

Курманалиев Э.И., Гусейнов Х.М.

МЕДИЦИНАЛЫК КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ ЭТАБЫНДА БӨЙРӨКТҮН ДОНОР РЕЦИПИЕНТТЕРИНИН ЖАШОО ТУРМУШ ДЕЦГЭЭЛИ

Курманалиев Э.И., Гусейнов Х.М.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РЕЦИПИЕНТОВ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

E.I. Kurmanaliev, H.M. Guseynov

QUALITY OF LIFE FOR RECIPIENTS DONOR KIDNEY STAGES OF MEDICAL REHABILITATION

УДК: 616.36-089.1

Бул макалада бөйрөктүн донор реципиенттеринин физикалык калыбына келтирүү жеке программасы сунушталган. Жашоо турмуш денгээли, физикалык калыбына келтирүү даражасына жараша жана медициналык калыбына келтирүү этабында бөйрөктүн донор реципиенттеринин операцияга чейин организмдин ийкемдүү кону запастары, функционалдык абалы изилденген. Физикалык калыбына келтирүү программалары натыйжалуулугуна баа берилген.

Негизги сөздөр: бөйрөк, трансплантация, адаптация.

В данной работе представлены индивидуализированные программы физической реабилитации реципиентов донорской почки. Изучено качество жизни, функциональное состояние и адаптационные резервы организма реципиентов с донорской почкой до операции и на этапах медицинской реабилитации в зависимости от программы физической реабилитации и степени физической активности. Оценена эффективность программ физической реабилитации.

Ключевые слова: почка, трансплантация, адаптация.

This paper presents the individualized program of physical rehabilitation donor kidney recipients. Studied quality of life, functional status and adaptive reserves of the recipient organism with the donor kidney prior to surgery and on the stages of medical rehabilitation, depending on the physical rehabilitation program and the degree of physical activity. The effectiveness of physical rehabilitation programs.

Key word: kidney, transplantation, adaptation.

Актуальность исследования. Во всем мире увеличивается количество операций по трансплантации органов (Рябов С.И. и соавт., 1997; Goeree R., et al. 1995; Chugh K.S. Jha V, Chugh S. 1999). Увеличивается количество людей с терминальной хронической почечной недостаточностью (Джавадзаде М.Д., Гамидов И.М., Бабаев Ф.Г., 2007). В последние десятилетия, заместительная почечная терапия, такая как гемодиализ, перитонеальный диализ и трансплантация почки продлевают жизни многих пациентов с ТХПН (Земченков А.Ю., Герасимчук Р.П., 2003). Трансплантация почки является наиболее эффективным методом лечения терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ТХПН). Пациенты с ТХПН вынуждены находиться на диализе пожизненно или до пересадки почки. Качество жизни (КЖ) таких больных зависит как от самой болезни, и от типа заместительной

терапии. Анализ качества жизни (КЖ) определяет необходимость трансплантации у пациента, предоставляет медицинским работникам информацию о психосоциальном и физическом воздействии после трансплантации почки (С. Zoccali, F. Mallamaci, 2014). Трансплантация почки является главным методом лечения для терминальной стадии почечной недостаточности при условии выживания трансплантата, а также обеспечивает лучшее КЖ, оценка которого стала важным параметром. Для определения качества жизни в исследованиях наиболее широко используют опросник SF36..

Цель исследования. Изучить качество жизни реципиентов донорской почки на этапах медицинской реабилитации и оценить влияние терминальной хронической почечной недостаточности на качество жизни, функциональное состояние и адаптационные резервы организма, пациентов.

Материалы и методы исследования

Анализированы результаты обследования и лечения 57 пациентов (средний возраст – 35±9,65), перенёсших трансплантацию почки, имеющих нормальную функцию трансплантата, согласие участвовать в исследовании, отсутствие послеоперационных осложнений (острое отторжение трансплантата, раневая инфекция, лимфоцеле, кровотечение, тромбозы, стеноз почечной артерии, мочевого затек, обструкция мочеточника). Из них на гемодиализе находилось 43 человека и на перитонеальном диализе – 14 человек, сроки диализа составили от 2 месяцев до 5,5 лет, в среднем 2г±1,47 месяцев до операции. Причиной трансплантации почки во всех случаях являлась терминальная стадия почечной недостаточности (ТХПН) в исходе заболеваний: хронический гломерулонефрит – 65,5%, хронический пиелонефрит – 19,6% и другие причины – 14,9%, Заболевания, которые привели к ТХПН, в обеих группах были сопоставимы. Характер трансплантата: от трупного донора 34 операции, от родственного донора 23 операции.

Для анализа результатов реабилитационного лечения и качества жизни пациенты были распределены на 2 группы в зависимости от комплексов физических упражнений и характера двигательной активности. I группу составили 30 больных (13 женщин, 17 мужчин) со средним возрастом 35,6±9,9 лет (минимальный – 21, максимальный – 55),

которые проходили все три периода медицинской реабилитации с учетом персонализированного подхода к выбору пролонгированной физической реабилитации. II группа – 27 пациентов (12 женщин, 15 мужчин) со средним возрастом 34,4±9,4 лет (минимальный – 20, максимальный – 57), которым реализовывали только программу стационарных этапов медицинской реабилитации. В сравнительную III группу объединили 30 относительно здоровых человек (15 женщин, 15 мужчин) со средним возрастом 33,7±8,7 лет, ведущих обычный образ жизни, не занимающихся регулярно физической культурой и спортом. Группы были сопоставимы по возрасту, длительности нахождения на заместительной почечной терапии до операции и функции трансплантата. До операции, через 1, 3, 6 и 12 месяцев после трансплантации пациентам в обеих группах проводили тестирование: функционального состояния, адапционных резервов организма и качества жизни. Так же, для сравнения была

протестирована III группа соответствующих по возрасту здоровых 9

Результаты и обсуждение

Результаты исследования функционального состояния и адапционных резервов организма.

Произведен сравнительный анализ динамики общих резервов здоровья (ОР) и составляющих их компонентов. Составляющие шкалы оценки интегрального показателя здоровья: физические резервы (ФР), психические резервы (ПР), адапционные резервы (АР) у пациентов I и II группы до операции, через 1, 3, 6, 12 месяцев после трансплантации почки.

Между пациентами I и II группы до операции и через 1 месяц после операции значимых различий показателей физических, психических, адапционных и общих резервов здоровья не наблюдалось. Однако, по сравнению с III группой все показатели I и II группы оказались значительно меньше (табл. 1).

Таблица 1

Показатели физических резервов I и II группы до операции и через 1 мес. после операции

	I группа		II группа		III группа
	До операции	Через 1 месяц п/о	До операции	Через 1 месяц п/о	
ФР %	27,9±3,4#	18,2±3,5*#	26,5±3,7#	17,7±3,02*#	38,9±8,3
ПР %	57,9±3,9#	65,7±4,9*#	54,9±5,6#	63,3±3,3*#	82,5±9,8
АР %	58,2±3,7#	49,9±4,3*#	57,4±5,4#	47,2±7,8*#	76,5±9,9

Примечание: *p<0,05 – по сравнению с исходными показателями, #p<0,05 – по сравнению с аналогичными показателями III группы.

Через 3 месяца после операции отметили значительное увеличение показателя ФР в I группе по сравнению со II группой на 6,3% (p<0,05), а через 6 месяцев показатель ФР в I группе оставался достоверно выше на 5,4%, чем во II группе. Через 12 месяцев после операции показатель ФР в I группе увеличился (41,7±6,0) (p<0,05) на 9,6% по сравнению со II группой, что, очевидно, связано с продлением этапов физической реабилитации до 12 месяцев после операции в этой группе.

Оценивали качество жизни (физический и психический компонент) на основании опросника «SF-36 HealthStatusSurvey» (русская версия). Составляющие шкалы опросника (8 шкал оцениваемых от 0-100 баллов): физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ), интенсивность боли (ИБ), общее состояние здоровья (ОЗ), психическое здоровье (ПЗ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ),

социальное функционирование (СФ), жизненная активность (ЖА).

Произведен сравнительный анализ динамики физического (ФФ, РФФ, ИБ, ОЗ) и психического (ЖА, СФ, РЭФ, ПЗ) компонентов здоровья у пациентов I и II группы до операции, через 1, 3, 6, 12 месяцев после трансплантации почки.

При анализе показателей качества жизни пациентов I и II групп до операции и через 1 месяц после операции значимых отличий в КЖ по всем шкалам опросника не выявили (p>0,05), однако в группах I и II по сравнению с III группой, отмечено достоверное снижение физического компонента на 43,7% и психического компонента на 35,9% (табл.2). Что говорит о том, что общее состояние пациентов находящихся на гемодиализе и перитонеальном диализе значительно ограничивает их в повседневной активности и выполнении физических нагрузок.

Показатели шкал физического и психического компонента качества жизни
I и II группы до операции и через 1 мес. после операции

Шкала Ед.из. баллы	I группа		II группа		III группа
	До операции	Через 1 месяц п/о	До операции	Через 1 месяц п/о	
ФФ	64,5±5,5#	58,8±6,9*#	63,3±3,4#	57,2±7,2*#	90,7±8,3
РФФ	31,8±5,5#	19,8±8,9*#	27,8±6,7#	16,5±8,3*#	79,3±6,8
ИБ	51,4±8,5#	29,9±4,8*#	52,7±7,4#	39,8±5,4*#	77,7±4,4
ОЗ	52,5±7,6#	56,1±5,7#	53,9±6,9#	55,8±4,6#	77,6±6,4
ЖА	58,5±4,7#	60,1±7,1#	56,9±3,8#	57,8±8,6#	74,8±7,3
СФ	53,3±7,3#	48,3±7,4#	53,1±5,9#	45,8±4,7#	83,2±7,1
РЭФ	42,2±3,8#	46,7±6,7#	51,9±5,1#	43,2±8,1#	81,6±4,7
ПЗ	57,2±7,2#	65,2±3,9*#	43,1±8,4#	63,4±4,9*#	80,0±7,5

Через 3 мес. после операции в группе I по сравнению с группой II достоверно увеличились показатели шкал ($P<0,05$): ФФ – на 4,3%, РФФ – на 10,1%, ИБ – на 8,2%, ОЗ – на 7,5%, ЖА – на 9,8%, СФ – на 7,8%, РЭФ – на 2,5%, ПЗ – на 4,17%. Особенно заметна растущая разница в шкалах ЖА и РФФ, что подтверждает пользу физических упражнений на данном этапе реабилитации.

Через 6 месяцев после операции в группе I по сравнению с группой II увеличились: ФФ – на 4,1%, РФФ – на 16,1%, ИБ – на 19,3%, ОЗ – на 5,4%, ЖА – на 12,6%, СФ – на 10,0%, РЭФ – на 17,2%, ПЗ – на 5,9%. Следует отметить растущую разницу между группами в шкалах РФФ, ЖА, ИБ, СФ, РЭФ в пользу группы I, установленную статистически ($P<0,05$), что подтверждает пользу физических нагрузок в рамках разработанной программы.

Через 12 месяцев после операции в обеих группах по сравнению с дооперационными показателями отмечали улучшение по всем шкалам опросника. Однако в группе I показатели КЖ оказались выше, чем в группе II: ФФ – на 16,2%, РФФ – на 26,5%, ИБ – на 19,9%, ОЗ – на 10,2%, ЖА – на 17,1%, СФ – на 19,1%, РЭФ – на 17,1%, ПЗ – на 10,8% ($P<0,05$), что обусловлено внедрением организованной программы физической реабилитации в этой группе. КЖ пациентов группы II во все сроки послеоперационного периода значительно уступает таковому здоровых людей контрольной группы, а качество жизни пациентов группы I в соответствующие сроки незначительно уступает контрольной группе и даже через год после операции в шкалах ИБ и ЖА превышает на 5 и 8% соответственно, что мы связываем с субъективным ощущением пациентов значительного повышения своих физических возможностей после операции.

Выводы

1. Для больных с терминальной почечной недостаточностью характерно снижение качества жизни, как его психологического на 35,9%, так и физического компонентов на 43,7%, а также выраженное нарушение функционального состояния и адаптационных резервов организма по сравнению с относительно здоровыми людьми.

2. Патогенетически обоснованным комплексом реабилитационных мероприятий у пациентов после трансплантации почки является разработанная оригинальная пролонгированная программа физической реабилитации, с учетом оценки функционального состояния и адаптационных резервов организма.

Литература:

1. Джавад-заде М.Д., Гамидов И.М., Бабаев Ф.Г. -Хроническая почечная недостаточность. Баку.- 2007.- 176 с.
2. Земченков А.Ю., Герасимчук Р.П. Адекватность гемодиализа. Обновление рекомендаций. // Нефрология и диализ - 2003. - №1. - Т5. - С. 42 -46
3. Рябов С. И., Ставская В.В., Чистова Б.А., Кравченко Н.П. Изменение частоты и особенностей почечной недостаточности в Санкт-Петербурге в последние годы. // Нефрология. - 1997. - № 3. - С. 70 - 76.
3. C.Zoccali, F.Mallamaci. - Cardiovascular protection by blockade in hypertensive hemodialysis patients. - Nephrol. Dial. Trans.2014, v 29. № 3, p 672 -681.
4. ChughKS .Jha V, Chugh S Economics of dialysis and renaltransplantation in the developing world//Transplant Proc - 1999 –Vol.- 31,№8 -P 3275-3277
5. Goeree R., Manalich J., Grootendorst P. et al. Cost analysis of dialysistreatments for end-stage renal disease (ESRD).// Clin. Invest. Med. -1995. -Vol. 18.-№6. -P. 455-464

Рецензент: к.м.н., доцент Сыдыков А.С.