Оглавление

Введение

. История трансплантации почки

. Трансплантация почки. Основные этические принципы, регулирующие трансплантацию органов

. Жизнь после трансплантации почки

Заключение

Список литературы

Введение

Трансплантология - раздел медицины, изучающий проблемы трансплантации органов (в частности, почек, печени, сердца), а также перспективы создания искусственных органов.

Трансплантация органов относиться к великим открытиям человечества. Трансплантация органов используется при опасных для жизни заболеваниях, когда восстановление здоровья пациента другими методами лечения невозможно. Наиболее частыми показаниями для трансплантации является терминальные стадии хронических заболеваний почек, печени, легких, сердца, поджелудочной железы.

Различают следующие виды трансплантации:

аутотрансплантация, или аутологичная трансплантация - реципиент трансплантата является его донором для самого себя. Например, аутотрансплантация кожи с неповреждённых участков на обожжённые широко применяется при тяжёлых ожогах. Аутотрансплантация костного мозга или гемопоэтических стволовых клеток после высокодозной противоопухолевой химиотерапии широко применяется при лейкозах, лимфомах и химиочувствительных злокачественных опухолях.

изогенная трансплантация - донором трансплантата является 100% генетически и иммунологически идентичный реципиенту однояйцевый близнец реципиента.

аллотрансплантация, или гомотрансплантация - донором трансплантата является генетически и иммунологически отличающийся человеческий организм.

ксенотрансплантация, или межвидовая трансплантация - трансплантация органов от животного другого биологического вида.

Пересадка почек по сравнению с трансплантацией других органов, относительно давно получила широкое распространение. В настоящее время пересадка почки, во многих случаях, самый эффективный метод лечения поздних стадий хронической почечной недостаточности.

1. История трансплантации почки

Впервые в эксперименте трансплантация почки у животного была выполнена венгерским хирургом Эмерихом Ульманом в 1902 году. Независимо от него эксперименты по трансплантации почки в эксперименте, консервации её и технике наложения сосудистых анастомозов проводил Алексис Каррель в 1902-1914 гг. Он разработал основные принципы консервации донорского органа, его перфузии. За работы по трансплантации органов Алексис Каррель был награждён Нобелевской премией в 1912 году. Первую попытку трансплантации органа от животного человеку предпринял, по-видимому, Матье Жабулей, пересадивший свиную почку пациенту с нефротическим синдромом, закончившуюся фатально. В первых годах ХХ века предпринимались и другие попытки трансплантации органов от животных (свиней, обезьян) людям, также безуспешные. В 1933 году в Харькове Ю. Ю. Вороной впервые в мире предпринял попытку трансплантации почки от человека человеку. Он пересадил почку от трупа 60-летнего мужчины, умершего 6 часами ранее, молодой девушке 26 лет, с суицидальными целями принявшей хлорид ртути. Почка была трансплантирована как временная мера на период анурической фазы острой почечной недостаточности, в область бедра пациентки. К сожалению, у Вороного не было данных о нежизнеспособности почки после долгой тепловой ишемии, что привело к закономерно неудачному результату операции, больная погибла.

Только появление в 1943 году работ Питера Медавара в области тканевой иммунологии и тканевой совместимости позволило совершить первые попытки истинно обоснованных научно трансплантаций. В 1950 году Р. Лоулер в Чикаго выполняет ортотопическую трансплантацию почки. Вместо удалённой поликистозной почки он пересаживает 44-летней женщине на то же место почку от трупа той же группы крови. Трансплантат работал 53 дня. В 1951 Шарль Дюбост в Париже пытается трансплантировать почку обезглавленного преступника пациенту с острой почечной недостаточностью в подвздошную ямку. Уверенно шёл к выполнению трансплантации почки коллектив клиники Питера Бента Брайхема в Бостоне. В 1947 году Девид Хьюм, Чарльз Хафнагель и Эрнест Ландштейнер (сын Карла Ландштейнера, открывателя групп крови) выполняют временную трансплантацию почки молодой девушке с острой почечной недостаточности на фоне инфицированного аборта. Почка пришивается к сосудам предплечья. Несмотря на то, что трансплантат начал функционировать, на фоне чего восстановилась функция своих почек, пациентка погибла от острого гепатита, осложнившего переливания крови. Первой успешной трансплантацией почки оказалась выполненная Джозефом Мюрреем и теми же хирургами под руководством терапевта Джона Мерилла родственная пересадка почки. 26 октября 1954 года молодой мужчина Ричард Херрик был госпитализирован с почечной недостаточностью. У него был брат-близнец Рональд. После стабилизации состояния Ричарда бригада хирургов выполнила пробную пересадку кожи между братьями с целью подтвердить идентичность их тканевых фенотипов. Отторжения не было. 23 декабря того же года была выполнена трансплантация почки с немедленной функцией трансплантата. Ричард прожил 9 лет после операции и погиб от рецидива основного заболевания. Рональд умер 29 декабря 2010 года. Последующие трансплантации почки между братьями-близнецами также оказывались успешными. В 1959 году выполнена первая трансплантация почки от посмертного неродственного донора. Для подавления иммунитета использовали тотальное облучение тела. Реципиент прожил после операции 27 лет.

В 1960 году Шварц и Дамешек описывают в эксперименте иммуносупрессивное действие 6-меркаптопурина. На его основе разрабатывается лекарственный препарат азатиоприн, который позволяет выполнять трансплантации от неродственных доноров. 31 декабря 1972 года Хартманн Стехелин открывает новый иммуносупрессивный препарат циклоспорин, впервые успешно применённый в клинике Томасом Старзлом в 1980 году. Это открыло новую эру в трансплантации. В 1990 году в университете Питтсбурга под руководством Старзла разрабатывается другой иммуносупрессивный препарат - такролимус.

2. Трансплантология почки. Основные этические принципы, регулирующие трансплантацию органов

Основными показаниями для трансплантации почки являются случаи терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Частота вновь выявленных случаев терминальной ХПН составляет 30-50 случаев на 1 млн. населения в год. Чаще всего она возникает у лиц, страдающих хроническим гломерулонефритом и пиелонефритом, сахарным диабетом, поликистозом, системными заболеваниями (склеродермия, системная красная волчанка), лекарственными и токсическими нефропатиями, травмами и опухолями (гипернефроидный рак, ангиосаркома Вильмса), по поводу которых необходима нефрэктомия, а также при потере функции единственной почки.

В некоторых ситуациях острой почечной недостаточности при необратимых нарушениях структур и функций обеих почек возникает необходимость в трансплантации почки. В настоящее время существуют несколько методов лечения терминальной ХПН (программный гемодиализ, перитонеальный диализ), однако общепризнано, что успешная трансплантация почки наилучшим образом восстанавливает качество продлеваемой жизни больных и обеспечивает их социальную реабилитацию.

Критерии отбора больных для трансплантации почки. Вне зависимости от первичного заболевания базисным показанием к трансплантации является ХПН у пациентов в возрасте до 65-70 лет, у которых нет нарушений нижних мочевыводящих путей, активной инфекции, выраженной кахексии, злокачественных опухолей или системных заболеваний в активной фазе.

Трансплантация почки является методом выбора лечения детей, страдающих ХПН.

Если почечной недостаточности сопутствуют поражения печени в виде ее цирроза или другого хронического заболевания с выраженными нарушениями функции, то осуществляют пересадку печени и почки. К операции по пересадке почки больных длительно готовят с помощью гемодиализа на аппарате "искусственная почка".

Противопоказания к трансплантации почек:

. Абсолютные противопоказания: а) обратимое поражение почек б) возможность поддержания полноценной жизни с помощью консервативного лечения в) тяжелые формы основных внепочечных осложнений (тяжелое течение ИБС, терминальная ХСН и легочная недостаточность, цирроз печени с гепатаргией, тяжелое поражение сосудов головного мозга, злокачественная опухоль) г) активная инфекция д) активный гломерулонефрит е) предшествующая сенсибилизация к ткани донора

. Относительные противопоказания: а) возраст б) заболевание мочевого пузыря или мочеиспускательного канала в) окклюзивное поражение подвздошных и бедренных артерий г) сахарный диабет д) психические болезни е) оксалоз

При использовании в качестве иммуносупрессивных средств азатиоприна (имурана) и преднизона, результаты трансплантации почки, взятой у соответственно подобранного донора-родственника, более обнадеживающие, чем при трансплантации трупной почки, и успех соответственно составляет 75-90% по сравнению с 50-60% случаев приживления трансплантата. В тех случаях, когда в схему лечения дополнительно вводили антилимфоцитарные глобулины (АЛГ), результаты трансплантации трупной почки приближались к результатам трансплантации почки, взятой у донора-родственника, по меньшей мере в течение первых лет после трансплантации.

Применение циклоспорина позволило значительно улучшить результаты трансплантации трупной почки и довести выживаемость больных в течение первого года до 80% в тех случаях, когда он используется в сочетании с преднизоном, вместо азатиоприна и АЛГ. При всех видах терапии частота случаев отторжения трансплантата значительно снижается после истечения первого года после трансплантации, хотя иногда может развиться острый необратимый эпизод отторжения через много месяцев хорошего функционирования трансплантированной почки. Вероятность этого возрастает, если больной пренебрегает приемом иммуносупрессивных средств.

Получены доказательства благоприятного воздействия на результаты трансплантации процедуры переливаний крови потенциальным реципиентам в подготовительном периоде. Все чаще выполняются повторные и даже третьи трансплантации, а их суммарные результаты показывают, что частота случаев ожидаемого приживления трансплантата снижается только на 10-20% по сравнению с первой трансплантацией; иными словами, отторжение трансплантата не обязательно предопределяет плохой результат еще одной попытки трансплантации.

Выбор донора. Источниками получения донорских почек служат трупы или добровольцы-доноры, являющиеся кровными родственниками больного. Добровольцы-доноры должны быть физически здоровыми и иметь ту же группу крови системы АВО, что и реципиент. Однако можно трансплантировать почку от донора, обладающего группой крови О (I), реципиенту с группой крови А (II), В (III) или АВ (IV). Донорам-добровольцам необходимо выполнить селективную артериографию почек, чтобы убедиться в отсутствии у них добавочных или поврежденных почечных артерий. При отборе трупной почки для последующей трансплантации необходимо исключить у трупа-донора наличие злокачественных опухолей для того, чтобы избежать передачи заболевания реципиенту.

Разрабатывается базирующаяся на долевом участии заинтересованных организаций координированная в региональном или национальном масштабе система компьютеризованной информации и материально-технического снабжения, обеспечивающая доставку трупных почек к соответствующим реципиентам. В настоящее время существует возможность изъять почки из трупа и поддерживать их жизнеспособность в течение 48 ч при помощи пульсирующей перфузии охлажденной жидкостью или путем простого промывания и охлаждения.

Типирование для определения тканевой совместимости и клиническая иммуногенетика. Ранее критерием для отбора доноров почечных аллотрансплантатов была принята совместимость по HLA-антигенам - главному генному комплексу гистосовместимости. Тем не менее и другие антигены, называемые минорными («второстепенными»), могут играть решающую роль, особенно антигены групп крови и эндотелиальный антиген, находящийся в моноцитах периферической крови, но не в лимфоцитах.

Доноры-родственники. На протяжении более двух десятилетий, когда азатиоприн был основным иммунодепрессивным лекарственным средством, полученные у живых доноров-родственников почки лучше всего приживались после трансплантации. Среди родственников в первом колене общий уровень ожидаемого успешного приживления трансплантата находился в прямой зависимости от результатов проб на совместимость по гаплотипам 2, 1 или не-HLA, определяемой при помощи серологического HLA-типирования и по наличию или отсутствию пролиферативной реакции при проведении реакции смешанной культуры лимфоцитов (СКЛ-реакции).

У HLA-несовместимых сибсов показатели приживляемости трансплантатов были ненамного выше, чем средние показатели, получаемые при трансплантации трупных почек (50-60% в течение 1 года), в то время как у полуидентичных по антигенам HLA (гаплоидентичный) пар эти показатели составляли 70-75%. У пар донор-реципиент, обладающих низким уровнем реактивности по результатам СКЛ-реакции, частота приживления трансплантата в течение 1 года составляла 90%, в то время как у пар с высоким уровнем реактивности этот показатель составлял 55% (в том случае, если не проводились переливания крови от специально подобранного донора для устранения этого недостатка). Реактивность СКЛ-реакции реципиента с сывороткой донора дает более точный прогноз приживляемости трансплантата, чем серологическое типирование по HLA-A, -В, -С или DR-антигенам.

В случае применения азатиоприна период полужизни функционирующего трансплантата после первого года составляет 34 года при пересадке почек от HLA-идентичных доноров, 11 лет и 6 мес - при пересадке почек от гаплоидентичных доноров и 7 лет при пересадке трупных почек.

Трупные почки. При проведении первых трансплантаций с использованием циклоспорина суммарная частота успешного приживления трупных почек в течение 1 года составила 80%, приблизив ее к уровню выживаемости при трансплантации почек, полученных от гаплоидентичных родственников. Установлено, что совместимость типа «полный дом» по двум HLA-A и двум HLA-B-антигенам между двумя не состоящими в родстве лицами не обеспечивает совместимости по другим локусам. Степень улучшения приживляемости трупной почки при совместимости по двум А- и двум В-антигенам составляет 10%.

Быстро получить результаты СКЛ-реакции (например, в течение 24 ч) невозможно; поэтому используют серологические методы, позволяющие определить приблизительную степень совместимости. Из числа молекул HLA II класса-DP, DQ и DR - последний вид антигенов играет основную роль в СКЛ-реакции; совместимость по DR обеспечивает наилучшую приживляемость трупных почек. Показатели приживляемости трансплантата повышаются на 20% в случае совместимости по двум антигенам DR по сравнению с теми случаями, когда по обоим этим антигенам наблюдается несовместимость. Если имеется также совместимость и по HLA-B-антигенам, показатели приживляемости трансплантатов еще более возрастают.

Предсенсибилизация. Положительный результат пробы на перекрестную совместимость между сывороткой крови реципиента и Т-лимфоцитами донора, относящимися к антигенам HLA-класса I, служит прогностическим признаком острой сосудистой реакции, называемой гиперострым отторжением. Больным, у которых вырабатываются aнти-HLA-антитела, можно с большой уверенностью в успехе трансплантировать почку, если тщательно подобрать донора, сыворотка которого дает отрицательную реакцию в пробе на перекрестную совместимость.

Эндотелиально-моноцитарная система. В некоторых случаях неожиданного ускоренного отторжения были обнаружены антитела, реагирующие на эндотелий почек и моноциты крови; их выявляли как в циркулирующей крови, так и в жидкостях, полученных из отторгнутых трансплантатов. Практическое осуществление типирования и проведения проб на перекрестную совместимость с этой He-HLA-антигенной системой затруднительно.

Трансплантационная иммуногенетика. В дополнение к антигенам АВН(О) группа крови в настоящее время известно, что важными антигенами гистосовместимости являются антигены HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DR и эндотелиально-моноцитарная антигенная система. Поэтому в настоящее время основное внимание уделяется пробам на перекрестную совместимость антигенов А, В, С и типированию DR-антигенов.

Отторжение трансплантата. Постановка диагноза отторжения в ранние сроки после трансплантации позволяет немедленно начать проведение мероприятий, направленных на сохранение функции почек и предотвращение их необратимого повреждения, обусловленного фиброзом. Клинические признаки отторжения характеризуются лихорадкой, припухлостью и болезненностью в области трансплантата, а также значительным уменьшением объема мочи. У тех больных, у которых функция почек первоначально была удовлетворительной, олигурия может сопровождаться снижением концентрации натрия в моче и повышением ее осмоляльности. Изменений может не быть в более поздних стадиях отторжения.

Для подтверждения наличия изменений в сосудах почек и почечном кровотоке целесообразно выполнить артериографию или радионуклидную ренографию с I131-гиппураном, даже в случае отсутствия тока мочи. Диагностическое ультразвуковое исследование позволяет исключить вероятность обструкции мочевых путей или подтвердить наличие околопочечных скоплений мочи, крови или лимфы. В тех случаях, когда функция почек первоначально была удовлетворительной, увеличение концентрации креатинина в сыворотке крови и снижение клиренса креатинина служат наиболее чувствительным и надежным показателем процесса отторжения.

В случае использования циклоспорина процесс отторжения почки протекает более вяло, и единственным способом, обеспечивающим постановку точного диагноза, может оказаться биопсийное исследование почек. Не существует однозначных общепризнанных критериев для постановки диагноза цитотоксического действия циклоспорина, хотя некоторые патологи и отмечают такие изменения, как интерстициальный фиброз и утолщение стенок артерий. В целом же, если при биопсийном исследовании не будут выявлены умеренная и активная реакции клеточного отторжения, то, вероятнее всего, повышение уровня креатинина в крови обусловлено действием циклоспорина, следовательно, уменьшение дозы препарата необходимо для нормализации функции пересаженной почки.

Если при биопсийном исследовании будет выявлено активное отторжение, больного необходимо лечить соответствующим образом.

Изменение характера клинических проявлений инфекционных болезней. В результате иммуносупрессивной терапии создает главную трудность при ведении больного в посттрансплантационном периоде. Признаки и симптомы инфекционного процесса могут быть замаскированными и искаженными, и обычным его проявлением служит лихорадка, развивающаяся без видимой причины. Лишь через несколько суток или даже недель становится очевидным его вирусное или грибковое происхождение. Невозможно переоценить важность проведения бактериологического исследования крови у таких больных, поскольку часто происходит системное инфицирование без явных очаговых изменений, хотя чаще всего отмечается инфицирование раны при наличии или отсутствии мочевого свища. Особого внимания требует быстро развивающееся инфекционное поражение легких, которое может привести к летальному исходу уже через 5 суток после начала его развития. Когда наличие таких поражений станет очевидным, следует прекратить введение иммуносупрессивных препаратов, за исключением поддерживающих доз преднизолона.

Основным токсическим эффектом азатиоприна является угнетение костного мозга, в то время как циклоспорин такого влияния не оказывает. Однако оба этих препарата могут предрасполагать к развитию необычных инфекционных заболеваний. В случае инфицирования Pneumocystis carinii препаратом выбора является триметоприм - сульфа-метоксазол; амфотерицин В эффективен при лечении больных с системными грибковыми заболеваниями. При поражении ротовой части глотки Candida эффективно местное применение фуциса, иммудона, прием внутрь флуконазола или интраконазола 100 мг 1 раз в день в течение 10 дней. Может также произойти инфицирование Aspergillus, Nocardia и цитомегаловирусом (ЦМВ). Инфицирование последним особенно распространено у больных с трансплантированной почкой, причем активное инфицирование ЦМВ часто сочетается с эпизодами отторжения. Осложнения, порождаемые кортикостероидной терапией, хорошо известны и включают в себя желудочно-кишечное кровотечение, замедление заживления ран, остеопороз, диабет, образование катаракт и гемморагический панкреатит. Лечение желтухи у больных с трансплантированной почкой должно включать в себя полное прекращение приема азатиоприна или циклоспорина. В некоторых случаях заболевания желтухой азатиоприн можно заменить циклофосфамидом.

Несмотря на возможные потенциально тератогенные эффекты иммуносупрессивных средств, частота врожденных аномалий развития у детей, родившихся от лиц, перенесших трансплантацию почек (как женщины, так и мужчины), не превышает обычных показателей.

Поражение клубочков. Даже у однояйцевых близнецов, которым не требуется проведения иммуносупрессивной терапии, после трансплантации может развиться поражение клубочков, представляющее собой рецидив гломерулонефрита. Патогенез поражения клубочков в этом случае связан с процессом хронического отторжения. В других случаях рецидивирующие поражения клубочков сходны с теми, которые развивались у больного в результате его первоначального заболевания. Примерами таких поражений служат рецидив нефротоксического синдрома; рецидив нефропатии IgA в почечных аллотрансплантатах, а также мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит.

Злокачественные опухоли. Частота развития опухолей у больных, получающих иммуносупрессивную терапию, составляет 5-6% или приблизительно в 100 раз выше, чем в обычной популяции у лиц одинаковых возрастных групп.

Другие осложнения. Гиперкальциемия, возникающая после трансплантации, как правило, указывает на отсутствие регресса подвергшихся гиперплазии паращитовидных желез. Асептический некроз головки бедренной кости, вероятно, обусловлен существовавшим ранее гиперпаратиреозом. Нельзя недооценивать роль гипертензии и гипертриглицеридемии.

Основные этические принципы, регулирующие трансплантацию органов или тканей человека.

. Органы человека не могут рассматриваться как объект купли и продажи. Декларация ВМА о ТОиТ (1987) провозглашает: "Купля-продажа человеческих органов строго осуждается". В Законе РФ "О трансплантации органов и (или тканей) человека" говорится: "Учреждению здравоохранения, которому разрешено проводить операции по забору и заготовке органов и (или тканей) у трупа, запрещается осуществлять их продажу".

. Пересадка от живого донора может основываться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. В этом случае согласие на изъятие органа становится проявлением любви и сострадания.

. Потенциальный донор должен быть полностью информирован о возможных последствиях эксплантации органа для его здоровья.

. Морально не допустима эксплантация, прямо угрожающая жизни донора. Согласно российскому законодательству изъятие органа у живого донора допускается только в том случае, если донор состоит с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев пересадки костного мозга.

. Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур с целью продления жизни другого.

. Наиболее распространенной практикой является изъятие органа у только что скончавшихся людей. Здесь должна быть исключена неясность в определение момента смерти.

. Условиями этически корректной диагностики "смерти мозга" является соблюдение трех принципов: принципа единого подхода, принципа коллегиальности и принципа финансово-организационной независимости бригад.

. Приоритет распределения донорских органов не должен определяться выявлением преимущества отдельных групп и специальным финансированием.

. При распределении донорских органов учитывается три критерия: иммунологическая совместимость пары донор-реципиент, степень тяжести состояния реципиента и очередность.

. Морально недопустимо использовать в качестве донора органов наиболее незащищенных и находящихся в экстремальных ситуациях контингентов людей: бездомных, пациентов психиатрических клиник, детей, жителей экономически отсталых стран.

3. Жизнь после трансплантации почки

## трансплантация почка недостаточность больной

## Питание и вес:

Для того чтобы новая почка хорошо функционировала в течение многих лет, нужно по возможности исключить все факторы, которые могли бы оказать на неё негативное воздействие. К числу таких факторов помимо гипертонии относится и повышенное содержание жира в крови, так как это может привести к обызвествлению сосудов. А это в свою очередь ухудшает кровоснабжение пересаженной почки, да и всех остальных органов тоже.

## Что требуется сделать для того, чтобы снизить содержание жира в крови? Как повысить содержание жира в крови?

Самое лучшее, что можно сделать, это «разумно питаться». Именно в связи с показателями содержания жира в крови под этим подразумевается, что следует употреблять в пищу меньше животных и больше растительных жиров. Кроме того, занятия спортом тоже способствуют снижению содержания жира. Если же показатели по-прежнему остаются высокими, то требуется медикаментозное вмешательство. Пациенту с пересаженной почкой вовсе не обязательно может потребоваться придерживаться диеты или специального питания. Только если функция почки нарушена или обмен веществ в организме нарушен из-за какого-то другого органа, тогда нужно менять питание. В данном случае нельзя дать универсального совета, так как ситуация каждого пациента крайне индивидуальна. Поэтому относительно питания Вам следует поговорить со своим лечащим врачом-нефрологом.

## Желание завести ребёнка:

Часто случается так, что после трансплантации, когда жизнь уже более или менее нормализуется, молодые пациентки хотят завести ребёнка.

Много лет назад, когда трансплантация стала только возможной, сама мысль об этом казалась нереальной. Но с развитием современных лекарственных препаратов для подавления иммунной системы взгляд на это стал постепенно меняться. Если пересаженная почка безупречно работает и у пациентки не развиваются другие болезни, которые часто возникают после трансплантации, то ничто не говорит против возможности иметь собственного ребёнка. Но при этом чрезвычайно важно, чтобы пациент предварительно обсудил этот вопрос со своим лечащим врачом/центром по трансплантации, так как для подавления иммунной системы часто используются лекарства, которые могут негативно сказаться и привести к порокам развития плода.

В частности, во время беременности противопоказаны препараты на основе ангиотензин-конвертирующего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина, так как они могут вызвать порок развития почек у эмбриона. Среди иммунноподавляющих лекарств следует назвать микофенолат-мофетил (например, Целльсепт (R)), который может влиять на развитие патологий будущего ребёнка. В связи с этим ещё перед беременностью следует поменять медикаметнозную терапию так, чтобы максимально снизить риск возникновения патологий. Кроме того, перед зачатием должен пройти, как минимум, год после пересадки почки, чтобы быть уверенным, что новая почка справляется со своей функцией. И надо сказать без утайки, что такая беременность, даже если она протекает исключительно благополучно, является беременностью с факторами риска и должна проходить под наблюдением не только гинеколога, но и лечащего врача-нефролога / центра по трансплантации. Только это сможет помочь сократить уровень риска для матери и для ребёнка.

Заключение

Таким образом, в мире наиболее часто производят трансплантацию почек (до 50 % всех пересадок органов). Показанием к пересадке почки является терминальная стадия хронической почечной недостаточности, вызванная хроническим гломерулонефритом или инсулинзависимым диабетом. Другими важными показаниями являются поликистоз почек, гипертензивный нефросклероз, системная красная волчанка, нефросклероз, пиелонефрит.

Кандидатами на пересадку почки являются молодые пациенты, у которых хроническая почечная недостаточность не связана с системным заболеванием, которое может повредить трансплантированную почку. Показания к пересадке почек расширяются в связи с неоспоримым преимуществом ее перед хроническим гемодиализом. Качество жизни пациента после трансплантации почки несомненно выше по сравнению с пациентом, находящимся на хроническом диализе. В срочной пересадке почки нуждаются дети и юноши с хронической почечной недостаточностью, физическое и психическое развитие которых замедляется в связи с гемодиализом.

Пересадка почки абсолютно противопоказана пациентам с активной инфекцией и злокачественными заболеваниями, которые не могут быть устранены до операции, потому что применение иммуносупрессивной терапии вызовет обострение обоих заболеваний. Пожилой возраст, серьезные сердечно-сосудистые и тяжелые сопутствующие заболевания препятствуют трансплантации почек. Относительным противопоказанием является недостаточная коммуникабельность потенциального реципиента, отсутствие готовности к взаимодействию с врачом в процессе лечения (психические заболевания, наркомания, алкоголизм и др.). Реципиент должен быть тщательно обследован с применением клинических, инструментальных и лабораторных методов.

Список литературы

1. Демихов В. П. Пересадка жизненно важных органов в эксперименте. М., 1960.

2. Калн Р. И. Пересадка почки. В кн.: Пересадка органов. М., 1966, 9-188. Кирпатовский И. Д. Современные проблемы оперативной хирургии. М., 1968, 2.

3. Кирпатовский И. Д., Быкова Н. А. Пересадка почки (экспериментальные и биологические основы). М., 1969. .

. Колсанов А. В., Харитонов Б. И., Иванова В. Д., Миронов А. А., Яремин Б. И., Юнусов Р. Р., Бардовский И. А. Вопросы трансплантации органов - Самара: ГОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России. - 2008

. Лопаткин Н. А. Урология и нефрология, 1967, 1, 53.

. Петровский Б. В., Соловьев Г. М., Говалло В. И., Ярмолинский И. С, Крылов В. С. Пересадка почки (клинические и биологические аспекты). М., 1970.