

© И.А.Васильева, 2003
УДК 616.61-008.64-036.92-073.27-058

И.А.Васильева

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

I.A. Vasilieva

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

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

Ключевые слова: качество жизни, хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки.

Key words: quality of life, hemodialysis, chronic renal failure, peritoneal dialysis, renal transplantation.

Термин «качество жизни» (КЖ) был впервые использован Д.Р.Элкинтоном в 1966 году в журнале «Annals of the Internal Medicine» при обсуждении проблемы трансплантации органов [59]. Основным критерием эффективности терапии в те годы служило время выживаемости больных. С появлением новых лекарственных препаратов, новых видов терапии возникает необходимость дополнить традиционный подход к оценке результатов лечения, сфокусированный на продлении жизни и объективных показателях лечения, или, другими словами, на «количестве жизни», точкой зрения самого больного, его оценкой субъективной удовлетворенности самочувствием и «качеством жизни» [70, 127, 145]. Эта проблема выходит на первый план в онкологии, где обсуждается вопрос о праве больного на выбор терапии и о предпочтительности медикаментозных вмешательств, ведущих в первую очередь к улучшению его КЖ [19, 68, 123, 151, 162]. Н. Katschnig приводит пример больной, которая объясняет свой отказ от химиотерапии следующим образом: «Я лучше умру со своими собственными волосами» [84, р. 342]. В последующие десятилетия понятие КЖ получило широкое распространение по всему миру и внедрилось в разнообразные клинические исследования.

В индустриальных странах рост интереса к КЖ является показателем стремления к развитию целостного взгляда на человека в медицине и социальных науках, становления биопсихосоциального подхода. Из этого исходит и наиболее часто встречающееся в медицинской литературе определение КЖ. Под связанным со здоровьем КЖ подразумевается субъективная удовлетворенность больного своим физическим, психическим состоянием и социальным функционированием. Это определе-

ние качества жизни в значительной степени перекликается 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» [168]. Таким образом, КЖ является одной из ключевых категорий современной медицины, позволяющей дать многоплановый анализ физических, психологических и социальных проблем больного человека. Акцент на субъективной стороне болезни, субъективном ощущении благополучия или неблагополучия способствует реализации гуманистического подхода в медицине.

Исследования КЖ ведутся в ряде направлений. Это, во-первых, мониторинг состояния здоровья населения в разных странах (в том числе, кросс — культуральные исследования), сравнение КЖ при различной патологии, как соматической, так и психической [5–7, 10, 42, 49, 56, 84, 100, 154, 158]. При этом большое внимание уделяется КЖ больных с онкологическими, кардиологическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией. КЖ является одним из наиболее важных критериев оценки эффективности программ и реформ в здравоохранении.

Ряд авторов указывает, что исследование КЖ может успешно применяться для сравнения эффективности различных методов лечения, для подбора оптимальных вариантов терапии того или иного заболевания [17, 18, 131, 135, 159]. Нередки случаи, когда различные терапевтические цели расходятся, «взаимно исключают друг друга», решают проблему либо «качества», либо «количества жизни» — например, лечение является исключительно эффективным в плане продления жизни, но токсичным, с большим числом побочных эф-

фектов. Это обстоятельство следует учитывать при сравнении различных видов заместительной терапии, режимов химиотерапии, радиотерапии, комбинированных методов воздействия, оперативном вмешательстве [9, 70, 90, 149, 152].

При клинических испытаниях и внедрении новых лекарственных препаратов, новых методов лечения оценка КЖ является зачастую одним из ведущих критериев, на основании которого принимается решение об эффективности препарата (метода лечения) и возможности его регистрации [9, 140]. В связи с тем, что большинство выпускаемых лекарственных препаратов в конечном итоге направлено на улучшение КЖ больного, в развитых странах оценка КЖ рассматривается как один из основных методов исследования новых лекарственных средств.

Анализ КЖ отдельного больного имеет важное значение для планирования индивидуальной стратегии лечения и позволяет реализовать на практике актуальный принцип современной медицины «лечить больного, а не болезнь» [22]. Мониторирование КЖ после завершения лечения позволяет осуществлять контроль за состоянием больного в период реабилитации, отслеживать осложнения и побочные эффекты лечения. Целесообразно использовать показатели КЖ при экспертизе нетрудоспособности, а также для своевременной диагностики и коррекции нарушений в личностно-поведенческой сфере, возникших в связи с заболеванием и лечением.

Представляется целесообразным выделять субъективную и объективную оценку КЖ, взаимодополняющие друг друга. При этом необходимо дифференцировать эти оценочные подходы и то, что раньше называли объективными и субъективными показателями КЖ. Под объективным способом определения КЖ подразумевается экспертная оценка состояния пациента (врачом, психологом, социальным работником, микросоциальным окружением). Субъективный способ оценки предполагает самооценку КЖ (больным). Возможно несоответствие между этими методами оценки (например, КЖ по самооценке больного выше, чем по экспертной оценке), что делает целесообразным сочетание этих подходов к изучению КЖ [31, 115, 119].

Объективные показатели КЖ больного человека включают уровни его материального благосостояния и физической активности, трудоспособность, клиничко-лабораторные показатели. Так называемые субъективные показатели КЖ отражают эмоциональный статус больного: удовлетворенность жизнью, самочувствие, индекс психологического аффекта [60, 93]. Имеется взаи-

мосвязь между объективными и субъективными критериями КЖ. Например, у больных, способных работать с высокой физической активностью, субъективные показатели, как правило, высокие. Однако может иметь место и несоответствие субъективных и объективных показателей КЖ. Нередко по субъективным показателям КЖ достаточно тяжелые больные приближаются к здоровым людям. Так, например, по психическому здоровью пациенты старших возрастных групп, находившиеся на лечении гемодиализом (ГД) и перитонеальным диализом (ПД) в Голландии, не отличались от пожилых людей в общей популяции [95]. По данным Е. Brodin и соавт., 52% больных на ПД были удовлетворены своим состоянием здоровья [41].

С нашей точки зрения, правильнее выделять три компонента КЖ, а именно – физическую, психологическую и социальную составляющие КЖ. Под социальной составляющей имеются в виду материальные возможности (доход), условия жизни, социальные связи, наличие социальной поддержки. Физическая составляющая отражает физическую активность. Основным содержанием психологического компонента являются характеристики настроения, эмоционального состояния.

Следует отметить, что, несмотря на значительные успехи в области исследования, связанного со здоровьем КЖ в последние десятилетия, имеется и ряд существенных недостатков. Так, до настоящего времени отсутствует общепринятое определение КЖ. Сопоставимость приводимых в литературе результатов исследований затруднена вследствие несогласованности методологических подходов к изучению КЖ в различных областях. Актуален вопрос повышения валидности и надежности опросников, предназначенных для измерения КЖ больных. Кроме того, если за рубежом в последние годы отмечается бум исследований, посвященных изучению КЖ больных, создаются общества, объединяющие ученых, занимающихся анализом этой проблемы с целью обмена опытом и стандартизации исследований, то отечественные исследования только набирают темп [5–7, 9, 18].

В последние годы все большую актуальность приобретает проблема КЖ больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН). Это обусловлено увеличением продолжительности их жизни в связи с успехами современной нефрологии, в том числе техническим совершенствованием гемодиализа (ГД). Наряду с задачей продления жизни (количественный показатель эффективности лечения) встает вопрос и о качественном содержании этой жизни искусственно созданной в условиях лечения.

По данным большинства авторов, КЖ ГД больных значительно снижено по сравнению со здоровыми лицами, особенно по показателям физической активности, влияния физического состояния на выполнение повседневной деятельности и общего состояния здоровья [3, 11, 94, 103, 112, 125, 167]. По другим данным, удовлетворенность жизнью при активных методах лечения ХПН снижается по сравнению с нормативными данными, главным образом за счет апатии и неопределенности будущего [72, 109]. А по мнению М. Majkowicz и соавт., R. John и соавт., P. Carmichael и соавт., ГД-пациенты демонстрируют пониженные показатели по всем основным составляющим КЖ: физическому, социальному, когнитивному и эмоциональному функционированию [46, 83, 105]. Анализ КЖ 1013 больных в различных гемодиализных центрах Испании с помощью методики Sickness Impact Profile (SIP) показал, что болезнь и лечение ГД в наибольшей степени сказываются на таких жизненных сферах, как работа, досуг и развлечения, быт и сон [121]. Таким образом, исследователи единодушны во мнении, что КЖ ГД больных в целом значительно ниже, чем в здоровой популяции. Однако относительно того, какие компоненты качества жизни подвержены снижению в наибольшей степени при лечении ГД, мнения авторов расходятся.

Обширный раздел литературы посвящен факторам, влияющим на КЖ больных с терминальной ХПН в целом и различные его составляющие. Как возможные факторы, определяющие КЖ, рассматриваются тяжесть соматического состояния, наличие осложнений [4]. Например, после удачной сочетанной трансплантации поджелудочной железы и почки у больных отмечены меньшая тревожность и более высокий интегральный показатель КЖ, чем у пациентов после неудачной трансплантации [21]. Большинство авторов отмечают отрицательное влияние на уровень КЖ выраженности анемии, низкой остаточной функции почек, наличия сопутствующей патологии (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, полиневропатия и др.), длительности лечения диализом [1, 25, 87, 121, 124, 130, 132, 157, 167]. Наибольшее влияние эти факторы оказывают на физическую активность больных [3, 112]. В работе М. Niechzial и соавт. на примере 1027 больных показано, что продолжительность диализной терапии негативно влияет на все показатели КЖ, а пол, возраст, образование, вид заболевания и наличие трансплантации почки в анамнезе влияют в незначительной степени на отдельные показатели КЖ [125]. М. Fujisawa и соавт. установили, что у больных после трансплантации почки показатели

физического функционирования и общего состояния здоровья (по методике SF-36 Health Status Survey) зависели от уровня креатинина сыворотки крови: при уровне креатинина $> 2 \text{ mg/dL}$ они существенно снижались [65]. В ряде работ зарегистрирована высоко значимая связь удовлетворенности жизнью диализных пациентов (и особенно своей физической активностью) с уровнем альбумина сыворотки крови [4, 116, 117, 146]. М. V. Rocco и соавт. выявили наличие положительной корреляции между скоростью клубочковой фильтрации и интегральным показателем КЖ [136]. Между тем исследователи указывают, что связь между КЖ и психологическими переменными, с одной стороны, и биохимическими и клиническими показателями, с другой, сложна и неоднозначна [54]. Так, в ряде работ показано, что адекватность ГД не влияла на уровень КЖ: не выявлено статистически значимых зависимостей показателя КТ/V и индикаторов КЖ [4, 113, 116, 146, 148]. В статье G. Hamilton и H. B. Locking-Cusolito ставится вопрос: «Пациенты с более высоким КТ/V живут дольше, но живут ли они лучше?» [74, р. 26]. Авторы приходят к выводу, что для ответа на этот вопрос необходимы дальнейшие исследования. В исследовании G. Mingardi и соавт. показатели КЖ у диализных больных не коррелировали с уровнем паратиреоидного гормона, индексом массы тела, видом диализа и даже уровнем гемоглобина [116]. А K. McCann и J. R. Boore не обнаружили зависимостей между симптомами утомляемости и биохимическими переменными [109].

Проводится сравнительный анализ КЖ больных в зависимости от вида заместительной терапии. В большинстве работ отмечается положительное влияние на КЖ успешной трансплантации почки [82, 130, 155]. Даже третья успешная трансплантация после первых двух неудачных попыток может заметно улучшить КЖ больных: 57% работают или учатся, 81% считают себя здоровыми и 100% сообщают, что трансплантация не ухудшила их здоровье [107]. Широко распространено мнение, что удачная трансплантация почки улучшает КЖ по сравнению с таковым на диализе, а именно — уменьшаются проблемы с физической мобильностью, самообслуживанием, повседневной активностью, социальными и личными отношениями, менее выражен дистресс, в то время, как диализные больные в большей степени подвержены депрессии, тревоге, беспокойству в связи с неопределенностью будущего [28, 40, 72, 157]. По сравнению с ГД-пациентами, у больных после аллотрансплантации выше оценки общего состояния здоровья, социального функционирования, свободы от боли, жизненная актив-

ность, энергичность, толерантность к физическим нагрузкам, физическая активность [65, 167]. Есть данные, что по уровню физического функционирования они приближаются к здоровым лицам, а по самооценке жизненной активности даже превосходят их [12, 133]. Снижают эффект пересадки почки на КЖ пожилой возраст и сопутствующая патология [82]. Практически не обсуждается вопрос о влиянии неудачной трансплантации почки на КЖ [125].

Со времени появления ПД в литературе ведутся дебаты, какой вид терапии эффективнее с точки зрения выживаемости пациентов и их КЖ: ГД или ПД? Если по вопросу о выживаемости больных мнения исследователей расходятся, то относительно субъективной удовлетворенности жизнью при этих двух видах терапии большинство авторов отдают предпочтение ПД [23, 38, 69, 103, 105, 112, 156]. Однако при детальном анализе отдельных компонентов КЖ обнаруживаются существенные расхождения. Так, J. Trbojevic и соавт. указывают, что у больных на ГД выше утомляемость, хуже трудоспособность, чем при лечении ПД [156]. М.Р. Merkus и соавт. продемонстрировали, что у ГД-больных хуже, чем на перитонеальном диализе, показатели физической активности, эмоционального функционирования, выраженности болевого синдрома [112]. Наиболее значительные различия установлены в этом исследовании по психическому здоровью, которое в большей степени страдает на ГД. S.K. Mittal и соавт., напротив, указывают, что оценка физического функционирования на ГД выше, чем на ПД, и отмечают, что показатель психического функционирования (по тому же опроснику КЖ SF-36, что и в предыдущем исследовании) не различается в зависимости от вида диализа [117]. А после того, как была проведена коррекция по уровню альбумина, различия по физическому функционированию нивелировались, из чего авторы делают вывод, что уровень альбумина сыворотки крови – наиболее значимый фактор для предсказания уровня физической активности пациентов. В ряде исследований по показателям КЖ у больных, находящихся на лечении ГД и ПД, различий не обнаружено [130, 157, 161, 170]. А в работе D. Damigos с соавт. отмечается, что, хотя психотравмирующее влияние болезни более выражено при лечении ГД, тем не менее ГД-больные лучше адаптируются к ограничениям в потреблении жидкости, у них выше удовлетворенность взаимоотношениями с окружающими и двигательной активностью, чем на ПД [52]. Имеются данные, что у больных на ПД и домашнем ГД субъективная удовлетворенность жизнью выше, чем при лечении в ГД-центре

[14, 27, 69]. В ряде работ описываются преимущества коротких сеансов ежедневного ГД (2 – 2,5 часа 6 раз в неделю) перед стандартным ГД: пациенты отмечают либерализацию стиля жизни: короткие сеансы ГД более удобны, снижается утомляемость, самочувствие позволяет заниматься повседневными делами сразу после сеанса ГД [67, 118]. Ни один больной не захотел вернуться на стандартный ГД. Стоимость лечения ежедневным ГД ниже, чем трехразовым. Y. Hashimoto и T. Matsubara проводили один сеанс ГД в неделю больным, находящимся на лечении ПД, в связи со сниженным клиренсом креатинина, и отметили, что при такой комбинированной терапии улучшаются показатели КЖ и соблюдения режима [75]. Очевидно, при сравнительном анализе КЖ пациентов следует учитывать различия в стресс-факторах, связанных с лечением ГД и ПД: если на ГД это ограничение свободы, зависимость от аппарата «Искусственная почка», то на ПД – ответственность больного за лечение, меньшая поддержка со стороны медперсонала, чем на ГД, зачастую психологическая и социальная изоляция больного [71, 73, 124].

E. Szabo и соавт. установили, что важным фактором, оказывающим влияние на КЖ больного, является свобода выбора (в том числе, выбора вида активного лечения ХПН), предоставление пациенту возможности принимать участие в процессе лечения [150]. По данным этих авторов, при наличии у больного возможности выбора модальности лечения (ГД или ПД) показатели психологической составляющей КЖ существенно выше, чем при отсутствии выбора. Мониторирование КЖ пациента и учет этих данных в процессе терапии может увеличить степень участия больного в планировании медицинской помощи и тем самым повысить его удовлетворенность лечением [44, 45]. С точки зрения В.А. Bremer и соавт., контроль со стороны больного за всеми сферами жизни, включая контроль за заболеванием, – значимый фактор психической адаптации к лечению [40]. В исследовании M. Montemuro M. и соавт. пациенты также отмечали, что хотели бы в большей степени осуществлять контроль за нетехническими аспектами диализа [120]. Таким образом, рост ответственности больного за результаты лечения приводит к более высокой субъективной удовлетворенностью жизнью. Очевидна необходимость более широкого привлечения пациентов к процессу лечения с целью улучшения их КЖ [29, 40].

Как отмечалось выше, субъективная удовлетворенность жизнью диализных больных, и особенно своей физической активностью, зависит не только от психологических факторов, но и от кли-

нико-биохимических показателей, главным образом, от выраженности анемии [4, 83, 112, 121, 157]. Коррекция анемии с помощью эритропоэтина оказывает выраженное положительное влияние практически на все показатели КЖ ГД пациентов: снижается утомляемость, растут двигательная и социальная активность, толерантность к физической нагрузке, работоспособность, улучшаются самочувствие, настроение, аппетит, либидо [13, 20, 35, 62, 80, 104, 106, 108, 110, 122, 130, 156].

Успехи современной нефрологии привели к изменению возрастного состава пациентов ГД. D.L.Latos и R.M. Huisman указывают, что люди старше 65 лет скоро составят основной контингент пациентов поддерживающего ГД в США и других развитых странах [78, 97]. В литературе обсуждается вопрос о возрастных изменениях КЖ больных, есть ли различия между пожилыми и молодыми пациентами по субъективной удовлетворенности жизнью. Ряд исследователей отмечают, что с возрастом показатели КЖ ГД больных ухудшаются [121, 124, 136]. В большей степени подвержены возрастному снижению параметры физического функционирования [37, 116, 125]. J. Fort и соавт. установили, что у пациентов старше 80 лет понижены физическая активность и способность к самообслуживанию [63]. У женщин этой возрастной категории хуже показатели физического состояния, когнитивных функций и самодостаточности. Низкий образовательный и социально-экономический уровни ведут к ухудшению состояния когнитивных функций. P. Rebollo и соавт. также показали, что уровень образования позитивно влияет на субъективную удовлетворенность жизнью ГД-больных старше 65 лет [132]. Среди других факторов, сказывающихся на КЖ пожилых больных, эти авторы отмечают роль сопутствующей патологии и материального положения (доход). В другой работе P. Rebollo и соавт. проведен сравнительный анализ КЖ пожилых и молодых больных, получающих ГД-терапию, пациентов после успешной трансплантации почки и здоровой популяции [133]. Установлено, что по первичным оценкам КЖ ГД-больных старшего возраста ниже, чем в популяции, а показатели больных после трансплантации не отличаются от нормативных. Если первичные оценки КЖ были выше у больных моложе 65 лет, то после введения поправки на возраст (стандартизованные оценки) различия между старшей и младшей возрастными группами не только нивелировались, но параметры КЖ пациентов старше 65 лет оказались даже выше, что указывает на необходимость четкого соблюдения процедуры обработки результатов тестирования. Эти же исследователи

отмечают, что возрастное снижение касается, в основном, физической составляющей связанного со здоровьем КЖ; при этом психическое здоровье остается стабильным, даже несмотря на наличие серьезных хронических заболеваний, что объясняется действием адаптационных механизмов [134]. D.S. Parsons и D.C. Harris также указывают, что, несмотря на плохое объективное КЖ многих пожилых ГД-пациентов, их субъективная удовлетворенность жизнью остается зачастую удивительно высокой [130]. Эту точку зрения разделяют еще ряд исследователей, свидетельствующих об успешной психической адаптации к лечению и высокой удовлетворенности жизнью ГД-больных старшего возраста [78, 97, 125]. D.L. Lamping и соавт. установили, что оценка психологической составляющей КЖ (психическое здоровье) ГД-больных старше 70 лет сопоставима с таковой в популяции [95]. F. Moreno и соавт. показали, что нормализация уровня гемоглобина в процессе лечения эритропоэтином улучшает КЖ пожилых ГД больных в той же степени, что и молодых, что полностью оправдывает применение эритропоэтина для лечения пациентов старшего возраста [122].

В нескольких работах встречаются упоминания о гендерных различиях по КЖ ГД-пациентов [136, 167]. Ряд авторов свидетельствует о том, что у женщин хуже показатели физического функционирования [37, 63]. R. Lindqvist и соавт. показали, что у женщин, в целом, ниже оценки общего состояния здоровья, а у женщин, находящихся на лечении ПД, этот показатель ниже, чем на ГД [101]. A.G. Mingardi и соавт., M.V. Rosso и соавт. указывают на более низкие показатели по всем шкалам КЖ в группе больных женщин по сравнению с мужчинами [116, 136]. M. Niechzial и соавт. напротив, отмечают, что фактор пола незначительно влияет лишь на некоторые показатели субъективной удовлетворенности жизнью [125]. Установлено также, что улучшение КЖ после успешной трансплантации почки было более выраженным у мужчин [82]. Таким образом, большинство исследователей склоняются в пользу того, что мужчин отличает более высокая субъективная удовлетворенность жизнью в условиях тяжелого заболевания почек и заместительной терапии.

Проведение лонгитюдных исследований КЖ позволяет оценить эффективность различных лечебных и реабилитационных мероприятий, образовательных программ [63, 69]. Выше уже была описана динамика психического состояния больных в ходе лечения низкими дозами эритропоэтина. В ряде работ сравниваются показатели КЖ

больных непосредственно перед лечением ГД и через несколько месяцев после начала лечения. По данным В. Klang и N. Clyne, через 3 – 9 месяцев после начала диализной терапии наблюдался рост утомляемости и апатии; при этом показатели тревоги и функциональной активности остались без изменений [88]. Эти авторы зарегистрировали большой разброс по самооценке КЖ в группе больных – от не изменившихся в процессе лечения показателей до их серьезного снижения. Ряд работ свидетельствует об ухудшении качества жизни больных по мере увеличения длительности лечения ГД [125, 167]. В исследовании E. De Icaza и соавт., напротив, установлено существенное улучшение КЖ пациентов через 6 месяцев после начала ГД-терапии [54]. S.K.Mittal и соавт. мониторировали КЖ больных на ПД в течение двух лет, проводя измерения каждые три месяца, и показали, что оценки субъективной удовлетворенности жизнью остались без изменений за период наблюдения [117]. В проспективном когортном исследовании, проведенном в 13 диализных центрах в Голландии, показано, что психическая составляющая КЖ больных осталась без изменений в течение первых полутора лет лечения ГД и ПД [113]. Физическая активность больных за указанный период времени возросла, причем ее улучшение было более выраженным в ходе лечения ГД по сравнению с ПД. В работе R. Galland и соавт. отмечено повышение субъективной удовлетворенности жизнью в течение одного года терапии короткими сеансами ежедневного ГД [67]. Обучение ГД-больных по специальным образовательным программам, проводимое психологами и социальными работниками, приводит к росту физической активности, улучшению психического состояния и соблюдения диеты [33, 47]. K.W. Tawney и соавт. показали, что у участвовавших в шестимесячной программе физической реабилитации ГД-больных вырос показатель физического функционирования, стало меньше эмоциональных проблем и трудностей, связанных с работой и повседневной активностью, в то время, как у пациентов контрольной группы, не принимавших участия в программе, эти показатели остались без изменения [153]. Таким образом, мониторирование КЖ больных в сопоставлении с клинико-биохимическими данными крайне важно для прогнозирования состояния больного, построения индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ, сравнения эффективности различных видов заместительной терапии ХПН. Однако многие авторы отмечают, что количество лонгитюдных исследований КЖ ГД больных невелико [54, 69, 113]. Мнения исследова-

телей относительно динамики КЖ в процессе диализной терапии расходятся. В большинстве работ описывается динамика КЖ больных в течение первого года диализной терапии. Практически отсутствуют лонгитюдные исследования КЖ больных при больших сроках ГД-лечения (свыше двух лет).

Значительное число публикаций посвящено взаимосвязи регулярных занятий лечебной физкультурой и показателей субъективной удовлетворенности жизнью. При этом подчеркивается роль ежедневной физической активности больных, находящихся на лечении ГД, для обеспечения их высокого КЖ [79, 139]. Death C. отмечает улучшение толерантности к физической нагрузке и самочувствия больных через год после начала занятий по специальной программе физических упражнений для ГД-пациентов (стретчинг, аэробика, силовые упражнения) [53]. В исследовании S.S. Fitts и соавт. сравнивалась динамика КЖ в процессе занятий лечебной физкультурой в преддиализной группе пациентов и у больных на ГД [61]. Улучшение КЖ в процессе физических тренировок было более выраженным в преддиализной группе, что свидетельствует о необходимости подключать физическую реабилитацию еще до стабилизации соматического состояния больного на ГД и сочетать ее с мониторированием КЖ. В группе занимавшихся в течение года физическими упражнениями во время сеансов ГД зарегистрировано снижение показателей депрессии и тревоги, в то время как в группе незанимавшихся пациентов эти показатели остались без изменений [92]. Таким образом, регулярная физическая активность больных рассматривается как важное условие и наиболее значимый предиктор высокого КЖ больных на ГД [94]. А мониторинг КЖ, в свою очередь, позволяет оценить эффективность программ физических упражнений для ГД-больных. Нам встретилась всего одна работа, в которой предпринята попытка ответить на вопрос, почему далеко не все ГД-больные занимаются лечебной физкультурой [81]. Среди причин недостаточной физической активности пожилых ГД-больных S. Jassal и соавт. называют отнюдь не их низкие физические возможности, а отсутствие мотивации, нежелание заниматься физкультурой и опасения, что физические упражнения могут повредить здоровью [81], что повышает актуальность психокоррекционной работы с этим контингентом больных.

Соблюдение пациентами режима ГД – важное условие для поддержания хорошего состояния здоровья, самочувствия и высокого КЖ. А невыполнение врачебных рекомендаций является одной из причин смерти больных, сопоставимых по силе влияния с медицинскими факторами риска [86].

Между тем, по данным различных авторов, от 50 до 64% больных не соблюдают водный режим или диету [26, 51, 138, 141, 160]. В качестве основных индикаторов несоблюдения режима предлагаются чрезмерная междиализная прибавка веса (абсолютная – свыше 1,5 кг или относительная – свыше 5,7% от сухого веса больного), один или более пропусков сеансов ГД в месяц, уровень фосфора в сыворотке крови свыше 7,5 mg/l, уровень калия более 5,5 mEq/L [96, 99]. Мнения исследователей относительно влияния пола, возраста, сопутствующей патологии на выполнение врачебных рекомендаций расходятся [34, 66, 99, 138]. В исследовании E. Necking и соавт. проанализировано соблюдение ГД режима в европейских странах (Франция, Германия, Италия, Испания и Великобритания) и показано, что этот показатель зависит от страны, в которой пациент получает ГД [77]. Роль социальных и психологических факторов признается большинством авторов. Предикторами плохого соблюдения режима ГД (нонкомплаенса) являются низкое образование, низкий социально-экономический статус, отсутствие семьи и социальной поддержки, наличие депрессии, особенности личности [30, 86, 99, 138, 142, 166]. R.B. Curtin и соавт. показали, что невыполнение врачебных рекомендаций по приему гипотензивных препаратов и альмагеля и его аналогов зависит от возраста больных: пациенты старше 65 лет четче выполняли инструкции, чем более молодые (не пропускали прием препаратов, не ошибались в дозировке) [51]. Таким образом, в исследовании не было обнаружено предполагавшихся первоначально когнитивных нарушений, связанных с возрастом (ухудшения памяти, затруднений в понимании инструкций). В ряде работ установлена связь между соблюдением режима и локусом контроля как характеристикой личности [40, 160]. При преобладании интернального локуса контроля человек считает себя хозяином жизни, берет на себя ответственность за события собственной жизни, и в том числе за состояние своего здоровья; экстернальный локус контроля характеризуется неверием человека в возможность контролировать события собственной жизни, фатализмом. Показано, что наличие интернального локуса контроля, уверенность пациента в том, что результат лечения зависит от его собственных усилий, повышает четкость выполнения рекомендаций по пищевому и водному режиму. L.A. Furr подчеркивает необходимость более широкого привлечения психологов и социальных работников к работе с больными для улучшения соблюдения режима ГД [66]. Что касается взаи-

мосвязи показателей КЖ и соблюдения медицинского режима, то P.B. DeOreo описывает парадоксальный, на первый взгляд, факт: пациенты, пропускавшие по два и более сеансов ГД в месяц, имели более высокие оценки физического функционирования (по методике SF-36), чем не пропускавшие лечение [55]. Можно предположить, что при хорошем самочувствии больные склонны недооценивать тяжесть своего состояния и важность проводимого лечения. Это повышает актуальность психологической коррекции отношения к заболеванию и лечению. В целом же, вопрос о взаимовлиянии субъективной удовлетворенности жизнью и выполнением врачебных рекомендаций при лечении ГД остается практически неизученным.

Наличие хронической почечной недостаточности накладывает ограничения на все сферы жизни человека, включая трудовую деятельность. В работе I. Eidemak и соавт. выявлен низкий уровень трудоустройства среди ГД-больных трудоспособного возраста: только 22% пациентов ГД отделений в Дании работают [58]. В исследовании C. Blake и соавт. изучались взаимосвязи между КЖ, трудоустройством и физическими возможностями больных, получающих заместительную терапию [37]. Показано, что 22% больных в возрасте от 18 до 65 лет не работали и не хотели работать. Остальные пациенты высказывали желание работать, однако реально трудоустроен был лишь 51% из них. В целом 66% больных в этой выборке нигде не работали и не учились. Среди причин низкого уровня трудовой занятости пациентов авторы называют плохие физические возможности, наличие сопутствующей патологии (главным образом костно-мышечной) и отсутствие работы до начала заместительной терапии. Таким образом, трудовая занятость больных является результатом сочетанного воздействия факторов, связанных с соматическим состоянием пациентов, и социальных переменных. Об этом косвенно свидетельствует и установленный в данной работе факт, что у работавших больных были существенно выше показатели по большинству шкал опросника, измеряющего КЖ. Это касалось всех сфер жизни: физического и социального функционирования, психического состояния. Можно предположить, что высокая субъективная удовлетворенность жизнью, наличие интереса к жизни создают предпосылки для успешной трудовой деятельности. С другой стороны, возможно и обратное влияние, когда трудовая деятельность способствует улучшению КЖ больных и их психической адаптации к болезни. Так, A.M. Keogh и J. Feehally показали, что у работающих и учащих больных выше принятие бо-

лезни и соответственно удовлетворенность жизнью [85]. А. Т. Somer и соавт. установили, что у неработающих и находившихся на пенсии по возрасту были выше показатели тревоги, депрессии и дистресса [147]. Мнения исследователей относительно влияния успешной трансплантации почки на трудовую занятость больных противоречивы. D.S. Parsons и D.C. Harris приводят данные о более высоком уровне трудоустройства больных после пересадки почки по сравнению с ГД [130]. А. J. Waiser и соавт. пришли к выводу, что, несмотря на улучшение КЖ после трансплантации, эти больные не становятся экономически более продуктивными: процент работающих пациентов составил 57,8 против 57,5 на ГД [161]. Таким образом, обнаруживаются весьма значительные расхождения данных различных исследователей относительно процента трудоустройства больных на ГД и других видах заместительной терапии ХПН; вопрос о причинах этих расхождений остается открытым. Возврат к работе является одной из основных задач программы психологической реабилитации больных с терминальной ХПН, конечной целью которой является улучшение результатов лечения (и в том числе улучшение КЖ больных) [128, 137]. Однако отмечается, что в связи с «постарением» популяции ГД-пациентов и увеличением количества больных с тяжелой сопутствующей патологией в последние годы цели реабилитации формулируются несколько иначе: это оптимальное функционирование пациентов и сохранение их продуктивной активности (не обязательно — работа).

В отдельных исследованиях изучается взаимосвязь между выраженностью белково-энергетической недостаточности и КЖ больных на хроническом ГД. R.A. Laws и соавт. показали, что белково-энергетическая недостаточность отмечалась у 36% ГД-пациентов и при высоких ее степенях КЖ пациентов было низким главным образом за счет плохих показателей физического функционирования [98]. Кроме того, при нарастании белково-энергетической недостаточности увеличивалась частота и продолжительность госпитализаций. Авторы приходят к выводу, что для ответа на вопрос, повлечет ли за собой коррекция нутриционного статуса больных соответствующее улучшение их КЖ, необходимы дополнительные исследования. Имеются данные, что белковая диета с использованием Supro-760 благоприятно сказывается на КЖ больных на ГД, отчетливо улучшает их эмоциональное состояние, способствуя нивелированию депрессивных расстройств [16]. L.S. Baines и соавт. подчеркивают преимущества мультидисциплинарного подхода к лечению ГД больных с участием нефрологов, диетологов, физиотерапевтов,

специалистов в области лечебной физкультуры и психологического консультирования, социальных работников [29]. Спустя год после начала применения программы физических упражнений и в сочетании с углубленным диетологическим консультированием были отмечены существенные улучшения как физического функционирования, так и нутриционного статуса больных, т.е. в сущности улучшилось и соблюдение режима [55].

Аффективные расстройства (депрессия, тревога) встречаются у значительного числа больных, получающих заместительную терапию; их наличие существенно снижает субъективную удовлетворенность жизнью [2, 3, 8, 15, 117, 157, 165]. По данным J. Waiser и соавт., успешная трансплантация почки благотворно отражается на психическом состоянии пациентов: показатели тревоги и депрессии у больных после трансплантации существенно ниже, чем на ГД [161]. F. Alvarez-Ude и соавт. показали, что интегральный индекс удовлетворенности состоянием здоровья ГД-больных сильно зависел от степени выраженности депрессии и тревоги [24]. Исследователи предлагают использовать этот показатель КЖ при установлении диагноза аффективных нарушений. Депрессия у больных на поддерживающем ГД отрицательно коррелирует с физическим функционированием и положительно — с нарушениями сна и тревогой [109]. T.E. Steele и соавт. установили, что депрессивные симптомы оказывают гораздо более выраженное влияние на показатели КЖ, чем адекватность диализа и тревога [148]. Наличие высокой тревоги у больных на преддиализном этапе лечения негативно влияет на ощущение благополучия [87]. Экстернальный локус контроля, неверие в свои силы в ситуации болезни связаны с более высокими показателями эмоционального дистресса, тревоги и депрессии [147]. В работе N.R. Shidler и соавт. установлена взаимосвязь между восприятием болезни, депрессией и КЖ уже на начальных стадиях ХПН: негативное восприятие болезни влечет за собой более высокий уровень депрессии и более низкое качество жизни [144]. Таким образом, своевременная диагностика и лечение расстройств эмоциональной сферы является одним из условий улучшения КЖ больных при различных видах активной терапии ХПН [170]. Проведение психологического консультирования способствует снижению показателей депрессии и тревоги [29]. Одной из мишеней для психотерапевтического воздействия должен стать экстернальный локус контроля личности.

В исследовании A.J. Christensen и соавт. была выдвинута гипотеза, что изменение уровня депрессии после трансплантации почки связано с копинг-предпочтениями пациента [48]. Термин «coping»

охватывает широкий диапазон поведенческих реакций, направленных на преодоление стрессовой ситуации. С этой точки зрения ХПН и различные виды заместительной терапии представляют собой хроническую стрессовую ситуацию, для адаптации к которой пациент использует те или иные копинг-стратегии. Таким образом, копинг-механизмы опосредуют связь между стрессогенным событием и стрессорной реакцией и, в конечном счете, определяют степень адаптации индивидуума к ситуации. В вышеуказанной работе были измерены уровень депрессии и копинг-предпочтения у 60 больных, ожидающих трансплантации почки. Спустя год эти параметры оценивались повторно. Оказалось, что среди 33 больных, перенесших трансплантацию почки за период наблюдения, депрессия значительно снизилась у пациентов с высокой потребностью в информации, связанной со здоровьем, и, напротив, слегка возросла при низкой потребности в такой информации. У 27 больных, у которых не было пересадки почки, потребность в информации не оказывала влияния на депрессию. Предположение о взаимосвязи депрессии и копинг-механизмов не нашло подтверждения. Лишь в незначительном количестве публикаций предпринимаются попытки рассмотреть КЖ больных в связи с их копинг-предпочтениями [2, 3]. R. Lindqvist и соавт. отмечают, что у больных на ГД и на ПД преобладает оптимистичный стиль копинга, и этот стиль считается исследователями наиболее эффективной поведенческой реакцией в ситуации этого травматичного с психологической точки зрения лечения [101]. На ГД чаще, чем на ПД, встречаются реакции по типу «бегства» от проблемы. В связи с этим представляется важным своевременное выявление пациентов, использующих неэффективные способы совладания с болезнью: «избегание», паллиативный и эмотивный копинг. F. Cristovao указывает, что ГД-пациенты чаще используют проблемно-ориентированные копинг-механизмы (попытка изменить ситуацию, аналитический подход к решению проблемы), чем эмоционально-ориентированные (попытка управлять эмоциональными реакциями в стрессовой ситуации) [50]. C.W. Blake и N.F. Courts, напротив, показали, что у ГД-больных преобладают эмоционально-ориентированные копинг-стратегии и частота их использования выше при длительности ГД менее 8 лет, возрасте больного от 50 до 60 лет и низком уровне образования [36]. P. Lok считает, что копинг-механизмы, направленные на разрешение проблемы, более эффективны по сравнению с аффективными способами взаимодействия в стрессовой ситуации; длительность

лечения ГД не влияет на копинг-поведение [103]. Хотя в этих работах изучение КЖ и копинг-поведения больных включены в число основных задач исследования, взаимосвязь между ними так и остается нераскрытой. R. Lindqvist и соавт. анализировали копинг-стратегии и КЖ супругов больных, получающих заместительную терапию (ГД, ПД, трансплантация почки) [102]. Установлено, что в объединенной выборке супругов чаще, чем в популяции, использовались оптимистические и паллиативные способы совладания со стрессом и реже — конфронтационный, избегающий и эмоциональный копинг. Фаталистический, избегающий или эмоциональный копинг супруга был связан с его неэффективным поведением в ситуации лечения. Для мужчин, супругов больных, характерен менее оптимистичный, поддерживающий и паллиативный копинг, чем для женщин. КЖ супругов больных после трансплантации выше, чем у диализных пациентов, что, по мнению авторов, возможно, связано с более молодым возрастом супругов в этой группе.

Микросоциальное окружение оказывает влияние на КЖ ГД больных. Исследователи единодушно во мнении, что отсутствие социальной поддержки является важным предиктором неблагоприятного клинического исхода (более частые госпитализации, низкое КЖ, смертность) [86, 114, 167]. По данным G.R. Parkerson и R.A. Gutman, у живущих в семье ГД-пациентов лучше выживаемость и показатели КЖ: оценки общего состояния здоровья, эмоционального состояния, социального здоровья и качества социальных контактов [129]. Больные с терминальной ХПН выше оценивают уровень социальной поддержки, им оказываемой, чем пациенты, находящиеся на более ранних стадиях ХПН [144]. А пациенты после трансплантации ощущают большую социальную поддержку, чем больные на ГД [161]. Взаимоотношения с медперсоналом влияют на КЖ больных [31]; поддержка со стороны медперсонала особенно важна на стадии адаптации к ГД [164].

Для улучшения КЖ пациентов рекомендуют проводить регулярную преддиализную подготовку и специальные образовательные циклы для больных на ГД. Эти занятия преследуют двоякую цель: информирование пациентов о специфике заболевания и лечения, оказание психологической помощи. Отмечено значительное повышение субъективной удовлетворенности жизнью непосредственно после такого рода занятий и установлено, что в группе занимавшихся больных показатели КЖ существенно выше, чем у незанимавшихся [32, 33, 47, 57, 139, 143]. B. Klang и соавт. зарегистрировали положительный эффект от участия в преддиа-

лизной образовательной программе в первые 6 месяцев лечения ГД, после чего различия между экспериментальной и контрольной группами нивелировались [89]. Исследователи приходят к выводу, что для сохранения позитивного эффекта следует продолжать консультирование и на этапе стабильного ГД. D.S. Parsons и D.C. Harris показали, что преддиализное консультирование является важным фактором сохранения трудовой занятости ГД-больных [130].

Среди инструментов для измерения связанного со здоровьем КЖ выделяют общие опросники, предназначенные для оценки КЖ при различных заболеваниях, и специальные опросники – для определенной группы болезней или одного заболевания. Опросники заполняются больными, что позволяет оценить субъективную удовлетворенность пациента отдельными сферами жизни и КЖ в ситуации болезни в целом. В настоящее время используется несколько сот общих и специальных опросников. Наиболее распространенными общими опросниками являются Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP), EuroQoL Index, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [163]. Сопоставимость данных, полученных при исследовании КЖ больных в разных странах, обеспечивается за счет культуральной и языковой адаптации опросников [10].

Для оценки КЖ нефрологических больных за рубежом применяются все перечисленные выше общие опросники [24, 37, 58, 65, 94, 111, 116, 117, 121, 126, 133, 167]. Кроме того, разработан ряд специальных тестов для оценки субъективной удовлетворенности жизнью больных с хроническими заболеваниями почек. Опросник Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) создан на основе методики SF-36, которая дополнена 43 вопросами, связанными с нефрологической патологией [46, 76]. Английский исследователь С. Bradley предпринял попытку разработки индивидуализированного опросника для оценки влияния заболевания почек и его лечения на КЖ больного (Renal-Dependent Quality of Life Questionnaire – RDQoL) и продемонстрировал его содержательную валидность [39]. Методика включает дополнительные разделы, отражающие специфику нефрологического заболевания: они касаются ограничений жидкости, возникновения зависимости, социальных предрасположений, изменения внешности в связи с болезнью. A.W. Wu и соавт. создали «пациент-центрированный» опросник для больных с терминальной ХПН, получающих диализную терапию, – CHOICE Health Experience Questionnaire [169]. Тест состоит из 83 вопросов, отражающих 21 сферу жизни. Исследо-

ватели заимствовали вопросы из методики SF-36, характеризующие общие для больных с различной патологией аспекты КЖ (удовлетворенность здоровьем, физическое, социальное и эмоциональное функционирование, боль, психическое здоровье и энергия). Дополнительно в опросник была включена информация еще о 8 областях (когнитивное функционирование, сексуальное функционирование, сон, работа, развлечения, путешествия, материальное положение и интегральный показатель КЖ). Кроме того, были разработаны вопросы для оценки ХПН-специфичных сфер (диета, свобода, образа тела, диализный доступ и симптомы). The End-Stage Renal Disease Symptom Checklist – Transplantation Module (ESRD-SCL((R))), разработанный G.H. Franke и соавт., предназначен для оценки КЖ пациентов после успешной трансплантации почки [64]. Особое внимание в нем уделяется побочным эффектам иммуносупрессорной терапии. Опросник состоит из 43 вопросов, сгруппированных в 6 разделов: ограничение физических возможностей, ухудшение когнитивных функций, сердечно-сосудистая и ренальная дисфункции, побочные эффекты кортикостероидов, усиление роста волос, кровоточивость десен, связанный с трансплантацией психологический дистресс. Оценки разделов коррелируют с соответствующими шкалами опросника SF-36. Приводятся данные в пользу содержательной и конструктивной валидности опросника и его тест-ретестовой надежности. M. Majkowicz и соавт. показали надежность и валидность опросника EORTC QLQ-C30 для оценки КЖ диализных больных [105].

К.А. Cagneu и соавт. провели анализ литературы, посвященной инструментарию для оценки КЖ больных с терминальной ХПН [43]. 82% опросников, упоминавшихся в публикациях, относились к числу общих и только 18% были специальными. По данным этих авторов, только 32% исследователей, претендовавших на измерение КЖ, имели четкое представление об этой категории. Большинство работ посвящено измерению уровня депрессии (41%), социального функционирования (32%), позитивного аффекта (30%) и ролевого функционирования (27%). Лишь в отдельных публикациях, в которых приводятся результаты оценки КЖ у больных с терминальной ХПН, охарактеризованы сферы жизни, в которых КЖ определялось. Далеко не во всех статьях содержатся данные о процедуре разработки опросника, его валидности и надежности, описан дизайн эксперимента и процесс тестирования. D.S. Parsons и D.C. Harris полагают, что основным недостатком дизайна сравнительных исследований КЖ больных при различных видах

заместительной терапии является отсутствие рандомизации [130]. J.C. Korevaar и соавт. также отмечают, что следует с осторожностью относиться к результатам сравнительных исследований КЖ больных на ГД и на ПД, т.к. они получены в процессе проведения нерандомизированных когортных исследований [91].

Таким образом, сфера исследований КЖ – новая, интенсивно развивающаяся отрасль медицинской науки, в которой устоявшиеся стандарты еще отсутствуют. Нет общепринятого определения, связанного со здоровьем КЖ, недостаточно четко разработана методология его исследования. Хотя имеется значительное число зарубежных публикаций, посвященных КЖ больных, получающих заместительную терапию ХПН, ряд вопросов тем не менее остается нерешенными. Так, практически отсутствуют лонгитюдные исследования КЖ больных при длительных сроках лечения ГД (свыше двух лет). Нередко сопоставление результатов, полученных различными авторами, затруднено вследствие использования нестандартизированного инструментария, не вполне корректного дизайна эксперимента. Противоречивы данные о факторах, влияющих на субъективную удовлетворенность жизнью этой категории больных. Отечественные разработки проблемы КЖ больных с ХПН малочисленны.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Васильева И.А., Петрова Н.Н., Васильев В.В. Факторы, определяющие качество жизни больных при лечении хронической почечной недостаточности методом гемодиализа // Материалы рабочего совещания нефрологов Северо-Запада России. - СПб., 1996. - С.80-82.
2. Васильева И.А., Петрова Н.Н. Нарушения когнитивных функций и психосоциальные характеристики больных, находящихся на лечении гемодиализом // Нефрология. - 2001. - Т. 5, N 1. - С. 44-47.
3. Васильева И.А., Михеева Ю.С. Качество жизни больных, получающих лечение хроническим ацетатным гемодиализом // Нефрология. - 2001. - Т. 5, N 2. - С. 58-63.
4. Васильева И.А., Петрова Н.Н., Тимоховская Г.Ю. Качество жизни в оценке эффективности лечения гемодиализом // Нефрология. - 2001. - Т. 5, N 3 - С. 42-45.
5. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Качество жизни онкологических больных // Вопросы онкологии. - 1998. - Т. 44, №6. - С.749-752.
6. Кошель А.П., Ребров К.П., Медведев С.В., Жестков И.В. Оценка качества жизни пациентов после хирургического лечения рака желудка // Исследование качества жизни в медицине: Материалы научной конференции. - СПб., 2000. - С.72-74.
7. Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Коц Я.И. Оценка качества жизни у больных с аритмиями // Кардиология. - 1998. - Т. 38, №3. - С.49-51.
8. Михеева Ю.С., Васильева И.А., Румянцев А.Ш. Копинг-стратегии и качество жизни больных с нарушениями ритма сердца, находящихся на лечении гемодиализом // Нефрология. - 2002. - Т. 6, N 1. - С. 40-45.
9. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. - СПб: ЭЛБИ, 1999. - 140 с.
10. Новик А.А., Абдулкадыров К.М., Янов Ю.К. Современные подходы к исследованию качества жизни в онкологии и гематологии // Проблемы гематологии и переливания крови. - 1999. - №2. - С.45-51.
11. Петрова Н.Н., Васильева И.А. Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом // Клин. мед. - 1996. - Т.74, №8 - С.29-32.
12. Петрова Н.Н., Яковенко И.А. Качество жизни больных при лечении хронической почечной недостаточности методами гемодиализа и аллотрансплантации почки // Материалы рабочего совещания нефрологов Северо-Запада России. - СПб., 1996. - С.83-85.
13. Петрова Н.Н., Румянцев А.Ш., Васильева И.А. Связь качества жизни и выживаемости больных, находящихся на гемодиализе, в процессе лечения рекомомом. // Диагностика и лечение нефропатий в стадии хронической почечной недостаточности: Материалы V конференции нефрологов Северо-Запада России. - СПб., 1997 - С.71.
14. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Гаврик С.Л. Качество жизни больных при лечении перманентным гемодиализом // Нефрология. - 1999. - Т. 3, N 1 - С. 88-92.
15. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Саввина Н.Н. Качество жизни больных с хроническими заболеваниями почек на додиализном этапе лечения. // Нефрология. - 1999. - Т. 3, N 3 - С. 76-80.
16. Петрова Н.Н., Григорьева Н.Д., Васильева И.А. Качество жизни и белковое питание пациентов гемодиализа // Сб. материалов II съезда нефрологов России. - М., 1999 - С.214.
17. Симаненков В.И., Кашаева Э.А. Влияние терапии антидепрессантами на качество жизни больных с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью // Исследование качества жизни в медицине: Материалы научной конференции. - СПб., 2000. - С.124-125.
18. Смоленов И.В., Смирнов Н.А., Медведева С.С., Гайтукаев В.Р. Медицинские интервенции и качество жизни при бронхиальной астме у детей // Исследование качества жизни в медицине: Материалы научной конференции. - СПб., 2000. - С.126-127.
19. Aaronson N.K., Cull A., Kaasa S. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology // Int. J. Ment. Health. - 1994. - Vol. 23, №2. - P.75-96.
20. Acharya V.N., Sinha D.K., Almeida A.F., Pathare A.V. Effect of low dose recombinant human omega erythropoietin (rHuEPO) on anaemia in patients on hemodialysis // J. Assoc. Physicians India. - 1995. - Vol. 43, №8. - P. 539-542.
21. Adang E.M., Engel G.L., van Hooff J.P., Kootstra G. Comparison before and after transplantation of pancreas-kidney and pancreas-kidney with loss of pancreas - a prospective controlled quality of life study // Transplantation. - 1996. - Vol. 62, №6. - P. 754-758.
22. Albrecht G.L., Fitzpatrick R. A sociological perspective on health-related quality of life research // Advances in medical sociology, volume 5: quality of life in health care / Albrecht G.L., Fitzpatrick R., Greenwich. - Connecticut: Jai Press Inc., 1994. - P. 1-21.
23. Alloati S., Manes M., Paternoster G. et al. Peritoneal dialysis compared with hemodialysis in the treatment of end-stage renal disease // J. Nephrol. - 2000. - Vol. 13, №5. - P. 331-342.
24. Alvarez-Ude F., Fernandez-Reyes M.J., Vazquez A. et al. Sintomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodialisis periodicas // Nefrologia. - 2001. - Vol. 21, №2. - P.191-199.
25. Apostolou T., Vrissis P., Pouloupoulos A. et al. Quality of life in HD patients. Use of a gene and a renal disease specific instrument // Nephrol. Dial. Transplant. - 2002. - Vol. 17, Abstracts, Suppl.1. - P.296-297.
26. Arici M., Altun B., Usalan C. Compliance in hemodialysis patients. Unanticipated monitoring of biochemical indices // Blood Purif. - 1998. - Vol. 16. - P. 274-276.
27. Arkouche W., Traeger J., Delawari E. et al. Twenty-five

- years of experience with out-center hemodialysis // *Kidney Int.* - 1999. - Vol. 56, №6. - P. 2269-2275.
28. Arredondo A., Rangel R., de Icaza E. Costo-efectividad de intervenciones para insuficiencia renal cronica terminal // *Revista de Saude Publica.* - 1998. - Vol.32, №6. - P. 556-565.
29. Baines L.S., Jindal R.M. Non-compliance in patients receiving haemodialysis: an in-depth review // *Nephron.* - 2000. - Vol.25, №1. - P. 1-7.
30. Bame S.I., Petersen N., Wray N.P. Variation in hemodialysis patient compliance according to demographic characteristics // *Soc. Sci. Med.* - 1993. - Vol. 37. - P. 1033-1036.
31. Bass E.B., Jenckes M.W., Fink N.E. et al. Use of focus groups to identify concerns about dialysis. Choice Study // *Med. Decision Making.* - 1999. - Vol. 19, №3. - P. 287-295.
32. Beder J. Evaluation research on the effectiveness of social work intervention on dialysis patients: the first three months // *Soc. Work Health Care.* - 1999. - Vol. 30, №1. - P. 15-30.
33. Bergstrom K., Barany P., Holm I. An educational programme for persistent life-style changes in patients with chronic renal disease // *Edtna-Erca J.* - 1999. - Vol. 25, №4. - P. 42-44.
34. Bernardini J., Piraino B. Compliance in CAPD and CCPD patients measured by supply inventories during home visits // *Am. J. Kidney Dis.* - 1998. - Vol. 31. - P. 100-103.
35. Beusterien K.M., Nissenon A.R., Port F.K. et al. The effects of recombinant human erythropoietin on functional health and well-being in chronic dialysis patients // *J. Amer. Society Nephrol.* - Vol. 7, №5. - P. 763-773.
36. Blake C.W., Courts N.F. Coping strategies and styles of hemodialysis patients by gender // *ANNA J.* - 1996. - Vol. 23, №5. - P.477-482, 507; discussion 483-484.
37. Blake C., Codd M.B., Cassidy A., O'Meara Y.M. Physical function, employment and quality of life in end-stage renal disease // *J. Nephrol.* - 2000. - Vol. 13, №2. - P. 142-149.
38. Blake P.G. Integrated end-stage renal disease care: the role of peritoneal dialysis // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 2001. - Vol. 16, Suppl. 5. - P. 61-66.
39. Bradley C. Design of a renal-dependent individualized quality of life questionnaire // *Advances Periton. Dial.* - 1997. - Vol. 13. - P. 116-120.
40. Bremer B.A., Haffly D., Foxx R.M., Weaver A. Patients' perceived control over their health care: an outcome assessment of their psychological adjustment to renal failure // *Am. J. Med. Qual.* - 1995. - Vol. 10, №3. - P. 149-154.
41. Brodin E., Ljungman S., Hedberg M., Sunnerhagen K.S. Physical activity, muscle performance and quality of life in patients treated with chronic peritoneal dialysis // *Scand. J. Urol. Nephrol.* - 2001. - Vol.35, №1. - P.71-78.
42. Bryan S., Ratcliffe J., Neuberger J.M. Health-related quality of life following liver transplantation // *Quality of Life Research.* - 1998. - Vol.7, №2. - P. 115-120.
43. Cagney K.A., Wu A.W., Fink N.E. et al. Formal literature review of quality-of-life instruments used in end-stage renal disease // *Am. J. Kidney Dis.* - 2000. - Vol. 36, №2. - P.327-336.
44. Callahan M.B., LeSage L., Johnstone S. A model for patient participation in quality of life measurement to improve rehabilitation outcomes // *Nephrol. News & Issues.* - 1999. - Vol. 13, №1. - P. 33-37.
45. Callahan M.B. Using quality of life measurement to enhance interdisciplinary collaboration // *Advances in Renal Replacement Therapy.* - 2001. - Vol. 8, №2. - P. 148-151.
46. Carmichael P., Popoola J., John I. et al. Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-SF questionnaire // *Quality of Life Research.* - 2000. - Vol. 9, №2. - P.195-205.
47. Cesarino C.B., Casagrande L.D. Paciente com insuficiencia renal cronica em tratamento hemodialitico: atividade educativa do enfermeiro // *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* - 1998. - Vol. 6, №4. - P. 31-40.
48. Christensen A.J., Ehlers S.L., Raichle K.A. et al. Predicting change in depression following renal transplantation: effect of patient coping preferences // *Health Psychol.* - 2000. - Vol. 19, №4. - P. 348-353.
49. Colombel J.F., Yasdanpanah Y., Laurent F. Quality of life in chronic inflammatory bowel diseases. Validation of questionnaire and first French data // *Gastroenterol. Clin. Biol.* - 1996. - Vol. 20, №12. - P.1071-1077.
50. Cristovao F. Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients // *Edtna-Erca J.* - 1999. - Vol. 25, №4. - P. 35-38.
51. Curtin R.B., Svarstad B.L., Andress D. et al. Differences in older versus younger hemodialysis patients' noncompliance with oral medications // *Geriatr. Nephrol. Urol.* - 1997. - Vol. 7, №1. - P. 35-44.
52. Damigos D., Katopodis K.P., Kallinikou E. et al. Evaluation of the subjective quality of life in Greek patients on renal replacement therapy // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 2002. - Vol. 17, Abstracts, Suppl.1. - P.247.
53. Death C. Exercising to fitness on dialysis // *Edtna-Erca J.* - 1999. - Vol. 25, №2. - P. 13-15.
54. De Icaza E., Arredondo A., Calderon C., Hernandez G. Changes in the quality of life of patients with end-stage renal disease treated with high-efficiency bicarbonate hemodialysis in Mexico // *Renal Failure.* - 1997. - Vol. 19, №1. - P. 99-110.
55. DeOreo P.B. Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survivals, hospitalization, and dialysis-attendance compliance // *Am. J. Kidney Dis.* - 1997. - Vol. 30. - P. 202-206.
56. Deustman N.N., Moser M.T. Measurement and effects on quality of life in diabetes type II under three treatment groups // *Quality of Life Research.* - 1997. - Vol. 6, №7/8. - P.691-692.
57. Devins G.M., Hollomby D.J., Barre P.E. et al. Long-term knowledge retention following predialysis psychoeducational intervention // *Nephron.* - 2000. - Vol. 86, №2. - P. 129-134.
58. Eidemak I., Moelsted S., Aadahl M., Schou L. Self-rated health and employment status in chronic hemodialysis patients // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 2002. - Vol. 17, Abstracts, Suppl.1. - P.296.
59. Elkinton J.R. Medicine and the Quality of life // *Ann. Intern. Med.* - 1966. - Vol. 64, №3. - P. 711-714.
60. Evans R.V., Manninen D.L., Garrison L.P. et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease // *N. Engl. J. Med.* - 1985. - Vol. 312, № 9. - P. 553-559.
61. Fitts S.S., Guthrie M.R., Blagg C.R. Exercise coaching and rehabilitation counseling improve quality of life for predialysis and dialysis patients // *Nephron.* - 1999. - Vol. 82, №2. - P. 115-121.
62. Foley R.N., Parfrey P.S., Morgan J. et al. Effect of hemoglobin levels in hemodialysis patients with asymptomatic cardiomyopathy // *Kidney Int.* - 2000. - Vol. 58, №3. - P. 1325-1335.
63. Fort J., Lopez Gomez J.M., Jofre R. et al. Quality of life in elderly patients on hemodialysis // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 2002. - Vol. 17, Abstracts, Suppl.1. - P.295.
64. Franke G.H., Reimer J., Kohnle M. et al. Quality of life in end-stage renal disease patients after successful kidney transplantation: development of the ESRD symptom checklist - transplantation module // *Nephron.* - 1999. - Vol. 83, №1. - P. 31-39.
65. Fujisawa M., Ichikawa Y., Yoshiya K. et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey // *Urology.* - 2000. - Vol.56, №2. - P. 201-206.
66. Furr L.A. Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis: a review of the literature // *Soc. Work Health Care.* - 1998. - Vol. 27. - P. 95-99.
67. Galland R., Traeger J., Ferrier M.L. et al. // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 2002. - Vol. 17, Abstracts, Suppl.1. - P. 246-247.
68. Glimellius B., Hoffman K. Chemotherapy improves survival and quality of life in advanced pancreatic and biliary cancer // *Ann. Oncol.* - 1997. - Vol. 7. - P. 593-600.
69. Gokal R., Figueras M., Olle A. et al. Outcomes in peritoneal dialysis and haemodialysis - a comparative assessment of survival and quality of life // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 1999. - Vol. 14, Suppl. 6. - P. 24-30.
70. Golinelli G. Role of quality of life studies in the

reimbursement of medicines // *Quality of Life Newsletter*.- 1998.- Special Issue (March 1998).- P. 11-12.

71. Griffin K.W., Wadhwa N.K., Friend R. Comparison of quality of life in hemodialysis and peritoneal dialysis patients // *Advances Periton. Dial.*- 1994.- Vol. 10.- P. 104-108.

72. Gudex C.M. Health-related quality of life in end-stage renal failure // *Quality of Life Research*.- 1995.- Vol.4, №4.- P. 359-366.

73. Hagren B., Pettersen I.M., Severinsson E. et al. The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease // *J. Advanced Nursing*.- 2001.- Vol. 34, №2.- P. 196-202.

74. Hamilton G., Locking-Cusolito H. Original research: the relationship between dialysis adequacy and quality of life: a report of a pilot study // *J. CANNT*.- 1998.- Vol. 8, №3.- P. 25-29.

75. Hashimoto Y., Matsubara T. Combined peritoneal dialysis and hemodialysis therapy improves quality of life in end-stage renal disease patients // *Advances in Peritoneal Dialysis*.- 2000.- Vol. 16.- P. 108-112.

76. Hays R.D., Kallich J.D., Mapes D.L. et al. Development of the kidney disease quality of life instrument // *Quality of Life Research*.- 1994.- Vol.3, №5.- P. 329-338.

77. Hecking E., McCullough K., Rayner H. et al. Dialysis dose and compliance in the dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS) // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 2002.- Vol. 17, Abstracts, Suppl.1.- P.247.

78. Huisman R.M. Dialyse bij ouderen // *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.- 1997.- Vol. 141, №5.- P. 229-233.

79. Iborra M.C., Pico V.L., Montiel C.A., Clemente R.F. Quality of life and exercise in renal disease // *Edtna-Erca J.*- 2000.- Vol. 26, №1.- P. 38-40.

80. Jacobs C. Normalization of haemoglobin: why not? // *Nephrol. Dial. Transplant.*- 1999.- Vol. 14, Suppl. 2.- P. 75-79.

81. Jassal S., Borganza C., Naglie G. Can older patients do better on dialysis? Identifying a motivation problem // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 2002.- Vol. 17, Abstracts, Suppl.1.- P.295.

82. Jofre R., Lopez-Gomez J.M., Moreno F. et al. Changes in quality of life after renal transplantation // *Amer. J. Kidney Dis.*- 1998.- Vol. 32, №1.- P. 93-100.

83. John R., Stevens P., Webb M., Carmichael P. Quality of life assessment in patients with unreferred chronic renal failure // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 2002.- Vol. 17, Abstracts, Suppl.1.- P.240.

84. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // *Curr. Opin. Psychiat.*- 1997.- Vol.10.- P.337-345.

85. Keogh A.M., Feehally J. A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adults on renal replacement therapy // *ANNA J.*- 1999.- Vol. 26, №5.- P. 471-477, 505; discussion 478, 500.

86. Kimmel P.L., Peterson R.A., Weihs K.L. et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients // *Kidney Int.*- 1998.- Vol. 54, №1.- P. 245-254.

87. Klang B., Bjorvell H., Clyne N. Quality of life in predialytic uremic patients // *Quality of Life Research*.- 1996.- Vol. 5, №1.- P. 109-116.

88. Klang B., Clyne N. Well-being and functional ability in uraemic patients before and after having started dialysis treatment // *Scand. J. Caring Sciences*.- 1997.- Vol. 11, №3.- P. 159-166.

89. Klang B., Bjorvell H., Berglund J. et al. Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uraemic patients // *J. Advanced Nursing*.- 1998.- Vol. 28, №1.- P. 36-44.

90. Kohler L.W., Pemberton J.H., Zinmeister A.R., Kelly K.A. Quality of life after proctocolectomy // *Gastroenterology*.- 1991.- Vol. 101.- P. 679-684.

91. Korevaar J.C., Jansen M.A., Merkus M.P. et al. Quality of life in predialysis end-stage renal disease patients at the initiation of dialysis therapy. The NECOSAD Study Group // *Periton. Dial. Int.*- 2000.- Vol. 20, №1.- P.69-75.

92. Kouidi E., Grekas D., Iakovides A. et al. Depression, health rate variability and exercise training in dialysis patients // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 2002.- Vol. 17, Abstracts, Suppl.1.- P.296.

93. Kutner N.G., Brogan D., Kutner M.H. End-stage renal disease treatment modality and patient's quality of life // *Am. J. Nephrol.*- 1986.- Vol. 6, №5.- P. 396-402.

94. Kutner N.G., Zhang R., McClellan W.M. Patient-reported quality of life early in dialysis treatment: effects associated with usual exercise activity // *Nephrol. Nurs. J.: J. Amer. Nephrol. Nurs. Assoc.*- 2000.- Vol.27, №4.- P. 357-367; discussion 368, 424.

95. Lamping D.L., Constantinovici N., Roderick P. et al. Clinical outcomes, quality of life, and costs in the North Thames Dialysis Study of elderly people on dialysis: a prospective cohort study // *Lancet*.- 2000.- Vol.356, №9241.- P. 1543-1550.

96. Latham C.E. Obstacles to achieving adequate dialysis dose: compliance, education, transportation, and reimbursement // *Am. J. Kidney Dis.*- 1998.- Vol. 32, Suppl. 4.- P. 92-95.

97. Latos D.L. Chronic dialysis in patients over age 65 [editorial] // *J. Amer. Soc. Nephrol.*- 1996.- Vol. 7, №5.- P. 637-646.

98. Laws R.A., Tapsell L.C., Kelly J. Nutritional status and its relationship to quality of life in a sample of chronic hemodialysis patients // *J. Renal Nutr.*- 2000.- Vol. 10, №3.- P. 139-147.

99. Leggat J.E., Orzol S.M., Hulbert-Shearon T.E. Non-compliance in hemodialysis: predictors and survival analysis // *Am. J. Kidney Dis.*- 1998.- Vol. 32.- P. 138-142.

100. Leval D. The Three Time Dimensions Synoptic Scale (3 TSS) for depressive population // *Quality of Life Newsletter*.- 2001.- №26.- P.15-16.

101. Lindqvist R., Carlsson M., Sjoden P.O. Coping strategies and quality of life among patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis // *Scand. J. Caring Sciences*.- 1998.- Vol. 12, №4.- P. 223-230.

102. Lindqvist R., Carlsson M., Sjoden P.O. Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients // *J. Advanced Nursing*.- 2000.- Vol. 31, №6.- P.1398-1408.

103. Lok P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia // *J. Advanced Nursing*.- 1996.- Vol.23, №5.- P. 873-881.

104. Macdougall I.C. Quality of life and anemia: the nephrology experience // *Seminars in Oncology*.- 1998.- Vol. 25, №3, Suppl. 7.- P. 39-42.

105. Majkowicz M., Afeltowicz Z., Lichodziejewska-Niemierko M. et al. Comparison of the quality of life in hemodialysed and peritoneally dialysed patients using the EORTC QLQ-C30 questionnaire // *Int. J. Artif. Organs*.- 2000.- Vol.23, №7.- P. 423-428.

106. Mann J.F. What are the short-term and long-term consequences of anaemia in CRF patients? // *Nephrol. Dial. Transplant.*- 1999.- Vol. 14, Suppl. 2.- P. 29-36.

107. Matas A.J., Gillingham K.J., Payne W.D. et al. A third kidney transplant: cost-effective treatment for end-stage renal disease? // *Clin. Transplant.*- 1996.- Vol. 10, №6, Pt 1.- P. 516-520.

108. Matuszkiewicz-Rowinska J., Marusza W., Andrzejewski A. et al. Wplyw malych dawek ludzkiej rekombinowanej erytropoetyny na jakosc zycia chorych z niedokrwistoscia w przebiegu schyłkowej niewydolności nerek leczonych dializami pozaustrojowymi // *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*.- 1996.- Vol. 96, №2.- P. 143-152.

109. McCann K., Boore J.R. Fatigue in persons with renal failure who require maintenance haemodialysis // *J. Advanced Nursing*.- 2000.- Vol.32, №5.- P. 1132-1142.

110. McMahon L.P., Mason K., Skinner S.L. et al. Effects of haemoglobin normalization on quality of life and cardiovascular parameters in end-stage renal failure // *Nephrol. Dial. Transplant.*- 2000.- Vol. 15, №9.- P. 1425-1430.

111. Meers C., Singer M.A. Health-related quality of life assessment in clinical practice // *J. CANNT*.- 1996.- Vol.6, №2.- P.29-31.

112. Merkus M.P., Jager K.J., Dekker F.W. et al. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. The Necosad Study Group // *Am. J. Kidney Dis.* - 1997. - Vol.29, №4. - P. 584-592.
113. Merkus M.P., Jager K.J., Dekker F.W. et al. Quality of life over time in dialysis: the Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis. NECOSAD Study Group // *Kidney Int.* - 1999. - Vol.56, №2. - P. 720-728.
114. Merkus M.P., Jager K.J., Dekker F.W. et al. Predictors of poor outcome in chronic dialysis patients: The Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis. The NECOSAD Study Group // *Am. J. Kidney Dis.* - 2000. - Vol. 35, №1. - P. 69-79.
115. Mingardi G. Quality of life and end stage renal disease therapeutic programs. DIA-QOL Group. Dialysis quality of life. // *Int. J. Artif. Organs.* - 1998. - Vol.21, №11. - P.741-747.
116. 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. DIA-QOL Group // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 1999. - Vol.14, №6. - P. 1503-1510.
117. Mittal S.K., Ahern L., Flaster E. et al. Self-assessed quality of life in peritoneal dialysis patients // *Am. J. Nephrol.* - 2001. - Vol.21, №3. - P. 215-220.
118. Mohr P.E., Neumann P.J., Franco S.J. et al. The case for daily dialysis: its impact on costs and quality of life // *Am. J. Kidney Dis.* - 2001. - Vol. 37, №4. - P. 777-789.
119. Molzahn A.E., Northcott H.C., Dossetor J.B. Quality of life of individuals with end stage renal disease: perceptions of patients, nurses, and physicians // *ANNA J.* - 1997. - Vol.24, №3. - P.325-335.
120. Montemuro M., Martin L.S., Jakobson S. Participatory control in chronic hospital-based hemodialysis patients including commentary by Brunt J.H., with author response // *ANNA J.* - 1994. - Vol. 21. - P. 429.
121. Moreno F., Lopez Gomez J.M., Sanz-Guajardo D. et al. Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicentre study. Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 1996. - Vol. 11, Suppl 2. - P.125-129.
122. Moreno F., Aracil F.J., Perez R., Valderrabano F. Controlled study on the improvement of quality of life in elderly hemodialysis patients after correcting end-stage renal disease-related anemia with erythropoietin // *Am. J. Kidney Dis.* - 1996. - Vol. 27, №4. - P. 548-556.
123. Moumjid-Ferdjaoui N., Carrere M.O., Charavel M., Bremond A. Eliciting patient preferences in oncology: first lesson from the development of a decision board // *Quality of Life Newsletter.* - 2000. - №24. - P.10.
124. Mozes B., Shabtai E., Zucker D. Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers // *J. Clin. Epidemiol.* - 1997. - Vol. 50, №9. - P. 1035-1043.
125. Niechzial M., Hampel E., Grobe T. et al. Determinanten der Lebensqualität bei chronischer Niereninsuffizienz // *Sozial- und Präventivmedizin.* - 1997. - Vol.42, №3. - P. 162-174.
126. Neto J.F., Ferraz M.B., Cendoroglo M. et al. Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment - a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires // *Quality of Life Research.* - 2000. - Vol. 9, №1. - P. 101-107.
127. Nord E., Arnesen T., Menzel P., Pinto J.L. Towards a more restricted use of the term "Quality of Life" // *Quality of Life Newsletter.* - 2001. - №26. - P.3-4.
128. Oberley E.T., Sadler J.H., Alt P.S. Renal rehabilitation: obstacles, progress, and prospects for the future // *Am. J. Kidney Dis.* - 2000. - Vol. 35, №4, Suppl.1. - P. S141-S147.
129. Parkerson G.R., Gutman R.A. Health-related quality of life predictors of survival and hospital utilization // *Health Care Financing Review.* - 2000. - Vol. 21, №3. - P. 171-184.
130. Parsons D.S., Harris D.C. A review of quality of life in chronic renal failure // *Pharmacoeconomics.* - 1997. - Vol.12(2 Pt 1). - P. 140-160.
131. Rannard A., Buck D., Jacoby A. Assessing quality of life in primary billiary cirrhosis // *Quality of Life Newsletter.* - 2001. - №26. - P.8.
132. Rebollo P., Ortega F., Baltar J.M. et al. Health-related quality of life (HRQOL) in end stage renal disease (ESRD) patients over 65 years // *Geriatr. Nephrol. Urol.* - 1998. - Vol. 8, №2. - P. 85-94.
133. Rebollo P., Gonzalez M.P., Bobes J. et al. Interpretacion de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal // *Nefrologia.* - 2000. - Vol. 20, №5. - P. 431-439.
134. Rebollo P., Ortega F., Vega F.F. et al. Health-related quality of life (HRQOL) and erectile dysfunction in male renal transplant patients according to age // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 2002. - Vol. 17, Abstracts, Suppl.1. - P.328.
135. Robinson D., Cardozo L. Quality of life and lower urinary tract dysfunction // *Quality of Life Newsletter.* - 2001. - №26. - P.20-21.
136. Rocco M.V., Gassman J.J., Wang S.R., Kaplan R.M. Cross-sectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients: the Modification of Diet in Renal Disease Study // *Am. J. Kidney Dis.* - 1997. - Vol. 29, №6. - P. 888-896.
137. Sadler J.H. Health promotion for end-stage renal disease patients // *Advances in Renal Replacement Therapy.* - 1998. - Vol. 5, №4. - P. 275-285.
138. Safdar N., Baakza H., Kumar H., Naqvi S.A. Non-compliance to diet and fluid restrictions in haemodialysis patients // *J.Pakistan Med. Assoc.* - Vol. 45, №11. - P. 293-295.
139. Schatell D., Thompson N., Oberley E. Life options patient opinion study identifies keys to a long life for dialysis patients // *Nephrol. News & Issues.* - 1999. - Vol. 13, №4. - P. 24-26.
140. Schipper H., Clinch J.J., Olweny C.L.M. Quality of life studies: definitions and conceptual issues // *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* / Spilker B. - Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996. - P. 11-23.
141. Sciarini P., Dungan J.M. A holistic protocol for management of fluid volume excess in hemodialysis patients // *ANNA J.* - 1996. - Vol. 23. - P. 298-302.
142. Sensky T., Leger C., Gilmour S. Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic hemodialysis // *Psychother. Psychosom.* - 1996. - Vol. 65. - P. 35-39.
143. Sesso R., Yoshihiro M.M. Time of diagnosis of chronic renal failure and assessment of quality of life in haemodialysis patients // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 1997. - Vol. 12, №10. - P. 2111-2116.
144. Shidler N.R., Peterson R.A., Kimmel P.L. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency // *Amer. J. Kidney Dis.* - 1998. - Vol. 32, №4. - P. 557-566.
145. Slevin M.L., Plant H., Lynch D. Who should measure quality of life - the doctor or the patient? // *Br. J. Cancer.* - 1988. - Vol. 57. - P. 109-112.
146. Sloan R.S., Kastan B., Rice S.I. et al. Quality of life during and between hemodialysis treatments: role of L-carnitine supplementation // *Amer. J. Kidney Dis.* - 1998. - Vol.32, №2. - P. 265-272.
147. Somer T., Vodopivec S., Sakac V. et al. Locus of control, stress and coping in patients on hemodialysis // *Nephrol. Dial. Transplant.* - 2002. - Vol. 17, Abstracts, Suppl.1. - P.298-299.
148. Steele T.E., Baltimore D., Finkelstein S.H. et al. Quality of life in peritoneal dialysis patients // *J. Nervous Mental Dis.* - 1996. - Vol. 184, №6. - P.368-374.
149. Strauss W.E., Fortin T., Hartigan P. A comparison of quality of life scores in patients with angina pectoris after angioplasty compared with after medical therapy // *Circulation.* - 1995. - Vol. 92, №7. - P. 1710-1719.
150. Szabo E., Moody H., Hamilton T. et al. Choice of treatment improves quality of life. A study on patients undergoing dialysis // *Arch. Intern. Med.* - 1997. - Vol. 157, №12. - P. 1352-1356.
151. Tannock I. F. Treating the patient, not just the cancer // *N. Engl. J. Med.* - 1987. - Vol. 317. - P. 1534-1535.
152. Tannock I.F., Osoba D., Stockler M.R. Mitoxantrone // *J. Clin. Oncol.* - 1996. - Vol.14, №6. - P.1756-1764.
153. Tawney K.W., Tawney P.J., Hladik G. et al. The life readiness program: a physical rehabilitation program for

patients on hemodialysis // Amer. J. Kidney Dis.- 2000.- Vol. 36, №3.- P. 581-591.

154. Testa M., Simonson D.C. Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus // JAMA.- 1998.- Vol.280, №17.- P.1490-1496.

155. Trbojevic J., Zivkovic M. Kvalitet zivota osoba s hronicnom insuficijencijom bubrega: uticaj razvoja bolesti i razlicitih nacina lecenja // Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo.- 1997.- Vol. 125, №7-8.- P. 223-227.

156. Trbojevic J., Nesic D., Stojimirovic B. Uticaj razlicitih nacina lecenja bolesnika s hronicnom insuficijencijom bubrega na kvalitet zivota bolesnika // Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo.- 1998.- Vol. 126, №9-10.- P. 374-378.

157. Valderrabano F., Jofre R., Lopez-Gomez J.M. Quality of life in end-stage renal disease patients // Amer. J. Kidney Dis.- 2001.- Vol. 38, №3.- P.443-464.

158. Van Ganse E., Laforest L. Determinants of quality of life in a survey of asthma patients // Quality of Life Newsletter.- 2001.- №27.- P.13-14.

159. Velanovich V. Investigations into quality of life outcomes after minimally invasive surgery // Quality of Life Newsletter.- 2000.- №24.- P.18 -19.

160. Vives T., Pujolar N., Junyent E. et al. Adherence to treatment and personality in renal failure // Edtna-Erca J.- 1999.- Vol. 25, №3.- P. 13-14, 18.

161. Waiser J., Budde K., Schreiber M. et al. The quality of life in end stage renal disease care // Transplant. Int.- 1998.- Vol. 11, Suppl. 1.- P. S42-S45.

162. Wan C., Zhang C., Zhang Yu. Development and evaluation of the chinese version of the FACT-LV1.0 for patients

with lung cancer // Quality of Life Newsletter.- 2001.- №27.- P.19.

163. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. - Boston, 1993. - P. 1-22.

164. Welch J.L., Austin J.K. Quality of life in black hemodialysis patients // Advances in Renal Replacement Therapy.- 1999.- Vol. 6, №4.- P. 351-357.

165. White Y., Grenyer B.F. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners // J. Advanced Nursing.- 1999.- Vol.30, №6.- P. 1312-1320.

166. Wiebe J.S., Christensen A.J. Health beliefs, personality, and adherence in hemodialysis patients: an interactional perspective // Ann. Behav. Med.- 1997.- Vol. 19.- P. 29-32.

167. Wight J.P., Edwards L., Brazier J. et al. The SF36 as an outcome measure of services for end stage renal failure // Quality in Health Care.- 1998.- Vol.7, №4.- P. 209-221.

168. World Health Organization. Basic Documents. 26th ed. Geneva WHO.- 1976.- Vol. 1.

169. Wu A.W., Fink N.E., Cagney K.A. et al. Developing a health-related quality-of-life measure for end-stage renal disease: The CHOICE Health Experience Questionnaire // Amer. J. Kidney Dis.- 2001.- Vol. 37, №1.- P. 11-21.

170. Zemtchenkov A.Yu., Vasilieva I.A., Petrova N.N., Eidelstein V.A. Psychological aspects of quality of life in end-stage renal failure // Abstracts of the XXXVIII Congress of the European Renal Association European Dialysis and Transplant Association. June 24-27, 2001.- Vienna, Austria.- P. 270.

Поступила в редакцию 12.04.2002 г.