

И. А. Васильева

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗОМ

В статье представлены результаты исследования качества жизни больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом. Установлена специфика качества жизни этих больных по сравнению со здоровыми лицами. Показатели качества жизни российских пациентов сопоставлены с параметрами больных из других стран. Определены факторы, влияющие на качество жизни больных, находящихся на гемодиализе.

I. Vasil'eva

LIFE QUALITY PECULIARITIES AMONG PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE TREATED BY HEMODIALYSIS

The article presents the results of life quality study among patients with chronic renal failure treated by hemodialysis. Peculiarities of these patients' life quality are ascertained in comparison with healthy people. Life quality indicators of Russian patients are compared with those of patients from other countries. Factors influencing life quality of patients are identified.

Хроническая почечная недостаточность является следствием многих заболеваний почек и довольно часто встречается в медицинской практике. Применение современных методов детоксикационной заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) позволило увеличить продолжительность жизни больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности в среднем на 10–12 лет даже без проведения трансплантации поч-

ки. Однако, несмотря на совершенствование терапии, перспектива пожизненного диализного лечения по-прежнему сопровождается многочисленными страхами и опасениями со стороны пациентов, которым это лечение предстоит. Среди больных с диагнозом уремии нередко встречается представление о диализе как о конце жизни. И даже когда с медицинской точки зрения лечение идет успешно и жизнь обретает реальную перспективу, возвращение

к нормальной, полноценной жизни может стать серьезной психологической проблемой для больного.

Лечение хроническим гемодиализом (ГД) сопряжено с постоянной соматогенной витальной угрозой, приводит к серьезным изменениям в физической, психологической и социальной сферах¹. Почечная патология в стадии терминальной почечной недостаточности, будучи типичным хроническим заболеванием, вместе с тем уникальна в силу специфики лечения. Можно сказать, что формируется новая, «искусственная» форма жизни, поддерживаемая очищением крови больного от токсических продуктов обмена веществ во время сеансов ГД. Есть пациенты, у которых продолжительность жизни на диализе превышает продолжительность жизни до диализа. Однако привязанность к аппарату «искусственная почка», необходимость проводить много времени на сеансах гемодиализа, ограничение свободы передвижения, строгая диета, необходимость резко сократить потребление жидкости, инвалидизация, дефицит общения, изменение внешности — все это мощные психотравмирующие факторы, сопровождающие лечение ГД.

При проведении лечебно-реабилитационной работы с такого рода пациентами необходимо учитывать специфику их качества жизни (КЖ). Это позволит составить представление о наиболее проблемных сферах жизни больного, которые могут в дальнейшем послужить «мишенями» для психокоррекционного воздействия. Наличие информации о КЖ пациента актуально не только для клинического психолога или психиатра, но и для лечащего врача-нефролога. Внедрение категории КЖ в медицинский обиход явилось своего рода революцией, позволившей внести изменения в традиционную модель оказания медицинской помощи и вытекающие из нее патерналистские отношения «врач — больной». Опросники, оценивающие удовлетворенность больного различными сферами

жизни, позволяют идентифицировать области, нуждающиеся в улучшении качества медицинской помощи, и, таким образом, предоставление медицинских услуг может быть оптимизировано за счет направляемого пациентом планирования и оценки их эффективности². При этом высказывается мнение, что оценка пациента не менее важна и легитимна, чем оценка врача³. Проследивание КЖ больного в процессе лечения способствует улучшению диалога между пациентом и лечащим врачом за счет обратной связи. Врач получает информацию о том, насколько полноценной является жизнь пациента и чем именно он не удовлетворен, у больного появляется чувство удовлетворенности от того, что его потребности «услышаны» и учитываются при назначении терапии. Кроме того, при оценке КЖ больного при помощи опросника могут выявляться такие обстоятельства в жизни пациента, которые ни врач, ни сам больной до того не замечали. Таким образом, КЖ — это весьма удобный ориентир, позволяющий реализовать на практике актуальный принцип медицины «лечить больного, а не болезнь». Для клинического психолога опросники, предназначенные для оценки КЖ, — важное средство экспресс-диагностики, позволяющее оперативно составить представление о лимитированных возможностях пациента и соответственно о его наиболее актуальных потребностях.

Хотя имеется немало зарубежных публикаций, в которых анализируется КЖ больных, находящихся на лечении ГД⁴, ряд вопросов остается нерешенными. Противоречивы данные о психологических и клинических факторах, влияющих на удовлетворенность жизнью этой категории больных⁵. Отечественные разработки этой проблемы малочисленны и базируются на незначительном числе наблюдений⁶.

Цель данного исследования — провести сравнение показателей КЖ больных, находящихся на лечении ГД, и здоровых лиц, сопоставить показатели КЖ российских ГД

пациентов и больных из других стран, определить факторы, влияющие на КЖ больных, находящихся на ГД.

Проведено исследование КЖ 753 больных, находившихся на лечении ГД, в возрасте от 16 до 73 лет. Мужчины составили 56% изученных больных. Длительность лечения ГД – $56,3 \pm 46,4$ месяцев ($M \pm SD$).

Для оценки связанного со здоровьем КЖ использована русскоязычная версия опросника SF-36 Health Survey⁷. Эта методика относится к группе общих опросников для изучения КЖ, применимых к пациентам с различными заболеваниями и здоровым лицам. Результаты оцениваются по восьми основным шкалам. Разброс баллов по каждой шкале – от 0 до 100. Чем выше балл, тем лучше КЖ. Опросник включает следующие шкалы: физическое функционирование – Physical Functioning (PF), влияние физического состояния на повседневную деятельность – Role-Physical (RP), интенсивность боли и влияние боли на повседневную деятельность – Bodily Pain (BP), общее состояние здоровья – General Health (GH), общая активность/энергичность – Vitality (VT), социальное функционирование – Social Functioning (SF), влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность – Role-Emotional (RE) и психическое здоровье – Mental Health (MH). Кроме того, рассчитываются два интегральных показателя КЖ, которые складываются из отдельных показателей опросника SF-36: суммарный показатель физического здоровья (Physical Component Summary – PCS) и суммарный показатель психического здоровья (Mental Component Summary – MCS)⁸.

В исследовании также применялись шкала самооценки депрессии В. Зунга⁹, шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера¹⁰, методика «Уровень невротической астении» (УНА)¹¹.

Наряду с психологическими переменными в анализ были включены данные анамнеза, клинических и лабораторных исследований, а также основные социаль-

но-демографические показатели. Всего свыше ста показателей. Среди них – возраст, длительность хронической болезни почек и продолжительность лечения гемодиализом, уровень артериального давления, содержание гемоглобина и альбумина в сыворотке крови, уровни креатинина, мочевины до и после сеанса гемодиализа, показатель адекватности гемодиализа Kt/V^{12} , наличие сопутствующей патологии, общее количество сопутствующих заболеваний и др.

При статистическом анализе для оценки межгрупповых различий по КЖ применяли t-критерий Стьюдента. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии различий и влияний) принимали равным 0,05. Характеристики выборок представлены в виде средних величин и стандартных отклонений. Для исследования степени влияния психологических и клинико-лабораторных переменных на показатели КЖ проводился множественный линейный пошаговый регрессионный анализ и однофакторный дисперсионный анализ.

Сравнение КЖ больных на ГД и здоровых лиц позволяет охарактеризовать влияние хронической болезни почек и лечения ГД на восприятие человеком своего состояния здоровья и жизни в целом, выявить наиболее проблемные сферы жизни. В табл. 1 представлены средние значения показателей КЖ ГД пациентов и здоровых лиц. Нормативные данные получены на 2114 здоровых жителей Санкт-Петербурга в возрасте от 15 до 85 лет А. А. Новиком и Т. И. Ионовой¹³. Показатели семи из восьми шкал опросника SF-36 у ГД пациентов достоверно ниже, чем у здоровых лиц. Так, значительно ниже нормы параметры всех шкал физического здоровья. Резко снижены способность к выполнению видов деятельности, связанных с физическими нагрузками (ходьба, подъем по лестнице, поднятие тяжестей и др.) (PF), и оценка общего состояния здоровья (GH). Физическое состояние сильно ограничивает повседне-

ную деятельность (RP). Выражен болевой синдром (BP). Удовлетворенность больных своим психическим состоянием и социальным функционированием достоверно отличается от нормы. У ГД пациентов ниже, чем у здоровых лиц, общая активность, энергичность (VT), физическое и эмоциональное состояние мешает выполнению работы, препятствует нормальной социальной активности (проводить время с семьей, друзьями и т. д.) (SF и RE). Интересно отметить, что баллы по шкале пси-

хического здоровья (МН) превышают нормативные данные, т. е. удовлетворенность ГД больных своим психическим здоровьем даже выше, чем у здоровых петербуржцев. Таким образом, удовлетворенность ГД больных своими физическими возможностями существенно ниже, чем у здоровых лиц, в то время как по психологической и социальной составляющим качества жизни снижение менее выраженное, а по шкале психического здоровья имеется превышение над нормативными данными.

Таблица 1

Показатели качества жизни больных на гемодиализе в сравнении со здоровыми лицами (M±SD)

Показатель качества жизни	Больные на гемодиализе, n = 753	Здоровые лица*, n = 2114	Достоверность различий
PF	61,2 ± 25,8	79,6 ± 22,0	p<0,0001
RP	33,4 ± 42,3	64,9 ± 37,0	p<0,0001
BP	55,6 ± 28,8	66,4 ± 25,0	p<0,0001
GH	37,3 ± 16,9	54,1 ± 19,4	p<0,0001
VT	49,3 ± 19,8	56,2 ± 18,2	p<0,0001
SF	64,6 ± 26,7	68,0 ± 22,1	p=0,0006
RE	53,2 ± 45,4	66,5 ± 36,7	p<0,0001
МН	61,3 ± 18,0	58,0 ± 16,4	p<0,0001

Примечания: 1. PF – физическое функционирование, способность выдерживать физические нагрузки; RP – влияние физического состояния на повседневную деятельность; BP – интенсивность боли и влияние боли на повседневную деятельность; GH – общее состояние здоровья; VT – общая активность, энергичность; SF – социальное функционирование; RE – влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность; МН – психическое здоровье. 2. * – репрезентативная выборка населения Санкт-Петербурга.

Насколько нам известно, данное исследование является первым большим исследованием КЖ больных на ГД в России. Полученные данные свидетельствуют о существенном снижении по сравнению со здоровыми лицами большинства показателей удовлетворенности жизнью у больных, находящихся на лечении хроническим ГД. Аналогичная тенденция зарегистрирована и в ряде зарубежных исследований, выполненных с применением опросника SF-36. В них также показано, что по сравнению

со здоровой популяцией у больных на ГД страдает прежде всего физическая составляющая КЖ, в то время как параметры психологической компоненты в меньшей степени подвержены снижению, а по отдельным показателям приближаются к популяционной норме. В проведенном нами исследовании показатель удовлетворенности ГД пациентов своим психическим здоровьем (МН) даже превысил нормативные данные. На первый взгляд, это можно было бы объяснить тем обстоятельством, что в

выборке ГД больных был ниже процент лиц старшей возрастной группы (более 70 лет), чем в нормативной выборке (1% против 7%). Однако в исследовании П. Реболло (и соавторов) и в наших предыдущих работах было показано, что возрастное снижение касается главным образом физической компоненты КЖ больных на ГД, а оценки психического здоровья и социального функционирования этих пациентов подвержены возрастным изменениям в значительно меньшей степени¹⁴. По данным аналогичных исследований здоровых лиц, проведенных в России и Швеции, показатели шкалы психического здоровья в здоровой популяции меняются с возрастом в меньшей степени, чем оценки по другим шкалам SF-36¹⁵. Можно предположить, что удовлетворенность исследованной категории больных своим эмоциональным состоянием, психологическим настроением является проявлением достаточно хороших адаптационных возможностей, функционирования механизмов психологической защиты по типу вытеснения субъективно значимых отрицательных переживаний, использования конструктивных способов преодоления трудностей. Как нами было показано ранее, вытеснение является одним из часто встречающихся механизмов психологической защиты у больных на ГД, а среди наиболее характерных копинг-стратегий — «оптимизм» и «планирование решения проблемы», традиционно относящиеся к группе конструктивных способов совладания с трудностями¹⁶. За счет действия этих факторов, невзирая на сниженные физические возможности и не слишком хорошее самочувствие, психическое здоровье ГД пациентов остается достаточно сохранным. Справедливость этого утверждения косвенно подтверждает и тот факт, что, по данным исследователей из США и европейских стран, из всех шкал SF-36 наименьшее различие между больными на ГД и здоровыми лицами зарегистрировано по шкале психического здоровья¹⁷. Достаточно высокий показатель психического здо-

ровья, близкий к его значению в общей популяции, — характерная черта ГД пациентов в разных странах. Она отражает, вероятно, не только хорошие адаптационные возможности этих больных, но и адекватность и качество медицинской помощи, оказываемой им. Возможно и еще одно объяснение установленного феномена. В ситуации терминальной почечной недостаточности и лечения ГД у больного происходит переоценка ценностей, в результате чего снижается уровень притязаний. Согласно формуле У. Джемса, самоуважение оценивается дробью, в числителе которой — успех, в знаменателе — притязания¹⁸, т. е. снижение уровня притязаний приводит к росту удовлетворенности собой, своей жизнью при тех же реальных достижениях. Для ГД пациента характерно отсутствие высоких запросов, его ожидания от будущего достаточно скромны. «Болезнь, конечно же, отражается на моем здоровье и жизни в целом. Но это не мешает мне жить, насколько это возможно, полноценной жизнью. Мое настроение — в норме. Я учусь довольствоваться немногим и получать удовольствие от того, что имею» — так мог бы описывать свое состояние типичный ГД пациент. Больной на ГД готов к ухудшениям. И такая готовность к ухудшениям может снижать психотравмирующий эффект реального ухудшения: ничего совсем плохого не случилось — уже хорошо. У здорового выше ожидания от будущего, чем у больного, выше уровень притязаний. Здоровый оптимистичнее проецирует в будущее надежды на улучшение своей жизни, он не готов к ухудшениям. Поэтому, если будущее, становясь настоящим, надежд не оправдывает, травма несбывшихся ожиданий у здорового человека сильнее. Здоровый бурно реагирует на различные негативные события в жизни, на которые ГД пациент даже не обратит внимания, проигнорирует (как не особенно значимые). Таким образом, внезапная беда травматичнее привычной. То, что у больного в модус будущего вписана возможность

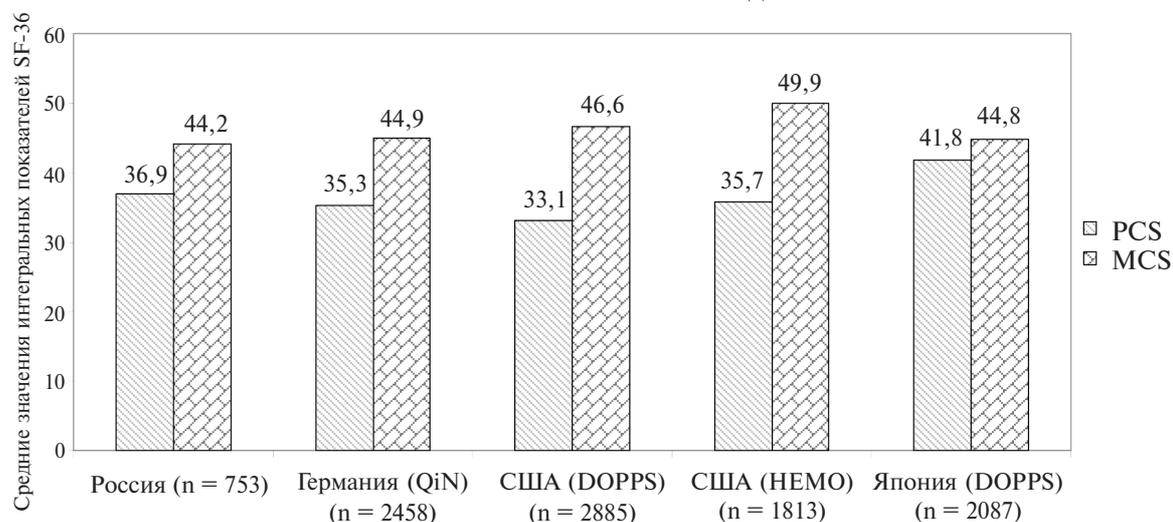
ухудшения, дает ему психологическую фору. Для больного дела идут не так плохо, как он опасался, в то время как для здорового — не так хорошо, как он надеялся. Для здорового ухудшение его дел является отклонением от ожидавшегося в минус, в то время как для больного, если ухудшение не слишком резкое, — отклонением от ожидавшегося в плюс: он допускал, что будет еще хуже. Снижение уровня притязаний, отсутствие завышенных ожиданий от будущего, готовность к ухудшениям, возможно, лежат в основе достаточно высокой оценки своего психического здоровья ГД больными.

На гистограмме 1 представлены интегральные показатели КЖ ГД пациентов из России (данные, полученные в нашем исследовании), США, Германии и Японии. Для сравнительного кросскультурального анализа использовались оценки КЖ ГД пациентов из США и Японии (результаты международного исследования больных на гемодиализе — the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study — DOPPS)¹⁹. Данные по КЖ ГД больных из Германии получены в ходе многоцентрового исследования QIN (Quality in Nephrology)²⁰. Выборка НЕМО включала ГД больных из нескольких штатов США. Среднее значение интегрального показателя физического здоровья PCS российских ГД больных составило $36,9 \pm 9,7$, среднее значение интегрального показателя психического здоровья MCS этих пациентов — $44,2 \pm 10,5$. Суммарные показатели физического и психического здоровья у ГД больных из России и США достоверно различаются. По сравнению с российскими пациентами больные из США обнаруживают более низкую оценку физического здоровья PCS ($p < 0,0001$ при сравнении с выборкой DOPPS и $p < 0,01$ при сравнении с выборкой НЕМО) и более высокую оценку психического здоровья MCS ($p < 0,0001$ при сравнении с обеими выборками из США). У больных из Германии интегральный показатель физического здоровья PCS также ниже, чем в российской выборке ГД больных ($p < 0,001$), а

различия по интегральному показателю психического здоровья MCS между пациентами из России и Германии статистически не достоверны. Как следует из гистограммы, у ГД больных из России, Германии и США имеется значительный разрыв между суммарными показателями КЖ: интегральный показатель психического здоровья MCS намного выше, чем интегральный показатель физического здоровья PCS. У пациентов из Японии этот разрыв сокращается до трех баллов. У больных из Японии отмечается самая высокая из всех рассматриваемых групп пациентов суммарная оценка физического здоровья PCS ($p < 0,0001$ при сравнении с пациентами из России, Германии и обеими выборками из США). Что касается суммарной оценки психического здоровья MCS, то она находится примерно на одном уровне у больных из России, Германии и Японии: различия статистически не достоверны. У пациентов из США (учитывая данные обоих американских исследований) MCS существенно выше, чем у больных из России, Германии и Японии (все шесть $p < 0,0001$). Таким образом, по интегральному показателю физического здоровья PCS российские ГД больные занимают промежуточное положение между пациентами из Японии, с одной стороны, и больными из США и Германии, с другой стороны. По интегральному показателю психического здоровья MCS российские пациенты достоверно не отличаются от пациентов из Германии и Японии. MCS ГД пациентов из США значительно выше, чем у больных из России, Германии и Японии.

В ряде зарубежных работ установлены международные различия по показателям выживаемости, соблюдения лечебного режима ГД (комплаенса) и частоты случаев отказа пациента от лечения ГД. Однако исследования, посвященные анализу международных различий по КЖ этой категории больных, малочисленны²¹. Выше отмечалось, что российских ГД больных отличают более высокий интегральный показа-

Международные различия по интегральным показателям качества жизни больных на гемодиализе



Примечание. PCS – суммарный показатель физического здоровья, MCS – суммарный показатель психического здоровья.

тель физического здоровья и более низкий интегральный показатель психического здоровья, чем пациентов из США. Одна из возможных причин отличий по физическому здоровью – более высокий процент больных с диабетом в американских выборках (44% в группе DOPPS против 4% в России). Имеются данные, что больные из США чаще пропускают сеансы ГД и сокращают их, чем пациенты из Японии и Европы²². Следствием такого нарушения лечебного режима может быть недостаточная адекватность процедуры диализа и пониженные показатели физического здоровья. Возможно, дело не только в объективных показателях (наличие диабета, пропуски и сокращения сеансов ГД), а и в культуральных и социально-экономических факторах – привычка преодолевать трудности, испытывать достаточно большие физические нагрузки, неприхотливость умяются нормой для российского жителя, и отсюда достаточно высокая самооценка физического функционирования у российских диализных больных. При интерпретации более высокой самооценки психического

здоровья больных из США также следует принимать во внимание культуральные различия. Надо иметь в виду, что и американская популяционная норма по показателю психического здоровья методики SF-36 превышает таковую по Японии, России и ряду других европейских стран²³. Вероятно, причина лежит в особенностях американского национального характера.

Проведенное нами сравнение со здоровой популяцией и пациентами из других стран позволило нарисовать портрет типичного российского больного на ГД с точки зрения качества его жизни. У российского ГД пациента отмечается более высокая удовлетворенность своим психическим здоровьем и социальной активностью, чем физическими возможностями. Аналогичная тенденция характерна и для стран Европы, США и Японии²⁴. Различия между странами касаются того, насколько суммарный показатель психического здоровья превышает интегральный показатель физического здоровья. Так, в США этот отрыв максимален: 13,5 по результатам DOPPS, 14,2 – по данным HEMO (гисто-

грамма 1). В странах Европы разница между PCS и MCS находится на среднем уровне: Россия – 7,3, Германия – 8,6, европейские страны, включенные в исследование Euro-DOPPS – 7,7. Выборка Euro-DOPPS состояла из ГД больных из Франции, Германии, Италии, Испании и Великобритании. Минимальная разница между PCS и MCS – в Японии (3,0). Таким образом, суммарные показатели КЖ российских больных на ГД сопоставимы с международными данными (гистограмма 1). По величине интегральных показателей физического и психического здоровья и их соотношению больные из России ближе к пациентам из Германии и из Европы вообще, чем к больным из США. Больные на ГД из Японии отличаются от пациентов из других стран. В отличие от пациентов из США и Европы (включая Россию) у японских больных наблюдается достаточно высокая удовлетворенность своими физическими возможностями при среднем показателе удовлетворенности психическим здоровьем и связанная с этим минимальная разница умральных показателей физического и психического здоровья. Вопрос о том, с чем связаны такие особенности японских пациентов, требует дальнейшего изучения.

С целью определения факторов, влияющих на КЖ больных на ГД, проведено множественное регрессионное моделирование. Зависимыми переменными в ре-

грессионных уравнениях были суммарные показатели физического и психического здоровья. В качестве независимых переменных в регрессионный анализ были включены психологические, социально-демографические и клинико-лабораторные переменные, продемонстрировавшие достоверную связь с показателями КЖ по данным корреляционного анализа. В их числе – возраст, продолжительность лечения гемодиализом, выраженность депрессии, личностной и ситуативной тревожности, астении, уровни гемоглобина и альбумина. Проведенный анализ показал, что основными предикторами уммарного показателя физического здоровья являются возраст, уровень депрессии, длительность лечения ГД и альбумин сыворотки крови (табл. 2). Уровень альбумина влиял на интегральный показатель физического здоровья положительно, отрицательно сказывались выраженность депрессии, возраст и продолжительность ГД терапии. Уровень депрессии и возраст также вошли в число предикторов суммарной оценки психического здоровья наряду с ситуативной и личностной тревожностью, астенией и уровнем гемоглобина (табл. 3). Положительное влияние на интегральный показатель психического здоровья оказывал уровень гемоглобина, негативное – выраженность депрессии, тревоги и личностной тревожности, астении, а также возраст пациента.

Таблица 2

Результаты множественного пошагового регрессионного анализа факторов, влияющих на суммарный показатель физического здоровья (PCS)

R^2 модели = 0,212 $F(5, 748) = 40,23$ $p < 0,00001$

Переменные	БЕТА	SE(БЕТА)	B	SE(B)	t	p
Уровень депрессии (по В. Зунгу) (баллы)	-0,231	0,033	-0,310	0,045	-6,936	< 0,0001
Возраст (годы)	-0,221	0,034	-0,176	0,027	-6,567	< 0,0001
Длительность гемодиализа (месяцы)	-0,182	0,034	-0,038	0,007	-5,350	< 0,0001
Уровень альбумина (г/л)	0,162	0,033	0,496	0,100	4,965	< 0,0001

Таблица 3

Результаты множественного пошагового регрессионного анализа факторов, влияющих на суммарный показатель психического здоровья (MCS)

R^2 модели = 0,214 $F(6, 747) = 33,99$ $p < 0,00001$

Переменные	BETA	SE(BETA)	B	SE(B)	t	p
Ситуативная тревожность (по Ч. Спилбергеру) (баллы)	-0,180	0,0427	-0,297	0,071	-4,211	< 0,0001
Уровень депрессии (по В. Зунгу) (баллы)	-0,169	0,0457	-0,246	0,066	-3,703	0,0002
Уровень гемоглобина (г/л)	0,089	0,0327	0,064	0,024	2,708	0,0069
Личностная тревожность (по Ч. Спилбергеру) (баллы)	-0,110	0,0449	-0,192	0,079	-2,440	0,0149
Возраст (годы)	-0,072	0,0327	-0,063	0,029	-2,214	0,0271
Шкальная оценка астении (по УНА) (баллы)	0,0788	0,0365	0,028	0,013	2,161	0,0310

Примечание. Чем выше шкальная оценка астении, тем меньше выраженность астении.

Результаты однофакторного дисперсионного анализа свидетельствуют о том, что наличие и общее количество сопутствующих заболеваний отрицательно отражают-

ся на суммарном показателе физического здоровья (рис. 1). Влияния сопутствующей патологии на интегральный показатель психического здоровья не отмечено.

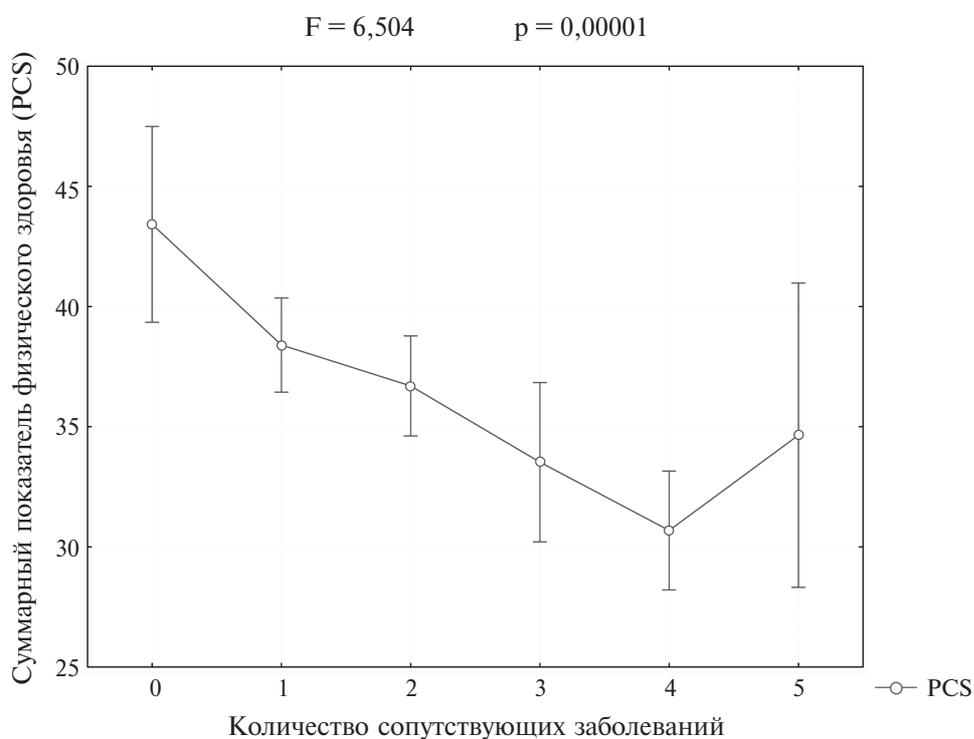


Рис. 1. Результаты однофакторного дисперсионного анализа влияния количества сопутствующих заболеваний на суммарный показатель физического здоровья ($n = 272$)

В литературе высказываются различные точки зрения по вопросу о том, от чего зависит КЖ больных, получающих хронический ГД. Большинство авторов отмечают отрицательное влияние возраста пациентов, а также таких клинических факторов, как выраженность анемии, наличие сопутствующей патологии, длительность лечения диализом. В то же время в исследовании Д. Мингарди и других не установлено связи между показателями КЖ и содержанием гемоглобина. В ряде работ зарегистрирована высоко значимая связь удовлетворенности жизнью диализных пациентов с уровнем альбумина сыворотки крови²⁵. По полученным нами данным, показатель альбумина является одним из независимых предикторов сохранности суммарного показателя физического здоровья (PCS). Зависимость самооценки физического здоровья от уровня альбумина представляется вполне логичной. Известно, что основными функциями альбумина в организме человека являются трофическая (запас питательных веществ, из которых строятся другие белки), транспортная (перенос различных веществ в организме) и антиоксидантная (противодействие окислительному стрессу, при котором утрачивается баланс между окислительными и восстановительными реакциями). Соответственно при недостатке альбумина не может нормально синтезироваться белок, не может эффективно осуществляться перенос веществ в организме, снижается противодействие оксидативному стрессу.

Таким образом, суммарный показатель физического здоровья тесно связан с клиническими и анамнестическими данными, с такими показателями соматического состояния больного, как продолжительность лечения ГД, альбумин сыворотки крови, наличие и общее количество сопутствующих заболеваний, возраст.

Оба интегральных показателя КЖ больных, находящихся на ГД, существенно за-

висят от наличия или отсутствия расстройств депрессивного спектра (табл. 2 и 3). Что касается суммарной оценки психического здоровья, она определяется главным образом характеристиками эмоционального состояния и свойствами личности – выраженностью депрессии, тревоги и личностной тревожности, астении. Степень влияния возраста на суммарный показатель психического здоровья меньшая, нежели на интегральный показатель физического здоровья (табл. 2 и 3). Из числа включенных в анализ клинико-лабораторных параметров только гемоглобин сыворотки крови явился независимым предиктором суммарного показателя психического здоровья.

Факторы, влияющие на КЖ ГД пациентов, уместно подразделить на модифицируемые, частично модифицируемые и немодифицируемые. К модифицируемым можно отнести характеристики психического состояния (депрессия, тревога, астения), к немодифицируемым – возраст, продолжительность лечения ГД, к частично модифицируемым – уровни альбумина и гемоглобина, коморбидность, личностную тревожность. Коррекция модифицируемых и частично модифицируемых факторов может способствовать улучшению КЖ больных, позволяя достигнуть оптимальной медицинской и психологической реабилитации.

Итак, КЖ больных, получающих хронический ГД, существенно снижено по сравнению со здоровыми лицами, главным образом за счет показателей физического здоровья. Качество жизни ГД пациентов подвержено влиянию психологических и клинических переменных. Требуется дальнейшего изучения вопрос о том, что лежит в основе установленных различий по КЖ между ГД пациентами из разных стран – культуральные, социально-экономические факторы или качество медицинской помощи.

ПРИМЕЧАНИЯ

- ¹ Васильева И. А., Петрова Н. Н. Современные подходы к психологической реабилитации больных с хронической почечной недостаточностью: Пособие для врачей. — СПб., 2003.
- ² Aharony L., Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore // *Med. Care Rev.* — 1993. — Vol. 50. — № 1. — P. 49–79.
- ³ Leplege A., Hunt S. The problem of quality of life in medicine // *JAMA.* — 1997. — Vol. 278. — № 1. — P. 47–50.
- ⁴ Groothoff J. W., Grootenhuys M. A., Offringa M., et al. Quality of life in adults with end-stage renal disease since childhood is only partially impaired // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2003. — Vol. 18. — № 2. — P. 310–317; Molsted S., Aadahi M., Schou L., et al. Self-rated health and employment status in chronic haemodialysis patients // *Scand. J. Urol. Nephrol.* — 2004. — Vol. 38. — № 2. — P. 99–105; Rebollo P., Ortega F., Baltar J. M., et al. Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger ones? // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2001. — Vol. 16. — № 8. — P. 1675–1680.
- ⁵ Unruh M., Benz R., Greene T., et al. Effects of hemodialysis dose and membrane flux on health-related quality of life in the HEMO Study // *Kidney Int.* — 2004. — Vol. 66. — № 1. — P. 355–366; Mittal S. K., Ahern L., Flaster E., et al. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2001. — Vol. 16. — № 7. — P. 1387–1394; Turk S., Guney I., Altintepe L., et al. Quality of life in male hemodialysis patients // *Nephron Clin. Pract.* — 2004. — Vol. 96. — № 1. — P. 21–27; Valderrabano F. Quality of life benefits of early anaemia treatment // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2000. — Vol. 15. — Suppl. 3. — P. 23–28.
- ⁶ Ткалич Л. М., Зибницкая Л. И., Калюжина Е. В. и др. Факторы, влияющие на качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью // *Нефрология.* — 2006. — Т. 10. — № 1. — С. 40–44.
- ⁷ Ware J.E. SF-36 Health Survey Update // *Spine.* — 2000. — Vol. 25. — № 24. — P. 3130–3139; Petrova N., Varshavsky S., Vasilyeva I. Translation of a quality of life questionnaire: first experience in Russia // 2nd Congress of the International Society for Quality of Life Research. — Montreal (Canada), 1995. — P. 498.
- ⁸ Ware J.E., Kosinski M. The SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Manual for Users of Version 1, Second Edition. Lincoln, RI. 2001.
- ⁹ Zung W. W. K. A Self-rating Depression Scale // *Arch. Gen. Psychiat.* — 1965. — № 12. — P. 63–70.
- ¹⁰ Ханин Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. — Л., 1976.
- ¹¹ Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В. и др. Шкала для психологической диагностики уровня невротической астении (УНА): Методические рекомендации. — СПб., 1998.
- ¹² Daugirdas J. T. Simplified equations for monitoring KT/V, PCRn, eKT/V and ePCRn // *Adv. Ren. Replace. Ther.* — 1995. — Vol. 2. — № 4. — P. 295–304.
- ¹³ Новик А.А., Ионова Т.И. Популяционное исследование качества жизни населения Санкт-Петербурга: Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — М., 2002. — С. 114–124.
- ¹⁴ Васильева И. А., Бабарыкина Е. В., Добронравов В. А. Возрастные аспекты качества жизни у пациентов на хроническом гемодиализе // *Нефрология.* — 2004. — Т. 8. — № 3. — С. 32–36.
- ¹⁵ Sullivan M., Karlsson J. The Swedish SF-36 Health Survey. III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population // *J. Clin. Epidemiol.* — 1998. — Vol. 51. — № 11. — P. 1105–1113.
- ¹⁶ Лебедев Б. А., Петрова Н. Н., Васильева И. А. Механизмы психологической защиты у больных, находящихся на лечении хроническим гемодиализом // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 1991. — Т. 91. — Вып. 5. — С. 58–62; Васильева И. А. Копинг-стратегии больных при лечении хроническим гемодиализом: сравнение двух способов оценки // *Ученые записки СПбГМУ им. академика И. П. Павлова.* — 2007. — Т. 14. — № 1. — С. 30–33.
- ¹⁷ Mingardi G., Cornalba L., Cortinovia E., et al. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIA-QOL Group // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 1999. — Vol. 14. — № 6. — P. 1503–1510; Fukuhara S., Lopes A. A., Bragg-Gresham J. L., et al. Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study // *Kidney Int.* — 2003. — Vol. 64. — № 5. — P. 1903–1910.

¹⁸ *Джеймс У.* Психология: 7-е русское издание. – Петроград, 1916. – С. 154.

¹⁹ *Perelman R. L., Finkelstein F. O., Liu L., et al.* Quality of life in chronic kidney disease (CKD): a cross-sectional analysis in the Renal Research Institute – CKD study // *Am. J. Kidney Dis.* – 2005. – Vol. 45. – № 4. – С. 658–666.

²⁰ *Stoffel M. P., Scheibler F., Baldamus C. A., et al.* Predictors of Quality of life – Results from QiN // *Nephrol. Dial. Transplant.* – 2005. – Vol. 20. – Suppl 5. – P. 322.

²¹ *Mapes D. L., Bragg-Gresham J. L., Bommer J., et al.* Health-related of life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study // *Am. J. Kidney Dis.* – 2004. – Vol. 44. – Suppl 2. – P. 54–60.

²² *Saran R., Bragg-Gresham J. L., Rayner H. C., et al.* Non-adherence in hemodialysis: Associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS // *Kidney Int.* – 2003. – Vol. 64. – № 1. – P. 254–262.

²³ *Kimura T., Ogushi Y., Takahashi M., et al.* Association of health-related quality of life with health examination including organic functions and lifestyles in Japanese employees // *Qual. Life Res.* – 2004. – Vol. 13. – № 2. – P. 519–529; *Ware J. E, Snow K. K., Kosinski M., et al.* SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. – Boston, MA, 1993; *Muller-Nordhorn J., Kulig M., Binting S., et al.* Change in quality of life in the year following cardiac rehabilitation // *Qual Life Res.* – 2004. – Vol. 13. – № 2. – P. 399–410.

²⁴ *Merkus M. P., Jager K. J., Dekker F. W., et al.* Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. The Necosad Study Group // *Amer. J. Kidney Dis.* – 1997. – Vol. 29. – № 4. – P. 584–592.

²⁵ *Kirmizis D., Belechri A.M., Giamalis P., et al.* Quality of life in chronic hemodialysis patients // *Hemodialysis Int.* – 2004. – Vol. 8. – № 1. – P. 105.