

© И.А.Васильева, 2018

УДК 616.61-089.843 : 616-092.12

Для цитирования: Васильева ИА. Качество жизни реципиентов почечного трансплантата. Нефрология 2018; 22 (4): 74–80

DOI:10.24884/1561-6274-2018-22-4-74-80

For citation: Vasilieva IA. Quality of life in renal transplant recipients. Nephrology (Saint-Petersburg) 2018; 22 (4): 74–80 (In Russ.)

DOI:10.24884/1561-6274-2018-22-4-74-80

*И.А. Васильева**

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Научно-исследовательский институт нефрологии, Научно-клинический исследовательский центр, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия

I.A. Vasilieva

QUALITY OF LIFE IN RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS

Research Institute of Nephrology, Scientific and Clinical Research Centre, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Russia

РЕФЕРАТ

ЦЕЛЬ. Оценить КЖ реципиентов почечного трансплантата при помощи опросника Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), включающего специфические для заместительной почечной терапии (ЗПТ) разделы, и сопоставить полученные данные с параметрами КЖ больных на гемодиализе (ГД). **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Обследован 41 больной с функционирующим почечным трансплантатом. Группу сравнения составили 142 больных, находившихся на лечении ГД. Для оценки КЖ использовали опросник KDQOL-SF. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Сравнительный анализ КЖ пациентов продемонстрировал преимущества аллотрансплантации почки (АТП) перед ГД. Значимые различия между реципиентами почечного трансплантата и больными на ГД зарегистрированы по большинству параметров самооценки физического здоровья (физическое функционирование, боль, общее здоровье, суммарный показатель физического здоровья), по двум из пяти показателей психосоциальной составляющей КЖ (энергичность и социальное функционирование). У пациентов с функционирующим трансплантатом была выше удовлетворенность состоянием здоровья в целом. Они в меньшей степени ощущали бремя заболевания почек, его ограничивающее влияние на повседневную деятельность. Пациенты после АТП реже предъявляли жалобы на кожный зуд (беспокоил 8% больных с пересаженной почкой и 39% пациентов на ГД), мышечные боли (22 и 44% соответственно), онемение кистей или стоп (13 и 33%). Снизилась актуальность стресс-фактора «ограниченная возможность путешествовать» (с 75% на ГД до 42% после АТП). Среди реципиентов почечного трансплантата число работающих составило 38% против 29% на ГД. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Насколько нам известно, представляемая работа является первым отечественным исследованием КЖ реципиентов почечного трансплантата с использованием опросника, содержащего специфические для заместительной почечной терапии шкалы оценки КЖ. Установлено, что по большинству показателей КЖ АТП предпочтительнее ГД.

Ключевые слова: качество жизни, трансплантация почки, гемодиализ, KDQOL-SF

ABSTRACT

THE AIM. To assess quality of life (QOL) in kidney transplant recipients (KTR) using the Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SFTM) questionnaire which includes specific for renal replacement therapy questions, and to compare QOL of KTR and hemodialysis (HD) patients. **PATIENTS AND METHODS.** 41 KTR and 142 HD patients were included in the study. The KDQOL-SF questionnaire was used for QOL evaluation. **RESULTS.** Compared with HD patients, KTR scored higher on the majority of self-assessed physical health parameters (Physical Functioning, Pain, General Health, Physical Component Summary). Significant differences were observed for two of the five scales representing psychosocial component of QOL – Vitality and Social Functioning. Overall health rating was also higher in KTR. These patients were frustrated by the burden of kidney disease and its limiting impact on daily activities to a lesser degree. The frequency of patients' complaints decreased. 39% of HD patients reported being bothered by itchy skin, among KTR – only 8%. Soreness in muscles bothered 44% of HD patients and 22% of KTR, numbness in hands or feet – 33% of HD patients and 13% of KTR. Limited ability to travel was bothersome for 75% of HD patients and 42% of KTR. 38% of KTR, and 29% of HD patients were employed. **CONCLUSION.** As far as we know, the presented study is the first in our country to report about QOL in KTR where QOL was measured using a questionnaire containing items specific for renal replacement therapy. It was shown that KTR scored higher than HD patients on the majority of KDQOL-SF scales.

Keywords: quality of life, kidney transplantation, hemodialysis, KDQOL-SF

*Васильева И.А. 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 17, корп. 54. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Научно-исследовательский институт нефрологии Научно-клинического исследовательского центра. Тел.: (812) 338-69-34; E-mail: ira707@yandex.ru

ВВЕДЕНИЕ

Трансплантация почки является наиболее перспективным направлением оказания медицинской помощи больным с терминальной почечной недостаточностью, поскольку обеспечивает преимущество в выживаемости, снижение заболеваемости и затрат на лечение по сравнению с диализной терапией [1, 2]. Однако жизнь после трансплантации связана с целым рядом ограничений и стресс-факторов, таких как строгое соблюдение режима приема иммуносупрессивных препаратов и их побочные эффекты, необходимость частых визитов в клинику, инфекции, неопределенность будущего и опасения из-за возможного криза отторжения трансплантата. В связи с этим приобретает особую актуальность оценка качества жизни (КЖ) реципиентов почечного трансплантата. Понимание специфики КЖ пациентов, перенесших успешную трансплантацию почки, может дать ценную информацию для принятия дальнейших терапевтических решений, помочь в консультировании больных перед трансплантацией. Между тем отечественные исследования КЖ этих больных малочисленны и ограничены использованием общих опросников для изучения КЖ, в основном SF-36 Health Survey [3, 4].

Цель исследования: оценить КЖ реципиентов почечного трансплантата при помощи опросника Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), включающего специфические для заместительной почечной терапии (ЗПТ) разделы, и сопоставить полученные данные с параметрами КЖ больных на гемодиализе (ГД).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включен 41 пациент, которым была выполнена аллогенная трансплантация почки (АТП) в НИИ нефрологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова в 2007–2012 гг. Критериями включения были возраст не моложе 18 лет и продолжительность жизни с пересаженной почкой не менее трех месяцев. Средний возраст больных составил 34 ± 12 лет (от 18 до 60 лет), 49% от числа обследованных составили мужчины. У 32% больных имела место АТП от живого донора.

Группу сравнения составили 142 больных в возрасте от 18 до 60 лет, получавших лечение на отделении хронического ГД НИИ нефрологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Пациенты находились на лечении ГД не менее трех месяцев. 59% составили мужчины.

Для оценки КЖ использована русскоязычная версия опросника KDQOL-SF™, разработанная в НИИ нефрологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова [5–7]. Процедура адаптации опросника выполнена в соответствии с международными рекомендациями и была официально одобрена авторами методики (KDQOL™ Working Group). KDQOL-SF, версия 1.3, включает 36 вопросов из SF-36 (общие вопросы, предназначенные для оценки КЖ при различных заболеваниях и у здоровых лиц), 43 вопроса, отражающие специфику заместительной почечной терапии (ЗПТ), и один вопрос, позволяющий дать оценку состояния здоровья в целом. Шкалы опросника SF-36 «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «боль», «общее здоровье» и суммарный показатель физического здоровья Physical Component Summary (PCS) образуют физическую составляющую КЖ. Шкалы «энергичность», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», «психическое здоровье» и суммарный показатель психического здоровья Mental Component Summary (MCS) входят в состав психосоциальной составляющей КЖ. Опросник KDQOL-SF также включает следующие восемь основных шкал, предназначенных специально для больных на ЗПТ: «симптомы/проблемы», «влияние заболевания почек на повседневную деятельность», «бремя заболевания почек», «трудовой статус», «когнитивные функции», «качество социального взаимодействия», «сексуальные функции», «сон». Дополнительные шкалы направлены на оценку удовлетворенности социальной поддержкой и самооценку состояния здоровья в целом. «Сырые» оценки по каждой шкале опросника KDQOL-SF переводятся в стандартные, так что оценка каждой сферы жизни производится в баллах от 0 до 100: чем выше балл, тем лучше КЖ. Опросник был первоначально разработан в целях измерения КЖ больных, получающих диализную терапию. Однако в дальнейшем была продемонстрирована возможность его использования и применительно к пациентам, перенесшим АТП [8–10]. Больным после трансплантации было предложено пропускать вопрос шкалы «симптомы/проблемы», касающийся проблем с артериовенозной фистулой или перитонеальным катетером. Согласно алгоритму обработки опросника, предусмотрен вариант расчета шкальной оценки в случае пропуска вопроса.

Статистические расчеты выполнены с применением пакета прикладных программ STATISTICA v. 10 («StatSoft Inc», США). Учитывая, что

распределение части показателей КЖ отличалось от нормального, в таблицах приведены средние значения, стандартные отклонения, медианы и интерквартильный размах. Для оценки межгрупповых различий применяли Т-критерий Стьюдента или U-тест Манна–Уитни в зависимости от характера распределения признака. При сравнении частотных величин пользовались χ^2 -критерием Пирсона. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий и влияний) принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В табл. 1 приведены результаты сравнения реципиентов почечного трансплантата и пациентов ГД по общим шкалам КЖ. Больные с функционирующим трансплантатом отличались в лучшую сторону по большинству показателей самооценки физического здоровья (физическое функционирование, боль, общее здоровье, суммарный показатель физического здоровья PCS). Что касается показателей психосоциальной составляющей КЖ, у них были существенно более высокие оценки по шкалам энергичности и социального функционирования.

По специфическим для ЗПТ разделам опросника KDQOL-SF у реципиентов почечного трансплантата также отмечены более высокие оценки, чем у пациентов на ГД (табл. 2). Наиболее существенное улучшение наблюдалось по шкале «бремя заболевания почек». В ней пациентам предлагается оценить по пятибалльной шкале насколько верными по отношению к ним представляются следующие утверждения: «Заболевание почек очень мешает мне жить полноценной жизнью», «Заболевание почек отнимает у меня слишком много времени», «Я чувствую себя очень расстроенным, когда сталкиваюсь с конкретными проявлениями своего заболевания», «Я чувствую, что стал обузой для своей семьи». Значимые различия между пациентами, перенесшими АТП, и больными на ГД зарегистрированы и по шкалам «симптомы/проблемы», «влияние заболевания почек на повседневную деятельность», позволяющим оценить степень выраженности различных жалоб больных, а также по шкале «трудовой статус» (см. табл. 2). Оценка по шкале трудового статуса рассчитывается исходя из ответов больных на два вопроса: 1) работал ли пациент в течение последних четырех недель и 2) позволяет ли, с точки зрения больного, состояние его здоровья работать. Для

Таблица 1 / Table 1

Показатели общих шкал связанного со здоровьем качества жизни у реципиентов почечного трансплантата и больных на гемодиализе

Indicators of general health-related quality of life scores in renal transplant recipients and patients on hemodialysis

Показатели опросника SF-36	Реципиенты почечного трансплантата (n=41)	Больные на гемодиализе (n=142)	p
Физическое функционирование	75,9±23,8 85 (60–95)	60,7±27,3 65 (40–85)	p'=0,002
Ролевое физическое функционирование	51,2±44,7 50 (0–100)	35,0±41,8 0 (0–75)	p*=0,055
Боль	75,4±28,4 84 (55–100)	61,8±28,6 57,5 (35–90)	p'=0,007
Общее здоровье	53,2±19,7 50 (35–70)	37,6±16,0 35 (25–50)	p'<0,001
Энергичность	59,9±19,6 65 (45–80)	49,4±19,9 50 (35–65)	p'=0,003
Социальное функционирование	75,9±22,1 75 (62,5–100)	65,2±27,5 62,5 (50–87,5)	p'=0,038
Ролевое эмоциональное функционирование	59,4±39,8 66,7 (33,3–100)	64,3±44,5 100 (0–100)	p*=0,262
Психическое здоровье	66,4±19,1 64 (56–80)	62,2±18,9 64 (52–76)	p'=0,208
Physical Component Summary (PCS)	45,2±10,0 49,7 (36,4–54,8)	37,1±10,2 37,3 (30–44,5)	p'<0,001
Mental Component Summary (MCS)	45,9±9,2 46,2 (38,9–53,4)	45,7±11,2 49,1 (37–54,4)	p'=0,793

Примечание. Physical Component Summary (PCS) – суммарный показатель физического здоровья, Mental Component Summary (MCS) – суммарный показатель психического здоровья. В таблице приведены M±SD, Me (IQR). p' – Student's T-test, p* – Mann–Whitney U-test. По всем показателям чем выше балл, тем лучше КЖ.

того, чтобы составить представление об уровне трудоустройства пациентов на различных видах ЗПТ, и в целях сравнения с международными данными мы отдельно проанализировали ответы больных на первый вопрос. По полученным нами данным доля работающих среди реципиентов почечного трансплантата составила 38%, в группе пациентов на ГД – 29%.

Оценка состояния здоровья в целом была существенно выше у больных после АТП (см. табл. 2).

Больные после АТП не отличались от пациентов на ГД по удовлетворенности качеством и продолжительностью сна, состоянием когнитивных функций, сексуальной сферой, качеством социального взаимодействия и социальной поддержкой (см. табл. 2).

Мы сравнили ответы больных с пересаженной почкой и на ГД на отдельные вопросы, входящие в состав шкал «симптомы/проблемы» и «влияние заболевания почек на повседневную деятельность». Реципиентов почечного трансплантата в меньшей степени беспокоил кожный зуд. Только 8% больных испытывали умеренное, сильное или очень сильное беспокойство по этому поводу, тогда как среди больных на ГД – 39%, $p<0,001$. Аналогично онемение кистей или стоп беспокоило 13% больных, перенесших АТП, и 33% пациентов на

ГД, $p=0,017$. Если среди больных с пересаженной почкой жалобы на мышечные боли представляли 22%, то в группе пациентов на ГД – 44%, $p=0,013$. В числе наиболее характерных для пациентов обеих групп – жалобы на утомляемость, упадок сил. Беспокойство по этому поводу испытывали 39% больных после АТП и 44% пациентов на ГД, $p=0,584$. Наиболее значимым стресс-фактором для пациентов на ГД является ограниченная возможность путешествовать (75% больных испытывали умеренное, сильное или очень сильное беспокойство в связи с этим). Для реципиентов почечного трансплантата этот фактор сохраняет свою актуальность, но число больных, испытывающих беспокойство по этому поводу, существенно меньше – 42%, $p<0,001$. Если среди пациентов на ГД 68% сообщали о психотравмирующем влиянии ограничений в потреблении жидкости, то в группе больных с пересаженной почкой – только 17%, $p<0,001$.

Был проведен сравнительный анализ показателей КЖ работающих и неработающих реципиентов почечного трансплантата. У работающих больных отмечены существенно более высокие оценки по большинству шкал физической составляющей КЖ: по физическому функционированию – $88,0\pm14,9$ против $68,0\pm25,5$ у нера-

Таблица 2 / Table 2

Показатели специфических для заместительной почечной терапии шкал опросника KDQOL-SF у реципиентов почечного трансплантата и больных на гемодиализе
Indicators of renal replacement-specific scales of the KDQOL-SF questionnaire in renal transplant recipients and hemodialysis patients

Показатели специфических для ЗПТ шкал	Реципиенты почечного трансплантата (n=41)	Больные на гемодиализе (n=142)	p
Симптомы/проблемы	82,3±17,6 87,5 (75–96,9)	74,5±14,5 77,1 (62,5–85,4)	$p^*=0,007$
Влияние заболевания почек на повседневную деятельность	75,3±20,2 78,1 (57,8–90,6)	66,4±20,7 71,9 (53,1–81,3)	$p^*=0,014$
Бремя заболевания почек	57,3±27,2 62,5 (37,5–81,3)	37,8±22,9 37,5 (18,8–50)	$p^*<0,001$
Трудовой статус	50,0±37,8 50 (0–100)	34,9±43,3 0 (0–100)	$p^*=0,043$
Когнитивные функции	74,8±19,1 76,7 (63,3–86,7)	79,5±16,2 80,0 (66,7–100)	$p^*=0,118$
Качество социального взаимодействия	75,4±16,0 80 (60–86,7)	79,7±15,8 80 (66,7–93,3)	$p^*=0,143$
Сексуальные функции	84,7±25,2 100 (75–100)	82,0±22,5 87,5 (75–100)	$p^*=0,424$
Сон	61,7±17,9 67,5 (47,5–72,5)	59,5±19,3 58,8 (45–75)	$p^*=0,537$
Социальная поддержка	71,8±27,3 83,3 (50–100)	69,0±25,4 66,7 (50–83,3)	$p^*=0,456$
Оценка состояния здоровья в целом	61,9±20,5 60 (50–80)	48,2±16,0 50 (40–50)	$p^*<0,001$

Примечание. В таблице приведены $M\pm SD$, Me (IQR). p^* – Student's T-test, p^* – Mann-Whitney U-test. По всем показателям чем выше балл, тем лучше КЖ.

ботающих, $p=0,009$; по ролевому физическому функционированию – $73,3\pm 41,7$ против $36,0\pm 40,9$, $p=0,008$; по свободе от боли – $91,8\pm 15,3$ против $64,6\pm 29,9$, $p=0,002$; по суммарному показателю физического здоровья PCS – $51,2\pm 6,9$ против $41,2\pm 9,7$, $p=0,001$. Показатели двух из пяти шкал психосоциальной составляющей КЖ также были выше у работающих пациентов, перенесших АТП: энергичность – $69,0\pm 14,9$ против $53,6\pm 20,1$ у неработающих, $p=0,014$; психическое здоровье – $74,7\pm 15,8$ против $61,1\pm 19,6$, $p=0,029$. Из числа специфических для ЗПТ шкал работающие пациенты отличались в лучшую сторону по шкалам «влияние заболевания почек на повседневную деятельность» ($85,1\pm 18,1$ у работающих, $69,7\pm 19,5$ у неработающих, $p=0,026$) и «бремя заболевания почек» ($70,7\pm 22,2$ у работающих, $49,7\pm 27,3$ у неработающих, $p=0,024$). Оценка состояния здоровья в целом также была существенно выше у работающих пациентов: $74,6\pm 19,4$ против $54,8\pm 17,8$ у неработающих, $p=0,004$.

ОБСУЖДЕНИЕ

Насколько нам известно, представляемая работа является первым отечественным исследованием КЖ реципиентов почечного трансплантата с использованием опросника, в состав которого входят специфические для ЗПТ шкалы оценки КЖ. Специальные шкалы позволяют уловить влияние определенного заболевания (лечения) на КЖ пациентов, выявить проблемные сферы жизни больных, сопоставить эффективность различных видов терапии. Для наиболее полной и корректной оценки КЖ целесообразно использовать опросники, включающие и общие шкалы для измерения КЖ независимо от вида заболевания (лечения), и специфические для данного заболевания (лечения) шкалы оценки КЖ. Примером такого опросника является психодиагностическая методика KDQOL-SF™, применявшаяся в настоящем исследовании.

По результатам сравнительного анализа значения большинства показателей физической составляющей КЖ у реципиентов почечного трансплантата значительно выше, чем у больных на ГД. Пациентов с функционирующим трансплантатом отличают более высокая способность справляться с различными физическими нагрузками, менее выражены боль и ее ограничивающее влияние на повседневную деятельность. Они высказывают более высокую удовлетворенность состоянием здоровья в целом, оптимистичнее оценивают перспективы дальнейшего лечения. Соответственно и суммарный показатель физического здоровья PCS в этой

группе больных выше. Полученные данные согласуются с результатами подавляющего большинства исследований, в которых продемонстрированы более высокие показатели самооценки физического здоровья у больных с пересаженной почкой по сравнению с пациентами на ГД [8, 11–14]. В отношении психосоциальной составляющей КЖ мнения исследователей не столь единодушны. По одним данным, больные после успешной АТП отличались от пациентов на ГД в лучшую сторону по всем или подавляющему большинству показателей психосоциальной составляющей КЖ [8, 11, 13]. Результаты других исследований свидетельствуют о том, что АТП предпочтительнее ГД лишь по отдельным параметрам психосоциальной компоненты КЖ [15, 16]. Есть данные, что эти два вида ЗПТ вообще не различались по оценкам психосоциальной составляющей КЖ [14, 17]. В нашей работе значимые различия отмечены по двум из пяти показателей психосоциальной составляющей КЖ – энергичности и социальному функционированию.

Что касается специфических для ЗПТ показателей КЖ, у реципиентов почечного трансплантата выше, чем у пациентов на ГД, оценки шкал «бремя заболевания почек», «симптомы/проблемы», «влияние заболевания почек на повседневную деятельность». Аналогичные результаты получены в работах исследователей из Венгрии, Польши и Норвегии [9, 12, 14]. Как было указано выше, больным после успешной АТП свойственна и более высокая, чем пациентам на ГД, удовлетворенность жизнью в целом (см. оценки по шкалам общего здоровья и состояния здоровья в целом). Жизнь больных с пересаженной почкой сопряжена с действием ряда специфических стресс-факторов, включая осложнения, иммуносупрессивную терапию, сопровождающуюся изменениями внешности и другими побочными эффектами. Несмотря на это, по сравнению с пациентами на ГД, они ощущают свою жизнь как более полноценную. А по некоторым показателям КЖ реципиенты почечного трансплантата даже приближаются к здоровым лицам [9, 10, 13, 18]. Меньшая стрессогенность АТП по сравнению с ГД прослеживается и в ответах больных на вопросы, связанные с различными соматическими жалобами и стресс-факторами. Так, в числе наиболее значимых для больных на ГД психотравмирующих факторов – ограниченная возможность путешествовать и необходимость соблюдать водно-питьевой режим. После успешной АТП значимость этих факторов резко снижается. Жалобы на кожный зуд, мышечные боли, онемение кистей

или стоп также становятся менее актуальными. В то же время, и реципиенты почечного трансплантата, и пациенты на ГД часто высказывают жалобы на повышенную утомляемость, упадок сил.

Одним из важных критериев успешности реабилитации пациентов трудоспособного возраста является сохранение трудовой активности. По данным различных авторов, среди больных с пересаженной почкой работают от 29 до 59% [19–21]. В проведенном нами исследовании доля работающих пациентов после АТП составила 38% против 29% на ГД. У пациентов с функционирующим трансплантатом выше, чем у больных на ГД, удовлетворенность своим трудовым статусом. При этом, однако, по сравнению с другими шкалами КЖ по шкале трудового статуса получена одна из самых низких оценок в обеих группах больных. Процент трудоустроенных российских больных после АТП, самооценка их возможностей по сохранению трудовой активности остаются достаточно низкими, что повышает актуальность психокоррекционной работы с этими больными, направленной на формирование мотивации к трудовой деятельности.

Согласно результатам сравнительного анализа КЖ работающих и неработающих реципиентов почечного трансплантата, значимые различия выявлены по оценке состояния здоровья в целом, показателям физической составляющей КЖ, психическому здоровью, общей активности. Все эти показатели были выше у работающих больных. Кроме того, работающие пациенты в существенно меньшей степени ощущали «бремя заболевания почек» и ограничивающее влияние болезни почек на повседневную деятельность. Можно предположить существование кольцевой зависимости между статусом трудоустройства и показателями КЖ. Сохранение трудовой активности способствует формированию ощущения благополучия и полноценности жизни. В свою очередь удовлетворенность жизнью, наличие интереса к жизни создают предпосылки для трудоустройства.

К ограничениям представляемого исследования можно отнести его одноцентровый характер. Его сильная сторона – использование опросника, включающего специфические для ЗПТ разделы, что позволяет составить всестороннее представление о КЖ больных с функционирующим трансплантатом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

АТП обеспечивает более высокое КЖ по сравнению с ГД-терапией. Улучшение касается физи-

ческого и социального функционирования, общей активности. Бремя заболевания почек, его ограничивающее влияние на повседневную деятельность ощущаются пациентами после АТП в меньшей степени. Снижается частота различных жалоб, связанных с заболеванием почек и лечением.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Fiebigler W, Mitterbauer C, Oberbauer R. Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2:2. doi: 10.1186/1477-7525-2-2
2. Бикбов БТ, Томилина НА. Состав больных и показатели качества лечения на заместительной терапии терминальной хронической почечной недостаточности в Российской Федерации в 1998–2013 гг. *Нефрология и диализ* 2016; 18(2): 98–164 [Bikbov BT, Tomilina NA. The contingent and treatment quality indicators in patients on replacement therapy of end stage renal disease in the Russian Federation in 1998–2013 years. *Nephrology and Dialysis* 2016; 18 (2): 98–164]
3. Пикалова НН, Мовчан ЕА, Тов НЛ и др. Качество жизни и клинико-лабораторная характеристика реципиентов почечного трансплантата. *Нефрология* 2013; 17(2): 66–74 [Pikalova NN, Movchan EA, Tov NL et al. The relationship of quality of life and clinical and laboratory characteristics or renal transplant recipients. *Nephrology* 2013; 17(2): 66–74]
4. Загородникова НВ, Сторожев РВ, Анисимов ЮА и др. Оценка качества жизни пациентов после сочетанной трансплантации почки и поджелудочной железы. *Трансплантология* 2017; 9(3): 236–241 [Zagorodnikova NV, Storozhev RV, Anisimov YuA et al. Evaluation of patient's life quality after simultaneous pancreas and kidney transplantation. *Transplantology* 2017; 9(3):236–241]. doi:10.23873/2074-0506-2017-9-3-236–241]
5. Hays RD, Kallich J, Mapes DL et al. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.3: A Manual for use and scoring. RAND, Santa Monica, CA., 1997; 39 p
6. Васильева ИА. Российская версия опросника Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) – ценного диагностического инструмента для оценки качества жизни больных на диализе. *Нефрология* 2007; 11(1): 64–70 [Vasilieva IA. Russian version of the questionnaire the Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) a valuable diagnostic instrument for assessing quality of life of dialysis patients. *Nephrology* 2007; 11(1): 64–70]
7. Смирнов АВ, Васильева ИА, Нестерова ОБ и др. Качество жизни и когнитивные функции у пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности, получающих гемодиализ с использованием сукцинатсодержащего диализирующего раствора. *Тер арх* 2014; 86(6): 11–17 [Smirnov AV, Vasilieva IA, Nesterova OB et al. Quality of life and cognitive functions in patients with end-stage renal failure on hemodialysis using a succinate-containing dialyzing solution. *Ter Arkh* 2014; 86(6):11–17]
8. Tonelli M, Wiebe N, Knoll G et al. Systematic review: kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes. *Am J Transplant* 2011; 11(10): 2093–2109. doi: 10.1111/j.1600-6143.2011.03686.x
9. von der Lippe N, Waldum B, Brekke FB et al. From dialysis to transplantation: a 5-year longitudinal study on self-reported quality of life. *BMC Nephrol* 2014; 15:191. doi: 10.1186/1471-2369-15-191
10. Costa-Requena G, Cantarell MC, Moreso F et al. Health related quality of life in renal transplantation: 2 years of longitudinal follow-up. *Med Clin (Barc)* 2017 149(3): 114–118. doi: 10.1016/j.medcli.2017.02.032
11. Liem YS, Bosch JL, Arends LR et al. Quality of life assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value Health* 2007; 10(5): 390–397. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00193.x

12. Kovacs AZ, Molnar MZ, Szeifert L et al. Sleep disorders, depressive symptoms and health-related quality of life – a cross-sectional comparison between kidney transplant recipients and waitlisted patients on maintenance dialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2011; 26(3): 1058–1065. doi: 10.1093/ndt/gfq476

13. Maglakelidze N, Pantsulaia T, Tchokhonelidze I et al. Assessment of Health-Related Quality of Life in Renal Transplant Recipients and Dialysis Patients. *Transplant Proc* 2011; 43(1): 376–379. doi: 10.1016/j.transproceed.2010.12.015

14. Czyżewski L, Sańko-Resmer J, Wyzgał J, Kurowski A. Assessment of health-related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis. *Ann Transplant* 2014; 19: 576–585. doi: 10.12659/AOT.891265

15. Пикалова НН, Мовчан ЕА. Качество жизни гемодиализных пациентов, находившихся в листе ожидания почечного трансплантата, до и после трансплантации почки. *Медицина экстремальных ситуаций* 2013; 2(44): 33–36 [Pikalova NN, Movchan EA. Health related quality of life in dialysis patients awaiting kidney transplant. Before and after surgery. *Medicine of extreme situations* 2013; 2(44): 33–36]

16. Landreneau K, Lee K, Landreneau MD. Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation – a meta-analytic review. *Nephrol Nurs J* 2010; 37(1): 37–44

17. van Sandwijk MS, Al Arashi D, van de Hare FM et al. Fatigue, anxiety, depression and quality of life in kidney transplant recipients, haemodialysis patients, patients with a haematological malignancy and healthy controls. *Nephrol Dial Transplant* 2018; May 2. doi: 10.1093/ndt/gfy103. [Epub ahead of print]

18. Stømer U, Bergrem H, Gøransson LG. Health-related quality of life in kidney transplant patients and non-renal replacement therapy patients with chronic kidney disease stages 3b-4. *Ann Transplant* 2013; 18: 635–642. doi: 10.12659/AOT.889124

19. Bohlke M, Marini SS, Gomes RH et al. Predictors of employment after successful kidney transplantation – a population-based study. *Clin Transplant* 2008; 22(4): 405–410. doi: 10.1111/j.1399-0012.2008.00797.x

20. De Baere C, Delva D, Kloeck A et al. Return to work and social participation: does type of organ transplantation matter? *Transplantation* 2010; 89(8): 1009–1015. doi: 10.1097/TP.0b013e3181ce77e5

21. Danuser B, Simcox A, Studer R et al. Employment 12 months after kidney transplantation: An in-depth bio-psycho-social analysis of the Swiss Transplant Cohort. *PLoS One* 2017; 12(4): e0175161. doi: 10.1371/journal.pone.0175161. eCollection 2017

Сведения об авторе:

Васильева Ирина Андреевна, д-р психол. наук

197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 17, корп. 54. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Научно-исследовательский институт нефрологии Научно-клинического исследовательского центра, лаборатория почечной недостаточности, ст. науч. сотр. Тел.: (812) 338-69-34; E-mail: ira707@yandex.ru

Irina A. Vasilieva PhD, DPsychSci.

Affiliations: 197022, Russia, St-Petersburg, L. Tolsoy st., 17, build. 54. Pavlov First St-Petersburg State Medical University, Scientific and Clinical Research Centre, Research Institute of Nephrology, Laboratory of Renal Insufficiency, senior researcher. Phone (812) 338-69-34; E-mail: ira707@yandex.ru

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Поступила в редакцию: 19.01.2018

Принята в печать: 22.05.2018

Article received: 19.01.2018

Accepted for publication: 22.05.2018