

При наявності двох равнозначних вен формувалося єдине соустье, що анастомозувалося по типу кінця в бок з зовнішньої підвздошної веною.

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

При пересадці родическої нирки можливість використання органів для трансплантації з різними судинними аномаліями дозволяють збільшити кількість трансплантацій від живого родического донора з наступним покращенням якості життя реципієнта, звільняючи його від залежності від діалізу.

ЧАСТОТА РОЗВИТКУ ЛАТЕНТНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У РЕЦИПІЄНТІВ НИРКОВИХ ТРАНСПЛАНТАТІВ

Лісовий В. М., Желєзнікова М. О., Поляков М. М., Андон'єва Н. М., Валковська Т. Л., Олянич С. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Вступ. Трансплантація нирки з індукційною та наступною базисною імуносупресивною терапією може супроводжуватися реактивацією латентних вірусних інфекцій, таких як цитомегаловірус (ЦМВ), вірус Епштейн-Барра (ВЕБ), поліомавірус (ПВ), вірус герпесу 6 типу. У ранній післяопераційний період це пов'язано з більш інтенсивною імуносупресивною терапією. З ЦМВ-інфекцією пов'язана майже половина випадків лихоманки у хворих впродовж першого року після трансплантації нирки. В залежності від інтенсивності ЦМВ-інфекції вона може протікати безсимптомно або викликати серйозну хворобу. Симптоми ВЕБ-інфекції часто співпадають з симптомами ЦМВ-інфекції. Герпес-вірус-6 типу уражає В- та Т-лімфоцити, макрофаги, фібробласти та персистує у клітинах нирок, кісткового мозку та слинних залоз. Цей вірус нерідко виявляється у трансплантаті при гострому кризі відторгнення. Поліомавірус є однією з причин розвитку нефропатії трансплантованої нирки з наступною втратою її функції. Частота розвитку поліомавірусної інфекції у таких пацієнтів 5-8%.

Метою роботи було виявлення частоти розвитку латентних вірусних інфекцій у хворих в післятрансплантаційному періоді протягом першого року після операції з урахуванням нозологічних форм захворювань нирок та схеми імуносупресивної терапії.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 50 пацієнтів з трансплантованими нирками протягом 1-го року після операції. З них 34 пацієнта з хронічним гломерулонефритом, 4 пацієнти з діабетичною нефропатією, 6 пацієнтів з полікістозом нирок, 4 пацієнта з вадю розвитку СВШ та 2 пацієнти з хронічним пієлонефритом. Усі хворі з трансплантованими нирками отримували індукційну імуносупресію моноклональними антитілами – базиликсимаб, та трьохкомпонентну базисну імуносупресію: інгібітори кальциневрину (циклоспорин А або такролімус), препарати мікофенолової кислоти та кортикостероїди (метилпреднізолон у перерахунку 0,5 мг на кг маси тіла з поступовим зниженням дози до підтримуючих рівнів). При ознаках гострого кризу відторгнення хворі отримували пульс-терапію солумедролом, сеанси плазмаферезу та у деяких випадках конверсію імуносупресії на еверолімус. У якості противірусної профілактики усі хворі отримували ацикловір у стандартних дозах протягом 3 місяців після операції.

Для діагностики ЦМВ, ВЕБ використовували визначення ДНК вірусу у крові та слині методом ПЛР, вірусу герпесу 6 типу визначення ДНК вірусу у крові методом ПЛР та поліомавірусної інфекції визначенням есоу-клітин у сечовому осаді. Використовували наступний аналізатор та тест-систему: ампліфікатор «Герцик», детектор флуоресценції «Джин», ТС-АмпліСенс (Росія).

Результати та їх обговорення. В результаті дослідження у 6 хворих протягом перших 6 місяців була діагностована ЦМВ інфекція, у тому числі 2 випадки первинної ЦМВ інфекції. З них 4 пацієнта приймали такролімус, 2 пацієнта приймали циклоспорин А. У 3 пацієнтів вона протікала на тлі гострого кризу відторгнення, у 1 пацієнта спостерігались гострі виразки шлунково-кишкового тракту,

у 2 пацієнтів дисфункція трансплантату. У 5ти пацієнтів з персистуючою лихоманкою був виявлений ВЕБ, лише в 1 пацієнта спостерігалась порушена функція трансплантату. В 1 пацієнта виявлена мікст-інфекція -ЦМВ+ВЕБ.

Вірус герпесу 6 типу виявлений в 1 хворого з дисфункцією трансплантату, який приймав такролімус. Поліомавірус діагностований у 2 хворих з дисфункцією трансплантату нирки у схему імуносупресивної терапії яких був включений такролімус. Достовірної різниці у залежності від нозологічної форми захворювання нирок та розвитку латентних інфекцій у після трансплантаційний період не виявлено ($p=0,193$).

Висновок. 1. Необхідно змінювати схему профілактики вірусних інфекцій у залежності від серостатусу донора та реципієнта.

2. При серонегативному реципієнті та серопозитивному донорі необхідно проводити санацію донора (при високих титрах Ig G) препаратами валганцикловіру.

РАЗВИТИЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Лесовой В. Н., Поляков Н. Н., Андоньева Н. М., Железникова М. А.
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Первая пересадка почки от живого донора в отделении трансплантации Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала была произведена в декабре 2006 года.

В общей сложности за последние четыре года выполнено 169 трансплантаций почки от живого родственного доноров для реципиентов как города Харькова и Харьковской области, так и для жителей других областей Украины.

В качестве донора привлекались мать в 70 случаях, отец в 33, муж в 12, жена в 9, брат в 10, сестра в 2 случаях, по одному случаю донорами были дед, дочь, тетя, дядя и бабушка реципиента.

Длительность проведения заместительной почечной терапии перед трансплантацией составила от 2 месяцев до 8-ми лет. 15-ти пациентам трансплантация была проведена на протяжении первого года диализа.

Донорами в большинстве случаев были женщины - 24 наблюдения (85,7%). Средний возраст доноров составил $54,9 \pm 8,6$ года и колебался в пределах от 41 до 72 лет. 10 доноров (35,7%) были в возрасте старше 60 лет. Модели "родители - ребенок" соответствовали 24 случая, в 3-х случаях донорами были сестры пациентов, в 1-м - муж. Некоторые требования, предъявляемые к потенциальному донору, были снижены в пользу донорства, что позволило увеличить число операций. Прежде всего, это касалось возрастного ценза донора, который возрос до 70 лет. Применялся индивидуальный подход к возможности донорства при повышенном артериальном давлении, требовавшем минимальной медикаментозной коррекции.

Обязательным условием для донорства была оптимальная иммунологическая совместимость донора и реципиента по системе АВО, резус-фактору, по HLA-A и B сублокусам, по HLA-DR-системе, а также в лимфоцитотоксическом тесте.

В протокол обследования донора были включены такие диагностические методы, как динамическая ангиосцинтиграфия почек, магнитнорезонансная ангиография или спиральная компьютерная томография, которые позволили отказаться от инвазивного ангиографического исследования и определить анатомофункциональное состояние почек. Рядом с рутинным лабораторным обследованием проводилась серологическая диагностика вируса Эпштейна-Барр (EBV), простого герпеса, цитомегаловируса, ВИЧ, а также гепатитов В и С (HBV, HCV).

Сокращение времени консервации почечного трансплантата обеспечивалась одновременным выполнением нефрэктомии и трансплантации. Время холодовой ишемии составляло от 1 до 2 часов. Во всех случаях почка была трансплантирована экстраперитонеально в гетеротопическую позицию на подвздошные сосуды с восстановлением непрерывности мочевых путей с помощью уретероцистоанастомоза. Артерию донорской почки анастомозировали с внутренней подвздошной артерией "конец в конец", а вену - с внешней подвздошной веной "конец в бок".

В Харьковской области все больные с пересаженной почкой находятся на диспансерном учете ОКЦУН им.В.И.Шаповала. С этой целью больным, ежемесячно проводятся общеклинические исследования крови, мочи, оценивается функция трансплантата, подбирается и корректируется