

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В УКРАИНЕ

Никоненко А. С.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Трансплантация органов во всем мире стала ведущим методом лечения многих хронических заболеваний. Ежегодно в мире выполняются десятки тысяч трансплантаций различных органов. Максимальная продолжительность жизни после трансплантации составляет более 25 лет. После трансплантации органов больной полностью реабилитирован, что подтверждается не только восстановлением его профессиональной деятельности, но и участием лиц с пересаженными органами в Олимпийских играх. Ежегодно в этих спортивных мероприятиях участвуют десятки тысяч пациентов, получивших донорские органы.

При современном развитии трансплантации пересаживаются практически все органы. Количество выполняемых трансплантаций с каждым годом увеличивается и в развитых странах начало влиять на демографические показатели, включая продолжительность и качество жизни. В 2008 г. в США было пересажено около 24000 органов: 18000 – от трупных доноров и 6000 от живых доноров.

В настоящее время в мире проживает более 1 млн. лиц с пересаженными органами, которые ведут активный образ жизни. В развитых странах трансплантация органов является стандартом лечения при многих заболеваниях почек, сердца, печени, легких, кишечника и др. Годичная и пятилетняя выживаемость при трансплантации органов от трупных доноров в США составляет: почки – 94,2 и 80,7%, печень – 86,3 и 72,1%, сердце – 85,6 и 72,0% соответственно.

За последние 10 лет в мире произошли значительные изменения в использовании иммуносупрессивных средств. Основные тенденции – на фоне применения Сандимуну Неорала более широкое использование Такролимуса, вытеснение Азатиоприна Микофенолатом Мофетила. Все чаще в протоколы иммуносупрессии включают индукционную терапию (Зенапакс). Основное направление в развитии современных протоколов иммуносупрессии – увеличение долгосрочной выживаемости трансплантатов.

Увеличивается количество трансплантаций органов у детей. В 2008 г. в США дети составляли 3% всех пациентов, находящихся в «листе ожидания», в этом году в США было выполнено 1757 трансплантаций органов детям, что составило 7% всех выполненных трансплантаций органов. Достижения в дотрансплантационной терапии,

выборе доноров, разработке оперативной техники, прогресс в современной иммуносупрессии значительно улучшили результаты трансплантации органов детям.

К сожалению, на сегодняшний день, несмотря на то, что Украина является колыбелью трансплантации всего мира, т. к. первую в мире клиническую трансплантацию выполнил украинский хирург Ю. Ю. Вороной в 1933 г., эта отрасль медицины не получила должного развития.

В Украине функционируют 6 центров органной трансплантации и готовится к открытию один центр в г. Днепропетровске. Однако количество трансплантаций не превышает 100–117 в год, выполняются единичные трансплантации печени, сердца, родственная трансплантация доли печени.

Потребность в трансплантации органов для Украины: 1500–2000 трансплантаций сердца и печени, около 2500 почки, 2000 сочетанных трансплантаций почки и поджелудочной железы.

До сих пор в Украине не внедрена система трансплант-координации. Применение полноценной системы трансплант-координации позволило в развитых странах Европы увеличить количество потенциальных доноров до 17 на 1 млн. населения (Польша) и до 38 на 1 млн. населения (Испания).

По предварительным подсчетам в Украине ежегодно погибает от 40 до 60 потенциальных доноров на 1 млн. населения, что составляет около 3000 доноров, которые могли бы спасти жизни 10000 больным, однако забор органов у погибших осуществляется только в единичных центрах (Запорожье, Донецк) и за 2009 год выполнено 13 трупных заборов, что составило 0,2 донора на 1 млн. населения.

В настоящее время в Украине получают гемодиализ более 3000 пациентов, что составляет 65,2 на 1 млн. населения при средней потребности от 300 до 800 на 1 млн. населения (по данным Европейского регистра). Стоимость гемодиализа в год на одного пациента – 140–160 тыс., при стоимости операции трансплантации с медикаментозным обеспечением в 1-й год 100 тыс., в последующие годы в пределах 20 тыс. в год при сочетании циклоспорина и азатиоприна, 45–50 тыс. по схеме циклоспорин + мифортик. Во всем мире считается, что трансплантация почки экономи-

чески выгоднее, чем гемодиализ. В настоящее время на территории Украины проживает 750 лиц с пересаженными органами.

Основными причинами отставания Украины в этом разделе медицины являются:

1. Отсутствие Государственной программы развития органного донорства.
2. Отсутствие диагностики смерти мозга как обязательной медицинской процедуры.
3. Преподавание трансплантологии проводится только в нескольких учебных медицинских заведениях.
4. Необъективная информация о трансплантологии в СМИ.
5. Государственное финансирование лишь частично обеспечивает потребности центров в иммунодепрессантах, расходных материалах для диализа, не обеспечивая медикаментозное сопровождение операции. Обеспечение центров трансплантации возложено на местные бюджеты здравоохранения, что практически сводится к финансированию заработной платы и коммунальных услуг.
6. Базы изъятия органов, утвержденные Постановлением Кабинета Министров, не имеют необходимого для диагностики смерти мозга оборудования, подготовленных кадров.
7. Не все разделы трансплантации сертифицированы (в Украине не сертифицированы сыворотки для типирования «донор-реципиент»).
8. Не сформирована система трансплант-координации донорства.

Для устранения отставания Украины в области трансплантации органов необходимо решить много организационных, финансовых, образовательных проблем. В связи с этим предлагается:

1. Обеспечить полноценное государственное финансирование центров трансплантации.
2. Разработать Государственную программу развития органного донорства и организовать при Координационном совете Национальный центр координации органного донорства с финансированием донорского этапа (оплата использования больницы-базы забора органов: за организацию и проведение забора органов, оплата по договорам трансплант-координаторам).
3. Разработать Положение о базах изъятия органов:
 - 3.1. Ввести должность трансплант-координатора базы изъятия.
 - 3.2. Ввести дополнительное финансирование баз забора органов и оплату врачей отделений интенсивной терапии этих баз в связи с расширением их функциональных обязанностей.
4. Внедрение, доказавшей высокую эффективность, концепции трансплант-координации донорства с организацией системы госпитальных трансплант-координаторов во всех лечебных

учреждениях, где разрешён забор органов.

5. Обеспечить базы изъятия органов аппаратурой для диагностики смерти мозга или при отделениях санитарной авиации создать передвижные лаборатории диагностики нарушений мозгового кровотока.
 6. Ввести диагностику смерти мозга как обязательную медицинскую процедуру в стандарты медицинской помощи.
 7. Ввести обучение студентов, слушателей основам трансплантологии и диагностики смерти мозга.
 8. Способствовать развитию родственного донорства органов.
 9. Формировать положительный образ трансплантации в СМИ.
 10. Обеспечить полноценное государственное финансирование трансплантации органов.
 11. Сертифицировать сыворотки для типирования «донор-реципиент».
 12. Предусмотреть в Государственной программе по трансплантации отдельный раздел по развитию и финансированию трупного донорства.
- Особо следует обратить внимание на необходимость организации госпитальных трансплант-координаторов на базах забора органов. Отмечается прямая зависимость между числом трансплант-координаторов и количеством органных доноров. Например, Испания 12 трансплант-координаторов на 1 млн. населения – 35 органных доноров на 1 млн. населения, Украина 0 трансплант-координаторов на 1 млн. населения, доноров – 0,2.

Страна	Кол-во координаторов на 1 млн. населения	Кол-во органных доноров на 1 млн. населения
Испания	12	35
Франция	8	20
Словения	9	25
Италия	5	15
Украина	0	0,2

Целесообразно как во многих странах ввести стимулирование донорского этапа. С этой целью организовать при Координационном центре трансплантации Национальный центр координации органного донорства и предусмотреть оплату трансплант-координаторов на базах забора органов по договору и финансирование донорского этапа (использование операционной, расходных материалов, оборудования и др.). См. схему.

Обращаю внимание, что на сегодняшний день многие отделения интенсивной терапии (в т. ч. баз забора органов) не оборудованы аппаратурой для диагностики смерти мозга. Все центры трансплантации Украины оснащены таким оборудованием, однако проводить диагностику смерти мозга в соответствии с Законом о транспланта-



ции они не могут. В связи с этим, предлагаем передать это оборудование центрам оказания экстренной медицинской помощи с организацией бригад по диагностике смерти мозга, чтобы по вызовам баз забора органов они оказывали помощь в проведении этой процедуры.

Функциональные обязанности госпитального трансплант-координатора многообразны и требуют специальной подготовки:

1. Выявление и идентификация органного донора:
 - Причина и прогноз заболевания.
 - Паспортные данные, анализ парамедицинской ситуации.
 - Идентификация с точки зрения пригодности к донорству.
 - Анализ медицинских данных.
 - Серологическое обследование – направление образцов в лабораторию.
2. Организация мероприятий по констатации необратимости повреждения головного мозга пациента и инкурабельного случая – установление СМ:
 - Вызов невропатолога, получение его выводов.
 - Вызов дополнительных консультантов.
 - Организация проведения апноэтического теста.
3. Организация оформления соответствующей документации.
4. Ведение пациента в ходе диагностики СМ и после установления диагноза.
5. Информирование судебно-медицинской службы, администрации больницы, трансплантационного Центра и общее решение о донорстве.
6. Внутригоспитальная координация и логистика (Организация операционного обеспечения и анестезиологического сопровождения операции эксплантации).
7. Оформление документации по окончании работ.
8. Учет доноров в стационаре, ведение статисти-

стической отчетности.

Решение вопроса о специальной подготовке трансплант-координаторов может взять на себя ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования», имеющая опыт подготовки специалистов в области трансплатологии.

Закон о трансплантации был принят в 1999 году. За это время произошли многие организационные изменения, вскрылись недостатки этого закона, появилась необходимость уточнения некоторых разделов, другие – потеряли свое значение, либо были внесены в закон ошибочно. В связи с этим, предлагается новая редакция закона, в которую внесены соответствующие исправления. Особое внимание специалисты трансплантологии обращают на 16 статью об изъятии анатомических материалов у умерших, которая предусматривает «презумпцию несогласия».

Система прижизненного принятия решения о донорстве в Украине неэффективна, так как между готовностью людей к донорству и реализацией этой готовности в виде прижизненного юридически оформленного согласия лежит расхождение, обусловленное подсознательным нежеланием вносить в свою жизнь столь явное напоминание о предстоящей собственной смерти.

В критический момент приближающейся или наступившей смерти человека, его родственники, охваченные горем, не способны принять адекватное решение. Кроме того, закон автоматически исключает из числа потенциальных доноров одиноких людей. Принятие закона резко ухудшило условия работы трансплантационных центров, в Украине продолжают умирать тысячи пациентов, жизнь которых может быть спасена только благодаря трансплантации.

Трансплантация органов в Украине должна стать стандартной клинической практикой. Для этого в нашей стране имеются потенциальные возможности развития одного из самых необходимых направлений медицины.