

© Д.А. Вишняк, С.М. Малащенко, 2020
УДК 616.61-008.64 : 616-092.11 (470)

doi: 10.36485/1561-6274-2020-24-4-73-79

Д.А. Вишняк^{1,2*}, С.М. Малащенко²

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ: ФОКУС НА СЕВЕРНЫЙ РЕГИОН

¹Кафедра внутренних болезней, Сургутский государственный университет, Медицинский институт, г. Сургут, Россия; ² Центр диализа, нефрологическое отделение, Сургутская окружная клиническая больница, г. Сургут, Россия

РЕФЕРАТ

ВВЕДЕНИЕ. Регистрация поздних стадий хронической болезни почек (ХБП) в последние годы значительно возросла во всем мире. При этом большое внимание уделяют качеству жизни пациентов, на которое, в том числе, оказывают влияние климатогеографические условия и социально-экономический статус. Ханты-Мансийский автономный округ–Югра (ХМАО–Югра) относится к регионам с суровыми климатическими условиями, лидируя по ряду основных экономических показателей. Оценка качества жизни у пациентов на гемодиализе, проживающих в регионах, приравненных к районам Крайнего Севера, в современной литературе не нашла отражения. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** определить особенности качества жизни пациентов на программном гемодиализе, проживающих в Ханты-Мансийском автономном округе–Югре (на примере города Сургута). **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В исследование вошли 64 пациента в возрасте от 33 до 68 лет, получавших лечение гемодиализом не менее 3 мес. Определение качества жизни было проведено с использованием опросника Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™). **РЕЗУЛЬТАТЫ.** У пациентов на гемодиализе наблюдаются низкие показатели почечно-специфичных шкал: «Трудоспособность», «Обременённость ХБП», а также дополнительной шкалы: «Общее восприятие здоровья». Обнаружено значительное снижение качества жизни при стаже диализной терапии до 1 года и свыше 10 лет. Выделены кластеры ведущих шкал опросника KDQOL-SF™, определяющих качества жизни пациентов, находящихся на гемодиализе в г. Сургуте. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** У пациентов на программном гемодиализе, проживающих в северных широтах, отмечается сопоставимое с общепопуляционными данными снижение в общих шкалах качества жизни. Снижение качества жизни происходит, преимущественно, за счет физического компонента при стабильном уровне психологического и социального компонентов. Высокий уровень «Поддержки диализного персонала» и «Ощущение социальной поддержки» у пациентов г. Сургута вне зависимости от стажа диализной терапии определены уровнем экономического развития региона и высококвалифицированной помощью медицинского персонала.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, гемодиализ, качество жизни, северные широты

Д.А. Vishnyak^{1,2*}, S.M. Malashenko²

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS ON HEMODIALYSIS: FOCUS ON THE NORTHERN REGION

¹Department of Internal Medicine, Surgut State University, Medical Institute, Surgut, Russia; ² Dialysis Center, Nephrology Department, Surgut District Clinical Hospital, Surgut, Russia

ABSTRACT

INTRODUCTION. The registration of late-stage chronic kidney disease (CKD) has increased significantly worldwide in recent years. At the same time, the quality of life of patients has become important. **AIM:** to determine the features of the quality of life of patients on hemodialysis program, living in the North (on the example of the city of Surgut). **PATIENTS AND METHODS.** The annual prospective study included 64 patients aged 33 to 68 years treated with hemodialysis for at least 3 months. The quality of life was determined using the Sydney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF) questionnaire. **RESULTS.** Patients on hemodialysis also have low rates of renal-specific scales, as well as additional scales: "General perception of health". A sharp decrease in the quality of life in patients with dialysis experience of up to 1 year and more than 10 years was revealed. Clusters of the leading scales of the KDQOL-SF questionnaire, determining the quality of life of patients on hemodialysis in Surgut, were identified. **CONCLUSION.** In patients with programmed hemodialysis, living in the Northern latitudes, there is a comparable with the General data decrease in the General quality of life. In patients of all groups, regardless of gender, age and dialysis experience, the decline in quality of life is mainly due to the physical component. The high level of «Support for dialysis staff» and «Feeling of social support» in patients of Surgut, regardless of the length of dialysis therapy, were determined by the level of economic development of the region.

Keywords: chronic kidney disease, hemodialysis, quality of life, Northern region

Для цитирования: Вишняк Д.А.*, Малащенко С.М. Оценка качества жизни пациентов на программном гемодиализе: фокус на северный регион. *Нефрология* 2020;24(4):73-79. doi: 10.36485/1561-6274-2020-24-4-73-79

For citation: Vishnyak D.A.*, Malashenko S.M. Assessment of the quality of life of patients on hemodialysis: focus on the northern region. *Nephrology* 2020; 24 (4):73-79 (In Russ.) doi: 10.36485/1561-6274-2020-24-4-73-79

*Вишняк Д.А. 628400, Россия, г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 20/2. Сургутская окружная клиническая больница. Тел.: 8(929)2977774; E-mail: Diana100187@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-8473-5930

*Vishnyak D.A. 628400, Russia, Surgut, Energetikov st., build 20/2. Surgut District Clinical Hospital. Tel: 8 (929) 2977774; E-mail: Diana100187@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-8473-5930

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая болезнь почек (ХБП) занимает важное место в структуре хронических нефрологических заболеваний. Число пациентов, получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ), в США и Японии составляет более 1400 чел./млн населения [1]. За период 2007–2017 гг. этот показатель, по данным Регистра заместительной терапии Российского диализного общества, значительно вырос и составляет в среднем 300 чел./млн населения. ЗПТ способствует увеличению продолжительности жизни данной когорты пациентов [2], благодаря чему она перестала быть единственным критерием результата лечения. Немаловажное значение приобрело качество жизни (КЖ) пациентов [3], которые «сохраняют зависимость от процедуры диализа, оборудования, персонала, диеты, водно-солевого режима, приема лекарственных средств, страдают от потери работы и свободы передвижения, возникновения половой дисфункции, пожизненной зависимости от аппаратуры», необходимости формирования сосудистого доступа и др. [3, 4]. В последние годы этот вопрос получил более широкое освещение и в отечественной литературе. Так, И.А. Васильева, А.В. Смирнов и др. (2007–2017) в Санкт-Петербурге оценивали КЖ пациентов, находящихся на ГД. Ими было показано, что «больных на ГД отличает низкая удовлетворенность трудоустройством, они имеют низкий балл по шкале “бремя заболевания почек”, наиболее высокие оценки были получены по шкалам “когнитивных функций”, “качества социального взаимодействия”, “социального функционирования”, “психического здоровья”» [1, 2, 5, 6]. А.В. Малкоч и др. (2011) определяли КЖ у пациентов на ГД в Москве. Ими было установлено, что у больных получающих ЗПТ, качества жизни снижено, причем в большей степени у пациентов на гемодиализе [3]. Также анализ КЖ у пациентов на ГД и перитонеальном диализе (ПД) был проведен А.Ю. Земченковым и др. (2009) [7], А.А. Гориным (2001) и др. [8], Е.Н. Иевлевым, И.А. Казаковой (2015) [7].

Климатогеографические условия, социально-экономический статус также оказывают непосредственное влияние на КЖ. Ханты-Мансийский автономный округ-Югра (ХМАО-Югра) относится к регионам с суровыми климатическими условиями, однако является одним из стратегически важных регионов России, лидируя по ряду основных экономических показателей. По данным рейтингового агентства «РИА Рейтинг», в 2017 году

ХМАО-Югра по КЖ среди субъектов Российской Федерации занимала IX место.

Результаты ранее опубликованных исследований по изучению КЖ касались пациентов, получающих ЗПТ в Центральном федеральном округе, где и климатические, и социально-экономические параметры отличаются от таковых в ХМАО-Югре. Оценка КЖ у пациентов на ГД, проживающих в регионах, приравненных к районам Крайнего Севера, в современной литературе не нашла отражения по сей день, что и определило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: определить особенности качества жизни пациентов на программном гемодиализе, проживающих в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре (на примере города Сургута).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В годовое проспективное исследование вошли 64 пациента, средний возраст которых составил $57,6 \pm 7,1$ года (от 33 до 68 лет), получавших лечение ГД не менее 3 мес в Центре диализа на базе Сургутской окружной клинической больницы на аппаратах системы ARTIS. Критериями включения в исследование были: возраст старше 18 лет; больные с терминальной стадией ХБП; информированное согласие пациентов на участие в исследовании; лечение программным ГД более 3 мес. Критерий исключения: отказ пациентов от исследования; нахождение на ГД менее 3 мес.

Соотношение мужчин и женщин составило 1:1 [женщины – $n=36$ (56,3%), мужчины – $n=28$ (43,7%) ($p>0,05$)]. По основным нозологиям, исходом которых явилась терминальная почечная недостаточность (тПН), больные распределились следующим образом: диабетическая нефропатия – 30%, хронический гломерулонефрит – 26%, поликистоз почек – 23%, гипертонический нефроангиосклероз – 14%, иные болезни мочевыводящих путей – 7%.

Средняя продолжительность диализного периода составила $6,3 \pm 3,1$ года. Процедуры выполнялись 3 раза в неделю по 4 ч. Пациентам регулярно проводили определение стандартных лабораторных показателей до диализа и после диализного лечения. Средний додиализный уровень мочевины составил $28,8 \pm 6,3$ ммоль/л, креатинина – $702,2 \pm 197,4$ мкмоль/л, калия – $4,7 \pm 0,6$ ммоль/л, натрия – $134,3 \pm 4,7$ ммоль/л, кальция – $2,2 \pm 0,3$ ммоль/л, фосфора – $2,3 \pm 0,6$ ммоль/л, общего холестерина – $5,1 \pm 1,2$ ммоль/л, паратиреоидного гормона – $695,5 \pm 575,1$ пг/мл.

Основным методом исследования послужил опросник Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), состоящий из 36 общих и 43 специальных вопросов [9]. Последние отражают специфику диализного лечения и разделены по шкалам, специфичным для ЗПТ: «Симптомы и проблемы», «Влияние заболевания почек на повседневную деятельность», «Бремя заболевания почек», «Трудовой статус», «Когнитивные функции», «Качество социального взаимодействия», «Сексуальные функции», «Сон». Удовлетворенность социальной поддержкой можно оценить по четырем дополнительным шкалам, как и удовлетворенность поддержкой диализного персонала, удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи и самооценку состояния здоровья в целом. В 2006 г. И.А. Васильевой была валидизирована и адаптирована русская версия опросника KDQOL-SF™ [1–3, 5, 6]. «Модифицированный опросник KDQOL-SF™» состоит из 22 шкал. Из них 10 общих: «Физическое функционирование», «Физическо-ролевые ограничения», «Интенсивность боли», «Общая оценка здоровья», «Социальное функционирование», «Эмоционально-ролевое ограничение», «Психическое здоровье», «Физический компонент здоровья», «Психологический компонент здоровья», включающих 36 вопросов; 8 почечно-специфичных шкал: «Симптомы и проблемы», «Влияние заболевания почек на повседневную деятельность», «Бремя заболевания почек», «Трудовой статус», «Когнитивные функции», «Качество социального взаимодействия», «Сексуальные функции», «Сон», а также «Удовлетворенность социальной поддержкой», «Поддержка диализного персонала», «Удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи» и «Состояние здоровья». Каждая шкала варьирует от 0 до 100 баллов, где 100 является эквивалентом полного здоровья [1–3, 5, 6].

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием общепринятых параметрических и непараметрических методов. Для расчетов использовали пакет прикладных статистических программ «SPSS Statistics v. 22» («SPSS Inc IBM Company», США) и электронные таблицы Microsoft Excel 2007 («Microsoft Corp.», США). Применяли стандартные методы описательной статистики. Центральные тенденции при нормальном распределении признака оценивали по величине средних значений и среднеквадратического отклонения ($M \pm \sigma$); при асимметричном – по медиане и квартилям. Статистическую значимость межгрупповых различий количественных

переменных определяли с помощью дисперсионного анализа (ANOVA), критерия Манна–Уитни или Уилкоксона, бинарных переменных – с помощью χ^2 -критерия. Для оценки взаимосвязи двух переменных использовали корреляционный анализ с расчетом непараметрического коэффициента корреляции Спирмена (R_s). Вклад и влияние ведущих шкал опросника на качество жизни обследуемых пациентов определяли с помощью кластерного анализа методами построения деревьев классификации. Нулевую статистическую гипотезу об отсутствии различий и связей отвергали при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов, обследуемых вне зависимости от пола и диализного стажа, было выявлено снижение показателей по общим шкалам КЖ по сравнению с общепопуляционными (табл. 1), однако различия между группами диализных пациентов, проживающих практически на одной географической параллели (г. Новосибирск, Санкт-Петербург, г. Сургут – 55° северной широты, 59° северной широты и 61° северной широты соответственно), оказались статистически незначимы.

Наиболее выраженные изменения в сравнении с общепопуляционными были получены по шкалам физического компонента («Физическо-ролевые ограничения», «Эмоционально-ролевое ограничение», «Витальность», «Физическое функционирование»), а также «Общая оценка здоровья», «Общее восприятие здоровья». Наиболее высокие показатели были отмечены по шкалам «Социальное функционирование», «Боль». Низкие показатели наблюдались в следующих специфических шкалах (табл. 2): «Трудоспособность», «Обремененность ХБП», а также в дополнительной шкале «Общее восприятие здоровья».

Нами было проведено сравнение показателей КЖ по гендерному признаку. У мужчин значительно ниже, чем у женщин, оказалась только шкала «Общее восприятие здоровья» ($p = 0,05$), что соответствует данным, описанным в литературе [1, 2, 5, 6]. Однако в отличие от проведенных ранее исследований шкалы «Сексуальные функции» и «Ощущение социальной поддержки», как и показатели всех остальных шкал, а также суммарных физического и психологического компонентов были сопоставимы ($p > 0,05$) (рис. 1).

Стаж диализной терапии не может оказывать влияния на КЖ пациентов, что было отражено и в нашем исследовании (табл. 3). В 1-й группе паци-

Таблица 1 / Table 1

**Общие шкалы качества жизни пациентов на программном гемодиализе
в регионах Российской Федерации (M±m)**

**General scales of quality of life of patients on program hemodialysis
in the regions of the Russian Federation (M±m)**

Шкалы опросника KDQOL-SF™	Пациенты на ГД, г. Сургут, n=64	Пациенты на ГД, г. Новосибирск, n=70*	Пациенты на ГД, Санкт-Петербург, n=753**	Общепопуляционные данные, Санкт-Петербург, n=2114***
Физическое функционирование	53,3±11,5	69,3±3,53	61,2±25,8	79,6±22,0
Физическо-ролевые ограничения	33,5±15,2	47,1±7,1	33,4±42,3	64,9±37,0
Боль	57,7±22,7	55,9±4,3	55,6±28,8	66,4±26,0
Общая оценка здоровья	40,5±14,5	44,4±2,3	37,3±16,9	54,1±29,4
Эмоциональное благополучие, психическое здоровье	55,6±18,9	54,0±3,1	49,3±19,8	58,0±16,4
Эмоционально-ролевое ограничение	34,1±28,3	64,4±3,7	64,6±26,7	66,5±36,7
Социальное функционирование	63,1±12,5	64,4±3,7	53,2±22,1	67,0±22,1
Витальность (общая активность, энергичность)	42,5±19,4	65,6±2,4	56,2±45,4	56,2±18,2
Суммарный физический компонент	38,6±4,6	46,4±1,3	-	-
Суммарный психологический компонент	42,1±8,3	44,4±1,3	-	-

*Выборка г. Новосибирска, Мовчан Е.А. и соавт. [11]; **выборка Санкт-Петербурга, Васильева И.А. и др. 2006 [1, 2, 6]; ***выборка населения Санкт-Петербурга, Новик А.А., Ионова Т.И. и др., 2002 [1, 2, 5, 6, 12]. Различия незначительны, p>0,05.

Note: * sample of Novosibirsk, Movchan E.A. et al. [11]; ** Sampling of St. Petersburg, I. Vasiliev et al 2006 [1, 2, 6]; *** Sample population of St. Petersburg, Novik A.A., Ionova T.I. et al. 2002 [1, 2, 5, 6, 12]. The differences are not significant, p> 0.05

ентов с диализным стажем до 1 года наблюдались самые низкие значения в шкалах: «Физическо-ролевое ограничение», «Эмоционально-ролевое ограничение», «Физический компонент здоровья», «Сексуальные функции», «Трудоспособность» и «Обремененность ХБП» и, напротив, самые высокие значения в шкалах: «Поддержка диализным персоналом», «Ощущение социальной поддержки», «Качество социального взаимодействия». Во 2-й группе пациентов с диализным стажем от 2 до 5 лет по сравнению с 1-й группой увеличивают-

ся показатели по шкале «Обремененность ХБП» и «Сексуальные функции», но низкими остаются показатели по шкале «Трудоспособность».

У пациентов со стажем диализной терапии 6–10 лет большинство показателей являлись самыми высокими, достоверно различаясь в шкалах «Обремененность ХБП» (p<0,001) и «Трудоспособность» (p=0,028). При диализном стаже более 11 лет (4-я группа) показатели КЖ по большинству показателей были ниже по сравнению с другими группами, за исключением 1-й.

По результатам кластерного анализа получена дендрограмма кластеров шкал опросника KDQOL-SF™, определяющих КЖ пациентов на ГД в г. Сургуте (рис. 3, 4).

ОБСУЖДЕНИЕ

Снижение КЖ у пациентов, находящихся на программном ГД в северном регионе (на примере города Сургута), происходит по всем шкалам, что, вероятно, можно объяснить общностью религии, семейного положения, образования, влияющих на многие параметры качества жизни. В когорте обследуемых преимущественно происходит снижение в шкалах физического компонента, что связано с ограничением самообслуживания, профессиональной и непрофессиональной деятельности на фоне наличия декомпенсированной соматической патологии. Данные шкалы были значительно снижены у пациентов в начале заместительной почечной терапии и при стаже свыше 10 лет. Во

Таблица 2 / Table 2

Почечно-специфические и дополнительные шкалы у пациентов на программном гемодиализе в г. Сургуте (M±m)

Renal-specific and additional scales in patients on programmed hemodialysis in Surgut (M±m)

Шкалы опросника	Показатели
<i>Почечно-специфические шкалы</i>	
Симптомы/проблемы	62,9±14,2
Влияние заболевания почек	52,7±18,6
Обременённость ХБП	25,8±21,3
Трудоспособность	17,2±19,2
Когнитивные функции	73,4±24,4
Качество социального взаимодействия	78,4±21,0
Сексуальные функции	75,4±19,4
Качество сна	50,5±18,6
<i>Дополнительные шкалы</i>	
Ощущение социальной поддержки	70,4±19,1
Поддержка диализного персонала	74,3±14,3
Общее восприятие здоровья	28,3±12,8
Удовлетворенность медицинской помощью	74,1±24,5

Таблица 3 / Table 3

Стаж диализной терапии и качество жизни у пациентов г. Сургута (M±m)**Experience of dialysis therapy and quality of life in patients of Surgut (M±m)**

Показатель	До 1 года (n=8)	2–5 лет (n=19)	6–10 лет (n=25)	11 лет и > (n=12)
Физическое функционирование	45,1±17,8	52,3±27,6	53,2±23,8	38,2±22,8
Физическо-ролевое функционирование	5,1±14,2	20,4±33,3	29,1±33,1	8,1±20,1
Интенсивность боли	56,1±16,7	54,0±24,6	48,0±25,6	44,2±25,1
Общее состояние здоровья	45,0±10,0	42,0±18,0	44,1±16,8	41,5±18,4
Жизненная активность	49,7±14,2	51,0±20,9	53,5±25,1	48,4±22,0
Социальное функционирование	63,9±23,1	64,9±23,7	63,8±23,4	60,1±24,9
Эмоционально-ролевое ограничение	37,1±17,4	42,1±22,1	40,7±20,1	38,8±16,6
Психическое здоровье	55,9±15,6	56,7±23,1	55,7±16,8	53,4±22,4
Физический компонент здоровья	39,1±5,2	38,4±9,4	38,5±5,7	36,7±6,4
Психологический компонент здоровья	42,1±9,6	42,9±11,1	45,0±11,1	40,3±24,2
Симптомы/проблемы	59,0±16,7	67,0±17,5	68,0±16,9	60,0±14,1
Влияние заболевания почек	53,0±28,4	51,0±20,5	55,0±23,1	47,0±19,5
Обремененность ХБП	12,2±5,9	33,3±21,9	45,4±17,4*	27,1±22,7
Трудоспособность	18,1±2,1	18,2±3,1	22,2±3,5^	12,5±2,4
Когнитивные функции	72,2±15,9	72,1±18,4	75,5±22,7	71,1±16,4
Качество социального взаимодействия	69,2±10,7	74,2±17,4	77,4±19,1	70,2±14,6
Сексуальные функции	38,1±16,6	88,1±18,7**	83,3±26,7	79,0±15,4
Качество сна	51,0±12,4	52,1±20,5	51,3±20,4	47,0±17,4
Ощущение социальной поддержки	74,0±29,1	73,0±19,8	71,0±27,7	64,1±27,8
Поддержка диализного персонала	76,1±14,5	69,3±20,5	65,2±20,7	68,3±18,4
Общее восприятие здоровья	46,3±11,2	50,2±13,1	46,0±10,3	42,0±12,1
Удовлетворенность медицинской помощью	58,0±28,9	57,0±24,4	63,0±29,1	52,0±23,8

При сравнении с 1-й группой: * p<0,001; ** p<0,05; с 4-й группой: ^ p<0,05.

Note: when compared with the 1st group: * p<0.001; ** p<0.05; with the 4th group: ^ p<0.05.



Рисунок 1. Гендерные различия показателей качества жизни пациентов на программном гемодиализе на примере г. Сургута
Figure 1. Gender differences in indicators of the quality of life of patients on programmed hemodialysis using the example of Surgut

многих исследованиях КЖ у пациентов на ГД «подтверждалась зависимость КЖ от диализного стажа, но наблюдаются различия относительно того, при каких сроках диализной терапии показатели КЖ были наименьшими, а при каких происходило улучшение» КЖ. У пациентов, вошедших в наше исследование, значительное снижение КЖ наблюдалось в первый год диализной терапии.

Это обусловлено стремительным изменением образа жизни [1, 2, 5, 6, 12].

Данные изменения вполне объяснимы появлением в жизни пациентов новой процедуры, от которой они становятся зависимы, что вызывает эмоциональные и физические неудобства, которые благодаря высококвалифицированной работе диализного персонала и социальной поддержке

Дендограмма с использованием метода межгрупповых связей
Совмещение кластера перемасштабированных расстояний

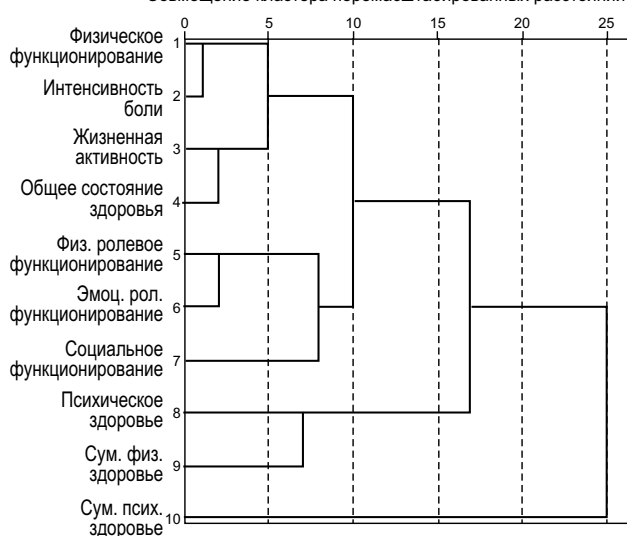


Рисунок 3. Дендограмма кластеров основных шкал опросника KDQOL-SF™
Figure 3. Dendrogram of clusters of the main scales of the questionnaire KDQOL-SF™

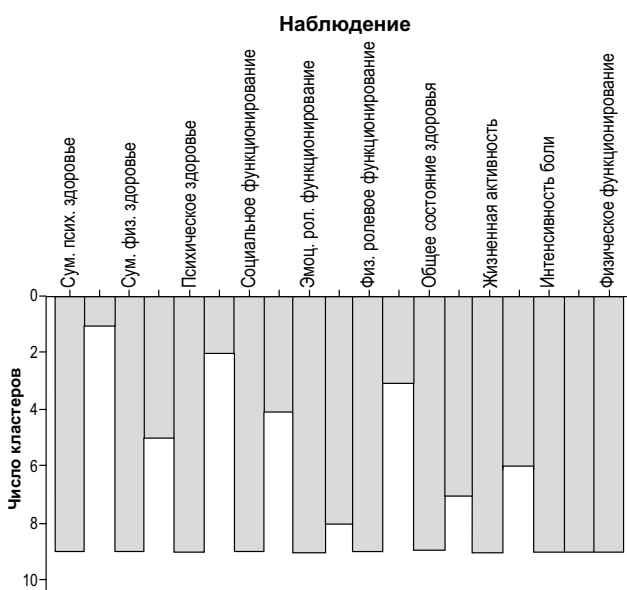


Рисунок 4. Кластеры шкал опросника KDQOL-SF™, влияющих на качество жизни пациентов на гемодиализе
Figure 4. The clusters of scales of the questionnaire KDQOL-SF™ that affect the quality of life of patients on hemodialysis

со временем нивелируются, что мы наблюдаем в группах с большим стажем диализной терапии. Отличительной особенностью по полученным нами результатам явилась нарастающая «Сексуальная активность» по мере увеличения диализного стажа, что, несомненно, вызывает сомнения, а в подобных исследованиях, напротив, была отмечена иная закономерность в виде прогрессирования половой дисфункции [1, 2, 5, 6]. Возможно, таким образом пациенты пытаются реабилитировать и нивелировать в своих глазах имеющиеся и про-

грессирующие соматические дефекты. А это в очередной раз подтверждает наличие незыблемой грани между клинической медициной и медицинской психологией, а также необходимость ведения когорты пациентов, получающих ЗПТ, под чутким руководством специалистов психогигиенической консультации.

Спустя 10 лет диализной терапии, пациенты адаптировались к данному виду терапии, что отразилось на приросте показателей КЖ. При 10-летнем стаже отмечалось выраженное снижение шкал физического компонента, что определено развитием осложнений диализной терапии и терминальной ХБП (кардиомиопатия, гипертензия, гиперпаратиреоз и минерально-костные нарушения, синдиализная гипотония и т.д.). По данным российских авторов, «уровень качества жизни повышается к 5 годам диализной терапии, после чего отмечается постепенное снижение в физическом и психологическом компоненте», что было отражено и в нашем исследовании. Полученные нами данные во многом сопоставимы с данными, освещенными ранее И.А. Васильевой (2007), А.Ю. Земченковым (2009), А.В. Малоч (2011), Е.Н. Иевлевым (2015) [1–3, 5–7, 12]. Стоит отметить высокий уровень шкал «Поддержки диализного персонала» и «Ощущение социальной поддержки» вне зависимости от стажа диализной терапии, что напрямую зависит от уровня экономического развития региона.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что у пациентов на программном ГД, проживающих в северных широтах, отмечается сопоставимое с общепопуляционными данными снижение в общих шкалах КЖ. У пациентов на ГД в северном регионе происходит снижение показателей физического компонента среди параметров КЖ при стабильных показателях психического и социального компонентов. У пациентов на ГД наблюдаются также низкие показатели почечно-специфичных шкал: «Трудоспособность», «Обременённость ХБП», а также дополнительной шкалы: «Общее восприятие здоровья». У мужчин значительно снижается в отличие от женщин только шкала «Общее восприятие здоровья» ($p=0,05$). Обнаружено значительное снижение КЖ у больных со стажем диализа до 1 года и свыше 10 лет. Выделены кластеры ведущих шкал опросника KDQOL-SF™, определяющих КЖ пациентов, находящихся на ГД в г. Сургуте. Высокий уровень «Поддержки диализного пер-

сонала» и «Ощущение социальной поддержки» у пациентов Центра диализа Сургутской окружной клинической больницы вне зависимости от стажа диализной терапии определены уровнем экономического развития региона и высококвалифицированной помощью медицинского персонала. Нами рекомендовано наблюдение всех пациентов, получающих ЗПТ, в особенности со стажем диализной терапии свыше 10 лет, специалистами психогигиенических консультаций.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК REFERENCES

1. Васильева ИА. Российская версия опросника Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™) – ценного диагностического инструмента для оценки качества жизни больных на диализе. *Нефрология* 2007;11(1):64–70. doi: 10.24884/1561-6274-2007-11-1-64-70
2. Васильева ИА. Особенности качества жизни больных с хронической почечной недостаточностью при лечении гемодиализом. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена* 2008;57:75–86.
3. Васильева ИА. Life quality peculiarities among patients with chronic renal failure treated by hemodialysis. *Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena* 2008;57:75–86 (In Russ.)
4. Малков АВ, Ермоленко ВМ, Шутков ЕВ и др. Исследование качества жизни больных на лечении программным гемодиализом и перитонеальным диализом. *Лечащий врач* 2011;1:57–60
5. Malkoch AV, Ermolenko VM, Shutov EV et al. The study of the quality of life of patients on treatment with programmed hemodialysis and peritoneal dialysis. *Lechashchij vrach* 2011;1:57–60 (In Russ.)
6. Mosconi P, Appolone G, Mingardi G. Quality of Life and instruments in end-stage renal disease. *J Nephrology* 2008;21(13): 107–112
7. Васильева ИА, Добронравов ВА, Панина ИЮ. Качество жизни больных на различных стадиях хронической болезни почек. *Нефрология* 2013;17(2):60–65. doi: 10.24884/1561-6274-2013-17-2-60-65
8. Vasil'eva IA, Dobronravov VA, Panina IY. Quality of life of patients with different stages of chronic kidney disease. *Nephrology (Saint-Petersburg)* 2013;17(2):60–65 (In Russ.). doi: 10.24884/1561-6274-2013-17-2-60-65
9. Васильева ИА, Смирнов АВ. Оценка качества жизни больных на гемодиализе при помощи опросника KDQOL-SF™. *Нефрология* 2017;21(4):55–60. doi: 10.24884/1561-6274-2017-21-4-55-60
10. Vasil'eva IA, Smirnov AV. Evaluation of quality of life in hemodialysis patients using the KDQOL-SFTM questionnaire. *Nephrology (Saint-Petersburg)* 2017;21(4):55–60 (In Russ.). doi: 10.24884/1561-6274-2017-21-4-55-60
11. Земченков АЮ, Сапон НГ, Костылева ТГ и др. Оценка качества жизни у пациентов на гемо- и перитонеальном диализе с помощью опросника KDQOL-SF™. *Нефрология и диализ* 2009;2:94–102
12. Zemchenkov AY, Sapon NG, Kostyleva TG et al. Assessment

of quality of life in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis by questionnaire KDQOL-SFTM. *Nephrology and dialysis* 2009;2:94–102 (In Russ.)

8. Горин АА, Денисов АЮ, Шило ВЮ. Комплексный подход к оценке качества жизни больных, находящихся на программном гемодиализе. *Нефрология и диализ* 2001;2:128–131

Gorin AA, Denisov AY, Shilo VY. Quality of life in chronic hemodialysis patients: integrated approach. *Nephrology and dialysis* 2001;2:128–131 (In Russ.)

9. Juergensen E, Wuerth D, Filkenstein SH et al. Hemodialysis and peritoneal dialysis: Patients assessment of their satisfaction with therapy and the impact of the therapy on their lives. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006;1:1191–1196

10. Мовчан ЕА, Пикалова НЛ, Тов НЛ. Комплексная оценка качества жизни больных на гемодиализе в Новосибирской области. *Journal of Siberian Medical Sciences* 2012;1

Movchan EA, Pikalova NL, Tov NL. Comprehensive assessment of the quality of life of patients on hemodialysis in the Novosibirsk region. *Journal of Siberian Medical Sciences* 2012;1 (In Russ.)

11. Новик АА, Ионова ТИ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», М., 2007; 113–124

Novik AA, Ionova TI. *Guide to the study of the quality of life in medicine*. ZAO "OLMA MEDIA Grupp", M., 2007;113–124 (In Russ.)

12. Иевлев ЕН, Казакова ИА. Комплексный анализ качества жизни у больных, находящихся на программном гемодиализе в Удмуртской республике. *Нефрология* 2015;19(4):59–66

Ievlev EN, Kazakova IA. Complex quality of life analysis at hemodialysis patients in the Udmurt Republic. *Nephrology (Saint-Petersburg)* 2015;19(4): 59–66 (In Russ.)

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.**

Сведения об авторах:

Доц. Вишняк Диана Анатольевна, канд. мед. наук
628400, Россия, г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 20/2. Сургутский государственный университет, кафедра внутренних болезней. Тел.: 8(929)2977774; E-mail: Diana100187@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-8473-5930

Малашенко Сергей Михайлович
628400, Россия, г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 21. Сургутская окружная клиническая больница, заведующий Центром диализа. Тел: 8 (3462) 52-73-61

About the authors:

Diana A. Vishnyak, Ph.D
Affiliations: 628400, Russia, Surgut, Energetikov st., build 20/2. Surgut State University, Department of Internal Medicine. Phone: 8 (929) 2977774; E-mail: Diana100187@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-8473-5930

Sergej M. Malashenko, MD
Affiliations: 628400, Russia, Surgut, Energetikov st., build 21. Surgut District Clinical Hospital, Head of the Dialysis Center. Tel: 8 (3462) 52-73-61

Поступила в редакцию: 17.07.2019

Принята в печать: 20.05.2020

Article received: 17.07.2019

Accepted for publication: 20.05.2020