

© Н.Н. Пикалова, Е.А. Мовчан

УДК 616.6

ОБЩИЙ ОПРОСНИК SF-36 В ИЗУЧЕНИИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛЮДЕЙ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Пикалова Н. Н., Мовчан Е. А. (Новосибирск, Россия)

Общий опросник SF-36 («SF-36 Health Status Survey») использовался с целью изучения качества жизни (КЖ) у 76 пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении программным гемодиализом (ПГД) в областном нефрологическом центре г. Новосибирска. Показано, что параметры КЖ пациентов на ПГД по большинству шкал опросника SF-36 ниже, чем в здоровой популяции и зависят от ряда характеристик пациентов. Выявлено отрицательное влияние возраста, длительности лечения ПГД в основном на физические показатели КЖ, а увеличение частоты госпитализаций – на психические компоненты КЖ. Наличие трудовой занятости с преимущественно умственным характером труда повышает отдельные показатели физического и психического здоровья, тогда как увеличение числа госпитализаций негативно сказывается на психических компонентах КЖ гемодиализных больных.

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

Изучение качества жизни (КЖ) в медицине приобретает в последние десятилетия все большую актуальность [5]. Опросник SF-36 («SF-36 Health Status Survey») является наиболее распространенным общим опросником для изучения КЖ в популяции и при различных соматических заболеваниях, позволяющим оценивать удовлетворенность больных уровнем своего функционирования в условиях болезни. [11].

В России, как и во всем мире, число пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТХПН) увеличивается и большинство из них получают заместительную почечную терапию методом

программного гемодиализа (ПГД) [1]. Выживаемость пациентов на ПГД перестала быть единственным критерием результата лечения. Современные технологии ПГД позволяют увеличить продолжительность жизни, однако вопрос о качественном ее содержании в отечественной нефрологии остается мало изученным, а опыт применения с этой целью опросника SF-36 сравнительно невелик [2–3; 8].

Целью работы явилось использование опросника SF-36 для изучения КЖ и факторов, определяющие уровень основных показателей КЖ у пациентов на ПГД.

Пикалова Наталья Николаевна – аспирант кафедры внутренних болезней, Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития.

Мовчан Елена Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней, Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития.

E-mail: pikalovann@mail.ru

Материалы и методы. В исследование методом случайной выборки были включены 76 пациентов с ТХПН, находившихся на лечении ПГД в областном нефрологическом центре на базе ГБУЗ НСО «Государственная

Новосибирская областная клиническая больница». Общая характеристика обследованных пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Общая характеристика пациентов, находящихся на лечении программным гемодиализом (n=76).

Признак	Число больных	
	абс.	%
Пол:		
мужской	46	60,5
женский	30	39,5
Возраст (годы):		
18 – 44 (молодой)	58	76,3
45 – 59 (зрелый)	18	23,7
Средний возраст (M±σ, лет) (min-max)	37,8±8,9 (22-62)	
Средний возраст мужчин (M±σ, лет) (min-max)	39,0±8,9 (24-62)	
Средний возраст женщин (M±σ, лет) (min-max)	36,0±8,6 (22-50)	
Всего лиц брачного возраста, из них	76	
– состоит в браке	44	57,9
– не состоит в браке	32	42,1
Образование:		
– высшее	21	27,6
– среднее, среднее специальное	55	72,4
Не имеют трудовой занятости	49	64,5
Имеют трудовую занятость, из них:	27	35,5
– преимущественно умственный труд	20	74
– преимущественно физический труд	7	26
Продолжительность лечения ПГД (годы)		
до 1	5	6,6
1 – 5	29	38,1
более 5	42	55,3
Средняя продолжительность лечения ПГД (Me, мес) (min-max)	78,5 (38,7;116,2) (6-226)	
Частота госпитализаций (за каждые 12 мес. наблюдения):		
– более одной	8	10,5
– не более одной	26	34,2
– менее одной	42	55,3
Индекс адекватности диализа Kt/V		
<1,2	21	27,6
≥1,2	55	72,4

Опросник SF-36, примененный для изучения КЖ у обследованных больных, включает 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал:

1. физическое функционирование, т.е. способность выдерживать физические нагрузки (ФФ);
2. ролевое физическое функционирование, отражающее влияние физического состояния на повседневную деятельность (РФФ);
3. интенсивность боли и влияние боли на повседневную деятельность (Б);
4. общее состояние здоровья (ОЗ);
5. общая активность, витальность (энергичность) (Э);
6. социальное функционирование (СФ);
7. ролевое эмоциональное функционирование, характеризующее влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность (РЭФ);
8. психическое здоровье (ПЗ).

Шкалы с 1 по 4 характеризуют оценку пациентами своего физического здоровья, в шкалах с 5 по 8 отражаются основные параметры психического здоровья.

Самооценка соответствующих показателей проводилась каждым пациентом с ТХПН на ПГД после ознакомления с информированным согласием. Респонденты оценивали свое состояние в баллах (от 0 до 100). Соответственно, чем меньше ограничений, относящихся к каждой из указанных шкал, тем выше показатель, оценивающий ту или иную сторону жизни пациента.

Статистическая обработка результатов выполнена по программе SPSS 11.5 и включала расчет средней и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$), медианы (Me), 25 и 75 квартилей, достоверности различий между

группами по Манну-Уитни, корреляционных связей – по ранговому методу Спирмена (r_s). Проводился линейный и пошаговый множественный регрессионный анализ. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Средние показатели КЖ обследованных пациентов на ПГД по шкалам опросника SF-36 представлены в таблице 2. При сравнении соответствующих параметров КЖ пациентов на ПГД со здоровой российской популяцией оказалось, что по всем шкалам физического здоровья у пациентов на ПГД КЖ достоверно ниже, однако по шкалам витальности, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования показатели сопоставимы со здоровыми лицами, а по шкале психического здоровья достоверно превышают их. Данные результаты совпадают с выводами других исследователей и, очевидно, объясняются тем, что на фоне сниженной физической активности снижается уровень притязаний, завышенных ожиданий с одной стороны, а с другой – возникшая необходимость в адаптации к новым условиям жизни актуализирует различные способы совладения со стрессом [2–3, 6; 13; 15].

При анализе параметров КЖ с учетом различий по полу просматриваются следующие тенденции. У мужчин достоверно ниже все показатели физического компонента здоровья, витальности и социального функционирования, а среди женщин при статистически значимом снижении физического функционирования по трем из 4-х шкал показатели психологического компонента здоровья достоверно выше, чем у здоровых лиц.

Таблица 2.

 Показатели КЖ пациентов на ПГД в сравнении со здоровыми лицами ($M \pm \sigma$).

Группы обследованных	Показатели шкал опросника SF-36 (баллы)							
	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Э	СФ	РЭФ	ПЗ
1. Пациенты на ПГД (n=76)	69,6± 21,3	49,3± 41,7	58,2± 25,7	47,2± 17,3	56,6± 20,5	68,5± 24,3	65,7± 41,3	66,3± 16,1
2. *Здоровые лица (n=2114)	79,6± 22,0	64,9± 37,0	66,4± 25,0	54,1± 19,4	56,2± 18,2	68,0± 22,1	66,5± 36,7	58,0± 16,4
p ₁₋₂	0,001	0,001	0,006	0,001	0,867	0,860	0,868	0,001
3. Пациенты на ПГД мужчины (n=46)	69,1± 23,1	44,5± 44,4	56,2± 28,4	44,2± 15,8	53,8± 21,0	63,8± 24,3	63,7± 42,0	65,6± 15,9
4. *Здоровые мужчины (n=895)	83,7± 21,2	70,5± 35,0	69,4± 25,7	57,5± 19,5	60,1± 17,7	71,6± 22,3	70,9± 34,9	61,8± 15,9
p ₃₋₄	0,001	0,001	0,002	0,001	0,046	0,033	0,254	0,114
5. Пациенты на ПГД женщины (n=30)	69,6± 18,5	55,0± 37,3	60,8± 20,9	52,5± 18,5	61,0± 18,8	75,4± 22,6	66,6± 41,9	67,7± 16,4
6. *Здоровые женщины (n=1219)	76,5± 22,0	60,7± 37,8	64,2± 24,1	51,6± 18,9	53,3± 17,9	66,7± 21,6	63,3± 37,6	55,2± 16,1
p ₅₋₆	0,045	0,408	0,381	0,793	0,027	0,038	0,669	0,001

Примечание. * российская популяция [Новик А.А., Ионова Т.И., 2002]. Здесь и в табл. 3, 4, 5: ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровья; Э – энергичность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье

Внутри обследованной группы гемодиализных больных (табл. 3) показатели КЖ у женщин по всем шкалам выше, чем у мужчин. Однако достоверность различий просматривается только по шкале социального функционирования ($p=0,022$), которая отражает ограничение социальной активности физическим и эмоциональным состоянием респондента.

Разделение пациентов по возрастным группам (молодого возраста – от 18 до 44 лет, и зрелого возраста – от 45 до 60 лет, согласно классификации ВОЗ) дало возможность

выявить следующие различия. Среди гемодиализных пациентов молодого возраста все показатели КЖ оказались выше, чем у больных зрелого возраста, однако статистически значимой достоверности не обнаружено. При сравнении КЖ в разных возрастных группах в зависимости от пола по всем шкалам SF-36 прослеживалась та же статистически не подтвержденная закономерность и только у женщин молодого возраста показатель общего здоровья (оценка больными своего состояния здоровья) был достоверно выше по сравнению с женщинами

зрелого возраста ($p=0,025$). Сопоставление параметров КЖ между женщинами и мужчинами молодого возраста обнаружило более высокие уровни в показателях общего здоровья и социального функционирования у женщин ($p=0,010$ и $p=0,036$ соответственно). Между мужчинами и женщинами зрелого

возраста значимых различий в КЖ не выявлено, хотя практически по всем параметрам, за исключением психического здоровья, женщины зрелого возраста имели более высокие показатели по сравнению с мужчинами.

Таблица 3.

Показатели КЖ пациентов на ПГД в зависимости от пола и возраста ($M \pm \sigma$).

Группы пациентов на ПГД	Показатели шкал опросника SF-36 (баллы)							
	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Э	СФ	РЭФ	ПЗ
1. Мужчины (n=46)	69,1± 23,1	44,5± 44,4	56,2± 28,4	44,2± 15,8	53,8± 21,0	63,8± 24,3	63,7± 42,0	65,6± 15,9
2. Женщины (n=30)	69,6± 18,5	55,0± 37,3	60,8± 20,9	52,5± 18,5	61,0± 18,8	75,4± 22,6	66,6± 41,9	67,7± 16,4
p_{1-2}	0,957	0,234	0,408	0,056	0,239	0,022	0,744	0,579
3. Возраст 18 – 44 лет (n=58)	71,3± 20,0	52,6± 41,2	59,7± 24,8	49,5± 17,5	57,5± 20,8	68,5± 25,3	67,8± 40,4	67,1± 16,8
4. Возраст 45 – 60 лет (n=18)	63,0± 24,5	36,1± 42,2	52,7± 28,1	41,1± 15,8	53,9± 19,1	68,0± 20,6	55,5± 45,7	64,4± 13,3
p_{3-4}	0,210	0,134	0,345	0,164	0,275	0,852	0,265	0,380
5. Мужчины 18 – 44 лет (n=35)	71,4± 21,7	48,5± 43,6	57,6± 26,3	44,4± 16,1	53,8± 21,2	63,6± 25,0	66,6± 38,7	65,0± 16,3
6. Мужчины 45 – 60 лет (n=11)	61,8± 26,8	31,8± 46,2	51,7± 35,2	43,5± 15,6	53,6± 21,5	64,7± 22,9	54,5± 52,2	67,6± 15,0
p_{5-6}	0,387	0,296	0,461	0,879	0,685	0,819	0,542	0,819
7. Женщины 18 – 44 лет (n=23)	71,0± 17,6	58,6± 37,3	62,7± 22,6	57,1± 16,9	63,0± 19,4	76,1± 24,3	69,5± 43,7	70,3± 17,4
8. Женщины 45 – 60 лет (n=7)	65,0± 22,1	42,8± 37,4	54,2± 12,9	37,4± 16,4	54,2± 16,1	73,2± 16,8	57,1± 37,0	59,4± 9,0
p_{7-8}	0,386	0,360	0,631	0,025	0,207	0,532	0,386	0,096
p_{5-7}	0,743	0,325	0,478	0,010	0,196	0,036	0,632	0,191
p_{6-8}	0,791	0,479	0,536	0,479	0,930	0,425	0,989	0,211

Полученные данные не противоречат выводам большинства исследователей, которые заключают, что у пациентов на ГД молодого возраста показатели КЖ оказываются выше по сравнению со старшими возрастными группами [2–3; 6; 8; 13]. Однако по данным литературы КЖ у гемодиализных больных мужского пола по большинству параметров выше по сравнению с женщинами

[2; 6; 10; 12–13; 15]. Нами выявлена противоположная тенденция, указывающая на более качественную оценку жизни на ПГД респондентами – женщинами.

КЖ является интегрированной оценкой физического, психического и социального аспекта жизнедеятельности, которые связаны между собой [4]. Поэтому был проведен анализ показателей опросника SF-36 у

больных на ПГД в зависимости от уровня образования, трудовой занятости, характера труда и семейного положения (табл. 4).

Литературные данные по вопросу о влиянии образования на КЖ гемодиализных больных неоднозначны. Большинство авторов делают выводы о положительном влиянии

уровня образования на КЖ [13–14], по мнению других, уровень образования не влияет на его показатели [2; 4]. Среди наших пациентов также не обнаружено значимых различий по параметрам КЖ между группами пациентов с высшим или средним и средним специальным образованием.

Таблица 4.

Показатели КЖ пациентов на ПГД в зависимости от образования, трудовой занятости, характера труда и семейного положения ($M \pm \sigma$).

Группы пациентов на ПГД	Показатели шкал опросника SF-36 (баллы)							
	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Э	СФ	РЭФ	ПЗ
Образование								
1. Высшее (n=21)	71,1± 19,0	44,0± 43,2	55,8± 27,7	48,9± 18,6	55,2± 19,2	71,4± 21,3	63,5± 43,3	67,4± 15,7
2. Среднее, среднее специальное (n=55)	68,6± 22,2	50,4± 41,5	58,8± 25,0	46,9± 16,9	57,2± 20,9	67,3± 25,3	65,4± 41,5	66,1± 16,3
p ₁₋₂	0,730	0,508	0,445	0,789	0,645	0,671	0,838	0,608
Трудовая занятость								
3. Есть (n=27)	75,0± 21,2	49,0± 43,5	60,5± 25,4	48,3± 17,1	59,0± 16,8	72,2± 22,0	62,9± 44,6	69,6± 14,5
4. Нет (n=49)	66,2± 20,9	48,4± 41,2	56,6± 25,9	47,0± 17,6	55,3± 22,1	66,3± 25,2	65,9± 40,5	64,7± 16,6
p ₃₋₄	0,073	0,924	0,742	0,449	0,524	0,387	0,853	0,346
Характер труда								
5. Преимущественно умственный (n=20)	76,0± 22,1	51,2± 43,2	62,7± 25,8	50,5± 16,1	60,0± 18,4	75,6± 22,0	65,0± 46,4	72,6± 12,9
6. Преимущественно физический (n=7)	72,1± 19,9	42,8± 47,2	54,1± 25,0	42,0± 19,6	56,4± 11,4	62,5± 20,4	57,1± 41,7	61,1± 16,4
p ₅₋₆	0,498	0,646	0,370	0,263	0,533	0,198	0,766	0,031
Семейное положение								
7. Состоит в браке (n=44)	69,4± 21,5	48,3± 41,5	60,7± 24,3	44,3± 15,9	56,9± 17,7	68,4± 22,9	61,3± 41,8	66,6± 14,7
8. Не состоит в браке (n=32)	69,2± 21,3	49,2± 42,8	54,3± 27,2	51,9± 18,4	56,2± 23,9	68,3± 26,1	69,7± 41,7	66,2± 17,9
p ₇₋₈	0,975	0,957	0,476	0,114	0,891	0,873	0,317	0,895

При наличии трудовой занятости наши респонденты имели более высокие показатели КЖ по большинству шкал, но статистически достоверных различий не обнаружено.

Выявлено, что в случаях преобладания умственного характера труда все показатели КЖ выше и статистическая достоверность достигнута по шкале психического здоровья.

Это может объясняться тем, что люди, занятые умственным трудом, в большей степени способны адаптироваться к условиям жизни и совладать со стрессовыми ситуациями. Подавляющее большинство авторов делают вывод о положительном влиянии трудовой занятости на показатели КЖ [3; 13–14]. В работе И. А. Васильевой [2] показано, что трудовая занятость является значимым независимым фактором показателя психологического здоровья. Отдельные авторы не находят такой зависимости [4].

Нами не обнаружено различий по уровню показателей КЖ в зависимости от семейного положения у обследованных пациентов на ПГД. Литературные данные по

данному вопросу противоречивы. По мнению одних авторов, наличие семьи оказывает положительное влияние на КЖ диализных больных [13], в других исследованиях подобной зависимости также не выявлено [2].

Анализ физических и психических составляющих КЖ по опроснику SF-36 в зависимости от клинических характеристик пациентов (табл. 5) показал, что при адекватном диализе ($Kt/V \geq 1,2$) показатели КЖ по всем шкалам выше, а статистическая достоверность достигнута по шкалам физического функционирования, витальности, социального функционирования. Полученные данные совпадают с выводами других авторов [10; 15].

Таблица 5.

Показатели КЖ пациентов на ПГД в зависимости от адекватности и длительности диализа, частоты госпитализаций ($M \pm \sigma$).

Группы пациентов на ПГД	Показатели шкал опросника SF-36 (баллы)							
	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Э	СФ	РЭФ	ПЗ
Индекс адекватности ПГД Kt/V								
1. $<1,2$ ($n=21$)	60,2± 23,6	36,9± 39,2	49,9± 24,3	43,8± 14,2	46,6± 20,9	57,7± 24,5	63,5± 40,6	62,6± 17,2
2. $\geq 1,2$ ($n=55$)	73,1± 19,9	53,5± 42,7	61,6± 25,9	48,6± 19,1	60,9± 19,7	73,9± 22,9	65,9± 42,7	68,9± 15,4
p_{1-2}	0,019	0,120	0,080	0,520	0,014	0,011	0,714	0,137
Длительность ПГД (годы)								
3. до 1 ($n=5$)	72,5± 18,2	40,0± 41,8	57,2± 25,5	60,8± 10,8	43,0± 20,1	55,0± 37,0	53,3± 44,7	56,8± 14,5
4. 1-5 ($n=29$)	65,1± 24,9	51,7± 41,1	62,1± 24,5	43,8± 17,9	58,2± 19,5	67,7± 23,5	58,6± 43,3	67,4± 16,6
5. более 5 ($n=42$)	71,9± 18,8	47,6± 43,0	55,2± 26,6	48,4± 16,9	57,1± 20,8	70,5± 23,0	70,6± 40,4	66,9± 15,7
p_{3-4}	0,671	0,571	0,637	0,016	0,089	0,420	0,888	0,232
p_{4-5}	0,340	0,676	0,176	0,218	0,467	0,849	0,188	0,769
p_{3-5}	0,987	0,725	0,776	0,095	0,228	0,409	0,449	0,256
Частота госпитализаций (за каждые 12 мес. наблюдения)								
5. Более одной ($n=8$)	55,0± 26,9	25,0± 37,7	48,1± 26,3	40,8± 16,5	42,5± 22,2	45,3± 29,0	54,1± 43,4	62,5± 17,6

6. Не более одной (n=26)	68,0± 21,3	53,8± 44,5	60,5± 25,5	50,1± 18,4	54,8± 21,7	70,1± 20,3	62,8± 42,5	62,6± 16,0
7. Менее одной (n=42)	72,8± 19,3	50,0± 40,1	58,3± 25,7	47,1± 16,8	60,4± 18,2	71,7± 23,5	68,2± 41,6	69,6± 15,4
p ₅₋₆	0,253	0,130	0,485	0,253	0,270	0,047	0,647	0,765
p ₆₋₇	0,373	0,754	0,954	0,429	0,181	0,822	0,533	0,101
p ₅₋₇	0,061	0,105	0,474	0,442	0,047	0,034	0,397	0,341

Для сравнения показателей КЖ в зависимости от длительности лечения пациенты были разделены на группы с продолжительностью ПГД до одного года, от года до 5 лет и более 5 лет. Пациенты в течение первого года лечения оценивают свое общее здоровье существенно выше, чем пациенты с длительностью лечения от 1 до 5 лет ($p=0,016$). По всем шкалам психической составляющей КЖ начинающие заместительную почечную терапию имели самые низкие показатели по сравнению с более длительно получающими гемодиализ, что может объясняться мощным стрессовым воздействием ПГД в начале лечения. С увеличением длительности лечения ПГД средние уровни оценок респондентов по шкалам физического компонента здоровья колеблются. Так, по шкалам физического функционирования и общего здоровья больные с длительностью терапии более 5 лет недостоверно опережают пациентов, получающих ПГД менее 5 лет, а по ролевому физическому функционированию и параметру боли уступают им ($p=0,676$ и $p=0,176$ соответственно). Психическое здоровье пациентов на ПГД по мере продолжения лечения стабилизируется и даже улучшается. Об этом свидетельствуют наиболее высокие показатели шкал социального и ролевого эмоционального функционирования и сопоставимые значения по шкалам энергичности и психического здоровья в группе пациентов со сроками ПГД более 5 лет. По данным других исследователей, с

увеличением длительности лечения ПГД физические компоненты КЖ снижаются, а психологические остаются на том же уровне или повышаются, что объясняется ухудшением соматического состояния пациентов, в то время как формируется психологические механизмы защиты [4; 6; 9–10; 15].

Изучение показателей КЖ в зависимости от частоты госпитализаций показало, что с их увеличением снижаются в основном психологические компоненты здоровья, по шкалам витальности и социального функционирования эти различия достигают статистической достоверности. Та же тенденция обнаружена А. Zhang [16].

Данные корреляционного анализа подтвердили, что возраст отрицательно влияет на большинство показателей физической и психологической составляющей КЖ пациентов на ПГД (табл. 6). Наличие трудовой занятости и преобладание умственного характера труда положительно коррелирует с большинством показателей, наиболее сильная корреляция обнаружена по шкале психического здоровья ($r_s=0,35$; $p=0,001$). Выявлена отрицательная корреляция по шкале общего здоровья с семейным положением респондентов. Можно предполагать, что микросоциальная поддержка, способствующая повышению качества жизни у таких пациентов [6], определяется не только наличием семьи, но и конкретными внутрисемейными отношениями.

Таблица 6.
 Корреляционные связи между показателями шкал опросника SF-36 и некоторыми характеристиками пациентов на ПГД (r_s).

Признак	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Э	СФ	РЭФ	ПЗ
Возраст	-0,14	-0,15	-0,03	-0,25	-0,15	0,01	-0,09	-0,16
p	0,034	0,022	0,675	0,001	0,023	0,951	0,180	0,014
Наличие трудовой занятости	0,19	0,01	0,07	0,04	0,09	0,12	-0,04	0,15
p	0,003	0,917	0,275	0,590	0,180	0,076	0,600	0,026
Преимущественно умственный характер труда	0,08	0,09	0,15	0,22	0,09	0,27	0,08	0,35
p	0,472	0,445	0,178	0,046	0,400	0,016	0,486	0,001
Состоит в браке	0,01	-0,11	0,12	-0,22	0,02	0,01	-0,10	0,01
p	0,941	0,869	0,063	0,001	0,803	0,971	0,131	0,857
Адекватность диализа	0,18	0,13	0,12	0,21	0,26	0,23	0,01	0,11
p	0,129	0,260	0,319	0,069	0,022	0,044	0,981	0,352
Длительность ПГД	0,01	-0,13	-0,23	-0,12	-0,02	0,06	0,05	0,04
p	0,956	0,049	0,001	0,062	0,784	0,335	0,421	0,589
Частота госпитализаций	-0,24	-0,12	-0,07	-0,04	-0,26	-0,26	-0,11	-0,20
p	0,001	0,084	0,280	0,520	0,001	0,001	0,110	0,002

Адекватность диализа положительно коррелировала с показателями КЖ. Длительность ПГД имела отрицательную корреляцию с такими показателями физической составляющей КЖ как влияние физического состояния на повседневную деятельность (РФФ) и влияние боли на повседневную деятельность (Б). С увеличением частоты госпитализаций образуется отрицательная корреляционная связь с физическим функционированием, энергичностью, социальным функционированием и психическим здоровьем.

Для выявления основных факторов, оказывающих влияние на базовые показатели КЖ пациентов на ПГД, проводился линейный, затем пошаговый множественный регрессионный анализ. В качестве зависимых переменных выступали шкалы опросника SF-36, в качестве независимых – пол, возраст, продолжительность лечения ПГД, уровень образования, наличие трудовой занятости,

характер труда, семейное положение, адекватность диализа, длительность ПГД, частота госпитализаций. Пошаговый регрессионный анализ выявил по шкале ФФ связь с частотой госпитализаций ($R^2=0,058$; $V=-7,542$; $p=0,036$), по шкале РФФ – с возрастом, частотой госпитализаций (R^2 модели =0,337; $p=0,007$), по шкале Б – с длительностью ПГД ($R^2=0,156$; $V=-0,237$; $p=0,041$), по шкале ОЗ – с возрастом ($R^2=0,060$; $V=-0,477$; $p=0,033$), по шкале Э – с возрастом, частотой госпитализаций (R^2 модели =0,088; $p=0,001$), по шкале СФ – с преимущественно умственным характером труда ($R^2=0,071$; $V=13,150$; $p=0,016$), РЭФ – с возрастом ($R^2=0,159$; $V=-1,794$; $p=0,039$), ПЗ – с возрастом ($R^2=0,149$; $V=-0,566$; $p=0,047$).

Заключение. Таким образом, использование общего опросника SF-36 позволило оценить основные составляющие физического и психического здоровья пациентов на ПГД и подтвердить снижение

КЖ этих больных по сравнению со здоровой популяцией. Наиболее значимыми факторами, оказывающими отрицательное влияние на физические показатели КЖ, являются возраст и длительность ПГД. Частота госпитализаций определяет снижение ролевого физического функционирования и параметров психического здоровья гемодиализных больных. Возраст, частота госпитализаций влияют, в первую очередь, на энергичность пациентов. Кроме того, возраст лимитирует ролевое физическое и эмоциональное

функционирование, общее и психическое здоровье у больных, получающих программный гемодиализ. Позитивное влияние на основные параметры психического компонента КЖ пациентов на ПДГ оказывает наличие трудовой занятости и преимущественно умственный характер труда. Наиболее отчетливо у пациентов на ПГД прослеживается влияние умственного характера труда на уровень самооценки по шкале социального функционирования опросника SF-36.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Бикбов Б.Т., Томилина Н.А.** Состояние заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2009 гг. // Нефрология и диализ. – 2011. – Т. 13. – № 3. – С. 150–264.
2. **Васильева И.А.** Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы оценки и подходы к коррекции: автореф. дис. ... док. псих. наук. – Санкт-Петербург, 2010. – 45 с.
3. **Горин А.А.** Качество жизни и пограничные психические расстройства у больных на программном гемодиализе: Автореферат дисс. уч. ст. канд. мед. наук. – Москва, 2005. – 24 с.
4. **Горин А.А., Денисов А.Ю., Шилов В.Ю.** Комплексный подход к оценке качества жизни больных, находящихся на программном гемодиализе // Нефрология и диализ. – 2001. – № 2. – С. 128–131.
5. **Новик А.А., Матвеев С.А., Ионов Т.И. и др.** Оценка качества жизни больного в медицине // Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10–13.
6. **Петрова Н.Н.** Концепция качества жизни у больных на заместительной почечной терапии // Нефрология и диализ. – 2002. – № 1. – С. 9–14.
7. **Петрова Н.Н., Тимофеева М.М., Челноков Б.Н., Васильев В.В.** Эффективность гемодиализа и качество жизни больных // Нефрология. – 1997. – Т.1(3). – С. 77–81.
8. **Ткалич Л.М.** Качество жизни и функциональное состояние вегетативной нервной системы у больных с хронической почечной недостаточностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2003. – 25 с.
9. **Чеснокова Ю.Л., Павлова В.Ю., Чеснокова Л.Д., Барбараш О.Л., Шраер Т.И.** Показатели качества жизни у больных с хронической почечной недостаточностью, получающих различные виды терапии (консервативная и гемодиализ). [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.hd13.ru/article/1129> (дата обращения: 30.04.2012).
10. **Шостка Г.Д., Ряснянский В.Ю., Кучеева Н.М., Филимонова И.В.** Определение ограничений жизнедеятельности (ОЖД) у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН) на бикарбонатном гемодиализе (БГД). [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.hd13.ru/article/1129> (дата обращения: 30.04.2012).
11. **Coons S., Rao S., Keininger D., Hays R.A.** Comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*. – 2000. – Т. 17. – № 1. – С. 13–35.

12. **Kontodimopoulos N., Pappa E., Niakas D.** Gender- and age-related benefit of renal replacement therapy on health-related quality of life // Scand J Caring Sci. – 2009. – Т. 23. – № 4. – С. 721–729.
13. **Kusztal M., Nowak K., Magott-Procelewska M., Weyde W., Penar J.** Evaluation of health-related quality of life in dialysis patients. Personal experience using questionnaire SF-36 // Pol Merkur Lekarski. – 2003. – № 14. – С. 113–117.
14. **Lopes A. et al.** Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS // Qual Life Res. – 2007. – Т. 16(4). – С. 545–557.
15. **Unruh M., Benz R., Greene T.** Effects of hemodialysis dose and membrane flux on health-related quality of life in the HEMO Study // Kidney International. – 2004. – № 66. – С. 355–366.
16. **Zhang A., Cheng L., Zhu N., Sun L., Wang T.** Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China // Health Qual Life Outcomes. – 2007. – № 5. – С. 49.

UDC 616.6

THE GENERAL QUESTIONNAIRE SF-36 IN THE STUDY OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS ON PROGRAM HEMODIALYSIS

N.N. Pikalova, E.A. Movchan (Novosibirsk, Russia)

The general questionnaire SF-36 («SF-36 Health Status Survey») was used to examine the quality of life (QoL) in 76 patients with terminal chronic renal failure who are treated by program hemodialysis (PGD) in the regional nephrological center in Novosibirsk. It is shown that the parameters of QoL of patients on the PGD in the majority scales SF-36 is lower than in the healthy population and depend on a series of characteristics of the patients. Detected the negative effect of age, duration of treatment of PGD mainly on physical indicators of QoL, and increased frequency of hospitalization - at the mental components of QoL. Availability of employment with a predominantly intellectual character of work increases the selected indicators of physical and mental health, while increasing the number of hospitalizations negative impact of the mental components of QoL of hemodialysis patients.

Keywords: *the general questionnaire SF-36, quality of life, hemodialysis.*

Pikalova Natalya Nikolaevna – postgraduate student, Department of Internal Medicine State budget educational institution of higher professional education, Novosibirsk State Medical University of Health and Social Development.
Movchan Elena Anatolyevna – MD professor, Department of Internal Medicine State budget educational institution of higher professional education, Novosibirsk State Medical University of Health and Social Development.
E-mail: pikalovann@mail.ru