

začního přístupu. V současné době jsou pouze dvě jasné kontraindikace, které znemožňují živé dárčovství a to zdravotní limitace a darování pod ekonomickým či psychickým nátlakem. Transplantace od žijícího dárce je dnes možná i v případě inkompability krevních skupin, přítomnosti anti HLA protilátek i u dárců či příjemců vyššího věku. Rizika pro dárce existují, ale jsou malá a do značné míry předpověditelná v době darování. Transplantační tým by měl dárce informovat o tom, že zdravý životní styl a pravidelné sledování a intervenování rizikových faktorů mohou jejich přítomná rizika snížit. Nefrektomie je prováděna moderními chirurgickými metodami, mezi které patří i laparoskopie. Kvalita života dárce je snížena jen krátkodobě po operaci. Cílem naší práce bylo zhodnotit výsledky provedených transplantací ledviny od žijících dárců, a to zejména s ohledem na dlouhodobý zdravotní stav dárce a případný rozvoj jeho zdravotních komplikací resp. posoudit bezpečnost živého dárčovství.

SOUBOR PACIENTŮ A METODA

Do retrospektivní studie bylo zařazeno 56 dvojic (žijící dárce/příjemce). V tomto hodnocení jsme se zaměřili hlavně na výskyt možných komplikací u dárce: chronické onemocnění ledvin, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, vliv kouření na další osud dárce a event. příčina úmrtí u dárce. Byly sledovány hodnoty sérové koncentrace kreatininu v odstupu 1 roku, 5 a 10 let od dárčovství ledviny. V případě příjemce byla hodnocena doba funkce transplantované ledviny, hladina sérového kreatininu v 5 letech od transplantace, histologicky verifikovaná příčina selhání graftu a příčiny úmrtí příjemců s funkčním štěpem.

VÝSLEDKY

Do sledování byly zahrnuty dvojice, které v našem centru podstoupily transplantaci ledviny od žijícího dárce ve sledovaném období 24 let. Průměrný věk v době transplantace byl 53 let u dárců a 39 let

u příjemců. Z daného souboru byly pouze dvě transplantace preemptivní a dvě transplantace inkompatibilní v ABO systému.

V souboru dárců bylo 40 dárek (71 %) a 16 dárců (29 %). Zajímavým výstupem je charakteristika příbuzenského event. sociálního vztahu k příjemci (dárkyně: 23× matka, 12× manželka, 1× sestra, 1× tchýně, 2× partnerka, 1× kamarádka; dárce: 8× otec, 5× bratr, 1× partner, 1× syn, 1× bratranec). Vývoj kreatininu po operaci u dárců v pětiletém sledování je prezentován v grafu č. 1. Medián hladiny kreatininu v jednom roce od dárčovství byl 105,5 $\mu\text{mol/l}$ a v 5 letech od dárčovství 93 $\mu\text{mol/l}$. Žádný ze sledovaných dárců ledviny nedospěl ve sledovaném období do terminálního ledvinného selhání s nutností některé z metod náhrady funkce ledvin. Zhodnocení kreatininemie v odstupu deseti let od transplantace zatím nebylo vzhledem k nedostatečnému časovému odstupu možné u všech sledovaných a bude součástí dalších, pozdějších analýz. Farmakologicky kompenzovaná arteriální hypertenze se před darováním ledviny vyskytovala u 29 % dárců a ve sledovaném období po provedené transplantaci stoupl počet dárců s prokázanou arteriální hypertenzí na 50 %. Po transplantaci nebyl v našem dárcovském souboru prokázán zvýšený výskyt diabetu mellitu. 43 dárců (77 %) bylo před operací nekuřáky a 13 dárců (23 %) kouřilo. Při hodnocení úrovně sérové koncentrace kreatininu dárce v 5 letech po operaci ve skupině kuřáků a nekuřáků jsme dospěli k těmto závěrům – zatímco medián kreatininu dárců nekuřáků byl 94,5 $\mu\text{mol/l}$ (5 let od transplantace), tak medián kreatininu dárců kuřáků byl 82 $\mu\text{mol/l}$.

V sedmi případech (13 % příjemců) zemřel recipient s funkčním štěpem na jinou závažnou komorbiditu (ve 4 případech byla příčinou úmrtí malignita, ve 2 případech byly příčinou úmrtí infekční komplikace a 1× se jednalo o suicidium). Ve sledovaném období bylo potvrzeno 18 selhání štěpu, přičemž medián délky funkce štěpu byl 65 měsíců. Příčiny selhání štěpů jsou dokumentovány tabulkou 1. Medián hladiny 5letého kreatininu u příjemců byl 121 $\mu\text{mol/l}$ a grafem je zobrazen histogram popisující hodnoty kreatininu příjemců po pěti letech od transplantace (Graf 2). Při hod-