

Д. Качество жизни

Применение препарата вита-мелатонина для нормализации сна у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН)

В.Ф. Заблоцкий, В.Н. Гузенко, Е.В. Выговская, В.Б. Сафонов

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк

Начало диализной программы нарушает биологические ритмы больного. Поведение больного определяется зависимостью от проведения процедуры. Нарушение сна является одним из расстройств психики. Это приводит к срыву адаптационных способностей организма, изменяются реактивность и качество жизни. И чем быстрее произойдет адаптация к лечению диализом, тем эффективнее будет проводиться лечение больного.

Нами проведено обследование 63 больных на предмет оценки нервно-психических расстройств и определены когнитивные функции у больных с ХПН, находящихся на диализе (29 женщин и 34 мужчин) в возрасте от 15 до 60 лет. На основании наших наблюдений было выделены две группы больных: 1 группа – 39 больных (62%) с выраженными нервно-психическими расстройствами, 2 группа – 24 больных (38%) с доклиническими нервно-психическими расстройствами. Исследования проводились по методике Е. Александровича.

В 1 группе, в сравнении со 2 группой, достоверно повышенными были показатели нарушения сна ($p < 0,001$), индексы шкалы депрессии ($p < 0,01$), психических расстройств ($p < 0,05$), нарушений вегетативной реакции ($p < 0,001$), конверсивных нарушений ($p < 0,001$), нарушений двигательных функций ($p < 0,001$). Во 2 группе средние показатели по всем шкалам у всех больных также были достоверно выше ($p < 0,001$) нормальных данных.

Для нормализации сна 25 больным назначался вита-мелатонин по 0,003 г на ночь за 30 мин до сна (по 12 больных в каждой из выделенных групп). Длительность диализной терапии у этих больных составляла от 6 до 40 месяцев. Возраст больных был равен 25–55. Оценка результатов лечения проводилась в течение 12 месяцев

после 2 курсов приема препарата в течение (30 дней) с интервалом 6 месяцев.

В первую неделю приема препарата отмечалось улучшение сна, быстрое засыпание, глубокий и спокойный сон. После пробуждения больные чувствовали себя отдохнувшими, с повышенным настроением, восстановленной работоспособностью на протяжении 4 месяцев после курса лечения.

Мелатонин нормализует сон, и его уровень в крови диализных пациентов оказывается ниже на 50% в сравнении с контрольной группой, а после процедуры диализа снижался еще на 30%.

Кроме регуляции сна, мелатонин обладает седативным, антипролиферативными и протективными свойствами. Подавляет судороги, потенцирует активность наркотических и снотворных средств, ослабляет хондробиологические показатели.

В нашем наблюдении было 5 больных (20%), которые получали вита-мелатонин по 3 мг на ночь в качестве адаптогена. У этих больных отмечена быстрая приспособляемость к «аппаратному» лечению, снятие депрессии, тревоги, тоски.

Таким образом, назначение вита-мелатонина оправдано и дает хорошие результаты для лечения нарушений сна у больных с ХПН, получающих лечение диализом. Вита-мелатонин, по-видимому, способствуя модуляторной перестройке метаболических процессов в зависимости от изменяющихся условий среды, позволяет быстро адаптировать больного к лечению гемодиализом с сохранением работоспособности и успешно подготовить больных к пересадке почки.

Медицинская реабилитация и понятие качества медицинской помощи больным с почечной недостаточностью, получающим гемодиализное лечение

И.Ш. Мухаметзянов

Казань

В деятельности системы здравоохранения в настоящее время все больше просматривается переход от оценки ее эффективности только по объемным показателям к оценке, наряду с этим, и по качеству медицинской помощи на основе согласованных и динамически изменяемых критериев.

При гемодиализном лечении больного с почечной недостаточностью в наших условиях некорректно

говорить о качестве его жизни. Лечение больного с ХПН гемодиализом можно характеризовать как комплексную, лечебно-диагностическую и восстановительно-реабилитационную медицинскую услугу стационарного и амбулаторного характера по сохранению и продлению жизни больного как личности, с обеспечением, в пределах доступного для системы здравоохранения, качества жизни. Из всех компонентов

качества жизни – медицинской, социальной, психологической и профессиональной реабилитации – система здравоохранения может компенсировать больному в той или иной степени только два первых. Более рациональным представляется определение цели гемодиализного лечения как восстановление или продление медико-социальной реабилитации больного на уровне, позволяющем ему адекватно соотносить себя и свою роль в обществе, быть активным его членом.

Из характеристик степени комплексной реабилитации с восстановлением возможности выполнения профессиональных обязанностей наиболее интересным представляется вариант, предложенный в 1975 г. Bazzato G. и Onesti G. Эти авторы оценивают степень реабилитации как превосходная, когда больной полностью возвращается к работе и/или восстанавливает

предыдущую активность; хорошая, когда специфическая симптоматика уремии отсутствует, но необходимо ограничение активности; удовлетворительная, если активность больных снижается более чем на половину; плохая, когда больной не может выполнять свою работу.

Основным критерием качества заместительного лечения методом гемодиализа служит степень удовлетворенности больного возвращенным (сохранным) здоровьем с учетом защиты всех его прав как потребителя медицинской услуги, что возможно в полном объеме только при наличии специальных государственных программ реабилитации инвалидов. В противном случае можно говорить только о степени медицинской реабилитации больного.

Сравнительная оценка психоэмоционального статуса у пациентов с ХПН, получающих активную заместительную терапию ПАПД и ГД, и возможная медикаментозная коррекция его нарушений

М.Н. Третьякова, К.Я. Гуревич, В.Р. Шумилкин, Н.Н. Кулаева, Ю.В. Константинов
Медицинская Академия последипломного образования, Городской Центр гемокоррекции, Санкт-Петербург

Целью исследования являлось определение психоэмоционального статуса у больных с терминальной степенью хронической почечной недостаточности (ХПН), получающих активные методы заместительной терапии постоянным амбулаторным перитонеальным диализом (ПАПД) и гемодиализом (ГД). Оценка проводилась по стандартным методикам с использованием тестов: индекс депрессии Бэка (BDI), шкала нервозности (PRAS), оценка качества жизни пациентов (PQLA), оценка соблюдения пациентом режима диализа (CCL). Оценка проводилась по сумме баллов.

Обследованы 3 группы общей численностью 23 человека: 1 группа – 8 на ГД, 2 группа – 9 на ПАПД, 3 группа – контрольная, составляла 5 практически здоровых людей. Среди пациентов с ХПН, корригируемой ГД – Kt/V 1,55 ± 0,24, возраст составил от 20,5 до 70 (44,2 ± 3,5) лет, среди них – 2 мужчин и 6 женщин, длительность заместительной терапии – от 1 до 84 месяцев; при лечении ПАПД – Kt/V 2,44 ± 0,43 – возраст составил от 24,6 до 71,3 (49,5 ± 3,2) лет, среди них – 3 мужчин и 6 женщин, длительность заместительной терапии – от 1 до 57 месяцев; контрольная группа 5 женщин, в возрасте от 25 до 30 (25,3 ± 5,2) лет. Коррекцию нарушений проводили дневным транквилизатором из группы бензодиазепинов грандаксином (тофизопам) по 1 т. в день. Для проведения лечения 18 больных препарат предоставлен фармакологической фирмой EGIS.

Грандаксин широко применяется во всем мире уже более 20 лет и хорошо известен. Он зарекомендовал себя как анксиолитик, применение которого не сопровождается выраженным седативным и миорелаксирующим действием. Традиционно применяется при клинически выраженных проявлениях тревоги. Выявление корреляции между нормализацией вегетативного статуса и последующей редукцией основной

неврологической симптоматики, говорит о связи между расстройствами вегетативной регуляции и невротическими нарушениями, а вегетостабилизирующее действие транквилизаторов в значительной степени предопределяет выраженность стрессопротективного действия. Имеются данные о применении грандаксина при расстройствах, сопровождающихся тревогой, эмоциональным напряжением, нередко выраженной депрессивной настроенностью, вегетативной дисфункцией, апатией, снижением активности.

Степень нервозности составила до лечения в 1 группе 48,2 балла, во 2 группе 25,2 балла, после лечения 23,6 и 19 баллов соответственно, $p < 0,001$. Степень депрессии отмечался до лечения в 1 группе 40,3 балла, во 2 группе 13,2 балла, после лечения 18,3 и 11 баллов соответственно, $p < 0,001$. Обращает на себя внимание, что в процессе лечения больные начали высказывать мысли о малозначимости личности 10 (20%), появилось чувство вины 2 (11%), мысли о суициде 2 (11%). При исследовании произвольно выбираемых приоритетных областей жизни пациента отмечается следующая динамика:

- до лечения на первом месте стояли понятия, определяющие внутреннее состояние больного – 8 случаев (44,4%) (утомляемость, общее самочувствие, настроение, аппетит);

- после лечения отчетливо видна переориентация пациента и от внутренних переживаний он переходит к внешним – 16 человек (90%) (поиск работы, финансовое обеспечение, независимость, средства к существованию, отдых, сексуальная жизнь).

При наблюдении за пациентами в процессе лечения отмечены следующие непредвиденные эффекты применения препарата:

- 1 случай отмены препарата на первой неделе приема из-за развития анорексии.

– 3 пациента самостоятельно отказались от препарата, объясняя это развитием у них эмоциональной «глухоты», которое вызывало дискомфорт.

– 1 случай отказа от препарата у пациентки, имевшей расхождение между плохим самочувствием, выраженными вегетативными изменениями, плаксивостью и низкими показателями депрессивной настроенности, нервозности, высокой оценкой общего качества жизни; пациентка ранее имела опыт применения коаксила и отмечает лучшее самочувствие в случае терапии коаксиллом, чем высокими дозами грандаксина.

– В единичном случае наблюдался синдром отмены препарата, проявлявшейся сухостью во рту, тяжестью и ощущением перебоев в сердце, затруднением координации движений, периодически возникающим ощущением озноба без повышения температуры тела.

Таким образом, у больных, находящихся на лечении ПАПД, психоэмоциональные нарушения менее выражены, чем у больных на ГД. Больные с изменением психоэмоционального статуса нуждаются в медикаментозной коррекции. Одной из групп препаратов выбора могут быть дневные транквилизаторы.

Ограничения жизнедеятельности у больных с хронической почечной недостаточностью, получающих гемодиализ

Г.Д. Шостка, В.Ю. Ряснянский, Н.М. Кучеева, А.Ю. Земченков, М.С. Команденко, С.Л. Гаврик, И.В. Филимонова Санкт-Петербург

В практике работы бюро медико-социальной экспертизы ведущее место отводится показателям ограничения жизнедеятельности (ОЖД), выраженность которых, с одной стороны, тесно связана со степенью нарушения функций (НФ), а с другой – определяет потенциальную способность индивида при определенных условиях окружающей среды принимать активное участие в жизни общества. Доказано, что степень НФ и ОЖД у больных с ХПН зависят от доминирующего фактора – своевременности предоставления адекватной диализной терапии. Регистрация значимых (больших) клинических признаков уремии при консервативном лечении ХПН является подтверждением упущенных возможностей. При этом у больных резко снижается реабилитационный потенциал, и все дальнейшие попытки их полноценной интеграции в общество сводятся к минимуму.

Наблюдать естественные стадии развития симптомов уремии, как это представлено в классификациях Окена или С.И. Рябова, можно только в тех случаях, когда, в силу сложившихся обстоятельств, активные методы лечения ХПН не планируются. К такой категории больных весьма условно можно отнести лиц с сопутствующими тяжелыми неизлечимыми болезнями или с явными признаками социального неблагополучия (бродяжничество, наркомания, алкоголизм). К ним относятся больные, отказавшиеся от ГД, или у которых ГД стали проводить с большим опозданием, то есть после развития тяжелых необратимых осложнений уремии (кахексия, остеопатия, полинейропатия, кардиомиопатия). У этих больных, наряду с выраженными признаками ОЖД, всегда имеет место крайняя степень социальной недостаточности (СцН).

ГД существенно улучшает ситуацию. Но без адекватного и достаточного по дозе ГД даже своевременное его начало не стабилизирует состояние больных с ХПН. В ближайшие месяцы у них развиваются необратимые осложнения

уремии, что ведет к глубокой инвалидизации. Такая ситуация в прошлом отмечалась во многих диализных центрах.

Впервые исследования ОЖД у больных с ХПН, получающих ацетатный ГД, были выполнены в середине 90-х годов (Арьев А.Л. и соавт., 1997). У большинства больных выявлена утрата способности совершать движения, владеть телом при решении некоторых бытовых задач и ухаживать за собой, что свидетельствовало о низком реабилитационном потенциале. Все эти больные нуждались в мерах социальной защиты, соответствующих 1 группе инвалидности.

В 1998–2000 гг. нами исследованы показатели ОЖД в трех отделениях ГД С.-Петербурга. Обследовано 102 больных возрастом $43,8 \pm 18,4$ года (м. – 62, ж. – 40), получающих амбулаторный бикарбонатный ГД. Начало ГД было своевременным. Средняя длительность диализа составила $57,7 \pm 21,0$ мес. Диализное время равнялось $12,5 \pm 0,7$ часа/нед., показатель $Kt/V - 1,32 \pm 0,15$, что свидетельствовало о достаточной дозе предоставленного диализа.

Медицинская реабилитация больных оценивалась по степени НФ тех систем, которые часто поражаются при ХПН: сердечно-сосудистая (степень артериальной гипертензии по классификации ВОЗ-МОГ, стадии сердечной недостаточности по классификации NYHA), кроветворная (степень анемии по классификации ВОЗ) и костная (классификация остеопатии EDTA-ERA). Выделялась легкая, умеренная и выраженная степень НФ (табл. 1).

Таблица 1
Степень нарушения функций у больных с ХПН при бикарбонатном ГД

Степень НФ	Артериальная гипертензия (%)	Сердечная недостаточность (%)	Анемия (%)	Остеопатия (%)
Нет, легкая	70,6	77,4	28,2	42,2
Умеренная	20,6	7,8	63,2	46,1
Тяжелая и крайне тяжелая	8,8	4,8	8,6	11,7

У большинства больных с ХПН, получающих бикарбонатный ГД, выявлена легкая или умеренная степень НФ. Признаки уремической полинейропатии отсутствовали.

Показатели ОЖД у больных при ацетатном и бикарбонатном ГД указаны в табл. 2.

Данные табл. 2 убеждают в том, что при современном бикарбонатном ГД у большинства больных стабильно сохраняется высокий уровень реабилитации.

Между показателями медицинской (степень НФ) и физической (степенью ОЖД) реабилитации устанавливаются слабые корреляционные взаимосвязи. Так, по мере удлинения времени лечения увеличивается число лиц с легкими и умеренными признаками ОЖД ($r = -0,27$; $p < 0,05$), что свидетельствует об адаптации

больных к ГД. Выявлена зависимость между показателями ОЖД, сердечной недостаточностью ($r = 0,28$; $p < 0,05$) и остеопатией ($r = 0,30$; $p < 0,05$). Устойчивость этих взаимосвязей моделируется качеством и стандартизацией диализных процедур. Реабилитационный потенциал больных с ХПН сильно зависит от предписанного режима диализа. Поэтому стандартизация услуг отделений ГД должна постоянно контролироваться службой социальной защиты, что пока не практикуется.

О необходимости повышения уровня социальной защиты больных с ХПН при бикарбонатном ГД свидетельствуют данные, полученные при оценке показателей СцН, которые зависят от факторов окружающей социальной среды (табл. 3).

У 85–90% больных, несмотря на высокий уровень медицинской и физической реабилитации, выявляются признаки СцН. Причем у половины из них СцН была выраженной или абсолютной. Полноценной социальной реабилитации часто препятствуют конкретные трудности (барьеры), возникающие в повседневной жизни больных. Эти барьеры можно условно разделить на 3 группы: социально-медицинские (у 53,9% больных), социально-бытовые (у 39,2% больных) и психологические (у 4,9% больных).

Полученные данные следует квалифицировать как отсутствие надлежащей адресной социальной помощи и защиты у больных с ХПН, получающих ГД. Несмотря на то, что все больные признаны инвалидами I и II группы, у них отсутствуют индивидуальные программы реабилитации и ни один из них не находится под постоянным наблюдением работников социальной сферы. Введение в штат сотрудников отделения ГД должности социального работника, который будет работать во взаимодействии со службами социальной защиты, позволит повысить уровень социальной реабилитации больных.

Таблица 2
Частота выявления ОЖД у больных (в %) при ацетатном ГД и бикарбонатном ГД

Код А	Расшифровка кода ОЖД	Ацетатный ГД [1]	Бикарбонатный ГД
31	Снижение способности ходить	96,4	19,5*
32	Снижение способности преодолевать препятствия, подниматься по лестнице	100,0	12,5*
51	Снижение способности пользоваться транспортом	100,0	35,3*
52	Снижение способности вести независимое существование	60,7	42,2*
53	Снижение способности выполнять повседневные домашние дела	96,4	8,8*
62	Снижение способности соблюдать личную гигиену	60,7	10,8*

* – статистическая достоверность различий ($p < 0,01$)

Таблица 3
Частота выявления СцН у больных с ХПН, получающих бикарбонатный ГД (в %)

Код Н	Расшифровка кода СцН	Умеренные	Выраженные и абсолютные
3	Ограничение обычной деятельности	45,1	45,1
6	Ограничение экономической самостоятельности	17,7	65,6

Факторы, определяющие адаптацию пациентов с хронической почечной недостаточностью к гемодиализу

Е.В. Яковлева, Е.В. Волошинова, Е. Ю. Пономарева, Е.Ю. Стифорова, Н.Ю. Зелепукина, Л.Ю. Лукьянова, Н.А. Тюлякова, Е.Н. Удовиченко
Саратовский медицинский университет, Областная клиническая больница, Саратов

Проблема адаптации больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) к программному гемодиализу (ПГ) является актуальной со времени внедрения данного метода лечения в клиническую практику. С целью изучения факторов, способствующих адаптации пациентов к гемодиализной терапии, проведено анкетирование 41 пациента с ХПН, находящихся на ПГ. 10 пациентов сохранили профессиональную трудоспособность, 31 имели инвалидность. В этих двух

группах, сопоставимых по полу, возрасту больных, сроку диагностики заболеваний почек и длительности диализной терапии, проведен анализ факторов, влияющих на физическую и психосоциальную адаптацию пациентов к ПГ. Для успеха физической реабилитации показано определяющее значение раннего начала ПГ при сохраненном диурезе, диализного времени в неделю, включения в программу заместительной терапии эритропоэтина. Величина соматического индекса

(СИ), возрастающего по мере снижения физической адаптации пациентов, достоверно различается у пациентов двух групп ($127,4 \pm 5$ и 191 ± 5 , $p < 0,05$). Важными факторами, определяющими адаптацию к ПГ, следует считать преморбидные личностные свойства, пол, интеллектуальный и образовательный уровень пациентов. В преодолении психотравмирующей ситуации, связанной с началом диализной терапии, больные обеих

групп наиболее значимым считают поддержку семьи, доверие врачу. Учитывая значимость психического статуса пациентов в адаптации к ПГ, представляется важным создание на базе нефрологических отделений школы обучения пациентов, предусматривающей психотерапевтическую поддержку на этапе подготовки к ПГ и в процессе заместительной терапии.

Обновленный стандарт на воду для гемодиализа

Е.А. Стецюк, С.Н. Петров, Б.В. Третьяков, С.В. Калашников
Медцентр Банка России, Москва

Мало кто помнит в каком году был предложен стандарт ААМІ на воду для гемодиализа. Ясно одно, этому стандарту уже не один десяток лет. Совсем недавно этот стандарт был дополнен и частично пересмотрен (табл. 1). (ASN Annual Scientific Meeting. Renal Week. Toronto, Canada, October, 2000).

Таблица 1
Обновленный стандарт ААМІ на воду для гемодиализа – 2000 (Проект)

Контаминант	Предельная концентрация (мг/л)	Контаминант	Предельная концентрация (мг/л)
Кальций	2	Селен	0,09
Магний	4	Серебро	0,005
Натрий	70	Таллий	0,002
Калий	8	Алюминий	0,01
Сурьма	0,006	Хлор аммиак	0,10
Мышьяк	0,005	Свободный хлор	0,5
Бериллий	0,0004	Медь	0,10
Барий	0,01	Фтор	0,20
Кадмий	0,001	Сульфат	100
Хром	0,014	Цинк	0,10
Цианид	0,02	Бактерии	50 CFU/МА
Литий	0,005	Эндотоксин	1 EU/МА
Ртуть	0,0002		

Очевидно, что ужесточился стандарт на бактериальную контаминацию. В старом стандарте допускалось наличие в воде 200 колоний на мл в поступающей воде и 2000 колоний на мл в оттекающем диализате. В настоящее время настоятельно рекомендуют, чтобы вода для гемодиализа была стерильна и апиrogenна. Надо полагать, бактериальная контаминация диализата в настоящее время представляет собой нерешенную проблему гемодиализа. Считают, что причиной гемодиализного амилоидоза является не бета-2-микроглобулин, а нестерильный диализат с высоким содержанием эндотоксина. По содержанию эндотоксина некоторые национальные стандарты даже более жесткие, чем стандарт (табл. 2).

Если источником контаминации воды является городская водопроводная станция, или скважина дает сильное загрязнение, это уж куда ни шло. По крайней мере мы в этом не виноваты. Но если мы сами в диализном центре отравляем воду, это обидно и досадно.

Таблица 2
Национальные и международные стандарты на бактериальную контаминацию воды для гемодиализа

Стандарт	Бактерии, кол./мл	Эндотоксин, МЕ/мл
Европейская фармакопея (1997)	≤ 100	$\leq 0,25$
Немецкая фармакопея (1996)	≤ 100	$\leq 0,25$
Шведская фармакопея (1997)	≤ 100	—
ААМІ (1996)	≤ 200	—
ISO (1997)	≤ 200	≤ 5
Институт Роберта Коха (1988)	≤ 100	—

Таблица 3
Водные контаминанты, их источники и клинические эффекты

Контаминант	Кто отравитель	Побочные эффекты
Алюминий	Городская сеть	Энцефалопатия, поражение костей, анемия
Фтор	Городская сеть	Аритмия, поражение костей
Циантоксин	Скважина	Повреждение печени
Нитраты	Скважина	Анемия
Эндотоксин	Диализный центр	Пирогенные реакции, хроническое воспаление
Медь	Диализный центр	Гемолиз, тошнота, рвота
Цинк	Диализный центр	Гемолиз, тошнота, рвота
Кальций, магний	Скважина, городская сеть	Синдром жесткой воды

Доктор R. Ward в интернетовской лекции 2000 года дает адреса, где искать отравителей. И все это может быть при исправно работающем обратном осмосе (табл. 3).

Медные вставки, пайки и цинк из водопроводной сети в диализном центре, да еще после обратного осмоса вызывают сильную гемолитическую анемию. И никакой эритропоэтин вам не поможет. Читатель спросит, откуда цинк? А он входит в состав припоя. Из самых лучших побуждений в системе водоснабжения устанавливают оцинкованные трубы. Оцинкованные трубы долговечны. Но получится, как всегда, беда. Немало человеческой крови пострадает от этих долговечных труб прежде, чем вы разберетесь, в чем дело.