



Пионер, экспериментатор, профессионал

Первая в мире операция по пересадке почки от человека к человеку была выполнена 3 апреля 1933 г. украинским хирургом Ю.Ю. Вороным в г. Херсоне; донором органа стал погибший от черепно-мозговой травмы 60-летний мужчина, а реципиентом — девушка в возрасте 26 лет, госпитализированная по поводу отравления сулемой. К сожалению, через 2 суток после вмешательства пациентка умерла. Тем не менее значение этой операции трудно переоценить: впервые была показана возможность пересадки органов в полном объеме (не только кусочков ткани) и опровергалась распространенная теория о так называемом трупном яде.

Первый в мире случай успешной ТРП зарегистрирован в 1954 г. Ее провел американский хирург Джозеф Мюррей. Ученый разработал собственную методику пересадки почек на собаках и впоследствии применил ее у человека, трансплантировав почку от одного близнеца другому. Спустя 5 лет увенчались положительным результатом его попытки пересадить почку от неродственного донора, а в 1962 г. Д. Мюррей осуществил первую успешную ТРП от трупного донора. В 1990 г. ученый был награжден Нобелевской премией в области медицины и физиологии «за открытия в области трансплантации органов и клеток в лечении болезней». В СССР начали проводить ТРП в 1965 г. (выполнена пересадка от живого донора — от матери к сыну).

После ряда открытий в области иммунологии и иммуносупрессивной терапии уровень выживаемости после подобных вмешательств значительно возрос. Мировой рекорд выживаемости после ТРП принадлежит Джоанне Ремпел из Канады — операция по пересадке органа была выполнена пациентке в возрасте 12 лет (в 1960 г.), женщина жива и поныне.

Ограничение по возрасту

«Второй день рождения» — так иногда называют дату проведения ТРП пациенты, перенесшие операцию. Для многих больных, жизнь которых годами зависит от аппарата по очистке крови, трансплантация становится единственным шансом вернуться к активной деятельности, реализовать мечты и планы, сменить больничную палату на учебную скамью...

В мировой литературе описаны случаи выполнения ТРП детям в возрасте 6 мес, максимальные возрастные границы операции постоянно пересматриваются. Самым маленьким пациентом, перенесшим ТРП от родственного донора (мамы) на базе ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова» НАМН Украины (г. Киев), стал мальчик в возрасте 1 год 2 мес с массой тела 7,8 кг; успешно завершилась пересадка органа и у больного с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН) в возрасте 64 лет.

Практическим опытом и нюансами выполнения ТРП у пациентов детского и пожилого возраста в рамках научно-практической

конференции «Хронические заболевания почек. Возрастной аспект» (состоялась 14 марта в Национальной медицинской академии последилового образования им. П.Л. Шупика в г. Киеве), приуроченной к Всемирному дню почки, поделился заведующий отделом трансплантации почки ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова» НАМН Украины, доктор медицинских наук Рубен Овакимович Зограбян.



— В настоящее время ТРП признана оптимальным методом лечения пациентов с ТХПН, предоставляющим хорошие возможности для возвращения к продуктивной жизни. ТРП в сравнении с диализной терапией характеризуется рядом преимуществ, в частности, обеспечивает более высокие продолжительность и качество жизни, позволяет достичь лучшей социальной реабилитации, выгодна с экономической точки зрения (ассоциируется с меньшими затратами на лечение в сравнении с таковыми при гемодиализе и перитонеальном диализе). Согласно европейским рекомендациям, ТРП рекомендована всем пациентам с ТХПН в возрасте до 65-70 лет, не имеющих неконтролируемого канцероматоза, ВИЧ-инфекции, сепсиса, а также других патологий, при которых ожидаемая продолжительность жизни в случае ТРП составит менее 2 лет.

На современном этапе наиболее актуальными и в то же время спорными представляются два вопроса, касающиеся выполнения ТРП: каково преимущество указанного метода перед диализной терапией и сохраняется ли оно во всех возрастных группах больных?

Доказано, что проведение ТРП в лечении ТХПН является предпочтительным у детей по ряду причин. У детей и подростков успешная операция не только ликвидирует уремию, но и существенно стимулирует имеющиеся резервы к росту и физическому развитию, способствует нормальному протеканию процесса полового созревания, психоэмоционального и социального развития.

Качество жизни у ребенка с хорошо функционирующим трансплантатом значительно выше, чем у детей, получающих любую модальность диализной терапии. Выживаемость реципиентов в возрасте 1; 2 и 5 лет составляет 97; 96 и 94% соответственно, причем при ТРП от живого донора она несколько выше по сравнению с использованием трупного материала. Наиболее низкие показатели выживаемости регистрируются в возрастной группе до 2 лет: 3-летняя выживаемость при использовании органа от живого донора составляет 90%, от трупного — 79%. К основным причинам утраты почечного аллотрансплантата (ПАТ) относят хроническое отторжение (41%), острое отторжение (8%), тромбоз сосудов (12%), возврат

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ: кто последний в очереди за жизнью?

первичного заболевания почек (6%), несоблюдение режима иммуносупрессивной терапии (3,6%).

Показатели краткосрочной и долгосрочной выживаемости ПАТ у детей таковы:

- в течение 1 года — 92 и 83% при ТРП от живого и трупного донора соответственно;
- в течение 7 лет — 74 и 59% соответственно.

Распределение 5-летней выживаемости ПАТ в зависимости от возраста детей представлено в таблице 1.

Таблица 1. Пятилетняя выживаемость ПАТ в детской популяции		
Возрастная группа	Выживаемость ПАТ от живого донора, %	Выживаемость ПАТ от трупного донора, %
До 2 лет	80	52
2-5 лет	80	69
6-12 лет	82	69
Старше 12 лет	77	61

V. Lufft и соавт. (2003) сравнили результаты ТРП у детей и пациентов пожилого возраста (старше 60 лет). Было показано, что при исключении случаев смерти с функционирующим трансплантатом выживаемость ПАТ в обеих группах реципиентов была сопоставима, однако у детей отмечалось достоверное повышение частоты эпизодов острого отторжения.

Следует признать, что на сегодня ТРП как метод лечения ТХПН у детей практически не имеет альтернативы: применение гемодиализа и перитонеального диализа целесообразно только с целью обеспечения условий для достижения ребенком оптимальной массы тела (как правило, 8-10 кг) и в случае выявления абсолютных противопоказаний к хирургическому вмешательству.

Когда следует выполнять ТРП у пациентов детского возраста? При аллогенной ТРП предпочтительной считается додиализная пересадка органа (ее удается выполнить только у 10-20% больных). Потенциальное преимущество додиализной ТРП — минимизация риска возникновения кардиоваскулярной патологии, ассоциированной с диализным лечением (сердечно-сосудистые заболевания, обусловленные диализом, в случае успешной ТРП могут быть обратимы лишь частично).

Kremet и соавт. (2012) провели анализ данных пациентов (n=2091), начавших почечнозаместительную терапию (ПЗТ) в возрасте 3-18 лет. Целью исследования являлось определить влияние периода проведения первой аллогенной ТРП на выживаемость больных. Результаты испытания продемонстрировали максимальную выживаемость в группе детей, которым ТРП была выполнена в додиализный период. Несколько ниже (но статистически недостоверно) были показатели в группах детей, перенесших вмешательство через 1 и 2 года от начала ПЗТ. Наихудшие значения регистрировались в популяции детей, оставшихся в листе ожидания. Экспертами был сделан вывод о том, что при невозможности ТРП в додиализный период можно выполнять вмешательство и после начала гемодиализа, эффективность которого тем выше, чем короче время пребывания на диализном лечении.

По результатам исследования L. Rare (2006), через 3 и 5 лет после проведения ТРП от трупного донора показатели функции трансплантата (скорость клубочковой фильтрации и другие) были лучше, чем

в случае, когда орган был пересажен от донора детского возраста. Размеры почек удваивались в первые годы после аллогенной ТРП, в то время как трансплантаты от взрослых сохраняли прежний размер; уровни выживаемости ПАТ не имели существенных отличий.

К сожалению, в Украине проведение операций по ТРП от трупного донора находится в зачаточном состоянии: как правило, больные получают трансплантат от ближайших родственников — мам, пап, бабушек, дедушек.

В структуре причин ТХПН у детей гломерулярная патология составляет около 30%, врожденные, наследственные и кистозные заболевания — 26%. В отличие от взрослой популяции, у маленьких пациентов редко встречается ТХПН, вызванная сахарным диабетом и артериальной гипертензией.

Часто почечная патология сочетается с дисфункцией мочевого пузыря: по данным нашей клиники, эти нарушения выявляются почти у 32% детей (при ТРП мочеточник анастомозируют с мочевым пузырем, что может спровоцировать нарушение уродинамики).

Роль различных состояний в развитии ТХПН варьирует в зависимости от возраста: в группе детей до 4 лет преобладают наследственные и врожденные заболевания, тогда как в возрасте 10-18 лет доминируют гломерулонефрит и фокально-сегментарный гломерулосклероз — ФГС (причина около 40% случаев возникновения ТХПН). Особенности структуры патологии мочевыводительной системы у детей предполагают проведение предтрансплантационной подготовки реципиентов: выполнение нефроуретерэктомии (54% случаев), коррекцию дисфункции мочевого пузыря (32% случаев).

Чрезвычайно важной является верификация заболевания почек, имеющего место у ребенка, поскольку от этого в значительной мере зависит исход ТРП. Ряд патологий отличаются высокой частотой рецидивирования на трансплантате, что сокращает длительность его функционирования и ухудшает прогноз.

Частоту потери ПАТ, вызванной возвратными заболеваниями, оценивают в 10%. К наиболее опасным в данном аспекте состояниям относят:

- ФГС (рецидив в 30-40% случаев при первичной и в 50-80% случаев при повторной ТРП; средняя длительность функционирования пересаженного органа — 17 мес);
- синдром Альпорта, или наследственный нефрит (у 3-4% пациентов появляются антитела к гломерулярной базальной мембране, что часто приводит к потере ПАТ);
- мембранопролиферативный гломерулонефрит (ассоциируется с потерей ПАТ в 30% случаев);
- гемолитикоуремический синдром, имеющий атипичное течение (не сопровождающийся диареей), рецидивирует в 20-25% случаев;
- первичную гипероксалурию 1 типа (является показанием к одновременной трансплантации печени и почки).

Особенности подготовки ребенка к ТРП

Во всех случаях желательно установить точную причину ТХПН для проведения при необходимости соответствующей хирургической коррекции и оценки риска возвратного заболевания в трансплантате. Показана оценка психоневрологического статуса, индивидуального сердечно-сосудистого риска, гемостаза, соответствия календарю иммунизации; целесообразны ликвидация очагов инфекции (в частности, при перитоните после гемодиализа назначают

антибиотикотерапию курсом 14 дней, ТРП выполняют после получения отрицательных результатов посева с перитонеального катетера и жидкости из брюшной полости); устранение анемии. Ликвидировать нарушения пассажа мочи рекомендуется посредством медикаментозной терапии (пирроксан, витамины группы В и др.), электро-стимуляции мочевого пузыря, укрепления мышц промежности и тазового дна, устранения инфравезикальной обструкции.

ТРП в группе пациентов пожилого возраста

В силу старения общества в целом увеличивается численность больных с ТХПН, нуждающихся в ПЗТ. В большинстве западных стран средний возраст пациентов, находящихся на гемодиализе, составляет 65 лет. Какой тактики лечения следует придерживаться у данного контингента больных?

Известно, что ТРП обеспечивает лучшую выживаемость пациентов. В то же время преимуществ данного метода в контексте увеличения выживаемости в сравнении с гемодиализом у пациентов пожилого возраста длительное время были предметом дискуссии. В European Best Practice Guidelines for Hemodialysis (NDT, 2002) указано, что ТРП повышает продолжительность и улучшает качество жизни пациентов с ТХПН в возрасте 60-70 лет, в силу чего должна рассматриваться как предпочтительный метод лечения. В 2004 г. G.C. Oniscu и соавт. выполнили испытание в Шотландии, где 66% больных, начинающих ПЗТ, составляют лица возрасте более 60 лет. В рамках исследования, предполагавшего 10-летнее наблюдение, выполнен анализ данных 325 участников, состоявших в листе ожидания. Показаны существенные преимущества ТРП перед гемодиализом по параметрам выживаемости и ожидаемой продолжительности жизни (8,17 vs 4,32 года).

К. Heldal и соавт. (2008) проанализировали опыт выполнения ТРП пожилым больным в Норвегии и сравнили показатели выживаемости в 3 возрастных группах за 15-летний период (табл. 2).

Таблица 2. Показатели выживаемости у пациентов пожилого возраста, перенесших ТРП			
Результаты	Группа контроля (45-54 года)	Пожилые больные (60-69 лет)	Пациенты старше 70 лет
Смерть с функционирующим ПАТ	13%	31%	45%
5-летняя выживаемость реципиентов	91%	72%	56%
5-летняя выживаемость трансплантатов	84%	70%	53%
5-летняя выживаемость ПАТ с поправкой на смертность с функционирующим ПАТ	90%	88%	89%

Авторы работы пришли к выводу о возможности успешного выполнения ТРП

у пациентов в возрасте старше 70 лет с учетом неблагоприятного прогноза проведения гемодиализа у данного контингента.

S. Bayat и соавт. (2010) провели сравнительный анализ выживаемости больных после ТРП и находящихся на гемодиализе пациентов, проживающих в одном из регионов Франции. Под наблюдением находилось 1495 больных с ТХПН, начинавших ПЗТ (501 человек - в возрасте <60 лет, 994 - >60 лет). Установлено, что риск смерти у пациентов, находившихся на гемодиализе, выше такового у лиц, перенесших ТРП. Отягощающими факторами признаны сопутствующие заболевания, возраст, низкий уровень альбумина и проведение первого сеанса гемодиализа по экстренным показаниям. ОР смерти у больных на гемодиализе в сравнении с пациентами после ТРП составляет 4,5 и 4,6 в возрасте младше и старше 60 лет соответственно. Примечательно, что ТРП от субоптимальных доноров (в возрасте ≥60 лет, имеющих артериальную гипертензию и т.п.) обеспечивает лучшие результаты выживаемости, чем пребывание в листе ожидания. В целом, уровни выживаемости распределились следующим образом (по убыванию):

- реципиенты ПАТ в возрасте до 60 лет;
- реципиенты ПАТ в возрасте старше 60 лет;
- пациенты на гемодиализе в возрасте до 60 лет;
- больные на гемодиализе в возрасте старше 60 лет.

Eurotransplant Senior Program

В 1999 г. была внедрена программа ESP (Eurotransplant Senior Program), ориентированная на пациентов пожилого возраста и призванная сократить время ожидания ПАТ, а также повысить эффективность использования почек от пожилых доноров.

Согласно программе, предполагается подбор пары донор/реципиент среди трупных доноров в возрасте >65 лет и реципиентов аналогичной возрастной категории; региональный принцип размещения донорских органов, основанный на времени их ожидания и группе крови без учета HLA-типирования, что позволяет сократить время холодовой ишемии органа.



Программа ESP — своего рода посредник между донором и реципиентом, контролирующей распределение донорских органов в Австрии, Бельгии, Германии, Хорватии, Венгрии, Люксембурге, Нидерландах и Словении.

Результаты этой программы рассмотрели W. Bentas и соавт. (2008). Выявлено, что программа ESP не приводит к существенным потерям для краткой- и среднесрочной выживаемости пациентов и ПАТ; она позволяет сократить время ожидания ПАТ и период пребывания пожилых больных на ПЗТ. Известно, что почки от пожилых доноров более чувствительны к повреждающему действию холодовой ишемии. Преимущество программы ESP — минимизация ее влияния. Вместе с тем возрастал риск осложнений (47 vs 28%), в частности, у таких пациентов чаще диагностировалась задержка мочи, обуславливающая необходимость резекции

гиперплазированной предстательной железы. Меньшая иммунная совместимость не увеличивала частоту острого отторжения и потерь ПАТ, вызванных иммунными нарушениями.

Тактика ведения пациентов пожилого возраста

Особенности организма пожилого реципиента стали темой научного поиска ряда ученых. Эксперт из Канады P. Hallogan (2004) продемонстрировал, что почки пожилых пациентов более склонны к отсроченной функции, острому отторжению, развитию хронической нефропатии трансплантата, более чувствительны к ишемическому повреждению. В свою очередь, для популяции реципиентов пожилого возраста характерны повышенная частота смерти с функционирующим трансплантатом, сниженная начальная функция пересаженной почки. Но даже с учетом возможных негативных последствий ТРП остается оптимальным вариантом лечения больных ТХПН.

По мнению V. Jassal, ТРП от родственного или трупного донора повышают продолжительность и качество жизни пациентов всех возрастов и групп сопутствующей патологии, а также имеют экономические преимущества.

Американский ученый A.J. Matas убежден, что ранняя, или додиализная, ТРП от живого родственного донора является идеальной для пожилых больных, поскольку сокращает время ожидания операции и демонстрирует лучшие показатели выживаемости в сравнении с ТРП от трупного донора.

Негостеприимный хозяин

Результаты работы G. Pavelec свидетельствуют о том, что возрастные изменения иммунной системы (увеличение количества малофункциональных клеток, соотношение CD4/CD8 <1, низкий пролиферативный ответ Т-лимфоцитов, уменьшение содержания В-лимфоцитов и др.) обуславливают повышенную частоту и тяжесть инфекционных осложнений у пациентов пожилого возраста.

По мнению одного из американских трансплантологов, «жизнь с трансплантатом — это постоянное балансирование между отторжением и инфицированием». J. Morales отмечает, что для пациентов пожилого возраста характерны плохая переносимость иммуносупрессивной терапии, повышенная чувствительность к нефротоксическому влиянию ингибиторов кальциневрина, увеличенный кардиоваскулярный риск.

Первоочередная цель предоперационного отбора пожилых реципиентов ПАТ — выявление кардиоваскулярных, инфекционных и онкологических заболеваний. Важно оценить состояние сосудов в зоне предполагаемой операции. Кроме того, представляется необходимым всестороннее информирование пациента о выгодах и недостатках выбранного метода лечения.

Существует мнение, что у лиц пожилого возраста иммунная система менее реактивна, в силу чего вероятность острого отторжения ниже, однако такую точку зрения разделяют не все исследователи.

Что касается иммуносупрессивной терапии, возможно применение антител к рецепторам ИЛ-2, ингибитора кальциневрина такролимуса с мофетила микофенолатом или натрия микофенолатом и стероидами.

Подарок, который исцеляет

В Украине технические возможности для пересадки почки имеют 7 медицинских центров, однако количество производимых операций несоизмеримо меньше по сравнению с существующей потребностью: ежегодно в ТРП нуждаются около 2500 пациентов, а выполняется лишь около 100 операций. В соответствии с существующими юридическими нормами поделиться жизненно важным органом с пациентом может только близкий ему человек.

Несмотря на то что лист ожидания трансплантации чрезвычайно большой, и многие

больные попросту не доживают до трансплантации; этические и религиозные аспекты, касающиеся пересадки почки, в частности возможности получения органа от трупного донора, до сих пор вызывают активные дискуссии среди населения.

Врачи с сожалением констатируют: в силу особенностей украинского менталитета общество с трудом преодолевает путь к милосердию, поэтому без внесения радикальных изменений в законодательство в области трансплантологии и внедрения презумпции согласия на использование трупных органов надеяться на улучшение ситуации в ближайшем будущем не стоит; необходимо появление мощного катализатора, способного искоренить существующие предубеждения, например такого, как «эффект Грина». Такое название получила реакция общества на поступок одной американской семьи. Родители 7-летнего Николаса Грина, погибшего в 1994 г. в результате ранения при нападении грабителей во время путешествия по Италии, дали согласие на использование его органов для лечения семи тяжелобольных итальянских детей. Резонанс, который произвел этот случай среди населения, обусловил повышение интереса к проблеме трансплантации и 3-кратное увеличение количества выполненных в стране операций.

В Великобритании зарегистрирован случай пересадки почки умершего 5-недельного малыша (с согласия родителей). Крохотный орган был передан 22-летней девушке, которая ожидала операции, пребывая на диализе до 9 ч в сутки. Еще один пример: британец в почтенном 83-летнем возрасте принял решение спасти чью-то жизнь, поделившись почкой.

Donor sapiens

В настоящее время существует три принципа юридического регулирования изъятия органов у умерших: рутинное изъятие, презумпция согласия (действует в Австрии, Швеции, Бельгии, Испании, Беларуси, Молдове, Российской Федерации, Чехии, Венгрии и др.) и презумпция несогласия (законодательно закреплена в США, Великобритании, Канаде, Германии, Франции, Португалии, Украине и др.).

С 2012 г. в Германии государственные больничные кассы и страховые компании каждые два года отправляют письменный запрос пациентам, имеющим страховой полис, касательно согласия/отказа от посмертного донорства. Задokumentировать свою позицию жители этой страны могут в прилагаемом удостоверении донора Organspendeausweis. О готовности к посмертному донорству можно заявить с 16 лет, об отказе — с 14. Документ предполагает пять опций: можно согласиться на изъятие любых органов/тканей, только органов или только тканей, поделиться определенным видом трансплантата или отказаться от возможности посмертного донорства. На протяжении жизни человек может изменить свое решение — для этого достаточно уничтожить старый документ и заполнить новый. Еще одной официальной возможностью выразить мнение по вопросу посмертного донорства является так называемое распоряжение пациента (Patientenverfuegung). Если оно отличается от содержания Organspendeausweis, окончательное решение принимают родственники погибшего. Также среди немецких пользователей сети Facebook распространена практика указывать в своем online-профиле информацию о готовности к посмертному донорству.

Прогрессивная система донорства, позволяющая производить забор органов умершего человека вне зависимости от согласия/несогласия его родственников, функционирует и в Австрии. Каждый житель имеет право отказаться от изъятия органов после его смерти, подав соответствующее заявление. Информацию вносят в специальный реестр, после чего запрещается применение с донорской целью любого материала от заявителя. В Австрии, являющейся одной из стран-лидеров в области

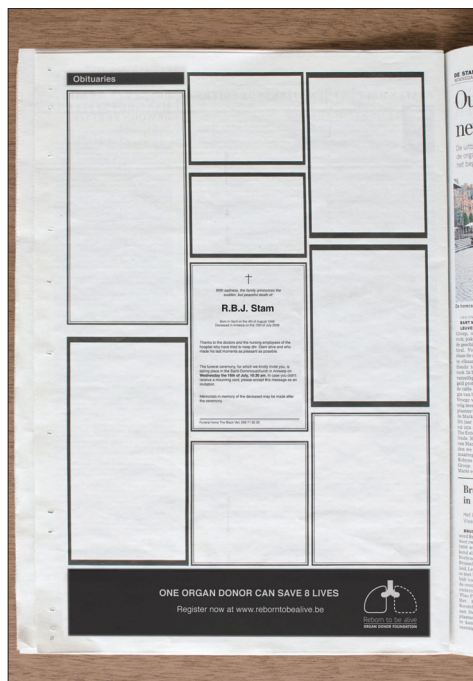
Продолжение на стр. 38.



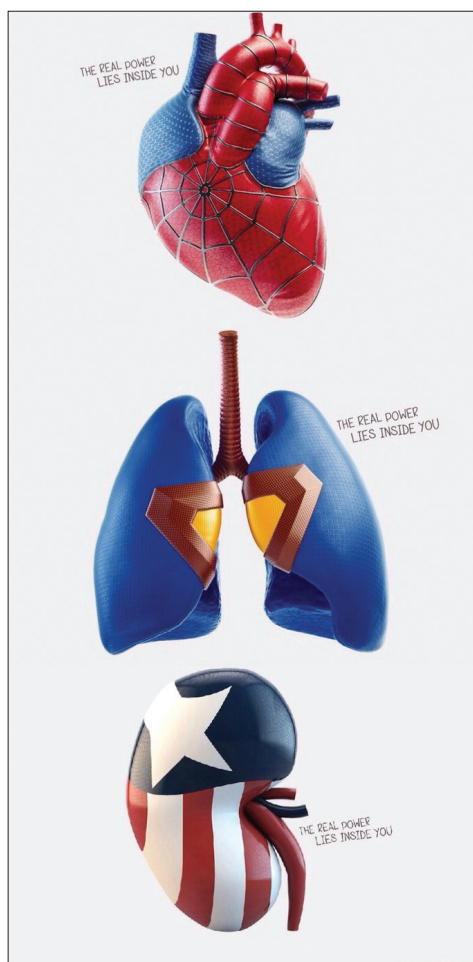
— Я стану донором сегодня и спасу этого ребенка.

— Я стану донором позже...

Трансплантация почки: кто последний в очереди за жизнью?



В газете в соответствующем разделе опубликован некролог в окружении восьми пустых ячеек как напоминание о том, что один донор органов может спасти 8 жизней



Настоящая сила внутри вас!



Израильтянин с почкой араба: люди всех религий, национальностей и рас равны перед жизнью и смертью

Продолжение. Начало на стр. 36.

трансплантологии, только в Венском медицинском университете выполнено около 5500 операций по пересадке почек.

«Отправляясь на дежурство, я не знаю, что мне придется делать — аппендэктомия или трансплантацию. Пересадка органа сегодня — стандарт медицинской помощи в Австрии», — признался в одном из интервью доктор медицины, профессор Венского медицинского университета Игорь Гук.

Простым хирургическим вмешательством считается ТРП и в Израиле.

Наиболее благоприятная ситуация в области трансплантации наблюдается в Испании. Благодаря действию презумпции согласия на посмертный забор донорских органов, активному сотрудничеству системы здравоохранения, государственных органов власти, средств массовой информации и представителей церкви, принятому в 1989 г. соответствующей государственной программы в этой стране удалось ликвидировать существующий дефицит донорских органов. В настоящее время на 1 млн испанского населения приходится 32-36 доноров. Поразительный пример успешного партнерства был назван «испанским чудом».

В Украине на данный момент действует презумпция несогласия касательно изъятия органов после смерти, однако не исключено, что вскоре правила регулирования в трансплантологии изменятся. В настоящее время в Верховной Раде зарегистрирован законопроект № 2184а от 31.05.2013 г. «О внесении изменений в Закон Украины «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку». В случае его принятия при отсутствии заявления от умершего или его родственников об отказе от посмертного изъятия органов врачи смогут использовать их с целью трансплантации.

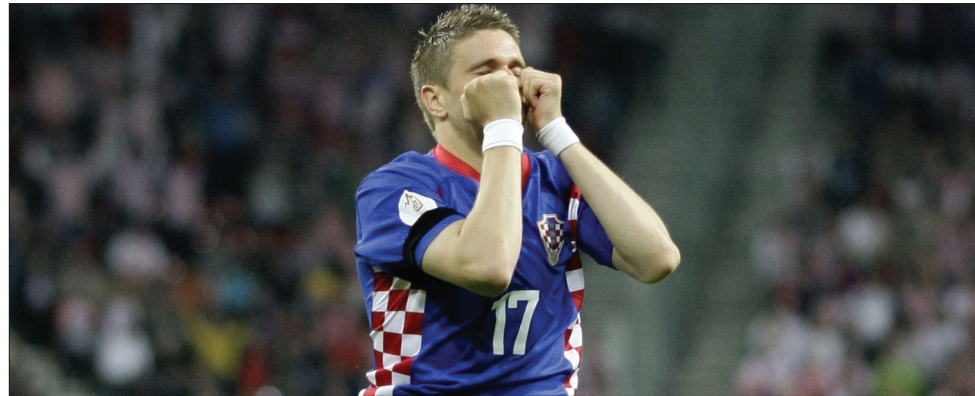
Внедрение такой практики в Беларуси кардинально изменило ситуацию: в течение последних двух лет она является лидером по количеству выполненных пересадок органов среди стран СНГ (по состоянию на 2012 г. в 12 раз превышает соответствующий показатель в Украине).

Медицинский супермаркет

Преимущественно негативное отношение общественности к донорству органов отчасти обусловлено активными спекуляциями и скандальными публикациями в СМИ. Для большинства тема трансплантации тесно ассоциируется со слухами о незаконной реализации донорских органов.

Данная тенденция характерна преимущественно для стран третьего мира — Индии, Пакистана, Эквадора, Колумбии, Сирии, Мозамбика, все чаще в эпицентре «трансплантационных» скандалов оказывается Китай. В 2013 г. Хосе Рамон Нуньес, курирующий программу трансплантологии в ВОЗ, обнародовал данные, согласно которым 10% трансплантируемых органов в мире поступают с «черного» рынка.

Одним из нечестных государств, в которых официально разрешена торговля органами, является Иран: стоимость почки здесь составляет приблизительно 5-7 тыс. долларов. «Внимание! Продается здоровая



Хорватский футболист Иван Класнич, один из форвардов бундеслиги. Перенес 2 пересадки почки (от матери и отца), через год вернулся в большой спорт и продолжал футбольную карьеру в течение еще 7 лет



Популяризация посмертного донорства среди автомобилистов. «Как Арнольд Рональдом стал»

почка» — граффити и объявления с таким содержанием можно встретить рядом с центрами трансплантологии в этой стране.

Проблему нехватки донорских органов государства решают и другими, более приемлемыми способами. Например, в 2014 г. в Азербайджане (по приблизительным оценкам, в стране ТРП ожидают 3 тыс. жителей) принято решение проводить трансплантации с использованием органов доноров, группа крови которых не совпадает с таковой реципиента. Планируется, что первая такая операция будет выполнена в июле текущего года.

Креативная акция была инициирована в Бразилии среди болельщиков одного из футбольных клубов страны. Преданным фанатам предложили стать... бессмертными, поделившись органами с людьми, нуждающимися в пересадке. Желающие могли получить карточку донора на стадионе или по электронной почте, заказать ее через Facebook. «Чтобы сердце билось за Recife, легкие дышали за Recife, глаза продолжали видеть игру любимой команды» — в рамках акции с таким слоганом согласие на посмертное донорство дали более 50 тыс. человек.

Жизнь после... жизни

В настоящее время пациенты с пересаженной почкой не только продолжают жить, создают семьи и становятся родителями, но и покоряют высоты, недостижимые подчас даже для здоровых людей. В частности, регулярно проводятся Всемирные трансплантационные игры с участием спортсменов с пересаженными органами. Первые состязания, в которых приняли участие 99 человек, состоялись в 1978 г. в г. Портсмуте (Великобритания). Масштаб нынешних соревнований потрясает: за медали в 46 видах спорта соперничают свыше 1,8 тыс. участников более чем из 50 стран. Такая спортивная инициатива не только является примером триумфа мужества, силы воли и человеческого духа, но и осуществляет просветительскую миссию — после проведения Игр в г. Манчестере (Великобритания), за которыми наблюдали свыше 160 млн зрителей,

количество желающих стать донором в стране увеличилось более чем на треть.

Золотым призером соревнований 2007 г. в Таиланде стала 37-летняя украинская теннисистка Лариса Белева, живущая с пересаженной почкой; среди обладателей наград и другие украинские спортсмены.

XIV Всемирные трансплантационные игры состоятся в 2015 г. в курортном городе Мар-дель-Плата (Аргентина).

С 2001 г. проводятся Всемирные детские трансплантационные игры (Nicolas Cup).

Некоторые пациенты, перенесшие ТРП, даже возвращаются в профессиональный спорт: например, баскетболист Син Эллиот, бывший игрок San Antonio Spurs, возобновил выступления в NBA уже через 7 мес после пересадки.

Право на шанс

Романтической и трогательной историей любви и надежды, всколыхнувшей мир, стал неординарный шаг 77-летнего американца по поиску донора почки для пожилой супруги: он прошел более 400 км по дорогам штата с плакатами «Моей жене очень нужна донорская почка». В результате жизнь женщины была спасена.

Современные согласительные документы и стандарты лечения не имеют четких указаний относительно минимально и максимально допустимого возраста донора и реципиента почки. При определении очередности, какому реципиенту делать трансплантацию органа, преимущество всегда отдается детям. Однако шанс на продление жизни должен иметь каждый — независимо от возраста, национальности и величины дохода.

Результаты опроса, проведенного среди участников конференции «Хронические заболевания почек. Возрастной аспект», показали: возможность введения денежной компенсации для доноров почки в Украине поддерживали свыше 75% клиницистов.

Кошунство или последний шанс — можно по-разному называть такой выход из положения, в зависимости от того, по какую сторону баррикад Вы находитесь.

Подготовила **Ольга Радучич**



Жители Пакистана демонстрируют шрамы после удаления почки



Герой бельгийского рекламного постера держит в руках номерок, на котором указано его место в листе ожидания — 642