© Коллектив авторов, 1999
УДК 616.61-008.64-085.38-036

Н.Н.Петрова, И.А.Васильева, С.Л.Гаврик

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРМАНЕНТНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ И ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ

N.N.Petrova, I.A.Vasilieva, S.L.Gavrik

QUALITY OF LIFE IN HEMODIALYSIS AND PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS

Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Центр передовых медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия

РЕФЕРАТ

Сравнительный анализ качества жизни, с точки зрения субъективной удовлетворенности больных уровнем своего функционирования, показал определенные преимущества перманентного гемодиализа как в отношении ряда физических, так и социально-психологических показателей. Снижение качества жизни, в частности, уровня социальной и физической активности пациентов может быть обусловлено аффективными расстройствами и неадекватной психологической защитой.

Ключевые слова: качество жизни, гемодиализ, перитонеальный диализ.

ABSTRACT

A comparative analysis of quality of life from the viewpoint of the patient's subjective satisfaction with the level of their functioning shows evident advantages of permanent hemodialysis in relation to some physical, social and psychological aspects. Decreased quality of life, particularly of the level of patient's social and physical activity may be due to affective disturbances and inadequate psychological defence.

Key words: quality of life, hemodialysis, peritoneal dialysis.

ВВЕДЕНИЕ

Перитонеальный диализ получают сейчас около 70 000 больных в мире [9]. Выживаемость при этом виде терапии сравнима с таковой при лечении методом перманентного гемодиализа (ГД). По мнению исследователей, качество жизни больных мало учитывается при оценке эффективности лечения и успешности реабилитации больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН). Имеющиеся работы страдают от отсутствия стандартизованных методов исследования и групп сравнения. Высказано мнение, что по объективным данным большинство исследователей рассматривают ГД как более успешный метод лечения ХПН. В то же время, есть данные, что субъективное качество жизни выше при лечении перитонеальным диализом [2]. R.Gokal [7] считает, что тип диализа мало отражается на качестве их жизни, однако, отмечая при этом, что субъективное качество жизни выше у больных, получающих перитонеальный диализ. T.Wang и соавт. [10] не обнаружили отличий по показателю качества жизни у больных, находящихся на лечении ГД и перитонеальным диализом. E.Fox и соавт. [3] отметили более низкий уровень качества жизни у больных на централизованном ГД по сравнению с амбулаторным перитонеальным диализом и домашним ГД. С другой стороны, J. de Groot и соавт. [4] не выявили существенных различий качества жизни при разных видах диализа, хотя субъективные и объективные критерии качества жизни были несколько выше на перитонеальном диализе.

Наряду с этим, имеются данные о зависимости стрессогенного влияния перитонеального диализа от наличия осложнений, возраста (больше выражено у больных около 60 лет в связи с тревогой за будущее — проблемы с работой), пола (мужчины больше озабочены трудоустройством, в то время, как женщины — внешним видом, изменением образа тела вследствие технических особенностей диализа). На примере 120 больных, получавших лечение ГД и перитонеальным диализом в течение не менее 6 мес, был проведен сравнительный анализ качества жизни [5]. При этом больным предлагалось сделать выбор между этими типами лечения. Основанием для предпочтения перитонеального диализа явились: большее свободное время (21%), большая свобода, независимость (67%), лучшее самочувствие (44%), меньшая тревога (5%); для ГД: большее свободное время (53%), лучшее самочувствие (39%), меньшая тревога (13%), отсутствие перитонеального ка-

тетера и меньшая частота осложнений (19%). 52% больных на ГД и 39% больных на перитонеальном диализе считали, что они «вовлечены в лечение» в меньшей степени, чем при другом методе терапии. Таким образом, A.F. De Vecchi и соавт. [5] констатируют, что предпочтение, которые больные отдают перитонеальному диализу, обусловлено, преимущественно, ощущением большей свободы по сравнению с ГД (67% больных). Исследователи считают, что наличие проблем и выбор вида диализа не зависели от пола, возраста, образования и работы.

Сравнительный анализ качества жизни на ГД и перитонеальном диализе показал, что хотя различий по функциональному статусу между этими группами больных, согласно шкале Karnofsky, не было обнаружено, тяжесть состояния была больше при ГД [8]. Несмотря на более тяжелое соматическое состояние, нарушения функционирования на ГД не были значительнее по сравнению с перитонеальным диализом. Напротив, констатировано, что психическая адаптация на ГД была лучше. Авторы объясняют это большей психологической и социальной изоляцией больных на перитонеальном диализе, в том числе меньшей поддержкой со стороны медицинского персонала.

Из факторов, определяющих качество жизни при лечении перитонеальным диализом, выделяют семейную адаптацию и доход (материальное благосостояние) больных [6].

Таким образом, имеющиеся в литературе сведения отличаются значительными расхождениями по вопросу о роли вида терапии ХПН (перитонеальный диализ или гемодиализ) в определении эффективности физической и социально-психической реабилитации больных. Несмотря на то, что терминальная ХПН представляет собой ситуацию витальной угрозы, сопряжена с мощным психотравмирующим воздействием на больных, что в значительной степени обусловливает их качество жизни, психологические особенности больных при перитонеальном диализе остаются недостаточно исследованными.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение влияния перитонеального диализа на качество жизни больных с ХПН в сравнении с перманентным централизованным ГД.

Для этого в ходе исследования проводилась сравнительная оценка психического и физического статуса больных, определение уровня их качества жизни и выявление взаимосвязей между этими параметрами.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 30 больных, которые получали лечение в отделении гемодиализа СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова (возраст — 36,2±1,2 года). Наиболее частым заболеванием, приводившим к ХПН, являлся гломерулонефрит. ГД, как правило, начинали при ХПН IIIA ст. Отмечена значительная длительность хронического заболевания почек в целом (14,9±9,0 лет) 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 с продолжительностью сеанса 5—6 ч проводился с частотой 3 раза в неделю с применением капиллярных диализаторов, бикарбонатного диализирующего раствора и системы очистки воды.

Вторая 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.

Значение KT/V составило 2,20±0,47 при норме выше 1,7, что свидетельствует об адекватности проводимой терапии. Уровень гемоглобина достигал в среднем 97,3±21,4 г/л. Артериальная гипертензия была скорригирована в пределах до 150/100 мм рт. ст. Соматическое состояние пациентов было удовлетворительным.

В исследовании была использована экспериментально-психологическая методика для оценки субъективной удовлетворенности качеством жизни SF-36 Health Status Survey [11].

Данная методика позволяет оценить физическое, психическое состояние больных, их социальное функционирование, а также отражает субъективную характеристику степени выраженности болевого синдрома.

Методика содержит ряд шкал, составленных таким образом, что более высокая оценка (в баллах) указывает на лучшее состояние здоровья. Например, высокий балл по шкале боли свидетельствует об отсутствии болевого синдрома: чем выше оценка по этой шкале, тем меньше выраженность боли.

В методике представлены следующие шкалы.

1. Физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует физические нагрузки, такие как самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей, наклоны, а также значительные физические нагрузки.

2. Влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

3. Интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься нормальной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. Общее состояние здоровья — оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения; сопротивляемость болезни.

5. Жизнеспособность (прилив жизненных сил) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

6. Социальное функционирование включает в себя степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества.

8. Оценка психического здоровья характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

9. Оценка состояния здоровья по сравнению с тем, что было год назад.

Психическое состояние больных оценивалось с использованием экспериментально-психологических методик для определения уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера и самооценки депрессии Зунга. Особенности психологической защиты изучались с помощью методики «Индекс жизненного стиля».

Полученные результаты обработаны с применением методов параметрической и непараметрической статистики, в том числе линейного корреляционного и множественного регрессионного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнительном анализе установлено, что больные, получающие лечение ГД и перитонеальным диализом, различаются по своему психическому состоянию (табл. 1). Можно отметить тенденцию к большей выраженности депрессии при лечении ГД и тревоги — на перитонеальном диализе. Выявляется меньшая выраженность проекции, сопряженной с агрессией, переносом на окружающих субъективно неприемлемых мыслей, чувств и гиперкомпенсации, связанной с чрезмерной активностью в доступных сферах деятельности, при лечении перитонеальным диализом.

Страдает качество жизни больных. Особенно заметными являются отклонения по показателям физического состояния. Отчетливо снижена способность к выполнению видов деятельности, связанной с физическими нагрузками: самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, поднятие тяжестей. Физическое состояние больных во много раз по сравнению с нормой ограничивает выполнение различных видов повседневной деятельности, препятствует участию в труде. Резко снижена активность больных, они повышено утомляемы, астенизированы. Значительной интенсивности достигает болевой синдром. В целом, общее состояние физического здоровья больных снижено по сравнению с контрольной группой в 2 раза (см. табл. 2, 3).

Полученные данные свидетельствуют, что больные, находящиеся на лечении ГД, достоверно отличаются от больных, получающих перитонеальный диализ, в лучшую сторону по показателям физического функционирования и влияния эмоционального состояния на различные виды функционирования. У них имеется тенденция к более высокой общей оценке здоровья, прогностической оценке своего состояния и лечения, социального функционирования.

Анализ факторов, определяющих уровень качества жизни при лечении ГД, представлен в ранее опубликованной нами статье [1]. Установлено, что при перитонеальном диализе показатель физического здоровья в значительной степени зависит от выраженности болевого синдрома и эмоционального состояния больных ($p<0,05$). Общая оценка здоровья определяется не только степенью, в которой физическое состояние ограничивает ролевое функционирование больных, но и психическим статусом, в частности, чем выраженнее тревожные расстройства, тем ниже этот показатель ($r=-0,61$; $p<0,01$). Физическое здоровье, в том числе болевой синдром, существенно влияет на уровень социальной активности и энергичность больных, получающих этот вид лечения. Обнаружена закономерность, аналогичная ГД: прямой параллелизм между выраженно-

Таблица 1

Характеристика психического состояния больных, получающих лечение перитонеальным диализом и гемодиализом ($\bar{X}\pm m$)

Показатели	Группы больных		Достоверность различий, p
	Перитонеальный диализ, n=20	ГД, n=30	
Тревожность:			
реактивная	48,4±10,5	44,6±1,7	<0,05
личностная	53,5±8,6	56,3±2,4	
Депрессия	52,9±8,5	59,1±2,7	<0,05
Механизмы психологической защиты:			
отрицание	5,7±2,4	5,8±0,5	>0,1
вытеснение	3,9±2,0	3,6±0,5	>0,1
регрессия	5,4±2,5	5,2±0,5	>0,1
компенсация	3,3±1,6	2,9±0,4	<0,05
проекция	7,5±2,5	8,6±0,5	<0,05
замещение	3,7±2,1	3,7±0,5	>0,1
интеллектуализация	5,9±2,5	6,0±0,5	>0,1
гиперкомпенсация	3,9±2,1	4,8±0,5	<0,05

стью болевого синдрома и депрессии (R=0,95; p<0,0001). Снижение энергичности, витальности может быть результатом превалирования психологической защиты по типу регрессии (возврат к инфантильным формам реагирования), которая, как продемонстрировало исследование, сопряжена с депрессивными расстройствами (r=0,55; p<0,01; R=0,85; p<0,005). Общая оценка психического здоровья выше у пациентов с доминированием механизма психологической защиты по типу вытеснения из сознания непереносимых мыслей, переживаний (r=−0,54; p<0,01). Гиперкомпенсация как чрезмерная активность в доступных сферах деятельности сопряжена с меньшей удовлетворенностью пациентов способностью к физическому функционированию и эмоциональному состоянию (p<0,01 и p<0,001, соответственно). Социальное функционирование больных в значительной степени определяется их физическим состоянием, выраженностью болевого синдрома и наличием эмоциональных нарушений (R=0,77; p<0,001).

ОБСУЖДЕНИЕ

Особенности психического состояния больных, получающих активные виды лечения на терминальной стадии ХПН, обусловлены спецификой характерных для них психотравмирующих факторов: «прикованность к аппарату, зависимость» при ГД и личная ответственность за лечение, необходимость для пациента осуществлять непосредственный контроль за ситуацией витальной угрозы при перитонеальном диализе. Своеобразие психотравмирующей ситуации, формирующейся в условиях каждого метода, находит отражение в отличительных чертах психологической защиты, что может служить мишенью для целенаправленной психотерапии как средства улучшения психической адаптации больных к лечению.

Независимо от вида активной терапии ХПН, пациенты достоверно отличаются от здоровой популяции в худшую сторону по всем характеристикам качества жизни. Однако, несмотря на то, что, на первый взгляд, перитонеальный диализ может обеспечить пациенту большую психологическую свободу, субъективная составляющая качества жизни по ряду показателей лучше при лечении ГД. При лечении перитонеальным диализом, также как и при ГД, депрессия может явиться причиной снижения физической и социальной активности больных вследствие ангедонии.

Полученные данные свидетельствуют в пользу высказанного нами ранее предположения об эффективности для пациентов ГД психологической защиты в виде вытеснения и неадекватности регрессии.

Таблица 2

Качество жизни больных, получающих перитонеальный диализ, по данным методики SF-36 HEALTH STATUS SURVEY, в сравнении со здоровыми

Показатель качества жизни	Перитонеальный диализ (X±m)	Достоверность различий, p	Здоровые (X±m)
PF	44,4±10,2	<0,01	96,0±21,2
RP	28,1±6,7	< 0,01	90,0±19,8
BP	53,9±10,2	<0,01	89,7±19,1
GH	28,6±7,1	<0,01	73,2±17,6
VT	44,1±10,4	<0,05	62,2±14,2
SF	58,6±12,9	<0,05	85,0±18,8
RE	37,5±9,0	<0,05	65,0±15,0
MH	56,4±10,1	–	63,3±14,5
HT	2,9±0,6	–	–

Примечание. Здесь и в табл. 3: 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 — оценка здоровья в динамике.

Таблица 3

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

Показатель качества жизни	Группы больных		Достоверность различий, p
	ГД (X±m)	Перитонеальный диализ (X±m)	
PF	57,8±12,3	42,9±10,2	<0,05
RP	24,4±5,7	28,1±6,7	>0,1
BP	53,9±11,1	56,6±10,2	>0,1
GH	34,6±8,2	28,6±7,1	>0,1
VT	42,8±9,7	44,1±10,4	>0,1
SF	61,4±13,7	61,0±12,9	>0,1
RE	58,0±12,5	37,5±9,0	<0,01
MH	59,1±12,9	56,4±10,1	>0,1
HT	4,0±0,9	2,9±0,6	<0,05

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Адекватный ГД может обеспечить более высокие показатели качества жизни по физическим, психическим и социальным характеристикам по сравнению с перитонеальным диализом. Качество жизни пациентов в значительной степени обусловлено влиянием психологических факторов. В связи с этим коррекция психического состояния больных, в том числе активизация в процессе психотерапии адекватных защитных механизмов, может способствовать повышению эффективности психосоциальной и физической реабилитации больных с терминальной ХПН и должна учитывать специфику психогенного влияния различных методов лечения, а также общие закономерности психологической защиты в ситуации витальной угрозы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Петрова Н.Н., Тимофеев М.М., Челноков Б.Н., Васильев В.В. Эффективность гемодиализа и качество жизни больных // Нефрология.—Т.1, № 3.— С. 77—81.

2. Aoki K., Muraoka K. Analysis of continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) stressors in CAPD patients // Kango Kenkyu — Jap. J. Nurs. Res.—1993.—Vol. 26, № 6.— P. 553-562.

3. Fox E., McDowal J., Neale T.J. Cognitive function and quality of life in end-stage renal failure // Renal Failure.—1993.— Vol. 15, № 2.—P. 211—214.

4. de Groot J., de Groot W., Kamphuis M. et al. Kwaliteit van leven van dialysepatienten in Utrecht en Willemstad weinig verschillend // Ned. T. Geneesk.—1994.—Vol. 138, № 17.— P. 862—866.

5. De Vecchi A.F., Scalamogna A., Colombini M. et al. Well being in patients on CAPD and hemodialysis // Int. J. Artif. Organs.—1994.—Vol. 17, № 9.—P. 473—477.

6. Dunn S.A., Lewis S.L., Bonner P.N., Meize-Grochowski R. Quality of life for spouses of CAPD patients // Anna J.—1994.— Vol. 21, № 5.—P. 237—246, 257; discussion 247.

7. Gokal R. Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy // Kidney Int.—1993.—Suppl. 40.—S. 23—27.

8. Griffin K.W., Wadhwa N.K., Friend R. et al. Comparison of quality of life in hemodialysis and peritoneal dialysis patients // Advances in Peritoneal Dialysis.—1994.—Vol. 10.—P. 104—108.

9. Nissenson A.R. Measuring, managing, and improving quality in the end-stage renal disease treatment setting: peritoneal dialysis // Amer. J. Kidney Dis.—1994.—Vol. 24, № 2.— P. 368—375.

10. Wang T., Liu B., Ye R.G. Comparison of quality of life in continuous ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis patients // Chung-Hua Nei Ko Tsa Chih Chinese J. Intern. Med.— 1993.—Vol. 32, № 11.—P. 754—756.

11. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide.—Boston, 1993.—P. 1—22.

Поступила в редакцию 10.11.98 г.