

## Комплексная оценка показателей качества жизни на основе опросника SF-36 у пациентов, находящихся на программном гемодиализе

Татарчук Павел Алексеевич, кандидат медицинских наук, доцент, научный руководитель  
Павловский Кирилл Юрьевич, студент  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского  
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» (г. Симферополь)

**Аннотация.** *Заместительная почечная терапия (ЗПТ) является признанной рациональной общемировой стратегией в лечении острой и хронической почечной недостаточности различного генеза. Имеется три варианта ЗПТ: гемодиализ (ГД), перитониальный диализ (ПД) и аллотрансплантация почки (АП). Наиболее радикальным и эффективным методом лечения безусловно остается трансплантация почки, однако внушительный список противопоказаний, а также сложность выполнения данного оперативного вмешательства ограничивают его применение в рутинной медицинской практике. Исходя из этого, основными инструментами лечения данной группы пациентов остаются такие экстракорпоральные методы детоксикации, как гемодиализ и перитониальный диализ. Необходимая частота ГД составляет не менее трех сеансов в неделю, при этом длительность одной процедуры составляет четыре часа. Однако, при критическом нарушении функции почек целесообразно проводить гемодиализ несколько дней подряд, при условии уменьшения продолжительности сеанса. Процедура перитонеального диализа включает две техники выполнения: автоматизированный ПД (АПД) и непрерывный амбулаторный ПД (НАПД). АПД проводится в течении 8-10 часов в сутки два раза в неделю, обычно во время сна пациента. НАПД также проводится дважды в неделю, однако необходимая кратность сеансов возрастает до трех (четырёх) в сутки, а продолжительность процедуры составляет 5-6 часов. Тем не менее, стоит отметить, что данные цифры не являются абсолютными, так как режимы ПД рассчитываются для всех пациентов индивидуально, в отличии от ГД. Из вышеизложенного следует, что описанные методы экстракорпоральной детоксикации представляют собой длительные и довольно сложные в выполнении медицинские манипуляции, требующие высокой приверженности пациентов к лечению. Необходимость постоянного контроля диеты, лабораторных показателей и тщательных исполнений предписаний врачей безусловно накладывают свой отпечаток на качество жизни данной группы больных. Целью моей работы является изучение и оценка показателей качества жизни пациентов, находящихся на постоянной ЗПТ с использованием аппарата «искусственная почка».*

**Ключевые слова:** *заместительная почечная терапия, гемодиализ, медицинская статистика, почечная недостаточность*

В период с февраля по март 2019 года было опрошено 30 пациентов одного из центров города Симферополь, осуществляющих процедуру программного гемодиализа. Возраст пациентов составил от 18 до 80 лет обоих полов (16 мужчин и 14 женщины). Все пациенты получали ЗПТ посредством ГД от 2 месяцев до 15 лет. Контрольную группу составили 30 пациентов, не имеющих патологию со стороны мочевыделительной системы (МВС) в возрасте от 20 до 78 лет. Сбор информации проводился путем анкетирования и анализа историй болезни. Все пациенты были проинформированы касательно цели проведения исследования и последующем использовании его результатов. Для оценки качества жизни (КЖ) больных использовалась русская валидизированная компанией «Эвиденс-Клинико-фармакологические исследования» версия опросника MOS-SF-36, которая дает возможность оценить количественную характеристику физического, эмоционального и социологического компонентов жизни человека. Опросник состоит из 36 вопросов с предложенными вариантами ответа. Все вопросы сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевая деятельность (Role - Physical Functioning – RP), телесная боль (Bodily pain – BP), общее здоровье (General Health – GH), жизнеспособность (Vitality – VT), социальное функционирование (Social Functioning – SF), эмоциональное состояние (Role – Emotional – RE) и психическое здоровье (Mental Health – MH). Цифровые показатели варьируют от 0 до 100, где 100 определяется как полное здоровье. Все шкалы

разделяются на 2 показателя – физический и психологический компонент здоровья. Используя методы медицинской статистики, мною были определены 4 показателя, значения которых в наибольшей степени отличаются от идентичных шкал в группе контроля: GH – общее состояние здоровья, BP – интенсивность боли, VT – жизненная активность и RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Полученные данные были подвергнуты статистическому анализу, в ходе которого межгрупповые различия были оценены с помощью t-критерия Стьюдента, так как показатели опросника SF-36 нормально распределены. Числовые параметры выборок представлены в виде средних величин и стандартных отклонений, а критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии различий и влияний) был принят равным 0,05. (Табл. 1)

Данные результаты интерпретируются следующим образом: «BP – интенсивность боли» – данная шкала показывает, что пациенты регулярно испытывают болевые ощущения, которые связаны не только с их непосредственным заболеванием, но и особенностью создания сосудистого доступа для проведения сеанса ГД, что требуется, как минимум, трижды в неделю. Далее следует шкала GH – «общее состояние здоровья», что отображает основную тяжесть заболевания данной группы пациентов, ведь между степенью декомпенсации почечной недостаточности и нарушениями со стороны других органов и систем существует прямая корреляционная взаимосвязь.

Табл. 1

Показатель	Пациенты, находящиеся на ЗПТ (программный ГД)	Контрольная группа
PF – физическое функционирование	67,5±2,07	69,3±6,2
RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	50±4,24	59,1±5,6
BP – интенсивность боли	50,83±3,37	74,8±4,1
GH – общее состояние здоровья	45±4,15	67,4±3,8
VT – жизненная активность	54,5±2,26	73,6±5,5
SF – социальное функционирование	87,93±2,45	88,15±2,4
RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	54,51±4,04	75,2±2,7
MH – психическое здоровье	70,4±1,57	77±5,1

Регуляция артериального давления, водно-электролитного баланса, участие в обмене кальция, фосфора и витамина D, синтез эритропоэтина – нарушение всех этих процессов наносит массивный удар по организму, отражаясь в сопутствующих патологиях у данной группы больных. Третьим показателем является RE – «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием». Учитывая хроническую уремическую интоксикацию у больных, находящихся на программном ГД, все они подвержены перепадам настроения, излишней раздражительности и неадекватной оценке собственного состояния, вплоть до развития невротических и психотических расстройств. По этим причинам такие пациенты испытывают сложности во взаимодействии с социумом, что особенно сказывается на их коммуникационных способностях с окружающим миром. Сфера VT – «жизненная активность» также сильно разнится в значениях при сравнении с контрольной группой. Причиной снижения данного показателя безусловно является

постоянный физический и психологический дискомфорт, связанный со всеми вышеупомянутыми аспектами данного вида ЗПТ. Наиболее устойчивым показателем, существенно не отличающимся от такового в контрольной группе, стал критерий SF (социальное функционирование). Не смотря на риски и сложности при выполнении гемодиализа, аппарат «искусственная почка» на сегодняшний день остается практически единственным методом лечения выраженных нарушений функций почек, при этом позволяющий пациенту продолжать свою привычную бытовую и трудовую деятельность. Резюмируя все вышеуказанное, можно сказать, что при проведении процедур программного гемодиализа снижаются оба компонента качества жизни – физический и психологический. В таблице 2 видно, что физический показатель более подвержен отрицательным изменениям, однако, при сравнении с контрольной группой становится очевидно, что разница между показателями обоих компонентов не значительна.

Табл. 2

Показатель	Пациенты, находящиеся на ЗПТ (программный ГД)	Контрольная группа
PH – физический компонент здоровья	38,85±1,59	49,6±3,07
MH – психологический компонент здоровья	48,94±9,33	58,7±2,2

Процедура ГД всегда была сложной как с физической, так и психологической точки зрения. Поэтому особенно важен комплаенс между пациентом и лечащим врачом, что несомненно улучшает эффект от проводимой терапии, и комплексно повышает качество жизни больного. Врач-нефролог, осуществляющий лечение пациента на аппарате «искусственная почка» должен мониторировать не только лабораторные показатели, отражающие изменения функцию

мочевыделительной системы, но и уделять должное внимание психологическому состоянию пациента. В завершение данной работы, хотелось бы отметить, что сегодня при совершенствовании имеющихся векторов терапии и развитии новых методик лечения пациентов, страдающих почечной недостаточностью, стоит учитывать не только прогноз заболевания, но и то насколько данные методы способны комплексно улучшить качество жизни пациента.

### Литература:

1. Белкова, Ю. Н. Уровень комплаентности у пациентов с хронической болезнью почек / Ю. Н. Белкова, И. Г. Овчинникова, Л. Г. Каткасова // Медсестра. - 2017. - № 3. - С. 37-40.
2. Борисов, В. В. Острая почечная недостаточность / В. В. Борисов, Е. М. Шилов // Урология. - 2017. - № 1, Прил. 1. - С. 4-10.
3. Дашанимаева, И. М. Хроническая болезнь почек – не приговор / И. М. Дашанимаева, А. П. Голубева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2017. - № 1-2. - С. 41-45.
4. Лечение пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии (ХБП 5) методами гемодиализа и гемодиализации: клин. рекомендации / А. Г. Строков [и др.] // Нефрология. - 2017. - № 3. - С. 92-111.