

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 1, 2022

Мадаминов Ф. Ф., Сабилов М.А., Мунавваров Б. А. АНТИАГРЕГАНТ ТЕРАПИЯНИНГ ДАСТУРЛИ ГЕМОДИАЛИЗ БЕМОРЛАРИДАГИ ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИ БУЗИЛИШЛАРИ ВА ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИДА АҲАМИЯТИ.....	157
Зарипов С.И., Умарова З.Ф., Турсунова Л.Д. СОСТОЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ.....	164
Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О., Мирзаева Г.П., Жуманазаров С.Б., Хужаниязова Н.К. КАРДИОРЕНАЛ СИНДРОМДА АНГИОТЕНЗИН-НЕПРИЛИЗИН РЕЦЕПТОРЛАРИ ИНГИБИТОРЛАРИНИНГ БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИГА ТАЪСИРИ	170
Ибинхужаев Э.Т., Жаббаров А.А., Умарова З.Ф. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК II–III СТАДИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ	176
Гадаев А.Г., Исломов И.И. БУЙРАКЛАР ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ ЎЗГАРИШЛАРИДА СЕМИЗЛИКНИНГ ЎРНИ	180

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Собирова Г.Н., Загарова Н.Р., Туляганова Ф.М., Рахманова С.С. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	184
Ибрагимов А.Ю., Мақсумова М.Г., Қурбонова Ф.Р., Фозилов А.В., Усмонова Д.У., Абдураззоқова Р.А. МИОКАРД ИНФАРКТИНИНГ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИК ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ.....	190
Рахимова М.Э. ЮРАК ҚОН ТОМИР ВА БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИДА ЭНДОТЕЛИАЛ ДИСФУНКЦИЯНИНГ АҲАМИЯТИ.....	194
Ф.И. Хамрабаева ЛЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ДИЕТОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ	200
Сафаров А.Ж., Камилова У.К. ОСТЕОАРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАСТУРЛАРИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	206

РАЗНОЕ

А.Ю. Ибрагимов, М.Г. Максумова, Ф.Р. Курбанова, Д.У.Усманова, Р.А. Абдураззакова ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ЮРАК РИТМИНИНГ БУЗИЛИШ САБАБЛАРИ	209
Камилова У.К., Назаров Н.Н., Ермекбаева А.У. ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ. ПАТОГЕНЕЗ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	214
Эшонкулов Ж.Х., Жаббаров О.О., Умарова З.Ф., Мадазимова Д.Х., Жуманазаров С.Б. COVID–19 ИНФЕКЦИЯСИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА БУЙРАКЛАРНИНГ ЗАРАРЛАНИШ ПАТОГЕНЕЗИ.....	222
Алвия Б.А., Халмирзаев Ш., Абдуллаев А.Х., Каримов М.М., Алиахунова М.Ю. О РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ РОДНИКА ОМОНХОНА	225

ОБЗОРЫ

Собирова Г.Н., Каримов М.М., Загарова Н.Р., Абдуллаев А.Х. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	230
---	-----

СОСТОЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

ЗАРИПОВ С.И., УМАРОВА З.Ф., ТУРСУНОВА Л.Д.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

ХУЛОСА

ГЕМОДИАЛИЗ АМАЛИЁТИДАГИ СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

Зарипов С.И., Умарова З.Ф., Турсунова Л.Д.

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Сурункали буйрак етишмовчилиги кўплаб буйрак касалликларининг асорати ҳисобланади ва тиббий амалиётда жуда кенг тарқалган. Буйраклар ўрнини босувчи замонавий детоксикация усулларидан (гемодиализ, перитонеал диализ) фойдаланиш сурункали буйрак етишмовчилиги терминал босқичида бўлган беморларда буйрак трансплантацияси амалиётисиз ҳам умр кўриш муддатини ўртача 10–12 йилга чўзиш имконини беради. Бироқ, гемодиализ амалиёти такомиллашувига қарамасдан, умрбод диализ олиш беморлар томонидан қўрқув ва хавотирлар билан қабул қилинмоқда. Уремия ташхиси қўйилган беморлар орасида кўпинча диализ ҳаётнинг охири деган фикри мавжуд. Тиббий нуқтаи назардан, даволаш муваффақиятли кечсада, нормал ва тўлиқ ҳаётга қайтиш бемор учун жиддий психологик муаммага айланиши мумкин.

Сурункали гемодиализ (ГД) билан даволаш беморларда жисмоний, руҳий ва ижтимоий жиҳатдан жиддий ўзгаришларга олиб келиши мумкин. Терминал буйрак касаллиги босқичидаги буйрак патологияси, сурункали касаллик бўлиб, ўзига хос даволаш билан ажралиб туради. Гемодиализ сеансларида беморнинг қонини моддалар алмашинуви натижасида ҳосил бўлган токсик маҳсулотлардан тозалаш орқали ҳаётнинг янги «сунъий буйрак» шакли яратилмоқда, деб айтиш мумкин. Гемодиализ сеансларини қабул қилувчи беморларда ҳаёт сифатини (жисмоний ҳолат ва психологик саломатлики) ўрганиш қизиқарлидир.

Калит сўзлар: сурункали буйрак касаллиги, ўрин алмаштириш терапияси, дастурлаштирилган гемодиализ, ҳаёт сифати.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE 5 STAGE RECEIVING PROGRAM HEMODIALYSIS AND POSSIBLE WAYS OF ITS CORRECTION

Zaripov S., Umarova Z., Tursunova L.

Tashkent medical academy, Uzbekistan

Chronic kidney disease (CKD) is complex of symptoms caused by the irreversible death of nephrons, which is a constantly progressive kidney damage associated with a gradual deterioration of their excretory and blood-purifying function in primary or secondary chronic kidney diseases. Pathology of the kidney among chronic non-infectious diseases occupies an important place due to a significant prevalence, a sharp decline in the quality of life, high mortality and leads to the need for the use of expensive methods of replacement therapy in the terminal stage – dialysis and kidney transplantation. As you know, CKD is characterized by steady progression with outcome to the terminal stage and the emergence of dependence on «artificial kidney.» The prevalence of CKD is comparable to such socially significant diseases as essential hypertension and diabetes. In this regard, an important part is the identification of various aspects of quality of life in patients with CKD in the terminal stage receiving hemodialysis. Therefore, it is of interest to investigate the quality of life (physical condition and psychological health) in patients with CKD receiving program dialysis

Key words: Chronic kidney disease, substitution therapy, programmed hemodialysis, quality of life.

РЕЗЮМЕ

СОСТОЯНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

Зарипов С.И., Умарова З.Ф., Турсунова Л.Д.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Хроническая болезнь почек (ХБП) – симптомокомплекс, вызванный необратимой гибелью нефронов и представляющий собой постоянно прогрессирующее поражение почек, связанное с постепенным ухудшением их выделительной и кровоочистительной функции при первичных или вторичных хронических заболеваниях почек. Патология почек среди хронических неинфекционных болезней занимает важное место из-за значительной распространенности, резкого снижения качества жизни, высокой смертности и приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии – диализа и пересадки почки. Как известно, ХБП характеризуется неуклонным прогрессированием с исходом в терминальную стадию и возникновением зависимости от «искусственной почки». Распространенность ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как эссенциальная гипертензия и сахарный диабет. В связи с этим представляет интерес

исследовать качество жизни (физическое состояние и психологическое здоровье) у больных с ХБП получающие программный гемодиализ

Ключевые слова: Хроническая болезнь почек, заместительная терапия, программный гемодиализ, качество жизни.

Хроническая болезнь почек является следствием многих заболеваний почек и довольно часто встречается в медицинской практике. Применение современных методов детоксикационной заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) позволило увеличить продолжительность жизни больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности в среднем на 10–12 лет даже без проведения трансплантации почки. Однако, несмотря на совершенствование терапии, перспектива пожизненного диализного лечения по-прежнему сопровождается многочисленными страхами и опасениями со стороны пациентов, которым это лечение предстоит. Среди больных с диагнозом уремии нередко встречается представление о диализе как о конце жизни. И даже когда с медицинской точки зрения лечение идет успешно и жизнь обретает реальную перспективу, возвращение к нормальной, полноценной жизни может стать серьезной психологической проблемой для больного.

Неравенство в доступности заместительной почечной терапии. В 2010 г. во всем мире 2,6 млн пациентов находились на диализном лечении, при этом 93% из них – жители стран с высоким и средним доходом. С другой стороны – расчеты, основанные на распространенности ХБП, позволяют думать о том, что общее количество пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии (ЗПТ), может колебаться в пределах 4,9–9 млн человек. Если эти расчеты справедливы, то, по крайней мере, 2,3 млн пациентов не имеют возможности своевременно получить ЗПТ, что неизбежно увеличивает летальность. Наибольший вклад в широкую распространенность ХБП, а следовательно, в развитие терминальной ХБП (ТХБП), вносят сахарный диабет и артериальная гипертензия. Однако обеспеченность ЗПТ больных с ТХБП в настоящее время в основном базируется не столько с распространенностью причин нарушения функции почек, сколько с двумя другими факторами: величиной валового национального продукта (ВНП) на душу населения и возрастом населения в конкретно взятой стране. Предполагается, что основным препятствием в обеспеченности ЗПТ является бедность. Это особенно важно, так как ожидаемое к 2030 году количество пациентов, получающих ЗПТ, во всем мире увеличится, как минимум, до 5,4 млн человек, большей частью за счет проживающих в развивающихся странах Азии и Африки с низким ВНП [17].

ХБП все шире признается как глобальная проблема общественного здравоохранения и ключевая детерминанта неблагоприятных исходов для здоровья человека. Имеются убедительные дока-

зательства того, что ущерб от нераспознанной и нелеченной ХБП особенно велик у незащищенных слоев населения, т.е. в популяциях с недостаточными материальными ресурсами, у представителей расовых и этнических меньшинств и/или коренных народов, и выходцев из социально неблагополучных семей. [6]

ХБП в развивающихся странах. Во всем мире около 1,2 млрд людей живут в крайней бедности. Бедность негативно сказывается на образе жизни, ограничивает доступ к медицинской помощи, усиливает неблагоприятное воздействие факторов внешней среды, и каждое из перечисленных обстоятельств приводит к различиям в состоянии здоровья [11]

В странах с низким доходом факторы, ассоциированные с бедностью, – инфекционные болезни, связанные с плохими санитарными условиями, недостаточный доступ к чистой питьевой воде, загрязнение окружающей среды и высокая концентрация переносчиков заражения – продолжают играть важную роль в развитии ХБП. Несмотря на увеличение заболеваемости диабетической нефропатией, основными причинами ХБП во многих странах являются хронические гломерулонефриты и интерстициальные нефриты. Следует отметить, что основной причиной ХБП в странах к югу от Сахары стала ВИЧ-ассоциированная нефропатия [15]. Смертность среди пациентов с гемодиализом остается высокой в основном из-за сепсиса – 36,8% и ИБС – 26,3% [12]. Средний возраст тех, кто умер из-за ИБС, составил 62,8 года, большинство (60%) из них болели сахарным диабетом и почти 1/3 были курильщиками табака [7].

Высокая смертность у диализных пациентов, в том числе в развитых странах, мотивирует на поиск и выявление потенциальных факторов риска, чтобы улучшить выживаемость пациентов на диализе. Это предоставляет возможность поиска индивидуального подходов к диализным пациентам и рационального использования имеющихся ресурсов, особенно в странах с ограниченными ресурсами [18]. Исследование E. Fleischmann и соавт. [14] впервые выявило значительно более высокую выживаемость у диализных пациентов с избыточной массой и ожирением (индекс массы тела Кетле (ИМТ) $\geq 27,5$ кг/м²), чем у лиц с нормальной массой (ИМТ – 20–27,5 кг/м²) и пониженной массой тела (ИМТ < 20 кг/м²). Данные также показали, что для каждого увеличения класса ИМТ относительный риск (ОР) смертности был снижен на 10%. Кроме того, пациенты с избыточной массой имели значительно более низкий уровень госпитализаций, чем пациенты с недостаточной массой [14]. Коморбидные состояния могут привести к истощению и негативно влиять на высокий уровень смертности. Однако это не

объясняет, почему ожирение связано с лучшей выживаемостью у диализных пациентов. Возможно, что увеличение массы у диализных пациентов приводит к улучшению выживаемости независимо от причинно-следственных путей его развития [7].

Среди факторов, способствующих улучшению выживаемости пациентов на гемодиализе, благоприятным показателем может оказаться остаточная функция почек [19]. Выживаемость пациентов была связана с дозой диализа (Kt/V), частотой гемодиализа и сывороточным альбумином. Для лучшей выживаемости рекомендуется частота диализа не менее 3 раз в неделю [13, 16]. С целью уменьшения показателя смертности, необходимо оценить и улучшить качество жизни у больных получающий программный гемодиализ.

Термин «качество жизни» (КЖ) был впервые использован Д.Р. Элкинтоном в 1966 году в журнале «Annals of the Internal Medicine» при обсуждении проблемы трансплантации органов. В последние годы все большую актуальность приобретает проблема КЖ больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), которые являются кандидатами для операции трансплантации почки. ХБП и различные виды заместительной почечной терапии представляют собой хроническую стрессовую ситуацию. Наличие данной соматической патологии накладывает ограничения на все сферы жизни пациентов. КЖ больных, находящихся на лечении программным гемодиализом (ГД) значительно снижено по сравнению со здоровыми лицами, главным образом за счет энергии и неопределенности будущего. J. Thiojevic с соавторами указывает, что у больных на ГД выше утомляемость, хуже трудоспособность [8]. М.Р. Merkus с соавторами продемонстрировал, что у них также ниже показатели физической активности, эмоционального функционирования, выраженности болевого синдрома.

Лечение хроническим гемодиализом (ХГД) сопряжено с постоянной соматогенной витальной угрозой, приводит к серьезным изменениям в физической, психологической и социальной сферах. Почечная патология в стадии терминальной почечной недостаточности, будучи типичным хроническим заболеванием, вместе с тем уникальна в силу специфики лечения. Можно сказать, что формируется новая, «искусственная» форма жизни, поддерживаемая очищением крови больного от токсических продуктов обмена веществ во время сеансов ГД. Есть пациенты, у которых продолжительность жизни на диализе превышает продолжительность жизни до диализа. Однако привязанность к аппарату «искусственная почка», необходимость проводить много времени на сеансах гемодиализа, ограничение свободы передвижения, строгая диета, необходимость резко сократить потребление жидкости, инвалидизация, дефицит общения, изменение внешности – все это мощные психотравмирующие факторы, сопровождающие лечение ГД. При проведении лечеб-

но-реабилитационной работы с такого рода пациентами необходимо учитывать специфику их КЖ. Отечественные разработки проблемы КЖ у больных с ХБП малочисленны. При этом, хотя имеется значительное число зарубежных публикаций, посвященных КЖ пациентов, получающих ГД, ряд вопросов остаются нерешенными [8]. В частности, в специальной литературе отсутствуют исследования КЖ пациентов с ХБП. Мало сведений о влиянии общесоматической патологии на отдельные компоненты стоматологических показателей КЖ. Это позволит составить представление о наиболее проблемных сферах жизни больного, которые могут в дальнейшем послужить «мишенями» для психокоррекционного воздействия. Наличие информации о КЖ пациента актуально не только для клинического психолога или психиатра, но и для лечащего врача-нефролога.

Внедрение категории КЖ в медицинский обиход явилось своего рода революцией, позволившей внести изменения в традиционную модель оказания медицинской помощи и вытекающие из нее патерналистские отношения «врач – больной». Опросники, оценивающие удовлетворенность больного различными сферами жизни, позволяют идентифицировать области, нуждающиеся в улучшении качества медицинской помощи, и, таким образом, предоставление медицинских услуг может быть оптимизировано за счет направляемого пациентом планирования и оценки их эффективности. При этом высказывается мнение, что оценка пациента не менее важна и легитимна, чем оценка врача. Прослеживание КЖ больного в процессе лечения способствует улучшению диалога между пациентом и лечащим врачом за счет обратной связи. Врач получает информацию о том, насколько полноценной является жизнь пациента и чем именно он не удовлетворен, у больного появляется чувство удовлетворенности от того, что его потребности «услышаны» и учитываются при назначении терапии. Кроме того, при оценке КЖ больного при помощи опросника могут выявляться такие обстоятельства в жизни пациента, которые ни врач, ни сам больной до того не замечали.

На данный момент современная заместительная почечная терапия (ЗПТ) обеспечила снижение смертности пациентов больных ХБП. Большое значение приобрело качество жизни больных. Пациенты, которые получают лечение ГД, зависимы от процедуры диализа, медицинского оборудования, персонала, соблюдения диеты, питьевого режима, приема лекарственных препаратов, страдают от утраты свободы передвижения, потери работы, появления половой дисфункции. Дополнительными стрессовыми факторами, связанными с особенностями лечения, выступают постоянная зависимость от аппаратуры, необходимость формирования сосудистого доступа, часто заметного для окружающих людей [1]. В большинстве исследований КЖ у пациентов на ГД подтверждалась

зависимость КЖ от диализного стажа, но наблюдаются различия относительно того, при каких сроках диализной терапии показатели КЖ были наименьшими, а при каких происходило улучшение КЖ [2–5,10]. При сроке более 10 лет отмечалось значительное снижение значений. Физический компонент шкал снижался с диализным стажем более 6 лет, что обусловлено усиленным влиянием таких факторов, как уремическая остео дистрофия, ремоделирование миокарда, осложнения, связанные с фистулой и т.д. По данным российских авторов, уровень КЖ повышается к 5 годам диализной терапии, после чего отмечается постепенное, иногда весьма значительное, снижение в физическом, ментальном компоненте [2, 4, 10].

Цель исследования: Изучить КЖ у больных с ХБП V стадии, получающих программный гемодиализ

Материалы и методы исследования. В исследовании были включены 60 больных с ХБП V стадии, находившихся на лечение ГД (гемодиализом) в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нефрологии и трансплантации почки. Средний возраст составил 52,2+/-16,4 (от 17 до 77 лет). Мужчин было 27 (45%), женщин 33 (55%). Причиной ХБП 5 стали: хронический гломерулонефрит – 65%, сахарный диабет –31,7%, поликистоз почек –3,3%. Средняя продолжительность диализного периода составила 3,78+/-2,24 и согласно этому пациенты были разделены на 3 группы: 1-я с диализным стажем до 1 года; 2-я 2–6 лет; 3-я более 7 лет. . Общая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Клиническая характеристика пациентов

Количество пациентов	60
Мужчины	27
Женщины	33
Средний возраст	52,2+/-16,4
диализный стаж до 1 года	5
диализный стаж 2–6 лет	50
диализный стаж более 7 лет	5

Качество жизни больных оценивалось с помощью опросника SF–36. Опросник содержит 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал. Шкалы с 1-й по 4-ю отражают состояние физического здоровья. Шкалы с 5-й по 8-ю отражают основные показатели психического здоровья. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по выбранной шкале.

Количественно оценивались следующие показатели: 1. Физическое функционирование (PF – Physical Functioning): отражает возможность человека выполнять физическую нагрузку в течение своего обычного дня. 2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP – Role-Physical Functioning): физическая способность человека выполнять свою профессиональную или домашнюю работу. 3. Интенсивность боли (BP – Bodily Pain): выраженность физической боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью. 4. Общее состояние здоровья (GH –General Health): субъективная оценка больным своего здоровья. 5. Жизненная активность (VT – Vitality): субъективная оценка настроения, энергичности, жизненных сил. 6. Социальное функционирование (SF – Social Functioning): эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми. 7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE – Role-Emotional): эмоциональная способность человека заниматься профессиональной работой или работой на дому. 8. Психическое здоровье (MH – Mental Health): общий показатель положительных эмоций, характеризует настроение, наличие депрессии.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показывают, что у всех пациентов независимо от пола и срока диализа выявлено значительное снижение КЖ. Сопоставление параметров КЖ между женщинами и мужчинами обнаружило что шкала «Общее состояние здоровья» (GH) было выше у женщин ($p<0,01$). (см. таб.1) «Шкала Социальное функционирование» (SF) было выше у мужчин ($p<0,05$). Показатели суммарных физического и ментального компонента практически не отличались по полу.

Таблица 2

Показатели качества жизни у больных с ХБП 5 стадии в зависимости от пола

Параметры	Женщины, n=33	Мужчины, n=27
1. Физическое функционирование (PF)	44,9+/-26,8	50,3+/-25,2
2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	49,3+/-41,7	44,5+/-44,4
3. Интенсивность боли (BP)	50,4+/-26,2	50,3+/-24,7
4. Общее состояние здоровья (GH)	45,8+/-13,3	32,0+/-24,8**
5. Жизненная активность (VT)	43,8+/-20,6	44,1+/-19,4
5. Социальное функционирование (SF)	58,3+/-23,5	65,3+/-27,2*
7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	34,2+/-44,3	29,4+/-38,1
8. Психическое здоровье (MH)	57,3+/-22,2	55,9+/-21,0

В 3-таблице представлены показатели КЖ в зависимости от диализного стажа. В 1-ой группе пациентов наблюдались самые низкие значения в шкалах «Ролевое функционирование», обусловленное физическим состоянием (RP) ($p < 0,01$) и «Ролевое функционирование», обусловленное эмоциональным состоянием (RE) ($p < 0,01$). Напротив в шкале «Интенсивность боли» (BP) ($p < 0,01$) было самое высокое значение.

Во 2-ой группе наблюдались более высокие показатели по сравнению с другими. 3-я группа показала самые низкие показатели во многих шкалах, кроме «Ролевое функционирование», «обусловленное физическим состоянием» (RP) и «Ролевое функционирование», «обусловленное эмоциональным состоянием» (RE)

Таблица 3

Показатели качества жизни у больных с ХБП 5 стадии в зависимости от диализного стажа

Параметры	ГД до 1 года (n = 5)	ГД 2–8 лет (n = 50)	ГД более 8 лет (n = 5)
1. Физическое функционирование (PF)	45,6+/-18,0	51,9+/-28,6	37,7+/-23,9
2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	4,6+/-15,1	20,4+/-34,4	6,8+/-21,4
3. Интенсивность боли (BP)	56,1+/-17,8	55,4+/-25,0	44,5+/-26,7
4. Общее состояние здоровья (GH)	34,3+/-11,0	37,6+/-19,0	32,4+/-17,8
5. Жизненная активность (VT)	44,6+/-17,6	49,3+/-21,6	41,4+/-22,1
6. Социальное функционирование (SF)	58,8+/-23,6	62,3+/-24,7	56,4+/-25,0
7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	12,1+/-30,8	38,4+/-42,6	19,4+/-35,3
8. Психическое здоровье (MH)	54,4+/-14,3	56,0+/-21,9	53,9+/-22,1

Выводы: Результаты исследования показывают, что КЖ резко снижается у пациентов с диализным стажем до 1 года. Это обусловлено резкой сменой образа жизни: зависимостью от процедуры диализа, медицинского оборудования, персонала, регламентации диеты, потери работы и свободы передвижения. Далее показатели увеличивались вплоть до 6 лет диализной терапии. Вероятно это связано с адаптацией пациентов к ГД. При сроке более 7 лет отмечалось значительное снижение значений.

Таким образом, качество образа жизни пациентов, находящихся на программном гемодиализе, снижается в соответствии с физическими, социальными, психологическими факторами, что требует комплексного подхода к лечению. Чтобы смягчить резкое изменение образа жизни пациентов и ускорить период адаптации, разные специалисты должны работать над индивидуальной программой лечения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева И.А. Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы оценки и подходы к коррекции: автореф. дис. д-ра мед. наук. – С-Пб., 2010.
2. Васильева И.А. Внутренняя картина болезни и качество жизни больных с терминальной почечной недостаточностью Рос. науч. журн. 2009; 2(9): 77–87.
3. Васильева И.А. Особенности качества жизни больных с хронической почечной недостаточностью при лечении гемодиализом. Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена 2008; (57): 75–86.
4. Васильева И.А., Добронравов В.А., Панина И.Ю. и др. Качество жизни больных на различных стадиях хронической болезни почек. *Нефрология*. 2013, 17(2): 60–65
5. Васильева И.А., Добронравов В.А., Бабарыкина Е.В. Факторы, влияющие на трудовую занятость больных молодого возраста, находящихся на лечении хроническим гемодиализом // *Нефрология*. 2004, 8(1):56–61.
6. Г. Гарсиа-Гарсиа, В.Джа. Хроническая болезнь почек у незащищенных слоев населения. *Нефрология*. 2015. Том 19. № 2 стр 17–21.
7. Кичигин В.А., Козлов Д.О. и др. Выживаемость пациентов, получающих программных гемодиализ. *Acta medica Eurasica*. 2018. №1. Стр 22–34.
8. Крылова М.И. и др. Выживаемость и качество жизни больных при заместительной почечной терапии // *Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова*. – 2010. – Т. 7, №2. – С. 63–70.
9. Крылова М.И., Ермоленко В.М., Шутов Е.В. Качество жизни у больных с терминальной уре-

- мией на лечении гемодиализом и перитонеальным диализом // Нефрология и диализ. 2010. №12(3). С. 192–196.
10. Пикалова Н.Н., Мовчан Е.А., Тов Н.Л. и др. Качество жизни и клинико-лабораторная характеристика реципиентов почечного трансплантата. Нефрология. 2013, 17(2): 66–74.
 11. Crews D.C., Charles R.F., Evans MK et al. Poverty, race, and CKD in a racially and socioeconomically diverse urban population. *Am J Kidney Dis* 2010; 55:992–1000)
 12. Chandrashekar A., Ramakrishnan S., Rangarajan D. Survival analysis of patients on maintenance hemodialysis. *Indian Journal of Nephrology*, 2014, no. 24(4), pp. 206–213.
 13. Chandrashekar A., Ramakrishnan S., Rangarajan D. Survival analysis of patients on maintenance hemodialysis. *Indian Journal of Nephrology*, 2014, no. 24(4), pp. 206–213.
 14. Fleischmann E., Teal N., Dudley J. et al. Influence of excess weight on mortality and hospital stay in 1346 hemodialysis patients. *Kidney Int.*, 1999, no. 55, pp. 1560–1567.
 15. Jha V., Garcia-Garcia G., Iseki K. et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013; 382:260–272)
 16. Hemodialysis Adequacy 2006 Work Group: Clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy, update 2006. *Am J Kidney Dis*, 2006, no. 48(1), pp. 2–90.
 17. Liyanage T., Ninomiya T., Jha V. et al. Worldwide access to treatment for end stage kidney disease: a systematic review (submitted) – 2010.
 18. Mokoli V.M., Sumaili E.K., Lepira F.B. et al. Impact of residual urine volume decline on the survival of chronic hemodialysis patients in Kinshasa. *BMC Nephrology*, 2016. no. 17, p. 182 <https://doi.org/10.1186/s12882-016-0401-9>)
 19. Obi Y., Rhee C.M., Mathew A.T. et al. Residual kidney function decline and mortality in incident hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol.*, 2016. doi: 10.1681/ASN.2015101142,