

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Т.С. ОСПАНОВА
Н.В. ЗАОЗЕРСКАЯ

*Харьковский национальный
медицинский университет*

*Кафедра преподавания
внутренней медицины №2
и медсестринства,
г. Харьков, Украина*

e-mail: t.ospanova@mail.ru

В статье изложены данные об изменении качества жизни у пациентов, страдающих сахарным диабетом, осложненным хронической болезнью почек, диабетической нефропатией

У больных с диабетической нефропатией проведено определение качества жизни с помощью опросника SF-36: выявлены достоверное снижение показателей шкал физического функционирования, общего здоровья, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья. Выявлено, что показатели шкал психического здоровья подвергаются большим изменениям, чем шкалы физического благополучия, на что следует обращать внимание практическому врачу на раннем этапе диагностики

Ключевые слова: сахарный диабет, качество жизни, хроническая болезнь почек.

Введение. В последние годы термин «качество жизни» (КЖ) широко используется в мире. Рост интереса к этой проблеме является показателем стремления к развитию целостного взгляда на человека. На современном этапе развития медицина приходит к той точке зрения, что хорошее состояние здоровья является отражением не только уровня медицинской помощи, но и удовлетворения потребностей индивидуума, его адаптации в физической, психологической и социальной сферах (рис.1).



Рис. 1. Основные аспекты и компоненты КЖ (по А. Heidenheim, R.M. Lindsey, 1994)

Ряд исследователей характеризует КЖ как «способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни» [1]. ВОЗ определяет КЖ как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [2].

Большинство авторов выделяют субъективные и объективные критерии КЖ. К объективным критериям принято относить физическую активность и трудовую реабилитацию. Субъективные показатели КЖ отражают эмоциональный статус, удовлетворенность жизнью и самочувствие больных [3,4]. Следует отметить, что дифференциация объективных и субъективных критериев является сложным и спорным вопросом.

Мотивом к пониманию необходимости оценки субъективных показателей явились результаты исследований, показавшие недостаточное осознание врачом адаптивных или реабилитационных потребностей пациента, в результате чего взгляды врача могут не соответствовать установкам больного. На сегодняшний момент наиболее целесообразным представляется сочетание объективного подхода, отражающего социально приемлемые нормы жизни, и субъективного подхода, который позволяет оценить собственные нормы и предпочтения пациента.



Для решения этих задач может быть использован опросник Medical Out Comes StudyChort Form (SF-36), разработанный J.E. Ware в 1993 году и успешно применявшийся рядом авторов [5] для оценки КЖ пациентов с хронической болезнью почек, получавших лечение диализом, и другой патологией. Структура Sf-36 включает следующие шкалы: физическое функционирование (PF); ролевую физическую шкалу (RP), характеризующую физическую способность человека участвовать в разных сторонах жизни; шкалу физической боли (BP); здоровья в целом (GH); шкалу жизненной энергии (VT); социального функционирования (SF); ролевую эмоциональную шкалу (RE), то есть эмоциональную субъективную оценку способности пациента участвовать в разных сторонах жизни; шкалу психического здоровья (PH).

Пять шкал (PF, RP, BP, SP, RE) выявляют «ограничения» или «невыполнимость». Они предполагают оценку респондентами своего состояния в баллах (от 1 до 100). Соответственно, чем меньше ограничений, относящихся к каждой из указанных шкал, тем выше показатель, оценивающий ту или иную сторону жизни пациента.

Три шкалы (GH, VT, PH) являются «биполярными» по своей природе и отражают «уровень благополучия» с более широкой амплитудой негативного и позитивного состояний. Отсутствие ограничений соответствует 50% результатам по данным шкалам, а максимальные значения (до 100 баллов) говорят о преобладании позитивных утверждений и благоприятной оценке своего здоровья. На основании перечисленных выше результатов методом факторного анализа выделяются суммарные параметры – физический суммарный компонент (PSC) и психический суммарный компонент (MSC) (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика показателей и интерпретация результатов изучения показателей качества жизни с использованием опросника SF-36

Показатели	Характеристика показателей и интерпретация результатов
I. Общее состояние здоровья (General Health – GH)	Оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.
II. Физическое функционирование (Physical Functioning -PF)	Отражает возможность человека выполнять физическую нагрузку в течение своего обычного дня (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и тому подобное). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.
III. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP)	Отражает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.
IV. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE)	Предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени и уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния
V. Социальная активность (Social Functioning – SF)	Определяется эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми. Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.
VI. Интенсивность боли (Bodily pain – BP)	Характеризует влияние выраженности боли на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.
VII. Жизненная активность (Vitality -VT)	Подразумевается опущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.
VIII. Психическое здоровье (Mental Health -MH)	Характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Проблема сахарного диабета (СД) в последние годы связана с увеличением заболеваемости, неуклонным прогрессирующим с развитием микро- и макрососудистых осложнений, ведущих к существенному сокращению продолжительности жизни, ухудшению качества жизни,



ранней инвалидизации. Выявление факторов, влияющих на ухудшение КЖ пациентов, является интересным направлением для изучения и разработки методов коррекции.

Цель и задачи работы: исследовать факторы, влияющие на качество жизни больных тяжелой формой СД, осложненной хронической болезнью почек (ХБП): диабетической нефропатией (ДН) с помощью опросника SF-36.

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 больных СД, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении КЗОЗ «ОКЛ ЦМЕД та МК», из них 29 женщин и 21 мужчина. Возраст больных колебался от 18 лет до 70 лет (средний возраст $46,08 \pm 9,51$ года). 33 пациента страдали СД типа 1, 17 – СД типа 2. Общая средняя продолжительность заболевания составила $11,79 \pm 5,44$ лет. Всем пациентам проведено стандартное обследование, согласно протоколам. У всех больных констатирована тяжелая форма СД, осложненная развитием универсальной ангиопатии. ХБП: ДН страдали все обследованные пациенты, 1 стадия отмечена у 54% больных, 2 стадия ХБП – у 32% обследованных и 3 стадия – у 18%. Компенсированное течение СД отмечалось у 72% обследованных. 58% больных имели избыточную массу тела (ИМТ > 25 кг/м²).

Всем больным проведено скрининговое исследование функции внешнего дыхания (ФВД): качественные обструктивные изменения выявлены у 58% пациентов.

Для оценки КЖ больных использован международный опросник SF-36. Полученные данные обрабатывались статистически с помощью программы Excel for Windows.

Результаты и их обсуждение. Показатели 10 шкал опросника SF – 36 у пациентов с ХБП ниже, чем у пациентов контрольной группы (табл. 2).

Таблица 2

Показатели качества жизни пациентов с ХБП в сравнении с контрольной группой

Показатели качества жизни	Пациенты с ХБП	Контрольная группа	Уровень достоверности различий
Физическое функционирование	$40,59 \pm 8,92$	$64,8 \pm 3,6$	$p < 0,05$
Роль в физическом функционировании	$36,6 \pm 8,77$	$43,4 \pm 2,1$	-
Боль	$43,83 \pm 8,42$	$39,2 \pm 2,0$	-
Общее здоровье	$32,63 \pm 4,99$	$46,1 \pm 2,6$	$p < 0,05$
Жизнеспособность	$44,3 \pm 2,9$	$49,2 \pm 3,1$	-
Социальное функционирование	$39,88 \pm 6,31$	$78,3 \pm 3,4$	$p < 0,001$
Роль в эмоциональном функционировании	$36,79 \pm 12,38$	$71,7 \pm 2,9$	$p < 0,01$
Психическое здоровье	$40,80 \pm 7,91$	$67,1 \pm 3,2$	$p < 0,01$
Кумулятивная физическое здоровья	$37,14 \pm 6,52$	$42,4 \pm 2,2$	-
Кумулятивная психического здоровья	$41,53 \pm 9,12$	$54,8 \pm 3,4$	-

Так, достоверно снижены параметры шкал физического функционирования и общего здоровья. Значительно ограничена способность к выполнению видов деятельности, связанной с физическим напряжением (подъем по лестнице, подъем вещей, ходьба). Оценка общего состояния здоровья также снижена в сравнении с контролем. Физическое состояние (вместе с болевым синдромом) в значительной мере ограничивает ежедневную бытовую деятельность пациентов. Удовлетворенность больных своим социальным функционированием достоверно отличается от нормы. У пациентов с ХБП ниже, чем у здоровых лиц, общая активность и энергичность, а физическое и эмоциональное состояние мешают выполнению работы, которая определяет нормальную социальную активность. Показатели социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья достоверно ниже, чем в контрольной группе здоровых лиц (рис. 2).

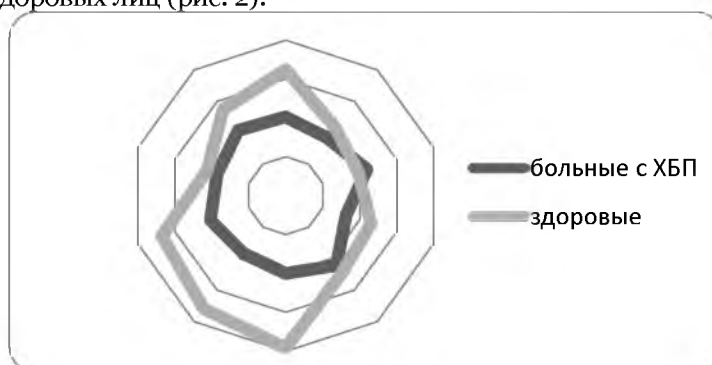


Рис. 2

Анализ качества жизни пациентов с диабетической нефропатией на разных стадиях ХБП показал, что при всех стадиях ХБП показатели качества жизни были снижены, и степень их снижения прогрессировала по мере ухудшения функционального состояния почек (табл. 3).

Таблица 3

Показатели качества жизни пациентов с ХБП в зависимости от стадии в сравнении с контрольной группой

Показатели качества жизни	Пациенты с ХБП I ст.	Пациенты с ХБП II ст.	Пациенты с ХБП III ст.	Контрольная группа
Физическое функционирование	41,85±10*	40,53±6,67**	35,9±8,14**	64,8±3,6
Роловое физическое функционирование	38,71±9,55	35,04±7,94	32,01±4,58*	43,4±2,1
Боль	46,77±7,1	39,68±8,35	42±8,71	39,2±2,0
Общее здоровье	32,94±5,18*	33,33±4,49*	29,87±4,1**	46,1±2,6
Жизнеспособность	47,14±7,46	41,19±7,05	38,27±7,63	49,2±3,1
Социальное функционирование	41,67±6,11**	38,54±7,52**	36,98±3,35**	78,3±3,4
Роловое эмоциональное функционирование	38,54±12,56*	35,62±10,98**	32,73±12,89**	71,7±2,9
Психическое здоровье	45,57±6,59**	35,7±8,2**	34,07±4,62**	67,1±3,2
Кумулятивная физическое здоровья	37,82±7,94	36,44±5,38	36,11±3,35	42,4±2,2
Кумулятивная психического здоровья	45,76±9,35	37,5±7,66*	34,44±5,37**	54,8±3,4

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ – в сравнении с контрольной группой.

Средние значения показателей по семи доменам были достоверно изменены в сравнении с группой контроля: показатели физического функционирования ($M \pm m = 41,85 \pm 10$, $p < 0,05$), общего здоровья ($M \pm m = 32,94 \pm 5,18$, $p < 0,05$), социального функционирования ($M \pm m = 41,67 \pm 6,11$, $p < 0,01$), ролевого эмоционального функционирования ($M \pm m = 38,54 \pm 12,56$, $p < 0,05$) и психического здоровья ($M \pm m = 45,57 \pm 6,59$, $p < 0,05$) достоверно снижались уже у пациентов с ХБП 1 стадии, и эти изменения прогрессировали по мере ухудшения СКФ. Тогда как средние показатели шкал ролевого физического функционирования ($M \pm m = 32,01 \pm 4,58$, $p < 0,05$), кумулятивного психического здоровья ($M \pm m = 37,5 \pm 7,66$, $p < 0,05$) были достоверно ниже, чем в группе контроля у пациентов только при ХБП 3 стадии (рис. 3).

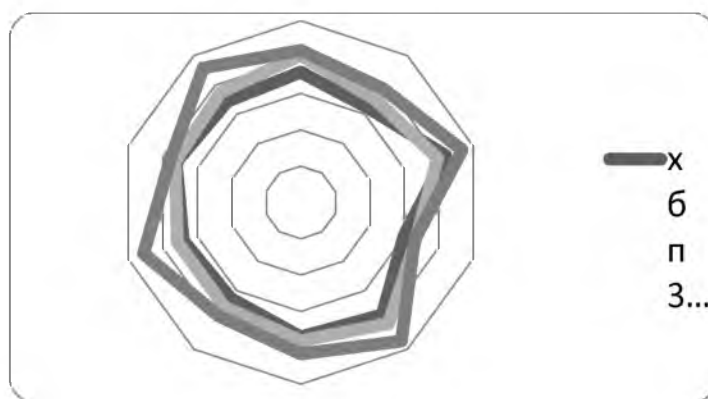


Рис. 3

При скрининговом исследовании ФВД были выявлены качественные изменения по obstructivному типу у 58% больных с СД, осложненным ХБП: ДН.

При сравнении группы пациентов с качественными obstructivными изменениями с группой без респираторных нарушений установлено снижение показателей физического функционирования на 4,79%, ролевого физического функционирования – на 1,6%, шкалы боли – на 3,1%, общего здоровья – на 3,13%, жизнеспособности – на 2,75%, социального функцио-



вания – на 3,74%, ролевого эмоционального функционирования – на 3,95%, психического здоровья – на 0,77%, кумулятивного физического здоровья – на 1,05%, кумулятивного психического здоровья – на 1,24% без достоверной разницы по каждому из показателей ($p > 0,05$) (рис. 4).



Рис. 4

Выявлено, что ни тип диабета, ни состояние компенсации углеводного обмена, ни наличие качественных обструктивных изменений ФВД достоверно не снижают показателей качества жизни.

Выводы.

1. Показатели качества жизни по опроснику SF-36 у пациентов с сахарным диабетом и ХБП снижены по сравнению с сопоставимыми по возрасту пациентами, не имеющими сахарного диабета, составившими контрольную группу.

2. У больных с СД, осложненным ХБП: ДН первично достоверно снижаются показатели шкал физического функционирования, общего здоровья, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья, следовательно, значительно больше страдают показатели шкал психического здоровья, чем шкалы физического благополучия, на что следует обращать внимание практическому врачу на раннем этапе диагностики.

3. При ХБП показатели качества жизни прогрессивно снижаются по мере ухудшения функционального состояния почек. Изменения показателей шкал отмечаются уже при ХБП 1 ст. с последующей девиацией, коррелирующей со снижением скорости клубочковой фильтрации. Кроме того, при ХБП 3 ст. достоверно снижаются показатели ролевого физического функционирования и кумулятивного психического здоровья.

4. Опросник SF-36 может быть рекомендован для оценки показателей качества жизни пациентов с СД, осложненным ХБП: ДН в ежедневной практике врача. Полученные при этом данные могут быть использованы для разработки мероприятий по медицинскому контролю состояния их здоровья с целью выявления ранних проявлений расстройств, на стадии ХБП 1 и создания адекватных методов коррекции с целью замедления прогрессирования последних.

Литература

1. Коц, Я.И. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Я.И. Коц, Р.А. Либиц // Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66-72.
2. Quality of Life Assessment: an Annotated Bibliography. – Geneva, 1994.
3. Петрова, Н.Н. Психическое состояние больных, находящихся на лечении диализом в процессе терапии эритропозитом. Эритропозитин в лечении хронической почечной недостаточности / Н.Н.Петрова, И.А. Васильева ; под ред. С.И. Рябова. – 1995. – С. 173-185.
4. Hunt, S. The Nottingham Health profile: subjective status and medical consultations / S.Hunt, S. Mc Kenna, J. McEven // Soc. Sci. Med. – 1981. – № 15. – P. 221.
5. Piehlmeier, W. Evaluation of the quality of life of patients with insulin-dependent diabetes mellitus before and after organ transplantation with the SF-36 health survey / W. Piehlmeier, M. Bullinger, I. Kirchberger // Eur. J. Surg. – 1996. – Vol. 162, № 12. – P.933-940.



QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS WITH DIABETIC NEPHROPATHY

**T.S. OSPANOVA
N.V. ZAOZERSKAYA**

*Kharkov National
Medical University*

*Department of Propedeutic
of Internal Medicine № 2
and Nursing*

e-mail: t.ospanova@mail.ru

In the review the data of quality of life of the patients with diabetes mellitus, diabetic nephropathy have been presented.

The patients with diabetic nephropathy were checked quality of life by Medical Outcomes Study – Short Form-36: diminishing of the physical functioning, general health, social functioning, role emotional functioning, mental health scores were revealed. Mental health score datas were changed more than physical health score datas, and practical doctors should pay attention on them for the early diagnostics.

Key words: diabetes mellitus, quality of life, chronic renal disease.