

Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В.

Медико-социальные и психологические проблемы органного донорства: комплексный подход

Областная клиническая больница № 1, г. Екатеринбург, «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург, Областная клиническая психиатрическая больница № 1, г. Екатеринбург

Klimusheva N.F., Baranskaya L.T., Shmakova T.V.

Medico-social medical-social and psychological problems of organ donation: an integrated approach

Резюме

На материале междисциплинарных исследований, проведенных в Областной клинической больнице № 1 г. Екатеринбурга в статье представлен современный статус и существующие ограничения в развитии органного донорства в регионе. Обсуждаются вопросы отношения к трансплантации органов у представителей разных социально-профессиональных групп, а также социальные и психологические проблемы реципиентов в до и после операционном периоде.

Ключевые слова: органное донорство, отношение к трансплантации органов, социальные и психологические проблемы реципиентов

Summary

Article based on interdisciplinary studies in regional Clinical Hospital No. 1 of Yekaterinburg is a modern status and the constraints in the development of organ donation in the region. Discusses issues related to transplantation of organs from representatives of various socio-professional groups, as well as social and psychological problems of recipient before and after operating period.

Keywords: organ donation, related to organ transplantation, social and psychological problems

Введение

Начиная с 80-х годов прошлого столетия, органное донорство получило наибольшее распространение во всем мире как наиболее эффективный способ не только сохранения, но и повышения качества жизни пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями печени, почек, сердца и легких. Многочисленные теоретико-прикладные исследования медико-социальных и клинических проблем трансплантологии позволили успешно решить такие вопросы как подбор донорского органа и адекватной иммуносупрессивной терапии, разработка операционных технологий трансплантации, оптимизация послеоперационного ведения пациентов с трансплантированными органами.

В исследованиях последних лет подчеркивается, что качество жизни большинства (от 70 % до 85 %) пациентов существенно повышается, особенно в таких сферах как физическое и социальное функционирование, повседневная активность, семейное общение и детско-родительские взаимоотношения [1].

Несмотря на тот факт, что за несколько десятилетий во всем мире трансплантология продлила жизнь тысячам людей с тяжелыми заболеваниями, число больных, нуждающихся в пересадке органов, неуклонно растет. Мировая потребность в донорских органах удвоилась

и по самым скромным подсчетам продолжает ежегодно увеличиваться на 15%. Сегодня только в экономически развитых странах примерно 150 тыс. человек нуждается в пересадке донорских органов и тканей. «Листы ожидания» огромны. Из-за нехватки донорских органов – печени, почек, сердца – врачи прибегают к пересадке лишь в крайних случаях, когда традиционное медикаментозное (или хирургическое) лечение себя полностью исчерпало, и больной обречен. Во всем мире более 20% больных из списка кандидатов на трансплантацию ежегодно умирает из-за нехватки донорских органов. Работы по созданию искусственных и клонированных органов ведутся, но они далеки от завершения (искусственная почка не равнозначна живой). Единственный вариант спасения больных с терминальными стадиями заболеваний – донорские трупные органы или развитие родственных трансплантаций в случае печени или почек. Но для этого необходима согласованная работа по пропаганде развития донорства, трансплантологии через СМИ, образовательные учреждения, начиная со школы, институт церкви. Иными словами, должна быть создана государственная программа поддержки и развития трансплантологии, а также осуществляться ежегодное бюджетное финансирование трансплантационной программы.

В ряде зарубежных исследований убедительно доказано, что развитие трансплантологии экономически выгодно. Например, комплексная терапия пациента с терминальным циррозом в течение определенного времени обходится значительно дороже, чем трансплантация печени. Годичный диализ (искусственная почка) значительно превышает стоимость трансплантации почки [2].

Вместе с тем, в отличие от стран с развитой трансплантологией и с высоким уровнем готовности внедрить идеи высоких технологий в трансплантологическую помощь, Россия находится на одном из последних мест по темпу развития и охватывает лишь незначительную часть жителей страны, нуждающихся в ней.

Основной проблемой, сдерживающей развитие трансплантологии в России, является негативное отношение в обществе – наличие предрассудков и предвзятого поведения. Большая часть страхов и недоверия в отношении трансплантации связана с моральными проблемами процедуры забора органов (принципы информированного согласия, презумпции согласия); справедливости в распределении между потенциальными реципиентами дефицитных органов и тканей; вопросами соблюдения правового обеспечения процедуры трансплантации; проблемами надежности и независимости постановки диагноза смерти мозга.

В качестве другой, не менее важной проблемы следует рассматривать психологическую оценку кандидатов на трансплантацию органов, что имеет большое значение для эффективной реабилитации в посттрансплантационном периоде, адаптации к сложному лекарственному режиму иммуносупрессии, влиянию на уровень выживаемости и смертности. Преморбидные психологические факторы влияют на заболеваемость и смертность пациентов после трансплантации органов, становятся важным показателем успешной работы бригады врачей и вносят известный вклад в итоговые клинические результаты. Первоначальная психологическая оценка, позволяет выявить потенциальные проблемы пациента и выработать соответствующие мероприятия для оказания адекватной психологической и психотерапевтической помощи, варьирующей от нескольких консультаций в дооперационный период до регулярных сессий (например, для лечения послеоперационной депрессии).

Цель статьи состоит в реализации принципа комплексности в обобщении эмпирических данных исследований проблем органного донорства, проведенных за последнее десятилетие на базе ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» (главный врач – д.м.н., профессор Ф.И. Бадаев) под руководством зам. главного врача, к.м.н., доцента Н.Ф.Климушевой.

Материалы и методы

С целью исследования медико-социальных проблем готовности к обсуждению проблем органного донорства было опрошено 353 респондента, представляющих различные слои населения.

Было разработаны 4 вида анкет: 1) для медицинских работников (врачи и средний медицинский персо-

нал); 2) для пациентов до трансплантации; 3) пациентов после трансплантации; 4) населения вообще (преподаватели ВУЗов и прочее население).

Исследовательский инструментарий получил одобрение локального этического комитета ГУЗ СОКБ №1.

По замыслу авторов выбранные социально-профессиональные группы позволяют выявить основные тенденции в отношении медицинских работников и населения Уральского региона к органному донорству, и, соответственно, предложить пути формирования прогрессивного позитивного отношения к вопросам изъятия трупных органов, «родственному» донорству, развитию комплайенса врачей и пациентов.

Схема клинико-психологического исследования включала следующие методики: тест Роршаха, модифицированный Е.Т. Соколовой вариант методики измерения самооценки Дембо-Рубинштейн, тест рисования человеческой фигуры Махвер-Гудинаф, шкала оценки депрессии А.Бека, шкала оценки тревоги А.Бека, опросники SIBID (ситуативная неудовлетворенность телом) и BIQLI (влияние образа тела на качество жизни) Т. Кэша. Кроме того, с каждым пациентом проводилось клинико-психологическое структурированное интервью, направленное на исследование субъективных представлений реципиентов об органном донорстве, его преимуществах по сравнению с консервативным лечением, а также мотивированности к трансплантологии конкретного пациента.

Особое внимание уделено проблеме диагностики расстройств личностной адаптации у пациентов, получивших донорские органы, поскольку любые телесные трансформации играют важную роль в конструкции или деструкции личности, образа Я, самоидентичности.

В клинико-психологическое исследование включено 112 пациентов – 69 мужчин и 43 женщины, которым в период с 2008 по 2012 гг. в Свердловской ОКБ №1 выполнены операции трансплантации сердца, печени, почек. Возраст пациентов на момент выписки из стационара составлял от 21 до 61 года (средний возраст $42,44 \pm 10,57$ года).

Результаты и обсуждение

По данным научной литературы, во многих странах мира существует проблема недостаточной компетентности медицинских работников, в том числе врачей, в вопросах трансплантологии. В тоже время медицинские работники являются прогрессивной частью общества по внедрению инновационных методов лечения различных болезней и сохранения здоровья, именно на их мнение и отношение ориентируются обычные люди, они являются образцом для подражания. Результаты специальных исследований показали, что у населения формируется положительное отношение к посмертному забору органов, если они знают, что их врачи также готовы стать донорами [3]. Следовательно, концепция донорства, в первую очередь, должна быть усвоена медицинским персоналом без неприязни, предвзятости, предрассудков, двойственного отношения. Эффективность донорских служб во многом зависит от психологической и социальной готов-

Таблица 1. Отношение медицинских работников к трансплантологии

Вопросы	Медицинские работники (n=128)			
	Врачи (n=62)		Медицинские сестры (n=66)	
	Абс.	%	Абс.	%
1. Имеют теоретические знания об органном донорстве	55	88,7	55	83,3
Не имеют теоретических знаний об органном донорстве	4	6,5	6	9,1
Затрудняются с ответом	3	4,8	5	7,6
2. Знакомы с законодательной базой трансплантологии	28	45,2	30	45,5
Не знакомы с законодательной базой трансплантологии	23	37,1	26	39,4
Затрудняются с ответом	11	17,7	10	15,2
3. Готовы в случае необходимости сотрудничать с бригадой трансплантологов	49	79,0	35	53,0
Не готовы сотрудничать	5	8,1	12	18,2
Затруднились ответить	8	12,9	19	28,8
4. Будут участвовать в разъяснительных и образовательных программах формирования у населения положительного отношения к органному донорству	37	59,7	36	54,5
Не будут	13	21	17	25,8
Затрудняются с ответом	12	19,3	13	19,7
5. Негативное отношение к органному донорству связано				
а) с религиозными убеждениями	1	1,6	18	27,3
б) с недоверием к сотрудникам трансплантационных бригад	0	0	18	27,3
в) с личными убеждениями в неэтичности данной процедуры	2	3,2	15	22,7
г) с отсутствием должного контроля над соблюдением правовой и юридической законности	10	16,1	20	30,3
д) с желанием сохранить неприкосновенность тела после смерти	2	3,2	15	22,7
6. Негативное отношение к органному донорству может измениться, если потребуется пересадка органа	11	17,7	19	28,8
7. Готовы письменно отказаться от посмертного изъятия у них органов	7	11,3	20	30,3
8. Считают, что донорство органов создает для пациентов больше проблем, чем пользы	13	21	12	18,2
9. Убеждены в необходимости искать другие, альтернативные способы продления жизни безнадежно больным	42	67,8	53	80,3
10. Будут убеждать тех, кто сомневается в необходимости органного донорства или сохраняет к нему негативное отношение	38	61,3	44	66,7

ности медицинского персонала принять идею продления жизни безнадежно больных с помощью трансплантации органа.

Выборка медицинских работников представлена врачами и медицинскими сестрами ГУЗ «СОКБ №1» хирургических и терапевтических отделений (гастроэнтерологического, кардиологического, диализа).

Проведенные исследования (табл. 1) показали, что большинство (88,7 % врачей и 83,3 % медицинских се-

стер) из тех, кто принял участие в опросе, имеют теоретические знания об органном донорстве. Однако только половина из них предполагает участвовать в образовательных программах по формированию у населения положительного отношения к органному донорству (59,7% врачей и 54,5% медицинских сестер); чуть большее количество респондентов из группы медработники готовы убеждать сомневающихся в необходимости органного донорства (61,3% врачей и 66,7% медицинских сестер).

Таблица 2. Отношение пациентов к трансплантологии

Вопросы	Пациенты после трансплантации (n=54)	
	Абс.	%
1. Отрицают факт появления негативных мыслей и ощущений после трансплантации чужого органа	52	96,3
2. Не изменили свое отношение к проблеме трансплантологии, после того, как был трансплантирован орган	52	96,3
3. Готовы к повторной трансплантации в случае необходимости	48	88,9
Не готовы	6	11,1
4. Считают, что трансплантация органа не повлияла каким-либо образом на отношения с родственниками	46	85,2
Повлияла	4	7,4
Затруднились с ответом	4	7,4

Небольшая часть опрошенных медработников имеют негативное отношение к органному донорству, наиболее частой причиной называют отсутствие должного контроля над соблюдением правовой и юридической законности, на это указывают 16,1% врачей и 30,3% медсестер. Среди других причин негативного отношения к трансплантации органов медработники указали: на религиозные убеждения – 1,6% врачей и 27,3% медсестер; на личные убеждения в этичности данной процедуры – 3,2% врачей и 22,7% медсестер; на желание сохранить неприкосновенность тела после смерти – 3,2% врачей и 22,7% медсестер.

Часть респондентов, негативно настроенных к органному донорству, готова письменно оформить отказ от посмертного изъятия у них органов (11,3% врачей и 30,3% медсестер). При этом 17,7% врачей и 28,8% медсестер не исключают возможности изменения отношения к органному донорству, если потребуется пересадка им или их близким родственникам.

Часть опрошенных медицинских работников выразили неуверенность в том, что трансплантология действительно является эффективным средством помощи безнадежным больным. Так считают, что пересадка органа создает для пациентов больше проблем, чем пользы 21% врачей и 18,2% медсестер; убеждены в необходимости поиска других альтернативных способов продления жизни безнадежно больных 67,8% врачей и 80,3% медицинских сестер.

Таким образом, исследование показало отсутствие у медицинских работников целостного понимания трансплантационного процесса. Даже при наличии достаточных медицинских знаний, значительная часть врачей и медицинских сестер не уверены в том, что они могут выступать консультантами по вопросам донорства органов, и считают себя некомпетентными обсуждать эти вопросы с больными, потенциальными донорами и их родственниками. Нежелание самим становиться донором органов связывается с озабоченностью по поводу преждевременного прекращения медицинского лечения зарегистрированных доноров, т.е. фактически с недоверием к своим коллегам-медикам, что, вероятно, является отражением устойчивого неверного мнения общества в отношении донорства органов. Также у медицинских работников существует опасение в отношении обоснованности кри-

териев, используемых для диагностики «смерти мозга», недостаточное понимание концепции «смерти мозга» и технологий изъятия трупных донорских органов.

Наиболее позитивное отношение к вопросам трансплантации выявлено у пациентов, получивших донорские органы (табл. 2). С одной стороны, 96,3% пациентов отрицают появление негативных мыслей и ощущений «чужого» органа; 96,3% по-прежнему уверены в том, что проведенная операция была единственным способом продлить жизнь и существенно повысить ее качество; при этом, 88,9% реципиентов, в случае необходимости готовы к повторной трансплантации; 85,2% считают, что трансплантация не повлияла на отношения с родственниками, а 7,4% отметили, что родственники стали к ним относиться с большей заботой. С другой стороны, мы склонны рассматривать полученные данные как отражение скорее декларированных, ожидаемых, социально значимых денотативных ответов, нежели указывающих на действительные внутренние проблемы личности через призму трансформации тела, порождающей особый коннотативный психический и духовный смысл.

Необходимо отметить, что психологическая оценка будущих реципиентов отличается от традиционной. Помимо клинического интервью, проективных методов диагностики личности, тестирования интеллекта пациентов, находящихся в листе ожидания, включается оценка роли конкретных зоологий, а также социальных и семейных факторов, что в совокупности позволяет определить стиль и стратегию поведения, мотивацию к трансплантации донорского органа.

В ряде зарубежных исследований, выявлены существенные различия в психологической оценке личностных факторов пациентов (образ Я, самооценка, неудовлетворенность собственным телом, идентификация донорского органа как «собственного» и др.), получающих разные типы трансплантатов [4]. Установлено, что целостный трансплантологический процесс по пересадке печени требует более длительной психологической курации пациентов, по сравнению с теми, кто получает донорскую почку, но менее длительную по сравнению с реципиентами, включенными в лист ожидания для пересадки сердца [5].

Опубликованные ранее результаты собственных исследований позволили выделить группу риска среди

пациентов (32,3 %), для которых высока вероятность актуализации патопластических predispositions в ситуациях, приобретающих особый коннотативный смысл для индивида, одной из которых и становится трансплантация [6]. Патологический ответ на объективно необходимое телесное вмешательство в виде «специфического» эмоционального расстройства становится фактором, нарушающим хрупкое аффективное равновесие, и способствует развитию кризиса самоидентичности. Значительную часть пациентов данной группы (более 60,0 %) составляют те, кто ожидает донорских сердца и печени. По-видимому, это объясняется тем, что психологический профиль таких больных в преморбиде характеризуется высоким уровнем социальной адаптации, позволяющей им отфильтровывать любые аффективные проявления и «перечеркивать» требования влечений и желаний. Иными словами, их психическая, интеллектуальная, фантазматическая жизнь редуцирована до единственно правильной прагматической и инструментальной роли. Отсутствие гибкости и эмоциональная уплощенность, в совокупности с глубинной потребностью в зависимости не позволяют таким пациентам адекватно переносить эмоциональные нагрузки, требующие собственных усилий для их осуществления. У них, как правило, возникают новые вопросы вины и тревоги, обиды и гнева, вплоть до развития непсихотических бредовых паранойальных расстройств.

Наиболее сложным для психологической интервенции является ближайший послеоперационный период (первый послеоперационный год), поэтому необходимо выработать стратегию, основанную на когнитивно-поведенческих принципах и направленную на скорейшее решение таких психологических вопросов, как изменение образа тела, стыд, депрессию, коммуникативное и поведенческое избегание.

В долгосрочной перспективе, желательно продолжать контроль и вмешательство психологов в посттрансплантационном периоде, поскольку у этих пациентов могут возникнуть и другие проблемы, например, межличностные или семейные, связанные с изменением ролей или трудности в выборе способов совладания. Постоянная связь с психологом будет способствовать развитию у пациента необходимых навыков в контроле и управлении своей жизнью, установлению реалистичных ожиданий, что поможет улучшить психологическое функционирование.

Наряду с представленными выше сложностями комплексного (социально-медико-психологического) посттрансплантационного ведения пациентов, установлено, что основным различием, является заметное улучшение качества жизни после трансплантации сердца и легкого, тогда как проявление положительных результатов у реципиентов почек и печени не так очевидно. Более того, исследования выявили ухудшение качества жизни и психического здоровья в среднесрочном периоде у пациентов с трансплантацией печени, при сохранении стабильности или улучшении данных параметров у реципиентов сердца [7].

На наш взгляд, представленные данные не только не противоречат логике целостного психосоматического опыта разных групп пациентов, но и подтверждают наличие особенностей психологического профиля и его роли в избавлении от разных соматических недугов.

Сравнительный анализ реципиентов по психосоциальным параметрам показал, что в целом у 72,0 % пациентов вырабатывается чувство ответственности за донорский орган и его функционирование. Следовательно, подавляющее большинство реципиентов донорского органа демонстрируют зрелую психологическую реакцию на трансплантат, и лишь немногие сообщают о возникновении специфических трудностей, связанных с принятием своего нового статуса. Это чувство усиливается в направлении ключевых взаимоотношений, а именно с членами семьи, друзьями, командой лечащих врачей. У пациентов с трансплантацией сердца отмечается значительно меньшую тревожность по сравнению с пациентами, которым трансплантировали печень или почки. В целом, лишь небольшая часть пациентов испытывает чувство вины по отношению к донору (2,7%), трудности при разглашении информации о своем статусе реципиента донорского органа (2,4%) или проблемы комплайенса (3,5%).

Факт меньшего беспокойства по поводу пересаженного органа в группах пациентов с трансплантацией сердца, возможно, связан с традиционно большей медицинской и психологической и социальной поддержкой в данной группе. Сравнение групп пациентов выявляет важный и удивительный результат – а именно, значительное различие в степени выраженности беспокойства по поводу пересаженного органа у реципиентов сердца по сравнению с реципиентами печени и почки. В первом случае испытываемое беспокойство гораздо меньше. Полученные результаты удивительны, т.к. риск осложнений особенно велик в случае трансплантации сердца. Существует несколько возможных объяснений этого феномена: пациенты с трансплантатом сердца, вероятно, осознают больший риск своему здоровью по сравнению с другими группами. Однако по причине использования собственных им психологических защитных механизмов: расщепление, отрицание или изоляция аффекта, такие пациенты редко отмечают осознанное беспокойство по поводу трансплантата. Иными словами, особая «пограничная личностная структура» таких пациентов парадоксальным образом позволяет им, при условии необходимой и достаточной внешней помощи, преодолеть трудности телесных преобразований и пройти «обратный путь» к прежнему конформному существованию без горизонта.

Данный ракурс предполагает, что в период повторного обследования и сопровождения, в особенности в группах трансплантации печени и почки, следует спрашивать пациентов о беспокойстве, которое они испытывают по поводу своего нового органа и обсуждать возникающие проблемы с пациентами и членами их семей. В дальнейшем следует проводить исследования психологической реакции на трансплантацию, в первую оче-

редь, на выборке пациентов со сложным и длительным течением болезни, обращая особое внимание на проблему возможной коррекции дисфункциональной реакции с помощью психосоциального и психотерапевтического сопровождения.

Выводы

1. Реализация принципа комплексности в решении проблем органного донорства предполагает новый концептуальный подход к организации помощи пациентам, основанном на преодолении социально заданного преваляирования биологических программ и биомедицинских технологий.

2. Дальнейшее развитие трансплатологической помощи связано с повышением компетентности врачей по вопросам трансплантации органов, юридических и этических проблем органного донорства, понимания принципов диагностики «смерти мозга» и технологии «забора органа».

3. Психологическая оценка пациентов, находящихся в листе ожидания, способствует развитию комплайенса на всех этапах трансплатологической помощи и оказывает положительное воздействие на качество клинического ведения пациентов, в зависимости от их индивидуально-

психологических особенностей, психологического профиля и типа личностной организации.

4. Создание системы трансплатологической помощи в условиях многопрофильного лечебного учреждения, многосторонне поддерживаемой государством, позволит решить проблемы восстановления трудоспособности и повышения качества жизни у значительной части населения региона. ■

Климушева Н.Ф. к.м.н., засл. врач РФ, заместитель главного врача ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» по медицинской части, доцент кафедры клинической психологии и психофизиологии Уральского федерального университета имени Первого Президента России Б.Н. Ельцина, г. Екатеринбург; Баранская Л.Т., д.п.н., доцент кафедры психиатрии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», медицинский психолог высшей категории., г. Екатеринбург; Шмакова Т.В., медицинский психолог отделения амбулаторной экспертизы СОКПБ № 1, соискатель кафедры психиатрии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Баранская Людмила Тимофеевна, lubaran@rambler.ru

Литература:

1. Mooney, D.J., & Milkos, A.G. Growing new organs. // Scientific American. 1999. 280(4): 60– 65.
2. Woodroff R., Yao G.L., Meads C. [et al]. Clinical and cost-effectiveness of newer immunosuppressive regimens in renal transplantation: a systematic review and modeling study // Health Technol Assess. 2005. ч 21. P.1-179.
3. Schroder, Nina M. Consideration of psychological factors in the evolution of living donors / Nina M. Schroder [at al] // Progress in Transplantation. 2008. Mart; 18(1): 8-41.
4. Body image: a handbook of theory, research and clinical practice / edited by Thomas F. Cash, Thomas Pruzinsky. 2009. P.129-471.
5. Christina KY Chung, Carol WK Ng, Jacky YC Li, Kevin CY Sum, Adams HY Man, Sunny PC Chan, Joyce YM Cheung, Kris PT Yu, Bruce YH Tang, Pamela PW Lee. Attitudes, knowledge, and actions with regard to organ donation among Hong Kong medical students. Hong Kong Med J 2008; 14: 278-85.
6. Климушева Н.Ф., Баранская Л.Т., Шмакова Т.В. Органное донорство в контексте интеграции клинической психологии и трансплантационной медицины // Вестник Южно-Уральского государственного университета, 2013. Т.6, ч 2. С.79-85.
7. Beilby Sarah, Rona Moss-Morris and Liz Painter. Quality of life before and after heart, lung and liver transplantation. // Journal of the New Zealand Medical Association, 04-April-2003, Vol. 116 ч 1171.