

Что бы ни говорили скептики, за ставшими уже привычными словами «медицина будущего» сегодня есть реальная основа. То, что было «за горизонтом», сейчас можно увидеть, применить на практике. Это доказывают и специалисты Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского. О настоящем и перспективах в развитии одного из важнейших аспектов в здравоохранении корреспондент «МГ» беседует с руководителем отдела трансплантологии этого института доктором медицинских наук Яном МОЙСЮКОМ.



регистра) достигают 15 лет и даже больше. Что это значит? Мы можем говорить, что больше половины пересаженных органов переживают срок 15 лет. Наиболее продолжительный приближается к 50 годам. То же самое мы можем говорить о печени и сердце. Разработка иммунодепрессантов – это достижение специалистов всего мира. Их разработка продолжается, потому что, несмотря на высокую

есть достаточно успешно. У нас есть всё требуемое оборудование, закончен ремонт в отделении. Администрация МОНИКИ справилась с задачей блестяще.

– А вот какая главная проблема с клинической точки зрения в вопросах пересадки органов?

– Она одна для всех видов – это проблема преодоления дефицита донорских органов. Потребность удовлетворяется всего на 10% больных. А потому доступность трансплантации ограничена. Это глобальные цифры. Они вальсируют от страны к стране. Есть такие, где вообще нет трансплантации. Другие признаны мировыми лидерами. Это Испания, Австрия, Бельгия, США.

– Почему это возможно в Ростове и невозможно в других регионах?

– Невероятные усилия предпринимают и академик Готье, и Минздрав России. Создаются нормативные акты, которые способствовали бы увеличению количества этих операций. Но самое главное, это внимание на местах органов власти. Часто приводят пример Испании. Там отработана общенациональная система. В неё вовлечены и крупные больницы, и маленькие, и даже церкви. Если человек умирает, у него констатирована смерть мозга, первое, что оценивается, может ли он стать донором. Поэтому помимо действий со стороны власти необходимо появление широких продуманных об-

– Начнём, Ян Геннадьевич, с того, что ближе всего вам в трансплантологии. Какова реальная картина?

– Сегодня трансплантология – это широкое направление не только науки, но и клинической медицины. Ежегодно на земном шаре пересаживается около 150 тыс. различных органов. Цифра внушительная, на самом деле такой объём операций удовлетворяет лишь 10% мировой потребности. Причина – дефицит донорских органов. Решение этой проблемы на сегодняшний день является наиболее насущной задачей. Из 150 тыс. операций около 100 тыс. – это трансплантация почки. Получить донорскую почку намного легче, чем другой орган. Если речь идёт об умершем доноре, то это две почки. Также можно получить донорскую почку от живого донора. На втором месте стоит трансплантация печени. Это около 30 тыс. операций. Далее идёт более 7 тыс. трансплантаций сердца, лёгких, поджелудочной железы.

– А когда впервые врачи отважились на трансплантацию печени?

– 1 марта 1963 г. в США под руководством хирурга Томаса Старлза, который признан основоположником трансплантологии, была осуществлена первая аутопическая пересадка печени. Пациент погиб. Но что тогда имели врачи на руках? Ничего, кроме идеи. С тех первых операций и до настоящего времени осталось только основа хирургической технологии. Технология – это, если грубо, куда поместить этот орган и как восстановить его кровообращение. Всё остальное – совсем другое. Мощнейший шаг сделала анестезиология. Трансплантация печени как наиболее сложная операция требует высочайшего класса работы анестезиологической бригады. Их задача – защита пациента во время вмешательства в орган от хирургической агрессии. Потому что перенести такую операцию для исходно больного трудная задача. В те годы были очень высокие показатели ранней послеоперационной смертности. Они достигали 30 или 50%.

– А сейчас какие риски?

– В ведущих центрах переоперационная летальность не должна превышать 3-5%. Но здесь надо понимать, что на эту операцию берут очень тяжёлых людей по жизненным показаниям, а без операции – это смерть, причём, возможно, в ближайшем будущем. Но в целом риски уменьшились десятикратно. Во-первых, появились базисные знания. Врач понимает, что происходит с пациентом, какие нарушения кровообращения имеют место быть во время операции и после неё. Всё это эволюция человеческого знания, опыт и результат коллективного изучения трансплантологии на протяжении прошедших почти 60 лет.

– Врачи научились пересаживать почки, печень, поджелудочную железу, сердце, лёгкие. Какая из этих операций самая сложная в плане хирургического исполнения?

– Наверное, это трансплантация печени. И здесь лучше не использовать слово «сложное». Выполнение любого трансплантационного вмешательства – это деятельность большого коллектива специалистов, куда входят и анестезиологи, и хирурги, и перфузиологи, которые временно осуществляют искусственное кровообращение. Таким образом, транс-

Авторитетное мнение

Медицина будущего становится настоящим

И как сегодня чувствуют себя наши трансплантологи?

плантация печени не более сложная операция, а более комплексная. Она требует применения наибольшего количества современных технологий. Особенно когда речь идёт об использовании живого донора.

– И часто ли вам приходится выполнять пересадку от живого донора?

– На самом деле живых доноров очень мало. Помимо медицинского отбора критериев допустимости изъятия органа или его части очень важен момент психологической оценки. Далеко не каждый родственник поделится своим органом. Возвращаясь к реципиенту, отмечу, что задача врачей при изъятии органа у живого донора прежде всего соблюдения интересов не реципиента, а обеспечить безопасность первого. Это основополагающий принцип.

– Кто быстрее идёт на поправку после операции – реципиент или донор?

– Конечно, более сложно проходит послеоперационный период у реципиента. И это связано не только с хирургической сложностью самой операции, а с течением раннего послеоперационного периода, в котором возможны и известны самые разнообразные не только хирургические осложнения. К примеру, вирусные инфекции, всевозможные бактериальные и осложнения других органов, потому что, приходя на операцию человек страдает болезнью со стороны не только одного органа. Как мы говорим, у него есть много коморбидных состояний. Например, мы подсаживаем печень из-за цирроза, а у человека есть ещё и сахарный диабет, и сердечная недостаточность, и нарушения функции почек. Всем этим комплексом мы занимаемся в дооперационном периоде и после.

– Бывают ли случаи отторжения донорского органа?

– Отторжение – одна из первых причин неудачи в середине XX века. На сегодняшний день мы не говорим, что мы его победили. Правильнее будет говорить, что благодаря серии достижений в области разработки иммунодепрессантов, которые селективно подавляют иммунитет, вызывающий отторжение органов, в высшей степени иммунитет, направленный против инфекционных заболеваний. Что это значит? То, что длительное время отторжение будет или молчать, не проявляться клинически, и не приведёт к утрате половины пересаженного органа. Об этом говорят цифры выживаемости.

Самый частый вопрос – сколько живёт пересаженная печень или почка? Время жизни почки (по данным крупного международного

эффективность, всё-таки им ещё свойственны некоторые побочные эффекты. Об этом я не мог не сказать, что есть на сегодняшний день в руках врачей и что позволяет успешно делать трансплантационные операции.

– Над чем сейчас работает трансплантология как наука?

– Над толерантностью. В биологическом смысле, в медицинском – это такое состояние, когда организм не будет воспринимать пересаженный орган от другого человека как чужой. Он будет толерантен к нему. Сейчас основное направление, пока теоретическое, экспериментальных исследований – это индукция, то есть вызывание этой толерантности наверняка.

– Какая самая частая проблема при пересадке печени?

– Главная – остановка кровотечения. Помимо того, что это обширное вмешательство, которое будет неизбежно сопровождаться кровотечением у пациентов с нарушением показателей свёртываемости крови. Это значит, что кровь не останавливается, нужны средства гемостаза, в том числе генно-инженерные, которые возмещают дефицит факторов свёртывания. В то же время, если говорить об инструментари, появилась огромная линейка хирургического оборудования. Среди них можем назвать ультразвуковой скальпель, ультразвуковые ножницы. Эти технологии позволяют надёжно, прецизионно по ходу операции осуществить гемостаз. А это значит избежать кровопотерь. Из тех больших цифр смертности, которые были во время трансплантаций печени в середине прошлого века, большая толика содержала именно смерть от кровотечения как во время операции, так и после неё. Сегодня в нашем арсенале есть плазменные коагуляторы, большой сектор электрохирургических инструментов. Могу сказать, что на заре, на начальных этапах трансплантации печени объём интероперационной кровопотери или донорской крови иногда исцелялся десятками литров. Сейчас треть операции проходит без использования донорской крови. Иногда может быть потребуются гемотрансфузия в объёме 1-2 доз, но это уже не десятки литров, как было раньше. Также во время донорской пересадки применяется такая технология, как аутоотрансфузия крови. Но несмотря на все наши технологии, без определённого запаса донорской крови мы не имеем права начинать операцию. Я должен сказать, программа трансплантации печени в МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского развива-

Если говорить о России, то в целом количество трансплантаций приближается к 2 тыс. Это очень мало. Например, в нашей стране больше 30 тыс. пациентов находятся на лечении гемодиализом. Из несложных расчётов можно сделать вывод: не менее 60% пациентов могут стать кандидатами на трансплантацию почки. Если мы возьмём 50%, то это будет 15 тыс. человек. А количество трансплантаций на протяжении нескольких лет колеблется в пределах 1000 операций. Врачом, чиновником и СМИ есть над чем работать.

– Во всех ли регионах РФ есть центры трансплантологии?

– Нет, не везде. У нас есть специалисты, есть государственные программы, которые обеспечивают лекарственными дорогостоящими препаратами тех, кто сегодня живёт с пересаженным органом. Но нет донорских органов. Если мы возьмём Москву, здесь работает, наверное, 10% центров разной мощности, которые занимаются трансплантацией почки. Есть большие регионы, в которых вообще нет трансплантации почек. Почему? Потому что не организовано донорство. И вот я подхожу к основе: у нас не организована система донорства. То есть донорские программы должны присутствовать абсолютно во всех регионах. И там, где появляется и выстраивается такая программа, – это уже, на мой взгляд, большой шаг вперёд. Вторым этапом должна быть выстроена программа трансплантации.

Приведу пример, в котором происходило всё на моих глазах, с моим непосредственным участием. Ростов и область. До МОНИКИ я работал в Национальном медицинском исследовательском центре трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова. Меня интересовало, почему в миллионных городах нет трансплантации. В Ростове об этом очень серьёзно задумалась местная администрация, руководство области и здравоохранения. Выбрали областную больницу, которую возглавляет хирург очень высокого класса. Он был заинтересован в развитии трансплантации. Врачи этой больницы прошли обучение в Москве, создали команду, составили организационный и административный комплекс мероприятий по организации донорства. Чего они добились? Теперь в одной больнице, в одной клинике выполняют с очень высокими показателями результативности и трансплантации печени, и почки, и сердца. Заметьте, это не научно-исследовательский институт, а областная клиническая больница.

разовательных программ. В той же самой Испании они начинаются с начальных классов школы. Так что у нас есть над чем работать, и главное – есть опыт других стран.

* * *

...В МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского поступила девушка с проявлением нарастающей желтухи. Экстренно она была переведена в реанимационное отделение. «Я увидел эту пациентку в крайне тяжёлом состоянии: печёночная энцефалопатия 3-й степени, острая печёночная недостаточность, сопровождающаяся тяжёлой полиорганной недостаточностью, – говорит Я.Мойсюк. – На принятие решения у врачей МОНИКИ было буквально несколько часов. Экстренно был создан консилиум, который постановил: единственной опцией в данном случае может быть трансплантация печени. Понятно, что о посмертном доноре и речи быть не могло. Мама пациентки предложила стать донором своей дочери. Её обследовали в течение нескольких часов. Противопоказаний со стороны соматического состояния не нашли. Надо сказать, при родственной трансплантации как печени, так и почки, основной принцип выполнения этих операций – не нанести вред донору, даже стремясь оказать помощь реципиенту. Критическим шагом в принятии решения является определение достаточности массы предполагаемого трансплантата. При помощи компьютерно-томографической волюметрии была определена масса доли правой печени. Правой доли оказалось вполне достаточно для реципиента. Девочка была спасена».

В стандарте трансплантации от живого донора – это комплексное наиболее сложное из трансплантационных вмешательств, выполняется планомерно, после тщательной подготовки, обследования донора. Особенность этого случая в том, что решение было принято буквально в течение нескольких часов, экстренно проведено обследование живого донора, и на следующий день была выполнена операция.

Из 30 тыс. трансплантаций печени, выполняемых в мире ежегодно, около 20% происходит с использованием фрагментов печени от живых доноров. В нашей стране этот показатель составляет 30% из почти 500 трансплантаций.

И тем не менее это достойные результаты работы трансплантологов, открывающие благоприятные тенденции в использовании современных технологий.

Беседу вела Галина ПАПЫРИНА, корр. «МГ». Москва.