

дополнительные химиотерапевтические препараты будут применены. Для уверенного снижения патологических иммуноглобулинов используется плазмаферез.

Около 10% пациентов с впервые диагностированной миеломой требуют гемодиализа в результате ОПП. Чаще всего ГД осуществляется при помощи подключичных катетеров. Только 15% из пациентов, требующих диализа, восстанавливают почечную функцию и летальность в этой группе остается высокой.

Эффект от терапии зависит от адекватного сочетания аппаратного лечения и химиотерапии. Сепсис остается определенным риском, поэтому для его предупреждения применяется раннее формирование артериовенозной фистулы и применение антибиотиков.

Использование НСОмембран для гемодиализа в сочетании с химиотерапией бортезомибом улучшает восстановление почечных функций до 70%.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ**

*В.Н. Лесовой, Н.М. Андоньева, Е.А. Гуц, М.Я. Дубовик, М.А. Грушка, А.В. Лесовая*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В. Н. Шаповала»*

С совершенствованием тактики лечения и технологии проведения диализа выживаемость пациентов на заместительной почечной терапии (ЗПТ) перестала быть единственным критерием результата лечения. Важное значение приобрело качество жизни (КЖ) больных. С 1995 г. во Франции функционирует международная некоммерческая организация, изучающая КЖ — MAPI ResearchInstitute, основной координатор всех исследований в области КЖ. Этот институт ежегодно проводит конгрессы Международного общества по исследованию КЖ (International Society of Quality of Life Research — ISOQOL), претворяя в жизнь тезис о том, что целью любого лечения является приближение КЖ больных к уровню КЖ практически здоровых людей. По определению ВОЗ КЖ - это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. КЖ характеризует то, каким образом физическое, социальное и эмоциональное благополучие больного изменяется под влиянием заболевания и (или) его лечения[2;15]. Особенно это проявляется в ситуации сложного лечения, которое необходимо при таком тяжёлом соматическом заболевании, как хроническая почечная недостаточность (ХПН), протекающая с множеством коморбидных заболеваний. К последним, в том числе, относится ишемическая болезнь сердца (ИБС) -наиболеераспространённаякардиальнаяпатология у пациентов на ПД, возникающая в результате взаимодействия неблагоприятных гемодинамических, метаболических, воспалительных, эндокринных и нейрорегуляторных факторов, повреждающих как миокард (за счет ремоделирования левого желудочка), так и коронарные артерии, сердечные клапаны, вследствие их атеросклеротической кальцификации и дисфункции вегетативной нервной системы сердца. ХПН оказывает патогенное влияние не только на соматическое состояние больных, но и разрушает их социальные взаимодействия, делая больных более изолированными от окружающих, вызывая депрессивные состояния. Пациенты, получающие терапию перитонеальным диализом (ПД), сохраняют также зависимость от процедуры диализа, регламентации диеты, потребления жидкости, приема медикаментов, страдают от потери работы и свободы передвижения, возникновения половой дисфункции [3;7]. Дополнительными стрессами, связанными с особенностями лечения, являются хирургическая установка постоянного перитонеального катетера, пожизненная зависимость от заметного для окружающих людей перитонеального катетера и конфигурации живота, связанной с наличием в брюшной полости 2,0-2,5л жидкости. Всё это, в свою очередь, неблагоприятным образом отражается на качестве жизни пациентов. Наличие проблем интеграции в обычную жизнь таких пациентов не вызывает сомнений, однако конкретизация и детальная оценка этих вопросов не проводилась. С появлением «Краткого опросника статуса здоровья SF-36» появилась возможность проводить оценку уровня показателей КЖ на систематической основе в соответствии с едиными международными правилами[4;9]. Существует ряд зарубежных публикаций, посвященных проблемам КЖ больных на диализе: Gokal R. (2001), Diaz-Vuho J. A. (2009), Juergensen P. H. (2011), Wasserfallen J.-B. (2011), Васильева И. А. (2011), Земченков

А. Ю.(2012)Отечественные работы, посвященные КЖ у больных на ЗПТ, к сожалению, донастоящего времени отсутствуют.

**Цель исследования.**Изучение параметров качества жизни пациентов на перитонеальном диализе с коморбидной кардиоваскулярной патологией.

**Материалы и методы.** Для решения поставленной задачи нами было обследовано 114 пациентов, которые получали ПЗТ методом ПД на базе отделения нефрологии и перитонеального диализа Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии имени В.И.Шаповала. Превалировали пациенты 46-55 лет, средний возраст - 47,9±1,2 года. Длительность терапии ПД у обследованных пациентов составила от 12 до 106 месяцев, медиана длительности - 53,0±2,3 месяца.Лечение постоянным амбулаторным перитонеальным диализом (ПАПД) осуществлялось с помощью двухпакетной системы фирмы «Baxter», режим диализа (частота обменов, концентрация глюкозы в диализирующем растворе) определялся на основании клиренса низкомолекулярных веществ, величины АД, состояния гидратации и другим показателям. Kt/V равнялся 2,09 ± 0,7, что соответствует рекомендациям Национального почечного фонда США (NKF-DOQI), Европейским рекомендациям по ПД. Таким образом, ЗПТ, проводимая у обследованных больных, в целом была адекватной.В соответствии с выявленной кардиоваскулярной патологией(клиническими вариантами ИБС) мы получили 4 клинические группы пациентов (I группа - страдающие стенокардией напряжения; II группа – с безболевогой ишемией миокарда (БИМ); III группа – с ишемической дилатационной кардиомиопатией (ИДКМП);IV группа - без признаков ИБС), в каждой из которых мы определяли показатели качества жизни по Опроснику KidneyDiseaseQualityofLifeShortForm (KDQOL-SF™), который включает 36 общих вопросов из MOS SF-36 [1;5] и 43 специальных вопроса [6;11]. Последние отражают специфику терапии диализом и разделены по шкалам, специфичным для ЗПТ: «Симптомы и проблемы», «Влияние заболевания почек на повседневную деятельность», «Бремя заболевания почек», «Трудовой статус», «Когнитивные функции», «Качество социального взаимодействия», «Сексуальные функции», «Сон». Баллы KDQOL-SF™ переводятся в стандартные, так что оценка каждой сферы жизни производится в баллах от 0 до 100: чем выше балл, тем лучше качество жизни.Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета статистических программ для персонального компьютера SPSS.19forWindows.

**Результаты исследования.**У всех наблюдавшихся пациентов, обследованных по опроснику КЖ KDQOL-SF™, отмечались неудовлетворенность общим состоянием здоровья и влиянием ЗПТ на повседневную жизнь. У больных на перитонеальном диализе без ИБС показатели КЖ по опроснику KDQOL-SF™ были лучше, чем у пациентов с различными вариантами ИБС. По 3 шкалам из 9 показатели были достоверно выше и расценивались как более удовлетворительные, по 6 шкалам показатели находились на уровне тенденции к статистической значимости (табл. 1):

Таблица 1

Показатели качества жизни пациентов с ХПН на ПД с различной кардиоваскулярной патологией

шкалы методики «KDQOL-SF™»	группы пациентов			
	стенокардия, n=12	БИМ, n=54	ИДКМП, n=32	без ИБС, n=16
симптомы и проблемы	63,1± 14,3*	69,4±11,7*	42,1±10,9*	72,1±14,3*
влияние заболеваний почек на повседневную деятельность	52,4±14,1	57,2±13,6	41,4±11,8*	61,1± 10,3
бремя заболевания почек	20,9±12,2	21,7± 12,5	11,4±10,3*	32,3± 12,6
трудовой статус	7,4±8,2	11,3±10,1	2,1±1,3	15,8± 8,3
когнитивные функции	70,2±16,1	71,6±12,6*	63,4±11,2	71,4± 16,1*
качество социального взаимодействия	59,1±11,7	67,3±13,2	31,2±10,7	70,3± 14,3
сексуальные функции	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*

Различия статистически значимы (p < 0,05)

\*Различия на уровне тенденции к статистической значимости (0,05 < p < 0,1)

Снижены были показатели выполнения видов деятельности, связанных с повседневными физическими нагрузками, показатели когнитивных функций и сна во всех клинических группах, включая

пациентов без ИБС. Наиболее низкими оказались показатели трудового статуса и бремени заболевания почек, особенно в группе пациентов с ИДКМП. Достоверно, (более чем в половину) ниже отмечались показатели качества социального взаимодействия и сексуальной функции у пациентов с ИДКМП, по сравнению с пациентами, не страдающими ИБС. Данную тенденцию можно объяснить, в том числе вычислением индекса коморбидности (ИК) по М. Е. Charlson [8;12]. При хронической почечной недостаточности (ХПН) минимальное значение индекса коморбидности равно 2 (у пациентов без ИБС, но с артериальной гипертонией); равно 3 (у пациентов со стенокардией напряжения и артериальной гипертонией) и наиболее высокое значение индекса коморбидности в группе пациентов с ИДКМП и прогрессирующей сердечной недостаточностью. В целом у диализных пациентов ИК обратно коррелировал с суммарным индексом КЖ ( $r = -0,54$ ). При проведении множественного пошагового регрессионного анализа соотношения параметров КЖ (опросник KDQOL-SF™) установлены значимые отрицательные корреляции с физическим функционированием ( $R = -0,42$ ); жизненной активностью ( $R = -0,43$ ); когнитивным функционированием ( $R = -0,33$ ); сексуальным функционированием ( $R = -0,33$ ). Не было обнаружено достоверного изменения показателей шкалы общего состояния здоровья (симптомы и проблемы), хотя тенденция к их небольшому снижению была зафиксирована. Более высокие показатели по шкале социального функционирования в группе пациентов без ИБС связано по-видимому с уменьшением ограничения их физического состояния на социальную активность больного или фактически его общения с другими людьми. Данное предположение подтверждает исследование, проведенное в Великобритании [10;13], в котором была изучена зависимость показателей КЖ больных стабильной ИБС от функционального класса (ФК) стенокардии. Установлено, что по мере утяжеления ФК стенокардии в равной степени нарушается как физическое функционирование больных так и психологическое. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в общей популяции является полиэтиологичным заболеванием, характеризующимся функциональной недостаточностью многих органов и систем, в связи с чем у пациентов всех возрастных групп, а также страдающих коморбидными заболеваниями, в том числе ХПН, отмечаются низкие показатели КЖ по сравнению с нормативными популяционными значениями [14].

Оценка КЖ у пациентов с ХСН имеет большое значение с точки зрения как характеристики выраженности этого осложнения, так и определения прогноза и эффективности лечебных мероприятий. У всех пациентов с ХСН такие симптомы, как одышка, отеки, слабость, бессонница, снижение толерантности к физической нагрузке, пожилой возраст, существенно влияют на общее состояние и его восприятие больными, что усугубляет симптоматику болезни. У женщин с ХСН депрессивный и тревожный синдромы обычно встречаются чаще, чем у мужчин. Определяющее влияние на КЖ больных с ХСН оказывает клиническое состояние больных, в частности систолическая функция ЛЖ. Важной клинической особенностью течения ИБС у больных с ХПН является высокая частота безболевой ишемии миокарда, обусловленной дисфункцией эндотелия и повышением вазомоторной активности коронарных сосудов. При сравнении исходных показателей качества их жизни с лицами, без ИБС, нами выявлено ухудшение по всем шкалам, особенно по шкале, отражающей физическое функционирование (симптомы и проблемы).

#### **Выводы:**

1. У больных с терминальной почечной недостаточностью на перитонеальном диализе снижено качество жизни, что обусловлено непосредственным влиянием заболевания и зависимостью больного от диализного лечения.
2. У больных на перитонеальном диализе без признаков кардиоваскулярной патологии (ИБС) показатели качества жизни по опроснику KDQOL-SF™ оказались достоверно ( $p < 0,05$ ) выше по шкалам физического функционирования (симптомы и проблемы) -  $72,1 \pm 14,3$ ; социального взаимодействия -  $70,2 \pm 15,3$ ; обремененности заболеванием почек  $30,3 \pm 12,6$  и влияния заболевания почек на повседневную деятельность  $60,1 \pm 10,2$ .
3. Показатели качества жизни ухудшались у пациентов с высоким индексом коморбидности кардиоваскулярной патологии по Чарльсон, что отражалось в группе больных с ИДКМП, в которой все показатели КЖ были самыми низкими.
4. Полученные результаты делают возможным наметить пути повышения КЖ: необходимость воздействия на факторы, способствующие возникновению ИБС у пациентов на перитонеальном диализе.

5. Таким образом, исследование и улучшение качества жизни играют важную роль в успешной реабилитации, улучшении прогноза выживаемости больных на перитонеальном диализе и должны быть включены в программу лечения больных ХПН.

### **Литература**

1. Васильева И. А. Российская версия опросника KidneyDiseaseQualityofLife — ShortForm (KDQOL-SF™) — ценного диагностического инструмента для оценки качества жизни больных на диализе // Нефрология. 2007. № 11. С. 64–70.
2. Земченков А. Ю., Сапон Н. Г., Костылева Т. Г. и др. Оценка качества жизни у пациентов на гемо- и перитонеальном диализе с помощью опросника KDQOL-SF™ // Нефрология и диализ. 2009. № 2. С. 94–102.
3. Полякова А. Г. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Медицина. 2002. С. 81–83.
4. Charlson M. E., Pompei P., Ales K. L. et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation // J. Chron. Dis. 1987. Vol. 40. P. 373–383.
5. Diaz-Buxo J. A., Lowrie E. G., Lew N. L. et al. Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients // Am J Kidney Dis. 2000. Vol. 35. P. 293–300.
6. Gokal R. Health-Related quality of life end-stage renal failure // Nephrol. 2002. Vol. 14. P. 170–173.
7. Hays R. D., Kallich J. D., Mapes D. L. et al. Kidney Disease Quality of Life — Short Form (KDQOL-SFTM), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring. Santa Monica, CA, USA, RAND (P-7994).
8. Juergensen E., Wuertth D., Filkenstein S. H. et al. 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. 2006. Vol. 1. P. 1191–1196.
9. Kalantar-Zadeh K., Kopple J. D., Block G., Humphreys M. H. Association Among SF36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalisation, and Mortality in Hemodialysis // J. Am. Soc. Nephrol. 2001. Vol. 12. P. 2797–2806.
10. Kimmel P. L., Peterson R. A. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs // Semin Dial. 2005. Vol. 18. № 2. P. 91–97.
11. Koo J. R., Yoon J. W., Kim S. G. et al. Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients // Am J Kidney Dis. 2003. № 41 (5). P. 1037–1042.
12. Mosconi P., Appolone G., Mingardi G. Quality of Life and instruments in end-stage renal disease // J. Nephrology. 2008. Vol. 21. Suppl. 13. P. 107–112.
13. Mucsi I., Kovacs A. S., Molnar M. Z., Novak M. Co-morbidity and quality of life in chronic kidney disease patients // J. Nephrology. 2008. Vol. 21. Suppl. 13. P. 84–92.
14. Riezebos R. K., Nauta K.-J., Honig A. et al. The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease // NDT. 2010. Vol. 25. P. 231–236.
15. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide Boston, MA. Nimrod Press, 1993.

## **ВЛИЯНИЕ ПУНКЦИОННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПАРАПЕЛЬВИКАЛЬНЫХ КИСТ ПОЧЕК НА СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ**

*Абдельрахман Майсара*

Харьковский национальный медицинский университет

Несмотря на неугасающий и пристальный интерес исследователей к проблеме простых кист почек (ПКП), до сих пор нет согласованного понимания многих аспектов их генеза, разнятся подходы к показателям и выбору оптимальной методики оперативного лечения, не разрешены вопросы развития рецидивов. В основном превалирует симптоматический и морфометрический подход к определению показаний для оперативной коррекции ПКП, тогда как сам факт возникновения клинических проявлений заболевания, лишнее свидетельство того, что наилучший момент для вмешательства упущен, а его прогноз менее благоприятен.

Особо это актуально для парапелъвикальных ПКП (ППКП), которые нередко остаются за рамками исследовательских протоколов в силу дискуссионности и противоречивости взглядов на их развитие и лечение.

Вместе с тем, накопленный опыт применения в урологии современных высокоинформативных средств визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) и анализ секционных данных, дает основание утверждать, что солитарные парапелъвикальные кисты мало отличимые (кроме расположения) от «обычных» ПКП, а значит к ним вполне применимы стандартные малоинвазивные лечебные подходы, в том числе пункционная склеротерапия.

**Материалы и методы.** Проанализировано влияние одномоментной перекутанной пункции ППКП под ультразвуковым наведением с аспирацией содержимого и инстилляцией склерозанта (этиловый спирт 96%) на состояние сосудистой реактивности больных (33), обследованных до- и после ее проведения (через 1 мес), в сравнении с контрольной группой здоровых лиц (30).

**Результаты.** Исходные параметры эндотелий зависимой вазодилатации (ЭЗВД) среди пациентов с ППКП выявили отчетливую тенденцию к вазоконстриктивным реакциям. Это выразилось в явном уменьшении среднего показателя прироста диаметра плечевой артерии с максимумом спустя минуту