

ПРОУЧВАНЕ НА СЪДЕЙСТВИЕТО НА ПАЦИЕНТИТЕ НА ХЕМОДИАЛИЗА ЗА ПРОВЕЖДАНОТО ЛЕЧЕНИЕ. СЛЕДВАТ ЛИ БОЛНИТЕ УКАЗАНИЯТА НА ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР?

Александър Стоянов, Красимира Ненова, Кирил Ненов

Катедра по вътрешни болести, Медицински университет-Варна

STUDY OF HEMODIALYSIS PATIENTS' COMPLIANCE FOR THE PERFORMED TREATMENT. DO THE PATIENTS ADHERE TO PHYSICIAN'S GUIDELINES?

Alexander Stoyanov, Krasimira Nenova, Kiril Nenov

Department of Internal Medicine, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Пациентите с хронична бъбречна недостатъчност (ХБН), лекувани с хронична хемодиализа (ХХД), трябва да следват стриктно предписаните им терапевтични режими и указанията на лекаря. В противен случай резултатите от това продължително лечение често са неблагоприятни. Целта на настоящото проучване е да се разкрие мнението на болните с ХБН на ХХД по отношение на нагласата им към провежданото продължително лечение. Изследвани са 40 болни, 21 мъже и 19 жени на средна възраст от $50,48 \pm 14,90$ г. и със средна продължителност на ХХД от $5,82 \pm 4,11$ г. Те попълват анонимна анкетна карта, съдържаща 26 въпроса, посветени на спазването от тяхна страна на необходимите лечебни и диетични режими. По-голямата продължителност на ХХД повлиява неблагоприятно съдействието на пациентите. Все пак тези болни са склонни да спазват по-стриктно времето, предписано от лекаря за хемодиализата. Съдействието на болните зависи и от образователния им ценз. Следователно задачата на лекаря да осигури на болните адекватна информация за тяхното заболяване и неговото лечение е изключително важна.

Ключови думи: съдействие, хронична бъбречна недостатъчност, хронична хемодиализа, терапевтични режими, анкета

ABSTRACT

The patients with chronic renal failure (CRF) on chronic haemodialysis (CHD) should strictly adhere to the prescribed therapeutic regimens and physician's guidelines. Otherwise the results from this long-lasting treatment are often unfavourable. The aim of the present study was to reveal the opinion of CRF patients on CHD about their attitude towards their continuous treatment. Forty patients, 21 males and 19 females, at the mean age of $50,48 \pm 14,90$ years and a mean duration of CHD of $5,82 \pm 4,11$ years were examined. They filled-in anonymous questionnaire containing 26 items devoted to their observation of the necessary therapeutic and dietary regimens. The longer CHD duration influenced negatively on patient's compliance. However, such patients tended to observe more strictly the time for haemodialysis prescribed by the physician. Patient's compliance depended on the educational level, too. Therefore, an extraordinarily important physician's task was the provision to the patients of adequate information about their disease and its treatment.

Key words: compliance, chronic renal failure, chronic haemodialysis, therapeutic regimens, inquiry

ВЪВЕДЕНИЕ

Точното следване на указанията на лекуващия лекар е от особено значение за пациентите с хронична бъбречна недостатъчност, лекувани с хемодиализа. Спазването на назначената диета, ограничаването на приема на течности и изпълнението на предписаните схеми за прием на лекарства е значим фактор за постигане на добри резултати при тази група болни (1). Успехът или неуспехът на лечението зависи изключително много от това, дали болният сътрудничи или не сътрудничи на лекуващите лекари. Очевидно е, че ако той не приема предписаните лекарства и не спазва точно указанията на лекаря, лечението не може да постигне желаните ефекти.

Най-честите отклонения от назначената терапия и хигиенно-диетичен режим (ХДР) при пациентите на хемодиализа са:

- пропускане на приема на лекарства
- промяна на предписаните дози на лекарствата
- неспазване на предписаната честотата на прием на лекарствата
- лечение с непредписани лекарства
- ранно преустановяване на лекарствената терапия
- неспазване на ХДР, прием на неподходящо количество течности
- консумация на неподходящи храни
- неспазване на предписаната продължителност на хемодиализната процедура, скъсяване на диализното време
- пропускане на хемодиализи.

В много случаи пациентите проявяват нежелание да се съобразяват с указанията на лекуващите лекари и да им сътрудничат. Най-често причината се крие в недобрата информираност на болните. Те нямат достатъчна информация за състоянието си и за прогнозата на заболяването си, не са наясно с механизмите, чрез които хемодиализата и лекарствата повлияват болестта, както и за времето, необходимо за постигане на очакваните положителни резултати (4).

Друга важна група фактори, които влияят отрицателно на сътрудничеството на пациентите, включва хроничния характер на бъбречното заболяване, налагащо непрекъснато лечение, необходимостта от постоянни ограничения в храненето и приема на течности, физическите увреждания и някои психологически фактори (3).

Целта на настоящото проучване е да се оцени сътрудничеството на група пациенти с хронична бъбречна недостатъчност, лекувани с хемодиализа по отношение на спазването на указанията за прием на течности, диетичните ограничения,

провежданото медикаментозно лечение и на хемодиализните процедури. Освен това трябва да се установи, какво е влиянието на продължителността на диализното лечение, количеството на приеманите лекарства и образованието (образователния ценз) на пациентите върху точното изпълнение на указанията на лекуващите лекари.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването обхваща 40 болни (мъже:жени = 21:19) с терминална хронична бъбречна недостатъчност (ХБН) на хронична хемодиализа (ХХД) от Клиниката по диализа на УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД-Варна. Средната възраст на пациентите е $50,48 \pm 14,90$ г., а средната продължителност на хемодиализното лечение е $5,82 \pm 4,11$ г.

Хемодиализното лечение се провежда с бикарбонатен буфер, капилярни диализатори, дебит на диализния разтвор $Q_d = 500$ mL/мин., диализна схема - 3 пъти седмично, хепаринизация - болус в началото на диализната процедура, средно диализно време от $10,42 \pm 1,25$ часа седмично, съдов достъп с 2 игли или със съдов катетър, дебит на кръвния поток (Q_b) от 220 до 350 mL/мин.

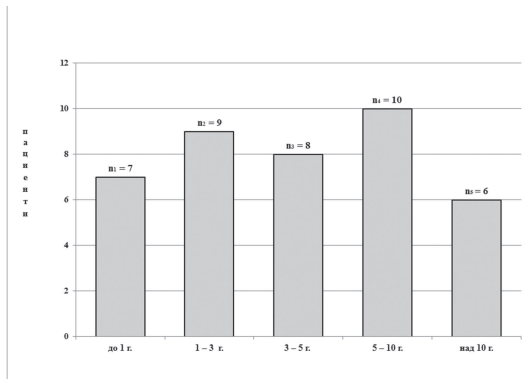
С цел анализ на отклоненията в приема на лекарства и в спазването на ХДР от болните е разработена анкета от 26 въпроса. Възможните отговори на въпросите са три: „да“, „не“ и „не мога да отговоря“. Анкетата се попълва трикратно през наблюдавания шестмесечен период. Данните за продължителността на хемодиализата, спазването на диализното време, наддаването на тегло в междудиализния период и броя на предписаните медикаменти се вземат от медицинската документация на съответния болен. Използва се информацията за диализните процедури, проведени през наблюдавания период от 6 месеца. Получените резултати се обработват по метода на вариационния анализ ($x \pm SD$) и се изчислява процентът на обособилите се подгрупи спрямо основната група пациенти.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

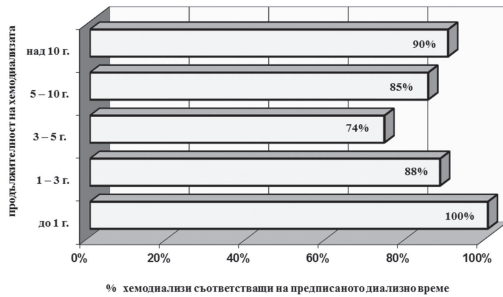
Според продължителността на хемодиализното лечение болните се разпределят в следните групи: 7 болни - до 1 г.; 9 болни - 1-3 г.; 8 болни - 3-5 г. и 6 болни - 5-10 г. (фиг. 1).

Всички хемодиализни процедури при пациентите на ХХД до 1 г. са в съответствие с назначената продължителност. Този процент е по-нисък при болните с диализен „стаж“ от 1 до 3 г. (88%) и от 3 до 5 г. (74%). При болните с дългогодишно (повече от петгодишно) диализно лечение спазването на назначената продъл-

жителност на хемодиализата нараства - съответно за групата от 5 до 10 г. той е 85%, а за тази над 10 г. - 90% (фиг. 2).

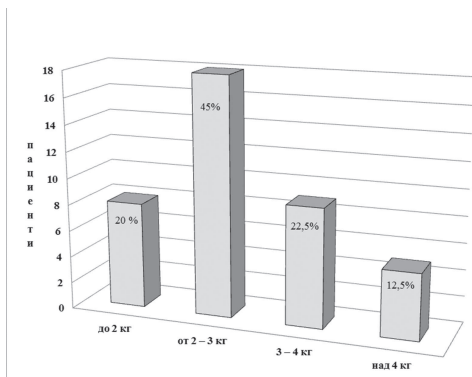


Фиг. 1. Разпределение на болните според продължителността на ХХД (n=40)



Фиг. 2. Зависимост между продължителността на ХХД и спазването на диализното време (n=40)

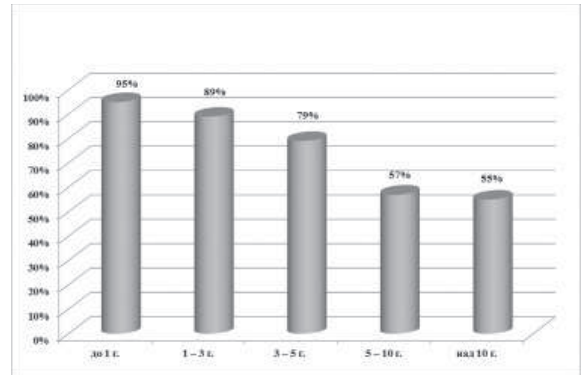
По отношение на ограничаването на приема на течности и прекаленото наддаване на телесна маса (тегло) между хемодиализите, резултатите са следните: 20% от пациентите наддават до 2 кг, 43% - между 2 и 3 кг, 22,5% - от 3 до 4 кг. и 12,5% - над 4 кг. (фиг. 3).



Фиг. 3. Разпределение на болните с ХХД според наддаването на тегло между хемодиализите

Интересен резултат е, че 57% от болните с наднормено междудиализно тегло отговарят, че те не приемат прекалено много течности.

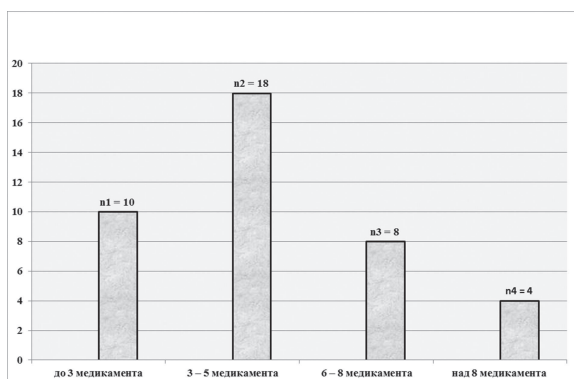
Точното спазване на предписаните дози лекарства показва значителни различия според продължителността на хемодиализната терапия. През първата година от хемодиализното лечение 95% от пациентите отговарят, че спазват точно назначените дози и интервали между приема на лекарства. Този процент намалява до 89% за периода от 1 до 3 г., до 79% - за периода от 3 до 5 г., до 57% - за периода от 5 до 10 г. и до 55% - за периода от над 10 г. (фиг. 4).



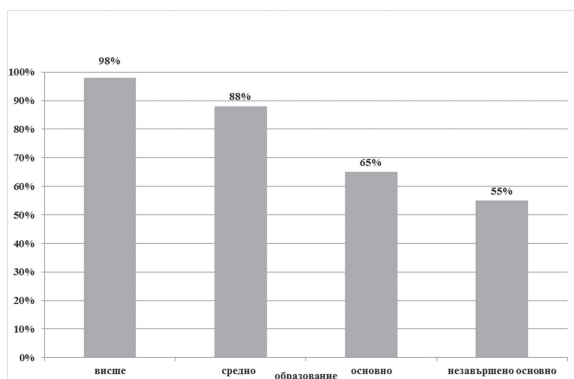
Фиг. 4. Разпределение на болните според продължителността на ХХД и точното спазване на дозировката на лекарствата, приемани перорално

Количеството на приеманите лекарства също влияе върху точното спазване на лекарското предписание. Лечението на болните с ХБН на ХХД много често налага употреба на голямо количество различни медикаменти. Разпределението на наблюдаваните болни според броя на ежедневно приеманите лекарства се вижда на фиг. 5. Пациентите, приемащи до три медикамента дневно, спазват най-точно (над 90%) предписаните дозировки. С увеличаването на броя на лекарствата този процент прогресивно спада. От групата, която приема над 8 медикамента дневно, само един пациент отговаря, че спазва точно назначенията на лекаря. Ние установяваме и по-точно спазване на назначеното медикаментозно лечение от болните с по-високо образование. Докато болните с висше образование, съдействащи на лечението, са 98%, а тези с основно образование са 65% от случаите (фиг. 6).

Според отговорите на зададените въпроси се вижда, че основните отклонения в приема на лекарства включват: пропускане на назначената доза, закъсняване с вземането на лекарството, несистемен прием на назначеното лекарство, както и самоволно увеличаване или намаляване на предписаната доза (фиг. 7 - цит. по 2).



Фиг. 5. Разпределение на болните според броя на медикаментите, приемани перорално ежедневно



Фиг. 6. Разпределение на болните според образователния ценз и точното спазване на дозировката на лекарствата, приемани перорално



Фиг. 7. Отклонения при приема на предписаните лекарства (цит. по 2)

В сравнение със сходни проучвания, проведени в Хонконг и САЩ (6,8), ние отчитаме пониско съдействие на нашите болни по отношение на диализната схема, ограничаването на течностите и медикаментозното лечение. Нашите

резултатите са подобни на тези от проучване на болни на хемодиализа в Китай (5). Ние отчитаме, че болните на ХХД са по-склонни да съдействат на самото хемодиализно лечение и по-трудно приемат диетичните ограничения (намален прием на течности) и точното спазване на предписаното медикаментозно лечение. Собствената оценка на болните за спазване на ХДР съществено се различава от обективните резултати за наддаване на телесна маса (тегло) през междудиализния период (57% от пациентите с наднормено междудиализно тегло отговарят, че не приемат прекалено много течности). За подобно несъответствие съобщават и други автори (9).

Нашето изследване показва, че продължителността на хемодиализното лечение влияе отрицателно върху съдействието на пациентите за спазване на продължителността на диализните процедури. Пациентите с 3-5-годишен диализен „стаж“ са по-склонни да съкращават времетраенето на диализните процедури. Тази констатация съвпада с резултатите от други проучвания (5,7). По същия начин тези болни не спазват точно назначените дози и приема на медикаменти. Интересен факт е, че по-дългогодишните пациенти на ХХД (5-10 г. и над 10 г.) са по-склонни да спазват предписаното време за хемодиализа. Тук най-вероятно е налице обратната зависимост - с висока преживяемост са пациентите, които са имали адекватно диализно време през годините на лечение. Трябва да се подчертае и отрицателната зависимост между количествата на приеманите лекарства и точното спазване от пациентите на предписаните дози и интервали за прием. Това е съществен проблем, като се има предвид обичайно многото различни медикаменти, които пациентите на ХХД приемат всеки ден. Според нашите резултати съдействието на болния на ХХД зависи не на последно място и от неговото образование (образователен ценз). Поради това изключително важна задача за лекаря е постоянната работа с пациентите и предоставянето на всеки от тях на необходимата информация. Съществено е тази здравна информация да бъде съобразена с възможностите и образованието на всеки болен и по този начин да е оптимално мотивираща (10). Резултатите от проведеното изследване дават насоки за решаването на основните проблеми, свързани със съдействието на пациентите с ХБН на ХХД. Поради ограничения брой на наблюдаваните от нас болни е необходимо провеждането на по-нататъчни изследвания за получаване на резултати с висока статистическа достоверност. Целта е оптимизирането на хе-

модиализното лечение, повишаването на индивидуалното качество на живот и на преживяемостта на пациентите, водещи до максималната им социална адаптация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нашите резултати позволяват формулирането на насоки за решаването на основните проблеми, свързани със съдействието на пациентите с ХБН на ХХД. Поради ограничения брой на наблюдаваните от нас болни трябва да се проведат по-нататъшни проучвания, за да се получат резултати с висока статистическа достоверност. Целта е оптимизирането на хемодиализното лечение, повишаването на индивидуалното качество на живот и на преживяемостта на пациентите, водещи до максималната им социална адаптация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baines, L. S., R. M. Jindal. Non-compliance in patients receiving haemodialysis: an in-depth review.- *Nephron*, **85**, 2000, No 1, 1-7.
2. Bellingieri, G., D. Santoro, B. Ricciardi, V. Savica. Compliance in hemodialysis patients.- In: 5th Taormina Course on Nephrology. F. Consulo, G. Bellingieri, V. Savica, eds. Editoriale Bios., 1998, 281-286.
3. Denhaerynck, K., D. Manhaeve, F. Dobbels, D. Garzoni, C. Nolte, S. De Geest. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens.- *Am. J. Crit. Care*, **16**, 2007, No 3, 222-236.
4. Durose, C. L., M. Holdsworth, V. Watson, F. Przygrodzka. Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance.- *J. Am. Diet. Assoc.*, **104**, 2004, No 1, 35-41.
5. Lee, S., H. Molassiotis. A dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients.- *Int. J. Nurs. Stud.*, **39**, 2002, No 7, 695-704.
6. Kim, Y., L. S. Evangelista. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis.- *Nephrol. Nurs. J.*, **37**, 2010, No 3, 271-280.
7. Kimmel, P. L., M. P. Varela, R. A. Peterson, K. L. Weihs, S. J. Simmens, S. Alleyne, et al. Interdialytic weight gain and survival in hemodialysis patients: effects of duration of ESRD and diabetes mellitus.- *Kidney Int.*, **57**, 2000, No 3, 1141-1151.
8. Lam, L. W., S. F. Twinn, S. W. Chan. Self-reported adherence to therapeutic regimen among patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis.- *J. Adv. Nurs.*, **66**, 2010, No 4, 763-773.
9. Tomasello, S., S. Dhupar, R. A. Sherman. Phosphate binders, K/DOQI guidelines, and compliance: the unfortunate reality.- *Dialysis Transplant.*, **33**, 2004, No 5, 236-242.
10. Kutner, N. G. Improving compliance in dialysis patients: does anything work?- *Semin. Dial.*, **14**, 2001, No 5, 324-327.

Адрес за кореспонденция:

д-р Александър Стоянов, д.м.
Катедра по вътрешни болести,
Медицински университет-Варна
гр. Варна 9002
ул. „Марин Дринов“ № 55
E-mail: pv3ss@abv.bg