

ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՍԵՐԳԵՅ ԱՐԱՅԻ ԲԱՐԼՈՅԱՆ

ԵՐԻԿԱՄԻ ՓՈԽՊԱՏՎԱՍՏՄԱՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՀԻՎԱՆ ԴՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԸ

բժշկական գիտությունների թեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության
ԺԴ.00.21 - «Ուրոլոգիա»
մասնագիտությամբ

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ - 2021

ԵՐԵՎԱՆԻ ԳՈՍԱԴՐԱՏՎԵՆՆԱԿԱՆ ՄԵԴԻՑԻՆՍԿԻ ԻՆՍՏԻԹՅՈՒՆ
ԻՄ. Մ. ԳԵՐԱՑԻ

БАБЛОЯН СЕРГЕЙ АРАЕВИЧ

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ
И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.00.21 – “Урология”

Ереван - 2021

Ատենախոսության թեման հաստատվել է ԵՊԲՀ գիտակորորդինացիոն խորհրդի 2015թ. դեկտեմբերի 25-ի թիվ 8 նիստում:

Գիտական ղեկավար՝

բ.գ.դ. Ա.Ա. Սարգսյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝

բ.գ.դ. Ս.Վ. Ֆանարջյան

բ.գ.դ. Հ.Ա. Բարսեղյան

Առաջատար կազմակերպություն՝

«Միքայելյան վիրաբուժության
ինստիտուտ» ՓԲԸ

Ատենախոսության պաշտպանությունը կայանալու է 2021թ. դեկտեմբերի 17-ին ժամը 15³⁰-ին Մ. Հերացու անվան ԵՊԲՀ գործող ՀՀ ԲՈՀ-ի 027 «Վիրաբուժություն» մասնագիտական խորհրդի նիստում (հասցեն՝ ՀՀ, 0025, ք. Երևան, Կորյունի փող. 2):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ-ի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2021թ. նոյեմբերի 8-ին:

Մասնագիտական խորհրդի
գիտական քարտուղար՝



բ.գ.դ. Ի.Է. Մալխասյան

Тема диссертации утверждена на заседании научно-координационного совета ЕРГМУ им. М.Гераци 25 декабря 2015г. /протокол № 8/

Научный руководитель:

д.м.н. А.А. Саркисян

Официальные оппоненты:

д.м.н. С.В. Фанарджян

д.м.н. А.А. Барсегян

Ведущая организация:

ЗАО «Институт хирургии
Микаелян»

Защита диссертации состоится 17 декабря 2021г. в 15³⁰ часов на заседании специализированного диссертационного совета ВАК 027 “Хирургия” при ЕГМУ им. М. Гераци по адресу: (РА, 0025, г. Ереван, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ им. М. Гераци

Автореферат разослан 8 ноября 2021 г.

Ученый секретарь
специализированного совета



д.м.н. И.Э. Малхасян

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Число больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (тХПН) непрерывно растет во всем мире, тем самым возводя хроническую болезнь почек (ХБП) в ранг актуальнейшей мировой проблемы здравоохранения. Так, в конце прошлого столетия диализную терапию получали в мире более миллиона человек [Moeller S. et al., 2002]. Наиболее эффективным во всех отношениях вариантом заместительной почечной терапии (ЗПТ) является трансплантация почки (ТП), способная привести к полной медицинской и социальной реабилитации, увеличить как продолжительность, так и качество жизни (КЖ) пациентов. Помимо этого, ТП является наименее затратным вариантом ЗПТ, что немаловажно, особенно в странах с ограниченными ресурсами.

В идеале используются почки от трупных доноров, доступность которых весьма ограничена. Существенный разрыв между числом трупных донорских почек и непрерывно опережающим ростом числа пациентов с тХПН привел к экспоненциальному росту числа реципиентов, ожидающих ТП во всем мире [Global Observatory on Donation and Transplantation]. Развитие прижизненного органного донорства явилось вынужденной мерой против принимающего катастрофический масштаб разрыва между потребностью в ТП и возможностью ее осуществления [Порчхидзе З.А., 2008]. Наблюдается тенденция к непрерывному росту прижизненного донорства во всем мире, которая дает возможность частично решить проблему дефицита органов и одновременно обеспечить более благоприятные ближайшие и отдаленные результаты [Danovitch G.M., 2005; Delmonico F.L. et al., 2007].

Мировые тенденции не обошли и нашу страну, которая существенно отставала в развитии трансплантологии. На фоне сотен тысяч научных работ, посвященных ТП, проблема в отечественной научно-медицинской литературе освещена крайне недостаточно. Так, при обзоре электронной базы данных “Армянская медицина” [Հայկական բժշկություն, www.medlib.am] нами выявлено всего несколько публикаций [Ուկաճյան Մ.Մ. և ևրրիշ., 2012; Баблян А.С. и др., 2008; Восканян М. и др., 2012; Восканян М.М. и др., 2012; Костина Э.Л. и др., 1988; Нерсисян В.М. и др., 2004; Voskanyan M. Et al., 2012]. Различные вопросы, связанные с техникой проведения, показаниями и противопоказаниями, ранними и поздними хирургическими осложнениями ТП, будучи в центре внимания многочисленных исследователей, вообще не разработаны в Армении. Несмотря на достаточно высокие показатели выживаемости почек от живых родственных доноров, сохраняется определенная доля ранних потерь трансплантата, не связанных с иммунологическими причинами [Восканян М.М. и др., 2012]. Меры их предупреждения и лечения, на наш взгляд достойны тщательного изучения.

Конечной целью любого медицинского вмешательства при хронических заболеваниях, является улучшение качества жизни (КЖ) пациентов. Эта проблема приобретает нарастающую актуальность в отношении больных с тХПН в силу формирования новой, “искусственной” формы жизни, характеризующейся зависимостью от аппарата “искусственная почка”, ограничением свободы передвижения и времени, необходимостью в строгой диете, дефицитом общения, изменением внешности и др. [Васильева И.А., 2010; Niu S.F. et al., 2005; Perlman R.L. et al., 2005; Valderrabano F. Et al., 2001; Feichtenberger K., 1992]. Несмотря на достаточное число публикаций по этой теме, многие вопросы остаются нерешенными и противоречивыми. Одним из основных из них является прогнозирование КЖ пациентов после ТП

[Васильева И.А., 2010; Горин А.А. и др., 2001; Ткалич Л.М. и др., 2006; Fukuhara S., et al., 2003; Kimmel P.L. et al., 2006; Mapes D.L. et al., 2004; Morsch C.M. et al., 2006]. Как влияет ТП на КЖ пациентов в целом? Каким образом меняются эмоциональный статус и самооценка? Полностью ли оправданы их ожидания, связанные с ТП? Эти и многие вопросы требуют тщательного изучения. Несколько армянских публикаций о КЖ больных с тХПН, касаются исключительно пациентов на лечении программным ГД [Барсебян В.Р., 2013].

Несмотря на то, что многолетний мировой опыт ТП от ЖД насчитывает сотни тысяч наблюдений, многие вопросы, связанные с использованием данного направления в Армении, остаются нерешенными. Нуждаются в совершенствовании методы хирургической техники и профилактики возможных осложнений. Не проведена оценка ближайших и отдаленных результатов ТП с учетом КЖ больных.

Все сказанное определило выбор цели настоящего исследования.

Цель исследования

Оценка результатов программы трансплантации почки от живых доноров в Армении с учетом особенностей хирургической тактики, а также качества жизни реципиентов.

Задачи:

1. Изучить структуру и частоту ранних и поздних послеоперационных осложнений у реципиентов после трансплантации почки;
2. Определить роль сопутствующих патологических состояний (конфаундеров) в развитии хирургических осложнений, а также влияние хирургических осложнений на частоту потери трансплантата и возможность летального исхода;
3. Оценить качество жизни реципиентов почечного трансплантата в сравнении с таковым у пациентов на программном гемодиализе, изучить факторы, влияющие на качество жизни после трансплантации почки;
4. На основе собственного опыта представить особенности и соответствующие хирургические решения при пересадке почки от живых доноров при наличии различных анатомических особенностей, а также в случае развития осложнений по ходу операции, либо после операции.

Научная новизна

Впервые проанализирован отечественный почти 20-летний опыт трансплантации почки от живых родственных доноров с направленностью, в первую очередь на хирургические аспекты и КЖ реципиентов. Дана оценка и представлены непосредственные и отдаленные последствия интра- и послеоперационных хирургических осложнений, их влияние на выживаемость пациентов и почечного трансплантата. Исследована роль сопутствующих патологических состояний (конфаундеров) на частоту развития хирургических осложнений и ее последствия.

Впервые исследовано КЖ реципиентов почечного трансплантата, проведена сравнительная оценка с соответствующими показателями у пациентов на программном гемодиализе. Выявлены факторы, влияющие на КЖ после ТП – в основном роли его хирургической составляющей.

Практическая значимость

Полученные данные могут служить основой при разработке Национальных протоколов ведения больных с трансплантированной почкой от ЖД.

Внедрение результатов исследования в практику

С 2002 г. регулярная программа трансплантации почки от живых родственных доноров внедрена на базе МЦ Арабкир.

Апробация работы

Апробация диссертационной работы проведена 20.07.2021 г. на заседании №4 научно-координационного совета ЕГМУ.

Материалы диссертации обсуждены на научных конференциях (Сборник научных статей конференции, посвященная 100-летию основания университетской клинической больницы №1 ЕГМУ «Современные проблемы клинической медицины», 2014; 4-й Международный медицинский конгресс Армении «Вместе во имя здоровой нации, 2015»; Вопросы теоретической и клинической медицины, 18 годовой конгресс армянской ассоциации урологов, 2018).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 8 научных работ.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа построена по классическому типу, изложена на 140 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы материалы и методы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 144 источников, иллюстрирована 32 рисунками и 53 таблицами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве дизайна было выбрано наблюдательное ретроспективное когортное клиническое исследование «до-после» (*cohort before-after study*). В исследование включено 115 пациентов с ХБП, которым произведена ТП в Медицинском комплексе «Арабкир» в период с 1994 по 2015 гг. В одном случае ТП произведена в Российской детской клинической больнице (Москва) от трупного донора. Из 116 в 114 случаях ТП произведена от живого донора (ЖД), а в 2 случаях – от трупного донора. Итого, в Медицинском комплексе «Арабкир» под наблюдением находилось 116 пациентов: 78 мужчин (67,2%) и 38 женщин (32,8%) в возрасте от 13 до 60 лет. Из 114 живых доноров 37 были мужчины (32,5%) и 77 - женщины (67,5%). Возраст колебался от 28 до 60 лет.

Особое внимание уделено технике выполняемых операций, частоте и характеру ранних и поздних хирургических осложнений. Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-лабораторно-инструментальное обследование, включавшее лабораторные, радиологические (ультразвуковые, рентгенологические, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) методы исследования.

Противопоказаниями к трансплантации служили: инфекционные заболевания, тяжелые патологии сердца и сосудов, недавно перенесенный инфаркт миокарда, любые заболевания в терминальной стадии.

У 6-ти пациентов предварительно были произведены односторонняя (пузырно-мочеточниковый рефлюкс – 2; неконтролируемая медикаментами гипертензия – 1, мочекаменная болезнь – 1) или двусторонняя (массивные кистозные почки – 2) нефрэктомии нативных почек.

Трансплантацию проводили от живых доноров при совместимой группе крови по А, В, 0 антигенам. Другие антигены крови (например, резус) не учитывали, поскольку они не имеют характеристик гисто-совместимости.

Донорами являлись практически здоровые лица с нормально функциони-

рующими почками, у которых отсутствовали вирусы гепатита В, С и ВИЧ. Хорошо контролируемая артериальная гипертензия одним препаратом не являлась противопоказанием к донорству.

КЖ оценивали с помощью специального опросника, разработанного для пациентов на программном ГД (Kidney Disease Quality of Life Short Form – KDQOL-SF™). Опросник включает 38 вопросов, распределенных по четырем основным шкалам: 1) ваше здоровье (11 вопросов); 2) ваше заболевание почек (3 вопроса); 3) влияние заболевания почек на вашу повседневную деятельность (8 вопросов); 4) удовлетворенность медицинской помощью (2 вопроса), а также одной дополнительной шкале - дополнительная информация (14 вопросов). Мы воспользовались армянской версией опросника, переведенной др. Барсегианом [Барсегиан В.Р., 2013].

Результаты исследований подвергнуты статистической обработке с использованием параметрических (одновыборочный t -критерий, парный t -критерий Стьюдента) и непараметрических критериев (критерий Колмогорова-Смирнова, критерий χ^2 Пирсона, одновыборочный биномиальный критерий), а также корреляционного анализа по Пирсону и Спирмену. Применение того или иного критерия было обусловлено видами и типами выборок и переменных [Гржибовский А.М., 2008]. Для расчета относительного риска (relative risk – RR) использовали таблицу сопряженности (crosstabs). Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием статистической программы SPSS-21,0 (SPSS Inc., IBM comp., Illinois).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди заболеваний, лежащих в основе тХПН, были в основном первичные гломерулопатии, наследственные (амилоидоз почек, синдром Альпорта, аутосомно-доминантный поликистоз почек и др.) и системные заболевания, диабетическая нефропатия и, в меньшей степени (в основном у пациентов детского возраста), аномалии развития мочевой системы (САКУТ). Обращает на себя внимание тот факт, что у половины пациентов этиология почечного заболевания осталась невыясненной (табл. 1). В большинстве случаев они обращались к врачу уже с выраженной почечной недостаточностью (хроническая болезнь почек IV или V), когда определить первопричину не представлялось возможным. Тем не менее, многие из них имели историю длительной гипертензии в анамнезе, как возможный этиологический фактор ХБП.

Другой особенностью этиологической структуры ХБП у наших больных явилось относительно небольшое число пациентов с диабетической нефропатией и амилоидозом почек, как осложнение периодической болезни (в условиях, когда периодическая болезнь является эндемическим заболеванием в Армении). Что касается диабетической нефропатии, то известно, что она является превалирующим этиологическим фактором ХБП во всем мире [Perlman R.L. et al., 2005; Rosenberger J. et al., 2005].

Подобное соотношение обусловлено тем, что в первые годы развертывания программы ТП от ЖРД, пациентов с диабетической нефропатией и амилоидозом почек мы не рассматривали в качестве кандидатов на ТП, в связи с многочисленными возможными осложнениями, к которым, как известно, склонны эти пациенты.

Таблица 1.

Основные диагнозы трансплантированных пациентов*

Основной диагноз	N	%
Хроническая болезнь почек неуточненная	58	50
Наследственный семейный амилоидоз без невропатии (ПБ)	13	11,2
Хронический гломерулонефрит	5	4,3
Синдром Альпорта	4	3,4
Мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит	4	3,4
Уропатия, обусловленная пузырно-мочеточниковым рефлюксом	4	3,4
Гидронефроз	3	2,6
Мочекаменная болезнь	2	1,7
IgA-нефропатия	2	1,7
Болезнь Шенлейна-Геноха	2	1,7
Очаговые и сегментарные гломерулярные повреждения	2	1,7
Диабетическая нефропатия	2	1,7
Гидронефроз с обструкцией лоханочно-мочеточникового соединения	2	1,7
Аутосомно-доминантный поликистоз почек	1	0,9
Системная красная волчанка	1	0,9
Гипоплазия почки	1	0,9
Уретероцеле	1	0,9
Эктопическая почка	1	0,9
Сморщенная почка неуточненная	1	0,9
Болезнь плотного осадка	1	0,9
Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря	1	0,9
Хронический тубулоинтерстициальный нефрит	1	0,9
Анальгетический интерстициальный нефрит	1	0,9
Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением почек	1	0,9
Диффузный склерозирующий гломерулонефрит	1	0,9
Травма почки	1	0,9
Итого	116	100

*Все диагнозы приводятся в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра: <https://mkb-10.com/> (здесь и далее – примечания автора).

Учитывая небольшой опыт в области трансплантологии в первую группу кандидатов, вошли реципиенты без сопутствующих тяжелых состояний. Такое решение было принято с целью избежать дискредитации весьма долгожданной, но очень хрупкой программы непосредственно у ее истоков. В последующем и по сей день число реципиентов с диабетической нефропатией и амилоидозом почек непрерывно растет. Более того, анализ показал, что несмотря на определенные трудности, непосредственные и отдаленные результаты ТП в этих группах не отличаются от таковых у пациентов с другими первичными заболеваниями почек в нашей выборке [Восканян М.М., 2014].

За период наблюдения 20 пациентов умерли, у 24 отмечена потеря трансплантата. Причинами смерти в отдаленном периоде в основном были сердечно-сосудистые заболевания (5,2% от общего числа больных и 30% от общего числа смертей). Далее по частоте следуют: полиорганная недостаточность (4 случая; 20%), рак головного мозга, рак легких и желудочно-кишечное кровотечение (по 2 случая; 10%), тромбоз мезентериальных артерий, паравертебральный абсцесс (сепсис), системный амилоидоз и синдром интраабдоминальной недостаточности (по 1 случаю; 5%). Таким образом по состоянию на время ретроспекции (март 2020 г.) из 116-и пациентов умерли 20 (17,2%) пациентов; состояние 96-и (82,8%) пациентов можно оценить как удовлетворительное. Пациенты экзитировали в различные сроки после ТП и от различных причин (табл. 2).

Таблица 2.

Причины смерти трансплантированных пациентов нашей когорты на момент ретроспекции (март 2020 г.)

Причины смерти	Частота			
	от общего числа смертей		от общего числа больных	
	абс.ед.	%	абс.ед.	%
Сердечно-сосудистая болезнь неуточненная	6	30	6	5,2
Полиорганная недостаточность	4	20	4	3,4
Рак головного мозга	2	10	2	1,7
Рак легких	2	10	2	1,7
Желудочно-кишечное кровотечение	2	10	2	1,7
Тромбоз мезентериальных артерий	1	5	1	0,9
Паравертебральный абсцесс, сепсис	1	5	1	0,9
Системный амилоидоз	1	5	1	0,9
Синдром интраабдоминальной недостаточности	1	5	1	0,9
Итого	20	100	20	17,2
Пропущенные			96	82,8
Всего			116	100

Наиболее частой причиной потери трансплантата была не приверженность к терапии, иначе – произвольный отказ от препаратов. Так называемая некомплаентность (noncompliance) является большой проблемой среди пациентов с трансплантированными органами во всем мире, в особенности в молодом возрасте, неизменно приводя к потере органа. Другой нередкой причиной потери пересаженной почки явилась хроническая нефропатия трансплантата – прогрессирующий нефросклероз с неуклонным снижением функции (табл. 3). Несмотря на успехи трансплантологии, это много-факториальное состояние является основной причиной потери почки во всем мире.

В целом выживаемость трансплантата в нашей когорте была сопоставима с данными многочисленных исследователей, составив 94%, 78,4% и 50% в сроки 1; 5 и 10 лет – соответственно. У 58 пациентов (50%) трансплантат функционировал на момент ретроспекции (март 2020 года). (табл. 4).

Таблица 3.

Причины потери трансплантата

Причины потери трансплантата	Частота			
	от общего числа потерь		от общего числа больных	
	N	%	N	%
Неприверженность к лечению	8	33,3	8	6,9
Хроническая нефропатия трансплантированной почки	7	29,2	7	6
Отторжение трансплантата	3	12,5	3	2,6
Тромбоз почечной артерии	3	12,5	3	2,6
Рецидив основного заболевания	1	4,2	1	0,9
Нефротоксичность ингибиторов кальцинейрина	1	4,2	1	0,9
Удаление трансплантата (рак почки)	1	4,2	1	0,9
Итого	24	100	24	20,7
Пропущенные			92	79,3
Всего			116	100

Таблица 4.

Выживаемость трансплантата в различных временных интервалах (n=116)

Этапы оценки выживаемости	N	%
1 год	109	94
5 лет	91	78,4
7 лет	61	52,6
10 лет	58	50
>10 лет	58	50

Таким образом, при сравнении наших показателей с данными исследования NAPRTCS можно отметить практически схожую картину, естественно, сделав поправку на то обстоятельство, что последнее в отличие от нашего исследования было проведено у детей и при ТП были использованы как донорские, так и трупные трансплантаты.

Интраоперационные осложнения отмечены у 5 пациентов, в виде венозного кровотечения и тромбоза подвздошной артерии, и были ликвидированы незамедлительно. Значительно чаще встречались послеоперационные хирургические осложнения, которые отмечены у 1/3 больных. Наши данные намного превышают таковые в других исследованиях, в которых максимально зафиксированная частота составила 17%, а в отдельных исследованиях она была в рамках всего 1%. К счастью, у большинства наших пациентов отмечено лимфоцеле (22% от общего числа оперированных), не требующее вообще или требующее минимальные вмешательства (рис. 1.). Тем не менее, эти цифры диктуют необходимость пересмотра оперативной техники, в частности более тщательной перевязки лимфатических сосудов. Пожалуй, наиболее клинически значимыми из послеоперационных осложнений были стеноз мочеточника (у 3) и тромбоз артерии трансплантата, требующие повторных открытых хирургических вмешательств, в том числе и протезирования сосуда.

Следует отметить, что у пациентов, перенесших интраоперационные осложнения, имеется слабая тенденция к более частой потере трансплантата (ОР=2,02; 95% ДИ=0,65

–6,30). Однако если к этому добавить также осложнения, отмеченные в различные сроки после ТП, то появляется отчетливая статистическая значимость ($OR=2,13$; 95% $ДИ=1,04-4,38$). То есть, интра- и послеоперационные осложнения только в сумме являются весомым рисковым фактором ранней потери трансплантата. Возможно, в случае увеличения числа наблюдений связь между различными хирургическими осложнениями и ранней потерей почки могла обозначиться более отчетливо.

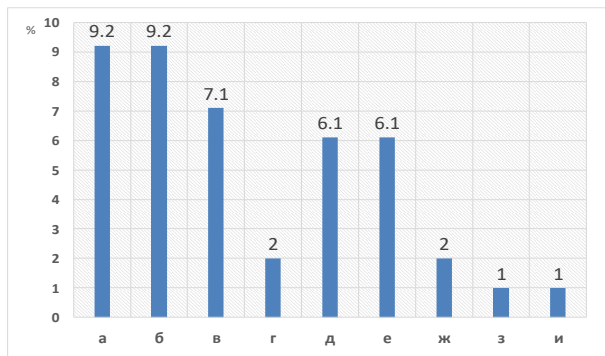


Рисунок 1. Основные варианты осложнений

Примечание: а – лимфоцеле; б – отсроченная функция трансплантата; в – интраоперационное кровотечение; г – послеоперационное кровотечение; д – артериальный тромбоз; е – сужение дистального отдела мочеточника; ж – уретральный стеноз; з – сужение проксимального отдела мочеточника; и – некроз дистального отдела мочеточника.

Отмечена также прямая связь между частотой осложнений и вероятностью наступления летального исхода. По ходу всего периода наблюдений, частота хирургических осложнений имела отчетливую тенденцию к снижению, в основном в результате накопления опыта и, как следствие, усовершенствования хирургической техники.

В работе мы задались вопросом, имеются ли другие факторы, в частности сопутствующие состояния (конфаундеры), которые влияют на частоту хирургических осложнений независимо от действий и техники хирурга. Среди конфаундеров наиболее частыми были гепатит С (7%), сахарный диабет (6%), гепатит В (3.4%) ишемическая болезнь сердца (2.6%), подагра (1.7%) и другие (табл. 5). Было выявлено, что наличие конфаундеров у пациентов достоверно повышает риск развития интраоперационных осложнений ($OR=9,26$; 95% $ДИ=1,07-79,88$), однако не влияет на вероятность развития послеоперационных осложнений ($OR=0,85$; 95% $ДИ=0,49-1,50$), не давая возможности заранее прогнозировать последние. Между тем, отмечено, что указанные сопутствующие состояния увеличивают вероятность потери трансплантата ($OR=2,31$; 95% $ДИ=1,16-4,64$), однако не влияют на летальность ($OR=1,25$; 95% $ДИ=0,54-2,86$). Вероятно, при этом повышается риск развития и прогрессирования хронической трансплантат нефропатии, на что указывают и другие авторы.

В последние десятилетия все большую актуальность приобретает проблема **качества жизни (КЖ)** больных с тХПН. КЖ определяется как «интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, больного, основанная на его субъективном восприятии».

Таблица 5.

Структура и частота встречаемости сопутствующих заболеваний у трансплантированных пациентов

Сопутствующие заболевания	Частота заболеваний			
	от общего числа болезней		от общего числа больных	
	N	%	N	%
Гепатит С	8	22,9	8	6,9
Сахарный диабет 2 типа	7	20	7	6
Гепатит В	4	11,4	4	3,4
Ишемическая болезнь сердца	3	8,6	3	2,6
Подагра	2	5,7	2	1,7
Гипертензивная ретинопатия	2	5,7	2	1,7
Псориаз	1	2,9	1	0,9
Аортальный стеноз	1	2,9	1	0,9
Синдром Гийена-Барре	1	2,9	1	0,9
Дивертикул мочевого пузыря	1	2,9	1	0,9
Стеноз легочной артерии	1	2,9	1	0,9
Ожирение	1	2,9	1	0,9
Пролапс митрального клапана	1	2,9	1	0,9
Нейросенсорная тугоухость	1	2,9	1	0,9
Поликистоз почки	1	2,9	1	0,9
Итого	35	100	35	30,2
Пропущенные			81	69,8
Всего			116	100

Известно, что диализная терапия, в частности гемодиализ (ГД) сопряжены с витальной угрозой и приводят к серьезным изменениям в физической, психологической и социальной сферах. Пожизненный характер терапии, зависимость от аппарата «искусственная почка», необходимость проводить много времени на сеансах ГД, ограничение свободы передвижения, строгая диета, дефицит общения, изменение внешности являются мощными стрессогенными факторами [Васильева И.А., и др., 2004; Rahimi A Et al, 2008; Yeh S.C. et al., 2007]. Значение ТП, как метода ЗПТ, распространяется значительно шире, чем простое восстановление функции почек. ТП позволяет снизить показатель смертности, имеет наилучший психосоциальный исход по сравнению с ГД и, что исключительно важно, может драматически улучшить КЖ, что происходит у подавляющего большинства почечных реципиентов. Помимо продления жизни ТП приводит к повышению активности, возврату к «нормальной» жизни и работе. Поэтому помимо хирургических и медицинских аспектов, КЖ реципиентов почечного трансплантата представляется одним из основных вопросов, повышение которого является конечной целью, а значит и показателем эффективности метода в целом [Васильева И.А., 2010; Niu SF et al., 2005; Perlman R.L. et al, 2005; Valderrabano F, et al, 2001]. Работ, посвященных КЖ после ТП довольно много. Они

посвящены различным аспектам, в логической последовательности которых одним из основных вопросов является, оправдались ли ожидания и надежды в отношении диапазона и широты улучшения КЖ. Ведь реципиенты почечного трансплантата, тем не менее, продолжают жить законами хронического заболевания, включая медицинское наблюдение, прием препаратов, определенные ограничения и др. Более того на КЖ у реципиентов ТП влияют не только медицинские, но и многочисленные социальные аспекты, среди которых возможности конкретной страны обеспечить необходимое качество катамнестического наблюдения играют особую роль.

Таблица 6.

Шкала «Ваше здоровье»

N	Вопросы	Критерий χ^2 Пирсона	p
1	В целом как бы Вы оценили состояние Вашего здоровья: отличное, очень хорошее, хорошее, посредственное, плохое?	28,170	<0,001
2	Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?	25,241	<0,001
3	Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? а. Тяжелые физические нагрузки, такие, как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта б. Умеренные физические нагрузки, такие, как передвинуть стул, поработать с пылесосом в. Поднять или нести сумку с продуктами г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов д. Подняться пешком по лестнице на один пролет е. Наклониться, стать на колени, присесть на корточки ж. Пройти расстояние более одного километра з. Пройти расстояние в несколько кварталов и. Пройти расстояние в один квартал к. Самостоятельно вымыться, одеться	9,472 5,872 8,485 17,938 19,247 12,727 22,485 26,394 18,919 24,445	0,008 0,053 0,014 <0,001 <0,001 0,002 <0,001 <0,001 <0,001 <0,001
4	Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего: а. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела? б. Выполнили меньше, чем хотели? в. Вы были ограничены в выполнении какого либо определенного вида работы или другой деятельности? г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)?	25,194 13,481 10,701 8,689	<0,001 <0,001 <0,001 <0,001
5	Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего: а. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела? б. Выполнили меньше, чем хотели?	14,970 4,877 0,361	<0,001 <0,001 <0,001

	в. Выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно?		
6	Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?	13,721	<0,001
7	Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?	16,251	0,006
8	В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома и по дому)?	21,603	<0,001
9	Как часто в течение последних 4 недель: а. Вы чувствовали себя бодрым(ой)? б. Вы сильно нервничали? в. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить? г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)? д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии? е. Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)? ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)? з. Вы чувствовали себя счастливым(ой)? и. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	22,032 6,673 16,336 3,919 6,048 9,260 12,273 15,818 21,279	<0,001 0,246 0,006 0,561 0,302 0,099 0,032 0,007 <0,001
10	Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.п.)?	25,050	<0,001
11	Насколько верным или неверным представляется по отношению к Вам каждое из нижеперечисленных утверждений? а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится г. У меня отличное здоровье.	7,091 21,632 4,208 21,410	0,131 <0,001 0,379 <0,001

Мы задались вопросом, как и в какой степени влияет сама операция ТП, а также другие факторы, в том числе ранние и поздние хирургические осложнения на различные составляющие, характеризующие КЖ пациентов. В настоящей работе мы впервые в Армении обратились к вопросу КЖ у трансплантированных больных. Эта часть проблемы у пациентов с ХПБ почек в целом и особенно у таковых, нуждающихся в ЗПТ – в частности, совершенно не разработана в республике. До сих пор проведено лишь одно единственное исследование, касающееся исключительно больных, находящихся на программном ГД [Барсегян В.Р. 2013]. КЖ оценили у 51 реципиентов с ТП и 59 пациентов, получающих ГД путем проведения анкетированного опроса по специальному опроснику, разработанному для пациентов на программном ГД (Kidney Disease Quality of Life Short Form – KDQOL-SF™) [Hays R.D. et al., 1997]. Как сказано выше (см. методы), опросник имел 4 раздела (шкал), и 1 дополнительный (дополнительная информация), в том числе: 1) ваше здоровье; 2) ваше заболевание почек; 3) влияние заболевания почек на вашу повседневную деятельность; 4) удовлетворенность медицинской помощью.

Состояние здоровья пациентов 1-ой группы, в отличие от пациентов 2-ой группы не влияет на ограничение тяжелых физических нагрузок ($\chi^2_{(2)}=9,472$) (табл. 6). Состояние здоровья как пациентов 1-ой группы, так и пациентов 2-ой группы

одинаково не влияет на ограничение умеренных физических нагрузок ($\chi^2_{(2)}=5,872$). Что касается физических нагрузок, перечисленных в пунктах 3в – 3к, то состояние здоровья пациентов 1-ой группы, в отличие от пациентов 2-ой группы не влияет на ограничение этих нагрузок ($\chi^2_{(2)}=8,485$; $\chi^2_{(2)}=17,938$; $\chi^2_{(2)}=19,247$; $\chi^2_{(2)}=12,727$; $\chi^2_{(2)}=22,485$; $\chi^2_{(2)}=26,394$; $\chi^2_{(2)}=18,919$; $\chi^2_{(2)}=24,445$).

Физическое состояние здоровья пациентов 1-ой группы, в отличие от пациентов 2-ой группы не ограничивает объем работ или других дел, перечисленных в пунктах 4а – 4г ($\chi^2_{(1)} = 25,194$; $\chi^2_{(1)}=13,481$; $\chi^2_{(1)}=10,701$; $\chi^2_{(1)}=8,689$). Эмоциональное состояние здоровья пациентов 1-ой группы, в отличие от пациентов 2-ой группы не ограничивает объем работ или других дел, перечисленных в пунктах 5а, 5б ($\chi^2_{(1)}=14,970$; $\chi^2_{(1)}=4,877$). Что касается характера работ, указанного в пункте 5в, то эмоциональное состояние здоровья как пациентов 1-ой группы, так и пациентов 2-ой группы не влияет на аккуратность выполняемой работы ($\chi^2_{(1)}=0,361$).

Физическое и эмоциональное состояние здоровья пациентов 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы не мешало им проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе ($\chi^2_{(4)}=13,721$).

Степень болевых ощущений у пациентов 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы была гораздо ниже ($\chi^2_{(4)}=16,251$) и что болевые ощущения не мешали им заниматься нормальной работой ($\chi^2_{(4)}=21,603$).

В течение последних 4 недель пациенты 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы более бодры и менее подвержены состоянию подавленности, усталости, измученности и более подвержены ощущению счастья ($\chi^2_{(5)}=22,032$; $\chi^2_{(5)}=16,336$; $\chi^2_{(5)}=21,279$; $\chi^2_{(5)}=12,273$; $\chi^2_{(5)}=5,818$). В то же время, у пациентов 1-ой группы также как и пациентов 2-ой группы отмечается одинаковая степень выраженности нервозности, спокойствия и умиротворенности, силы и энергии, упадка духа и печали ($\chi^2_{(5)}=6,673$; $\chi^2_{(5)}=3,919$; $\chi^2_{(5)}=6,048$; $\chi^2_{(5)}=6,048$; $\chi^2_{(5)}=9,260$). Пациенты 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы более активно общаются с людьми ($\chi^2_{(5)}=25,050$).

Пациенты 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы считают, что имеют отличное здоровье ($\chi^2_{(4)}=21,410$) и считают свое здоровье не хуже, чем у большинства знакомых ($\chi^2_{(4)}=21,632$). В то же время, у пациентов 1-ой группы также как и пациентов 2-ой группы отмечается одинаковая степень выраженности склонности к болезням ($\chi^2_{(4)}=7,091$), а также одинаковая степень выраженности ощущения ухудшения здоровья ($\chi^2_{(4)}=4,208$).

Как видно из табл. 7, пациенты 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы считают, что заболевание почек не мешает им жить полноценной жизнью ($\chi^2_{(4)}=24,938$), не отнимает у них слишком много времени ($\chi^2_{(4)}=36,539$). Пациенты 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы не чувствуют себя расстроенными, сталкиваясь с конкретными проявлениями своего заболевания ($\chi^2_{(4)}=23,749$) и не чувствуют, что стали обузой для своей семьи ($\chi^2_{(4)}=24,893$).

У пациентов 1-ой группы также как и у пациентов 2-ой группы отмечается одинаковая степень выраженности избегания общения с окружающими ($\chi^2_{(5)}=9,888$) и одинаковая степень выраженности раздражения от общения с окружающими ($\chi^2_{(5)}=10,527$). Пациентам 1-ой группы также как и пациентам 2-ой группы одинаково трудно сосредоточиться ($\chi^2_{(5)}=8,776$), одинаково трудно ладить с людьми ($\chi^2_{(5)}=6,227$). Пациенты 1-ой группы также как и пациенты 2-ой группы одинаково становятся перед тупиком ($\chi^2_{(5)}=5,553$), однако в отличие от пациентов 2-ой группы быстрее реагируют на слова или действия ($\chi^2_{(5)}=17,750$).

Таблица 7.

Шкала «Ваше заболевание почек»

N	Вопросы	Критерий χ^2 Пирсона	p
12	Насколько верным или неверным представляется по отношению к Вам каждое из нижеперечисленных утверждений? а. Заболевания почек очень мешает мне жить полноценной жизнью б. Заболевания почек отнимает у меня слишком много времени в. Я чувствую себя очень расстроенным, когда сталкиваюсь с конкретными проявлениями своего заболевания г. Я чувствую, что стал(а) обузой для своей семьи	24,938 36,539 23,749 24,893	<0,001 <0,001 <0,001 <0,001
13	Как часто в течение последних 4 недель... а. Вы избегали общения с окружающими? б. Вы медленно реагировали (на слова или действия)? в. Окружающие вызывали у Вас раздражение? г. Вам было трудно сосредоточиться? д. Вы ладили с людьми? е. Что-то ставило Вас в тупик?	9,888 17,750 10,527 8,776 6,227 5,553	0,078 0,003 0,062 0,118 0,285 0,352
14	Беспокоили ли Вас в течение последних 4 недель нижеперечисленные симптомы? а. Мышечные боли? б. Боль в груди? в. Судороги? г. Кожный зуд? д. Сухость кожи? е. Одышка? ж. Приступы слабости или головокружения? з. Отсутствие аппетита? и. Упадок сил, при котором Вы чувствовали себя «как выжатый лимон»? к. Онемение кистей или стоп? л. Тошнота или расстройство желудка? м. Проблемы с сосудистым доступом (фистулой или катетером)?	10,855 4,808 2,059 26,623 13,976 6,856 15,955 14,246 19,149 24,740 14,017 10,602	0,028 0,308 0,560 <0,001 0,007 0,144 0,003 0,007 0,001 <0,001 0,007 0,031

У пациентов 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы отмечалась менее выраженная степень мышечных болей ($\chi^2_{(4)}=10,855$), менее выраженная степень кожного зуда ($\chi^2_{(4)}=26,623$), менее выраженная степень сухости кожи ($\chi^2_{(4)}=13,976$). Пациентов 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы меньше беспокоят приступы слабости или головокружения ($\chi^2_{(4)}=15,955$), отсутствие аппетита ($\chi^2_{(4)}=14,246$), упадок сил ($\chi^2_{(4)}=19,149$), онемение кистей или стоп ($\chi^2_{(4)}=24,740$), тошнота или расстройство желудка ($\chi^2_{(4)}=14,017$), проблемы с сосудистым доступом ($\chi^2_{(4)}=10,602$). В то же время, пациентов 1-ой группы также как и пациентов 2-ой группы одинаково беспокоят боли в груди ($\chi^2_{(4)}=4,808$), одинаково беспокоят судороги ($\chi^2_{(4)}=2,059$), одинаково беспокоит одышка ($\chi^2_{(4)}=6,856$).

Таблица 8.

Шкала «Влияние заболевания почек на Вашу повседневную жизнь»

N	Вопросы	Критерий χ^2 Пирсона	P
15	Насколько заболевание почек беспокоит лично Вас в каждой из нижеперечисленных областей?		
	а. Ограничения в потреблении жидкости?	43,946	<0,001
	б. Необходимость соблюдать диету?	20,278	<0,001
	в. Способность выполнять домашнюю работу?	27,990	<0,001
	г. Возможность путешествовать?	29,796	<0,001
	д. Зависимость от медперсонала?	10,602	0,033
	е. Стресс или волнения, связанные с заболеванием почек?	25,682	<0,001
	ж. Влияние болезни на половую жизнь?	10,001	<0,001
16	з. Влияние болезни на Вашу внешность?	13,238	0,010
	Был ли у Вас секс в течение последних 4 недель? Если да, то не возникло ли у Вас проблем с тем, чтобы ...		
17	а. Получать удовольствие от секса?	8,468	0,076
	б. Испытывать сексуальное возбуждение?	4,351	0,226
17	Оцените Ваш сон по шкале от 0 (что означает «очень плохой») до 10 («очень хороший»).	19,488	0,034
18	Как часто за последние 4 недели Вы ...		
	а. Просыпались среди ночи и больше не могли уснуть?	9,229	0,100
	б. Спали столько, сколько Вам необходимо?	5,173	0,395
19	в. Испытывали сонливость, и Вам было трудно сохранять бодрость в течение всего дня?	10,824	0,055
	Что касается Вашей семьи и друзей, насколько Вы удовлетворены ...		
20	а. Тем, сколько времени Вы можете проводить с семьей и друзьями?	7,598	0,055
	б. Той поддержкой, которую получаете от семьи и друзей?	7,776	0,051
20	Работали ли Вы по найму в течение последних 4 недель?	16,863	<0,001
21	Ваше здоровье не позволяет Вам работать?	21,790	<0,001
22	Как бы Вы оценили состояние своего здоровья в целом? Оцените по шкале от 0 (что означает «очень плохое») до 10 («очень хорошее»).	33,740	<0,001

Как видно из табл. 8, пациентов 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы меньше беспокоит: ограничение в потреблении жидкости ($\chi^2_{(4)}=43,946$), необходимость соблюдать диету ($\chi^2_{(4)}=20,278$), способность выполнять домашнюю работу ($\chi^2_{(4)}=27,990$), возможность путешествовать ($\chi^2_{(4)}=29,796$), зависимость от медперсонала ($\chi^2_{(4)}=10,602$), стресс или волнения, связанные с заболеванием почек ($\chi^2_{(4)}=25,682$), влияние болезни на половую жизнь ($\chi^2_{(4)}=10,001$), влияние болезни на внешность ($\chi^2_{(4)}=13,238$). Пациентов 1-ой группы также как и пациентов 2-ой группы одинаково беспокоит проблема получить удовольствие от секса ($\chi^2_{(4)}=8,468$) а также проблема испытывать сексуальное возбуждение ($\chi^2_{(4)}=4,351$).

У пациентов 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы оценка сна гораздо лучше ($\chi^2_{(4)}=19,488$).

Пациентов 1-ой группы также как и пациентов 2-ой группы одинаково беспокоит проблема проснуться среди ночи и больше не уснуть ($\chi^2_{(5)}=9,229$), проблема спать столько, сколько необходимо ($\chi^2_{(5)}=5,173$), проблема сонливости и способности сохранять бодрость в течение всего дня ($\chi^2_{(5)}=10,824$).

Пациенты 1-ой группы также как и пациенты 2-ой группы одинаково неудовлетворены количеством времени, которое можно проводить с семьей и друзьями, ($\chi^2_{(3)}=7,598$) и поддержкой, получаемой от семьи и друзей ($\chi^2_{(3)}=7,776$).

Пациенты 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы в течение последних 4 недель работали по найму ($\chi^2_{(1)}=16,863$) и их здоровье позволяло работать ($\chi^2_{(1)}=21,790$).

Наконец, пациенты 1-ой группы в отличие от пациентов 2-ой группы в целом оценивают свое здоровье положительно ($\chi^2_{(10)}=33,740$).

Таблица 9.

Шкала «Удовлетворенность медицинской помощью»

N	Вопросы	Критерий χ^2 Пирсона	P
23	Как бы Вы оценили дружелюбие и интерес к Вам как личности со стороны персонала?	4,469	0,484
24	Насколько верным или неверным является каждое из нижеперечисленных утверждений?		
	а. Диализный персонал настраивает меня быть максимально независимым	3,752	0,441
	б. Диализный персонал помогает мне преодолевать трудности, связанные с заболеванием почек	7,063	0,133

Как видно из табл. 9, пациенты 1-ой группы также как и пациенты 2-ой группы одинаково удовлетворены дружелюбием и интересом, проявляемым к ним со стороны персонала ($\chi^2_{(5)}=4,469$), одинаково удовлетворены отношением медперсонала ($\chi^2_{(4)}=3,752$; $\chi^2_{(4)}=7,063$).

Суммируя данные исследования КЖ, следует отметить, что при сравнении различных параметров выяснилось, что самооценка здоровья у пациентов после ТП выше, чем таковая у больных на ГД. Существенно отличались в положительную сторону такие факторы, как наличие бодрости, трудоспособность, эмоциональные восприятия, в том числе ощущение счастья и умиротворенности. Тем не менее, сохранялись нервозность, склонность к болезням, чувство ухудшение здоровья, нежелание общаться с окружающими.

У больных с ТП появилось ощущение полноценной жизни, в том числе из-за уменьшения симптомов, безусловно влияющих на КЖ, таких как мышечные боли, зуд, сухость кожи, слабость головокружение, отсутствие аппетита и многое другое. КЖ существенно улучшалось также в связи с меньшей необходимостью соблюдать диету и ограничивать жидкости, возможность путешествовать, сексуальной активностью, глубоким сном. Словом, оценка собственного здоровья была намного выше.

В то же время, пациенты обеих групп были не удовлетворены количеством времени, которое можно проводить с семьей и друзьями, поддержкой, получаемой от семьи и друзей. Примечательно, что они одинаково высоко отзывались о работе

медперсонала.

Отчетливо подавляли КЖ различные постоперативные хирургические осложнения. К счастью, большинство из них (например, лимфоцеле) в нашем исследовании были обратимыми.

Таким образом, ТП привела к значительному улучшению КЖ у наших пациентов по многим параметрам. Основной вопрос состоит в том: в достаточной ли степени? Попытка сравнения с литературными данными обернулась очень сложной задачей. В различных исследованиях оценка КЖ проводилась по-разному, с применением существенно отличающихся друг от друга опросников, с учетом неодинаковых параметров. Тем не менее, практически все авторы отмечают заметное улучшение КЖ при сравнении большинства показателей до и после ТП [Bakewell AB, et al, 2001; Cameron JI, et, 2000; Dew MA, et al 1997; Fujisawa M, et al, 2000; Hathaway DK, et al, 1998; Jofre R, et al, 1998; Tomasz W, Piotr S, 2003; Yidirim A, 2006]. Так же, как и в нашем исследовании, улучшение касалось как КЖ в целом, так и, в первую очередь, ее физической составляющей, в то время психологическая и социальная части выигрывали в меньшей степени.

В главе 5 мы представили клинические случаи, выделив определенные хирургические особенности и, в частности, подчеркнули важную роль интраоперационного доплеровского исследования. Другие примеры были посвящены возможности эффективного использования нативного мочеточника для формирования межмочеточникового анастомоза. Мы также описали непредвиденные ситуации, наблюдавшиеся непосредственно во время операции и потенциально опасные для жизни. Особое внимание уделено осложнениям, которые могут возникнуть в послеоперационном периоде после пересадки почки пациенту с аномалиями развития мочевой системы и нейрогенным мочевым пузырем (рис. 2 и 3).

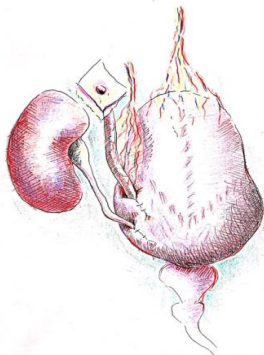


Рисунок 2. Схематический рисунок augmentation мочевого пузыря подвздошной кишкой (энтероцистопластика) и аппендиковезикокутанеостомия по Митрофанову.



Рисунок 3. Некроз дистального отдела мочеточника ТП. Виден мочеточниковый стент, который просвечивает через участок некроза

Очевидно, что все приведенные случаи не являются уникальными в широком смысле и неоднократно наблюдались трансплантологами. Более того, описанные нехитрые хирургические импровизации осуществлялись на практике настолько широко, что давно уже не являются предметом обсуждения. Тем не менее, мы посчитали необходимым сообщить о том, какие отклонения в реальности явились серьезным вызовом для нас, хирургов, набирающих самостоятельный опыт в этой области и осуществляющих ограниченное число операций (максимум до 20 в год). Позитивной тенденцией, как мы отметили выше, явилось явное снижение частота интраоперационных осложнений в течение наших наблюдений.

Заключение

Каждая страна имеет свой уникальный опыт развития трансплантологии, основанный на неодинаковых стартовых позициях, различную экономическую поддержку и многие другие факторы. Армянский опыт уникален по-своему по многим признакам. Вот некоторые из них. Программа началась на высоте экономической катастрофы в стране после армянского землетрясения и развала Советского Союза – ситуации, отнюдь не предрасполагающей к развитию высокотехнологичной медицины. Но время и накапливающее число пациентов на гемодиализе упорно диктовали эту необходимость.

Далее, программа была развернута и набирала обороты на базе педиатрической клиники, которая по сей день остается единственным центром трансплантации почки в Армении, хотя преобладающее большинство реципиентов являются взрослыми. Так получилось, поскольку к тому моменту, благодаря тесному сотрудничеству с известными клиниками Европы, только в МЦ Арабкир были заложены основы необходимых знаний и обеспечена инфраструктура, позволившие осуществить этот, по тем временам дерзкий проект.

Сегодня ТП является регулярным вариантом ЗПТ в нашей клинике. В год проводится около 15 операция. За почти 20 лет накопилось достаточное число наблюдений, что позволяет подвести итоги, описать особенности и закономерности, характеризующие наш опыт. Настоящая работа посвящена различным вопросам трансплантации почки, объединённых вокруг основного хирургического аспекта. Удачно проведенная операция является первым шагом к успеху, и от нее во многом зависит дальнейший ход событий и состояние пациента в длительной перспективе.

За последние 2 десятилетия проведена большая работа по основанию и дальнейшему обеспечению бесперебойной работы программы трансплантации почки в Армении. Очевидно, что небольшое число операций не могут приостановить экспоненциальный рост числа больных, нуждающихся в этом виде терапии. Необходимы новые подходы, новые меры для преодоления растущего разрыва, среди которых наиболее реалистичными на данном этапе кажутся существенное увеличение числа ТП от ЖД, а также основание программы ТП от трупных доноров.

ВЫВОДЫ

1. Определена частота (у 1/3 больных) послеоперационных осложнений, среди которых лидировало лимфоцеле, в большинстве случаев не требующее серьезных хирургических вмешательств. Наиболее тяжелыми осложнениями были стеноз мочеточника и тромбоз артерии трансплантата.
2. Сопутствующие патологические состояния (конфаундеры) достоверно повышают риск развития интраоперационных осложнений. Конфаундеры увеличивают вероятность потери трансплантата.
3. Трансплантация почки от живых доноров способна привести к заметному улучшению качества жизни пациентов, тем самым обеспечить полную медицинскую и социальную реабилитацию при терминальной почечной недостаточности. Улучшение качества жизни касаются, в первую очередь, его физической составляющей в то время, как психологическая и социальная аспекты изменялись в меньшей степени. Несомненно снижали качество жизни различные послеоперационные хирургические осложнения.
4. Операция трансплантации почки, будучи регулярным методом терапии, в отдельных случаях может сопровождаться состояниями, требующими принятия нестандартных решений. Среди них наиболее частыми были интраоперационные повреждения структур почек (мочеточник, сосуды, паренхима), сложное соотношение сосудов и др. Большинство из них успешно устраняются по ходу операции.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Каждый пациент с терминальной почечной недостаточностью должен рассматриваться как потенциальный кандидат на трансплантацию почки, которая помимо медицинских аспектов имеет несомненные преимущества в плане улучшения качества жизни. С этой целью важной представляется повышение информированности пациентов о преимуществах и недостатках различных методов заместительной почечной терапии.
2. Необходимо приложить максимальные усилия для значительного увеличения числа трансплантаций почек в Армении. Основным путем является развертывание программы пересадки трупных органов, необходимость которой нарастает с каждым годом.
3. С целью существенного уменьшения числа послеоперационных осложнений, необходима оптимизация хирургической техники, при этом особое внимание обращая на формирование сосудистых анастомозов и интраоперационную обработку лимфотических сосудов.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Восканян М.М., Назарян Э.В., Аракелян С.А., Гейикян П.А., Баблоян С.А., Кюркчян Х.М., Мусаелян Н.О., Юсян А.А., Саркисян А.А., Баблоян А.С. «Выживаемость почечного трансплантата и его предикторы»//Сборник научных статей конференции, посвященная 100-летию основания Университетской Клинической Больницы №1 ЕГМУ «Современные проблемы клинической медицины», Ереван, 2014, стр. 164-170.
2. Voskanyan M., Nazaryan H., Arakelyan S., Kyurchyan Kh., Babloyan S., Babloyan A., Sanamyan A. and Sarkissian A. «Are patients with familial Mediterranean fever (FMF) good candidates for renal transplantation?»// Nephrology Dialysis Transplantation 30 (Supplement 3): June 2015, Volume 30, Issue 6, doi:10.1093/ndt/gfv202.48.
3. Баблоян С.А., Восканян М.М., Аракелян С.А., Гейикян П.А., Назарян Э.В., Кюркчян Х.М., Мкртумян К.Г., Саркисян А.А. «Оценка осложнений после трансплантации почки от живого донора»//4-й Международный медицинский конгресс Армении «Вместе во имя здоровой нации» (сборник материалов) 2015, №427, стр. 412
4. Баблоян С.А. «Оценка качества жизни больных хронической болезнью почек, получающих программный гемодиализ»// Вопросы теоретической и клинической медицины, 18 годовой конгресс армянской ассоциации урологов (сборник материалов), Ереван 2016, № 9 (109), стр. 24
5. Babloyan S.A., Voskanyan M.M., Mkrtyumyan K.G., Arakelyan S.H., Geyikyan P.A., Nazaryan H.V., Kyurkchyan Kh.M., Sarkissian A.A., Babloyan A.S. «Evaluation of surgical technique in living donor kidney transplantation»// The New Armenian Medical Journal, Vol. 10 (2016), № 2, p. 80-87
6. Баблоян С.А.«Сравнительная оценка качества жизни больных хронической болезнью почек после трансплантации почки и больных, находящихся на гемодиализной терапии»//Урология, Москва 2018, №3, стр. 39-43. <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2018.3.39-43>
7. Milena Voskanyan, Helen Nazaryan, Emma Shahinyan, Sergey Babloyan, Poghos Geyikyan, Sahak Arakelyan, Khachatour Kyurchyan, Ara Babloyan, Ashot Sarkissian. «Living Related Kidney Transplantation (LRKT) Program in Armenia: A 17-years single-center experience»//*Swiss Medical Weekly*, 51st Annual Meeting of the Swiss Society of Nephrology SGN-SSN December 5-6, 2019, Interlaken (Switzerland) Supplementum 242, ad Swiss ed Wkly 2019;149, December 5-6, 2019, page 14s
8. Sergey Babloyan, Milena Voskanyan, Shant Shekherdimian, Helen Nazaryan, Sahak Arakelyan, Khachatur Kurkchyan, Poghos Geyikyan, Ara Babloyan, Ashot Sarkissian. «Kidney Transplantation in Low- to Middle- Income Countries: Outcomes and Lessons Learned from Armenia»//*Annals of Transplantation*, 2021; 26: e930943. DOI: 10.12659/AOT.930943

ՍԵՐԳԵՅ ԱՐԱՅԻ ԲԱԲԼՈՅԱՆ

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

ԵՐԻԿԱՄԻ ՓՈՒՊԱՏՎԱՍՏՄԱՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԸ

Համաշխարհային ամենաարդի խնդիրներից մեկը երիկամի քրոնիկ հիվանդությունն է (ԵԶՀ)՝ պայմանավորված հիվանդացության և տարածվածության անընդհատ աճով, ինչպես նաև մահացության բարձր ցուցանիշով: Հետևաբար, հետաքրքրությունը երիկամի փոխարինող թերապիայի նկատմամբ մշտապես պահպանվում է: Երիկամի փոխպատվաստումը (ԵՓ), անկասկած, հանդիսանում է ամենաօպտիմալը՝ հաշվի առնելով, որ այն ոչ միայն ծախսարդյունավետ է, այլև հնարավորություն է տալիս զգալիորեն երկարացնելու հիվանդների ապրելու տևողությունը, ինչպես նաև թույլ է տալիս ապահովելու հիվանդների լիարժեք սոցիալական վերականգնումը:

Այս աշխատանքի նպատակը Հայաստանում իրականացվող կենդանի դոնորից երիկամների փոխպատվաստման ծրագրի արդյունքները գնահատելն էր՝ հաշվի առնելով վիրաբուժական մարտավարության առանձնահատկությունները, ինչպես նաև հիվանդների կյանքի որակը:

Որպես դիզայն ընտրվել է դիտողական ռետրոսպեկտիվ խմբակային կլինիկական հետազոտությունը «առաջ - հետո» (cohort before-after study):

Հետազոտության մեջ ներգրավվել են 116 հիվանդ՝ 13-ից մինչև 60 տարեկան տարիքային խմբում (78 տղամարդ և 38 կին), որոնց 1994-2015թթ. ընկած ժամանակահատվածում իրականացվել է ԵՓ: Դեպքերից 114-ում ԵՓ իրականացվել է կենդանի դոնորից (ԿԴ), իսկ 2-ում՝ դիակային դոնորից: 114 կենդանի դոնորներից 37-ը տղամարդ էին, 77-ը՝ կին, որոնց տարիքը տատանվում էր 28-60տ. տարիքային սանդղակում:

Հետազոտման ժամանակահատվածում 20 ռեցիպիենտներ մահացել են, 24-ի մոտ նկատվել է փոխպատվաստված երիկամի (տրանսպլանտատի) կորուստ: Ուշ հետվիրահատական շրջանում մահվան պատճառ հանդիսացել են սիրտ-անոթային հիվանդությունները և ուռուցքները: Տրանսպլանտատի կորուստի ամենահաճախ հանդիպող պատճառ են հանդիսացել հիվանդի կողմից իմունոսուպրեսիվ թերապիայի ինքնակամ դադարեցումը և տրանսպլանտատի քրոնիկական նեֆրոպաթիան: Ընդհանուր առմամբ, տրանսպլանտատի ապրելու տևողությունը մեր խմբում 1, 5 և 10 տարի անց համապատասխանաբար կազմել է 94%, 78,4% և 50%:

Հիվանդներից հինգի մոտ նկատվել են ներվիրահատական բարդություններ՝ երակային արյունահոսություն և գստային զարկերակի թրոմբոզ: Հետվիրահատական վիրաբուժական բարդություններ առաջացել են հիվանդներից 1/3-ի մոտ: Մեծամասնության մոտ (22%) նկատվել է լիմֆոցիտ, որի շտկումը հիմնականում չի պահանջել կամ պահանջել է նվազագույն միջամտություններ:

Կյանքի որակի (ԿՈ) գնահատումն իրականացվել է 51 ռեցիպիենտների մոտ: Հսկիչ խումբը բաղկացած էր ծրագրային հեմոդիալիզով բուժում ստացող 59 հիվանդներից: Հիվանդների հարցումը իրականացվել է հատուկ մշակված

հարցաթերթի կիրառմամբ, որը նախատեսված է երիկամային հիվանդություններով տառապող հիվանդների կյանքի որակի գնահատման համար (Kidney Disease Quality of Life Short Form – KDQOL - SFTM):

Հարցաթերթիկը բաղկացած է 38 հարցերից, որոնք բաժանված են 5 հիմնական բաժինների.

- 1) Ձեր առողջությունը,
- 2) Ձեր երիկամային հիվանդությունը,
- 3) Երիկամային հիվանդության ազդեցությունը ամենօրյա գործունեության վրա,
- 4) Ձեր բավարարվածությունը բժշկական օգնությունից,
- 5) Լրացուցիչ տեղեկություններ:

Երիկամի փոխպատվաստումը հանգեցրել է մեր հետազոտման խմբում ընդգրկված հիվանդների ԿՈ զգալի բարելավմանը: Բարելավումը վերաբերում էր ինչպես ընդհանուր ԿՈ, այնպես էլ, առաջին հերթին, դրա ֆիզիկական բաղադրիչին, մինչդեռ հոգեբանական և սոցիալական բաղադրիչները ավելի քիչ են բարելավվել:

Աշխատանքի մեջ ներկայացված են առանձնահատուկ կլինիկական դեպքեր, վիրա-հատության ընթացքում չնախատեսված և կյանքի համար պոտենցիալ վտանգ սպառնացող իրավիճակներ, որոնք արժանի են հատուկ ուշադրության:

Ամփոփելով նշենք, որ սույն հետազոտության արդյունքում գնահատվել են ԵՓ արդյունքները Հայաստանում: Չնայած բազմաթիվ սահմանափակումներին՝ ցածր և միջին եկամտ ունեցող երկրներում ԵՓ կարող է ունենալ գոհացուցիչ արդյունքներ: Այնուամենայնիվ, ԵՓ թվերը հեռու են իրական պահանջարկից: Ակնհայտ է, որ ԵՓ ծրագիրը կենդանի դոնորից պետք է ընդլայնվի և լրացվի դիալիզիսի դոնորից իրականացվող փոխպատվաստման ծրագրով:

SERGEY BABLOYAN

SURGICAL ASPECTS OF KIDNEY TRANSPLANTATION AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS

SUMMARY

Chronic kidney disease (CKD) is a significant on both patients and health care system alike with high morbidity and mortality rate. Traditionally, the mainstay of treatment has been renal replacement therapy (RRT), a relatively costly and time-consuming intervention. By contrast, kidney transplantation (KT) obviates the need for RRT, has been shown to be cost-effective, and allows for social rehabilitation of patients. While KT is now the mainstay of treatment for CKD, this option remains limited in many low to middle income countries. The aim of this study was to evaluate the results of a kidney transplant program from living donors and quality of life (QOL) of patients in Armenia.

An observational retrospective cohort clinical study "before-after" (cohort before-after study) was chosen as a design. The study included 116 patients with CKD aged 13 to 60 years (78 men and 38 women) who underwent KT in Armenia during the period of 1994 to 2015. In 114 cases KT was performed from a living donor (LD), in 2 cases from a cadaveric donor. Out of the 114 living donors there were 37 men and 77 women ranging in age from 28 to 60 years.

During the follow-up period 20 patients had died and 24 had a graft loss. The causes of death in the long-term period were mainly cardiovascular diseases and tumors. The most common causes of graft loss were non-compliance to therapy and chronic graft nephropathy. Overall, the graft survival in our cohort at 1, 5, and 10 years was 94%, 78.4%, and 50%, respectively.

Intraoperative complications were noted in 5 patients (venous bleeding and thrombosis of the iliac artery). Postoperative surgical complications occurred in 1/3 of patients. The majority (22%) had lymphocele requiring no or minimal interventions.

QOL in transplanted patients was assessed in 51 recipients. The control group consisted of 59 patients receiving RRT with programmed hemodialysis (HD). A survey was conducted using a questionnaire specially designed for patients receiving programmed HD (Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL-SF™). Questions (38 in total) are divided into five main sections: 1) your health; 2) your kidney disease; 3) the impact of kidney disease on your daily activities; 4) satisfaction with medical care; 5) additional information.

KT led to a significant improvement in QOL. The greatest improvements were noted in the physical health components, followed by psychological and social realms.

We presented some particular cases, unforeseen and potentially life-threatening situations during operation, that deserve special attention.

In conclusion, the present study sought to evaluate results and outcomes of KT in Armenia. Despite numerous limitations, satisfactory outcomes from KT could be reached in Low-Middle Income Countries. However, numbers of KT are far from the demand. It is obvious that LD transplantation program should be expanded and complimented by deceased donor transplantation program.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a horizontal line extending to the right.