Łukasz Górski

# PRZYCZYNY DYSKWALIFIKACJI BIORCÓW NEREK TYPOWANYCH DO PRZESZCZEPIENIA –

# STRESZCZENIE

**Wprowadzenie:** Przeszczepienie nerki to obecnie najlepsza metoda leczenia chorych z przewlekłą niewydolnością nerek. Wpływa na wydłużenie życia pacjenta i poprawę jego jakości. Dla systemu ochrony zdrowia przynosi wymierne korzyści ekonomiczne. Rocznie przeprowadzanych jest w Polsce około 1000 operacji przeszczepienia nerki. Kwalifikacja chorego do przeszczepienia nerki polega na wykonaniu badań i przeprowadzeniu konsultacji, które mają wykluczyć istnienie przeciwwskazań do wykonania operacji. Pacjenci aktywni na liście osób oczekujących są wzywani do przeszczepienia przez ośrodek transplantacyjny zgodnie z kolejnością na liście typowania tkankowego utworzonej zgodnie z kryteriami alokacji nerek w Polsce.

**Cel pracy:** Celem pracy była analiza przyczyn odstąpienia od przeszczepienia nerki u osób wytypowanych do przeszczepienia. W pracy przedstawiono również ocenę częstości propozycji przekazania nerki w celu przeszczepienia do ośrodka transplantacyjnego, który kwalifikował chorego. Zwrócono również uwagę na dalsze losy zdyskwalifikowanych biorców.

**Materiały i metody:** Analizie poddano protokoły wyboru biorcy z dwuletniej obserwacji od lutego 2014 do lutego 2016. Wykluczono biorców jednoczasowego przeszczepienia trzustki z nerką oraz biorców nerek od dawcy żyjącego. W analizie grup równolicznych użyto parametrycznego testu t-Studenta. W przypadku grup różniących się liczebnością użyto testu nieparametrycznego U Manna Whitneya. W celu zbadania zależności między zmiennymi na skalach nominalnych wykorzystano test niezależności chi-kwadrat. Do porównania kilku czynników użyto analizy wariancji jednej zmiennej UNIANOVA. Wnioskowanie statystyczne przeprowadzono przy poziomie istotności $p<0,05$.

**Wyniki:** W analizowanym okresie obserwacji przeszczepienie nerki wykonano u 1967 chorych, a zdyskwalifikowano 2798. Współczynnik przeszczepialności wyrażający liczbę pacjentów przeszczepionych do sumy chorych przeszczepionych i zdyskwalifikowanych wyniósł 41%. Przyczynami dyskwalifikacji biorców były: brak wymaganych badań i

konsultacji lub brak ich aktualizacji (18,9%), duża odległość pacjenta od ośrodka transplantacyjnego i związany z tym narastający czas niedokrwienia pobranego narządu (14,3%), niewystarczająca diagnostyka kardiologiczna (12,7%), aktywny stan zapalny (12,1%), brak zgody biorcy (8,3%), duża różnica pomiędzy masą ciała dawcy i biorcy (7,8%), duża różnica pomiędzy wiekiem dawcy i biorcy (6,3%), zbyt wysoki indeks masy ciała biorcy (5,4%), brak kontaktu z chorym (4,2%), niski poziom anty-HBs (1,5%) oraz inne przyczyny (8,5%). Pacjenci powyżej 50 roku życia byli częściej dyskwalifikowani (56%) niż poniżej 30 roku życia (14%). Na częstość dyskwalifikacji nie miała wpływu pilność przeszczepienia (41,2% dyskwalifikacji w trybie planowym i 41,8% w trybie pilnym). Częściej dyskwalifikowano biorców z większej odległości od ośrodka transplantacyjnego (282,57 km w grupie zdyskwalifikowanych i 216,10 km w grupie przeszczepionych), z wykonanymi transplantacjami w przeszłości (67% w stosunku do 57%), z dłuższym okresem oczekiwania na przeszczepienie (14,42 miesiące w stosunku do 11,32 miesięcy), Zdecydowana większość decyzji o dyskwalifikacji pacjenta z przeszczepienia została podjęta po przeanalizowaniu karty zgłoszenia w rejestrach transplantacyjnych (94,3%). Tylko 3% dyskwalifikacji odbyło się w stacjach dializ, a 2,8% w ośrodku transplantacyjnym. 81% pacjentów zdyskwalifikowanych zostało przeszczepionych w późniejszym terminie ( z czego 86,6% w innym ośrodku transplantacyjnym, a 13,3% w tym samym). 13% zdyskwalifikowanych zmarło nie doczekawszy operacji przeszczepienia. Tylko w 4,7% przypadków ośrodki transplantacyjne zaproponowały przekazanie nerki w celu przeszczepienia do ośrodka, który kwalifikował chorego. W 23,4% ośrodek transplantacyjny zdyskwalifikował biorcę, którego sam kwalifikował.

**Dyskusja i wnioski:** Ośrodki transplantacyjne wykazały odmienny sposób postępowania i różnice w wymogach kwalifikacyjnych stawianych wobec biorców wytypowanych do przeszczepienia. Zdecydowana większość zdyskwalifikowanych pacjentów (81%) miała wykonane przeszczepienie w późniejszym terminie, co oznacza, że wielu tych dyskwalifikacji można było uniknąć poprzez bardziej staranny nadzór macierzystego ośrodka nad chorymi będącymi na aktywnej liście oczekujących na przeszczepienie nerki oraz składanie propozycji przekazania narządu w celu przeszczepienia do ośrodka, który kwalifikował chorego.