

вероятности развития неблагоприятных исходов инфекции.

В остром периоде заболевания у больных рожей имеется выраженное повышение продукции провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 α и ФНО α), однако при этом не установлены гендерные различия.

Для оценки достоверности различий использован критерий Даннета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.И., Брико Н.И., Клейменов Д.А. Распространенность и клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний, вызываемых стрептококком группы А в России. Терапевтический архив. 2009; 11: 5–9.
2. Еровиченков А.А., Потехаева С.А., Анохина Г.И. Лечение рожи: современные аспекты. Фарматека. 2010; 4: 48–51.
3. Ратникова Л.И., Жамбурчинова А.Н., Лаврентьева Н.Н. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика рожи. Российский медицинский журнал. 2007; 4: 33–4.

4. Krasagakis K., Valachis A., Maniatakis P., Krüger-Krasagakis S. et al. Analysis of epidemiology, clinical features and management of erysipelas. Int. J. Dermatol. 2010; 49(9): 1012–7.
5. Жамбурчинова А.Н. Влияние особенностей состояния репродуктивной системы женщин на клиническое течение первичной рожи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск; 2005.
6. Жукова Л.И., Ковтун Э.А., Манаева Д.А., Кулбужева М.И. Динамика содержания цитокинов сыворотки крови в оценке характера течения рожи. Клиническая лабораторная диагностика. 2010; 2: 39–42.
7. McClelland E.E., Smith J.M. Gender specific differences in the immune response to infection. Arch. Immunol. Ther. Exp. 2011. DOI 10.1007/s00005-011-0124-3.
8. Черкасов В.Л. Рожа. Л.: Медицина; 1986.

Поступила 29.04.13

Сведения об авторах:

Шип Степан Александрович, канд. мед. наук, ассистент каф. инфекционных болезней ЮУГМУ.

© П.А. ЗАТОЛОКА, 2013

УДК 616.21/28-002.2-06:616.98:578.828.6]-092:672.017-1]-07

П.А. Затолока

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, 220116, Беларусь, Минск, пр. Дзержинского, 83

Исследованы показатели качества жизни у 259 ВИЧ-инфицированных респондентов на разных стадиях заболевания. Определены средние интегральные показатели физического компонента здоровья (PH=67,6) и психологического компонента здоровья (MH=59,1). Выявлено негативное влияние хронической воспалительной патологии ЛОР-органов на самооценку качества жизни ВИЧ-инфицированных лиц, что привело к снижению уровня как физического (PH с 80,5 до 65,3), так и психологического (MH с 71,7 до 55,5) компонентов здоровья. Максимальное негативное влияние хронической воспалительной оториноларингологической патологии выявлено у респондентов, у которых диагностирована II стадия ВИЧ-инфекции (снижение PH с 79,3 до 52,4; MH с 64,0 до 41,6).

Ключевые слова: качество жизни, ВИЧ-инфекция, ЛОР-патология

P.A. Zatoloka

IMPACT OF CHRONIC INFLAMMATORY PATHOLOGY OF ENT ORGANS ON THE QUALITY OF LIFE OF HIV-INFECTED PATIENTS

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzinski Ave, Minsk, Republic of Belarus, 220116

Indices of the quality of life were analyzed in 259 HIV-infected respondents at different stages of disease. There were detected average integral indices of physical component of health (PH=67,6) and psychological (mental) component of health (MH=59,1). There was detected negative impact of chronic inflammatory pathology of ENT organs on self-assessment of the quality of life of HIV-infected people, that led to the decline in the level of both physical (PH - from 80,5 to 65,3), and psychological (MH - from 71,7 to 55,5) components of health. The most negative impact of chronic inflammatory otorhinolaryngological pathology was detected among respondents with the 2nd stage of HIV-infection (decline of PH- from 79,3 to 52,4; MH- from 64,0 to 41,6).

Key words: quality of life, HIV-infection, ENT pathology.

Качество жизни (КЖ) – это показатель, под которым понимают степень удовлетворения человека своим физическим, психическим и социальным со-

стоянием. В настоящее время КЖ изучается специалистами многих отраслей науки (экология, медицина, социология, психология и др.), так как этот параметр отражает благоприятное или неблагоприятное воздействие на человека внешней и внутренней среды [2, 3, 6, 7]. Показатель качества жизни следует оценивать как интегральную характеристику физического, психологического и социального функционирования

Для корреспонденции: Затолока Павел Александрович, канд. мед. наук, доцент каф. болезней уха, горла, носа БелГМУ, e-mail: p.zatoloka@mail.ru

человека, основанную на субъективном восприятии.

Для оценки качества жизни применяется метод анкетирования. Выделяют три основных типа опросников: общие, частные, специализированные. В настоящее время одним из наиболее авторитетных опросников общего типа является 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), предложенный Бостонским институтом здоровья. Этот опросник не является специфичным для различных возрастных и нозологических групп. Чувствительность и валидность данного теста не вызывают сомнений [9, 11].

Опросник SF-36 содержит 8 концепций здоровья, которые наиболее часто дифференцируются в популяционных исследованиях и наиболее подвержены изменению при заболеваниях и лечении. Интегральные показатели качества жизни по опроснику SF-36 – физический компонент здоровья (PH) и психологический компонент здоровья (MH) рассчитываются путем анализа по существующим «ключам» следующих параметров:

- физическое функционирование (PF) – отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает возможность человека выполнять физическую нагрузку;
- ролевое физическое функционирование (RP) – характеризует влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей и др.);
- ролевое эмоциональное функционирование (RE) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности;
- жизненная активность (VT) – подразумевает ощущение себя полным силы и энергии или, напротив, обессиленным, усталым;
- психическое здоровье (MH) – характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, беспокойства;
- социальное функционирование (SF) – отражает социальную активность, эмоциональную и физическую способность общаться с другими людьми;
- интенсивность боли (BP) – определяет влияние боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома;
- общее здоровье (GH) – отражает оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент.

Шкалы физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), боли (BP) коррелируют наиболее высоко с физическим компонентом и измеряют интегральный показатель физического компонента здоровья (Physical Component Summary (PCS) – Physical health (PH)). Шкалы психологического здоровья (MH), ролевого эмоционального функционирования (RE), социального функционирования (SF) коррелируют наиболее высоко с психологическим компонентом и измеряют интегральный показатель психологического компонента здоровья (Mental Component Summary (MCS) – Mental health (MH)). Шкалы жизнеспособности (VT), общего здоровья (GH) имеют корреляцию с обоими компонентами.

Цифровые результаты исследования качества жизни могут колебаться от 0 (максимальное нарушение функции – минимальное здоровье) до 100 баллов (максимальное здоровье). Более высокие цифровые значения являются показателем более высокого качества жизни человека. Опросник SF-36 подходит как для самостоятельного заполнения респондентом, так и для компьютерного опроса и последующей обработки. Он может быть заполнен за 5–10 мин с высокой степенью достоверности.

Хронические заболевания могут приводить к ограничению физических возможностей человека. Происходит снижение толерантности как к тяжелым, интенсивным нагрузкам, так и к повседневным, таким как прогулки, подъем по лестнице, бытовая работа по дому и др. Ограничение физической активности оказывает негативное влияние также и на психологический статус человека, так как неудовлетворенность физическим состоянием может вызывать чувство психологической неполноценности [4, 5, 17, 20].

Исследования указывают, что по мере старения человека происходит снижение уровня КЖ. Существует мнение, что именно ограничение физических возможностей является определяющим фактором. Вместе с тем физическое состояние человека напрямую связано с накоплением балласта хронических заболеваний. Вполне естественно, что хроническая патология чаще встречается у лиц пожилого возраста, приводя к снижению уровня КЖ именно в этой возрастной группе [1, 8, 13, 18].

Хронические заболевания инфекционного происхождения (так называемые медленные инфекции – туберкулез, саркоидоз, ВИЧ-инфекция и др.) также негативно влияют на физические возможности человека. В ряде случаев не только само заболевание, но и его осложнения и сопутствующая хроническая патология оказывают отрицательное влияние на КЖ [10, 12, 21].

Инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) чаще происходит в молодом возрасте. Вызванный ВИЧ-инфекцией иммунодефицит проявляется в виде инфекционных (воспалительных) осложнений, новообразований с локализацией в различных органах и тканях, неврологических расстройств. Вся указанная патология преимущественно носит хронический характер. Таким образом, накопления балласта хронической патологии у ВИЧ-инфицированных лиц происходит в относительно молодом возрасте. Вызывает интерес уровень КЖ у ВИЧ-инфицированных пациентов с учетом представленных выше аспектов. Из хронической воспалительной патологии в популяции преобладают заболевания респираторного тракта, в том числе и ЛОР-органов (риниты, синуситы, тонзиллиты, трахеиты и др.). Проведенные исследования указывают, что хроническая патология ЛОР-органов негативно сказывается на КЖ человека [4, 16]. Таким образом, заслуживает интерес выявление закономерностей уровня КЖ у ВИЧ-инфицированных пациентов, в том числе и с патологией респираторного тракта.

Эти данные могут быть использованы в создании системы реабилитации, профилактики и выбора метода лечения.

Цель исследования – определить качество жизни ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от стадии заболевания и наличия хронической оториноларингологической патологии.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 259 респондентов, относящихся к взрослому населению (старше 18 лет), состоящих на учете в диспансерных кабинетах городской клинической инфекционной больницы Минска и Светлогорской центральной районной больницы с диагнозом: ВИЧ-инфекция (Республика Беларусь).

Были использованы два критерия разделения респондентов на группы. Первый критерий – распределение пациентов по стадиям ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков старше 13 лет (классификация ВОЗ, 2004). По этому критерию все пациенты были дифференцированы в зависимости от стадии иммунодефицита на 4 группы. Вторым критерием был выбран факт наличия либо отсутствия хронической воспалительной патологии ЛОР-органов.

Как указано выше, все пациенты были разделены в соответствии с клинической классификацией ВИЧ-инфекции у взрослых (ВОЗ, 2004). I стадию заболевания имели 102 (39%) пациента. У 59 из них диагностированы хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, а у 43 отсутствовала указанная патология. Все они не получали антиретровирусную терапию (АРТ) в связи с отсутствием показаний.

II стадия заболевания диагностирована у 58 (22%) человек. Из них 44 имели хроническую патологию ЛОР-органов (11 получали АРТ), 14 не имели (3 получали АРТ). Средняя продолжительность получения АРТ составила 4 мес.

III стадия ВИЧ-инфекции (преСПИД) верифицирована у 61 (24%) обследованного респондента. В том числе у 46 выявлены хронические оториноларингологические заболевания (35 получали АРТ). 15 пациентов не имели признаков патологии ЛОР-органов

(13 получали АРТ). Средняя продолжительность получения АРТ у обследованных нами пациентов на III стадии ВИЧ-инфекции составила 2,1 года.

Синдром приобретенного иммунодефицита – СПИД (IV стадия ВИЧ-инфекции) диагностирована у 38 (15%) человек. Хронические заболевания ЛОР-органов выявлены у всех. АРТ получали 34 пациента, средняя продолжительность 2,3 года.

Таким образом, из всей выборки высокоактивную АРТ (ВААРТ) получали 96 (37%) больных. Мы указали количество респондентов, получающих АРТ, так как имеются сведения о значительном положительном влиянии специфического антиретровирусного лечения на качество жизни ВИЧ-инфицированных, что соответствует данным, полученным и при нынешнем исследовании [14, 22]. В проведенных нами исследованиях число больных, получающих ВААРТ, в группах, разделенных по критерию наличия хронической ЛОР-патологии на каждой стадии ВИЧ-инфекции, пропорционально. Таким образом, группы сравнения пациентов репрезентативны.

Анкетирование пациентов и оториноларингологический осмотр осуществляли при очередном посещении диспансерного кабинета. Мужчин обследовано 182 (70%), женщин – 77 (30%), средний возраст 30,8±4,7 года, максимальный – 51 год, минимальный – 19 лет.

Исследование качества жизни осуществляли при помощи опросника общего типа 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), предложенного Бостонским институтом здоровья. Цифровые результаты исследования КЖ могут варьировать от 0 (максимальное нарушение функции – минимальное здоровье) до 100 баллов (максимальное здоровье). Более высокие значения являются показателем более высокого качества жизни.

Результаты и обсуждение

Из представленных данных наиболее демонстративное значение имеют показатель физического компонента здоровья (Physical health – PH) и показатель психологического компонента здоровья (Mental health – MH), которые представлены в двух послед-

Показатели качества жизни ВИЧ-инфицированных лиц в зависимости от стадии заболевания и наличия хронической патологии ЛОР-органов

Стадия ВИЧ-инфекции	Хроническая ЛОР-патология	Показатели качества жизни, баллы											
		PF	RP	RE	VT	MH	SF	BP	GH	PH		MH	
I стадия (n = 102)	Наличие (n = 59)	88,0	73,2	68,	64,3	68,9	79,3	80,9	59,2	77,6 ± 4,2	79,4	68,9 ± 5,9	70,5
	Отсутствие (n = 43)	91,8	86,0	84,8	69,	67,3	83,0	88,2	65,8	84,2 ± 5,2		73,8 ± 3,8	
II стадия (n = 58)	Наличие (n = 44)	59,6	46,1	46,8	35,4	40,2	49,8	51,1	42,8	52,4 ± 8,1*	55,1	41,6 ± 7,4*	44,1
	Отсутствие (n = 14)	87,9	75,0	66,7	64,3	60,6	67,9	76,8	66,4	79,3 ± 6,1*		64,0 ± 4,9*	
III стадия (n = 61)	Наличие (n = 46)	79,2	55,8	60,6	51,8	55,6	63,4	68,7	48,9	66,5 ± 6,1*	69,5	56,7 ± 8,6*	60,4
	Отсутствие (n = 15)	86,8	91,1	85,7	68,6	75,4	81,3	90,0	62,5	82,1 ± 3,6*		76,5 ± 3,1*	
IV стадия (n = 38)	Наличие (n = 38)	73,5	49,0	47,9	51,6	55,3	61,5	68,8	47,2	61,1 ± 6,3		53,3 ± 5,5	
Всего ВИЧ-инфицированных (n = 259)...	Наличие (n = 187)	75,6	57,1	56,5	50,9	55,2	64,0	67,5	50,0	65,3 ± 8,5	67,7	55,5 ± 9,2*	59,1
	Отсутствие (n = 72)	88,3	80,9	79,3	67,0	68,1	78,8	85,5	62,7	80,5 ± 4,3*		71,7 ± 4,1*	

Примечание. Указаны средние значения изучаемых показателей ± среднее отклонение, * – достоверные отличия в соответствующей группе.

них колонках таблицы, так как эти параметры характеризуют интегральные показатели самооценки описанных выше шкал физического и психологического статуса человека. Поэтому в дальнейшем для большей доступности и наглядности оценки полученных данных будем сравнивать и оценивать именно эти показатели.

Определен средний интегральный показатель физического компонента здоровья (РН) у всех обследованных респондентов, который составил 67,7. Этот параметр имеет числовое значение ниже, чем в популяции [3, 5].

Средний интегральный показатель физического компонента здоровья (РН) у ВИЧ-инфицированных респондентов с сопутствующей хронической воспалительной оториноларингологической патологией составил 65,3. Те пациенты, у которых ЛОР-патологии выявлено не было, продемонстрировали значительно более высокий уровень самооценки качества жизни (РН=80,5). Следовательно, можно констатировать негативное влияние хронических заболеваний уха, горла, носа на физический статус иммунокомпromетированных лиц. Однако это влияние значительно отличается в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции. Так, на I стадии иммунологической недостаточности интегральный показатель физического компонента здоровья незначительно отличается у лиц с наличием (РН=77,6) и отсутствием (РН=84,2) хронической воспалительной патологии ЛОР-органов.

На II стадии ВИЧ-инфекции происходит снижение уровня физического компонента здоровья у пациентов, имеющих сопутствующую хроническую патологию ЛОР-органов (РН=52,4), в сравнении с группой без признаков оториноларингологических заболеваний (РН=79,3). Интервал значений составил почти 27 пунктов. Следовательно, можно констатировать, что на II стадии ВИЧ-инфекции наиболее существенным фактором, оказывающим негативное влияние на самооценку КЖ человека, являются хронические оториноларингологические заболевания.

На III стадии ВИЧ-инфекции также выявлен более низкий показатель уровня физического компонента здоровья у пациентов, имеющих сопутствующую хроническую патологию ЛОР-органов (РН=66,5 против РН=82,1), однако здесь различие не столь существенно. Следует отметить, что средний показатель физического компонента здоровья у всех пациентов на III стадии вирусного иммунодефицита выше (РН=69,5), чем на II (РН=55,1). Это обстоятельство связано с положительным влиянием АРТ на самооценку состояния респондентов [14, 19].

Оценить влияние ЛОР-патологии на качество жизни ВИЧ-инфицированных на стадии СПИДа нам не удалось, так как у всех респондентов выявлены хронические воспалительные оториноларингологические заболевания и, следовательно, не было группы сравнения. Средний интегральный показатель физического компонента здоровья у пациентов на IV стадии ВИЧ-инфекции ниже (РН=61,1), чем на III (РН=69,5). Описанные данные представлены на рис. 1 в виде диаграммы.

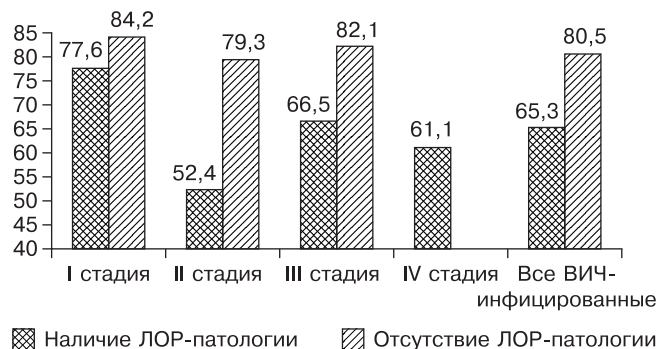


Рис. 1. Интегральный показатель физического компонента здоровья (РН) у ВИЧ-инфицированных лиц на разных стадиях заболевания с наличием и отсутствием хронической воспалительной патологии ЛОР-органов.

Определен средний интегральный показатель психологического компонента здоровья (МН) у всех обследованных респондентов, который составил 59,1.

Значение среднего интегрального показателя психологического компонента здоровья (МН) у ВИЧ-инфицированных респондентов с сопутствующей хронической воспалительной патологией ЛОР-органов составило 55,5, что значительно ниже, чем в группе сравнения баз оториноларингологических заболеваний (МН=71,7). Таким образом, можно констатировать, что хронические воспалительные заболевания уха, горла, носа также оказывают негативное влияние на психологический статус иммунокомпromетированных лиц, однако это влияние различно в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции. Так, на I стадии иммунологической недостаточности интегральный показатель психологического компонента здоровья незначительно отличается у лиц с наличием (МН=68,9) и отсутствием (МН=73,8) хронической воспалительной патологии ЛОР-органов.

Однако на II стадии ВИЧ-инфекции происходит значительное снижение уровня психологического компонента здоровья у всех пациентов (МН=44,1). У лиц, имеющих сопутствующую хроническую вос-

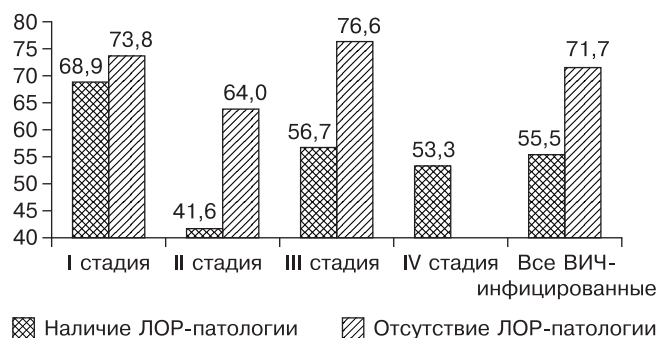


Рис. 2. Интегральный показатель психологического компонента здоровья (МН) у ВИЧ-инфицированных лиц с наличием и отсутствием хронической воспалительной патологии ЛОР-органов.

палительную патологию ЛОР-органов (МН=41,6), в сравнении с группой без признаков оториноларингологических заболеваний (МН=64,0) интервал снижения составил почти 23 пункта. Следовательно, можно констатировать, что на II стадии ВИЧ-инфекции наиболее существенным фактором, оказывающим негативное влияние на психологический статус человека, являются хронические оториноларингологические заболевания.

На III стадии ВИЧ-инфекции также выявлен более низкий показатель уровня психологического компонента здоровья у пациентов, имеющих сопутствующую хроническую патологию ЛОР-органов (МН=56,7 против МН=76,5). Интервал различий здесь также достаточно велик и составил почти 20 пунктов. Следует отметить, что средний показатель психологического компонента здоровья у всех пациентов на III стадии вирусного иммунодефицита выше (МН=60,4), чем на II (МН=44,1). Это явление можно объяснить положительным влиянием АРТ на самооценку состояния респондентов [14, 15].

Оценить влияние ЛОР-патологии на самооценку психологического статуса ВИЧ-инфицированных лиц на стадии СПИДа нам не удалось, так как у всех респондентов выявлены хронические воспалительные оториноларингологические заболевания и, следовательно, не было возможности сформировать группу сравнения. Описанные данные представлены на рис. 2 в виде диаграммы. Средний интегральный показатель психологического компонента здоровья у пациентов на IV стадии ВИЧ-инфекции ниже (МН=53,3), чем на III (МН=60,4).

Таким образом, можно констатировать негативное влияние хронических заболеваний уха, горла, носа на самооценку качества жизни ВИЧ-инфицированных лиц как с точки зрения физического (РН), так и психологического (МН) статуса. Это влияние значительно отличается в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции. Так, на I стадии иммунологической недостаточности интегральные показатели физического и психологического компонентов здоровья незначительно отличаются у лиц с наличием (РН=77,6; МН=68,9) и отсутствием (РН=84,2; МН=73,8) хронической воспалительной патологии ЛОР-органов.

На II стадии заболевания респонденты продемонстрировали самый низкий уровень качества жизни из всей выборки (РН=55,1, МН=44,1). При наличии хронической оториноларингологической патологии интегральный показатель физического компонента здоровья (РН) ниже на 27 баллов (снижение с 79,3 до 52,4), психологического (МН) – на 23 (снижение с 64,0 до 41,6), чем в группе пациентов, у которых отсутствовали признаки ЛОР-патологии. Как указывает проведенное исследование, именно хронические воспалительные оториноларингологические заболевания являются основной патологией, приводящей к снижению самооценки КЖ на II стадии ВИЧ-инфекции.

На III стадии ВИЧ-инфекции показатели КЖ несколько выше (РН=69,5; МН=60,4), чем на II (РН=55,1; МН=44,1). Проведенные ранее исследо-

вания указывают, что этот феномен связан с положительным влиянием АРТ на частоту рецидивирования и тяжесть течения соматической патологии, в том числе и заболеваний ЛОР-органов [14, 15]. Средняя продолжительность приема АРТ у обследованных пациентов на III стадии ВИЧ-инфекции составила 2,1 года, а на II – 4 мес. Вместе с тем общая тенденция более низких показателей КЖ у пациентов, имеющих сопутствующую хроническую оториноларингологическую патологию, сохраняется и на стадии преСПИДа (при наличии ЛОР-патологии РН=66,5; МН=56,7; без ЛОР-патологии РН=82,1, МН=76,5).

Оценить влияние патологии ЛОР-органов на качество жизни ВИЧ-инфицированных пациентов на IV стадии ВИЧ-инфекции нам не удалось, так как у всех респондентов выявлены хронические воспалительные оториноларингологические заболевания и, следовательно, отсутствовала группа сравнения. Однако уровень КЖ у пациентов, которым был выставлен диагноз СПИДа, ниже (РН=61,1, МН=53,3), чем на III стадии вирусной иммунологической недостаточности (РН=69,5, МН=60,4).

Выводы

1. Впервые на значительном клиническом материале исследованы показатели КЖ у 259 ВИЧ-инфицированных респондентов на разных стадиях заболевания. Определены средние интегральные показатели физического компонента здоровья (РН=67,7) и психологического компонента здоровья (МН=59,1).

2. Выявлено негативное влияние на самооценку КЖ ВИЧ-инфицированных лиц хронической воспалительной патологии ЛОР-органов. Происходит снижение уровня как физического (с РН=80,5, до РН=65,3), так и психологического компонентов здоровья (с МН=71,7, до МН=55,5).

3. На разных стадиях ВИЧ-инфекции негативное влияние хронической воспалительной патологии ЛОР-органов на качество жизни респондентов различно.

4. Максимальное негативное влияние хронической воспалительной оториноларингологической патологии выявлено на респондентов, у которых диагностирована II стадия ВИЧ-инфекции (снижение РН с 79,3 до 52,4; МН с 64,0 до 41,6).

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г.Ф., Оганов Р.Г. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью. Терапевтический архив. 2002; 1: 8–16.
2. Бримкулов Н.Н., Абдулина А.А. Исследование качества жизни у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Вестник КРСУ. 2002; 3: 51–4.
3. Затолока П.А., Еременко Ю.Е. Качество жизни студентов Белорусского государственного медицинского университета. Медицинский журнал. 2008; 3: 48–9.
4. Затолока П.А. Влияние патологии ЛОР-органов на качество жизни человека. Медицинский журнал. 2008; 4: 28–30.
5. Затолока П.А. и др. Качество жизни студентов медицин-

- ских вузов республики Беларусь. Экологический вестник. 2009; 2: 55–60.
6. Музалевский В.М. Основные тенденции в отношении пациентов к негосударственным медицинским учреждениям. В кн.: Актуальные тенденции социально-экономического развития России: Сборник науч. статей. Тамбов: Издательство ТГТУ; 2006: 35–47.
 7. Орлов В.А., Гиляревский С.А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. М.: Медицина; 1992.
 8. Петрова М.Н., Айвазян Т.А., Фандюхин С.Л. Качество жизни у мужчин, перенесших инфаркт миокарда. Кардиология. 2000; 2: 65–6.
 9. Саливончик Д.П., Доценко Э.А. Качество жизни после лечения инфаркта миокарда методом гипербарической оксигенации. В кн.: Биохимия здорового образа жизни: Сборник науч. статей. Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П.М. Машерова»; 2005: 152–7.
 10. Akgun D. et al. Assessment of clinical improvement and quality of life before and after tonsillectomy. J. Laryngol. 2009; 123(2): 199–202.
 11. Jenkinson C., Coulter A., Wright L. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. Br. Med. J. 1993; 306: 1437–40.
 12. Lam H.C., Tong M.C., Van Hasselt C.A. Rhinitis symptoms and quality of life in patients with chronic perennial rhinitis treated with desloratadine. J. Laryngol. 2007; 121(12): 1151–5.
 13. Serrano E. et al. Nasal Polyposis in France: impact on sleep and quality of life. J. Laryngol. 2005; 119(7): 543–9.
 14. Liu C. et al. Predictors for lower quality of life in the HAART era among HIV-infected men. J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 2006; 42(4): 470–7.
 15. Meng Y.J. et al. Quality of life and hostile mentality trend of patients with HIV/AIDS in China. Publ. Hlth. 2008; 122(4): 404–11.
 16. Maune S. et al. Quality of life assessment in otorhinolaryngology. History, measures and methods. Otolaryngol. Pol. 2005; 59(4): 489–504.
 17. Hasukic B. et al. Quality of life in children with obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy. Med. Arh. 2008; 62(1): 30–3.
 18. Fujii T. et al. Quality of life in patients with Japanese cedar pollinosis: using the SF-8 health status questionnaire (Japanese version). Arerugi. 2006; 55(10): 1288–94.
 19. Astoro N.W. et al. Quality of life of HIV patients and influenza factors. Acta Med. Indones. 2007; 39(1): 2–7.
 20. Siupsinskiene N., Adamonis K., Toohill R. Quality of life in laryngopharyngeal reflux patients. Laryngoscope. 2007; 117(3): 480–4.
 21. Meng Y.J. et al. The development and assessment on an instrument regarding quality of life for patients living with HIV/AIDS in China. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2007; 28(11): 1081–4.
 22. Kowal J. et al. The role of psychological and behavioral variables in quality of life and the experience of bodily pain among persons living with HIV. J. Pain Symptom Manage. 2008; 36(3): 247–58.

Поступила 21.01.13