

¹М.У. Кистаубаев, ²А.Т. Душпанова, ²Ж.В. Романова, ³Ж.А. Кожекенова, ³А.Н. Нурбақыт

¹Гемодиализный центр "Premium dialysis" г. Шымкент

²Казахский национальный университет им.Аль-Фараби

³С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Одним из важных критериев оценки работы нефрологической службы является своевременность взятия на программный гемодиализ, который является определяющим фактором выживаемости больных, их качества жизни, и реабилитации.

Ключевые слова: гемодиализ, почечная недостаточность, качество жизни, реабилитация

На современном этапе с внедрением новых, более совершенных диализных технологий и методов медикаментозной коррекции, приведших к значительному увеличению продолжительности жизни больных на диализе, все более актуальным становится вопрос повышения качества жизни (КЖ) данной категории пациентов. В современной медицине при оценке КЖ больного, страдающего хроническим заболеванием, широкое распространение получил термин «КЖ, связанное со здоровьем». Это понятие многомерно в своей основе и включает физическую, психологическую и социальную составляющие.

В литературе имеется множество работ, в которых оценивалось КЖ больных, получающих гемодиализ. Данная оценка приобрела еще большее значение после того, как ряд исследователей доказали, что существует достоверная сильная взаимосвязь между КЖ и выживаемостью пациентов, получающих заместительную почечную терапию т.е. показатели КЖ были предикторами выживаемости пациентов на гемодиализе. Так, по данным исследователя D.L.Mares[1] относительный риск смерти у диализных больных с низкой оценкой КЖ был на 93% выше, а риск госпитализации на 56% выше, чем у пациентов с высоким КЖ. Важным аспектом в исследовании КЖ является сравнение КЖ при использовании различных методов заместительной терапии. Так Cameron J.I. [2] провел мета-анализ 3267 исследований КЖ. На основании полученных им данных был сделан вывод о том, что КЖ после успешной трансплантации выше как по уровню благополучия, так и по уровню дистресса, чем на гемодиализе (ГД) и перитонеальном диализе (ПД). При сравнении КЖ пациентов на ГД и ПД, качество жизни на ПД оказалось выше по уровню благополучия, а при сравнении централизованного гемодиализа и домашнего ГД, было выявлено, что качество жизни на домашнем диализе выше т.к. ниже уровень дистресса. В последние годы, в связи с выравниванием КЖ больных, получающих заместительную почечную терапию и здоровых лиц, все чаще проводятся сравнительные исследования качества жизни. Ряд исследователей изучало КЖ пациентов на ГД во взаимосвязи с другими факторами. Данные о влиянии возраста диализных пациентов на их КЖ несколько противоречивы. Так F.Mogeno[3] продемонстрировал, что с возрастом ухудшается КЖ диализных больных (особенно это касалось физического состояния). Во время как J.L.Welch, J.K.Austin[4] выявили, что психические показатели КЖ у ГД пациентов с возрастом повышаются. В исследовании также получены результаты, подтверждающие, что удовлетворенность жизнью пожилых больных на ГД выше, чем молодых. Последние авторы сравнивали КЖ различных возрастных групп и здоровых лиц, при этом разница в КЖ для более старших групп была менее выражена, чем для молодых. В ряде исследований было продемонстрировано, что КЖ женщин, получающих заместительную терапию, ниже по сравнению с мужчинами. Причины таких различий остаются неясными. Влияние социальных факторов на КЖ выявлено многими исследователями, показали, что отсутствие работы, низкий доход и низкий образовательный уровень негативно влияют на КЖ. Некоторые зарубежные авторы в своих научных статьях подтвердили, что более высокий уровень образования и лучшее материальное положение связаны с более высоким уровнем жизни. Материальное положение рассматривали как один из важных факторов, влияющих на КЖ, также и исследователь из Бразилии Sesso R.[5] который в своей работе продемонстрировал сильную корреляционную взаимосвязь между социо-экономическим статусом пациентов на ГД и их качеством жизни. Напротив, в исследовании N.G. Kutner, G.M. Devins[6] было показано, что КЖ диализных пациентов, принадлежащих к черной расе с худшим материальным положением, было выше по сравнению с белыми пациентами, хотя у последних социо-экономический статус был выше. Доказано, что наличие сопутствующих заболеваний значительно снижает качество жизни гемодиализных пациентов. Так диализные больные, страдающие сахарным диабетом, имели более низкие показатели КЖ во всех возрастных группах по сравнению с пациентами без диабета. До настоящего времени остается неясным вопрос о взаимосвязи между КЖ больных на ГД и несогласием с лечением (некомплаентностью), а также между некомплаентностью и другими психосоциальными, демографическими и медицинскими факторами. Распространенность некомплаентности доходит до 50% среди пациентов на ГД. Важность проблемы объясняется еще и тем, что найдена взаимосвязь между комплаентностью и выживаемостью пациентов на ГД.

Так, в исследовании Ganesh S.K. [7] показано, что у пациентов на ГД из группы некомплаентных риск смерти от сердечной недостаточности был достоверно выше, чем в группе пациентов, соблюдавших медицинские рекомендации, найдена прямая корреляция между некомплаентностью и повышенным преддиализным артериальным давлением, также нашли достоверную взаимосвязь между некомплаентностью и относительным риском смерти пациентов на ГД. При изучении влияния алкоголизма на некомплаентность больных на ГД получены противоречивые данные. В единичных работах, где исследовалась корреляция между некомплаентностью и другими психосоциальными показателями, получены противоречивые данные. Согласно данным, приведенным в работе у некомплаентных больных физическая составляющая здоровья была выше, а психическая ниже, чем у комплаентных пациентов. Ряд зарубежных авторов предположили, что попытки улучшить соблюдение диализного режима и, таким образом, снизить заболеваемость и смертность на ГД, должны быть нацелены на образовательную программу для больных, также выявили, что высокая степень информированности пациентов была взаимосвязана с лучшим соблюдением ими диеты. Впервые проблема реабилитации и адаптации пациентов к лечению на ГД была подробно обсуждена в работах A.K.De-Nougv 1974 году. Автором выделены следующие ее составляющие: адаптация к медицинскому режиму (включая фистулу, длительность процедуры, соблюдение диеты и потребление жидкости); реабилитация с включением профессиональной, социальной, семейной сфер; психическая адаптация, связанная с коррекцией пограничных психических расстройств (ППР), прежде всего расстройств адаптации.

Практически все специалисты, наблюдавшие больных с ХПН в процессе ГД лечения, единодушно отмечали большой психологический стресс, который испытывают пациенты на всем протяжении лечения, отрицательно влияющий на их реабилитацию и адаптацию. Он указывал, что подобное лечение и испытываемый больными стресс является уникальным. Он подчеркивал, что «Никто так не зависит от машины и медперсонала, как эти больные». Б.А. Лебедев[8] выделил несколько групп стрессовых факторов, воздействующих на больного: 1-я группа факторов связана с самой процедурой ГД, их действие наиболее выражено в начальный период лечения; 2-я группа относится к изменению всей жизненной ситуации в связи с болезнью и лечением. Наиболее важной в этой группе он считал зависимость больного от аппарата. Исследователь обратил внимание на двойственное отношение к нему: с одной стороны, с аппаратом связано сознание «стесненности жизни», а, с другой, - «своеобразное слияние тела больного и машины», которая обеспечивает его витальные функции и позволяет продлить жизнь»; 3-

я группа стрессовых воздействий включает дополнительные ограничения, налагаемые режимом лечения (необходимость строгого соблюдения диеты, водных ограничений и т.д.). В литературе анализировались факторы, влияющие на реабилитацию, социальную и психическую адаптацию больных на ГД. Многие авторы показали, что психосоциальная адаптация больных была связана с семейным положением, религиозными взглядами, уровнем образования, занятости, средствами передвижения для посещения клиники, самооценкой до болезни, возрастом и отношением к лечению. Отмечено, что социальная поддержка со стороны семьи, друзей, медицинского персонала и других больных положительно сказывалась на выживаемости диализных пациентов, при неудовлетворительной поддержке семьи диализного больного относительный риск его смерти повышался на 46%.

Многие зарубежные авторы предположили, что важным фактором для хорошей реабилитации пациентов на ГД является обучение пациентов. По их мнению «всякий раз, когда это выполнимо, обучение пациентов относительно природы терминальной ХПН должно быть предпринято до начала лечения, так как ранняя информированность больного улучшает результат лечения и адаптации, включая способность пациента продолжать работу». По опросу диализных больных «недостаток понимания относительно характера терминальной ХПН и доступности надежных источников информации» был назван одним из главных барьеров на пути к успешной реабилитации, перед которым стоят пациенты всех возрастов. Предложили проводить краткие лекции, освещающие основные аспекты заболевания почек и предстоящего лечения, они оценивали воздействие образовательных программ в течение предиализного периода у пациентов в терминальной стадии ХПН. По их данным, улучшение понимания пациентами факторов, вызывающих прогрессирование почечной недостаточности, отодвигало начало заместительной почечной терапии на 4-6 месяца по сравнению с пациентами, которым не проводилось обучение.

Ряд исследователей отмечали положительное влияние физических нагрузок на реабилитацию и КЖ диализных пациентов, по их мнению «физические упражнения - основа текущих реабилитационных усилий при терминальной ХПН, потому что они позволяют пациенту вернуть самодостаточность». Также, трудовая реабилитация играет важную роль в адаптации пациентов, диализные больные расценивают работу как социальную поддержку в большей степени, чем здоровые лица. По данным литературы, процент работающих на диализе значительно ниже, чем в общей популяции, и варьирует от 11% до 62%. Ряд исследователей предположили, что социальные факторы влияют на степень занятости диализных пациентов, показано, что большинство исследованных неработающих пациентов, хотя и не могли работать полный рабочий день, но трудились бы, при условии предложений от работодателей, обеспечивающих частичную занятость.

Таким образом, проблема качества жизни пациентов на ГД, хотя и достаточно широко освещена в научной литературе, но полученные исследователями данные часто носят противоречивый характер. В связи с этим, учитывая чрезвычайную важность настоящей проблемы для диализной популяции, необходимо дальнейшее совершенствование методов исследования КЖ и подходов к оценке факторов влияющих на КЖ больных, находящихся на диализе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Mapes D.L., Lopes A.A., Satayathum S., McCullough K.P., Goodkin D.A., Locatelli F., Fukuhara S., Young E.W., Kurokawa K., Saito A., Bommer J., Wolfe R.A., Held P.J., Port F.K. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) // *Kidney Int.* - 2003. - Vol. 64., №1. - P. 339-349.
- 2 Cameron J.I., Whiteside C., Katz J., Devins J.M. Differences in quality of life across renal replacement therapies: a meta-analytic comparison // *Am. J. Kidney Dis.* - 2000. - Vol.35., №4. - P. 629-637.
- 3 Moreno F., Sanz-Guajardo D., Lopez-Gomez J.M., Jofre R., Valderrabano F. Increasing the hematocrit has a beneficial effect on quality of life and is safe in selected hemodialysis patients. Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group of the Spanish Society of Nephrology // *J. Am. Soc. Nephrol.* - 2000. - Vol. 11., №2. - P. 335-342.
- 4 Welch J.L., Austin J.K. Quality of life in black hemodialysis patients // *Adv. Ren. Replace. Ther.* - 1999. - Vol. 6., №4. - P. 351-357.
- 5 Sesso R., Rodrigues-Neto J.F., Ferraz M.B. Impact of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients // *Am. J. Kidney Dis.* - 2003.-Vol. 41., №1. - P. 186-195.
- 6 Kutner N.G., Devins G.M. A comparison of the quality of life reported by elderly whites and elderly blacks on dialysis // *Geriatr. Nephrol. Urol.* - 1998. - Vol.8., №2. - P. 77-83.
- 7 Ganesh S.K., Stack A.G., Levin N.W., Hulbert-Shearon T., Port F.K. Association of elevated serum PO₄, Ca x PO₄ product, and parathyroid hormone with cardiac mortality risk in chronic hemodialysis patients // *J. Am. Soc. Nephrol.* - 2001. - Vol. 12., №10. - P. 2131-2138.
- 8 Лебедев Б.А. Психические нарушения при почечной недостаточности // Сборник «Хроническая почечная недостаточность». - Л.: 2006. - С.402-408.

¹М.У. Кистаубаев, ²А.Т. Душпанова, ²Ж.В. Романова, ³Ж.А. Кожекенова, ³А.Н. Нурбакыт

¹"Premium dialysis» гемодиализ орталығы Шымкент қ.

²Аль-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті

³С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ДИАЛИЗ ҚАБЫЛДАЙТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫ ЖӘНЕ ҚАЙТА ҚАЛПЫНА КЕЛУ (ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ)

Түйін: Нефрологиялық қызмет жұмысын бағалаудың ең маңызды критерилерінің бірі бағдарламалық гемодиализге уақытылы алу болып табылады, сонымен қатар ол науқастардың өміршеңдігін анықтайтын фактор, олардың өмір сүру сапасына, қайта қалпына келуіне байланысты.

Түйінді сөздер: гемодиализ, бүйрек жеткіліксіздігі, өмір сүру сапасы, қайта қалпына келуі.

¹M.U.Kistaubayev, ²A.T.Dushpanova, ²Zh.V. Pomanova, ³Zh.A.Kozhekenova, ³A.N.Nurbakyt

¹*"Premium dialysis» Hemodialysis center Shymkent city*

²*Al-Farabi Kazakh National University*

³*Asfendiyarov Kazakh National medical university*

**QUALITY OF LIFE AND REHABILITATION OF DIALYSIS PATIENTS
(LITERATURE REVIEW)**

Resume: One of the important criteria for assessing the work of the nephrological service is the timeliness of taking on program hemodialysis, which is the determining factor in the survival of patients, their quality of life, and rehabilitation.

Keywords: hemodialysis, renal failure, quality of life, rehabilitation.