

УДК 614.2:611.611
DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3;81-91

Сравнение качества жизни пациентов, получающих терапию методами перитонеального диализа и гемодиализа

И.В. Грибкова

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

Аннотация

Хроническая болезнь почек (ХБП) оказывает значительное влияние на качество жизни (КЖ) пациентов, связанное со здоровьем. Особенные проблемы вызывает терминальная стадия заболевания, которая приводит к необходимости заместительной почечной терапии (ЗПТ). Перед врачами и пациентами встает задача выбора метода ЗПТ. При этом необходимо учитывать не только показатели выживаемости, но и КЖ пациентов в условиях данной терапии, так как способность функционировать и поддерживать хорошее самочувствие является одной из целей лечения, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения. Поэтому оценка КЖ и выявление факторов, влияющих на него, становятся все более значимыми при определении эффективности терапии и принятии мер по ее улучшению.

Целью настоящей работы был обзор последних научных исследований, посвященных оценке КЖ пациентов, получающих ЗПТ методами гемодиализа (ГД) и перитонеального диализа (ПД); выявление наилучшего из этих двух средств ЗПТ с точки зрения качества жизни пациентов, оцененного с помощью общих опросников SF-36 и EQ-5D; установление факторов риска снижения качества жизни.

Поиск научных исследований осуществлялся в международной базе PubMed/MEDLINE в апреле 2024 г. по ключевым словам chronic kidney disease, quality of life, SF-36, EQ-5D, haemodialysis; peritoneal dialysis. Отбирались работы, опубликованные с 2018 по 2024 г., в которых сравнивалось качество жизни пациентов с ХБП, получающих ЗПТ методами гемодиализа и перитонеального диализа.

Результаты показали, что ПД является более предпочтительным методом, чем ГД. Для достижения высоких показателей КЖ также необходимы тщательное лечение нарушений фосфорно-кальциевого обмена и анемического синдрома, адекватное ведение сопутствующих заболеваний, оказание помощи пациентам в проведении домашних процедур, организация образовательных программ повышения самоэффективности и способности заботиться о себе, предоставление психологической помощи при необходимости.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек; гемодиализ; перитонеальный диализ; качество жизни; факторы; обзор литературы

Для цитирования: Грибкова, И.В. Сравнение качества жизни пациентов, получающих терапию методами перитонеального диализа и гемодиализа / И.В. Грибкова // Здоровье мегаполиса. – 2024. – Т. 5, вып. 3. – С. 81–91. – DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3;81-91

UDC 614.2:611.611

DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3;81-91

Comparison of the Quality of Life in Peritoneal Dialysis and Hemodialysis Patients

Gribkova I.V.

Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department,
9, Sharikopodshipnikovskaya ul., Moscow, 115088, Russian Federation

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) has a profound impact on patients' health-related quality of life (QoL). Particular problems are caused by the end-stage disease, which leads to the need for renal replacement therapy (RRT). Physicians and patients face the challenge of choosing a type of RRT. In this case, it is necessary to take into account not only survival rates but also the quality of life of patients who undergo the therapy, because the ability to function and maintain well-being is one of the treatment goals recommended by the World Health Organization. Therefore, assessing QoL and identifying factors influencing it becomes increasingly important in terms of therapy effectiveness and measures aimed at improving outcomes.

The purpose of this work was to review recent scientific studies assessing the quality of life among peritoneal dialysis (PD) and hemodialysis (HD) patients, as well as identifying the better RRT type and risk factors that affect the quality of life. In order to identify the most relevant RRT type, the general questionnaires SF-36 and EQ-5D were used.

A search for scientific studies was carried out in the international PubMed/MEDLINE database in April 2024 using the keywords: chronic kidney disease, quality of life, SF-36, EQ-5D, hemodialysis, and peritoneal dialysis. We selected papers published from 2018 to 2024 where the quality of life of patients with CKD receiving such RRT types as hemodialysis and peritoneal dialysis was studied.

The results showed that PD is more preferable than HD. To achieve a high quality of life, it is also necessary to carefully treat disorders of calcium and phosphate metabolism and anemia, adequately manage concomitant diseases, assist patients with medical care provided at home, organize educational programs to increase patients' self-efficacy and self-management, and provide psychological assistance if necessary.

Keywords: chronic kidney disease; hemodialysis; haemodialysis; peritoneal dialysis; quality of life; factors; literature review

For citation: Gribkova I.V. Comparison of the Quality of Life in Peritoneal Dialysis and Hemodialysis Patients. *City Healthcare*, 2024, vol. 5, iss. 3, pp. 81-91. – DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3;81-91

Введение

Хроническая болезнь почек (ХБП) представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения, так как сопряжена с неблагоприятными психологическими, физическими и экономическими последствиями. По данным Всемирной организации здравоохранения, она является одним из заболеваний, вносящих основной вклад в смертность населения. Наибольшие сложности связаны с терминальной стадией болезни почек, так как она существенно влияет на различные аспекты жизни пациентов, включая психическое и физическое здоровье, общее качество жизни [1]. При этом количество пациентов с терминальной стадией растет во всем мире [2, 3]. Для лечения этих больных применяют заместительную почечную терапию (ЗПТ): гемодиализ (ГД), перитонеальный диализ (ПД) или трансплантацию почки. ГД продолжает оставаться наиболее распространенной формой терапии почти во всех странах, на долю которой приходится около 80%, за ней следуют ПД и трансплантация почки [4].

Целью ЗПТ является не только улучшение выживаемости, но и достижение хорошего самочувствия больного [4]. Однако методы ЗПТ имеют как явные преимущества, так и недостатки, что, безусловно, влияет на качество жизни, связанное со здоровьем [4]. Пациенты, получающие ЗПТ, испытывают различные стрессовые факторы, включая побочные эффекты лекарств, истощение, потерю аппетита и некоторые другие физические нарушения, диетические и функциональные ограничения, психологические проблемы, а также социальные и семейные трудности [5]. Разные методы ЗПТ несут с собой индивидуальные преимущества и ограничения. Одним из основных различий между двумя методами диализа является то, что ПД обычно проводится дома, что дает пациентам больше независимости и свободы в управлении своим временем. Пациенты, находящиеся на гемодиализе, должны добираться до специализированных центров несколько раз в неделю по жесткому графику. С другой стороны, для проведения ПД может потребоваться помощь членов семьи или приходящего медицинского персонала [6]. Эти факторы, помимо выше упомянутых, также влияют на здоровье пациента, и их, безусловно, следует учитывать при оценке эффективности терапии.

Качество жизни (КЖ) представляет собой широкую концепцию, которая охватывает множество областей, связанных с физическим, психологическим, эмоциональным и социальным функционированием [1]. Оценка этого показателя может играть важную роль в постановке целей терапии, оценке потребностей пациента, мони-

торинге прогрессирования заболевания и эффективности терапии. Несколько исследований продемонстрировали связь между снижением качества жизни и увеличением заболеваемости и смертности [7, 8].

Таким образом, оценка КЖ и выявление факторов, влияющих на него, становятся все более значимыми при определении эффективности терапии и принятии мер по ее улучшению [9, 10]. Особенно актуальна оценка КЖ больных на ЗПТ, так как некоторые предыдущие исследования показали, что у пациентов, находящихся на диализе, КЖ ниже, чем у населения в целом [4].

Для оценки КЖ используется множество инструментов, включая общие опросники, и анкеты, относящиеся к конкретным заболеваниям. На данный момент нет единого мнения относительно стандартного метода для измерения КЖ при ХБП [4], но наиболее часто используют общие опросники SF-36 и EQ-5D.

Несколько работ убедительно продемонстрировали, что трансплантация почки является наилучшим методом ЗПТ в отношении качества жизни пациентов [11–14]. В некоторых исследованиях сравнивались и показатели КЖ больных, находящихся на ПД и ГД, но результаты были противоречивыми [11, 15].

Целью настоящей работы был обзор последних научных исследований, посвященных оценке КЖ пациентов, получающих ЗПТ методами гемодиализа и перитонеального диализа; выявление наилучшего из этих двух средств ЗПТ с точки зрения качества жизни пациентов; установление факторов риска снижения качества жизни.

Отобранные исследования

Поиск научных исследований осуществляли в международной базе PubMed/MEDLINE в апреле 2024 г. по ключевым словам *chronic kidney disease, quality of life, SF-36, EQ-5D, haemodialysis, peritoneal dialysis*. Отбирали работы, опубликованные с 2018 по 2024 г., в которых сравнивали качество жизни пациентов с ХБП, получающих ЗПТ методами гемодиализа и перитонеального диализа.

Нами было отобрано 3 исследования, в которых КЖ пациентов изучалось с помощью опросника EQ-5D [16–18], и 6 работ, в которых использовали SF-36 [13, 14, 19–22]. Среди них присутствуют небольшие исследования (75–80 пациентов) [13, 19] и более крупные наблюдения (100–250 пациентов) [14, 16–18, 21, 22]. В трех работах изучали, как изменяется КЖ пациентов, получающих терапию двумя видами диализа с течением времени [13, 19, 20]. Помимо КЖ, в исследованиях

регистрировали социально-демографические характеристики пациентов, сопутствующие заболевания и биохимические маркеры, показатели физического и психического состояния, а также факторы окружающей среды, такие как уровень

образования, семейное положение, работа, образ жизни, доходы и расходы семьи.

Кратко результаты оценки/анализа отобранных работ изложены в таблице 1.

Таблица 1 – Основные результаты оценки/анализа отобранных исследований
Table 1 – Key findings of assessment/analysis of the studies selected for the research

Источник	Пациенты	Используемый опросник, измеряемые показатели	Основные результаты	Факторы, влияющие на КЖ
EQ-5D				
[16]	141 пациент (77 пациентов на ГД и 64 пациента на ПД). Средний возраст 54 года	EQ-5D-3L, уровень образования, ежемесячный доход семьи, индекс массы тела (ИМТ), статус занятости, продолжительность диализа и сопутствующие заболевания. Также регистрировались результаты лабораторных исследований, включая сывороточный кальций (ммоль/л), гемоглобин (г/дл), сывороточный альбумин (г/л) и адекватность диализа (Kt/V)	Настоящее поперечное исследование показало, что пациенты на ПД имеют более высокий показатель КЖ, чем пациенты на ГД, но это не было статистически значимым. Средние баллы КЖ составили $0,854 \pm 0,181$ и $0,905 \pm 0,124$ ($p > 0,05$), а средние баллы по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) составили $76,2 \pm 12,90$ и $77,1 \pm 10,26$ ($p > 0,05$) для пациентов на ГД и ПД соответственно	Гемоглобин (<10 г/дл) ($p = 0,003$), количество сопутствующих заболеваний ≥ 3 ($p = 0,004$) и статус прикованности к инвалидной коляске ($p < 0,001$) были значимыми предикторами плохого качества жизни
[17]	178 пациентов (131 на ГД и 47 на ПД). Средний возраст 66 лет	EQ-5D-5L, возраст, пол, продолжительность диализа, индекс массы тела (ИМТ), уровень образования, семейное положение, статус занятости, уровень гемоглобина, расчетная скорость клубочковой фильтрации и уровень мочевины в сыворотке, сопутствующие заболевания	Средний балл EQ-5D-5L был значительно выше у пациентов на ПД, чем у пациентов на ГД ($0,848 \pm 0,183$ против $0,766 \pm 0,231$; $p = 0,030$). Пациенты на ПД были моложе, имели более короткую продолжительность диализа, были трудоустроены, имели более высокий общий уровень долгосрочной терапии, имели контролируемую гипертензию и более низкий уровень мочевины в сыворотке, чем пациенты на ГД	Пожилой возраст ($\beta = -0,006$; $p < 0,001$) и наличие язвенной болезни ($\beta = -0,083$; $p = 0,029$) были связаны с более низкими показателями качества жизни
[18]	250 пациентов (125 на ГД и 125 на ПД). ПД проводили в больнице. Средний возраст 46–55 лет	EQ-5D-3L, образование, профессия, длительность терапии, сопутствующие заболевания	Не обнаружено никакой разницы в качестве жизни между пациентами с ХБП, проходящими гемодиализ, и ПД в больнице	-
SF-36				
[13]	32 пациента не получали ЗПТ, 30 находились на гемодиализе (ГД), 19 – на перитонеальном диализе (ПД) и 19 получили трансплантат почки	SF-36, биохимические данные и эхокардиография были получены исходно и через средний интервал 33 (диапазон 12–85) мес.	Среди реципиентов почечного трансплантата показатели «Время болезни почек» и «Общее состояние здоровья» улучшились по сравнению с пациентами, получавшими терапию ГД ($p < 0,0001$ и $p = 0,007$ соответственно), ПД ($p = 0,0005$ и $p = 0,03$ соответственно), или оставались на додиализном лечении ($p = 0,009$ и $p = 0,003$ соответственно), «Последствия заболевания почек» улучшались по сравнению с теми, кто получал ГД ($p = 0,004$) или ПД ($p = 0,002$). Изменения в показателях SF-36 «физические компоненты» не различались между пациентами, получавшими разные методы лечения	Более высокие уровни альбумина и холестерина в плазме были связаны с улучшением качества жизни в разделах «Симптомы/проблемы» ($r = 0,28$, $p = 0,005$ и $r = 0,30$, $p = 0,004$ соответственно) и «Последствия заболевания почек» ($r = 0,27$, $p = 0,008$ и $r = 0,24$, $p = 0,03$ соответственно)

Таблица 1. Продолжение
Table 1. Continued

Источник	Пациенты	Используемый опросник, измеряемые показатели	Основные результаты	Факторы, влияющие на КЖ
[14]	162 пациента (гемодиализ получали 52 пациента, 60 пациентов получали ПД, 50 пациентов получили трансплантат почки). Средний возраст 60 лет	SF-36, возраст, индекс массы тела (ИМТ), пол, длительность лечения, артериальное давление, уровни гемоглобина, липопротеинов холестерина низкой плотности, кальция-фосфора, общего холестерина, креатинина сыворотки, азота мочевины, глюкозы в крови, щелочной фосфатазы и С-реактивного белка, а также факторы окружающей среды, такие как уровень образования, семейное положение, работа, место проживания, доходы и расходы семьи	Группа перитонеального диализа имела более высокие баллы по физическому функционированию, физической роли, телесной боли, общему здоровью, психическому здоровью, физических компонентов и сводку психических компонентов, чем у группы гемодиализа	Возраст, уровни гемоглобина, глюкозы в крови, щелочной фосфатазы были основными факторами, влияющими на физический компонент КЖ. Возраст, уровень образования, условия проживания, расходы на лекарства и ежемесячный доход в основном влияли на психические компоненты КЖ
[19]	75 пациентов (45 пациентов на ГД и 30 пациентов на ПД). Средний возраст 65 лет	SF-36, мини-обследования психического состояния (MMSE), депрессивное состояние измерялось с использованием шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D). Анализируемые данные включали возраст, пол, индекс массы тела, а также систолическое и диастолическое артериальное давление. Были взяты образцы крови для измерения уровней глюкозы в плазме, гликированного гемоглобина, холестерина липопротеинов высокой плотности, холестерина липопротеинов низкой плотности, азота мочевины крови, креатинина, натрий уретического пептида головного мозга, общего белка и альбумина. Также измеряли силу захвата руки (мышечная сила) и суточный объем мочи. Пациентов обследовали до и каждые 12 мес. после начала диализа в течение 24 мес.	Показатели физического и социального компонента SF-36 значительно улучшились у пациентов на ПД через 24 мес. по сравнению с показателями, наблюдавшимися на исходном уровне (42,8 против 39,4; $P < 0,05$ и 46,4 против 37,3; $P < 0,05$ соответственно); однако у пациентов на ГД показатели остались неизменными. Показатели MMSE значительно снизились через 12 и 24 мес. у пациентов на ГД (29,0 против 26,0, 25,0; $P < 0,05$), но остались неизменными у пациентов на ПД. Более того, показатели CES-D значительно ухудшились через 24 мес. у пациентов на ГД (12,8 против 16,5), но остались неизменными в условиях ПД	Сохранение суточного объема мочи и сила захвата были связаны с оценками SF-36, CES-D и MMSE
[20]	55 пациентов, получавших ЗПТ посредством ПД, ГД и/или трансплантации почки. Средний возраст пациентов 60 лет	SF-36, сопутствующие заболевания. Наблюдения проводили в течение пятилетнего периода	Пациенты на ПД ($p = 0,068$) и реципиенты трансплантатов ($p = 0,083$) имели лучшее общее восприятие здоровья. Физическое функционирование с годами ухудшается. Гемодиализ – это терапия, которая наиболее негативно влияет на общее восприятие здоровья	-
[21]	36 пациентов на комбинированной терапии (ПД + ГД), 103 пациента на ГД и 90 пациентов на ПД	SF-36	Рольевые/социальные компоненты КЖ пациентов на комбинированной терапии (ПД + ГД) было лучше, чем у пациентов на ГД, и сравнимы с таковыми у пациентов на ПД, тогда как физический, психический и общий компоненты КЖ у пациентов на ПД + ГД были сопоставимы с показателями пациентов на ГД и ПД	-

Таблица 1. Окончание
Table 1. Continued

Источник	Пациенты	Используемый опросник, измеряемые показатели	Основные результаты	Факторы, влияющие на КЖ
[22]	140 пациентов со средним возрастом 43 ± 14 лет (30 пациентов на ГД, 20 пациентов на ПД, 30 пациентов, получивших трансплантат почки, контрольные группы)	SF-36, KDQoL-36, Питтсбургский индекс качества сна (PSQI), Общий опросник о состоянии здоровья-12 (GHQ-12). Лабораторные параметры: уровни азота мочевины крови, гемоглобина, гематокрита, кальция (Ca), фосфора (P), С-реактивного белка, альбумина, креатинина и уровни липопротеинов низкой плотности	КЖ было хуже в группе ГД и лучше в группе трансплантации почки, чем в группе ПД	Уровни сывороточного альбумина и гемоглобина, а также значения Kt/V (клиренс мочевины на диализе, умноженный на время диализа и нормированный по объему распределения мочевины) у пациентов с ХБП оказывали линейное и значимое влияние на качество жизни, которое демонстрировало значительную положительную корреляцию с качеством сна и психическим здоровьем. Напротив, уровни кальция и фосфора в сыворотке показали обратную корреляцию с оценками КЖ

Выявление наилучшего из двух средств ЗПТ: ПД и ГД – с точки зрения качества жизни пациентов, оцененного с помощью двух наиболее часто используемых опросников (SF-36, EQ-5D)

Результаты всех рассмотренных исследований, в которых использовали SF-36 для оценки КЖ, показали, что лечение ПД было связано с более высокими показателями качества жизни, чем терапия гемодиализом [13, 14, 19–22].

Из трех отобранных нами работ, оценивающих КЖ с помощью опросника EQ-5D, одно исследование сообщило о лучшем КЖ пациентов, получающих терапию ПД [17]. А в двух других работах авторы не обнаружили статистически значимой разницы между показателями КЖ пациентов на ЗПТ двумя видами диализа [16, 18]. В этих исследованиях использовали опросник EQ-5D-3L (в отличие от EQ-5D-5L, применяемом в работе [17]), в котором предлагается всего 3 варианта ответов в каждом блоке. Можно предположить, что этот опросник является менее чувствительным, чем EQ-5D-5L, и не позволяет зафиксировать достоверные отличия в данных измерениях. Еще одной возможной причиной отсутствия значимой разницы в КЖ у пациентов из исследования Rini I.S. и соавт. является то, что эти пациенты получали терапию ПД в больнице, а не дома и, следовательно, не имели преимуществ, описанных при домашнем проведении процедуры [18]. Однако в работе Tran P.Q. и соавт. получение значимой разницы в качестве жизни могло быть связано с тем, что в их исследовании пациенты

на ПД были моложе, трудоустроены, имели более короткую продолжительность диализа, более высокий общий уровень долгосрочной терапии, контролируемую гипертензию и более низкий уровень мочевины в сыворотке, чем пациенты, получающие терапию ГД [17]. Это, вероятно, могло послужить причиной более высоких показателей КЖ у пациентов, получающих терапию ПД.

Показатели физического и социального функционирования были выше у пациентов, получающих терапию ПД [14, 16, 19, 20]. При этом Hiramatsu T. и соавт., описавшие изменение КЖ пациентов на ЗПТ с течением времени, сообщили, что эти компоненты SF-36 значительно улучшились через 24 мес. лечения пациентов ПД по сравнению с данными, наблюдавшимися на исходном уровне (42,8 против 39,4; $P < 0,05$ и 46,4 против 37,3; $P < 0,05$ соответственно); в то время как у пациентов на ГД показатели остались неизменными [19].

Таким образом, согласно современным исследованиям с использованием опросника SF-36, ПД обеспечивает лучшее КЖ пациентов, чем ГД, причем различия в показателях статистически значимы и улучшаются с течением времени. Найденные нами работы с применением анкеты EQ-5D не позволяют сделать однозначных выводов в пользу того или иного метода.

Факторы, влияющие на качество жизни

Биохимическими маркерами, связанными с КЖ, были уровни щелочной фосфатазы, глюкозы, альбумина, гемоглобина, кальция и фосфора,

а также креатинина в сыворотке крови [13, 14, 16, 22]. Перечисленные показатели отчасти связаны с типичным процессом течения ХБП, отчасти являются маркерами наличия сопутствующих заболеваний, часто присутствующих при терминальной стадии болезни почек: анемии, диабета и др. Анемия может привести к аритмии и снижению функции сердца, что, в свою очередь, приводит к ряду сердечно-сосудистых событий и оказывает серьезное влияние на качество жизни пациентов. Концентрация глюкозы, как было показано ранее, может отражать тяжесть течения ХБП у пациентов [23].

Tran P.Q. и соавт. также установили, что на показатели КЖ оказывает влияние наличие язвенной болезни у пациентов, находящихся на диализе [17]. Этот результат можно объяснить тем, что лечение больных хронической язвенной болезнью проводили с использованием ингибиторов протонной помпы, которые ослабляют всасывание железа. А у пациентов, находящихся на диализе, наблюдается снижение выработки эндогенного эритропоэтина и абсолютный и/или функциональный дефицит железа. Поэтому лечение ингибиторами протонной помпы приводит к тяжелым симптомам анемии и соответственно снижению качества жизни [24].

Surendra N.K. и соавт. обратили внимание на высокую долю проблем, связанных с болью/дискомфортом, которые наблюдались у пациентов, независимо от метода лечения [16]. Ранее также было показано, что боль/дискомфорт влияют на общее качество жизни пациентов, получающих терапию ГД и ПД [25]. Существует множество факторов, которые могут привести к острой или хронической боли у таких пациентов. Это может быть боль, вызванная подготовкой сосудистого доступа и иглами, а также боль, связанная с имеющимися сопутствующими заболеваниями. Гемодиализ может вызвать гипотонию, аритмию или нарушение функции сердца [26]. Напротив, перитонеальный диализ относительно стабилен, не вызывает резких изменений объема жидкости в организме и оказывает лучший защитный эффект на остаточную функцию почек [14]. Между тем пациенты, находящиеся на гемодиализе без серьезных осложнений, во время терапии чувствуют боль только несколько раз в неделю. Кроме того, те, кто длительное время проходит лечение с адекватным сосудистым доступом, могут вообще не испытывать боли, и чувствуют себя более комфортно, когда приходят в больницу на гемодиализ. В то время как пациенты, которые проводят ПД дома, могут испытывать дискомфорт гораздо чаще (четыре раза в день). Иногда сообщается о боли, которую они чувствуют во время процесса замены жидкости [18].

Surendra N.K. и соавт. показали, что в целом количество сопутствующих заболеваний ≥ 3 и статус прикованности к инвалидной коляске были значимыми предикторами плохого качества жизни [16].

Таким образом, видно, что для улучшения КЖ очень важно грамотное ведение пациентов: назначение препаратов эритропоэтина, инъекционных препаратов железа, витамина D, а также лечение сопутствующих заболеваний. Возможно, необходимо назначение консультации соответствующих специалистов для облегчения их симптомов. Особенного внимания требуют ведение анемии, диабета, язвенной болезни. Также данные результаты указывают на то, что следует провести отдельное исследование причин боли/дискомфорта, чтобы выяснить, как можно улучшить КЖ в этом отношении.

Среди социально-демографических характеристик одними из факторов, влияющих на физические и психические компоненты КЖ пациентов, были возраст и высокий уровень образования [14, 17, 22]. Возможным объяснением снижения физических показателей КЖ у пожилых пациентов может быть то, что у них чаще возникают проблемы со здоровьем и наблюдается большое количество сопутствующих заболеваний, растущее снижение функции органов и иммунитета. Однако корреляция возраста с показателями психического состояния была положительной [22]. Можно предположить, что понимание пациентами болезни и контроль над собственными эмоциями были лучше у больных старшего возраста [27]. Пожилые пациенты с большей вероятностью принимают свои собственные ограничения, поэтому им легче чувствовать себя удовлетворенными условиями жизни. Более высокий уровень образования может привести к лучшему овладению процедурами и принципами диализа, а также правильному соблюдению медицинских инструкций, что способствует улучшению качества жизни.

В исследованиях также было продемонстрировано, что сохранение рабочих мест, ограничения во времени, диете и поездках являлись факторами, влияющими на качество жизни. Так, Surendra N.K. и соавт. показали, что пациенты, получающие терапию ПД, сообщали о меньшем количестве проблем в области обычной активности по сравнению с пациентами на ГД [16]. Авторы связывали это с тем, что ПД часто воспринимается как более простой и менее обременительный метод диализа, поскольку его можно проводить дома. Напротив, пациентам на ГД приходится ехать в соответствующие диализные центры, чтобы получить лечение, и обычно они проводят там около четырех часов, что ограничивает их повседневную деятельность. Также ПД является

более физиологичным методом из-за проведения процедур на ежедневной основе, а не 3 раза в неделю, как при ЗПТ методом ГД, в связи с чем человек не нуждается в строгой диете и жестком контроле водного режима в связи с длительным сохранением остаточной функции мочевого выделения. А в работе Hiramatsu T. и соавт. одним из объяснений лучшего КЖ пациентов на ПД было то, что больше субъектов на данной терапии остались на своих рабочих местах по сравнению с больными, получающими лечение ГД [19].

Ранее было показано, что пациенты, получающие ЗПТ, испытывают психологические проблемы [28–30]. Авторы одного из рассмотренных нами исследований сообщили, что условия проживания, расходы на лекарства и ежемесячный доход были основными факторами, влияющими на психические компоненты КЖ [14]. Для каждого вида терапии пациентам с ХБП необходимы длительное поддерживающее лечение и медицинские обследования. Из-за высоких медицинских расходов, отсутствия ролей в семье и обществе и даже потребности в семейном уходе пациенты часто испытывают негативные эмоции, такие как тревога и депрессия. Другим фактором риска стрессовых состояний является зависимость пациентов от аппаратов гемодиализа, которая серьезно ограничивает их жизнь и может оказывать негативное влияние на их психику [31]. Любое ухудшение состояния также вызывает тревогу, тем более что смерть является постоянным страхом среди пациентов с ХБП. Однако в исследовании Rini I.S. и соавт. большинство пациентов на ПД заявили, что тревоги не было [18]. Между тем 2,4% пациентов, находящихся на гемодиализе, по-прежнему чувствовали грусть и тревогу. Возможно, одним из объяснений является то, что, по сравнению с гемодиализом, перитонеальный диализ проще и легче освоить, и пациентам не нужно полагаться на других, чтобы пройти его самостоятельно, что сохраняет их достоинство [14]. В любом случае эмоциональная поддержка со стороны друзей и семьи необходима для эффективной борьбы с психологическими проблемами [32].

В исследовании Rini I.S. и соавт. «уход за собой» был компонентом с самым высоким значением качества жизни [18]. Однако все же около 3,2%

субъектов, получающих терапию ПД, испытывали значительные затруднения в уходе за собой, и 7,2 % пациентов, находящихся на гемодиализе, имели умеренные трудности в этой области. Таким образом, возможно, данные пациенты нуждаются в дополнительной мотивации и уверенности в практике ухода за собой. Для того чтобы улучшить данные показатели КЖ, можно проводить определенные образовательные программы повышения самоэффективности (веры в эффективность собственных действий и ожидания успеха от их реализации) и способности заботиться о себе [33].

Заключение

Способность функционировать и поддерживать хорошее самочувствие является одной из целей лечения, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения при ряде заболеваний. Оценка КЖ пациентов, получающих ЗПТ, проведенная в исследованиях последних 5 лет, показала, что ПД является более предпочтительным методом, чем ГД. Однако выбор подходящей для пациента ЗПТ должен осуществляться с учетом возможностей и пожеланий пациентов и их родственников, а также отсутствия противопоказаний при объяснении всех достоинств и ограничений предлагаемых методов. В любом случае для достижения высоких показателей КЖ, помимо назначения ЗПТ, необходимы тщательное лечение нарушений фосфорно-кальциевого обмена и анемического синдрома, адекватное ведение сопутствующих заболеваний, оказание помощи пациентам в проведении домашних процедур, организация образовательных программ повышения самоэффективности пациентов и способности заботиться о себе, предоставление психологической помощи при необходимости.

Список литературы / References

1. Raoofi S, Pashazadeh Kan F, Rafiei S, et al. Hemodialysis and peritoneal dialysis-health-related quality of life: systematic review plus meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2023;13(4):365-373. doi:10.1136/bmjspcare-2021-003182
2. Thurlow JS, Joshi M, Yan G, et al. Global Epidemiology of End-Stage Kidney Disease and Disparities in Kidney Replacement Therapy. *Am J Nephrol*. 2021;52(2):98-107. doi:10.1159/000514550
3. Lv JC, Zhang LX. Prevalence and Disease Burden of Chronic Kidney Disease. *Adv Exp Med Biol*. 2019;1165:3-15. doi:10.1007/978-981-13-8871-2_1
4. Chuasuwan A, Pooripussarakul S, Thakkinstian A, Ingsathit A, Pattanaprteep O. Comparisons of quality of life between patients underwent peritoneal dialysis and hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):191. Published 2020 Jun 18. doi:10.1186/s12955-020-01449-2
5. Schouten RW, Nadort E, Harmse V, et al. Symptom dimensions of anxiety and their association with mortality, hospitalization and quality of life in dialysis patients. *J Psychosom Res*. 2020;133:109995. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.109995
6. Ibrahimou B, Albatineh AN. Predictors of Quality of Life among Peritoneal Dialysis Patients with End-Stage Renal Disease in Kuwait. *Perit Dial Int*. 2019;39(2):180-182. doi:10.3747/pdi.2018.00140
7. Kularatna S, Senanayake S, Gunawardena N, Graves N. Comparison of the EQ-5D 3L and the SF-6D (SF-36) contemporaneous utility scores in patients with chronic kidney disease in Sri Lanka: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2019;9(2):e024854. Published 2019 Feb 15. doi:10.1136/bmjopen-2018-024854
8. Bastos MAP, Reis IA, Cherchiglia ML. Health-related quality of life associated with risk of death in Brazilian dialysis patients: an eight-year cohort. *Qual Life Res*. 2021;30(6):1595-1604. doi:10.1007/s11136-020-02734-9
9. Peipert JD, Bentler PM, Klicko K, Hays RD. Psychometric Properties of the Kidney Disease Quality of Life 36-Item Short-Form Survey (KDQOL-36) in the United States. *Am J Kidney Dis*. 2018;71(4):461-468. doi:10.1053/j.ajkd.2017.07.020
10. Hall RK, Luciano A, Pieper C, Colón-Emeric CS. Association of Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36) with mortality and hospitalization in older adults receiving hemodialysis. *BMC Nephrol*. 2018;19(1):11. Published 2018 Jan 15. doi:10.1186/s12882-017-0801-5
11. Liem YS, Bosch JL, Hunink MG. Preference-based quality of life of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value Health*. 2008;11(4):733-741. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00308.x
12. Hiragi S, Goto R, Tanaka Y, et al. Estimating the Net Utility Gains Among Donors and Recipients of Adult Living Donor Kidney Transplant. *Transplant Proc*. 2019;51(3):676-683. doi:10.1016/j.transproceed.2019.01.049
13. Hakamäki M, Järvisalo MJ, Lankinen R, et al. Evolution of Quality of Life in Chronic Kidney Disease Stage 4-5 Patients Transitioning to Dialysis and Transplantation. *Nephron*. 2022;146(5):439-448. doi:10.1159/000521771
14. Zhang L, Guo Y, Ming H. Effects of hemodialysis, peritoneal dialysis, and renal transplantation on the quality of life of patients with end-stage renal disease. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2020;66(9):1229-1234. doi:10.1590/1806-9282.66.9.1229
15. Boateng EA, East L. The impact of dialysis modality on quality of life: a systematic review. *J Ren Care*. 2011;37(4):190-200. doi:10.1111/j.1755-6686.2011.00244.x
16. Surendra NK, Abdul Manaf MR, Hooi LS, et al. Health related quality of life of dialysis patients in Malaysia: Haemodialysis versus continuous ambulatory peritoneal dialysis. *BMC Nephrol*. 2019;20(1):151. Published 2019 Apr 30. doi:10.1186/s12882-019-1326-x
17. Tran PQ, Nguyen NTY, Nguyen B, Bui QTH. Quality of life assessment in patients on chronic dialysis: Comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis at a national hospital in Vietnam. *Trop Med Int Health*. 2022;27(2):199-206. doi:10.1111/tmi.13709
18. Rini IS, Rahmayani T, Sari EK, Lestari R. Differences in the quality of life of chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Public Health Res*. 2021;10(2):2209. Published 2021 Apr 14. doi:10.4081/jphr.2021.2209
19. Hiramatsu T, Okumura S, Asano Y, Mabuchi M, Iguchi D, Furuta S. Quality of Life and Emotional Distress in Peritoneal Dialysis and Hemodialysis Patients. *Ther Apher Dial*. 2020;24(4):366-372. doi:10.1111/1744-9987.13450
20. Sitjar-Suñer M, Suñer-Soler R, Bertran-Noguer C, et al. Mortality and Quality of Life with Chronic Kidney Disease: A Five-Year Cohort Study with a Sample Initially Receiving Peritoneal Dialysis. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(11):2144. Published 2022 Oct 28. doi:10.3390/healthcare10112144
21. Tanaka M, Ishibashi Y, Hamasaki Y, et al. Health-related quality of life on combination therapy with peritoneal dialysis and hemodialysis in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis: A cross-

- sectional study. *Perit Dial Int.* 2020;40(5):462-469. doi:10.1177/0896860819894066
22. Küçük O, Kaynar K, Arslan FC, et al. Comparison of mental health, quality of sleep and life among patients with different stages of chronic kidney disease and undergoing different renal replacement therapies. *Hippokratia.* 2020;24(2):51-58
 23. Yang YF, Li TC, Li CI, et al. Visit-to-Visit Glucose Variability Predicts the Development of End-Stage Renal Disease in Type 2 Diabetes: 10-Year Follow-Up of Taiwan Diabetes Study. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(44):e1804. doi:10.1097/MD.0000000000001804
 24. Imai R, Higuchi T, Morimoto M, Koyamada R, Okada S. Iron Deficiency Anemia Due to the Long-term Use of a Proton Pump Inhibitor. *Intern Med.* 2018;57(6):899-901. doi:10.2169/internalmedicine.9554-17
 25. Wasserfallen JB, Halabi G, Saudan P, et al. Quality of life on chronic dialysis: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant.* 2004;19(6):1594-1599. doi:10.1093/ndt/gfh175
 26. Wong B, Ravani P, Oliver MJ, et al. Comparison of Patient Survival Between Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Among Patients Eligible for Both Modalities. *Am J Kidney Dis.* 2018;71(3):344-351. doi:10.1053/j.ajkd.2017.08.028
 27. Neumann D, Mau W, Wienke A, Girndt M. Peritoneal dialysis is associated with better cognitive function than hemodialysis over a one-year course. *Kidney Int.* 2018;93(2):430-438. doi:10.1016/j.kint.2017.07.022
 28. Griva K, Stygall J, Hankins M, Davenport A, Harrison M, Newman SP. Cognitive impairment and 7-year mortality in dialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2010;56(4):693-703. doi:10.1053/j.ajkd.2010.07.003
 29. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney Int.* 2013;84(1):179-191. doi:10.1038/ki.2013.77
 30. Brito DCS, Machado EL, Reis IA, Carmo LPFD, Cherchiglia ML. Depression and anxiety among patients undergoing dialysis and kidney transplantation: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2019;137(2):137-147. Published 2019 Jul 15. doi:10.1590/1516-3180.2018.0272280119
 31. Polikandrioti M, Koutelekos I, Gerogianni G, et al. Factors Associated with Hemodialysis Machine Dependency. *Med Arch.* 2017;71(2):122-127. doi:10.5455/medarh.2017.71.122-127
 32. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CF, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3327. doi:10.1590/1518-8345.3641.3327
 33. Ramezani T, Sharifirad G, Rajati F, Rajati M, Mohebi S. Effect of educational intervention on promoting self-care in hemodialysis patients: Applying the self-efficacy theory. *J Educ Health Promot.* 2019;8:65. Published 2019 Mar 14. doi:10.4103/jehp.jehp_148_18

Информация о статье

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Сведения об авторе

Грибкова Ирина Владимировна – канд. биол. наук, ведущий научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 115088, г. Москва, Шарикоподшипниковская улица, д. 9. +7 (495) 530-12-89, <https://orcid.org/0000-0001-7757-318X>

Для корреспонденции

Грибкова Ирина Владимировна
igribkova@yandex.ru

Article info

Conflict of interest: the author declares that there is no conflict of interest.

Funding: the author received no financial support for the research.

Information about author

Irina V. Gribkova – PhD, Leading Researcher of Scientific and Clinical Department of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 9, Sharikopodshipnikovskaya ul., Moscow, 115088, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0001-7757-318X>

Correspondence to

Irina V. Gribkova
igribkova@yandex.ru