

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ

Е.Н. Половинко

Приводятся результаты сравнительного исследования качества жизни 70 больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на различных видах заместительной терапии – гемодиализе, перитонеальном диализе и после аллотрансплантации почки. Во всех группах исследованных пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью, находящихся на различных видах заместительной почечной терапии, наибольший уровень социальной фрустрированности и неудовлетворенности отмечается в сфере материального положения. Также отмечается неудовлетворенность своим физическим состоянием и работоспособностью в группах пациентов, находящихся на гемодиализе и перитонеальном диализе. При анализе основных параметров качества жизни максимальные различия выявлены в группах пациентов, находящихся на перитонеальном диализе, и пациентов после трансплантации почки по параметрам «Боль» и «Жизнеспособность». Анализ ограничений жизнедеятельности показал что, у обследованных больных наибольшие проблемы отмечаются в категории «Главные сферы жизни», связанной с оплачиваемой работой и экономической самостоятельностью. Наименьшие проблемы отмечаются в категориях «Самообслуживания» и «Бытовая жизнь».

Ключевые слова: качество жизни, хроническая почечная недостаточность, заместительная терапия, зоны социальной фрустрированности, ограничения жизнедеятельности.

В 1999 г. вышла в свет первая в России монография «Концепция исследования качества жизни в медицине» [7], в которой предложено сообществу врачей и ученых детальное описание парадигмы исследования качества жизни в медицине.

Существуют различные определения качества жизни. Тем не менее общепризнанно, что качество жизни является многомерным понятием и отражает влияние заболевания и лечения на благополучие больного. В большинстве клинических исследований оценивают качество жизни, связанное со здоровьем; оно характеризует то, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного изменяется под влиянием заболевания или его лечения.

В настоящее время в медицине возрастает интерес к психической сфере больных, страдающих различными соматическими заболеваниями. Развитие психосоматического подхода и признание роли психологических факторов в возникновении и течении ряда заболеваний способствовало значительному сближению медицины с психологией и психиатрией. Принцип единства физических,

психологических и социальных факторов в развитии различных заболеваний позволяет отойти от традиционного определения психосоматики как узкой области медицины и рассматривать ее как общий методологический подход, ориентированный на адаптацию больного человека и повышение его качества жизни, связанного со здоровьем [5–7].

Не меньший исследовательский интерес вызывает влияние тяжелого хронического соматического заболевания на психику человека. В процессе возникновения и развития хронического заболевания нарушаются механизмы личностно-средового взаимодействия. Любая хроническая болезнь, независимо от ее биологической природы, ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства. В связи с этим вступают в действие процессы психической адаптации, т. е. включаются психологические по своей природе механизмы, направленные на восстановление нарушенного взаимодействия на новом уровне – в ситуации реальной соматогенной витальной угрозы. Установлены определенные закономерности психологического реагирования, свойственные всем больным, независимо

от нозологической принадлежности болезни [3, 9].

Особенно это проявляется в ситуации сложного лечения, которое необходимо при таком тяжелом соматическом заболевании, как хроническая почечная недостаточность (ХПН). ХПН не только оказывает патогенное влияние на соматическое состояние больных, но и разрушает их социальные взаимодействия, делая больных более изолированными от окружающих. А это, в свою очередь, неблагоприятным образом отражается на качестве жизни пациентов [10].

Количество больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН), которые получают и нуждаются в заместительной почечной терапии (ЗПТ), прежде всего в форме гемодиализа, постоянно увеличивается во всех странах, в том числе и в России. Состояние ХПН характеризуется медленно прогрессирующей утратой функции почек, обусловленной постепенной гибелью нефронов с замещением их соединительной тканью, что приводит к образованию сморщенной почки. Этот процесс необратим. К развитию ХПН приводят практически все заболевания мочеполовой системы (хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, диабетическая нефропатия, амилоидоз, поликистоз, системная красная волчанка, длительная обструкция мочевых путей, сосудистая патология – атеросклероз почечных сосудов, артериальная гипертензия и др.).

Постепенность развития ХПН объясняется не только медленной гибелью нефронов, но и компенсаторно-усиленной функцией нефронов, оставшихся неповрежденными. Развитие ХПН сопровождается существенными нарушениями обменных процессов (гиперазотемией, ацидозом, нарушениями электролитного, водного и других видов обмена). Другие нарушения метаболизма связаны с гипоксией, недостаточностью функции печени и гормональными расстройствами. В терминальной стадии ХПН развивается уремия.

Для лечения таких пациентов применяются различные виды заместительной почечной терапии: перитонеальный диализ, гемодиализ, аллотрансплантация.

Перитонеальный диализ – это процедура, при которой очищение крови происходит путем взаимообмена между кровью, в перитонеальных канальцах, и диализным раствором, находящимся в брюшной полости посто-

янно. Обмен растворов производится от 3 до 5 раз в сутки через катетер, имплантированный в брюшную полость.

Хронический гемодиализ представляет собой процедуру внепочечного экстракорпорального очищения крови при помощи аппарата «искусственная почка» в виде 3 сеансов в неделю от 3 до 5 часов (в зависимости от индивидуальных потребностей пациента). При этом могут возникнуть связанные с гемодиализом осложнения, как ранние (возникающие в ходе гемодиализа в связи с несовершенством процедуры и применением аппаратуры), так и поздние (обусловленные патогенезом, клиникой и прогнозом исхода основного заболевания).

Аллотрансплантация – операция по пересадке почки от донора реципиенту, выполняющаяся пациентам, находящимся на диализе и не имеющим противопоказаний к проведению данной операции.

В увеличение общего количества пациентов, нуждающихся в ЗПТ, помимо роста числа новых случаев заболеваний, свой вклад вносит и существенное повышение уровня выживаемости больных, которое в РФ сопоставимо с такими странами, как США и Канада. Это приводит к тому, что накапливается немалый контингент прежде «бесперспективных» пациентов, требующих внимания не только в связи с необходимостью их адекватного лечения и эффективного расходования средств, но и с позиций содействия их интеграции в обычную жизнь путем проведения их всесторонней реабилитации или достижения такого их уровня функционирования, который можно было бы назвать оптимальным как с точки зрения возможностей общества, так и с учетом потенциала самого индивида [4].

Наличие проблем интеграции в обычную жизнь не вызывает сомнений, однако конкретизация и детальная оценка этих вопросов не проведена. С появлением «Международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) в 2001 году появилась и возможность проводить оценку уровня функционирования на систематической основе в соответствии с едиными международными правилами. В связи с этим актуальным и практически значимым представляется сравнительный анализ основных параметров качества жизни больных, находящихся на различных видах ЗПТ. Каждый из этих видов определенным образом влияет на жизненные функции этих больных [8].

Вышеизложенное определило **цель настоящего исследования**: изучение основных параметров качества жизни пациентов, находящихся на ЗПТ в виде перитонеального диализа, гемодиализа, аллотрансплантации.

Методы исследования. Для реализации цели исследования были использованы следующие методики, отражающие основные параметры жизнедеятельности, социального функционирования и качества жизни больных: «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ) [2], «Краткий опросник статуса здоровья» (SF-36) [1], «Ограничение жизнедеятельности» (ОЖД) [1].

Методика ОЖД была разработана в Санкт-Петербургском институте усовершенствования врачей-экспертов, на кафедре медико-социальной экспертизы при внутренних болезнях и прошла клиническую валидизацию в отделении гематологии больницы № 15 г. Санкт-Петербурга и отделении интенсивной химиотерапии и трансплантации костного мозга больницы № 31 г. Санкт-Петербурга для оценки уровня функционирования больных множественной миеломой как показателя эффективности медицинской реабилитации.

Материал исследования. Исследование проводилось в отделении диализа Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова, отделении диализа Мариинской больницы г. Санкт-Петербурга, отделениях диализа и трансплантации Санкт-Петербургского государственного ГНИИСП им. И.И. Джанелидзе.

Было исследовано 70 человек, страдающих ХПН и находящихся на различных видах ЗПТ, в том числе 15 мужчин (21,4 % выборки) и 55 женщин (78,6 %), преимущественно в возрасте от 35 до 55 лет (54,29 % выборки) и старше 55 лет (31,42 %).

Выборка исследования была разделена на три группы: пациенты, находящиеся на гемодиализе (1-я группа, группа ГД, $n = 26$ человек); пациенты, находящиеся на перитонеальном диализе (2-я группа, группа ПД, $n = 22$ человека); пациенты после аллотрансплантации почки (3-я группа, группа АТПП, $n = 22$ человека).

Результаты исследования. Результаты изучения сфер наибольшей социальной фрустрированности с помощью методики УСФ свидетельствуют, что наибольшая фрустрированность и неудовлетворенность больных всех групп связана с их материальным положением. У пациентов групп ГД и ПД выражена также неудовлетворенность своим физическим состоянием и работоспособностью. При этом очевидно, что именно специфика выполнения этих видов заместительной терапии вынуждает пациентов изменить график работы или отказаться от нее полностью, с весьма малыми перспективами найти другую профессию/работу, позволяющую пациентам соблюдать режим проведения процедур.

Уровень и структура качества жизни больных изучались с помощью методики «SF-36». Результаты исследования представлены в табл. 1.

Характеристики показателей качества жизни свидетельствуют, что на уровне, близком к статистической значимости, наблюдаются различия по шкале «Боль» в группах пациентов, находящихся на ПД и после АТПП. Последнее хорошо объясняется невысокими болевыми переживаниями либо их отсутствием у пациентов, перенесших АТПП, и, соответственно, меньшим их влиянием на качество жизни.

Аналогичные различия выявлены по значениям показателя шкалы «Жизнеспособ-

Таблица 1

Показатели качества жизни пациентов с ХПН, находящихся на различных видах ЗПТ

Шкалы методики «SF-36»	Группа больных					
	ГД ($n = 26$)		ПД ($n = 22$)		АТПП ($n = 22$)	
	<i>M</i>	$\pm\sigma$	<i>M</i>	$\pm\sigma$	<i>M</i>	$\pm\sigma$
Общее здоровье	42,64	14,15	38,77	17,67	50,55	23,61
Физическая активность	62,00	25,70	58,86	28,58	72,41	17,10
Роль физических проблем	36,00	41,51	27,27	33,55	30,68	41,50
Роль эмоциональных проблем	49,52	43,11	45,64	40,58	57,73	42,60
Социальная активность	41,72	10,00	46,73	16,59	40,50	14,96
Боль	58,76	24,49	52,64*	33,57	71,55*	23,26
Жизнеспособность	56,12	15,96	47,95*	20,10	60,68*	18,85
Психическое здоровье	63,84	13,54	56,91	19,36	62,91	18,65

* Различия на уровне тенденции к статистической значимости ($0,05 < p < 0,1$).

Показатели ограничений жизнедеятельности, пациентов с ХПН, находящихся на различных видах ЗПТ

Шкала ограничений	Группа больных					
	ГД (n = 26)		ПД (n = 22)		АТПП (n = 22)	
	M	±σ	M	±σ	M	±σ
Мобильность	1,44	1,26	1,36	1,18	1,45	1,01
Самообслуживание	0,40	0,82	0,41	0,85	0,45	0,86
Бытовая жизнь	1,28	1,21	1,00	1,11	1,41	1,01
Главные сферы жизни	1,96	1,21	2,27	1,35	2,00	1,16

ность», что характеризует пациентов группы после АТПП как более энергичных, оптимистично настроенных на будущее. Одним из наиболее объяснимых психологических факторов в этом случае является отсутствие у этих больных чувства «искусственной привязанности» к необходимости посещения центров диализа.

В табл. 2 представлены результаты исследования с помощью методики ОЖД.

Анализ ограничений жизнедеятельности показал, что у обследованных больных наибольшие проблемы и ограничения связаны с оплачиваемой работой и экономической самостоятельностью (раздел «Главные сферы жизни» методики). Как и в случае описанных выше результатов исследования по методике УСФ, полученные данные объясняются тем, что в процессе заболевания и последующего длительного лечения пациенты вынуждены менять место или режим работы, а иногда и полностью отказываться от трудовой деятельности, что, как следствие, влечет за собой ухудшение материального положения как самого пациента, так и членов его семьи.

Наименьший уровень выраженности проблем отмечается в сферах, отражающихся в показателях шкал «Самообслуживание» и «Бытовая жизнь» (включающих в себя домены «уход за собой», «прием пищи», «приобретение товаров», «приготовление пищи» и «выполнение различной домашней работы»). Полученные данные отражают наличие у обследованных пациентов стратегий совладания с болезнью, проявляющихся тем, что, несмотря на тяжесть заболевания и сложность лечения, пациенты стараются компенсировать и реализовать свою самостоятельность в быту.

Выводы

1. Во всех группах исследованных пациентов с ТХПН, находящихся на различных видах ЗПТ, наибольший уровень социальной фрустрированности и неудовлетворенности

отмечается в сфере их материального положения. Кроме того, в группах пациентов, находящихся на гемодиализе и перитонеальном диализе также отмечается неудовлетворенность своим физическим состоянием и работоспособностью.

2. При анализе основных параметров качества жизни максимальные различия по параметрам «Боль» и «Жизнеспособность» методики «SF-36» выявлены в группах пациентов, находящихся на перитонеальном диализе, и пациентов после трансплантации. Полученные данные отражают меньшее влияние болезненных проявлений на качество жизни пациентов, перенесших трансплантацию почки.

3. Анализ спектра ограничений жизнедеятельности пациентов с ТХПН показал, что наибольшие проблемы у них проявляются в сферах жизни, связанных с оплачиваемой работой и экономической самостоятельностью, наименьшие – при осуществлении самообслуживания и решении бытовых вопросов.

4. Полученные данные могут быть использованы при разработке и планировании программ психологического сопровождения, социальной адаптации и реабилитации пациентов с ТХПН, получающих различные виды заместительной почечной терапии. Наибольшие усилия следует направить на оптимизацию адаптации личности к болезни и тяжелому длительному или пожизненному лечению.

Литература

1. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю.Щелкова. – СПб.: Филол. фак. СПбГУ; М.: Издат. центр «Академия», 2004. – 736 с.

2. Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение: метод. рекомендации / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, М.А. Беребин. – СПб.: Пси-

хонефрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2004. – 22 с.

3. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: науч.-практ. рук. / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.

4. Качество жизни, физическая активность и социальная недостаточность у больных с ХПН на бикарбонатном гемодиализе / Г.Д. Шостка, В.Ю. Ряснянский, Н.М. Кучеева и др. // Нефрология. – 2000. – Т. 4. – № 2.

5. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 166 с.

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

7. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик,

Т.И. Ионова. – СПб.: Издат. дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС звездный мир, 2002. – 320 с.

8. Новые принципы классификации ограничений жизнедеятельности и здоровья / М.В. Коробов, Г.Д. Шостка, В.Ю. Ряснянский и др. // Проблемы реабилитации. – 2001. – № 1 (4). – С. 25–29.

9. Петрова, Н.Н. Соматогенная витальная угроза и адаптация / Н.Н. Петрова // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: материалы науч.-практ. конф. «Ананьевские чтения – 2004». – СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2004. – С. 238–253.

10. Психологическая адаптация к болезни у лиц с хронической почечной недостаточностью. Результаты экспериментально-психологического исследования / И.А. Васильева, Б.В. Иовлев, Р.О. Серебрякова и др. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2008. – № 4. – С. 8–11.

Поступила в редакцию 11.03.2012 г.

Половинко Елена Николаевна. Соискатель кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет. E-mail: Elena.Po@bk.ru

Elena N. Polovinko. Applicant of the department of medical psychology and psychophysiology, St. Petersburg State University. E-mail: Elena.Po@bk.ru