

© Ю.С.Михеева, И.А.Васильева, А.Ш.Румянцев, 2002
УДК [616.61-008.64-036.12-085.38:616.12-008.318]-058

Ю.С.Михеева, И.А.Васильева, А.Ш.Румянцев

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Yu.S.Mikheeva, I.A.Vasilieva, A.Sh.Rumyantsev

COPING STRATEGIES AND QUALITY OF LIFE IN HEMODIALYSIS PATIENTS WITH ARRHYTHMIAS

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, отделение гемодиализа Республиканской больницы, г. Петрозаводск, Карелия, Россия

РЕФЕРАТ

Обследованы 2 группы больных, получающих лечение хроническим гемодиализом: 17 человек с нарушениями сердечного ритма высоких градаций и 26 человек с одиночной экстрасистолой. У пациентов с прогностически неблагоприятными аритмиями зарегистрированы существенное снижение качества жизни, высокий уровень депрессии и тревоги.

Ключевые слова: качество жизни, гемодиализ, аритмии

ABSTRACT

Two groups of patients with chronic renal failure treated by permanent hemodialysis were examined: 17 patients with high gradation arrhythmias and 26 patients with single extrasystolias. Significant worsening of quality of life, high level of depression and anxiety were registered in the group of patients with prognostic disadvantageous arrhythmias.

Key words: quality of life, hemodialysis, arrhythmias.

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе приобрела актуальность проблема улучшения качества жизни (КЖ) больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), получающих лечение хроническим гемодиализом (ГД) [6 – 10, 14, 15]. Однако общепринятое определение понятия КЖ до настоящего времени отсутствует. Чаще всего под связанным со здоровьем КЖ подразумевается субъективная удовлетворенность больного своим физическим, психическим состоянием и социальным функционированием. Эти данные сопоставляются с экспертной оценкой состояния пациента (врачом, психологом, микросоциальным окружением) и рядом объективных критериев (социально-демографические и клиничко-лабораторные показатели). В отечественной нефрологической практике оценке КЖ больных, получающих терапию ГД, уделяется недостаточно внимания. Вместе с тем достижение больным чувства удовлетворенности своей жизнью является важной составляющей конечной цели лечения хронических заболеваний. Кроме того, это

весьма удобный ориентир, позволяющий реализовать на практике актуальный принцип современной медицины “лечить больного, а не болезнь”.

Очевидно, что для улучшения КЖ больных, находящихся на лечении ГД, необходима наиболее полная коррекция уремического синдрома. Адекватный ГД способствует обеспечению достаточно высоких показателей КЖ больных. Однако не менее важными являются психологические и социальные факторы. Они сами по себе могут столь существенно снижать КЖ, что это может негативно сказываться на состоянии пациентов, не позволяя достигнуть оптимальной медицинской и социальной реабилитации, нивелировать успехи в реабилитации пациентов [6, 11].

КЖ больных, находящихся на лечении ГД, подвержено воздействию целого ряда медицинских показателей. К ним относятся в первую очередь выраженность интоксикации и анемии, уровень холестерина и альбумина сыворотки крови, особенности сеанса ГД, а также наличие и тяжесть сопутствующей патологии. Следует отметить, что значимость перечисленных пока-

зателей неодинакова [13, 15-17, 19]. По данным наших предыдущих исследований, на удовлетворенность больных своим физическим функционированием наиболее негативно влияют высокий уровень креатинина в сыворотка крови до ГД, анемии и артериальной гипертензии, большая длительность лечения ГД, а также ряд психологических переменных [1-3].

С практической точки зрения чрезвычайно важно определить присущие пациенту копинг-механизмы, или способы совладания с хронической стрессовой ситуацией, которой является для него перманентный ГД. Впервые термин "coping" был использован L. Murphy в 1962 году в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. Для детальной разработки данной теории и внедрения ее в практику понадобилось около 30 лет. Наиболее полной из ныне существующих считается копинг-модель R.S. Lazarus (1984), являющаяся составной частью когнитивной теории стресса и копинга. Автор рассматривает копинг как психический аналог неспецифического адаптационного синдрома Г. Селье. Копинг-механизмы опосредуют связь между стрессогенным событием и стрессорной реакцией и, в конечном счете, определяют степень адаптации индивидуума к ситуации.

Целью настоящей работы явилось изучение влияния нарушений ритма сердца на показатели КЖ, психический статус и стратегии совладания со стрессом больных, получающих лечение хроническим ГД.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено исследование субъективной удовлетворенности жизнью, психического состояния и копинг-механизмов у 43 пациентов, находящихся на лечении хроническим ацетатным ГД. Средний возраст больных составил $43,0 \pm 1,6$ лет, длительность лечения ГД – $40,4 \pm 5,2$ месяцев. У 30 больных (70%) ХПН развивалась на фоне хронического гломерулонефрита, у 5 (12%) – сахарного диабета, у 4 (9%) – поликистоза почек, у 2 (5%) – пиелонефрита, у 2 (5%) – интерстициального нефрита. За время сеанса ГД отмечалось снижение концентрации мочевины и креатинина сыворотки крови более чем в 2 раза, средний индекс КТ/V превышал 1,0, в связи с чем процедуры ГД считали адекватными.

Применялись следующие методы: для оценки психического состояния больных – шкала самооценки депрессии Зунга [21], а также шкала личностной и реактивной тревожности Спил-

бергера [18], для изучения копинг-механизмов – опросник Э. Хейма [4], для оценки субъективной удовлетворенности жизнью – методика SF-36 Health Status Survey [20].

Математический анализ полученных данных проводился с использованием общепринятых методов параметрической и непараметрической статистики. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии различий и влияний) принимали равным 0,05. Характеристики выборок представлены в виде средней $\pm$ ошибка средней. Для оценки межгрупповых различий применяли критерий Манна-Уитни. При сравнении частотных величин пользовались χ^2 критерием Пирсона и точным методом Фишера. Использовали также ранговый корреляционный анализ (критерий τ Кендела).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Больных разделили на 2 группы в зависимости от серьезности прогноза. К 1-й отнесли 17 пациентов с прогностически неблагоприятными наджелудочковыми (НА) и желудочковыми аритмиями (ЖА), а также экстрасистолиями II-IV градаций по В. Lown, M. Wolf (1971), ко 2-й – 26 пациентов без аритмий либо с одиночными экстрасистолами. При их сравнении установлено значительное снижение КЖ по всем показателям у больных 1-й группы (табл. 1). В группе больных с аритмиями существенно выше показатели депрессии и тревоги. Увеличение тяжести аритмий сопровождалось закономерным снижением КЖ пациентов. Описание показателей КЖ приведено в примечании к табл. 1. Так, одиночная наджелудочковая экстрасистолия (НЭ) до 30 в час не оказывала достоверного влияния на КЖ. Парные НЭ снижали показатели физической активности – PF ($\tau = -0,36$, $Z = -3,7$, $p = 0,0002$), RP ($\tau = -0,25$, $Z = -2,54$, $p = 0,011$), BP ($\tau = -0,28$, $Z = -2,91$, $p = 0,004$), и эмоционального состояния – VT ($\tau = -0,27$, $Z = -2,76$, $p = 0,006$), RE ($\tau = -0,35$, $Z = -3,6$, $p = 0,0003$), МН ($\tau = -0,23$, $Z = -2,35$, $p = 0,02$). Групповые НЭ негативно влияли на физическое состояние – PF ($\tau = -0,27$, $Z = -2,72$, $p = 0,0066$). Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (ПНЖТ) оказывала влияние практически на все параметры КЖ, а именно: PF ($\tau = -0,33$, $Z = -3,43$, $p = 0,0006$), RP ($\tau = -0,27$, $Z = -2,77$, $p = 0,006$), BP ($\tau = -0,24$, $Z = -2,476$, $p = 0,01$), VT ($\tau = -0,23$, $Z = -2,35$, $p = 0,02$), SF ($\tau = -0,22$, $Z = -2,21$, $p = 0,03$), RE ($\tau = -0,39$, $Z = -4,02$, $p < 0,0001$), МН ($\tau = -0,29$, $Z = -2,93$, $p = 0,003$). Наличие ПНЖТ приводило к более низкой оценке динамики

состояния своего здоровья за последний год, НТ ($\tau=0,22$, $Z=2,3$, $p=0,02$). Фибрилляция предсердий (ФП) оказывала влияние на физическую активность - PF ($\tau=-0,26$, $Z=-2,65$, $p=0,008$) и эмоциональное функционирование - RE ($\tau=-0,22$, $Z=-2,29$, $p=0,02$).

Таблица 1

Сравнение показателей качества жизни и психического состояния у больных с аритмиями высоких градаций (1-я группа) и пациентами с одиночной экстрасистолой либо без нарушений ритма (2-я группа; $\bar{x} \pm m$)

Показатели	1-я группа, n=17	2-я группа, n=26	P
PF	42,4 $\pm$ 5,8	76,2 $\pm$ 2,9	<0,001
RP	5,9 $\pm$ 4,1	57,3 $\pm$ 7,6	<0,001
BP	50,6 $\pm$ 5,6	78,9 $\pm$ 4,3	<0,001
GH	27,7 $\pm$ 4,3	40,8 $\pm$ 3,9	<0,01
VT	35,9 $\pm$ 3,7	58,7 $\pm$ 3,8	<0,001
SF	47,3 $\pm$ 4,8	76,5 $\pm$ 4,8	<0,001
RE	25,4 $\pm$ 8,4	81,1 $\pm$ 7,3	<0,001
MH	44,0 $\pm$ 3,9	67,0 $\pm$ 2,6	<0,001
НТ	3,7 $\pm$ 0,20	2,7 $\pm$ 0,24	<0,001
Реактивная тревожность	53,2 $\pm$ 2,1	44,9 $\pm$ 1,7	<0,01
Личностная тревожность	53,2 $\pm$ 2,1	47,6 $\pm$ 1,6	<0,05
Уровень депрессии	59,2 $\pm$ 2,4	48,2 $\pm$ 1,7	<0,001

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

Одиночная желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) до 30 в час сопровождалась ограничением трудоспособности и физической активности: RP ($\tau=-0,24$, $Z=-2,44$, $p=0,01$), изменением болевой чувствительности – BP ($\tau=-0,23$, $Z=-2,37$, $p=0,02$), негативно сказывалась на жизненной активности – VT ($\tau=-0,26$, $Z=-2,61$, $p=0,009$) и социальном функционировании – SF ($\tau=-0,24$, $Z=-2,49$, $p=0,01$), оценке своего состояния здоровья – GH ($\tau=-0,23$, $Z=-2,4$, $p=0,02$). При ЖЭ более 30 в час пациенты отмечали ухудшение как физического состояния – PF ($\tau=-0,25$, $Z=-2,52$, $p=0,012$), так и эмоционального функционирования – RE ($\tau=-0,22$, $Z=-2,24$, $p=0,03$). Спаренные ЖЭ коррелировали со сниженной оценкой общего состояния здоровья – GH ($\tau=-0,22$, $Z=-2,21$, $p=0,03$), психического состояния – MH ($\tau=-0,2$, $Z=-2,06$, $p=0,04$), а также физического функционирования – PF ($\tau=-0,25$, $Z=-2,6$, $p=0,009$), RP ($\tau=-0,27$, $Z=-2,77$, $p=0,006$).

Наличие депрессии оказывало влияние на развитие аритмий наджелудочкового генеза, уве-

личивая вероятность развития парных НЭ ($\tau=0,31$, $Z=3,2$, $p=0,001$) и ПНЖТ ($\tau=0,23$, $Z=2,38$, $p=0,02$).

Сравнение стратегий совладания со стрессовыми ситуациями в зависимости от наличия аритмий показало, что у больных со значимыми аритмиями (группа 1) в познавательной и эмоциональной сферах преобладали неконструктивные (НК) копинг-механизмы. У больных без аритмий (группа 2) в познавательной и эмоциональной сферах преобладали конструктивные (К) и относительно конструктивные (ОК) копинг-стратегии (табл. 2). Что касается поведения в стрессовой ситуации, то в этой сфере в группе 2, так же, как и в группе 1, достаточно высокой частотой встречались неконструктивные способы реагирования.

В группе пациентов с аритмиями в поведенческой сфере чаще всего встречались избегание стрессовых ситуаций и вытеснение их из сферы сознания (29%), а также отступление перед лицом трудностей (24%), в познавательной сфере – смирение (29%) и растерянность (18%), т.е. неконструктивные способы преодоления трудностей (см. табл. 2). В то же время сумма конструктивных (К) и относительно конструктивных (ОК) механизмов в поведенческой сфере составила 47%. Наиболее распространенным из относительно конструктивных способов поведения в сложной ситуации был механизм отвлечения от проблемы и переключения активности на любимое дело (24%). В познавательной сфере такая сумма (К+ОК) оказалась также равной 47% и чаще всего встречались религиозность (29%) и сохранение самообладания и контроля за ситуацией (18%). В эмоциональной сфере адекватные способы реагирования на трудности наблюдались в 52% случаев. Оптимизм (конструктивная реакция) отметили 29% больных и 36% выбрали подавление эмоций (неконструктивный способ реагирования, приводящий, в частности, к развитию психосоматических заболеваний).

В группе больных без аритмий и с одиночными экстрасистолами в эмоциональной сфере преобладали достаточно эффективные стратегии реагирования на стрессовую ситуацию (77% случаев), что значительно превышает аналогичный показатель в 1-й группе (см. табл. 2). В подавляющем большинстве случаев (65%) наблюдалась оптимистическая оценка перспектив и своих возможностей по преодолению стресса. В группе больных с аритмиями оптимистическая оценка будущего была зарегистрирована лишь в 29% случаев. В познавательной сфере в группе пациентов без аритмий также преобладали оптимальные варианты оценки стрес-

Таблица 2

**Сравнение частоты встречаемости копинг-механизмов
в группах больных с аритмиями высоких градаций (1-я группа)
и пациентами с одиночной экстрасистолой либо
без нарушений ритма (2-я группа).**

Копинг-механизм	Тип	Группа 1		Группа 2		P
		количество больных	%	количество больных	%	
<i>Поведенческая сфера:</i>						
Отвлечение	ОК	4	24	7	27	NS
Альтруизм	К	1	6	0	0	NS
Активное избегание	НК	5	29	12	46	NS
Компенсация	ОК	2	11	0	0	NS
Отступление	НК	4	24	2	8	NS
Сотрудничество	К	1	6	1	4	NS
Обращение за помощью	К	0	0	4	15	NS
К/НК		2/9		5/14		NS
<i>Познавательная сфера:</i>						
Игнорирование	НК	1	6	4	15	NS
Смирение	НК	5	29	3	12	NS
Диссимуляция	НК	0	0	1	4	NS
Сохранение апломба	К	3	18	11	41	NS
Проблемный анализ	К	0	0	1	4	NS
Относительность	ОК	0	0	1	4	NS
Религиозность	ОК	5	29	0	0	<0.01
Растерянность	НК	3	18	2	8	NS
Установка собственной ценности	К	0	0	3	12	NS
К/НК		3/9		15/10		<0,05
<i>Эмоциональная сфера:</i>						
Протест	К	1	6	0	0	NS
Эмоциональная разрядка	ОК	2	11	1	4	NS
Подавление эмоций	НК	6	36	6	23	NS
Оптимизм	К	5	29	17	65	<0.02
Пассивная кооперация	ОК	1	6	2	8	NS
Покорность	НК	1	6	0	0	NS
Агрессивность	НК	1	6	0	0	NS
К/НК		6/8		17/6		<0,05

Примечание: К – конструктивный, НК – неконструктивный, ОК – относительно конструктивный копинг-механизм.

совой ситуации (сумма К+ОК составила 61%). Проявление выдержки и способности контролировать ситуацию (“сохранение апломба”) отмечено у 41% больных 2-й группы, что существенно выше, чем в 1-й группе. Пассивные копинг-стратегии, связанные с неверием в собственные силы (смирение, растерянность, религиозность), встречались значительно реже. Однако в поведенческой сфере, так же, как и в 1-й группе, часто регистрируются неэффективные способы реагирования на стрессовую ситуацию (54%).

Ведущими копинг-механизмами в поведенческой сфере у больных со значимыми аритмиями были: избегание трудностей, отвлечение и отступление. Обращение за помощью к людям не выбрал ни один больной, тогда как в группе без аритмий этот механизм имел место у 15% больных. В эмоциональной сфере преобладающей копинг-стратегией было подавление эмоций; оп-

тимизм встречался в 2 раза реже, чем у больных без аритмий. В познавательной сфере преобладали смирение и религиозность, в то время как у больных без аритмий чаще всего регистрировалось сохранение самообладания в стрессовой ситуации.

Мы проследили взаимосвязь между наличием различных видов аритмий и встречаемостью определенных копинг-механизмов. Больные с одиночной НЭ до 30 в час выбирали оптимизм ($\tau=0,21$, $Z=2,11$, $p=0,04$) и редко такие стратегии совладания со стрессом, как альтруизм ($\tau=-0,44$, $Z=-4,64$, $p<0,0001$), подавление эмоций ($\tau=-0,26$, $Z=-2,68$, $p=0,007$) и пассивную кооперацию ($\tau=-0,32$, $Z=-3,28$, $p=0,001$). У больных с частотой одиночной НЭ до 30 в час наиболее частым был выбор конструктивных и относительно конструктивных копинг-механизмов ($\tau=0,24$, $Z=2,43$, $p=0,02$). У пациентов с парной НЭ ведущими копинг-стратегиями

были религиозность ($\tau=0,48$, $Z=4,95$, $p<0,0001$), подавление эмоций ($\tau=0,21$, $Z=2,14$, $p=0,03$) и агрессивность ($\tau=0,24$, $Z=2,47$, $p=0,01$), редко встречалось игнорирование проблем ($\tau=-0,2$, $Z=-2,02$, $p=0,04$). В целом, чем более высокой градации были НА, тем реже больными выбирались эффективные стратегии совладания со стрессовыми ситуациями ($\tau=-0,25$, $Z=-2,61$, $p=0,009$). Пациенты с групповыми НЭ чаще выбирали избегание трудностей с вытеснением их из сферы сознания ($\tau=0,2$, $Z=2,06$, $p=0,04$), компенсацию ($\tau=0,24$, $Z=2,45$, $p=0,01$) и религиозность ($\tau=0,43$, $Z=4,42$, $p<0,0001$). При этом под компенсацией подразумевается способность отвлечься и расслабиться в стрессовой ситуации с использованием алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды. С уменьшением частоты ПНЖТ такие эффективные копинг-стратегии, как отвлечение ($\tau=-0,2$, $Z=-2,02$, $p=0,04$), сохранение

самообладания ($\tau=-0,22$, $Z=-2,24$, $p=0,02$) и оптимизм ($\tau=-0,3$, $Z=-3,03$, $p=0,002$) наблюдались чаще, а относительно конструктивные способы совладания со стрессом – компенсация ($\tau=0,27$, $Z=2,79$, $p=0,005$), отступление ($\tau=0,29$, $Z=2,94$, $p=0,003$), относительность ($\tau=0,27$, $Z=2,79$, $p=0,005$), религиозность ($\tau=0,49$, $Z=5,04$, $p<0,0001$), протест ($\tau=0,27$, $Z=2,79$, $p=0,005$), подавление эмоций ($\tau=0,22$, $Z=2,24$, $p=0,03$) и пассивная кооперация ($\tau=0,2$, $Z=2,01$, $p=0,04$) – реже. У пациентов с ФП более частыми копинг-механизмами были компенсация ($\tau=0,38$, $Z=3,88$, $p=0,0001$), религиозность ($\tau=0,43$, $Z=4,36$, $p<0,0001$) и подавление эмоций ($\tau=0,2$, $Z=2,07$, $p=0,04$). Больные с групповыми НЭ и ПНЖТ редко выбирали конструктивные копинг-механизмы ($\tau=-0,24$, $Z=-2,45$, $p=0,01$) и ($\tau=-0,25$, $Z=-2,6$, $p=0,009$) соответственно. У пациентов со значимыми НА из эффективных механизмов преобладали направленность на сотрудничество с людьми (χ^2 с поправкой Йейтса 5,6, $p<0,01$) и проблемный анализ (χ^2 с поправкой Йейтса 5,6, $p<0,01$), а из неэффективных – диссимуляция, преуменьшение тяжести ситуации (χ^2 с поправкой Йейтса 11,9, $p<0,0001$).

У больных с одиночной ЖЭ до 30 в час редко встречались альтруизм ($\tau=-0,22$, $Z=-2,27$, $p=0,02$), оптимизм ($\tau=-0,23$, $Z=-2,39$, $p=0,02$), обращение за помощью ($\tau=-0,23$, $Z=-2,33$, $p=0,02$), относительность ($\tau=-0,22$, $Z=-2,27$, $p=0,02$) и компенсация ($\tau=-0,22$, $Z=-2,27$, $p=0,02$) и конструктивные копинг-механизмы в целом, ($\tau=-0,2$, $Z=-2,06$, $p=0,04$), а эмоциональная разрядка ($\tau=0,27$, $Z=2,79$, $p=0,005$) – часто. Больные с одиночной ЖЭ более 30 в час выбирали альтруизм ($\tau=0,32$, $Z=3,24$, $p=0,001$), сотрудничество ($\tau=0,32$, $Z=3,24$, $p=0,001$) и смирение ($\tau=0,25$, $Z=2,52$, $p=0,01$). Сотрудничество ($\tau=0,27$, $Z=2,79$, $p=0,005$), смирение ($\tau=0,36$, $Z=3,73$, $p=0,0002$) и эмоциональная разрядка ($\tau=0,39$, $Z=4,03$, $p<0,0001$) чаще выявлялись у пациентов со спаренными ЖЭ.

ОБСУЖДЕНИЕ

У гемодиализных пациентов со значимыми нарушениями ритма все показатели КЖ были существенно ниже, чем у больных без значимых аритмий. Наиболее выраженные различия отмечались по показателям влияния физического (RP) и эмоционального состояния (RE) на повседневную деятельность, то есть больным со значимыми нарушениями ритма приходится в большей степени, чем больным без аритмий, ограничивать ежедневные нагрузки из-за физического и эмоционального состояния. У паци-

ентов со значимыми аритмиями более низкая оценка общего состояния здоровья, они чаще чувствуют себя уставшими, их физическое и эмоциональное состояние ограничивает не только физическое, но и социальное функционирование. На более низком уровне и состояние психического здоровья: регистрируются тревога, депрессия, ниже показатель положительных эмоций.

Среди всех видов аритмий наиболее неблагоприятное действие на физическое и эмоциональное состояние пациентов оказывали пароксизмальные варианты. При их наличии отмечалось снижение всех показателей теста SF-36. Следует отметить также, что даже одиночные экстрасистолы снижали переносимость физических нагрузок, повышали чувствительность к боли и нарушали социальное функционирование.

Следовательно, любые аритмии негативно сказываются на КЖ гемодиализных больных. Однако прогностически значимые аритмии к тому же сопровождаются преобладанием неконструктивных способов совладания со стрессовыми ситуациями, что еще более усугубляет психологический дискомфорт, вызванный физическим страданием. Так, среди копинг-механизмов выделяются фатализм (“если что-то происходит, то так угодно Богу”) и снижение оптимизма (любая сложная ситуация становится безвыходной). Вместе с тем такие пациенты стараются не думать о своем заболевании либо «забывать» о нем, погружаясь в работу. Последнее обстоятельство, в свою очередь, можно расценивать как прогностически неблагоприятное, так как чрезмерная интенсификация трудовой деятельности больного с урежической интоксикацией будет способствовать утяжелению нарушений ритма. В то же время при наиболее тяжелых ЖА преобладание неконструктивных копинг-механизмов в познавательной сфере нивелируется достаточно высокой частотой встречаемости конструктивных копинг-стратегий в поведенческой и эмоциональной сферах, что согласуется с данными наших предыдущих исследований о возможности успешной психической адаптации к заболеванию и лечению тяжелых нефрологических больных за счет действия механизмов психологической защиты [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, мы хотели бы подчеркнуть важность объективной оценки психического состояния больных, находящихся на лечении хроническим ГД. Наши исследования подтверждают наличие

психологических проблем у гемодиализных больных с патологией сердечно-сосудистой системы и, прежде всего, со значимыми нарушениями ритма. Хотя при клиническом обследовании и в повседневном общении больные часто не акцентируют внимания врачей на своих психологических проблемах и даже отрицают их, последние могут существенно сказываться на КЖ и требуют соответствующей коррекции.

Полное устранение значимых НА и ЖА при помощи активной антиаритмической терапии представляется сомнительным. С учетом полученных нами данных в этой группе пациентов необходимы усилия по выявлению всех факторов, влияющих на нарушения сердечного ритма. Несомненно, важнейшим в этом отношении является достижение адекватности диализа. Вместе с тем выявление неадекватных копинг-механизмов и их коррекция в процессе психотерапии должны способствовать установлению полноценного сотрудничества между больным и медперсоналом. В свою очередь, это поможет добиться более тщательного соблюдения пациентом врачебных рекомендаций, а, следовательно, – увеличения продолжительности жизни и улучшения КЖ.

Выражаем признательность Северо-Западной Ассоциации нефрологов и врачей диализа за поддержку в выполнении настоящей работы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Васильева И.А., Михеева Ю.С. Качество жизни больных, получающих лечение хроническим ацетатным гемодиализом // Нефрология. - 2001. - Т. 5, N 2. - С. 58-63.
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., 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.
4. Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. и др. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии / Пособие для врачей. - СПб., 1998. - 26 с.
5. Лебедев Б.А., Петрова Н.Н., Васильева И.А. Механизмы психологической защиты у больных, находящихся на лечении хроническим гемодиализом // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1991. - Т. 91, вып. 5. - С. 58-62.
6. Петрова Н.Н., Тимофеев М.М., Челноков Б.Н., Васильев В.В. Эффективность гемодиализа и качество жизни больных // Нефрология. - 1997. - Т. 1, N 3. - С. 77-81.
7. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Гаврик С.Л. Качество жизни больных при лечении перманентным гемодиализом и перитонеальным диализом // Нефрология. - 1999. - Т. 3, N 1. - С. 88-92.
8. 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. 57-61.
9. Galpin C. Body image in end-stage renal failure // Brit. J. Nurs. - 1992. - Vol. 1, N 1. - P. 21-23.
10. Gokal R. Quality of life in patients on replacement therapy of chronic renal failure // Kid. Int. - 1993. - Vol. 43, Suppl. 40. - P. 23-27.
11. Ivanovich P., Majais T. Organ replacement therapy // Artif. Organs. - 1994. - Vol. 18. - P. 104-105.
12. Lazarus R.S., Folkman S. Stress appraisal and coping. - N. Y., 1984. - 445 p.
13. 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, N 4. - P.584-592.
14. Montagnae R., Defert P., Schillinger F. Psychological impact of periodic hemodialysis in the adult (editorial) // Nephron. - 1992. - Vol. 14, N 4. - P. 145-149.
15. Moreno F., Lopez Gomez J., Sanz - Guagardo D. et al. Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicentre study // Nephrol. Dial. Transplant. - 1996. - Vol. 11, Suppl. 2. - P. 125-129.
16. Mozes B., Shabtai E., Zucker D. Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers // J. Clinical Epidemiol. - 1997. - Vol. 50, N 9. - P. 1035 - 1043.
17. Nieschizai M., Hampel E., Grobe T. et al. Determinanten der Lebensqualität bei chronischer Niereninsuffizienz // Sozial- und Preventivmedizin. - 1997. - Vol.42, N 3. - P.162-174.
18. Spielberger C.D., et al. //Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
19. Steele T.E., Baltimore D., Finkelstein S.H. et al. Quality of life in peritoneal dialysis patients // J. Nervous Mental Disease - 1996. - Vol. 184, N 6. - P.368-374.
20. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. //SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. - Boston, 1993. - P. 1-22.
21. Zung W.W.K. A Self-rating Depression Scale // Arch. Gen. Psychiat. - 1965. - N 12. - P.63-70.

Поступила в редакцию 09.01.2002 г.