пузырная химиотерапия поверхностного рака мочевого пузыря // Онкоурология.—2007.—Т.3.—С.43—45.

12. Трофимова Е.Ю. Трудности и осложнения, возникающие при проведении пункции под контролем ультразвукового исследования // Визуализ. клин.—1999.—№14—15.—С.68—73.

13. Цыб А.Ф., Гришин Г.Н., Нестайко Г.В. Ультразвуковая томография и прицельная биопсия в диагностике опухолей малого таза. — М.:Кабур, 1994.—216 с.

14. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Руководство по онкологии.—М.:Медлитера, 2008.—840 с.

15. Dalla-Palma L., Pozzi-Micelli R., Stacul F. Present day imaging of patients with renal colic // Eur. Radiol.—2001.—Vol.11.—P.4—17.

16. Lopes R.I., Nogueira L., Albertotti C.J., et al. Comparison of virtual cystoscopy and transabdominal ultrasonography with conventional cystoscopy for bladder tumor detection // J. Endourol.—2008.—Vol. 22 (8).—P.1725—1729.

УДК 616.61—008.64—073.27—082.5

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Евгений Витальевич Макаров^{1*}, Аделя Наилевна Максудова²,
Анис Исмагилович Ибрагимов³, Ильдар Джавдатович Шакиров¹

¹Международный центр амбулаторного гемодиализа, г. Казань, ²Казанский государственный медицинский университет

Реферат

Изучены показатели качества жизни и клинических составляющих у больных, находящихся на заместительной почечной терапии методом программного гемодиализа, в сравнении с контрольной группой здоровых людей в Республике Татарстан. Разработаны математические модели, позволяющие прогнозировать влияние отдельно взятых клинических показателей на качество жизни. Установлено их достоверно значимое снижение.

Ключевые слова: гемодиализ, качество жизни.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE ON PROGRAMMED HEMODIALYSIS

E. V. Makarov^{1*}, A. N. Maksudova², A. I. Ibragimov³,
I. D. Shakirov¹

¹ International Centre for outpatient hemodialysis, Kazan city, ² Kazan State Medical University

Summary

Studied were the parameters of quality of life and clinical components in patients on renal replacement therapy by programmed hemodialysis, compared to a control group of healthy individuals in the Republic of Tatarstan. Developed were the mathematical models, which predict the effects of separate clinical parameters on the quality of life. Established was their statistically significant reduction.

Key words: hemodialysis, quality of life.

Благодаря развитию технологии диализа и методов медикаментозной коррекции на современном этапе, значительно увеличилась продолжительность жизни больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), однако актуальным остается повышение их качества жизни (КЖ) [3]. Имеются работы, посвященные изучению как субъективных, так и объективных показателей КЖ, в которых подчеркнута целесообразность использования комплексного подхода [1].

Целью настоящего исследования яв-

лялось определение КЖ у больных, находящихся на программном гемодиализе в трех центрах гемодиализа Республики Татарстан.

Было обследовано 155 пациентов из трех диализных центров РТ: 69 из Казани (средний возраст — 50,8 ± 1,59 года), 63 из Набережных Челнов (45,6 ± 1,45) и 23 из Альметьевска (50,3 ± 2,96). Гемодиализный стаж пациентов Казани составлял 44,1 ± 5,56 месяца, Набережных Челнов — 65,3 ± 6,02, Альметьевска — 52,7 ± 8,27.

В контрольную группу вошли 54 условно здоровых человека, находившихся на санаторно-курортном лечении (средний

* Автор для переписки: makarov.77@inbox.ru

возраст — 51,52±1,69 года). Лица контрольной группы проходили реабилитацию по поводу хронического бронхита (6), вегетососудистой дистонии (6), грыжи поясничного отдела позвоночника (3), остеохондроза поясничного отдела позвоночника (12), хронического пиелонефрита (9), хронических неспецифических заболеваний легких (3), хронического холецистита (12), хронического тонзиллита (3). Все опрашиваемые находились в стадии ремиссии хронических заболеваний.

Обследованные пациенты заполняли опросник SF-36, предназначенный для оценки качества жизни. Все пункты опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 означает полное здоровье. Все шкалы позволяют оценить два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам: более высокая оценка указывает на более высокое КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели: 1) физическое функционирование (Physical Functioning — PF); 2) ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP); 3) интенсивность боли (Body pain — BP); 4) общее состояние здоровья (General Health — GH); 5) жизненная активность (Vitality — VT); 6) социальное функционирование (Social Functioning — SF); 7) ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE); 8) психическое здоровье (Mental Health — MH).

В качестве клинических составляющих, влияющих на КЖ больных, нами определялись уровень мочевины до и после гемодиализа, уровни креатинина, фосфора и кальция до гемодиализа, проводили общий анализ крови.

Для статистической обработки применены корреляционный анализ, метод множественной регрессии (факторный анализ). Достоверность различий средних значений анализировали методом Стьюдента с оценкой гомогенности дисперсий методом Брауна—Форсайта.

Таблица 1

Структура заболеваний, приведших к хронической почечной недостаточности

Заболевания	абс.	%
Хронический гломерулонефрит	89	57,4
Сахарный диабет	21	13,5
Поликистоз	12	7,7
Пиелонефрит	7	4,5
Артериальная гипертензия	5	3,2
Врожденная гипоплазия	5	3,2
Подагра	3	1,9
Мочекаменная болезнь	3	1,9
Амилоидоз почек	2	1,3
Тубулоинтерстициальный нефрит	2	1,3
Ревматоидный артрит	1	0,6
Синдром Альпорта	1	0,6
Синдром Гудпасчера	1	0,6
Узелковый полиартериит	1	0,6
Гранулематоз Вегенера	1	0,6
Острая почечная недостаточность	1	0,6

Во всех центрах ведущей нозологической формой у больных, приведшей к ХПН, являлся хронический гломерулонефрит (табл.1). Второе место в общей структуре заболеваний занимала диабетическая нефропатия. Врожденные заболевания почек в виде поликистоза и гипоплазии почек, а также синдрома Альпорта, имели место у 18 (11,6%) человек, тубулоинтерстициальные поражения почек и гипертонический нефросклероз — у 11 (7,1%), обменные нарушения в виде мочекаменной болезни (МКБ) и подагры — у 5 (3,22%), системные заболевания соединительной ткани — у 5 (3,22%), злокачественная гипертензия — у 5 (3,22%).

Таблица 2

Показатели качества жизни больных (M±m)

Показатели	На диализе	Контрольная группа
	(n = 155)	(n = 54)
GH	44,4 ± 1,29	67,87 ± 2,3
PF	53,0 ± 2,11	82,45 ± 2,47
RP	27,7 ± 3,11	83,96 ± 5,33
RE	35,6 ± 3,31	85,66 ± 4,35
SF	41,9 ± 1,03	45,92 ± 1,29
BP	53,8 ± 2,10	74,38 ± 2,79
VT	49,8 ± 1,57	69,34 ± 2,31
MH	59,1 ± 1,34	63,49 ± 2,54

Все пациенты получали программный гемодиализ 3 раза в неделю по 4 часа. Анализ результатов опросника SF-36 вы-

явил (табл.2), что средние значения показателей КЖ у пациентов на гемодиализе были достоверно ниже по всем восьми шкалам, включая МН, отражающий психическую составляющую здоровья.

При проведении корреляционного анализа установлены следующие достоверные взаимосвязи: показатели общего здоровья, физического функционирования и ролевого функционирования достоверно коррелировали с возрастом пациентов: $r = -0,18$, $r = -0,17$, $r = -0,18$ соответственно ($p < 0,05$). Кроме того, физическое функционирование коррелировало с уровнями гемоглобина ($r = 0,65$; $p < 0,05$), эритроцитов ($r = 0,56$; $p < 0,05$), креатинина ($r = 0,54$; $p < 0,05$). На основании регрессионного анализа с пошаговым включением данных факторов нами разработана математическая модель, отражающая зависимость физического функционирования от показателей возраста, гемоглобина, эритроцитов и креатинина до гемодиализа (охват — 44,3%):

$PF = 48,6 - 0,32 * \text{возраст} + 1,12 * \text{гемоглобин} - 1,065 * \text{эритроциты} + 0,016 * \text{креатинин}$. Кроме того, обнаружена связь между ролевым функционированием и возрастом пациентов ($r = -0,17$), уровнями эритроцитов ($r = 0,3$), гемоглобина ($r = 0,34$) и креатинина ($r = 0,41$), ($p < 0,05$). На основании выявленной связи также путем регрессионного анализа нами разработана математическая модель, отражающая зависимость ролевого функционирования от возраста, гемоглобина, уровней эритроцитов и креатинина до гемодиализа (охват — 37,9%):

$RP = 56,01 - 0,53 * \text{возраст} + 3,47 * \text{гемоглобин} - 9,094 * \text{эритроциты} - 0,00777 * \text{креатинин}$.

Полученные нами математические модели позволяют прогнозировать степень влияния изученных показателей на физическое и ролевое функционирование, которые относятся к числу основных составляющих КЖ. Интенсивность боли, проявляющаяся мышечными болями и болями в костях у диализных пациентов (ВР), и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью коррелировали с уровнем кальция в сыворотке крови ($r = -0,13$; $p < 0,05$), который, в свою очередь, был связан с показателем общего здоровья ($r = -0,26$) и физическим

функционированием ($r = -0,18$; $p < 0,05$).

Уровни кальция, фосфора и мочевины до гемодиализа достоверно коррелировали со стажем гемодиализа ($r = 0,24$, $r = 0,21$, $r = 0,22$ соответственно; $p < 0,05$). Сравнение показателей КЖ пациентов на программном гемодиализе с таковыми в контрольной группе, как и в других исследованиях, показало достоверное снижение всех изучаемых параметров.

Полученные нами показатели КЖ пациентов, находящихся на программном гемодиализе, в целом сходны с результатами российских и иностранных авторов [1, 2, 4, 5]. В то же время в исследуемой нами выборке имелось значительное снижение таких показателей, как ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Данные различия могут быть связаны с особенностями нозологической формы, низким уровнем социальной адаптации, степенью коррекции сопутствующих состояний (электролитные нарушения, артериальная гипертензия, выраженность сердечной недостаточности), что требует дальнейшего изучения.

Проведенный нами статистический анализ не выявил зависимости социального и эмоционального функционирования от стажа гемодиализа, показателей фосфорно-кальциевого обмена и выраженности анемии.

ВЫВОДЫ

1. Показатели КЖ пациентов на диализе достоверно ниже, чем в контрольной группе здоровых людей.

2. Содержание гемоглобина, эритроцитов, уровень креатинина и возраст пациента оказывают значимое влияние на физическое и ролевое функционирование, что диктует необходимость оптимизации сопроводительной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земченков А.Ю., Кондуров С.В., Гаврик С.Л. и др. Качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью, корректируемая заместительной терапией // Нефрол. диал.— 1999. — № 1 (2–3). — С. 118–127.
2. Рябов С.И., Петрова Н.Н., Васильева И.А. Качест-

во жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом // *Клин. мед.*— 1996. — № 8. — С. 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. Kochю. Kluwer Academic Publishers—Dordrecht V Boston London. —1996. — P. 1466–1479.

4. *Cleary J.* Quality of life of patients on haemodialysis

for end-stage renal disease. // *J. Adv. Nurs.*— 2005—Vol. 51(6). — P. 577–586– 579.

5. *Laura C.* Relation between level or change of hemoglobin and generic and disease-specific quality of life measures in hemodialysis // *Qual. Life Res.*—2007.— Vol. 16. — P.755–765.

УДК 616.24: 616.61-002.151: 616.91

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Гузель Ахметовна Мухетдинова^{1}, Раиса Мугатасимовна Фазлыева¹,
Венера Хасановна Мустафина²*

Башкирский государственный медицинский университет,

²Министерство здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа

Реферат

Изучено клиничко-функциональное состояние легких у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, обусловленной серотипом Пуумала. Поражение легких при этом характеризуется нарушением функции внешнего дыхания по рестриктивному и смешанному типам и сопровождается снижением насыщаемости крови кислородом, которое следует определять для раннего выявления дыхательной недостаточности.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, функция внешнего дыхания, насыщаемость крови кислородом.

CLINICAL AND FUNCTIONAL CONDITION OF THE LUNGS IN PATIENTS WITH HEMORRAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME

G. A. Muhetdinova^{1}, R. M. Fazlyeva¹, V. Kh. Mustafina²*

¹ Bashkir State Medical University, ² Ministry of Healthcare of the Republic of Bashkortostan, Ufa

Summary

Studied was the clinical and functional condition of the lungs in patients with hemorrhagic fever with renal syndrome caused by the Puumala serotype. Lung damage was characterized by impaired external respiration function of restrictive and mixed types and is accompanied by a decrease in blood oxygen saturability, which should be determined for the early detection of respiratory failure.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome, external respiration function, blood oxygen saturation.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) представляет собой вирусное природно-очаговое заболевание, широко распространенное в России. Наиболее высокая заболеваемость приходится на Приволжский федеральный округ [2]. В клинической картине заболевания ведущими синдромами являются поражение почек по типу острого тубулоинтерстициального нефрита с развитием острой почечной недостаточности, геморрагический синдром и гемодинамические расстройства [3]. На Дальнем Востоке, где основными возбудителями ГЛПС являются вирусы Хантаан, Сеул и Амур и заболевание характеризуется более тяжелым течением, исследователи

выделяют респираторный синдром [4, 5]. Однако на европейской территории России и в Европе, где преобладает серотип Пуумала, только в последнее время появились сообщения об учащении случаев поражения легких при ГЛПС [1, 6, 7, 8].

Цель работы — изучить клиничко-функциональное состояние легких у больных ГЛПС, обусловленной серотипом Пуумала.

Обследовано 97 больных с диагнозом ГЛПС, у всех выявлен серотип Пуумала. Критерии включения в основную группу: подтвержденный серологическими исследованиями диагноз ГЛПС (возрастание титра специфических антител в 4 раза); возраст пациентов от 18 до 69 лет; информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения:

* Автор для переписки: gmukhetdinova@yandex.ru