

НОСПИТАЛ

*NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!*

БОЛЬНИЦА

№ 4
2001

НАУКА И ПРАКТИКА

**Трансплантация
органов
в России:
НЦХ РАМН,
РДКБ,
НИИ
трансплантологии
и искусственных
органов**

СТР. 3–11

*Заместительная
терапия у детей
с ХПН*

СТР. 12

Принципы
ведения детей
после
аллотранс-
плантации почки

СТР. 13–14



Валерий Шумаков:

“Нужно, чтобы общественное мнение в стране повернулось лицом к трансплантологии, поняло, что из-за своего негативного к ней отношения оно каждый час и день лишает права на жизнь кого-то из своих сограждан”.

“Сезонной аллергии более подвержены люди, имеющие высшее образование и хороший материальный уровень”

По итогам выездной сессии Российской Академии аллергологии и клинической иммунологии (РААКИ) и Института иммунологии ГНЦ МЗ РФ, прошедшей 30 марта – 2 апреля в Риме, и посвященной теме «Современные подходы к терапии аллергических заболеваний», состоялась пресс-конференция.

В ней приняли участие И. С. Гуцин, профессор, д. м. н., член-корреспондент РАМН, Н. И. Ильина, профессор, д. м. н., заместитель директора Института иммунологии, И. В. Сидоренко, к. м. н., доцент кафедры аллергологии ММА им. И.М. Сеченова, главный специалист аллерголог-иммунолог КЗ г. Москвы, Н. А. Геппе, д. м. н., профессор кафедры детских болезней ММА им. Сеченова.

Профессор И. С. Гуцин выступил с сообщением о возможностях фармакологической коррекции аллергии. Он, в частности, сказал: «В середине прошлого века были созданы антигистаминные препараты так называемого первого поколения (Пипольфен, Супрастин), которые имели нежелательные побочные эффекты и оказывали негативное влияние на внутренние органы. Препараты второго поколения (Кларитин, Зиртек, Цетрин) – эффективные антигистаминные средства, но тоже с легким седативным эффектом. На основе препаратов второго поколения, которые являлись пролекарствами, был создан препарат третьего поколения – Телфаст, который на сегодняшний день является самым эффективным средством при лечении крапивницы и аллергического ринита.

Профессор Н. И. Ильина представила данные международных и национальных исследований. Было отмечено, что количество больных аллергией с каждым десятилетием удваивается. Городское население страдает аллергией больше, чем сельское. Сезонной аллергии более подвержены люди, имеющие высшее образование и хороший материальный уровень. В слаборазвитых странах аллергиков меньше, чем в высокоразвитых.

Доцент И. В. Сидоренко представила на пресс-конференции образовательную программу «Научитесь жить с аллергией», разработанную Комитетом здравоохранения г. Москвы совместно с фармацевтической компанией «Авентис». В рамках программы организованы детские и взрослые аллергошколы.



В Центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН состоялась пресс-конференция: «Новые возможности оральной контрацепции или контрацепция с косметическим эффектом. Три-Мерси – надежная контрацепция, чистая кожа и здоровые волосы». Ее провели Российская ассоциация акушеров-гинекологов и Информационный центр фармацевтической компании «Органон» (Нидерланды).

Аборт – это не модно

На конференции выступили И. В. Кулаков, академик РАМН, директор Центра акушерства, гинекологии и перинатологии, В. Н. Серов, академик РАМН, главный специалист Минздрава РФ по вопросам акушерства и гинекологии, В. Н. Прилепская, профессор, президент Всероссийского общества по контрацепции и другие специалисты.

Демографическая ситуация – одна из самых злободневных социально-экономических проблем России. Огромную опасность для молодого поколения страны представляют аборт. Ежегодно в России прерывают беременность 5000 девочек-подростков до 15 лет. Аборты при первой беременности и инфекции, передаваемые половым путем, лишают счастья иметь детей около 20% российских супружеских пар. Не говоря уже о том, что материнская смертность в России в 2,5 раза выше, чем в европейских странах.

Конечно, запретить аборт нельзя, поэтому медики разработали «Концепцию по со-

хранению репродуктивного здоровья», в рамках которой планируется внедрение в практику способов оральной контрацепции. Сегодня в Европе свыше половины женщин принимают противозачаточные таблетки. Помимо надежной защиты от нежелательной беременности, такие препараты обладают бактерицидными свойствами, а, например, таблетки «Три-Мерси» – новинка фирмы «Органон», предназначенные специально для молодых девушек, помогают не только избежать нежелательной беременности, но и нормализуют гормональный фон – уменьшают сальность кожи и волос, избавляют от угревой сыпи.

В России действует бесплатная анонимная телефонная линия «Мерсилан», организованная компанией «Органон», по которой женщины смогут получить необходимую информацию о способах оральной контрацепции (тел.: 960 2999 с 18.00 до 23.00).

В поддержку больных паркинсонизмом

В Доме дружбы состоялся брифинг, посвященный созданию Общественной организации содействия больным паркинсонизмом. Возглавит организацию Константин Ефимович Фомиченко – Чрезвычайный и Полномочный Посол РФ. В деятельности организации планируют принимать активное участие врачи и руководство специализированных отделений московских клиник: кафедры неврологии Российской Медицинской Академии последипломного образования, Клиники нервных болезней Московской медицинской академии им. Сеченова и др.

По статистике в настоящее время более 1% людей старше 60 лет страдают болезнью Паркинсона – это примерно 4 млн. человек во всем мире. Однако последнее время участились случаи заболевания людей в 30-летнем возрасте и моложе. В России насчитывается порядка 300 тысяч больных.

Причины появления этой болезни до сих пор неизвестны. Панацеи от болезни Паркинсона тоже нет. Своего рода «золотым стандартом» для терапии этого недуга являются препараты Леводопы. Они эффективны, однако имеют множество побочных эффектов, которые со временем усиливаются.

Одним из последних достижений науки являются препараты-агонисты дофамина. Они обладают избирательностью действия, значительно меньшим количеством побочных эффектов и ярко выраженным антидепрессивными свойствами.

Создаваемая в России организация призвана внести свой вклад в мировое движение по преодолению болезни, в дальнейшую активизацию научных изысканий в области лекарственных препаратов, в поддержку и социальную адаптацию больных людей.

Дополнительная информация по тел.: 363 1661, Н. Соболева, Т. Исаева.

ПРАВО НА ЖИЗНЬ

Заметки о трансплантации органов в России

Проблема трансплантации не терпит поверхностного взгляда — в ней все слишком серьезно. Здесь нет легких решений, хотя, в то же время, и тумана никакого: пересадили нужный орган реципиенту — и он из глубокого инвалида, дни которого сочтены, превращается в полноценного члена общества, способного жить, работать, творить.

Медицинские аспекты сегодня в основном решены: технология операций по пересадке и методы подавления реакции отторжения изучены и отработаны. Главный вопрос в другом: где найти здоровый донорский орган, способный многие годы работать в орга-



низме своего нового хозяина. Как оказалось, проблема эта не столько медицинская, сколько юридическая, социальная, нравственная. Вот об этом и размышляют специалисты Научного центра хирургии РАМН, Российской детской клинической больницы, НИИ трансплантологии и искусственных органов и городской клинической больницы № 52. Все наши собеседники были единодушны и говорили, по сути, об одном и том же. Главная их мысль — существующее положение дел в отечественной трансплантологии не только не способствует развитию данной дисциплины, но подчас даже мешает работе. Многого надо менять — начиная с юридической базы и заканчивая организацией целенаправленной работой с населением. Надо разъяснять людям гуманистические принципы трансплантации, ее идеологии как таковой. И так, слово трансплантологам.

ЗАКОН ПРОТИВ ЗАКОНА

Михаил Михайлович Каабак, заведующий отделением трансплантации почки НЦХ РАМН.

— Михаил Михайлович, какова заболеваемость хронической почечной недостаточностью? Насколько значима эта проблема для детей?

— Я вряд ли назову вам точные цифры, но по данным статистики Европы и Америки терминальной фазой хронической почечной недостаточности (ХПН) болеет ежегодно 5 детей на 1000000 общего населения этих стран. То есть, для России эта цифра должна быть на уровне 850 человек в год. Более точной статистики у нас нет. Что касается диализных центров для взрослых, их в Москве десятка два, по стране — более двухсот. Проблема только в том, что с социалистических времен у нас, так же как и в странах Восточной Европы, все лучшее сосредоточено в столице. Периферия резко отстает. А ведь больной, заболевший ХПН где-нибудь на Сахалине, должен получать помощь там, дома, а не в Москве. Он должен вести обыч-

ный образ жизни «диализного больного» — ходить на гемодиализ или перитонеальный диализ, продолжать учиться, работать, жить в семье. Тем более это касается детей, которых неохотно берут в диализные центры для взрослых. В Москве, например, всего несколько центров для детей — в Российской детской больнице, куда ежегодно ходит 20–30 человек, в Филатовской больнице, в НИИ урологии, в больнице Святого Владимира (бывшей Русаковской). И все.

Теперь, что касается трансплантации почек. В последнее время у нас активно начали развиваться программы родственной пересадки почки. В частности, первая такая операция была сделана в этих стенах в 1965 году. Технические проблемы, практически, все решены, есть прекрасные препараты, купирующие реакцию отторжения, но проблема с донорством резко ограничивают наши возможности. Наше отделение могло бы делать не менее 40 трансплантаций в год, если бы решился этот вопрос. Что мешает? Очень слаба юридическая база: мы вынуждены сейчас работать по инструкциям, принятым в 1977 году. Подзаконные акты, сопровождавшие Закон от 1993 года, были отменены Минюстом летом этого года, в свя-



зи с юридическими противоречиями, усмотренными между Законом о трансплантации и Законом о погребении. На самом деле никаких противоречий, на мой взгляд, между двумя законами нет.

— А в чем же дело?

— В законе о трансплантации записано, что изъятие органа может осуществляться в том случае, если на момент изъятия органа никто из родственников покойного активно про-

тив этого не возражает. А закон о погребении запрещает брать органы без обязательного согласия родственников. Маленький нюанс, но если в первом случае мы могли бы работать, то в соответствии со вторым – это становится малореальным. Вот Минюст и отменил закон о трансплантации вместе со всеми подзаконными инструкциями.

С одной стороны, может быть это и хорошо – пришло время инструкции обновить, академик В. И. Шумаков, кстати, представил соответствующие соображения в министерство, но дело не движется, а висит мертвым грузом.

– С какого возраста дети становятся вашими пациентами?

– Для детей от года до 7–8 лет более физиологичным является перитонеальный диализ, которым занимается больница Святого Владимира и Республиканская детская больница. Мы этим не занимаемся. Я понимаю ваш вопрос так: в каком возрасте ребенку можно пересадить взрослую почку? Есть опыт пересадки и годовалому, но оптимальным является вес в 18–20 кг. Здесь дело еще вот в чем. Когда взрослую почку пересаживают ребенку, она очень быстро адаптируется под потребности детского организма и начинает работать, так сказать, вполсилы. Потом же, когда пациент подрастает, она за ним уже не успевает. Так что, чем почка моложе – тем лучше.

– Насколько может решить проблему родственная трансплантация?

– Она, конечно, делает ее менее острой, но до конца не решает. Опыт более чем ста родственных трансплантаций, произведенных в этом учреждении за много лет, показывает, что только треть обследованных потенциальных доноров могут таковыми стать. Даже если у реципиента есть род-

ственник, совпадающий по группе крови и другим иммунологическим параметрам, существует только 30% вероятности использовать его в качестве донора.

Больше шансов у родителей, меньше у братьев и сестер – здесь может быть от полного совпадения до полного несовпадения иммунологических параметров. Пересадка возможна и при полном несовпадении, но при отрицательных результатах так называемой перекрестной пробы, когда лимфоциты донора не разрушаются сывороткой реципиента. Впрочем, отдаленные результаты все же зависят от степени совместимости. Надо сказать, что отдаленные результаты зависят и от уровня иммуносупрессии, а препараты, обеспечивающие ее, становятся все активнее и активнее, влияя, конечно, на отдаленные результаты в сторону их улучшения. Поэтому мы стараемся пересаживать почки наиболее совместимые с организмом реципиента, но иногда медицинские показания, срочность операции, заставляют нас этими показателями несколько пренебрегать.

– И все же, существуют ли при пересадке почек технические проблемы и в чем они состоят?

– Технических проблем нет вообще. Почка со множеством сосудов подлежит микрохирургической реконструкции. Основные осложнения связаны с мочеточником донорской почки, уровень их, по мировой статистике, колеблется от 5 до 50 %, и они носят самый разный характер. Главные из них связаны с нежизнеспособностью донорского мочеточника из-за нарушения его кровоснабжения, отсутствия центральной иннервации и нарушения лимфооттока. То есть, мочеточник – слабое место всего процесса почечной трансплантации, ведь его потеря может означать потерю всего трансплантата. Поэтому постоянно идут поиски того, как избежать этих осложнений. В идеале это может быть анастомоз лоханки с мочеточником реципиента. Проблема в том, что человек, страда-

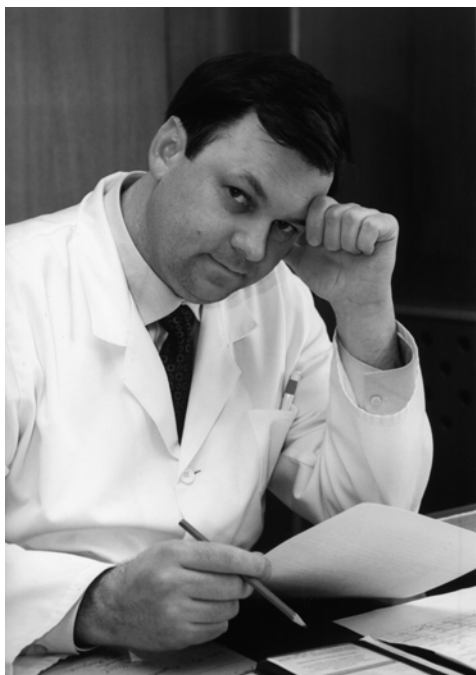
ющий ХПН много лет, имеет дегенеративные изменения и в мочеточниках. Так что здесь не так все просто.

– Удается ли когда-нибудь получить в качестве донорского органа детскую почку?

– После 1993 года, когда был принят закон о трансплантации и выпущена инструкция Минздрава, регламентирующая правила определения смерти мозга и условия забора донорских органов, забор почек у детей был выведен за пределы закона. В инструкции было прямо написано, что она не применима к детям, у которых соответствующие критерии мозговой смерти еще не разработаны. На самом деле, не на бумаге а в реальности эти критерии есть, детские реаниматологи ими много лет руководствуются. И потом, что значит фраза закона о том, что данная инструкция неприменима к детям? У нас в законе детьми считаются люди до 18 лет! А ведь каждая возрастная детская группа – это особые подходы. В инструкции должна быть возрастная градация. Ее нет. И это как раз то слабое место, которым срочно надо заниматься. Есть же детская травма, кончающаяся смертью мозга, другие несчастные случаи. Существует онкология головного мозга. Появление хотя бы небольшого количества детских органов позволит существенно улучшить ситуацию в детской трансплантологии.

Мне посчастливилось пройти длительную стажировку в лучшем в Европе детском центре пересадки почки в Париже. И профессор, который сейчас уже на пенсии, имеющий огромный опыт в детской трансплантологии, говорил мне, что, по его глубокому убеждению, детям категорически нельзя пересаживать взрослую почку. Иначе он через несколько лет вернется на гемодиализ и будет нуждаться в повторной пересадке органа. Взрослая почка, пересаженная в раннем детстве, не сможет обеспечить растущие потребности ребенка уже через 4–5 лет.





И ПОСЛЕДНИЕ СТАЛИ ПЕРВЫМИ...

Поблагодарив Михаила Михайловича Каабака, я поспешил в Российскую детскую клиническую больницу во имя Покрова Пресвятой Богородицы (бывшая Республиканская детская больница), где собираются для диализа и пересадки почки маленькие пациенты со всей России. По сути, для большинства из них здесь единственная надежда на продолжение жизни. Об этом я и начал разговор с заведующим отделением Алексеем Леонидовичем Валовым.

– Алексей Леонидович, вам лучше, чем кому бы то ни было, известна ситуация в регионах России. Как там обстоит дело с диализом и пересадкой почек?

– Что касается России, то формально в стране имеется 22 диализных центра для детей. При том, что для взрослых – око-

ло 250. Взрослые центры не очень охотно берут детей, несмотря на наличие Приказа Минздрава РФ № 536, который обязывает их лечить детей с 10-летнего возраста.

– А каков возрастной состав детей с ХПН?

– Самый разный. Дело в том, что хроническая почечная недостаточность не всегда вовремя ставится, и маленькие пациенты попросту умирают, не дойдя до нас. А те, кто постарше, уже попадают сюда. Преобладающий возраст наших больных – 10–15 лет. Малышей мало.

– Пересадка почки – это желаемый исход для каждого больного?

– Да, конечно. Если есть возможность пересадить – это реабилитация и возврат в нормальную жизнь. Почка ведь не только орган очищения – она несет и эндокринную функцию. Ребенок растет, развивается. У нас есть даже пациенты-девочки, которые создавали впоследствии семьи, рожали детей.

– Где же дети России, кроме вашего центра, могут получить такую помощь?

– Есть еще Уфа, Ульяновск, Санкт-Петербург. Это все. По России больше детской трансплантации нет.

– Сколько вы можете делать операций в год?

– При соответствующем обеспечении – до 50 трансплантаций. Однако на этот год нам выделили средства на проведение лишь 14, и это очень печально. Что касается доноров, то в последнее время этот процесс немного сдвинулся с мертвой точки. За последние десять дней у нас было три самостоятельных забора органов в области – два в Серпухове и один в Подольске. Этому предшествовала титаническая организационная работа со специалистами здравоохранения Московской области.

Они нас, наконец, стали понимать, зовут, а раньше этого не было. С начала года мы просто стояли, городской центр забора донорских органов обеспечивал нас, а взрослые городские отделения транспланта-

ции. Перед нами встала дилемма – либо мы сами обеспечиваем донорство и ездим за почками, либо – ждем у моря погоды, делая несколько родственных пересадок в год.

– Детям лучше пересаживать детские почки?

– Да, безусловно, но детям постарше – 10–15 лет может подойти и почка взрослого человека, хотя и не с такими хорошими отдаленными результатами, как если бы мы пересаживали ребенку почку сверстника. В среднем, пересаженный взрослый орган работает около десяти лет, а если бы почка была детская, то срок был бы гораздо больше – до 20–30 лет.

– Как вы в детской практике решаете проблему с мочеточником пересаженной почки?

– У нас такой проблемы нет. Мы не идем по пути анастомозирования собственного мочеточника с мочеточником трансплантата, что часто ведет к стриктурам. Мы подсаживаем верхнюю треть мочеточника, которая кровоснабжается от почки, прямо в мочевой пузырь, как у взрослых.

– А вообще пересадка почки у детей отличается от таковой у взрослых?

– Отличается. Помимо анатомических особенностей, у ребенка есть еще и возрастные. У ребенка более активно протекает реакция отторжения, и нам приходится идти на более высоких дозах иммуносупрессантов. Далее, в плане реабилитации – у ребенка раны заживают буквально на глазах. У ребенка выше сопротивляемость организма, ему не нужна столь мощная и длительная антибактериальная терапия, как взрослому. Ребенок уже на следующий день после операции хочет встать и ходить.

– Ваше отделение занимается трансплантацией почки более десяти лет. Какова статистика?

– Конечно, когда отделение только начало свою работу, существовали совсем другие схемы иммуносупрессии, другие препараты. Даже пять лет назад все было иначе. Многому научились люди, за десять лет у нас было произведено более 270 трансплантаций. Это огромный опыт. Сейчас результаты гораздо лучше первоначальных.



– **Какие почки вы предпочитаете брать в работу при невозможности по закону использовать детские органы?**

– Мы стараемся брать почки от небольших людей, 50–60 кг веса, не старше 45 лет.

– **А если бы закон разрешал, был бы соответствующий материал?**

– Это процесс не одного дня. Нужно принять закон, нужно работать с людьми, заинтересованными в этом процессе. Если бы у нас были детские почки, мы могли бы делать трансплантацию детям гораздо более раннего возраста. Сейчас у нас ограничение – вес не меньше 25 кг, рост не меньше 125 см.

Знаете, что обидно? Ведь в экспериментах по трансплантации органов мы уже в 50–60-е годы опережали Запад. Но отсутствие соответствующей законодательной базы привело к тому, что мы безнадежно отстали и только сейчас кинулись догонять. Сколько жизней можно было бы спасти! Вот вам статистика: в течение года, если бы диагноз ХПН ставился вовремя, и дети тотчас брались на диализ, у нас по стране 3000 детей нуждались бы в пересадке почки. Дай бог, что сейчас мы помогаем 30 из них! Один процент! За рубежом положение совершенно другое – помощь в виде диализа там получают все, причем, приоритет – детям, а пересадку почки делают в десятки раз больше, чем у нас.

С тяжелым чувством я покидал стены Республиканской детской больницы. Да, у нас работают замечательные специалисты, благодаря их усилиям хоть что-то делается, они действительно энтузиасты своего дела, настоящие мастера, но много ли они могут без деятельной, умелой и целенаправленной поддержки государства и общества?

Итак, если подытожить наши беседы с М. М. Каабаком и А. Л. Валовым, становятся очевидными главные проблемы. Больные с ХПН остро нуждаются именно в пересадке почки. Операция снимает их с «диализной иглы», резко улучшает качество жизни, делает инвалидов полноценными людьми. Оставим за скобками то, что диализ даже в Москве доступен далеко не всем и безумно дорог. Но пересадка органов ставит во весь рост проблему донорства. Пересаженный

орган должен быть не просто вынут из мертвого человека. Почка, пережившая тяжелую гипоксию никому не нужна. Ее нужно взять вовремя, сразу, как только наступит мозговая смерть, а для этого реаниматологи должны приложить значительные усилия на подготовку органа к будущей трансплантации. Усилия, которые им, работающим в условиях тотальной нехватки лекарств, кажутся лишней головной болью. К тому же, незащищенные соответствующими законами и инструкциями, врачи могут легко стать жертвами судебного преследования со стороны родственников. Закон о погребении запрещает даже медицинское вскрытие без их ведома и согласия. В свое время на зданиях анатомических корпусов гордо красовался суровый лозунг: «Здесь мертвые учат живых». То, что решение о патологоанатомическом вскрытии отдано на откуп не медикам, а родственникам умершего не может не вызывать, мягко говоря, недоумения.

Совершенно не решен вопрос о детском донорстве, не определена вообще возрастная граница. Она просто исчезла из текста закона, хотя разработчики утверждают, что она там была и равнялась 10 годам. Кроме того, само население сегодня враждебно относится к решению этой проблемы, будучи твердо уверено в том, что трансплантологи зарабатывают огромные деньги на «народной беде». Мне самому довелось видеть на заборе НИИ трансплантологии объявление, в котором некий 27-летний молодой человек предлагал свою почку за 50 000 долларов. Наивные! Кто же из врачей рискнет сесть в тюрьму на 5–10 лет за пересадку органа, полученного коммерческим путем? Закон как раз это категорически запрещает, хотя и здесь палку перегибает – родственным донором, например, может стать только кровный родственник, но не муж или жена. А в других странах разрешено даже дарение органа абсолютно чужому человеку. Но нам до этого далеко. Вот с грузом этих вопросов я и отправился к главному нефрологу столицы, доктору медицинских наук Наталье Аркадьевне Томилиной.

НАДО ВЕРИТЬ ВРАЧАМ

Ее кабинет находится в Городской клинической больнице № 52. Мы долго не могли начать разговор. Наталья Аркадьевна отвечала на бесконечные телефонные звонки, пытаясь рационально разместить тяжелых больных между перегруженными диализными отделениями Москвы. Наконец она переключила телефон на свою помощницу, и мы смогли побеседовать.

– **Наталья Аркадьевна, под вашей опекой находятся все тяжелые нефрологические больные Москвы?**

– Да, я главный нефролог Москвы, но это моя, так сказать, общественная нагрузка. А вообще я сотрудник НИИ трансплантологии, заведу отделением, которое занимается всеми проблемами, возникающими у больных в отдаленные сроки после пересадки почки.

– **Вы-то, наверное, точно знаете, сколько больных в Москве нуждаются, скажем, в диализе?**

– Это сложный вопрос. Ведь все, кто нуждается в диализе, должны его получить, они не могут ждать больше 1–2 месяцев. Если им не оказали этой помощи, они просто умрут. Диализ ведь нужен тогда, когда собственные почки не работают. Это начало того, что называют заместительной терапией, следующий этап – это трансплантация почки. Сейчас, правда, во многих странах с трансплантации начинают, вообще не проводя больным диализа. Но для этого нужно много донорских органов. В нашей ситуации, когда органов приходится ждать подолгу, без диализа не обойтись. Сколько людей нуждается? Есть международная статистика. Например, в странах Западной Европы в год прибавляется от 400 до 500 новых пациентов, которых надо принять на диализ. Если диализ хорошего качества, а трансплантации не проводятся, то людей,





няемся к выбору более молодого пациента. Когда анализируешь отказы, получается, что если на диализе у нас 12% людей старше 60 лет, то среди отказов – 60–70% пожилых людей. Москва не может обеспечить диализом примерно пятую часть всех нуждающихся – чуть более 20%. Это дело достаточно дорогостоящее: нет денег – нет и диализных мест.

В Боливии, например, диализ проводят только острым больным, а хроникам делают исключительно трансплантацию почек. Они так решают проблему с ХПН. Ведь если взять шкалу расходов, то наиболее дорогим видом медицинской помощи является именно гемодиализ, чуть дешевле – перитонеальный диализ, а существенно дешевле – трансплантация. Пересадили почку – и человек работает и живет полноценной жизнью. Он, в конце концов, становится налогоплательщиком, возвращает государству часть затраченных на него средств! После трансплантации молодые люди женятся и выходят за-

которым требуется диализ, становится все больше.

Вот, например, трансплантация имеет серьезные препятствия в Японии. Там на 1 миллион населения приходится 1500 диализных больных. Если интерполировать эти цифры на нас, то по Москве свыше 10000 человек должны были бы нуждаться в диализе. В Америке около 1000 человек на 1000000 получают диализ, они обеспечивают всех нуждающихся, но у них и трансплантация идет очень активно – свыше 12000 трансплантаций в год. Но нам ближе страны Центральной и Восточной Европы. Там все-таки получают диализ от 200 до 500 человек на миллион. Но нуждаются, конечно, больше. Поскольку мы живем примерно в одинаковых условиях со странами Восточной Европы и принадлежим к одной расе, у нас заболеваемость должна быть схожа. На Западе много пожилых людей, а значит много диабетиков, которые в конечном итоге приходят к почечной недостаточности и нуждаются в диализе. Они там составляют большинство. У нас таких больных 12% по Москве. А 53% – люди до 50 лет. Из них 14% – диабетики 1 типа, остальное – больные нефритами, гломерулонефритами, поликистозом и т. п. Почему у нас так получается? Из-за постоянного дефицита диализных мест. И хотя мы стараемся никому не отказывать, считая, что ребенок, юноша, человек среднего возраста и пожилой человек имеет абсолютно одинаковое право на жизнь, они должны прожить столько, сколько могут. Но все равно, видимо подсознательно, когда у нас одно место на трех человек и мы решаем, кого раньше взять, то так или иначе скло-

муж, производят на свет потомство. У нас есть пациенты, у которых детям уже по 18–20 лет! Разве это не прекрасно?! А их медицинское содержание равно стоимости поддерживающих доз иммуносупрессоров. На третьем году жизни после трансплантации эта сумма может составить от 2 до 3 тысяч долларов в год, а гемодиализ – в несколько раз дороже. Вот вам и разница.

– Насколько я знаю, во в возрастные диализные центры детей не берут?

– Нет, в Москве достаточно детских центров. Но вот ведь парадокс – у нас в стране детские диализные места простаивают, в том числе и в Москве. Тут очень много нелепостей, и это отдельная сторона вопроса. Например, по закону детьми считаются пациенты до 18 лет. Но страховая медицина оплачивает лечение в детских больницах детей до... 15 лет. На этом основании ни в Филатовскую, ни в Русаковскую больницу пациента старше 14,5 лет не возьмут. Доходит до курьезов – аппараты стоят зачехленными, и больница просит прислать им какого-нибудь больного, чтобы специалисты не потеряли квалификацию.

Боюсь, что многие дети очень часто просто не доходят до диализных коек. Причины самые разные, в частности, из-за отдаленности этих центров от места жительства заболевшего ребенка. Далеко не каждый родитель полетит три часа на самолете, чтобы сделать ребенку гемодиализ. Детям скорее нужен перитонеальный диализ, его легче организовать в регионах.

Возвращаясь к сути проблемы, хочу подчеркнуть: если не развивать трансплантацию, мы с диализом зайдём в тупик – ника-

ких мест не хватит! Мы не такая богатая страна, чтобы бесконечно развивать сеть диализных центров. Не случайно в России все-таки расширяется потихоньку сеть городов, где начинают делать трансплантацию – в Ульяновске, в Самаре, в Новосибирске. Ведь сегодня во всем мире существует единая точка зрения на лечение больных с ХПН – трансплантация почки – метод выбора для этих пациентов. Это лучше и с точки зрения качества и продолжительности жизни больного, и с точки зрения экономической – да с любой! После трансплантации, по сравнению с пациентами, находящимися на диализе, в сопоставимых возрастных группах риск смерти в три раза меньше! Жизнь на диализе, по сути – это обслуживание своей болезни. Другое – это обслуживание своей болезни. Другое – это обслуживание своей болезни. Другое – это обслуживание своей болезни. Другое – это обслуживание своей болезни.

– Как вы относитесь к родственной трансплантации? Может ли она решить проблему?

– Решить проблему она не сможет, но в состоянии значительно ее смягчить. Безусловно, нам ее надо всячески развивать.

– Я знаю, что качество органов, получаемых трансплантологами в Западных странах и у нас, существенно отличается. Это касается и почек?

– Это по определению должно быть так, ибо в большинстве случаев там берут орган сразу по диагностике смерти мозга, а у нас сильно запаздывают. Мы объективно работаем в более сложных условиях и, слава Богу, что наши результаты вполне сопоставимы. Мы недавно просчитали результаты нашего института – они совершенно совпадают с результатами европейских клиник. Имеется в виду пятилетняя выживаемость больного с пересаженной почки.

– Наталья Аркадьевна, давайте представим, что вы – министр здравоохранения. Что бы вы сделали с законом о трансплантологии?

– О-о-о! Ну, во первых, надо все привести в соответствие...

Если бы я была министром, я бы одновременно думала и о законе, и о том, какие могут быть стимулы для реаниматологов, чтобы они обеспечивали трансплантацию. Я бы изучила испанский опыт, где эту проблему решили. Прежде всего, они наладили контакт и взаимопонимание с населением, потом – провели открытые дни трансплантации во всех крупных многопрофильных больницах, сделал сво-

ими союзниками главных врачей. Тут ведь нельзя обойтись только законом. Забор органа для трансплантации – не только дополнительная работа для реаниматологов, она накладывает на этих специалистов очень большую ответственность, увеличивая опасность предстать перед комиссией или даже судом. Кроме того, все-таки надо научить наше население верить врачам. Родственники имеют право знать, что их близкому человеку предстоит стать донором. Я так считаю, хотя понимаю, что в нашей стране, где вообще никто никому не верит, это не облегчит ситуации. Мне недавно рассказали об удивительном опыте, когда родственников умирающего больного, лежащего в реанимации, знакомят с родственниками того, кому нужен этот орган! И это имеет огромное эмоциональное значение. Я здесь последователь Курчатова: когда он построил институт, то не стал сразу асфальтировать дорожки, а подождал, пока их протоптали люди в удобных для них местах.

Закон будет работать тогда, когда он будет приемлем для общества. Сегодня наши реаниматологи перегружены, работают в трудных условиях, при острой нехватке медикаментов. Они не хотят иметь лишнюю головную боль, и их можно понять. Но вот в НИИ Склифосовского, лишь стоило появиться собственному отделению трансплантации печени, так стали заботиться о донорских органах. То есть, должны быть какие-то стимулы. Но ни в коем случае нельзя стимулировать деньгами – это ни к чему хорошему, на мой взгляд, не приведет. Почему в Америке врачи охотно помогают трансплантологам? Это входит в условия лицензирования их деятельности, а значит, помогает в продвижении по службе.

Я понимаю одно: если руководствоваться существующим сегодня Законом о погребении – то никакой трансплантации в нашей стране не будет. Да, в исключительных случаях надо принимать во внимание отказ родственников от вскрытия, но если каждый раз просить их согласия – то это резко отбросит патологоанатомическую службу страны в средневековье. К слову сказать, на стадии вскрытия органы уже никому не нужны, но само вскрытие нужно для уточнения диагностики, для продвижения вперед не только науки, но и результатов лечения, в конце концов. Разве Дума вправе была влезать в сугубо медицинские проблемы, не приняв во внимание мнение медицинской общественности? Почему депутаты-медики не смогли дать профессиональную оценку этому Закону, доказать его неправомочность?

Вот такое эмоциональное выступление, достойное думской трибуны. Возвращаясь от Натальи Аркадьевны Томилиной, я понял, что в нашей стране, погря-

шей в пучине экономических трудностей, во взаимном недоверии, решить вопрос развития трансплантологии будет очень непросто, но сделать это крайне необходимо. Ведь если нефрологи, гепатологи еще могут надеяться на проведение в жизнь программ родственной трансплантации, то как быть кардиологам? Не возьмешь же у родственника сердце для пересадки? И ребенку взрослое сердце не пересадишь. Нужны донорские органы. И очень жаль, что в этом непростом деле поистине медвежью услугу оказывают обществу наши неумелые законодатели.

ИСПАНСКАЯ МОДЕЛЬ

Перед визитом к директору НИИ трансплантологии и искусственных органов академику В. И. Шумакову я решил посетить еще раз отдел трансплантации органов НЦХ РАМН (директор – академик РАМН Б. А. Константинов), побеседовать с руководителем отдела, заведующим отделением трансплантации печени доктором медицинских наук Сергеем Владимировичем Готье. «Завтра встретиться с вами не смогу – сегодня у нас операция, значит, я сутки буду в операционной, – услышал я в телефонной трубке. – Если хотите, приходите в выходные дни». И вот в воскресенье мы беседуем с Сергеем Владимировичем Готье и его помощницей – ведущим научным сотрудником Ольгой Мартеновной Цирульниковой

– Я был у вас в отделении два года назад. Что изменилось за это время?

– За это время мы поняли, что, если хотим продолжать работать, то нужно развивать родственную программу пересадки печени. В настоящее время мы делаем макси-



мум того, что можем себе позволить – одну пересадку в три недели. У нас было несколько предложений трупной печени, мы от этого отказались из-за плохого качества органов и, как следствие, непредсказуемости прогноза для больного. Используя в качестве доноров родственников, мы сделали достаточно большое количество трансплантаций – больше нас сделано только в Японии, а в остальных странах сопоставимые с нашими цифры. Международный авторитет нашего коллектива достаточно высок.

– Какова потребность в пересадке печени?

– Точной статистики никто не знает, но из нашего опыта работы в, частности, с гепатологическим отделением Института педиатрии, который ведет с нами большую работу, это около 15% от общего числа гепатологических больных.



– Известно, что ребенку нужно пересаживать детскую почку. А как обстоит дело с печенью?

– К счастью, совершенно иначе. Возраст донора не имеет здесь никакого значения. Печень – уникальный орган, она не стареет, ее сосуды не подвержены атеросклерозу, она прекрасно регенерирует. Теоретически, можно внуку пересадить печень 60-летней бабушки и орган прекрасно будет себя вести. У нас был опыт пересадки трупной печени от 57-летней женщины, погибшей от инсульта, девятнадцатилетнему мальчику. Он живет уже больше шести лет без проблем, водит машину, занимается легкой атлетикой, окончил университет, собирается жениться. Если печень не повреждена болезнью, возраст ее не имеет значения для успеха трансплантации.

– В отличие от поджелудочной железы?

– Почему же. Просто поджелудочная железа действительно больше подвержена всяким болезням, а при умирании раньше других органов подвергается гипоксии. Очевидно, у нас скоро начнется родственная программа по пересадке этого органа.

– Вот у нефрологов примерно каждый третий из обследованных родственников годится стать донором. А как дело обстоит при трансплантации печени?

– Родственная трансплантация печени идеальна в иммунологическом смысле: мы обычно имеем совпадение по трем-четырем антигенам. У нас нет проблем отторжения, то есть, оно возникает, теплится, но мы обходимся минимальными дозами иммуносупрессантов. Даже исходные дозы здесь значительно ниже, чем при трупной трансплантации. Это, фактически, полностью решает проблему. Если при трупной трансплан-

тации, где совпадение только по группе крови, мы всегда имеем реакцию отторжения на 4–10 день и вынуждены ее подавлять, то здесь, вследствие совпадения по большому количеству антигенов, мы ее почти не видим. Обычно это бывают братья, мать, даже тетки. У нас была тетка, совпадающая по четырем антигенам. Такое даже при подборе почки редко бывает. А ведь это только те антигены, которые мы смотрим – достаточно грубый, в сущности, анализ. Как раз такое совпадение по антигенам и является одним из факторов, обеспечивающих хороший результат.

И вот, что еще важно: мы всегда знаем, что именно мы пересаживаем, уверены, что печень в прекрасном состоянии. Все доноры очень хорошо обследуются. Нет никаких гемодинамических проблем, трансплантат всегда идеален. Даже если это лишь половина печени, то это иногда лучше, чем целый трупный трансплантат. Она сразу же начинает активно работать. Если ребенок весит килограммов 30, то половина взрослой печени это ровно столько, сколько ему положено, ведь она будет расти вместе с ним. Если же это взрослый человек, то и он получает эту половину – она регенерирует до нужных размеров, находясь в его организме. Печень – это орган единственный в своем роде.

– То есть, вы можете сказать, что родственная пересадка в вашем случае предпочтительнее любой другой?

– В странах с неорганизованным трупным донорством – это единственный вариант. Конечно, нам довольно трудно и морально и технически оперировать здоровых людей. Это ведь большая операция. Чем люди-то провинились, что у нас нет трупного донорства? Но они готовы на это идти ради своих близких. Мы с ними не работаем, не уговариваем, они делают это сами: приходят нас просить об операции.

– Как сказывается операция на доноре?

– Мы забираем правую долю печени, но, поскольку орган регенерирует и увеличивается в объеме, человек ведет привычный образ жизни, занимается даже тяжелым физическим трудом, женщины рожают детей.

– Как давно вы занимаетесь трансплантацией печени?

– Одиннадцать лет. Отметим недавно десятилетнее выживание нашего больного из Йошкар-Олы. Очень хорошо живет, работает, имеет семью. Надо сказать, что если бы мы занимались только трупной трансплантацией, нам было бы гораздо труднее работать. Невозможно делать одну операцию в год. А сейчас мы действуем в полную силу и ничем другим не занимаемся – времени нет.

– Кто еще, кроме вас, решает подобные задачи?

– В Институте Склифосовского открыли Московский городской центр. Они пока связаны с трупной трансплантацией. За год сделали всего три пересадки. Если бы такой центр был открыт за границей, он был бы обязан сделать за год 50–100 операций. Хотя с донорами в «Склифе» должно быть все в порядке, но органы их доноров исходно плохого качества. У девяти из десяти – либо алкогольная печень, либо вирусные поражения, либо нарушения гемодинамики, либо еще что-нибудь.

– Что вы можете сказать о возможности детского донорства?

– Самое главное, никакой регламентирующей цифры в законе о трансплантологии нет. А у нас детьми считаются люди до 18 лет. Надо сказать, что определение смерти мозга у ребенка – это сложная вещь, там гораздо более размыты критерии, это пока не уровень скорпомощных больниц. Сейчас ведутся разговоры о восстановлении детского донорства, о смягчении положений инструкции о констатации смерти мозга и уменьшении периода ожидания, но до решения проблемы еще далеко. Уроком может стать опыт Украины – там отменили презумпцию согласия родственников, и трупное донорство закончилось. Полностью. То есть, теперь врачам для забора органа нужно добиться, чтобы родственники сказали «да».



– **Каковы результаты вашей работы?**

– Прежде всего, наша программа – единственная в мире, где выжили все реципиенты. Доноры идут без осложнений. Это – святое. Мы убедились окончательно в том, что для реципиента родственная печень лучше. Наши больные после трансплантации перестают быть больными – они ведут нормальный образ жизни. Дети учатся, взрослые работают. Операция универсальна, пригодна для людей любого возраста. Надо сказать, что и в странах, где все в порядке с трупными органами, родственные программы тоже существуют. Конечно, это дополнительные трудности для хирурга – делать две операции вместо одной. Причем, это одна из самых сложных операций в абдоминальной хирургии, надо минимизировать риск осложнений, сохранить все анатомические структуры у донора и реципиента. Операция ортопеченоческая – старая печень удаляется, новая – занимает ее место.

Необходимо помнить, что операция по пересадке печени – единственный способ спасти жизнь больного. Ведь у наших больных нет даже такой отдушину, как диализ для почечных больных. Летальность в группе ожидания составляет 70%! Поэтому мы и держимся за родственную трансплантацию.

– **А если жена захочет отдать свой орган мужу, вы имеете право это сделать?**

– Не имеем, но очень хотим. Закон нам в этом не помогает. Вот у нас сейчас есть реальная пара – муж и жена. Была еще одна, но мы не успели юридически решить эти вопросы – жена умерла, хотя муж очень хотел быть донором. И так, жена болеет, ей требуется пересадка. Мы обследовали мужа – его печень годится. В Законе написано: для того, чтобы быть донором, необходимо состоять в генетическом родстве. Как быть? У нас по этому поводу было заседание Этического комитета, и хотя все члены были «за», нам порекомендовали обратиться в суд. Но не

вовне понятно, в чем должен быть предмет судебного разбирательства.

– **Почему все же так плохи органы, взятые у трупа? Почему на Западе это не так?**

– Все очень просто. В лицензирование американского, скажем, реаниматолога обязательно входит умение готовить органы для трансплантации. Это входит в его обязанности. Там считается неприличным, если органы пропадут и жизни многих людей не будут спасены. Для нашего реаниматолога подготовка трансплантата – это лишняя проблема, зачастую даже не подкрепленная нормальными техническими условиями. Там же, в США, нет скоромощного реаниматолога, который не умел бы кондиционировать органы. И там любой человек, поступающий с несовместимой с жизнью черепно-мозговой травмой, становится мультиорганым донором.

– **Я много слышал о так называемой «испанской модели». В чем она состоит?**

– Там лет пятнадцать назад была начата широкомасштабная кампания по пропаганде посмертного донорства. Все СМИ в этом участвовали. Даже у входа в церковь висели плакаты, призывающие прихожан отдать себя после смерти безнадежно больным людям. А ведь это католическая страна! В результате Испания единственная страна в мире, где нет дефицита донорских органов. Значит, это все-таки можно сделать. В Мадриде, когда мы там были в 1998 году, производили по четыре трансплантации печени в день! Но испанцы отдают свои органы только испанцам. Для того, чтобы пересадить орган иностранцу, нужно особое разрешение премьер-министра. Это – идеология. У них – получилось.

Такая вот получилась содержательная, и неожиданно оптимистическая беседа. Отдел доктора Готье работает в полную силу, строит планы на будущее и, нет сомнения, эти планы сбудутся.

МАТЕРИАЛЬНАЯ БАЗА

Завершить наш обзор мы решили в НИИ трансплантологии и искусственных органов, беседой с его директором академиком Валерием Ивановичем Шумаковым. Он выкроил в своем сверхплотном графике для этого интервью четверть часа. Поэтому пришлось его спрашивать лишь о самом главном.

– **Валерий Иванович, непростое положение с пересадкой органов в нашей стране не вызывает сомнения. Существуют ли каких-либо перспективные разработки, направленные на уменьшение количества больных с ХПН?**

– Одним из перспективных направлений является пересадка больным с сахарным диабетом клеток поджелудочной железы. Это операция достаточно проста, не сопровождается реакцией отторжения. Больные диабетом при этом начинают справляться с болезнью при гораздо меньших дозах инсулина, у них значительно медленнее развивается осложнения со стороны глаз и почек – ретинопатия и нефропатия – главные осложнения у больных такого рода. Вначале мы использовали для пересадки фетальные клетки, а сейчас освоили метод культуры тканей, что позволяет значительно улучшить результаты. Клетки живут в организме больного год, потом эту операцию можно повто-





ритель. У нас уже есть больные, перенесшие ее пять раз. Причем, пересадка клеток поджелудочной железы помогает как взрослым пациентам, так и детям.

– Валерий Иванович, в чем суть ваших предложений по улучшению трансплантологии, которые вы передали в Минздрав РФ?

– Они, в основном, касаются улучшения материально-технической базы. Вот, скажем, сейчас определяют смерть мозга с по-

мощью энцефалограммы. По инструкции, ее надо повторить через 12 часов, все это время нужно держать потенциального донора на ИВЛ, поддерживать его гемодинамику. В то же время есть возможность определить то же самое путем определения кровотока в мозговых сосудах – что гораздо быстрее и надежнее. Но соответствующий прибор пока только один на всю Москву, а ими, конечно же, надо оснащать все скорпомощные больницы.

Проблему составляет даже организация круглосуточного обследования больных на ВИЧ и вирусный гепатит. Эта служба есть в Москве и в стране, но она работает не круглосуточно – значит, нужны дополнительные люди, оборудование. Все это стоит не дешево. Но без улучшения материально-технической базы нам не обойтись, если мы хотим, чтобы наши реципиенты получали доброкачественные органы. Наши предложения детально касаются всех аспектов этой проблемы.

Затем, необходимо переломить ситуацию, когда для реаниматолога участие в процессе кондиционирования органов является лишь обузой, найти способы его морального стимулирования.

Наконец, надо активно работать с населением и пропагандировать посмертное донорство. Вот мы когда-то дружно смеялись над домами санитарного просвещения, теперь их нет, и никто не озабочен работой с

населением. А без хороших пропагандистов нам не сдвинуть дело с мертвой точки, и будут долго еще умирать люди, которые могли бы жить и работать.

– Ведутся ли какие-нибудь работы по определению критериев мозговой смерти у детей?

– Да, такие работы ведутся, мы понимаем важность проблемы, ведь есть разделы трансплантологии, где без детских донорских органов просто не обойтись – пересадка сердца, например. Думаю, в скором времени мы сможем выдать обоснованные предложения по этому поводу.

– Есть ли все-таки противоречия между пресловутыми Законами о погребении и трансплантации органов?

– На мой взгляд, нет. Первый закон запрещает изъятие органов и вскрытие у трупа без ведома родственников, второй – о заборе органа у пациента в случае мозговой смерти. У трупа никто органы брать не собирается – они никому не нужны. Что же касается согласия родственников, то что нам делать, если его нет? Не самому же умирающему писать о своем согласии на трансплантацию его органов реципиенту? Все это достаточно надуманные вещи. И дело даже не в законах. Нужно, чтобы общественное мнение в стране повернулось лицом к проблеме, поняло, что из-за своего негативного к ней отношения оно каждый час и день лишает права на жизнь кого-то из своих сограждан. А властям нужно просто не мешать, а всеми силами оказывать помощь в решении этой проблемы.

Что ж, к этому просто нечего добавить.

Михаил Кукулевич

Фоторепортаж Владимира Бахарева из НЦХ РАМН, Российской детской клинической больницы во имя Покрова Пресвятой Богородицы, НИИ трансплантологии и искусственных органов



ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Д. В. Зверев, руководитель Московского детского Центра гравитационной хирургии крови и гемодиализа, Главный внештатный специалист по детскому гемодиализу Комитета здравоохранения г. Москвы

Проблема замещения утраченных почечных функций у детей очень сложна и полностью не решена во всем мире. Но у нас диагноз хронической почечной недостаточности (ХПН), а часто и острой почечной недостаточности (ОПН), у ребенка младшего возраста является фатальным. Сегодня в России имеется около двадцати детских диализных центров, большинство из которых имеют один или два аппарата искусственная почка. Эти маленькие подразделения являются высоко затратными экономически и мало эффективными в лечебном плане. Возрастной состав их пациентов тоже ограничен – в основном это дети подросткового возраста и практически нет детей до пяти лет.

Известно, что диализную терапию у детей с ХПН можно начинать только с одной целью: последующей трансплантации почек. Длительная реабилитация и жизнь ребенка на искусственной почке невозможна, она не способна заменить весь спектр утраченных гуморальных функций «живой» почки, что особенно актуально в отношении растущего и созревающего организма. Следовательно, детям с ХПН трансплантация необходима и тем раньше, чем выраженной у ребенка признаки отставания в развитии. К сожалению, ребенку до пяти лет, а вернее сказать с весом до 20–25 кг, технически очень трудно выполнить пересадку почки, взятой от взрослого человека. Как помочь ребенку дождаться трансплантации? Для проведения гемодиализа (ГД) у маленького пациента надо создать длительно функционирующий сосудистый доступ, что не всегда удается. Значит, надо использовать альтернативный метод почечнозаместительной терапии – перитонеальный диализ (ПД), при котором функцию очищения организма выполняет биологическая мембрана – собственная брюшина ребенка.

То, что оба метода по эффективности сопоставимы, доказано большим числом исследований, включая наш собственный опыт. Более того, в последних ра-

ботах показано, что летальность значительно ниже среди больных на ПД чем на ГД, особенно первые два года после начала лечения.

Технически ПД значительно проще ГД, хотя по эффективности вполне сопоставим, меньше по затратам, а главное – он более физиологичен. Эти преимущества делают ПД терапией выбора для детей, ожидающих пересадки почки и тех, кому трансплантация временно не показана.

Проведение перитонеального диализа выполнимо даже новорожденному и, при удачном стечении обстоятельств, способно достаточно долго поддерживать жизнь и нормальное развитие ребенка. К положительным моментам перитонеального диализа можно отнести и то, что проведение его способствует некоторому растяжению брюшной стенки, что облегчает трансплантацию почки от взрослого донора маленькому ребенку.

Нельзя не отметить и социальные показания. При больших размерах нашей страны и слабой обеспеченности ее диализными центрами, внедрение в практику перитонеального диализа позволит значительно расширить возможность помощи детям с нарушением почечных функций.

В этом году исполняется 10 лет, как в отделении гемодиализа Московской детской больницы Святого Владимира впервые в России стал широко применять перитонеальный диализ, как при лечении детей с острой, так и хронической почечной недостаточностью. Для большинства больных ПД не имел альтернативы, а после начала ПД они жили дома, в семье, вели активный образ жизни, дети школьного возраста посещали школу.

Для обеспечения развития и внедрения в детскую практику перитонеального диализа в России планируется создание Федерального Центра перитонеального диализа, что позволит значительно уменьшить затраты и повысить качество лечения. Дело в том, что по отдельным регионам страны число детей с развитием терминальной стадии ХПН не

превышает 1–3 случая в год. Растворы для перитонеального диализа выпускаются нескольких видов и в мешках разного объема. Для детей требуется индивидуально подбирать вид раствора и объем его расфасовки. То есть, в отделении необходим запас разнообразных видов растворов. А так как растворы для перитонеального диализа лучше закупать большими партиями (это дешевле), то Центр, кроме всего прочего, необходим для создания запаса разнообразных растворов.

Как правило, осложнения, связанные с функционированием перитонеального катетера, возникают в первый месяц после постановки и поэтому желательна находка в это время больного в отделении, где имеется опыт лечения этих осложнений.

Схема работы Центра может быть примерно следующая. При появлении в регионе больного, его консультируют по телефону в Центре, и при отсутствии противопоказаний ребенок госпитализируется в Центр.

Во время краткосрочного, около четырех недель, пребывания ему имплантируют катетер и обучают родителей методике проведения перитонеального диализа. Затем ребенок может быть выписан домой, вести активный образ жизни, учиться. Он будет наблюдаться нефрологом по месту жительства, периодически сдавать анализы. При необходимости 2–3 раза в год он будет приезжать в Центр для расширенного обследования и решения вопроса о трансплантации.

Нефрологическая служба должна иметь в арсенале все три способа лечения больных с утраченными почечными функциями: ПД, гемодиализ и трансплантацию. Каждый метод занимает свое место в организации помощи этим больным. Для разных стран удельная доля каждого метода различна, но наличие в арсенале врача всех трех методов необходимо, если мы действительно хотим снять с себя печальную обязанность отказывать больным в помощи.

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Е. А. Молчанова, М. М. Каабак, г. Москва

Трансплантация почки, как и другие виды заместительной терапии при терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН), призвана продлить жизнь больного. Но трансплантация почки в сравнении с гемодиализом и перитонеальным диализом является более радикальным методом заместительной терапии, позволяя, в случае успеха, в максимальной степени вернуть пациента к нормальной жизни в обществе.

У педиатров, занимающихся детьми с терминальной стадией ХПН, не вызывает сомнения, что хорошо функционирующий почечный трансплантат обеспечивает оптимальную физическую, социальную и психологическую реабилитацию. Дети могут продолжить учебу в общеобразовательной школе, получить профессиональное образование, приступить к трудовой деятельности. Приблизительно у 30% детей успешная трансплантация приводит к ускорению роста, что позволяет преодолеть отставание в росте, произошедшее в период болезни. Именно этими обстоятельствами объясняется увеличение количества пересадок почки детям. По данным EDTA в 1990 г. трансплантация была произведена 52% детей с терминальной стадией ХПН по сравнению с 28% в 1972 г. Однако полученные результаты трансплантации почки у детей выявили ряд специфических особенностей, которые существенно влияют на эффективность этого метода.

По данным Российского центра пересадки почки пятилетняя функциональная выживаемость трансплантатов у детей составляет 74,7%, что несколько ниже, чем у взрослых. Большинство исследователей сходятся во мнении, что такие результаты, в первую очередь, обусловлены биологическими особенностями детского организма. Иммунная система детей требует более дифференцированного, чем у взрослых, применения иммуносупрессивных средств. Тяжесть побочных действий этих препаратов (например, стероидов) в условиях растущего организма требует более осторожного подхода в их применении. Эти причины, а также специфика ряда заболеваний, присущих только детскому возрасту и дающих высокий процент рецидивирования в трансплантате, сложность адаптации ребенка в новых условиях жизни после пересадки почки, заставляют врачей особенно тщательно подходить к вопросам ведения больного как с первых часов после операции трансплантации почки, так и в течение всего периода последующего наблюдения.

Ранний послеоперационный период – время пребывания больного в стационаре от момента операции до нормализации основных показателей функции трансплантата и снижения иммуносупрессивной терапии до поддерживающих доз – является одним из наиболее ответственных этапов в комплексе всех лечебных мер, направленных на возвращение больного к нормальной жизни в обществе. Его задачи – это правильное построение иммуносупрессивной терапии и профилактика хирургических и инфекционных осложнений.

Иммуносупрессия и стероидная терапия начинается с момента выполнения операции.

Лечение циклоспорином А (Сандиммун Неорал) начинается на третьи сутки после операции в том случае, когда используется АТГ, и на первые сутки в остальных случаях – перорально в дозе 6 мг/кг массы 2 раза в день: утром и вечером. Доза препарата меняется в зависимости от концентрации его в крови через 3 часа после приема. До десятого дня после операции она поддерживается на уровне между 875 и 1125 нг/мл, с десятого по тридцатый день – между 750 и 850 нг/мл, а после тридцатого дня концентрация циклоспоринона А в крови через 3 часа после приема должна быть в интервале 500–750 нг/мл.

Для лечения криза отторжения, развившегося в течение первого месяца после пересадки, назначается дополнительное трехкратное внутривенное введение метилпреднизолона через день в дозе 500 мг/м² поверхности тела. Пероральная стероидная терапия при этом не изменяется.

Если же криз отторжения развился позже первого месяца после операции, метилпреднизолон вводится трижды через день по 400 мг/м², а основная стероидная терапия усиливается таким образом, что дополнительная доза преднизолона в таблетках составляет 15 мг/м² в течение первых 10 дней, 10 мг/м² в течение последующих 10 дней и 5 мг/м² в течение еще 10 дней, затем больной возвращается к основной поддерживающей дозе.

С целью профилактики инфекционных осложнений ребенку во время операции вводится внутривенно однократно 10 мг/кг ванкомицина и 25 мг/кг клафорана. В дальнейшем (с момента начала приема пищи через рот и до конца шестого месяца после пересадки) при отсутствии указаний на развитие инфекции и необходимости дополнительного назначения антибиотиков профилактика продолжается бисептолом в таблетках из расчета (в зави-

симости от величины клубочковой фильтрации) 80–160 мг триметоприма/1,73 м² поверхности тела 2 раза в день в первый месяц и 80–160 мг триметоприма/1,73 м² 1 раз в день со второго по шестой месяц после операции. Обязательное условие – сопутствующее назначение фолиевой кислоты по 1 мг/день на весь период приема бисептола.

В случае, если у донора выявляется положительный анализ на цитомегаловирус (ЦМВ), независимо от данных серологического анализа у реципиента проводится профилактика ЦМВ-инфекции ацикловиром. Препарат вводится внутривенно в дозе 5 мг/кг массы тела непосредственно после операции, а затем перорально в течение трех месяцев от 250 до 1000 мг/м² в зависимости от уровня клубочковой фильтрации.

С целью тщательной оценки функции трансплантата и эффективности иммуносупрессии, а также для своевременной диагностики кризов отторжения, развития послеоперационных хирургических осложнений, осложнений от приема препаратов или возникновения инфекций в условиях иммуносупрессии у больного ежедневно контролируется суточный объем мочи, артериальное давление, масса тела, температура, уровень азотемии, электролитов (калий, натрий, кальций), сахара, гемоглобина, лейкоцитов. Один раз в неделю определяется лейкоцитарная формула, уровень тромбоцитов, биохимические показатели крови (общий белок, мочевиная кислота, трансаминазы, билирубин и др.), контролируется общий анализ мочи, суточная протеинурия.

Дважды в неделю исследуется концентрация циклоспоринона А в крови. Два-три раза в неделю в течение первых двух недель после операции, а затем по показаниям выполняется ультразвуковой контроль за состоянием трансплантата с доплерометрией кровотока в почечной артерии и ее ветвях.

Прием сандиммуна и преднизолона нередко вызывает значительное повышение уровня артериального давления, что требует постоянного и тщательного его мониторинга и назначения гипотензивных препаратов.

В отдельных случаях на фоне высоких доз глюкокортикоидов наблюдается развитие язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки. Терапия этого осложнения чрезвычайно трудна, так как нет возможности отменить больному преднизолон, и лечение приходится проводить на фоне продолжения его приема.

Важнейшим методом оценки состояния почечного трансплантата как в раннем пос-

леоперационном периоде, так и при последующем наблюдении за больным является пункционная биопсия трансплантата, которая позволяет в неясных случаях поставить морфологический диагноз нефропатии, провести дифференциальный диагноз между отторжением и циклоспориновой нефротоксичностью, отторжением и гломерулонефритом, а в случае выявления отторжения трансплантата определить его морфологический тип и оценить степень активности.

По достижении нормализации функции трансплантата и установлении оптимальных поддерживающих доз иммуносупрессивных препаратов больной выписывается из стационара под наблюдение педиатра и нефролога по месту жительства. Дети с пересаженной почкой находятся на общем режиме с ограничением физической нагрузки, обучение по школьной программе проводится на дому. Рекомендуются диета № 5 с исключением поваренной соли ввиду сохраняющейся склонности к артериальной гипертензии. Прием жидкости не ограничивается, так как объем мочи достаточен.

С целью защиты от инфекционных заболеваний детей после трансплантации почки возможно ежегодно вакцинировать от гриппа. Чрезвычайно опасна для таких больных ветряная оспа, поэтому в случае возникновения заболевания ребенка необходимо срочно госпитализировать для контроля за течением инфекционного процесса и функцией трансплантата. При непосредственном контакте с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем рекомендуется ввести специфический гаммаглобулин (0,3 мл/кг). При контакте с больными корью, эпидемическим паротитом, краснухой также показано введение гаммаглобулина (0,3 мл/кг). Если ребенок заболевает скарлатиной, менингитом, проводится стандартная антибиотикотерапия.

Больным, получающим иммуносупрессивные препараты, нельзя вводить живые инактивированные вакцины (БЦЖ, противокоревую и др.).

Если ребенку с пересаженной почкой необходимо назначить лечение, например, антибиотиками, нужно избегать потенциально нефротоксичных медикаментов, в частности, аминогликозидов, нестероидных противовоспалительных препаратов. Некоторые препараты, такие как макролиды (эритромицин и др.), кетоконазол (низорал) в сочетании с Cs A увеличивают его концентрацию в крови и усиливают нефротоксическое действие; то же, но в меньшей степени, относится к бисептолу. Другие лекарства, в частности, изониазид, рифампицин, снижают концентрацию циклоспорина А в крови больного. Использовать их можно только под строгим контролем концентрации иммуносупрессивных препаратов.

Систематическое наблюдение за состоянием больного, а также динамическая оцен-

ка общих анализов крови и мочи, биохимического анализа крови позволяют вовремя выявить возникшие нарушения функции пересаженной почки, развитие эпизодов отторжения, своевременное лечение которых продлевает жизнь трансплантата. К сожалению, необходимо отметить факт, который значительно влияет на конечные результаты трансплантации. Это самостоятельное снижение пациентами дозы препаратов или даже полная отмена иммуносупрессивной терапии. Внесение корректив в лечение характерно особенно для подростков, недовольных своим внешним видом из-за побочного действия преднизолона, или в силу неорганизованности и слабого контроля со стороны родителей, и встречается по данным литературы у 15–45% детей. Хороший контакт с больными, а также тщательное регулярное медицинское наблюдение помогают вовремя распознать эти случаи и избежать потери трансплантата.

Первое контрольное катамнестическое обследование в условиях специализированного отделения проводится через 6 месяцев после трансплантации почки, а затем через 12 месяцев после операции. В последующем при условии удовлетворительной функции пересаженной почки – ежегодно. Обследование направлено на оценку функции трансплантата, эффективности терапии, выявление возможных осложнений и сопутствующих заболеваний.

Функция почки оценивается по динамике уровня креатинина в плазме крови, показателям общего и биохимического анализов мочи, динамике размеров трансплантата, толщины его паренхимы и кровотока по почечным сосудам при ультразвуковом исследовании.

В отдаленном послеоперационном периоде продолжается трехкомпонентная иммуносупрессия, причем доза сандиммуна обрабатывается таким образом, чтобы концентрация циклоспорина А в крови через 3 часа после приема препарата оставалась около 400 нг/мл.

Через год после пересадки почки при условии отсутствия клинических и морфологических признаков отторжения трансплантата возможен переход на прием преднизолона через день. Назначение преднизолона через день положительно сказывается на развитии детского организма. Большинство детей начинают быстрее расти, уменьшаются признаки экзогенного гиперкортицизма.

В связи с тем, что наиболее значимыми неспецифическими факторами хронического отторжения являются артериальная гипертензия и протеинурия, задачами обследования являются максимально раннее их выявление, попытка установить причины возникновения (в т.ч. и при биопсии трансплантата), и тщательная коррекция артериального давления, диетическая и медикаментозная. В

норме АД не должно превышать в зависимости от возраста 100–120/60–80 мм рт. ст.

При обследовании детей после пересадки почки следует учитывать, что ряд заболеваний, ведущих к ХПН, может рецидивировать в трансплантате. Причем, часть из них встречается только в детском возрасте. Это относится прежде всего к первичной оксалурии. При изолированной трансплантации почки в этом случае дефект метаболизма щавелевой кислоты сохраняется, что ведет к быстрому нефрокальцинозу трансплантата. Рецидивирует заболевание в 100% случаев, и длительность функционирования почки не превышает 9–12 месяцев. Продлить жизнь больного при ХПН, вызванной первичной оксалурией, может только комбинированная пересадка печени и почки.

Очень высок (около 80%) процент рецидива в трансплантате фокально-сегментарного гломерулосклероза. Однако такая почка может длительно сохранять свою функцию, несмотря на массивную протеинурию.

При хроническом гломерулонефрите прогнозировать рецидив и проводить мероприятия, направленные на уменьшение вероятности его развития в трансплантате имеет смысл лишь при известной морфологической форме основного заболевания. В случае отсутствия морфологических данных признаками высокой вероятности рецидива могут быть начало заболевания у ребенка в возрасте старше 10 лет, прогрессирование ХПН до терминальной стадии быстрее, чем за 3 года.

При геморрагическом васкулите вероятность рецидива тем выше, чем меньше промежуток между последним обострением заболевания и пересадкой почки. Но даже в лучшем случае однолетняя выживаемость трансплантатов не превышает 20%.

Системная красная волчанка, напротив, рецидивирует в трансплантате крайне редко.

Таким образом, выяснение природы заболевания, приведшего ребенка к терминальной ХПН, является очень важным для построения тактики заместительной терапии.

Трансплантация почки в последние десятилетия получает все более широкое распространение при лечении ХПН как у взрослых, так и у детей. Дети с хорошо функционирующим трансплантатом имеют высокие шансы оптимальной физической и социальной реабилитации. Поэтому наблюдение за больными после пересадки почки, как в условиях специализированного стационара, так и педиатром и нефрологом по месту жительства ребенка, подчинено созданию условий для возможно более длительного функционирования почечного трансплантата. Чем тщательнее будет организовано такое наблюдение, тем меньше будет кандидатов на повторную пересадку в трансплантационных центрах.

Люблю я тебя, жизнь моя!

Стихи и рисунки детей из РДКБ

ЖИЗНЬ

Жизнь – это то, что есть у меня!
 Жизнь – это главная ценность моя.
 Жизнь – это «вещь», которой нет цены.
 Жизнь – это лучше, чем глобус мечты.
 Мы понимаем это тогда,
 Когда уходят все поезда
 И остается только она –
 Вера в Бога и в чудеса!
 И бог дает нам еще один шанс,
 И шлет свои испытанья для нас.
 Я должен вынести зло на пути,
 И только тогда я смогу идти.
 Боже, прошу я Тебя, помоги!
 Как и куда, скажи мне, идти?
 Открой глаза мне, прогони эту тьму,
 И я за Тобой весь мир обойду!

*Костя Митько, 16 лет,
 отделение общей гематологии*



Орест Кизымышин

ЛЕТО

Солнцем все вокруг согрето,
 Все цветет и все поет,
 По земле шагает лето,
 Всем подарки раздает.

Дети очень любят лето:
 Солнце, травка, луг, цветы.
 Но не только дети любят лето,
 А, конечно же, и вы.

*Кристина Спиридонова, 10 лет,
 отделение медицинской генетики*



Юля Кольчева

ДОБРЫЕ ЛЮДИ

Есть во Вселенной планета,
 Зовется Землею она.
 Есть на планете этой
 Добрые люди земные.

Живут без ссор и обманов,
 Живут без слез и печали,
 Живут без войн и страданий,
 Желая всем жить точно так же.

*Александр Бабёнышев, 15 лет,
 отделение медицинской генетики*



Марифат Хамдамова

* * *

Люблю я играть,
 Люблю я петь,
 Люблю на яркое солнце смотреть.
 Люблю я лес,
 Люблю я поля,
 Люблю я тебя,
 Жизнь моя!

*Аня Друзь, 10 лет,
 отделение трансплантации почки*

* * *

Где-то далеко
 Есть земля,
 Где только луга и поля,
 Где дети играют счастливые
 И птицы вьют гнезда над ивою.
 И нет там ни боли, ни горя,
 И нет там ни крови, ни слез.

*Юля Кониная, 11 лет,
 отделение трансплантации почки*

Новый подход к лечению аллергии

Уже в этот весенне-летний сезон аллергии могут защищаться от пыльцы растений по-новому. В арсенале медиков появилось совершенно новое лекарство, которое уже помогло многим больным забыть об аллергии. Речь идет о препарате Рузам.

Препарат Рузам прошел успешные клинические испытания в пяти ведущих аллергологических центрах России, таких как НИИ пульмонологии МЗ РФ, НИИ иммунологии МЗ РФ, РМАПО. С 1995 года Рузам в инъекционной форме разрешен Министерством Здравоохранения РФ к широкому медицинскому применению.

К испытаниям этого препарата аллергологи приступали осторожно – уж очень он необычен. Это оригинальный комплекс низкомолекулярных протеинов, обладающих

высокой противовоспалительной активностью. В первую очередь они подавляют эозинофильное воспаление и дегрануляцию тучных клеток.



Подобных препаратов в аллергологии раньше не было. Но после испытаний скептическое отношение медиков к Рузаму развелось.

В настоящее время Рузамом пролечено около 7 тысяч больных и серьезных побочных явлений не выявлено. Препарат позволяет удлинить сроки ремиссии от 6 до 12 месяцев у больных с рядом аллергических заболеваний: бронхиальной астмой, атопическим дерматитом, отеком Квинке, аллергическим ринитом, кожными аллергиями и т. д. Рузам позволяет снизить объем лекарственной терапии и улучшить качество жизни больных.

Препарат может использоваться при любых аллергических заболеваниях. А вот в тяжелых случаях, когда приступы развиваются от многих аллергенов, или когда у больного возникают сразу несколько аллергических реакций, Рузам является препаратом выбора.

Справки и консультации: 113105, Москва, Нагатинская ул., д. 1. Тел.: (095) 111-4134. Тел./факс: (095) 111-1093.
Тел.: (095) 465-8382 (НИИ пульмонологии Минздрава РФ).

«ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ» – ПОБЕДИТЕЛИ ОПРЕДЕЛЕННЫ

В Московском Театре «Новая опера» состоялась официальная церемония награждения победителей Первого Открытого Конкурса профессионалов фармацевтической отрасли, который прошел при поддержке Министерства здравоохранения, Министерства экономики, Российской Ассоциации производителей и поставщиков лекарственных средств, изделий и техники медицинского назначения «Росмедпром», Ассоциации Международных Фармацевтических производителей АИРМ, Региональной общественной организации «Гильдия специалистов фармацевтического маркетинга», Государственного Унитарного предприятия «Центр по химии лекарственных средств».

В номинации «Открытие года» подноминации «Лекарственный препарат российского производства» победителем стал препарат «Бифидумбак-терин Форте» АО «Партнер» г. Москва. В подно-

минации «Лекарственный препарат зарубежного производства» – препарат «Дюрогезик» компании «Янссен фармацевтика НВ» (Бельгия). В подноминации «Российская научная разработка» – препарат «Пробиофор» АО «Партнер» г. Москва.

В номинации «Аптека года» подноминации «Лучшая городская аптека» победителем стала Аптека № 6 «Вита» г. Самара. В подноминации «Лучшая сельская аптека» – ГАУ «Русская поляна» ЦРА № 55 Омская область. В подноминации «Лучшая аптечная сеть» – «Аптеки 36,6» г. Москва.

В номинации «Проект года» подноминации «Проект в области информационного обеспечения» победителем стало ООО «РМВС» г. Москва. В подноминации «Проект в области реализации ЛС» – два победителя: Ассоциация Фармацевтических Предприятий АФП г. Москва и ФТК «Интерлизинг» г. Москва. В подноминации «Проект в области внедрения новых технологий и орга-

низации бизнес-процессов» – компания «Инвар» г. Саратов.

В номинации «Компания года» подноминации «Российская компания производитель ЛС» победителем стал ОАО «Акрихин» Московская область. В подноминации «Зарубежная компания-производитель» – ЗАО «Санofi-Синтелабо» г. Москва. В подноминации «Компания-дистрибьютер» – ЗАО ЦВ «Протек» г. Москва.

В номинации «Журналист года» подноминации «Центральная пресса» приз получил Д. Е. Фролов, газета «Новые известия».

По данным социологического опроса, проведенного исследовательской компанией «РОМИР», в номинации «Персона года» подноминации «Государственный и общественный деятель» победителем стал Министр здравоохранения РФ А. И. Шевченко. В подноминации «Предприниматель» – Генеральный директор ЗАО «СИА Интернейшнл» И.Ф. Рудинский.

HOSPITAL
Больница

тел./факс: 465 4854

www.hospital.da.ru;

E-mail: hospital@dataforce.net

Подписка на газету проводится с любого месяца во всех отделениях связи России и республик СНГ.

Индекс по каталогу «Роспечати» – 32608.

Индекс по объединенному каталогу «Пресса России», т. 1 – 38241

Также на газету можно подписаться через Интернет по адресу: <http://www.ppressa.apr.ru>

Москвичей мы приглашаем в редакцию. Стоимость подписки в этом случае будет значительно меньше. Представители медицинских учреждений могут получить газету в редакции бесплатно.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489. Издается с 1993 года

Учредители: Редакция газеты «Больница», Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

www.hospital.da.ru; E-mail – hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ