Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению

и социальному развитию»

ІІ4 ? 01 153646" *Н° правах рукописи*

Крылова Мария Ивановна

**Качество жизни больных на гемодиализе и перитонеальном диализе**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

**14.01.29 - нефрология**

Научный руководитель: д.м.н., проф. В.М. Ермоленко

Москва 2010

Оглавление

Стр.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 4

ВВЕДЕНИЕ 5
ГЛАВА 1.ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1. Понятие качества жизни 9
2. Изучение качества жизни у нефрологических больных 11
3. Качество жизни у больных на ЗПТ 14
4. Депрессивные и тревожные расстройства 26
5. Нутриционный статус и качество жизни

больных на ЗПТ 29

1.6. Реабилитация больных 33

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

1. Характеристика больных 3 6
2. Технические особенности проведения диализа 39
3. Методы исследования 40
4. Методы статистической обработки материалов исследования 46

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ

1. КЖ пациентов на диализе 48
2. Влияние социально-демографических и клинико-биохимических параметров на КЖ 55
3. КЖ больных, получающих лечение ПАПД и АПД 61
4. Выживаемость больных на ЗПТ, прогностическое значение параметров КЖ 63
5. Аффективные расстройства и КЖ пациентов на

диализе 64

3.6. Влияние сопутствующей патологии

наКЖ 70

3.7. Влияние нутриционного статуса

наКЖ 72

3.8. Реабилитация больных на диализе 80

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ 85

ВЫВОДЫ 94

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 96

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 97

**4**

Список сокращений

АПД — автоматический перитонеальный диализ

Б — боль

БИА - биоимпедансный анализ

БМТ - безжировая масса тела

БЭН - белково-энергетическая недостаточность

ВЖ - внеклеточная жидкость

ГД— гемодиализ

Ж - жизненная активность

ЗПТ - заместительная почечная терапия

ИМТ- индекс массы тела

КЖ - качество жизни

КЖСТ - кожно-жировая складка над трицепсом

ОЖ - общая жидкость тела

ОЖСС — общая железосвязывающая способность

03 - общее здоровье

ОМП - окружность мышц плеча

ПАПД - постоянный амбулаторный перитонеальный диализ

ПД - перитонеальный диализ

ПЗ — психическое здоровье

РФФ - ролевое физическое функционирование

РЭФ - ролевое эмоциональное функционирование

СГО — субъективная глобальная оценка

СКФ — скорость клубочковой фильтрации

СРБ - С - реактивный белок

СФ - социальное функционирование

ТПН - терминальная почечная недостаточность

ФФ - физическое функционирование

ХПН - хроническая почечная недостаточность

**5**

Введение **Актуальность исследования**

Гемодиализ (ГД), перитонеальный диализ (ПД) и трансплантация почки (ТП) являются методами адекватного замещения утраченной функции почек. Из всех видов заместительной почечной терапии (ЗПТ) ТП является наиболее полноценным методом замещения. Усовершенствование диализных технологий увеличило на десятилетия продолжительность жизни пациентов,' что заставляет оценивать их состояние не только по показателям клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований, но и качество жизни (КЖ). Зависимость пациента от аппарата «искусственная почка», его образ жизни должны учитываться при оценке эффективности лечения.

К настоящему времени доказано, что имеется достоверная зависимость между КЖ и выживаемостью пациентов на ЗПТ, показатели КЖ обладают независимой прогностической значимостью выживаемости.

Наиболее частыми психическими расстройствами у больных на диализе являются тревожность и депрессия, обусловленными влиянием различных стрессогенных факторов, таких как постоянная зависимость от аппарата «искусственная- почка»; время, затрачиваемое на проведение диализа, в связи с этим ограничение свободы передвижения и деятельности; строгая диета, в том числе и ограничение потребления жидкости; изменение внешности и инвалидизация.

Важной проблемой, определяющей результаты лечения ГД и ПД, является состояние нутриционного статуса. Частота нутриционных нарушений среди больных, получающих ЗПТ колеблется от 18 до 56%, приводя к повышению заболеваемости и смертности среди пациентов на диализе и снижая КЖ. Внимание исследователей к нутриционным фактам состояния больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности также связано с их прогностическими значениями (Kalantar-Zadeh К., 2001; Chung S.H., 2003; Axelsson J., 2007).

**б**

Существует ряд зарубежных публикаций, посвященных проблемам КЖ больных на разных видах диализе (Gokal R., 1999; Diaz-Buxo J.A., 2000; Juergensen Р.Н., 2006; Wasserfallen J-B., 2006) и незначительное количество работ российских исследователей (Земченков А.Ю., 2009). В нашей стране этот подход еще не получил должного распространения, понятие КЖ полностью не оценено с позиции эффективности различных методов лечения терминальной почечной недостаточности (ТПН).

В связи с этим **целью настоящего исследования** явилась комплексная оценка медицинских показателей и сравнение КЖ у больных, находящихся на ГД и ПД. Определение взаимосвязи между КЖ, нарушениями нутриционного статуса, аффективными расстройствами и выживаемостью больных на диализе.

Задачи исследования:

1. Исследовать показатели КЖ, связанные со здоровьем больных терминальной почечной недостаточностью (ТПН), выявить факторы, определяющие КЖ больных на ЗПТ.
2. Проанализировать показатели' КЖ у больных, получающих ГД и ПД; с учетом- возраста, коморбидности, нутритивного статуса, наличия аффективных расстройств и влияние этих факторов на выживаемость, а также сравнить КЖ у больных на ПАПД и автоматическом перитонеальном диализе (АПД).
3. Оценить динамику показателей КЖ у больных в зависимости от продолжительности лечения диализом.

4. На основании анализа исследуемых показателей предложить
рекомендации по психологическому мониторированию больных на ЗПТ.

**7**

**Научная новизна:**

Впервые произведена сравнительная оценкаКЖ у значительного числа больных диализной популяции на разных видах ЗПТ с учетом-коморбидности, нутритивного статуса, наличия аффективных расстройств.

Определена» важная роль влияния аффективных расстройств- на КЖ больных.

Показано, что использование специфичных опросников и раннее выявление и лечение депрессивной симптоматики положительно. сказываются на лечении.и прогнозе больных на ЗПТ.

**Практическая значимость:**

Получены данные о зависимости' показателей» КЖ от наличия аффективных расстройств и нарушений»нутриционного статуса у больных на ЗПТ. Результаты, исследования КЖ, а также мониторирование проявлений ранних симптомов тревоги\* и депрессии, нарушений нутриционного. статуса использованы при разработке программ реабилитации- больных на лечении. различными, видами диализа, а также непосредственно перед началом- ЗПТ, что позволяет оптимизировать лечение:

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. У больных с ТПН. на ГД и ИД снижено. КЖ, что обусловлено непосредственным влиянием заболевания и зависимостью больного' от диализного лечения. Є началом» ЗПТ у больных улучшаются показатели КЖ, связанные с изменениями физического и социального функционирования.
2. Выявлена прямая зависимость показателей КЖ и выживаемости больных на диализе от нутриционных нарушений и наличия^ аффективных расстройств, что позволяет оценивать и мониторировать состояние больных и на основании выявленных особенностей разработать критерии для подбора индивидуальной психокоррекционной терапии. Полученные данные

**8** свидетельствуют о важной роли исследования КЖ с целью успешной реабилитации, улучшения прогноза выживаемости на ЗПТ, уменьшения количества осложнений.

**Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования используются в обследовании и лечении больных, находящихся на лечении гемодиализом и перитонеальным диализом, а также в период подготовки больных к началу диализа в нефрологическом отделении для больных, находящихся на заместительной почечной терапии ГКБ им. СП. Боткина.

**Апробация работы**

Основные положения доложены на межкафедральной конференции с участием кафедр нефрологии и гемодиализа и кафедры терапии и подростковой медицины ГОУ ДПО РМАПО Росздрава 30 июня 2010г.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 9 печатных работ.

**Выводы**

1. У больных с терминальной: почечной недостаточностью s на заместительной почечной; терапии снижено качество, жизни,; что обусловлено непосредственным влиянием заболевания и зависимостью больного от диализного лечения.
2. У больных на'перитонеальном диализе в сравнении с больными на гемодиализе показатели, качества жизни по опроснику KDQOL-SE™ оказались достоверно (р<0,05) выше по шкалам эмоционального функционирования: (47,4 ± 13,0і против; 37,0' ± 17,0 баллов), социального функционирования (53,5 ± 12,1 против 44,4 ± 13,2 баллов) обремененности заболеванием, почек (303 ± 12,6 против; 19,8 ± 16,3; баллов) и влияния. заболеванияшочек на повседневную деятельность (60, г ± 10,2 против 52,5і ± 8;4 баллов). Показатели качества жизни ухудшались независимо от вида заместительной почечной терапии с увеличением сроков лечения; и возраста больных.
3. Больные на автоматическом перитонеальном диализе в сравнении с больными- на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе, оценивали свое ' самочувствие выше по шкалам ролевого эмоционального функционирования (67,5 ± 13^6 против 47,4 ± 13,0) и социальнойподдержки. (80,4 ± 12,8против;65,5 ± 12,7)..
4. Нарушения нутриционного статуса независимо от тяжести сопутствующей патологии ассоциированы со снижением качества жизнш При анализе соотношения параметров качества жизни. по шкале malnutrition inflammation score установлены значимые отрицательные корреляции значений шкалы (р<0,05) с физическим функционированием (г = - 0;42); ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием (г — - 0,34); жизненной активностью (г = - 0^43); психическим здоровьем (г — -'■■ 0,46); когнитивным функционированием (г = - 0,33) и сексуальной; функцией (г = -0,33).

**95** 5. У больных на гемодиализе отмечен более высокий уровень депрессии по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии (8,2± ±3,5 против 7,4 ± 3,9), оказывающий неблагоприятное влияние на выживаемость. Летальность у больных с депрессивными симптомами была в 3,5 раза выше, чем у больных без депрессивных симптомов.

**96 Практические рекомендации**

1. При отборе и лечении больных на разных видах ЗПТ необходимо использовать шкалы самооценки КЖ по почечно-специфичному опроснику KDQOL-SF™ (версия 1.3).
2. Необходимо мониторировать в динамике уровень аффективных расстройств с применением опросника госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS), учитывая влияние депрессивной симптоматики на общее КЖ.
3. Всем больным на ЗПТ необходимо проводить контроль нутриционного статуса и синдрома хронического воспаления по лабораторным показателям и с применением шкалы malnutrition inflammation score (MIS).
4. Полученные результаты делают возможным наметить пути повышения КЖ: необходимость воздействия на нутриционный статус; контроль синдрома хронического воспаления; лечение депрессии.

Выводы

 Убольныхстерминальнойпочечнойнедостаточностьюназаместительнойпочечнойтерапиисниженокачествожизничтообусловленонепосредственнымвлияниемзаболеванияизависимостьюбольногоотдиализноголечения

 Убольныхнаперитонеальномдиализевсравнениисбольныминагемодиализепоказателикачестважизнипоопроснику™оказалисьдостовернорвышепошкаламэмоциональногофункционирования±іпротив±балловсоциальногофункционирования±против±балловобремененностизаболеваниемпочек±против±балловивлияниязаболеванияшочекнаповседневнуюдеятельностьг±противі±балловПоказателикачестважизниухудшалисьнезависимоотвидазаместительнойпочечнойтерапиисувеличениемсроковлеченияивозрастабольных

 Больныенаавтоматическомперитонеальномдиализевсравнениисбольныминапостоянномамбулаторномперитонеальномдиализеоценивалисвоесамочувствиевышепошкаламролевогоэмоциональногофункционирования±против±исоциальнойподдержки±против±

 НарушениянутриционногостатусанезависимооттяжестисопутствующейпатологииассоциированысоснижениемкачестважизншПрианализесоотношенияпараметровкачестважизнипошкалеустановленызначимыеотрицательныекорреляциизначенийшкалырсфизическимфункционированиемгролевымфункционированиемобусловленнымэмоциональнымсостояниемг—жизненнойактивностьюгпсихическимздоровьемг—■■когнитивнымфункционированиемгисексуальнойфункциейг



Убольныхнагемодиализеотмеченболеевысокийуровеньдепрессиипогоспитальнойшкалеоценкитревогиидепрессии±±против±оказывающийнеблагоприятноевлияниенавыживаемостьЛетальностьубольныхсдепрессивнымисимптомамибылавразавышечемубольныхбездепрессивныхсимптомов



Практическиерекомендации

 ПриотбореилечениибольныхнаразныхвидахЗПТнеобходимоиспользоватьшкалысамооценкиКЖпопочечноспецифичномуопроснику™версия

 НеобходимомониторироватьвдинамикеуровеньаффективныхрасстройствсприменениемопросникагоспитальнойшкалыоценкитревогиидепрессииучитываявлияниедепрессивнойсимптоматикинаобщееКЖ

 ВсембольнымнаЗПТнеобходимопроводитьконтрольнутриционногостатусаисиндромахроническоговоспаленияполабораторнымпоказателямисприменениемшкалы

 ПолученныерезультатыделаютвозможнымнаметитьпутиповышенияКЖнеобходимостьвоздействиянанутриционныйстатусконтрольсиндромахроническоговоспалениялечениедепрессии