

точной массой тела, при наличии СД 2 типа у родственников 1-2 уровней родства, рождение от матери, которая до родов имела СД, проявления инсулинорезистентности.

Проведенное обследование случайной выборки населения Свердловской области в возрасте 30–69 лет на предмет ранней диагностики СД показало, что как минимум 54 000 больных сахарным диабетом не знают о своем заболевании. В Свердловской области новый случай СД регистрируется каждые 58 минут. Создан и работает лечебно-диагностический модуль «Диамобиль»: полное обследование больных СД (Hb1AC, холестерин, креатинин, мочевины, микроальбуминурия, ЭКГ; эндокринолог, офтальмолог, кардиолог, подиатр); обучение больных, медицинских работников; обеспечение больных СД глюкометрами, литературой; обследование, в первую очередь, осуществляется в отдаленных районах области. Стабильность в лекарственном обеспечении региональной программы, обеспечение средствами самоконтроля, областная целевая программа «Сахарный диабет», внедрение единых стандартов диагностики и лечения больных СД улучшают раннюю диагностику данного заболевания, уменьшают количество больных СД с неотложными состояниями, снижают количество поздних осложнений.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ ДИАЛИЗОМ

С.Е. Уразлина¹, Т.В. Жданова¹, А.В. Назаров², Р.Р. Фасхиев²

¹ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России,

²Центр болезней почек и диализа МАУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург

В последние десятилетия отмечается увеличение числа больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН). Постоянно растет и количество пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии (ЗПТ). За последние годы накопился значительный клинический опыт ве-

дения таких пациентов в мире и в России, технический уровень оказания данного вида медицинской помощи достаточно высок, что позволяет увеличить продолжительность жизни данной группы больных. В связи с этим в последнее время всё более актуальной становится проблема качества жизни пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью (тХПН). За последние годы представления о факторах, влияющих на качество жизни у пациентов с тХПН, значительно расширились, но остаются до конца не изученными.

Цель исследования: оценить влияние гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) на показатели качества жизни у пациентов с тХПН, получающих ЗПТ диализом.

Материалы и методы

В исследование было включено 40 пациентов с тХПН (20 женщин и 20 мужчин). Из них 20 человек получали постоянный амбулаторный перитонеальный диализ (ПАПД) и 20 – программный гемодиализ (ГД). Средний возраст пациентов составил: $48,6 \pm 1,6$ лет. В 60% случаев тХПН была исходом хронического гломерулонефрита, в 26% – поликистоза почек, в 11% – хронического пиелонефрита. Диализ у пациентов был адекватным: кинетико-объемный показатель (Kt/V) $\geq 1,2$ у пациентов на ГД и $\geq 1,7$ на ПАПД. В исследование не вошли пациенты с неконтролируемой артериальной гипертензией (систолическое артериальное давление ≥ 160 мм рт. ст. и диастолическое артериальное давление ≥ 100 мм рт. ст. в течение 3 последних месяцев), застойной сердечной недостаточностью [класса III и IV по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (НУНА)] и сахарным диабетом. Всем пациентам была проведена эхокардиография, по результатам которой было выделено 2 группы: I группа – без ГЛЖ (19 пациентов) и II группа – с ГЛЖ (21 пациент). Наличие ГЛЖ регистрировалось при индексе массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) >134 г/м² у мужчин и >110 г/м² у женщин. Обе группы достоверно не различались по уровню артериального давления, возрасту и продолжительности ЗПТ. Все пациенты отвечали на вопросы анкеты SF-36. Физический компонент здоровья оценивался по шкалам: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), выраженность болевого синдрома (BP) и общее состояние здоровья (GH). Психологический компонент здоровья оценивался по шкалам: жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое здоровье (MH).

Результаты.

Проведенный анализ показал, что все параметры качества жизни у пациентов с ГЛЖ были ниже, чем в группе без ГЛЖ (таб. 1).

**Показатели качества жизни у пациентов с терминальной ХПН,
получающих лечение диализом**

Показатель	I группа n=19	II группа n=21	p
PF	76,6±4,4	56,2±4,7	p<0,05*
RP	50,0±8,9	35,7±9,9	p>0,05
BP	70,6±5,5	60,8±6,9	p>0,05
GH	54,9±3,7	45,8±2,8	p<0,05*
Физический компонент здоровья	44,2±1,6	37,3±2,1	p<0,05*
VT	62,4±3,3	55,5±4,5	p>0,05
SF	77,8±4,3	63,4±5,3	p<0,05*
RE	64,8±9,0	58,7±9,2	p>0,05
MH	68,6±3,2	64,6±3,8	p>0,05
Психологический компонент здоровья	47,9±1,9	46,5±2,4	p>0,05

Показатели шкалы физического функционирования (PF) у пациентов без ГЛЖ были достоверно выше, чем у пациентов с ГЛЖ (76,6±4,4 и 56,2±4,7 соответственно, p<0,05). При оценке шкалы общего состояния здоровья (GH) более высокие показатели были получены в I группе, в сравнении со II (54,9±3,7 и 45,8±2,8 соответственно, p<0,05). В целом физический компонент здоровья у пациентов, имеющих ГЛЖ (37,3±2,1) был достоверно ниже (p<0,05), чем в группе без ГЛЖ (44,2±1,6). Из шкал психологического компонента здоровья достоверные различия получены при оценке социального функционирования (SF). Так у пациентов без ГЛЖ эти показатели были выше, чем в группе с ГЛЖ (77,8±4,3 и 63,4±5,3 соответственно, p<0,05).

Выводы

Показатели качества жизни у пациентов с тХПН, получающих ЗПТ диализом, ухудшились при наличии ГЛЖ. Физический компонент здоровья в целом, а также физическое функционирование и показатели общего состояния здоровья, у пациентов с тХПН при наличии ГЛЖ были ниже, чем при нормальных показателях ИММЛЖ. В целом психологический компонент здоровья не отличался в группах с ГЛЖ и без нее. Но выявлено существенное снижение социальной активности у пациентов, получающих ЗПТ диализом, при наличии ГЛЖ.