

POLTRANSPLANT

BIULETYN INFORMACYJNY

CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE
DO SPRAW TRANSPLANTACJI POLTRANSPLANT
02-005 WARSZAWA, UL. LINDLEYA 4, TEL./FAX 0-22 622 58 06

NR 1

MARZEC 1997
KWARTALNIK
ISSN 1428-0825



Zarządzeniem z dnia 14 czerwca 1996 Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał państwową jednostkę organizacyjną o zasięgu ogólnopolskim pod nazwą Centrum Organizacyjno Koordynacyjne do spraw transplantacji POLTRANSPLANT z siedzibą w Warszawie. Do najważniejszych zadań POLTRANSPLANTU należą: organizacja i koordynacja pobierania i przeszczepiania tkanek i narządów, prowadzenie Centralnego Rejestru Sprzeciwów (CRS), nadzór nad krajowymi listami biorców, jakością typowania tkankowego, organizacja stanowisk koordynatorów przeszczepiania i ich szkolenie oraz działalność upowszechniająca przeszczepianie tkanek i narządów.

Powołanie POLTRANSPLANTU jako państwowej jednostki budżetowej jest wynikiem wejścia w życie ustawy z dnia 26 października 1995 o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów i ma na celu skoordynowanie działania ośrodków transplantacyjnych w Polsce.

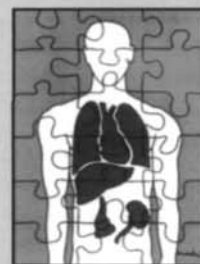
Nie należy zapominać, że potrzeba koordynacji pobierania i przeszczepiania narządów zrodziła się dużo wcześniej. Z inicjatywy zespołów transplantacyjnych CZD w Warszawie, w Zabrzu, Krakowie i Szczecinie w dniu 3 lutego 1992 r w Centrum Zdrowia Dziecka w Aninie odbyło się zebranie przedstawicieli ośrodków transplantacyjnych, którego celem było utworzenie ogólnokrajowej organizacji koordynującej pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce. Zebrani ustalili wstępne założenia współpracy między ośrodkami i powołali dr J. Wałaszewskiego na przewodniczącego grupy inicjatywnej organizującej zespół koordynacyjny.

Założenia działalności ogólnokrajowej organizacji transplantacyjnej przedstawione Ministrowi Zdrowia spowodowały, że w zarządzeniu z dnia 28 maja 1993 w sprawie powołania Krajowej Rady Transplantacyjnej znalazł się zapis, że do rozpatrywania zagadnień związanych z przeszczepianiem narządów Rada powołuje Ogólnokrajowy Zespół do spraw Pobierania i Przeszczepiania Narządów POLTRANSPLANT z siedzibą Biura Koordynacyjnego w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 1 AM w Warszawie.

SPIS TREŚCI

1. Potransplant
J. Wałaszewski 1
2. Aktualnie obowiązujące uregulowania prawne dotyczące pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów
B. Barcikowska 3
3. Centralny Rejestr Sprzeciwów
B. Barcikowska 5
4. Czynności prowadzące do orzeczenia śmierci mózgowej
R. Becler 7
5. Koordynator transplantacji
B. Łągiewska, J. Czerwiński 9
6. Nowe metody typowania HLA
R. Płoski 11
7. Centralna Lista Biorców
D. Rowińska 12
8. Edukacja środowiska medycznego i społeczeństwa w dziedzinie przeszczepiania narządów
D. Rowińska 14
9. Przeszczepianie narządów w Polsce w 1996 r. (dane Poltransplantu)
J. Wałaszewski 16

Wydawca: Poltransplant
Redakcja: dr D. Rowińska



MADEJ

Niezależnie od trybu formalnych rozporządzeń, od czasu pierwszego zebrania grupy inicjatywnej w CZD w lutym 1992, współpraca ośrodków transplantacyjnych w Polsce stała się faktem i Centrum Koordynacyjne w W-wie rozpoczęło działalność. Wieloletnie przyzwyczajenia i układy partnerskie między ośrodkami, powodowały że do POLTRANSPLANTU zgłoszono w 1993 tylko 41 % w 94- 55 % a w 95 - 69% informacji o możliwości pobrań narządów od osób zmarłych. Pomimo utrzymującej się dobrowolności współpracy w 1996 już prawie 90% pobrań w Polsce było zgłaszanych do Poltransplantu. Stworzyło to solidne podstawy dla działalności, powołanej oficjalnie państwowej jednostki organizacyjnej POLTRANSPLANT.

Od początku istnienia POLTRANSPLANT, prowadzi akcję promocji pobierania i przeszczepiania narządów, w środowiskach szpitalnych. Wydał broszurę dla lekarzy i pielęgniarek zawierającą podstawowe wiadomości o przeszczepianiu narządów, ulotki propagandowe „Przeszczepienie darem życia” oraz był współwydawcą książki Zarys chirurgii transplantacyjnej. Od 1993 kalendarz ścienny promujący POLTRANPLANT trafia co roku do większości szpitali w Polsce. Ponadto ogólnokrajowy zespół POLTRANSPLANT stał się organizacją integrującą środowisko transplantacyjne.

POLTRANSPLANT w obecnej formie organizacyjnej ma zapewnić lepsze wykorzystanie możliwości pobierania i przeszczepiania tkanek i narządów oraz sprzyjać zaspakajaniu stale wzrastającego zapotrzebowania społecznego na tę metodę leczenia.

Nowe uregulowania prawne (Dz. Urz. MZiOŚ Nr 151 poz.718) nakładają na lekarzy obowiązek zgłaszania do POLTRANSPLANTU lub najbliższego ośrodka transplantacyjnego każdej możliwości pobierania tkanek i narządów do przeszczepienia od osób zmarłych. Realizacja takich założeń będzie możliwa jedynie przy świadomym współdziałaniu całego środowiska lekarskiego i pielęgniarskiego. Istnieje zatem potrzeba stałego kontaktu Poltransplantu z zespołami lekarsko pielęgniarskimi szpitali wielospecjalistycznych. Służyć temu będzie także Biuletyn Informacyjny wydawany kwartalnie przez Poltransplant, którego pierwszy numer oddajemy do rąk czytelnika.

Biuletyn przygotowywany jest dla ośrodków transplantacyjnych, zespołów Szpitali i Oddziałów Intensywnej Terapii już współpracujących z Poltransplantem oraz tych które współpracę rozpoczynają. W Biuletynie będziemy przedstawiać aktualne wiadomości dotyczące pobierania i przeszczepiania tkanek i narządów w kraju i w świecie oraz informacje o działalności Poltransplantu i ośrodków transplantacyjnych w Polsce.

Prof. Janusz Wałaszewski
Dyrektor



Aktualnie obowiązujące uregulowania prawne dotyczące pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.

Najważniejsze uregulowania prawne wprowadzone w ostatnich dwóch latach zawiera ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 26 października 1995 r. (DZ.U. RP Nr 138 poz. 682] i towarzyszące jej przepisy wykonawcze.

Ustawa określa warunki pobierania i przeszczepienia komórek, tkanek i narządów od osób żywych i ze zwłok.

Do zapisów ustawy, które powinien znać każdy lekarz należą :

Art.4.1. Mówiący że, pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu.

2. W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za jej życia, przedstawiciel ustawowy tej osoby.

Art.5. Określający sposoby wyrażania sprzeciwu na pobranie po śmierci tkanek i narządów:

- wpis w centralnym rejestrze zgłoszonych sprzeciwów,
- oświadczenie pisemne zaopatrzone we własnoręczny podpis,
- oświadczenie ustne złożone w szpitalu w obecności dwóch świadków (w czasie przyjęcia lub pobytu)

Art.7.1. Dopuszczający pobranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej] przez komisję złożoną z trzech lekarzy, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej

terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.

2. Nakładający obowiązek zasięgnięcia przez lekarza przed pobraniem komórek, tkanek i narządów informacji, czy nie został zgłoszony sprzeciw w wyżej podanych formach, a w przypadku podejrzenia zgonu na skutek czynu zabronionego pod groźbą kary, czy prokurator (lub sąd rodzinny) nie wyraził sprzeciwu na pobranie.

Art.9. Mówiący że, komórki, tkanki i narządy mogą być pobrane od żywego człowieka, w celu przeszczepienia innej osobie, przy zachowaniu następujących warunków:

1. Pobranie na rzecz krewnego w linii prostej, osoby przysposobionej, rodzeństwa lub małżonka oraz z zastrzeżeniem art. 10 (orzeczenie sądu rejonowego) na rzecz innej bliskiej osoby.
2. Jeżeli przedmiotem pobrania jest szpik lub inna regenerująca się komórka lub tkanka, pobranie może nastąpić również na rzecz innej osoby niż wymieniona w punkcie 1.

Art. 16. Określający warunki niezbędne dla podejmowania i wykonywania czynności związanych z pobieraniem i przeszczepianiem oraz kwalifikacji personelu wykonującego te zadania,

Art. 19. i Art. 20 Mówiące o karalności komercjalizacji obrotu komórkami, tkankami i narządami.

Istotne znaczenie dla pobierania przeszczepów biostatycznych mają zapisy w:

Art. 2. Komórki, tkanki i narządy mogą być pobrane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych.

Art. 3. Komórki, tkanki i narządy ze zwłok mogą być pobierane w celach określonych w art. 2 również w czasie sekcji zwłok. W takich przypadkach aktualnie nie obowiązują przepisy dotyczące sprzeciwu. W przygotowaniu jest nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która przewiduje zmiany w zapisie ustawy z 26 paź. 1995 r. o pobieraniu komórek, tkanek i narządów w czasie sekcji, dotyczące obowiązku sprawdzania sprzeciwu.

Przepisy wykonawcze do ustawy z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

- 1) Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 czerwca 1996 r. w sprawie utworzenia Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. transplantacji POLTRANSPLANT (Dz.Urz. MZIOS. Nr 8, poz. 22).
- 2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 października 1996 r. w sprawie centralnego rejestru zgłoszonych sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów, sposobu rejestracji sprzeciwu oraz sposobu ustalania istnienia sprzeciwu w formie oświadczeń [podpisane w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości i Ministrem Spraw Wewnętrznych], (Dz.U. Nr 124, poz. 588).
- 3) Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), (Dz. Urz. MZiOS Nr 13, poz. 36).
- 4) Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1996r. w sprawie wyznaczenia zakładów opieki zdrowotnej i innych jednostek organizacyjnych prowadzących krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek tkanek i narządów, (MP Nr 77, poz. 704).

- 5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 12 listopada 1996 r w sprawie wymogów jakim powinna odpowiadać dokumentacja medyczna dotycząca pobierania komórek, tkanek i narządów, ich przechowywania i przeszczepiania (Dz.U. Nr 144, poz. 667).
- 6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 listopada 1996r. w sprawie sposobu i warunków tworzenia krajowych i regionalnych banków komórek i tkanek przeznaczonych do przeszczepiania oraz ich zadań (Dz. U. Nr 144, poz. 668).
- 7) Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 listopada 1996 r. w sprawie warunków pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz sposobu stwierdzania istnienia tych warunków (Dz. U. Nr 151, poz. 718).
- 8) Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1996 r. w sprawie sposobu i trybu uzyskiwania informacji od prokuratora lub stanowiska sądu rodzinnego o nie wyrażaniu sprzeciwu na pobranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów (podpisane w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości) (Dz.U. Nr 6, poz. 37).

W przygotowaniu są jeszcze dwa przepisy wykonawcze do ustawy dotyczące:

- dystrybucji komórek, tkanek i narządów,
- zasad i trybu ustalania kosztów pobrania, przechowywania i transportu komórek, tkanek i narządów oraz zwrotu tych kosztów.

Bożena Barcikowska

Centralny Rejestr Sprzeciwów

Zgodnie z ustawą transplantacyjną z 26 października 1995r. komórki, tkanki i narządy w celu przeszczepienia można pobierać ze zwłok osób, które za życia nie wyraziły na to sprzeciwu.

Od 1 grudnia 1996r. w Centrum Organizacyjno Koordynacyjnym d/s transplantacji Poltransplant (adres 02-005 Warszawa ul. Lindleya 4 tel. (22) 622 58 06 działa Centralny Rejestr Sprzeciwów (CRS), w którym można osobiście lub listownie zarejestrować sprzeciw na pobranie tkanek i narządów po śmierci. Upřednio dokonany wpis sprzeciwu, może być także, na zlecenie wnioskodawcy, wykreślony.

Formularz zgłoszenia sprzeciwu lub jego wykreślenia można otrzymać nieodpłatnie w zakładach opieki zdrowotnej. Wypełniony formularz należy przesłać na adres Poltransplantu. Po wprowadzeniu do Rejestru, sprzeciw lub wnioski o jego skreślenie, nabiera mocy prawnej i osoba zainteresowana otrzyma listem poleconym wydruk komputerowy o dokonaniu lub skreśleniu wpisu. Źle wypełnione zgłoszenia będą odsyłane do uzupełnienia.

Zgłoszenia sprzeciwu może dokonać zainteresowana osoba dorosła, małoletni powyżej lat 16 a także osoby nie posiadające pełnej zdolności do czynności prawnych oraz przedstawiciel ustawowy mało-

letniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych. Okres archiwizowania wypełnionych zgłoszeń sprzeciwu wynosi 10 lat, ze względu na przedawnienie roszczeń po upływie takiego czasu.

Ustalenie istnienia sprzeciwu w Centralnym Rejestrze oraz w innych przewidzianych przez ustawę formach jest obowiązkiem lekarza przed decyzją o pobraniu ze zwłok tkanek i narządów w celu przeszczepienia. Osobą upoważnioną do sprawdzenia informacji zawartych w Rejestrze jest koordynator Poltransplantu w Warszawie. Dane dotyczące osób zgłaszających sprzeciw objęte są tajemnicą i mogą być udostępnione jedynie osobom, których tożsamość nie budzi wątpliwości.

Z bieżących obserwacji rejestru wynika, że w niektórych placówkach dostęp do kart zgłoszenia sprzeciwu jest utrudniony. Niekiedy w przychodniach wydawanie kart bywa uzależnione od rozmowy z lekarzem co stoi w sprzeczności z zasadą dobrowolnego wyrażania woli. Z uwagi na społecznie negatywny oddźwięk takich ograniczeń konieczne jest przestrzeganie zasady, że karty zgłoszeń muszą być wyłożone w miejscu łatwo dostępnym i wydawane bez ograniczeń. Wypełnione zgłoszenia powinny być wysyłane indywidualnie, a nie zbiorowo przez placówki opieki zdrowotnej. Oryginały kart zgłoszeń mogą być kopiowane.

Bożena Barcikowska

ZGŁOSZENIE WYPEŁNIĆ DUŻYMI LITERAMI CZARNYMI LUB NIEBIESKIM KOŁOREM, W PRZYPADKU NIEPRAWIDŁOWEGO WYPEŁNIENIA, ZGŁOSZENIE BĘDZIE ODEŚLANE DO NADAWCY BEZ REJESTRACJI W CENTRALNYM REJESTRZE SPRZECIWÓW.

ZGŁOSZENIE

Wnoszę o wpis w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, iż wyrażam sprzeciw na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów.*
Wnoszę o skreślenie wpisu sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów na pobranie po śmierci, tkanek i narządów.*

Adresat: POLTRANSPLANT 02-005 Warszawa, ul. Lindleya 4

A. DANE OSOBY, KTÓREJ ZGŁOSZENIE DOTYCZY**

1. Numer ewidencyjny PESEL	2. Nazwisko
3. Pierwsze imię	4. Drugie imię
5. Imię ojca	6. Imię i nazwisko rodowe matki
7. Data urodzenia	8. Seria i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

D. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

21. Numer ewidencyjny PESEL	22. Nazwisko	
23. Pierwsze imię	24. Drugie imię	
25. Imię ojca	26. Imię i nazwisko rodowe matki	
27. Data urodzenia	28. Seria i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość	
29. Kod pocztowy	30. Miejscowość	
31. Poczta	32. Ulica	
	33. Nr domu	34. Nr lokalu

B. ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY, KTÓREJ ZGŁOSZENIE DOTYCZY

9. Kod pocztowy	10. Miejscowość	
11. Poczta	12. Ulica	
	13. Nr domu	14. Nr lokalu

C. ADRES DO KORESPONDENCJI**

(wypełnić, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

15. Kod pocztowy	16. Miejscowość	
17. Poczta	18. Ulica	
	19. Nr domu	20. Nr lokalu

* niepotrzebne skreślić

** gdy sprzeciw (cofnięcie sprzeciwu) dotyczy osoby niepełnoletniej lub osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych w punktach „A” i „B” wpisuje się dane tej osoby, a w punktach „C” i „D” dane osoby będącej jej przedstawicielem ustawowym; w takim przypadku podpis składa przedstawiciel ustawowy.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy faktu, iż wyrażenie sprzeciwu (cofnięcie sprzeciwu) w powyższej formie będzie skuteczne od daty wpisu (cofnięcia wpisu) w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Data ta będzie uwidoczniiona na otrzymanym przeze mnie zawiadomieniu określonym w § 2 ust. 3 i w § 3 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie centralnego rejestru zgłoszonych sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów, sposobu rejestracji sprzeciwów oraz ustalania istnienia sprzeciwu w formie oświadczeń. (Dz.U. Nr 124, poz. 588).

.....
data i podpis osoby składającej zgłoszenie**

Wypełnia Jednostka Organizacyjna:

- numer sprawy
- data rejestracji w systemie
- adnotacje urzędowe
- podpis operatora CRS

Czynności prowadzące do orzeczenia śmierci mózgowej

Ustawa z dnia 26 października 1995 n o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów zapisem w art. 7 ust. 1 dopuszcza pobieranie tkanek i i narządów do przeszczepienia od osób zmarłych wskutek trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej).

Kryteria konieczne do stwierdzenia śmierci pnia mózgu (śpm), ustalone przez specjalistów medycyny powołanych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej są opublikowane w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej nr 13 poz. 36 z dnia 30 listopada 1996 r Stanowią one podstawę do orzekania o śmierci mózgowej przez komisję złożoną z trzech lekarzy specjalistów, w tym co najmniej jednego w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii oraz jednego w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii, którą powołuje kierownika zakładu opieki zdrowotnej.

Członkowie komisji którzy stwierdzili śmierć mózgową, nie mogą uczestniczyć w procesie pobierania lub przeszczepiania komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej.

Śmierć pnia mózgu jest warunkiem koniecznym, ale i wystarczającym, aby uznać śmierć mózgu jako całości.

Rozpoznanie śpm oparte jest na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji. Przed rozpoczęciem badań potwierdzających, należy dokonać szeregu stwierdzeń i wykluczeń, które pozwalają wysunąć podejrzenie śmierci mózgu.

STWIERDZENIA

- a) chory znajduje się w stanie śpiączki - nie otwiera spontanicznie oczu, nie reaguje na polecenia, ani na ból nie porusza się spontanicznie
- b) konieczne jest prowadzenie wentylacji zastępczej

- c) rozpoznano przyczynę śpiączki (ciężki urazu głowy, krwotok pod pajęczynówkowy, krwiaka śród mózgowego, masywny obrzęk mózgu prowadzący do udaru niedokrwiennego) na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego, badaniach obrazowych mózgu

- d) wykazano strukturalne uszkodzenie mózgu w badaniach obrazowych (CT, NMR, arteriografii tętnic szyjnych i kręgowych lub przez czaszkowym badaniu przepływu mózgowego sondą Dopplera), oraz w czasie zabiegu operacyjnego, badania klinicznego, lub oceny morfologicznej płynu mózgowo-rdzenio-wego;

- e) uszkodzenie strukturalne mózgu jest nieodwracalne czego dowodzi brak poprawy stanu pacjenta w czasie pełnego leczenia (kryterium czasu jest fundamentalne dla wykazania nieodwracalności uszkodzenia)

WYKLUCZENIA

Wyklucza się chorych:

- a) zatrutych oraz znajdujących się pod działaniem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, uspokajające, zwiotczające mięśnie poprzecznie prążkowane);
- b) w stanie hipotermii wywołanej przyczynami zewnętrznymi
- c) z głębokimi zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi
- d) z drgawkami i prężeniami
- e) noworodki donoszone poniżej 7 dnia życia

Przed przystąpieniem do oceny funkcji pnia mózgu należy upewnić się, że łożysko naczynio-

we jest prawidłowo wypełnione, a ciśnienie skurczowe przekracza wartość 90 mm Hg (niekiedy należy zastosować aminy katecholowe)

Rozpoznanie śmierć pnia może nastąpić po stwierdzeniu, stanu śpiączki, trwałego zniesienia odruchów pniowych i trwałego bezdechu

OCENA ODRUCHÓW PNIOWYCH

- a] reakcja źrenic na światło
- b] odruch rogówkowy dodatni wynika z braku reakcji źrenic na światło oraz braku odruchu rogówkowego
- c] spontaniczne ruchy gałek ocznych, ruchy gałek ocznych przy próbie kalorycznej - braku ruchu gałek ocznych jest wynikiem dodatnim; (masywny obrzęk lub krwiaki około gałkowe mogą uniemożliwiać ruchy gałek ocznych; prawidłowe wykonanie próby kalorycznej może uniemożliwić: obecność skrzepu krwi, lub woskowiny w przewodach słuchowych zewnętrznych; złamanie piramidy kości skroniowej zaburza próbę kaloryczną jednostronnie)
- d] reakcje ruchowe na bodziec bólowy w zakresie unerwienia nerwów czaszkowych (brak reakcji na ucisk na okolicę nadczołową i ukłucie w przegrodę nosową) pozwala stwierdzić dodatni wynik testu
- e] odruch wymiotny i kaszlowy (brak odruchu jest wynikiem dodatnim; intubacja dotchawicza utrudnia ocenę odruchu wymiotnego]
- f] odruch oczno-mózgowy (brak odruchu jest wynikiem dodatnim]

DIAGNOSTYKA BEZDECHU

Trwały bezdech potwierdza standardowa próba bezdechu.

Po 10 min. wentylacji mieszanką Fp 1,0 i pobraniu próbki krwi tętnicznej do badania gazometrycznego przerywa się wentylację na 10

min. Przez cały czas próby podawany jest tlen przez cewnik, którego koniec znajduje się nad rozwidleniem tchawicy. Po zakończeniu próby ponownie ocenia się gazometrię krwi tętnicznej. Wynik próby jest dodatni gdy wyjściowa prężność dwutlenku węgla w granicach 40 mm Hg, wzrasta po zakończeniu próby o co najmniej 15 mm Hg. Podczas wykonywania badania prowadzona jest baczna obserwacja klatki piersiowej i brzucha, pozwalająca wykryć ruchy oddechowe.

Należy pamiętać, że u osób z przewlekłą chorobą oskrzelowo-płucną oraz skrajną otyłością wyjściowa wartość prężności dwutlenku węgla we krwi tętnicznej może być wyższa. Podczas próby, w przebiegu ostrej hiperkapnii mogą pojawić się komorowe zaburzenia rytmu serca, tachykardia oraz znaczny spadek ciśnienia tętniczego krwi.

Śmierć pnia mózgu nie musi oznaczać uszkodzenie rdzenia kręgowego.

Kwasica metaboliczna, hipoksja, gwałtowne przygięcie głowy mogą powodować uruchomienie odruchów rdzeniowych. Należą do nich spontaniczne ruchy ramion (gwałtowne zgięcie ramion), unoszenie wszystkich kończyn w górę, ruchy przypominające kroki, a nawet ruchy imitujące sięganie do rurki intubacyjnej. Obserwowane są również odruchy podobne do ruchów oddechowych: odwodzenie i unoszenie ramion, wyginanie pleców w łuk, rozszerzanie przestrzeni międzyżebrowych. Nigdy nie są one związane z mierzalną objętością oddechową. Nierzadko stwierdza się łzawienie, tachykardię, gwałtowne wzrosty wartości ciśnienia tętniczego.

Diagnostyka śpmjest oparta na badaniu klinicznym.

W sytuacjach gdy przeprowadzenie specyficznych elementów badania klinicznego jest niemożliwe lub ich rzetelności jest wątpliwa, wyniki badań obrazowych mózgu lub przepływu mózgowego mają znaczenie rozstrzygające w rozpoznaniu śmierci pnia mózgu.

Robert Becler

Koordynator transplantacji

Dla prawidłowego funkcjonowania ogólnokrajowego systemu pobierania i przeszczepiania narządów od osób zmarłych niezbędne jest stworzenie stanowisk koordynatorów, których zadaniem jest podjęcie czynności medycznych i administracyjnych doprowadzających do pobrania tkanek i narządów ze zwłok w celu ich przeszczepienia.

Coraz więcej osób zajmuje się koordynacją pobierania i przeszczepiania narządów w poszczególnych ośrodkach transplantacyjnych. Dlatego istnieje potrzeba określenia zakresu zadań koordynatora.

Podobnie jak w innych krajach, tak i w Polsce zachodzi konieczność stworzenia sieci koordynatorów lokalnych [szpitalnych] i regionalnych (w ośrodkach transplantacyjnych) współpracujących z Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnym Poltransplant w Warszawie.

Obecnie funkcjonują koordynatorzy Poltransplantu w Warszawie oraz koordynatorzy w ośrodkach transplantacyjnych w Poznaniu, Zabrzu, Krakowie, Szczecinie, i Warszawie. Dotychczas nie ma koordynatorów w ośrodkach transplantacyjnych w Białymstoku, Gdańsku Wrocławiu, Lublinie i Łodzi. Ich funkcję sprawuje zwykle jeden z lekarzy dyżurnych zespołu transplantacyjnego. W niektórych Szpitalach aktywnie współpracujących z ośrodkami transplantacyjnymi rolę koordynatorów lokalnych sprawują lekarze anesteziolodzy z oddziałów Intensywnej Opieki Medycznej.

Poltransplant wystąpił do MZiOS z wnioskiem o wprowadzenie funkcji koordynatora do taryfikatora stanowisk pracy w służbie zdrowia. W założeniu, funkcję koordynatora różnych szczebli będą mogły wykonywać osoby z wykształceniem wyższym lub średnim medycznym oraz inne po przebyciu odpowiedniego szkolenia.

Na podstawie dotychczasowego doświadczenia do zadań koordynatorów na poszcze-

gólnych etapach organizowania pobrania i przeszczepiania narządów należą :

Zadania koordynatora szpitalnego [lokalnego]:

- ▶ poszukiwanie potencjalnego dawcy
- ▶ wysuwanie podejrzenia śmierci mózgowej
- ▶ organizowanie komisji śmierci mózgowej
- ▶ opieka nad dawcą narządów
- ▶ zgromadzenie dokumentacji lekarskiej, niezbędnej dla pobrania narządów
- ▶ uzyskanie zgody prokuratora rejonowego na pobranie tkanek i narządów do przeszczepienia w przypadkach osób zmarłych objętych postępowaniem przygotowawczym
- ▶ pobranie i przesłanie materiału do typowania tkankowego
- ▶ wykonanie badań biochemicznych, gazo-metrycznych, mikrobiologicznych i wirusologicznych, niezbędnych dla pobrania narządów
- ▶ uzyskanie informacji z Centralnego Rejestru Sprzeciwów [CRS] dotyczących dokonania wpisu
- ▶ informowanie rodziny zmarłego o zamiarze pobrania narządów
- ▶ zgłoszenie dawcy koordynatorowi regionalnemu lub centralnemu
- ▶ organizacja pobrania w miejscu pobytu dawcy

Zadania koordynatora ośrodka transplantacyjnego (regionalnego):

- ▶ pomaganie koordynatorowi szpitalnemu w zorganizowaniu komisji śmierci mózgowej, i wykonaniu niezbędnych badań wirusologicznych w przypadku niemożności ich lokalnego wykonania
- ▶ kwalifikacja dawcy i kwalifikacja narządów na podstawie zebranych informacji [i/lub na podstawie osobistej oceny dawcy w miejscu jego pobytu]
- ▶ uzyskanie informacji z Centralnego Rejestru Sprzeciwów (CRS) dotyczących dokonania wpisu

- ▶ zgłoszenie dawcy do Centrum Organizacyjno Koordynacyjnego Poltransplant w Warszawie
- ▶ zabezpieczenie materiału do typowania tkankowego
- ▶ wybór biorców zgodnie z kryteriami medycznymi i potrzebami regionalnymi
- ▶ koordynacja pobrania narządów (ustalenie godziny pobrania)
- ▶ organizacja transportu lokalnych zespołów transplantacyjnych
- ▶ organizacja pobrania w miejscu hospitalizacji dawcy
- ▶ organizacja przechowywania i transportu narządów
- ▶ prowadzenie dokumentacji pobrania narządów
- ▶ przesłanie informacji o dokonanym pobraniu i wynikach przeszczepienia do Centrum Organizacyjno Koordynacyjnego Poltransplant w Warszawie
- ▶ informowanie oddziału w którym przebywał dawca o wynikach przeszczepienia
- ▶ korespondencja z rodziną zmarłego
- ▶ prowadzenie własnej statystyki pobrań i wyników przeszczepiania narządów
- ▶ okresowe przesyłanie statystyki pobrań i przeszczepień do Centrum Organizacyjno Koordynacyjnego Poltransplant w Warszawie
- ▶ zabezpieczanie płynów do płukania i przechowywania narządów
- ▶ działalność edukacyjna na terenie regionu
- ▶ kwalifikacja dawcy wielonarządowego, kwalifikacja narządów
- ▶ koordynacja pobrania narządów [w porozumieniu z koordynatorem regionalnym i szpitalnym)
- ▶ alokacja narządów w porozumieniu z centralną listą biorców z uwzględnieniem pilności wskazań
- ▶ pomoc w organizowaniu transportu ekip transplantacyjnych
- ▶ pomoc w wymianie narządów pomiędzy ośrodkami transplantacyjnymi
- ▶ prowadzenie krajowego rejestru dokonanych pobrań i wyników przeszczepienia narządów i ich publikowanie
- ▶ nadzór nad aktualizacją listy chorych oczekujących na przeszczepienie z uwzględnieniem stopnia pilności przeszczepienia
- ▶ powiadomienie Centralnej Listy Biorców (CLB) o dokonanym przeszczepieniu narządów
- ▶ dystrybucja płynów do płukania i przechowywania narządów

Zakres czynności koordynatorów lokalnych i regionalnych może być modyfikowany w zależności od możliwości diagnostycznych i technicznych w szpitalu w którym przebywa dawca i doświadczenia osób prowadzących koordynację.

Utworzenie stanowisk koordynatorów lokalnych i regionalnych oraz przeszkolenie osób zajmujących się koordynacją pobierania i przeszczepiania tkanek i narządów od osób zmarłych może wpłynąć korzystnie na liczbę pobrań narządów do przeszczepienia od osób zmarłych oraz usprawni pracę zespołów transplantacyjnych.

Zadania koordynatora Centralnego Biura Poltransplantu:

- ▶ pomoc w wykonaniu niezbędnych dla kwalifikacji dawcy badań
- ▶ udzielenie odpowiedzi na pytania dotyczące istnienia wpisu w CRS

Beata Łągiewska, Jarosław Czerwiński

Nowe metody typowania HLA

Wynik przeszczepienia narządu (przede wszystkim nerki) zależy od szeregu czynników spośród których istotne znaczenie ma zgodność między dawcą i biorcą w zakresie antygenów zgodności tkankowej.

Kompleks genów kodujących łańcuchy białek antygenów HLA (Humań Leukocyte Antigens) - nazywany głównym układem zgodności tkankowej umieszczony jest w krótkim ramieniu chromosomu 6. Kompleks ten złożony jest z trzech regionów kodujących antygeny HLA klasy I, II i III.

Produkty genów układu HLA możemy podzielić na cząsteczki klasy I: HLA-A, -B, i -C, cząsteczki HLA klasy II: HLA-DR -DQ i -DP oraz cząsteczki HLA klasy III. Region HLA klasy I obejmuje geny kodujące klasyczne antygeny HLA; A, B i C. Region HLA klasy II obejmuje geny kodujące trzy grupy cząsteczek HLA klasy II - DR, DP i DQ.

Najlepsze wyniki obserwuje się po przeszczepieniu narządu od dawcy identycznego lub zgodnego w zakresie antygenów w zakresie antygenów HLA klasy II - DR. Odrzucenie przeszczepionego narządu najczęściej obserwuje się w przypadku niezgodności pomiędzy dawcą i biorcą w zakresie antygenów HLA-DR, rzadziej przy niezgodności HLA-B. Niezgodność w zakresie antygenów HLA-A, C, DQ i DP odgrywa minimalną rolę w odrzucaniu przeszczepu.

Antygeny zgodności tkankowej w klasycznej metodzie serologicznej, oznaczają się za pomocą przeciwciał monoklonalnych. Do jej zalet należy dość dokładne i szybkie (8 godz.) oznaczenie antygenów HLA klasy I i II. Do jej wad niska rozdzielczość utrudniająca lub uniemożliwiająca oznaczenie części antygenów HLA klasy II.

W ostatnich latach coraz częściej antygeny transplantacyjne oznaczamy metodami genetycznymi, opartymi o bezpośrednią analizę genów kodujących cząsteczki HLA.

Większość z tych metod wykorzystuje łańcuchową reakcję polimerazy (PCR). Metoda PCR pozwala namnożyć i wyizolować praktycznie dowolny fragment DNA, w tym fragmenty genów kodujące antygeny HLA. Zaletą metod genetycznych jest ich bardzo wysoka rozdzielczość pozwalająca uniknąć nieprawidłowej interpretacji oraz stosunkowo prosta metodyka. W odróżnieniu od metod serologicznych metody genetyczne wykorzystują do badań DNA pochodzące nie tylko z żywych ale martwych lub uszkodzonych komórek. Wyizolowane DNA można przewlekle przechowywać i przesyłać na odległość co poprawi organizację typowania tkankowego w transplantologii. Do każdego badania zużywa się niewielką ilość DNA co umożliwia wielokrotne typowanie tej samej osoby, badania retrospektywne oraz porównywanie wyników aktualnie wykonanych badań z wykonanymi w przeszłości.

Metody molekularne są coraz częściej stosowane w oznaczaniu antygenów HLA klasy II (oznaczanie antygenów klasy I jest nadal na etapie wstępnym) przy typowaniu żywych spokrewnionych genetycznie lub emocjonalnie par dawca-biorca, przy oznaczaniu antygenów HLA u biorców wysokoimmunizowanych, oraz biorców u których nie udało się oznaczyć metodami serologicznymi antygenów HLA klasy II.

Obserwacje kliniczne wskazują, że w przypadku biorców nerki ze zwłok leczonych cyklosporyną A, w których antygeny HLA klasy II u biorcy i dawcy oznaczono metodą genetyczną, w sposób znamieny statystycznie zmniejszyła się liczba epizodów ostrego odrzucania, oraz wydłużył się czas przeżycia przeszczepu.

Większość autorów uważa, że oznaczenie u dawcy i biorcy antygenów HLA klasy II przy pomocy metod genetycznych jest wyraźnym krokiem naprzód w klinicznej transplantologii.

Rafał Płoski

Centralna Lista Biorców

Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 5.XI.1996 roku, w Instytucie Transplantologii A.M. w Warszawie powołano jednostkę organizacyjną - Centralna Lista Biorców (CLB), której zadaniem jest ujednoczenie zasad kwalifikacji biorców narządów ze zwłok. Obecnie gromadzone są informacje dotyczące biorców nerki i trzustki w przyszłości także biorców innych przeszczepianych narządów. Do zadań Centralnej Listy Biorców należy również ustalenie zasad doboru biorcy do przeszczepienia narządu pobranego ze zwłok. Ponadto CLB zajmuje się doбором rodzinnych dawców nerek.

W grudniu ubiegłego roku w Instytucie Transplantologii w Warszawie odbyła się konferencja przedstawicieli wszystkich Ośrodków Transplantacyjnych w Polsce. W 4 grupach programowych omawiano zagadnienia związane z przeszczepianiem nerki i trzustki, przeszczepianiem serca, przeszczepianiem wątroby, i zasadami doboru immunologicznego. Każdy z uczestników otrzymał materiały dotyczące :

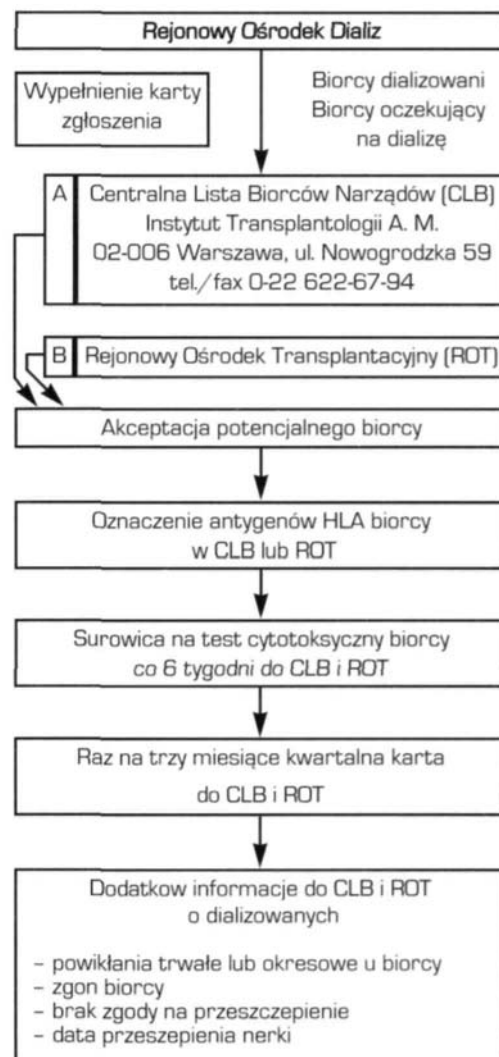
1. Zasad współpracy Rejonowego Ośrodka Transplantacyjnego z Centralną Listą Biorców.
2. Zasad współpracy Rejonowych Ośrodków Dializ z Centralną Listą Biorców (Tab. 1)
3. Zasad zgłaszania biorców nerki i trzustki (bezwzględne i względne przeciwwskazania do przeszczepienia, ryzyko nawrotu choroby podstawowej w przeszczepionym narządzie).
4. Zasad wyboru biorcy dla przeszczepu pobranego ze zwłok (wstępna propozycja).

W czasie dyskusji zaakceptowano priorytetowe traktowanie biorców nerki znajdujących się na listach: pilni - chorzy bez dostępu do naczyń - obecnie 12 chorych, wysokoimmunizowani (PRA powyżej 70%) -

obecnie 113 oraz dzieci poniżej 12 roku życia obecnie 36 chorych.

Do końca kwietnia br. Rejonowe Ośrodki Transplantacyjne zajmujące się przeszczepianiem nerki i trzustki otrzymają informację o zasadach wyboru biorcy dla przeszczepu pobranego ze zwłok opartą o punktację wynikającą z doboru immunologicznego i klinicznego stanu chorego. Imienne listy biorców: pilni, wysokoimmunizowani, dzieci poniżej 12 roku życia będą przesłane do ROT.

Tabela 1 Zgłoszenie biorcy przeszczepu nerki



Rejonowe Ośrodki Dializacyjne zgłaszają potencjalnych biorców przeszczepu - dializowanych lub oczekujących na dializoterapię, po wykluczeniu przeciwwskazań do transplantacji.

Do Rejonowych Ośrodków Dializacyjnych wysłano materiały, które powinny poprawić zasady kwalifikacji potencjalnych biorców nerki i/lub trzustki.

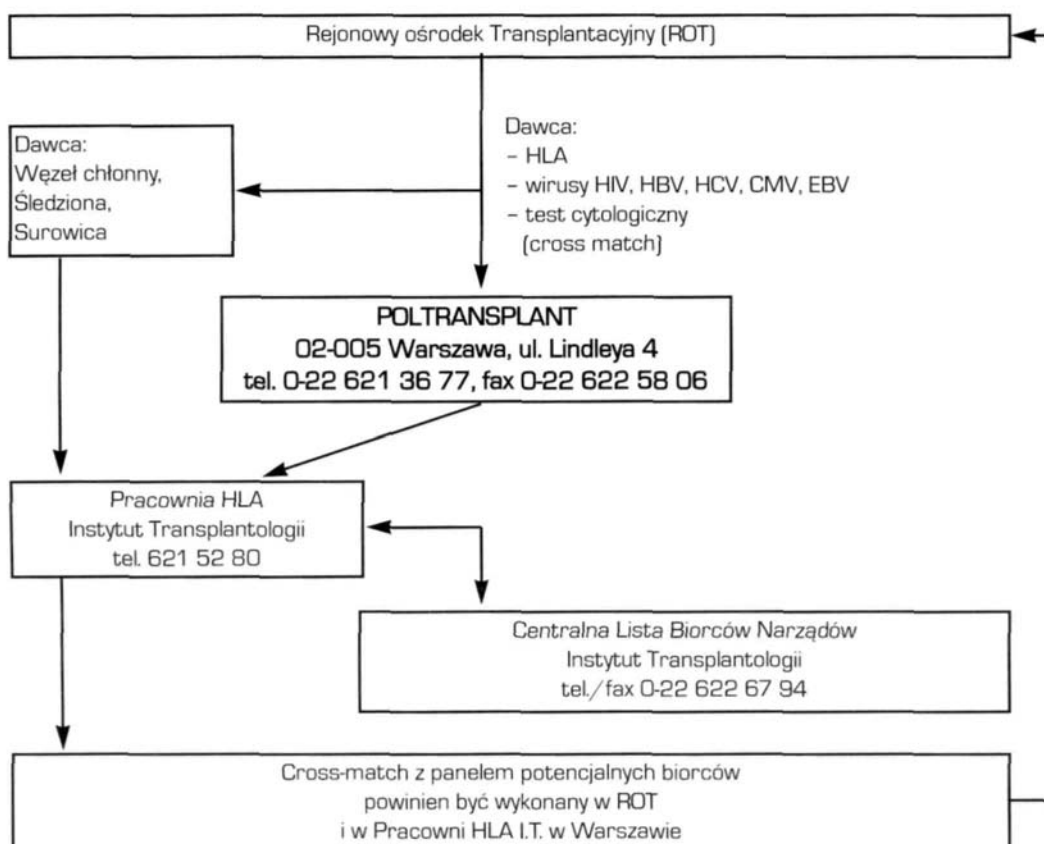
Centralna Lista Biorców pozostaje w stałej współpracy z Centrum Organizacyjno - Koordynacyjnym d/s transplantacji Poltransplant, który sprawuje nadzór nad formowaniem list biorców oraz kryteriami alokacji narządów. Dobór odpowiedniego biorcy odbywa się w porozumieniu z Ośrodkami Transplantacyjnymi zgłaszającymi dawcę zgodnie z kryteriami immunologicznymi i medycznymi doboru (patrz Tabela 2.).

Rejonowe Ośrodki Transplantacyjne zobowiązano do przesyłania zaraz po wykonanym zabiegu przeszczepienia narządu (nerki, trzustki, serca, wątroby) do POLTRANSPLANT-u i/lub Centralnej Listy Biorców kserokopii zasad wyboru pary dawca - biorca, danych personalnych biorcy z zaznaczeniem adresu ośrodka dializ (dotyczy to chorych po przeszczepieniu nerki i/lub trzustki). Umożliwi to wykreślenie przeszczepionego biorcy z listy oczekujących, a także posłuży prowadzeniu dalszej dyskusji nad poprawą doboru pary dawca - biorca.

Danuta Rowińska

Instytut Transplantologii A.M.
02-006 Warszawa, ul. Nowogrodzka59
Tel/fax. 0-22 622 67 94

**Tabela 2 Typowanie do zabiegu przeszczepienia nerki ze
zwłok**



Edukacja środowiska medycznego i społeczeństwa w dziedzinie przeszczepiania narządów

Pomimo zwiększenia liczby ośrodków transplantacyjnych, liczba zabiegów przeszczepiania narządów w Polsce utrzymuje się poniżej się poniżej zapotrzebowania. Według danych Poltransplantu w Polsce, w 1996 roku zapotrzebowanie na przeszczepienie nerki w przeliczeniu na milion populacji wynosiło 54 - wykonano 9,3 zabiegi, zapotrzebowanie na przeszczepienie serca wynosiło 6 - wykonano 1,9 zabiegów, a zapotrzebowanie na przeszczepienie wątroby wynosiło 1,5 - wykonano 0,3 przeszczepienia.

Przyczyną tego faktu pozostaje nadal niedostateczne uświadomienie personelu medycznego i społeczeństwa o konieczności zwiększenia liczby pobrań narządów do przeszczepu od osób zmarłych oraz nerek od osób żywych.

Brak społecznej akceptacji pobierania narządów do przeszczepienia po śmierci, wynika z niedostatku wiedzy dotyczącej śmierci mózgowej, obaw, że pobranie narządów do transplantacji oznacza profanację zwłok, niewystarczającej informacji o stanowisku kościoła katolickiego, a także nieznamości wyników przeszczepienia. Rodzina zmarłego jak również personel medyczny powinien zdawać sobie sprawę, że odstąpienie od pobrania narządów może być jednoznaczne ze śmiercią 5 chorych czekających na przeszczep.

Umiejętnie prowadzenie rozmowy informującej rodzinę o nagłej śmierci bliskiego, a następnie o zamiarze pobrania narządów do transplantacji mają zasadniczy wpływ na akceptację pobrania przez rodzinę zmarłego.

W oparciu o doświadczenia europejskie w ubiegłym roku przeprowadzono kilka spotkań (Poznań, Szczecin, Kraków, Gdańsk,

Katowice, Warszawa-Jachranka), na których psychologowie kliniczni uczyli lekarzy: anesteziologów i transplantologów jak należy rozmawiać z rodzinami umierających, jak informować ich o stanie zdrowia bliskiego, o śmierci mózgowej, a także o zamiarze pobrania narządów do transplantacji. Uczestniczący w kursach profesjonalni aktorzy symulowali sytuacje, z którymi pracownicy OJOIWu spotykają się na co dzień. Zdaniem większości uczestników organizowanie tego typu spotkań powinno być nadal kontynuowane.

W bieżącym roku Poltransplant we współpracy finansowym firmy Novartis planuje zorganizowanie, w oparciu o programy szkolenia opracowane w Holandii, 10 spotkań z anesteziologami różnych ośrodków transplantacyjnych.

Przedstawiciele Poltransplantu prowadzą szkolenia ze szpitalnymi grupami lekarsko pielęgniarskimi mające na celu zwiększenie liczby pobrań narządów ze zwłok.

Do zadań Poltransplantu należy także prowadzenie stałej działalności edukacyjnej (udział w konferencjach naukowych różnych specjalności medycznych, spotkania z dziennikarzami i wydawniczej (specjalistyczna prasa medyczna, Biuletyn Poltransplantu, periodyki popularno naukowe i inne). Zasadniczym celem takiego działania jest przekonanie lekarzy i pielęgniarek o konieczności identyfikacji potencjalnych dawców ze zwłok i obowiązku ich zgłaszania do Poltransplantu lub najbliższego ośrodka transplantacyjnego zgodnie z nowymi uregulowaniami prawnymi.

Danuta Rowińska

Przeszczepienie nerki ze zwłok od HCV dodatniego dawcy.

Wobec braku dostatecznej liczby narządów do przeszczepienia w ostatnich latach nerki pobierane są także od nosicieli hepatotropowych wirusów : HBV, HCV. Pomimo kontrowersji jakie budzi przeszczepianie takich narządów i braku dostatecznie długich obserwacji dotyczących ryzyka przeniesienia zakażenia, postępowanie takie jest przyjęte w wielu ośrodkach. W Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Instytutu Transplantologii A.M. w Warszawie, na przełomie 1995/96 rozpoczęto przeszczepianie nerek od dawców HCV dodatnich - biorcom będącym bezobjawowymi nosicielami tego wirusa. W piśmiennictwie znajdują się infor-

macje świadczące o możliwości zmniejszenia ryzyka przeniesienia wirusa HCV i zachorowania biorcy po przechowywaniu przeszczepu nerkowego metodą ciągłej perfuzji pulsacyjnej w hipotermii (także z zastosowaniem specyficznego filtra membranowego). Chory powinien wyrazić pisemną zgodę na przeszczepienie nerki od HCV dodatniego dawcy.

W sprawie dalszych informacji proszę kontaktować się z Prof. Wojciechem Rowińskim lub dr Romanem Danielewiczem (tel. 0-22 621-36-77, 628-41-86).

Materiał do typowania tkankowego

Najlepszym źródłem limfocytów do oznaczenia antygenów HLA dawcy i testu cytotoksycznego (cross-match) są węzły pachwinowe lub krezkowe. Należy pobrać 2 - 3 duże węzły pachwinowych lub 10 węzłów krezkowych. Po wycięciu węzły oczyszczamy z tkanki tłuszczowej i umieszczamy w naczyniu z fizjologicznym roztworem soli kuchennej o temperaturze od +4 do +10°C. Alternatywnym źródłem limfocytów dawcy jest śledziona - należy pobrać około 6 cm 3 tkanki. Skrawek śledziony umieszczamy w naczyniu z fizjologicznym roztworem soli kuchennej o temperaturze od +4 do +10°C.

Badania wirusologiczne u potencjalnego dawcy. Przed pobraniem narządów do przeszczepienia od osoby zmarłej należy wykluczyć zakażenie wirusem HIV. ponadto nale-

ży oznaczyć wirusy HBV, HCV, CMV i EBV . Jeżeli ośrodek zgłaszający nie może wykonać badań wirusologicznych (poza HIV) musi powiadomić o tym ośrodek transplantacyjny i przesłać razem z materiałem do typowania tkankowego 5 ml krwi potencjalnego dawcy pobranej na skrzep.

Na naczyniach z węzłami, śledzioną i krwią dawcy należy umieścić następujące informacje:

- **nazwisko, imię, wiek, płeć**
- **wynik badania HIV**
- **grupa krwi**
- **data i godzina pobrania**
- **adres, telefon, fax ośrodka wysyłającego materiał.**

*W świecie pół miliona ludzi żyje
z przeszczepionymi narządami
W Polsce tylko 4 tysiące ludzi zawdzięcza życie
przeszczepieniu serca,
nerki lub wątroby, które pobrano od osób
zmarłych*

Przeszczepianie narządów w Polsce w 1996 r (dane Poltransplantu)

W 1996 w Polsce zidentyfikowano 272 zmarłych dawców narządów (CD). W 82 przypadkach odstąpiono od zamiaru pobrania z powodu: sprzeciwu rodziny w 50 (18% zgłoszeń) i przeciw wskazań medycznych w 32 [12% zgłoszeń].

W 1996 roku w Polsce wykonano 202 pobrania narządów do przeszczepienia: 190 od osób zmarłych w tym 99 wielonarządowe (52% pobrań) i 12 od dawców żywych spokrewnionych.

Podobnie jak w roku ubiegłym liczba zmarłych dawców w Polsce wynosiła średnio 5/milion mieszkańców (średnia Eurotransplantu w 1996 - 15/milion)

Liczba pobrań od osób zmarłych w ośrodkach transplantacyjnych:

Warszawa	46 (PSK 1 -26; CSK -19; MSW -11)
Poznań	44 (WSZ)
Szczecin	30(AM-15;WSZ-15)
Katowice	24 (AM)
Gdańsk	11 (AM)
Wrocław	10 (AM - 6; WSZ-4]
Białystok	8 (AM)
Kraków	7 (AM)
Warszawa	4 (CZD)
Lublin	3 (AM)
Łódź	3 (AM - 2; WSZ-1)

Liczba przeszczepów pozyskanych od osób zmarłych

nerka: pobrano 380, przeszczepiono 347, nie wykorzystano 33

serce: pobrano 97, przeszczepiono 72, homografty 25

wątroba: pobrano 20, przeszczepienia 12,

Liczba wykonanych przeszczepów w poszczególnych ośrodkach

Nerki 359 w tym 12 od dawców żywych spokrewnionych (LRD) i 347 od osób zmarłych (CD)

10	Białystok
16	Gdańsk
5	Lublin

Lódź	6 [AM-4; WSZ-2)
Katowice	42
Kraków	2
Poznań	84 w tym 4 od LRD
Szczecin	54 (AM-27; WSZ-27)
Warszawa	97 (PSK 1 - 56 w tym 4 od LRD, CSK -39 w tym 1 od LRD; MSW -2)
Warszawa CZD	14 w tym 2 od LRD
Wrocław	19 (AM-10 w tym 1 od LRD; WSZ-8)

W 3 przypadkach wykonano Jednoczasowe przeszczepienie nerki i trzustki [Kl. Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej w PSK 1 w W-wie]

Serce

Kraków	40
Zabrze	30
Warszawa	2 (MSW)

Wątroba

Warszawa	7 (CSK)
Szczecin	3 (AM)
Warszawa	2 (CZD)

W 1996 r. w Polsce narządy przeszczepiano w 20 Klinikach lub Oddz. Chirurgicznych w 11 miastach. Do 14 oddziałów przeszczepiających nerki dołączyły w ubiegłym roku dwa zespoły: I Kliniki Chirurgicznej AM w Łodzi oraz Oddz. Urologii Szpitala Pirogowa w Łodzi.

Do aktywnie działających w 1996 r. ośrodków transplantacyjnych w Polsce należy zaliczyć Klinikę Chirurgii Serca i Naczyń UJ w Krakowie i Katedrę i Klinikę Kardiologii Śl. AM., w przeszczepianiu serca, zespoły WSZ w Poznaniu, Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej AM W-wa w PSK 1, Kliniki Chirurgii Ogólnej Śl. AM w Katowicach, Kliniki Chorób Naczyń i Transplantologii AM W-wa w CSK. II Kliniki Chirurgii AM w Szczecinie i WSZ w Szczecinie w przeszczepianiu nerki i zespół Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby AM W-wa w CSK w przeszczepianiu wątroby.

Ogólna liczba przeszczepów w Polsce w 1996 wynosiła podobnie jak w 1995 11/ na milion populacji (średnia Eurotransplantu w 1996- 46/milion).

Janusz Wałaszewski