

Опыт Израиля в организации программы органного донорства. Интервью с трансплант-координатором Кириллом Грозовским Университетский госпиталь Хадасса (Иерусалим, Израиль)

Интервьюировал: В.Л. Виноградов
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
Контакты: Виктор Львович Виноградов, v.l.vinogradov@gmail.com

Israel's experience in the organization of the program of organ donation. Interview with transplantkoordinator Kirill Grozovskiy Hadassah University Hospital (Jerusalem, Israel)

V.L. Vinogradov
State Research Center
– Burnasyan Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency

– Кирилл, расскажите немного о себе.

– Я родился в Москве, где и окончил медицинское училище. Работал медбратом. В 1991 г. переехал в Израиль. Работал медбратом, прошел ряд курсов по повышению квалификации, окончил Южноафриканский университет UNISA (Претория) по курсу “психология и коммуникационные науки”. С 2002 г. работаю трансплант-координатором (ТК) в университетском госпитале Хадасса, Иерусалим.

– Как организована трансплантационная помощь в Израиле?

– Операции по пересадке органов в Израиле начались с середины 80-х годов. В 1994 г. при Министерстве здравоохранения был создан Национальный центр трансплантологии (НЦТ), который является единственным официальным государственным независимым учреждением, управляющим и координирующим все вопросы донорства и трансплантации органов. В центре имеются особые комиссии (специализированные советы), членами которых являются специалисты в области трансплантологии. Они дают рекомендации относительно распределения органов, правил, программ развития пересадок органов и контроля качества.



Кирилл Грозовский

В Израиле функционируют 6 трансплантационных центров. Ведущими являются клиники Хадасса (Иерусалим) и Бейлинсон (Петах-Тиква), где осуществляются все виды пересадок. В госпитале Ихиллов (Тель-Авив) проводят трансплантации печени и почек, клиника Тель-Хашомер

(Рамат-Ган) специализируется на пересадках сердца, а больницы Рамбам (Хайфа) и Сорока (Беэр-Шева) имеют действующие программы пересадок почек. В год в Израиле в среднем проводят 250–280 трансплантаций.

До 1994 г. у каждого центра трансплантации был свой Лист ожидания, что было неэффективно. После создания НЦТ стали вести общий Лист ожидания, который мы составляем на всю страну. Каждый больной, который нуждается в пересадке, вне зависимости от места жительства, выбирает ту больницу, в которой ему проведут операцию. Из этой больницы после выполнения ряда необходимых исследований и анализов его направляют в НЦТ, где после соответствующих проверок и консультаций и при помощи специальной компьютерной программы медицинские показатели каждого конкретного больного переводятся в так называемые баллы. Таким образом, каждый ожидающий пересадку органов имеет определенное количество этих баллов в соответствии с состоянием здоровья, группой крови, длительностью заболевания, возрастом, количеством прошлых пересадок, подписанием донорской карты “АДИ”, срочностью пересадки и т.д. Этими баллами и определяется очередность. Список этот общеизраильский, анонимный и поэтому не имеет значения, из какого госпиталя был направлен запрос, и порядковый номер никак не зависит от личных связей врача.

– Таким образом, НЦТ курирует все связанные с трансплантацией вопросы?

– Да, это обусловлено Законом о пересадке органов от 2008 г., и во главе центра стоит один из ведущих деятелей медицины, назначаемый министром здравоохранения.

– Расскажите поподробнее об организации донорской службы, о так называемых трансплант-координаторах. Кто занимает эти должности, каковы их обязанности?

– С 1997 г. была создана координационная служба, в основу которой была положена испанская модель трансплант-координации. В каждой из 20 многопрофильных больниц есть свой ТК, на должность которого назначают лиц из среднего медицинского персонала, имеющих специальную подготовку по трансплантологии, интенсивной терапии и прошедших повышение квалификации в области психологии, коммуникации, групповой динамики и культурно-религиозных аспектов. К сожалению, в отличие

от Испании, где в каждой больнице имеются несколько ТК, в израильских больницах предусмотрено по одному ТК и не всегда на полной ставке. Должностными обязанностями ТК, если так можно сказать, при 24-часовой готовности в течение суток являются:

- идентификация и селекция потенциального донора;
- его обследование;
- координация донорского менеджмента;
- организация проведения диагностики смерти мозга;
- беседа (интервью) с родственниками донора;
- при согласии семьи на пожертвование органов – передача информации о потенциальном доноре в НЦТ;
- координация изъятия органов;
- инструктаж медицинских коллективов;
- просветительная работа.

– Опишите, так сказать, пошагово работу ТК и его взаимодействие с трансплантологами.

– ТК постоянно находится в контакте с отделениями клиники, в которых могут находиться больные с необратимыми поражениями головного мозга. В госпитале Хадасса я ежедневно осматриваю больных, которые находятся в отделениях интенсивной терапии. Это пострадавшие с ЧМТ, больные, перенесшие ОНМК, и после проведения сердечно-легочной реанимации, с интоксикациями различной природы. Это приблизительно 45 коек в отделениях интенсивной терапии. При выявлении больного, подходящего под понятие возможного донора, обсуждается общий план ведения больного. При прогрессировании отрицательной неврологической симптоматики, т.е. появлении высокой вероятности развития смерти мозга, начинается более подробное изучение истории болезни, анамнеза заболевания и жизни. Все больницы и больничные кассы имеют общую, закрытую от посторонних компьютерную базу, из которой можно получить данные о перенесенных больным заболеваниях, предыдущих госпитализациях, принимаемых лекарствах и т.д. Если по каким-то причинам эти данные невозможно получить из Сети, то я связываюсь непосредственно с лечащим домашним врачом этого пациента. Разумеется, проводятся исследования по выявлению гемотрансфузионных инфекций и онкологических заболеваний.

При развитии клиники смерти мозга я уведомляю об этом администрацию госпиталя, которая собирает специальную комиссию по диагностике

смерти мозга. В эту комиссию входят два врача смежных специальностей – неврологов, анестезиологов-реаниматологов, нейрохирургов, – имеющих специальную подготовку и лицензированных Министерством здравоохранения на диагностику смерти мозга. При этом в обязательном порядке соблюдаются следующие условия: эти врачи никаким образом (даже относительно) не должны быть связаны в своей профессиональной деятельности с трансплантологией (ни с реципиентами, ни с донорами) и не должны принимать участие в лечении данного больного. Члены комиссии получают всю информацию о доноре (история болезни, результаты анализов и диагностических исследований), самостоятельно проводят неврологические тесты и пишут заключения. Независимо от уровня больницы процедура диагностики смерти мозга проводится по единому для всей страны своду правил. Таким образом, в диагностике смерти мозга ни врачи-реаниматологи, ни лечащий врач, ни ТК не участвуют. Это сделано для того, чтобы показать абсолютное единство принципов диагностики смерти мозга, тем самым успокоить самых недоверчивых скептиков.

После диагностики смерти мозга ТК встречается с семьей потенциального донора и проводит беседу, цель которой заключается в получении согласия на пожертвование органов для трансплантации. В случае получения согласия на пожертвование и только с этого момента ТК связывается с НЦТ и передает туда все данные о доноре.

В НЦТ всю информацию о доноре вводят в специальную компьютерную программу, которая на основе сравнения полученных данных о доноре и реципиенте, находящемся в Листе ожидания, составляет пару донор-реципиент. Далее НЦТ сообщает о своем решении трансплантологам в госпиталь, где находится выбранный реципиент. В этом госпитале формируется хирургическая бригада, которая выезжает для изъятия органов. В случае непредвиденных обстоятельств изъятие органов производится силами хирургов донорской базы. Далее осуществляется транспортировка органов в трансплантационные центры, где и проводится сама трансплантация.

– Невролог обязательно должен участвовать в комиссии? Если диагностика смерти мозга проводится у ребенка, то изменяется ли состав комиссии?

– Закон не определяет обязательного участия невролога, но мы стараемся, чтобы в комиссии обязательно был невролог или нейрохирург. Если диагностика смерти мозга проводится у ребенка младше 13 лет, то один из специалистов должен быть сертифицирован в педиатрии.

– Помогает ли вам в транспортировке органов полиция или армия?

– Да. Для транспортировки органов выделяется полицейский кортеж, а в случае транспортных пробок и специализированный транспорт.

– Понятно, что ТК непосредственного участия в ведении донора и диагностике смерти мозга не принимает, но проводит координацию этих процессов, следит за выполнением всех необходимых и определяемых законом процедур. Вопрос в следующем. Кто определяет медицинские противопоказания к донорству? И будет ли производиться диагностика смерти мозга, если у возможного донора выявляются абсолютные противопоказания к донорству?

– Разумеется, медицинские абсолютные противопоказания к донорству встречаются достаточно часто. Они четко прописаны в наших инструкциях. Сложнее обстоит дело, когда донор относится к так называемым маргинальным донорам (донорам с расширенными критериями). В этом случае ТК обращается к врачу-консультанту НЦТ (в настоящее время это авторитетный анестезиолог-реаниматолог), который на основе полученной информации дает то или иное заключение. Если у него возникают какие-либо сомнения, он консультируется с трансплантологами, но без передачи конкретной информации о месте нахождения донора и его идентификационных данных.

Независимо от наличия абсолютных противопоказаний ТК в большинстве случаев старается довести работу с больным до диагностики смерти мозга и если донор не переходит в разряд актуальных доноров, то констатируется смерть больного и прекращаются медикаментозная поддержка и ИВЛ. Но в ряде случаев, даже когда нет абсолютных противопоказаний к донорству, мы не выходим на диагностику смерти мозга. Это происходит тогда, когда нам заранее известно, что пострадавший относится к крайне ортодоксальной религиозной группе, и мы однозначно не получим согласие на пожертвование органов. Проблема заключается в том, что хотя «Закон о цереброреспираторной смерти» от 2008 г. при-

равнивает смерть мозга к смерти человека, он позволяет семьям, чья вера или идеология не принимает положение о смерти мозга, противиться отключению больного от аппарата ИВЛ. Этим больным прекращается какая-либо инфузионная, нутритивная поддержка, прекращается введение кардиотоников, вазопрессоров и антибиотиков, но сохраняется проведение ИВЛ. Как правило, их переводят из отделения интенсивной терапии в обычную палату, где они находятся до остановки сердечной деятельности. При этом в свидетельстве о смерти ставятся дата и время смерти в соответствии с датой и временем диагностики смерти мозга.

– Израиль – многоконфессиональное и многонациональное государство, более того, Иерусалим является центром трех мировых религий. Помимо этого, не до конца решена проблема противостояния между еврейским и арабским населением. Не возникают ли такие ситуации, когда еврейские семьи не хотят жертвовать органы арабам и наоборот?

– Существенная особенность израильского общества состоит в том, что в нем сохранены национальные религиозные традиции в государственной и общественной жизни страны. И хотя израильтяне находят компромисс, приемлемый для религиозных и нерелигиозных кругов различных общин, тем не менее, влияние религиозных представлений, особенно в вопросах, связанных со смертью человека, велико. Многие, даже светские, семьи обращаются за советом к священникам своей конфессии по этому вопросу. Иудаизм, как, впрочем, ислам и христианство, однозначно поддерживает все, что связано со спасением жизни. Это включает и пересадку органов. Естественно, когда писались иудейские законы, современных технологий определения смерти мозга не существовало. Поэтому некоторые ортодоксальные раввины не принимают понятие смерти мозга и для них человек жив, пока бьется его сердце. Исходя из этого, ТК начинает работать с семьей потенциального донора еще до постановки диагноза смерти мозга. Эта работа заключается в следующем. На начальном этапе собирается информация о семье и потенциальном доноре: вероисповедание, уровень образования, социальное положение, благосостояние и т.д. Эту информацию ТК получает от социального работника, который есть в каждом отделении. Также родственники получают всю объективную информацию о состоянии больного каждый день

или несколько раз в день. При этом информация доносится до семьи на понятном им языке. Если необходимо, трактуются результаты анализов и исследований с демонстрацией (например, снимков КТ) нормы и развившейся у их родственника патологии. Главный акцент в работе с семьей направлен на то, что семья должна понять и принять концепцию смерти мозга. При необходимости или по желанию родственников организуются дополнительные консультации специалистами, мнения которых важны для родственников. Нередко для беседы с семьей мы прибегаем к помощи религиозных и общественных лидеров, являющихся для родственников авторитетом. Непосредственно в нашей больнице существенную помощь нам оказывает штатный раввин, положительно относящийся к пожертвованию органов и принимающий концепцию смерти мозга как смерти человека. Непосредственный запрос на пожертвование органов происходит только после диагностики смерти мозга. Такой подход, безусловно, усложняет, по крайней мере, затягивает процесс, но это единственный шанс получить согласие от той семьи, которая принимает решение скорее не из-за личного отношения к дарению органов, сколько в зависимости от общей идеологической линии конфессии или социума, к которой они себя относят. Получение согласия не требует подписания каких-либо документов. Оно дается устно в присутствии двух представителей медицинского учреждения, одним из которых, как правило, является ТК.

Какие либо условия со стороны семьи по распределению органов, безусловно, не принимаются. Во-первых, в Израиле, как и во всем мире, распределение органов для трансплантации происходит согласно медицинским соображениям. Раса, национальность, пол, вероисповедание во внимание не принимаются. Во-вторых, распределение органов производит НЦТ уже после получения согласия семьи. Т.е. согласие на пожертвование органов происходит исключительно с альтруистических позиций. Эти положения обязательно доводятся до родственников в ходе беседы. В случае, если семья умершего начинает ставить условия, мы отказываемся от пожертвования.

– Существует ли какое-либо материальное поощрение семьям доноров? Могут ли родственники донора познакомиться с реципиентом?

– В силу альтруистического характера дарения органов не существует какого-либо прямо-

го материального поощрения его родственников. Основная помощь оказывается на психологически-социальном уровне. ТК оказывает психологическую помощь первого порядка при посещении семьи в ходе «траурной поминальной недели». Он остается в контакте с семьей и далее и если у семьи возникают какие-то вопросы психологического, медицинского или административного характера, то родственники донора всегда могут к нему обратиться. Лично я продолжаю общение с некоторыми семьями доноров уже на протяжении более 10 лет.

Помимо этого, родственники донора получают памятный знак донора, который они могут установить на надгробье. Ежегодно семьи доноров приглашаются на встречу с президентом Израиля, где им вручается памятная грамота.

Единственная материальная помощь, которую могут получить родственники умершего, это оплата расходов, связанных с погребением. В некоторых случаях оплачивается транспортировка тела за границу до места захоронения.

В отличие от европейских стран в Израиле в случае согласия обеих сторон разрешено знакомство между семьей донора и реципиентом. Более того, это поощряется и освещается в СМИ, подчеркивая этим единение общества.

– Отличается ли процедура пожертвования органов, если потенциальным донором является иностранный гражданин?

– Нет никакого исключения или особенности процесса по отношению к иностранным гражданам. Весь процесс ведения потенциального донора, процедуры диагностики смерти мозга, беседы с родственниками донора происходят по тому же алгоритму, как и с израильскими гражданами. Сложности заключаются в том, что нередко родственников приходится разыскивать по дипломатическим каналам и проводить беседу по телефону. Разумеется, при получении согласия на пожертвование трансплантация органов производится гражданам Израиля. У меня было немало случаев, когда семьи иностранных граждан, в том числе и из России, соглашались на пожертвование органов, равно как были и отказы.

– Существует весьма распространенное мнение, что известные (популярные, публичные) люди «защищены» от вероятности стать донорами органов. Что якобы по отношению к ним существует некоторое табу.

– Израиль – демократическое государство, в котором законы равноприменимы по отношению ко всем гражданам. Более того, я считаю, что гражданский долг таких людей – всяческим образом популяризовать донорство органов как проявление единства граждан страны в оказании помощи друг другу. Ярким примером является трагедия, произошедшая со всемирно известным археологом профессором Эхудом Нецером, открывателем могилы царя Ирода. В 2010 г. в возрасте 76 лет он получил тяжелую черепно-мозговую травму в результате несчастного случая на археологических раскопках. Через 3 дня в больнице у него была диагностирована смерть мозга, и его семья не только согласилась на пожертвование органов, но и публично заявила в СМИ о своем решении.

– Расскажите о системе прижизненного донорства в Израиле.

– В Израиле разрешено и практикуется прижизненное донорство в основном почек.

Законом определены следующие виды прижизненного донорства:

- донорство между членами одной семьи – орган предназначен для члена семьи в соответствии с определениями закона – супруг или супруга, сожитель или сожительница, родитель, дочь или сын, брат или сестра, дед или бабушка, внук или внучка, дядя или тетя, племянник или племянница, зять или золовка;
- эмоциональное донорство – орган от дальнего родственника (который не соответствует предыдущему определению) или от живого донора, который не является членом семьи, но существует душевная близость между ним и больным, нуждающимся в трансплантации (близкий друг и др.);

• альтруистическое донорство – орган от живого человека без родственных связей или душевной близости с больным;

• перекрестная трансплантация – в ситуации, когда член семьи готов стать донором, но его орган не подходит больному, существует программа обмена донорами.

Все прижизненные доноры проходят серьезные медицинские и психологические проверки с целью не только удостовериться в полном физическом и душевном здоровье донора, но и убедиться в отсутствии давления и принудительности, материальной заинтересованности, что решение донора – осознанное и добровольное согласие, а также исключить возможность шан-

тажа донора по отношению к реципиенту после трансплантации.

Любой прижизненный донор получает небольшую фиксированную сумму для возмещения расходов, связанных с операцией и временной потерей трудоспособности. В течение 5 лет ему оплачивается частное страхование жизни, а с недавних пор донор освобождается на 3 года от выплат за обязательное страхование здоровья. Одновременно за здоровьем донора ведется особое наблюдение врачами поликлиники.

Весь процесс курирования прижизненных так же, как и посмертных доноров, осуществляется НЦТ.

– Что такое донорская карта «АДИ»?

– Карта «АДИ» получила свое название по имени Эхуда Бен-Дрора (сокр. Ади), скончавшегося в результате осложнений после пересадки донорской почки в возрасте 28 лет. Он долго ждал пересадку и мечтал о создании системы карточек, получение которых означало бы согласие на пожертвование органов после смерти. К его тридцатилетию родители и друзья решили воплотить его мечту. Дома на пишущих машинках они создавали эти карточки и распространяли среди людей. В 1989 г. Министерство здравоохранения взяло это начинание под свою эгиду.

Карта «АДИ» – это прежде всего гражданская позиция и волеизъявление человека пожертвовать свои органы после смерти во имя спасения других людей. Хотя процедура получения согласия семьи на пожертвование органов не исключается, карта «АДИ» является своего рода завещанием, которое поможет его родным принять правильное решение.

В настоящее время в Израиле более 800 000 человек подписали карту «АДИ».

В 2012 г. вступила в силу программа приоритетной трансплантации. Все подписавшие карту «АДИ» с 1 апреля 2012 г. получили право на преимущество в Листе ожидания пересадки уже через 3 года после подписания. В 2013 г. около половины тех, кому пересадили органы от посмертных доноров (109 из 248), получили преимущество в очереди на трансплантацию благодаря тому, что были подписаны на карту «АДИ».

– Как осуществляется просветительская работа в плане донорства в Израиле?

– Вся просветительская работа по донорству финансируется и координируется НЦТ. Эта работа направлена на все группы населения и все возрасты. Существует официально утвержденная Министерством просвещения программа по вопросам трансплантологии и пожертвования органов. Поэтому в школах, университетах и других учебных заведениях, включая религиозные, в обязательном порядке отводятся часы для лекционного курса по этому вопросу. Для детей также выпускаются книги и комиксы.

Взрослое население основную информацию получает через СМИ. В электронных и печатных изданиях постоянно публикуются сведения, связанные с трансплантацией и донорством органов. Периодически проводятся централизованные кампании и акции на центральных каналах ТВ с привлечением известных артистов, политических лидеров и публичных людей. Устанавливаются рекламные щиты на дорогах, демонстрируются рекламные ролики по центральным каналам и по внутренним каналам больниц.

Проведение просветительской работы также входит в обязанности ТК. Помимо работы с населением ТК проводят регулярные занятия с персоналом больниц, в которых они работают.