

ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ - КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ С ПЕРИТОНЕАЛНА ДИАЛИЗА

Тодорова Г., Д. Косева, В. Божков, Б. Ралчева, Р. Иванова,
К. Филипова, К. Хаджолян, Д. Петкова*

Key words: peritoneal dialysis, hemodialysis, quality of life, chronic kidney disease

Увод

Хроничната бъбречна недостатъчност (ХБН) е клинично-лабораторен синдром, който настъпва вследствие на прогресираща загуба на функциониращи нефрони². ХБН често е резултат от влошаването на голям брой хронични бъбречни заболявания: пиелонефрит, гломерулонефрит, бъбречна поликистоза и сателитни нефропатии¹. Според данни от 2012 г. от ХБН страдат около 10% от хората в световната популация⁶. Пациентите с ХБН в терминален стадий, при които реналната функция е отпаднала, се подлагат на лечение с перитонеална диализа (ПД) или с хронична хемодиализа (ХХД), които са основни методи за заместване на бъбречната функция¹. При ПД се осъществява замяна на течност и субстанции между кръвта в перитониалните капилари и хипертонични разтвори, въведени в коремната кухина чрез катетър (на Tenckhoff).⁸ ХХД е апаратен метод за заместване на бъбречната функция, при който хомеостазните отклонения се коригират с помощта на диализатор и специално приготвен диализатен разтвор. При диализа кръвта се очиства от отпадните продукти на обмяната и се нормализират отклоненията в съдържанието на вода и електролити². ХХД е метод за заместване на бъбречната функция чрез апарат, който очиства и филтрира кръвта от отпадните продукти на обмяната.

МУ Варна, *Клиника по Белодробни болести, МБАЛ „Света Марина“, Варна

Chronic kidney disease – quality of life undergoing peritoneal dialysis treatment

Todorova G., D. Koseva, R. Ivanova, V. Bojkov, B. Ralcheva, K. Filipova, K. Hadjolyan, D. Petkova

Aim: The aim of the study is to estimate quality of life of patients with chronic renal failure (CRF) undergoing renal replacement therapy by peritoneal dialysis (PD). **Methods:** The study includes 27 subjects, 16 female (59%) and 11 male (41%) with a mean age 48.8 (range 20 - 73 years) conducting treatment of CRF with PD for average 19 ± 17 months (1-68 months). A questionnaire SF 36 was used to investigate physical, emotional and social aspects of patients life. Obtained data are compared with those of patients treated with hemodialysis (HD) and of healthy controls too. **Results:** The patients with CRF on PD treatment have reduced quality of life in all domains tested, compared to that of healthy controls and significantly better quality of life compared with patients on HD. **Conclusion:** CRF significantly aggravates the quality of life. The PD assures a better quality of life compared to the HD treatment.

ХБН сигнификантно влошава качеството на живот на пациентите. Качеството на живот (КЖ) е широко понятие, което включва оценка на личното благосъстояние, формирана по много и разнообразни критерии от физическо, психологическо и социално естество. В България проблемът за КЖ при пациенти на ПД не е проучван. Цел на проучването е оценка на КЖ на пациенти-

те с ХБН, които провеждат постоянно заместващо лечение с ПД. Материали и методи

Материали и методи:

Проведохме проспективно анкетно проучване, което обхваща 27 пациенти с ХБН, провеждащи лечение с ПД. Лечението се извършва в Клиниката по нефрология, остра и перитонеална диализа с дейности по бъбречна трансплантация в УМБАЛ „Света Марина“ в град Варна.

Включени са 27 лица, от които 16 жени (59%) и 11 мъже (41%), на средна възраст 48.8 (от 20 до 73) години, които провеждат лечение на терминална ХБН с ПД от 1 до 68 месеца, средно 19±17 месеца.

Изследването извършихме с въпросника Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey, който се използва най-често за общо измерване на КЖ. Валидиран многократно, адаптиран и превеждан в над 50 страни като основен метод за измерване на КЖ. SF-36 позволява данните в международните проучвания да бъдат събирани или директно сравнявани. Претърпял е задълбочено тестване в редица ситуации, включително и при болни с ХБН. 3

Оценката на свързаното със здравословното състояние КЖ включва осем домейна: Физическа функция (FF), Физи-

(SF), Телесна болка (BP), Виталност (VEF), Общо възприятие за здраве (GHP).

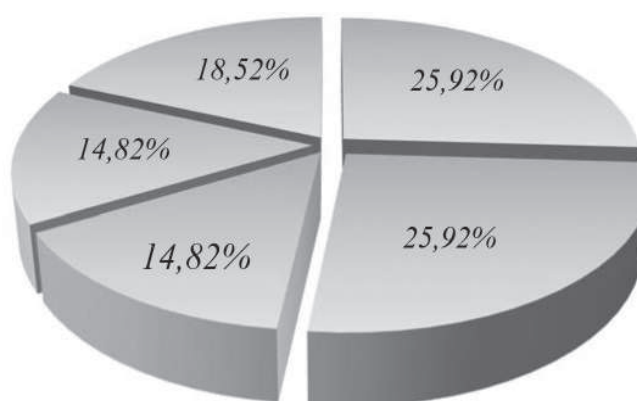
Всеки болен, след като декларира своето съгласие, попълни въпросника. Сборът от точки от различните домейни има ранг от 0 до 100. По-високият скор се асоциира с по-добро КЖ. Събраните данни сравнихме с тези на здрави контроли, като за изчисляването на резултатите използвахме стандартизирана методика.

Втората стъпка от проучването е да се съберат и анализират демографски данни (пол, възраст, местожителство) и такива относно характера и давността на заболяването, довело до ХБН. Данните са сравнени с тези при здрави лица и с такива на пациенти с ХБН, лекуващи се с ХХД. Изчислихме и продължителността на лечението с ПД от началото до анкетирането.

Установихме, че най-честите причини за ХБН са хроничният гломерулонефрит и хроничният пиелонефрит, следвани от диабетната и хипертензивната нефропатия. Тези са и причините, които в световен мащаб са отразени като водещи до ХБН5.

Макар и с по-малък относителен дял, друга нередка причина е бъбречната поликистозна болест (фиг. 1).

- Хрон. гломерулонефрит 25,92%
- Хрон. Пиелонефрит 25,92%
- Диабетна нефропатия 14,82%
- Хипертензивна нефропатия 14,82%
- Други 18,52%



Фиг. 1. Основно заболяване, довело до ХБН.

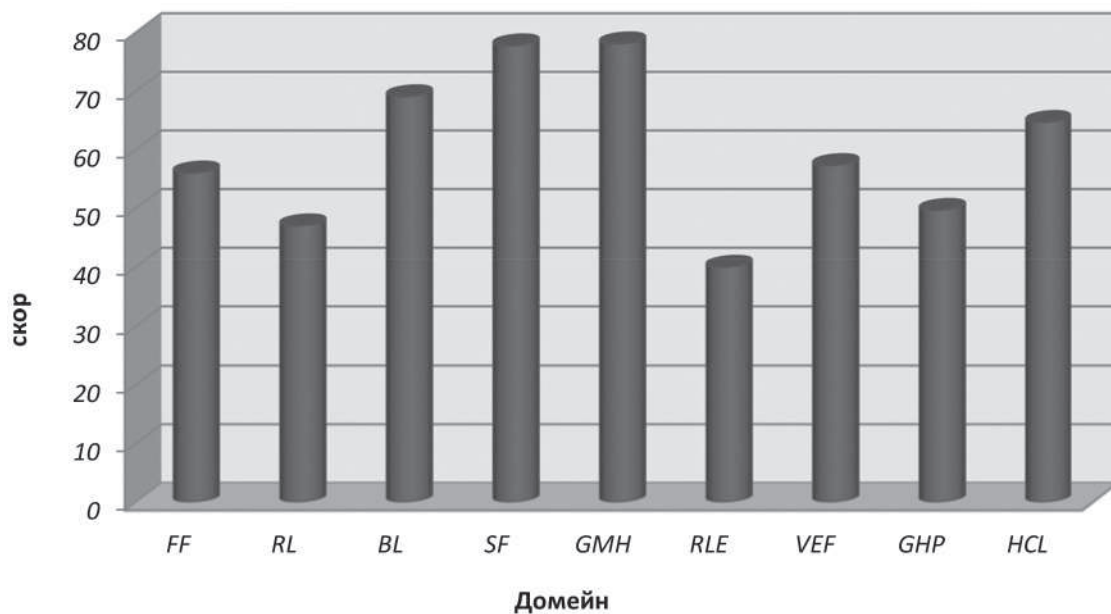
ческа функционална роля (RL), Емоционална функционална роля (RLE), Ментално здраве (MH), Социална функция

На фигура 2 са представени резултатите от обработката на въпросника SF

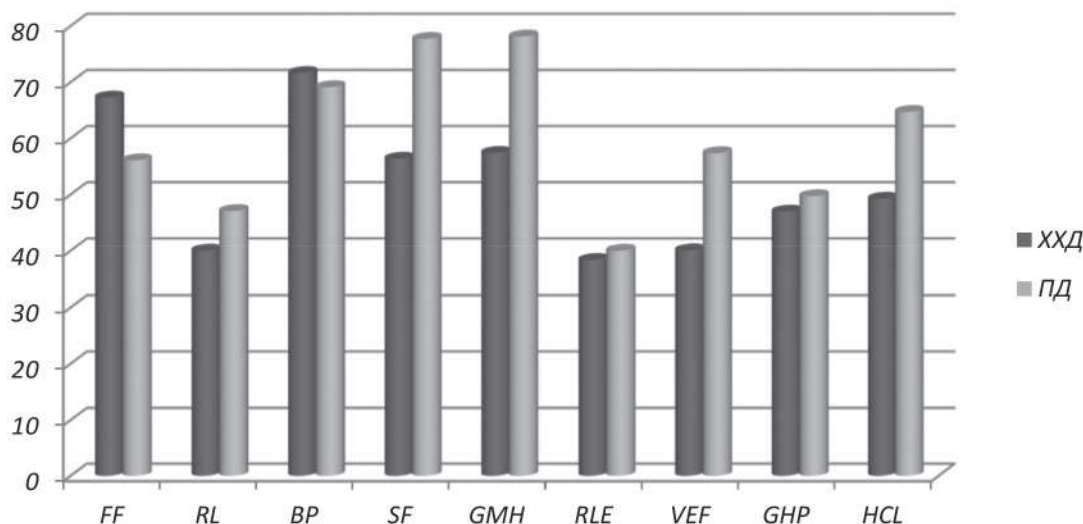
36 за КЖ на пациентите на ПД. Домейните с най-висок скор са тези за: физическа функция (FF), телесна болка (BP), социална функция (SF), ментално здраве (MH), виталност (VEF), общо възприятие за здраве (GHP), здравословното състояние в сравнение с миналата година (HCL).

На фигура 3 е сравнено качеството

установи, че пациентите на ПД имат по-добри резултати във всички домейни, с изключение на физическата функция. Това е така вероятно поради поставения перитонеален катетър за осъществяване на ПД и щаденето на коремната мускулатура, поради изкуствено създадения асцит от перитонеалния разтвор.



Фиг. 2. КЖ при пациенти с ХБН на ПД. Резултати от анализ на Въпросника SF 36 за КЖ.



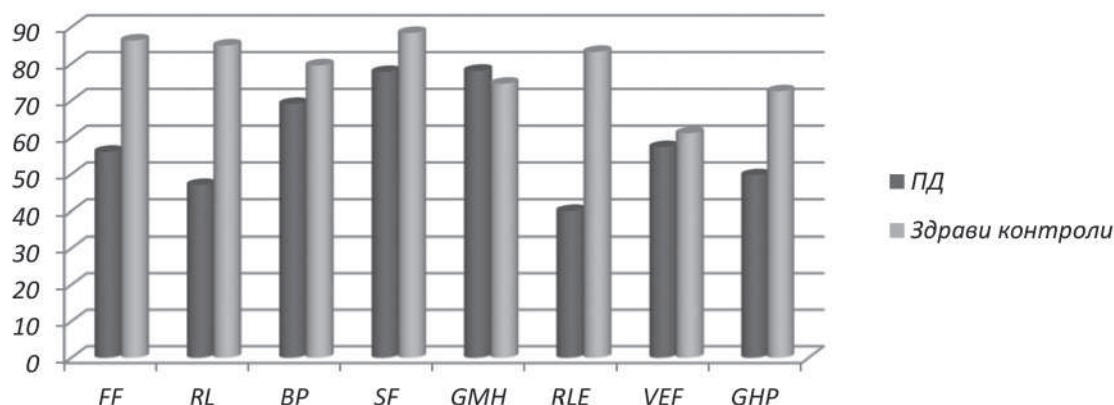
Фиг. 3. Качеството на живот при пациенти с ХБН на ПД, сравнени с пациенти с ХБН на ХХД

на живот на пациенти с ХБН на лечение с ПД с това на тези с ХБН на ХХД. При сравняването на двете групи пациенти се

На фигура 4 се сравнява КЖ на пациенти с ХБН на лечение с ПД с това на здрави контроли. Здравите мъже и жени

имат по-висок скор в 7 от 8-те изследвани домейна, в сравнение с болните от ХБН.

лечение, се отчита по висок общ скор при изследване КЖ 3.



Фиг. 4. Качеството на живот при пациенти с ХБН на ПД, сравнени със здрави мъже и жени

Дискусия

Анализът на получените резултати показва, че пациентите с ХБН на ПД демонстрират добро КЖ, с най-висок скор за домейните FF - 56.08, BP - 69.09, SF - 77.7, VEF - 57.35, HCL - 64.7.

Най-добро КЖ сред пациентите от изследваната група е налице за домейна GMH - 78.11.

В сравнение със здрави контроли, пациентите с ХБН на ПД имат сигнификантно по-ниско КЖ за всички изследвани домейни.

В сравнение с пациентите с ХБН на ХХД, пациентите с ХБН на ПД имат сигнификантно по-добро КЖ в домейните BP, SF, GMH, VEF, GHP, HCL.

Според проучването на S. Palmer et al. от 2012 г. болните с ХБН имат значително по-ниско КЖ, поради установена склонност към развитие на депресия. Установено е още, че пациентите с ХБН, нуждаещи се от хемодиализно лечение, съобщават за тежък психологически стрес^{6,7}.

Различни рандомизирани проучвания сред болните с ХБН, провеждащи лечение с ПД, имат променено GMH в сравнение със здрави хора. Също така при тези, които по определени причини са преминали и през двата вида диализно

Изводи

1. КЖ при пациенти с ХБН на ПД е сигнификантно по-лошо от това при здрави лица.
2. КЖ при пациенти с ХБН на лечение с ПД е по-добро отколкото при пациентите на хроничемодиализа. Разликата е достоверна ($p < 0,05$).
3. Въпросникът SF-36 може да бъде използван успешно за оценка на КЖ на пациенти с ХБН.

Литература

1. Димитраков Д. *Вътрешни болести, II част*. МУ-Пловдив 2004.
2. Тодоров В. *Вътрешни болести, II част*. МУ-Плевен. 2012.
3. Wu Albert W. et al. *Changes in Quality of Life during Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Treatment: Generic and Disease Specific Measures*, ASN March 1, 2004 vol. 15 no. 3 743-753
4. Kutner Nancy G. PhD, Director, USRDS Rehabilitation/QoL Special Studies Center, Emory University, CRM-1441 Clifton Rd. NE, Atlanta, GA 30322, *Health status and quality of life reported by incident patients after 1 year on haemodialysis or peritoneal dialysis*, May 27 2005, /2159

5. Rozenbaum E. A. et al. Comparative study of costs and quality of life of chronic ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis patients in Israel, *Isr J Med Sci.* 1985 Apr;21 (4):335-9.
6. Palmer S. et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies *Kidney Int.* (2013) 84, 179–191.
7. Tsai Yi-Chun et al. Quality of life predicts risks of end-stage renal disease and mortality in patients with chronic kidney disease, *Nephrol. Dial. Transplant.* (2010) 25 (5): 1621-1626. doi: 10.1093/ndt/gfp671
8. <http://ndt.oxfordjournals.org/>

Адрес за кореспонденция:

д-р Гергана Тодорова
9002 Варна, ул. „Марин Дринов“ № 55