

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-16>

Хроническая болезнь почек: программный гемодиализ и качество жизни

Д. Елфимов, кандидат медицинских наук,
И. Елфимова, кандидат медицинских наук,
М. Чайковская, кандидат медицинских наук,
З. Пермякова, кандидат медицинских наук,
С. Пушникова, кандидат медицинских наук,
М. Ребятникова, кандидат медицинских наук,
Г. Морева, кандидат медицинских наук
Тюменский государственный медицинский университет
E-mail: yelfimovda@mail.ru

Уровень качества жизни должен учитываться при оценке эффективности проводимой терапии и качества оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: нефрология, хроническая болезнь почек, гемодиализ, качество жизни.

Для цитирования: Елфимов Д., Елфимова И., Чайковская М. и др. Хроническая болезнь почек: программный гемодиализ и качество жизни // Врач. – 2018; 29 (12): 66–68. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-16>

Длительное время заболевания почек рассматривали как редкие, а некоторые авторы относили их к социально незначимым. В современном обществе почечная патология весьма распространена; создать представление об этом позволило ведение регистров пациентов с указанной патологией, а также получающих заместительную почечную терапию. Для государства уровень здоровья населения имеет большое значение, поскольку его снижение связано с неуклонным увеличением финансовых расходов на здравоохранение [1–3].

Наблюдая на протяжении 15 лет больных с разными нозологическими формами почечной патологии, мы особое внимание уделяем пациентам с хронической болезнью почек (ХБП) VD стадии, находящихся на программном гемодиализе (ПГД). Нам удалось проследить интересную закономерность между успешностью проводимой терапии и улучшением качества жизни (КЖ) больных.

Для исследования и динамического наблюдения были выбраны 2 сопоставимые по возрасту и полу группы пациентов без достоверных различий в сроках диализной терапии.

В 1-ю группу были включены пациенты с ХБП VD стадии, получающие ПГД, во 2-ю – пациенты с таким же диагнозом, получавшие не только ПГД, но и медикаментозную терапию, которая включала коррекцию

нарушений фосфорно-кальциевого обмена (препараты α -кальцидола и кальция карбоната) и анемического синдрома (таблетированные формы препаратов железа, а также инъекционные формы человеческого рекомбинантного эритропоэтина). Коррекцию доз медикаментозных препаратов проводили индивидуально у каждого пациента с периодичностью 2 нед.

Коррекцию артериальной гипертензии (АГ) целенаправленно с использованием медикаментозных препаратов мы не проводили. С нашей точки зрения, к решению вопроса о повышенном АД необходим иной подход. Так, большую пользу приносят беседы с пациентом, которые помогают ему отказаться от вредных и провоцирующих воздействий (в частности, потреблять меньше поваренной соли, чтобы снизить уровень систолического АД), встречи с людьми, достигшими желаемых результатов.

Другой важный фактор, мешающий удерживать на нужном уровне АД, – это употребление большого (избыточного) количества жидкости. Безусловно, человек испытывает неутолимую физиологическую потребность в приеме жидкости; также известно, что химические реакции лучше проходят в жидкой среде. Но у пациентов с выраженной ХБП, как правило, максимально нарушена водовыделительная функция почек – развивается анурия. В связи с этим мы неоднократно обращаем внимание пациентов на необходимость равномерно распределять потребляемую жидкость в междиализный период. Именно скачки в ее содержании (рост объема) в междиализный период и быстрый ее сброс в ходе сеанса гемодиализа – ГД («качели») ведут к неуклонному прогрессированию сердечной недостаточности [4].

Кроме того, у пациентов, получающих ПГД, возникают другие «качели» – рост уровня азотистых шлаков в междиализный период и быстрое его снижение во время ГД (графически – зигзагообразная кривая).

Отрицательное влияние повышенного уровня азотистых шлаков известно давно. Азотемия влияет на эффективность терапии, факторы риска, связанные с деятельностью сердечно-сосудистой системы, и др.

Именно быстрое снижение азотемии в крови во время сеанса ГД, способствует формированию интеллектуально-мнестических нарушений у пациентов, находящихся на ПГД. Обусловлено это значительно более низкой скоростью перехода средних молекул (азотистых шлаков) через гематоэнцефалический барьер.

Длительная циркуляция токсичных средних молекул в кровеносном русле отрицательно сказывается на функционировании всех систем и органов человека. Так, одним из ярких проявлений гиперазотемии является нарушение пищеварения. Возникающий у пациентов понос приводит к дистрофическим проявлениям. Обусловлено это токсическим поражением поджелудочной железы, сопровождающимся нарушением ее функ-

ционирования и изменением моторики кишечника. В результате понижаются пристеночное пищеварение и всасывание. У таких пациентов КЖ, как правило, крайне низкое [5].

Для оценки КЖ нами использован опросник SF-36 (SF-36 Health Status Survey, краткая форма некоммерческой версии). Анкета опросника SF-36 (русская версия) включает 36 пунктов (вопросов), сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 отражает полное здоровье. Все шкалы формируют 2 показателя: душевное и физическое благополучие [3, 6].

С помощью данного опросника можно оценить уровень показателя шкалы в любой точке наблюдения. Нами были выбраны следующие контрольные точки: исходно и через 1 год в 1-й группе; во 2-й группе, кроме того, дополнительно проводили ежегодный опрос на протяжении 5 лет наблюдения. Группу сравнения составили 30 здоровых обследованных, сопоставимых по возрасту и полу с пациентами основных групп.

Полученные нами результаты свидетельствуют о значительном снижении КЖ и жизнедеятельности у пациентов с ХБП VD стадии, получающих ПГД.

У обследованных больных нами отмечено снижение в 3 раза по сравнению со здоровыми уровня социального функционирования и в 2,5 раза – показателей шкал телесной боли, психического здоровья и физического функционирования ($p < 0,001$). В целом у больных ХБП VD стадии, находящихся на ГД, выявлено достоверное снижение показателей КЖ по всем шкалам опросника по сравнению с таковыми в норме ($p < 0,01$).

При динамическом наблюдении в течение 12 мес у пациентов 1-й группы, получавших только ПГД, нами не обнаружено улучшения КЖ (показатели не отличались достоверно от исходных) [3, 7, 8].

Во 2-й группе (пациенты с ХБП VD стадии, у которых применялась заместительная терапия с помощью ПГД и медикаментозная коррекция нарушений фосфорно-кальциевого обмена и анемического синдрома) через 12 мес нами выявлено достоверное увеличение показателей шкал КЖ по сравнению с исходными. По 5 шкалам эти показатели не отличались достоверно от таковых у здоровых лиц. Суммарные физическая и психическая компоненты здоровья выросли достоверно по сравнению с исходными показателями ($p < 0,001$), достоверных различий со здоровыми нами не выявлено [3, 9].

По всем 8 шкалам установлено достоверное различие между исходными показателями и через 12 мес динамического наблюдения. Во 2-й группе прирост по-

казателей был в 1,5–3,8 раза больше, чем в 1-й; максимальное значение отмечено по шкале социального развития [3, 10].

Дальнейшее ежегодное наблюдение пациентов через 2–5 лет показало, что во 2-й группе КЖ не снижалось и достоверно отличалось от исходных показателей и от КЖ в 1-й группе. Отметим, что показатели КЖ в выбранных контрольных точках достоверно не различались.

По нашему мнению, ключевым моментом в лечении пациентов с ХБП VD стадии, получающих ПГД, служит систематичность проводимой заместительной почечной терапии, а также медикаментозного лечения. Своевременная коррекция медикаментозной терапии – решающий сдерживающий механизм при прогрессировании почечной недостаточности. Максимально быстрое разрешение обнаруженных проявлений хронической почечной недостаточности (анемический синдром, нарушение фосфорно-кальциевого обмена и наличие сердечной недостаточности) сделает возможным своевременное и эффективное оказание пациенту необходимой медицинской помощи. Соблюдение этих требований позволит повысить КЖ больного и увеличить длительность его жизни [11].

В заключение считаем необходимым еще раз подчеркнуть, что показатели КЖ физических и психических шкал опросника SF-36, а также суммарные физическая и суммарная психическая компоненты закономерно повышаются в ходе лечения. Этот факт доказывает, что опросники КЖ могут быть использованы для комплексной оценки эффективности проводимой терапии, а также как независимый критерий при экспертизе качества оказания медицинской помощи. Поэтому предлагаем включить вопросы из опросника КЖ в медицинскую документацию (в медицинскую карту стационарного больного) для независимой оценки не только эффективности проводимой терапии, но и удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью (медицинской услугой).

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Морева Г.В., Елфимов Д.А., Лукьянова В.Н. и др. Формирование концепции хронической болезни почек и ее внедрение в педиатрическую практику // Врач. – 2017; 8: 36–40.
2. Елфимов Д.А., Елфимова И.В., Морева Г.В. Хроническая болезнь почек: проблемы терминологии и определения тяжести // Университетская медицина Урала. – 2017; 3 (1): 22–4.
3. Елфимов Д.А. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена и процессы пероксидации липидов у больных с терминальной стадией хронической недостаточности, получающих программный гемодиализ. Дис. ... канд. мед. наук. Томск: ГОУВПО Тюменская государственная медицинская академия, 2006; с. 146.

4. Жмуров В.А., Артемьева С.В., Жмуров Д.В. и др. Состояние сердечно-сосудистой системы у больных с хронической болезнью почек, работников железнодорожного транспорта // Медицинская наука и образование Урала. – 2018; 19 (1): 39–42.

5. Елфимов Д.А., Елфимова И.В., Тунгусов Ю.М. Клинико-лабораторный анализ и самочувствие пациентов, получающих программный гемодиализ // Нефрология и диализ. – 2013; 15 (4): 344.

6. Ware J. Sherbourne C. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide / MA Boston: Nimrod Press, 1993; p. 250.

7. Елфимов Д.А., Елфимова И.В., Морева Г.В. Клиническая эффективность программной заместительной почечной терапии на показатели качества жизни у пациентов с хронической болезнью почек // Университетская медицина Урала. – 2016; 2 (5): 15–7.

8. Елфимова И.В., Елфимов Д.А. Изучение качества жизни у пациентов с хронической болезнью почек // Университетская медицина Урала. – 2017; 3 (4): 14–5.

9. Елфимов Д.А., Елфимова И.В., Морева Г.В. и др. Изучение качества жизни у пациентов с хронической болезнью почек // Университетская медицина Урала. – 2017; 3 (3): 14–6.

10. Елфимов Д.А., Елфимова И.В., Лапик С.В. Психосоматические нарушения у пациентов с хронической болезнью почек, получающих программный гемодиализ // Акад. журн. Западной Сибири. – 2015; 6 (61): 46–8.

11. Елфимова И.В., Елфимов Д.А. Базовые вопросы реабилитации пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающих программный гемодиализ // Акад. журн. Западной Сибири. – 2015; 11 (3): 19–21.

CHRONIC KIDNEY DISEASE: PROGRAM HEMODIALYSIS AND QUALITY OF LIFE

D. Elfimov, Candidate of Medical Sciences; **I. Elfimova**, Candidate of Medical Sciences; **M. Chaikovskaya**, Candidate of Medical Sciences; **Z. Permyakova**, Candidate of Medical Sciences; **S. Pushnikova**, Candidate of Medical Sciences; **M. Rebyatnikova**, Candidate of Medical Sciences; **G. Moreva**, Candidate of Medical Sciences

Tyumen State Medical University

The level of quality of life should be taken into account when evaluating the efficiency of therapy and the quality of medical care.

Key words: nephrology, chronic kidney disease, hemodialysis, quality of life.

For citation: Elfimov D., Elfimova I., Chaikovskaya M. et al. Chronic kidney disease: program hemodialysis and quality of life // *Vrach.* – 2018; 29 (12): 66–68. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-12-16>