

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМНОМУ ТА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ

З УРАХУВАННЯМ НАЯВНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ

Полтавський державний медичний університет (м. Полтава, Україна)

satenik.rustamyan.92@gmail.com

Якість життя діалізних хворих відіграє особливу роль у контролі та правильності введення даної категорії осіб. Дані, що характеризують відмінності в методах лікування, дають можливість порівняти показники якості життя у даної категорії пацієнтів. Метою дослідження було порівняти показники якості життя хворих, що перебувають на програмному та перитонеальному діалізі, та визначити прихильність до лікування даних пацієнтів з урахуванням наявності цукрового діабету 2-го типу. У дослідженні взяли участь 114 хворих, з яких 44 пацієнти, що перебувають на програмному гемодіалізі, 21 – перитонеальному та 49, які склали контрольну групу – пацієнти з хронічною хворобою нирок I-II стадій. У свою чергу дослідна група (пацієнти діалітичної терапії) була розподілена на дві підгрупи: 20 хворих (ГД1) з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД), 24 – без ЦД (ГД2). Група з перитонеального діалізу також була розподілена на дві підгрупи: 6 хворих – ПД1, 15 – ПД2. Контрольну групу також було розподілено на дві підгрупи: 26 хворих з ЦД (КГ1), та 23 – без ЦД (КГ2). Для визначення показників якості життя використовували шкалу SF-36. За шкалою «загальне здоров'я» виявлено достовірну значиму різницю як і в ГД1 з КГ1 так і ПД1 з КГ1 $p < 0,005$ та $p < 0,005$, ГД2 та КГ2, а також ПГ2 і КГ2 $p < 0,001$. Шкала «психологічне здоров'я» характеризує наявність ознак тривоги та/чи депресії, ознаки позитивних емоцій. Простежується статистично значима різниця як і ГД1 з КГ1 так і ГД2 з КГ2, $p = 0,01$ та $p < 0,01$ відповідно. У хворих з ПД1 та КГ1 $p < 0,001$, ПД2 та КГ2 також $p < 0,001$. Між діалітичними групами статистично значимої різниці не виявлено, $p > 0,05$, але середні показники у хворих, що перебувають на ПД вищі, аніж у хворих на ГД.

Ключові слова. Якість життя, гемодіаліз, перитонеальний діаліз, нирково-замісна терапія.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття підготовлена згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри внутрішньої медицини №2 з професійними хворобами Полтавського державного медичного університету «Дослідження оцінки поєданого впливу факторів кардіоваскулярного ризику на коморбідний перебіг артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця і хронічної хвороби нирок, особливості профілактики та реабілітації». Державний реєстраційний номер 0119U102851.

Вступ. Якість життя (ЯЖ) – важливий компонент благополуччя, а також показник здоров'я у пацієнтів з термінальною стадією ниркової недостатності, що перебувають на програмному чи перитонеальному діалізі. Нирково-замісна терапія (НЗТ) накладає зна-

чний вплив на ЯЖ пацієнта, негативно впливаючи на його соціальне, психологічне та фінансове благополуччя. Життя хворих з хронічною хворобою нирок реорганізується та пристосовується до змін, що випливають із характеру захворювання та методів його лікування. Більше того, пацієнти залежать від діалізного апарату та медичного персоналу. НЗТ також передбачає обмеження у фізичних навантаженнях, способі харчування та режимі прийому рідини. У той же час, поява негативних симптомів діалітичної терапії (таких як соматичний біль, порушення сну, тривожно-депресивні розлади, розлади з боку серцево-судинної системи, нервової системи, вегетативні дисфункції) або обмеження, що випливають із захворювання, знижують ЯЖ [1, 2, 3]. Також змінюється професійна діяльність пацієнтів, що, як наслідок, погіршує їх матеріальне становище. Пацієнти, які страждають на ХХН, також відмовляються від інших видів діяльності, таких як спорт, соціальна діяльність та особистий розвиток. ЯЖ пацієнтів, які перебувають на НЗТ, формується через соціальні та сімейні стосунки [4, 5, 6].

Гемодіаліз проводиться в лікарні тричі на тиждень, кожен сеанс триває чотири години. Однак перитонеальний діаліз виконується вдома, його проводять в двох варіантах: безперервного амбулаторного перитонеального діалізу з чотирма замінами на день або безперервного циклічного перитонеального діалізу з обмінами вночі протягом 8–9 годин за допомогою апарату для перитонеального діалізу. Ці два методи НЗТ мають як позитивні, так і негативні моменти. За кратністю лікування, хворі на ПД повинні 4-5 разів на день проводити процедуру, тоді як хворий на ГД 3 рази на тиждень. Пацієнт з ПД повинен мати стерильні умови для проведення процедури, тоді як хворий з ГД має їздити в діалітичний центр 3 рази на тиждень. Візити в діалітичний центр хворим, що на ПД проводяться 1 раз на місяць, тоді як хворий з ГД 12-14 разів на місяць. Залишкова функція нирок ще деякий час (місяці, а може й роки) від початку діалізу залишається у хворих з ПД, тоді як у хворих з ГД майже з початку діалітичної терапії виникає анурія. Для пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи ПД більш сприятливий, аніж ГД. А для пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту ГД сприятливіший, аніж ПД. Контакт з вірусними інфекціями (вірус гепатиту В, С) у хворих на ПД відсутній, у пацієнтів, що перебувають на ГД існує незначний ризик інфікування під час сеансу діалізу. Пацієнт з ПД має більше можливостей до подорожування, беручи з собою розчини. Пацієнт, що на ГД сеанси діалізу в іншому місті може отримати лише після попередньої домовленості, або коштовно у приватних центрах, що мають апарати «штучна нирка». Подані дані, що характеризують відмінності в методах лікування,

дають можливість порівняти показники якості життя у даної категорії пацієнтів [7, 8, 9].

Мета дослідження. Порівняти показники якості життя хворих, що перебувають на програмному та перитонеальному діалізі, та визначити прихильність до лікування даних пацієнтів з урахуванням наявності цукрового діабету 2-го типу.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження проведено на базі центру нефрології та діалізу Комунального Підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». У дослідженні взяли участь 114 хворих, з яких 44 пацієнти, що перебувають на програмному гемодіалізі, 21 – перитонеальному та 49, які склали контрольну групу – пацієнти з ХХН I-II стадій. Дослідження проводилося згідно з принципами Гельсінської декларації Світової медичної асоціації «Етичні засади медичних досліджень, що стосуються людських суб'єктів» (змінена в жовтні 2013 року). Письмова інформована згода була отримана від усіх хворих, які брали участь у дослідженні. Гемодіалізі хворим проводився стандартний бікарбонатний гемодіаліз три рази на тиждень по 4 години. У свою чергу дослідна група (пацієнти діалітичної терапії) була розподілена на дві підгрупи: 20 хворих (ГД1) з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД), 24 – без ЦД (ГД2). Середня тривалість лікування програмним гемодіалізом склала 6,2±6,7 років. Середня тривалість лікування методом перитонеального діалізу склала 3,5±2,8 років. Група з перитонеального діалізу також була розподілена на дві підгрупи: 6 хворих – ПД1, 15 – ПД2. Контрольну групу також було розподілено на дві підгрупи: 26 хворих з

ЦД (КГ1), та 23 – без ЦД (КГ2). Середній вік гемодіалітичних хворих склав 50,1±11,8 років, причому в ГД1 51,9±9,5 років, в ГД2 – 48,7±13,4 років. Середній вік перитонеальних хворих склав 50,4±13,5 років, причому в ПД1 52,5±18,1, ПД2 49,6±11,8 років. Середній вік хворих в контрольній групі склав 49,3±17,1 років, причому в КГ1 середній вік склав 58,1±10,4 років, а в КГ2 – 39,3±17,8 відповідно. За гендерними ознаками всі пацієнти розподілилися таким чином: 71 (62,3%) жінок та 43 (37,7%) чоловіків. У групу, що отримує гемодіалітичну терапію, увійшли 24 (21,1%) жінки та 20 (17,5%) чоловіків, в групу ПД увійшли 9 (7,9%) жінок та 12 (10,5%) чоловіків, в контрольну – 38 (33,3%) жінок та 11 (9,7%) чоловіків.

Для визначення показників якості життя використовували шкалу SF-36. Шкала складається з 11 запитань, що об'єднуються у вісім шкал: фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болі, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, психічне здоров'я. В свою чергу, перші чотири шкали групуються в показник «фізичний компонент здоров'я», останні чотири – «психологічний компонент здоров'я». Статистична обробка даних проведена за допомогою програм Microsoft Excel 2010. Вірогідність відмінностей між порівняльними групами визначали за допомогою параметричного критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними проведених нами досліджень, середні показники фізичного функціонування, рольового функціонування дещо вищі у пацієнтів ГД1 та ГД2 по відношенню до пацієнтів груп ПД1 та ПД2, хоча показники інтенсивності болю та загального здоров'я вищі у пацієнтів на ПД (табл. 1).

Таблиця 1 – Показники якості життя у дослідних та контрольних групах

Показник ЯЖ	ГД1 (n=20)	ГД2 (n=24)	ПД1 (n=6)	ПД2 (n=15)	КГ1 (n=26)	КГ2 (n=23)
Фізичне функціонування (PF), M±m	59,0±15,3	54,2±7,7	55,1±6,3	53,7±6,1	81,9±6,6	98,0±4,5
Достовірність, p	p>0,05 ¹ p>0,05 ³	p<0,001 ¹ p>0,05 ³	p≤0,005 ² p>0,05 ³	p<0,001 ² p>0,05 ³	p>0,05 ¹ p≤0,005 ²	p<0,001 ¹ p<0,001 ²
Рольове фізичне функціонування (RP), M±m	66,0±29,6	66,7±19,0	54,2±7,4	51,0±6,0	100,0	91±19,3
Достовірність, p	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,05 ²	p>0,05	p>0,05, p<0,05 ²
Інтенсивність болю (BP), M±m	54,3±13,9	55,8±11,9	68,1±6,6	59,7±8,6	93,2±8,0	95,0±7,5
Достовірність, p	p<0,01 ¹	p<0,05 ¹	p<0,05 ²	p<0,05 ²	p<0,01 ¹ , p<0,05 ²	p<0,05 ¹ , p<0,05 ²
Загальне здоров'я (GH), M±m	19,0±10,5	18,3±7,3	34,8±3,8	30,6±4,6	48,9±3,4	56,0±7,2
Достовірність, p	p<0,005 ¹	p<0,001 ¹	p<0,005 ²	p<0,001 ²	p<0,005 ¹ p>0,005 ²	p<0,001 ¹ p<0,001 ²
Життєва активність (VT), M±m	31,0±13,1	32,5±11,5	55,7±3,2	57,7±7,0	87,3±5,1	81,0±16,3
Достовірність, p	p<0,001 ¹ p<0,05 ³	p<0,01 ¹ p<0,05 ³	p<0,001 ² p<0,05 ³	p<0,01 ² p<0,05 ³	p<0,001 ¹ p<0,001 ²	p<0,01 ¹ p<0,01 ²
Соціальне функціонування (SF), M±m	64,0±19,9	55,9±17,2	67,2±6,2	61,9±9,9	99,5±2,3	100,0
Достовірність, p	p<0,05 ¹ p>0,05 ³	p>0,05 ³	p<0,05 ² p>0,05 ³	p>0,05 ³	p<0,05 ¹ p<0,05 ²	
Рольове емоційне функціонування (RE), M±m	67,0±39,1	36,0±33,9	55,4±16,9	52,8±16,7	100,0	97,0±13,9
Достовірність, p	p>0,05 ^{1,3}	p>0,05 ^{1,3}	p>0,05 ^{2,3}	p>0,05 ^{2,3}		p>0,05 ^{1,2}
Психологічне здоров'я (MH), M±m	38,0±16,8	53,7±11,3	60,1±3,2	58,9±3,5	79,0±3,2	83,0±1,9
Достовірність, p	p=0,01 ¹ p>0,05 ³	p<0,01 ¹ p>0,05 ³	p<0,001 ² p>0,05 ³	p<0,001 ² p>0,05 ³	p=0,01 ¹ p<0,001 ²	p<0,01 ¹ p<0,001 ²

Примітки: ¹ – достовірність між ГД1 і ГД2 з КГ1 та КГ2, ² – достовірність між ПД1 і ПД2 з КГ1 та КГ2, ³ – достовірність між ГД1 і ГД2 з ПД1 та ПД2.

ціонування дещо вищі у пацієнтів ГД1 та ГД2 по відношенню до пацієнтів груп ПД1 та ПД2, хоча показники інтенсивності болю та загального здоров'я вищі у пацієнтів на ПД (табл. 1). Фізичне функціонування відображає ступінь фізичної активності, що обмежує виконання фізичних навантажень. Між ГД2 та КГ2 p<0,001, тоді як ГД1 та КГ1 p>0,05 відповідно. ПД1 та КГ1 p≤0,005, ПД2 та КГ2 p<0,001.

Рольове фізичне функціонування вказує на вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність. У ГД1 та КГ1, ГД2 та КГ2, ГД1 та ПД1 статистично значимої різниці не виявлено, p>0,05. Достовірно значима різниця у ПД2 та КГ2 (p<0,05). Фізичне та рольове фізичне функціонування у хворих на ПД частково зниженні внаслідок кількості сеансів на день, які відбуваються кожні 6 годин. По шкалі інтенсивності болю у ГД1 та

Таблиця 2 – Показники фізичного та психологічного компонентів у дослідних та контрольних групах

Компоненти ЯЖ	ГД1 (n=20)	ГД2 (n=24)	ПД1 (n=6)	ПД2 (n=15)	КГ1 (n=26)	КГ2 (n=23)
Фізичний компонент здоров'я	49,5±8,4	48,7±5,4	52,8±14,0	49,0±12,9	81,0±3,5	85,2±6,6
Достовірність, p	p>0,05 ³	p>0,05 ³	p>0,05 ³	p>0,05 ³	p<0,001 ¹ p<0,05 ²	p<0,001 ¹ p<0,05 ²
Психологічний компонент здоров'я	49,7±11,5	44,5±10,6	59,2±5,6	58,0±3,7	91,4±2,1	90,1±8,2
Достовірність, p	p>0,05 ³	p>0,05 ³	p>0,05 ³	p>0,05 ³	p<0,001 ¹ p<0,001 ²	p<0,001 ¹ p<0,001 ²

Примітки: ¹ – достовірність між ГД1 і ГД2 з КГ1 та КГ2, ² – достовірність між ПД1 і ПД2 з КГ1 та КГ2, ³ – достовірність між ГД1 і ГД2 з ПД1 та ПД2.

КГ1 простежується статистично достовірною різницею $p < 0,01$. Достовірно значима різниця у ПД1 та КГ1 ($p < 0,05$). У ГД2 та КГ2 також є статистично достовірною різниця, що складає $p < 0,05$, ПД2 та КГ2 $p < 0,05$. Шкала «загальне здоров'я» характеризує стан хворих на даний момент та подальшу перспективу. Виявлено достовірно значиму різницю як і в ГД1 з КГ1 так і ПД1 з КГ1 $p \leq 0,005$ та $p < 0,005$, ГД2 та КГ2, а також ПД2 і КГ2 $p < 0,001$. Цікаво те, що показники наступних 4 шкал, що відображають психологічне здоров'я вищі у пацієнтів ПД, аніж у ГД. По шкалі «життєва активність» простежується статистично достовірною різницею між ГД1 та ПД1, $p < 0,05$, ГД2 та ПД2, $p < 0,05$, ГД1 та КГ1, ПД1 та КГ1 $p < 0,001$ та ГД2 та КГ2, ПД2 та КГ2 $p < 0,01$. По шкалі «соціальне функціонування» статистично значима різниця у ГД1 та КГ1 та ПД1 та КГ1 $p < 0,05$. Між діалізними групами статистично значимої різниці не виявлено, $p > 0,05$. За шкалою «рольове емоційне функціонування» не виявлено достовірності, $p > 0,05$ у групах ГД2 та КГ2, ПД2 та КГ2. Між діалізними групами статистично значимої різниці не виявлено, $p > 0,05$. Шкала «психологічне здоров'я» характеризує наявність ознак тривоги та/чи депресії, ознаки позитивних емоцій. Простежується статистично значима різниця як і ГД1 з КГ1 так і ГД2 з КГ2, $p = 0,01$ та $p < 0,01$ відповідно. У хворих з ПД1 та КГ1 $p < 0,001$, ПД2 та КГ2 також $p < 0,001$. Між діалізними групами статистично значимої різниці не виявлено, $p > 0,05$, але середні показники у хворих, що перебувають на ПД вищі, аніж у хворих на ГД.

Середні показники фізичного та психологічного компонентів у таблиці 2.

Достовірно значимої різниці між ГД1 та ПД1 і ГД2 та ПД2 не простежується. Але, порівнюючи між

собою ГД1 з КГ1, ПД1 з КГ1 та ГД2 з КГ2, ПД2 з КГ2 спостерігається статистично достовірною різницею. Як і фізичний так і психічний компоненти у ГД1 з КГ1 та ГД2 з КГ2 мають високий ступінь достовірності, $p < 0,001$. Так і в групах ПД1 з КГ1 та ПД2 з КГ2 $p < 0,05$ – фізичний компонент. Психологічний – ПД1 з КГ1 та ПД2 з КГ2 – $p < 0,001$.

Висновки.

Середні показники якості життя у хворих на ПД вищі, аніж у хворих на ГД окрім показників фізичного та рольового фізичного функціонування.

Фізичне та рольове фізичне функціонування у хворих на ПД частково знижені внаслідок кількості сеансів на день, які відбуваються кожні 6 годин, порівнюючи із хворими, що перебувають на ГД.

Психологічний компонент у груп ПД незалежно від урахування ЦД 2-го типу має вищі показники, аніж у груп ГД.

Перспективи подальших досліджень. Подальше дослідження показників ЯЖ при первинному обстеженні хворих, яких переводять на нирково-замісну терапію, оцінка ступеню прихильності до лікування, а також ознаки тривожно-депресивних розладів дасть змогу лікарям та медичному персоналу попередити або зменшити негативні наслідки, які можуть виникнути при проведенні нирково-замісної терапії.

Література

1. Chuasuwan A, Pooripussarakul S, Thakkinian A, Ingsathit A, Pattanapruteep O. Comparisons of quality of life between patients underwent peritoneal dialysis and hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. Health and Quality of Life Outcomes. 2020;18(1):191-192. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01449-2>.
2. Dąbrowska-Bender M, Dykowska G, Żuk W, Milewska M, Staniszevska A. The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. Patient Prefer Adherence. 2018;12:577-583. DOI: 10.2147/PPA.S156356.
3. Gonçalves FA, Dalosso IF, Camargo-Borba JM. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba – PR. J Bras Nefrol. 2015;37(4):467-474. DOI: 10.5935/0101-2800.20150074.
4. Homaie Rad E, Mostafavi H, Delavaris S, Mostafavi S. Health-related quality of life in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis: a meta-analysis of Iranian studies. Iran J Kidney Dis. 2015;9(5):386-393.
5. Ishiwatari A, Yamamoto S, Fukuma S, Hasegawa T, Wakai S, Nangaku M. Changes in Quality of Life in Older Hemodialysis Patients: A Cohort Study on Dialysis Outcomes and Practice Patterns. Am J Nephrol 2020;51:650-658. DOI: <https://doi.org/10.1159/000509309>.
6. Perl J, Karaboyas A, Morgenstern H, Sen A, Rayner HC, Vanholder RC, et al. Association between changes in quality of life and mortality in hemodialysis patients: results from the DOPPS. Nephrol Dial Transplant. 2017 Mar 1;32(3):521-7. DOI: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfw233>.
7. Tran PQ, Nguyen NTY, Nguyen B, Bui QTH. Quality of life assessment in patients on chronic dialysis: Comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis at a national hospital in Vietnam. Trop Med Int Health. 2021;27(2):199-206. DOI: <https://doi.org/10.1111/tmi.13709>.
8. Yazawa M, Kido R, Ohira S, Hasegawa T, Hanafusa N, Iseki K, et al. Early mortality was highly and strongly associated with functional status in incident Japanese hemodialysis patients: a cohort study of the large national dialysis registry. PLoS One. 2016 Jun 7;11(6):e0156951. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156951>.
9. Warsame F, Ying H, Haugen CE, Thomas AG, Crews DC, Shafi T, et al. Intradialytic activities and health-related quality of life among hemodialysis patients. Am J Nephrol. 2018;48(3):181-189. DOI: <https://doi.org/10.1159/000492623>.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМНОМУ ТА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ З УРАХУВАННЯМ НАЯВНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ

Рустамян С. Т., Катеренчук І. П.

Резюме. Нирково-замісна терапія (НЗТ) накладає значний вплив на якість життя пацієнта, негативно впливаючи на його соціальне, психологічне та фінансове благополуччя. Життя хворих з хронічною хворобою нирок реорганізується та пристосовується до змін, що впливають із характеру захворювання та методів його

лікування. Більше того, пацієнти залежать від діалізного апарату та медичного персоналу. НЗТ також передбачає обмеження у фізичних навантаженнях, способі харчування та режимі прийому рідини.

Метою дослідження було порівняти показники якості життя хворих, що перебувають на програмному та перитонеальному діалізі, та визначити прихильність до лікування даних пацієнтів з урахуванням наявності цукрового діабету 2-го типу.

Дослідження проведене на базі центру нефрології та діалізу Комунального Підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». У дослідженні взяли участь 114 хворих, з яких 44 пацієнти, що перебувають на програмному гемодіалізі, 21 – перитонеальному та 49, які склали контрольну групу – пацієнти з ХХН I-II стадій.

Гемодіалізом хворим проводився стандартний бікарбонатний гемодіаліз три рази на тиждень по 4 години. У свою чергу дослідна група (пацієнти діалітичної терапії) була розподілена на дві підгрупи: 20 хворих (ГД1) з ЦД 2-го типу, 24 – без ЦД (ГД2). Група перитонеального діалізу також була розподілена на дві підгрупи: 6 хворих – ПД1, 15 – ПД2. Контрольну групу також було розподілено на дві підгрупи: 26 хворих з ЦД (КГ1), та 23 – без ЦД (КГ2).

Для визначення показників якості життя використовували шкалу SF-36. За даними проведених нами досліджень, середні показники фізичного функціонування, рольового функціонування дещо вищі у пацієнтів ГД1 та ГД2 по відношенню до пацієнтів груп ПД1 та ПД2, хоча показники інтенсивності болю та загального здоров'я вищі у пацієнтів на ПД. Фізичне функціонування відображає ступінь фізичної активності, що обмежує виконання фізичних навантажень. Між ГД2 та КГ2 $p < 0,001$, тоді як ГД1 та КГ1 $p \geq 0,05$ відповідно. ПД1 та КГ1 $p \leq 0,005$, ПД2 та КГ2 $p < 0,001$. Рольове фізичне функціонування вказує на вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність. У ГД1 та КГ1, ГД2 та КГ2, ГД1 та ПД1 статистично значимої різниці не виявлено, $p < 0,05$. Достовірно значима різниця у ПД2 та КГ2 ($p > 0,05$). Фізичне та рольове фізичне функціонування у хворих на ПД частково зниженні внаслідок кількості сеансів на день, які відбуваються кожні 6 годин.

По шкалі інтенсивності болю у ГД1 та КГ1 простежується статистично достовірна різниця $p < 0,01$. Достовірно значима різниця у ПД1 та КГ1 ($p < 0,05$). У ГД2 та КГ2 також є статистично достовірна різниця, що складає $p < 0,05$, ПД2 та КГ2 $p < 0,05$.

Шкала «загальне здоров'я» характеризує стан хворих на даний момент та подальшу перспективу. Виявлено достовірно значиму різницю як і в ГД1 з КГ1 так і ПД1 з КГ1 $p \leq 0,005$ та $p < 0,005$, ГД2 та КГ2, а також ПГ2 і КГ2 $p < 0,001$. Цікаво те, що показники наступних 4 шкал, що відображають психологічне здоров'я вищі у пацієнтів ПД, аніж у ГД. По шкалі «життєва активність» простежується статистично достовірна різниця між ГД1 та ПД1, $p < 0,05$, ГД2 та ПД2, $p < 0,05$, ГД1 та КГ1, ПД1 та КГ1 $p < 0,001$ та ГД2 та КГ2, ПД2 та КГ2 $p < 0,01$.

По шкалі «соціальне функціонування» статистично значима різниця у ГД1 та КГ1 та ПД1 та КГ1 $p < 0,05$. Між діалітичними групами статистично значимої різниці не виявлено, $p > 0,05$. За шкалою «рольове емоційне функціонування» не виявлено достовірності, $p > 0,05$ у групах ГД2 та КГ2, ПД2 та КГ2. Між діалітичними групами статистично значимої різниці не виявлено, $p > 0,05$.

Шкала «психологічне здоров'я» характеризує наявність ознак тривоги та/чи депресії, ознаки позитивних емоцій. Простежується статистично значима різниця як і ГД1 з КГ1 так і ГД2 з КГ2, $p = 0,01$ та $p < 0,01$ відповідно. У хворих з ПД1 та КГ1 $p < 0,001$, ПД2 та КГ2 також $p < 0,001$. Між діалітичними групами статистично значимої різниці не виявлено, $p > 0,05$, але середні показники у хворих, що перебувають на ПД вищі, аніж у хворих на ГД.

Подальше дослідження показників ЯЖ при первинному обстеженні хворих, яких переводять на нирково-замісну терапію, оцінка ступеню прихильності до лікування, а також ознаки тривожно-депресивних розладів дасть змогу лікарям та медичному персоналу попередити або зменшити негативні наслідки, які можуть виникнути при проведенні нирково-замісної терапії.

Ключові слова: якість життя, гемодіаліз, перитонеальний діаліз, нирково-замісна терапія.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN PROGRAM AND PERITONEAL DIALYSIS TAKING INTO ACCOUNT THE PRESENCE OF DIABETES MELLITUS

Rustamian S. T., Katerenchuk I. P.

Abstract. Renal replacement therapy (RRT) has a significant effect on the patient's quality of life, adversely affecting his social, psychological and financial well-being. The lives of patients with chronic kidney disease are reorganized and adapted to the changes arising from the nature of the disease and methods of treatment. Moreover, patients depend on the dialysis machine and medical staff. RRT also involves restrictions on exercise, diet, and fluid intake.

The aim of the study was to compare the quality of life of patients on program and peritoneal dialysis, and to determine the adherence to the treatment of these patients, taking into account the presence of type 2 diabetes.

The study was conducted on the basis of the Center for Nephrology and Dialysis at the Poltava Regional Clinical Hospital. M.V. Sklifosovsky. The study involved 114 patients, of whom 44 were on programmed hemodialysis, 21 – peritoneal and 49, who were in the control group – patients with stage I-II CKD.

Hemodialysis patients underwent standard bicarbonate hemodialysis three times a week for 4 hours. In turn, the experimental group (patients on dialysis) was divided into two subgroups: 20 patients (HD1) with diabetes mellitus (DM), 24 – without DM (HD2). The peritoneal dialysis group was also divided into two subgroups: 6 patients – PD1, 15 – PD2. The control group was also divided into two subgroups: 26 patients with DM (KG1) and 23 – without DM (KG2). The SF-36 scale was used to determine quality of life indicators.

According to our research, the average indicators of physical functioning, role functioning are slightly higher in patients with HD1 and HD2 compared to patients in groups PD1 and PD2, although the intensity of pain and general

health is higher in patients with PD. Physical functioning reflects the degree of physical activity, which limits the performance of physical activity. Between HD2 and KG2 $p < 0.001$, while HD1 and KG1 $p \geq 0.05$, respectively. PD1 and KG1 $p \leq 0.005$, PD2 and KG2 $p < 0.001$. Role physical functioning indicates the influence of physical condition on daily role activities. No statistically significant difference was found in HD1 and KG1, HD2 and KG2, HD1 and PD1, $p > 0.05$. Significantly significant difference in PD2 and KG2 ($p < 0.05$). Physical and role physical functioning in patients with PD is partially reduced due to the number of sessions per day that occur every 6 hours.

On the scale of bodily pain in HD1 and KG1 there is a statistically significant difference $p < 0.01$. Significantly significant difference in PD1 and KG1 ($p < 0.05$). HD2 and KG2 also have a statistically significant difference of $p < 0.05$, PD2 and KG2 $p < 0.05$. The general health scale characterizes the current state of patients and the future. Significantly significant differences were found in both HD1 with KG1 and PD1 with KG1 $p \leq 0.005$ and $p < 0.005$, HD2 and KG2, as well as PG2 and KG2 $p < 0.001$. Interestingly, the following 4 scales reflecting mental health are higher in patients with PD than in HD. The scale "vitality" shows a statistically significant difference between HD1 and PD1, $p < 0.05$, HD2 and PD2, $p < 0.05$, HD1 and KG1, PD1 and KG1 $p < 0.001$ and HD2 and KG2, PD2 and KG2 $p < 0.01$.

On the scale of "social functioning" statistically significant difference in HD1 and KG1 and PD1 and KG1 $p < 0.05$. No statistically significant difference was found between dialysis groups, $p > 0.05$. On the scale of "role emotional functioning" no reliability was found, $p > 0.05$ in groups HD2 and KG2, PD2 and KG2. No statistically significant difference was found between dialysis groups, $p > 0.05$. The mental health scale characterizes the presence of signs of anxiety and / or depression, signs of positive emotions. There is a statistically significant difference between both HD1 with KG1 and HD2 with KG2, $p = 0.01$ and $p < 0.01$, respectively. In patients with PD1 and KG1 $p < 0.001$, PD2 and KG2 also $p < 0.001$. No statistically significant difference was found between the dialysis groups, $p > 0.05$, but the average values in patients with PD are higher than in patients with HD.

Further study of QOL in the initial examination of patients transferred to renal replacement therapy, assessment of adherence to treatment, as well as signs of anxiety and depressive disorders will allow doctors and medical staff to prevent or reduce the negative effects that may occur during renal replacement therapy.

Key words: quality of life, hemodialysis, peritoneal dialysis, renal replacement therapy.

ORCID кожного автора та їх внесок до статті:

Rustamian S. T.: 0000-0003-4348-6365^{ABCD}

Katerenchuk I. P.: 0000-0003-3765-4895^{AEF}

Конфлікт інтересів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Адреса для кореспонденції

Рустамян Сатенік Тігранівна

Полтавський державний медичний університет

Адреса: Україна, 36000, м. Полтава, вул. Шевченка 23

Тел.: 0502769592

E-mail: satenik.rustamyan.92@gmail.com

А – концепція роботи та дизайн, В – збір та аналіз даних, С – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, Е – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Рецензент – проф. Скрипник І. М.
Стаття надійшла 17.08.2021 року
Стаття прийнята до друку 14.02.2022 року