

# POLTRANSPLANT

BIULETYN INFORMACYJNY

CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE  
DO SPRAW TRANSPLANTACJI POLTRANSPLANT

02-005 WARSZAWA, UL. LINDLEYA 4, TEL. (+48 22) 622 58 06, FAX (+48 22) 622 32 43

Koordinatorka TEL. (+48 22) 622 88 78, FAX (+48 22) 627 07 49

e-mail: [transpl@poltransplant.org.pl](mailto:transpl@poltransplant.org.pl) [www.poltransplant.org.pl](http://www.poltransplant.org.pl)

OGÓLNOPOLSKI CENTRALNY REJESTR  
DAWCÓW SZPIKU I KRWI PĘPOWINOWEJ

TEL./FAX (+48 22) 627 07 48 e-mail: [ocrdsikp@o2.pl](mailto:ocrdsikp@o2.pl)

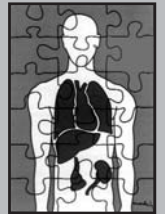
KRAJOWA LISTA BIORCÓW PRZESZCZEPÓW  
UNACZYNIONYCH

TEL./FAX (+48 22) 502 18 66, TEL. (+48 22) 502 18 65

e-mail: [poltransplantklb@tlen.pl](mailto:poltransplantklb@tlen.pl)

NR 1 (13)

STYCZEŃ 2005  
ISSN 1428-0825

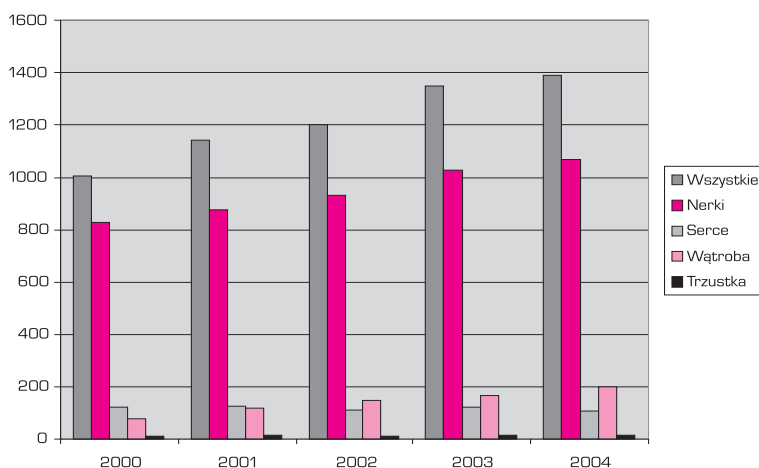


MADEJ



W 2004 roku do Centrum koordynacyjnego Poltransplant wpłynęło 696 zgłoszeń o możliwości pobrania narządów od osób zmarłych. 20% zgłoszeń nie wykorzystano z czego w 10% z powodu protestu rodziny. W 562 przypadkach (80,7% zgłoszeń) doszło do pobrania narządów do przeszczepienia przez co wskaźnik zmarłych dawców w Polsce w 2004 roku wynosił 14,7/na milion populacji (wzrost o 7% w stosunku do 2003). Ogólnie w 2004 r. wykonano 1364 przeszczepy narządów pobranych ze zwłok (o 5,4% więcej w stosunku do poprzedniego roku). oraz 40 przeszczepów od dawców żywych co podnosi ogólną liczbę przeszczepów do 1404 (wzrost o 4% w stosunku do 2003 r.), które otrzymało 1384 biorców. Piętnastu biorców otrzymało jednocześnie nerkę i trzustkę, czterech nerkę i wątrobę, jeden serce i płuca.

## Przeszczepianie narządów w latach 2000–2004



## SPIS TREŚCI

1. Wstęp	J. Wałaszewski	1
2. Rekomendacje Rady Europy w sprawie list biorców (Rec. [2001])		3
3. Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2004 r.	J. Czerwiński, K. Antoszkiewicz, B. Łągiewska, J. Wałaszewski	4
4. Zalecenia dotyczące pobierania narządów od zmarłych	W. Rowiński	16
5. Działalność Centralnego Rejestru Sprzeciwów w latach 1997–2004	Agnieszka Krawczyk	19
6. Działalność Krajowej Listy Biorców Przeszczepów Unaczynionych	D. Stryjecka-Rowińska	21
7. Przeszczepianie płuc	W. Kupis	34
8. Ogólnopolski Centralny Rejestr Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej w 2004 r.	A. Pietrzykowska, A. Łęczycza	37
9. Dobór niespokrewnionych dawców szpiku	J. Hołowenko, A. Włodarska	40
10. Ubezpieczenie na życie dla żywych dawców narządów		43
11. Uwagi Przewodniczącego Krajowej Rady Transplantacyjnej	W. Rowiński	45
12. Kalendarium		47

Wydawca: Poltransplant  
Redakcja: dr J. Czerwiński  
dr B. Łągiewska

Pomimo że jest to najwyższa liczba przeszczepów dokonanych w ciągu roku w Polsce, niepokoi osłabienie tempa wzrostu, które po raz pierwszy od dziewięciu lat nie przekroczyło 4% w stosunku do roku poprzedzającego. Wśród przyczyn tego zjawiska istotne stanowią: słabe zaangażowanie części zespołów przeszczepiających w pozyskiwanie narządów ze zwłok, niski odsetek pobrań wielonarządowych oraz bardzo niski współczynnik przeszczepiania nerek od dawców żywych (0,6/na milion populacji).

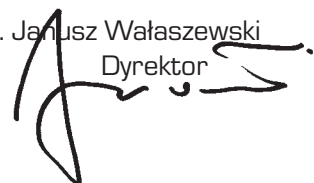
Niski odsetek pobrań wielonarządowych zależy w znacznym stopniu od kryteriów medycznych dawcy ale i od organizacji pobrania. Często zapominamy, że praktycznie każdy zmarły dawca narządów może być także dawcą rogówki, zastawek serca i innych tkanek, których niedobór odczuwają dotkliwie chorzy oczekujący na przeszczepy. List Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki prof. J. Szaflika w sprawie rogówek drukujemy na str. 15.

Z przyjemnością należy przyjąć informację, że w wyniku współpracy Fundacji Zjednoczeni dla Transplantacji i Towarzystwa Ubezpieczeniowego Allianz Polska S.A. zaistniała możliwość bezpłatnego ubezpieczenia na życie obejmującego ochronę żywych dawców nerek lub fragmentów wątroby. List Przewodniczącego Rady Fundacji prof. W. Rowińskiego oraz deklarację przystąpienia do ubezpieczenia drukujemy na str. 43.

Z pozytywnych dokonań roku 2004 należy wymienić 18 przypadków przeszczepienia dzieciom segmentów wątroby pobranych od żywych dawców rodzinnych (prawie tyle samo co nerek od żywych dawców), co rozwiązuje problem wysyłania dzieci do przeszczepienia wątroby za granicę a także kolejne udane przeszczepienia wyizolowanego płuca.

Ponadto po przekazaniu zadań Krajowej Listy Biorców (KLB) do Poltransplantu w 2004 roku, zostały podjęte działania zmierzające do unormowania sposobu zgłaszania potencjalnych biorców nerek do KLB po zakwalifikowaniu chorego przez tworzone listy regionalne. Przystąpiono do adaptacji elektronicznej bazy danych dla chorych oczekujących na przeszczepy opracowywanej przez Ośrodek w Katowicach (prof. A. Więcek, str. 23) oraz sposobu elektronicznego przekazywania danych między stacjami dializ, regionalnymi listami biorców i KLB.

Prof. Janusz Wałaszewski  
Dyrektor



Wypisy z Rec(2001)5 z 7 marca 2001 r.

**COUNCIL OF EUROPE Committee of Ministers**  
**Zalecenie Rec (2001) 5 Komitetu Ministrów**  
**dla państw członkowskich w sprawie**  
**formowania *list oczekujących***  
***na przeszczepy narządów.***

**Kraje członkowskie powinny zapewnić system jednakowego dostępu wszystkich pacjentów do procedur przeszczepowych**

- ❖ Powołanie ***oficjalnej listy oczekujących*** na przeszczep narządów ma być poparte obowiązującym prawem lub rozporządzeniem
- ❖ **Narządy pobrane ze zwłok mogą być przeszczepione** wyłącznie osobom umieszczonym ***na oficjalnej liście oczekujących***
- ❖ Pacjenci otrzymujący narząd od żywego dawcy powinni być także wprowadzeni na ***oficjalną listę oczekujących*** z uwagi na mogącą zaistnieć potrzebę przeszczepu ze zwłok
- ❖ **Pacjent może być zarejestrowany tylko na jednej *oficjalnej liście oczekujących***
- ❖ **Lokalne/regionalne listy stanowią podzbiory *oficjalnej listy oczekujących***
- ❖ **Tylko ośrodki przeszczepiające uznane przez instytucję prowadzącą *oficjalną listę* mogą wprowadzać pacjentów na *oficjalną listę oczekujących***
- ❖ ***Oficjalna lista oczekujących* powinna być ciągle aktualizowana** we współpracy z ośrodkami transplantacyjnymi szczególnie w odniesieniu do tych chorych, których czas oczekiwania na przeszczep jest długi
- ❖ Jeżeli pacjent wprowadzany na listę nie jest rezydentem obszaru działania ***oficjalnej listy oczekujących***, zgłaszający musi ustalić, czy potencjalny biorca nie figuruje na listach innych organizacji.

## Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2004 roku

### Zmarli dawcy narządów

W 2004 r. do biura koordynacji Poltransplantu w Warszawie wpłynęło z terenu kraju 696 zgłoszeń potencjalnych, zmarłych dawców narządów (Tabela 1).

W 134 przypadkach nie doszło do pobrania; w 73 (10,5%) wskutek sprzeciwu rodziny zmarłego, w pozostałych 61 (8,8%) zdyskwalifikowano zmarłego jako dawcę z powodów medycznych. Najczęstszymi przyczynami dyskwalifikacji były: zatrzymanie krążenia krwi przed orzeczeniem śmierci mózgowej lub przed przybyciem zespołu transplantacyjnego, zakażenie wirusami HBV, HCV, HIV, zaawansowana niewydolność nerek, zakażenie uogólnione oraz choroby nowotworowe. U kilku zdyskwalifikowanych potencjalnych dawców występowało nagromadzenie czynników ryzyka (zaawansowany wiek, miażdżyca lub kamica nerek, zakażenie układu moczowego) (Tabela 2).

**Tabela 1. Zgłoszenia zmarłych dawców narządów w latach 2000-2004**

	2000	2001	2002	2003	2004
Liczba zgłoszeń	483	539	593	649	696
Liczba dawców rzeczywistych	410 (84,9%)	450 (83,4%)	490 (82,6%)	525 (80,9%)	562 (80,7%)
Odstąpiono od pobrania	73 (15,1%)	89 (16,6%)	103 (17,4%)	124 (19,1%)	134 (19,3%)
Przyczyny medyczne	29 (6,0%)	31 (5,8%)	57 (9,6%)	60 (9,2%)	61 (8,8%)
Sprzeciw rodziny zmarłego	43 (8,9%)	56 (10,4%)	45 (7,6%)	64 (9,9%)	73 (10,5%)
Sprzeciw prokuratora lub własne zastrzeżenie	1 (0,2%)	2 (0,4%)	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)

Pobrano narządy od 562 zmarłych. Liczba rzeczywistych zmarłych dawców w 2004 r. wrosła o 7% w porównaniu z rokiem 2003 (525 dawców), o 15% w porównaniu z rokiem 2002 (490) i o 25 % w porównaniu z rokiem 2001 (450 dawców).

Podobnie, jak w latach poprzednich główną przyczyną zgonu zmarłych dawców narządów były naczyniowe schorzenia mózgu (54%), choć wyraźnie wzrosła liczba dawców zmarłych wskutek urazu czaszkowo-mózgowego; z 35% w 2003r. do 40% w 2004 (Tabela 3).

W 2004 r. średni wiek zmarłych dawców obniżył się o ponad 1 rok w porównaniu z rokiem poprzednim (Tabela 4). Nie utrzymał się obserwowany w poprzednich latach wzrost liczby dawców pediatrycznych (w 2004 r. wykorzystano narządy od 22 zmarłych poniżej 17 roku życia, w 2003r. od 27) ani liczby dawców w grupie wiekowej ponad 50 lat (w roku 2004 dawców tych było 175, w 2003 r. – 184).

Tabela 2. Medyczne przyczyny odstąpienia od pobrania narządów w latach 2002–2004

Przyczyna odstąpienia od pobrania narządów	Liczba 2002	Liczba 2003	Liczba 2004
Zakażenie wirusem HBV i/lub HCV	8	12	11
Zatrzymanie krążenia przed pobraniem	14	11	18
Zaawansowana niewydolność nerek dawców	9	10	11
Posocznica	4	9	2
Brak wszystkich objawów śmierci mózgu	5	4	4
Zaawansowany wiek dawcy (>65 lat), miażdżyca	3	2	5
Cukrzyca, dna moczanowa, kamica nerkowa odlewowa	4	2	-
Guz ośrodkowego układu nerwowego o nieznanym utkaniu	3	2	2
Anty-HIV positive	2	2	2
Patologia narządowa potwierdzona w badaniach obrazowych	-	2	1
Guz, rak, choroba rozrostowa krwi	-	2	3
Nieprawidłowa perfuzja narządów w trakcie pobrania	2	1	-
Narkomania	1	-	-
Brak biorcy dla narządów ≤ 2 roku życia	1	1	1
Zatrucie glikolem	1	-	1
<b>Łącznie</b>	<b>57</b>	<b>60</b>	<b>61</b>

Tabela 3. Zmarli dawcy narządów 2000-2004; przyczyna zgonu.

Przyczyna zgonu	2000	2001	2002	2003	2004
Choroba naczyń mózgowych	203 (50%)	265 (59%)	275 (56%)	301 (57%)	304 (54%)
Uraz głowy	183 (45%)	168 (37%)	178 (36%)	182 (35%)	225 (40%)
Inne przyczyny	24 (5%)	17 (4%)	37 (8%)	42 (8%)	33 (6%)

Tabela 4. Zmarli dawcy narządów 2000-2004; wiek

Wiek	2000 410 dawców	2001 450 dawców	2002 490 dawców	2003 525 dawców	2004 562 dawców
Zakres	10 mies. - 73 lata	5 mies. - 73 lata	13 mies. - 75 lat	12 mies. - 76 lat	9 mies. - 78 lat
Średnio	40,4	42,6	42,8	42,9	41,8
0-5 lat	7 (1,7%)	1 (0,2%)	2 (0,4%)	3 (0,6%)	3 (0,5%)
6-16	15 (3,7%)	19 (4,2%)	21 (4,3%)	24 (4,6%)	19 (3,4%)
17-30	94 (22,9%)	88 (19,5%)	89 (18,2%)	91 (17,3%)	124 (22,1%)
31-40	45 (10,9%)	58 (12,8%)	77 (15,7%)	80 (15,2%)	79 (14,1%)
41-50	142 (34,6%)	132 (29,3%)	128 (26,1%)	143 (27,2%)	162 (28,8%)
51-65	100 (24,4%)	129 (28,6%)	150 (30,6%)	157 (29,9%)	158 (28,1%)
>65	7 (1,7%)	23 (5,1%)	23 (4,7%)	27 (5,1%)	17 (3,0%)

Podobnie jak w latach poprzednich liczba zmarłych dawców płci męskiej niemal dwukrotnie przewyższyła liczbę dawców-kobiet (Tabela 5).

**Tabela 5. Zmarli dawcy narządów 2000-2003; płeć K : M**

Płeć	2000	2001	2002	2003	2004
Liczba Kobiet	144	155	186	202	197
Liczba Mężczyzn	266	295	304	323	365
%K : %M	35 : 65	34 : 66	38 : 62	38 : 62	35 : 65

## Pobrania narządów do przeszczepienia od osób zmarłych

W 2004 r. liczba rzeczywistych zmarłych dawców narządów wyniosła 562; co w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców dało liczbę 14,7. Wskaźnik ten, podobnie jak w poprzednich latach najwyższy był w województwach: zachodniopomorskim (49 zmarłych dawców na 1 mln mieszkańców), opolskim (27/1 mln) i kujawsko-pomorskim (26/1 mln). Podobnie jak w 2003 r. nie pobierano narządów w szpitalach województwa świętokrzyskiego. W województwach podkarpackim, podlaskim, małopolskim, lubuskim i lubelskim liczba zidentyfikowanych zmarłych dawców była znacząco mniejsza od średniej w kraju. Zmniejszyła się w porównaniu z latami poprzednimi liczba pozyskanych zmarłych dawców w województwach lubelskim, łódzkim i podlaskim, wzrosła natomiast w dolnośląskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim (Tabela 6).

**Tabela 6. Liczba pobrań narządów od osób zmarłych w latach 2000-2004 w poszczególnych województwach.**

Województwo	L. Mieszk. 2003**	2000*	2001*	2002*	2003**	2004**	
		Dawców/ 1 mln	Dawców/ 1 mln	Dawców/ 1 mln	Dawców/ 1 mln	Liczba Dawców	Dawców/ 1 mln
Dolnośląskie	2,91	18,1	17,8	17,4	14,8	62	21,3
Kuj. - pomorskie	2,07	2,9	8,1	13,8	24,6	53	25,6
Lubelskie	2,20	2,2	2,7	7,6	13,2	19	8,6
Lubuskie	1,01	14,7	15,7	5,9	5,9	8	7,9
Łódzkie	2,61	11,2	15,5	12,1	18,0	32	12,3
Małopolskie	3,23	3,1	3,7	3,7	6,8	22	6,8
Mazowieckie	5,12	15,0	13,6	14,4	12,5	77	15,0
Opolskie	1,07	22,9	23,9	33,0	23,4	29	27,1
Podkarpackie	2,10	1,9	2,3	0,5	-	2	1,0
Podlaskie	1,21	5,0	11,5	10,7	11,6	8	6,6
Pomorskie	2,18	11,5	8,2	15,9	13,8	39	17,9
Śląskie	4,74	8,8	8,0	8,8	9,1	49	10,3
Świętokrzyskie	1,30	-	0,8	1,5	-	-	-
War.-mazurskie	1,43	3,4	9,5	6,1	11,2	22	15,4
Wielkopolskie	3,35	17,4	14,9	21,1	18,5	56	16,7
Zachodniopomorskie	1,70	27,7	39,9	34,1	42,9	84	49,4
<b>Polska</b>	<b>38,23</b>	<b>10,6</b>	<b>11,6</b>	<b>12,7</b>	<b>13,7</b>	<b>562</b>	<b>14,7</b>

\* Ludność Polski = 38,65 mln (Rocznik Statystyczny 2000)

\*\* Ludność Polski = 38,23 mln (Rocznik Statystyczny 2003)

Odsetek pobrań wielonarządowych wyniósł w 2004r. 39% i nie był wyraźnie większy niż w poprzednich latach (Tabela 7). Strukturę 217 pobrań, w trakcie których do przeszczepienia pobrano kilka narządów zestawiono w Tabeli 8.

**Tabela 7. Struktura pobrań narządów w Polsce w latach 2000–2004**

	2000	2001	2002	2003	2004
Liczba pobrań	410	450	490	525	562
Pobrania tylko nerek	246	277	310	325	345
Liczba pobrań wielonarządowych	164	173	180	200	217
Odsetek pobrań wielonarządowych	[40%]	[38%]	[37%]	[38%]	[39%]

**Tabela 8. Struktura pobrań wielonarządowych w latach 2000–2004.**

	2000	2001	2002	2003	2004
Nerki + serce	72	61	42	43	31
Nerki + serce + wątroba	48	51	56	67	58
Nerki + wątroba	29	40	67	73	108
Nerki + trzustka	1	-	-	-	-
Nerki + serce + trzustka	2	1	2	1	3
Nerki + wątroba + trzustka + jelito	-	1	-	-	-
Nerki + wątroba + trzustka	3	1	1	2	3
Nerki + serce + wątroba + trzustka	8	15	9	9	9
Nerki + serce + wątroba + trzustka + płuca	-	-	-	2	1
Nerki + serce + płuca	-	2	1	-	1
Nerki + serce + wątroba + płuca	-	-	1	1	3
Nerki + wątroba + płuca	-	-	1	2	-
Nerki + płuca	1	1	-	-	-
Ogółem	164	173	180	200	217

Łącznie w 2004 r., liczba narządów pobranych od 562 zmarłych dawców wyniosła 1433; najwięcej pobrano nerek – 1124, wątrób – 182 i serc – 106 (Tabela 9).

**Tabela 9. Narządy i tkanki pobrane ze zwłok w latach 2000-2004**

	2000	2001	2002	2003	2004
Nerki	820	900	980	1050	1124
Serca	130	130	111	123	106
Wątroby	88	108	135	156	182
Trzustki	14	18	12	14	16
Płuca	1	3	3	5	5
Jelito	-	1	-	-	-
OGÓŁEM	1053	1160	1241	1348	1433

Pobrań dokonano w 120 szpitalach, w 87 miastach 15 województw (Tabela 10). Najwięcej szpitali zaangażowanych w program identyfikacji zmarłych dawców było w województwach mazowieckim i śląskim (po 15 szpitali) oraz dolnośląskim i wielkopolskim (po 14 szpitali).

Tabela 10. Liczba miast i szpitali, w których pobierano narządy od osób zmarłych w 2004 r.

Województwo	L. Mieszk. 2003	Liczba wszystkich powiatów w w-dztwie	Liczba powiatów w w-dztwie, w których pobierano narządy	% powiatów w w-dztwie, w których pobierano narządy	Liczba szpitali w w-dztwie, w których pobierano narządy	Liczba dawców
Dolnośląskie	2,91	31	8	26%	14	62
Kuj. - pomorskie	2,07	23	8	35%	11	53
Lubelskie	2,20	24	2	8%	2	19
Lubuskie	1,01	14	5	36%	5	8
Łódzkie	2,61	24	4	17%	6	32
Małopolskie	3,23	22	7	32%	9	22
Mazowieckie	5,12	42	9	21%	15	77
Opolskie	1,07	12	4	33%	5	29
Podkarpackie	2,10	25	2	8%	2	2
Podlaskie	1,21	17	1	6%	1	8
Pomorskie	2,18	20	5	25%	8	39
Śląskie	4,74	36	12	33%	15	49
Świętokrzyskie	1,30	14	-	0%	-	-
War.-mazurskie	1,43	21	3	14%	4	22
Wielkopolskie	3,35	35	11	31%	14	56
Zachodniopomorskie	1,70	21	6	29%	9	84
Polska	38,23	381	87	23%	120	562

W Tabeli 11 zestawiono pobrania i liczbę pozyskanych narządów w latach 2002-2004 w 10 najbardziej aktywnych szpitalach w zakresie identyfikacji zmarłych dawców. Podobnie jak w latach poprzednich, w 2004 r. wysoką liczbę dawców zidentyfikowano w szpitalach szczecińskich; Szpitalu Wojewódzkim i Szpitalu Klinicznym nr 1, jednak w obu tych szpitalach utrzymuje się niski wskaźnik pobrań wielonarządowych. Wskaźnik ten przekroczył natomiast 50% w Szpitalu MSWiA i CSK AM w Warszawie oraz w Szpitalu św. Barbary w Sosnowcu. Zmniejszyła się liczba dokonanych pobrań w SK nr 4 w Lublinie, WCM nr 2 w Opolu. Powrócił na listę Szpital im. Perzyny w Kaliszu. Do grona najbardziej aktywnych dołączyły: SK AM w Gdańsku oraz Szpital im. Sokołowskiego w Wałbrzychu.

W tych 10 szpitalach dokonano blisko 40% wszystkich pobrań w Polsce i pozyskano 40% wszystkich narządów. Jednak średni odsetek pobrań wielonarządowych w tych szpitalach wynosi zaledwie 42% i nieznacznie, jedynie o 3 punkty procentowe przekracza średnią w kraju.

W 2004 r. jedynie w 6 na 18 ośrodków odsetek pobrań wielonarządowych przekroczył 50%, w 2003 r. takich ośrodków było 5, a w 2002 r. – 6. Zwraca uwagę niski odsetek pobrań wielonarządowych u dawców referowanych do zespołów z SK nr 1 w Łodzi (zaledwie w 1 na 13, tj. w 8% dokonanych tam pobrań wykorzystano narządy pozanerkowe), z SK im. Jurasza w Bydgoszczy (17%) i z SK nr 1 w Szczecinie (21%) – Tabela 12.



Tabela 11. Szpitale, w których odbyło się najwięcej pobrań w latach 2002–2004.

		2002	2003		2004		
		Liczba zmarłych dawców	Liczba zmarłych dawców	Liczba pozyskanych narządów	Liczba zmarłych dawców	Liczba i % pobrań wielo- narządowych	Liczba pozyskanych narządów
Szczecin	SP W.Szp.Zesp. ul. Arkońska 4	25	35	78	43	11 (26%)	99
Warszawa	SK MSWiA ul. Wołoska 137	16	12	36	27	20 (74%)	84
Warszawa	SP CSK AM ul. Banacha 1a	32	28	75	21	14 (67%)	67
Szczecin	SP SK 1 ul. Unii Lubelskiej 1	22	22	51	21	5 (24%)	48
Opole	Woj.Centr. Med. Nr 2 al. Witosza 26	29	22	61	20	9 (45%)	55
Sosnowiec	Szp. Św. Barbary Pl. Medyków 1	14	18	54	19	13 (68%)	61
Lublin	SP SK 4 ul. Jaczewskiego 8	17	29	80	17	7 (41%)	45
Gdańsk	SP SK nr AM Ul. Dębinki 7	5	5	11	17	6 (35%)	42
Kalisz	Szp. im Ludwika Perzyny ul Poznańska 79	15	5	12	17	2 (12%)	36
Wałbrzych	Szp. im. Sokołowskiego ul. Sokołowskiego 4	4	-	-	16	4 (25%)	39

Tabela 12. Pobrania wielonarządowe w poszczególnych ośrodkach w 2002–2004 r.

Ośrodek	2002	2003		2004		
	L. dawców rzeczy- wistych	L. dawców rzeczy- wistych rządowych	Odsetek pobrań wielona- rządowych	L. dawców rzeczy- wistych	L. pobrań wielona- rządowych	Odsetek pobrań wielona- rządowych
Białystok AM	13	13	31%	8	2	25%
Bydgoszcz AM	43	59	32%	52	9	17%
Bytom AM	11	12	75%	12	7	58%
Gdańsk AM	36	43	40%	50	22	44%
CZD	19	20	60%	13	9	69%
Katowice AM	31	27	41%	36	21	58%
Kraków AM	12	21	38%	20	14	70%
Lublin AM	17	28	46%	17	8	47%
Łódź AM	15	20	20%	13	1	8%
Łódź Woj.	16	25	56%	21	10	48%
Poznań Woj.	58	57	33%	62	18	29%
Szczecin AM	35	40	25%	43	9	21%
Szczecin Woj.	26	35	20%	43	11	26%
Warszawa CSK AM	31	28	43%	21	14	67%
W-wa SK Dziec. Jezus	28	24	29%	37	11	30%
W-wa MSWiA	16	12	58%	27	20	74%
Wrocław AM	77	54	50%	75	28	37%
Wrocław Woj.	6	7	0%	12	3	25%
OGÓŁEM	490	525	38%	562	217	39%

## Wykorzystanie narządów pobranych do przeszczepienia od osób zmarłych w 2004 r.

### Nerki

Pobrano łącznie 1124 nerki, z czego 64 nerek nie przeszczepiono; najczęściej z powodu braku odpowiednich dla nich biorców (nerki od dawców zakażonych wirusem HBV lub HCV), stwierdzenia makroskopowo lub mikroskopowo patologii nerki lub innych narządów wykluczającej przeszczepienie (Tabela 13). Kilkukrotnie z powodu braku odpowiednich biorców w Polsce nerki oferowano innym krajom europejskim, jednak i tam nie znalazły one odpowiedniego biorcy. W kraju przeszczepiono 1060 nerek pobranych od osób zmarłych.

Tabela 13. Przyczyny niewykorzystania pobranych nerek

Przyczyna, dla której odstąpiono od przeszczepienia nerki	Liczba 2002	Liczba 2003	Liczba 2004
Brak odpowiednich biorców dla nerek pobranych od dawców z dodatnimi markerami wzv (anty-HCV, HbsAg, anty-HBc)	8	4	11
Wielotorbielowatość, duże torbiele nerek, zakażenie nerek	8	1	11
Patologia naczyń nerkowych	9	6	10
Patologia nerki lub innych narządów stwierdzona badaniem makro- lub mikroskopowym i wykluczająca przeszczepienie	2	11	7
Brak odpowiadających wiekiem lub masą ciała biorców najczęściej w rzadkiej grupie krwi (B, AB)	16	10	5
Hipoplazja, marskość	3	5	5
Uraz nerki, zła perfuzja pobranej nerki	1	7	4
Kamica nerkowa, wodonercze	3	2	3
Przyczyna inna lub nieustalona	6	2	8
Łącznie	56	48	64

### Wątroba

Pobrano 182 wątroby od osób zmarłych; 181 przeszczepiono w kraju. Jedną wątrobę, z powodu braku odpowiedniego biorcy w Polsce przekazano do Eurotransplantu, gdzie została przeszczepiona.

### Serce

Do przeszczepienia pobrano 106 serc. W jednym przypadku, z powodu braku biorcy w Polsce narząd przekazano do Eurotransplantu. Pozostałe 105 serc przeszczepiono w kraju.

### Trzustki

W 16 przypadkach pobrań wielonarządowych pobrano do przeszczepienia trzustkę. 15 narządów przeszczepiono biorcom wraz z nerką pobraną od tego samego zmarłego dawcy. W Szpitalu MSWiA w Warszawie, po raz pierwszy w Polsce wykonano przeszczepienie trzustki u chorego na cukrzycę typu pierwszego, któremu kilka miesięcy wcześniej przeszczepiono nerkę.

### Płuca

Płuca w 2004r. pobierano 5-krotnie. W Zabrze wykonano jeden zabieg kombinowanego przeszczepienia serca i płuca oraz jeden zabieg przeszczepienia izolowanego płuca. W 3 pozostałych przypadkach narząd przekazano zespołowi Eurotransplantu z Wiednia.

Łącznie w kraju spośród 1433 pobranych od osób zmarłych narządów przeszczepiono 1364, co dało współczynnik liczba przeszczepionych narządów / liczba zmarłych dawców równy 2,43 [Tabela 14].

**Tabela 14. Wykorzystanie narządów pozyskanych od zmarłych w latach 2000-2004.**

	2000	2001	2002	2003	2004
Liczba pobrań	410	450	490	525	562
Liczba przeszczepionych narządów	1000	1113	1182	1294	1364
Współczynnik: liczba przeszczepionych narządów/liczba zmarłych dawców	2,44	2,47	2,41	2,46	2,43

### Przeszczepianie nerek

W 2004 r. wykonano w Polsce 1067 przeszczepień nerek (27,9 na 1 mln mieszkańców), z czego 1045 nerek pochodziło od osób zmarłych (27,3 na 1 mln) a 22 od osób żywych (0,6 na 1 mln). Podobnie jak w roku poprzednim najwięcej nerek (ponad 100) przeszczepiono w AM we Wrocławiu (127), Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu (120) i w AM w Bydgoszczy (101) – Tabela 15.

Najwięcej nerek pochodzących ze zwłok, w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców przeszczepiono biorcom z województw; zachodniopomorskiego – 40,0/1 mln, łódzkiego – 39,1, warmińsko-mazurskiego – 38,5, pomorskiego – 36,1 i dolnośląskiego – 35,4 na 1 mln mieszkańców. Najmniej zaś biorcom z województw; świętokrzyskiego – 13,1 przeszczepionych nerek na 1 mln mieszkańców, podkarpackiego – 16,7, śląskiego – 18,1 i małopolskiego – 18,9 (Tabela 16).

W województwach: mazowieckim, pomorskim, śląskim i wielkopolskim bilans liczby pobranych w tym województwie nerek oraz liczby przeszczepień wykonanych u osób w tym województwie dializowanych był zrównoważony. W województwach lubelskim, lubuskim, małopolskim, podkarpackim, podlaskim, i warmińsko-mazurskim pobrano znacznie mniej nerek, niż wykorzystano dla potrzeb mieszkańców tych województw. Odwrotnie natomiast było w województwach; dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, opolskim i zachodniopomorskim, gdzie pobrano znacznie więcej nerek, niż przeszczepiono biorcom pochodzącym z tych województw.

Tabela 15. Przeszczepianie nerek w latach 2000–2004.

	2000	2001	2002	2003	2004		
	Razem	Razem	Razem	Razem	CD	LD	Razem
Białystok AM	6	23	26	26	16		16
Bydgoszcz AM	33	52	80	114	101		101
Bytom AM	26	21	21	20	22	1	23
Gdańsk AM	50	53	70	81	89	1	90
CZD	38	33	33 <sup>**</sup>	<sup>**</sup> 45	32 <sup>**</sup>	6	38
Katowice AM	56	60	60 <sup>***</sup>	55	61		61
Kraków AM	20	33	19	38	35		35
Lublin AM	8	11	28	48	28		28
Łódź AM	12	21	27	35	20	1	21
Łódź Woj.	41	48	33	49	42		42
Poznań Woj.	111	85	109	108	120		120
Szczecin AM	31	91	75	<sup>*</sup> 81	85		85
Szczecin Woj.	72	64	53	68	85	1	86
Warszawa CSKAM	69	62	57	<sup>**</sup> 54	35	3	38
W-wa Dziec.Jezus AM	75	74	67	59	75	6	81
W-wa MSW	19	24	34	27	50		50
Wrocław AM	118	115	130	106	126	1	127
Wrocław Woj.	14	9	13	14	23	2	25
OGÓŁEM	813	879	935	1028	1045	22	1067

\* w tym biorcy pary nerek

\*\*w tym biorcy jednoczasowego przeszczepu wątroby i nerki (w 2004 r. – 4 tego typu operacje)

\*\*\* w tym biorca jednoczasowego przeszczepu serca i nerki

Tabela 16. Liczba pobranych i przeszczepionych nerek ze zwłok w poszczególnych województwach.

	Liczba ludności	L. pobra- nych nerek	L. pobranych nerek /1 mln mieszk.	L. przesz- czepionych nerek	L. przeszczep- ionych nerek /1 mln mieszk.
Dolnośląskie	2,91	116	39,9	103	35,4
Kuj-pomorskie	2,07	103	49,8	66	31,9
Lubelskie	2,20	34	15,5	48	21,8
Lubuskie	1,01	15	14,9	32	31,7
Łódzkie	2,61	59	22,6	102	39,1
Małopolskie	3,23	40	12,4	61	18,9
Mazowieckie	5,12	139	27,1	139	27,1
Opolskie	1,07	51	47,7	22	20,6
Podkarpackie	2,10	3	1,4	35	16,7
Podlaskie	1,21	16	13,2	31	25,6
Pomorskie	2,18	73	33,5	80	36,7
Śląskie	4,74	85	17,9	86	18,1
Świętokrzyskie	1,30	-	-	17	13,1
War-mazurskie	1,43	39	27,3	55	38,5
Wielkopolskie	3,35	106	31,6	100	29,9
Zachodniopom.	1,70	166	97,6	68	40,0
RAZEM	38,23	1045	27,3	1045	27,3

### Jednoczesowe przeszczepienie nerki i trzustki

W 2004 r. trzy zespoły realizowały w Polsce program jednoczesowego przeszczepienia trzustki i nerki. Podobnie jak w poprzednich latach najwięcej tego typu zabiegów wykonano w CSK AM w Warszawie (Tabela 17). W Szpitalu MSWiA w Warszawie wykonano zabieg przeszczepienia trzustki „po nerce”.

Tabela 17. Jednoczesowe przeszczepianie trzustki i nerki 2000 - 2004

	2000	2001	2002	2003	2004
CSK AM Warszawa	8	9	7	7	7
SK Dzieciątka Jezus Warszawa	6	7	5	7	4
Katowice AM	-	-	-	-	4
Szczecin PSK 2	-	1	-	-	-
Razem	14	17	12	14	15

### Przeszczepianie wątroby

W 6 ośrodkach w kraju przeszczepiono łącznie 199 wątroby. W tej liczbie mieszczą się 4 przypadki jednoczesowego przeszczepienia wątroby i nerki oraz 18 przeszczepień wątroby pobranej od żywych dawców (Tabela 18).

Tabela 18. Przeszczepianie wątroby w latach 2000-2004

	2000	2001	2002	2003	2004		Razem
	Razem	Razem	Razem	Razem	CD	LD	
CSK AM Warszawa	32	49	62	71	91	-	91
CZD Warszawa	29	40	40	41	25*	18	43
SK Dziec. Jezus Warszawa	5	15	23	26	32	-	32
Szp. Woj. Szczecin	1	9	11	15	23	-	23
PSK 1 Szczecin	-	2	7	10	4	-	4
AM Wrocław	3	3	3	5	6	-	6
PSK 2 Szczecin	3	-	-	-	-	-	-
Ogółem	73	118	146	168	181	18	199

\* W tym 4 biorców jednoczesowego przeszczepienia wątroby i nerki

### Przeszczepianie serca i płuc

W 2004 r. wykonano w Polsce 104 przeszczepienia serca (Tabela 19). Jest to liczba najmniejsza od 1997r. W Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu wykonano ponadto jedno kombinowane przeszczepienie serca i płuca oraz jeden przeszczep izolowanego płuca.

Tabela 19. Przeszczepianie serca (serca/płuc, płuc) w latach 2000-2004.

Ośrodek	2000	2001	2002	2003	2004
Kraków	43	27	18	17	19
Zabrze	55	45 + 1 serce/płuco	43 + 1 serce/płuco	51 + 1 płuco	41 + 1 serce/płuco + 1 płuco
Warszawa Anin Inst. Kardiol.		31	30 + 1 serce/płuco	32 + 1 serce/płuco	23
Warszawa MSWiA	31	25	18	21	21
OGÓŁEM	129	128 + 1 serce/płuco	109 + 2 serce/płuco	121 + 1 serce/płuco + 1 płuco	104 + 1 serce/płuco + 1 płuco

## Przeszczepianie narządów od osób żywych.

W 2004 r., w 9 ośrodkach transplantacyjnych wykonano 40 przeszczepień narządów pobranych od żywych dawców, z czego 22 razy przeszczepiono nerkę i 18 razy fragment wątroby (CZD – Warszawa). Liczba przeszczepień nerek od żywych dawców (równa 22) była najniższa od 2000 r. Najwyższa jak dotąd była natomiast liczba przeszczepień wątroby od żywych dawców (Tabela 20).

Tabela 20. Przeszczepianie nerek i wątroby pochodzących od żywych dawców w latach 2000 - 2004.


	2000	2001	2002	2003	2004
Nerki	32	36	25	44	22
Wątroby	10	15	13	12	18
OGÓŁEM	42	51	38	54	40

Ogółem w 2004 r., w kraju przeszczepiono 1404 narządy (z tej liczby 1364 pochodziło od osób zmarłych i 40 od żywych) 1384 biorcom.

*Jarosław Czerwiński, Krystyna Antoszkiewicz,  
Beata Łągiewska, Janusz Wałaszewski*

# 2005 POLTRANSPLANT

CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE DO SPRAW TRANSPLANTACJI POLTRANSPLANT



Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9
10	10	10	10	10
11	11	11	11	11
12	12	12	12	12
13	13	13	13	13
14	14	14	14	14
15	15	15	15	15
16	16	16	16	16
17	17	17	17	17
18	18	18	18	18
19	19	19	19	19
20	20	20	20	20
21	21	21	21	21
22	22	22	22	22
23	23	23	23	23
24	24	24	24	24
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31

02-005 WARSZAWA, UL. LINDLEYA 4, TEL. (+48-22) 622 58 06, FAX (+48-22) 622 32 43  
 Koordynator tel. (+48-22) 622 88 78, fax (+48-22) 627 07 49, www.poltransplant.org.pl e-mail: transpl@poltransplant.org.pl

KRAJOWA LISTA BIORCÓW PRZESZCZEPÓW UNACZYNIONYCH  
 tel./fax (+48-22) 502 18 66, tel. (+48-22) 502 18 65, e-mail: poltransplan@kibio2.pl

OGÓLNOPOLSKI CENTRALNY REJESTR DAWCÓW SZPIKU I KRWI PEPOWINOWEJ  
 tel./fax (+48-22) 627 07 48, e-mail: oord@kibio2.pl

**Prof. dr hab. med. JERZY SZAFLIK**  
**SPECJALISTA KRAJOWY**  
**W DZIEDZINIE OKULISTYKI**  
**Katedra i Klinika Okulistyki**  
**Akademii Medycznej w Warszawie**  
**Ul. Sierakowskiego 13**  
**03-709 Warszawa**  
**tel. 618-63-53, fax 618-66-33**

Warszawa, dnia 1.02.2005 r.

Profesor hab.n.med.  
Janusz Wałaszewski  
Dyrektor Centrum Organizacyjno-  
Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”  
Warszawa, ul. Lindleya 4

Szanowny Panie Profesorze,

Pozwalam sobie zwrócić się do Pana w sprawie dotyczącej przeszczepienia rogówek w Polsce. Ilość pacjentów wymagających przeszczepienia rogówek w Polsce szacuje się na około 8- 10 tysięcy. Część tych pacjentów może oczekiwać na przeszczep dłużej, co też nie powinno mieć miejsca, jako że w okresie oczekiwania pogłębia się upośledzenie ostrości wzroku, doprowadzające w większości przypadków do głębokiego inwalidztwa wzrokowego. Dla około połowy pacjentów oczekujących alternatywą dla przeszczepu rogówki jest usunięcie gałki ocznej. U części chorych jest to jedyne widzące oko. Największym problemem w przeszczepach rogówek jest brak materiału do przeszczepu. W 2004 r. 11 ośrodków przeszczepiających rogówki przeprowadziło 716 zabiegów. Kolejka oczekujących na przeszczep rogówki systematycznie wzrasta, aktualnie na przeszczep w Klinicznym Szpitalu Okulistycznym w Warszawie oczekuje 968 osób. Ważną metodą pozyskiwania materiału do przeszczepu jest pobieranie płatków rogówkowych w trakcie pobrań wielonarządowych. Pragnę zaznaczyć, że stosowane techniki pobierania płatka rogówkowo – twardówkowego z nałożeniem sztucznej rogówki po pobraniu nie powoduje uchwytnych zmian w wyglądzie oka.

Szanowny Panie Profesorze, pozwalam sobie zaapelować do Pana, a poprzez Pana do wszystkich zespołów pobierających narządy w ramach pobrań wielonarządowych, o uwzględnianie w procedurach pobrania, również pobrań materiału do przeszczepu rogówki.

Łączę wyrazy szacunku

Prof. Jerzy Szaflik



# **Zalecenia dotyczące pobierania narządów od zmarłych**

**opracowane przez Konsultanta Krajowego ds. Transplantologii**

## **1. Zalecenia dotyczące identyfikacji możliwości pobierania narządów od zmarłych**

- a. U każdego chorego, który umiera w Oddziałach Intensywnej Terapii, Oddziałach neurologicznych, neurochirurgicznych i innych należy rozważyć możliwość pobrania narządów w celu ich przeszczepienia.
- b. Zgodnie z obowiązującymi przepisami (Art. 7 pkt 2 Ustawy o Pobieraniu i Przeszczepianiu Komórek, Tkanek i Narządów z dn. 26.10.1995, Dz. U. Nr 138, poz. 682) rozpoznanie zgonu (śmierci mózgu) ustanawia Komisja Lekarska powoływana przez Kierownika Zakładu Opieki Zdrowotnej.
- c. W przypadku gdy w Zakładzie Opieki Zdrowotnej nie ma odpowiedniego specjalisty (neurologa lub neurochirurga) można skorzystać z takiego specjalisty, który przyjeżdża z innego ośrodka. Gdy brak takiej możliwości wskazana jest opinia Konsultanta Wojewódzkiego ds. Anestezjologii i Intensywnej Terapii gdzie można je wykonać. Nie powinien być to ośrodek transplantacyjny
- d. Po rozpoznaniu śmierci mózgu i upewnieniu się, że zmarły za życia nie wyraził sprzeciwu co do pobrania narządów, **obowiązkiem lekarza** jest natychmiastowe **zgłoszenie takiej możliwości** do Krajowego Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego Poltransplant, lub najbliższego ośrodka transplantacyjnego.
- e. Obowiązkiem każdego lekarza pod którego opieką znajdował się zmarły jest, po rozpoznaniu śmierci mózgu, wdrożenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego mającego na celu **podtrzymanie optymalnej czynności narządów**, które będą pobrane do przeszczepienia
- f. Lekarzom wykonującym czynności związane z podtrzymywaniem czynności narządów do chwili ich pobrania przysługuje wynagrodzenie za wykonywane czynności
- g. Lekarzom uczestniczącym w orzekaniu śmierci mózgu przysługuje wynagrodzenie za wykonywane czynności, a w przypadku przyjazdu członka komisji z innej miejscowości zwrot kosztów podróży.
- h. Mimo że nie wymagają tego obowiązujące przepisy prawne, po rozpoznaniu zgonu i ustaleniu możliwości pobrania narządów **wskazana jest rozmowa z rodziną** w celu ustalenia czy zmarły za życia nie pozostawił w ich posiadaniu oświadczenia (podpisanego przez dwóch świadków) o swoim sprzeciwie dotyczącym pobrania. **Nie należy prosić rodziny o formalne ustne ani pisemne wyrażenie zgody.** Rozmowa ta musi odbywać się w sposób zapewniający godność i poszanowanie sytuacji psychologicznej rodziny
- i. Minister Zdrowia zobowiązuje odpowiednich Krajowych Konsultantów i Ich Konsultantów Wojewódzkich (ds. Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Neurochirurgii, Neurologii oraz Transplantologii Klinicznej) do pełnej współpracy mającej na



celu pełne wykorzystanie wszystkich możliwości pobierania narządów od zmarłych. W sytuacji gdy na terenie określonego województwa jest bardzo niewiele pobrań narządów Krajowa Rada Transplantacyjna może zwrócić się do Krajowego Konsultanta ds. Anestezjologii i Intensywnej Terapii z prośbą o ustalenie przyczyn.

## **2. Warunki, którym muszą odpowiadać szpitale w których pobiera się narządy:**

- Muszą one być zgodne z ustaleniami zawartymi w Ustawie o Pobieraniu i Przeszczepianiu Komórek Tkanek i Narządów. W szpitalu takim musi być oddział chirurgiczny z blokiem operacyjnym oraz Oddział lub stanowisko Intensywnej Terapii (Rozporządzenie Min. Zd. 30.11.1996, Dz. U. Nr 151, poz. 718, par .9, ust. 4 pkt. 1)
- Na pobieranie narządów musi wyrazić zgodę organ założycielski (lub utrzymujący) po uzyskaniu pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej (w drodze określonej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia (Rozporządzenie Min. Zd. 30.11.1996, Dz.U.Nr 151, poz. 718, par. 9,ust. 5 pkt. 1,2)
- Dyrektor Zakładu Opieki Zdrowotnej powołuje Komisję lekarską, której zadaniem jest rozpoznanie zgonu w oparciu o kryteria śmierci mózgu (zgodnie z Art. 7, pkt. 3, 4 i 5 Ustawy o Pobieraniu i Przeszczepianiu Komórek, Tkanek i Narządów z dn. 26.10.1995, Dz. U. Nr 138, poz. 682).
- Kryteria rozpoznania śmierci mózgu opracowuje Zespół złożony z Krajowych Konsultantów w zakresie Anestezjologii Intensywnej Terapii, Neurologii oraz Neurochirurgii. Kryteria te są publikowane w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia
- W przypadku konieczności wykonania diagnostycznych badań uzupełniających potwierdzających śmierć mózgu wskazana jest opinia Konsultanta Wojewódzkiego ds. Anestezjologii gdzie można je wykonać.
- **Pobranie powinno odbywać się w szpitalu, w którym doszło do zgonu.** Nie należy przewozić potencjalnego dawcy nerki (po rozpoznaniu śmierci pnia mózgu) do ośrodka transplantacyjnego.

## **3. Warunki, którym powinien odpowiadać zespół pobierający narządy**

- a. Pobranie narządów mogą wykonywać lekarze – specjaliści z następujących dziedzin medycyny: chirurgii, chirurgii dziecięcej, kardiochirurgii, chirurgii naczyń, urologii, jak również inny lekarz pod kierunkiem specjalisty (Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 30.11.1996, Dz. U. nr 151, poz. 718, par. 4). posiadający dodatkowo specjalizację z transplantologii klinicznej lub inny szkolący się lekarz pod nadzorem lekarza takiej specjalności.
- b. Pobrania nerek dokonuje zespół ośrodka transplantacyjnego obejmującego swoim działaniem teren, na którym leży szpital zgłaszający dawcę.

- c. Pobrania narządów dokonują zespoły ośrodków transplantacyjnych, w oparciu o umowę zawartą między Szpitalem w którym odbywa się pobranie, a Szpitalem z którego przyjeżdża Zespół .
- d. Umowa ta określa obowiązki obu stron oraz zasady refundacji kosztów identyfikacji, rozpoznania i przygotowania dawcy narządów oraz pobrania narządów ( w tym kosztów osobowych).
- e. Pobrania narządów pozanerkowych dokonuje zespół wskazany przez koordynatora POLTRANSPLANTU.
- f. Zasady alokacji zgłoszeń pobrania narządów pozanerkowych ustala na wniosek Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego Poltransplant Krajowa Rada Transplantacyjna.
- g. Zespół lekarsko - pielęgniarski, który przyjeżdża do szpitala dawcy w celu pobrania narządów powinien być ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków lub zgonu przez macierzysty szpital, w którym znajduje się ośrodek transplantacyjny
- h. Minimalny skład zespołu pobierającego narządy to lekarz pobierający narządy, asystent, pielęgniarka instrumentariuszka.
- i. lekarz pobierający obowiązany jest upewnić się co do prawidłowości dokumentacji rozpoznania śmierci mózgu, wyników badań wirusologicznych, braku zastrzeżeń prokuratora co do pobrania narządów (w przypadkach tego wymagających).
- j. Po pobraniu narządów należy wykonać badanie pośmiertne całego ciała w celu upewnienia się czy u zmarłego nie stwierdza się nierozpoznanego procesu nowotworowego.
- k. Za zabieg pobrania narządów wykonany w czasie poza godzinami pracy członkowie zespołu pobierającego otrzymują wynagrodzenie.
- l. Transport zespołu pobierającego powinien zostać dokonany w czasie uwzględniającym stan kliniczny dawcy oraz możliwości przechowywania pobranego narządu. W każdym przypadku transportu zespołu na odległość powyżej 300 km wskazane jest, w miarę posiadanych środków, użycie transportu lotniczego co pozwoli na skrócenie czasu niedokrwienia narządów.

*Wojciech Rowiński*

## Działalność Centralnego Rejestru Sprzeciwów w latach 1997-2004

Centralny Rejestr Sprzeciwów (CRS) na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów funkcjonuje w POLTRANSPLANCIE od listopada 1996 roku.

W tym czasie wpłynęło łącznie 23359 oświadczeń o zarejestrowanie sprzeciwu lub jego cofnięcie. Ostatecznie do końca 2004 roku zarejestrowano 23139 sprzeciwów.

Początkowo wprowadzanie w 1996 r. ustawy o pobieraniu i przeszczepieniu komórek, tkanek i narządów spowodowało napływ dużej ilości sprzeciwów (prawie 15000 wniosków w 1997 r.). W kolejnych latach obserwowano systematyczny spadek zgłaszanych sprzeciwów do 441 oświadczeń w 2001r. oraz niewielki ich wzrost do 661 oświadczeń w 2002r. Wycofano 12 sprzeciwów w roku 2002. Wynikało to z dość intensywnego zainteresowania tym tematem przez media. W 2003 roku zarejestrowano łącznie 382 wnioski o zarejestrowanie sprzeciwu lub jego cofnięcie (8 wniosków) a w 2004 roku odpowiednio 302 i 14.

Dynamikę zgłaszania sprzeciwów przedstawia tabela 1. Są to dane uaktualnione i poprawione na dzień 31.12.2004.

**Tabela 1. Sprzeciwy zgłaszane w latach 1996-2004**

LATA	Liczba oświadczeń ogółem	Liczba sprzeciwów ogółem	Liczba cofnięć sprzeciwu ogółem
11-12. 1996	1693	1693	0
1997	14626	14607	19
1998	2421	2404	17
1999	1700	1683	17
2000	1112	1095	17
2001	438	432	6
2002	685	673	12
2003	382	374	8
2004	302	288	14
RAZEM	23359	23249	110

Oświadczenia własne stanowiły 84,17%, a zgłaszane przez przedstawicieli ustawowych 15,83%. Te proporcje utrzymują się w kolejnych latach. Wnioski zawierające zmianę pierwotnej decyzji wnoszącej sprzeciw lub cofnięcie sprzeciwu stanowiły 0,47% ogółu oświadczeń, co oznacza niewielki wzrost w porównaniu do lat poprzednich (0,41%).

Na przestrzeni ponad ośmioletniego okresu działania CRS nadal więcej wniosków wpływających do POLTRANSPLANTU kierowały kobiety – 52,60%, jednakże ich przewaga nie jest znacząca.

Najwięcej zgłaszanych sprzeciwów pochodziło od osób w grupie wiekowej 20–59 lat – 58,33%, w tym grupa wiekowa 50–59 lat stanowiła najliczniejszą grupę (16,3%).

Najmniej zgłaszanych sprzeciwów pochodziło od osób w wieku 0–19 lat – 9,27%. Osoby powyżej 70 roku życia stanowiły 17,9% całej populacji zgłaszających sprzeciw na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów. Najwięcej wniosków (68,8%) o cofnięcie sprzeciwu pochodziło od osób w grupie wiekowej 20-49 lat.

W 2004 roku najwięcej sprzeciwów, tak jak w poprzednich latach pochodziło z województw Mazowieckiego, Śląskiego, Kujawsko-pomorskiego i Wielkopolskiego.

Najmniej oświadczeń sprzeciwu również tak jak w poprzednich latach zgłaszano z województw Świętokrzyskiego, Opolskiego, Warmińsko-mazurskiego.

Powyższe dane statystyczne powstały po uaktualnieniu bazy danych PESEL i Centralnego Rejestru Sprzeciwów, który funkcjonuje jako podbaza bazy danych PESEL. Liczba oświadczeń o sprzeciwie lub cofnięciu sprzeciwu zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów naliczana jest dla wszystkich zgłoszeń (aktualnych i poprzednich) na podstawie rejestracji zgłoszenia w bazie CRS. Stan ludności objętej systemem CRS wg województw w określonych grupach wiekowych i z podziałem na płeć naliczany jest na podstawie aktualnych zgłoszeń i na podstawie danych zawartych łącznie w bazach CRS i PESEL. Zestawienia statystyczne przedstawiają całkowitą bezwzględną liczbę zgłoszeń, co oznacza, że w bazie CRS figurują również osoby zmarłe. Dane statystyczne dotyczące zgłoszeń pochodzących z poszczególnych województw naliczane są wg danych zgodnych z aktualnym miejscem zamieszkania (zameldowania) a nie wg zgłoszenia pochodzącego z danego województwa. Wiek osób ujętych w bazie danych CRS naliczany jest zgodnie z danym rokiem bieżącym. Dane statystyczne przedstawiane są cyklicznie co miesiąc i przekazywane do Poltransplantu.

W 2004 roku do Poltransplantu wpłynęło 1601 zapytań o sprawdzenie istnienia zastrzeżenia złożonego przez potencjalnego dawcę w bazie CRS na pobranie narządów i tkanek, czyli o ponad 150 mniej niż w roku 2002. Kwartalny rozkład próśb o sprawdzenie zastrzeżenia w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów przedstawia poniższa tabela:

Kwartał 2004 roku	Liczba zapytań o sprawdzenie w CRS
I	364
II	420
III	395
IV	422
<b>Razem</b>	<b>1601</b>

Przeważały zapytania z Banków Tkanek – 56,53%.

*Agnieszka Krawczyk*

## **Działalność Krajowej Listy Biorców Przeszczepów Unaczynionych**

Zgodnie z rozporządzeniem z dnia 22 grudnia 2003 roku zadania Poltransplantu zostały rozszerzone o prowadzenie Krajowej Listy Biorców działającej uprzednio w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie.

W celu podjęcia nowego zadania Dyrektor Poltransplantu wraz z Dyrektorem Szpitala Dzieciątka Jezus – CLO powołali Komisję do przekazania zasobów materiałowych i dokumentacji KLB ze Szpitala Dzieciątka Jezus do Poltransplantu.

Jednocześnie w Poltransplancie przeprowadzono remont i zaadaptowano pomieszczenia dla 3 nowych pracowników prowadzących KLB. Koszt remontu wyniósł 30 082,13 PLN.

Do końca stycznia 2003 r. Komisja zakończyła przejmowanie KLB przez Poltransplant i Strony podpisały protokoły zdawczo-odbiorcze związane z przekazaniem dokumentacji pacjentów zgłoszonych do KLB w latach 1996–2003 i z przekazaniem środków trwałych i materiałów.

Krajowa Lista Biorców gromadzi informacje o biorcach czekających na przeszczepienie nerki lub nerki i trzustki, zgłaszanych przez ośrodki dializ z całej Polski oraz biorcach wątroby, serc i płuca zgłaszanych przez ośrodki danej specjalności kwalifikujące i przeszczepiające te narządy. KLB współpracuje z 205 Ośrodkami Dializ, 18 Regionalnymi Ośrodkami Transplantacji Nerek, 8 Pracowniami Zgodności Tkankowej, 5 Ośrodkami przeszczepiania wątroby, 4 Ośrodkami przeszczepiającymi serce i płuca oraz jednym przeszczepiającym wyizolowane płuco.

W związku z zadaniami KLB Poltransplant organizował szereg spotkań z zespołami specjalistów biorących udział w procedurze pobierania i przeszczepiania poszczególnych narządów dotyczących opracowania sposobu zgłaszania potencjalnych biorców do Krajowej Listy.

**W odniesieniu do biorców nerek oraz nerki i trzustki** w dniu 27.02.2004 roku w czasie spotkania Kierowników Ośrodków Transplantacji Nerek, Konsultantów Regionalnych w dziedzinie nefrologii i dializoterapii, Kierowników Pracowni Zgodności Tkankowej oraz koordynatorów wyłoniono grupę roboczą w składzie: Prof. Andrzej Więcek (Katowice), Prof. Marian Klinger (Wrocław), Prof. Władysław Sułowicz (Kraków), Dr hab. med. Zbigniew Włodarczyk (Bydgoszcz), Dr hab. med. Zbigniew Zdrojewski (Gdańsk), Prof. Magdalena Durlik (Warszawa), Prof. Ryszard Grenda (Warszawa), Dr Danuta Stryjecka-Rowińska (Warszawa) w celu opracowania algorytmu zgłaszania chorych do przeszczepiania nerki, nerki i trzustki, oceny projektu elektronicznej bazy danych dla tych chorych oraz zasad alokacji nerki.

Kolejne spotkania grupy roboczej odbyły się w dniach 30 marca 2004 r., 3 czerwca 2004 r., 23 września 2004 r. oraz 23 grudnia 2004 r.

Grupa robocza opracowała formularze zasad zgłaszania chorych do KLB z uwzględnieniem pierwotnej kwalifikacji przez regionalne listy współpracujące z ośrodkami

przeszczepiającymi. Stworzenie regionalnych list oczekujących na przeszczep nerki, które są podzbiorami KLB ma na celu integrację działań konsultantów wojewódzkich w dziedzinie nefrologii, transplantologii, intensywnej opieki, władz administracyjnych województwa i wojewódzkich oddziałów NFZ dla polepszenia opieki nad chorymi oraz kształtowania polityki leczenia nerkozastępczego najkorzystniejszej dla regionu.

**W odniesieniu do biorców serca, serca i płuc oraz wyizolowanego płuca** w dniu 3 marca 2004 roku w siedzibie Poltransplantu odbyło się zebranie przedstawicieli Ośrodków Przeszczepiania Narządów Klatki Piersiowej, w którym uczestniczyli: Dr Piotr Przybyłowski (Kraków), Prof. Marian Zembala (Zabrze), Dr Mirosław Garlicki (MSWiA W-wa), Dr Helena Zakliczyńska (Zabrze), Dr Michał Zakliczyński (Zabrze), Dr Jacek Wojarski (Zabrze), Dr Małgorzata Sobieszańska-Małek (Warszawa-Anin), Dr Sławomir Banaś (Warszawa-Anin), Prof. Wojciech Rowiński (Warszawa) oraz przedstawiciele Poltransplantu: Prof. Janusz Wałaszewski, Mgr Jolanta Żalikowska-Hołoweńko, Dr Danuta Stryjecka-Rowińska, Dr Jarosław Czerwiński, Dr Beata Łągiewska, Dr Agnieszka Krawczyk, koordynator Krystyna Antoszkiewicz.

Celem spotkania było omówienie problemów alokacji serca oraz wyłonienie grupy, która opracuje sposób zgłaszania chorych do KLB z uwzględnieniem przypadków pilnych. Grupa w składzie: Prof. Marian Zembala, Dr Piotr Przybyłowski, Dr Helena Zakliczyńska opracowała karty zgłoszeń chorych do pilnego i planowego przeszczepienia serca.

18 marca 2004 roku w czasie spotkania w Krakowie grupa robocza opracowała i przekazała do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego Poltransplant karty zgłoszenia biorcy serca do KLB w trybie zwykłym i pilnym, zasady alokacji serca oraz algorytmy postępowania w przypadku doboru biorcy serca.

W odniesieniu do zgłaszania biorców wyizolowanego płuca zdecydowano postąpić się czasowo formularzem Eurotransplantu.

W 2004 roku do KLB zgłoszono 164 biorców serca, 16 serca i płuca oraz 8 samego płuca.

**W odniesieniu do biorców wątroby** w dniu 5 marca 2004 roku Poltransplant zorganizował Zebranie Kierowników Ośrodków Przeszczepiających Wątrobę w sprawie ujednoczenia stopnia pilności do przeszczepiania oraz zasady alokacji wątroby, w którym uczestniczyli: Dyr. Zenon Czajkowski (Szczecin), Prof. Anna Boroń-Kaczmarek (Szczecin), Dr Roman Kostyrka (Szczecin), Dr Wojciech Polak (Wrocław), Prof. Magdalena Durlik (Warszawa), Prof. Leszek Pączek (Warszawa), Prof. Wojciech Rowiński (Warszawa), Prof. Janusz Cianciara (Warszawa), Prof. Piotr Zaborowski (Warszawa), Prof. Piotr Kaliciński (Warszawa), Prof. Marek Krawczyk (Warszawa) oraz przedstawiciele Poltransplantu: Prof. Janusz Wałaszewski, Mgr Jolanta Żalikowska-Hołoweńko, Dr Danuta Stryjecka-Rowińska, Dr Jarosław Czerwiński, dr Beata Łągiewska, Dr Agnieszka Krawczyk, koordynator Krystyna Antoszkiewicz.

Po omówieniu ogólnych problemów dotyczących przeszczepiania wątroby w Polsce wyłoniono grupę roboczą w składzie: Prof. Janusz Cianciara, Prof. Piotr Kaliściński, Prof. Marek Krawczyk, Prof. Wojciech Rowiński, Prof. Janusz Wałaszewski z Poltransplantu, której zadaniem było opracowanie zasad zgłaszania chorych do przeszczepienia wątroby w trybie pilnym i planowym. Grupa ta spotkała się kolejno 7 czerwca 2004 r., 22 września 2004 r. i 9 listopada 2004 roku w celu oceny bieżącej alokacji wątroby.

Spotkanie grupy roboczej w dniu 7 czerwca 2004 roku ujawniło zasadniczą rozbieżność opinii poszczególnych członków zespołu.

Wobec nierównych liczb kontraktów zawartych przez poszczególne ośrodki z Ministerstwem Zdrowia wyłonił się problem uzależnienia alokacji wątroby od wysokości kontraktów zawartych przez ośrodki umożliwiających ich pełną realizację. W tej sytuacji zdecydowano wprowadzić system alokacji proporcjonalny do wysokości kontraktów na okres 3 miesięcy z bezwzględnym pierwszeństwem dla przypadków pilnych. Ocena tego systemu po trzech miesiącach stosowania nie budziła sprzeciwu, jednak powrócono do systemu 1-1-1 równego dla wszystkich ośrodków z uwagi na koniec roku i brak informacji dotyczących kontraktów w 2005 roku.

W 2004 roku do KLB zgłoszono 124 potencjalnych biorców wątroby z czego w 30 przypadkach w trybie pilnym.

### **Propozycje nowych zasad zgłaszania i kwalifikowania chorych do zabiegu przeszczepiania nerki/nerki i trzustki opracowane przez grupę roboczą powołaną przez Poltransplant**

W związku ze stale rozwijającym się programem dializoterapii i zwiększeniem liczby ośrodków dializ pozaustrojowych koordynowanie procesów kwalifikacji i doboru chorych do przeszczepu nie jest możliwe do wykonania w obrębie jednego ośrodka, jakim jest Krajowa Lista Biorców Przeszczepów Unaczynionych, kierowana z dużym zaangażowaniem, przez panią dr Danutę Stryjecką-Rowińską.

Dotychczasowa, wieloletnia współpraca Krajowej Listy Biorców z regionalnymi ośrodkami transplantacji nerek posiadającymi własne listy biorców rekrutujących się ze stacji dializ jednego lub kilku pobliskich województw, jest zadowolająca i wymaga jedynie niewielkich zmian administracyjnych i nakładów finansowych. Dlatego też w celu poprawy współpracy i lepszej komunikacji z ośrodkami dializ pozaustrojowych z inicjatywy Dyrektora Poltransplantu, pana profesora Janusza Wałaszewskiego, w dniu 27 lutego 2004 roku powołano grupę roboczą w składzie: prof. A. Więcek – przewodniczący, prof. M. Durlik, prof. R. Grenda, prof. M. Klinger, dr D. Stryjecka-Rowińska, prof. W. Sułowicz, dr hab. Z. Włodarczyk i dr hab. Z. Zdrojewski. Dotychczas odbyły się cztery posiedzenia: 30 marca 2004 i 23 września 2004 w Warszawie, 2 czerwca 2004 w Białymstoku oraz dwa spotkania konsultacyjne z Dyrektorem Poltransplantu. W spotkaniach uczestniczyli również: prof. J. Wałaszewski, prof. M. Lao, mgr B. Barcikowska, dr hab. A. Chmura i dr W. Marcinkowski – sekretarz grupy.

W wyniku tych spotkań ustalono, że:

1. Zostanie utworzonych 11 ośrodków, tzw. Regionalnych List Biorców (RLB), zajmujących się kwalifikowaniem chorych do zabiegu przeszczepienia nerki lub nerki i trzustki oraz gromadzeniem i przetwarzaniem dokumentacji medycznej tych chorych.
2. RLB będą znajdować się w następujących ośrodkach:



3. Ustalono sposób przepływu informacji:
  - dane z ośrodków dializoterapii będą przesyłane do Regionalnej Listy Biorców (RLB), a stamtąd, po zakwalifikowaniu chorego, do Krajowej Listy Biorców (KLB);
  - niezbędnym warunkiem jest sprawna, dwukierunkowa komunikacja pomiędzy poszczególnymi poziomami systemu (ośrodek dializ « RLB « KLB)
4. RLB zostały powołane jako jednostki współpracujące z KLB działającą w ramach Poltransplantu.
5. Prowadzeniem Regionalnej Listy Biorców zajmuje się Kierownik RLB wraz z powołanym przez siebie zespołem specjalistów w zakresie transplantologii klinicznej (internistów i chirurgów) oraz regionalnym koordynatorem Poltransplantu.
6. Kierowników RLB powołali konsultanci wojewódzcy ds. nefrologii w uzgodnieniu z Dyrektorem Poltransplantu. Kierownikami RLB zostali: dr hab. Jacek Małyško w Białymstoku, dr hab. Zbigniew Włodarczyk w Bydgoszczy, dr hab. Zbigniew Zdrojewski w Gdańsku, dr Wojciech Marcinkowski w Katowicach, prof. Władysław Sułowicz w Krakowie, prof. Michał Nowicki w Łodzi, prof. Andrzej Oko w Poznaniu, dr Marek Myślak w Szczecinie, prof. Magdalena Durlik w Warszawie, prof. Ryszard



Grenda w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz prof. Maria Boratyńska we Wrocławiu.

7. W celu sprawnego działania RLB przygotowano własny program komputerowy, przedstawiony i zaakceptowany przez członków grupy roboczej na posiedzeniu w dniu 23 września 2004 roku. Program ten umożliwi zgłaszanie chorego z ośrodka dializ do RLB, kwalifikowanie do przeszczepu, przekazywanie danych do KLB, archiwizację i opracowanie statystyczne danych. W przyszłości planowane jest rozbudowanie tego programu o moduł umożliwiający typowanie biorców i ocenę stanu chorych po transplantacji.
8. Koszty związane z administrowaniem w/w programu komputerowego będą pokrywane przez Poltransplant.
9. Rozpoczęcie działalności Regionalnych List Biorców jest planowane na początek drugiego kwartału 2005 roku.
10. Standardy kwalifikowania biorców oraz zasady alokacji narządów zostaną opracowane przez grupę roboczą w pierwszym kwartale 2005.
11. Dnia 23 grudnia 2004 prof. A. Więcek przedstawił proponowane zasady funkcjonowania RLB na posiedzeniu Krajowej Rady Transplantacyjnej.

W głosowaniu jawnym wszyscy członkowie KRT obecni na tym posiedzeniu zaakceptowali przedstawiony projekt.

12. W dniu 13 stycznia 2005 prof. A. Więcek przedstawił program wprowadzenia nowych zasad zgłaszania i kwalifikowania chorych do zabiegu przeszczepiania nerki/nerki i trzustki na spotkaniu z przedstawicielami wszystkich ośrodków przeszczepiających zorganizowanym przez Poltransplant.

Proponowane zmiany powinny przyczynić się do zwiększenia liczby wykonywanych zabiegów przeszczepienia nerki, co pozwoli na zmniejszenie całkowitych wydatków przeznaczonych na leczenie nerkozastępcze.

20 stycznia 2005

*Andrzej Więcek,  
Wojciech Marcinkowski*

## **Sprawozdanie z działalności Krajowej Listy Biorców nerki lub nerki i trzustki w latach 1997-2004**

### **Współpraca KLB z Ośrodkami Dializ**

Regionalne ośrodki dializ zgłaszają do KLB chorych z niewydolnością nerek czekających na rozpoczęcie dializ lub już dializowanych po wykluczeniu bezwzględnych i względnych przeciwwskazań do przeszczepienia nerki. Zgłoszenie chorego do przeszczepienia nerki powinno być poprzedzone udzieleniem mu wyczerpujących informacji

dotyczących działania KLB oraz rozmowie z rodziną biorcy o możliwości przeszczepienia nerki od żywego dawcy.

Do zarejestrowania chorego w KLB konieczne jest:

- Przystanie listem karty zgłoszenia biorcy
- Numer pesel, ksero grupy krwi, ksero antygenów HLA biorcy, antygenów HLA poprzedniego dawcy nerki lub innych narządów (serce/wątroba), PRA, badań wirusologicznych (HIV, HBV, HCV, EBV, CMV)
- Badanie HIV traci ważność po 6 miesiącach (warunek rejestracji w komputerze KLB na "TAK").
- W przypadku biorców HCV dodatnich (dodatni RNA HCV) konieczna informacja z podpisem chorego, że został on poinformowany o potencjalnych niebezpieczeństwach związanych z przeszczepieniem nerki od dawcy HCV dodatniego i wyraża na to zgodę.
- W przypadku biorcy z nefropatią cukrzycowa I typu należy wypełnić kartę zgłoszenia do przeszczepienia nerki i trzustki (niezbędna zgoda chorego na przeszczepienie obu narządów).
- W karcie zgłoszenia należy zamieścić oświadczenie chirurga (podpis, pieczęć lekarska), że chory w chwili zgłaszania nie ma żadnych przeciwwskazań chirurgicznych (urologicznych) do zabiegu przeszczepienia nerki lub nerki i trzustki.
- Dodatkowo należy zamieścić informację o pilności zabiegu przeszczepienia (lista zwykła lub urgens-brak możliwości dalszego dializowania).

Co 6 tygodni należy wysyłać surowicę chorych zarejestrowanych w KLB (do próby krzyżowej z potencjalnymi dawcami) do Pracowni Zgodności Tkankowej Instytutu Transplantologii AM w Warszawie (telefon/faks 0-22 502-21-28, tel 502-18-56, 502-13-97).

Do zadań KLB należy codzienna aktualizacja listy zgłoszonych chorych. W związku z tym niezbędne jest przysyłanie przez Regionalny Ośrodek Dializ na bieżąco (fax) dodatkowych informacji dotyczących zmiany w aktualnym statusie zarejestrowanych biorców w przypadku:

- przeszczepienia nerki ze zwłok lub od żywego dawcy (data przeszczepienia, antygeny HLA dawcy)
- wystąpienia okresowych lub trwałych powikłań dyskwalifikujących biorcę do przeszczepienia (data i przyczyna dyskwalifikacji)
- przeniesienia biorcy do innego ośrodka dializ (data, adres ośrodka)
- cofnięcia zgody chorego na przeszczepienie nerki
- zgonu chorego (data, przyczyna)

### **Współpraca KLB z 8 Pracowniami Zgodności Tkankowej (HLA) w Regionalnych Ośrodkach Transplantacyjnych**

KLB zleca 8 pracownikom HLA w Regionalnych Ośrodkach Transplantacyjnych oznaczanie antygenów transplantacyjnych klasy I i II (metodą serologiczną i genetyczną) biorcom z regionu, bankowanie ich surowic do testu cross-match oraz oceny przeciwciał limfocytotoksycznych (PRA).

W przypadku przeszczepiania nerki od dawcy żywego oznaczenie antygenów HLA dawcy oraz wykonanie dwukrotne próby cross-match przed przeszczepieniem.

Poltransplant opłaca badania antygenów HLA, bankowanie surowic, wykonywanie testu cytotoksycznego (dla oceny PRA) u biorców zgłoszonych do KLB pod warunkiem przysłania kopii wyników tych badań.

Do zadań KLB należy organizowanie specjalistycznych konsultacji biorców z nefropatią cukrzycową typu I zgłaszanych do przeszczepienia nerki i trzustki, biorców z nieprawidłowym dolnym odcinkiem dróg moczowych, po przebytych nowotworach złośliwych, z wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C lub innych.

### **Biorcy z nefropatią cukrzycową**

Od 1997 do końca grudnia 2004 roku w Krajowej Liście Biorców zarejestrowano 605 biorców z nefropatią cukrzycową (I i II typ). 180 biorcom przeszczepiono nerkę, nerkę i trzustkę 80 chorym z nefropatią cukrzycową I typu (w tym jednemu trzustkę po przeszczepieniu nerki). 31 grudnia 2004 czekało na przeszczepienie nerki i trzustki 23 zakwalifikowanych biorców, w trakcie kwalifikacji było 13.

### **Przeszczepianie nerek w grupie chorych pilnych „urgens”**

Lista urgens dotyczy biorców nerki wymagających szybkiego przeszczepienia w związku z brakiem możliwości dalszego dializowania (brak dostępu naczyniowego lub możliwości wykonania w rejonowym ośrodku dializy otrzewnowej). Po zakwalifikowaniu na listę urgens Krajowa Lista Biorców wysyła faksem do 8 Regionalnych Ośrodków Transplantacyjnych i 8 Pracowni Zgodności Tkankowej aktualizowaną na bieżąco listę chorych pilnych. Do ośrodków transplantacyjnych wysyłana jest także surowica tych chorych służąca do wykonania na miejscu próby cross-match.

W ciągu ośmiu lat przeszczepiono nerkę 131 chorym z listy urgens. W dniu 31.XII.2004 oczekiwało na taki przeszczep 5 biorców. Średni czas oczekiwania na pilne przeszczepienie wynosił 4 miesiące i 7 dni.

## **Losy biorców nerki i nerki i trzustki zgłoszonych do KLB w latach 1997-2004 (tabele na końcu rozdziału)**

W ciągu ośmiu lat w KLB zarejestrowano 9 796 biorców. 7645 zgłosiły stacje dializ w latach 1997-2004 po raz pierwszy lub ponownie (po odrzuceniu przeszczepu lub wyleczeniu powikłań dyskwalifikujących chorego do przeszczepienia). 2151 zarejestrowanych było w Pracowni Zgodności Tkankowej Instytutu Transplantologii AM w Warszawie przed utworzeniem na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w październiku 1996 roku Krajowej Listy Biorców.

Działalność KLB w latach od 1997–2004 przedstawiono w tabeli 1. Zwraca uwagę zmniejszająca się liczba zarejestrowanych rocznie biorców w KLB, przy

zwiększającej się liczbie stacji dializ (ze 140 w 1997 do 205 w 2004 r) i dializowanych chorych (11 440 chorych dializowano w 2003 roku). KLB nie dysponuje informacją ilu chorych dializowanych było w Polsce w 2004. Liczba biorców zgłaszanych rocznie do KLB oraz liczba przeszczepianych rocznie chorych od czterech lat utrzymuje się na tym samym poziomie (około tysiąca biorców).

W ciągu ośmiu lat przeszczepiono nerkę 6387 biorcom (w tym 13 po przeszczepieniu serca, 1-jednoczasowe przeszczepienie nerki i serca, 10-jednoczasowe przeszczepienie nerki i wątroby, 80 jednoczasowe przeszczepienie nerki i trzustki). Skreślono z listy 1719 biorców, w związku z pojawieniem się bezwzględnych przeciwwskazań lub rezygnacji chorego z przeszczepu biorców, zmarło 582 chorych.

**W 2004 roku w KLB zarejestrowanych było 2327 biorców, 1 190 zgłoszono po raz pierwszy lub ponownie, nerkę przeszczepiono 1068 chorym, nerkę i trzustkę 15, skreślono z listy 185, zmarło 38.**

**Średni czas oczekiwania na przeszczepienie nerki w 2004 roku (1084 chorych) wynosił 13 miesięcy 24 dni**

**W tabeli 2** przedstawiono przyczyny zgonów zarejestrowanych w KLB biorców. W ciągu ośmiu lat zmarło 582 biorców. Najczęstszą przyczyną zgonu były powikłania sercowo-naczyniowe (281 chorych). **W 2004 roku zmarło 38 oczekujących biorców.**

**W tabeli 3** przedstawiono przyczyny skreślenia z listy 1726 chorych w latach 1997-2004. **W 2004 roku skreślono 185 biorców.**

Najczęstszą medyczną przyczyną skreślenia z listy w latach 1997-2004 było pojawienie się bezwzględnych przeciwwskazań do przeszczepienia ze strony układu sercowo-naczyniowego (405 chorych), uszkodzenia wątroby w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu B, C lub C i B (243 chorych), złośliwego nowotworu.

W związku z brakiem informacji z ośrodka dializ o aktualnym stanie klinicznym biorcy w ciągu ośmiu lat skreślono 417 chorych. 236 biorców zrezygnowało z zabiegu przeszczepienia nerki (p. tab. 3)

31 grudnia 2004 roku na zabieg przeszczepienia nerki w bazie danych KLB zarejestrowanych było 1201 potencjalnych biorców, 564 było zakwalifikowanych w komputerze na „TAK”, 554 czasowo zdyskwalifikowanych, 83 w trakcie kwalifikacji [K].

#### **Czasowa dyskwalifikacja biorców w 2004 roku**

Ośrodki dializ są na bieżąco informowane (faksem) o przyczynach nie zakwalifikowania nowozgłoszonego biorcy jak również czasowej dyskwalifikacji poprzednio typowanego. Zarejestrowanie chorego w komputerze KLB na „TAK lub „NIE” stale się zmienia i wymaga codziennej aktualizacji w oparciu o informacje ze stacji dializ lub ośrodków transplantacji nerek, które w czasie wyboru biorcy dyskwalifikują 20% potencjalnych biorców. Po przysłaniu przez stacje dializ niezbędnych informacji chory może być ponownie zarejestrowany w komputerze na „TAK”.

**216** chorych nie zarejestrowano na TAK w związku z **brakiem niezbędnych informacji**: numeru pesel, kopii wyniku badania grupy krwi, badania HIV, oznaczenia antygenów HLA biorcy, antygenów HLA pierwszego lub kolejnego dawcy nerki, serca, wątroby oraz surowicy krwi chorego w Pracowni Zgodności Tkankowej Instytutu Transplantologii AM w Warszawie (bankowanie do próby krzyżowej z potencjalnym dawcą nerki).

**Medyczną przyczyną okresowej dyskwalifikacji 336** biorców zgłoszonych po raz pierwszy lub poprzednio kwalifikowanych do przeszczepienia były diagnostyka choroby wieńcowej, niewydolność krążenia, podejrzenie wady serca i AO (**72** chorych), diagnostyka lub rozpoczęcie leczenia wzw B, C lub B i C (**44** chorych), zakażenia bakteryjne (**38** chorych), diagnostyka i leczenie chorób układu pokarmowego (choroba wrzodowa, polipowatość lub zapalenie jelita grubego (**16** chorych), diagnostyka złośliwego nowotworu (**7** chorych). **159** chorych skreślono czasowo z listy aktywnej w związku z diagnostyką dolnego odcinka układu moczowego, zaostrzeniem wtórnej glomerulopatii, diagnostyką endokrynologiczną (nadczynność przytarczyc, choroby tarczycy), diagnostyką ginekologiczną i wysokim BMI.

Czas oczekiwania chorych na przeszczepienie nerki wydłużają chorzy wysokoimmunizowani. Czas oczekiwania chorych z PRA 79-100% (62 biorców) wynosił średnio 4 lata i 7 miesięcy. Dwóch chorych tej grupy czeka na przeszczep od 1987 roku, czterech od 1988 wydłużając czas oczekiwania do 17 lat 7 miesięcy. Chorzy z PRA 50-78% (77 biorców) oczekują średnio 3 lata 11 miesięcy.

**Średni czas oczekiwania w Krajowej Liście Biorców chorych zarejestrowanych w grudniu 2004 (od daty zarejestrowania do dnia 31 grudnia 2004) wynosił 25 miesięcy.**

### **Alokacja narządów unaczynionych**

Do zadań Krajowej Listy Biorców należy ustalanie zasad alokacji nerek i innych narządów przeszczepianych ze zwłok.

Alokacja oznacza sprawiedliwy wybór optymalnego biorcy dla narządu pobranego od osoby zmarłej w oparciu o kryteria medyczne, immunologiczne i poza medyczne. Przy przeszczepianiu wszystkich narządów unaczynionych przestrzega się identyczności lub dopuszczalnej zgodności głównej grupy krwi ABO. Nerkę i trzustkę można przeszczepić pod warunkiem ujemnej próby krzyżowej.

W Polsce od 1997 obowiązuje punktowy wybór biorcy nerki oparty głównie o zgodność antygenów HLA dawcy i biorcy. Centralny wybór biorcy umożliwia przeszczepienie biorców z 6 wspólnymi antygenami HLA, przeszczepianie chorych z listy urgens (brak dostępu do naczyń), dzieci poniżej 15 roku życia. Wybór ten uwzględnia także interesy ośrodka transplantacyjnego, w którym pobrano nerki, poprzez przyznanie biorcom dializowanym w jego pobliżu dodatkowych punktów (**p. tab. 4**)

W wielu ośrodkach transplantacyjnych kraju, ale przede wszystkim w tych które korzystają przy wyborze biorcy z typowania wykonywanego w Pracowni Zgodności Tkankowej Instytutu Transplantologii w Warszawie przestrzegany jest wyżej przedstawiony wybór punktowy. Nadal jednak wielu transplantologów uważa, że czas niedokrwienia nerki ma decydujący wpływ na czynność nerki przeszczepionej i przeszczepia nerki biorcom dializowanym w pobliskich stacjach dializ.

Tabela 1 Lista biorców nerki zgłoszonych do KLB w latach 1997–2004

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	RAZEM
	140	147	153	151	167	184	196	205	
Ogółem (z poprzedniego roku + nowo zgłoszeni)	2860	3019	2915	2820	2721	2499	2435	2327	<b>9796</b>
Z poprzedniego roku	2151	2170	2154	1952	1742	1404	1241	1137	
Nowe zgłoszenia	709	849	761	868	979	1095	1194	1190	7645
Zgony	88	137	91	51	67	57	53	38	582
Skreślono	74	185	271	200	354	254	203	185	1726
Oczekiwało na przeszczep 31.12.	2170	2154	1952	1742	1404	1241	1137	1201	

\* przeszczep nerki choremu z Ukrainy

Tabela 2 Przyczyny zgonu biorców zarejestrowanych w KLB w latach 1997–2004

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	RAZEM
Ogólna liczba zgonów	88	137	91	51	67	57	53	38	<b>582</b>
Nieznana przyczyna zgonów	57	76	12	10	16	10	10	8	199
Ch. serca i naczyń	21	45	52	35	39	34	32	23	281
• Udar mózgu	3	15	20	11	24	11	10	5	99
• Choroba wieńcowa	10	20	11	6	14	10	13	8	92
• Niewydolność krążenia	8	10	21	18	1	13	9	10	90
Zakażenia bakteryjne	10	6	11	1	6	3	8	5	50
Powikłania chirurgiczne		6	12	4	6	6	3		37
Marskość wątroby		3	2	1				2	8
Nowotwór złośliwy		1	2			4			7

Tabela 3 Przyczyny skreśleń biorców zarejestrowanych w KLB w latach 1997–2004

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	RAZEM
Ogólna liczba skreślonych	74	185	271	200	354	254	203	185	1726
Choroby serca i naczyń	23	64	73	37	62	59	40	47	405
Choroba wątroby	11	41	57	34	31	34	19	16	243
Rezygnacja chorego	20	35	41	35	26	29	28	22	236
Nowotwór złośliwy	5	15	17	11	17	22	11	9	107
Inne	5	10	15	33	46	45	26	32	212
Brak informacji	9	10	6	45	167	54	70	56	417
Choroby psychiczne alkoholizm, narkomania	1	10	9	5	5	11	9	3	53

Tabela 4 Wybór punktowy biorcy nerki w Polsce

<b>Punktacja</b>	
6 wspólnych antygenów HLA, A, B, DR	100
Dawca poniżej 15 r.ż. dla biorcy do 15 r.ż.	100
Biorca z listy urgens	100
.....	
<b>Jeden wspólny antygen HLA</b>	
HLA-A	1
HLA-B	4
HLA-DR	7
<b>Biorca immunizowany</b>	
PRA > 80%	30
PRA70-79%	1
<b>Biorca z ośrodka w pobliżu pobrania</b>	3
<b>Wiek &gt; 60 lat i czas dializ &gt; 3 lat</b>	1
<b>Czas dializ &gt; 4 lat</b>	1
<b>2 x rezerwa</b>	1
<b>Depresja sytuacyjna</b>	1

Z tytułu zadań Krajowej Listy Biorców Przeszczepów Unaczynionych (**KLB**) Poltransplant ogłasza corocznie konkurs dla pracowni zgodności tkankowej na badanie zgodności tkankowej oczekujących i stopień uczulenia biorców.

Do dnia 29 marca 2004 do konkursu wpłynęło 9 ofert. W wyniku prac Komisji Konkursowej zawarto umowy z 8 Pracowniami Zgodności Tkankowej.

*Danuta Stryjecka-Rowińska, Jolanta Przygoda, Małgorzata Hermanowicz*

### **Omówienie wykonania prób krzyżowych i ocena PRA w ramach warsztatów Zakładu Immunologii Klinicznej CLO**

W celu kontroli jakości wyników pracowni badania zgodności tkankowej, Zakład Immunologii Klinicznej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus „Centrum Leczenia Obrażeń” w Warszawie jako pracownia referencyjna Poltransplantu w dniach 15-18 listopada 2004 roku przeprowadził drugi workshop w celu zebrania informacji o metodach, wg których w pracowniach zgodności tkankowej współpracujących z ośrodkami transplantacyjnymi wykonywane są próby krzyżowe dla doboru dawcy i biorcy narządu unaczynionego.

Do współpracujących pracowni wysłano jako źródło komórek od dawcy fragment śledziony i węzeł chłonny. Komórki, które z nich w izolowano to komórki jednojądrzaste (MNC-mononuclear cells).

Jednocześnie wraz z komórkami wysłano cztery zakodowane surowice (a,b,c,d) od oczekujących potencjalnych biorców przeszczepów. Próby krzyżowe należało wykonać z MNC i tymi surowicami.

Ponadto do pracowni przesłano druk protokołu opracowany w Zakładzie, który należało wypełnić. Niestety nie wszystkie pracownie przesłały odpowiedzi na pytania w nim umieszczone.

Między innymi poproszono o krótki opis metody przeprowadzenia prób krzyżowych z uwzględnieniem czasów i temperatur inkubacji, zastosowanych rozcieńczeń surowic, użytych odczynników, metody uzyskania subpopulacji limfocytów B oraz opisu zastosowanych kontroli pozytywnej i negatywnej.

Aby prawidłowo ocenić wynik przeprowadzonej próby krzyżowej wykonanej przy użyciu testu mikrolimfocytotoksycznego należy przeprowadzić kontrolę pozytywną, tzn. oprócz testu wykonanego w badanej surowicy chorego przeprowadzić taki sam test w surowicy, która jest wzorcem reakcji pozytywnej tj. takiej, w której komórki (MNC) od każdego dawcy zostaną zabite w wyniku działania przeciwciał zależnych od dopełniacza oraz wykonać kontrolę negatywną tzn. wykonać test limfocytotoksyczny w surowicy chorego, w której nie ma przeciwciał limfocytotoksycznych tzn. takiej, w której komórki od dawcy nigdy nie będą zabite.

Prosząc o opis użytych kontroli chcieliśmy uzyskać informację o tym czy pracownia zgodności tkankowej dysponuje właściwymi kryteriami oceny testu.

W niektórych pracowniach wykonano test limfocytotoksyczny tylko w pełnych surowicach.

Wykonanie testu w rozcieńczonej surowicy umożliwia wykrycie przeciwciał cytotoksycznych przeciw leukocytom dawcy wtedy, kiedy występują one w bardzo wysokim mianie. Użycie pełnej surowicy wyklucza taką możliwość (otrzymuje się wtedy informacje o braku takich przeciwciał-wynik fałszywie ujemny).

Sytuacja taka może zaistnieć w testach z użyciem surowic od chorych „wysokoimmunizowanych”.

Celem przeprowadzenia workshopu było sprawdzenie, czy wyniki doboru biorców do określonego jednego dawcy doprowadziłyby do zakwalifikowania tych samych chorych do transplantacji w każdym z ośrodków transplantacyjnych.

**Dwóch chorych ( surowice „a” i „b”) zostałyby zakwalifikowanych do transplantacji przez wszystkie pracownie zgodności tkankowej. Nie stwierdzono w ich surowicach obecności przeciwciał skierowanych przeciwko antygenom dawcy.**

Jeden chory (surowica „d”) zostałby zdyskwalifikowany jako potencjalny biorca przeszczepu od testowanego dawcy. Wynik próby krzyżowej z tym dawcą był dodatni we wszystkich pracowniach zgodności tkankowej.

Rozbieżności w wynikach crossmatch'u dotyczą jednego chorego ( surowica „c”).

W trzech pracowniach (Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach-pracownia HLA; Zakład Mikrobiologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie-Pracownia Zgodności Tkankowej; i Zakład Immunologii Klinicznej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus-Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie ) pacjent zostałby zakwalifikowany do transplantacji (nie stwierdzono obecności przeciwciał skierowanych przeciwko komórkom dawcy - crossmatch negatywny).

W innych trzech pracowniach (Zakład Immunopatologii SPSK nr 1, Akademickie Centrum Kliniczne Akademii Medycznej w Gdańsku; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika, Oddział Chorób Wewnętrznych, Pracownia Immunologii Kardiologicznej i Transplantacyjnej w Łodzi; i Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Pracownia Zgodności Tkankowej) zostałby zdyskwalifikowany jako biorca, gdyż wynik próby krzyżowej określony został jako słabo pozytywny.

Jedna pracownia (Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu, Laboratorium Immunologii Tkankowej) określiła wynik testu z pełną populacją limfocytów (limfocyty T+ limfocyty B) jako słabo pozytywny. Natomiast test z limfocytami B określiła jako negatywny, co wskazywałoby, że jeden z tych wyników jest błędny. Wynik ten nie został skomentowany przez pracownię.



Natomiast pracownia typowania tkankowego Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, Zakład Immunologii Klinicznej określiła jako słabo pozytywny wynik testu z limfocytami B w pełnej surowicy „c” zaznaczając jednakże, że w kontroli negatywnej również wynik był słabo pozytywny. Wskazuje to na to, że nie potrafiono jednoznacznie zinterpretować otrzymanego wyniku.

W części workshop'u dotyczącej oceny poziomu preformowanych PRA w surowicach od chorych („a”, „b”, „c”, „d”) oczekujących na przeszczep należy zauważyć, że rozbieżności w otrzymanych wynikach są mniejsze niż w poprzednich workshopach.

Z uwagi na to, że każda pracownia zgodności tkankowej dysponuje innym zestawem dawców panelowych tzn., że różny jest zbiór fenotypów HLA, z którymi testowano surowice, różnice w uzyskanym odsetku reakcji pozytywnych mieszczą się w większości przypadków w dopuszczalnych granicach. Doświadczenia (25-letnie) naszej pracowni wskazują, że różnice pomiędzy poszczególnymi panelami dawców rzutują na wynik oznaczenia % PRA i mieszczą się w granicach 13 - 16 punktów procentowych.

Surowica „a” określona została przez wszystkie pracownie jako negatywna.

Przeciwciała określone w surowicy „d” zakwalifikowałyby potencjalnego biorcę jako średnio lub wysokoimmunizowanego.

Poziom PRA w surowicy potencjalnego biorcy „b”, pozwoliłby zakwalifikować go do grupy niskoimmunizowanych (oprócz wyniku uzyskanego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika, Oddział Chorób Wewnętrznych, [Pracownia Immunologii Kardologicznej i Transplantacyjnej w Łodzi].

Poziom PRA w surowicy „c” (jeśliby odrzuciłoby się wyniki z trzech ośrodków (Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach, Pracownia HLA; Zakład Mikrobiologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Pracownia Zgodności Tkankowej; i Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Pracownia Zgodności Tkankowej) pozwoliłoby zakwalifikować tego chorego jako chorego średnioimmunizowanego.

W przesłanej do Poltransplantu tabeli z zestawieniem wyników poziomu PRA użyto skrótu PBL (peripheral blood lymphocytes), ponieważ używa się do testów mikrolimfocytotoksycznych komórek wyizolowanych z krwi obwodowej dawców panelowych.

Wyniki uzyskane w poszczególnych pracowniach zgodności tkankowej można w dużym uproszczeniu uszeregować w następujące grupy:

- **niskie poziomy PRA** (zanizone): oznaczono w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach, Pracownia HLA oraz Zakładzie Mikrobiologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Pracownia zgodności Tkankowej;
- **średnie poziomy PRA**: oznaczono w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie, Zakład Immunologii Klinicznej, Pracownia Typowania Tkankowego oraz Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Pracownia Zgodności Tkankowej;
- **wysokie poziomy PRA**: oznaczono w Zakładzie Immunopatologii SPSK nr 1, Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku; Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika, Oddział Chorób Wewnętrznych, Pracownia Immunologii Transplantacyjnej w Łodzi, Zakładzie Immunologii Klinicznej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus-Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie i Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu, Laboratorium Immunologii Tkankowej.

*Maria Nowaczyk, Andrzej Górski*

## Przeszczepianie płuc

Pierwszego zabiegu przeszczepienia płuca u człowieka dokonano w 1963 r, ale dopiero 20 lat później taka operacja zakończyła się sukcesem. Od końca lat 80-tych liczba dokonanych przeszczepów stale rośnie. Na początku obecnego stulecia przekroczyła ona w samych Stanach Zjednoczonych 1000 przypadków rocznie. Nadal jednak wydłuża się kolejka osób oczekujących, a śmiertelność na liście oczekujących wynosi 10-15%. Jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy jest niedobór dawców narządów. Dlatego coraz częściej stosuje się metodę tzw. twin recipients, kiedy płuca od jednego dawcy trafiają do dwu biorców. W latach 90-tych wprowadzono też pobieranie płuca (płata płuca) od osób żywych, najczęściej blisko spokrewnionych z biorcą.

### Kwalifikacja biorcy

#### Wskazania do przeszczepu płuc

- Schyłkowa postać chorób miąższu płucnego lub chorób naczyń płucnych:
- Wyczerpanie zachowawczych i chirurgicznych metod leczenia (poza transplantacją płuc)
- Przewidywane ograniczone do 50% roczne przeżycie bez przeszczepu
- Szybka progresja choroby
- Retransplantacja

#### Choroby miąższu płucnego

- Rozedma (z lub bez niedoboru alfa -1- anytrypsyny)
- Przewlekła obturacyjna choroba płuc
- Mukowiscydoza
- Rozstrzenie oskrzeli
- Włóknienie płuc (idiopatyczne, AZPP)
- Histiocytoza X
- Sarkoidoza
- LAM ( Lymphangioleiomyomatosis)

#### Choroby naczyń płucnych:

- Pierwotne nadciśnienie płucne
- Wtórne nadciśnienie płucne (zespół Eisenmengera, ASD, przetrwały przewód tętniczy Bottala)
- Przewlekła zatorowość z nadciśnieniem płucnym

#### Przeciwwskazania względne do przeszczepienia:

- Wiek (biologiczny) > 60 lat
- Osteoporoza
- Pacjent zaintubowany
- Ciężkie choroby układu kostnego (skoliozy) lub mięśniowego
- Wyniszczenie
- Otyłość
- długotrwała sterydoterapia

- Gruźlica płuc
- Wyleczone nowotwory złośliwe ( minimalny okres bez nawrotu/wznowy 5 lat)

#### **Przeciwwskazania bezwzględne:**

- Czynna choroba nowotworowa
- Ciężkie pozapłucne schorzenia układowe
- Zakażenie wirusem HIV
- Nosicielstwo MRSA lub innych szczepów wieloopornych
- Zapalenie wątroby typu B lub C
- Ciężkie choroby psychiczne
- Nielezione uzależnienia od alkoholu, środków odurzających itp.

#### **Kwalifikacja dawcy**

##### Podstawowe dane dawcy

- Dane kliniczne
  - ❖ wykonane zabiegi/operacje
  - ❖ zatrzymanie krążenia/oddychania
  - ❖ rytm serca, stan hemodynamiczny
  - ❖ diureza
  - ❖ sposób wentylacji
- Leki – aminy presyjne
- Dane laboratoryjne: grupa krwi, Htk, leukocytoza, enzymy sercowe i wątrobowe, elektrolity, kreatynina, równowaga kwasowo-zasadowa, posiewy, badanie moczu

W ciągu ostatnich kilkunastu lat modyfikacji uległy kryteria akceptacji dawcy płuca. Zdobyte doświadczenie oraz postęp w intensywnej terapii i immunoterapii pozwoliły na pobieranie narządów od dawców spełniających rozszerzone kryteria. Ostatnio czynione są próby przeszczepiania płuc od dawców po zatrzymaniu krążenia, wtedy wstępnym sposobem konserwacji płuca przed jego pobraniem jest płukanie jamy opłucnej płynem konserwującym przez dreny.

#### **Kryteria akceptacji dawcy**

##### **Standardowe**

- Identyczna grupa krwi
- Wiek < 55
- Papierosy < 20 paczkolet
- Bez urazu kłp
- Wentylacja mechaniczna < 48 godz.
- Astma (-), rak (-)
- Posiewy płwociny (-) pobranie u każdego potencjalnego dawcy
- Saturacja >300mmHg (przy FiO<sub>2</sub> 1,0; PEEP 5cm H<sub>2</sub>O)
- Prawidłowy rtg kłp
- Fiberobronchoskopia prawidłowa

##### **Rozszerzone**

- Zgodna grupa krwi
  - ❖ dawca z grupą O może być dawcą uniwersalnym
  - ❖ dawca z grupą AB jest uniwersalnym biorcą
- Wiek > 55

- Papierosy > 20 paczolat
- Ograniczony uraz kłp
- Wentylacja mechaniczna > 48 godz
- Astma (+)
- Nowotwór – pierwotny CUN
- Posiewy płwociny (+)
- Saturacja <300mmHg (przy FiO<sub>2</sub> 1,0, PEEP 5cm H<sub>2</sub>O)
- Ograniczone zmiany w rtg kłp
- Fiberobronchoskopia - wydzieliną w głównych drogach oddechowych

#### **Przeciwwskazania**

- Rozległy uraz kłp
- Nowotwór (+)
- Rozlane zmiany w rtg kłp
- FOB – ropna wydzieliną w drogach oddechowych, objawy zachłyśnięcia

Warunkiem powodzenia operacji przeszczepienia płuc jest nie tylko właściwy dobór dawcy i biorcy, ale także prawidłowa opieka nad dawcą w okresie przed pobraniem; utrzymanie prawidłowego bilansu wodnego dla uniknięcia obrzęku płuc, toaleta dróg oddechowych, wyrównywanie zaburzeń krążeniowych z zastosowaniem amin katecholowych. Ze względu na stosunkowo krótki dopuszczalny czas zimnego niedokrwienia pobranego płuca (ok. 6 godzin) konieczna jest dobra koordynacja pracy zespołów pobierającego i wszczepiającego oraz koordynacja działań z pozostałymi zespołami pobierającymi inne narządy do przeszczepu. Szczególnie ważne jest porozumienie między zespołem kardiochirurgicznym pobierającym serce i zespołem torakochirurgicznym pobierającym płuca.

Zależnie od wskazań biorca kwalifikowany jest do przeszczepienia jednego płuca lub obu. W pierwszym przypadku stosuje się dostęp przed torakotomię, a w drugim przypadku obustronną torakotomię przednią z poprzecznym przecięciem mostka (tzw. clamshell incision). W ok. 1/3 przypadków konieczne jest użycie krążenia pozaustrojowego podczas wszczepiania płuca. Dotyczy to głównie pacjentów z pierwotnym nadciśnieniem płucnym (PPH).

Wczesne powikłania pooperacyjne to zakażenia (bakteryjne, grzybicze, wirusowe), upośledzone gojenie szczególnie w obrębie zespolenia oskrzelowego (zwężenie, nieuszczelnienie), niewydolność wszczepionego płuca, ostre odrzucanie przeszczepu. Późne powikłania to zarostowe zapalenie oskrzelików (bronchiolitis obliterans), odrzucanie przeszczepu (konieczna częsta kontrola w postaci endoskopowej biopsji płuca i modyfikacja leczenia immunosupresyjnego).

Odległe wyniki przeszczepu płuc są nadal gorsze niż przeszczepu innych narządów – 5-cio letnie przeżycie biorców wynosi ok. 40%. Większość pacjentów, którzy poddali się operacji przeszczepienia płuc podkreślają znaczną poprawę jakości życia jako najważniejszą korzyść płynącą z takiej metody leczenia.

*Włodzimierz Kupis, Tadeusz Orłowski  
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa*

## Ogólnopolski Centralny Rejestr Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej

Na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20.10.2000 roku zadania dotyczące rozwoju Ogólnopolskiego Centralnego Rejestru Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej są realizowane przez Zakłady Opieki Zdrowotnej (ZOZ) wyłonione w drodze konkursu ogłaszanego co roku przez POLTRANSPLANT. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest posiadanie doświadczenia w oznaczaniu antygenów zgodności tkankowej HLA metodą serologiczną w klasie I i metodą genetyczną w klasie II.

W ramach realizacji zadań dotyczących Rozwoju Ogólnopolskiego Centralnego Rejestru Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej Poltransplant zleca wykonanie procedur obejmujących:

- a) rekrutację potencjalnych dawców szpiku, którzy prawidłowo wypełnią i podpiszą oświadczenia woli o wpisanie do Ogólnopolskiego Centralnego Rejestru Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej.
- b) badanie lekarskie potencjalnego dawcy,
- c) wykonywanie badań antygenów zgodności tkankowej u potencjalnych dawców szpiku metodą serologiczną (klasa I) oraz metodą genetyczną (klasa II),
- d) bankowanie próbek krwi pobranych od każdego dawcy,
- e) przekazanie wyników badań do wyłącznej dyspozycji Ogólnopolskiego Centralnego Rejestru Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej.

W 2004 roku w wyniku konkursu Poltransplant zawarł kontrakty na badania u 1450 nowo zrekrutowanych potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku z następującymi Zakładami Opieki Zdrowotnej na łączną kwotę 843 900,00 PLN:

1. Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie	- 100 badań
2. NZOZ MEDiGEN w Warszawie	-350 badań
3. Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie	- 230 badań
4. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu	- 350 badań
5. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 AM w Gdańsku	- 200 badań
6. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	- 120 badań
7. Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	- 100 badań
	<u>1 450 badań</u>

W ramach realizacji świadczenia zdrowotnego, „Rozwój Ogólnopolskiego Centralnego Rejestru Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej”, przystępujące do konkursu Zakłady Opieki Zdrowotnej wykonały w 2004 roku zakontraktowaną liczbę badań potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku całkowicie wywiązując się z zawartego z Poltransplantem pierwotnego kontraktu.

W październiku 2004 roku Ministerstwo Zdrowia przekazało do Poltransplantu dodatkowo 60 000,00 PLN na badania niespokrewnionych dawców szpiku, a Poltransplant zwiększył kwotę przeznaczoną na rozwój Rejestru o 196 080,00 PLN co pozwoliło zwiększyć dotychczasowy kontrakt o 440 badań.

Procedury rozdzielono na poszczególne ośrodki:

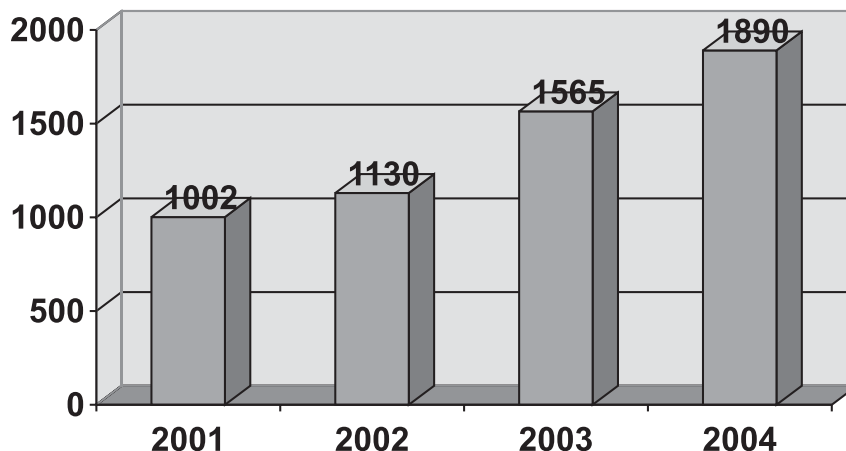
1. NZOZ MEDiGEN w Warszawie	- 150 badań
2. Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie	- 50 badań
3. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu	- 100 badań
4. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 AM w Gdańsku	- 40 badań
5. Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	- 100 badań
	440 badań

Wyniki realizacji kontraktu w latach 2001–2004 przedstawia tabela

Nazwa zakładu opieki zdrowotnej	2001		2002		2003		2004	
	Liczba zakontraktowanych badań potencjalnych dawców szpiku	Liczba wykonanych badań (I i II klasa HLA)	Liczba zakontraktowanych badań potencjalnych dawców szpiku	Liczba wykonanych badań (I i II klasa HLA)	Liczba zakontraktowanych badań potencjalnych dawców szpiku	Liczba wykonanych badań (I i II klasa HLA)	Liczba zakontraktowanych badań potencjalnych dawców szpiku	Liczba wykonanych badań (I i II klasa HLA)
Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie	450	81	100	100	112	112	100	100
Dolnośląskie Centrum Gruźlicy i Chorób Płuc we Wrocławiu	450	386	—	—	—	—	—	—
NZOZ Medigen w Warszawie	517	517 + 18*	500	500	300	300	500	500
Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach	—	—	80	80	212	212	—	—
Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu	—	—	350	350	291	291	450	450
Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus - Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie	—	—	100	100	212	212 + 1*	280	280
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 AM w Gdańsku	—	—	—	—	212	212	240	240
Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku	—	—	—	—	112	112 + 1*	—	—
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	—	—	—	—	112	112	120	120
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	—	—	—	—	—	—	200	200
<b>RAZEM</b>	<b>1417</b>	<b>1002</b>	<b>1130</b>	<b>1130</b>	<b>1563</b>	<b>1565</b>	<b>1890</b>	<b>1890</b>

\* dawcy przekazani do Poltransplantu nieodpłatnie poza kontraktem

### Liczba przebadanych potencjalnych dawców szpiku w latach 2001-2004



### Aktywność rejestru OCRDSiKP w 2004 roku

Z końcem 2004 roku w bazie Rejestru OCRDSiKP zarejestrowano dane 5 587 potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku. Rejestr OCRDSiKP posiada akredytację w światowym rejestrze BMDW (Bone Marrow Donors Worldwide) aktualnie skupiającym 54 rejestry niespokrewnionych potencjalnych dawców szpiku z 40 krajów i 37 banków krwi pępowinowej z 21 krajów. W grudniu 2004 roku liczba dawców i jednostek krwi pępowinowej zgromadzonych w BMDW przekroczyła 9,5 miliona. Do dnia ostatniej aktualizacji (28 grudnia 2004 roku) Rejestr OCRDSiKP przesłał do BMDW dane 5 467 potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku posiadających w 100% oznaczenia antygenów zgodności tkankowej układu HLA serologicznie w klasie I klasie i genetycznie w klasie II.

W 2004 roku do Rejestru OCRDSiKP napłynęło 106 próśb o wstępne przeszkolenie bazy danych dla 27 pacjentów z kraju i 79 pacjentów z zagranicy. Otrzymało 30 zleceń o próbki krwi na typowanie potwierdzające i 26 o dotypowanie antygenów zgodności tkankowej układu HLA na poziomie wysokiej rozdzielczości. Zrealizowano 7 pobrań szpiku kostnego od dawców z Rejestru OCRDSiKP w tym 5 pobrań dla pacjentów krajowych i 2 pobrania dla pacjentów z zagranicy. Kolejne dwa pobrania szpiku kostnego od dawców z Rejestru OCRDSiKP zaplanowano na I kwartał 2005.

*A. Pietrzykowska, A Łęczyczka*

## **Dobór niespokrewnionych dawców szpiku w 2004 roku**

W latach 2001-2003 Poltransplant realizował dobór niespokrewnionych dawców szpiku w ramach Programu Polityki Zdrowotnej. Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu były ściśle określone.

Zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia procedura poszukiwania i doboru dawcy szpiku dla jednego chorego mogła być refundowana do wysokości 20 000,00 PLN. Koszt większości realizowanych procedur był niższy niż kwota 20 000,00 PLN, co pozwalało zwiększać pierwotnie planowaną ilość realizowanych procedur doboru. Jednak liczba wniosków wpływających przekraczała poziom środków finansowych przyznanych na realizację Programu i 31 grudnia 2003 r. w Poltransplancie oczekiwały na uruchomienie środków finansowych 2004 r. 43 wnioski (Tabela Nr 2).

Na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2003 r. (Dz. Urz. MZ Nr 1 z 2004 r.) od 1 stycznia 2004 r. Poltransplant realizuje dobór niespokrewnionych dawców szpiku już nie jako Program Polityki Zdrowotnej a jako zadanie statutowe w ramach planu finansowego całej jednostki. Zmiana podstaw realizacji „Doboru” dała Poltransplantowi możliwości rozdzielania środków na poszczególne zadania w ramach zatwierdzonego planu finansowego i dzięki temu w 2004 r. nie doszło do kumulowania wniosków oczekujących na zlecenie i na dzień 31 grudnia 2004 r. nie było zalegających wniosków.

W lutym 2004 r. odbył się konkurs ofert, a w dniach 25-27.02.2004 r. zawarto umowy na realizację doboru niespokrewnionych dawców szpiku z następującymi zakładami opieki zdrowotnej na łączną kwotę 2 400 000,00 PLN:

● Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych z KBDS we Wrocławiu	35 zleceń
● Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie	20 zleceń
● NZOZ MEDiGEN w Warszawie	35 zleceń
● Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	10 zleceń
● Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego Śląskiej AM w Katowicach - do doboru dawców z rejestrów amerykańskich po nieskutecznym przeszukaniu rejestrów europejskich	20 zleceń
	<hr style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> 120 zleceń

W 2004 r. nie wprowadzono istotnych zmian w obowiązujących Zasadach Realizacji Doboru Niespokrewnionych Dawców Szpiku. Utrzymano limit 20 000,00 PLN oraz przestrzeganie preferencji wskazanych we wniosku co do ośrodka realizującego dobór.

Zgodnie z Zasadami Doboru Niespokrewnionych Dawców Szpiku Poltransplant zlecał otrzymywane wnioski do realizacji wg kolejności ich wpływu oraz zgodnie z posiadanymi wolnymi środkami. Poza kolejnością zgłoszenia Poltransplant kierował do realizacji wyłącznie wnioski o pilne rozpoczęcie poszukiwania ze względów medycznych,



zawsze po zasięgnięciu pisemnej opinii konsultantów z innego ośrodka transplantacyjnego. W 2004 r. było 21 takich przypadków.

Wnioski, w których nie było wskazania ośrodka poszukującego dawcę szpiku, Poltransplant kierował, według daty wpłynięcia wniosku do ośrodków, w których czas oczekiwania na wydanie zleceń był najkrótszy (Tabela Nr 1).

**Tabela 1. Liczba wniosków skierowanych do Poltransplantu z uwzględnieniem wskazań ośrodka poszukującego w 2004 r.**

Ośrodek poszukujący	Ogólna liczba wniosków otrzymanych	Liczba wniosków ze wskazaniem ośrodkiem poszukującym	Liczba wniosków bez wskazania ośrodka poszukującego
DCTK Wrocław	77	46	31
IHiT Warszawa	72	51	21
NZOZ Medigen Warszawa	106	102	4
SP CSK Warszawa	20	12	8
SP Sz. Kl. im. A. Mielęckiego Katowice	13	13	0
RAZEM	288	224	64

W 2004 r. do Poltransplantu wpłynęło ogółem 245 wniosków na poszukiwanie i dobór niespokrewnionych dawców szpiku z czego 6 zostało wycofanych przed wydaniem zlecenia na rozpoczęcie poszukiwania. Do realizacji przekazano łącznie 282 wnioski tj. 239 nowych wniosków z 2004 r. i 43 wnioski oczekujące na zlecenie w dniu 31.12.2003 r. (Tabela Nr 2).

**Tabela 2. Poszukiwania niespokrewnionych dawców szpiku w latach 2001-2004**

Rok	Liczba wniosków z poprzedniego roku	Liczba nowych wniosków	Razem	Wnioski wycofane przed zleceniem	Wnioski przekazane do realizacji	Wnioski wycofane po zleceniu	Liczba procedur zapłaconych
2001	-	162	162	-	162	36	100
2002	54	215	269	11	176	27	172
2003	28	238	266	19	198	25	197
2004	43	245	288	6	282	24	216 (21)*

\* procedury rozliczone częściowo

W październiku 2004 r. Poltransplant otrzymał z Ministerstwa Zdrowia dodatkowe 700 000,00 PLN oraz przeznaczył w ramach środków własnych 220 596,00 PLN co pozwoliło na zwiększanie liczby procedur poszukiwania i doboru drogą podpisywania aneksów do umów podstawowych, w miarę napływu nowych wniosków.

W Tabeli Nr 3 przedstawiono realizację doboru niespokrewnionych dawców szpiku w 2004 r.

Spośród 282 wydanych zleceń 24 zostały wycofane przez ośrodki transplantacyjne. Z pozostałych 258 procedur do końca 2004 r. zakończono i rozliczono w całości 195 a częściowo 21.

**Tabela 3. Liczba procedur zleconych ośrodkom poszukującym w 2004 r.**

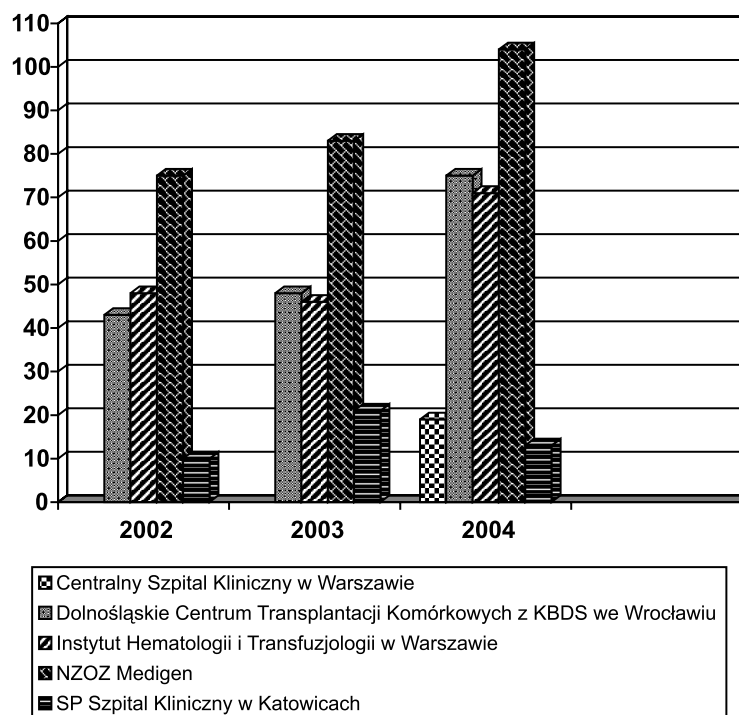
Ośrodki dobierające	Liczba wydanych zleceń	Procedury rozliczone do 31.XII
DCTK Wrocław	75 (-7)*	59
IHiT Warszawa	71 (-8)*	43 (6) **
NZOZ MEDIGEN Warszawa	104 (-5)*	94 (15) **
SP CSK Warszawa	19 (-2)*	9
SP Sz. Kl. im. A. Mielęckiego Katowice	13 (-2)*	11
<b>RAZEM</b>	<b>282 (-24)*</b>	<b>216 (21) **</b>

\* wnioski wycofane po wydaniu zlecenia;

\*\* częściowe rozliczenie procedury doboru

W dniu 18 listopada Poltransplant wystąpił do Ministerstwa Zdrowia o zabezpieczenie 556 000,00 PLN jako środki niewygasające z końcem 2004 r., które są przeznaczone na opłacenie 42 rozpoczętych procedur oraz dokończenie 21 procedur opłaconych częściowo przed 31 grudnia 2004 r.

Strukturę zleceń w latach 2002-2004 w/g poszczególnych ośrodków realizujących dobór przedstawia poniższy wykres.



*Jolanta Hołoweńko, Anna Włodarska*

# Ubezpieczenie na życie dla żywych dawców narządów

## FUNDACJA ZJEDNOCZENI DLA TRANSPLANTACJI

ul. Nowogrodzka 59, pawilon XI c  
02-006 Warszawa  
tel. / fax. (22) 625 45 77  
[www.transplantacja.org.pl](http://www.transplantacja.org.pl)  
[fundacja@transplantacja.org.pl](mailto:fundacja@transplantacja.org.pl)  
Konto Kredyt Bank SA. Warszawa  
Nr 07 1500 1012 1210 1007 9281 0000



Warszawa, 27.01.2005r.

Szanowny Pan  
Prof. dr hab. med. Janusz WAŁASZEWSKI  
Dyrektor Centrum Koordynacyjno - Organizacyjnego  
POLTRANSPLANT

Szanowny Panie Profesorze,

Z przyjemnością informuję o rozpoczęciu współpracy pomiędzy *Fundacją „Zjednoczeni dla Transplantacji”* i Towarzystwem Ubezpieczeniowym *Allianz Polska S.A.* w zakresie ubezpieczenia na życie obejmującego ochronę żywych dawców nerek lub fragmentów wątroby. Dzięki inicjatywie *Fundacji*, ten unikalny w skali kraju program, jest już dostępny bezpłatnie dla dawców we wszystkich ośrodkach transplantacyjnych w Polsce. Suma ubezpieczenia oferowanego przez *Allianz Polska S.A.* wynosi 30.000 zł w przypadku zgonu oraz 15.000 zł w przypadku poważnego zachorowania (udar mózgu, zawał serca, zatorowość płuc) i obowiązuje przed 3 miesiące od podpisania przez dawcę deklaracji o przystąpieniu do programu (ogólne warunki, formularze deklaracji i instrukcje w załączeniu).

Wsparcie firmy *Allianz Polska S.A.* dla rozwoju transplantologii w naszym kraju jest wyrazem uznania dla dotychczasowych, imponujących dokonań specjalistów medycznych w tym zakresie. Rada *Fundacji* jest przekonana, że wdrożenie tego programu w oddziałach transplantologicznych poprawi wyniki i stanowiłoby dodatkowy bodziec i zachętę dla żywych dawców.

W związku z powyższym, uprzejmie proszę o przesyłanie na adres *Fundacji Zjednoczeni dla Transplantacji* na 10 dni przed planowanym zabiegiem przeszczepienia od żywego dawcy wypełnionej deklaracji przystąpienia. Po otrzymaniu zgłoszenia zawiadomimy T.U. *Allianz S.A.*, podając imię i nazwisko dawcy.

Jednocześnie, proszę o zamieszczenie informacji na temat tego programu w najbliższym biuletynie POLTRANSPLANTU.

Z wyrazami szacunku,

Prof. dr hab. med. Wojciech Rowiński  
Przewodniczący Rady Fundacji

## Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia na życie dla dawców organów

Numer z wniosku o zawarcie grupowego ubezpieczenia na życie (przy zawarciu umowy)

9

Wykaz imienny (numer-rok-pozycja)

/P/ / /

Dane Ubezpieczającego

### Fundacja Zjednoczeni dla Transplantacji

ul. Nowogrodzka 59, pawilon 11C

02-006 Warszawa

Pieczęć

Dane Dawcy

Nazwisko

Imię (imiona)

Data urodzenia (d-m-r)

Miejsce urodzenia

Pesel

Adres stałego zamieszkania

Ulica, numer domu, mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon

Adres do korespondencji – jeżeli jest inny niż adres stałego zamieszkania

Ulica, numer domu, mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

 Kobieta
  Mężczyzna
 Liczba dzieci

Planowana data przeszczepu (d-m-r)

Czy posiada Pan(Pani) współmałżonka  tak  nie

Data urodzenia współmałżonka (d-m-r)

Dane Uposażonych

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia (d-m-r)	% świadczenia
1.			
2.			
3.			

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że z dniem wymienionym poniżej przy podpisie dobrowolnie przystępuję do ubezpieczenia na życie dla dawców organów.

Deklaracja zgody na przetwarzanie danych

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia i nałogów, przez TU Allianz Życie Polska S.A. dla celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia oraz działalnością statutową TU Allianz Życie Polska S.A. Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie ww. danych podmiotom przewidzianym przepisami prawa, podmiotom związanym z TU Allianz Życie Polska S.A. w celach związanych z działalnością ubezpieczeniową oraz Allianz Aktiengesellschaft Life and Health Reinsurance z siedzibą D-80802 Monachium, Koeniginstrasse 85, w związku z reasekurowaniem ryzyka przyjętego przez TU Allianz Życie Polska S.A. z tytułu umowy ubezpieczenia. Zgody powyższe obejmują również przetwarzanie ww. danych osobowych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel ich przetwarzania.

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(na) przez TU Allianz Życie Polska S.A. o zasadach i prawach wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133, poz. 883), a w szczególności o tym, że posiadam prawo do wglądu do swoich danych i ich poprawiania. TU Allianz Życie Polska S.A. informuje, że dane osobowe w niniejszej deklaracji są zbierane na zasadzie dobrowolności.

Oświadczenia końcowe

Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji TU Allianz Życie Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego. Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, a TU Allianz Życie Polska S.A. do zasięgania informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego zasięgałem(am) porad lub przez którego byłem(am) badany(a) lub leczony(a). Powyższe upoważnienie dotyczy również wszelkich placówek medycznych, w szczególności przychodni, szpitali. Wyrażam zgodę na wykonanie badań laboratoryjnych, włącznie z pobraniem próbki krwi na obecność przeciwciał anty-HIV. Oświadczam także, że zapoznałem(am) się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Data i podpis Dawcy

Data i podpis Ubezpieczającego

 Wyrażam zgodę
  Nie wyrażam zgody

na udostępnianie, na pisemną prośbę innych zakładów ubezpieczeń, informacji dotyczących moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji danych podanych przeze mnie przy zawieraniu umowy, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielania przez Towarzystwo informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa Uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości, w myśl przepisu art. 22 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Data i podpis Dawcy

## **Uwagi Przewodniczącego Krajowej Rady Transplantacyjnej**

Miniony rok przyniósł dalszy wzrost liczby pobieranych i przeszczepianych narządów (patrz Raport), jednak liczba pobieranych i przeszczepionych narządów jest nadal znacznie mniejsza od potrzeb. Przyczyną są bariery obyczajowe, które dotyczą nie tylko całego społeczeństwa, ale również, a może w głównej mierze środowiska lekarskiego. Wysoka liczba pobrań w województwie Zachodniopomorskim stanowi dowód, że „czynnik ludzki”, czyli umiejętność rozmowy z rodziną jest przyczyną sukcesu.

W minionym roku tempo wzrostu liczby pobrań narządów przekroczyło zaplanowany budżet Ministra Zdrowia. Dzięki inicjatywie Ministra Balickiego i staraniom Krajowej Rady Transplantacyjnej, oraz pozytywnemu wsparciu Sejmowej Komisji Zdrowia i Senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia w drugiej połowie 2004 roku udało się uzyskać dodatkowe 14 mln PLN na przeszczepianie szpiku i narządów.

Od bieżącego roku Krajowa Rada Transplantacyjna, która stanowi ciało doradcze Ministra Zdrowia, otrzymała dodatkowe zadanie – ocenę jakości świadczeń. Rada upoważniła Pana Doc. Dr hab. Zbigniewa Włodarczyka do przygotowania zasad i przeprowadzania audytu we wszystkich ośrodkach transplantacyjnych. Otrzymaliście już Państwo, lub otrzymacie w najbliższym okresie prośbę o wypełnienie wstępnej ankiety, po której nastąpi wizyta zespołu audytorskiego. Ocena wyników leczenia stosowana jest na całym świecie i stanowi warunek uzyskania lub przedłużenia akredytacji przez Płatnika (Ubezpieczenie, Budżet).

Od 2005 roku opiekę nad chorymi po przeszczepieniu narządu lub szpiku przejmuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Było to konieczne ze względu na ograniczony budżet Ministra Zdrowia. Tylko w wyniku przekazania tego zadania do NFZ możliwe będzie finansowanie tej samej liczby procedur transplantacyjnych w bieżącym roku. Pierwsze dni bieżącego roku udowodniły, że Fundusz nie był organizacyjnie przygotowany na te nowe świadczenia zdrowotne. Ponadto, Ministerstwo przekazało wraz z nowym zadaniem w planie finansowym kwotę 150 mln. PLN. Według naszych obliczeń koszt samych leków immunosupresyjnych przekracza 122 mln (bez cyklosporyny). Potrzeby zatem sięgają prawie 200 mln PLN. Krajowa Rada Transplantacyjna zwróciła się zatem do Ministra Zdrowia o wystąpienie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianę planu finansowego na rok 2005 w zakresie opieki nad chorymi po przeszczepieniu narządu.

Procedury transplantacyjne nadal będą w bieżącym roku finansowane z budżetu Ministra Zdrowia. Niestety, kwota przeznaczona na ten cel jest o 35–40 mln za mała w stosunku do spodziewanego wzrostu liczby zabiegów. Dlatego też kontrakty zawierane w początku roku będą zapewne nieco niższe niż oczekiwania poszczególnych ośrodków. Należy się spodziewać, że Krajowa Rada zwróci się już w marcu do Ministra Zdrowia o podjęcie starań o uzyskanie dodatkowych funduszy.

Od połowy 2004 roku zespół powołany przez Ministra Zdrowia, któremu przewodniczył Prof. Piotr Kaliciński przygotowywał nową Ustawę o Pobieraniu, Przechowywaniu i Przeszczepianiu Komórek, Tkanek i Narządów. Projekt Ustawy jest gotowy, przeszedł wymagane uzgodnienia międzyresortowe i będzie w najbliższych dniach

skierowany do Sejmu. Należy mieć nadzieję, że uda się jeszcze w czasie obecnej kadencji Parlamentu uchwalić tę Ustawę. Wprowadzenie nowej Ustawy jest konieczne ze względu na wydanie przez Parlament Europejski Dyrektywy dotyczącej pobierania, bankowania i przeszczepiania komórek i tkanek. Nowa Ustawa, poza wprowadzeniem niezbędnych zgodnych z Dyrektywą utrzymuje zasadę „zarejestrowanego sprzeciwu” (określenie to chyba jest lepsze niż „zgoda domniemana”) zezwala na poszerzenie kręgu dawców żywych („których łączą więzy osobiste i emocjonalne”), ustala jednak obowiązek zgłaszania każdego przeszczepienia narządu od dawcy żywego do nowo powołanej Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej. Ustawa powołuje również Krajowy Rejestr Dawców Żywych, którego celem jest śledzenie stanu zdrowia po usunięciu jednej nerki. Obowiązkiem tym obarczony zostaje ośrodek, w którym zabieg wykonano. Ustawa rozszerza zadania Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego Poltransplant, w którym poza prowadzeniem Krajowych List Biorców (szpiku i narządów unaczynionych) powołuje się również Rejestry Przeszczepień (szpiku i narządów unaczynionych). Ustawa powołuje również Krajowe Centrum Bankowania. Poszerzono również zadania Krajowej Rady Transplantacyjnej, która poza zadaniami opiniodawczymi ma również zadania kontrolne (w stosunku do ośrodków transplantacyjnych – audyty). W styczniu br. kończy się kadencja Krajowej Rady Transplantacyjnej a w lutym Minister Zdrowia powoła nową Radę. Odbędzie się to zgodnie z Zarządzeniem Ministra wydanym w 1996 roku.

W następstwie rezolucji Ministrów Zdrowia krajów wstępujących do Unii oraz Austrii, Grecji, Włoch, uczestniczących w spotkaniu w Pradze (sierpień 2003) nazwanej Deklaracją Praską powołano międzyrządową organizację „European Transplant Network” (Europejska Sieć Transplantacyjna). Zadaniem tej organizacji będzie ujednoczenie przepisów dotyczących bezpieczeństwa i jakości pobieranych narządów, oraz współpraca w zakresie przeszczepiania narządów (wymiana narządów w przypadkach pilnych wskazań do przeszczepienia wątroby). Biuro ETN znajduje się w Rzymie.

*Prof. Wojciech Rowiński  
Przewodniczący Krajowej Rady Transplantacyjnej  
Konsultant Krajowy ds. Transplantologii*

## KALENDARIUM

**NICHOLAS CUP IV Światowe Igrzyska Zimowe dla Dzieci  
po Przeszczepieniu Narządów**

Zakopane 19-26 lutego 2005  
[www.nicholascup2005.iwonicz-zdroj.pl](http://www.nicholascup2005.iwonicz-zdroj.pl)

---

**European Donor Surgery Masterclass**

20-22 April 2005. Leiden, The Netherlands  
[www.congresscare.com](http://www.congresscare.com)

---

**10<sup>th</sup> World Congress of IPITA International Pancreas  
and Islet Transplant Association**

Geneva Switzerland 4-7 May 2005  
[www.ipita2005.org](http://www.ipita2005.org)

---

**VII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego**

12-14 maja 2005 Wisła  
[www.transplantologia.pl](http://www.transplantologia.pl)

---

**American Transplant Congress**

May 21-25 2005, Seattle US  
[www.atcmeeting.org](http://www.atcmeeting.org)

---

**VII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa  
Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego**

pt.: „Postępy w hepatologii”  
5-7 czerwca 2005 Mikołajki Polska  
[pthzjazd2005@rektorat.amwaw.edu.pl](mailto:pthzjazd2005@rektorat.amwaw.edu.pl)    [www.medprakt.pl/pth](http://www.medprakt.pl/pth)

---

**3<sup>rd</sup> World Congress of Nephrology**

26-30 June 2005 Singapore  
[www.wcn2005.org](http://www.wcn2005.org)

---

**62 Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich**

14-17 września 2005 Białystok  
<http://www.62zjazdthp.com/admin.php>

## **KALENDARIUM**

**IX Congress of the Mexican Society of Transplant & XIX Congress  
of the Latin American and Caribbean Society of Transplant**

Cancun Mexico, October 11-15

slact@aol.com      jtrejob@avantel.net

---

**ESOT /ETCO 2005**

**12<sup>th</sup> Congress of the European Society for Organ Transplantation  
14<sup>th</sup> Congress of the European Transplant Coordinators Organisation**

15<sup>th</sup> to 19<sup>th</sup> October 2005 Geneva Switzerland

www.esot2005.org      www.etco2005.org

---

**8<sup>th</sup> Congress of the ISODP**

**(International Society for Organ Donation and Procurement)**

**& 5<sup>th</sup> Congress of ITCS**

**(International Transplant Coordinators Society) Gramado, RS,**

Brazil December 3-7, 2005

www.isodp2005.com.br

---

**World Transplant Congress**

Boston, Massachusetts, USA July 22-27 2006

www.wtc2006.org

---

**16<sup>th</sup> European Congress of Immunology**

Paris 6-9 September 2006

www.eci-paris2006.com

---

**XXII International Congress of The Transplantation Society**

9-15 August 2008 Sydney Australia

www.transplantation-soc.org