© И.А.Васильева, Ю.С.Михеева, 2001
УДК 616.61-008.64-036.12-085.38-073.27-058

И.А.Васильева, Ю.С.Михеева

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИМ АЦЕТАТНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

I.A.Vasilieva, Yu.S.Mikheeva

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS ON CHRONIC ACETATE HEMODIALYSIS

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

РЕФЕРАТ

Обследованы 50 больных на хроническом ацетатном гемодиализе с целью оценки их качества жизни как субъективной удовлетворенности больных уровнем своего функционирования. Показано, что больные на ацетатном гемодиализе имеют пониженное качество жизни. Снижение качества жизни, в частности, физической активности пациентов может быть обусловлено наличием сопутствующей патологии, аффективных расстройств и неконструктивных способов совладания со стрессом.

Ключевые слова: качество жизни, гемодиализ.

ABSTRACT

Examinations of 50 patients on chronic acetate hemodialysis allowed the authors to evaluate their quality of life from the viewpoint of the patients' subjective satisfaction with the level of their functioning. The patients on acetate hemodialysis were shown to have a decreased quality of life. The worse quality of life, particularly of the level of the patient's activity may be due to a concomitant pathology, affective disorders and inadequate coping styles.

Key words: quality of life, hemodialysis.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на значительные успехи в лечении больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), в том числе получающих лечение гемодиализом (ГД), диагноз уремии и перспектива пожизненного диализного лечения по-прежнему внушают непосвященным чувство страха и безнадежности. И даже когда лечение идет успешно и появляются реальные перспективы, возвращение к нормальной, полноценной жизни может стать серьезной психологической проблемой для больного. Лечение хроническим ГД сопряжено с постоянной витальной угрозой, приводит к изменениям в физической, психологической и социальной сферах, к формированию новой, «искусственной» формы жизни. Это обусловливает необходимость адаптации индивидуума к изменившимся условиям. Процессы психической адаптации больного к серьезному заболеванию и достаточно травматичному, с психологической точки зрения, лечению связаны, в частности, со способностью человека справляться со сложными ситуациями, с использованием так называемых копинг-механизмов, или механизмов совладания со стрессом. Копинг-механизмы оказывают существенное влияние на поведение человека и в последние десятилетия привлекают внимание отечественных и зарубежных исследователей [4, 6, 7].

Если в период становления диализной технологии основным критерием эффективности лечения пациентов с терминальной ХПН была продолжительность жизни, то в настоящее время все более актуальной становится проблема не просто «выживания» больного, но и качества его жизни [2, 3, 5, 8]. Для улучшения качества жизни (КЖ) больных, находящихся на лечении хроническим ГД, необходима коррекция симптомов и осложнений уремического синдрома и так называемой связанной с ГД патологии, прогрессирующей во времени [9]. Несомненно, что чем более полно достигнута компенсация уремического синдрома, подтвержденная данными объективных исследований, тем выше КЖ. Однако прямой взаимосвязи между степенью компенсации уремии и контролем за осложнениями, с одной стороны, и КЖ больных, с другой, нет [1]. Это связано с тем, что оценка КЖ происходит на субъектив-

ном уровне и зависит не только от чисто медицинских характеристик состояния здоровья, но и от психологических и социальных факторов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 50 больных, получавших лечение хроническим ацетатным ГД в Республиканской больнице г. Петрозаводска. Средний возраст составил 43,0±1,6 лет (колебания — от 22 до 68 лет). Длительность хронического заболевания почек — 174,5±16,2 мес. Продолжительность лечения ГД — от 1 до 144 мес, средняя — 40,4±5,2 мес. Структура заболеваний в основе ХПН: хронический гломерулонефрит — у 34 больных (68%), сахарный диабет — у 6 (12%), поликистоз почек — у 5 (10%), пиелонефрит — у 3 (6%), нефросклероз и интерстициальный нефрит — у 2 (4%). Артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 48 больных (96%), у большинства пациентов — умеренная. Анемия разной степени выраженности наблюдалась у 45 больных (90%). ГД был адекватным: очищение по показателям мочевины и креатинина происходило более, чем в 2 раза, средний индекс КТ/V=1,1. Среднее количество часов ГД в неделю составило 9,6±0,3. Использовали систему очистки воды.

Для оценки психического состояния больных применяли шкалу самооценки депрессии Зунга, шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера, для изучения копинг-поведения — опросник Э.Хейма. Также в исследовании использована методика для оценки субъективной удовлетворенности качеством жизни SF-36 Health Status Survey [10].

Показатели КЖ больных, получавших ацетатный ГД, сопоставлялись с оценками КЖ пациентов, находившихся на лечении бикарбонатным ГД. Группа сравнения состояла из 27 больных, средний возраст — 42,1±3,1 года, длительность ГД — 83,3±12,7 мес.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ Excel 95, с определением средних значений ($\bar{X}$), средней ошибки (m), t-критерия Стьюдента; применяли линейный корреляционный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди обследованных больных выраженность личностной тревожности, в среднем, составила 50,3±1,2 баллов, что соответствует высокой степени личностной тревожности как стабильной черты человека. Реактивная, или ситуативная, тревожность в целом по группе больных также была достаточно выраженной и составила 49,2±1,3 балла.

В нашем исследовании у 32 больных (64%) встречались депрессивные расстройства различной степени выраженности: у 16 больных отмечена депрессия легкой степени, у 15 больных — депрессия умеренной степени и только у одного пациента констатирована тяжелая, выраженная депрессия (сумма баллов по шкале Зунга составила 79). Среди больных с депрессивными расстройствами женщин было в 2,5 раза больше, чем мужчин.

Легкая депрессия проявлялась, как правило, в сниженном настроении, слезливости, раздражительности, беспокойстве. В более тяжелых случаях имели место чувство безысходности, пессимистическая оценка будущего, усталость от жизни и даже суицидальные тенденции. Для всех больных были типичны расстройства сомнического типа в виде затрудненного засыпания, интрасомнических нарушений (сон с пробуждениями, тревожные сновидения), утраты чувства сна, отсутствия чувства отдыха после пробуждения.

Результаты оценки КЖ больных, получавших лечение хроническим ацетатным ГД, по сравнению со здоровыми лицами приведены в табл. 1.

Как и следовало ожидать, практически все исследованные параметры КЖ у больных, находившихся на лечении ГД, значительно хуже, чем у здоровых. Особенно резко диализные больные отличаются от группы здоровых по показателям физического состояния, общего состояния здоровья. В несколько меньшей степе-

Таблица 1

Качество жизни больных на хроническом ацетатном ГД по данным методики SF-36 в сравнении со здоровыми

Показатель качества жизни	Больные на ацетатном гемодиализе ($\bar{X}$±m)	Здоровые лица ($\bar{X}$±S)	p
PF	61,3±3,5	96,0±21,2	<0,001
RP	32,0±5,5	90,0±19,8	<0,001
BP	66,0±4,0	89,7±19,1	<0,01
GH	34,2±2,3	73,2±17,6	<0,001
VT	48,5±2,7	62,2±14,2	<0,05
SF	62,0±3,9	85,0±18,8	<0,01
RE	52,0±6,0	65,0±15,0	<0,05
MH	55,9±2,6	63,3±14,5	–

Примечание. Здесь, в табл. 2 и на рисунке:
PF — способность выдерживать физические нагрузки;
RP — влияние физического состояния на повседневную деятельность; BP — болевой синдром; GH — общее состояние здоровья; VT – активность, энергичность;
SF — социальное функционирование; RE — влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность;
MH — психическое здоровье.

ни снижены по сравнению со здоровыми лицами оценка жизненной активности, влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности и показатель социального функционирования. Физическое состояние больных на ацетатном ГД значительно (по сравнению с нормой) ограничивает выполнение различных видов повседневной деятельности, препятствует участию в труде, активному отдыху. Активность больных резко снижена, они повышенно утомляемы, астенизированы. Высокой степени выраженности достигает болевой синдром. Боль отрицательно сказывается на способности пациентов справляться с ежедневными нагрузками, включая работу по дому и вне дома. В целом, оценка своего здоровья диализными больными по сравнению со здоровыми лицами снижена в 2 раза.

Результаты сравнительного анализа КЖ больных, находившихся на лечении ацетатным и бикарбонатным ГД, представлены в табл. 2. Больные на ацетатном ГД отличаются в худшую сторону по показателям общего состояния здоровья и влияния эмоционального состояния на повседневную деятельность, что согласуется с литературными данными. Однако по ряду индикаторов КЖ статистически значимых различий между этими двумя группами пациентов не обнаружено. Так же, как и при лечении ацетатным ГД, у больных, получавших бикарбонатный ГД, значительно снижены по сравнению с нормой показатели физической активности, способности к выполнению видов деятельности, связанных с физическими нагрузками: ходьба, подъем по лестнице, поднятие тяжестей. Болевой синдром ограничивает жизненную активность больных. Не столь существенно снижен по сравнению с нормой показатель социального функционирования. А удовлетворенность больных своим психическим состоянием — на том же уровне, что и в здоровой популяции.

Улучшению КЖ больных может способствовать использование конструктивных копинг-механизмов (табл. 3). Конструктивные способы совладания с трудностями отмечены в нашем исследовании больных, получавших ацетатный ГД, в 37% случаев, конструктивные в сумме с относительно конструктивными — в 64%.

В поведенческой сфере неконструктивные механизмы зарегистрированы у 26 больных (52%), конструктивные — у 9 (18%) и относительно конструктивные — у 15 (30%). Среди конструктивных механизмов преобладали обращение за помощью у 5 больных (10%), альтруизм и сотрудничество — по 2 больных (по 4%). Эти психологические механизмы могут лежать в основе активного вовлечения больных в про-

Таблица 2

Качество жизни больных, находящихся на лечении ацетатным и бикарбонатным гемодиализом

Показатель качества жизни	Ацетатный гемодиализ ($\bar{X}$±m)	Бикарбонатный гемодиолиз ($\bar{X}$±m)	p
PF	61,3±3,5	63,2±6,3	–
RP	32,0±5,5	33,9±7,8	–
BP	66,0±4,0	49,4±5,2	<0,05
GH	34,2±2,3	47,9±2,9	<0,05
VT	48,5±2,7	49,3±3,3	–
SF	62,0±3,9	63,5±4,8	–
RE	52,0±6,0	66,6±8,9	< 0,05
MH	55,9±2,6	63,4±2,7	–

Таблица 3

Распределение копинг-механизмов среди больных, находившихся на лечении ацетатным ГД

Копинг-механизм	Тип	Количество больных	%
Поведенческая сфера			
1. Отвлечение	ОК	13	26
2. Альтруизм	К	2	4
3. Активное избегание	НК	20	40
4. Компенсация	ОК	2	4
5. Отступление	НК	6	12
6. Сотрудничество	К	2	4
7. Обращение за помощью	К	5	10
Познавательная сфера			
1. Игнорирование	НК	5	10
2. Смирение	НК	9	18
3. Диссимуляция	НК	1	2
4. Сохранение апломба	К	15	30
5. Проблемный анализ	К	2	4
6. Относительность	ОК	2	4
7. Религиозность	ОК	6	12
8. Растерянность	НК	5	10
9. Придача смысла	ОК	1	2
10. Установка собственной ценности	К	4	8
Эмоциональная сфера			
1. Протест	К	2	4
2. Эмоциональная разрядка	ОК	4	8
3. Подавление эмоций	НК	15	30
4. Оптимизм	К	23	46
5. Пассивная кооперация	ОК	3	6
6. Покорность	НК	1	2
7. Самообвинение	НК	1	2
8. Агрессивность	НК	1	2

Примечание. К — конструктивный копинг-механизм; НК — неконструктивный; ОК — относительно конструктивный.

цесс лечения, соблюдения режима ГД и терапевтических рекомендаций.

Из неконструктивных механизмов для больных на ГД типичны активное избегание — у 20 больных (40%) и отступление — у 6 больных (12%). Эти варианты поведения в сложной ситуации могут проявляться в психологической изоляции больного, пассивности, отвлечении от проблем болезни и лечения ГД, что негативно отражается на соблюдении лечебного режима.

Следующая сфера рассмотрения способов преодоления трудностей — когнитивная (оценка пациентом ситуации своей болезни). В когнитивной сфере конструктивные механизмы отмечены у 21 больного (42%), относительно конструктивные — у 9 (18%) и неконструктивные — у 20 (40%). Из конструктивных вариантов чаще всего встречается «сохранение апломба», что выражается в самообладании, стремлении не показывать своего состояния — у 15 больных (30%). Это может быть расценено как гиперкомпенсация специфического чувства вины и неполноценности, свойственного ГД больным. Встречается также «установка собственной ценности» — у 4 больных (8%), для которой характерна уверенность больного в том, что в будущем он сумеет разрешить ситуацию своими силами. У 2 больных (4%) отмечается «проблемный анализ» (стремление детально проанализировать ситуацию).

Из неконструктивных механизмов в познавательной сфере наиболее распространенным является «смирение» у 9 больных (18%). Для 5 больных (10%) характерно «игнорирование» сложной ситуации и еще для 5 больных — «растерянность» при соприкосновении с трудностями.

В аффективной сфере конструктивные копинт-механизмы отмечались у 25 больных (50%), относительно конструктивные — у 7 (14%) и неконструктивные — у 18 больных (33%).

Эмоциональная сфера копинга больных на ГД характеризуется преобладанием конструктивного механизма «оптимизм» — у 23 больных (46%). А из неконструктивных вариантов у 15 больных (30%) встретилось «подавление эмоций».

При анализе факторов, влияющих на показатели КЖ, установлено, что для физической составляющей КЖ имеет значение длительность болезни и продолжительность лечения ГД. Чем дольше период болезни и лечения ГД, тем хуже показатели, отражающие толерантность к физическим нагрузкам ($r=-0,38$; $p<0,01$; $r=-0,17$; $p<0,05$). Длительность заболевания также отрицательно сказывается на общем состоянии здоровья, жизненной активности, психическом здоровье ($r=-0,32$; $p<0,05$, $r=-0,38$; $p<0,01$, $r=-0,29$; $p<0,05$) и положительно коррелирует с личностной тревожностью ($r=0,40$; $p<0,005$). Кроме того, замечено, что склонность к депрессивным расстройствам возрастает по мере увеличения продолжительности заболевания ($r=-0,51$; $p<0,0001$). Использование неконструктивных способов совладания с трудностями негативно влияет на КЖ больных. Так, например, с ростом частоты встречаемости копинг-механизма "растерянность" ухудшаются такие показатели КЖ, как оценка общего состояния здоровья, жизненная активность, социальное функционирование, психическое здоровье ($r=-0,33$; $p<0,05$, $r=-0,45$; $p<0,005$, $r=-0,33$; $p<0,05$, $r=-0,53$; $p<0,0001$; соответственно).

С ростом тревожности больных снижаются такие показатели КЖ, как общая оценка состояния здоровья ($r=-0,43$; $p< 0,005$) и влияние физического состояния на повседневную деятельность ($r=-0,36$; $p<0,02$). Повышение уровня депрессии связано со снижением большинства показателей КЖ: толерантности к физическим нагрузкам ($r=-0,49$; $p<0,001$), общего состояния здоровья ($r=-0,43$; $p<0,002$), жизненной активности ($r=-0,50$; $p<0,001$), ростом интенсивности болевого синдрома ($r=-0,57$; $p<0,0001$).

По мере увеличения продолжительности лечения ГД растет инвалидизация больных ($r=0,36$; $p<0,02$).

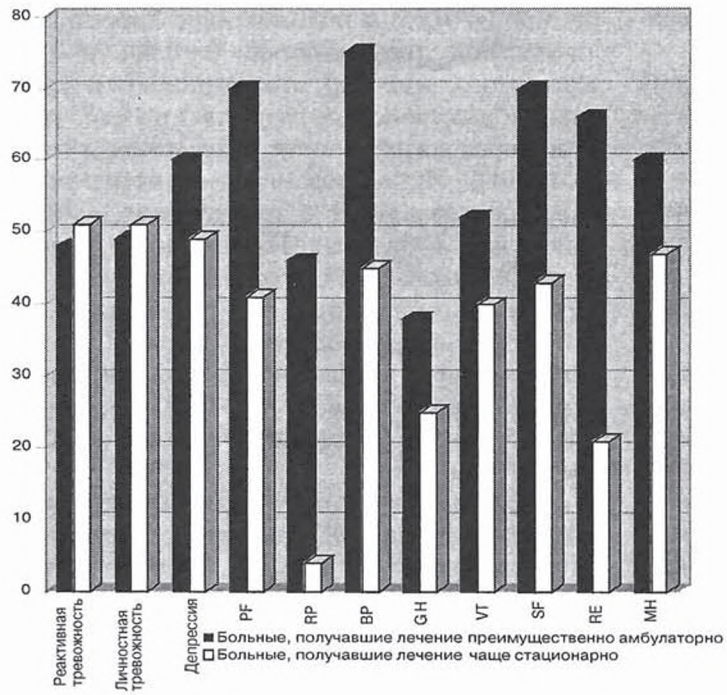
Больные с анемией среди копинг-механизмов в поведенческой сфере чаще выбирают «обращение за помощью» ($r=-0,33$; $p<0,05$).

Установлены статистически значимые различия в психическом статусе и КЖ между пациентами, которые получают лечение преимущественно амбулаторно, и больными, которые часто лечатся в стационаре (рисунок). При частых госпитализациях снижается субъективная удовлетворенность жизнью по всем показателям.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования свидетельствуют о снижении по сравнению со здоровыми лицами КЖ у больных, получавших лечение хроническим ацетатным ГД. Особенно существенно страдает физическая составляющая КЖ. Снижена устойчивость к физическим нагрузкам, выражен болевой синдром. В то же время удовлетворенность больных своим психическим здоровьем практически не отличается от нормы, что, вероятно, связано с действием механизмов психологической защиты и использованием конструктивных способов совладания с трудностями.

При сравнительном анализе КЖ больных в зависимости от вида диализирующего раство-



Усредненные показатели качества жизни, тревоги и депрессии у больных, получавших лечение ацетатным ГД преимущественно амбулаторно и стационарно.
По оси ординат: реактивная тревожность, личностная тревожность, депрессия (баллы); PF — MH (%).

ра установлено, что больные на ацетатном ГД склонны к более низкой оценке своего здоровья, а их эмоциональное состояние налагает больше ограничений на повседневную деятельность. В то же время по ряду показателей субъективной удовлетворенности жизнью достоверных различий между больными, находившимися на лечении ацетатным и бикарбонатным ГД, не определяется. А интенсивность болевого синдрома несколько выше в группе бикарбонатного ГД. Вероятно, такие результаты связаны с тем, что средняя продолжительность лечения ацетатным ГД была относительно невелика, что обусловило значительную соматическую и социальную сохранность больных. Пациенты из группы сравнения, находившиеся на лечении бикарбонатным ГД, отличались заметно большей длительностью лечения, что сказалось на их соматическом состоянии. Более тяжелое соматическое состояние, наличие осложнений обусловило несколько большую выраженность болевого синдрома и отразилось на некоторых других показателях КЖ, т. е. длительность терапии ГД нивелировала различия по КЖ больных в зависимости от вида диализирующего раствора. Полученные данные свидетельствуют о более медленном снижении КЖ больных при лечении бикарбонатным ГД, чем при ацетатном. При большой продолжительности ГД-терапии бикарбонатный ГД будет более предпочтителен с точки зрения удовлетворенности больных своим КЖ.

Несмотря на тяжесть соматического состояния и угрозу жизни диализные больные достаточно часто используют конструктивные и относительно конструктивные способы совладания с трудностями, особенно в эмоциональной сфере, что лежит в основе их высокой удовлетворенности своим психическим здоровьем. И, наоборот, частота неконструктивных копинг-механизмов коррелирует со снижением КЖ.

Негативное влияние продолжительности болезни и лечения ГД на большинство показателей КЖ, по-видимому, обусловлено ростом частоты и тяжести осложнений.

Наличие тревожно-депрессивных расстройств отрицательно сказывается на КЖ больных.

Столь существенная разница в двух группах больных (преимущественно амбулаторных и стационарных) обусловлена менее тяжелым соматическим состоянием амбулаторных больных, а также меньшей частотой их контактов с пациентами, у которых имелись тяжелые осложнения диализного лечения или сопутствующая патология.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Адекватный ГД может обеспечить достаточно высокие показатели КЖ по психологическим и социальным характеристикам. В то же время удовлетворенность больных своими физическими возможностями существенно снижена по сравнению со здоровой популяцией. При лечении бикарбонатным ГД происходит более медленное снижение КЖ больных, чем при ацетатном. На КЖ пациентов оказывают влияние длительность заболевания и лечения ГД, а также психологические факторы (наличие тревоги, депрессии). В связи с этим коррекция психического состояния больных, а также активизация в процессе психотерапии конструктивных способов совладания со стрессом могут способствовать повышению эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Преимущественно амбулаторное ведение больных позволяет достигнуть более полной психической адаптации и улучшить показатели КЖ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. 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.

2. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Саввина Н.Н. Качество жизни больных с хроническими заболеваниями почек на додиализном этапе лечения // Нефрология.—1999.—Т. 3, № 3.—С. 57–61.

3. Петрова Н.Н., Тимофеев М.М., Челноков Б.Н., Васильев В.В. Эффективность гемодиализа и качество жизни больных // Нефрология.—1997.—Т. 1, № 3.—С. 77–81.

4. Чехлатый Е.И. Личность и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—СПб., 1994.—25 с.

5. Killingworth A., van den Akkero. The quality of life of renal dialysis patients: trying to find the missing measurement // Int. J. Nursing Studies.—1996.—Vol. 33, №1.—P. 107–120.

6. Lazarus R.S., Folkman S. Stress appraisal and coping.—N. Y., 1984.—445 p.

7. Lok P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia // J. Advanced Nursing.—1996.—Vol. 23, № 5.—P. 873–881.

8. 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.

9. Mozes B., Shabtai E., Zucker D. Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers // J. Clin. Epidemiol.—1997.—Vol. 50, № 9.—P. 1035–1043.

10. 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 20.11.2000 г.