

# Концепция качества жизни у больных на заместительной почечной терапии

**Н.Н. Петрова**

**Медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета**

## Conception of quality of life in patients at renal replacement therapy

**N.N. Petrova**

*Ключевые слова: качество жизни, хроническая почечная недостаточность, заместительная терапия.*

В современной философии качество жизни принято определять как социологическую категорию, выражающую степень удовлетворения потребностей людей. В индустриальных странах рост интереса к качеству жизни является показателем стремления к развитию целостного взгляда на человека, и в медицинские науки оно вошло на гребне волны гуманизации. На современном этапе развития медицины, характеризующемся стремительным становлением биопсихосоциальной парадигмы, основанной на адаптационной концепции Г. Селье, все более актуальной становится проблема не просто «выживания» больного, но и качества его жизни как меры оценки успешности лечебно-реабилитационных мероприятий. Наряду с традиционными показателями выживаемости, инвалидности, все большее внимание уделяется проблеме субъективной удовлетворенности больных жизнью в условиях болезни и лечения [3, 10]. Широкое использование категории «связанное со здоровьем качество жизни» (Health related quality of life) началось лишь в последнее время (в России – с 90-х годов). В медицине акцент делается на субъективной стороне болезни, субъективном восприятии болезни и лечения больным, нефизиологических аспектах болезни, субъективном ощущении благополучия или неблагополучия. В отличие от медицины в социальных науках, наоборот, внимание сосредоточено на объективных показателях качества жизни. В центре – понятие образа жизни («standard of living»), т. е. в большей степени внимание уделяется социальной составляющей качества жизни, которое оценивается экспертами. Субъективное благополучие («well-being») здесь – лишь один из показателей качества жизни, на который сильно влияют характеристики образа жизни. В социальных исследованиях понятие «качество жизни» охватывает много значений: от благосостояния целой нации до благополучия отдельно взятого индивида.

Несмотря на очевидную значимость, понятие «качество жизни» остается неопределенным, не выработаны единые принципы его оценки [19]. Существует некоторая аналогия с определением здоровья, когда качество жизни понимается как «гармония внутри человека

и между человеком и миром, к которому стремится больной, врач и общество». В этом плане понятие «качество жизни» сближается с понятием «психическая адаптация». Под адаптацией понимают установление оптимального равновесия между индивидом и средой при условии максимального удовлетворения потребностей и сохранения здоровья. Адаптация представляет собой системное многомерное понятие, включающее разные уровни функционирования личности. Успешная адаптация предполагает наличие гармонии между человеком и окружающим миром.

Как в случае адаптации к болезни и лечению, так и в случае реабилитации главная цель – восстановить (насколько это возможно) нарушенное в результате болезни равновесие (соответствие) человека (личности) и социальной среды. Реабилитация направлена на восстановление функционирования во всех сферах жизнедеятельности: психологической, социальной и физической.

Важно четко определить границы категории «качество жизни» и дифференцировать его от близких понятий адаптации и реабилитации. По нашим данным, высокое качество жизни далеко не всегда свидетельствует об успешности адаптации или реабилитации. Качество жизни отличается от вышеназванных понятий наличием субъективного компонента и характеризуется определенной степенью субъективной удовлетворенности больным жизнью, созданной в условиях болезни, лечения и реабилитации, что обуславливает психологическую опосредованность качества жизни и близость категории «качество жизни» к понятию внутренней картины болезни.

Адаптацию и реабилитацию традиционно оценивают, главным образом, по объективным критериям. Нам представляется целесообразным выделять субъективную и объективную оценки качества жизни, взаимодополняющие друг друга. Применительно к качеству жизни «объективные» критерии обеспечиваются оценкой его параметров врачом, психологом, родственниками, т. е. экспертной оценкой. Субъективный способ оценки базируется на самооценке (качество жизни оценивает

**Адрес для переписки:** 199034, Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7/9, медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета

**Телефон:** (812) 328-95-26. Петрова Наталия Николаевна

больной). Соответствие (коэффициент корреляции) между этими оценками весьма слабое, что делает оправданным сочетание этих подходов к изучению качества жизни.

В настоящее время разработано уже достаточно большое число шкал и методик, позволяющих оценить различные показатели качества жизни. В медицинской сфере существует более 60 инструментов для измерения качества жизни. Некоторые дают обобщенную оценку жизненного благополучия и общего состояния здоровья населения в целом или отдельных групп населения. Выделяют неспецифические и специфические опросники. Последние направлены на изучение качества жизни при определенных заболеваниях и являются болезнью-специфическими. Опросники должны быть стандартизированы, т. е. данные по отдельным шкалам опросника, полученные различными интервьюерами (исследователями), должны быть сравнимы. По мнению исследователей, опросник SF-36 – значимый индикатор, который следует внедрять в клиническую практику для длительных исследований, для оценки реакций больных на изменения в терапии и при принятии клинических решений.

Практически все получившие в настоящее время распространение опросники для исследования качества жизни позволяют оценивать субъективную составляющую – удовлетворенность больных уровнем своего функционирования в условиях болезни. Использование дополнительных экспериментально-психологических методик для изучения личностно-психологических особенностей больных, клиничко-катамнестических, социально-демографических данных обеспечивает экспертную оценку объективных показателей качества жизни. Сочетанная оценка дает наиболее полную, целостную картину эффективности лечения и реабилитации, но, как правило, когда мы анализируем качество жизни, опираясь на результаты обследования с применением существующих методов, речь идет именно о субъективной удовлетворенности больных.

Сфера исследований качества жизни – новая, интенсивно развивающаяся отрасль медицинской науки, в которой устоявшиеся стандарты еще отсутствуют. Сохраняет актуальность разработка общепринятого определения понятия «качество жизни» и адекватных методов его изучения. Нередко результаты исследований несопоставимы вследствие методологической и терминологической несогласованности, что обуславливает необходимость унификации методологических подходов к оценке качества жизни в различных областях.

Велико значение проблемы качества жизни в ситуации хронического заболевания, в том числе сопряженного с реальной угрозой жизни – соматогенной витальной угрозы. Поиск новых путей совершенствования помощи таким больным обуславливает необходимость интегративных, всесторонних исследований с привлечением специалистов различных профилей, изучением не только соматических, но и психологических аспектов проблемы.

Комплексное обследование больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) при различных методах заместительной терапии проводилось с использованием русской версии опросника SF-36 Health

Status Survey [16] в сочетании с клиническим, экспериментально-психологическими, демографическим и лабораторными методами. Использовался комплекс стандартизованных методик: 16-факторный личностный опросник Кеттелла, клиническая шкала депрессии Гамильтона и шкала самооценки депрессии Зунга, тест тревожности Спилбергера, опросник типов отношения к болезни, тест интеллекта Векслера, проективный цветовой тест Люшера, тест смысложизненных ориентаций, методики «Индекс жизненного стиля» и Хайма для изучения психологической защиты.

Проведено динамическое обследование 70 больных без ХПН, более 150 пациентов, получавших лечение методом перманентного гемодиализа, 60 больных, получавших перитонеальный диализ, 50 больных, перенесших трансплантацию почки.

При анализе данных мы исходили из положения, что методика SF-36 позволяет оценить субъективную удовлетворенность больных своим физическим, психическим состоянием и социальным функционированием.

Полученные результаты свидетельствуют о существенном снижении качества жизни больных с ХПН по сравнению с общей популяцией независимо от метода терапии. Особенно отличаются в худшую сторону характеристики физического здоровья (оценка способности к физическому функционированию ниже по сравнению с контрольной группой здоровых в 2 раза). Снижена способность к выполнению видов деятельности, связанной с будничными физическими нагрузками. Значительной выраженности достигает ограничивающее влияние болевого синдрома на функциональную активность. Имеется тесная сцепленность интенсивности переживания боли и удовлетворения потребности в физическом функционировании, энергичности, а также эмоционального состояния ( $p < 0,01$ ). Резко снижен показатель витальности (энергичности). Больные обнаруживают неудовлетворенность общим состоянием здоровья. Заметно ограничена возможность полноценной реализации потребности в социальной активности. Относительно в меньшей степени снижен показатель общего психического здоровья, однако ограничивающее влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование достигает значительной степени.

Развитие ХПН у больных с заболеваниями почек достоверно ухудшает качество жизни больных по всем параметрам (рис. 1) [6]. Лечение методом перманентного гемодиализа заметно улучшает большинство показателей качества жизни (рис. 2) [2]. В наибольшей степени эффективность гемодиализной терапии, его технические характеристики отражаются на показателях способности к физическому функционированию и ограничивающего влияния физического состояния на функционирование больных. Остальные компоненты качества жизни, оцениваемые с помощью SF-36, в значительной степени опосредованы социально-психологически. Перитонеальный диализ также сопряжен с повышением уровня качества жизни больных с ХПН по сравнению с додиализным этапом терапии [11], но он уступает эффективности других методов по большинству показателей, за исключением свободы от боли и социального функционирования (рис. 4) [4]. Следует учесть, что представлены данные первого опыта пери-

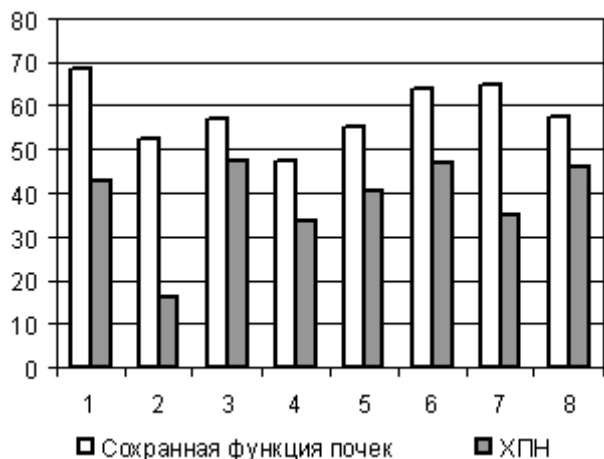


Рис. 1. Качество жизни в динамике развития ХПН на консервативном этапе лечения

тонеального диализа в РФ. При аллотрансплантации ряд параметров качества жизни улучшается, по ряду характеристик качества жизни больные приближаются к здоровым, а по параметру витальности даже превосходят контрольные данные (рис. 3, 4). В то же время, субъективная удовлетворенность уровнем социальной активности и показатель свободы от болевого синдрома при лечении ХПН методом аллотрансплантации в нашем исследовании несколько отличались в худшую сторону по сравнению с другими методами заместительной терапии (рис. 4) [1, 5, 7]. В целом типично несоответствие объективной тяжести состояния и качества жизни как показателя субъективной удовлетворенности больных уровнем своего ролевого функционирования [8].

Установлена взаимозависимость параметров качества жизни. Выявлена значительная опосредованность социального функционирования наряду с физическим, эмоциональным состоянием больных ( $p < 0,01$ ). С другой стороны, само физическое функционирование существенно зависит от фактора психического состояния ( $p < 0,01$ ). Сочетанное воздействие на функционирование больных прослеживается на примере показателя витальности, который связан с оценкой общего состояния здоровья ( $p < 0,01$ ), лимитирующим влиянием болевого синдрома ( $p < 0,01$ ), психическим здоровьем в целом ( $p < 0,01$ ) и эмоциональным состоянием в частности ( $p < 0,01$ ). Эти характеристики качества жизни, включая удовлетворенность уровнем своего социального функционирования, образуют устойчивый комплекс, который демонстрирует, что не только социальная активность, но и физическое функционирование в значительной мере зависит от

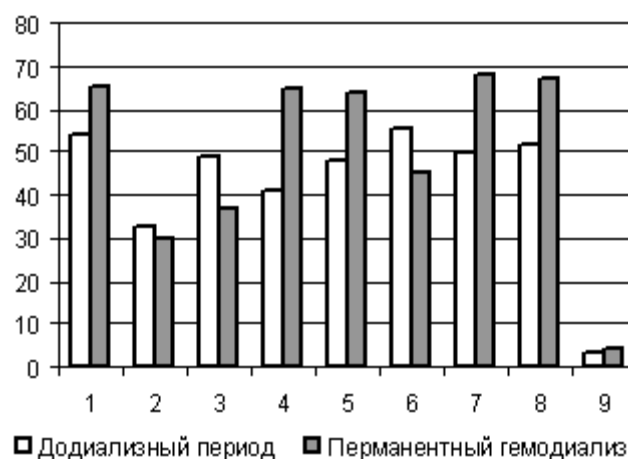


Рис. 2. Качество жизни в динамике лечения ХПН

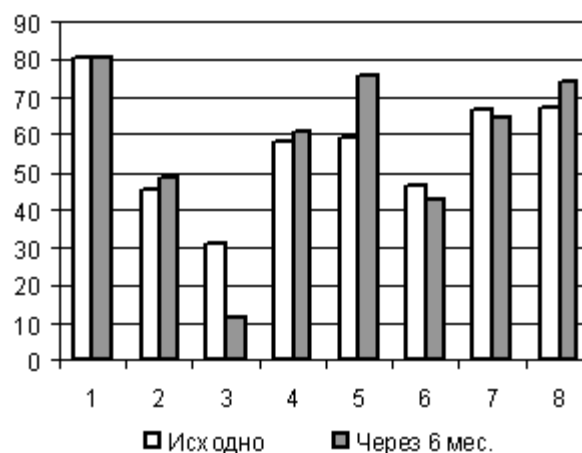


Рис. 3. Качество жизни в динамике аллотрансплантации

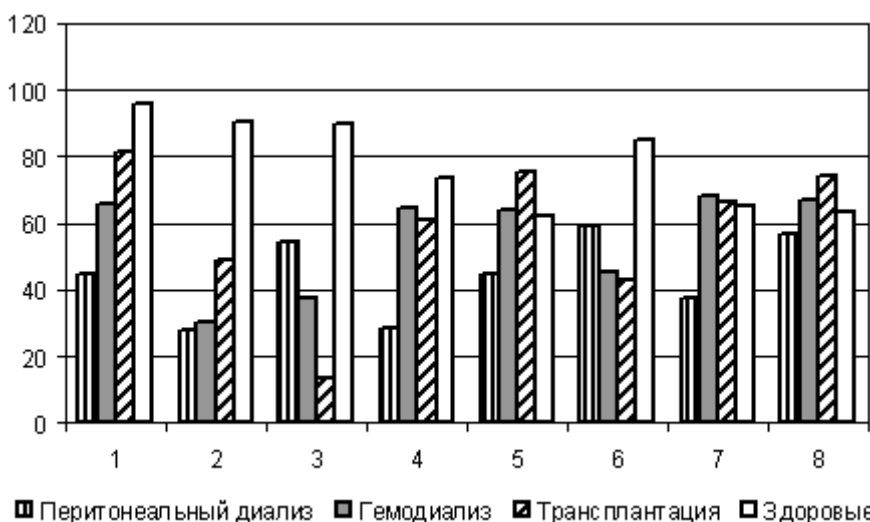


Рис. 4. Сравнительный анализ качества жизни при заместительной терапии ХПН

Примечание. На рис. 1–4 по оси абсцисс – субъективная удовлетворенность по показателям: 1 – PF – способность к физическим нагрузкам; 2 – RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование; 3 – BP – свобода от болевого синдрома; 4 – GH – общее состояние здоровья; 5 – VT – активность, энергичность; 6 – SF – социальное функционирование; 7 – RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; 8 – MH – психическое здоровье; 9 – HT – динамика здоровья за год. По оси ординат – баллы по шкале SF-36.

психического состояния больных.

Заместительная терапия ХПН сопряжена с ограничением личной свободы, формированием зависимости, которая при длительном течении заболевания может стать стабильной личностной характеристикой больных [9]. Тяжелая, несущая в себе реальную угрозу жизни человека болезнь является ситуацией, которая влияет на качество жизни в силу физических последствий, с одной стороны, а с другой – психотравмирующих влияний. Возникшая необходимость адаптации к новым, вызванным болезнью и лечением условиям жизни актуализирует различные способы совладания со стрессом – копинг-поведение.

От того, насколько эффективны используемые пациентом варианты преодоления стресса, зависят перспектива психической адаптации к болезни и лечению, успешность реабилитации и качество жизни больного.

В процессе лечебно-реабилитационных мероприятий отмечено увеличение числа конструктивных механизмов в поведенческой и эмоциональной сферах за счет возрастания частоты использования «альтруизма» (поведенческая сфера) и «оптимизма» (эмоциональная сфера). Одновременно снижается частота использования неконструктивных копинг-механизмов. Положительная динамика способов совладания со стрессом особенно отчетливо прослеживается в поведенческой и эмоциональной сферах. Обнаруживается снижение частоты относительно конструктивного варианта копинг-поведения («отвлечение» от существующей проблемы), что, вероятно, отражает формирование более адекватного отношения к болезни и активизацию пациентов в вопросах лечения.

Несмотря на то, что наличие «отвлечения» может обуславливать нарушения лечебного режима, этот копинг-механизм способствует более высоким показателям качества жизни по параметру «психическое здоровье» ( $p < 0,05$ ). Наличие относительно конструктивного копинга – «конструктивная активность» – улучшает самооценку физических возможностей и общего состояния здоровья ( $p < 0,01$ ). Однако это копинг-поведение связано с временным отходом от решения проблемы и переключением активности на другую субъективно значимую деятельность, что также может приводить к неадекватной позиции в вопросах лечения, нарушению комплайенса. «Придача смысла», когда преодолению трудностей придается особое значение (и в этом больные видят путь к самосовершенствованию), – относительно конструктивный когнитивный механизм, связанный с более низкими показателями психической составляющей качества жизни ( $p < 0,05$ ), вероятно, вследствие фиксации на проблеме болезни, ухода в болезнь.

Целый ряд копинг-механизмов оказался связан с низким качеством жизни по параметру психического состояния: «избегание» (мыслей о существующих проблемах), «обращение» (за помощью в разрешении трудной ситуации), «эмоциональная разгрузка», когда человек снимает психическое напряжение путем эмоционального отреагирования.

«Сотрудничество» в решении проблемы со значимыми лицами, например врачами, – эффективный поведенческий копинг, связанный с положительной оценкой пациентами своего здоровья в динамике,

оптимистической оценкой перспектив лечения. Достоверное положительное влияние на все параметры качества жизни оказывает наличие конструктивного когнитивного копинг-механизма «установка собственной ценности», когда в трудной ситуации повышается осознание своих возможностей и вера в собственные ресурсы для преодоления проблемы. Конструктивный когнитивный механизм – «проблемный анализ» – способствует наличию более высоких показателей по шкалам свободы от болевого синдрома и жизненной активности ( $p < 0,01$ ). Конструктивный вариант эмоционального копинга – «оптимизм» – способствует улучшению психологических параметров качества жизни ( $p < 0,05$ ).

Субъективная удовлетворенность жизнью в известной мере отражает успешность психической адаптации больных к болезни и лечению. Нельзя говорить об успешной психической адаптации, если имеется субъективная удовлетворенность жизнью, т. е. достаточно высокий уровень качества жизни, но в то же время нарушен комплайенс, что в условиях заместительной терапии при ХПН обуславливает реальную угрозу жизни больного. Это расхождение может быть связано с функционированием психологических защитных механизмов личности, снижающих психическую напряженность, но одновременно препятствующих адекватному поведению в решении проблемы. Поэтому в анализ качества жизни были включены характеристики психологической защиты, как одной из детерминант адаптации. Показано, что в условиях лечения ХПН действие неосознаваемых механизмов психологической защиты может обусловить расхождение экспертной оценки и самооценки качества жизни. Механизмы психологической по типу вытеснения, проекции и регрессии обеспечивают достаточно высокую субъективную удовлетворенность больных уровнем своего функционирования, способствуют повышению качества жизни, но, в то же время, препятствуют реальной оценке ситуации и блокируют адекватное решение проблем, связанных с болезнью.

Анализ взаимосвязи качества жизни и клинико-демографических характеристик позволил установить некоторые закономерности. Удовлетворенность своим психическим состоянием достоверно выше у больных мужского пола и молодого возраста; самооценка энергичности выше у молодых, а общая оценка здоровья – у мужчин ( $p < 0,001$ ). Чем старше больные, тем выше их оценка общего состояния здоровья, что, очевидно, связано с определенными ожиданиями, представлениями о возможных проблемах со здоровьем, наступающих в пожилом возрасте. В то же время и они испытывают фрустрацию вследствие физической несостоятельности и социальной пассивности ( $p < 0,05$ ). Снижение качества жизни в условиях ХПН независимо от возраста связано преимущественно с ограничивающим влиянием болезни и лечения на реализацию значимых потребностей, в т. ч. социальных.

Микросоциальная поддержка обуславливает особенности копинга и способствует повышению качества жизни. Важную роль в обеспечении удовлетворенности своим психическим здоровьем и уровнем социального функционирования играет наличие семьи ( $p < 0,05$ ).

Субъективная оценка качества жизни опосредуется



влиянием психопатологической симптоматики. По нашим данным, наличие аффективных расстройств депрессивного спектра «искажает» показатели качества жизни, обуславливая их снижение. Положительная динамика ряда когнитивных и аффективных расстройств в процессе терапии сопровождается одновременным улучшением параметров качества жизни ( $p < 0,01$ ).

С нашей точки зрения, следует разделять понятия «показатели» и «факторы» качества жизни. Мы полагаем, что психические расстройства могут рассматриваться в зависимости от контекста или как фактор, значимо влияющий на уровень качества жизни, или как проявление психической дезадаптации, исключая психические расстройства в виде депрессии и тревоги из показателей качества жизни. Н. Katschning (1997) также считает, что не следует включать психопатологические симптомы в оценку качества жизни [13]. Ратуя за объективную оценку параметров качества жизни, автор настаивает на необходимости исключения симптомов психических расстройств из инструментов для его исследования.

Несмотря на постепенную психическую адаптацию больных к заместительной терапии, длительность заболевания отрицательно сказывается на большинстве показателей качества жизни как связанных с физическим состоянием, так и с социальным функционированием. Нарастают выраженность ограничивающего влияния болевого синдрома на возможность ролевого функционирования и анергия (снижение показателя витальности). Ухудшается общая оценка здоровья ( $r = -0,52$ ;  $p < 0,01$ ), повышается уровень депрессии ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,01$ ). В то же время, по нашим данным, такие показатели качества жизни, как оценка психического здоровья в целом и ограничивающее влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности, напрямую от длительности лечения не зависят. Существенное влияние на снижение качества жизни оказывает наличие болевого синдрома ( $p < 0,001$ ). Возникновение осложнений, в том числе электролитных нарушений (гиперкалиемия, гиперкальциемия и гиперфосфатемия), снижает уровень качества жизни по всем параметрам, особенно общую оценку здоровья, витальность и физическое функционирование ( $p < 0,05$ ), эмоциональный компонент качества жизни ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, качество жизни опосредуется взаимодействием ряда личностно-психологических (психологическая защита, копинг-механизмы), социально-демографических (пол, возраст, микросоциальные условия) и физиологических (особенности клинической картины, течения и лечения болезни) факторов.

Аффективные расстройства целесообразно рассматривать как характеристику психической адаптации, в число параметров качества жизни можно включать удовлетворенность эмоциональным состоянием.

Мы стоим на позиции, что наиболее перспективным является преодоление психологической защиты и формирование активных способов совладания с фрустрирующей ситуацией болезни. Коррекция неэффективных в конкретных условиях болезни копинг-механизмов необходима, так как может способствовать успешности адаптации и реабилитации больных. Наиболее благоприятными в плане формирования адекватности отношения к болезни и сохранения достаточно

высокого качества жизни в ситуации витальной угрозы представляются такие механизмы совладания, как «сотрудничество», «оптимизм», «проблемный анализ» и «установка собственной ценности». Копинг-стратегии, которые принято расценивать как достаточно конструктивные, могут быть неэффективными в плане адаптации к болезни и лечению, но при этом обеспечивать удовлетворительное качество жизни больных. Качество жизни не является синонимом понятия психической адаптации, но может быть адекватным индикатором, дополнительным показателем, которые целесообразно учитывать при оценке успешности психической адаптации и реабилитации.

Наши исследования продемонстрировали, что для более углубленного, детального анализа успешности лечебно-реабилитационных мероприятий удобно выделять три компонента качества жизни, а именно: физическую, психологическую и социальную составляющие. Под социальной составляющей подразумевается удовлетворенность уровнем социальной активности, микросоциальной поддержки. Физическая составляющая включает в себя удовлетворенность больных физической активностью и способность к работе. Основным содержанием психологического компонента являются характеристики эмоционального состояния. Имеется тесная взаимосвязь этих составляющих качества жизни, и она носит неоднозначный характер.

Дифференцированная оценка качества жизни больного помогает определить наиболее нарушенные потребности, что может являться основой для индивидуального подхода при выборе лечения и психосоциальной реабилитации. Коррекционные меры должны быть адресованы тем сегментам, сферам жизнедеятельности, качество жизни по которым снижено в наибольшей степени.

С нашей точки зрения, именно субъективная составляющая качества жизни обуславливает правомочность существования качества жизни как особой категории, наиболее отвечает требованиям, предъявляемым к решению задачи, стоящей перед современной медициной и обусловившей введение этого понятия – оценивать эффективность лечения и реабилитации с позиции больного человека, а не формализованных критериев.

Всестороннее изучение качества жизни должно включать экспертную оценку психосоциальных и физических параметров.

Показатели качества жизни могут быть полезны для максимальной индивидуализации терапии; при решении вопроса о методе лечения, когда терапевтические цели взаимно исключают друг друга и стоит выбор между качеством или количеством жизни больного, как например, в случае заместительной терапии; для своевременного диагностирования нарушений в личностной и межличностной сферах больных, возникших в связи с болезнью; при оценке эффективности клинических испытаний и деятельности различных служб здравоохранения [12, 15, 17, 18].

Параллелизм качества жизни и динамики болезни в процессе терапии позволяет использовать меры качества жизни для оценки эффективности лечебно-реабилитационной работы наряду с традиционными показателями. Однако эта зависимость не носит прямого характера, а опосредована психологически

[8]. Целесообразно учитывать личностно-психологические факторы при выборе метода лечения любого заболевания, индивидуализации терапии, т. к. от этого в значительной степени будет зависеть как качество жизни больных, так и успешность лечения.

### Литература

1. Петрова Н.Н., Кабаков А.Б., Яковенко И.А. Реабилитационные аспекты активных методов лечения больных с хронической почечной недостаточностью. Нефрология 1997; 1; 2: 85–91.
2. Петрова Н.Н., Тимофеев М.М., Челноков Б.Н., Васильев В.В. Эффективность гемодиализа и качество жизни больных. Нефрология 1997; 1; 3: 77–81.
3. Петрова Н.Н. IV конференция Международного общества исследования качества жизни. Улучшение качества жизни: цель здравоохранения. Нефрология 1998; 2; 2: 145–146.
4. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Гаврик С.Л. Качество жизни больных при лечении перманентным гемодиализом и перитонеальным диализом. Нефрология 1999; 2: 88–92.
5. Петрова Н.Н., Кабаков А.Б., Баранецкая В.Н. Психосоматические характеристики больных, перенесших трансплантацию почки. Нефрология 1999; 3; 4: 58–60.
6. Петрова Н.Н., Саввина Н.С. Внутренняя картина болезни у больных с хроническими заболеваниями почек на додиализном этапе лечения. Журн. обозрения психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева 2000; 1: 80–82.
7. Петрова Н.Н., Баранецкая В.Н. Аффективные расстройства у больных, перенесших трансплантацию почки. Вестник новгородской психиатрической ассоциации. Вып. 1. 2000; 30–32.
8. Петрова Н.Н., Дмитриев А.Ю., Случевская С.Д. Сравнительный анализ качества жизни больных с нервно-психическими и соматическими расстройствами. Журн. обозрения психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева 1999; 2: 60–63.

9. Devins G.M., Beanlands H., Mandin H., Paul L.C. Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by self-concept and age in end-stage renal disease. Health Psychol 1997; 16; 6: 529–538.
10. Gollinelli D. Role of Quality of Life studies in the Reimbursement of Medicines Quality of Life 1998; 11.
11. Grzegorzewska A., Chmurak A. Some factors affecting longevity and quality of life in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 1997; 4: 364–370.
12. Groll S., Weidenhammer W., Schmidt A. Considerations on the use of the construct «Quality of life» as a goal variable in clinical research Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis. 1991; 80; 20: 560–564.
13. Katschnig H. How useful is the quality of life in psychiatry? Current Opinion in Psychiatry 1997; 10; 337–345.
14. Klang B., Clyne N. Well-being and functional ability in uremic patients before and after having started dialysis treatment. Scand. J. Caring Sciences 1997; 11; 3: 159–166.
15. Meers C., Singer M.A. Health related quality of life assessment in clinical practice J. CANNT. 1996; 6; 20: 29–31.
16. Petrova N.N., Varsbavsky S., Vasilyeva I. Translation of a quality of life questionnaire // 2-th Congress ISOQOL (October 14–17), Montreal, Canada 1995; 498.
17. Petrova N., Kutuzova A., Nedosbivin A. Quality of life survey in assessment of treatment efficacy of life research 6 Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research. Barcelona, November 3–6-th, 1999; 23–27.
18. Petrova N.N., Zemtchenkov A.Yu., Vasilieva I.A., Eidelstein V.A. Psychological aspects of Quality of life in end-stage renal failure XXX-VIII Congress of the European Renal Association, European Dialysis and Transplant Association (June 24–27, 2001), Vienna, Austria 270.
19. Sullivan M. Quality of life assessments make sense – do they make a difference Quality of life 1998; 5.

## Постоянный сосудистый доступ для гемодиализа: современные тенденции

**Я.Г. Мойсюк, А.Ю. Беляев, А.С. Иноземцев, В.Ю. Шило, А.Ю. Денисов, А.В. Шаршаткин, Е.С. Кудрявцева, Д.А. Слесаренко**  
**НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ РФ, Международные диализные центры, Центральная клиническая больница Управления делами Президента РФ, городская клиническая больница № 52 (г. Москва)**

## Permanent vascular access for haemodialysis: modern lines

**Y.G. Moisiuk, A.Y. Beliaev, A.S. Inozemtzev, V.Y. Shilo, A.Y. Denisov, A.V. Sharshatkin, E.S. Kudriavtzeva, D.A. Slesarenko**

*Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, программный гемодиализ, сосудистый доступ, артериовенозная фистула, синтетический сосудистый протез.*

Улучшение качества гемодиализа в современную эпоху предъявляет возрастающие требования к более продолжительному функционированию сосудистых доступов. Наш опыт показывает, что хирургический метод обеспечивает высокую эффективность в области формирования и поддержания потенциала постоянного сосудистого доступа для гемодиализа. Применение дополнительных методов исследования (фистулография, доплер-сонография) позволяет своевременно диагностировать развитие осложнений со стороны сосудистого доступа, что способствует их успешной профилактике и коррекции.

The improvement of haemodialysis quality requires more long functioning of vascular access. We demonstrate, that

*Адрес для переписки: 123182, Москва, ул. Шукинская, д. 1, НИИ трансплантологии и искусственных органов МЗ РФ*