

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Гажва С.И.<sup>1</sup>, Загайнов В.Е.<sup>1</sup>, Иголкина Н.А.<sup>1</sup>, Липатов К.С.<sup>2</sup>, Муртазалиева М.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «НиЖГМА» Минздрава России, 603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1, rector@gma.nnov.ru.

<sup>2</sup>ФБУЗ «ПОМЦ» ФМБА России, 603001, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, Нижневолжская набережная, д. 2, dir@pomc.ru.

В статье на примере пациентов с хронической болезнью почек показана взаимосвязь здоровья полости рта с уровнем качества жизни. Для этого проведено социологическое исследование с помощью специального опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья». Установлено значительное снижение стоматологических параметров качества жизни данной категории больных по всем составляющим: физической, психологической и социальной. Проведено сопоставление полученных результатов со значениями в группе контроля, где даже на фоне относительного общего здоровья стоматологические заболевания влияют на уровень качества жизни. При этом у больных, находящихся на гемодиализе, первостепенное значение в снижении качества жизни имеет психологический компонент, а у пациентов без общесоматической патологии – физический. Сравнительный анализ индекса качества жизни по шкалам показал максимальное снижение в группе исследования по шкале «Психологический дискомфорт», а в группе контроля – по шкале «Физический дискомфорт». Полученные данные свидетельствуют о зависимости качества жизни от особенностей стоматологического статуса пациентов, обусловленных общим состоянием здоровья. Результаты опроса по качеству жизни могут дополнить анализ объективных клинических данных о состоянии стоматологического здоровья.

Ключевые слова: качество жизни, хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, стоматологическая патология.

## QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS

Gazhva S.I.<sup>1</sup>, Zagaynov V.E.<sup>1</sup>, Igolkina N.A.<sup>1</sup>, Lipatov K.S.<sup>2</sup>, Murtazalieva M.S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nizhny Novgorod State Medical Academy, 603005, Russia, Nizhny Novgorod, pl. Minin and Pozharsky, 10/1, rector@gma.nnov.ru.

<sup>2</sup>Volga Regional Medical Center, Russia, Nizhny Novgorod, Lower Volga Embankment, 2, dir@pomc.ru.

In the article on the example of patients with chronic kidney disease shows the relationship between the level of oral health and quality of life. For this case study conducted using a special questionnaire "Profile effect of oral health." Found a significant reduction in dental parameters of quality of life of these patients in all components: physical, psychological and social. The results are compared with the values in the control group, where even in the background of relative overall health dental diseases affect the quality of life. In patients undergoing hemodialysis the paramount importance in reducing the quality of life has a psychological component, and in patients without somatic pathology - physical. Comparative analysis of quality of life index on scales showed the maximum reduction in the study group on the scale of "psychological problems", and in the control group - on a scale of "physical discomfort." The findings suggest that quality of life depends on the characteristics of the dental status of patients, due to the general state of health. The results of the survey on quality of life can be added to the objective analysis of clinical data on the state of dental health.

Keywords: quality of life, chronic renal failure, hemodialysis, dental pathology.

### Введение

Термин «качество жизни» (КЖ) был впервые использован Д.Р. Элкинтоном в 1966 году в журнале «Annals of the Internal Medicine» при обсуждении проблемы трансплантации

органов. В последние годы все большую актуальность приобретает проблема КЖ больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), которые являются кандидатами для операции трансплантации почки [2].

По образному выражению D. Schatell с соавторами (1999), для больных с ХПН реабилитация означает «жить долго и жить хорошо, несмотря на тяжелое бремя заболевания почек». При этом поддержание высокого КЖ является важнейшей задачей психосоциальной реабилитации этих больных [1].

ХПН и различные виды заместительной почечной терапии представляют собой хроническую стрессовую ситуацию. Наличие данной соматической патологии накладывает ограничения на все сферы жизни пациентов. КЖ ГД-больных значительно снижено по сравнению со здоровыми лицами, главным образом за счет апатии и неопределенности будущего. J. Trhoievic с соавторами указывает, что у больных на ГД выше утомляемость, хуже трудоспособность [2]. М.Р. Merkus с соавторами продемонстрировал, что у них также ниже показатели физической активности, эмоционального функционирования, выраженности болевого синдрома [8]. При этом психическое здоровье страдает в большей степени. Обусловлено это ограничением свободы и зависимостью от аппарата «Искусственная почка» [6].

Помимо этого, данные специальной литературы показывают высокий уровень стоматологической патологии у больных ХПН [7]. Заболевания органов и тканей полости рта создают большую эстетическую, физическую и коммуникативную нагрузку на пациентов и приводят к изменениям в психологической сфере больных, усугубляя проблему КЖ [5].

Отечественные разработки проблемы КЖ больных с ХПН малочисленны. При этом, хотя имеется значительное число зарубежных публикаций, посвященных КЖ пациентов, получающих ГД, ряд вопросов остаются нерешенными [2]. В частности, в специальной литературе отсутствуют исследования по стоматологическим параметрам КЖ пациентов с ХПН. Мало сведений о влиянии общесоматической патологии на отдельные компоненты стоматологических показателей КЖ.

**Цель исследования** - изучение стоматологических параметров качества жизни у пациентов с хронической болезнью почек, находящихся на гемодиализе.

#### **Материал и методы исследования**

*Объектом исследования* послужили 115 пациентов, которые составили группу исследования и группу контроля. В *группу исследования* были включены 49 пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), находящихся в листе ожидания для операции трансплантации почки: 25 мужчин и 24 женщины в возрасте от 25 до 60 лет. Данные пациенты получают заместительную почечную терапию в виде программного гемодиализа

(средняя продолжительность гемодиализа 48,94 месяца, диапазон от 6 до 120 месяцев). В **группу контроля** вошли 66 пациентов, которые были стандартизированы по полу (38 мужчин и 28 женщин) и возрасту (средний возраст 40,82 года) в соответствии с группой исследования. Это пациенты с хроническими очагами инфекции в полости рта, но без выраженной общесоматической патологии и вредных привычек. Информированное согласие на участие в социологическом исследовании было получено от всех 115 пациентов.

В нашей работе мы использовали следующие методы исследования.

1. *Клинический метод* - в первое посещение определяли стоматологические параметры КЖ у всех пациентов. Для этого использовали специальный опросник «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU [3], состоящий из 49 вопросов, объединенных в 7 шкал: ограничение функций (ОФ), физическая боль и физический дискомфорт (ФД), психологический дискомфорт (ПД), физические расстройства (ФР), психологические расстройства (ПР), социальная дезадаптация (СД) и ущерб (У) в результате стоматологической патологии. Ответы пациентов оценивались в баллах (от 0 до 4) и суммировались. Их сумма варьировала от 0 до 196 баллов, что отражает идеально высокий или «нулевой» уровень КЖ соответственно. За гипотетическую норму брали значение  $24,1 \pm 3,2$  балла – это интегральный показатель индекса КЖ  $\Sigma$ ОНП-49-RU у соматически здоровых лиц с санированной полостью рта [4]. Степень снижения КЖ и его составляющих указывали в % относительно гипотетической нормы. Кроме суммарного значения КЖ, оценивали пошкаловые показатели КЖ. Также анализировали изменение КЖ в зависимости от возраста и пола. Проводили сопоставление результатов, полученных в группе исследования и группе контроля.
2. *Аналитический метод* – анализ и обоснование полученных показателей на основе данных специальной литературы.
3. *Статистический метод* - статистическая обработка результатов исследования с помощью программы Statistica 6.0 и Microsoft Office Excel 2007 для Windows 7.

### **Результаты исследования**

Интегральное значение индекса КЖ  $\Sigma$ ОНП-49-RU в группе исследования составило  $120,7 \pm 15,23$  балла, а в группе контроля -  $29,8 \pm 10,43$  балла. Степень снижения КЖ от гипотетической нормы у пациентов на ГД более существенна, чем у больных без общесоматической патологии (61,6% и 15,2%).

Анализ полученных результатов исследования свидетельствует о том, что в группе исследования основное значение в снижении КЖ по индексу ОНП-49-RU внесла психологическая составляющая. Ее снижение по шкале «Психологический дискомфорт» составило 80,5% до  $16,1 \pm 3,87$  балла, по шкале «Психологические расстройства» - 76,3% до

18,3±2,15 балла. Сравнение со значениями в группе контроля показало наличие достоверных отличий ( $p < 0,05$ ): в группе исследования показатели по шкале ПД и ПР достоверно выше, чем в группе контроля (16,1±3,87 и 2,9±0,34 балла; 18,3±2,15 и 2,6±0,21 балла соответственно) (таблица 1).

Таблица 1

*Стоматологические параметры качества жизни у пациентов в группе исследования и в группе контроля ( $M \pm m$  / % снижения)*

ОНIP-49-RU	Группа исследования	Группа контроля
ΣОНIP-49-RU	120,7± 15,23 / 61,6%	29,8±10,43 / 15,2%
ОФ	20,7±2,86 / 57,5%	7,4±2,18 / 20,6%
ФД	15,6±2,45 / 43,3%	8,6±3,01 / 23,9%
ПД	16,1±3,87 / 80,5%	2,9±0,34 / 14,5%
ФР	24,5±3,16 / 68,1%	7,1±2,23 / 19,7%
ПР	18,3±2,15 / 76,3%	2,6±0,21 / 10,8%
СД	10,9±1,33 / 54,5%	1,7±0,06 / 8,5%
У	17,2±3,04 / 71,7%	0,8±0,30 / 3,3%

$p < 0,05$  – достоверность отличий между показателями групп исследования и контроля.

Второе место в структуре снижения КЖ пациентов группы исследования занимает социальная составляющая по шкале «Ущерб» (17,2±3,04 балла, снижение на 71,7%), показатели которой были также достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем в группе контроля (0,8±0,3 балла, снижение на 3,3%).

Значительную роль в снижении КЖ имеет и физический компонент по шкалам «Физические расстройства» (24,5±3,16 балла, снижение на 68,1%) и «Ограничение функций» (20,7±2,86 балла, снижение на 57,5%). При этом полученные результаты в группе контроля были достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже: 7,1±2,23 и 7,4±2,18 балла соответственно. Их снижение от гипотетической нормы составило по шкале ФР - 19,7%, по ОФ - 20,6% .

Значимая «потеря» отмечена в группе исследования и по шкале «Социальная дезадаптация», которая снижает КЖ на 54,5% (10,9±1,33 балла). В группе контроля снижение равно 8,5%.

На последнем месте в группе исследования при пошкаловом анализе индекса ОНIP-49-RU была такая физическая составляющая, как «Физический дискомфорт», хотя ее снижение также было существенным – 43,3% до 15,6±2,45 балла. В группе контроля оно составило 23,9% до 8,6±3,01 балла.

В отличие от группы исследования максимальное снижение КЖ в группе контроля отмечено, во-первых, по физическому компоненту (по шкалам «Физический дискомфорт» - 23,9%, «Ограничение функций» - 20,6% и «Физические расстройства» - 19,7%), во-вторых, по психологическому (шкалы «Психологический дискомфорт» - 14,5% и «Психологические

расстройства» - 10,8%), в-третьих, по социальному («Социальная дезадаптация» - 8,5% и «Ущерб» - 3,3%).

### **Обсуждение результатов исследования**

Анализ индекса качества жизни у пациентов группы исследования показал, что его суммарное значение у больных, находящихся на ГД, достигает высоких баллов и соответственно низких характеристик ( $120,7 \pm 15,23$ ). Снижение КЖ данной категории пациентов по сравнению с гипотетической нормой составило 61,6%. Это обусловлено тем, что, во-первых, больные на ГД характеризуются нарушением психологического статуса в виде депрессии, откуда возникает пессимистичное отношение ко всем проблемам, в том числе стоматологическим. Во-вторых, у пациентов до операции трансплантации почки, находящихся на ГД, выявлен низкий уровень стоматологического здоровья и в связи с этим «отрицательные» ответы на вопросы по его влиянию на КЖ.

Следует отметить, что в группе контроля также отмечалось влияние выявленных у пациентов стоматологических заболеваний на снижение уровня качества жизни на 15,2% до  $29,8 \pm 10,43$  балла. Это согласуется с мнением о том, что на фоне общего здоровья заболевания полости рта доставляют человеку физические и психологические неудобства [5].

Подсчет степени снижения интегральных показателей КЖ в группах исследования и контроля (61,6% и 15,2% соответственно) еще раз подтверждает более значимые «отрицательные» изменения по показателям стоматологического здоровья у пациентов на ГД. Сравнительный анализ индекса КЖ у пациентов группы исследования с данными группы контроля помогает дополнительно описать КЖ с позиции стоматологического здоровья. ΣОНIP-49-RU в группе контроля составило  $29,8 \pm 10,43$  балла. При этом достоверных отличий между данным значением и гипотетическим контролем выявлено не было. Достоверная разница была получена с результатами в группе исследования ( $120,7$  балла), где ХБП имеет неблагоприятное влияние на полость рта и соответственно на уровень КЖ по стоматологическим параметрам.

Сопоставление стоматологических показателей КЖ по шкалам у пациентов группы исследования и контроля отражает основные компоненты, приводящие к его снижению.

У больных группы исследования снижение индекса КЖ по сравнению с гипотетической нормой было установлено по всем шкалам. Однако первостепенное значение у пациентов, находящихся на ГД, имеют такие составляющие КЖ, как: «Психологический дискомфорт» ( $16,1 \pm 3,87$  балла, снижение на 80,5%) и «Психологические расстройства» ( $18,3 \pm 2,15$  балла, снижение на 76,3%). Относительно показателей группы контроля данные значения были достоверно ( $p < 0,05$ ) выше ( $2,9 \pm 0,34$  и  $2,6 \pm 0,21$  балла). «Отрицательное» влияние на КЖ компонента «Психологический дискомфорт» и «Психологические

расстройства» отражает нарушения психологического состояния у ГД-пациентов, возникающие в связи с такими проблемами в полости рта, как: ксеростомия (60,9% пациентов), металлический привкус во рту (13,0%) и нарушение вкуса (5,8%), неприятный запах изо рта (21,7%), подвижность зубов (30,4%) и гиперестезия (24,6%) и другие. Кроме того, ситуация осложняется психосоматической характеристикой таких больных, которая включает в себя высокую частоту тревожно-депрессивных расстройств. Это подтверждено исследованиями зарубежных авторов, в которых ГД-пациенты демонстрируют пониженные показатели по когнитивному и эмоциональному функционированию. Аффективные расстройства (депрессия, тревога) встречаются у значительного числа больных, получающих ГД; их наличие существенно снижает субъективную удовлетворенность жизнью [2]. Данный факт не может не влиять на отношение пациентов к своему стоматологическому здоровью.

Результаты опроса в группе исследования показали резкое снижение КЖ и по шкале «Ущерб» ( $17,2 \pm 3,04$  балла, снижение на 71,7%), так как имеющаяся стоматологическая патология наносит значительный моральный «вред» данной категории больных на фоне соматической патологии, которая сама по себе ухудшает психологический статус пациентов. Вместе с тем стоматологическое лечение отмеченного широкого спектра заболеваний полости рта подразумевает комплексный подход врачей-стоматологов всех специальностей и поэтому является дорогостоящим и сопровождается финансовыми потерями для пациентов. Сравнение значений индекса ОНП-49-RU по данному компоненту со значением в группе контроля определило наличие достоверных различий ( $17,2 \pm 3,04$  и  $0,8 \pm 0,30$  балла соответственно, при  $p < 0,05$ ).

Существенное снижение КЖ отмечено по его физической составляющей в группе исследования. «Потерю» КЖ по компонентам «Физические расстройства» ( $24,5 \pm 3,16$  балла, снижение на 68,1%) и «Ограничение функции» ( $20,7 \pm 2,86$  балла, снижение на 57,5%) можно объяснить следующими особенностями стоматологического статуса пациентов, находящихся на ГД: сухостью в полости рта, высокими значениями компонентов «К» и «У» в индексе КПУ, подвижностью зубов, нерациональным протезированием, что приводит к нарушению речи и проблемам с питанием.

В группе контроля показатели по данным шкалам были достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже: по шкале ФР -  $7,1 \pm 2,23$  балла, ОФ -  $7,4 \pm 2,18$  балла.

Также значимое влияние на КЖ оказывает его составляющая «Социальная дезадаптация» ( $10,9 \pm 1,33$  балла, снижение на 54,5%). Это обусловлено тем, что проблемы в полости рта ограничивают возможности для социальных контактов данных пациентов. Помимо этого, у них в целом отмечаются пониженные показатели по социальному функционированию, что согласуется с данными специальных источников литературы [2]. По

сравнению с группой контроля показатель по этой шкале также достоверно выше ( $10,9 \pm 1,33$  и  $1,7 \pm 0,06$  балла соответственно, при  $p < 0,05$ ).

Снижение КЖ на 43,3% по шкале «Физическая боль» связано с гиперестезией зубов (24,6%), болью в десне, языке и СОПР. Сопоставление полученных результатов с показателями группы контроля показало наличие достоверных различий по данной шкале у индекса ОНIP-RU ( $15,6 \pm 2,45$  и  $8,6 \pm 3,01$  балла соответственно, при  $p < 0,05$ ).

### **Вывод**

Таким образом, использование специфического опросника по КЖ «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-49-RU у пациентов группы исследования и контроля показало зависимость КЖ от особенностей стоматологического статуса, обусловленных общим состоянием здоровья. В группе исследования первостепенное значение в снижении КЖ имела психологическая составляющая, отраженная в шкалах «Психологический дискомфорт» и «Психологические расстройства», а также социальная составляющая индекса ОНIP-49-RU (по шкале «Ущерб»). Наряду с этим значительное снижение отмечено по физическому компоненту (по шкалам «Физические расстройства» и «Ограничение функции»). Более чем на 50% отмечено снижение КЖ по социальной составляющей индекса ОНIP-49-RU (по шкале «Социальная дезадаптация»). Также «потеря» КЖ связана и со шкалой «Физическая боль».

Интегральные показатели индекса КЖ  $\Sigma$ ОНIP-49-RU в группе исследования и контроля подтверждают достоверно более тяжелое с клинической точки зрения состояние стоматологического здоровья у пациентов на ГД в сравнении с пациентами без общесоматической патологии ( $120,7 \pm 15,23$  и  $29,8 \pm 10,43$  балла соответственно). В целом субъективная самооценка с помощью опросника ОНIP-49-RU показала значительно низкий уровень КЖ по его стоматологическим параметрам у пациентов с ХБП.

Таким образом, мониторинг стоматологических показателей КЖ путем самооценки пациентами своего здоровья может давать ценную скрининговую информацию, дополняющую анализ объективных клинических данных о состоянии больных на ГД.

### **Список литературы**

1. Бабарыкина Е.В. Качество жизни и выживаемость больных молодого возраста, находящихся на лечении хроническим гемодиализом / Е.В. Бабарыкина [и др.] // Нефрология. – 2003. - № 2. – С. 41-45.
2. Васильева И.А. Качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью // Нефрология. – 2003. - № 1. – С. 26-40.

3. Гилева О.С. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-49-RU / О.С. Гилева [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2009. - № 8. – С. 104-109.
4. Либик Т.В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний пародонта у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта : дис. ... канд. м. наук. – Пермь. 2010. – С. 55.
5. Плужникова М.М. Качество жизни у больных со стоматологической патологией // Пародонтология. – 2001. - № 1-2. – С. 62-63.
6. Hagren B. The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease / B. Hagren, I.M. Pettersen, E. Severinsson, K. Lutzen, N. Clyne // J. Advanced Nursing. - 2001. - Vol. 34, № 2. - P. 196-202.
7. Akar H. Systemic consequences of poor oral health in chronic kidney disease patients / H. Akar, G.C. Akar, J.J. Carrero, P. Stenvinkel, B. Lindholm // Clin J Am Soc Nephrol. – 2011. - Vol. 6, № 1. - P. 218–226.
8. Merkus M.P. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. The Necosad Study Group / M.P. Merkus, K.J. Jager , F.W. Dekker, E.W. Boeschoten, P. Stevens, R.T. Krediet // Am. J. Kidney Dis. - 1997. - Vol. 29, № 4. - P. 584-592.

**Рецензенты:**

Иванов Сергей Юрьевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и имплантологии ФПКВ, учреждение ГБОУ ВПО «НижГМА» Минздрава России, Российская Федерация, г. Нижний Новгород.

Дурново Евгения Александровна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, учреждение ГБОУ ВПО «НижГМА» Минздрава России, Российская Федерация, г. Нижний Новгород.