

Проблема неподатливости лечению у пациентов на программном гемодиализе

В.Ю. Шило, А.А. Горин, А.Ю. Денисов, Т.М. Головкина, Г.И. Сторожаков
 Центр диализа при ГКБ № 20, кафедра госпитальной терапии № 2 РГМУ,
 г. Москва

The problem of non-compliance in chronic hemodialysis patients

V.Y. Shilo, A.A. Gorin, A.Y. Denisov, T.M. Golovkina, G.I. Storozhakov

Ключевые слова: неподатливость лечению, non-compliance, compliance, качество жизни, гемодиализ.

С целью изучения проблемы неподатливости лечению обследовано 276 пациентов, находящихся на программном гемодиализе. Приведена характеристика причин неподатливости лечению в российской популяции гемодиализных пациентов. В результате сравнительного анализа податливых и неподатливых пациентов по таким факторам, как возраст, пол, семейное положение, занятость, диагноз, наличие трансплантации в анамнезе, продолжительность диализа, показатели преддиализного артериального давления (АД), уровень гемоглобина, качество жизни, депрессия, тревога, астения, память, ценностные ориентации, индивидуально-типологические особенности, материальное положение, выявлены достоверные различия между этими группами по возрасту, качеству жизни (по SF-36), уровню преддиализного АД. Выявлено, что выживаемость неподатливых лечению пациентов значительно ниже, чем пациентов, податливых лечению.

The purpose of the study was to examine the problem of non-compliance in 276 hemodialysis patients. We analyzed the reasons of non-compliance in Russian dialysis population. We found significant difference between non-compliant and compliant patients in age, quality of life (relying on SF-36) and blood pressure. Mortality risk of non-compliant patients was significantly higher compared with compliant patients.

Актуальность проблемы

Проблема неподатливости лечению, то есть несоблюдение лечебного режима (в англоязычной литературе обозначается как non-compliance) является чрезвычайно актуальной для диализной популяции. Распространенность non-compliance различается в зависимости от критериев оценки и достигает до 50% среди пациентов на гемодиализе [1]. До настоящего времени остается неясным вопрос о взаимосвязи неподатливости лечению с психосоциальными, демографическим и медицинскими факторами, включая качество жизни больных [2]. В единичных работах, где исследовалась корреляция между неподатливостью лечению и другими показателями, получены противоречивые данные. Так, в работе [3] выявлена достоверная корреляция между неподатливостью лечению и такими показателями, как уровень социальной поддержки, доход семьи и коморбидные заболевания. В исследовании [4] получена достоверная корреляция между неподатливостью лечению и уровнем агрессивности гемодиализных пациентов. В работе [5] найдена прямая связь между неподатливостью диализному лечению и повышенным преддиализным АД. По данным, приведенным в статье [6], найдена достоверная связь между неподатливостью лечению и относительным риском смерти пациентов

на гемодиализе. В то же время в работе [7] не найдено достоверной связи между психосоциальными (в том числе качеством жизни, оцениваемым по шкале Karnofsky), демографическими факторами и неподатливостью лечению. По данным, приведенным в статье [8], у неподатливых лечению пациентов физический компонент здоровья выше, а психический (определялись по шкале SF-36) ниже, чем у пациентов, податливых лечению. В этой работе не было получено достоверных различий по показателю относительного риска смерти в группах податливых и неподатливых лечению пациентов. В ряде научных статей обсуждалась необходимость повышения эффективности образовательных программ для пациентов, разработанных с целью улучшения их податливости диетическим и медицинским рекомендациям [9, 10].

Таким образом, в связи с широкой распространенностью проблемы неподатливости лечению у пациентов на гемодиализе, противоречивостью результатов, полученных исследователями данной проблемы, ее изучение, на наш взгляд, является актуальной научной задачей.

Материалы и методы

Исследование проводилось в Центре диализа при ГКБ № 20 с использованием следующих опросников:

*Адрес для переписки: Москва, ул. Ленская, д. 15, корп. 4, Центр диализа при ГКБ № 20
 Телефон: 471-17-72. Шило Валерий Юрьевич*

1. Опросника SF-36 для оценки качества жизни у больных с ХПН, который включает шкалы физического состояния (PF), психического здоровья (MH), общего здоровья (GH), социального функционирования (SF), витальности (VT), выраженности болевого синдрома (BP), влияния физического (RP), эмоционального состояния (RE) на ролевое функционирование.

2. Шкалы депрессии Занга, включающей в себя 20 пунктов по основным депрессивным симптомам, оцениваемым больным с учетом степени тяжести.

3. Шкалы тревоги Шихана, состоящей из 35 пунктов по основным симптомам тревоги, оцениваемым больным по степени выраженности.

4. Методики диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН), включающей в себя 30 пар противоположных характеристик, по которым больного просят оценить свое состояние.

5. Опросника на определение индивидуально-типологических свойств Л.Н. Собчик (сокращенный вариант ММРІ), который состоит из 91 вопроса, содержит 10 шкал. Первые 2 оценочные шкалы измеряют искренность и степень аггравации, остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности.

6. Теста для оценки памяти (запоминание 10 слов).

7. Методики «Ценностные ориентации» М. Рокича, основанной на прямом ранжировании списка ценностных ориентаций, разделенных на два класса (терминальные и инструментальные).

8. Шкалы для оценки удовлетворенности материальным положением.

Результаты обрабатывались методами вариационной статистики и представлены в виде $M \pm m$. Оценка достоверности различий средних величин и относительных показателей проводилась с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования

Обследовано 276 пациентов, находившихся на программном лечении в амбулаторном центре гемодиализа. В группу non-compliance вошло 93 человека (из них 46 мужчин и 47 женщин), в группу compliance – 183 (95 мужчин и 88 женщин). Неподатливость лечению (non-compliance) определялась по количеству пропусков диализа, по междудиализной прибавке жидкости (процент от сухой массы тела) и уровню фосфора в крови перед диализом. На основании данных критериев пациенты были разделены на две группы: 1) non-compliance – междудиализная прибавка жидкости больше 5% и (или) 1 и более пропусков диализа за месяц и (или) уровень фосфора в крови больше 7,5 ммоль/л; 2) compliance – междудиализная прибавка жидкости, уровень фосфора

не превышает указанные выше значения, пропуски диализа отсутствуют или составляют в среднем менее 1 сеанса в месяц. В группе non-compliance пациенты распределялись следующим образом: только междудиализная прибавка больше 5% – 42 человека; только уровень фосфора в крови больше 7,5 ммоль/л – 33 человека; междудиализная прибавка больше 5% и уровень фосфора в крови больше 7,5 ммоль/л – 16 человек; пропускавших диализ – 8 человек, из них только уровень фосфора в крови больше 7,5 ммоль/л у 3 человек, только междудиализная прибавка больше 5% – у 1 человека, междудиализная прибавка больше 5% и уровень фосфора в крови больше 7,5 ммоль/л – у 2 человек.

Данные группы сравнивались по таким факторам, как возраст, пол, семейное положение, занятость, диагноз, наличие трансплантации в анамнезе, продолжительность диализа, показатели преддиализного артериального давления (АД), уровень гемоглобина, качество жизни, депрессия, тревога, астения, память, ценностные ориентации, индивидуально-типологические особенности, материальное положение.

По таким параметрам, как пол, семейное положение, занятость, диагноз, наличие трансплантации в анамнезе, продолжительность диализа, показатели преддиализного артериального давления (АД), уровень гемоглобина, депрессия (определялась по шкале Занга), тревога (по шкале Шихана), астения (по САН), память, ценностные ориентации (по методике Рокича), индивидуально-типологические особенности (по Собчик), материальное положение – достоверных различий в исследуемых группах не получено.

В ходе исследования установлено, что изучаемые группы достоверно различаются по таким показателям, как возраст и качество жизни (табл. 1).

При исключении влияния возраста межгрупповые различия по качеству жизни усилились (по 5 из 8 шкал). Выявлено, что качество жизни неподатливых лечению пациентов выше, чем пациентов, соблюдавших медицинские рекомендации. Найдены достоверные различия по следующим шкалам SF-36: общего здоровья ($p < 0,01$), витальности ($p < 0,01$), социального функционирования ($p < 0,01$), влияния эмоционального и физического состояния на ролевое функционирование ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно).

Хотя достоверных различий между двумя группами (non-compliance и compliance) не выявлено, но при сравнительном анализе показателей преддиализного АД у пациентов, нарушающих водный режим (междудиализная прибавка жидкости больше 5% от сухой массы тела), и у пациентов, его соблюдающих (междудиализная прибавка жидкости меньше 5%), АД перед диализом

Таблица 1

Сравнительный анализ по возрасту и качеству жизни пациентов, соблюдающих и не соблюдающих медицинские рекомендации на диализе

Группа	Возраст	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Non-compliance	44,84 ± 1,58	64,69 ± 2,97	47,15 ± 5,05	63,18 ± 3,6	51,88 ± 2,2	60,00 ± 2,21	73,65 ± 2,76	66,95 ± 4,66	62,88 ± 2,26
	49,51 ± 1,33	59,93 ± 2,81	38,22 ± 4,9	63,56 ± 2,95	44,90 ± 2,03	52,84 ± 2,17	64,87 ± 2,77	53,16 ± 5,07	61,80 ± 2,22
Compliance	$p < 0,05$	*НД	*НД	*НД	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	*НД

*НД – недостоверно.

было достоверно выше во второй группе. Полученные результаты приведены в табл. 2.

Следует особо отметить, что, по нашим данным, выживаемость пациентов в группе non-compliance оказалась значительно ниже, чем пациентов, податливых лечению. Так, уровень смертности пациентов из группы non-compliance составила 13,98% за 2 года наблюдения, в то время как смертность в группе compliance за тот же период составила 3,83%. За период наблюдения из каждой группы было по 25 человек (трансплантация, перевод в другое лечебное учреждение). Оценка достоверности полученных различий в смертности пациентов за 2000–2001 гг. представлена в табл. 3.

Обсуждение

Неподатливость лечению на гемодиализе – реальная клиническая проблема, с которой постоянно сталкиваются врачи-нефрологи, средний медицинский персонал диализных отделений и другие специалисты, имеющие отношение к хроническому гемодиализу. Как уже было отмечено, потенциально к нарушителям режима и медицинских рекомендаций можно отнести всех пациентов, начинающих гемодиализное лечение, однако большинство из них по мере адаптации к диализу приходят к необходимости их соблюдать. Следует подчеркнуть, что острота данной проблемы в различных странах, как и в различных регионах одной и той же страны, варьирует в широких пределах, что, вероятно, обусловлено не столько социально-экономическими причинами, сколько особенностями национального менталитета. Так, в США до 30% больных на гемодиализе систематически нарушают диетические рекомендации, в том числе по набору жидкости, до 50% больных имеют повышенный уровень фосфатов вследствие нерегулярного приема фосфор-байндеров и около 10% регулярно сокращают продолжительность сеансов гемодиализа либо пропускают процедуры. В Швеции и Японии, напротив, пропуски диализа являются исключительно редким явлением, в то время как контроль набора жидкости и уровня фосфатов остается серьезной проблемой. В доступной нам литературе мы не нашли данных, в которых проблема non-compliance была бы досконально исследована в российской диализной популяции. Полученные нами результаты свидетельствуют, что примерно треть обследованных больных допускает регулярные нарушения диализного режима и медицинских рекомендаций, причем наиболее часто наблюдается неадекватный набор жидкости в междиализный период и высокий уровень фосфатов вследствие несоблюдения диетических рекомендаций. Систематические пропуски диализов достаточно редки и наблюдаются преимущественно у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Систематическое сокращение времени диализной процедуры также не характерно для наших больных, и, если иногда и встречается, то наиболее часто связано с опозданиями на диализ из-за дорожных пробок и других бытовых проблем.

Весьма сложно интерпретировать наши данные по артериальному давлению, их следует трактовать с осторожностью. Ранее в работах других авторов на большом материале было показано, что в группе неподатливых лечению больных уровень АД выше, что логично

Таблица 2
Сравнительный анализ преддиализного АД у пациентов, нарушающих и соблюдающих водный режим

Группа	Систолическое АД	Диастолическое АД
Прибавка жидкости больше 5%	128,77 ± 3,12	76 ± 1,78
Прибавка жидкости меньше 5%	136,19 ± 1,67	80,14 ± 0,9
	p < 0,05	p < 0,05

Таблица 3
Смертность неподатливых и податливых лечению пациентов на гемодиализе

Группа	Общее число (n)	Из них умерло	Критерий Фишера–Ирвина	Критерий χ²
Non-compliance	106	13	p < 0,001	p < 0,0005
Compliance	190	7		

объяснялось нерегулярным приемом медикаментов и постоянным избытком жидкости [5]. Мы получили противоположные результаты, в которых АД достоверно снижено у данной категории больных. Вероятно, в эту группу вошли и пациенты с уже развившейся гипотензией, обусловленной уремической кардиопатией и патологией сосудов, что повлияло на общий результат.

Нами впервые исследована взаимосвязь податливости лечению с качеством жизни. Как видно из представленных данных, качество жизни в группе non-compliance оказалось выше, что само по себе примечательно. Результаты исследования, таким образом, дают ключ к пониманию того сопротивления, с которым часто сталкивается медперсонал, пытаясь добиться от пациентов следования медицинским рекомендациям на гемодиализе. Тем большее внимание, по нашему мнению, стоит уделять образовательным программам для пациентов, главной целью которых должно стать достижение более глубокого осознания ими необходимости соблюдать диетические и другие медицинские рекомендации. При этом акцент нужно делать на том, что ценой сиюминутного выигрыша в качестве жизни за счет игнорирования ограничений, которые накладывает диализное лечение, является значительное снижение качества и продолжительности жизни в отдаленной перспективе.

Следует особо отметить, что неподатливость лечению на гемодиализе имеет множество как медицинских, так и социальных причин, которые остались за рамками данной статьи и будут предметом дальнейших исследований. Очевидно, что решить проблему неподатливости лечению у конкретного больного невозможно без должного внимания к причинам, ее вызвавшим.

Литература

- Leggat JE, Jr, Orzol SM, Hulbert, Shearon TE. et al. Non-compliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. Am J Kidney Dis, 1998 Jul, 32: 1, 139–45.
- Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. Am J Kidney Dis, 2000 Apr, 35: 4 Suppl. 1, S132–40.

3. Pang SK, Ip WY, Chang AM. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. J Adv Nurs 2001 Sep; 35 (5): 691–8 (6).

4. Christensen AJ, Wiebe JS, Lawton WJ. Cynical hostility, powerful others control expectancies, and patient adherence in hemodialysis. Psychosom Med, 1997 May, 59: 3, 307–12 (7).

5. Rabman M, Fu P, Sebgal AR, Smith MC. Interdialytic weight gain, compliance with dialysis regimen, and age are independent predictors of blood pressure in hemodialysis patients. Am J Kidney Dis, 2000 Feb, 35 (2): 257–65 (8).

6. Kimmel PL, Peterson RA, Weibs KL, Simmens SJ. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. Kidney Int 1998 Jul, 54 (1): 245–54 (5).

7. Kimmel PL, Peterson RA, Weibs KL, Simmens SJ. Aspects of quality of life in hemodialysis patients. J Am Soc Nephrol 1995 Nov; 6 (5): 1418–26 (3).

8. DeOreo PB. Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. Am J Kidney Dis, 1997 Aug, 30: 2, 204–12 (4).

9. Laidlaw JK, Beeken JE, Whitney FW, Reyes AA. Contracting with outpatient hemodialysis patients to improve adherence to treatment. ANNA J, 1999 Feb, 26: 1, 37–40 (9).

10. Stuart NJ. The effect of an educational patient compliance program on serum phosphate levels in patients receiving hemodialysis. J Ren Nutr, 2000 Apr, 10 (2): 80–4 (10).

11. Sciarini P, Dungan JM. ANNA J. 1996 Jun; 23 (3): 299–305.

Морфологическая характеристика аллогенных почек в зависимости от ведения послеоперационного периода

М.М. Каабак, В.А. Горяйнов, М.М. Морозова, Е.П. Волынчик, И.М. Ильинский
Отдел трансплантации органов, патолого-анатомическое отделение
Научного центра хирургии РАМН; отдел патоморфологии НИИ трансплантологии и
искусственных органов МЗ РФ

Morphology of the kidney allografts depending on the early postoperative management

M.M. Kaabak, V.A. Goriainov, M.M. Morozova, E.P. Volynchik, I.M. Ilinsky

Ключевые слова: травма ишемии/реперфузии, хроническая нефропатия трансплантата, отторжение.

Для профилактики реперфузионной травмы у 32 пациентов в течение первых 4 часов после реперфузии почечного аллотрансплантата был проведен сеанс плазмафереза. Результаты пункционных биопсий, проведенных этим больным, анализировались и сравнивались с двумя контрольными группами: 32 пациента, оперированных до начала исследования, и 31 пациент, оперированный после завершения исследования группы. Обнаружено статистически достоверное уменьшение частоты встречаемости признаков структурной перестройки почечной ткани (гиалиноз артериол, фиброз интерстиция, атрофия канальцев) при остром отторжении и уменьшение частоты хронической нефропатии трансплантатов, несмотря на больший срок наблюдения в группе больных, получивших плазмаферез.

To evaluate an efficacy of plasmapheresis in prevention of ischemia/reperfusion injury we compared the results of core needle biopsies in 32 patients, received plasmapheresis within first 4 hours after graft reperfusion with historic controls (32 patients transplanted before our investigation and 31 patients transplanted after the investigated group was completed). Statistically significant reduction in the incidence of chronic allograft nephropathy as well as signs of structural reconstruction of kidney tissue in acute rejection (arteriolar hyalinosis, interstitial fibrosis and tubular atrophy) in investigated group are demonstrated and discussed.

Острое отторжение аллотрансплантированной почки может иметь различные клинические проявления. Такие симптомы, как лихорадка, увеличение и уплотнение трансплантата, обычно наблюдавшиеся в эпоху азатиоприна, в настоящее время практически не встречаются [9, 11, 22]. В настоящее время наблюдается повышение уровня креатинина крови и/или протеинурии без каких-либо других проявлений, при биопсии

отмечается соответствующая гистологическая картина [14]. Однако Rush с соавт. [15, 16, 18] и другие [5, 6, 8, 19] продемонстрировали наличие субклинического тубулита, т. е. патогистологические признаки острого отторжения при наличии стабильной функции пересаженной почки. Обнаружение тубулита подняло вопрос о том, что мы систематически недооценивали частоту острого отторжения у наших больных.

*Адрес для переписки: 119992, г. Москва, Абрикосовский переулок, д. 2, РНЦХ РАМН, отделение трансплантации почки
e-mail: gantier@mail.med.ru*