

НЕФРОЛОГІЯ

<https://doi.org/10.35339/msz.2020.87.02.08>

УДК 616.1:616.831-055:612.13:612.14:616.45-001.1/3-08

*Н.М. Андон'єва^{1,2}, О.А. Гуц^{1,2}, М.Я. Дубовик^{1,2},
Г.В. Лісова¹, Т.Л. Валковська^{1,2}*

¹*Харківський національний медичний університет, Україна*

²*Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології
ім. В.І. Шаповала, м. Харків, Україна*

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК ЗАЛЕЖНО ВІД КАРДІАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ

Стаття присвячена порівняльній характеристиці якості життя в пацієнтів із кардіальною патологією на замісній нирковій терапії методом перитонеального діалізу. В умовах сучасної нефрології в пацієнтів із хронічними хворобами нирок вибір методу замісної ниркової терапії є одним із найважливіших етапів забезпечення якості життя. Перитонеальний діаліз дозволяє забезпечити високу виживаність у перші роки замісної терапії, краще зберігає залишкову функцію нирок, забезпечує необхідні умови для подальшої трансплантації, позитивно позначається на якості життя і підвищує задоволеність пацієнтів лікуванням завдяки контрольованому переходу на гнучкі графіки лікування. Однак існує категорія пацієнтів, яким замісна терапія не надає очікуваного полегшення симптоматики через коморбідний синдром у вигляді кардіальної патології, що їй собі потребує додаткової терапії.

Ключові слова: *хронічна хвороба нирок, якість життя, перитонеальний діаліз, кардіо-васкулярна патологія.*

Вступ

Однією з найбільш актуальних проблем у сучасній нефрології є серцево-судинні захворювання (ССЗ) у хворих із хронічною хворобою нирок. Сучасні кардіологія й нефрологія тісно інтегровані, що пов'язано зі спільністю факторів ризику розвитку захворювань нирок і серцево-судинної системи, універсальними патогенетичними механізмами, взаємообтяжливим прогнозом та взаємозалежною терапевтичною стратегією нефро- і кардіопротекції. Чисельність пацієнтів із коморбідним кардіо-васкулярним і ренальним ураженням має стійку тенденцію до збільшення в усьому світі. Це відбувається внаслідок старіння населення

планети, удосконалення діагностичних методів, введення нового поняття – кардіоренальний континуум та ін. Все це дає підставу розглядати кардіонефрологію як міждисциплінарну галузь науки й медичної практики.

Удосконалення тактики лікування й сучасні технології проведення діалізу привели до того, що виживаність пацієнтів на замісній нирковій терапії (ЗНТ) перестала бути єдиним критерієм результату лікування. Важливого значення набула якість життя (ЯЖ) пацієнтів, яка характеризує те, яким чином фізичне, соціальне та емоційне благополуччя хворого змінюється під впливом захворювання і (або) його лікування [1, 2]. Особливо це проявляється в

© Н.М. Андон'єва, О.А. Гуц, М.Я. Дубовик та ін., 2020

ситуації складного лікування, яке необхідно при такому тяжкому соматичному захворюванні, як хронічна ниркова недостатність. Із 1995 року у Франції функціонує міжнародна некомерційна організація, що вивчає ЯЖ – MAPI Research Institute, основний координатор усіх досліджень у галузі ЯЖ. Цей інститут щорічно проводить конгреси Міжнародного товариства з дослідження ЯЖ (International Society for Quality of Life Research – ISOQOL), втілюючи в життя тезу про те, що метою будь-якого лікування є наближення ЯЖ хворих до рівня ЯЖ практично здорових людей. За визначенням ВООЗ, ЯЖ – це сприйняття індивідами їхнього положення в житті в контексті культури й системи цінностей, у яких вони живуть, відповідно до свого захворювання (хронічної хвороби нирок), що протікає з безліччю коморбідних захворювань. До останніх, зокрема, належить ішемічна хвороба серця (ІХС) – найбільш поширена кардіальна патологія в пацієнтів на перитонеальному діалізі, що виникає в результаті взаємодії несприятливих гемодинамічних, метаболічних, запальних, ендокринних та нейрорегуляторних факторів, що ушкоджують як міокард (через ремоделювання лівого шлуночка), так і коронарні артерії, серцеві клапани внаслідок атеросклеротичної кальцифікації та дисфункції вегетативної нервової системи серця. Хронічна хвороба нирок у стадії ЗНТ не тільки впливає на соматичний стан хворих, але й руйнує їхні соціальні взаємодії, роблячи хворих більш ізольованими від оточуючих, викликаючи депресивні стани. Пацієнти, які отримують терапію перитонеальним діалізом, зберігають також залежність від процедури діалізу, регламентації дієти, споживання рідини, прийому медикаментів, страждають від втрати роботи і свободи пересування, виникнення статевої дисфункції, зміни звичного способу життя [3, 4]. Додатковими стресами, пов'язаними з особливостями лікування, є хірургічна установка постійного перитонеального катетера Тенкхоффа, довічна залежність від наявності в черевній порожнині 2,0–2,5 л діалізуючого розчину, що призводить до помітних для оточуючих змін конфігурації тіла. Усе це несприятливо відбивається на ЯЖ пацієнтів.

Наявність проблем інтеграції у звичайне життя таких пацієнтів не викликає сумнівів, проте конкретизація й детальне оцінювання

цих питань не проводились. Із появою «Короткого опитувальника статусу здоров'я SF-36» з'явилася можливість оцінювати рівень показників ЯЖ на систематичній основі відповідно до єдиних міжнародних правил [5, 6]. Існує ряд зарубіжних публікацій, присвячених проблемам ЯЖ хворих на діалізі: R. Gokal (2002), J. A. Diaz-Buxo (2000), P. H. Juergensen (2006), А. Ю. Земченков (2009) [3–5, 7], однак вітчизняних робіт, присвячених ЯЖ у хворих на ЗНТ, на жаль, немає.

Найбільш корисним для практичного застосування представляється такий інструмент для вимірювання ЯЖ, який би враховував і загальні для різних хвороб характеристики ЯЖ, і специфічні для конкретного захворювання параметри. Щодо нефрології таким інструментом, що поєднує риси загального і спеціального опитувальника, є Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™) – методика, завдяки якій можна дати всебічну оцінку ЯЖ хворих, котрі отримують діалізну терапію [8, 9].

Мета дослідження – оцінити якість життя хворих із коморбідною кардіоваскулярною патологією, які перебувають на лікуванні перитонеальним діалізом, за допомогою опитувальника Kidney Disease Quality of Life – Short Form, що включає специфічні для діалізної терапії розділи.

Матеріал і методи

Обстежено 114 пацієнтів, які отримували ЗНТ методом перитонеального діалізу на базі відділення нефрології та перитонеального діалізу Харківського обласного медичного клінічного центру урології та нефрології імені В.І. Шаповала (табл. 1).

Лікування постійним амбулаторним перитонеальним діалізом здійснювали за допомогою двопакевної системи фірми «Baxter», режим діалізу (частоту обмінів, концентрацію глюкози в діалізуючому розчині) визначали на підставі залишкової функції нирок, кліренсу низькомолекулярних речовин, величини АТ, стану гідратації та інших показників. Kt/V дорівнював $2,09 \pm 0,7$, що відповідає рекомендаціям Національного ниркового фонду США (NKF-DOQI), Європейським рекомендаціям з перитонеального діалізу. Таким чином, ЗНТ, яку проводять в обстежених хворих, у цілому була адекватною. Відповідно до кардіоваскулярної патології (клінічних варіантів ІХС) ми отримали

Таблиця 1. Демографічна, соціальна та медична характеристика обстежених хворих

Показник	Результат
Усього обстежено, абс. (%)	114 (100)
жінок	61 (53,5)
чоловіків	53 (46,5)
Вік, років	47,9±1,2
Наявність сім'ї, абс. (%)	98 (85,9)
Наявність дітей, абс. (%)	100 (87,7)
Освіта, абс. (%)	
середня	48 (42,1)
середня спеціальна	34 (29,8)
незакінчена вища	4 (3,5)
вища	28 (24,5)
Працюють (повна, часткова занятість), абс. (%)	32 (27,2)
Тривалість діалізу, місяців	53,0±2,3
мінімальна	12
максимальна	106

чотири клінічні групи пацієнтів: I – хворі на стенокардію напруження; II – з безбольовою ішемією міокарда (БІМ); III – з ішемічною дилатційною кардіоміопатією (ІДКМП); IV – без ознак ІХС. У пацієнтів кожної групи визначали показники якості життя за опитувальником Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™), який включає 36 загальних питань із MOS SF-36 [7, 10] і 43 спеціальні питання [11, 12]. Останні відображають специфіку терапії діалізом і розподілені за шкалами, специфічними для ЗНТ: симптоми і проблеми, вплив захворювання нирок на повсякденну діяльність, тягар захворювання нирок, трудовий статус, когнітивні функції, якість соціальної взаємодії, сексуальні функції, сон. Бали KDQOL-SF™ переводять у стандартні таким чином, що кожна сфера життя оцінюється в

балах від 0 до 100: чим вище бал, тим краще якість життя. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакета статистичних програм для персонального комп'ютера SPSS. 19 for Windows.

Результати дослідження

У всіх пацієнтів, обстежених за опитувальником ЯЖ KDQOL-SF™, спостерігались незадоволеність загальним станом здоров'я і впливом ЗНТ на повсякденне життя. У хворих на перитонеальному діалізі без ІХС показники ЯЖ за опитувальником KDQOL-SF™ були кращими, ніж у пацієнтів із різними варіантами ІХС. За 3 шкалами з 9 показники були достовірно вище і розцінювались як більш задовільні, за 6 шкалами показники перебували на рівні тенденції до статистичної значущості (табл. 2).

Таблиця 2. Показники якості життя пацієнтів із хронічною нирковою недостатністю на перитонеальному діалізі з різною кардіоваскулярною патологією

Шкали методики KDQOL-SF™	Групи пацієнтів			
	стенокардія (n=12)	БІМ (n=54)	ІДКМП (n=32)	без ІХС (n=16)
Симптоми і проблеми	63,1±14,3*	69,4±11,7*	42,1±10,9*	72,1±14,3*
Вплив захворювань нирок на повсякденну діяльність	52,4±14,1	57,2±13,6	41,4±11,8*	61,1±10,3
Тягар захворювання нирок	20,9±12,2	21,7±12,5	11,4±10,3*	32,3±12,6
Трудовий статус	7,4±8,2	11,3±10,1	2,1±1,3	15,8±8,3
Когнітивні функції	70,2±16,1	71,6±12,6*	63,4±11,2	71,4±16,1*
Якість соціальної взаємодії	59,1±11,7	67,3±13,2	31,2±10,7	70,3±14,3
Сексуальні функції	47,4±12,3	49,1±15,2	29,3±13,4	61,5±12,5
Сон	49,2±12,5	52,2±12,4	38,4±10,2	57,1±16,9*

Примітка. Відмінності статистично значущі ($p < 0,05$); * відмінності на рівні тенденції до статистичної значущості ($0,05 < p < 0,1$).

Зниженими були показники виконання видів діяльності, пов'язаних із повсякденними фізичними навантаженнями, показники когнітивних функцій і сну у пацієнтів усіх клінічних груп, навіть без ІХС. Найнижчими виявилися показники трудового статусу й тягара захворювання нирок, особливо в групі пацієнтів з ІДКМП. Достовірно і значно нижчими були показники якості соціальної взаємодії та сексуальної функції в пацієнтів з ІДКМП порівняно з показниками в пацієнтів, які не страждають на ІХС (рис. 1–4).

Дану тенденцію можна пояснити й обчисленням індексу коморбідності за М.Е. Charlson [13, 14]. При хронічній нирковій недостатності (ХНН) мінімальне значення індексу коморбідності дорівнює 2 у пацієнтів без ІХС, але з ар-

теріальною гіпертензією, становить 3 у пацієнтів зі стенокардією напруження й артеріальною гіпертензією та найбільш високим значення індексу коморбідності є в пацієнтів з ІДКМП і прогресуючою серцевою недостатністю. У цілому, у діалітичних пацієнтів індекс коморбідності зворотно корелював із сумарним індексом ЯЖ ($r=-0,54$). При проведенні множинного покрокового регресійного аналізу співвідношення параметрів ЯЖ (опитувальник KDQOL-SF™) встановлено значущі негативні кореляції з фізичним функціонуванням ($R=-0,42$), життєвою активністю ($R=-0,43$), когнітивним ($R=-0,33$) та сексуальним функціонуванням ($R=-0,33$). Достовірної зміни показників шкали загального стану здоров'я (симптоми і проблеми) не виявлено, хоча тен-

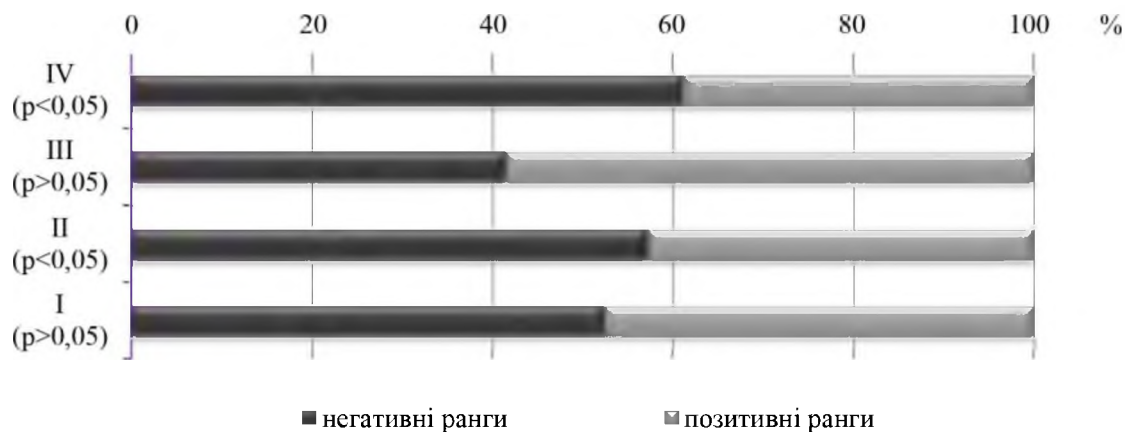


Рис. 1. Вплив захворювання нирок на повсякденну діяльність пацієнтів зі стенокардією (I), безбольовою ішемією міокарда (II), ішемічною дилатаційною кардіоміопатією (III) та без ІХС (IV)

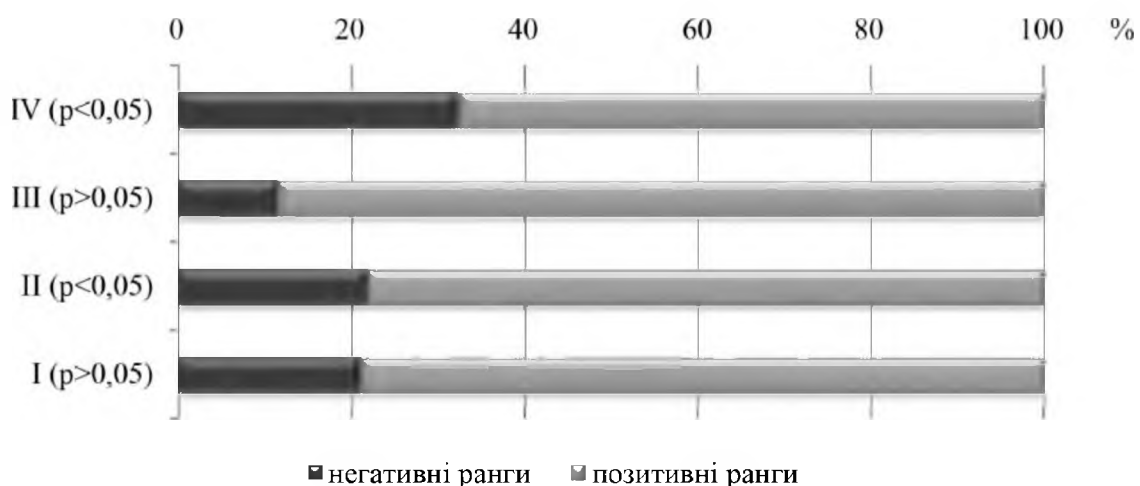


Рис. 2. Тягар захворювання нирок у пацієнтів зі стенокардією (I), безбольовою ішемією міокарда (II), ішемічною дилатаційною кардіоміопатією (III) та без ІХС (IV)

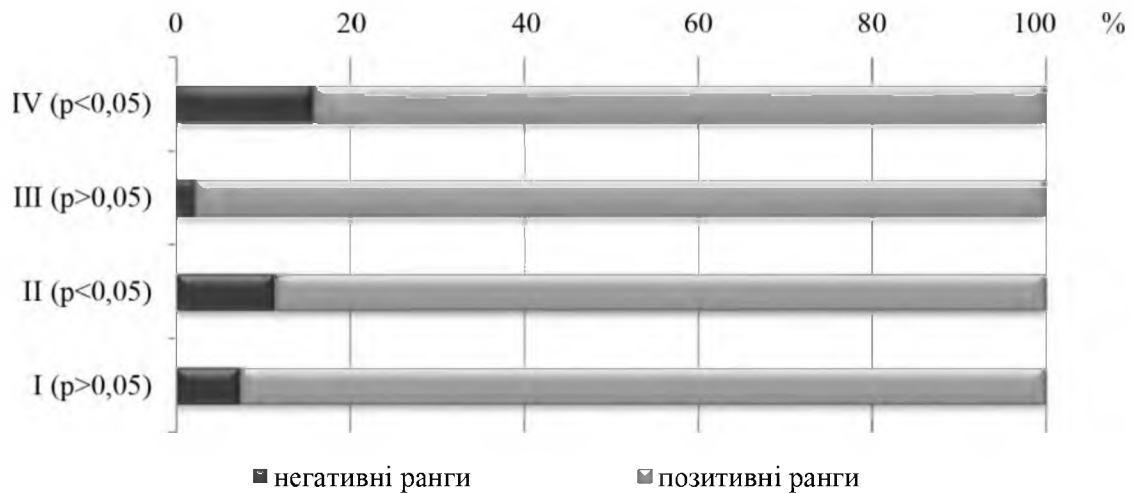


Рис. 3. Трудовий статус пацієнтів зі стенокардією (I), безбольовою ішемією міокарда (II), ішемічною дилатаційною кардіоміопатією (III) та без ІХС (IV)

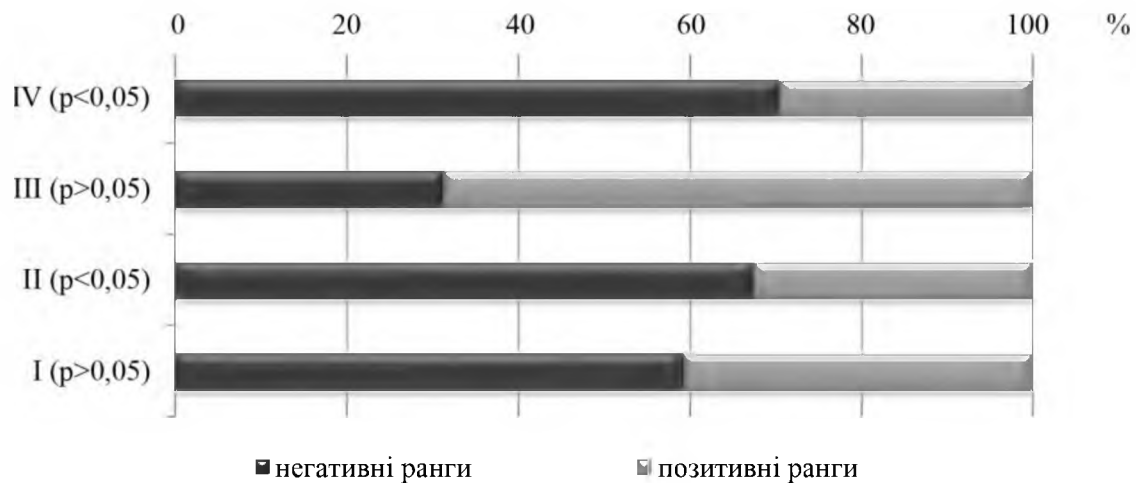


Рис. 4. Якість соціальної взаємодії у пацієнтів зі стенокардією (I), безбольовою ішемією міокарда (II), ішемічною дилатаційною кардіоміопатією (III) та без ІХС (IV)

денцію до їхнього невеликого зниження було зафіксовано. Більш високі показники за шкалою соціального функціонування в групі пацієнтів без ІХС пов'язано, мабуть, зі зменшенням обмеження їхнього фізичного стану на соціальну активність хворого або фактично його спілкування з іншими людьми. Дане припущення підтверджують результати дослідження, проведеного у Великобританії [15]. В цьому дослідженні було вивчено залежність показників ЯЖ хворих зі стабільною ІХС від функціонального класу стенокардії. Установлено, що з обтяженням функціонального класу стенокардії рівною мірою порушується як фізичне функціонування хворих, так і психологічне. Хронічна серцева недостатність у

загальній популяції є поліетіологічним захворюванням, що характеризується функціональною недостатністю багатьох органів і систем. У зв'язку з цим у пацієнтів усіх вікових груп, що страждають на коморбідні захворювання, зокрема на хронічну ниркову недостатність, відмічаються низькі показники ЯЖ відносно нормативних популяційних значень [14].

Оцінка ЯЖ у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю має велике значення з точки зору як характеристики вираженості цього ускладнення, так і визначення прогнозу й ефективності лікувальних заходів. У всіх пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю такі симптоми, як задишка, набряки, слабкість, безсоння, зниження толерантності до фізичного на-

вантаження, літній вік, істотно впливають на загальний стан і його сприйняття хворими, що посилює симптоматику хвороби. У жінок із хронічною серцевою недостатністю депресивний і тривожний синдроми зазвичай зустрічаються частіше, ніж у чоловіків. Визначальний вплив на ЯЖ хворих із хронічною серцевою недостатністю справляє клінічний стан хворих, зокрема систолічна функція лівого шлуночка. Важливою клінічною особливістю перебігу ІХС у хворих із хронічною нирковою недостатністю є висока частота безбольової ішемії міокарда, зумовленої дисфункцією ендотелію й підвищенням вазомоторної активності коронарних судин. При порівнянні вихідних показників якості життя у таких пацієнтів і осіб без ІХС виявлено погіршення за всіма шкалами, особливо за шкалою, що відображає фізичне функціонування (симптоми і проблеми).

Висновки

1. У хворих із хронічною хворобою нирок на замісній нирковій терапії методом перитонеального діалізу знижено якість життя, що зумовлено безпосереднім впливом захворювання і залежністю хворого від діалізного лікування.

Список літератури

1. *Mosconi P.* Quality of life and instruments in end-stage renal disease / P. Mosconi, G. Appolone, G. Mingardi // *J. Nephrol.* – 2008. – Vol. 21, suppl. 13. – P. S107–S112.
2. SF-36 health survey manual and interpretation guide / [Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. J.]. – Boston : New England Medical Center, The Health Institute, 1993.
3. Оценка качества жизни у пациентов на гемо- и перитонеальном диализе с помощью опросника KDQOL-SF™ / А. Ю. Земченков, Н. Г. Сапон, Т. Г. Костылева [и др.] // *Нефрология и диализ.* – 2009. – Т. 11, № 2. – С. 94–102.
4. Hemodialysis and peritoneal dialysis: patients assessment of their satisfaction with therapy and the impact of the therapy on their lives / E. Juergensen, D. Wuerth, S. H. Filkenstein [et al.] // *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* – 2006. – Vol. 1. – P. 1191–1196.
5. Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients / J. A. Diaz-Buxo, E. G. Lowrie, N. L. Lew [et al.] // *Am. J. Kidney Dis.* – 2000. – Vol. 35, issue 2. – P. 293–300.
6. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalisation, and mortality in hemodialysis / K. Kalantar-Zadeh, J. D. Kopple, G. Block, M. H. Humphreys // *J. Am. Soc. Nephrol.* – 2001. – Vol. 12. – P. 2797–2806.
7. *Gokal R.* Health-related quality of life end-stage renal failure / R. Gokal // *Nephrol.* – 2002. – Vol. 14. – P. 170–173.
8. *Полякова А. Г.* Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А. Г. Полякова. – М. : Медицина, 2002. – С. 81–83.
9. *Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: a manual for use and scoring* / [R. D. Hays, J. D. Kallich, D. L. Mapes et al.]. – RAND; Santa Monica, Calif., 1995.
10. *Лісовий В. М.* Основні синдроми хвороб нирок / В. М. Лісовий, Н. М. Андон'єва. – [2-ге вид., випр. і доп.]. – Харків : ХНМУ, 2016. – 196 с.

2. У хворих на перитонеальному діалізі без ознак кардіоваскулярної патології (ішемічної хвороби нирок) показники якості життя за опитувальником KDQOL-SF™ виявилися достовірно ($p < 0,05$) вищими за шкалами фізичного функціонування (симптоми і проблеми) – (72,1±14,3) бала; соціальної взаємодії – (70,2±15,3) бала; обтяженості захворюванням нирок – (30,3±12,6) бала та впливу захворювання нирок на повсякденну діяльність – (60,1±10,2) бала.

3. Показники якості життя погіршувались у пацієнтів із високим індексом коморбідності кардіоваскулярної патології за М.Е. Charlson, що спостерігалось у групі хворих з ішемічною дилатаційною кардіоміопатією, у якій всі показники якості життя були найнижчими.

4. Отримані результати уможливають намітити шляхи підвищення якості життя: необхідність впливу на фактори, що спричинюють виникнення ішемічної хвороби серця в пацієнтів на перитонеальному діалізі.

5. Таким чином, дослідження і поліпшення якості життя відіграють важливу роль в успішній реабілітації, поліпшенні прогнозу виживання хворих на перитонеальному діалізі і повинні бути включені в програму лікування хворих на хронічну ниркову недостатність.

11. Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients / J. R. Koo, J. W. Yoon, S. G. Kim [et al.] // *Am. J. Kidney Dis.* – 2003. – Vol. 41, issue 5. – P. 1037–1042.
12. The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease / R. K. Riezebos, K.-J. Nauta, A. Honig [et al.] // *NDT.* – 2010. – Vol. 25, issue 1. – P. 231–236.
13. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales, C. R. MacKenzie // *J. Chron. Dis.* – 1987. – Vol. 40, issue 5. – P. 373–383.
14. Co-morbidity and quality of life in chronic kidney disease patients / I. Mucsi, A. S. Kovacs, M. Z. Molnar, M. Novak // *J. Nephrology.* – 2008. – Vol. 21, suppl. 13. – P. S84–S92.
15. Kimmel P. L. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs / P. L. Kimmel, R. A. Peterson // *Semin. Dial.* – 2005. – Vol. 18, issue 2. – P. 91–97.

References

1. Mosconi P., Appolone G., Mingardi G. (2008). Quality of life and instruments in end-stage renal disease. *J. Nephrology*, vol. 21, suppl. 13, pp. S107–S112. PMID: 18446742.
2. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. (1993). SF-36 health survey manual and interpretation guide. Boston : New England Medical Center, The Health Institute.
3. Zemchenkov A.Yu., Sapon N.H., Kostyl'ova T.H., Herasimchuk R.P., Vishnevskii K.A., Zemchenkov H.A. (2009). Otsenka kachestva zhizni u patsientov na hemo- i peritonealnom dialize s pomoshchiu oprosnika KDQOL-SFTM [Assessment of quality of life in patients with hemo- and peritoneal dialysis using the KDQOL-SFTM questionnaire]. *Nefrologiia i dializ – Nephrology and Dialysis*, vol. 11, № 2, pp. 94–102 [in Russian].
4. Juergensen E., Wuerth D., Filkenstein S.H., Juergensen P.H., Bekui A., Finkelstein F.O. (2006). Hemodialysis and peritoneal dialysis: patients assessment of their satisfaction with therapy and the impact of the therapy on their lives. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.*, vol. 1, issue 6, pp. 1191–1196. DOI: 10.2215/CJN.01220406. Epub 2006 Aug 30. PMID: 17699347.
5. Diaz-Buxo J.A., Lowrie E.G., Lew N.L., Zhang H., Lazarus J.M. (2000). Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Am. J. Kidney Dis.*, vol. 35, issue 2, pp. 293–300. DOI: 10.1016/s0272-6386(00)70339-8, PMID: 10676729.
6. Kalantar-Zadeh K., Kopple J.D., Block G., Humphreys M.H. (2001). Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalisation, and mortality in hemodialysis. *J. Am. Soc. Nephrol.*, vol. 12, pp. 2797–2806. PMID: 11729250.
7. Gokal R. (2002). Health-related quality of life end-stage renal failure. *Nephrol.*, vol. 14, pp. 170–173.
8. Poliakova A.H. (2002). *Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoi reabilitatsii [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation]*. Moscow: Meditsina. [in Russian].
9. Hays R.D., Kallich J.D., Mapes D.L. et al. (1995). Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SFTM), Version 1.3: a manual for use and scoring. RAND; Santa Monica, Calif.
10. Lisovyi V.M., Andoniev N.M. (2016). *Osnovni syndromy khvorob nyrok [The main syndromes of kidney disease]*. (2nd ed.). Kharkiv: KhNMU, 196 p. [in Russian].
11. Koo J.R., Yoon J.W., Kim S.G., Lee Y.K., Oh K.H., Kim G.H. et al. (2003). Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients. *Am. J. Kidney Dis.*, vol. 41, issue 5, pp. 1037–1042. DOI: 10.1016/s0272-6386(03)00201-4, PMID: 12722038.
12. Riezebos R.K., Nauta K.-J., Honig A., Dekker F.W., Siegert C.E. (2010). The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease. *NDT*, vol. 25, issue 1, pp. 231–236. DOI: 10.1093/ndt/gfp383. Epub 2009 Aug 4. PMID: 19654227.
13. Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L., MacKenzie C.R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J. Chron. Dis.*, vol. 40, issue 5, pp. 373–383. DOI: 10.1016/0021-9681(87)90171-8, PMID: 3558716.
14. Mucsi I., Kovacs A.S., Molnar M.Z., Novak M. (2008). Co-morbidity and quality of life in chronic kidney disease patients. *J. Nephrology*, vol. 21, suppl. 13, pp. S84–S92. PMID: 18446738.
15. Kimmel P.L., Peterson R.A. (2005). Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. *Semin. Dial.*, vol. 18, issue 2, pp. 91–97. DOI: 10.1111/j.1525-139X.2005.18209.x. PMID: 15771651.

Н.М. Андоньєва, Е.А. Гуц, М.Я. Дубовик, А.В. Лесовая, Т.Л. Валковская
**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ**

Статья посвящена сравнительной характеристике качества жизни у пациентов с кардиальной патологией на заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа. В условиях современной нефрологии у пациентов с хроническими болезнями почек выбор метода заместительной почечной терапии является одним из важнейших этапов обеспечения качества жизни. Перитонеальный диализ позволяет обеспечить высокую выживаемость в первые годы заместительной терапии, лучше сохраняет остаточную функцию почек, обеспечивает необходимые условия для дальнейшей трансплантации, позитивно отражается на качестве жизни и повышает удовлетворенность пациентов лечением благодаря контролируемому переходу на гибкие графики лечения. Однако существует категория пациентов, которым заместительная терапия не приносит ожидаемого облегчения симптоматики из-за коморбидного синдрома в виде кардиальной патологии, что в свою очередь требует дополнительной терапии.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, качество жизни, перитонеальный диализ, кардиоваскулярная патология.

N.M. Andonjeva, E.A. Huts, M.Ya. Dubovik, G.V. Lisova, T.L. Valkovskaya
**QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE DEPENDING ON CARDIAC
PATHOLOGY ON PERITONEAL DIALYSIS**

The article is devoted to the comparative characteristics of the quality of life in patients with cardiac pathology on renal replacement therapy by peritoneal dialysis. In modern nephrology, the choice of renal replacement therapy to patients with chronic kidney disease is one of the most important steps in ensuring quality of life. Peritoneal dialysis allows for high survival in the first years of replacement therapy, better preserves residual kidney function, provides the necessary conditions for further transplantation, has a positive impact on the quality of life and increases patient satisfaction with treatment, thanks to a controlled transition to flexible treatment schedules. However, there is a category of patients to whom replacement therapy does not provide the expected symptomatic relief due to the presence of comorbid syndrome in the form of cardiac pathology, which in turn requires additional therapy.

Keywords: chronic kidney disease, quality of life, peritoneal dialysis, cardiovascular pathology.

Надійшла 05.05.20

Відомості про авторів

Андон'єва Ніна Михайлівна – професор, доктор медичних наук, професор кафедри урології, нефрології та андрології ім. проф. А.Г. Подреза Харківського національного медичного університету; завідувача відділенням нефрології і перитонеального діалізу КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Адреса: Україна, 61037, м. Харків, пр. Московський, 195, КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Тел.: +38(057)738-73-00.

E-mail: andonjeva.nina@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8122-8263>.

Гуц Олена Анатоліївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри урології, нефрології та андрології ім. проф. А.Г. Подреза Харківського національного медичного університету; лікар-нефролог відділення нефрології і перитонеального діалізу КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Адреса: Україна, 61037, м. Харків, пр. Московський, 195, КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Тел.: +38(057)738-73-00.

E-mail: elenahuts@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9042-4661>.

Дубовик Марія Ярославівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри урології, нефрології та андрології ім. проф. А.Г. Подреза Харківського національного медичного університету; лікар-нефролог відділення нефрології і перитонеального діалізу КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Адреса: Україна, 61037, м. Харків, пр. Московський, 195, КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Тел.: +38(057)738-73-00.

E-mail: dubovik.nephro@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0964-6612>.

Лісова Ганна Володимирівна – кандидат медичних наук, доцент, провідний науковий співробітник кафедри урології, нефрології та андрології ім. проф. А.Г. Подреза Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61037, м. Харків, пр. Московський, 195, КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Тел.: +38(063)220-30-14.

E-mail: hv.lisova@knmu.edu.ua.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1102-1838>.

Валковська Тетяна Леонідівна – асистент кафедри урології, нефрології та андрології ім. проф. А.Г. Подреза Харківського національного медичного університету; лікар-нефролог відділення нефрології і перитонеального діалізу КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Адреса: Україна, 61037, м. Харків, пр. Московський, 195, КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала».

Тел.: +38(099)015-85-88.

E-mail: t.valkovskaya@ukr.net.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7067-6856>.