

Комплексный подход к оценке качества жизни больных, находящихся на программном гемодиализе

А.А. Горин, А.Ю. Денисов, В.Ю. Шило
Международный центр диализа, Москва

Quality of life in chronic hemodialysis patients: integrated approach

A.A. Gorin, A.Y. Denisov, V.Y. Shilo

Ключевые слова: качество жизни, гемодиализ, депрессия, тревога.

С целью комплексной оценки качества жизни обследовано 265 пациентов, находившихся на лечении в амбулаторном центре гемодиализа. Приведена демографическая, социальная и медицинская характеристика изученных больных. Сравнивалось качество жизни обследованных диализных пациентов с качеством жизни в общей популяции. Определялось влияние на качество жизни таких показателей, как депрессия, тревога, астения, память, возраст, продолжительность диализа, ценностные ориентации, индивидуально-типологические особенности, материальное положение. Обнаружено, что качество жизни пациентов на гемодиализе ниже, чем в общей популяции (в большей степени за счет физического состояния). Выявлена обратная взаимосвязь между качеством жизни и уровнями депрессии, тревоги, астении, возрастом пациентов, продолжительностью диализа, наличием неудачной трансплантации в анамнезе, ценностной ориентацией на творческую деятельность. Найдена прямая взаимосвязь между качеством жизни и выраженностью спонтанности, ценностной ориентацией на духовную и физическую близость с любимым человеком. Установлено, что наличие депрессии и тревоги снижают качество жизни по большинству шкал, и лечение, профилактика депрессивного и тревожного синдромов с помощью методов психотерапии, психофармакотерапии представляются перспективным подходом для улучшения качества жизни пациентов на диализе.

Актуальность проблемы

На современном этапе с внедрением новых, более совершенных диализных технологий и методов медикаментозной коррекции, приведших к значительному увеличению продолжительности жизни больных на диализе, все более актуальным становится вопрос повышения качества жизни данной категории больных [3].

В настоящее время является общепризнанным, что при оценке тяжести заболевания и выборе методов терапии необходимо опираться не только на соматические показатели здоровья, но и на критерии качества жизни.

В литературе имеется множество работ, в которых освещались различные аспекты качества жизни больных с терминальной хронической почечной недостаточностью. Довольно часто в качестве групп сравнения выбирались больные на перитонеальном диализе и гемодиализе (ГД), а также пациенты, которым была выполнена трансплантация почки [4, 5, 9, 10]. В последние годы, учитывая общую тенденцию выравнивания качества жизни больных на гемодиализе и здоровых лиц за счет повышения качества жизни пациентов

на ГД, проводился сравнительный анализ некоторых показателей качества жизни диализных больных и здоровых лиц [6, 7]. Для оценки качества жизни больных на диализе различными авторами использовались разные методики. Лишь в единичных публикациях предпринималась попытка всесторонне оценить качество жизни, анализируя не только ее субъективные, но и объективные показатели. В них подчеркивается целесообразность использования комплексного подхода, так как при рассмотрении качества жизни больных на диализе выявлена возможность значительного расхождения в результатах субъективных и объективных методов [1]. Практически нет исследований, в которых делалась бы попытка соотнести ценностные ориентации индивидуумов с определением качества жизни больных на ГД, что является, на наш взгляд, необходимой составляющей для точной интерпретации данных.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Центра диализа с использованием следующих опросников.

1. Шкалы депрессии Занга, включающей в себя 20

пунктов по основным депрессивным симптомам, оцениваемых больным с учетом степени тяжести.

2. Методики диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН), включающей в себя 30 пар противоположных характеристик, по которым больного просят оценить свое состояние.

3. Опросника на определение индивидуально-типологических свойств Л.Н. Собчик (сокращенный вариант ММРІ), который состоит из 91 вопроса, содержит 10 шкал. Первые 2 оценочные шкалы измеряют искренность и степень аггравации, остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности.

4. Теста для оценки памяти (запоминание 10 слов).

5. Методики «ценностные ориентации» М. Рокича, основанной на прямом ранжировании списка ценностных ориентаций, разделенных на два класса (терминальные и инструментальные).

6. Опросника SF-36 для оценки качества жизни у больных с ХПН, который включает шкалы физического состояния, эмоционального состояния, ролевого функционирования, витальности, выраженности болевого синдрома, влияния физического, эмоционального состояния на ролевое функционирование.

7. Шкалы для оценки удовлетворенности материальным положением.

Результаты обрабатывались методами вариационной статистики и представлены в виде M_{жм}. Оценка достоверности различий средних величин и относительных показателей проводилась с использованием t-критерия (критерия Стьюдента).

Результаты

Общая характеристика обследованных больных представлена в табл. 1.

Все обследованные пациенты заполняли опросник SF-36, предназначенный для оценки качества жизни больных с ХПН.

Получены следующие результаты по шкалам: физическое функционирование (PF) = 61,49 ± 24,36; влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP) = 41,64 ± 41,43; выраженность болевого синдрома (BP) = 62,89 ± 26,9; общее состояние здоровья (GH) = 46,97 ± 16,95; витальность (энергичность) (VT) = 55,9 ± 17,92; социальное функционирование (SF) = 68,21 ± 22,72; влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE) = 58 ± 41,26; психическое здоровье (MH) = 62,4 ± 18,46.

В табл. 2 приводятся показатели качества жизни обследованных нами ГД-пациентов, они сравниваются со средними показателями качества жизни в общей популяции.

При сравнении качества жизни пациентов на диализе с качеством жизни в общей Российской популяции [2] оказалось, что средние значения у них были

достоверно ниже по шести шкалам. Важно отметить, что две шкалы, по которым не выявлено достоверных различий по сравнению с общей популяцией (RE, MH), считаются «чистыми» составляющими психической компоненты здоровья.

При оценке корреляции между качеством жизни, оцененным с помощью опросника SF-36, и социально-психологическими факторами получена достоверная значимая связь между уровнем депрессии и всеми показателями качества жизни, кроме BP ($r = \text{от } -0,26 \text{ до } -0,55, p < 0,05$). Выявлена также достоверная связь между тревожностью пациентов и качеством жизни по пяти (PF, RP, VT, SF, MH) из восьми шкал ($r = \text{от } -0,28 \text{ до } -0,45, p < 0,05$). Установлена достоверная обратная корреляция средней силы между выраженностью астении и такими составляющими качества жизни, как витальность (полнота жизненной энергии) и социальное функционирование ($r = -0,39$ и $-0,3$ соответственно, $p < 0,05$). Кроме того, выявлена также достоверная обратная связь между возрастом пациентов и показателями шкал PF ($r = -0,29, p < 0,05$) и VT ($r = -0,28, p < 0,05$).

Интересные результаты получены у группы ГД-больных, имеющих АТП в анамнезе. Так, нами обнаружена достоверная обратная связь между неудачной трансплантацией в анамнезе и уровнем социального функционирования ($r = -0,33$). Имеется достоверная прямая связь между выраженностью спонтанности и показателями VT и MH ($r = 0,28$ и $0,26$ соответственно, $p < 0,05$). Терминальными ценностными ориентациями пациентов, достоверно связанными с качеством жизни, являются любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком) ($r = 0,33, p < 0,05$) и творчество (возможность творческой деятельности) (обратная связь $r = -0,35, p < 0,05$). Не найдено достоверной корреляции

Таблица 1

Демографическая, социальная и медицинская характеристика обследованных больных

Показатель		Результат
Всего обследовано		265 человек
из них	женщин	133
	мужчин	132
Возраст, г.		46,4 ± 0,79
Есть семья, %		66
Есть дети, %		78
Образование, %	среднее	32,6
	среднее специальное	29,7
	незаконченное высшее	2,1
	высшее	35,6
Работают (полная, частичная занятость), %		37
Продолжительность диализа, мес.		38,31 ± 2,14
Минимальная продолжительность, мес.		6
Максимальная продолжительность, мес.		216
Наличие трансплантации в анамнезе, %		12

Таблица 2

Качество жизни пациентов на гемодиализе и в общей популяции

Качество жизни	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
На диализе	61,49 ± 2,13	41,64 ± 3,62	62,89 ± 2,35	46,97 ± 1,48	55,90 ± 1,57	68,2 ± 1,98	58,00 ± 3,60	62,40 ± 1,63
В общей популяции	96,00 ± 1,86	90,00 ± 1,74	89,70 ± 1,67	73,20 ± 1,55	62,20 ± 1,25	85,00 ± 1,65	65,00 ± 1,32	63,30 ± 1,27
	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,05$	$p < 0,01$	Недостоверно	Недостоверно

между продолжительностью диализа, уровнем образования, занятостью, мнестическими показателями, уровнем удовлетворенности материальным положением и оценкой качества жизни.

В соответствии с задачами исследования мы разделили пациентов в зависимости от возраста сначала на 2 группы (до 45 лет и после 45 лет) и сравнили в них качество жизни. Оно достоверно было выше в группе до 45 лет по шкалам физического состояния и социального функционирования. При сравнении более отличающихся друг от друга групп по возрасту (до 30 лет и после 60 лет) качество жизни пациентов до 30 лет было уже достоверно выше по пяти шкалам (физическое состояние, общее здоровье, витальность, социальное функционирование, психическое состояние). Идентичная процедура нами проведена для сравнения качества жизни в зависимости от продолжительности диализа (группы до 24 и после 24 месяцев; группы до 6 и после 42 мес.). Полученные результаты представлены в табл. 3 и 4.

Приведенные результаты не противоречат данным по общей популяции об обратной связи между возрастом и качеством жизни. Вызывает интерес тот факт, что с продолжительностью диализа связана лишь одна составляющая (GH) качества жизни.

Выводы и обсуждение

На сегодня не существует принятого всеми определения термина «качество жизни». В литературе приводится ряд определений, одним из наиболее известных является описание понятия «качество жизни», данное Всемирной организацией здравоохранения: «Это восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культуральных особенностей и системы цен-

ностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами». В этом определении уделяется внимание субъективной составляющей качества жизни. В практических целях выделяют медицинскую составляющую качества жизни – так называемое относящееся к здоровью качество жизни, которое в англоязычных работах обозначается как HRQOL – *health related quality of life* [8].

Существует и «объективный» подход к измерению качества жизни, которое оценивается по ряду показателей другим человеком, имеющим необходимый для этого квалификацию. В таком случае также используется термин «уровень социального функционирования».

Однако методики, которая была бы признана большинством авторов и использовалась ими для рутинной оценки качества жизни, пока не разработано. Полученные нами результаты сравнения качества жизни пациентов на ГД с качеством жизни в общей популяции схожи с результатами сравнения, приведенными исследователями из Санкт-Петербурга [2]. Американские авторы также отмечают более низкие показатели качества жизни пациентов на диализе по сравнению с общей популяцией (причем по всем шкалам) и особенно – по шкалам GH и RP [6]. На основании полученных нами данных можно высказать суждение, что качество жизни пациентов на диализе снижается по сравнению с общей популяцией в большей степени за счет физического состояния.

Ряд социально-психологических показателей достоверно коррелировали лишь с 1–2 (из 8) показателей качества жизни. Основываясь на этих результатах, мы можем сделать вывод о том, что астения, наличие неудачной трансплантации в анамнезе и невозможность реализации творческой деятельности отрицательно связаны с качеством жизни в условиях амбулаторного диализа. В то же время выраженная спонтанность

(сочетание экстравертированности и агрессивности), ценностная ориентация пациентов на духовную и физическую близость с любимым человеком положительно влияют на качество жизни диализных пациентов. При сравнении корреляции возраста и продолжительности диализа с качеством жизни выявлена достоверная обратная связь между возрастом и качеством жизни (особенно выраженная в крайних группах сравнения). Обратная связь между продолжительностью диализа и качеством жизни была найдена только по одному показателю (GH) в крайних группах сравнения.

Основными факторами, достоверно снижающими качество жизни пациентов на ГД и оказывающими влияние на большинство показателей шкал качества жизни (причем как психических, так и физических), являются: депрессия (корреляция по 7 шкалам), тревога (корреляция по 5 шкалам) и возраст (по 5 шкалам в крайних группах сравнения). Таким образом, лечение и профилактика депрессивного и тревожного синдро-

Сравнительный анализ качества жизни и возраста пациентов ГД

Качество жизни	Возраст		p	Возраст		p
	до 45 лет	после 45 лет		до 30 лет	после 60 лет	
PF	67,45	57,59	0,025*	55,00	78,33	0,010*
RP	46,53	39,20	0,33	38,64	59,58	0,18
BP	66,98	60,69	0,20	62,36	72,42	0,34
GH	50,29	44,65	0,06	44,27	60,17	0,008*
VT	58,52	54,26	0,19	50,91	70,21	0,0003*
SF	73,78	64,91	0,031*	60,25	79,17	0,013
RE	60,43	56,01	0,56	51,51	67,44	0,31
MH	65,45	60,41	0,14	59,45	73,09	0,035*

Таблица 4

Сравнительный анализ качества жизни и продолжительности диализа

Качество жизни	Продолжительность диализа		p	Продолжительность диализа		p
	до 24 мес.	после 24 мес.		до 6 мес.	после 42 мес.	
PF	60,25	55,63	0,390	55,00	59,67	0,443
RP	38,13	41,25	0,737	43,94	31,67	0,228
BP	63,68	58,20	0,317	62,12	60,33	0,769
GH	43,55	45,75	0,569	47,88	41,07	0,048*
VT	54,63	54,38	0,949	56,67	52,83	0,380
SF	66,26	64,25	0,697	66,14	63,77	0,674
RE	63,33	50,09	0,152	51,49	58,89	0,480
MH	63,40	57,53	0,158	59,39	62,00	0,573

мов (которые во многих случаях коморбидны) с помощью методов психофармакотерапии, психотерапии представляются перспективным подходом для достижения высокого качества жизни пациентов на диализе, что, однако, требует дополнительного подтверждения в контролируемых клинических исследованиях.

Литература

1. Земченков А.Ю., Кондуров С.В., Гаврик С.Л. и др. Качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью, корректируемой заместительной терапией // Нефрология и диализ. 1999; 1; 2–3: 118–127.
2. Рябов С.И., Петрова Н.Н., Васильева И.А. Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом // Клиническая медицина. 1996; 8: 29–31.
3. *Ablman J.* Quality of life of the dialysis patient in Replacement of renal function by dialysis. eds. C. Jacobs, C.M. Kjellstrand, K.M. Koch. – Kluwer Academic Publishers-Dordrecht Boston London. 1996; 1466–1479.
4. *Diaz-Buxo JA, Lowrie EG, Lew NL, Zhang H, Lazarus JM.* Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2000 Feb; 35(2): 293–300.
5. *Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, Arakawa S, Hamami G, Matsumoto O, Kamidono S.* Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology* 2000; Aug 1; 56(2): 201–6.
6. *Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT.* Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. *Am J Kidney Dis*, 1997; Apr; 29(4): 584–92.
7. *Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G.* Nephrol Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. *Dial Transplant* 1999; Jun; 14(6): 1503–10.
8. *Patrick DL, Erickson P.* Health related status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care. Oxford: Oxford University Press, 1993.
9. *Rozembaum EA, Pliskin JS, Barnoon S, Chaimovitz C.* Comparative study of costs and quality of life of CAPD and hemodialysis patients in Israel. *Israel J Med Sci* 1985; 21: 335–339.
10. *Simmons RG, Anderson CR, Abress LK.* Quality of life and rehabilitation differences among four ESRD therapy groups. *Scand J Urolo Nephrol* 1990 (Supp 131): 7–22.