

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Елена Валерьевна ГАЛКИНА¹, Александр Юрьевич БЫКОВ¹,
Галина Александровна ДЮБАНОВА¹, Никита Львович ТОВ²,
Наталья Николаевна ПИКАЛОВА², Елена Анатольевна МОВЧАН²

¹ ГБУЗ НСО Государственная Новосибирская областная клиническая больница
630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 130

² ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России
630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52

Результаты диспансерного наблюдения реципиентов почечного трансплантата в Новосибирском областном нефрологическом центре за 2001–2013 гг. изучены у 201 пациента. Рассчитаны выживаемость пациентов, выживаемость трансплантата и показатели связанного со здоровьем качества жизни по опроснику SF-36. Пятилетняя выживаемость пациентов была на уровне среднего российского показателя (93,5 %), пятилетняя выживаемость трансплантата превышала средний российский показатель (89,5 %). Эффективность диспансеризации реципиентов почечного трансплантата в Новосибирском областном нефрологическом центре подтверждается данными о качестве жизни пациентов.

Ключевые слова: терминальная почечная недостаточность, аллотрансплантация почки, выживаемость почечного аллотрансплантата, выживаемость реципиентов почечного трансплантата, качество жизни реципиентов почечного трансплантата.

Данные мировой статистики свидетельствуют, что ежегодное увеличение числа больных с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) в пять раз превышает темпы роста населения мира. Такому интенсивному росту способствуют глобальное старение населения, распространенность сахарного диабета и артериальной гипертензии, а также повышение продолжительности жизни больных с ТПН при использовании различных видов заместительной почечной терапии [2]. Аллотрансплантация почки (АТП) обеспечивает лучшую долговременную выживаемость пациентов с ТПН при наиболее низких совокупных затратах на лечение по сравнению с диализными методами и признана одним из главных достижений современной медицины [1, 4]. В то же время отдаленные результаты лечения в различных центрах существенно различаются.

До настоящего времени эффективность диспансерного наблюдения реципиентов почечного трансплантата (РПТ) в нефрологических центрах Сибирского региона не изучалась.

Наряду с объективными показателями здоровья, все большую актуальность приобретает субъективная оценка качества жизни (КЖ) реципиентами почечного трансплантата. Качество жизни отражает не только соматическое состояние и эффективность лечения пациентов, но является также предиктором долгосрочной выживаемости и отторжения трансплантата независимо от клинических и социально-демографических факторов риска [8]. Работы, характеризующие КЖ российской популяции больных после АТП, единичны [3, 6].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности диспансерного наблюдения

Галкина Е.В. – зав. отделением нефрологии, главный нефролог Новосибирской области,
e-mail: galkina@oblmed.nsk.ru

Быков А.Ю. – зав. отделением по пересадке органов, главный трансплантолог Новосибирской области,
e-mail: Aklbykov@yandex.ru

Дюбанова Г.А. – к.м.н., врач-нефролог, e-mail: dugali@ngs.ru

Тов Н.Л. – д.м.н., проф., зав. кафедрой внутренних болезней, e-mail: nikita.tov@gmail.com

Пикалова Н.Н. – аспирант кафедры внутренних болезней, e-mail: picnata@mail.ru

Мовчан Е.А. – д.м.н., проф. кафедры внутренних болезней, e-mail: eamovchan@gmail.com

РПТ в Новосибирской области с учетом выживаемости пациентов и почечного трансплантата, а также качества жизни, связанного со здоровьем.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены данные о 201 РПТ, находившихся на диспансерном наблюдении в Областном нефрологическом центре на базе ГБУЗ НСО Государственная Новосибирская областная клиническая больница на 31.12.2013. Диспансеризация проводилась по общепринятому стандарту медицинской помощи больным с трансплантированными органами и (или) тканями (приказ Минздравсоцразвития РФ № 702 от 14.11.2007). РПТ получали современную иммуносупрессивную терапию, в большинстве случаев (82 % пациентов) по трехкомпонентной схеме, включающей ингибиторы кальциневрина (циклоsporин, такролимус), микофенолаты (микофеноловая кислота, микофенолата мофетил) и глюкокортикостероиды.

В процессе наблюдения у 44 РПТ диагностирована утрата функции трансплантата и осуществлен возврат на гемодиализ (в последующем 11 из них была выполнена повторная пересадка почки), 12 больных умерли от разных причин, трое сменили место жительства. Возраст пациентов колебался от 15 до 68 лет (в том числе от 15 до 18 лет – 3,6 %, 19–44 лет – 74,1 %, 45–64 лет – 21,8 % и 65–68 лет – 0,5 %). Мужчин было 133 человека (66,2 %), женщин – 68 (33,8 %). Жителями города являлись 66 % наблюдающихся, 34 % проживали в районах области. 88 % РПТ были прооперированы в ГБУЗ НСО Государственная Новосибирская областная клиническая больница и 12 % – в других трансплантационных центрах РФ (в том числе в Новосибирском НИИ патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина МЗ России) и за границей (Германия, Казахстан, Китай, Израиль). 14 реципиентов (7 %) получили трансплантат от живого родственного донора. После повторных АТП наблюдалось 11 человек (5,5 %). 16 пациентам (8 %) была выполнена додиализная АТП.

Для расчета 5-летней выживаемости РПТ и выживаемости трансплантата использовали метод Каплана – Мейера. Учитывали прошедшее время в месяцах, начиная с 3-го месяца от АТП до наступления критического события (соответственно смерть пациента или утрата функции трансплантата с возвратом на программный диализ).

Из общей группы по критериям включения/исключения были отобраны 86 РПТ (основная группа) и 76 гемодиализных пациентов (группа сравнения). Критериями включения явились под-

писанное информированное согласие, возраст от 18 до 59 лет, наличие ТПН, длительность заместительной почечной терапии методом трансплантации почки или программного гемодиализа не менее 6 месяцев, критериями исключения – злокачественные новообразования IV степени, патологические переломы, ограничивающие самообслуживание, психические заболевания, госпитализация в круглосуточный стационар на момент исследования, осложненный сосудистый доступ (в том числе сосудистый протез) у гемодиализных пациентов. Больные на гемодиализе были сопоставимы по полу и возрасту с основной группой. В обеих группах проведено одномоментное анкетирование с использованием русскоязычной версии опросника «The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey» (SF-36). Для оценки качества жизни, связанного со здоровьем, 36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование, т. е. способность выдерживать физические нагрузки (ФФ); ролевое физическое функционирование, отражающее влияние физического состояния на повседневную деятельность (РФФ); интенсивность боли и ее влияние на повседневную деятельность (Б); общее состояние здоровья (ОЗ); общая активность, витальность (энергичность) (Э); социальное функционирование (СФ); ролевое эмоциональное функционирование, характеризующее влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность (РЭФ); психическое здоровье (ПЗ). На основе полученных данных рассчитывались интегральные параметры физического компонента здоровья (ФКЗ) и психического компонента здоровья (ПКЗ) [5]. У 8 пациенток с ТПН оценка КЖ выполнена на этапе диализного лечения и через 6–16 мес. после АТП.

При выполнении статистической обработки результатов рассчитывали среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (σ). Достоверность различий между двумя группами оценивали с помощью t -критерия Стьюдента и теста Манна – Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Развитие службы трансплантации органов и тканей на территории Новосибирской области обеспечивало ежегодный прирост числа РПТ, требующих долгосрочного наблюдения и лечения. В итоге, если в 2001 г. на диспансерном учете находилось 27 человек, то в 2013 г. – 201 пациент. Таким образом, за последние 13 лет обеспеченность жителей Новосибирской области функционирующим почечным аллотрансплан-

Таблица 1

Распределение пациентов с функционирующим почечным трансплантатом по срокам наблюдения ($n = 201$)

Срок наблюдения, лет	Количество пациентов с функционирующим почечным трансплантатом	
	n	%
Менее 1	20	9,9
1–2	26	12,9
2–3	31	15,4
3–5	67	33,4
5–10	37	18,5
Более 10	20	9,9
Всего	201	100

татом увеличилась с 1,1 до 72,2 на 1 млн населения. Это практически в 2 раза превышает уровень обеспеченности в среднем по России – 41,5 на 1 млн населения [1]. На момент проведения исследования диспансерная группа РПТ Новосибирской области была представлена пациентами с различными сроками функционирования почечного трансплантата (табл. 1). У значительного числа больных (67 пациентов, 33,4 %) срок наблюдения после пересадки почки составил от 3 до 5 лет. Расчет пятилетней выживаемости реципиентов почечного трансплантата показал, что данный показатель в Новосибирской области соответствует среднему по Российской Федерации (соответственно 93,5 и 93,9 %, $p > 0,05$) [1].

За период наблюдения умерло 12 реципиентов трупного трансплантата. Структура летальности РПТ в Новосибирской области не отличается от таковой в Российской Федерации. Основной причиной смерти, прежде всего в первый год после пересадки почки, явились тяжелые инфекционные осложнения (восемь человек, из них четыре случая вирусно-бактериальных пневмоний). У двоих РПТ смерть наступила от фатальных сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда и нарушения ритма). У одного больного летальный исход последовал в результате уремии и отказа пациента вернуться на гемодиализ и в одном случае причиной смерти явился цирроз печени с профузным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода. Превалирование инфекций и сердечно-сосудистых заболеваний характеризует летальность реципиентов почечного трансплантата не только у нас в стране, но и в мире [2, 4, 8].

Пятилетняя выживаемость почечного аллотрансплантата в Новосибирской области дости-

Таблица 2

Причины утраты функции почечного аллотрансплантата ($n = 44$)

Причина утраты функции АТП	Число пациентов	
	n	%
Острый криз отторжения	2	4,6
Хроническое отторжение	12	27,3
Хроническая трансплантационная нефропатия	8	18,2
Хронический гломерулонефрит (возвратный и <i>de novo</i>)	7	15,9
Тромботическая микроангиопатия	4	9,1
Первичный оксалоз	3	6,8
Острый пиелонефрит	1	2,2
ВКВ-нефропатия	4	9,1
Неуточненная	3	6,8
Всего	44	100

гает 89,5 %. В среднем по Российской Федерации этот показатель несколько ниже и равняется 82,9 % [1].

Самой частой причиной утраты функции почечного аллотрансплантата (у 27,3 % больных) являлось хроническое отторжение (табл. 2). Основную роль в прекращении функции пересаженной почки играли хроническая трансплантационная нефропатия и гломерулонефриты трансплантата (соответственно 18,2 и 15,9 % пациентов). Обращает на себя внимание наличие в структуре причин гибели трансплантата почки таких трудных для диагностики и лечения заболеваний, как тромботическая микроангиопатия и ВКВ-нефропатия (по 9,1 %). Аналогичные причины развития почечной недостаточности трансплантата отмечали и другие авторы [7].

Результаты анкетирования группы респондентов – реципиентов почечного аллотрансплантата – и сопоставление полученных данных с уровнем качества жизни пациентов, получающих программный гемодиализ в условиях Областного диализного центра, обобщены в табл. 3. Реципиенты почечного аллотрансплантата давали более высокую, превышающую в среднем 50 баллов, оценку своему здоровью по всем шкалам опросника SF-36. Значимые различия между основной группой и группой сравнения касались выраженности болевого синдрома и его влияния на повседневную деятельность по шкале общего здоровья, характеризующей «здоровье в целом», а также энергичности и социального функционирования, т.е. оценке ограничений, накладываемых болезнью и методом лечения на социальную жизнь пациента. Наблюдение за восемью пациентами

Таблица 3

Показатели КЖ реципиентов почечного трансплантата в сравнении с пациентами на ПГД ($M \pm \sigma$)

Показатель шкалы опросника SF-36, баллы	Группа больных		
	РПТ ($n = 86$)	ПГД ($n = 76$)	p
ФФ	74,5 ± 19,9	69,3 ± 21,3	0,115
РФФ	48,8 ± 40,0	48,7 ± 41,8	0,971
Б	76,8 ± 24,1	58,0 ± 25,7	0,001
ОЗ	56,1 ± 18,2	47,5 ± 17,4	0,001
Э	65,8 ± 15,9	56,6 ± 20,4	0,002
СФ	77,1 ± 20,9	68,4 ± 24,2	0,024
РЭФ	68,2 ± 38,9	64,9 ± 41,8	0,717
ПЗ	67,6 ± 14,6	66,5 ± 16,0	0,499
ФКЗ	48,4 ± 8,0	46,5 ± 7,6	0,126
ПКЗ	48,4 ± 9,0	46,9 ± 9,4	0,217

на этапе диализного лечения и через 6–16 мес. после пересадки почки подтвердило обнаруженную закономерность и показало, что улучшение качества жизни наступает уже в ранние сроки после операции. Достоверно и объяснимо по сравнению с периодом диализной терапии повышаются оценки по физическим шкалам: боли (с $55,6 \pm 18,1$ до $86,1 \pm 17,7$ балла, $p = 0,012$) и общего здоровья (с $48,9 \pm 9,4$ до $72,1 \pm 10,4$ балла, $p = 0,012$). Безусловно, это связано со значительными позитивными изменениями в объективных параметрах здоровья у больных ТПН после АТП. Важно, что на обратную тесную связь качества жизни с исходами АТП указывают результаты проспективных многолетних исследований [7, 8].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на территории Новосибирской области сложилась целостная система оказания помощи больным ТПН, включающая аллотрансплантацию донорской почки и последующее диспансерное наблюдение реципиентов. Результативность проводимой работы подтверждается данными о выживаемости реципиентов и выживаемости почечных аллотрансплантатов,

которые являются одними из самых высоких в Российской Федерации.

Наряду с указанными объективными показателями, оценка качества жизни, даваемая пациентами с пересаженной почкой в ходе диспансерного наблюдения и лечения в Областном нефрологическом центре, подтверждает адекватность, высокий уровень и эффективность комплекса проводимых организационных и лечебно-диагностических мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А. Заместительная терапия больных с хронической почечной недостаточностью методами перитонеального диализа и трансплантации почки в Российской Федерации в 1998–2011 г. // Нефрология и диализ. 2014. 16. (2). 208–223.
2. Гарсия Г.Г., Харден П., Чапман Д. Глобальная роль пересадки почки // Нефрология и диализ. 2011. 13. (4). 382–387.
3. Гендлин Г.Е., Тронина О.А., Сторожаков Г.И. и др. Исследование качества жизни пациентов, получающих заместительную почечную терапию гемодиализом и после АТП, с помощью универсального опросника SF-36 // Нефрология и диализ. 2005. 7. (3). 284–285.
4. Готье С.В., Мойсюк Я.Г., Хомяков С.Н., Ибрагимова О.С. Органное донорство и трансплантация в Российской Федерации в 2011 г. VI сообщение регистра Российского трансплантологического общества // Вестн. трансплантологии и искусственных органов. 2012. 3. 6–18.
5. Новик А.А., Матвеев Т.И., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине // Клиническая медицина. 2000. (2). 10–13.
6. Петров Н.Н. Концепция качества жизни у больных на заместительной почечной терапии // Нефрология и диализ. 2002. 4. (1). 9–14.
7. Griva K., Davenport A., Newman S.P. Health-related quality of life and long-term survival and graft failure in kidney transplantation: a 12-year follow-up study // Transplantation 2013. 95. (5). 740–774.
8. Monlar-Varga M., Monlar M. Z., Szeifert L. et al. Health-related quality of life and clinical outcomes in kidney transplant recipients // Am. J. Kidney Dis. 2011. 58. (3). 444–452.

EFFICIENCY OF CLINICAL OBSERVATION OF RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS IN THE NOVOSIBIRSK REGION

Elena Valeryevna GALKINA¹, Aleksandr Yuryevich BYKOV¹,
Galina Aleksandrovna DYUBANOVA¹, Nikita Lyvovich TOV²,
Natalia Nikolaevna PIKALOVA², Elena Anatolyevna MOVCHAN²

¹ State Novosibirsk Regional Clinical Hospita
630087, Novosibirsk, Nemirovich-Danchenko str., 130

² Novosibirsk State Medical University
630091, Novosibirsk, Krasniy av., 52

The result of clinical observation of renal transplant recipients in the Novosibirsk Regional Nephrology Center for 2001–2013 was studied in 201 patients. The patient survival, allograft survival and indicators of health-related quality of life questionnaire SF-36 have been evaluated. Five-year survival of renal transplant recipients was at the level of average Russian rate (93.5 %). Five-year allograft survival exceeded the national average rate (89.5 %). The efficiency of clinical observation of renal transplant recipients in the Novosibirsk Regional Nephrology Center is supported by the data on the quality of life of patients.

Key words: chronic renal failure, end-stage kidney (renal) disease, kidney allograft, survival of renal allograft, survival of kidney transplant recipients, the quality of life of renal transplant recipients.

Galkina E.V. – head department of nephrology, chief nephrologist of Novosibirsk Region,
e-mail: galkina@oblmed.nsk.ru

Bykov A.Yu. – head of department of organ transplant, chief transplantologist of Novosibirsk Region,
e-mail: Aklbykov@yandex.ru

Dyubanova G.A. – candidate of medical sciences, nephrologist, e-mail: dugali@ngs.ru

Tov N.L. – doctor of medical sciences, professor, head of the department of internal medicine,
e-mail: nikita.tov@gmail.com

Pikalova N.N. – postgraduate student of the department of internal medicine, e-mail: picnata@mail.ru

Movchan E.A. – doctor of medical sciences, professor of the department of internal medicine,
e-mail: eamovchan@gmail.com