

нирки є найбільш ефективним та економічно вигідним методом ниркової замісної терапії при розвитку уремичного синдрому. У Харківській області реєстр хворих з хронічними хворобами нирок складає близько 44 тисяч пацієнтів, у тому числі 500 пацієнтів, які отримують різні методи замісної ниркової терапії. Серед них на диспансерному обліку у відділенні трансплантації нирки на початок 2016р. знаходилось 110 хворих.

У зв'язку з впровадженням в практику більш дієвих схем імуносупресивної терапії та зниженням частоти реакцій відторгнення трансплантату важливою причиною втрати алотрансплантатів нирок стали латентні вірусні інфекції. Серед них можна виділити поліомавірусну інфекцію, характерними проявами якої є тубулоінтерстиціальний нефрит, геморагічний цистит, а також стеноз сечоводу. Дискутабельним залишається питання про вплив різних схем імуносупресії на ризик реактивації поліомавірусної інфекції.

**Матеріали та методи:** На базі відділення трансплантації нирки Харківського нефроурологічного центру було обстежено 21 пацієнт з дисфункцією ниркового трансплантату строком до 2х років після операції. З них 13 хворих було чоловіків та 8 жінок. Реципієнти були розподілені на 3 групи: 1- реципієнти ниркового трансплантату в режим імуносупресії яких були включені циклоспорин А, інгібітор mTOR (еверолімус) та стероїди(14,3%); 2- реципієнти ниркового трансплантату в режим імуносупресії яких були включені циклоспорин А, мікофенолати та стероїди (47,6%); 3- реципієнти ниркового трансплантату в режим імуносупресії яких були включені такролімус, мікофенолати та стероїди(38,1%). Маркером реактивації поліомавірусної інфекції було виявлення «decoy-клітин» у сечовому осаді.

**Результати:** При обстеженні «decoy-клітини» були виявлені у 2х пацієнтів з дисфункцією трансплантату (9,5%), які отримували такролімус, мікофенолати та стероїди протягом 1го року після трансплантації нирки. У одного з них був виявлений стеноз сечоводу трансплантату. У цих реципієнтів була проведена конверсія імуносупресії на низькі дози циклоспорину А. Протягом 6 місяців у хворих спостерігався ріст клубочкової фільтрації на 30 %( $p \leq 0,05$ ), рівень креатиніну знизився на 40%( $p \leq 0,05$ ), протеїнурія зменшилась на 55%( $p \leq 0,05$ ). В даному дослідженні аналізуючи випадки поліомавірус-асоційованої дисфункції трансплантату нирки тактика ведення даних хворих виявилась ефективною та дозволила попередити втрату функції трансплантату.

**Висновки:** Відсутність специфічних протівірусних препаратів для лікування поліомавірусної інфекції призводить до необхідності рутинного скринінгу ре-активації вірусу та своєчасної профілактики розвитку хронічної дисфункції трансплантату.

## **ІНТЕГРОВАНІЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ ДОНОРІВ ПРИ РОДИННІЙ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРКИ**

*В.М. Лісовий, Н.М.Андон'єва, М.М. Поляков, С.О. Олянич*

*Харківський національний медичний університет*

*КЗОЗ «Обласний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала»*

Трансплантація нирки на сьогоднішній день повсюдно розглядається як оптимальний метод лікування термінальної ХХН, оскільки дозволяє виключити виникнення ускладнень, що присутні у «діалізних пацієнтів» та суттєво покращує якість життя останніх. Ще одною значною перевагою трансплантації є її виражена економічна ефективність у порівнянні з діалізом [2,4].

Число пересадок нирки, що виконуються щорічно, неухильно зростає. Однак світова тенденція полягає у тому, що число пацієнтів, котрим потрібна трансплантація нирки, зростає щорічно. Дослідниками виявляється неухильне зростання дефіциту донорських органів, а також проблема підбору «ідеальних» донорів [1,8].

Альтернативним напрямом в сучасній трансплантології, що дозволяє знизити дефіцит донорських органів і зменшити час у листі очікування, є використання донорів, що не підпадають під визначення «ідеальних». Для збільшення пулу донорів в усьому світі широко використовують донорів з розширеними критеріями[5,6], які раніше відхилялись через погляди, що використання цієї групи не має перспективи, а результати трансплантації будуть значно гірші, ніж при використанні «ідеальних» донорів. Сучасні дослідження показують, що результати такої трансплантації демонструють кращу

виживаність, ніж при лікуванні діалізом[7]. Аномалії судин нирки дещо ускладнюють техніку операції, але не погіршують віддалених результатів трансплантації [3].

Для розширення пулу донорів на споріднену трансплантацію нирки в Обласному клінічному центрі урології і нефрології ім. В. І. Шаповала виконуються трансплантації від донорів, що мають аномалії розвитку судин нирки.

У дослідженні прийняли участь 47 пар донор-реципієнт для спорідненої трансплантації нирки. Реципієнтами були хворі на хронічну хворобу нирок, що отримували нирковозамісну терапію перитонеальним та гемодіалізом в ХОКЦУН, також проводилась і додіалізна трансплантація нирки.

Кожен потенційний донор ретельно обстежувався та проводилась комплексна оцінка сумісності з реципієнтом. Всім донорам проводили УЗД нирок, комп'ютерну томографію з контрастним посиленням з контрастним підсиленням. Після трансплантації у донорів нирки оцінювали стан нирки за показниками креатиніну та сечовини плазми крові та УЗД при виписці із стаціонару.

Усім реципієнтам після пересадки нирки оцінювали функціональний стан за концентрацією сечовини та креатиніну в крові. В усіх випадках проводили ультразвукове обстеження трансплантату. Оцінювали розміри та форму нирки, вимірювали індекс резистентності, швидкість кровообігу у сегментарних артеріях.

В 32 (68 %) випадках вилучена нирка мала одну артерію та вену, у 15 (32%) випадках мали місце судинні аномалії, а саме: ранній поділ ниркових артерій у 3 (6,4%) випадках; додаткові ниркові артерії у 8 (17 %) випадках, при цьому у одного з цих пацієнтів(2%) була в наявності аномалія у вигляді впадіння лівої ниркової вени у нижню порожнисту вену у місці біфуркації останньої ;додаткові ниркові вени у 3 (6,4%);циркумаортальну ліву ниркову вену в 1 (2%) випадку. В одному випадку (2%) у донора нирки було виявлено вузлове утворення у наднирковій залозі, йому з нефректомією було проведено адреналектомію. У одного донора (2%) по передньолатеральній поверхні нирки виявлена ангіоліпома діаметром до 5 мм, котра була видалена на back table.

В усіх випадках використовувалась різна техніка анастомозування. При наявності двох рівноцінних артерій формувалися анастомози кінець в кінець однієї ниркової артерії з внутрішньою клубовою артерією та кінець в бік другої ниркової артерії з зовнішньою клубовою артерією. При нерівнозначності додаткової ниркової артерії, але коли її діаметр більший 2 мм, другий анастомоз робився також за типом кінець в бік до зовнішньої клубової артерії. Додаткові ниркові артерії з діаметром меншим за 1 мм перев'язувалися. При наявності двох рівнозначних вен формувалося єдине співустя, що анастомозувалося за типом кінець в бік з зовнішньою клубовою веною.

Реципієнти нирки були виписані зі стаціонару на 10-14 добу в задовільному стані. У подальшому проводили контрольне обстеження через тиждень, 1,3,6 та 12 місяців які підтвердили відсутність ознак порушення функції трансплантату.

Аномалії ниркових судин є фактором, що ускладнює техніку проведення трансплантації але не погіршують віддалені результати операції та функціонування трансплантату. Тому вважаємо доцільним виконання трансплантації нирки від донорів, що мають судинні аномалії.

Використання пограничних донорів дає змогу не тільки збільшити кількість трансплантації і знизити дефіцит донорських органів, але і дає оздоровити реципієнтів.

### **Список літератури**

1. Минина М.Г. О некоторых аспектах организации органного донорства // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2010. Т. 12. № 3. С. 81–88.
2. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек // Нефрология. 2006. Т. 10. № 1. С. 7–13.
3. Тобохов А. В., Васильев А. И., Николаев В. Н., Николаев А. В. Значение аномалий развития сосудов почки при проведении трансплантации // Дальневосточный медицинский журнал. 2013. №4 С.39-41.
4. Хазов М.В., Романов С.В., Липатов К.С. Трансплантация почки в ФГУ «ПОМЦ Росздрава»: опыт и перспективы развития // Медицинский альманах. 2008. № 5. С. 45–48.
5. Chavalitthamrong D., Gill J., Takemoto S., Madhira B.R. Patient and graft outcomes from deceased kidney donors age 70 years and older: an analysis of the Organ Procurement Transplant Network/United Network of Organ Sharing database // Transplantation. 2008. Vol. 85. № 11. P. 1573–1579.
6. Dahmane D., Audard V., Hiesse C. Retrospective follow-up of transplantation of kidneys from 'marginal' donors // Kidney Int. 2006. Vol. 69. № 3. P. 546–552.
7. Pascual J., Zamora J., Pirsch J.D. A systematic review of kidney transplantation from expanded criteria donors // Am. J. Kidney Dis. 2008. Vol. 52. № 3. P. 553–586.
8. Wynn J.J., Alexander C.E. Increasing organ donation and transplantation: the U.S. experience over the past decade // Transpl. Int. 2011. Vol. 24. № 4. P. 324–332.