

УДК 616.61-089.843

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧКИ В РЕГИОНЕ

М.И. Хасанова, к. м. н., доцент, **Р.Х. Галеев**, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой, заведующий отделением пересадки почки РКБ МЗ РТ, г. Казань, **Ш.Р. Галеев**, к. м. н., ассистент, кафедра урологии и нефрологии, ГОУ ВПО «Казанская государственная медицинская академия», **Д.А. Назаров**, заведующий отделением гемодиализа БСМП, г. Набережные Челны

В статье рассматриваются особенности динамического наблюдения реципиентов почки в регионе на примере Республики Татарстан. Проанализированы результаты регулярных обследований 162 пациентов, перенесших пересадку почки, актуальная 5-летняя выживаемость больных составила 66,4%, 5-летняя выживаемость трансплантата – 65,1%, что сопоставимо с результатами других центров трансплантации. Проанализированы частота и характер осложнений, развивающихся у реципиентов, применяемые методы профилактики этих осложнений.

Ключевые слова: трансплантация почки, реципиент, динамическое наблюдение.

The features of dynamic observation of kidney's receipts in the region by the example of Republic of Tatarstan are discovered in the article. The results of regular examination of 162 patients, having been transplanted kidney, have been analyzed: 5-years actuarial probability of survival of patients is 66,4%, 5-years probability of survival of transplant is 65,1%, these data are comparable with the results of other centers of transplantation. The frequency and character of complications being developed with recipients, using methods of its prophylaxis have been analyzed.

Key words: kidney's transplantation, recipient, dynamic observation.

В Российской Федерации трансплантация органов большинству больных проводится в столичных медицинских центрах, где многие из реципиентов продолжают наблюдаться и далее в посттрансплантационном периоде. Однако отдаленность места проживания больного от столицы часто ограничивает регулярность наблюдения реципиента в связи с временными, экономическими проблемами, тяжестью его состояния. Для доступности и своевременности целесообразно специализированную помощь максимально приблизить к району их проживания. Такая модель существует в Республике Татарстан. Все реципиенты донорских органов старше 18 лет находятся на учете отделения пересадки почки РКБ МЗ РТ. Согласно приказу № 66-п Министерства здравоохранения Республики Татарстан их наблюдение обеспечивается в двух пунктах – амбулаторном кабинете отделения пересадки почки РКБ МЗ РТ (Приволжский регион) и отделении гемодиализа БСМП г. Набережные Челны (Закамский регион). В обоих центрах наблюдение обеспечивают специалисты, имеющие опыт ведения больных в посттрансплантационном периоде. Максимальная отдаленность специализированной медицинской помощи – не более 150 км. Амбулаторный прием больных обеспечивается пять дней в неделю. При развитии осложнений посттрансплантационного периода госпитализация больных проводится в отделение пересадки почки РКБ МЗ РТ, как по направлению врачей амбулаторного приема, так и по самообращению, круглосуточно.

За 15 лет существования центра трансплантации органов в республике под его наблюдением находились 162 больных с пересаженной почкой, из них 47 реципиентов донорской родственной почки. Возраст – от 18 до 72 лет, средний возраст 35,4±10,2 лет. Среди них мужчин – 107 человек, женщин – 55.

Больные являлись представителями 23 районов Республики Татарстан. Пересадка почки была осуществлена 98 больным специалистами отделения пересадки почки РКБ МЗ РТ в стационарах республики (РКБ МЗ РТ г. Казань, БСМП г. Набережные Челны, ЦРБ г. Бугульма), 60 больным – в центрах пересадки органов г. Москвы, 3 – в г. Санкт-Петербург, 1 – в Израиле.

В стандарт обследования входили оценка жалоб и клинического статуса больных, оценка функции пересаженного органа, контроль иммуносупрессивной терапии. С этой целью больным мы ежемесячно проводили общеклинические и биохимические исследования крови, мочи, ультразвуковые исследования трансплантата (рис. 1).

Определение концентрации циклоспорина А проводили по двум точкам параллельно (C0 и C2). При относительно небольшом количестве исследований это позволяло осуществить более точную коррекцию дозы препарата.

Для диагностики осложнений посттрансплантационного периода по показаниям проводились иммунологические, бактериологические, лучевые методы обследования, консультации смежных специалистов. В отдельных случаях по показаниям проводилась биопсия трансплантата.

Благодаря совместным усилиям специалистов всех звеньев, обеспечению динамического наблюдения реципиентов по месту жительства в регионе, актуальная выживаемость больных после пересадки почки в первый год у нас составила 98,3%, в течение 3 лет – 86,5%, в течение пяти лет – 66,4% (рис. 1). Выживаемость трансплантатов почки составила в первый год после пересадки 95%, в течение 3 лет – 76,6%, в течение 5 лет – 65,1% (рис. 2). 10-летнюю выживаемость представить в настоящий момент мы не можем, так как из-за малой выборки

расчетные показатели не достоверны. Тем не менее у нас есть свои должностители, у которых почка функционирует уже более 10 лет. Они составляют 9%. Максимальный срок функционирования трансплантата с его полностью сохранной функцией на сегодняшний день – 22 года. Полученные показатели сопоставимы с результатами других центров трансплантации почки.

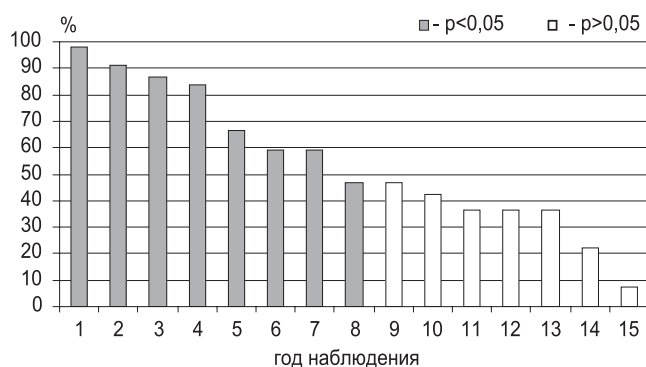


Рис. 1. Актуаральная выживаемость больных после пересадки почки.

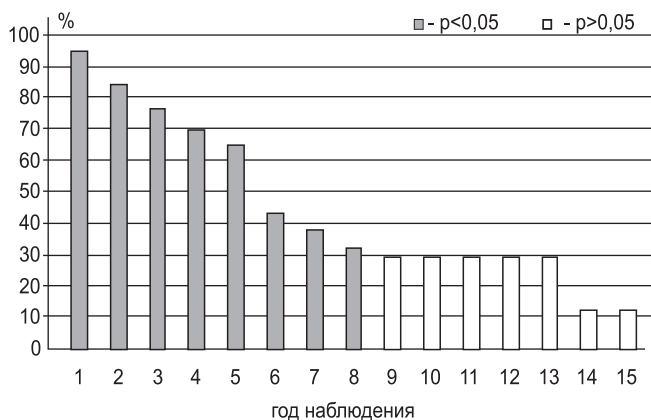


Рис. 2. Актуаральная выживаемость трансплантатов почки.

По данным многолетних наблюдений можно отметить, что самое частое осложнение, развивающееся у больных в посттрансплантационном периоде – это хроническая трансплантационная нефропатия, которая постепенно приводит к утрате функции трансплантата. По клиничко – лабораторным данным она наблюдалась в 71% случаев, развиваясь с различной скоростью, неуклонно приводила к угасанию функции трансплантата.

Благодаря внедрению в практику препаратов микрофеноловой кислоты (селлсепт, майфортик), антилимфоцитарных антител (симулект, зенапакс, атгам), частота ранних острых отторжений трансплантатов в последние годы резко снизилась и встречается чаще всего в субклинической форме не более чем у 5% больных. Однако в прежние годы нами наблюдались эпизоды тяжелых необратимых кризов отторжений трансплантата, когда с целью сохранения жизни больных трансплантат удаляли, переводя больного на гемодиализ (у 5,7%).

Инфекционные осложнения типичны для больных, получающих иммуносупрессивную терапию. Однако тяжелые инфекционные осложнения, такие как ЦМВ-инфекция, гепатит, сепсис, туберкулез, приведшие к летальному исходу у нас встре-

чались нечасто (за все годы менее чем у 6% больных). Этому способствует включение в протокол послеоперационного ведения больных широкой противомикробной терапии, включающей в себя противовирусные, противогрибковые, антибактериальные средства.

Молниеносное течение цитомегаловирусной инфекции с летальным исходом у 4 больных (2,6%) наблюдалось нами в период отсутствия специфических противовирусных препаратов.

Носительство вирусов гепатита В и/или С нами отмечалось у большинства больных, получавших ранее диализную терапию. Однако хронический вирусный гепатит наблюдался лишь у 14 больных (9%), проявлялся он минимальной активностью (повышение уровня ферментов цитолиза). У 3 больных (5,3%) развился цирроз печени, приведший к летальному исходу через 7–11 лет после трансплантации почки.

Отдельно нужно сказать о туберкулезе. За все годы у нас наблюдались пятеро больных, перенесших туберкулез. У 4 больных неактивная форма туберкулеза (клиническое излечение) была диагностирована до трансплантации. И больным параллельно с иммуносупрессивной терапией была рекомендована специфическая противотуберкулезная профилактика изониазидом. Из них у одного наблюдаемого нами больного развился инфильтративный туберкулез легких, в связи с чем пришлось удалять трансплантат с целью отмены средств иммуносупрессивной терапии.

Осложнения хронической почечной недостаточности сказываются и в посттрансплантационный период при нормальной функции трансплантата. Как правило, у большинства больных уже имеется сердечно-сосудистая патология (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая цереброваскулярная недостаточность) в связи с чем все больные получают симптоматическую и патогенетическую терапию.

Одна из основных проблем, с которой мы столкнулись, – это развитие и усугубление костной патологии в посттрансплантационном периоде. В связи с этим всем реципиентам почки в динамике проводится денситометрия костей, определение паратгормона, коррекция фосфорно-кальциевого обмена. Тем не менее, нами наблюдались 4 больных с асептическим некрозом головок бедренной кости. Всем им успешно выполнены операции эндопротезирования головок бедренной кости.

Часто наблюдалась патология желудочно-кишечного тракта – это хронические гастродуодениты (практически у всех), гепатиты В и С. Инфицирование вирусами гепатита наблюдалось у больных, пришедших на пересадку через этап гемодиализа. У большинства больных наблюдалось вирусоносительство HBV, HCV. И лишь у отдельных больных наблюдались вирусные гепатиты с минимальной активностью в течение многих лет с исходом в цирроз печени (у 3%) через 7–15 лет после пересадки почки.

Онкологические заболевания по нашим данным в отдаленные сроки наблюдались не чаще, чем в общей популяции (опухоль желудка – 1 и яичка – 1).



Трансплантология

Посттрансплантационный сахарный диабет наблюдался нами не более чем в 9% случаев, протекал в легкой форме, и лишь у одного пациента потребовал заместительной терапии инсулином.

С целью профилактики возможных типичных осложнений большинство реципиентов почки получали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в нефропротективных дозах, препараты активной формы витамина Д₃.

Мы не ограничивались только оказанием лечебно-

консультативной помощи реципиентам почки. Поскольку многие больные живут в отдаленных районах, малых селениях республики, на базе отделения проводились семинары для участковых врачей, посвященные вопросам ведения больных с трансплантированными органами. Кроме того, мы проводим обучающие школы–семинары и для реципиентов почки («Жизнь как бесценный дар»). Все это позволило обеспечить своевременность и доступность медицинской помощи нашим больным.

