

Качество жизни больных хронической болезнью почек на заместительной почечной терапии

Ю.С. МИЛОВАНОВ, И.А. ДОБРОСМЫСЛОВ, С.Ю. МИЛОВАНОВА, М.В. ТАРАНОВА,
Л.Ю. МИЛОВАНОВА, В.В. ФОМИН, В.В. КОЗЛОВ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация

Представлены результаты сравнительного анализа влияния различных видов заместительной почечной терапии на качество жизни (КЖ) пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек на основании стандартизированных для оценки КЖ диализных больных опросников. Практически во всех исследованиях показано, что КЖ значительно улучшается после пересадки почки. В то же время показано, что внедрение в клиническую практику домашнего диализа, препаратов эпоэтина, активных метаболитов витамина D, кальцимитетиков расширило возможности трудовой реабилитации диализных больных и сделало сравнимым их КЖ с КЖ реципиентов почечного трансплантата.

Ключевые слова: качество жизни, регулярный гемодиализ, постоянный амбулаторный перитонеальный диализ, трансплантация почки.

Quality of life of chronic kidney disease patients on renal replacement therapy

Yu.S. MILOVANOV, I.A. DOBROSMYSLOV, S.Yu. MILOVANOVA, M.V. TARANOVA, L.Yu. MILOVANOVA, V.V. FOMIN,
V.V. KOZLOV

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health (Sechenov University), Moscow, Russia

The study demonstrated the results of the comparative analysis of various types of renal replacement therapy effects on the quality of life patients with terminal stage of chronic kidney disease on the basis of standardized questionnaires. It has been shown that the quality of life is significantly improved after a kidney transplantation. At the same time, it has also been found that the introduction of home dialysis, epoetins, active metabolites of vitamin D, calcimimetics in the clinic care expanded the opportunities for the labor rehabilitation of the dialysis patients and made their quality of life comparable with the same of the kidney transplant recipients.

Keywords: the quality of life, regular hemodialysis, permanent ambulatory peritoneal dialysis, kidney transplantation.

АПД – автоматический перитонеальный диализ
ГД – гемодиализ
ЗПТ – заместительная почечная терапия

КЖ – качество жизни
ПАПД – постоянный амбулаторный перитонеальный диализ
тХБП – терминальная стадия хронической болезни почек

Качество жизни (КЖ) определяют как интегральную характеристику физической, эмоциональной и социальной активности пациента, основанную на его субъективном восприятии [1–3]. Объективную оценку КЖ пациента дает врач, основываясь на показателях его физической активности, клинико-лабораторных исследований и трудоспособности. Нередко КЖ по самооценке больного не соответствует данным врача или эксперта. Так, пациенты после успешной трансплантации почки оценивают качество своей жизни выше, чем пациенты в общей популяции, а пациенты с утраченной функцией трансплантата оценивают его ниже, чем другие пациенты с терминальной стадией хронической болезни почек (тХБП). Общепринято, что субъективная оценка более важна для определения КЖ [1]. Субъективное восприятие пациентом своей социальной адаптации и удовлетворенности жизнью позволяет с большей точностью определять меры, необходимые для социальной и медицинской его реабилитации на заместительной почечной терапии (ЗПТ). КЖ при тХБП – результат применения методов медицинской, психологической и социально-профессиональной реабилитации. Медицинская реабилитация достигается методами ЗПТ, лечением эндокринных и метаболических осложнений уремии. Психологическая и социальная реабилитация решает широкий круг проблем, связанных с подготовкой к диализному лечению и трансплантации, врачебно-трудовой экспертизой и трудовой реабилитацией.

Методы оценки качества жизни. Для оценки КЖ больных тХБП, получающих лечение гемодиализом (ГД), разработаны опросники СНТQ (The CHOICE Health Experience Questionnaire) и NECOSAD (Netherlands Cooperative Study on Adequacy of Dialysis), включающие критерии, которые позволяют количественно оценить самочувствие, функциональную активность и степень удовлетворенности пациента [4–7]. Опросник CHOICE состоит из 8 шкал общих вопросов, 21 шкалы специальных вопросов, направленных на оценку тех сфер жизни, которые в наибольшей степени страдают при диализной терапии [4]. С 2001 г. в многоцентровых клинических исследованиях для оценки КЖ диализных больных используется модифицированная форма опросника CHEQ, в который дополнительно включены вопросы, связанные с возможностью передвижений и путешествий, временем, затраченным на процедуру диализа [5]. Опросник NECOSAD кроме общих включает вопросы, касающиеся усталости, судорог, одышки, тошноты, нарушения аппетита, синдрома «беспокойных ног» [6].

Стандартизированным для оценки КЖ диализных больных является опросник Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SFTM), в который входят 36 общих вопросов и 44 специальных вопроса, отражающих специфику терапии ГД [7]. Соотношение значений шкал КЖ и результатов диализного лечения – объект интенсивных исследований последних лет.

Качество жизни больных на регулярном гемодиализе. Остается открытым вопрос, какой вид ГД позволяет достичь лучшего КЖ у больных тХБП. КЖ больных, получающих лечение регулярным ГД, снижено по сравнению со здоровыми лицами, главным образом, за счет психологических проблем, таких как зависимость от процедуры ГД, ограничение физической активности, а также множества других ограничений (диета, потребление жидкости, соли, фруктов). В крупном исследовании DOPPS, проходившем в 7 странах и включавшем 9526 больных на регулярном ГД, установлено положительное влияние на КЖ строгого выполнения пациентами режима ГД и социальных факторов, таких как помощь в трудоустройстве, социальная поддержка инвалидов, лидирующий статус в семье [8]. По шкале депрессии анализировалась психоэмоциональная составляющая здоровья этих пациентов. Худшие параметры зафиксированы у мужчин по шкалам общего здоровья, жизнеспособности, социального и ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья, т. е. по шкалам, определяющим психический компонент здоровья. При анализе эмоционального статуса пациента по шкалам депрессии более чем в половине случаев наблюдалось легкое депрессивное расстройство, связанное с плохим настроением, беспричинным унынием, плаксивостью, повышенной утомляемостью, нарушением сна, болезненной фиксацией тревожных мыслей о состоянии своего здоровья. В то же время в ряде исследований не найдено значимых различий между частотой госпитализаций по причине психологических проблем у лиц мужского и женского пола на регулярном ГД.

В этом и других аналогичных исследованиях значимыми предикторами плохого КЖ пациентов на ГД служили низкий уровень альбумина и высокий уровень С-реактивного протеина в крови [9]. В большинстве исследований анализировалась оценка КЖ пациентами, получающими лечение ГД в домашних условиях, сравниваемая с таковой в общей популяции.

По мере совершенствования методов медицинской реабилитации расширяются возможности трудовой реабилитации и повышается КЖ диализных пациентов.

Качество жизни больных на хроническом перитонеальном диализе. Тестирование диализных пациентов по шкалам опросника KDQOL-SFTM показало, что КЖ пациентов на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе (ПАПД) выше, чем на регулярном ГД [7]. При этом мужчины с ХБП оценивали свое КЖ выше, чем женщины, независимо от вида лечения. У пациентов на ПАПД отмечается снижение КЖ по ряду шкал с 3–4-го года лечения, хотя к этому времени КЖ на ПАПД остается более высоким, чем на регулярном ГД. В ряде исследований показано, что своевременный перевод пациентов с ПАПД на регуляр-

ный ГД позволяет добиться лучших результатов, чем при поздней вынужденной (за счет нарушения транспортных свойств перитонеальной брюшины) смене методов диализного лечения [1, 2].

Успешное использование ПАПД у большинства больных ограничивается 5 годами, после которых пациенты нуждаются в переводе на регулярный ГД. ПАПД предпочтителен как метод диализной терапии у молодых (18–35 лет) пациентов и может использоваться как подготовительный этап перед трансплантацией почки. В случае некупируемого отторжения и гибели трансплантата почки ПАПД вновь может быть возобновлен. При таком подходе длительно сохраняется возможность формирования сосудистого доступа при необходимости дальнейшей терапии регулярным ГД как конечного вида ЗПТ. Многие считают, что ПАПД предпочтительнее у пожилых (старше 60 лет) пациентов [1, 10].

К преимуществам ПАПД относят более длительную сохранность остаточной функции почек, отсутствие проблем с сосудистым доступом, меньшую вероятность инфицирования вирусами гепатита В и С. Важными преимуществами ПАПД являются возможность диализа в домашней обстановке, свобода передвижений, гибкий график процедур, не препятствующий трудовой деятельности, более низкая стоимость ПАПД по сравнению с регулярным ГД (примерно на 22–39%). Основной причиной, вынуждающей прекратить лечение ПАПД, является потеря способности перитонеальной брюшины к ультрафильтрации [2].

В последнее время увеличивается число больных, получающих автоматический перитонеальный диализ (АПД), хотя исследований КЖ в данной группе больных очень мало [10]. Новые компьютерные технологии позволяют совершенствовать работу циклеров для ПД, что в свою очередь позволяет ожидать с их внедрением более высокого КЖ больных на АПД по сравнению с ПАПД. В то же время применение методов АПД может привести к более быстрой, по сравнению с ПАПД, потере остаточной функции почек. Имеющиеся публикации свидетельствуют, что психологических проблем, оцениваемых с помощью шкал КЖ, меньше на АПД, чем на ПАПД. Объясняется это тем, что пациенты на АПД имеют больше свободного времени, которое они могут уделять работе, семье. Это способствует тому, что они социально более активны, меньше испытывают физический и эмоциональный дискомфорт. Однако при этом достоверных различий в клинических и биохимических параметрах крови у пациентов на АПД и ПАПД не отмечено [1, 2].

Очевидно, что АПД благоприятно влияет на КЖ у пожилых пациентов, лиц с нарушением координации движений, снижением или отсутствием зрения, его можно рекомендовать также больным с высокой тканевой утечкой диализата и при перитоните [2, 10].

В многоцентровом исследовании, включавшем 16 755 пациентов на регулярном ГД и 1260 – на ПАПД, оказалось, что показатели КЖ, отражающие психоэмоциональную составляющую здоровья пациентов, лучше на ПАПД, чем на регулярном ГД, а показатели физической активности, напротив, выше на ГД, чем на ПАПД и АПД [1, 9, 10].

Наиболее важными психологическими проблемами у диализных пациентов являются депрессия, деменция, лекарственная зависимость, тревога и расстройства персона-

Сведения об авторах:

Добросмыслов Игорь Александрович – зав. отд-нием «Искусственная почка» Университетской клинической больницы №3

Милованова Светлана Юрьевна – д.м.н., в.н.с. НИО здоровьесберегающих технологий Научно-технологического парка биомедицины

Таранова Марина Владимировна – к.м.н., доц. каф. внутренних, профессиональных болезней и пульмонологии

Милованова Людмила Юрьевна – к.м.н., доц. каф. внутренних, профессиональных болезней и пульмонологии

Фомин Виктор Викторович – д.м.н., проф., зав. каф. факультетской терапии №1, директор клиники факультетской терапии им. В.Н. Вишнеградского

Козлов Василий Владимирович – к.м.н., доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения

Контактная информация:

Милованов Юрий Сергеевич – д.м.н., проф. каф. внутренних, профессиональных болезней и пульмонологии, e-mail: yuriy.milovanov@mail.ru

лизации. Сложности с трудоустройством, потеря лидирующей позиции в семье также представляют проблему, особенно у лиц среднего возраста. Депрессия, в случаях отсутствия надлежащего лечения, может прогрессировать и стать одной из главных причин суицида. Один из примерно 500 диализных больных кончает жизнь самоубийством. Несоблюдение диеты, рекомендаций врача и нарушение диализной программы (произвольное сокращение сеанса ГД, пропуск процедуры) можно также рассматривать как суицидальное намерение, осознанное или неосознанное [9].

Качество жизни больных после трансплантации почки. Практически во всех исследованиях авторы единодушны во мнении, что КЖ значительно улучшается после пересадки почки, прежде всего по таким важным показателям, как физическая активность и психоэмоциональная составляющая здоровья [1]. Практически у всех больных после трансплантации почки уменьшаются беспокойство, тревожность и депрессия, нормализуется сон, что очень важно, поскольку все реципиенты почечного трансплантата должны регулярно принимать иммунодепрессанты. Риск отторжения почечного трансплантата увеличивается с возрастом у лиц обоего пола, но у мужчин он выше, чем у женщин [1, 2].

Трансплантация почки обеспечивает более полноценную медицинскую реабилитацию и КЖ пациентов, по сравнению с различными видами диализа. Ликвидация азотемии, почечной анемии, диализной кахексии, а также зависимости от процедур диализа создает у реципиента по-

чечного трансплантата более высокий уровень КЖ с широким выбором профессий. После пересадки почки у женщин восстанавливается способность к деторождению. Первое успешное вынашивание беременности произошло в 1958 г. у реципиентки с пересаженной от сестры-близнеца почкой. С этого времени отмечены сотни успешных беременностей у реципиенток с пересаженной почкой. Восстановление способности к деторождению менее возможно у женщин, перенесших трансплантацию в конце детородного возраста [1, 2]. Однако следует также иметь в виду, что многие проблемы трансплантации, связанные с профилактикой отторжения, общей и почечной токсичностью сандиммуна, далеки от разрешения.

В то же время внедрение в клиническую практику новых режимов диализной терапии (ежедневного короткого диализа, ежедневного ночного диализа, домашнего диализа), препаратов эпоэтина, аналогов витамина D, кальцимитиков расширило возможности трудовой реабилитации диализных больных и сделало сравнимым качество их жизни с КЖ реципиентов почечного трансплантата. Наступление беременности стало возможно у женщин детородного возраста на регулярном ГД. По данным американских авторов, у диализных пациенток частота беременностей составляет 0,5% в год, беременность завершается рождением живого ребенка у 30–50% диализных пациенток [2].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Даугирдас Д.Т., Блейк П.Д., Инг Т. Руководство по диализу. Пер с англ. под редакцией А.Ю. Денисова, В.Ю. Шило. Тверь: Триада; 2003. 744 с. [Daugirdas DT, Blake PD, Ing T. *Rukovodstvo po dializu* [Dialysis Handbook]. English translation, eds Denisov AYu, Shilo VYu. Tver: Triada; 2003. 744 p. (In Russ.)].
2. Николаев А.Ю., Милованов Ю.С. Лечение почечной недостаточности. Руководство для врачей. 2-е издание. Москва: Медицинское информационное агентство; 2011. 589 с. [Nikolaev AYu, Milovanov YuS. *Lechenie pochechnoy nedostatochnosti. Rukovodstvo dlya vrachev* [Treatment of renal failure. A guide for doctors]. 2nd edition. Moscow: Medical information agency; 2011. 589 p. (In Russ.)].
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к болезни: Методические рекомендации. Санкт-Петербург; 2001 [Vasserman LI, Iovlev BV, Karpova EB, Vuks AYu. *Usovershenstvovannyy variant oprosnika dlya psikhologicheskoy diagnostiki tipov otnosheniya k bolezni: Metodicheskie rekomendatsii* [Improved version of the questionnaire for psychological diagnosis of the types of attitude towards the disease: Methodological recommendations]. St. Petersburg; 2001 (In Russ.)].
4. Wu AW, Fink NE, Cagney KA, Bass EB, Rubin HR, Meyer KB, Sadler JH, Powe NR. Developing a health-related quality-of-life measure for end-stage renal disease: The CHOICE Health Experience Questionnaire. *Am J Kidney Dis.* 2001;37(1):11-21.
5. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOLTM) Instrument. *Qual Life Res.* 1994;3(5):329-38.
6. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, de Haan RJ, Boeschoten EW, Krediet RT. Quality of life over time in dialysis: the Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis. NECOSAD Study Group. *Kidney Int.* 1999;56(2):720-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10432414#>
7. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB, Kamberg C. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring. P-7994. Santa Monica, CA;1997.
8. Tentori F, Blayney MJ, Albert JM, et al. Mortality risk for dialysis patients with different levels of serum calcium, phosphorus, and PTH: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis.* 2008;52(3):519-30.
9. Васильева И.А., Бабарыкина Е.В., Добронравов В.А. Возрастные аспекты качества жизни у пациентов на хроническом гемодиализе. *Нефрология.* 2004;8(30):32-6 [Vasilieva IA, Babarikina YeV, Dobronravov VA. Age aspects of quality of life in patients with chronic hemodialysis. *Nefrologiya = Nephrology.* 2004;8(3):32-6 (In Russ.)].
10. Hou S. Pregnancy in women on haemodialysis and peritoneal dialysis. *Clin Obstet Gynaecol.* 1994;8:481-500.

Поступила 21.02.2018