

© Ю.Ю.Асанина, Е.Е.Корсева, А.Н.Шишкин, А.Ш.Румянцев, 2012
УДК 616.61-008.64-085.38:616.092.12

И.А. Васильева¹, Е.В. Бабарыкина², В.А. Добронравов¹

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

I.A. Vasilieva, V.A. Dobronravov, E.V. Babarykina

SOCIAL-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS ON THE HEMODIALYSIS

¹Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, ²областная клиническая больница, г. Омск, Россия

РЕФЕРАТ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить связь показателей качества жизни (КЖ) больных на гемодиализе (ГД) с социально-демографическими характеристиками: полом, возрастом, образованием и семейным положением больного. **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Обследовали 753 больных, получающих лечение ГД. КЖ оценивалось при помощи опросника SF-36. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Показано, что мужчин отличают более высокие показатели КЖ в условиях лечения ГД. Отмечено ухудшение с возрастом всех показателей КЖ пациентов на ГД. По результатам множественного линейного пошагового регрессионного анализа фактор пола ассоциирован с интегральным показателем физического здоровья опросника SF-36, а возраст позволяет предсказывать значения интегральных показателей и физического, и психического здоровья. Негативное влияние принадлежности к женскому полу и возраста на показатели КЖ является независимым при коррекции регрессионных моделей на длительность лечения ГД, уровни альбумина и гемоглобина, выраженность депрессии, тревоги и личностной тревожности. Между группами больных с высшим и средним образованием, состоящими и не состоящими в браке, различий по показателям КЖ не найдено. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Пол и возраст влияют на КЖ пациентов на ГД. Уровень образования и семейное положение не сказываются на субъективной оценке КЖ у этой категории больных.

Ключевые слова: гемодиализ, качество жизни, социально-демографические характеристики.

ABSTRACT

AIM OF RESEARCH. To evaluate association between life quality factors (LQ) in haemodialysis (HD) patients and social-demographic characteristics: gender, age, education and marital status of patient. **PATIENTS AND METHODS.** 753 patients on HD were examined. LQ was evaluated with the help of SF-36 health survey questionnaire. **RESULTS.** It was shown that men have higher LQ factors receiving HD. It was noticed that all LQ factors decline by age in patients receiving HD. According to results of multiple linear step-by-step regression analysis, gender factor is associated with integrated index of physical health of interview schedule SF-36 and age allows to predict integrated index, physical and mental health values. Negative effect of female gender and age on LQ factors is independent in correction of regression models on length of HD treatment, albumine and hemoglobin levels, melancholy, anxiety and trait anxiety intensity. There are no LQ factors differences between groups of patients with graduate and secondary education, married and lonelyhearts. **CONCLUSION.** Gender and age effect on LQ of patients receiving HD. Educational level and marital status don't effect on LQ subjective value of these patients category.

Key words: hemodialysis, life quality, social-demographic characteristics.

ВВЕДЕНИЕ

Качество жизни (КЖ), под которым подразумевается удовлетворенность больного своим физическим, психическим и социальным функционированием, является важным предиктором заболеваемости и смертности, одним из критериев качества медицинской помощи. Мониторинг КЖ позволяет учитывать мнение больного при назначении терапии, оценке её эффективности, дает пациенту возможность стать активным участником лечебно-реабилитационного процесса.

КЖ больных, находящихся на лечении гемоди-

ализом (ГД), стало предметом изучения немалого числа исследований [1, 2]. Показано, что оно значительно ниже, чем у здоровых лиц, в основном за счет неудовлетворенности своим физическим состоянием [3–5]. Для успешного осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение КЖ, полезно иметь информацию о факторах, ассоциированных с КЖ. Связь социально-демографических факторов с КЖ пациентов, находящихся на ГД, была прослежена в ряде зарубежных исследований [6–8]. В отечественных источниках представлены результаты отдельных одноцентровых исследований, проведенных на ограниченном контингенте больных, получаю-

Васильева И.А. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 17, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, НИИ нефрологии. Тел. (812) 234-22-02

Таблица 1

Показатели качества жизни у мужчин и женщин, получающих терапию гемодиализом, $\bar{X} \pm \sigma$

Показатель качества жизни	Мужчины, n=425	Женщины, n=328	Значимость различий
Физическое функционирование	66,2 ± 24,0	54,7 ± 26,6	p<0,0001
Ролевое физическое функционирование	37,8 ± 43,8	27,7 ± 39,7	p=0,001
Боль	59,8 ± 29,0	50,3 ± 27,6	p<0,0001
Общее состояние здоровья	37,7 ± 16,8	36,6 ± 17,1	p=0,354
Энергичность	50,9 ± 20,2	47,3 ± 19,2	p=0,014
Социальное функционирование	67,9 ± 26,0	60,3 ± 27,2	p<0,001
Ролевое эмоциональное функционирование	57,8 ± 45,5	47,3 ± 44,6	p=0,002
Психическое здоровье	64,0 ± 18,0	57,8 ± 17,3	p<0,0001
Суммарный показатель физического здоровья	38,5 ± 9,7	35,5 ± 9,3	p<0,0001
Суммарный показатель психического здоровья	45,3 ± 10,5	42,8 ± 10,2	p=0,002

Примечание. Показатель физического функционирования оценивает способность выдерживать физические нагрузки; показатель ролевого физического функционирования оценивает влияние физического состояния на повседневную деятельность; показатель боли включает оценку её интенсивности и выраженность ограничений будничной активности в связи с болью; под ролевым эмоциональным функционированием подразумевается влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность.

щих терапию ГД, без учета уровня образования и семейного статуса [9, 10]. Целью нашего исследования была оценка связи показателей КЖ с полом, возрастом, образованием и семейным положением больного – на материале представительной выборки российских пациентов на ГД.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Многоцентровое одномоментное исследование показателей КЖ больных, находившихся на лечении в нескольких гемодиализных центрах РФ, было выполнено в период с 1999 по 2005 г. В исследование включено 753 стабильных больных, получавших лечение ГД, в возрасте от 16 до 72 лет (медиана – 44 года). Среди обследованных было 425 мужчин и 328 женщин. Продолжительность лечения ГД составляла от 3 до 228 мес. (медиана – 47 месяцев). При изучении возрастной специфики КЖ были выделены три группы. В первую вошли пациенты в возрасте от 16 до 44 лет, во вторую – от 45 до 59 лет, в третью – 60 лет и более.

Для оценки связанного со здоровьем КЖ использована русскоязычная версия методики SF-36 Health Survey [11–13]. Результаты оцениваются по восьми основным шкалам и двум интегральным показателям. Диапазон баллов по каждой шкале – от 0 до 100. Чем выше балл, тем лучше КЖ. Показатели методики можно условно разделить на две группы: физическая составляющая КЖ и психосоциальная составляющая КЖ. Физическая составляющая включает оценки шкал физического функционирования, ролевого физического функционирования, боли, общего состояния здоровья и суммарный показатель физического здоровья. Психосоциальная составляющая включает показатели общей активности/энергичности, социального функцио-

нирования, психического здоровья, ролевого эмоционального функционирования и суммарный индекс психического здоровья.

В исследовании также применялись шкала самооценки депрессии В. Зунга [14] и шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера [15]. Регистрировали клинические данные: длительность лечения ГД, средние уровни альбумина и гемоглобина за год, предшествующий исследованию КЖ. Впоследствии эти показатели использовались при корректировке множественных регрессионных моделей.

При статистическом анализе для оценки межгрупповых различий применяли t-критерий Стьюдента, U-тест Манна–Уитни, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), H-тест Краскала–Уоллиса. Характеристики выборок представлены в виде средних величин и стандартных отклонений. Использовали корреляционный анализ (r-критерий Пирсона). Для оценки степени влияния факторов пола и возраста на показатели КЖ применяли множественный пошаговый линейный регрессионный анализ с включением в множественный регрессионный анализ дихотомических переменных на общих основаниях [16–18]. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы об отсутствии значимых различий и влияний принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ показателей КЖ у больных мужчин и женщин, проведенный в нашем исследовании, показал, что мужчин отличают более высокие оценки по большинству параметров КЖ (табл. 1).

Так, мужчинам свойственна более высокая удовлетворенность своей физической активностью.

Таблица 2

Показатели качества жизни в разных возрастных группах у больных на гемодиализе, $\bar{X} \pm \sigma$

Показатели качества жизни	Возрастные группы			Значимость различий
	16–44 лет, n=371	45–59 лет, n=277	60–72 лет, n=86	
Физическое функционирование	65,9±25,1	58,8±24,9	49,6±27,2	p<0,0001
Роль физическое функционирование	40,2±43,7	27,3±40,3	23,8±38,9	p<0,0001
Боль	58,1±28,7	51,6±28,5	57,7±29,1	p=0,005
Общее состояние здоровья	39,0±17,4	35,8±16,5	32,7±14,0	p=0,003
Энергичность	52,6±20,1	47,4±18,8	42,3±18,9	p<0,0001
Социальное функционирование	67,7±26,2	62,2±25,5	59,2±30,9	p=0,003
Роль эмоциональное функционирование	58,7±44,6	48,1±45,7	47,0±45,4	p=0,004
Психическое здоровье	62,9±18,2	60,7±17,2	57,4±18,5	p=0,009
Суммарный показатель физического здоровья	38,5±9,7	35,5±9,3	34,2±9,5	p<0,0001
Суммарный показатель психического здоровья	45,3±10,6	43,5±10,0	42,4±10,8	p=0,014

Таблица 3

Показатели качества жизни у больных в зависимости от уровня образования

Показатель качества жизни	Больные со средним и средним специальным образованием (n=333)	Больные с высшим образованием (n=184)	Значимость различий
Физическое функционирование	61,6±26,1	60,6±25,4	p=0,689
Роль физическое функционирование	33,7±42,2	33,3±42,0	p=0,933
Боль	55,0±28,4	58,1±28,1	p=0,207
Общее состояние здоровья	37,2±15,7	36,7±18,3	p=0,627
Энергичность	50,4±19,4	48,5±19,4	p=0,265
Социальное функционирование	65,2±27,3	62,9±27,0	p=0,371
Роль эмоциональное функционирование	51,4±45,4	60,8±44,3	p=0,023
Психическое здоровье	60,0±18,1	62,3±17,6	p=0,166
Суммарный показатель физического здоровья	37,2±9,4	36,5±9,7	p=0,488
Суммарный показатель психического здоровья	43,8±10,4	45,1±11,0	p=0,148

Физическое и эмоциональное состояние в меньшей степени лимитирует их повседневную деятельность. Выше удовлетворенность своей социальной активностью, психическим здоровьем, общим уровнем энергичности. Различного рода боли в меньшей степени, чем у женщин, сказываются на их повседневной активности. Единственным исключением явился показатель общего здоровья, различия по которому не достигли статистической значимости.

Следует отметить, что высокое стандартное отклонение по шкалам ролевого физического и эмоционального функционирования (табл. 1–4) отражает конструктивную ограниченность версии 1.0 опросника SF-36. Впоследствии авторами была создана версия 2.0, в которой были внесены коррективы в формулировки вопросов, входящих в состав этих шкал, а вместо двухбалльной оценочной шкалы была предложена пятибалльная, что позволило повысить точность измерения и существенно уменьшить стандартное отклонение [13].

Проведен сравнительный анализ показателей КЖ в трех возрастных группах (см. табл. 2).

Отмечено достоверное снижение с возрастом субъективной оценки способности выдерживать физические нагрузки и общего состояния здоровья. С увеличением возраста больных более заметным ста-

новится негативное влияние физического состояния на повседневную деятельность. В группе молодых пациентов степень выраженности болевого синдрома и ограничивающего влияния боли на повседневную деятельность ниже, чем у пациентов старших возрастных групп. Суммарный индекс физического здоровья также был наиболее высоким в группе молодых, затем достоверно снижался. Из показателей физической составляющей КЖ наиболее ярко выраженным было возрастное снижение способности справиться с физическими нагрузками (см. табл. 2). Психосоциальный компонент КЖ у больных на ГД также подвержен возрастным изменениям, а наиболее существенное ухудшение с возрастом отмечено по показателю общей активности (см. табл. 2).

Изучалась связь между уровнем образования и КЖ у пациентов. Больных подразделили на две группы. В первую вошли пациенты со средним и средним специальным образованием, во вторую – с высшим образованием. Результаты сравнения представлены в табл. 3.

Достоверное различие между этими группами больных наблюдали только по одному показателю опросника SF-36 – ролевому эмоциональному функционированию: негативное влияние эмоционального состояния на повседневную деятель-

Таблица 4

Показатели качества жизни у больных в зависимости от их семейного положения

Показатель качества жизни	Больные, состоящие в браке (n=337)	Больные, не состоящие в браке (n=145)	Значимость различий
Физическое функционирование	61,7±26,1	59,9±25,6	p=0,490
Ролевое физическое функционирование	31,4±41,1	33,3±40,3	p=0,635
Боль	55,6±27,9	56,8±27,8	p=0,607
Общее состояние здоровья	36,2±16,4	37,5±16,7	p=0,537
Энергичность	48,8±19,0	49,8±19,1	p=0,480
Социальное функционирование	63,4±27,1	65,5±26,2	p=0,440
Ролевое эмоциональное функционирование	54,6±45,1	59,0±43,3	p=0,316
Психическое здоровье	60,1±17,7	58,9±17,4	p=0,494
Суммарный показатель физического здоровья	36,7±9,5	36,8±9,2	p=0,862
Суммарный показатель психического здоровья	43,9±10,7	44,7±10,1	p=0,445

Таблица 5

Коэффициенты корреляции Пирсона (r) суммарных показателей качества жизни с клинико-лабораторными и психодиагностическими переменными

Переменные	Суммарный показатель физического здоровья	Суммарный показатель психического здоровья
Длительность гемодиализа (n=692)	-0,25***	-0,11**
Средний уровень альбумина (n=379)	0,30***	0,11*
Средний уровень гемоглобина (n=448)	0,09	0,19***
Уровень депрессии (по В. Зунгу) (n=367)	-0,43***	-0,56***
Ситуативная тревожность (по Ч. Спилбергеру) (n=317)	-0,30***	-0,56***
Личностная тревожность (по Ч. Спилбергеру) (n=301)	-0,25***	-0,54***

Примечание. *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05.

ность более выражено у лиц со средним образованием, чем с высшим.

Анализировались различия КЖ у больных, получающих ГД-терапию, в зависимости от их семейного положения. Как видно из табл. 4, значимых различий по показателям КЖ между больными, состоящими и не состоящими в браке, установлено не было.

Для ответа на вопрос, обладают ли факторы пола и возраста значимым независимым влиянием на показатели КЖ у больных на ГД, был проведен множественный пошаговый регрессионный анализ. При этом в качестве независимых переменных, наряду с показателями возраста и пола, в анализ были включены клинико-лабораторные и пси-

ходиагностические переменные, в отношении которых были установлены достоверные корреляции с показателями КЖ (табл. 5).

По результатам множественного регрессионного анализа возраст является значимым независимым предиктором суммарных показателей КЖ (табл. 6, 7) с коррекцией моделей по продолжительности терапии ГД, полу, степени выраженности депрессии, тревоги, личностной тревожности, уровням альбумина сыворотки крови и гемоглобина.

Возраст, длительность лечения ГД, уровни депрессии, тревоги и личностной тревожности были обратно связаны с КЖ у больных, а альбумин и гемоглобин – прямо. Фактор пола оказывает значимое независимое влияние на интегральный пока-

Таблица 6

Результаты множественного линейного пошагового регрессионного анализа переменных, влияющих на суммарный показатель физического здоровья (СФЗ)

R²модели=0,222 F(6, 749)=30,34, p<0,00001

Предикторы	β± m	B± m	t-критерий	p
Возраст (годы)	-0,229±0,033	-0,183±0,026	-7,028	<0,0001
Длительность гемодиализа (месяцы)	-0,179±0,032	-0,038±0,007	-5,386	<0,0001
Уровень депрессии (баллы)	-0,230±0,040	-0,309±0,059	-5,210	<0,0001
Уровень альбумина (г/л)	0,157±0,033	0,479±0,100	4,798	<0,0001
Мужской пол (по сравнению с женским)	0,081±0,034	1,579±0,657	2,404	0,016
Ситуативная тревожность (баллы)	-0,084±0,043	-0,127±0,065	-1,962	0,050

Примечание. Здесь и в табл. 7: независимыми переменными в модели были возраст, пол, длительность гемодиализа, уровни альбумина, депрессии, ситуативной и личностной тревожности.

Таблица 7

Результаты множественного линейного пошагового регрессионного анализа переменных, влияющих на суммарный показатель психического здоровья (СПЗ)

R^2 модели=0,214 $F(6, 749)=33,94$, $p<0,00001$

Предикторы	$\beta \pm m$	$B \pm m$	t-критерий	p
Ситуативная тревожность (баллы)	-0,188±0,043	-0,310±0,071	-4,387	<0,0001
Уровень депрессии (баллы)	-0,184±0,044	-0,268±0,065	-4,146	<0,0001
Уровень гемоглобина (г/л)	0,095±0,033	0,070±0,024	2,896	0,004
Личностная тревожность (баллы)	-0,117±0,046	-0,206±0,079	-2,609	0,009
Возраст (годы)	-0,079±0,033	-0,068±0,028	-2,416	0,016
Длительность гемодиализа (месяцы)	-0,067±0,033	-0,015±0,008	-2,037	0,042

Примечание. Независимыми переменными в модели были возраст, пол, длительность гемодиализа, уровни альбумина, гемоглобина, депрессии, ситуативной и личностной тревожности.

затель физического здоровья (см. табл. 6) – мужской пол ассоциируется с более высоким суммарным показателем физической составляющей КЖ. В то же время пол не вошел в число значимых независимых предикторов интегрального показателя психического здоровья (см. табл. 7).

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное обсервационное многоцентровое исследование проведено на большой выборке российских пациентов, получающих ГД. Это позволило детализировать связи показателей КЖ с социально-демографическими факторами (полом, возрастом, образованием, семейным положением).

Ряд опубликованных ранее исследований показали, что в условиях заместительной почечной терапии мужчин отличает более высокая удовлетворенность жизнью [10, 19, 20]. При этом, однако, имеются разночтения, в отношении каких параметров КЖ гендерные различия наиболее значительны [2, 7, 21, 22]. Наряду с этим, представлены работы, в которых различия в КЖ между мужчинами и женщинами, находящимися на лечении ГД, не установлены вообще [23, 24]. Полученные нами данные определенно свидетельствуют о том, что мужчин отличают более высокие оценки по большинству параметров КЖ (см. табл. 1). Кроме того, множественный регрессионный анализ показал, что фактор пола оказывает значимое независимое влияние на интегральный показатель физической составляющей КЖ у пациентов на ГД (см. табл. 6).

В результате проведенного исследования установлено, что у больных, находящихся на лечении ГД, с возрастом наблюдается выраженное снижение показателей физической составляющей КЖ, как парциальных, так и суммарного. Не вполне укладывается в эту картину показатель боли. Различного рода болевые ощущения меньше всего беспокоили пациентов молодого возраста (до 44 лет). Однако у больных в возрасте 45–59 лет жалобы

на боль и её негативное влияние на повседневную деятельность были в тенденции более выражены, чем у пациентов старшей возрастной группы (см. табл. 2). Этим, вероятно, объясняется отсутствие значимых различий по суммарному показателю физического здоровья в группах 45–59 и 60–72 года. Полученные данные позволяют предполагать, что основным источником снижения КЖ у пациентов среднего возраста являются субъективные ощущения, связанные с переносимостью боли, что может нивелировать возрастные различия.

Параметры психосоциальной составляющей КЖ также снижались с возрастом у больных на ГД. По результатам множественного регрессионного анализа возраст является значимым независимым предиктором суммарных показателей физической и психосоциальной компонент КЖ (см. табл. 6, 7).

Следует отметить, что значение показателя психического здоровья ГД у больных в нашем исследовании совпадает с нормативными данными, полученными у здоровых жителей Санкт-Петербурга в соответствующих возрастных группах [25]. Несмотря на прогрессирование с возрастом сопутствующих заболеваний и витальной угрозы в условиях заместительной почечной терапии, возрастная динамика показателей психосоциальной компоненты КЖ отличается большей плавностью, чем физической составляющей. Ряд зарубежных исследователей также свидетельствуют о более выраженном влиянии возраста на показатели физической составляющей КЖ в сравнении с психосоциальной [19, 23, 26].

Ранее нами и другими авторами было установлено, что такие показатели КЖ, как физическое функционирование и суммарный субъективный показатель физического здоровья, являются независимыми предикторами выживаемости больных на ГД [27, 28]. Явная тенденция к снижению самооценки физического состояния с возрастом, очевидно, требует более частого мониторинга КЖ в старших возрастных группах.

В вопросе о связи КЖ с образовательным уровнем больных, находящихся на лечении ГД, большинство авторов склоняются к мнению, что с ростом уровня образования повышается удовлетворенность пациентов своей жизнью при лечении ГД [29–31]. Di Corrado и соавт. продемонстрировали, что снижение образовательного уровня пациентов на ГД связано с ухудшением показателей их КЖ, которое оценивалось по опросникам Sickness Impact Profile и Functional Living Test [32]. M. Kusztal и соавт. показали, что уровень образования больных на ГД является независимым предиктором их КЖ, которое измерялось по опроснику SF-36 [33]. Больные на ГД с высоким и средним уровнем образования лучше справляются с деятельностью, связанной с физическими нагрузками, у них меньше выраженность болевого синдрома, чем у пациентов с низким уровнем образования [2]. По данным С.-К. Chiang и соавт., образовательный уровень больных – независимый предиктор интегрального показателя психического здоровья [24]. Однако не все авторы разделяют точку зрения о положительном влиянии образования на КЖ больных на ГД. Имеются данные, что уровень образования негативно сказывается на ряде показателей методики SF-36 [3, 5]. По результатам, полученным S.K. Mittal и соавт., M.M. Jiang и L. Li, уровень образования вообще не оказывает влияния на КЖ у пациентов на хроническом ГД [7, 34]. В проведенном нами исследовании достоверное различие между группами больных с высшим и средним образованием наблюдалось только по одному из десяти показателей КЖ – у лиц с высшим образованием эмоциональное состояние в меньшей степени ограничивало повседневную деятельность. Таким образом, наличие высшего образования, большой объем знаний и высокая квалификация, по-видимому, не гарантируют высокое КЖ больного. Простым объяснением может быть то обстоятельство, что с повышением уровня образования растут и потребности человека. Если эти потребности не удовлетворяются, удовлетворенность жизнью падает. Ранее нами показана высокодостоверная взаимосвязь КЖ и трудовой занятости у больных, получающих терапию ГД, и факт зависимости трудовой занятости этих пациентов от уровня образования [35, 36]. Установлено, что наличие высшего образования существенно повышает шансы трудоустройства, а у работающих больных все показатели КЖ значительно выше, чем у неработающих. Таким образом, можно предположить, что образовательный уровень больного сказывается на КЖ опосредованно – через влияние образования на трудовую занятость пациента. Эта гипотеза нуждается в дальнейшей проверке.

Мнения исследователей по вопросу о зависимости КЖ у больного на ГД от его семейного статуса расходятся. Имеются указания на то, что наличие семейной и социальной поддержки положительно влияет на выживаемость и КЖ больных, получающих ГД [37]. В исследовании M.M. Jiang и L. Li. семейное положение сказывалось на суммарном показателе физического здоровья методики SF-36 и никак не отражалось на интегральном показателе психического здоровья [34]. Полученные нами данные свидетельствуют об отсутствии явной связи между семейным положением больного и его КЖ (см. табл. 6) и подтверждают ряд зарубежных наблюдений [7, 38].

Возможно, имеет значение не семейное положение как таковое – состоит ли пациент в браке, а более широко понимаемая семейная ситуация – живет ли он один или с кем-то. Так, S.K. Mittal и соавт. показали, ситуация проживания в одиночестве является независимым предиктором улучшения интегрального показателя психического здоровья методики SF-36 в течение двух лет [7]. Эти авторы считают, что отсутствие зависимости от семьи, семейных обязанностей, а также наличие контроля со стороны пациента за процессом лечения способствуют улучшению КЖ. Аналогичные данные получили и С. Boaretti и соавт. [39]. Они установили, что у ГД пациентов, стремящихся действовать самостоятельно, уровень адаптации и КЖ выше, чем у тех, кто привык полагаться на поддержку со стороны родственников. Результаты, полученные D. Tovbin и соавт., свидетельствуют о том, что для КЖ у больного на ГД имеет значение взаимодействие двух факторов – социальной поддержки и контроля со стороны самого пациента за заболеванием и лечением [40]. При низком уровне социальной поддержки у больных с высокой степенью контроля КЖ существенно выше, чем у пациентов с низким контролем. Однако при высоком уровне социальной поддержки степень контроля со стороны больного за процессом лечения не оказывает влияния на его КЖ. Мы разделяем точку зрения тех авторов, которые считают, что для КЖ у больных, получающих ГД терапию, имеет значение не семейное положение, а наличие контроля со стороны пациента за процессом лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о том, что КЖ у пациентов на ГД ухудшается с возрастом. Возраст оказывает существенное независимое влияние на интегральные показатели КЖ рассматриваемой категории больных. Мужчинам свойственна более высокая удовлетворенность жизнью

в условиях лечения ГД, а фактор пола является независимым предиктором суммарного показателя физической составляющей КЖ. В данном исследовании не установлена зависимость КЖ у больных на ГД от их образовательного уровня и семейного положения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Fukuhara S, Lopes A.A, Bragg-Gresham JL et al. Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney Int* 2003; 64 (5): 1903–1910
2. Molsted S, Aadahl M, Schou L, Eidemak I. Self-rated health and employment status in chronic haemodialysis patients. *Scand J Urol Nephrol* 2004; 38 (2): 174–178
3. Morsch CM, Goncalves LF, Barros E. Health-related quality of life among haemodialysis patients – relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *J Clin Nurs* 2006; 15 (4): 498–504
4. Васильева И.А. Особенности качества жизни больных с хронической почечной недостаточностью при лечении гемодиализом. *Изв Рос гос. пед ун-та им. А.И. Герцена. Обществ и гуманитар науки* 2008; 10 (57): 75–86
5. Seica A, Segall L, Verzan C. et al. Factors affecting the quality of life of haemodialysis patients from Romania: a multicentric study. *Nephrol Dial Transplant* 2009; 24 (2): 626–629
6. Unruh M, Benz R, Greene T et al. Effects of hemodialysis dose and membrane flux on health-related quality of life in the HEMO Study. *Kidney Int* 2004; 66 (1): 355–366
7. Mittal SK, Ahern L, Flaster E et al. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (7): 1387–1394
8. Turk S, Guney I, Altintepe L et al. Quality of life in male hemodialysis patients. *Nephron Clin Pract* 2004; 96 (1): 21–27
9. Горин АА, Денисов АЮ, Шило ВЮ. Комплексный подход к оценке качества жизни больных, находящихся на программном гемодиализе. *Нефрология и диализ* 2001; 3 (2): 128–131
10. Земченков АЮ, Сапон НГ, Костылева ТГ и др. Оценка качества жизни у пациентов на гемо- и перитонеальном диализе с помощью опросника KDQOL-SF™. *Нефрология и диализ* 2009; 11 (2): 94–102
11. Ware JE, Snow KK, Kosinski M et al. *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. The Health Institute, New England Medical Center, Boston (MA), 1993; 3–320
12. Ware JE, Kosinski M. *The SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Manual for Users of Version 1, 2nd ed.* QualityMetric, Incorporated, Lincoln (RI) 2001; 3–237
13. Ware JE. SF-36 Health Survey Update. *Spine* 2000; 25 (24): 3130–3139
14. Zung WWK. A Self-rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; 12: 63–70
15. Ханин ЮЛ. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилберга. Б. и., Л. 1976; 3–16
16. Бюль А, Цёфель П. *SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей: Пер. с нем.* ООО «ДиаСофтЮП», СПб., 2005; 279–280
17. Stockburger DW. *Multivariate statistics: concepts, models, and applications*. <http://www.psychstat.missouristate.edu/multibook/mlt08m.html>
18. Wooldridge JM. Multiple regression with qualitative information: binary (or dummy) variables. In: Wooldridge JM. *Introductory econometrics: A modern approach*, 4th ed. Cengage Learning, 2009; Ch. 7; 225–263
19. Blake C, Codd MB, Cassidy A, O'Meara YM. Physical function, employment and quality of life in end-stage renal disease. *J Nephrol* 2000; 13 (2): 142–149
20. Germin-Petrovich D, Mesaros-Devic I, Lesac A et al. Health-related quality of life in the patients on maintenance hemodialysis: the analysis of demographic and clinical factors. *Coll Antropol* 2011; 35 (3): 687–693
21. Iacovides A, Fountoulakis KN, Balaskas E et al. Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Aging Clin Exp Res* 2002; 15(5): 354–360
22. Rosenberger J, van Dijk JP, Nagyova I et al. Do dialysis- and transplantation-related medical factors affect perceived health status? *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20(10): 2153–2158
23. Niechzial M, Hampel E, Grobe T et al. Determinanten der Lebensqualität bei chronischer Niereninsuffizienz. *Soz Präventivmed* 1997; 42 (3): 162–174
24. Chiang CK, Peng YS, Chiang SS et al. Other health-related quality of life in hemodialysis patients in Taiwan. *Hemodial Int* 2004; 8 (1): 106
25. Новик АА, Ионова ТИ. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*. Издательский Дом «Нева», СПб., 2002; 113–124
26. Stojanovic M, Stefanovic. Assessment of health-related quality of life in patients treated with hemodialysis in Serbia: influence of comorbidity, age, and income. *Artif Organs* 2007; 31 (1): 53–60
27. Бабарыкина ЕВ, Васильева ИА, Смирнова ЛМ и др. Качество жизни и выживаемость больных молодого возраста, находящихся на лечении хроническим гемодиализом. *Нефрология* 2003; 7 (2): 41–45
28. Knight EL, Ofsthun N, Teng M et al. The association between mental health, physical function, and hemodialysis mortality. *Kidney Int* 2003; 63 (5): 1843–1852
29. Manns B, Johnson JA, Taub K et al. Quality of life in patients treated with hemodialysis or peritoneal dialysis: what are the important determinants? *Clin Nephrol* 2003; 60 (5): 341–351
30. Oh SH, Yoo EK. Comparison of Quality of Life between Kidney Transplant and Hemodialysis Patients. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2006; 36 (7): 1145–1153
31. Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Goodkin DA et al. Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Qual Life Res* 2007; 16 (4): 545–557
32. Di Corrado D, Di Nuovo S, Iannetti E et al. Qualità della vita in emodialisi: interferenza del grado di istruzione scolastica. *Clin Ter* 2000; 151 (4): 235–239
33. Kusztal M, Nowak K, Magott-Procelewska M et al. Ocena zaleznej od zdrowia jakości zycia u chorych przewlekłe dializowanych. Doświadczenia własne z użyciem kwestionariusza SF-36. *Pol Merkur Lekarski* 2003; 14 (80): 113–117
34. Jiang MM, Li L. Assessment of health-related quality of life in hemodialysis patients with SF-36. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* 2004; 33 (6): 546–549, 560
35. Васильева ИА, Добронравов ВА, Бабарыкина ЕВ. Факторы, влияющие на трудовую занятость больных молодого возраста, находящихся на лечении хроническим гемодиализом. *Нефрология* 2004; 8 (1): 56–61
36. Vasilieva I, Smirnov A, Babarykina E et al. Employment of young hemodialysis patients: the role of educational status and quality of life. Abstr of the 41st Congress of the Eur Renal Association – Eur. Dialysis and Transplant Association, Lisbon, 2004; 167
37. Parkerson GR, Gutman RA. Health-related quality of life predictors of survival and hospital utilization. *Health Care Financ Rev* 2000; 21 (3): 171–184
38. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW et al. Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of The Netherlands Cooperative Study on Adequacy of Dialysis (NECOSAD). *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14 (5): 1163–1170
39. Boaretti C, Trabucco T, Rugiu C et al. Rapporti tra adattamento, qualità di vita e supporto familiare, sociale nel paziente in trattamento dialitico. *G Ital Nefrol* 2006; 23 (4): 415–423
40. Tovbin D, Gidron Y, Jean T et al. Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Qual Life Res* 2003; 12 (6): 709–717

Поступила в редакцию 28.09.2012 г.

Принята в печать 11.10.2012 г.