

© И.А.Васильева, 2005
УДК 616.61-008.64-036.12-085.38:616.092.12

И.А. Васильева

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

I.A. Vasilieva

QUALITY OF LIFE IN CHRONIC HEMODIALYSIS PATIENTS

Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Россия

РЕФЕРАТ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнить показатели качества жизни (КЖ) больных, находящихся на лечении гемодиализом (ГД), и здоровых лиц, сопоставить показатели КЖ российских ГД-пациентов и больных из других стран, определить факторы, влияющие на КЖ ГД-пациентов. **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Обследовали 1047 больных, получавших лечение хроническим ГД. Для оценки связанного со здоровьем КЖ использована русскоязычная версия методики SF-36 Health Status Survey. Определялись также показатели депрессии, астении, тревожности, особенностей личности, жизненных целей и ценностей, клиничко-лабораторные параметры с целью оценки их влияния на КЖ пациентов. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** У больных, находящихся на лечении ГД, все показатели физического функционирования существенно ниже, чем у здоровых лиц. Это касается устойчивости к физическим нагрузкам (PF), ограничивающего влияния физического состояния на повседневную деятельность (RP), общего состояния здоровья (GH), интенсивности боли (BP). По показателям психического здоровья снижение по сравнению с нормой менее выраженное. У российских ГД-больных достоверно выше, чем у пациентов из США, показатели толерантности к физическим нагрузкам (PF), общей активности (V) и суммарный индекс физического здоровья (PCS). Пациенты из США имеют преимущество по психическому здоровью (MH), суммарному показателю психического здоровья (MCS), свободе от боли (BP), общему состоянию здоровья (GH). Больных из Великобритании отличают более низкие, чем пациентов из России и США, оценки большинства шкал опросника SF-36, что связано, вероятно, с пониженным уровнем гемоглобина в этой группе больных. Уровень альбумина сыворотки крови является независимым предиктором сохранности суммарного показателя физического здоровья (PCS). Негативно влияют на суммарный показатель физического здоровья выраженность депрессии, возраст пациента, длительность ГД, количество дней госпитализации за последние 6 месяцев, наличие сопутствующей патологии. Суммарный показатель психического здоровья (MCS) зависит от уровней личностной тревожности, депрессии и астении, возраста и продолжительности лечения ГД. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** КЖ больных, получающих хронический ГД, существенно снижено по сравнению со здоровыми лицами, главным образом за счет показателей физического здоровья. КЖ ГД-пациентов подвержено влиянию клинических и психологических переменных. Требуется дальнейшего изучения вопрос о том, что лежит в основе установленных различий по КЖ между ГД-пациентами из разных стран – культуральные, социально-экономические факторы или качество медицинской помощи.

Ключевые слова: качество жизни, гемодиализ, SF-36.

ABSTRACT

THE AIM of the investigation was to compare quality of life (QL) indices of patients on hemodialysis (HD) and healthy subjects, to compare QL indices of Russian HD patients and those from other countries, to determine factors influencing QL of HD patients. **PATIENTS AND METHODS.** 1047 chronic hemodialysis patients were examined. To assess the health-related QL the Russian language version of the SF-36 Health Status Survey was used. The indices of depression, asthenia, anxiety, personality features, life purposes and values, clinic-laboratory parameters were also determined for the assessment of their influence on patients' QL. **RESULTS.** Patients on HD were found to have all indices of their physical functioning considerably lower than those in healthy subjects. It concerns the resistance to physical loads (PF), restricting effects of the physical state on the every-day activities (RP), general health condition (GH), intensity of pain (BP). According to the indices of mental health the decrease was less pronounced than normal. In Russian HD patients the tolerance indices to physical loads (PF), general activity (V) and the total index of physical health (PCS) were reliably higher than in US patients. The US patients possess an advantage in mental health (MH), total mental health index (MCS), freedom from pain (BP), general health condition (GH). Patients from Great Britain have lower rates of the majority of scales of the SF-36 questionnaire than those from Russia and USA that seems to be associated with the lower level of hemoglobin in this group of patients. The blood serum albumin level is an independent predictor of safety of the total index of physical health (PCS). The degree of depression, patient's age, duration of HD, number of days at the hospital for the last 6 months, and a coexisting pathology have negative influence on the total index of physical health (PCS). The total index of physical health (PCS) is dependent on the level of personal anxiety, depression and asthenia, age and time of HD treatment. **CONCLUSION.** QL of HD patients is substantially lower as compared to healthy subjects mainly at the expense of the indices of physical health. QL of HD patients is liable to effects of clinical and mental variables. It should be studied in future what underlies the established differences in QL between HD patients from different countries - cultural, social-economic factors or the medical care quality. **Key words:** quality of life, hemodialysis, SF-36.

ВВЕДЕНИЕ

Качество жизни (КЖ) – одно из современных базовых понятий в системе наук о человеке. В медицине изучается связанное со здоровьем КЖ. Это понятие

позволяет дополнить традиционный подход к оценке эффективности терапии, основанный на времени выживаемости и других объективных показателях, точкой зрения самого больного, его оценкой

удовлетворенности самочувствием и жизнью в целом. Акцент на субъективной стороне болезни, субъективном ощущении благополучия или неблагополучия способствует реализации гуманистического подхода в медицине. Под связанным со здоровьем КЖ подразумевается субъективная удовлетворенность больного своим физическим, психическим состоянием и социальным функционированием. Это определение переключается с понятием здоровья по определению Всемирной организации здравоохранения: «здоровье – это не только отсутствие физических дефектов и болезней, но также и состояние физического, психического и социального благополучия» [1].

В последние годы все большую актуальность приобретает проблема КЖ больных с хронической болезнью почек (ХБП), получающих заместительную терапию. Это обусловлено увеличением продолжительности жизни пациентов в связи с успехами современной нефрологии, в том числе техническим совершенствованием гемодиализа (ГД). Наряду с задачей продления жизни встает вопрос и о качественном содержании этой новой, искусственно созданной в условиях лечения ГД жизни.

Одним из наиболее широко распространенных общих опросников для оценки связанного со здоровьем КЖ является методика Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) [2]. Она проста в применении, имеет высокие показатели надежности и валидности. Существуют версии опросника на разных языках, в том числе русскоязычная версия опросника [3–7]. SF-36 пригоден для проведения мониторинга состояния здоровья различных групп населения, для кросскультуральных исследований, а также для оценки физического и психологического бремени хронического заболевания и лечения.

Хотя имеется немало зарубежных публикаций, в которых с помощью SF-36 анализируется КЖ больных, находящихся на лечении ГД [8–11], ряд вопросов остается нерешенным. Противоречивы данные о клинических и психологических факторах, влияющих на субъективную удовлетворенность жизнью этой категории больных [12–19]. Отечественные разработки проблемы КЖ ГД-пациентов малочисленны и базируются на незначительном числе наблюдений [20].

Цель данного исследования – провести сравнение показателей КЖ больных, находящихся на лечении ГД, и здоровых лиц, сопоставить показатели КЖ российских ГД-пациентов и больных из других стран, определить факторы, влияющие на КЖ ГД-пациентов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Проведено многоцентровое исследование 1047

больных, получавших лечение ГД. Средний возраст больных составил $43,5 \pm 12,5$ лет (от 15 до 72 лет), длительность ГД терапии – $55,0 \pm 47,2$ месяцев (от 1 до 228 месяцев). Мужчины составили 55% изученных больных.

Для оценки связанного со здоровьем КЖ использована русскоязычная версия методики SF-36 Health Status Survey [2, 7]. Результаты оцениваются по восьми основным шкалам. Разброс баллов по каждой шкале – от 0 до 100. Чем выше балл, тем лучше КЖ. Опросник включает следующие шкалы: способность выдерживать физические нагрузки (PF); влияние физического состояния на повседневную деятельность (RP); чувствительность к боли (BP); общее состояние здоровья (GH); общая активность/энергичность (V); социальное функционирование (SF); влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность (RE) и психическое здоровье (MH). Кроме того, рассчитывали два интегральных показателя КЖ, которые складываются из отдельных показателей опросника SF-36: суммарный показатель физического здоровья (physical component summary score – PCS) и суммарный показатель психического здоровья (mental component summary score – MCS) [21].

В исследовании также применялись следующие психодиагностические методики: шкала самооценки депрессии Зунга [22], шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера [23], методика «Уровень невротической астении» (УНА) [24], опросник Кеттелла (16-PF, форма А) для определения особенностей личности [25], тест смысловых ориентаций (СЖО) [26].

Клинические и анамнестические данные включали пол, возраст, длительность ХБП и продолжительность лечения ГД, уровень систолического и диастолического артериального давления (АД), содержание гемоглобина, уровни креатинина, мочевины до и после сеанса ГД, число дней госпитализации за последние полгода. Показатели нутриционного статуса включали индекс массы тела, альбумин сыворотки крови, уровень общего холестерина.

При статистическом анализе для оценки междугрупповых различий по КЖ применяли t-критерий Стьюдента, поскольку все показатели опросника SF-36 нормально распределены. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии различий и влияний) принимали равным 0,05. Характеристики выборки представлены в виде средних величин и стандартных отклонений. Для исследования влияний клиничко-лабораторных и психологических переменных на интегральные показатели КЖ проводился множественный линейный пошаговый

Показатели качества жизни больных на хроническом ГД в сравнении со здоровыми лицами ($\bar{X} \pm SD$)

Показатель качества жизни	Больные на гемодиализе, n=753	Здоровые лица, n=2114	Достоверность различий, p
PF	61,2 ± 25,8	79,6 ± 22,0	p=0,0000
RP	33,4 ± 42,3	64,9 ± 37,0	p=0,0000
BP	55,6 ± 28,8	66,4 ± 25,0	p=0,0000
GH	37,3 ± 16,9	54,1 ± 19,4	p=0,0000
V	49,3 ± 19,8	56,2 ± 18,2	p=0,0000
SF	64,6 ± 26,7	68,0 ± 22,1	p=0,0006
RE	53,2 ± 45,4	66,5 ± 36,7	p=0,0000
MH	61,3 ± 17,9	58,0 ± 16,4	p=0,0000

Примечание. PF – способность выдерживать физические нагрузки; RP – влияние физического состояния на повседневную деятельность; BP – чувствительность к боли; GH – общее состояние здоровья; V – общая активность, энергичность; SF – социальное функционирование; RE – влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность; MH – психическое здоровье.

Сравнение показателей качества жизни больных на хроническом ГД в разных странах ($\bar{X} \pm SD$)

Показатель качества жизни	Россия, n=311	Великобритания, n=146	США, n=2885
PF	55,5 ± 25,9	40,3 ± 29,1***	40,8 ± 29,4***
RP	26,3 ± 39,8	19,7 ± 33,0	31,7 ± 39,3*
BP	53,4 ± 29,3	54,1 ± 28,1	59,0 ± 29,2**
GH	35,5 ± 16,0	37,7 ± 17,5	40,2 ± 22,1***
V	45,9 ± 18,7	37,6 ± 23,9***	42,9 ± 23,2*
SF	61,2 ± 27,3	53,2 ± 29,0**	62,1 ± 29,1
RE	49,3 ± 45,4	45,4 ± 44,5	51,8 ± 44,8
MH	59,8 ± 17,3	67,8 ± 20,3***	67,3 ± 21,7***
PCS	35,0 ± 9,4		33,1 ± 10,7**
MCS	43,4 ± 10,2		46,6 ± 11,9***

Примечание. PCS – суммарный показатель физического здоровья, MCS – суммарный показатель психического здоровья; *p<0,05 по сравнению с российскими ГД-больными; **p<0,01 по сравнению с российскими ГД-больными; ***p<0,001 по сравнению с российскими ГД-больными.

регрессионный анализ. Для оценки влияния сопутствующей патологии на суммарные показатели КЖ применялся однофакторный дисперсионный анализ. Статистический анализ данных проводили при помощи стандартного пакета программ SPSS 10.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведен сравнительный анализ связанного со здоровьем КЖ больных, находившихся на лечении хроническим ГД, и здоровых лиц. Такое сравнение позволяет охарактеризовать влияние ХБП и лечения ГД на восприятие человеком своего состояния здоровья и жизни в целом. В табл. 1 представлены средние значения показателей КЖ ГД-пациентов и здоровых лиц. Нормативные данные получены на 2114 здоровых жителей Санкт-Петербурга в возрасте от 15 до 85 лет [27]. Показатели семи из восьми шкал опросника SF-36 у ГД-пациентов достоверно ниже, чем у здоровых лиц. Так, значительно ниже нормы параметры всех шкал физического здоровья. Резко снижены способность

к выполнению видов деятельности, связанных с физическими нагрузками (ходьба, подъем по лестнице, поднятие тяжестей) (PF), и оценка общего состояния здоровья (GH). Физическое состояние сильно ограничивает повседневную деятельность (RP). Выражен болевой синдром (BP). Удовлетворенность больных своим психическим состоянием и социальным функционированием достоверно отличается от нормы. У ГД-пациентов ниже, чем у здоровых лиц, общая активность, энергичность (V), физическое и эмоциональное состояние мешает выполнению работы, препятствует нормальной социальной активности (проводить время с семьей, друзьями и т.д.) (SF и RE). Интересно отметить, что баллы по шкале психического здоровья (MH) превышают нормативные данные, то есть удовлетворенность ГД-больных своим психическим здоровьем даже выше, чем у здоровых петербуржцев.

В табл. 2 приведены результаты сравнительного анализа показателей КЖ ГД-пациентов из России, Великобритании и США. Полученные в нашем исследовании данные по КЖ российских ГД-больных сопоставлялись с оценками по SF-36 ГД-пациентов из США (по данным международного исследования больных на ГД – the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study – DOPPS) [28], и с параметрами КЖ ГД-больных из Великобритании [29]. При отборе данных для сравнительного кросскультурального анализа были использованы те же основные критерии включения в исследование, что и в зарубежных работах. Выборка российских ГД-пациентов составила 311 человек, сопоставимых с зарубежными пациентами по полу, возрасту, длительности лечения ГД. Как видно из таблицы 2, российские ГД-больные отличаются в лучшую сторону от пациентов из Великобритании и США по физическому функционированию, толерантности к физическим нагрузкам (PF) и по общему уровню энергичности (V). По сравнению с пациентами из США, у российских больных лучше суммарный показатель физического здоровья (PCS). Оценка психического здоровья (MH) российских больных достоверно ниже, чем у больных из США и Великобритании. Американских пациентов отличает меньшая выраженность ограничений в повседневной деятельности в связи с физическим состоянием и наличием боли (RP и BP), более высокая

Множественный пошаговый регрессионный анализ факторов, влияющих на суммарный показатель физического здоровья (PCS)

R^2 модели=0,144 $F(6,1047)=29,34$ $p<,00001$

Переменные	β	SE(β)	B	SE(B)	t	p
Независимая			58,120	11,488	5,059	0,0000
Уровень депрессии (по Зунгу) (баллы)	-0,1983	0,0292	-0,225	0,0332	-6,788	0,0000
Возраст (годы)	-0,1736	0,0289	-0,115	0,019	-6,011	0,0000
Длительность ГД (месяцы)	-0,1591	0,0291	-0,029	0,005	-5,473	0,0000
Количество дней госпитализации за последние 6 мес.	-0,1023	0,0288	-0,089	0,025	-3,551	0,0004
Уровень альбумина (г/л)	0,0846	0,0288	0,468	0,160	2,933	0,0034
Индекс массы тела (кг/м ²)	-0,0564	0,0287	-0,832	0,423	-1,966	0,0495

Множественный пошаговый регрессионный анализ факторов, влияющих на суммарный показатель психического здоровья (MCS)

R^2 модели=0,172 $F(5,1047)=20,68$ $p<,00001$

Переменные	β	SE(β)	B	SE(B)	t	p
Независимая			75,159	11,117	6,761	0,0000
Личностная тревожность (по Спилбергеру) (баллы)	-0,1796	0,0333	-0,273	0,051	-5,401	0,0000
Уровень депрессии (по Зунгу) (баллы)	-0,1668	0,0364	-0,200	0,044	-4,581	0,0000
Показатель астении (по УНА) (баллы)	0,1126	0,0313	0,036	0,010	3,599	0,0003
Возраст (годы)	-0,0626	0,0278	-0,045	0,020	-2,249	0,0247
Длительность ГД (месяцы)	-0,0567	0,0283	-0,011	0,006	-2,006	0,0451

Примечание. Чем выше показатель астении, тем меньше выраженность астении.

оценка общего состояния здоровья (GH) и более высокий суммарный показатель психического здоровья (MCS).

Оценивалось влияние клинико-лабораторных и психологических переменных, а также данных анамнеза на параметры КЖ ГД-пациентов. Проведено множественное регрессионное моделирование. Зависимыми переменными в регрессионном уравнении были суммарные показатели физического и психического здоровья (PCS и MCS). К независимым переменным относились возраст, длительность ХБП и продолжительность лечения ГД, уровни гемоглобина, альбумина сыворотки крови и общего холестерина, индекс массы тела, уровни систолического и диастолического артериального давления, клиренс мочевины, клиренс креатинина, количество дней госпитализации за последние 6 месяцев, междиализная прибавка веса, а также показатели депрессии, личностной тревожности, астении, факторы личностного опросника Кеттелла, суммарный индекс осмысленности жизни. Проведенный анализ показал, что основными предикторами суммарного показателя физического здоровья являются возраст, уровень депрессии, длительность ГД и число дней госпитализации за последние 6 месяцев, альбумин сыворотки крови,

индекс массы тела (табл. 3). Уровень альбумина влиял на интегральный показатель физического функционирования положительно, отрицательно сказывались – выраженность депрессии, возраст, продолжительность лечения ГД, количество дней стационарного лечения и индекс массы тела. Уровень депрессии, возраст и длительность ГД также вошли в число независимых предикторов суммарной субъективной оценки психического здоровья, наряду с личностной тревожностью и астенией. Все эти факторы оказывают негативное влияние на общий показатель психического здоровья (табл. 4).

По данным однофакторного дисперсионного анализа, наличие сопутствующей патологии отрицательно отражается на суммарном физическом компоненте

здоровья (рис. 1). Но количество сопутствующих заболеваний значения не имеет: величина суммарного показателя физического функционирования не меняется в зависимости от того, одно у пациента сопутствующее заболевание или несколько. Интегральный показатель физического здоровья снижается при наличии патологии сердечно-сосудистой системы (рис. 2). Не установлено зависимости

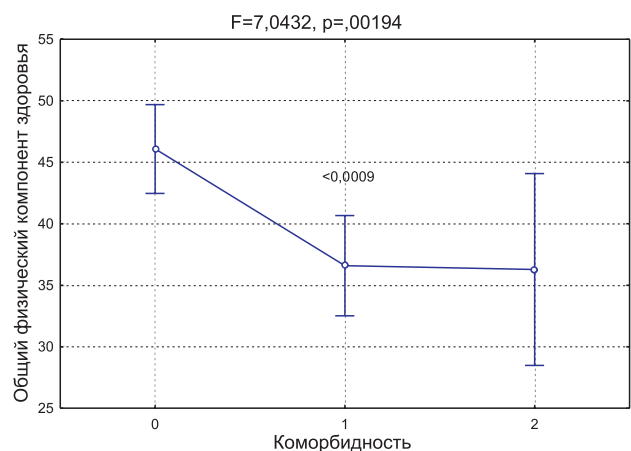


Рис. 1. Результаты однофакторного дисперсионного анализа влияния коморбидности на суммарный показатель физического здоровья. Здесь и на рисунке 3: 0 – сопутствующая патология отсутствует, 1 – одно сопутствующее заболевание, 2 – свыше одного сопутствующего заболевания.

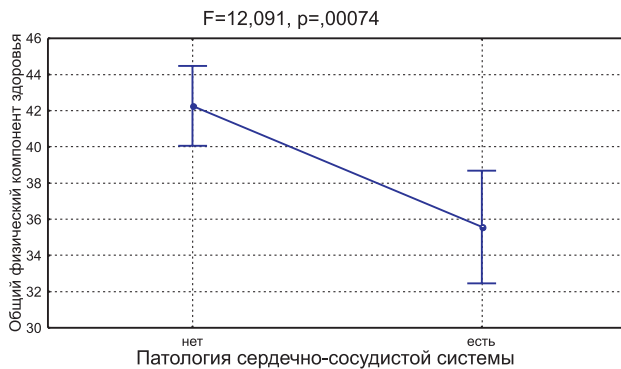


Рис. 2. Результаты однофакторного дисперсионного анализа влияния патологии сердечно-сосудистой системы на суммарный показатель физического здоровья.

суммарного психического компонента здоровья от наличия сопутствующих заболеваний (рис. 3) и, в частности, кардиальной патологии.

ОБСУЖДЕНИЕ

Насколько нам известно, данное исследование является первым большим многоцентровым исследованием КЖ ГД-больных в России. Полученные данные свидетельствуют о существенном снижении по сравнению со здоровыми лицами большинства показателей субъективной удовлетворенности жизнью у больных, находящихся на лечении хроническим ГД. Наиболее значительное ухудшение отмечается по показателям физической составляющей КЖ: устойчивости к физическим нагрузкам, ограничивающему влиянию физического состояния на повседневную деятельность, общему состоянию здоровья, интенсивности боли. Аналогичная тенденция зарегистрирована и в ряде зарубежных исследований, выполненных с применением опросника SF-36. В них также показано, что по сравнению со здоровой популяцией у больных на ГД страдает физическая составляющая КЖ, в то время как параметры психологической компоненты КЖ в меньшей степени подвержены снижению, а по отдельным показателям приближаются к популяционной норме [8–10, 12, 13]. В проведенном нами исследовании показатель субъективной удовлетворенности ГД-пациентов своим психическим здоровьем (МН) даже превысил нормативные данные. На первый взгляд, это можно было бы объяснить тем обстоятельством, что в выборке ГД-больных был ниже процент лиц старшей возрастной группы (более 70 лет), чем в нормативной выборке (1% против 7% в здоровой популяции). Однако в исследовании P. Rebollo и соавт. и в наших предыдущих работах было показано, что возрастное снижение касается, главным образом, физической компоненты КЖ, а оценка психического функционирования ГД-пациентов остается стабильной [11, 30]. По

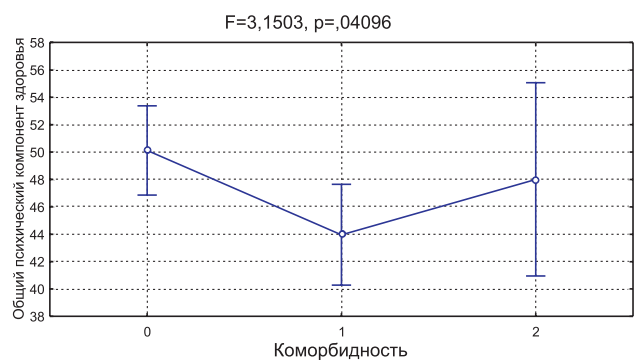


Рис. 3. Результаты однофакторного дисперсионного анализа влияния коморбидности на суммарный показатель психического здоровья.

данным аналогичных исследований здоровых лиц, проведенных в России и Швеции, показатели шкалы психического здоровья (МН) в здоровой популяции также мало меняются с возрастом [27, 31]. Таким образом, более высокий, чем в нормативной выборке, показатель психического здоровья у ГД-пациентов вряд ли связан с меньшей представленностью лиц старшей возрастной группы. По-видимому, высокая субъективная удовлетворенность этих больных своим эмоциональным состоянием, психологическим настроением является проявлением достаточно хороших адаптационных возможностей, действия механизмов психологической защиты по типу вытеснения отрицательных переживаний, использования конструктивных способов совладания с трудностями. За счет действия этих факторов, невзирая на сниженные физические возможности и не слишком хорошее самочувствие, психическое здоровье ГД-пациентов остается достаточно сохранным.

В ряде зарубежных исследований установлены международные различия по показателям выживаемости, нонкомплаенса и частоты случаев отказа пациента от лечения ГД [32–34]. Проведенное нами сравнительное исследование связанного со здоровьем КЖ показало, что российских ГД-пациентов отличают более высокие оценки физического функционирования, чем больных из США и Великобритании. Вопросы, входящие в эту шкалу (PF), отражают самооценку пациента в отношении способности справляться с физическими нагрузками, такими, как бег, поднятие тяжестей, наклоны, приседания, ходьба, подъем по лестнице, навыки самообслуживания. У больных из России также выше общая активность, энергичность и суммарный показатель физического здоровья. У американских больных отмечены более высокие оценки общего состояния здоровья, свободы от боли, психического функционирования и интегрального показателя психического здоровья. Можно сказать, что российские пациенты имеют преимущество по физичес-

кому функционированию, в то время как у американских пациентов лучше показатели психического здоровья. Одна из возможных причин отличий по физическому здоровью – более высокий процент больных с диабетом в американской выборке (36,6% против 3,5%). По данным R. Saran и соавт., больных из США отличает большая частота несоблюдения режима ГД по показателям пропусков и сокращения сеансов ГД, чем пациентов из Японии и Европы [35]. С этим может быть связана недостаточная адекватность диализа и пониженные показатели физического здоровья. Возможно, дело не только в объективных показателях (наличие диабета, пропуски и сокращения сеансов ГД), а и в культуральных факторах и социально-экономических факторах – привычка преодолевать трудности, испытывать достаточно большие физические нагрузки, неприхотливость являются нормой для российского жителя, и отсюда высокая самооценка физического функционирования у российских диализных больных. При интерпретации более высокой самооценки психического здоровья больными из США также следует принимать во внимание культуральные различия. S. Fukuhara и соавт. установили, что оценки по шкале психического здоровья (MH) и по суммарной психической компоненте здоровья (MCS) у ГД-пациентов из США выше, чем у больных из Японии и Европы [36]. Следует иметь в виду, что и американская популяционная норма по этим показателям превышает таковую по Канаде, Великобритании и России [27]. Вероятно, причина лежит в особенностях американского национального характера. Сниженные значения большинства показателей опросника SF-36 в группе больных из Великобритании, по всей вероятности, связаны с пониженным уровнем гемоглобина в этой выборке пациентов [29].

Высказываются различные точки зрения по вопросу о том, от чего зависит КЖ больных, получающих хронический ГД. Большинство авторов отмечают отрицательное влияние на уровень КЖ выраженности анемии, наличия сопутствующей патологии, длительности лечения диализом, возраста пациентов [13, 15, 18, 19]. В то же время в исследовании G. Mingardi и соавт. не установлено связи между показателями КЖ и содержанием гемоглобина [8]. В ряде работ зарегистрирована высоко значимая связь удовлетворенности жизнью диализных пациентов с уровнем альбумина сыворотки крови [14, 16, 17]. По полученным нами данным, показатель альбумина является одним из независимых предикторов сохранности суммарного показателя физического здоровья (PCS). Негативно влияют на этот интегральный показатель физичес-

кого функционирования наличие сопутствующей патологии, длительность ГД, количество дней госпитализации за последние 6 месяцев, индекс массы тела, возраст и уровень депрессии. Следует отметить, что выраженность депрессии оказывает существенное влияние на оба интегральных показателя КЖ (см. табл. 3 и 4), то есть субъективная удовлетворенность ГД-пациентов своим физическим и психическим функционированием в значительной степени определяется их психическим состоянием, наличием или отсутствием расстройств депрессивного спектра. Наряду с этим, суммарный показатель физического здоровья тесно связан с клиническими и анамнестическими данными, с показателями соматического состояния больного: альбумин сыворотки крови, коморбидность, длительность ГД, продолжительность стационарного лечения за прошедшие полгода (этот показатель отражает тяжесть соматического состояния и наличие осложнений), возраст, индекс массы тела. Что касается суммарной субъективной оценки психического функционирования, то она в меньшей степени подвержена влиянию клинических переменных и определяется, главным образом, характеристиками эмоционального состояния и личности – выраженность депрессии, астении, тревожности. Степень влияния возраста и продолжительности лечения ГД на суммарный показатель психического здоровья меньшая, нежели на интегральный показатель физического здоровья (см. табл. 3 и 4). Результаты наших предыдущих исследований свидетельствуют о том, что при включении в множественный регрессионный анализ в качестве независимых переменных только клинических показателей и возраста уровень гемоглобина достоверно влиял на суммарный показатель психического здоровья [30]. Однако при включении в анализ еще и психологических переменных (что было сделано в настоящей работе) степень влияния гемоглобина на интегральный показатель психического функционирования не достигла уровня статистической значимости. Таким образом, самооценка физического здоровья зависит от объективных клинических параметров и данных анамнеза в сочетании с уровнем депрессии, а самооценка психического здоровья определяется, в первую очередь, наличием отклонений со стороны психической сферы.

Факторы, влияющие на КЖ ГД-пациентов, можно подразделить на модифицируемые, частично модифицируемые и немодифицируемые. К модифицируемым можно отнести характеристики психического состояния (депрессия, астения), к немодифицируемым – возраст, продолжительность лечения ГД, к частично модифицируемым – уро-

вень альбумина, коморбидность, продолжительность стационарного лечения за прошедшие полгода, личностную тревожность. Коррекция модифицируемых и частично модифицируемых факторов может способствовать улучшению КЖ больных, позволяя достигнуть оптимальной медицинской и психологической реабилитации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

КЖ больных, получающих хронический ГД, существенно снижено по сравнению со здоровыми лицами главным образом за счет показателей физического здоровья. КЖ ГД-пациентов подвержено влиянию клинических и психологических переменных. Требуется дальнейшего изучения вопроса о том, что лежит в основе установленных различий по КЖ между ГД-пациентами из разных стран – культуральные, социально-экономические факторы или качество медицинской помощи.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. World Health Organization: *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents, Geneva, 1948
2. Ware JE, Snow KK, Kosinski M et al. *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA, The Health Institute, New England Medical Center, 1993; 3-143
3. Aaronson NK, Muller M, Cohen PAD et al. Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 health survey in community and chronic disease populations. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11): 1055-1068
4. Thumboo J, Fong KY, Machin D et al. A community-based study of scaling assumptions of the English (UK) and Chinese (HK) SF-36 in Singapore. *Qual Life Res* 2001; 10 (2): 175-188
5. Fukuhara S, Bito S, Green J et al. Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11): 1037-1044
6. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La version espanola del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clinicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-776
7. Petrova NN, Varshavsky S, Vasilyeva I. Translation of a quality of life questionnaire: first experience in Russia. In: 2nd meeting of International Society for Quality of Life Research, Canada, Montreal, 14-17 October, 1995: 498
8. Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E et al. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14 (6): 1503-1510
9. Groothoff JW, Grootenhuys MA, Offringa M et al. Quality of life in adults with end-stage renal disease since childhood is only partially impaired. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18 (2): 310-317
10. Molsted S, Aadahi M, Schou L et al. Self-rated health and employment status in chronic haemodialysis patients. *Scand J Urol Nephrol* 2004; 38 (2): 99-105
11. Rebollo P, Ortega F, Baltar JM et al. Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger ones? *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (8): 1675-1680
12. 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
13. 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
14. 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
15. Chiang CK, Peng YS, Chiang SS et al. Other health-related quality of life in hemodialysis patients in Taiwan. *Hemodialysis Int* 2004; 8 (1): 106
16. Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G et al. Association among SF36 Quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001; 12 (12): 2796-2806
17. Kirmizis D, Belechri AM, Giamalis P et al. Quality of life in chronic hemodialysis patients. *Hemodialysis Int* 2004; 8 (1): 105
18. Turk S, Guney I, Altintepe L et al. Quality of life in male hemodialysis patients. *Nephron Clin Pract* 2004; 96 (1): 21-27
19. Valderrabano F. Quality of life benefits of early anaemia treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15 [Suppl 3]: 23-28
20. Шило ВЮ, Горин АА, Денисов АЮ. Трудовая реабилитация пациентов на программном гемодиализе. *Нефрология и диализ* 2002; 4 (4): 274-276
21. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. *SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual (4th printing, revised)*. Boston, MA, The Health Institute, 1994
22. Zung WWK. A Self-rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; 12: 63-70
23. Spielberger CD et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press, 1983
24. Вассерман ЛИ, Вукс АЯ, Иовлев БВ и др. *Шкала для психологической диагностики уровня невротической астении. Методические рекомендации*. Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, СПб., 1998: 18
25. Cattell RB, Cattell AK, Cattell HE. *Sixteen Personality Factor Questionnaire, Fifth edition*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing, 1993
26. Леонтьев ДА. *Тест смысложизненных ориентаций (СЖО)*. М.: «Смысл», 1992: 16
27. Новик АА, Ионова ТИ. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине*. Издательский Дом «Нева», СПб., «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», М. 2002; 114-124
28. Perelman RL, Finkelstein FO, Liu L et al. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): a cross-sectional analysis in the Renal Research Institute – CKD study. *Am J Kidney Dis* 2005; 45 (4): 658-666
29. John R, Stevens P, Webb M et al. Quality of life assessment in patients with unreferred chronic renal failure. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17 [Suppl 1]: 240
30. Васильева ИА, Бабарыкина ЕВ, Добронравов ВА. Возрастные аспекты качества жизни у пациентов на хроническом гемодиализе. *Нефрология* 2004; 8 (3): 32-36
31. Sullivan M, Karlsson J. The Swedish SF-36 Health Survey. III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *J Clin Epidemiol* 1998; 51 (11): 1105-1113
32. Held PJ, Brunner F, Odaka M et al. Five-year survival for end-stage renal disease patients in the United States, Europe, and Japan, 1982-1987. *Am J Kidney Dis* 1990; 15 (5): 451-457
33. Bleyer AJ, Hylander B, Sudo H et al. An international study of patient compliance with hemodialysis. *JAMA* 1999; 281 (13): 1211-1213
34. Sehgal AR, Weisheit C, Miura Y et al. Advance directives and withdrawal of dialysis in the United States, Germany, and Japan. *JAMA* 1996; 276 (20): 1652-1656
35. Saran R, Bragg-Gresham JL, Rayner HC et al. Non-adherence in hemodialysis: Associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney Int* 2003; 64 (1): 254-262
36. Fukuhara S, Lopes AA, 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

Поступила в редакцию 22.03.2005 г.