

И.С. БЕЛОУСОВА

Нижегородская государственная медицинская академия

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ
ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Представленный обзор литературы посвящен современным данным по качеству жизни больных, находящихся на лечении программным гемодиализом. В данной работе также обозначены пути направления исследований, обобщение оценки качества жизни гемодиализных пациентов. В ходе обзора сделан вывод о том, что, несмотря на многочисленные исследования зарубежных и российских ученых в этой сфере, проблема не изучена в полном объеме.

Ключевые слова: программный гемодиализ, качество жизни

Ирина Сергеевна Белоусова – заочный аспирант кафедры госпитальной терапии им. В.Г. Вогралика. E-mail: yakobson.irina@bk.ru

I.S. BELOUSOVA

Nizhny Novgorod State Medical Academy

**QUALITY OF LIFE IN PATIENTS ON HEMODIALYSIS TREATMENT
PROGRAM (LITERATURE REVIEW)**

This review of literature is devoted to the modern quality of life in patients undergoing hemodialysis treatment program. Direction of research, compilation of assessment of quality of life in hemodialysis patients are indicated in the review. The review concludes that despite numerous studies of foreign and Russian scientists in this area, the problem has not been studied completely.

Keywords: program hemodialysis, quality of life

Irina Sergeevna Belousova - Post-graduate student of the Chair of Hospital Therapy n.a. V.G. Vogradik E-mail: yakobson.irina@bk.ru

Во многих разделах медицины используется понятие *качество жизни, связанное со здоровьем* (англ. *health related quality of life, HRQL*), или просто «качество жизни». Применительно к медицине, качество жизни (КЖ) – это интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая исходя из его субъективного восприятия [31].

При этом в концепции качества жизни можно выделить два аспекта. Во-первых, при его оценке принимаются во внимание разные сферы жизни пациента, как напрямую связанные с состоянием здоровья, так и зависящие от него лишь косвенно. При оценке качества жизни пациента учитывают физическую, психологическую, социальную, экономическую, духовную стороны его жизни. Во-вторых, оценка основывается в первую очередь на мнении самого больного, его субъективном восприятии качества жизни по тем или иным критериям [3]. Таким образом, концепция качества жизни, опирающаяся на состояние здоровья, в течение по-

следних десятилетий стала приобретать все большую популярность как важный показатель эффективности лечения [10].

С совершенствованием тактики лечения и технологии проведения программного гемодиализа (ПГД) выживаемость пациентов на заместительной почечной терапии (ЗПТ) перестала быть единственным критерием эффективности лечения [6]. С этих позиций все большее внимание стало уделяться оценке качества жизни (КЖ) больных, проходящих лечение гемодиализом (ГД). Но, если задачу существенного продления жизни больных с терминальной почечной недостаточностью можно в значительной степени считать решенной, то вопрос о качественном содержании этой необычной «искусственной» жизни, протекающей в условиях лечения гемодиализом, требует дальнейшего углубленного изучения и комплексной оценки [4]. Однако, несмотря на актуальность проблемы, исследования, выполненные по оценке КЖ гемодиализных больных, в различных странах крайне немногочисленны и порой противоречивы [39].

Цели и задачи исследования: оценить степень изученности проблемы оценки качества жизни больных, находящихся на лечении программным гемодиализом.

Проанализировать существующие исследования в области оценки качества жизни гемодиализных больных.

Материалы и методы

Изучены и проанализированы публикации российских и зарубежных ученых, касающиеся качества жизни больных, находящихся на лечении программным гемодиализом, за последние 15 лет.

Результаты и их обсуждение

В настоящей работе представлен анализ основных исследований последних лет, посвященный оценке качества жизни больных, находящихся на программном гемодиализе.

В доступных публикациях повышение качества жизни больных терминальной почечной недостаточностью рассматривается как основная или дополнительная цель лечения.

На первый взгляд, очевидно, что КЖ указанных больных существенно снижено при сопоставлении с лицами здоровой популяции [35, 20], но объективная его оценка возможна лишь по комплексу параметров, включающих физическую активность, психологические и клинические составляющие.

Исключительная роль оценки КЖ больных, находящихся на ПГД, просматривается в работах De Oreo P.V. (1997), Ifudu O. et al. (1998), Mapes D.L. et al. (2003), которые даже выдвигают этот показатель в качестве интегрального – своеобразного предиктора выживаемости больных. Ту же мысль развивают Kalantar-Zadeh et al. (2001), при этом особо подчеркивая значимость таких прогностически важных параметров качества жизни, как физическое и ролевое функционирование [33]. И.А. Васильева (2009) добавляет к ним суммарный показатель физического здоровья.

Несомненно, сам гемодиализ улучшает качество жизни пациентов. Однако, судя по результатам исследования DOPPS [31] на материале 9526 гемодиализных больных, на первый план выступает значимость психосоциальных факторов в оценке самими больными КЖ. Это подтверждают данные другого исследования, кооперативно одновременно проведенного в Японии, Европе и США (Fukuhara S. et al., 2003). В нем при использовании опросника KDQOL у 7378 больных, находившихся на ПГД, была установлена негативное влияние осознания болезни и сути гемодиализа на социальную активность пациентов и качество их жизни. Последнее оказалось отчетливо зависимым прежде всего от адекватности и эф-

фективности ГД. Больные с терминальной стадией почечной недостаточности находятся в прямой зависимости от работы аппаратуры и медицинского персонала в течение всей жизни.

Считается, что заместительная почечная терапия, очевидно, никогда не будет полностью адекватна потребностям организма и не заменит функционирование собственных почек [16]. Адекватным признается лишь лечение, которое ликвидирует все признаки и симптомы уремии, реабилитируя таким образом больного. Однако, по мнению A.R.Morton et al. (2005), показатели КЖ начинают улучшаться уже через полгода заместительной почечной терапии, заметно возрастающая к концу года лечения.

С позиций влияния качества заместительной почечной терапии на качество жизни гемодиализных больных подтвердилось значение коррелирующих с ней лабораторных показателей обследуемых. Это было показано прежде всего на зависимости КЖ от достигнутого уровня гемоглобина (Hb) крови. Так, в группе пациентов с терминальной ХПН и уровнем Hb 10 г/дл качество их жизни было по ряду параметров выше, чем у больных, получавших процедуры ГД при содержании Hb 8 г/дл (H. Leanza et al., 2000). Аналогичная закономерность была подтверждена в работе Kalantar – Zadeh et al. (2001). Другие зарубежные исследователи также отмечают, что с достижением целевого показателя гемоглобина наблюдается существенное повышение КЖ больных, находящихся на лечении ГД [25].

На оценке КЖ гемодиализных больных кроме лабораторных параметров сказывались и гендерные различия. Хотя женщины с терминальной стадией ХПН, находящиеся на гемодиализе, по W.E. Bloembergen et al. [16], имеют в целом лучшую выживаемость, чем мужчины, их качество жизни согласно F. Moreno et al. (1996), M.V. Rocco et al. (1997), G. Mingardi et al. (1999) в аналогичной ситуации остается ниже по сравнению с мужчинами. Причины этого авторы исследований объяснить затрудняются. Спиридонов В.Н. и др. (2005) утверждают, что применение современных методов диализной терапии позволяет увеличить продолжительность жизни некогда обреченных больных в среднем на 10-12 лет даже без проведения трансплантации почки. При этом десятилетняя вероятность выживания пациентов с ХПН, без учёта больных сахарным диабетом, превышает 50% [14, 7, 17].

Практически в итоге всех исследований по КЖ авторы единодушны во мнении, что КЖ значительно улучшается после трансплантации почки по таким

важным показателям, как физическая активность, энергичность, снижение беспокойства, тревожности и депрессии, что особенно важно при обязательном иммуносупрессивном режиме после трансплантации почки [23, 24, 26, 34, 37].

Влияние социальных факторов на качество жизни диализных пациентов в целом подтверждается рядом исследований, различаясь лишь в выраженности и деталях. По мнению L.E. Harris et al. (1993), низкий уровень образования, малый доход и тем более – отсутствие работы весьма отрицательно влияют на КЖ этих больных. Дальнейшие наблюдения F. Moreno et al. (1996), M.V. Rocco et al. (1997) подтвердили эти положения. Причем в отдельных исследованиях указанная корреляционная взаимосвязь оказалась особенно тесной (R. Sesso et al., 2003). Кроме социального статуса к благоприятным факторам адаптации диализных больных относят уровень образования, возраст, семейное положение и пол [15, 21].

При изучении трудового статуса в диализной популяции выявлено (R. Curtin et al., 1996), что 73% больных трудоспособного возраста (от 18 до 62 лет) до начала диализа имели работу, но с его началом продолжили трудиться лишь 24% пациентов. Причем, по мнению S. Blace et al. (2000), потерю трудоспособности следует, прежде всего, связать с физическим компонентом качества жизни. По данным И.А. Васильевой (2009), прогностическое значение трудовой занятости для гемодиализного пациента настолько велико, что его можно рассматривать как независимый предиктор последующего психического здоровья.

Множество факторов, сказывающихся на качестве жизни больных, находящихся на гемодиализе, и возможность повлиять на них, И.А. Васильева (2003, 2009) предлагает разделить на модифицируемые и частично модифицируемые. К первым относятся малобелковая диета, занятия лечебной физкультурой, наличие и устранение астении, тревоги, депрессии. Под частично модифицируемыми факторами подразумевается наличие у больного сопутствующей патологии, различных осложнений, величина таких лабораторных показателей как содержание альбумина плазмы и гемоглобина крови, описание социальных характеристик в виде уровня образования, наличия работы, величины дохода. Немодифицируемые факторы КЖ представлены полом, возрастом больных, длительностью заболевания, использованием для их лечения программного гемодиализа. Коррекция модифицируемых и частично модифицируемых факторов, по мнению автора, будет способствовать

улучшению КЖ больных, осуществлению мероприятий медицинской и психологической реабилитации [3].

К немодифицируемым факторам, очевидно, следует отнести и степень религиозности пациентов. В исследовании S.S. Pateletal (2002) была показана сильная коррелятивная связь между религиозностью диализных пациентов и их качеством жизни. Из них более религиозные имели и более высокое КЖ.

Осознание своего заболевания, обусловившего терминальную ХПН, необходимость лечения программным гемодиализом, снижение качества жизни, проанализированного нами выше, ведут к развитию у больных тревожно-депрессивного синдрома, которому придается большое значение в клинической практике при работе с гемодиализными больными. Так, некоторые исследователи ставят выживаемость больных в прямую зависимость от наличия у них депрессии (P.L.Kimmel et al., 2000; R. Riezebos et al., 2009). Многие зарубежные исследователи также признают значительную роль психологических нарушений при ведении пациентов, находящихся на лечении программным ГД [38, 28].

Развитие тревожно-депрессивного синдрома у гемодиализных больных обуславливает множество факторов: зависимость от процедуры диализа, медицинского оборудования, персонала; регламентация диеты; соблюдение питьевого режима; прием медикаментов; потеря работы и свободы передвижения; возникновение половой дисфункции [32]. Дополнительными стрессами, связанными с особенностями ЗПТ, являются жизненная зависимость от аппаратуры, формирование сосудистого доступа, нередко заметного для окружающих людей, хирургическая установка постоянного перитонеального катетера [8, 21, 30].

По данным Н.И. Петровой [11], частота депрессий достигает до 38% у гемодиализных больных. Другие российские исследователи считают, что депрессии при развитии ХПН возникают значительно чаще, до 65% случаев [1, 2, 12]. Зарубежные ученые утверждают, что депрессия у больных на ЗПТ встречается у 10-60% [18, 16, 27]. В общей же популяции распространенность депрессии не превышает у женщин 5-9% и 2-3 % у мужчин [22].

Существует мнение, что психотравмирующее воздействие гемодиализа и развивающаяся депрессия могут обуславливать риск суицидального поведения больных [8, 5]. Одним из вариантов такого поведения является так называемый пассивный суицид в виде отказа больного от процедур гемодиализа (P.L.Kimmel, 2001).

Поиск факторов, провоцирующих развитие депрессии у диализных больных, не позволил к настоящему времени назвать какого-либо из них в качестве ведущего. Так, лишь установлена тесная связь наличия депрессии с уровнем социальной поддержки (A. Christensen et al., 1994), негативными лабораторными параметрами (H. Leanza et al., 2000), нарушением катаболизма белка (J. Koo et al., 2005; R. Riezebos et al., 2009). Факторный анализ в направлении поиска общих кумулятивных факторов, влияющих на качество жизни, показал значимость астенического синдрома, ремоделирования миокарда и тревожности [13]. Также отмечено, что болезнь и диализ не только отнимают рабочее время, у больных также может снижаться сексуальная активность [36].

На частоте развития депрессии в отдельных исследованиях прослежено влияние расы. Так, по данным S. Watnick et al. (2003), депрессия наблюдалась значительно чаще у диализных больных белой расы по сравнению с афроамериканцами. В отличие от этой закономерности гендерные отличия не проявились в преимущественном развитии депрессии в зависимости от половой принадлежности (P.L. Kimmel et al., 2005).

Развитие депрессии, в свою очередь, негативно сказывалось на качестве жизни диализных больных (R. Riezebos et al., 2009).

Отдельного рассмотрения в аспекте целесообразности дальнейших исследований имеет вопрос о когнитивных расстройствах у больных, находящихся на программном гемодиализе. Факт их наличия в виде умеренных и тяжелых нарушений установлен в работе A. Murrey et al. (2006). По мнению авторов, необходимы дальнейшие исследования с целью выявления того, что более сказывается на углублении когнитивных расстройств – влияние основного заболевания или само лечение гемодиализом.

Подводя итог вышесказанному, развившаяся депрессия у больных на ГД может быть причиной нарушений питательного статуса, состояния иммунной системы и значимо снижает комплаентность больных к лечению [29].

Проблема комплаентности является особо актуальной для популяции диализных больных. Комплаентность (от англ. *patient compliance*, приверженность лечению) – степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача [19]. С явлением некомплаентности отчетливо возрастает относительный риск смерти пациентов, находящихся на гемодиализе (P.L. Kimmel et al., 1998). Особенно это касается лиц с сер-

дечной недостаточностью по сравнению с лицами, соблюдавшими медицинские рекомендации (S.K. Ganesh et al., 2001).

Распространенность некомплаентности среди пациентов, находящихся на гемодиализе, судя по результатам проведенных исследований, достигает 50% (Н.Н. Петрова и И.А. Васильева, 1995). Найдена прямая корреляция между некомплаентностью и преддиализным повышенным АД (A.J. Christensen et al., 1997). Однако чаще это касается лиц молодого возраста, пропускающих сеансы ГД, сокращающих диализное время, нарушающих диетические рекомендации и питьевой режим, склонных к курению и злоупотреблению алкоголем. Кстати, по мнению A. Hegde et al. (2000), коррелятивная связь между алкоголизмом и некомплаентностью достаточно высока. Частота алкоголизма среди больных на гемодиализе по их данным достигает 27%. Это значительно выше, чем в общей популяции населения в США (колебания статистических данных от 5 до 10%).

Полагают, что перспективы повышения комплаентности пациентов, находящихся на гемодиализе, а также роста качества жизни, очевидно, видятся в их преддиализном обучении (R. Wingard et al., 2007; G.K. Ramani et al., 2009).

Выводы

Подводя итоги нашего обзора, следует подчеркнуть, что с ростом числа больных, находящихся на программном гемодиализе, повышением его доступности проблема качества жизни пациентов приобретает все большую актуальность. Между тем, ей посвящены лишь немногочисленные работы. В вопросах значимости отдельных параметров, характеризующих качество жизни больных, находящихся на лечении программным гемодиализом, в их трактовке имеются разночтения. Эффективность коррекции факторов, влияющих на качество жизни, доступных модификации, также нуждается в уточнении. Требуется дальнейшее усиление по разработке профилактики и лечения возможной депрессии у этого контингента больных.

Список литературы

1. Барабыкина Е.В., Васильева И.А., Смирнова Л.М., Доброзраов В.А. Качество жизни и выживаемость больных молодого возраста, находящихся на лечении хроническим гемодиализом. – Нефрология. – 2003. – № 7. – С. 41-45.
2. Бобров А.Е. Генерализованная депрессия в общеврачебной медицинской практике. – М., 2004. – С. 16.
3. Васильева И.А. Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы оценки и подходы к коррекции: дисс... докт. псих. наук. – СПб., 2010. – 401 с.

4. Васильева И.А. Особенности качества жизни больных с хронически 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., Шилов 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. Кай-Уве-Екард. Сердечно-сосудистые последствия почечной анемии и терапия эритропоэтином // Нефрология и диализ. – 2000. – Т.2. – № 3. – С. 181-188.
8. Лебедев Б.А. Психические нарушения при почечной недостаточности // Сборник «Хроническая почечная недостаточность». – JL, 1976. – С. 402-408.
9. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
10. Петрова Н.Н. Концепция качества жизни больных на заместительной почечной терапии // Нефрология и диализ. – 2002. – Т.4. – № 1. – С. 9-14.
11. Петрова Н.Н. Психическое состояние больных. Лечение хронической почечной недостаточности / Под редакцией С.И. Рябова. – СПб., 1997. – С.208-328.
12. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. – М.: Медицина, 2000. – С. 160.
13. Ткалич Л.М., Зибницкая Е.В., Калюжина А.А. и др. Факторы, влияющие на качество жизни больных с хронической почечной недостаточностью // Нефрология. – 2006. – №10 (1). – С.40-44.
14. Шутов А.М., Куликова Е.С., Кондратьева Н.И. и др. Гипертрофия левого желудочка у больных в додиализном периоде хронической почечной недостаточности, не связанной с сахарным диабетом // Нефрология. – 2001. – Т. 5. – № 2. – С. 49-53.
15. Bandiziol P., Crosta A., De Martino F. et al. Life without quality. Reflections of a female focus group on life, health and kidney disease // J. Nephrology. – 2008. – Vol.21. – P. 124-129.
16. Cameron J.I, Whiteside C. , Katz J. et al. Differences in Quality of Life Across Renal Replacement Therapies // A Meta-Analytic Comparison Am J Kidney Dis. – 2000. – Vol. 35. – № 4. – P. 629-637.
17. Chertow G., Chengshi J. et al. Significance of Frailty among dialysis Patients // J Am Soc Nephrol. – 2007. – Vol. 18. – P. 2960-2967.
18. Cohen S.D., Norris L., Acquaviva K. Screening, diagnosis, and treatment of Session in patients with end-stage renal disease // Clin J Am Soc Nephrol. – 2007. – Vol. 2. – P. 1332-1342. Compliance aus der Sicht des Patienten // Dtschzahnartzl. Z., 1989. – 44, 5. – P. 315-318.
19. De Oreo P.B. Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance // Am J Kidney Dis. – 1997. – Vol. 30. – P. 204-212.
20. De-Nour A.K. Social adjustment of chronic dialysis patients // Am. J. Psychiatry. – 1982. – Vol. 139. – № 1. – P. 94-97.
21. Diaz-Buxo J.A., Lowrie E.G., Lew N.L. et al. Quality of life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients // Am J Kidney Dis. – 2000. – Vol. 35. – P. 293-300.
22. Dobbels F., De Bleser L., De Geest S. et al. Quality of life after kidney transplantation: the bright side of life // Advances in chronic kidney diseases. – 2007. – Vol. 14. – № 4. – P. 370-378.
23. Fiebiger W., Mitterbauer C., Oberbauer R. et al. Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation // Health and Quality of Life Outcomes. – 2004. – Vol. 2. – P. 1-6.
24. Finkelstein F., Story K., Firanek C. Health-related quality of life and hemoglobin levels in chronic kidney disease patients // Clin J Am Soc Nephrol. – 2008. doi: 10.2215 / CJN.00630208
25. Franke G., Reimer G., Kohnlt M. et al. Quality of life in end-stage renal disease patients after kidney transplantation: development of the ESRD symptom checklist - transplantation module // Nephron. – 1999. – Vol. 83. – Suppl. 1. – P. 31-39.
26. Kimmel P.L., Cukor D., Cohen S.D. Depression in end-stage patients: a critical review // Advances in chronic kidney diseases. – 2007. – Vol. 14. – № 4. – P. 328-334.
27. 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.
28. Lee Sang-Kyu, Lee Hong-Seock, Tae-Byeong et al. The effects of antidepressant treatment on serum cytokines and nutritional status in hemodialysis patients // J Korean Med Sci. – 2004. – Vol. 19. – P. 384-389.
29. Levy N. What is psychonephrology // J. Nephrology. – 2008. – Vol. 21. – Suppl.13. – P. 51-53.
30. Lopes A.A., Bragg-Gresbam J.L., Goodrin D.A. et al. Factor associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS // Qual. Life Res. – 2007. – Vol. 16 (4). – P. 545-557.
31. 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.
32. Parkerson G.R., Gutman R.A. Health-Related Quality of Life Predictors of I Survival and Hospital Utilization // Health care financing review. – 2000. – Vol. I 21. – № 3. – P. 171-184.
33. Rebollo P., Ortega F., Ortega T. et al. Spanish validation of the “Kidney Transplant Questionnaire”: a useful instrument for assessing health related quality of life in kidney transplant patients // Health and Quality of Life Outcomes. – 2003. – P. 1-9.
34. Seica A., Segall L., Verzan C. Factors affecting the quality of life hemodialysis patients from Romania: a multicentric study // Nephron Transplant. – 2008. – 1 of 4.
35. Valderrabano F., Jofre R., Lopez-Gomez J.M. Quality of life in end-stage renal disease patients // Amer J Kidney Dis. – 2001. – Vol. 37. – № 3. – P. 443-464.
36. Wesolowski T., Sziber P. A trial of objective comparison of quality of life between of chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal plantation // Annals of Transplantation. – 2003. – Vol. 8. – P. 48-54.
37. Wight J.P., Edwards L Brazier J et al The SF-36 as an outcome measure of services for end-stage renal failure // Qual Health Care. – 1998. – Vol. 7. – P.209-221.
38. Wit G. A. Health profiles and health preferences of dialysis patients / G. A. Wit, M.P. Mercus, R.T. Krediet, F.T. Charro // Nephrol. Dial. Transplant. – 2002. – Vol. 17. – P. 86-92.