© Коллектив авторов, 1999
УДК 616.61-036.12-08-058

Н.Н.Петрова, И.А.Васильева, Н.Н.Саввина

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК НА ДОДИАЛИЗНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

N.N.Petrova, I.A.Vasilieva, N.N.Savvina

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH KIDNEY DISEASES BEFORE HEMODIALYSIS TREATMENT

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

РЕФЕРАТ

Сравнительный анализ качества жизни, с точки зрения субъективной удовлетворенности больных уровнем своего функционирования, подтвердил возможность улучшения параметров качества жизни больных с хроническими заболеваниями почек на фоне адекватного перманентного гемодиализа по сравнению с додиализным этапом терапии как в отношении ряда физических, так и социально-психологических показателей.

Ключевые слова: качество жизни, хронические заболевания почек, диализ.

ABSTRACT

A comparative analysis of quality of life from the view point of patient's subjective satisfaction with the level of their functioning showed the possibility to improve the parameters of life of patients with chronic diseases of the kidney against the background of adequate permanent dialysis as compared with the period before dialysis treatment. It concerns both the physical and psychosocial indices.

Key words: quality of life, chronic kidney diseases, dialysis.

ВВЕДЕНИЕ

Помимо традиционных показателей здоровья населения, таких как заболеваемость и смертность, в последнее время встает вопрос о поиске новых способов оценки эффективности здравоохранения. На современном этапе развития медицины все более актуальной становится проблема не просто «выживания» больного, но и качества его жизни.

Необходимость изучения связанного со здоровьем качества жизни (Health related quality of lify in medicine) вытекает из актуального принципа современной медицины «лечить больного, а не болезнь».

M.Sullivan [10] высказала точку зрения, что меры качества жизни предпочтительнее для оценки успешности лечения хронических заболеваний по сравнению с традиционными показателями (выживаемость, частота госпитализаций, инвалидизация больных).

D.Golinelli [5] указывает, что исследование качества жизни может успешно применяться для сравнения эффективности различных методов лечения, а также когда различные терапевтические цели расходятся, «взаимно исключают друг друга» — например, решают проблему «качества» или «количества жизни», как, например, в случае заместительной терапии.

Анализируя качество жизни больных в динамике лечения [3] и в зависимости от вида лечения хронической почечной недостаточности (ХПН) [6], исследователи отмечают, что в терминальной стадии ХПН на додиализном этапе оно снижено. Считается, что высокая тревога снижает ощущение благополучия [7]. Большинство исследований, однако, посвящены изучению качества жизни при активных методах лечения ХПН (гемодиализ, трансплантация и перитонеальный диализ) и мало затрагивают вопросы качества жизни больных на додиализном этапе развития заболевания [8].

Среди инструментов для оценки качества жизни выделяют общие опросники, направленные на оценку качества жизни в целом, и специфические опросники — для оценки качества жизни различных категорий больных, при определенной нозологии.

Методи́ки дифференцируются также в зависимости от того, направлены ли они на измерение качества жизни в целом или отдельных показателей, компонентов качества жизни: физическая работоспособность, семья, социальная сфера, досуг.

По мнению исследователей, SF-36 — значи-

мый индикатор, который следует внедрять в клиническую практику для лонгитюдных исследований, для оценки реакций больных на изменения в терапии и при принятии клинических решений [9].

Целью настоящего исследования явилось изучение качества жизни больных с сохранной функцией почек и с ХПН на додиализном этапе терапии в сравнении с качеством жизни больных, получающих лечение ХПН активными методами.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 40 больных с хроническими заболеваниями почек (40% мужчин), из них 77,5% — больных с гломерулонефритом, остальные — с диабетической нефропатией (возраст — 48,6±1,3 года). Больные находились на стационарном обследовании и лечении в клинике пропедевтики внутренних болезней Санкт-Петербургского государственного медицинского университета. Преобладали лица с длительностью заболевания от 6 до 13 лет (35%). Половина больных находилась на I—II стадии ХПН, остальные имели сохранную функцию почек. Все больные получали стандартную терапию.

В исследование были включены 30 больных, которые получали лечение в отделении гемодиализа (ГД) СПбГМУ (возраст — 36,2±1,2 года). Наиболее частым заболеванием, приводившим к ХПН, являлся гломерулонефрит. ГД, как правило, начинали при ХПН III А. Отмечена значительная длительность хронического заболевания почек в целом (14,9±9,0 года) и гипертензии (8,6±5,4 года). Давность ХПН составила 4,3±0,4 года. Возраст начала болезни — 24,7±1,3 года, промежуток времени от начала заболевания до лечения ГД — 9,9±0,8 года. Большинство пациентов были на этапе стабильного ГД (длительность — 45,2±17,6 мес). Адекватный ГД (KT/V=1,2) с продолжительностью сеанса 5—6 ч проводился с частотой 3 раза в неделю с применением капиллярных диализаторов, бикарбонатного диализующего раствора и системы очистки воды.

Третья группа больных, состоявшая из 6 мужчин и 11 женщин, получала заместительную терапию постоянным амбулаторным перитонеальным диализом в Центре передовых медицинских технологий. Возраст пациентов — 41,47±9,59 лет. Длительность заместительной терапии — 7,65±2,29 мес.

В исследовании использована экспериментально-психологическая методика для оценки субъективной удовлетворенности качеством жизни SF-36 Health Status Survey.

С целью количественной оценки психических параметров больных применялись шкала самооценки при депрессиях по W.W.K.Zung. Интегративный тест тревожности, который отражает стабильную личностную характеристику — тревожность и ситуативную тревогу.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выраженность личностной тревожности в среднем по группе больных с хроническими заболеваниями почек несколько превышала средний уровень и составляла 6,8±0,3 балла. Ситуативная тревога в целом по группе находилась в пределах нормальных показателей — 5,1±0,4 балла.

Статистически достоверных различий степени выраженности тревожности у больных с сохранной функцией почек и с ХПН не обнаружено.

В то же время, больные с ХПН отличаются большей частотой случаев повышенной тревожности по сравнению с больными с сохранной функцией почек.

Личностные особенности больных характеризовались наличием высокой тревожности у 55% больных с сохранной функцией почек. У больных с ХПН высокая тревожность имела место в 80% ($p<0,05$). Низкий и нормальный уровень тревожности встречался у больных с сохранной функцией почек заметно чаще, чем при наличии ХПН ($p<0,001$).

Ситуативная тревога высокого уровня достоверно чаще встречалась среди больных с ХПН (15% и 50% случаев). Низкий и нормальный уровень тревоги в большей степени свойственен больным с сохранной функцией почек ($p<0,01$).

Среди больных с сохранной функцией почек депрессия наблюдалась в 25% случаев и не превышала минимальной степени выраженности (52,8±8,3 балла). У больных с ХПН депрессивные расстройства встречались достоверно чаще — в 60% случаев и степень их выраженности была заметно больше. Минимальная выраженность депрессии (53,4±8,1 балла) наблюдалась у 35% больных, легкая степень (61,0±9,1 балла) — у 20% и умеренная (75,0±9,7 балла) — у 5% больных.

Минимальная и легкая депрессия проявлялись, как правило, в сниженном фоне настроения, слезливости, раздражительности, беспокойстве. В более тяжелых случаях имели место чувство безысходности, пессимистическая оценка будущего, суицидальные тенденции в виде усталости от жизни. Типичны сомнические расстройства в виде затрудненного засыпания, интрасомнических нарушений (сон с пробуждениями, тревожные сновидения), утрата чувства сна, отсутствие чувства отдыха после пробуждения.

Выявлен отчетливый параллелизм между уровнем депрессии и тревоги ($p<0,001$).

Тяжесть соматического состояния больше выражена у больных старшего возраста ($r=0,44$; $p<0,005$).

В худшую сторону по показателю психического состояния достоверно отличаются больные женского пола, с большей тяжестью соматического состояния. Выраженность депрессивных ($r=0,43$; $p<0,005$) расстройств и тревоги ($r=0,5$; $p<0,001$) увеличивается по мере нарастания стадии ХПН.

Характер заболевания не оказывает значимого влияния на личностно-поведенческие показатели у больных, однако, уровень тревоги выше при диабетической нефропатии ($r=0,36$; $p<0,02$).

В табл. 1 приведены результаты оценки качества жизни больных на консервативном этапе лечения в сравнении со здоровыми лицами.

Полученные данные указывают на существенное снижение по сравнению со здоровыми качества жизни больных по всем показателям. Особенно отклоняются в худшую сторону показатели физического состояния, ограничивающего его влияния на ролевое функционирование, выраженности болевого синдрома, общего состояния здоровья и социального функционирования. В несколько меньшей степени снижена по сравнению со здоровыми оценка жизненной активности и психического состояния.

Сравнительный анализ качества жизни у больных с сохранной функцией почек и с ХПН на консервативном этапе лечения выявил достоверно более низкие показатели у последних (табл. 2). Развитие ХПН ведет к резкому возрастанию ограничения функционирования больных за счет как физического, так и эмоционального состояния. Заметно уменьшается удовлетворенность уровнем социального функционирования. Достоверные отличия отсутствуют только по оценке больными своего здоровья в динамике.

Результаты исследования свидетельствуют, что больные, находящиеся на лечении ГД, достоверно отличаются от больных, получающих консервативную терапию, в лучшую сторону по показателям физического функционирования, общей оценки здоровья, жизненной активности (энергичности), влияния эмоционального состояния на различные виды функционирования и психического здоровья в целом. У них имеется тенденция к более высокой оценке состояния своего здоровья в динамике, в сравнении с тем, что было год назад (табл.3).

В то же время, у больных при лечении ГД в большей степени выражен болевой синдром, меньше удовлетворенность уровнем своего социального функционирования.

Таблица 1

Качество жизни больных с хроническими заболеваниями почек, получающих консервативное лечение, по данным методики SF-36 в сравнении со здоровыми

Показатель качества жизни	Больные, $\bar{X}\pm m$	Здоровые, $\bar{X}\pm m$	Достоверность различий, p
PF	54,2±5,8	96,0±21,2	<0,001
RP	32,5±7,6	90,0±19,8	<0,001
BP	48,8±4,9	89,7±19,1	<0,001
GH	41,2±3,6	73,2±17,6	<0,001
VT	47,7±4,9	62,2±14,2	<0,05
SF	55,4±5,3	85,0±18,8	<0,001
RE	50,2±8,1	65,0±15,0	<0,05
MH	51,9±4,2	63,3±14,5	<0,05

Примечание. Здесь и далее в табл. 2—4: PF — способность к физическим нагрузкам; RP — влияние физического состояния на ролевое функционирование; BP — болевой синдром; GH — общее состояние здоровья; VT — физическая активность, энергичность; SF — социальное функционирование; RE — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; MH — психическое здоровье; HT — сравнительная оценка состояния своего здоровья за год.

Таблица 2

Сравнительный анализ качества жизни больных с сохранной функцией почек и с ХПН на додиализном этапе

Показатель качества жизни	Группы больных		Достоверность различий, p
	с сохраненной функцией почек, $\bar{X}\pm m$	с ХПН, $\bar{X}\pm m$	
PF	68,5±8,8	42,7±2,9	<0,01
RP	52,5±3,6	16,2±1,1	<0,001
BP	57,1±4,1	47,7±3,2	<0,05
GH	47,7±3,6	33,7±2,5	<0,05
VT	55,2±4,0	40,5±2,7	<0,05
SF	64,0±5,3	47,1±3,0	<0,01
RE	65,0±8,1	35,0±2,6	<0,001
MH	57,6±4,2	46,2±3,1	<0,05
HT	3,3±0,2	3,7±0,9	–

Таблица 3

Сравнительный анализ качества жизни больных при активных методах лечения ХПН

Показатель качества жизни	Группы больных		Достоверность различий, p
	Додиализный этап лечения, $\bar{X}\pm m$	Гемодиализ, $\bar{X}\pm m$	
PF	54,2±5,8	65,6±21,3	<0,05
RP	32,5±7,6	29,8±37,4	–
BP	48,8±4,9	36,9±22,2	<0,05
GH	41,2±3,6	64,6±10,5	<0,01
VT	47,7±4,9	64,0±7,9	<0,01
SF	55,4±5,3	45,2±10,0	<0,05
RE	50,2±8,1	67,9±9,5	<0,01
MH	51,9±4,2	66,9±9,7	<0,05
HT	3,5±0,2	4,0±0,9	–

Как видно из данных, приведенных в табл. 2 и 3, качество жизни больных с ХПН, получающих ГД, отличается в лучшую сторону от таковых на додиалиазном этапе, хотя в обследовании не были включены случаи терминальной ХПН. Толерантность к физическим нагрузкам, физическое функционирование, т.е. способность к выполнению будничной работы, степень, в которой физическое состояние препятствует выполнению повседневной деятельности, а также жизненная активность, энергичность достоверно выше в группе ГД больных ($p<0,01$). Выражены различия по степени, в которой эмоциональное состояние ограничивает ролевое функционирование, и по показателю психического состояния при лечении ГД и на консервативном этапе (соответсвенно $p<0,001$ и $p<0,01$). Исключение представляет собой степень, в которой болевой синдром ограничивает функционирование больных, более выраженная при лечении ГД ($p<0,05$). Также нет достоверных различий в удовлетворенности больных уровнем своего социального функционирования.

Снижение способности к физическому функционированию, общей оценки здоровья, как составляющих качества жизни, а также степень, в которой эмоциональное состояние ограничивает функционирование, заметно выраженнее у больных, получающих перитонеальный диализ по сравнению с додиализным этапом лечения (табл. 4). Оценка своего здоровья по сравнению с тем, что было год назад, достоверно хуже у диализных больных. Однако свобода от боли у пациентов перитонеального диализа больше. У них также отклоняется в лучшую сторону субъективная оценка уровня социального функционирования. Различий по показателям энергичности и общей оценки психического здоровья, ограничению способности к функционированию за счет физического состояния не выявлено.

Таблица 4

Качество жизни больных, получающих лечение консервативными методами и перитонеальным диализом, по данным методики SF-36 HEALTH STATUS SURVEY

Показатель качества жизни	Группы больных		Достоверность различий, p
	Додиализный этап лечения, $\bar{X}\pm m$	Перитонеальный диализ, $\bar{X}\pm m$	
PF	54,2±5,8	42,9±10,2	<0,05
RP	32,5±7,6	28,1±6,7	–
BP	48,8±4,9	56,6±10,2	<0,05
GH	41,2±3,6	28,6±7,1	<0,01
VT	47,7±4,9	44,1±10,4	–
SF	55,4±5,3	61,0±12,9	<0,05
RE	50,2±8,1	37,5±9,0	<0,01
MH	51,9±4,2	56,4±10,1	–
HT	3,5±0,2	2,9±0,6	<0,05

ОБСУЖДЕНИЕ

У больных на додиализном этапе лечения хронических заболеваний почек прослеживается закономерность, отличная от таковой при лечении методом перманентного гемодиализа. В условиях гемодиализной терапии прямолинейная зависимость развития и выраженности депрессивных расстройств от тяжести соматического состояния отсутствует. Характерно оживление аффективных расстройств психогенного характера на фоне стабилизации соматического состояния и актуализации психотравмирующих фрустрирующих факторов [1]. На этапе консервативного лечения хронических заболеваний почек преобладает прямой параллелизм между тяжестью соматического состояния (доминирует соматогенный фактор), а также, вероятно, присутствует личностная реакция на болезнь, а именно, переживание нарастания ХПН как витальной угрозы. Психическое состояние больных с ХПН отчетливо отклоняется в худшую сторону, по сравнению с больными с сохранной функцией почек.

Более выраженные тревожные расстройства у больных с диабетической нефропатией, возможно, обусловлены сопутствующей сосудистой патологией головного мозга диабетического генеза. Ипохондричность и депрессивность больных с диабетической нефропатией связаны, видимо, с особенностями течения диабета, который, в отличие от гломерулонефрита, нередко длительное время протекающего бессимптомно, характеризуется течением с массивными клиническими проявлениями, что и приводит к фиксированности больных на своем самочувствии.

Закономерность, выявленная у больных с сохранной функцией почек и с ХПН I—II стадии, соответствует прямому параллелизму между выраженностью депрессии и тревоги, установленному на примере получающих лечение методом перманентного гемодиализа [2], что свидетельствует в пользу целесообразности выделения особого субсиндрома аффективных расстройств у этих пациентов.

Развитие ХПН ведет к выраженному снижению качества жизни больных с хроническими заболеваниями почек на додиализном этапе лечения, как по физическим, так и по психологическим параметрам. Это соответствует имеющимся в литературе указаниям на то, что самооценка больных, а именно осознание себя хроническим нефрологическим больным, ведет к снижению качества жизни, большей выраженности эмоционального дистресса [4].

Качество жизни у этих больных отличается в худшую сторону по сравнению с пациентами, получающими лечение методом ГД, но по ряду

параметров превосходит таковое при перитонеальном диализе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Адекватное лечение ХПН активными методами может способствовать улучшению качества жизни больных с ХПН. Выраженное снижение качества жизни даже у больных с сохранной функцией почек обусловливает необходимость улучшения реабилитационных мероприятий уже на этом этапе развития заболевания. Развитие ХПН сопряжено с актуализацией психологической коррекции у больных в связи с повышением значимости для качества их жизни фактора эмоционального состояния. Применение методики SF-36 позволяет дать динамичную сравнительную характеристику качества жизни у больных с хроническими заболеваниями почек и может служить инструментом для оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Петрова Н.Н. Аффективно-личностные расстройства у больных с хронической почечной недостаточностью при лечении гемодиализом // Журн.обозрения психиатрии и мед.психологии им.Бехтерева.—1995.—№ 3.—С. 3—13.

2. Петрова Н.Н. Тревожные расстройства у больных ХПН в условиях лечения гемодиализом // Нефрология.—1997.—Т. 1, № 2.—С. 61—65.

3. Beusterein K.M., Nissenson A.R., Port F.K. et al. The effects of recombinant human erythropoietin on functional health and well-being in chronic dialysis patients // J. Amer. Soc. Nephrol.—1996.—Vol. 7, № 5.—P. 763—773.

4. 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.—Vol. 16, № 6.—P. 529—538.

5. Gollinelli D. Role of quality of life studies in the reimbursement of medicines // Quality of Life.—1998, March.—P. 11.

6. Grzegorzewska A., Chmurak A. Some factors affecting longevity and quality of life in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) // Polskie Archivum Medycyny Wewnetrznej.—1997.—№ 4.—P. 364—370.

7. Klang B., Bjorvell H., Clyne M. Quality of life in predialytic uremic patients // Quality of life research.—1996.—Vol. 5, № 1.—P. 109—116.

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

9. Meers C., Singer M.A. Health related quality of life assessment in clinical practice // J. CANNT.—1996.—Vol. 6, № 20.—P. 29—31.

10. Sullivan M. Quality of life assessments make sense — do they make a difference // Quality of life.—1998.—P. 5.

Поступила в редакцию 03.06.99 г.