

УДК 616.89 - 036.12

*С.Г. Пырков, Е.М. Выговская, И.И. Деменкова, Р.А. Грачев***К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗОМ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, трансплантационный центр ДОКТМО, Украина

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, качество жизни.

В последние годы термин «качество жизни» (КЖ) широко используется в мире. Первоначально являясь социологическим понятием, в настоящее время он нашел употребление и в медицине. Это связано с применением современных технологий, введением в клиническую практику новых методов, обеспечивающих адекватное и щадящее лечение, что привело к снижению заболеваемости и смертности среди больных различными соматическими заболеваниями. Таким образом, в настоящее время все более актуальной становится проблема не просто «выживания» больных, но их адаптация в физической, психологической и социальной сферах, а показатели КЖ становятся неперемными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения пациентов, оказываемой им помощи [1, 2, 3].

Общепринятое определение КЖ отсутствует. Ряд исследователей характеризует его как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни [2]. ВОЗ определяет КЖ как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [4].

Среди больных различными соматическими заболеваниями группа лиц с хронической почеч-

ной недостаточностью (ХПН), получающих лечение гемодиализом (ГД), занимает особое положение. Несмотря на значительные успехи в лечении данных больных, перспектива пожизненного диализного лечения по-прежнему внушает им чувство страха и безнадежности. И даже когда лечение идет успешно и появляются реальные перспективы, возвращение к полноценной жизни зачастую становится серьезной психологической проблемой для больного.

Качество жизни больных, находящихся на лечении ГД, по литературным данным [5-8], определяется рядом факторов: возрастом, состоянием здоровья, видом лечения, характеристикой диализного центра, образованием, сопутствующей патологией, семейным статусом. Исследования значительных контингентов больных ХПН, несомненно, содержат ценные статистические данные о различных факторах, влияющих на их КЖ, однако они недостаточно систематизированы, что затрудняет проведение адекватной медицинской и социальной реабилитации данных больных. Поэтому исследования в этом направлении являются весьма важными и актуальными.

Целью настоящего исследования явилось изучение субъективных критериев КЖ лиц с ХПН, получающих лечение ГД, в сопоставлении с объективным критерием, отражающим трудовую реабилитацию данного контингента.

Материал и методы исследования

Проведено обследование 40 больных ХПН, которые получали лечение ГД в трансплантационном центре Донецкого областного клиническо-территориального медицинского объединения (ДОКТМО), по методикам WHOQOL (КЖ-100) – опросник качества жизни ВОЗ [4] и SF-36 Health Status Survey [9].

КЖ-100 позволяет оценить различные аспек-

ты жизни: физическую, психологическую, духовную сферы; уровень независимости; социальные взаимоотношения и окружающую среду. Таким образом, с помощью данного опросника осуществлялась оценка шести крупных аспектов (сфер) КЖ. Внутри каждого из них выделяется несколько составляющих – более узких и конкретных аспектов жизни, связанных

с состоянием здоровья индивида, терапевтическим вмешательством. Структура опросника ВОЗ КЖ-100 составлена таким образом, что более высокая оценка (в баллах) указывает на меньшую удовлетворенность соответствующим аспектом жизни. Этот опросник отражает субъективную оценку благополучия респондентов, их удовлетворенность условиями жизни и является универсальным.

Экспериментально-психологическая методика SF-36 Health Status Survey была специально создана для оценки качества жизни различных групп соматически больных и отражает субъективную удовлетворенность респондентом КЖ. Методика содержит ряд шкал, составленных таким образом, что более высокая оценка (в баллах) указывает на лучшее состояние здоровья. В SF-36 Health Status Survey представлены следующие шкалы: физическое функционирование – PF (отражает диапазон сильной физической активности); ролевая физическая шкала – RP (характеризует физическую способность выполнять профессиональную работу); физическая боль – BP (отражает роль субъективных болевых ощущений респондента в ограничении его повседневной деятельности); здоровье в целом – GH (оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящее время и перспектив ле-

чения); жизнеспособность – VP (оценка респондентом своего жизненного тонуса, т.е. подразумевает ощущение себя полным сил, энергии или, напротив, обессиленным); социальное функционирование – SF (характеристика уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и т.д.); ролевая эмоциональная шкала – RE (степень ограничения повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами); психическое здоровье – MH (оценка респондентом своего настроения: счастья, спокойствия и т.д.); оценка здоровья в динамике – HT (оценка самочувствия по сравнению с предыдущим годом).

В соответствии с целью исследования пациенты были разделены на две группы: 1 группа – больные ХПН, получающие лечение ГД и продолжающие работать (9 человек); 2 группа – больные ХПН, получающие лечение ГД и неработающие (31). Достоверность результатов исследования обеспечивалась применением статистических методов, реализованных на IBM – совместимом компьютере в пакете программ STADIA. При сравнении средних величин использовался метод Стьюдента-Фишера с определением вероятности различий «р». Различия принимались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст больных ХПН, находящихся на лечении ГД и продолжающих работать (далее I) составил $44,8 \pm 3,87$ лет, у неработающих (далее II) – $41,9 \pm 2,12$ лет ($p > 0,05$). Средняя длительность основного заболевания – $23,1 \pm 3,79$ (I) и $16,0 \pm 1,56$ (II) лет ($p > 0,05$). Средняя продолжительность лечения ГД составила $5,79 \pm 1,15$ (I) и $4,66 \pm 0,711$ (II) лет - $p > 0,05$. Следует отметить отсутствие статистически достоверных отличий между группами по времени установления диагноза хронического заболевания почек и назначением лечения ГД: $16,8 \pm 4,18$ (I) и $10,5 \pm 1,43$ (II) лет - $p > 0,05$. Все больные, продолжающие работать, имели первую группу инвалидности по основному заболеванию. У неработающих инвалидами первой группы были 96,8% больных и 3,2% - второй. Статистически достоверных различий по данному признаку между сравниваемыми группами больных не выявлено ($p > 0,05$). Следует отметить, что у 78,8% больных 1-й группы и у 80,7% - 2-ой основное заболевание было осложнено различными формами гепатита ($p > 0,05$). Структура заболевания в основе ХПН: хронический гломерулонефрит – у 66,7% (I) и 74,2% (II); сахарный диабет, гломе-

рулосклероз – у 11,1% (I) и 9,7% (II); поликистоз почек – у 11,1% (I) и 16,1% (II); МКБ, хронический пиелонефрит – у 11,1% (I). Сравнение процентных долей с помощью коэффициента углового преобразования Фишера достоверных различий не выявило ($p > 0,05$). Отсутствие статистически достоверных отличий по вышеуказанным параметрам свидетельствует о качественной однородности соматического благополучия сравниваемых групп, что, однако, не исключает количественных различий выраженности показателей качества жизни.

Удовлетворенность различными аспектами качества жизни сравниваемых групп показана в табл.1.

Сравнение процентных долей основных показателей КЖ выявило достоверно большую удовлетворенность своим положением у пациентов 1 группы по психологической сфере ($p < 0,05$), уровню независимости ($p < 0,05$) и окружающей среде ($p < 0,01$) при отсутствии достоверных различий по другим сферам ($p > 0,05$). Таким образом, больные ХПН, находящиеся на лечении ГД и продолжающие работать, отличались от сравниваемого контингента лиц высокой

самооценкой, субъективно меньшей зависимостью от лекарств, лечения и лучшей способностью выполнять повседневные дела, работу. Вышеуказанная группа достаточно высоко оценивала свою физическую безопасность, защищенность, а также доступность и качество медицинской помощи. При этом следует отметить, что все больные, как в 1-ой, так и во 2-ой группе, получали один и тот же вид гемодиализа – экстракорпоральный с использованием отечественных аппаратов и центральной системы приготовления и

распределения диализного раствора. Обращает на себя внимание и оценка своего эмоционального состояния больными 1-ой группы, которые реже отмечали у себя ощущение грусти, тоски, уныния и чаще – положительные эмоции по сравнению с пациентами 2-ой группы. Полученные результаты позволяют предположить возможное участие психологического и психического компонентов в субъективной неудовлетворенности больных ХПН, находящихся на лечении ГД, своим самочувствием и физической активностью.

Таблица 1

Сравнительная характеристика удовлетворенности качеством жизни больных ХПН, находящихся на лечении гемодиализом

Компоненты качества жизни ВОЗ (КЖ-100)	I группа (n = 9)				II группа (n = 31)			
	удовл.		неудовл.		удовл.		неудовл.	
	абс.	отн. %	абс.	отн. %	абс.	отн. %	абс.	отн. %
Физическая сфера	7	77,8	2	22,2	17	54,8	14	45,2
Психологическая сфера	8	88,9	1	11,1	16	51,6	15	48,4
Уровень независимости	8	88,9	1	11,1	15	48,4	16	51,6
Социальные взаимоотношения	8	88,9	1	11,1	21	67,7	10	32,3
Окружающая среда	9	100,0	-	-	15	48,4	16	51,6
Духовная сфера	7	77,8	2	22,2	15	48,4	16	51,6

С целью проверки данного предположения были определены средние значения показателей упомянутых методик (табл.2).

Сравнение средних показателей в группе больных, продолжающих работать, с показателями больных из группы неработающих по методике ВОЗ КЖ-100 обнаружило статистически достоверные различия по большинству шкал, за исключением шкалы физической сферы ($p > 0,05$). С достоверностью $p < 0,01$ по психологической сфере, окружающей среде и $p < 0,05$ по степени независимости, социальным взаимоотношениям и духовной сфере уровень качества жизни был ниже у неработающих больных. Полученные результаты свидетельствуют о том, что влияние соматического фактора на трудовую реабилитацию больных, находящихся на лечении гемодиализом, может опосредоваться рядом других факторов, в том числе, психологического и психического плана.

Проведенный корреляционный анализ основных показателей опросника качества жизни

ВОЗ с длительностью лечения гемодиализом выявил ее достоверную связь с физической сферой ($r = 0,407$; $p < 0,02$) у неработающих больных. Таким образом, лица данной группы по мере нарастания длительности их лечения ГД отмечали снижение жизненной активности, энергии, рост усталости, усиление внутреннего дискомфорта и т.д., чего не отмечали работающие больные. Это подтверждает высказанное нами ранее предположение об участии психического и психологического компонентов в субъективной неудовлетворенности самочувствием и физической активностью.

Сравнение средних показателей в группе больных, продолжающих работать, с показателями больных из группы неработающих по методике SF-36 также обнаружило статистически достоверные различия по большинству шкал, за исключением шкал ВР (физическая боль) и НТ (оценка самочувствия, по сравнению с предыдущим годом) - $p > 0,05$. Так, с достоверностью $p < 0,01$ ниже показатели РР (физического функ-

ционирования), SF (социального функционирования), RE (ролевой эмоциональной шкалы), MH (психического здоровья) и $p < 0,001$ - показатели RP (ролевой физической шкалы), GH (здоровья в целом), VP (жизнеспособности) у больных 2-ой группы. Как и следовало ожидать, результаты сравнительного анализа показателей методики SF-36 свидетельствуют о том, что практически все изученные параметры КЖ у больных 2-ой группы значительно хуже, чем у 1-ой. Больные ХПН, находящиеся на лечении ГД и неработающие, неудовлетворительно оценили свое здоровье в целом, физическую способность выполнять профессиональную работу. Свою жизненную активность вышеуказанная группа лиц охарактеризовала как резко сниженную. Они отмечали у себя чрезмерную утомляемость, снижение жизненной энергии, общую слабость. В несколько меньшей степени снижены, по срав-

нению с больными 1-ой группы, показатели по шкалам физического и социального функционирования, что свидетельствует о большей неудовлетворенности данных лиц своим соматическим состоянием, а также взаимоотношениями в семье и с другими людьми. Обращают на себя внимание и различия по шкалам RE (ролевой эмоциональной шкалы) и MH (психического здоровья) методики SF-36 между сравниваемыми группами. Больные 2-ой группы достоверно чаще отмечали у себя раздражительность, нервозность, снижение настроения, чувство беспокойства. Они в меньшей степени были удовлетворены своим сном, отмечали, что соматические нарушения достаточно сильно влияли на их эмоциональное, душевное состояние, и возникающие вследствие этого эмоциональные переживания в значительной мере мешали им выполнять повседневную работу.

Таблица 2

Средние значения показателей опросников качества жизни ВОЗ и SF-36

Показатели опросников		1 группа		2 группа	
		М	m	М	m
КЖ –100 (ВОЗ)	Физическая сфера	31,9	3,08	37,9	1,24
	Психологическая сфера	48,2	2,87	58,8	1,99
	Уровень независимости	42,7	3,34	55,0	1,84
	Социальные взаимоотношения	23,2	1,27	27,2	1,14
	Окружающая среда	69,6	4,08	85,9	2,83
	Духовная сфера	9,22	0,57	11,0	0,35
SF-36	PF	56,7	5,35	39,0	3,19
	RP	62,2	4,8	40,0	4,13
	BP	64,4	6,48	55,2	3,62
	GH	50,0	3,82	29,0	2,75
	VP	62,2	4,09	42,3	2,91
	SF	72,7	5,47	52,4	4,1
	RE	62,8	2,65	51,9	3,15
	MH	68,9	6,76	52,1	3,41
	HT	24,4	8,01	12,9	2,71

Примечание: М – средняя; m – ошибка средней.

Таким образом, больные ХПН, получающие лечение ГД и неработающие, отмечали у себя не только снижение способности к выполнению различных видов деятельности, связанной с физическими нарушениями, но и значительное участие эмоциональных проблем в ограничении их жизнедеятельности. Проведенный дополнительно корреляционный анализ показателей по

шкалам RE и MH с показателями остальных шкал методики SF-36 выявил отсутствие достоверной связи между эмоциональными проблемами, психическим здоровьем и ограничением повседневной деятельности у первой группы больных ($p > 0,05$). Вместе с тем, во второй группе выявлена достоверная корреляция RE (ролевой эмоциональной шкалы) со следующими шкалами выше-

упомянутой методики: PF – физическим функционированием ($r=0,405$; $p<0,02$); RP - ролевой физической шкалой ($r= 0,477$; $p<0,01$); BP - физической болью ($r = 0,777$; $p<0,0001$); GH -здоровьем в целом ($r=0,467$; $p<0,01$); VP - жизнеспособностью ($r=0,567$; $p<0,001$); SF - социальным функционированием ($r=0,483$; $p<0,01$). Также установлены существенные связи шкалы МН (психическое здоровье) у пациентов 2-ой группы со шкалами PF ($r=0,618$; $p<0,0001$); RP ($r=0,593$; $p<0,001$); BP ($r=0,782$; $p<0,0001$); GH ($r=0,599$;

$p<0,001$); VP ($r=0,71$; $p<0,0001$); SF ($r=0,531$; $p<0,003$); HT ($r=0,415$; $p<0,02$).

Установленные положительные корреляционные связи у больных 2-ой группы, наряду с отсутствием таковых у пациентов 1-ой, свидетельствуют о необходимости включения в лечебно-реабилитационную программу для данных лиц методов коррекции психического состояния, что позволит повысить уровень их социального функционирования и обеспечит ощущение полноценности жизни.

С.Г. Пирков, О.М. Виговська, І.І. Деменкова, Р.О. Грачов

ДО ПИТАННЯ ПРО ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ЛІКУВАННІ ГЕМОДІАЛІЗОМ

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького, трансплантаційний центр ДОКТМО

Досліджена якість життя 40 хворих ХНН, що знаходяться на лікуванні гемодіалізом, за допомогою опитувальника якості життя ВООЗ. Отримані дані свідчать про те, що якість життя даної групи осіб визначається не тільки їх соматичним станом, але і у значній ступіні обумовлені впливом психологічних чинників. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 34-38)

S.G. Pyrkov, E.M. Vigovskaya, I.I. Demenkova, R.A. Grachov

TO A PROBLEM ON A QUALITY OF LIFE BY ILL CHRONIC RENAL FAILURE LOCATED ON TREATMENT BY A HAEMODIALYSIS

Donetsk State Medical University by M.Gorky, the transplantation center of DRCTMA

The quality of life for 40 ill with by chronic renal failure , located on treatment by a haemodialysis, with the help of a questionnaire a quality of life a CART is investigated. The obtained data testify that the quality of life of the given group of faces is determined not only their somatic condition, but also is largely conditioned by influencing of the psychologic factors. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 34-38)

Литература

1. Ahlman J. Quality of life of the dialysis patient in Replacement of renal function by dialysis // Kluwer Academic Publishers – Dordrecht,Boston,London, 1996. – P. 1466-1479.
2. Коц Я.И., Либиц Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1993. - № 5. – С. 66-72.
3. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Саввина Н.Н. Качество жизни больных с хроническими заболеваниями почек на додиализном этапе лечения // Нефрология. – 1999. – Том 3, №3. – С. 57-61.
4. Quality of Life Assessment: an Annotated Bibliography. – Geneva, 1994.
5. Рябов С.И., Петрова Н.Н., Васильева И.А. Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом // Клиническая

медицина. – 1996. - №8. – С.29 –31.

6. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Гаврик С.Л. Качество жизни больных при лечении перманентным гемодиализом и перитонеальным диализом // Нефрология. – 1999. - Т.3. - №1. – С.88-92.
7. Васильева И.А., Михеева Ю.С. Качество жизни больных, получающих лечение хроническим ацетатным гемодиализом // Нефрология. – 2001. - Т.5. - №2. – С.58-63.
8. Земченков А.Ю., Кондуров С.В., Гаврик С.Л. и др. Качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью, корригируемой заместительной терапией // Обзоры и лекции. – 2001. – С.1- 16.
9. Ware J.E., Snow R.R., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Status Survey Manual and Interpretation Guide. – Boston, 1993. – P.1 – 22.

Поступила в редакцию 24.09.03