

vyšší než hodnoty koncentrace sérového kreatininu příjemců od dárců nekuřáků (hodnoceno 5 let od provedené transplantace). Většina studií prokázala vliv kouření cigaret na urychlení progresu chronického onemocnění ledvin (10). Kandidáti dárcovství ledviny by měli být poučeni o zásadách životního stylu, včetně zdravé výživy, přerušení kuřáckého návyku, dosažení vhodné tělesné hmotnosti a pravidelného cvičení. Tato opatření by měla být dárcem realizována ještě před darováním a udržována po celý život.

Přestože jsou uváděné výsledky transplantací ledvin od žijících dárců velmi dobré, s přežíváním příjemců a štěpů po 5 letech od výkonu více než 90 % resp. 80 %, je zřejmé, že v nich existuje značná variabilita (11). Všeobecně známé faktory, které ovlivňují dlouhodobé výsledky těchto transplantací, zahrnují HLA shodu mezi dárcem a příjemcem, geneticky podmíněný příbuzenský vztah mezi dárcem a příjemcem, věk a pohlaví dárce (12, 13). Pětileté přežívání recipientů bylo v našem souboru 93 % a pětileté přežívání štěpu 83 %, tj. oba výsledky jsou v očekávaných hodnotách.

ZÁVĚRY

Transplantace ledviny od žijícího dárce je vysoce efektivní metoda léčby ledvinného selhání, která má ve srovnání s transplantací od zemřelého dárce lepší úspěšnost. Umožňuje načasování výkonu dokonce do doby, kdy příjemce doposud není dialyzován, ale již neodvratně do tohoto stadia spěje. Právě tyto preemptivní transplantace provedené od žijícího příbuzenského dárce mají suverénně nejlepší výsledky. Zásadní úlohou ošetřujícího nefrologa je včasné a srozumitelné poučení každého nemocného s chronickým onemocněním ledvin o možnosti transplantace ledviny od žijícího dárce, včetně jejich rizik a výhod. V případě souhlasu je nevhodnější, po provedení základních standardních vyšetření, potenciální dvojici odeslat co nejrychleji do spádového transplantčního centra. Dárci by ale měli být informováni o tom, že po nefrektomii existuje určité malé riziko selhání ledvin, a pro tuto informaci můžeme využít kvantifikaci rizika ESRD pomocí kalkulátoru, který je všem dostupný (www.transplantmodels.com/esdrisk) a který je zatím schopen stanovit riziko do 15 let od dárcovství (14).

LITERATURA

1. **Viklický O.** Transplantace ledviny od žijících dárců – jak doporučení KDIGO 2017 ovlivňují naši praxi? *Postgraduální nefrologie*. 2020; 18(3): 3–9.
2. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Living Kidney Donor Work Group.** KDIGO clinical practice guideline on the evaluation and followup care of living kidney donors. *Transplantation*. 2017; 101(Suppl. 8S): S1–S109.
3. **Pacovský J, Navrátil P, Holub L, Brodák M, Romžová M.** Chirurgické techniky transplantace ledviny. *Urol List*. 2009; 7(1).
4. **Ibrahim HN, Foley R, Tan L, et al.** Long-term consequences of kidney donation. *N Engl J Med*. 2009; 360: 459–469.
5. **Muzaale AD, Massie AB, Wang MCh, et al.** Risk of End-Stage Renal Disease Following Live Kidney Donation. *JAMA*. 2014; 311(6): 579–586.
6. **Lentine KL, Schnitzler MA, Xiao H, et al.** Racial variation in medical outcomes among living kidney donors. *N Engl J Med*. 2010; 363: 724–732.
7. **Wainright JL, Robinson AM, Wilk AR, et al.** Risk of ESRD in prior living kidney donors. *Am J Transplant*. 2018; 18(5): 1129–1139.
8. **Segev DL, Muzaale AD, Caffo BS, et al.** Perioperative mortality and long-term survival following live kidney donation. *JAMA*. 2010; 303: 959–966.
9. **Tent H, Sanders J-SF, Rook M, et al.** Effects of preexistent hypertension on blood pressure and residual renal function after donor nephrectomy. *Transplantation*. 2012; 93: 412–417.