью течения СД и КЖ пациентов [4, 23, 43]. Вероятно, для КЖ имеют значение не только длительность СД, но и связанные с ней поздние осложнения и сопутствующие заболевания, а также психологическая адаптация к болезни.

Один из факторов, сильно влияющих на КЖ при СД, — развитие поздних осложнений. При СД типа 2, когда возможно одновременное сочетание поздних осложнений СД и других хронических заболеваний (АГ, ИБС), КЖ может пострадать наиболее сильно. Значительно снижают его потеря зрения, поражение почек, тяжелые заболевания сердца, эректильная дисфункция, дистальная нейропатия, сопровождающаяся хронической болью, ампутации и(или) трудности при ходьбе, явления автономной нейропатии (гастропарез или снижение функции мочевого пузыря) [15, 19, 26, 33, 38, 42].

О том, как именно компенсация углеводного обмена влияет на КЖ, нет единого мнения. Так, в некоторых работах говорится о простой линейной связи КЖ и компенсации углеводного обмена, т.е. чем ниже уровень HbA_{1c}, тем лучше КЖ, удовлетворенность лечением и общее благополучие [6, 25, 37]. Однако ряд авторов сделали вывод о наличии более сложной, нелинейной взаимосвязи между компенсацией углеводного обмена, КЖ и эмоциональным благополучием [1, 32, 41].

Результаты большинства работ свидетельствуют о негативном влиянии эпизодов гипогликемии на КЖ, эмоциональное благополучие, удовлетворенность пациентов и приверженность их лечению [7, 8, 11].

Помимо клинических факторов, определенное влияние на КЖ оказывают и социально-демографические характеристики — пол, возраст, семейное положение, уровень образования и дохода. Так, в большом числе работ сообщают, что КЖ у мужчин с СД лучше, чем у женщин с тем же заболеванием, и это согласуется с данными о КЖ, связанном со здоровьем в общей популяции [30, 39]. Та же тенденция прослеживается и у подростков, страдающих СД [13]. Влияние же возраста на КЖ при СД является неоднозначным. У пожилых больных СД снижена способность выполнять привычные функции, они плохо себя чувствуют. Однако их навыки совладания с заболеванием, социальные отношения или другие факторы могут выступать в качестве буфера и препятствовать высокому уровню дистресса, который обычно сопровождает СД [36]. У людей с более низким уровнем образования и дохода КЖ ниже как в общей популяции, так и при СД [14, 31]. У больных СД с более высоким уровнем образования реже отмечаются симптомы депрессии и тревоги, связанные с наличием соматической патологии [24].

Более низкий уровень образования связан и с более низкой мотивацией к сохранению здоровья, что проявляется редким участием в обучающих программах, более редким обращением к диabetологу за амбулаторной консультационной помощью, а также более редкими самоконтролем гликемии и ежедневной самостоятельной коррекцией доз инсулина. Вышеперечисленное ведет к худшей компенсации углеводного обмена, большей частоте сосудистых осложнений, более длительным госпитализациям и к приему большего количества медикаментов. Поэтому очевидно, что данная категория больных имеет более низкое КЖ, связанное со здоровьем [21].

Семейное положение также взаимосвязано с КЖ как в общей популяции, так и у пациентов с СД. У одиноких или разведенных КЖ хуже, чем у имеющих семьи [18]. Большая удовлетворенность семейной жизнью связана с большей удовлетворенностью контролем СД, с меньшим его влиянием и дистрессом, а также с лучшим КЖ в целом [35].

Таким образом, при СД наряду с учетом биомедицинских параметров, отражающих соматическое состояние больного и результаты лечения, необходим учет и КЖ, в частности, из-за тесной взаимосвязи психосоциальных факторов со способностью больного управлять заболеванием и, следовательно, его прогнозом.

При оценке КЖ важно особенно тщательно подходить к выбору инструмента исследования. Применение опросников, предназначенных для субъективной оценки состояния здоровья или общего благополучия, требует соответствующей трактовки полученных данных. Опросники же для оценки КЖ, не прошедшие психологическую и лингвистическую экспертизу, использовать нельзя.

На КЖ влияют не только клинические характеристики заболевания, но и такие демографические показатели, как пол, возраст, этническая принадлежность, семейное положение, социальный статус, уровень образования и др. Без их учета нельзя переносить результаты исследования КЖ на другую группу пациентов или популяцию.

КЖ больных СД можно повысить не только с помощью новых препаратов и технических средств, облегчающих контроль СД и его лечение (инсулиновые помпы, глюкометры, снабженные дополнительными функциями), но и путем разработки и внедрения новых программ обучения и психологического консультирования, направленных на формирование у пациентов навыков совладания с заболеванием, что, в свою очередь, позволит достичь лучшей компенсации заболевания в целом.

Список литературы см. на сайте www.rusvrach.ru

QUALITY OF LIFE IN DIABETES MELLITUS

Yu. Shishkova; E. Surkova, MD; A. Maiorov, MD; O. Motovilin, Candidate of Psychological Sciences

Endocrinology Research Center, Moscow

Ever increasing significance is currently attached to studies of quality of life (QL) in many chronic diseases. In diabetes mellitus, a disease that has a long course, accompanied by the development of complications, and requires that the recommendations for self-control be followed, QL is one of the most important criteria for therapeutic effectiveness, which also affects prognosis.

Key words: quality of life, diabetes mellitus.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ И КОМБИНАЦИЯ ТАРГЕТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПОЧКИ

Б. Алексеев, доктор медицинских наук, профессор,
А. Калпинский, кандидат медицинских наук,
Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена
E-mail: byalekseev@mail.ru

Поиск новых препаратов и схем лечения направлен на улучшение показателей выживаемости и качества жизни больных почечно-клеточным раком (ПКР). Подтверждена целесообразность использования таргетных препаратов и их комбинации у больных метастатическим ПКР.

Ключевые слова: метастатический почечно-клеточный рак, таргетная терапия, ингибиторы тирозинкиназ.

Почечно-клеточный рак (ПКР) — одно из наиболее распространенных онкоурологических заболеваний. Ежегодно в мире диагностируют около 210 тыс. новых случаев ПКР, что составляет 2% в структуре онкологической заболеваемости [33].

В России в 2009 г. выявлено 18 328 больных со злокачественными новообразованиями почки. По темпам прироста онкологической заболеваемости в России ПКР устойчиво занимает 3-е место после рака предстательной и щитовидной желез (34,8%). В 2008 г. от ПКР в нашей стране умерло 8370 человек. Стандартизованный показатель заболеваемости населения России злокачественными опухолями почки составляет 8,9 на 100 тыс. населения [2].

Глубокое изучение и понимание молекулярно-биологических механизмов прогрессии опухоли у больных ПКР привело к открытию в последние годы основных патогенетических путей развития ПКР, опосредованных через фактор, индуцированный гипоксией HIF (HIF — Hypoxia-Inducible Factor), и сосудисто-эндотелиальный фактор роста VEGF (VEGF — Vascular Endothelial Growth Factor), а также опосредованного через мишень рапамицина млекопитающих mTOR (mTOR — mammalian target of rapamycin, мишень рапамицина млекопитающих) и послужило импульсом для развития нового лечебного направления в онкоурологии — таргетной терапии [1, 3, 30, 46].

В арсенале онкологов и урологов имеются следующие таргетные препараты: сунитиниб (сутент), сорафениб (Нексавар), темсиролимус (торисел), бевацизумаб (авастин), эверолимус (афинитор). Клинические исследования продолжаются, и следует ожидать появления новых препаратов и схем лечения [36, 40].