

Качество жизни у больных с терминальной уремией на лечении гемодиализом и перитонеальным диализом

М.И. Крылова, В.М. Ермоленко, Е.В. Шутков

*Российская медицинская академия последипломного образования,
кафедра нефрологии и гемодиализа,
Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, г. Москва*

Quality of life in patients with end-stage renal disease treated by hemodialysis and peritoneal dialysis

M.I. Krylova, V.M. Ermolenko, E.V. Shutov

*Russian academy of postgraduate medical education,
Botkin Moscow city hospital, Moscow*

Ключевые слова: заместительная почечная терапия, гемодиализ, перитонеальный диализ, качество жизни, нутриционный статус, коморбидность.

В настоящее время основными методами лечения терминальной почечной недостаточности (ТПН) являются гемодиализ (ГД) и перитонеальный диализ (ПД). Усовершенствование диализных технологий увеличило на десятилетия продолжительность жизни пациентов с утраченной функцией почек, что заставляет оценивать не только показатели клинических, лабораторных и инструментальных исследований, но и качество жизни (КЖ) больных. В данном исследовании проведен анализ КЖ у больных на ГД и ПД. Оценка КЖ проводилась у 97 пациентов на ГД и 88 пациентов на ПД с применением опросника Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии по A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983 (адаптирована в отечественной практике М.Ю. Дробичевым), оценивался также индекс коморбидности по M.E. Charlson и нутриционный статус. Установлено, что параметры КЖ и депрессия зависят от вида заместительной почечной терапии (ЗПТ), индекса коморбидности и состояния нутриционного статуса. Оценки КЖ оказались достоверно выше у пациентов на ПД по ряду шкал: ролевое эмоциональное и социальное функционирование, обремененность и влияние хронической болезни почек на повседневную деятельность. Независимо от вида ЗПТ нарушения нутриционного статуса вызывали снижение КЖ.

The main methods of renal replacement therapy (RRT) are hemodialysis (HD) and peritoneal dialysis (PD). Improvement of dialysis technologies has increased life expectancy of ESRD-patients. This brings attention to estimate of not only indicators of clinical and laboratory parameters, but also to quality of life (QOL). In the present study an analysis of QOL in patients on different methods of RRT is performed. The assessment of QOL in patients on HD (n = 97) and PD (n = 88) was performed with the questionnaire Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), a hospital anxiety and depression scale (A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983), the comorbidity index of M.E. Charlson. The nutritional status was also estimated. It was found that parameters of QOL and depression depend on the mode of RRT, comorbidity index and nutritional status. Estimations of QOL were higher in the PD patients: the role of emotional functioning, social functioning, burden of kidney disease, and effects of kidney disease. Irrespectively of the mode of RRT disorders of nutritional status were associated with decrease in QOL.

Key words: renal replacement therapy, hemodialysis, peritoneal dialysis, quality of life, comorbidity index.

R. Gokal [14] выделяет следующие аспекты в изучении КЖ у больных с ТПН: влияние вида диализа на КЖ, КЖ и предикторы заболеваемости и смертности, мониторинг изменений КЖ, влияние эффективности лечения (например, адекватность диализа, влияние лечения ЭРП на КЖ), сравнение КЖ больных ТПН с другими хроническими заболеваниями.

Для исследования КЖ используют опросники, которые, в свою очередь, делятся на общие, предназначенные для оценки КЖ как здоровых, так и больных независимо от заболевания, и специальные, для определенной патологии. На-

более часто применяемым общим опросником в нефрологии за рубежом и в отечественных исследованиях является опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form-36) [27], отвечающий основным характеристикам опросников: надежность, валидность и достоверность.

Одним из наиболее широко применяемых специфических опросников является Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), разработанный в США R.D. Heys и соавт. [16]. Он включает 36 общих вопросов из SF-36 и 44 специальных вопроса, отражающих специфику терапии ЗПТ. В 2006 г. И.А. Васильевой [3] была выполнена адаптация и

валидизация русской версии опросника и проведена оценка КЖ у больных на ГД. В отечественной литературе сравнительный анализ КЖ у пациентов на ГД и ПД по опроснику KDQOL-SFTM встретился только в одной работе А.Ю. Земченкова и соавт. (2009 г).

Проблема КЖ пациентов на ЗПТ хотя и освещена в научной литературе, но данные исследований часто носят противоречивый характер. Большинство исследователей рассматривают ГД как более эффективный метод лечения, чем ПД, однако субъективная оценка КЖ выше при лечении ПД [29]. По мнению R. Gokal et al. [15], начало ЗПТ с ПД оправдано у большинства пациентов, т. к. позволяет дольше сохранять остаточную функцию почек, избегать резких гемодинамических сдвигов во время процедуры, в меньшей степени активировать воспалительные реакции.

Депрессия и личностная тревожность значительно распространены среди диализных пациентов. P. Kimmel и соавт. [18] считают депрессию самым распространенным психическим расстройством у больных с ТПН. Частота клинически выраженной депрессии у больных на диализе варьирует и составляет от 20 до 40% [5, 18, 19]. Установлена взаимосвязь между негативным восприятием болезни и более высоким уровнем депрессии, что ухудшает показатели КЖ пациентов [23]. N. Levy [21] ввел термин «психонефрологии» у больных на ЗПТ и после трансплантации почки, который включает следующие психиатрические составляющие: депрессию, тревожность, суицидальные мысли, сексуальные проблемы, психозы вследствие метаболического дисбаланса, отсутствие комплаентности.

Распространенность недостаточности питания у больных с ТПН составляет 30–80% [10]. В исследовании CANUSA было показано, что состояние нутриционного статуса у пациентов является независимым фактором выживаемости.

Целью данной работы был анализ субъективной оценки КЖ пациентов на гемо- и перитонеальном диализе и выявление связи КЖ с такими параметрами, как нутриционный статус, депрессивные и тревожные расстройства, коморбидность.

Материалы и методы

В исследование были включены 185 больных, получающих лечение ГД и ПД в нефрологическом отделении ГKB им. С.П. Боткина.

Общая характеристика больных на ЗПТ представлена в табл. 1.

Больным на ГД диализ проводился 3 раза в неделю по 4 часа, индекс адекватности Kt/V был выше 1,2. Постоянный амбулаторный ПД также был адекватным, Kt/V >1,7 в неделю.

На начальном этапе опросник заполнили 100% больных и через 1 г. – 82%. Четверть больных были опрошены до начала ЗПТ и в динамике 3 раза.

Использованы следующие опросники: Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) – российская версия, предназначенный для оценки качества жизни больных, находящихся на ЗПТ, госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, индекс коморбидности по M.E. Charlson [11].

Опросник KDQOL-SF™ (версия 1.3) включает 36 вопросов из общего опросника SF-36 и 43 вопроса, разделенных по шкалам, специфичных для ЗПТ: «Симптомы и проблемы», «Влияние заболевания почек на повседневную деятельность», «Бремя заболевания почек», «Трудовой

Таблица 1

Общая характеристика больных

Показатели	Метод ЗПТ	
	ГД (n = 97)	ПД (n = 88)
Пол, муж./жен.	56/41	52/36
Возраст, г.	56,3 ± 11	58,2 ± 13,2
Индекс массы тела	22,5 ± 2,4	24,8 ± 4,0
Срок лечения, мес.	50,5 ± 6,7	29,6 ± 3,9
Kt/V	1,4 ± 0,2 (процедуры)	2,09 ± 0,7 (недельный)
Индекс коморбидности	7,4 ± 1,7	5,3 ± 2,8

статус», «Когнитивные функции», «Качество социального взаимодействия», «Сексуальные функции», «Сон». Четыре шкалы дополнительно оценивают удовлетворенность социальной поддержкой, поддержкой со стороны диализного персонала, удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи и самооценку состояния здоровья в целом. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллов, где 100 представляет полное здоровье.

Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии по A.S. Zigmond, R.P. Snaithe, 1983; И.А. Бевзу (адаптирована в отечественной практике М.Ю. Дробижевым) [9] использовалась для определения уровня личностной тревожности и самооценки депрессии. Пункты данной шкалы отобраны из числа жалоб и симптомов, наиболее характерных для тревоги и депрессии, при этом исключены те симптомы, которые могли бы быть интерпретированы как проявление соматического заболевания.

Индекс коморбидности по M.E. Charlson оценивает сопутствующую патологию и включает возраст больного, количество и тяжесть заболеваний по шкале в баллах от 1 и выше. При хронической почечной недостаточности (ХПН) минимальное значение индекса коморбидности равно двум.

Были исследованы следующие лабораторные показатели: уровень креатинина в сыворотке крови, общий белок, альбумин, кальций, фосфор, гемоглобин, трансферрин, С-реактивный белок, паратгормон (табл. 2).

Исследование нутриционного статуса включало антропометрию (масса тела, рост, индекс массы тела, окружность мышц плеча) и лабораторные параметры: общий белок, альбумин, трансферрин, абсолютное число лимфоцитов. Для определения безжировой массы тела (БМТ) использовался метод биоимпедансного анализа (БИА), в основе которого лежит измерение параметров переменного электрического тока при его прохождении через ткани организма (табл. 3).

Результаты

Установлено, что страдает общее КЖ у всех больных на ЗПТ, причем особенно снижены показатели физического функционирования, способность выполнять физические нагрузки и ролевое функционирование. Таким образом, физическое состояние резко ограничивает выполнение повседневных обязанностей. У больных, находящихся на ПД, показатели КЖ по опроснику KDQOL-SF™ были выше, чем у пациентов на ГД, в том числе 5 шкал из 19 были достоверно выше и расценивались как более удовлетворительные показатели (табл. 4). Достоверная разница наблюдалась по шкалам обремененности и влияния заболевания почек на повседневную деятельность, трудоспособность, социальное и эмоциональное функционирование. Оказалось, что у больных на ГД заболевание почек ограничивает полноценную

Таблица 2
Результаты лабораторных исследований

Показатели	ГД	ПД
Общий белок, г/л	70,5 ± 6,8	70,0 ± 5,03
Гемоглобин, г/л	113,2 ± 13,9	115,2 ± 21,7
ПТГ, пг/мл	354 (30–510)	423,5 (36,8–770)*
Креатинин, ммоль/л	874,4 ± 215,3	763 ± 235,7
Са, ммоль/л	1,99 ± 0,6	2,2 ± 0,3
Р, ммоль/л	1,98 ± 0,6	1,8 ± 0,5
СРБ, г/л	21,4 (0–162)	16,3 (0–96)*

* Здесь и далее в табл. 3–5: достоверные различия между ГД и ПД – $p < 0,05$.

Таблица 3
Нутриционный статус больных

Параметры	ГД	ПД
Больные сахарным диабетом / без сахарного диабета	24/73	13/75
Окружность мышц плеча (муж.)	23,3 ± 0,8	24,6 ± 0,5
Окружность мышц плеча (жен.)	20,2 ± 0,7	22,6 ± 0,6
Индекс массы тела	22,5 ± 2,4	24,8 ± 4,0
Безжировая масса тела (муж.)	52,4 ± 4,1	54,6 ± 3,6
Безжировая масса тела (жен.)	45,5 ± 2,4	46,3 ± 3,9
Альбумин, г/л	38,5 ± 3,6	41,9 ± 17,4*
Трансферрин, мг/дл	160,3 ± 38,5	181,8 ± 38,2*
Лимфоциты, %	23,1 ± 6,1	22,4 ± 6,2

жизнь значительно сильнее, чем при лечении ПД.

При анализе уровня аффективных расстройств выявлено, что у больных на ПД был достоверно ($p < 0,05$) более высокий уровень тревоги, чем у больных на ГД (8,3 ± 2,7 против 6,6 ± 3,6), а оценка склонности к депрессии была ниже, чем у больных на ГД (7,4 ± 3,9 против 8,2 ± 3,5).

Индекс коморбидности (ИК) оказался достоверно выше в группе больных на ГД (7,4 ± 1,7 против 5,3 ± 2,8) и выявлена его обратная корреляция с суммарным индексом КЖ ($r = -0,54$).

Сравнительные значения параметров КЖ у больных в зависимости от длительности ЗПТ представлены в табл. 5. Как видно из таблицы, в начале диализной терапии отмечается низкий уровень параметров КЖ у больных на ГД и ПД с последующим его увеличением в периоде с 1 года до 5 лет ЗПТ, затем снижением после 5 лет лечения. Выявлены следующие значимые изменения параметров КЖ в зависимости от сроков лечения: у больных на ПД до 1 года параметры КЖ по общему разделу опросника были достоверно выше, чем у больных на ГД. По разделу, связанному с заболеванием почек, независимо от времени лечения КЖ было выше у больных на ПД.

У обследованных больных по лабораторным показателям статистически достоверно различались ($p < 0,05$): уровень альбумина (у больных на ГД – 38,5 ± 3,6 г/л; на ПД – 41,9 ± 17,4 г/л), трансферрина (у больных на ГД – 160,3 ± 38,5 мг/дл; на ПД – 181,8 ± 38,2 мг/дл). Напротив, уровень С-реактивного белка был выше у больных на ГД – 21,4 г/л (0–162 г/л), а на ПД составил 16,3 г/л (0–96 г/л) ($p < 0,05$). Не было отмечено достоверной разницы по уровню общего белка (у больных на ГД – 70,5 ± 6,8 г/л; на ПД – 70,0 ± 5,03 г/л) и гемоглобина (у больных на ГД –

Таблица 4
Показатели качества жизни по опроснику KDQOL

Параметры КЖ	ГД (n = 97)	ПД (n = 88)
Общее здоровье (ОЗ)	37,2 ± 16,9	41,3 ± 15,2
Физическое функционирование (ФФ)	39,1 ± 17,7	44,5 ± 14,9
Ролевое физическое функционирование (РФФ)	37,0 ± 16,2	39,5 ± 14,4
Ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ)	37,0 ± 17,0	47,4 ± 13,0*
Социальное функционирование (СФ)	44,4 ± 13,2	53,5 ± 12,1*
Болевые ощущения (Б)	52,6 ± 18,0	53,5 ± 13,7
Витальность (Ж)	44,1 ± 13,9	49,3 ± 15,0
Психическое здоровье (ПЗ)	52,9 ± 18,2	53,6 ± 16,4
Время ХБП	19,8 ± 16,3	30,3 ± 12,6*
Социальное взаимодействие	70,2 ± 15,4	70,2 ± 15,3
Когнитивные функции	73,6 ± 17,4	72,4 ± 17,1
Симптомы	69,0 ± 17,2	72,1 ± 14,3
Влияние ХБП	52,5 ± 8,4	60,1 ± 10,2*
Сексуальные функции	56,0 ± 14,7	62,5 ± 12,5
Сон	53,0 ± 19,5	55,1 ± 17,9
Социальная поддержка	66,8 ± 13,1	65,5 ± 12,7
Трудоспособность	5,8 ± 3,0	14,8 ± 8,4*
Удовлетворенность мед. помощью	60,8 ± 12,8	61,2 ± 12,0
Поддержка диализного персонала	74,0 ± 17,9	75,4 ± 18,3

113,2 ± 13,9 г/л; на ПД – 115,2 ± 21,7 г/л).

При изучении нутриционного статуса больные были распределены на две группы в зависимости от уровня альбумина сыворотки (до 40 г/л и выше). Кроме того, исследовались общий белок, С-реактивный белок, безжировая масса тела. I группа включала 78 больных (40 муж. и 38 жен.) с нарушенным нутриционным статусом, II группа – 107 больных (56 муж. и 51 жен.) без нарушений нутриционных параметров (табл. 6). Обе группы были обследованы с помощью опросника KDQOL-SF™ в начале исследования и через 1 год (исключая выбывших, $n = 14$). По большинству параметров больные без нарушения нутриционного статуса оценивали КЖ выше, чем больные с нарушенным нутриционным статусом.

Выявлена зависимость между уровнем суммарного показателя КЖ и показателями нутриционного статуса. Наблюдалась прямая корреляция между КЖ и уровнем альбумина ($r = +0,32$), общим белком ($r = +0,63$), БМТ ($r = +0,44$). С-реактивный белок отрицательно коррелировал с КЖ ($r = -0,76$).

Обсуждение

Согласно полученным в нашей работе данным, у обследованных больных отмечается неудовлетворенность общим состоянием здоровья и влияние ЗПТ на повседневную жизнь. У больных на гемодиализе были значительно снижены показатели ролевого и физического функционирования, что связано с психологической и физической зависимостью пациентов от медицинского персонала и аппаратуры. Снижено выполнение видов деятельности, связанных с повседневными физическими нагрузками. При детальном анализе

Таблица 5

Изменения показателей КЖ у больных в зависимости от сроков лечения диализом

Шкалы КЖ	Сроки лечения			ГД		
	До 1 г.	1–5 л.	5–10 л.	До 1 г.	1–5 л.	5–10 л.
Общее здоровье	34,4 ± 15,0	43,6 ± 17,1	33,0 ± 16,1 [†]	36,9 ± 18,7*	45,1 ± 12,0*	41,6 ± 13,3
Физическое функционирование	40,0 ± 3,7	46,9 ± 7,1	35,2 ± 16,3	43,9 ± 10,3*	53,1 ± 5,0	31,5 ± 6,8**
Роловое физическое функционирование	23,9 ± 9,4	36,9 ± 11,2	20,7 ± 13,2 [‡]	26,9 ± 11,4*	47,8 ± 14,6	36,4 ± 10,5
Роловое эмоциональное функционирование	36,7 ± 9,1	52,3 ± 15,8	27,2 ± 15,1 [†]	45,8 ± 9,1*	52,5 ± 15,3	43,5 ± 8,5
Социальное функционирование	40,0 ± 14,2	42,2 ± 16,9	36,7 ± 13,9	47,4 ± 16,1*	58,3 ± 11,7	46,1 ± 17,2
Боль	52,4 ± 8,2	60,1 ± 14,6	52,8 ± 12,8	58,4 ± 12,5	64,2 ± 11,4	57,6 ± 15,8
Жизненная активность	41,6 ± 13,4	44,1 ± 15,6	40,0 ± 12,8	52,6 ± 13,3*	56,1 ± 17,6	47,5 ± 16,7°
Психическое здоровье	51,4 ± 18,4	58,6 ± 13,2	48,5 ± 10,5	46,4 ± 13,7*	49,7 ± 19,1	49,2 ± 17,8°
Бремя ХБП	16,9 ± 11,4	18,1 ± 9,7	17,5 ± 16,1	28,9 ± 18,3	33,8 ± 13,0*	25,8 ± 12,6
Социальное взаимодействие	71,5 ± 10,4	70,7 ± 15,8	72,0 ± 14,0	74,6 ± 17,6*	71,8 ± 18,6	70,9 ± 18,0
Когнитивные функции	70,8 ± 18,7	73,0 ± 16,7	71,4 ± 14,2	72,0 ± 16,3	71,0 ± 19,2	70,9 ± 18,0
Симптоматика ХБП	65,4 ± 17,8	71,4 ± 17,0	63,0 ± 16,6	70,7 ± 14,7	75,5 ± 10,7	59,6 ± 18,6*
Влияние ХБП	53,6 ± 16,3	50,3 ± 17,6	54,2 ± 18,7	58,9 ± 20,1	59,6 ± 18,6	55,7 ± 20,6
Сексуальные функции	68,8 ± 17,3	60,4 ± 15,5	43,7 ± 11,5	65,4 ± 18,2	50,0 ± 17,9	47,9 ± 12,7
Социальная поддержка	63,1 ± 14,0	66,2 ± 13,2	64,0 ± 16,0	67,2 ± 11,7	62,1 ± 12,0	61,5 ± 15,1
Трудоспособность	1,8 ± 9,4	2,5 ± 9,5	2,4 ± 10,9	13,6 ± 11,5	21,4 ± 12,3	9,0 ± 19,4*
Удовлетворенность медицинской помощью	55,4 ± 19,6	63,3 ± 12,9	57,7 ± 16,4	60,4 ± 10,7	63,0 ± 11,6	61,4 ± 12,3
Поддержка диализного персонала	67,1 ± 10,1	76,5 ± 17,4	72,6 ± 13,3	73,8 ± 14,6	74,1 ± 19,9	74,1 ± 18,9
Тревога	6,4 ± 2,8	6,2 ± 2,3	7,0 ± 3,0	8,4 ± 2,4*	8,0 ± 2,4	8,3 ± 2,4
Депрессия	9,2 ± 3,7	7,8 ± 3,7	8,1 ± 3,1	8,1 ± 3,5	7,6 ± 2,7	8,0 ± 4,0

† Достоверные различия в группе ГД между временными значениями: до года и 5–10 лет, где $p < 0,05$.

‡ Достоверные различия в группе ГД между временными значениями: 1–5 и 5–10 лет.

° Достоверные различия в группе ПД между временными значениями: до года и 5–10 лет, где $p < 0,05$.

□ Достоверные различия в группе ПД между временными значениями: 1–5 и 5–10 лет.

отдельных параметров КЖ при разных видах ЗПТ отмечены достоверные различия по шкалам обремененности и влияния заболевания почек на повседневную деятельность, социальное и эмоциональное функционирование. Пациенты на ПД оценивали себя выше по данным показателям, что обусловлено меньшей зависимостью от медицинских центров. Полученные данные сходны с данными исследования КЖ у больных на разных видах ЗПТ, полученными в работе А.Ю. Земченкова и соавт. [7].

При оценке параметров КЖ в зависимости от сроков лечения отмечалась следующая тенденция: у больных на ПД (табл. 5) во все временные периоды субъективное отношение к своему здоровью было выше, чем у больных на ГД. Выявленные различия между пациентами, опрошенными при начале ЗПТ, и больными, находящимися на диализе сроком 1–5 лет, где параметры КЖ несколько выше, объяснимы психологической и физической адаптацией последних к данному виду терапии. С увеличением срока ЗПТ отмечается ухудшение показателей КЖ как на ПД, так и на ГД, что объясняется возникающими осложнениями в процессе лечения: вторичный гиперпаратиреоз, проблемы с сосудистым доступом, ухудшение ультрафильтрации при ПД и т. д.

Показатели уровней тревожности и депрессии расценивались как субклинически выраженные в обеих группах. У больных на ПД показатели КЖ по опроснику KDQOL-SF™, оценивающие психическое здоровье (настроение, наличие симптомов, характерных для депрессии), были несколько выше, чем у больных на ГД. В группе больных на ГД отмечался более высокий уровень депрессии по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии по A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983; И.А. Бевзу.

По данным R. Riezebos и соавт. [26], выявлено досто-

Таблица 6

Состояние нутриционного статуса и показатели КЖ

Параметры КЖ	I группа (n = 78)	II группа (n = 107)
Общее здоровье (ОЗ)	36,8 ± 17,3	45,3 ± 11,0*
Физическое функционирование (ФФ)	33,5 ± 10,0	32,8 ± 17,8*
Роловое физическое функционирование (РФФ)	55,2 ± 15,0	56,6 ± 16,4
Роловое эмоциональное функционирование (РЭФ)	37,4 ± 16,9	43,6 ± 14,2
Социальное функционирование (СФ)	46,6 ± 14,8	50,8 ± 14,0*
Болевые ощущения (Б)	45,5 ± 12,9	54,3 ± 16,9
Витальность (Ж)	38,1 ± 13,7	40,8 ± 17,1
Психическое здоровье (ПЗ)	48,9 ± 17,7	54,7 ± 13,8*
Бремя ХБП	22,6 ± 10,5	25,3 ± 10,7
Социальное взаимодействие	72,5 ± 15,4	73,9 ± 18,3
Когнитивные функции	70,5 ± 14,8	73,3 ± 18,3
Симптомы	71,6 ± 10,8	71,0 ± 15,3
Влияние ХБП	55,0 ± 11,0	58,6 ± 10,7
Сексуальные функции	60,8 ± 15,4	80,7 ± 16,5
Сон	49,0 ± 14,3	50,8 ± 19,8
Социальная поддержка	51,8 ± 12,4	64,0 ± 13,0*
Трудоспособность	9,8 ± 13,8	18,2 ± 19,5
Удовлетворенность медицинской помощью	64,7 ± 10,0	60,0 ± 14,7
Поддержка диализного персонала	78,7 ± 10,5	72,1 ± 10,8
Тревога	8,3 ± 2,3	7,2 ± 3,1*
Депрессия	9,0 ± 3,1	6,5 ± 3,7*

* Достоверные различия между I и II группами – $p < 0,05$.

верное влияние депрессии на выживаемость больных с терминальной уреимией: у больных с депрессивной симптоматикой летальность была в 3 раза выше. В то же время J.A. Koo et al. [19] выявили взаимосвязь между эффективным медикаментозным лечением депрессии у больных на ГД и улучшением некоторых нутриционных параметров,

включая концентрацию альбумина плазмы и нормализацию катаболизма белка, что, как известно, также коррелирует с выживаемостью пациентов.

Для выживаемости имеют значение также следующие факторы: возраст, высокий индекс коморбидности, нутриционный статус [13, 15, 17, 22].

В нашем исследовании при оценке сопутствующей патологии выявлен более низкий индекс коморбидности у больных на ПД, что можно объяснить более строгим отбором к данному виду лечения и более молодым возрастом больных на момент начала диализа.

Больные на диализе нередко имеют нарушения нутриционного статуса (30–50%), несмотря на адекватный диализ [10]. В развитии недостаточности питания имеют значение социальные и экономические факторы: бедность, одиночество и часто сопровождающая их депрессия [9].

По данным В. Gianciarusо et al. [13], частота нутриционных нарушений при лечении ПД значительно выше, чем при ГД. В нашем исследовании частота нутриционных нарушений не была выше в группе больных на ПД, что можно объяснить небольшой длительностью лечения больных, а также низкой частотой перитонитов в нашем центре (1 случай в 30 мес.), что, как известно, ухудшает нутриционный статус [17]. При исследовании в двух группах больных с нарушенным нутриционным статусом и без нарушения нутриционного статуса было выявлено, что параметры КЖ прямо коррелируют с альбумином ($r = +0,32$), общим белком ($r = -0,76$). У больных на диализе известен синдром хронического воспаления, который сопровождается повышением катаболизма. Мы обнаружили негативную корреляцию между суммарным показателем КЖ и уровнем СРБ ($r = -0,76$). По нашим данным, было выявлено, что КЖ у больных с нарушенным нутриционным статусом было ниже.

Таким образом, представленные данные оценки КЖ выявили более высокие показатели у больных на ПД по сравнению с ГД, как и в работе А.Ю. Земченкова и соавт. [7]. Кроме этого, была выявлена взаимосвязь КЖ с нутриционными параметрами, с выраженностью синдрома хронического воспаления. Отмечен более высокий уровень депрессии в группе больных на ГД. Полученные результаты делают возможным не только констатировать разницу в КЖ у больных на ЗПТ, но и наметить пути повышения КЖ: необходимость воздействия на нутриционный статус; контроль синдрома хронического воспаления; лечение депрессии.

Литература

1. Андрусев А.М., Титова Н.Л., Бибков Б.Т., Томилина Н.А. Перитонеальный диализ: ранние предикторы отдаленных результатов // Нефрология и диализ. 2003. № 4. С. 362–368.
2. Бибков Б.Т., Кирхман В.В., Ушакова А.И. и др. Предикторы летального исхода у больных на гемодиализе // Нефрология и диализ. 2004. № 2. С. 154–163.
3. Васильева И.А. Российская версия опросника Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™) – ценного диагностического инструмента для оценки качества жизни больных на диализе // Нефрология. 2007. № 11. С. 64–70.
4. Васильева И.А. Особенности качества жизни больных с хронической почечной недостаточностью при лечении гемодиализом // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2008. № 57. С. 75–86.
5. Горин А.А., Денисов А.Ю., Шило В.Ю. Комплексный подход к оценке качества жизни больных, находящихся на программном гемодиализе // Нефрология и диализ. 2001. № 2. С. 28–31.
6. Земченков А.Ю. Пути улучшения качества жизни больных на диализе // Медицина. 2006. № 4. С. 108–115.
7. Земченков А.Ю., Сапон Н.Г., Костылева Т.Г. и др. Оценка каче-

ства жизни у пациентов на гемо- и перитонеальном диализе с помощью опросника KDQOL-SF™ // Нефрология и диализ. 2009. № 2. С. 94–102.

8. Петрова Н.Н., Васильева И.А., Гаерик С.Л. Качество жизни больных при лечении перманентным гемодиализом и перитонеальным диализом // Нефрология. 1999. № 1. С. 88–92.

9. Полякова А.Г. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Медицина, 2002. С. 81–83.

10. Шутов Е.В. Нутритивный статус у больных с хронической почечной недостаточностью // Нефрология и диализ. 2008. № 2–3. С. 199–207.

11. Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L. et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation // J Chron Dis. 1987. Vol. 40. P. 373–383.

12. Evans R.W., Manninen D.L., Garrison L.P. The quality of life of patients with end-stage renal disease // N Engl J Med. 1985. Vol. 312. № 9. P. 553–559.

13. Gianciarusо B., Brunori G., Koople I. et al. Cross-sectional comparison of malnutrition in continuous ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis patients // Am J Kidney Dis. 1995. Vol. 26. Suppl. 3. P. 475–486.

14. Gokal R., Figueras M., Olle A., Rovira J. Outcomes in peritoneal dialysis and haemodialysis – a comparative assessment of survival and quality of life // NDT. 1999. Vol. 14. Suppl. 6. P. 24–30.

15. Gokal R. Health-Related quality of life end-stage renal failure // Nephrol. 2002. Vol. 14. P. 170–173.

16. Hays R.D., Kallich J.D., Mapes D.L. et al. Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring. Santa Monica, CA, USA, RAND (P-7994).

17. Kalantar-Zadeh K., Kopple J.D., Block G., Humphreys M.H. Association Among SF36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalisation, and Mortality in Hemodialysis // J Am Soc Nephrol. 2001. Vol. 12. P. 2797–2806.

18. Kimmel P.L., Peterson R.A. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs // Semin Dial. 2005. Vol. 18. № 2. P. 91–97.

19. Koo J.R., Yoon J.W., Kim S.G. et al. Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients // Am J Kidney Dis. 2003. № 41 (5). P. 1037–1042.

20. Laupacis A., Muirhead N., Keown P., Wong C. A disease specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis // Nephron. 1993. Vol. 60. P. 302–306.

21. Levy N. What is psychonephrology? // J Nephrology. 2008. Vol. 21. Suppl. 13. P. 51–53.

22. Merkus M.P., Jager K.J., Dekker F. et al. For the NECOSAD Study Group. Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of the Netherlands Cooperative Study Group on Adequacy in Dialysis (NECOSAD) // NDT. 1999. Vol. 14. P. 1163–1170.

23. Mingardi G. Quality of life and end-stage renal disease therapeutic programs. DIA-QOL Group. Dialysis quality of life // Int J Artif Organs. 1998. Vol. 21. P. 741–747.

24. Mosconi P., Appolone G., Mingardi G. Quality of Life and instruments in end-stage renal disease // J Nephrology. 2008. Vol. 21. Suppl. 13. P. 107–112.

25. Mucsi I., Kovacs A.S., Molnar M.Z., Novak M. Co-morbidity and quality of life in chronic kidney disease patients // J Nephrology. 2008. Vol. 21. Suppl. 13. P. 84–92.

26. Riezebos R.K., Nauta K.-J., Honig A. et al. The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease // NDT. 2010. Vol. 25. P. 231–236.

27. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B.R. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide Boston, MA. Nimrod Press, 1993.

28. Wu A.W., Fink N.E., Cagney K.A. et al. Developing a health-related quality of life measure for end-stage renal disease: the CHOICE health experience questionnaire // Am J Kidney Dis. 2001. Vol. 31. P. 11–21.

29. Zhang A., Cheng L., Zhuo N. et al. Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China // Health Qual Life Outcomes. 2007. Vol. 5. P. 49–56.

Получено 20.03.2010 – принято к печати 15.06.2010