

**ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ З КЛІНІЧНОЇ НЕФРОЛОГІЇ**

---

УДК:617.58-009.2-06:616.61-78

**ВПЛИВ СИНДРОМУ НЕСПОКІЙНИХ НІГ НА ЯКІСТЬ  
ЖИТТЯ ТА ВИЖИВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ  
ПРОГРАМНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ**

***О. В. Буштинська***

КЗ ТОР „Тернопільська університетська лікарня”,  
м. Тернопіль

Науковий керівник роботи – д.м.н., ст. н. с. І.О. Дудар

Удосконалення тактики лікування і технології проведення діалізу, виживання пацієнтів на ЗНТ перестала бути єдиним критерієм результату лікування. Важливе значення набула якість життя хворих. Діалізні пацієнти зберігають залежність від процедури діалізу, медичного обладнання, персоналу, дотримання дієти, споживання рідини, вживання медикаментів, страждають від втрати роботи і свободи пересування, виникнення статевої дисфункції [6]. Можна сказати, що у хворих із ТХНН, що одержують ЗНТ, відмічається зниження ЯЖ. Існує ряд зарубіжних публікацій, що присвячені проблемам ЯЖ хворих на діалізі, які вважають, що у хворих на гемодіалізі ЯЖ вища, ніж під час лікування перитонеальним діалізом [2, 3]. А інші автори притримуються протилежної точки зору [4, 7]. Вітчизняних досліджень присвячених якості життя діалізних пацієнтів в даний час є недостатньо. Значний вплив на ЯЖ пацієнтів на ЗНТ має нутриційний статус. У хворих зі зниженим нутриційним статусом відмічається зниження емоційного, фізичного, сексуального здоров'я, життєвої активності. Поширеність недостатності живлення у хворих з ТХНН досягає 30–80% [3, 7]. Уремічна інтоксикація призводить до зниження апетиту, шлунково-кишкових розладів (нудоти, блювоти), анорексії. В цій групі пацієнтів більш високі показники летальності. В розвитку недостатності живлення також мають мі-

сце і соціальні та економічні фактори: бідність, самотність та часто супроводжуюча їх депресія [1, 5].

Таким чином, дослідження та покращення ЯЖ, виявлення та лікування психічних розладів, корекція нутриційного статусу, анемії, СНН, кардіоваскулярних ускладнень, грають важливу роль в успішній реабілітації, покращенні прогнозу виживання хворих на ЗНТ.

**Мета роботи:** вивчити вплив СНН на якість життя та виживання пацієнтів з ХХН VД ст. на програмному гемодіалізі.

**Матеріали та методи:** до дослідження було залучено 85 хворих на ХХН VД ст., які лікувалися програмним гемодіалізом на базі Тернопільської університетської клініки у відділенні гемодіалізу. Для оцінки показників виживання був проведений ретроспективний аналіз. Критеріями включення в дослідження були: вік більше 18 років, лікування ГД понад 3 місяці, наявність чи відсутність СНН, письмова згода на участь у дослідженні.

Крім того, пацієнти обов'язково давали усну та письмову згоду на участь у дослідженні.

Всім хворим ГД проводився за стандартною програмою (3 рази на тиждень по 4 - 4,5 год.) на діалізних апаратах фірми Gambro (AK-95 та INOVA) з використанням бікарбонатного діалізуючого розчину. Процедура здійснювалася на індивідуально підібраних діалізаторах фірми Gambro (14L, 17L). Швидкість кровотоку складала 250 - 300 мл/хв. Одержана доза діалізу – діалізний індекс  $KT/V \geq 1,2$ .

Діагностика СНН проводилася методом опитування на основі діагностичних критеріїв відповідно до рекомендацій International Restless Legs Syndrome Study Group. Інтенсивність проявів СНН оцінювалася методом самооцінки з використанням візуально-аналогової шкали від 0 до 100 балів.

Дослідження ЯЖ проводилося з використанням опитувальника оцінки якості життя SF-36 (Оспанова Т.С., Семидоцька Ж.Д., Котулевич Н.Я. "Спосіб оцінки якості життя хворих, які лікують-

ся програмним гемодіалізом”). Опитувальник містить 36 питань основного модуля, доповнених багатопунктовими шкалами, націленими конкретно на хворих з ХХН VД ст., які лікуються гемодіалізом.

Статистичну обробку даних виконували за допомогою програмного пакету Statistica 6.0. Для дослідження кумулятивного виживання використовували метод Каплана-Майєра, а для порівняння в групах: F-критерій Кокса – узагальнений критерій Вілкоксона-Гехана.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведений ретроспективний аналіз показників виживання. У дослідження було включено 85 пацієнтів з ХХН Vст., які лікувалися ГД. За відповідну точку спостереження приймали дату першого сенсу ГД.

Кількість спостережень становить 85 пацієнтів. У групу пацієнтів з СНН увійшли 53 особи, з них померло 17 (32,08%), а 36 (67,92%) продовжують лікування в даний час. Причиною смерті була серцева патологія – 17 пацієнтів. Група пацієнтів без СНН складалася з 32 осіб, з них померло 4 (12,50%) і продовжують лікування 28 (87,50%). Причиною смерті було: ДТП – 1 пацієнт, рак шлунка – 1 пацієнт, серцева патологія – 2.

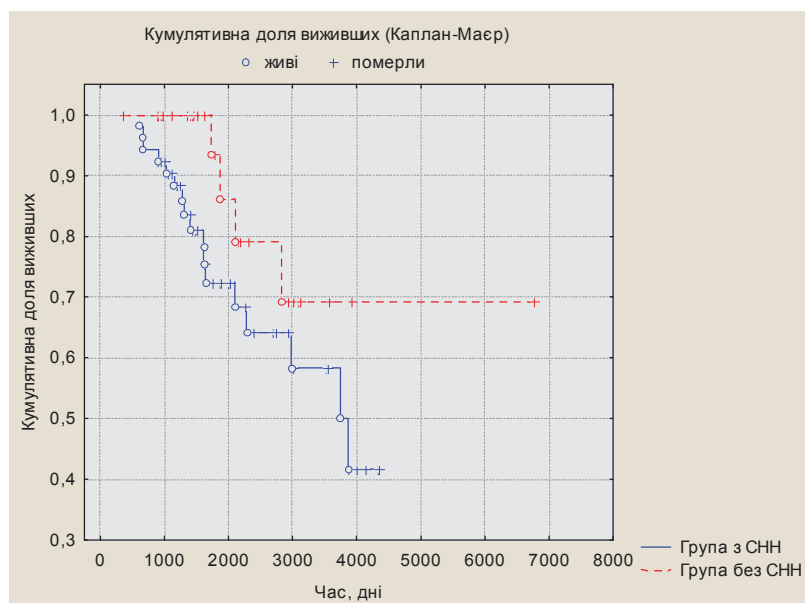


Рис.1. Виживання пацієнтів з та без СНН.

Як видно з рис.1, кумулятивна доля виживання пацієнтів на ГД з СНН є меншою ніж у пацієнтів без СНН і становить відповідно 43,93% та 65,69%.

При порівнянні груп за F-критерієм Кокса  $p < 0,011$ , а за критерієм Гехана-Вілкоксона –  $p < 0,047$ . Виживання в групах через 3, 5, 8 та 10 років мало наступний характер (табл. 1).

Таблиця 1

**Виживання пацієнтів в залежності від наявності СНН**

<i>Обстежені особи</i>	<i>Кумулятивна доля тих, що вижили, у %</i>			
	<i>3 роки</i>	<i>5 років</i>	<i>8 років</i>	<i>10 років</i>
Пацієнти з СНН	90,09	72,81	59,90	43,93
Пацієнти без СНН	100	94,59	65,69	65,69

Аналізуючи дані табл.1, бачимо, що виживання пацієнтів на ГД до 3-х років у обох групах є досить високим, а у групі без СНН воно становить 100%. Через 5 років від початку лікування виживання зменшується до 72,81% у групі з СНН, а у групі без СНН залишається досить високим – 94,59%. Через 8 років спостерігається різке зниження виживання у обох групах і становить відповідно 59,90% з СНН та 65,69% без СНН. Таке різке зниження показників у обох групах може бути за рахунок накопичення ускладнень, пов'язаних безпосередньо з процедурою діалізу. Через 10 років показники виживання у групі без СНН залишаються стабільними, а у групі з СНН продовжуються знижуватись, відповідно 65,69% та 43,93%.

При оцінці даних з опитувальників якості життя SF-36 виявлено, що у пацієнтів з СНН рівні показників ЯЖ вірогідно нижчі, ніж у пацієнтів без проявів СНН за всіма шкалами (табл. 2).

Наведені дані вказують на потужний негативний вплив СНН на ЯЖ, що підтверджується результатами кореляційного аналізу (рис 2).

Таблиця 2

## Показники якості життя пацієнтів без та з СНН

<i>Шкали SF-36</i>	<i>Пацієнти без СНН, n=32</i>	<i>Пацієнти з СНН, n=53</i>
ЯЖ (бали)	60,98±2,41***	48,34±1,63***
Симптоми захворювання (бали)	77,13±1,77*	67,15±3,08*
Вплив на повсякденне життя (бали)	67,00±2,60***	53,88±1,48***
Обтяжливість захворювання (бали)	32,22±2,56**	24,21±1,77**
SF-12 (бали)	50,41±5,21***	33,87±1,78***
Фізичний сумарний компонент (бали)	41,16±3,10***	28,13±1,99***
Психічний сумарний компонент (бали)	59,66±9,46**	39,61±1,89**

Примітки:

- \* - вірогідні відмінності між групами ( $p < 0,05$ )
- \*\* - вірогідні відмінності між групами ( $p < 0,01$ )
- \*\*\* - вірогідні відмінності між групами ( $p < 0,001$ )

Для зручності аналізу і інтерпретації одержаних результатів ми розподілили всіх пацієнтів на 3 групи в залежності від інтенсивності проявів СНН. Інтенсивність до 35 балів – легкі прояви СНН, від 35 до 70 балів – середньої інтенсивності СНН, від 70 балів та вище – важкий СНН (табл. 3).

Таблиця 3

## Інтенсивність синдрому неспокійних ніг

<i>СНН</i>	<i>Кількість пацієнтів</i>
до 35 балів	7 (20%)
від 35 до 70 балів	16 (46%)
≥ 70 балів	12 (34%)

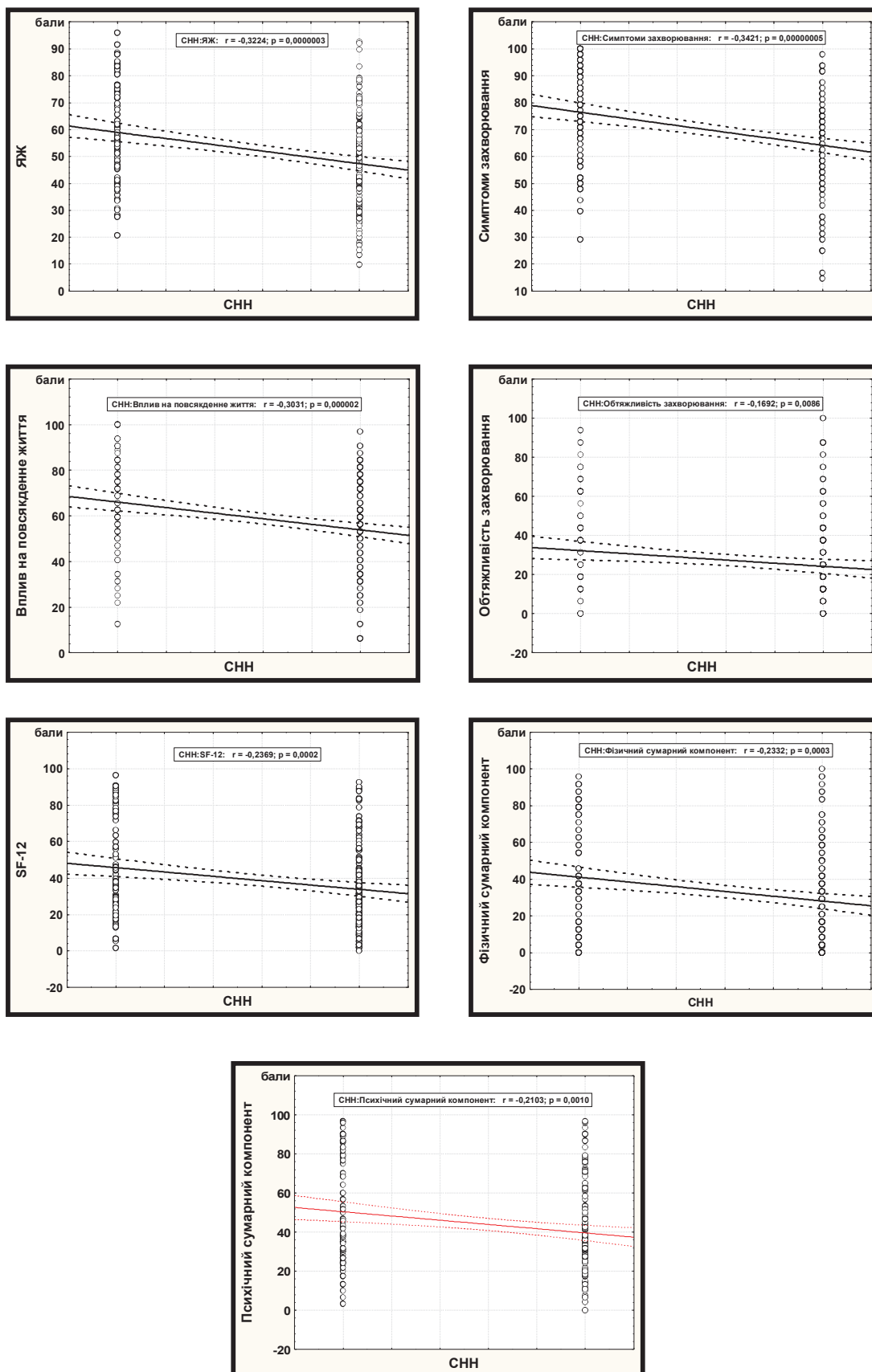


Рис. 2. Кореляційні залежності між СНН та показниками ЯЖ (SF-36).

Як видно з табл. 3, найбільша кількість хворих, а саме 46% мають середню інтенсивність проявів СНН, а легка інтенсивність СНН спостерігається лише в 20% обстежуваних, важкі прояви СНН спостерігаються в 34 % обстежуваних.

В подальшому ми оцінювали показники якості життя в залежності від інтенсивності СНН (табл. 4)

Таблиця 4

**Показники ЯЖ хворих, розділених в залежності від інтенсивності проявів СНН**

<i>Шкали SF-36</i>	<i>I група до 35 балів</i>	<i>II група від 35 до 70 балів</i>	<i>III група більше 70 балів</i>
ЯЖ (бали)	62,73±4,06	48,50±3,94*	38,13±3,38**
Симптоми захворювання (бали)	75,89±3,54	63,98±3,99*	58,50±3,69
Вплив на повсякденне життя (бали)	69,64±4,55	51,36±4,26*	47,39±4,43**
Обтяжливість захворювання (бали)	43,75±6,81	24,21±3,32*	18,22±4,80**
SF-12 (бали)	51,30±7,27	38,21±5,51***	18,22±3,84**
Фізичний сумарний компонент (бали)	45,83±7,21	33,59±5,47***	13,19±4,03
Психічний сумарний компонент (бали)	56,78±9,60	44,84±6,70***	14,16±4,08**

*Примітки:* \* – достовірні відмінності між I та II групами (p<0,05)

    \*\* – достовірні відмінності між I та III групами (p<0,05)

    \*\*\* – достовірні відмінності між II та III групами (p<0,05)

Аналізуючи дані таблиці, ми виявили, що є достовірна різниця в показниках «ЯЖ» між I та II групами пацієнтів, а саме 62,73±4,06 проти 48,50±3,94, відповідно (p<0,004), та між I та III групами пацієнтів, а саме 62,73±4,06 проти 38,13±3,38, відповідно

( $p < 0,00029$ ). За «впливом на повсякденне життя» відмінність між I та II і III групами хворих становила  $69,64 \pm 4,55$  проти  $51,36 \pm 4,26$  та  $47,39 \pm 4,43$ , відповідно ( $p < 0,01$ ) та ( $p < 0,004$ ). За «обтяжливістю захворювання» відмінність між I та II і III групами хворих становила  $43,75 \pm 6,81$  проти  $24,21 \pm 3,32$  та  $18,22 \pm 4,80$ , відповідно ( $p < 0,008$ ) та ( $p < 0,005$ ). За «симптомами захворювання» є достовірна відмінність між I та II групами, а саме  $75,89 \pm 3,54$  проти  $58,50 \pm 3,69$ , відповідно ( $p < 0,006$ ). За «SF-12» відмінність між I та III та II і III групами хворих становила  $51,30 \pm 7,27$  проти  $18,22 \pm 3,84$  та  $38,21 \pm 5,51$  проти  $18,22 \pm 3,84$ , відповідно ( $p < 0,0003$ ) та ( $p < 0,007$ ). За «фізичним сумарним компонентом» відмінність між II і III групами хворих становила  $33,59 \pm 5,47$  проти  $13,19 \pm 4,03$  відповідно ( $p < 0,009$ ). За «психічним сумарним компонентом» відмінність між I та III та II і III групами хворих становила  $56,78 \pm 9,60$  проти  $14,16 \pm 4,08$  та  $44,84 \pm 6,70$  проти  $14,16 \pm 4,08$ , відповідно ( $p < 0,0016$ ) та ( $p < 0,017$ ).

Враховавши ці дані можна сказати, що чим більша інтенсивність проявів СНН, тим гірші показники якості життя у даних пацієнтів.

**Висновки:**

1. Виживання пацієнтів без СНН в порівнянні з пацієнтами з СНН є достовірно вищим за F-критерієм Кокса ( $p < 0,011$ ) і складає відповідно 65,69% та 43,93% на момент завершення дослідження.
2. У пацієнтів з СНН рівні показників ЯЖ вірогідно нижчі ніж у пацієнтів без проявів СНН. За всіма шкалами СНН має потужний негативний вплив на якість життя пацієнтів з ХХН VД ст., що суттєво погіршує соціальну реабілітацію цієї категорії хворих.
3. Чим більша інтенсивність СНН, тим гірші показники якості життя у даних пацієнтів.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Шутов Е. В. Нутритивный статус у больных с хронической



- почечной недостаточностью // Нефрология и диализ. 2008. № 3–2. С. 199–207.
2. Diaz-Buxo J. A. 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. - P. 293–300.
  3. Gokal R. Health-Related quality of life end-stage renal failure // Nephrol. 2002. Vol. 14. - P.170–173.
  4. Juergensen E. 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. 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. № 2. - P. 91–97.
  6. Mosconi P. Quality of Life and instruments in end-stage renal disease / P. Mosconi, G. Appolone, G. Mingardi // J. Nephrology. - 2008. - Vol. 21. Suppl. 13. - P. 107–112.
  7. Wasserfallen J. B. Satisfaction of patients on chronic haemodialysis and peritoneal dialysis / J. B. Wasserfallen, M. Moinabi, M. Halabia [et al.] // Swiss Med Wkly. - 2006. - Vol. 136. - P. 210–217.

SUMMARY  
**THE INFLUENCE OF RESTLESS LEGS SYNDROME AT LIFE  
QUALITY AND SURVIVAL OF PATIENTS, WHO ARE  
TREATED BY DIALYSIS**

*O.V. Bushtynska*

*(Ternopil)*

In the research influence of RLS on the indexes of quality of life and survival for patients with CDK, that are treated themselves by the methods of kidney therapy. Questionnaires were used for diagnostics of RLS - 4 criteria are worked out by an international group RLS - IRLSSG(International Restless Legs Syndrome Study Group) and questionnaire of estimation of quality of life of SF - 36. It was showed that survival of patients without RLS if to compare to patients with RLS is higher and folds accordingly 65,69% and 43,93 %. RLS has powerful negative influence on quality of life of patients with CDK V: if greater intensity of RLS, than worse indicators which makes bad the social rehabilitation of this category of patients.

УДК 616.61-085.38-073.27-036.9

## **ІНТЕРЛЕЙКІН 10 У ПАЦІЄНТІВ 5Д СТАДІЇ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗАЛЕЖНО ВІД НУТРИЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ**

*І.О. Дудар, В.Є. Дріяньська, Є.М. Григор'єва,  
Ю.І. Гончар, Е.К. Красюк*

Інститут нефрології АМН України  
(директор – чл.-кор НАМНУ, проф. М.О. Колесник),  
м. Київ

Білково-енергетична недостатність (БЕН) – важливий предиктор захворюваності і смертності у пацієнтів на програмному гемодіалізі, однак патогенез цього явища до кінця залишається невідомим. Багато досліджень демонструють неабияку роль імунної системи, а саме цитокінів в цьому процесі.

На сьогодні виділяють два суттєво відмінних типи БЕН у пацієнтів з термінальною хронічною нирковою недостатністю (ХНН). Перший пов'язаний з низьким вживанням білка і енергії. При цьому альбумін сироватки нормальний або незначно знижений. Такий тип мальнутриції добре корегується харчуванням і адекватним діалізом. Напроти, другий тип недоїдання пов'язаний із запаленням і атеросклерозом. При цьому альбумін сироватки істотно знижений. Другий тип БЕН набагато важче вдається повністю змінити харчовою корекцією і адекватним діалізом [1].

БЕН і запалення розповсюджені і, звичайно, паралельні у гемодіалітичних хворих і об'єднані в літературі в один синдром (Malnutrition-inflammation complex syndrome – MICS) [2]. У декількох дослідженнях вивчався зв'язок БЕН та хронічного запалення у пацієнтів з ХНН. На сьогодні не існує єдиної точки зору чи БЕН впливає на розвиток хронічного запалення у пацієнтів з ХНН 5Д стадії чи дисбаланс цитокінів викликає розвиток нутриційних порушень.