**РЕКОНСТРУКЦИЯ СОСУДИСТОЙ НОЖКИ У**

**ДОНОРОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА**

*ЛЕСОВОЙ В. Н., ПОЛЯКОВ Н. Н., АНДОНЬЕВА Н. М.*

Областной клинический центр урологии и нефрологии имени В. И. Шаповала,
г. Харьков, Украина

**ВВЕДЕНИЕ.** Прогрессирующий рост хронических болезней почек является важнейшей социально-экономической проблемой в связи с необходимостью проведения почечнозаместительной терапии. Реестр больных в Харьковской области (Украина) составляет 45091 человек, или 1658,1 та 100 тыс. населения, поэтому совершенствование специализированной нефрологической помощи является важнейшим направлением современ­ной системы здравоохранения. Высокозатратный характер последней, дефицит диализных мест позволяет рассматривать трансплантацию донорской почки как альтернативный метод, позволяющий улучшить качество жизни данной категории пациентов. Дефицит донорских органов, несо­вершенство законодательной базы, ограничения трупного донорства, приводит к необходимости использования родственных доноров, не подходящих под определение «идеальных».

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить результаты использования доноров, имеющих аномалии сосудов почек, при родственной трансплантации. Проанализировать частоту развития осложнений и обеспечить возможность улучшения качества жизни реципиентов в посттрансплантационном периоде.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** В областном клиническом центре урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала в 2015 году проводились трансплантации от доноров, имеющих аномалии сосудов почки. Обследована 41 пара донор-реципиент. Реципиентами были больные с терминальной хронической почечной недостаточ­ностью, нуждающиеся в заместительной почечной терапии. Все доноры подбирались с учетом групповой совместимости и перекрестной пробы. Все пациенты прошли стандартное обследование. При обследовании доноров осуществлялась оценка функционального состояния почек, особенности архитектоники сосудистой ножки при помощи спиральной компьютерной томографии. Стандартная четырехкомпонентная иммуносупрессивная терапия назначалась за 7-8 дней до операции.

**ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.** Исследование показало, что в 34,12% имелись аномалии архитектоники сосудистой ножки: раннее деление почечных артерий ~ 4,88%; дополнительные почечные артерии ~ 14,63%, удвоение нижней полой вены ~ 2,44%; дополнительные почечные вены ~ 4,88 %; циркумаортальная левая почечная вена ~ 2,44%, аневризмы почечной артерии ~ 4,88%.

Во всех случаях использовалась разная техника анастомозирования. При наличии двух равноценных артерий анастомозы формировались по типу «конец в конец» одной почечной артерии с внутренней подвздошной артерией и «конец в бок» другой почечной артерии с наружной подвздошной артерией. При неравнозначности дополнительной почечной артерии, но в случае, когда ее диаметр более 2 мм, второй анастомоз делался также по типу «конец в бок» к наружной подвздошной артерии. Дополнительные почечные артерии с диаметром менее 1 мм, перевязывались. При наличии двух равнозначных вен формировалось единое соустье, которое анастомозировалось «конец в бок» с наружной подвздошной веной.

При наличии аневризмы почечной артерии забиралась почка с аневризмой, на back table после консервирования графта в условиях холодовой ишемии выполнялась резекция аневризмы с пластикой сосудистой стенки и дальнейшей трансплантацией реципиенту.

Доноры были выписаны на 7-8-е сутки, а реципиенты почки - на 10-14-е сутки в удовлетворительном состоянии после нормализации показателей азотистого обмена и подбора иммуносупрессивной терапии. В дальнейшем проводили контрольные обследования реципиентов через неделю, 1,3, 6 и 12 месяцев и доноров через 1 и 6 месяцев наблюдения которые подтвердили отсутствие признаков нарушения функции трансплантата и состояние здоровья донора.

**ВЫВОДЫ.** Аномалии почечных сосудов у родственных доноров в нашем наблюдении выявлены у 34,12% доноров, характеризовались ранним разделением почечных артерий (4,88%), наличием дополнительных артерий (14,63%) и вен (4.88%), аневризмы почечной артерии (4,88%), удвоением нижней полой вены (2,44%), циркумаортальным расположением левой почечной вены (2,44%). Аномалии архитектоники сосудистой ножки являются фактором, который усложняет технику проведения трансплантации, но не ухудшает отдаленные результаты операции и функционирование трансплантата. При аневризматическом поражении почечной артерии донорам и так было показано оперативное лечение в связи с риском разрыва и кровотечения. Расширение показаний к донорству позволило оздоровить как доноров, так и реципиентов. Это позволяет улучшить обеспечение заместительной почечной терапией больных с хроническими болезнями почек и сохранить качество жизни данной категории пациентов.