

# 16 Immunosupresja i farmakoterapia

ADAM MACIEJEWSKI, ŁUKASZ KRAKOWCZYK, DANIEL BULA

W przypadku przeszczepów złożonych, obejmujących dużą powierzchnię skóry (kończyny, twarz), w długotrwałej terapii podaje się takrolimus, mykofenolan mofetylu i glikokortykosteroidy. Ponadto w bezpośrednim okresie okołoperacyjnym, czyli dwie godziny przed zabiegiem oraz cztery dni po nim, stosuje się indukcję immunosupresji preparatem dożylnym (bazyliksymab), aby zapobiec odrzucaniu ostremu. Indukcję immunosupresyjną w postaci globuliny antytymocytarnej należy podawać przez siedem dni w dawce 1,25 mg/kg m.c. na dobę. Takrolimus należy stosować w taki sposób, aby utrzymać stężenie w osoczu na poziomie 12–15 ng/ml. Mykofenolan mofetylu podajemy w dawce 2 g na dobę.

Przy terapii glikokortykosteroidami powinno się postępować według poniższego schematu:

- ▶ dzień przeszczepu – metyloprednizolon 10 mg/kg m.c.;
- ▶ dzień 1. i 2. po zabiegu – metyloprednizolon 5 mg/kg m.c.;
- ▶ dzień 3. i 4. po zabiegu – metyloprednizolon 3 mg/kg m.c.;
- ▶ etap utrzymania immunosupresji – metyloprednizolon 4 mg na dobę;
- ▶ w przypadku epizodu odrzucenia – metyloprednizolon 2 mg/kg m.c. na dobę.

W fazie utrzymania należy zmniejszyć dawkę takrolimusu do stężenia w osoczu 7–10 ng/ml, a mykofenolan mofetylu do 1 g na dobę.

Utrzymanie odpowiedniego stężenia tych farmaceutyków we krwi jest możliwe dzięki kontrolom ambulatoryjnym chorego. Z czasem leczenie modyfikuje się tak, aby pacjent otrzymywał minimalne dawki leków umożliwiające przeżycie przeszczepu.

Bardzo ważna jest również profilaktyka antywirusowa, głównie w celu ochrony przed CMV, w postaci gancyklowiru oraz profilaktyka przeciw *Pneumocystis jiroveci* (dawniej *P. carinii*) w postaci kotrimoksazolu.