

ВРЕД С ПОЛЬЗОЙ

В.А.Сагатович, А.В.Кузь, Л.М.Рощина

Одесская областная клиническая больница, Украина

Summary

Harm with use. The first experience work (9 cases) with living related donors was presented. It had not complication, but authors consider, a severe impact on the donor isn't justified. Besides, a typing on lymphocytes of blood and narrow limit choosing isn't assurance against severe acute rejections.

Общепризнано, что первая пересадка почки от человека человеку выполнена 03.04.33г. в г. Харькове (Украина). К сожалению, этот героический шаг оставлен потомками без внимания. Даже наоборот, на рубеже столетий в обществе возобладало антитрансплантационное мракобесие. Активность профильных клиник резко снизилась, а кое-где и прекратилась. Внедрение пересадки других органов захлебнулось т.к. трупные доноры стали недоступными, (ни одного забора из 27 потенциальных доноров зарегистрированных в Одессе в 2001г.), то встал вопрос о живом родственном доноре. Пришлось свой врачебный долг вывернуть наизнанку, принципом «не навреди» внутрь. В мае 2001г. в Одесском центре выполнена первая пересадка от живого донора, а ровно через 1 год наш опыт насчитывал уже 9 таких операций. ЦЕЛЮ нашей работы стал анализ положительных и отрицательных сторон пересадки жизненно важного органа от живого донора для предупреждения вероятных осложнений.

Материал и методы

Все доноры проходили 4 обязательных исследования (от простого к сложному): группа крови(принцип универсальности O(1)-донора и AB(4)-реципиента), экскреторная урография (безукоризненная функция обеих почек), типирование с реципиентом (решающим являлся cross-match не более 30%) и почечная ангиография одноствольность левой почечной артерии). Добровольность донорства от родителей подтверждалась простым заявлением; а от остальных таковая заверялась нотариально. Нефрэктомия выполняли люмботомическим доступом через проекцию 12-го ребра с резекцией последнего. Наркоз эндотрахеальный.

Результаты

Среди доноров оказались: матери - 3; отцы - 2; супруги - 2; брат - 1; дядя -1. Средний возраст родителей 58 лет, супругов - 27 и остальных - 38 лет. Случаев изменения своего решения непосредственно перед операцией у доноров не было. Кондиционирование доноров производилось по рекомендациям из литературы.

Наилучший результат (функция на столе, безукоризненный внешний вид паренхимы, снижение азотистых шлаков до нормы за 2-3 суток) мы получили при использовании альфа-адреноблокирующего эффекта манитола и дроперидола. Сосуды почки в 8-ми случаях выделялись, пережимались и отрезались отдельно. И только 1 раз - блоком, но трудностей впоследствии не было. Интра- и постоперационных кровотечений мы не имели. Наиболее хлопотным было отделение ворот почки от надпочечника. Время первичной тепловой ишемии не превышало 3 мин. Все почки размылись струйно и диффузно. Уретральный катетер у донора удалялся через 1, а страховой дренаж через 3 суток.

При относительно гладком течении нефрэктомии у здорового человека, мы все же отметили, что операционная травма превышает таковую при аналогичных операциях в урологической практике, где разрез короче и нет резекции ребра. Это выражалось в более частом пользовании донором анагетиками и скованности движений, даже в большей степени, чем у собственного реципиента. Именно после операции у доноров впервые возникала озабоченность перспективой своей трудоспособности. В 1 случае, из-за неадекватной гидратации нами была допущена суточная анурия, что заставило повысить внимание к этому фактору. По функциональным возможностям оставшейся правой почки мы убедились в достаточности предоперационного обследования. У всех доноров в 1 сутки после операции креатинин плазмы повышался до 150-160 мкмоль/л. Но еще через 5 дней не превышал 130 мкмоль/л. Несмотря на приемлемый cross match (реально 0-25%),

мы обнаружили некий парадокс кровного родства, т.е. несколько большую агрессию иммунной системы реципиента, чем это наблюдается в случаях с трупными донорами. Ложно-

отрицательные результаты по-видимому связаны с типированием по лимфоцитам крови, а не селезенки, донора. Так, или иначе, но из-за некупируемых кризов отторжения пришлось удалить 2 трансплантата, чего с трупными почками делать не приходилось. На этой почве, мы укоренились в мнении, что соблюдая критерии С-2 при оценке достаточности Циклоспорина в крови, можно избежать упомянутых неприятностей. Необходимо отметить, что доноры с пониманием отнеслись к известию о бессмысленности принесенных ими жертв, т.е. что спасительная миссия удаленной почки переросла в угрозу для жизни реципиента. Явной депрессии у донора после возврата реципиента на гемодиализ мы не наблюдали. Через полгода и ранее доноры хотя и возвращались к трудовой деятельности, но чувство тяжести в ране сохранялось.

Выводы

1. Наносимый вред организму здорового человека нельзя оправдать возвышенной целью. Следует стремиться к использованию, прежде всего, трупного материала.
2. Типирование по лимфоцитам крови донора и суженый выбор повышают риск возникновения некупируемых острых кризов отторжения.