

# Выбор всегда остается за человеком



Семь лет назад в Минском НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии (тогда еще 9-я ГКБ) была создана совершенно новая структура — Единый регистр трансплантации. Сотрудники этого подразделения координируют процесс органного, тканевого и клеточного донорства. Кто может стать донором костного мозга? Кто такой потенциальный донор? Как выразить свое несогласие быть донором? Руководитель Единого регистра трансплантации, главный внештатный специалист по трансплант-координации Минздрава Сергей Лещук в интервью «Медвестнику» ответил на эти вопросы и рассказал о себе.

## **Опыты по биохимии и ВИА «Скальпель»**

*Сергей Петрович, как выбрали профессию, почему решили стать врачом?*

Так постановили на общем семейном совете, а повлиял на это целый ряд факторов. Я не из врачебной семьи, мама — педагог-дефектолог, всю жизнь проработала в специализированной школе-интернате для слабовидящих и слепых детей. Сейчас ей 84 года, ведет активный образ жизни, возглавляет ветеранскую организацию. Папа — инженер-строитель, строил Каракумский канал, военные аэродромы, потом много лет проработал в системе ЖКХ Гродно, его не стало 5 лет назад. Мой старший брат Олег — историк, по складу ума гуманитарий, философ, политолог, а у меня отлично шли прикладные предметы.

Я учился в одной из самых сильных и престижных в то время в Гродно школе № 1. В нашей параллели было три класса, и очень многие мои друзья хотели поступать в медицинский. С некоторыми из них мы занимались в кружке по биохимии при Институте биохимии (от Национальной академии наук), который тогда возглавлял известный академик Юрий Михайлович Островский. Это был 1982-й год, времена СССР, мы были десятиклассниками, а там преподавали биологи, которые ездили по заграницам, владели английским языком, неординарные люди.

Занятия были очень интересные, также мы проводили различные эксперименты, в итоге из нашей параллели в мединститут поступило более 10 человек!

*Наверное, это очень здорово, когда учишься в вузе с теми, с кем дружишь с детства. Чем помимо учебы запомнилась студенческая жизнь?*

С 1983-го по 1989-й были непростые годы. Горбачев, перестройка, неопределенность, пустые полки в магазинах, участие нашей армии в афганском конфликте. Самые грозные преподаватели пугали: не сдашь экзамен, поедешь в Афганистан.

Первые три курса с латынью, анатомией, гистологией у всех шли сложно и у меня в том числе. Намного интереснее стало, когда начались клинические дисциплины. Параллельно кипела общественная жизнь. В нашем вузе впервые в Гродно стали организовывать «капустники». Мы с друзьями создали вокально-инструментальный ансамбль «Скальпель» (я окончил музыкальную школу по классу аккордеона, в ансамбле играл на гитаре), переделывали известные советские и зарубежные шлягеры на медицинскую тематику. В зале всегда был аншлаг, народ набивался битком. Кстати, обязательно присутствовал кто-то от комсомола, предварительно проверяя тексты и вычеркивая любой намек на критику.

Позже я увлекся проведением дискотек, и не только в родном вузе, но и по всему городу, что позволяло зарабатывать неплохие деньги к стипендии. И между прочим, в 2019 году на 30-летие нашего выпуска тоже был ди-джем. Долго готовился, вспоминал самые популярные в студенческие годы мелодии, в итоге сделал сборку хитов зарубежной и советской эстрады 1980-х. О том, насколько наш курс был дружным, можно судить даже по тому, что на вечер встречи через 30 лет собралось 120 человек!

### **Агрессивный пациент и роженица в сугробе**

*Где начинался ваш путь в медицину?*

В Гродненской центральной районной клинической больнице, в Пышках, сейчас это 3-я городская. Проходил там интернатуру по терапии и остался. В первый год меня, молодого специалиста, бросали везде — в приемный покой, кардиологию, пульмонологию, в бригаду скорой помощи. Решил связать свою жизнь с реанимацией, прошел первичную специализацию и 5 лет проработал анестезиологом-реаниматологом в палате интенсивной терапии кардиологического отделения на 6 коек.

В 1995 году Виктор Александрович Снежицкий пригласил меня на работу в областной кардиологический диспансер, где в то время возглавлял аритмологическое отделение. С гордостью могу назвать Виктора Александровича своим наставником в профессии и хорошим другом. После развала СССР, когда многие врачи уходили из медицины, он занимался наукой и нас, своих коллег, к этому активно привлекал.

*Помните своих первых пациентов?*

Из дежурств на скорой вспоминается неординарный случай — вызов к роженице в деревню на границе с Польшей. Воды отошли, вот-вот начнутся роды. Зима, метель, сугробы на дороге. Мы везли женщину, и наш УАЗик провалился в яму под снегом. В укладке — нашатырный спирт, зеленка, йод, шприцы, ножницы... Мысленно прокручивал разные варианты, думал: ребенка приму, перережу пуповину, хоть бы только кровотечение не началось... Но водителю удалось вырваться, и в роддом мы успели.

В терапии больше всего запомнилась пульмонология с переполненными палатами. Из методов диагностики тогда были в основном рентген и обычная аускультация. Благодаря абсолютному

музыкальному слуху мог услышать даже самые начальные проявления пневмонии. Не обходилось без курьезных случаев.

Попался мне как-то весьма агрессивный пациент с обструктивным бронхитом (теперь такую патологию называют ХОБЛ) с алкогольным анамнезом. Он терроризировал и персонал, и соседей по палате. Ругался, курил, нарушал режим. Я не знал, как с ним справиться. И более опытный коллега подсказал: такая агрессия обычно бывает у язвенников, обследуй-ка ты его на патологию ЖКТ. Расписали ему диагностические процедуры: ФГДС, ректороманоскопия и т. д. К концу третьего дня пациента не узнать: спокойный стал, просил только больше не назначать никаких обследований и выписать его, обещал бросить пить и курить. Кстати, у него действительно обнаружилась язва желудка.



#### **Американский опыт и ностальгия**

*Сергей Петрович, на стене в вашем кабинете среди различных сертификатов и почетных грамот — диплом о прохождении стажировки в США.*

Да, стажировался в St. Vincent Indianapolis Hospital (штат Индиана), прошел обучение по кардиологии и инвазивной электрофизиологии. И так сложились обстоятельства, что проработал в Америке 2 года.

*Не было желания остаться и строить карьеру там? Почему приняли решение вернуться на родину?*

Поначалу рассматривал разные варианты. Но, откровенно скажу, к концу второго года появилась ностальгия, очень скучал по близким людям, друзьям, Гродно. Поэтому, опять же на семейном совете, решили, что мне нужно возвращаться. Но я ни о чем не жалею, это был замечательный опыт, в том числе я в совершенстве овладел английским языком. Кроме того, денег заработал, что позволило и родителям помочь, и решить жилищный вопрос — построил квартиру в Гродно.

После Америки хотел вернуться в кардиодиспансер, но там не оказалось вакансий, нужно было ждать. Побыв дома неделю, понял, что не могу без работы, пошел на вакансию терапевта на областную станцию переливания крови, где за короткий период времени прошел путь от заведующего донорским отделением до главного врача. Пригодились все навыки, полученные в реанимации, только там я переливал кровь и плазму, а здесь заготавливал. Проработал 6 лет, параллельно (2004–2006 годы) получил второе высшее образование в Академии управления на факультете международных отношений.

### **Из трансфузиологии — в трансплантологию**

*А как оказались в Минске?*

В 2008 году Михаил Петрович Потапнев, профессор, иммунолог с мировым именем, возглавлявший тогда РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий, пригласил меня на должность своего заместителя. Стояли задачи внедрения аферезных аппаратных методов заготовки плазмы и тромбоцитов, карантинизации плазмы, системы вирусной безопасности компонентов донорской крови. Под его руководством я работал над кандидатской диссертацией «Современные тенденции гемотрансфузионного обеспечения высокотехнологичной помощи в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь», которую защитил в 2015 году. В феврале 2013-го получил предложение перейти в Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии (тогда 9-я ГКБ Минска) и заняться созданием совершенно новой, уникальной для нашей страны структуры под названием «Единый регистр трансплантации».

*Почему возникла такая необходимость?*

После выполнения Олегом Олеговичем Руммо первой пересадки печени в 2008 году в нашей стране стали активно развиваться трансплантология и органное донорство. Эти высокие технологии внедрялись и в регионах, в частности пересадка почки. Данный процесс требовал структуризации, развития нормативно-правовой базы.

Вместе с Олегом Руммо и Анатолием Уссом мы продумывали и создавали структуру регистра с нуля. Что-то взяли из зарубежного опыта (Poltransplant), к чему-то пришли сами. Первое, что нужно было сделать, — на практике реализовать право граждан, несогласных после смерти быть органами донорами. Письменные заявления людей, написанные в произвольном порядке, лежали в поликлиниках, стационарах, Минздраве. Поехали собирать эти заявления по учреждениям. Потом утвердили единую форму, внесли их в регистр (порядка 2 000 на тот период), создали компьютерную программу по учету отказов, выполненных трансплантаций.

В процессе работы выделилось еще несколько важных направлений, постепенно были созданы республиканский реестр доноров гемопоэтических стволовых клеток, совершенствовалась работа отделения трансплант-координации. По трансплант-координации начинали с 50–60 заборов органов в год, в 2019 году — 248. По показателю на 1 млн населения (26,2) Беларусь вошла в десятку лучших стран мира и находится сейчас на 9-м месте (на 1-м — Испания, на 2-м — США). В регистре выполненных трансплантаций зарегистрировано более 12,5 тысячи, сюда включены трансплантации всех видов (органов, тканей, клеток) суммарно по стране. В декабре прошлого года открыли четвертое подразделение «Тканевые биотрансплантаты». И структура Единого регистра трансплантации приобрела логически завершенную форму.

### **Отказ от донорства — по заявлению**

*Как на практике гражданин может выразить свое несогласие быть посмертным донором органов?*

Алгоритм предельно прост. Дееспособный гражданин может обратиться в любое государственное учреждение здравоохранения по месту жительства (как правило, это поликлиника). Ему выдается бланк единой формы, он его заполняет. Оригинал заявления остается в том же учреждении, при этом нам отправляется форма, заверенная печатью и подписью главного врача или его заместителя. В кратчайший срок мы вносим его в регистр и даем ответ о том, что информация внесена. Рекомендуем руководителям учреждений делать ксерокопию ответа для заявителя, чтобы человек был уверен, что его заявление не затерялось и волеизъявление будет реализовано.

*Сколько отказов сейчас в регистре?*

Около 2 800, в т. ч. более 130 заявлений на детей (их пишут родители в детских поликлиниках). В 2019 году был рекорд — 167 заявлений, в прошлом — 119. Но за это время возникла и обратная тенденция: некоторые люди передумали и отозвали свои заявления. Это сподвигло нас утвердить форму и алгоритм отзыва заявления. Все предельно прозрачно, и выбор всегда остается за человеком.

*Кто такой потенциальный донор?*

Потенциальный донор со смертью мозга — пациент с тяжелой травмой или заболеванием головного мозга, у которого на фоне проводимой комплексной реанимационной и интенсивной терапии заподозрена смерть головного мозга и начата ее диагностика в установленном порядке, а также не выявлено медицинских, правовых и организационных противопоказаний к органному донорству.

Констатация смерти головного мозга проводится по неврологическим (Гарвардским) критериям, также могут быть использованы дополнительные методы исследования. Обязательно проводятся два официальных консилиума по констатации смерти (второй — с выполнением апноэ-теста) с участием трех специалистов — анестезиолога-реаниматолога, невролога, дежурного администратора донорского стационара. Трансплант-координатор не участвует в консилиуме, его задача все организовать и учесть все нормативно-правовые моменты. При поступлении запроса в регистр в первую очередь наши сотрудники (они дежурят круглосуточно) проверяют, есть ли заявление об отказе от посмертного донорства (и такие совпадения нечасто, но бывали). Далее делаем запросы в четыре республиканских регистра для учета противопоказаний. Например, если умерший донор стоял на учете с вирусным гепатитом или ВИЧ-инфекцией, с онкологией или туберкулезом, то он не подходит для органного донорства.

**Суть трансплант-координации**

*Если нет заявления об отказе и противопоказаний, что происходит дальше? Что делается в процессе координации действий специалистов по забору органов и трансплантологов, которые их пересаживают?*

Умерший донор со смертью мозга дополнительно обследуется. Выполняются общий и биохимический анализы крови, мочи, коагулограмма, рентген легких, УЗИ печени, почек, сердца, в крупных клиниках — коронарография. Сейчас дорабатываем клинический протокол по ведению (кондиционированию) умершего донора со смертью мозга. Следующий этап — забор органов, которые будут пересажены стоящим в листах ожидания реципиентам, взрослым и детям. В листе ожидания, например, на пересадку почки — 700 человек. Ежегодно в стране пересаживается более 300 почек (около 170 в нашем центре, остальные в регионах), но примерно столько же новых пациентов ежегодно добавляется в лист ожидания.

*Сергей Петрович, а могут ли родственники пациента с констатированной смертью мозга запретить брать у него органы?*

Конечно, в любой момент вплоть до поступления донора в операционную. Беседуем с ними, но если они категорически против, то просим изложить это в письменной форме и прекращаем мероприятия по кондиционированию донора.

*Доводилось ли вам лично проводить подобные беседы?*

Беседовать доводилось, психологически это очень тяжело. Людей понять можно, они находятся в стрессовой ситуации. Бывает, что у разных родственников противоположные мнения: один за, другой против, третьим все равно — они уже обсуждают вопросы раздела наследства. Мое мнение: на первом месте все же должна стоять воля умершего, которую он выразил или не выразил при жизни.

*А как в других странах?*

Мне импонирует европейский подход к этой теме. Там немножко другой менталитет. И разговор с родственниками, например, в Чехии (довелось лично быть свидетелем) сводится просто к информированию: ваш близкий человек умер, констатирована смерть мозга, у него будут изъяты такие-то органы, подпишите бумагу о том, что мы вас информировали. И люди там не задают вопросов. Все понимают, что тело все равно будет кремировано или захоронено. Разве плохо, если органы их родственника спасут кому-то жизнь?

*Как быстро должна быть проведена трансплантация?*

Почки — в течение 24–48 часов, печени — 8–12 часов, сердца — 3–6 часов (золотой стандарт 3 часа).

**В декабре в структуре Единого регистра появилось отделение «Тканевые биотрансплантаты». В чем суть его работы и о каких тканях идет речь?**

Здесь проводятся забор, обработка и хранение тканевых биотрансплантатов. Это аллографты сосудов (артерий и вен), сердечных клапанов, костной ткани, кожи, глазные яблоки. У каждого вида ткани — свои особенности обработки и хранения. Например, сосуды (аллографты) хранятся в специальных растворах в течение 60 дней. Используются в сосудистой хирургии и кардиохирургии при плановых операциях. Глазные яблоки мы не храним, они в специальных контейнерах сразу передаются офтальмологам и используются при операциях по пересадке роговицы глаза. Костную ткань планируем в полном объеме заготавливать к концу первого квартала.



Слева — Андрей Чистый, заведующий отделением «Тканевые биотрансплантаты»

### **Донор — от латинского «дарить»**

*Как становятся потенциальными донорами стволовых клеток и попадают в этот реестр?*

Есть два пути. У доноров крови, особенно у сдающих кровь впервые, спрашиваем, согласны ли они в будущем стать донором ГСК и костного мозга, разъясняем все нюансы. Если ответ положительный, то человек подписывает документ об информированном согласии. После этого у него (параллельно с донацией крови) берется 5 мл крови для HLA-фенотипирования, данные заносятся в реестр. Вторая категория — волонтеры. Этот процесс хаотичный, как правило, большие группы волонтеров приходят после объявлений в СМИ или соцсетях, когда родители или родственники ищут донора ГСК для ребенка, например. Неравнодушные граждане идут с желанием стать донором ГСК для конкретного пациента. Также берем у них образец крови для фенотипирования и предупреждаем, что фенотип может совпасть не с тем, ради кого они пришли, а с другим пациентом.

*Как часто происходит совпадение фенотипов? И сколько сейчас потенциальных доноров ГСК в реестре?*

Когда мы начинали в 2013 году с создания городского реестра ГСК, там было лишь несколько тысяч потенциальных доноров. Теперь общая республиканская база, все областные станции переливания крови проводят типирование и присылают нам образцы. Сейчас в реестре около 75 тысяч потенциальных доноров ГСК, при том что мы его постоянно актуализируем с учетом появляющихся противопоказаний, возраста и т. д. Возрастной ценз для доноров ГСК уменьшили до 55 лет (для доноров крови — 60 лет).

Пересадкой ГСК и костного мозга в Беларуси занимается Республиканский центр гематологии и пересадки костного мозга на базе нашего центра и РНПЦ ДОГИ. Запросов на поиск подходящего донора получаем 65–90 в год. Совпадения по фенотипу «донор-реципиент» 10:10 бывают нечасто. За это время выполнено 18 аллогенных неродственных трансплантаций ГСК детям и взрослым пациентам от белорусских доноров, в прошлом году — 4. Если в своем реестре не находим, то приходится искать доноров ГСК за рубежом, как правило, в Германии (DKMS). Это стоит больших денег, которые для граждан Беларуси выделяет Минздрав.

Поэтому очень важно продолжать расширение нашего национального реестра доноров ГСК. В феврале прошлого года Минздрав купил нам современное оборудование для геномного секвенирования NGS. В течение 1,5–2 часа проводится фенотипирование сразу по 5 локусам 1-го и 2-го классов антигенов (A, B, C, DR, DQ). Причем одновременно можно исследовать до 200 донорских образцов. Это огромная скорость и качество по сравнению с тем, что было. К сожалению, COVID-19 притормозил наши планы, но с улучшением эпидситуации мы продолжим работу по развитию реестра доноров ГСК.

*Сергей Петрович, что для вас лично означает понятие «донорство»?*

Альтруизм, добро, помощь людям. Сам термин происходит от латинского *donare* и означает «дарить». Первый раз я стал донором крови еще студентом, ведь все студенты-медики сдают кровь. Неважно, осознанно или нет, иногда за деньги, иногда за отгул, но процесс начинается, а дальше уже каждый сам для себя решает. Естественно, работая в реанимации, кардиологии, на станции переливания крови, я не мог оставаться в стороне от процесса донорства. Это стало моим кредо. С 2009 года — почетный донор. На моем счету уже около 190 донаций крови, плазмы, тромбоцитов. В профессиональном плане я много лет занимался трансфузиологией, теперь — трансплантологией, и понятия донорства здесь очень схожи.

*Вашего заявления нет в регистре отказов?*

Разумеется, нет. Каждый когда-то уйдет, и здесь можно процитировать бывшего главу Ватикана папу Иоанна Павла II, который сказал примерно так: «Не забирайте свои органы на небеса, они нужны людям на земле».

*Как семья относится к вашей работе?*

Семья относится с пониманием. Мама, правда, была против того, чтобы я брал дополнительные дежурства. Год назад прислушался к ее мнению и теперь все выходные посвящаю семье. С супругой Татьяной (она учитель английского языка) и сыном Ростиславом (он сейчас учится в шестом классе) общаемся, гуляем, посещаем выставки, концерты, занимаемся шопингом, раз в неделю ходим в бассейн. И знаете, я счастлив! Одно из увлечений — приготовление вкусных блюд, по будням супруга готовит, а в выходные — всегда я. Хобби — музыка, у меня две гитары, одну привез из Америки, вторую подарили друзья. Ростислав тоже сейчас увлекается музыкой, приобщаю его к классике, но очень хочу, чтобы он пошел по моим стопам и стал врачом.



## Комментарий



### **Олег Руммо:**

Создание Единого регистра трансплантации стало необходимым после закрепления на законодательном уровне поправок в закон «О трансплантации органов и тканей». Эти изменения были направлены на развитие высокотехнологичных видов оказания помощи населению. Количество трансплантаций органов, клеток и тканей увеличилось, мы внедрили эти технологии в регионах.

Важно было, во-первых, не просто учитывать их количество, а иметь обратную связь: анализировать результаты, отслеживать, как изменяются качество и продолжительность жизни пациентов после операций, как улучшить результаты. Во-вторых, нужно было создать базу учета заявлений граждан, которые ни при каких обстоятельствах не согласны быть донорами органов после смерти. Третье — создание системы, которая позволяет развивать клеточные технологии в стране.

Сегодня ткани и клетки применяются при лечении многих заболеваний, в т. ч. при COVID-19. Четвертое направление — развитие реестра доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, чтобы не искать за огромные деньги доноров за рубежом, а оказывать помощь здесь. Кроме того, интегрироваться в международные структуры, чтобы нас искали и нам платили. Для этого нужно соответствовать определенным критериям и статусу.

Людмила Захарова, «МВ»