© Коллектив авторов, 2001
УДК 616.61-008.64-036.12-085.38-073.27-058

И.А.Васильева, Н.Н.Петрова, Г.Ю.Тимоховская

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗОМ

I.A.Vasilieva, N.N.Petrova, G.Yu.Timokhovskaya

THE QUALITY OF LIFE IN ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF HEMODIALYSIS TREATMENT

Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, кафедра неврологии и психиатрии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, Центр передовых медицинских технологий, Россия

РЕФЕРАТ

На примере больных, получающих лечение методом перманентного гемодиализа (ГД), изучено качество жизни (КЖ) с позиции субъективной удовлетворенности пациентов уровнем физического, психического и социального функционирования с учетом использования отмывки диализаторов. Показана зависимость КЖ от ряда психологических, соматических факторов и технических характеристик ГД. КЖ может выступать как динамический показатель, отражающий эффективность терапии и успешность психической адаптации. Отмывка диализаторов целесообразна, так как не снижает КЖ и нивелирует значение ряда физических переменных.

Ключевые слова: гемодиализ, качество жизни.

ABSTRACT

The quality of life of patients under chronic hemodialysis (HD) taken as an example was studied in order to establish the subjective satisfaction of the patients with the level of their physical, mental and social functioning when reusing the dialysers. The quality of life was shown to depend on a number of psychological, somatic factors and on technical characteristics of HD. The quality of life can be taken as a dynamic indicator of the effectiveness of treatment and success of mental adaptation. It is expedient to reuse the dialysers because they do not worsen the quality of life and level the significance of some physical variables.

Key words: hemodialysis, quality of life.

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе развития медицины, наряду с такими традиционными показателями эффективности лечения, как заболеваемость, выживаемость, частота госпитализаций, инвалидизация и т. п., все большую актуальность приобретает субъективная удовлетворенность больных уровнем своего функционирования в результате проведенного лечения. Перманентный гемодиализ (ГД), благодаря техническим достижениям, позволяет обеспечить достаточно удовлетворительное состояние больных, но, в то же время, как особая, «искусственная форма жизни» вызывает необходимость психической адаптации к специфическим условиям лечения. В связи с этим качество жизни (КЖ) может служить одним из основных параметров успешности лечебно-реабилитационных мероприятий у больных, получающих ГД [1–4, 8]. Наряду с этим КЖ рассматривается как показатель для оценки экономических затрат и планирования развития различных методов терапии [7].

Целью исследования явился анализ эффективности терапии ГД с применением отмывки диализаторов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 27 больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) в возрасте 41,0±12,1 года, находившихся на лечении программным ГД в сроки от 4 мес до 8 лет (50,1±6,1 мес). Основной причиной развития ХПН явился хронический гломерулонефрит (18 случаев). Все пациенты находились на этапе стабильного ГД (более 3 мес лечения ГД). ГД проводился в стандартном режиме 3,5–4,5 ч 3 раза в неделю с использованием бикарбонатного диализирующего раствора с многократным применением диализаторов фирмы «Fresenius» серий E (купрофан) и F (полисульфон) с различной площадью диализной мембраны. Под-

готовка диализаторов к повторному применению проводилась на аппарате «Renatron», Renal System (США) по стандартной методике.

В группу сравнения вошли 24 больных, у которых ГД проводился с однократным применением диализаторов. Режим проведения ГД, вид диализирующего раствора были те же, что и в первой группе. Возраст пациентов — 38,7±6,7 лет. Длительность ГД-терапии — 48,7±7,2 мес. Преобладали больные с гломерулонефритом (16 человек). Группы обследования не различались по половозрастному составу и исходному соматическому состоянию.

В исследовании были использованы экспериментально-психологические методики, в том числе шкалы самооценки депрессии Зунга и тревожности Спилбергера, а также опросник SF-36 Health Status Survey для оценки качества жизни по параметрам удовлетворенности больных своим физическим, психическим и социальным функционированием.

При статистической обработке полученных данных методами многомерной статистики учитывали возраст, пол, диагноз, длительность заместительной терапии, коморбидные состояния, уровни гемоглобина, креатинина, мочевины фосфора, ряд характеристик процедуры ГД.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные данные выявили ряд общих для больных обеих групп особенностей.

На начальных этапах лечения ГД реактивная (ситуативная) тревожность больных выше, что может свидетельствовать о наличии тревожной адаптационной реакции на изменение условий жизни в связи с лечением ГД. По мере увеличения длительности терапии тревожная реакция на процедуру ГД нивелируется, что отражает постепенную психическую адаптацию пациентов к ГД ($r=-0,36$; $p<0,05$).

Личностная и реактивная тревожность тесно сцеплены с полом и особенно повышены у женщин (соответственно, $r=0,54$ и $r=0,60$; $p<0,01$ в обоих случаях).

Больные, получавшие ГД с отмывкой и однократным использованием диализаторов, не различались по уровню реактивной (ситуативной) и личностной (стабильной) тревожности, а также выраженности депрессии (табл. 1). В целом, показатели депрессии и тревоги соответствуют верхней границе нормы. Большая продолжительность сеанса ГД связана с повышением степени выраженности депрессивных расстройств и анергии ($p<0,05$).

Результаты исследования свидетельствуют, что, несмотря на постепенную психическую адаптацию больных к ГД, длительность лечения

Таблица 1

Характеристика эмоционально-личностной сферы больных

Показатели	При повторном использовании диализаторов, $\bar{X}\pm m$	При однократном использовании диализаторов, $\bar{X}\pm m$	p
Реактивная тревожность	45,0±1,7	44,8±2,3	–
Личностная тревожность	46,0±1,5	44,9±2,2	–
Уровень депрессии	50,0±1,7	48,2±2,3	–

отрицательно сказывается на большинстве показателей КЖ больных, как связанных с физическим состоянием, так и с социальном функционированием. Заметно растут выраженность ограничивающего влияния болевого синдрома на будничную деятельность и анергия (утрата жизненной энергии). По мере увеличения продолжительности терапии негативное влияние лечения ГД на КЖ пациентов усиливается. Ухудшается общая оценка здоровья ($r=-0,52$; $p<0,01$), повышается уровень депрессии ($r=0,62$; $p<0,01$). В то же время, по нашим данным, такие показатели КЖ, как оценка психического здоровья в целом и ограничивающее влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности, прямо от длительности ГД не зависят.

Гломерулонефрит как причина развития ХПН обусловливает более низкие показатели физического состояния, большую выраженность болевого синдрома и анергии по сравнению с другой почечной патологией.

КЖ по большинству показателей (физическая, психическая составляющие, энергичность, социальное функционирование) ниже в случаях, когда ГД проводится с высокой скоростью ультрафильтрации ($p<0,05$), однако с увеличением продолжительности ГД это негативное влияние сохраняется только в отношении физических характеристик КЖ.

Оценка удовлетворенности социальным функционированием выше у пациентов с большей массой тела ($p<0,05$). У них также больше «свобода от боли», но, вместе с тем, хуже общая оценка здоровья ($p<0,05$ в обоих случаях). Возможно, это связано с относительно большей физической «сохранностью» больных, у которых снижение общей оценки здоровья обусловлено завышенными ожиданиями от результатов лечения.

Существенное влияние на все стороны КЖ оказывает уровень общего белка ($p<0,001$). Чем выше содержание альбумина, тем лучше КЖ и

психическое состояние пациентов, в том числе ниже уровень депрессии ($p<0,01$).

Чем выше уровень креатинина до сеанса ГД, тем лучше КЖ и психическое состояние пациентов, что, возможно, косвенно отражает качество питания больных и связано с потреблением белка ($p<0,01$). Повышенное содержание мочевины после сеанса, свидетельствующее о недостаточной эффективности ГД-терапии, напротив, отрицательно влияет на физическое состояние ($p<0,05$) и сопряжено с тревогой ($p<0,05$).

Наличие осложнений ГД в виде гепатита и сердечной недостаточности снижает КЖ по всем показателям, особенно общую оценку здоровья, активность и физические возможности. Повышенная СОЭ достоверно коррелирует с более низкими показателями физического состояния и большей выраженностью болевого синдрома.

На фоне высокого содержания калия в крови эмоциональное состояние больных ухудшается ($p<0,01$), что соответствует ранее полученным нами данным о зависимости между гиперкалиемией и наличием тревожных (фобических) расстройств. Повышенное содержание натрия, напротив, сопряжено с более высокими показателями КЖ, отражающими физическое состояние (способность к физической деятельности; ограничивающее влияние соматического состояния и болевого синдрома на выполнение различных видов деятельности) ($p<0,05$). Гиперкальциемия снижает КЖ по всем показателям и способствует развитию тревожно-депрессивных расстройств ($p<0,001$). Гиперфосфатемия и повышенное содержание железа негативно отражаются как на КЖ, так и на психическом состоянии пациентов ($p<0,05$).

Чем выше уровень гемоглобина, тем лучше эмоциональное состояние больных ($p<0,05$), меньше тревога ($p<0,05$).

Сохранный диурез положительно отражается на КЖ и психическом состоянии больных, что может быть связано с меньшей психологической зависимостью от ГД, субъективно большей «физической полноценностью».

Чем выше адекватность ГД (больше показатель kt/v), тем хуже показатели КЖ и психического статуса в обеих группах, что, вероятно, связано с высоким уровнем притязаний, неадекватностью ожиданий пациентов ($p<0,05$). Это соответствует полученным нами ранее данным об актуализации психотравмирующих факторов при адекватном лечении ГД и хорошем самочувствии, а также подтверждает психологическую опосредованность КЖ, отсутствие прямолинейной зависимости КЖ от соматического состояния.

Отчетливо хуже КЖ и психическое состояние у больных старшего возраста ($p<0,01$).

Сравнительный анализ КЖ в группах обследования не выявил статистически значимых различий (табл. 2). Однако при однократном применении диализаторов негативное влияние ряда параметров на КЖ больных более выражено,чем при использовании отмывки диализаторов. С увеличением длительности лечения ГД в заметно большей степени возрастает ограничивающее влияние физического состояния на будничную деятельность больных, снижается удовлетворенность социальным функционированием, растет выраженность болевого синдрома ($p<0,05$).

Таблица 2

Качество жизни больных при повторном и однократном использовании диализаторов

Показатель качества жизни	При повторном использовании диализаторов, $\bar{X}\pm m$	При однократном использовании диализаторов, $\bar{X}\pm m$	p
PF	62,1±4,3	70,3±5,9	–
RP	48,0±7,8	51,3±9,1	–
BP	52,2±5,9	59,1±7,1	–
GH	34,6±3,3	43,0±3,8	–
VT	50,7±3,9	57,0±5,0	–
SF	66,1±5,3	70,6±6,0	–
RE	57,8±8,4	58,3±8,5	–
MH	64,2±3,7	66,4±4,4	–

Примечание. 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.

Для больных обеих групп одинаково значимы фактор адекватности ГД, наличие осложнений в виде гиперпаратиреоза, сердечной недостаточности, анемии ($p<0,05$). Значимость белкового питания, отражающегося как на физическом, так и на психическом состоянии больных, особенно актуальна при однократном использовании диализаторов. Роль факторов скорости ультрафильтрации, содержания калия, натрия, креатинина и мочевины, наличие HBs AG менее значима для КЖ больных, у которых применялась отмывка диализаторов.

Женщины хуже оценивают применение отмывки диализаторов, возможно, в силу психологических особенностей (у них возрастает депрессия — $p<0,05$).

В течение 3 мес наблюдения в группе повторного использования диализаторов достоверно увеличились kt/v, содержание натрия и железа. К концу исследования у больных при повторном использовании диализаторов отмечалась меньшая СОЭ, уровень общего белка заметно вырос ($p<0,001$). При однократном использовании диализаторов СОЭ достоверно выше, чем в первой группе ($p<0,01$). Различий по уровню КЖ в динамике не обнаружено за исключением общей оценки здоровья, которая за период наблюдения имела тенденцию к снижению в группе однократного применения диализаторов ($p<0,001$).

ОБСУЖДЕНИЕ

КЖ больных, получающих терапию ГД, имеет тенденцию снижаться по мере увеличения длительности лечения, преимущественно за счет физической и социальной составляющих, несмотря на успешность психической адаптации больных. Соблюдение пищевого и водного режима, в частности, полноценное белковое питание, отсутствие осложнений ГД (анемии, воспалительных заболеваний, гепатита, сердечно-сосудистой патологии, гиперпаратиреоза) способствуют повышению КЖ, в том числе за счет эмоционального фактора. В то же время, адекватный ГД способствует повышению значимости психологических факторов, влияющих на КЖ больных. Использование отмывки диализаторов не оказывает отрицательного влияния на КЖ. Более низкий уровень КЖ больных женского пола в группе повторного использования диализаторов, возможно, обусловлен их большей тревожностью по сравнению с больными мужчинами. Ситуация отмывки диализаторов может усиливать и без того достаточно высокую тревогу больных женщин и, таким образом, негативно сказываться на показателях КЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повторное использование диализаторов представляется целесообразным ввиду того, что оно не оказывает отрицательного влияния на КЖ больных и даже нивелирует зависимость от ряда соматических показателей и характеристик ГД, что совпадает с данными зарубежных исследований [5, 6]. Категория КЖ может с успехом применяться для сравнительной оценки эффективности различных вариантов лечения, при выработке лечебной тактики. При этом следует учитывать психологическую опосредованность КЖ и необходимость различать понятия КЖ и психической адаптации. В конечном итоге, это свидетельствует о том, что сам по себе адекватный ГД еще не гарантирует удовлетворенность больных уровнем своего функционирования в условиях «искусственно созданной формы жизни». Включение методов психологической коррекции в ведение больных на ГД необходимо, так как именно это может обеспечить ощущение полноценности жизни.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине.—СПб.: ЭЛБИ, 1999.—140 с.

2. 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.

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. Рябов С.И., Петрова Н.Н., Васильева И.А. Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом // Клин. мед.—1996.—Т. 74, № 8.—С. 29–32.

5. Donovan K.L., Packolok S., Phillips A. et al. Effect of dialyser composition and reuse on neutrophil count and elastase alpha-proteinase inhibitor complex formation // Int. J. Artificial Organs.—1992.—Vol. 15, №3.—P. 139–143.

6. Fleming S.J., Foreman K., Shanley K. et al. Dialyser reprocessing with Renalin // Amer. J. Nephrol.—1991.—Vol. 11, № 1.—P. 27–31.

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

8. Meers C., Singer M.A. Health-related quality of life assessment in clinical practice // J. CANNT.—1996.—Vol. 6, № 2.—P. 29–31.

Поступила в редакцию 24.02.2001 г.