

УДК 614.253.1

Абаева Ольга Петровна

доктор медицинских наук, доцент,
профессор кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения
и медицинского страхования,
Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова
abaevaop@inbox.ru

Романов Сергей Владимирович

кандидат медицинских наук, директор,
Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России
info@pomc.ru

Рябова Елена Николаевна

кандидат медицинских наук, врач-хирург,
Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России
ryabova__elena@mail.ru

Olga P. Abaeva

the doctor of medical sciences, Professor of the Department
of Sociology of Medicine,
Health Economics and Medical Insurance Sechenov University
abaevaop@inbox.ru

Sergey V. Romanov

director of the Federal budgetary institution of health care
«Volga district medical center»
info@pomc.ru

Elena N. Ryabova

doctor of the Federal budgetary institution of health care
«Volga district medical center»
ryabova__elena@mail.ru

**Особенности модели взаимоотношения пациентов, перенесших
пересадку органов, и врачей центра трансплантации**

**Features of model of relationship of the patients who transferred organ
transplantation and doctors of the center of transplantation**

Аннотация. Статья посвящена проблемам взаимоотношения врача и пациента, перенесшего операцию трансплантации органа. Данная категория пациентов отличается небольшой численностью, длительным течением заболевания и наличием в анамнезе психологически тяжелого периода ожидания донорского органа. В результате, согласно данным анкетного опроса, авторами установлено формирование модели взаимодействия врача и пациента, имеющей выраженные черты патернализма.

Ключевые слова: трансплантация органов, взаимоотношения врача и пациента.

Annotation. *The article discusses the relationship between doctor and patients who have recently undergone organ transplantation. This category is characterized by its low numbers, long duration of a disease and the psychologically heavy waiting period for the donated organ. As a result, according to the data received through a survey, the authors found an emerging model of the relationship between doctor and patient with characteristics resembling those of paternalism.*

Key words: *organ transplantation, doctor-patient relationship*

Отношения врача и больного являются важнейшим фактором, влияющим на удовлетворенность пациента оказанными медицинскими услугами [12]. При этом положение пациента, перенесшего операцию по трансплантации органа, имеет целый ряд специфических особенностей. В первую очередь необходимо подчеркнуть, что к данной группе пациентов относятся люди, которые длительное время, иногда даже на протяжении всей жизни, страдают тяжелым неизлечимым заболеванием. Если во многих зарубежных странах происходит изменение парадигмы показаний к трансплантации от необходимости спасения человека к улучшению качества его жизни, то в России пересадка органа пока еще воспринимается как вид медицинской помощи, к которому прибегают, когда исчерпаны иные возможности [2]. Вторым значимым аспектом является немногочисленность людей, живущих с пересаженными органами. Так в нашей стране в 2017 году было пересажено 1896 органов [3]. Операции по трансплантации выполняются в клиниках г.г. Москвы, С. - Петербурга и только в каждом четвертом регионе РФ, при этом, в ряде таких областей и республик осуществляются единичные операции по пересадке почки [3]. Ну а наиболее значимым, на наш взгляд, аспектом является длительное время ожидания реципиентом появления донорского органа без гарантированной уверенности в успехе. Так на 31.12.2017 года в листе ожидания центров трансплантации РФ находились 5917 человек, при этом, за 2017 год в лист ожидания пересадки органов суммарно были включены 3169 человек, а умерло из числа пациентов, зарегистрированных в листе ожидания, 274 человека. Средний срок ожидания для реципиентов почки в 2017 году составил 4,7 года, печени – 3,8 года, сердца – 2,6 года [3].

Важно подчеркнуть, что подобная проблема характерна не только для России. Во всех странах мира количество лиц, нуждающихся в пересадке органов, существенно превышает число выполненных операций [1; 6; 8; 9; 10; 13]. Так, в США, признаваемых мировым лидером трансплантологии, за первые пятнадцать лет XXI века число потенциальных реципиентов донорских органов в листе ожидания возросло в 1,5 раза, а количество выполненных в течение года операций составляет лишь около 15 % от потребности [2], и число американцев, ожидающих операцию по трансплантации, в настоящее время составляет около 120000 человек [8].

Согласно оценкам Департамента здравоохранения и социальных служб США, в этой стране ежедневно умирают 17 человек, ожидая трансплантации, которая не может быть выполнена из-за отсутствия донорского органа [5]. В течение года их число достигает 6000, а вероятность смерти человека в листе ожидания, в зависимости от необходимого органа, составляет от 10 до 30% [7]. В Канаде с начала XXI века число пациентов, нуждающихся в пересадке почки, возросло на 70%, печени – на 122%, количество операций при таком росте потребности увеличилось лишь на 42%, в течение 2014 года около 300 пациентов умерли, находясь в листе ожидания пересадки печени [14]. Во Франции с 2005 по 2015 годы показатель охвата населения операциями по пересадке органов увеличился на треть, в то же время, лист ожидания за тот же период возрос вдвое [4]. В Великобритании за первое десятилетие нового тысячелетия число пациентов в листе ожидания возросло почти на 45% при увеличении количества посмертных доноров и произведённых операций по трансплантации аналогичный период лишь на 23% [11].

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось определение принципов формирования модели взаимоотношения врача и пациента, перенесшего трансплантацию органа. Задачи исследования:

- изучить уровень удовлетворенности пациентов, перенесших операцию по пересадке органов, от взаимодействия с врачами центра трансплантации,
- выявить особенности взаимоотношения реципиентов органов человека и врачей центра трансплантации.

Исследование проводилось на базе центра трансплантации Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства. Данная медицинская организация является единственной в Нижегородском регионе, выполняющей операции по пересадке почки, печени и поджелудочной железы. В 2017 году, благодаря деятельности центра трансплантации, Нижегородская область по количеству выполненных пересадок почки находилась в стране на 10 месте, печени – на шестом, поджелудочной железы – на третьем. В исследование были включены 126 пациентов, перенесших трансплантацию печени в сроки от 3 до 8 лет, из них 75,4±3,8% женщин и 24,6±3,8% мужчин, средний возраст составил 45±4,4 года. 70,0±4,1% пациентов в период нахождения в листе ожидания работали или учились, остальные имели группу инвалидности и не работали. Материалами исследования послужили результаты опроса по специально разработанным анкетам.

Согласно полученным результатам среднее время пребывания в листе ожидания для пациентов составило около трех лет. При появлении информации о наличии подходящего донорского органа 94,5±2,0% опрошенных почувствовали радость и облегчение, остальные – тревогу перед операцией.

100 % опрошенных отметили, что по их субъективным ощущениям, послеоперационный период протекал тяжело, но результаты операции, в целом, соответствовали их ожиданиям. При этом, у $95,2 \pm 2,0\%$ респондентов после операции имеются проблемы со здоровьем по основному заболеванию, в связи с которым они систематически обращаются в центр трансплантации. Тем не менее, все пациенты, работавшие или учившиеся перед операцией, продолжили вести свой обычный образ жизни, однако никто из респондентов, имевших группу инвалидности, не смог начать трудовую деятельность. Важно подчеркнуть, что все пациенты из данной группы настаивали на продлении своего пребывания на инвалидности.

Все опрошенные пациенты были довольны отношением и вниманием медицинского персонала в период ожидания, в стационаре и после выписки. Более того, $90,5 \pm 2,1\%$ респондентов отметили, что воспринимают лечащего врача центра трансплантации органов как близкого человека. $79,8 \pm 3,6\%$ пациентов сообщили, что постоянно испытывают беспокойство о своем здоровье в связи с перенесенной операцией. При этом, $81,0 \pm 3,5\%$ опрошенных с любыми проблемами, связанным со здоровьем, обращаются в первую очередь в центр трансплантации, и только в последствии – к участковому терапевту. Более того, $92,9 \pm 2,3\%$ участников опроса отметили, что обсуждают с врачом центра трансплантации и свои социальные проблемы, такие как перспективы работы, учебы или оформление группы инвалидности.

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о стремлении пациентов, перенесших операцию по трансплантации органов, к формированию модели взаимоотношений с врачом центра трансплантации, построенной на принципах патернализма. Люди, страдающие на протяжении многих лет неизлечимым заболеванием и прошедшие через период ожидания донорского органа и сложную операцию под контролем врачей центра трансплантации, сохраняют чувство сопричастности к этим людям и ожидают от них ответной заботы и внимания к их проблемам. Интересным на наш взгляд является четкое разделение пациентов на две группы. К первой относились пациенты, которые до операции имели возможность вести активный образ жизни. Представители этой группы после операции вернулись к привычным занятиям. Тревогу вызывает вторая, менее многочисленная группа лиц, которые в силу длительности и тяжести заболевания определенный период времени пребывали в статусе иждивенцев. Проведение сложной и дорогостоящей операции позволило сохранить жизни этим людям, но не сделало их полноценными членами общества.

Очевидно, что реципиенты органов являются особой группой пациентов, нуждающихся не только в систематическом диспансерном наблюдении, но и в социальной поддержке. В силу их немногочисленности и отсутствии политики адаптации таких пациентов к жизни после операции, функцию социального работника вынужден взять на себя врач центра трансплантации. Соответственно, у лиц, пребывавших в статусе иждивенца, вероятность вернуться к активной жизни уменьшается. Очевидно,

вышеизложенное требует, с одной стороны, широкого привлечения специалистов по социальной работе к решению проблем пациентов-реципиентов органов, и, в тоже время, максимального сокращения длительности пребывания больных в листе ожидания.

Таким образом, в силу длительности и тяжести заболевания, преодоления психологически крайне тяжелого периода пребывания в листе ожидания и перенесения тяжелой операции взаимоотношения реципиента донорских органов и врача центра трансплантации имеют преимущественно черты патерналистской модели, основанной на полном доверии со стороны пациента и стремлении врача помочь пациенту в решении проблем, выходящих за рамки обычного диспансерного наблюдения.

Литература:

1. Багненко С.Ф., Резник О.Н. Ключевые проблемы развития трансплантологии и задачи высшего медицинского образования // *Трансплантология*. 2017. № 9(3). С.192-210.

2. Виноградов В.Л. Актуальные вопросы органного донорства. Введение. Лекция // *Трансплантология*. 2013. №4. С.15-23.

3. Готье С.В., Хомяков С.М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2017 году. X сообщение регистра Российского трансплантологического общества // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2018. №20(2). С. 6-28.

4. Antoine C., Legendre Ch. *Organ Transplantation in France* // *Transplantation*. 2017. Vol. 101 (3). P. 445–448.

5. Friedman E.A., Friedman A.L. *Payment for donor kidneys: pros and cons* // *Kidney International*. 2006. Vol. 69(6). P. 960-962.

6. Ghahramani N. *Living Organ Donation: An Ethical Evolution or Evolution of Ethics?* // *International journal of organ transplantation medicine*. 2010. Vol.1(2). - P. 57–62.

7. Girlanda R. *Deceased organ donation for transplantation: Challenges and opportunities* // *World Journal of Transplantation*. 2016. Vol. 6(3). P. 451-459.

8. Henderson M.L., Gross J. A. *Living Organ Donation and Informed Consent in the United States: Strategies to Improve the Process* // *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2017. Vol. 54(1). P.66-67

9. Howell M. *Access to Transplantation: Balancing Efficiency and Equity* // *Transplantation*. 2018. Vol. 102(2). P. 185–186.

10. Mahillo B., Carmona M., Álvarez M., Noel L., Matesanz R. *Global Database on Donation and Transplantation: goals, methods and critical issues* (www.transplant-observatory.org) // *Transplantation Reviews (Orlando)*. 2013. Vol. 27(2). P. 57–60.

11. Murphy P. G., Smith M. *Towards a framework for organ donation in the UK* // *British Journal of Anaesthesia*. 2012. Vol. 108 (1). P. i56–i67

12. Reshetnikov AV. *Sociology of medicine. Textbook*. Moscow: GEOTAR-Media, 2016. 368 p.

13. Toews M., Giancaspro M., Richards B., Ferrari P. *Kidney Paired Donation and the “Valuable Consideration” Problem: The Experiences of*

Australia, Canada, and the United States. Transplantation. 2017; 101(9): 1996–2002

14. Wynn J.J., Alexander C.E. *Increasing organ donation and transplantation: the U.S. experience over the past decade // Transplant International. 2011. Vol. 24(3). P. 317-323*

Reference

1. Bagnenko S.F., Reznik O.N. *Key problems of transplantation development and the objectives of higher medical education // Transplantologiya. The Russian Journal of Transplantation. 2017. №9(3). P. 192-210. (In Russ.)*

2. Vinogradov V.L. *Actual issues of organ donation. Introduction. The lecture // Transplantologiya. The Russian Journal of Transplantation. 2013. №4. P. 15-23. (In Russ.)*

3. Gautier S.V., Khomyakov S.M. *Organ donation and transplantation in Russian Federation in 2017 10th report of the national registry // Russian Journal of Transplantation and Artificial Organs. 2018. №20(2). P. 6-28. (In Russ.)*

4. Antoine C., Legendre Ch. *Organ Transplantation in France // Transplantation. 2017. Vol. 101 (3). P. 445–448.*

5. Friedm E.A., Friedman A.L. *Payment for donor kidneys: pros and cons // Kidney International. 2006. Vol. 69(6). P. 960-962.*

6. Ghahramani N. *Living Organ Donation: An Ethical Evolution or Evolution of Ethics? // International journal of organ transplantation medicine. 2010. Vol.1(2). - P. 57–62.*

7. Girlanda R. *Deceased organ donation for transplantation: Challenges and opportunities // World Journal of Transplantation. 2016. Vol. 6(3). P. 451-459.*

8. Henderson M.L., Gross J. A. *Living Organ Donation and Informed Consent in the United States: Strategies to Improve the Process // The Journal of Law, Medicine & Ethics. 2017. Vol. 54(1). P.66-67*

9. Howell M. *Access to Transplantation: Balancing Efficiency and Equity // Transplantation. 2018. Vol. 102(2). P. 185–186.*

10. Mahillo B., Carmona M., Álvarez M., Noel L., Matesanz R. *Global Database on Donation and Transplantation: goals, methods and critical issues (www.transplant-observatory.org) // Transplantation Reviews (Orlando). 2013. Vol. 27(2). P. 57–60.*

11. Murphy P. G., Smith M. *Towards a framework for organ donation in the UK // British Journal of Anaesthesia. 2012. Vol. 108 (1). P. i56–i67*

12. Reshetnikov AV. *Sociology of medicine. Textbook. Moscow: GEOTAR-Media, 2016. 368 p.*

13. Toews M., Giancaspro M., Richards B., Ferrari P. *Kidney Paired Donation and the “Valuable Consideration” Problem: The Experiences of Australia, Canada, and the United States. Transplantation. 2017; 101(9): 1996–2002*

14. Wynn J.J., Alexander C.E. *Increasing organ donation and transplantation: the U.S. experience over the past decade // Transplant International. 2011. Vol. 24(3). P. 317-323*

