

POLTRANSPLANT

BIULETYN INFORMACYJNY

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

NR 2

CZERWIEC 1997
KWARTALNIK
ISSN 1428-0825

„Bitwa” o narządy do przeszczepienia

Przeszczepianie narządów allogenny, szczególnie nerki, wątroby i serca jest obecnie szeroko stosowaną metodą leczenia skrajnej niewydolności własnych narządów chorego. Ponad milion chorych skorzystało dotychczas z dobrodziejstw tej metody leczenia. Skuteczne metody prezerwacji narządów oraz nowe leki immunosupresyjne powodują, że pięcioletnie przeżycie przeszczepów wynosi obecnie 70%.

W całym świecie wzrasta liczba biorców i wydłuża się czas oczekiwania na przeszczep. Tylko w Europie na przeszczep nerki oczekuje ponad 40 000 osób (w Polsce 2500). Wydłużające się listy biorców oczekujących oraz wysoka śmiertelność oczekujących na przeszczepienie serca, wątroby, płuca [15 - 60% w zależności od kraju] wynikają z ciągle utrzymującego się niedoboru narządów do przeszczepienia.

W Europie, w latach 1995,1996 liczba zmarłych dawców, od których pobrano co najmniej jeden narząd do przeszczepienia wynosiła przeciętnie 14-16 dawców na milion populacji na rok, w Polsce 5 milionów. Badania dotyczące rzeczywistej liczby potencjalnych dawców narządów prowadzone różnymi metodami w Europie zachodniej i St. Zjednoczonych AP wykazują zgodnie, że 2-3% wszystkich osób zmarłych w szpitalu i 15% zmarłych w Oddziałach Intensywnej Terapii umiera w mechanizmie śmierci mózgowej. Przyjmując, że u około 15-20% tych zmarłych występują medyczne przeciwwskazania do pobrania narządów, realna liczba zmarłych - potencjalnych dawców narządów mogłaby wynosić co najmniej 50 dawców na milion mieszkańców na rok. Podobne badania prowadzone w Polsce w rejonie warszawskim wykazały, że na 100 zgonów szpitalnych pobranie narządów byłoby możliwe u 1,4% zmarłych.

Działania zmierzające do zwiększenia liczby narządów do przeszczepienia stanowią przedmiot troski ministerstw zdrowia, towarzystw lekarskich oraz różnych organizacji narodowych i międzynarodowych.

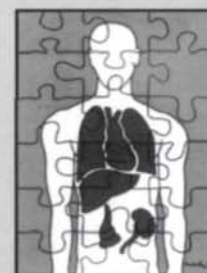
W ostatnich latach Komisja Zdrowia Rady Europy zleciła Komitetowi Ekspertów ds. Aspektów Organizacyjnych i Współpracy w Przeszczepianiu Narządów, w którym obecnie uczestniczy także przedstawiciel polski, analizę przyczyn małej liczby pobrań narządów od osób zmarłych oraz opracowania sposobów poprawy tej sytuacji.

W wyniku kilkuletniej pracy Komitetu Ekspertów, konsultacji opracowań z setkami specjalistów oraz kilkudziesięcioma towarzystwami naukowymi i organizacjami koordynującymi przeszczepiania powstał dokument „Meeting the Organ Shortage”. Dokument zakłada, że w każdym kraju, który prowadzi program przeszczepiania narządów niezbędne jest podjęcie wszystkich możliwych działań zmierzających do identyfikowania większości potencjalnych dawców i doprowadzenie do pobrania jak największej liczby narządów do przeszczepienia. Umożliwi to skorzystanie z tej sprawdzonej metody większej liczbie ciężko chorych.

SPIS TREŚCI

| | |
|--|----|
| 1. „Bitwa” o narządy do przeszczepienia J. Wałaszewski | 1 |
| 2. Edukacja środowiska medycznego w dziedzinie pozyskiwania narządów do przeszczepiania D. Rowińska | 3 |
| 3. Spotkanie psychologa z anestezjologami – Jachranka, wrzesień 1996 r. A. Jakubowska-Winiecka | 4 |
| 4. Wyniki przeszczepiania narządów na świecie i w Polsce D. Rowińska | 7 |
| 5. Przeszczepianie nerek w Polsce M. Lao, W. Rowiski | 8 |
| 6. Centralny Rejestr Sprzeciwów B. Barcikowska | 11 |
| 7. Przeszczepianie narządów w pierwszej połowie 1997 (do 20 czerwca) J. Czerwiński, B. Łągiewska | 13 |
| 8. Informacja o współpracy z prokuratorami J. Komender | 15 |
| 9. Wyniki badań opinii publicznej – CBOS | 16 |
| 10. III Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego | 17 |
| 11. Nagrody Ministra Zdrowia za szczególne osiągnięcia | 18 |

Wydawca: Poltransplant
Redakcja: dr D. Rowińska



MADEJ

Dokument określa, że pobieranie/przeszczepianie narządów jest procesem złożonym, który musi przebiegać zgodnie z opracowanymi z góry zasadami aby uniknąć jakiegokolwiek improwizacji. Dlatego na wstępie dokument definiuje zasadnicze czynniki, które sprzyjają możliwości pobierania narządów od osób zmarłych. Do najważniejszych zalicza się identyfikację wszystkich potencjalnych dawców narządów jeszcze przed rozpoczęciem testów diagnostycznych śmierci pnia mózgu. Wczesna identyfikacja ułatwia podjęcie dalszych ważnych kroków- ocenę dawcy narządów (także wykluczenie przeciwwskazań) oraz rozpoczęcie właściwej opieki medycznej dawcy. Do istotnych czynników decydujących o losach przeszczepów należą również właściwa prezerwacja przed i po pobraniu, odpowiednia technika chirurgiczna pobrania narządów oraz optymalny dobór biorcy. Do oczywistych czynników wpływających na przeszczepienie zalicza się również uregulowania prawne.

Celem dokumentu było szczegółowe opracowanie na podstawie publikacji naukowych oraz doświadczenia czołowych organizacji koordynujących przeszczepianie, wszystkich czynności prowadzących do pozyskiwania od osób zmarłych w mechanizmie śmierci mózgowej, maksymalnej liczby wysokiej jakości przeszczepów.

Rekomendacje dotyczące najbardziej skutecznych sposobów zwiększenia liczby przeszczepień wynikają z bardzo precyzyjnego określenia krok po kroku wszystkich czynności umożliwiających pobranie od osób zmarłych. Zalecenia te, uwzględniając odrębność czynników prawnych i etycznych mogą być zastosowane w każdym kraju.

Do najważniejszych rekomendacji należą - określenie rzeczywistej liczby zgonów w mechanizmie śmierci pnia mózgu w większych szpitalach wielospecjalistycznych w kraju, zorganizowanie programów na rzecz identyfikacji potencjalnych dawców narządów oraz zaangażowanie odpowiednio wykwalifikowanych osób w proces pobrania/przeszczepienia. Inne zalecenia dotyczą uregulowań prawnych, badań opinii publicznej, edukacji społeczeństwa i różnych grup zawodowych (także środowiska medycznego i prawników) oraz publicystyki.

W Polsce założenia i cele działalności Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji POLTRANSPLANT nie odbiegają od rekomendacji wynikających z dokumentu Komitetu Ekspertów opublikowanego przez Komisję Zdrowia Rady Europy. Nie mniej szczegółowe opracowanie wszystkich czynności prowadzących do zwiększenia dostępności narządów do przeszczepienia są bardzo pomocne w prowadzeniu racjonalnego programu przeszczepiania narządów i uzyskania optymalnych wyników. Tekst wspomnianego dokumentu będzie stanowił część skryptu POLTRANSPLANTU przygotowanego dla potrzeb ośrodków transplantacyjnych.

Prof. Janusz Wałaszewski
Dyrektor



Edukacja środowiska medycznego w dziedzinie pozyskiwania narządów do przeszczepienia



Dr n. med. Danuta Rownińska
POLTRANSPLANT
Odpowiedzialna za Zespół
d/s Działalności Edukacyjnej

Zwiększenie liczby Ośrodków Transplantacyjnych nie miało żadnego wpływu na zwiększenie ilości wykonanych zabiegów przeszczepienia unaczynionych narządów w Polsce w 1996 r. Ogólna liczba wszystkich przeszczepionych narządów w Polsce w 1996 r. wynosiła 11 na milion populacji, średnia Eurotransplantu 46 na milion populacji. Zajmujemy nadal jedno z ostatnich miejsc w Europie pod względem aktywności transplantacyjnej.

Na łamach prasy medycznej, na spotkaniach z przedstawicielami różnych środowisk medycznych (zjazdy, sympozja] i prasy publicznej zwraca uwagę niedostateczna wiedza całego społeczeństwa o konieczności zwiększenia liczby pobrań narządów do przeszczepienia ze zwłok oraz nerek od osób żywych. Poprawy należy oczekiwać dzięki intensyfikacji programu edukacji środowiska medycznego i całego społeczeństwa informującej między innymi o wynikach tej metody leczenia.

Przeszczepienie, poprzez zastąpienie niewydolnego narządu, umożliwia utrzymanie przy życiu setek śmiertelnie chorych ludzi. Niebagatelne znaczenie posiada akceptacja pobrania narządów do przeszczepienia przez rodzinę zmarłego.

W oparciu o doświadczenia europejskie (Holandia, Hiszpania) przeprowadzono 15 spotkań anestezyjologów i transplantologów zainteresowanych pozyskiwaniem narządów do przeszczepienia z psychologiem klinicznym i profesjonalnymi aktorami. Celem tych spotkań było poinformowanie ich uczestników o aktualnie obowiązujących przepisach prawnych dotyczących pobierania komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia oraz o czynnościach niezbędnych przy orzekaniu śmierci mózgowej. Podstawowym zadaniem konferencji było nauczenie sposobu właściwego prowadzenia rozmów z rodziną umierającego, poinformowania jej o nagłej śmierci bliskiego, a także o zamiarze pobrania narządów do transplantacji.

Spotkania odbyły się w Poznaniu (2 razy), Wrocławiu (2 razy), Białymstoku (2 razy), Szczecinie (2 razy), Warszawie (3 razy), Gdańsku (1 raz) i Lublinie (1 raz).

Warsztaty psychologiczne spotkały się z pozytywną oceną uczestników i propozycją ich powtórzenia po upływie 6 lub 12 miesięcy.

Spotkanie psychologa z anestezjologami Jachranka, wrzesień 1996 r.

Rozmowa z bliskimi potencjalnego dawcy narządów ze zwłok jest trudnym zadaniem. Część sympozjum na temat „Pobieranie narządów do transplantacji od zmarłych”, poświęcona była psychologicznym aspektom informowania bliskich o śmierci mózgowej pacjenta i zamiarze pobrania narządów do przeszczepienia oraz kształceniu określonych umiejętności psychologicznych. Uczestnicy mieli różny zakres doświadczeń w dziedzinie pozyskiwania narządów.

Niektórzy od wielu lat prowadzili rozmowy z rodzinami potencjalnych dawców, część miała niewielkie doświadczenia, a kilka osób nigdy jeszcze nie podejmowało takich rozmów. Stworzyło to niepowtarzalną szansę na wymianę wzajemnych doświadczeń. Zajęcia miały charakter czynny i wymagały od uczestników stałej aktywności. Polegały głównie na tym, że w symulowanych sytuacjach z udziałem zawodowych aktorów, anestezjologowie prowadzili inscenizowane rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy, stosownie do przygotowanego scenariusza. Aktorzy doskonale wczuwali się w rolę krewnych dawcy, więc lekarze nie mieli łatwego zadania. Anestezjologowie zgłaszający się do kolejnych inscenizacji pokazywali jak się w danej sytuacji zachowują. Po zakończeniu kolejnych scen, podsumowano ich rezultaty i wyciągano wnioski. Można było wysuwać własne propozycje i przedstawić kilka różnych wersji zachowań. Atmosfera spotkania była bardzo dobra. Uczestnicy byli otwarci i spontaniczni, uczyli się wzajemnie od siebie, na własnych pomysłach i błędach.

Warsztaty przeprowadzono w dwa dni w sumie około 8 godzin. Stopniowo przed uczestnikami stawały coraz trudniejsze zadania. Pierwszy etap poświęcony był nabywaniu ogólniejszych umiejętności komunikacji z innymi ludźmi. Odgrywane sceny pokazały wyraźnie, że język którym lekarze posługują się nie jest jasny dla osób spoza kręgu medycyny. Wyjaśnienie laikom terminu „śmierć mózgu”, kryteriów tej śmierci, przekonanie o śmierci człowieka mimo bijącego dzięki aparaturze serca i uzasadnienie potrzeby pobrania narządów okazało się niezwykle trudne. Dobranie prostych słów i odpowiednich analogii dla przekazania treści medycznych stanowiło prawdziwą sztukę. Zwrócono uwagę, że celowe i umiejętne wykorzystanie różnych form ekspresji niewerbalnej takich jak: mimika twarzy, pozycja ciała, gesty, czy dotyk może znacznie poprawić kontakt.

Z kolei omawiano jak krańcowo różnorodne i nieraz zaskakujące są reakcje ludzi w sytuacjach nagłego stresu i śmierci bliskiego. Utrata poczucia bezpieczeństwa często powoduje, że stają się oni skoncentrowani na sobie i mało komunikatywni. Czasem pomaga obecność kogoś bliskiego, a niekiedy potrzebują samotności, jedni reagują gwałtownie inni powściągliwie itd. Żadna z przeżywanych reakcji nie jest dobra ani zła. Sposób przeżywania i wyrażania uczuć jest kwestią indywidualną. Reakcja na stres i utratę bliskiego przeważnie nie jest w pełni kontrolowana. Stąd wniosek, że sporym ułatwieniem dla lekarza, który ma przekazać informacje o śmierci, jest możliwość przewidzenia reakcji rozmówcy i przy-

gotowanie odpowiedniej strategii rozmowy. Postępowanie z rodziną ma często decydujące znaczenie dla późniejszej reakcji na informację o zamiarze pobrania narządów do transplantacji. Pomocne mogą być dodatkowe informacje o osobie, z którą lekarz będzie rozmawiać, wstępna rozmowa oraz obserwacja tej osoby w różnych sytuacjach szpitalnych, szczególnie w obecności chorego [np. czy reaguje gwałtownie, czy spokojnie, czy trzyma chorego za rękę, czy apatyczny stoi z dala od jego łóżka, czy wyraża głośno pretensję do personelu, czy jest agresywny itd.]. Na tej podstawie można wnioskować o niektórych cechach osobowości. Znaczenia mogą mieć informacje dotyczące aktualnej sytuacji życiowej i społecznej rozmówcy oraz rodzaj związku łączącego ją ze zmarłym.

W trakcie przeprowadzanych insceniżacji okazało się wyraźnie jak trudno jest adekwatnie reagować na silne emocje innych ludzi. Pierwszą i naturalną tendencją jest obrona. Przykładem obrony lekarzy są zdania: „ Proszę się uspokoić”, „ Niech Pani nie płacze” itp. Są one nieadekwatne w sytuacji nagłej śmierci bliskiego, budzą u krewnych nie tylko poczucie niezrozumienia ich przeżyć, ale także poczucie wstydu i zakłopotanie, że zachowują się niewłaściwie. Powiększa to dystans, podważa zaufanie lub rodzi niechęć do rozmówcy. Bardzo ważne jest, aby bliscy zmarłego byli przekonani, że lekarze dołożyli wszelkich starań, aby go ratować. Ułatwia to im pogodzenie się z losem i osłabia gorycz utraty.

Przeprowadzone w Anglii i w Holandii badania wykazały, że rodziny znacznie częściej wyrażają sprzeciw wobec zamiaru pobrania narządów, jeśli informacja ta jest podana bezpośrednio po powiadomieniu, niż jeśli jest oddalona w czasie. Najskuteczniej działa stosowanie „strategii opiekuńczej”, wzbudzanie zaufania co daje oparcie rodzinie. Krewni traktują lekarza jako rzecznika interesów pacjenta i jego rodziny, a nie np. interesów szpitala lub biocy. Należy pozwolić krewnym na wyrażenie emocji, dać im czas i odosobnione miej-

sce na jej przeżycie. W naszych szpitalach krewni często przeżywają swoje emocje na korytarzu, potrąceni lub indagowani przez obce osoby. W strategii opiekuńczej ważne jest danie krewnym możliwości wyboru, czy chcą zostać sami czy dalej rozmawiać. Podkreśla się też znaczenie kontaktu rodziny z umierającym, możliwość bycia z nim, pożegnania się nawet po zabiegu pobrania narządów. Rodziny mają często różne pytania i wątpliwości czy zrobiono wszystko dla ratowania bliskiego, roztrząsają całą sytuację na nowo, nie dopuszczając do świadomości oczywistych faktów. W strategii opiekuńczej konieczne jest udzielenie wsparcia, można spytać, co można dla nich zrobić? np. zadzwonić do kogoś, podać chusteczkę do otarcia łez, wodę itp. Należy ich poinformować gdzie będą mogli znaleźć lekarza, zaproponować kontakt z księdzem lub pracownikiem socjalnym.

Pomimo potwierdzonej skuteczności strategii opiekuńczej nie można wprost przenosić doświadczeń zachodnich do naszej rzeczywistości. Często lekarze ograniczają czas poświęcony na rozmowę i kontakt z krewnymi potencjalnego dawcy, zasłaniając się nawałem innych obowiązków, przyjmując autorytarną lub bierną strategię postępowania. Strategia autorytarna może okazać się w pewnych przypadkach skuteczna, kiedy bliscy są przytłoczeni smutkiem lub zdominowani przez rozmówcę. Postępowanie to jest manipulacją lekarza, który nie liczy się z autentycznymi przeżyciami krewnych, którzy po wyrażeniu zgody na pobranie narządów mogą przeżywać silne poczucie winy, wstydu lub krzywdy.

Kolejny etap zajęć poświęcony był omówieniu następujących przyczyn braku zgody krewnych na pobranie narządów do transplantacji.

1. Rodzina może obawiać się zaniedbania ze strony lekarzy, uważając, że nie będą ratowali chorego jeśli uzyskają zgodę na pobranie narządów.

2. Niektóre osoby mogą mieć poważne trudności, ze zrozumieniem śmierci mózgowej. Mogą się obawiać, że pacjent umrze w wyniku pobrania narządów lub że będzie czuł ból podczas operacji.
3. Krewni mogą się obawiać, że ciało nie będzie należycie traktowane, będzie okaleczone, nie będzie możliwa normalna procedura pogrzebowa, otwarcie trumny itp.
4. Niektórzy krewni mogą sądzić, że są poddawani manipulacji, w celu uzyskania organów od ich bliskiego.
5. Rodzina może uważać, że zmarły już wystarczająco dużo wycierpiał i należy dać mu spokój. Może się sprzeciwić „męczeniu” i wentylowaniu zwłok.
6. Mogą zaważyć względy religijne albo obawa przed opinią i dezaprobatą innych środowiskowych autorytetów.
7. Szansa na odmowę wzrasta jeśli istnieją różnice zdań w obrębie rodziny, a krewni nie znali stanowiska zmarłego i boją się podjąć decyzję, lub nie mogą się ze sobą porozumieć.

W każdej sytuacji należy starać się poznać i zrozumieć przyczynę odmowy, bo może to umożliwić zmianę decyzji rodziny

Ostatnia część zajęć była poświęcona wymianie doświadczeń uczestników. Każdy mógł opowiedzieć o własnych trudnościach w kontaktach z rodzinami potencjalnych dawców, poinstruować aktorów i odegrać sytuacje, które sprawiały mu szczególne problemy. Można było przeciwżyć rozmowę, która zapadła w pamięci jako nieudana lub trudna.

Na zakończenie chciałabym dodać kilka osobistych uwag. Byłam mile zaskoczona spontanicznością i otwartością uczestników. Wydaje mi się, że było to bardzo ważne spotkanie. Uczestnicy oceniali je jako udane, ale na efekty trzeba będzie poczekać. Moim zdaniem należy spotykać się w tym samym gronie co najmniej dwukrotnie. Chcę podkreślić, że moją intencją jako psychologa klinicznego było uwrażliwienie lekarzy na ważne problemy natury psychologicznej, związane z pobieraniem narządów do transplantacji, a w żadnym razie nie chciałam dostarczać technik manipulacji interpersonalnej. Miałam na względzie zarówno sytuację lekarzy jak i bliskich zmarłego, tak aby obie strony wyszły z tej tragicznej sytuacji bez dodatkowych obciążeń emocjonalnych. Inspiracją do przygotowania warsztatu był dla mnie The European Donor Education Programme „The Grief Response and the Donation Request”. Bardzo ważne były takie doświadczenia jakie zdobyłam podczas wieloletniej pracy w Oddziale Dializ i Transplantacji Nerek.

Anna Jakubowska-Winecka

Codziennie na świecie wykonuje się zabiegi przeszczepienia nerek, serc, wątrób, szpiku kostnego, trzustki i płuc

Wyniki przeszczepiania narządów na świecie i w Polsce

Wyniki przeszczepiania narządów na świecie, do końca 1996 r.
(opracowane przez P. I. Terasaki, J. M. Cecka]

| <i>Liczba ośrodków transplantacyjnych</i> | | <i>Liczba przeszczepień</i> |
|---|----------------|---------------------------------|
| 567 | Nerka | 411 071 |
| 119 | Nerka-trzustka | 6 936 |
| 55 | Trzustka | 2 187 |
| 202 | Wątroba | 55 421 |
| 236 | Serce | 44 550 |
| 113 | Płuco | 6 726 |
| 275 | Szpik kostny | 76 927 |

| Najdłuższe przeżycie biorcy z przeszczepem | |
|---|---------|
| Nerka | 34 lata |
| Wątroba | 27 lat |
| Szpik kostny | 24 lata |
| Serce | 22 lata |
| Nerka i trzustka | 16 lat |
| Płuco | 12 lat |

Wyniki przeszczepiania narządów w Polsce do końca 1996 r.

| | Liczba przeszczepień |
|-------------------------|---------------------------------|
| Nerka | 4440 |
| Serce | 462 |
| Szpik kostny | 371 |
| Wątroba | 54 |
| Nerka i trzustka | 39 |

Przeszczepianie nerek w Polsce

Raport przygotowano w oparciu o wyniki przysłane przez działające w kraju ośrodki transplantacyjne do Instytutu Transplantologii AM w Warszawie i Poltransplantu.

Od 26 stycznia 1966 r. do 31 grudnia 1996 r. w Polsce wykonano 4440 zabiegów przeszczepienia nerki. Żyje 3302 (74,4%), z czynnym przeszczepem 2225 (50,2%), leczonych powtarzającymi dializami po utracie przeszczepu 1077 (24,2%), zmarło 1138 (25,6%) chorych.

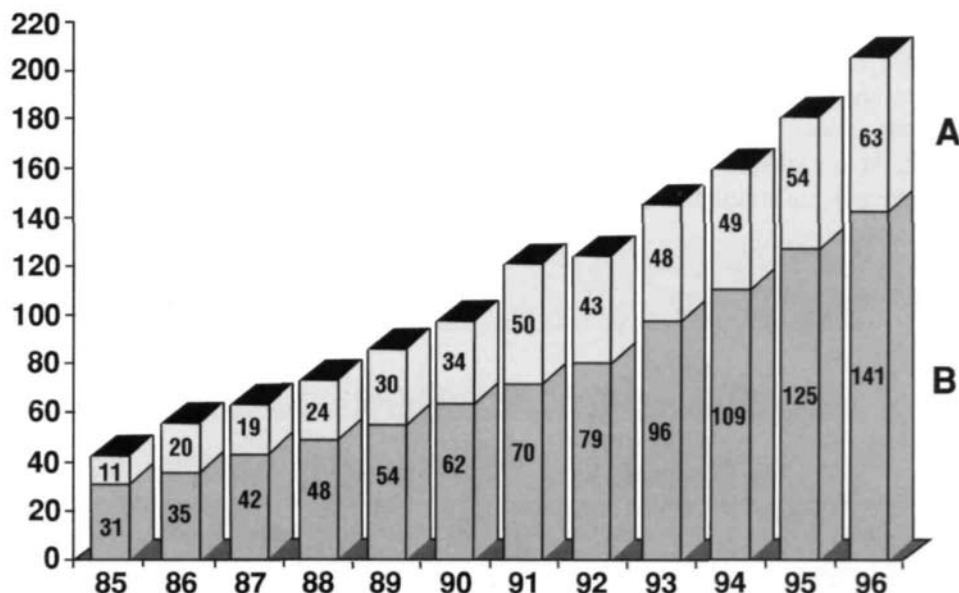
Liczba zabiegów przeszczepienia nerek w Polsce utrzymuje się w ostatnich latach na tym samym poziomie, nie przekraczając 400 operacji rocznie. W 1996 roku wykonano 359 transplantacji - 11 więcej niż w roku ubiegłym. Nadal wykonuje się tylko 9 przeszczepień nerek na milion populacji (w Europie 17 do 50 na milion). Nadal zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w rankingu krajów europejskich.

W 1996 r. nerki przeszczepiało 15 zespołów chirurgicznych w 11 ośrodkach transplantacyjnych. Największą liczbę zabiegów (95) wykonano w Warszawie, gdzie nerki są przeszczepiane w trzech oddziałach chirurgicznych. W roku 1996 zwiększyła się dwukrotnie liczba zabiegów przeszczepiania nerek w Poznaniu (do 80). We wszystkich pozostałych, poza Krakowem (wzrost z 5 do 12) zaznaczył się wyraźny spadek liczby wykonanych operacji. Rozpoczęto przeszczepianie nerek w Łodzi w Szpitalu Klinicznym oraz w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym.

W Polsce w ostatnich latach wzrasta liczba chorych leczonych metodami nerkozastępczymi (dializoterapia, przeszczepienie nerki). W 1995 r. leczone było 178,9 osoby na milion populacji, a w 1996 r. 204,6. Wzrost liczby leczonych chorych zawdzięczamy zwiększeniu ilości miejsc dializacyjnych (tab. 1.).

Tabela 1. Leczenie nerkozastępcze w Polsce w latach 1985 -1996

Chorych na milion



A- z czynnym przeszczepem B -dializowani

W Centralnej Liście Biorców prowadzonej w Instytucie Transplantologii AM w Warszawie w dniu 31 grudnia 1996 r. oczekiwano na przeszczepienie nerki 2148 chorych. 1180 oczekiwało na przeszczepienie krócej niż 3 lata, 320 trzy do pięciu lat, 453 dłużej niż pięć lat.

Według danych Krajowego Zespołu ds. Nefrologii i Dializoterapii w 1996 roku leczono dializami 5450 chorych. Oznacza to, że zaledwie 38 % dializowanych zgłoszono jako potencjalnych biorców nerki do Centralnej Listy Biorców (2148 chorych). Odsetek ten utrzymuje się na tym samym poziomie w ostatnich kilku latach. Konieczna jest wnikliwa ocena przyczyn tego faktu przez krajowych specjalistów ds. dializoterapii i przeszczepiania nerek.

Średni czas oczekiwania na przeszczepienie nerki chorych, którym wykonano ten zabieg, uległ w porównaniu z latami ubiegłymi wydłużeniu i wynosił 35 miesięcy (2 lata i 9 miesięcy). Do podstawowych przyczyn należy zaliczyć niedostateczną liczbę pobrań narządów do przeszczepienia ze zwłok, a także od żywych dawców, zgłaszanie lub przysyłanie na zabieg przeszczepienia biorców z bezwzględными lub względnymi przeciwwskazaniami.

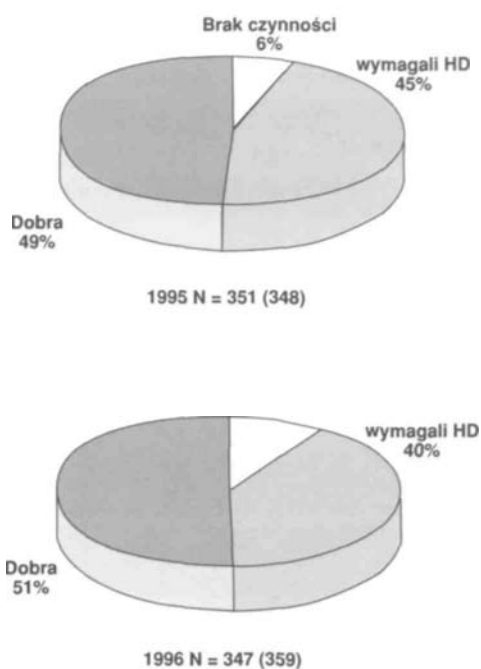
Średni wiek chorych przeszczepionych w 1996 r. wynosił 31,7 lat i był nieco niższy w porównaniu z rokiem ubiegłym. Zwiększył się także odsetek biorców powyżej 45 roku życia wynikający z kwalifikacji do dializ chorych w starszym wieku. Zwraca uwagę spadek liczby transplantacji nerek u dzieci poniżej 14 roku życia (16/359 - 4,4%) oraz niewykonywanie transplantacji nerek u osób wysoko immunizowanych, czekających na operację dłużej niż 5 lat.

Dobór immunologiczny dawcy i biorcy nie poprawił się w porównaniu do lat ubiegłych. Mniej niż połowa przeszczepionych chorych miała tylko dwa antygeny (z czterech możliwych) w klasie I (HLA-A i HLA-B) zgodne z dawcą, 69% miało jeden zgodny antygen z dawcą (z 2 możliwych) w klasie II (HLA-DR).

Bezpośrednia czynność przeszczepionej nerki. Odsetek nerek przeszczepionych, które nigdy nie podjęły czynności w ubiegłym

roku był nieco wyższy niż w latach poprzednich i wynosił średnio 8,6% (tab. 2.). Utrzymuje się **opóźnione podjęcie funkcji przez nerkę przeszczepioną** wymagające leczenia dializami. W zależności od ośrodka transplantacyjnego 34 do 80% przeszczepionych chorych (średnio 46%) wymagało leczenia dializami po operacji przeszczepienia nerki. Wyraźny spadek częstości występowania skąpomoczności oraz skrócenie czasu dializowania obserwowano w ośrodku Warszawskim, w którym od dwóch lat większość przeszczepianych nerek jest przechowywana w ciągłej perfuzji pulsacyjnej w hipotermii.

Tabela 2. Czynność przeszczepionej nerki po operacji - Polska



Wyniki przeszczepienia nerki. Wyniki opracowano w oparciu o metodę Kaplana-Meyera. Obliczono przeżycie pacjentów i przeżycie przeszczepów (przeżycie pacjentów z czynnym przeszczepem nerki) po roku, trzech i pięciu latach. Zwraca uwagę poprawa przeżycia chorych i przeszczepów w ciągu ostatnich pięciu lat (tab. 3, 4, 5, 6). Składa się na nią szereg czynników, z których istotne znaczenie ma poprawa doświadczenia klinicznego zespołów transplantacyjnych.

**Tabela 3. Roczne przeżycie pacjentów i przeszczepu nerkowego w Polsce
(w %)**

| Przeżycie | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|-----------|------|------|------|------|------|
| Pacjentów | 90 | 91 | 91 | 95 | 96 |
| Nerki | 73 | 79 | 80 | 88 | 87 |

**Tabela 4. Trzyletnie przeżycie pacjentów i przeszczepu nerkowego w Polsce
(w %)**

| Przeżycie | 1990-1992 | 1991-1993 | 1992-1994 | 1993-1995 | 1994-1996 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Pacjentów | 86 | 88 | 87 | 89 | 91 |
| Nerki | 65 | 68 | 69 | 75 | 79 |

**Tabela 5. Pięcioletnie przeżycie pacjentów i przeszczepu nerkowego w Polsce
(w%)**

| Przeżycie | 1988-1992 | 1989-1993 | 1990-1994 | 1991-1995 | 1992-1996 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Pacjentów | 81 | 83 | 84 | 87 | 89 |
| Nerki | 53 | 56 | 59 | 63 | 69 |

**Tabela 6. Przeżycie pacjentów i przeszczepów w poszczególnych ośrodkach
(w%)**

| Przeżycie | 1 ROK (chorzy) | 3 LATA (chorzy) | 5 LAT (chorzy) | 1 ROK (nerka) | 3 LATA (nerka) | 5 LAT (nerka) |
|-----------|-------------------|--------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| Białystok | 100 | | | 50 | | |
| CZD | 100 | 98 | 99 | 100 | 75 | 63 |
| Gdańsk | 100 | 96 | 96 | 96 | 83 | 74 |
| Kraków | 100 | | | 100 | | |
| Katowice | 98 | 90 | 88 | 95 | 68 | 64 |
| Lublin | | | | | | |
| Łódź | | | | | | |
| Poznań | 95 | | | 85 | | |
| Warszawa | 98 | 95 | 92 | 97 | 87 | 75 |
| Wrocław | 95 | 87 | 87 | 84 | 85 | 58 |
| Szczecin | 94 | 83 | 77 | 85 | 72 | 58 |

Prof. M. Lao, Prof. W. Rowiński
(opracowała do „Biuletynu” Poltransplantu **dr D. Rowińska**)
Instytut Transplantologii AM Warszawa.

Centralny Rejestr Sprzeciwów

Od dnia 1 grudnia 1996 roku w Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnym ds. Transplantacji Poltransplant działa Centralny Rejestr Sprzeciwów [CRS], w którym osobiście lub listownie można zarejestrować sprzeciw na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów. Możliwe jest także wycofanie sprzeciwu.

W ciągu siedmiu miesięcy zarejestrowano 13839 sprzeciwów pochodzących z całej Polski. Najwięcej zgłoszeń - 439D [32%] zarejestrowano w styczniu. W następnych miesiącach obserwowano zmniejszenie liczby zgłaszanych sprzeciwów. W maju bieżącego roku wpłynęły tylko 784 wnioski.

Przeważają sprzeciwy dokonywane przez osoby dorosłe; stanowią one 85%. Przedstawiciele ustawowi małoletnich lub innych osób nie posiadających pełnej zdolności do

czynności prawnych dokonali 15% wpisów. 54% zgłoszeń przysłały kobiety, w tym 34% osoby starsze powyżej 60 roku życia. Mężczyźni w tej samej grupie wiekowej złożyli 29% wniosków.

Przeważają zgłoszenia przysyłane z dużych (powyżej miliona mieszkańców) i średnich (20000-100000) miast- stanowią one 88%. Z dwóch miast wojewódzkich z Wrocławia i Poznania nie wpłynął ani jeden wniosek sprzeciwu. Najwięcej oświadczeń pochodzi z województwa warszawskiego (w liczbach bezwzględnych jak też w stosunku do liczby mieszkańców). Zgłoszenia sprzeciwu pochodzące z ośrodków wiejskich stanowią 12%.

Szczegółowy rozkład zgłoszeń sprzeciwów przedstawiono w poniżej podanym zestawieniu.

Bezwzględna liczba zarejestrowanych w CRS oświadczeń o sprzeciwie

| LP | WOJEWÓDZTWO | LICZBA MIESZKAŃCÓW | LICZBA SPRZECIWÓW | % |
|-----|-----------------|--------------------|-------------------|------|
| 1. | warszawskie | 2.440.550 | 2170 | 0,09 |
| 2. | białkopodlaskie | 320.881 | 47 | 0,01 |
| 3. | białostockie | 716.325 | 246 | 0,03 |
| 4. | bielskie | 933.934 | 266 | 0,03 |
| 5. | bydgoskie | 1.152.334 | 828 | 0,07 |
| 6. | chełmskie | 255.802 | 58 | 0,02 |
| 7. | ciechanowskie | 449.686 | 80 | 0,02 |
| 8. | częstochowskie | 789.318 | 131 | 0,02 |
| 9. | elbląskie | 498.775 | 105 | 0,02 |
| 10. | gdańskie | 1.495.397 | 679 | 0,05 |
| 11. | gorzowskie | 520.241 | 132 | 0,03 |
| 12. | jeleniogórskie | 528.523 | 197 | 0,04 |
| 13. | kaliskie | 732.411 | 230 | 0,03 |
| 14. | katowickie | 4.028.598 | 1240 | 0,03 |
| 15. | kieleckie | 1.165.075 | 132 | 0,01 |

Bezwzględna liczba zarejestrowanych w CRS oświadczeń o sprzeciwie (cd.)

| LP. | WOJEWÓDZTWO | LICZBA MIESZKAŃCÓW | LICZBA SPRZECIWÓW | % |
|-----|----------------|-----------------------|----------------------|------|
| 16. | konińskie | 491.236 | 134 | 0,03 |
| 17. | koszalińskie | 536.490 | 133 | 0,02 |
| 18. | krakowskie | 1.260.550 | 752 | 0,06 |
| 19. | krośnieńskie | 518.578 | 80 | 0,02 |
| 20. | legnickie | 531.816 | 162 | 0,03 |
| 21. | leszczyńskie | 402.850 | 115 | 0,03 |
| 22. | lubelskie | 1.042.869 | 293 | 0,03 |
| 23. | łomżyńskie | 365.320 | 54 | 0,01 |
| 24. | łódzkie | 1.123.697 | 581 | 0,05 |
| 25. | nowosądeckie | 751.155 | 126 | 0,02 |
| 26. | olsztyńskie | 792.186 | 193 | 0,02 |
| 27. | opolskie | 1.035.927 | 179 | 0,02 |
| 28. | ostrołęckie | 420.691 | 46 | 0,01 |
| 29. | pilskie | 505.043 | 154 | 0,03 |
| 30. | piotrkowskie | 657.246 | 139 | 0,02 |
| 31. | płockie | 530.745 | 195 | 0,04 |
| 32. | poznańskie | 1.373.554 | 690 | 0,05 |
| 33. | przemyskie | 428.526 | 75 | 0,02 |
| 34. | radomskie | 775.408 | 88 | 0,01 |
| 35. | rzeszowskie | 753.668 | 149 | 0,02 |
| 36. | siedleckie | 677.500 | 62 | 0,01 |
| 37. | sieradzkie | 420.777 | 49 | 0,01 |
| 38. | skierniewickie | 427.643 | 115 | 0,03 |
| 39. | słupskie | 434.382 | 170 | 0,04 |
| 40. | suwalskie | 504.659 | 117 | 0,02 |
| 41. | szczecińskie | 1.008.646 | 496 | 0,05 |
| 42. | tarnobrzeskie | 621.026 | 61 | 0,01 |
| 43. | tarnowskie | 713.246 | 94 | 0,01 |
| 44. | toruńskie | 688.672 | 432 | 0,06 |
| 45. | wałbrzyskie | 750.000 | 175 | 0,02 |
| 46. | włocławskie | 447.569 | 228 | 0,05 |
| 47. | wrocławskie | 1.151.255 | 560 | 0,05 |
| 48. | zamojskie | 509.736 | 95 | 0,02 |
| 49. | zielonogórskie | 690.355 | 292 | 0,04 |

Bożena Barcikowska

Przeszczepianie narządów w pierwszej połowie 1997 r. w Polsce (do 20 czerwca)

Aktywność transplantacyjna w Polsce w okresie od 1 stycznia do 20 czerwca 1997 r. [wg danych dostępnych dla Centrum POLTRANSPLANT-u]

W I-ym półroczu 97r. program pobierania i przeszczepiania narządów był realizowany przez 19 zespołów chirurgicznych w 10 ośrodkach akademickich.

Przeszczepianie nerek

Program pobierania i przeszczepiania nerek prowadziło 16 zespołów transplantacyjnych; w Białymstoku, Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu

Ogółem w omawianym okresie przeprowadzono 233 transplantacje nerek, z czego 229 przeszczepionych nerek pozyskano od zmarłych dawców narządów, 4 przeszczepione nerki pochodziły od żywych dawców (Rys. 1).

Przeszczepianie serca

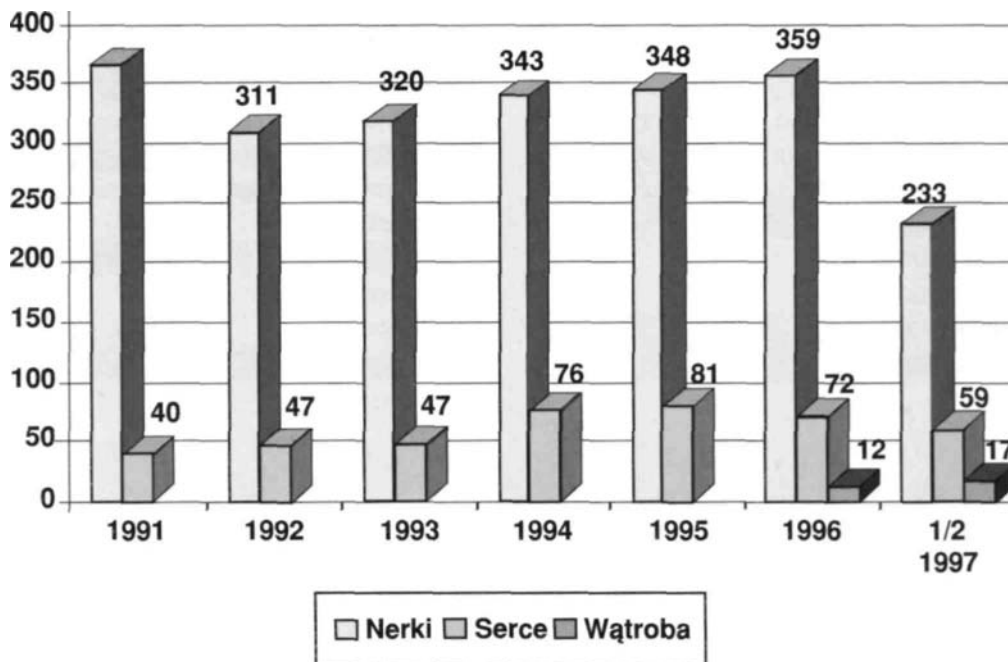
Program przeszczepiania serca prowadziło w omawianym okresie 3 zespoły transplantacyjne; w Krakowie, Zabrze i Warszawie. Liczba dokonanych przez te zespoły przeszczepień serca wyniosła 59 (Rys. 1).

Przeszczepianie wątroby

Listę chorych oczekujących na przeszczepienie wątroby posiadało 5 zespołów chirurgicznych: w Szczecinie, Warszawie, Krakowie i Wrocławiu. Liczba dokonanych przez te zespoły przeszczepień wątroby wyniosła 17 (Rys. 1).

Całkowita liczba pobrań wątroby wyniosła natomiast 26. W 5 przypadkach pobrania dokonały zespoły z zagranicy (Berlin, Fryburg, Innsbruck]. W 4 przypadkach narząd ten pobrano lecz odstąpiono od przeszczepienia.

Rys. 1. Liczba przeszczepów w Polsce



Zmarli dawcy narządów

W omawianym okresie do Centrum Koordynacyjnego POLTRANSPLANT-u zgłoszono 134 zmarłych, potencjalnych dawców narządów. Liczba rzeczywistych zmarłych dawców, od których pobrano narządy do przeszczepienia wyniosła 119. Odsetek rzeczywistych dawców wyniósł 89%. W 15 przypadkach (11%) do pobrania nie doszło; w 9 przypadkach ze względów medycznych (zatrzymanie krążenia przed dokonaniem pobrania, dyskwalifikacja dawcy), w 6 przypadkach zamysł pobrania narządów spotkał się z kategoriycznym sprzeciwem rodziny zmarłego.

Ze 119 dokonanych pobrań, 54 (45%) miało charakter jedonarządowy; w 53 przypadkach pobrano tylko nerki, w 1 przypadku pobrano tylko serce. Pobrań wielonarządowych było 65, co stanowiło 55% wszystkich dokonanych pobrań (Tab.1). W przedstawionym opracowaniu pobrań, w wyniku których pobrano nerki oraz serce ale tylko celem pozyskania homografu zastawek nie traktowano jako pobrań wielonarządowego. Jako pobranie wielonarządowe traktowano natomiast pobranie, obok innych narządów wątroby, niezależnie czy dokonane zostało później przeszczepienie tego narządu..

Tabela 1. Całkowita liczba pobrań oraz liczba pobrań wielonarządowych w 1996r. i I-ym półroczu 97 r.

| | 1996 | I-VI'97 |
|---------------------------------|------|---------|
| Liczba pobrań | 191 | 119 |
| Liczba pobrań wielonarządowych | 78 | 65 |
| Odsetek pobrań wielonarządowych | 41% | 55% |

Strukturę pobrań wielonarządowych w I półroczu 97r. oraz w 96 r. przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Struktura pobrań wielonarządowych w Polsce w roku 96 i tym półroczu 97r.

| | 1996 | I-VI'97 |
|--|------|---------|
| Nerki + serce | 56 | 39 |
| Nerki + serce + wątroba | 12 | 19 |
| Nerki + wątroba | 7 | 7 |
| Nerki + serce + trzustka | 2 | - |
| Nerki + serce + wątroba+ trzustka | 1 | |
| Ogółem | 78 | 65 |

Liczbę pozyskanych w 96 i I-ym półroczu 97 r narządów oraz homografów zastawek serca i aorty przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Liczba pozyskanych narządów oraz homografów zastawek od zmarłych dawców narządów w okresie I -VI '97 oraz w 1996r.

| | 1996 | I-VI'97 |
|------------------------------------|------------|------------|
| Nerki | 380 | 236 |
| Serca | 72 | 59 |
| Wątroby | 20 | 26 |
| Trzustki | 3 | - |
| Ogółem pozyskanych narządów | 475 | 327 |
| Homografy zastawek | 25 | 18 |
| Homograf aorty | 2 | 4 |

Jarosław Czerwiński, Beata Łągiewska

Informacja o współpracy z prokuratorami

W dniu 16 maja 1997 roku w Centralnym Banku Tkanek Akademii Medycznej w Warszawie odbyło się spotkanie pracowników banków tkanek z prokuratorem wojewódzkim i prokuratorami rejonowymi oraz z kierownikiem Zakładu Medycyny Sądowej. Spotkanie było związane z nowymi regulacjami prawnymi dotyczącymi pobierania tkanek ze zwłok osób zmarłych, które podlegają sekcjom sądowo-lekarskim i omówiono kontakty robocze pomiędzy prokuratorami, Zakładem Medycyny Sądowej i bankami tkanek, dla zapewnienia przestrzegania prawa i możliwości funkcjonowania banków tkanek.

W ramach spotkania wymieniono poglądy na temat potrzeby i możliwości bankowania tkanek dla potrzeb chirurgii odtwórczej, przedstawiono obecne regulacje prawne dotyczące pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów oraz zwiedzono pracownie Centralnego Banku Tkanek. Przedyskutowano również zasady kontaktowania się z prokuratorami w sprawie ustalenia, czy prokuratorzy nie zgłasza-

ją zastrzeżeń co do pobrania narządów lub tkanek w czasie sekcji sądowo-lekarskich.

Prokuratorzy odnieśli się z pełnym zrozumieniem i życzliwością do problemów przedstawianych przez pracowników banków tkanek, uznali, że szybkość podejmowania decyzji w sprawie przeprowadzenia sekcji zwłok i możliwości pobrania tkanek ma duże znaczenie dla zapewnienia pacjentom dostępu do przeszczepów. Zaakceptowano formularz, który posłuży do udzielenia informacji przez prokuratorów pracownikom Zakładu Medycyny Sądowej, o braku sprzeciwu na pobranie tkanek, w każdym przypadku gdy bank tkanek jest zainteresowany pobraniem. Zebrani byli zdania, że nowe regulacje prawne ułatwią w przyszłości kontakty robocze na styku prokuratorzy, Zakład Medycyny Sądowej i banki tkanek dla zapewnienia pobierania tkanek w celach leczniczych. Prokuratorzy wspomnieli o możliwości wspomożenia finansowego działalności banków tkanek, ze środków będących w ich dyspozycji w związku z umorzeniami postępowania. Spotkania takie będą powtarzane.

Prof. dr hab. med. Janusz KOMENDER

Zakład Transplantologii & Centralny Bank Tkanek
Instytut Biostruktury A.M. w Warszawie

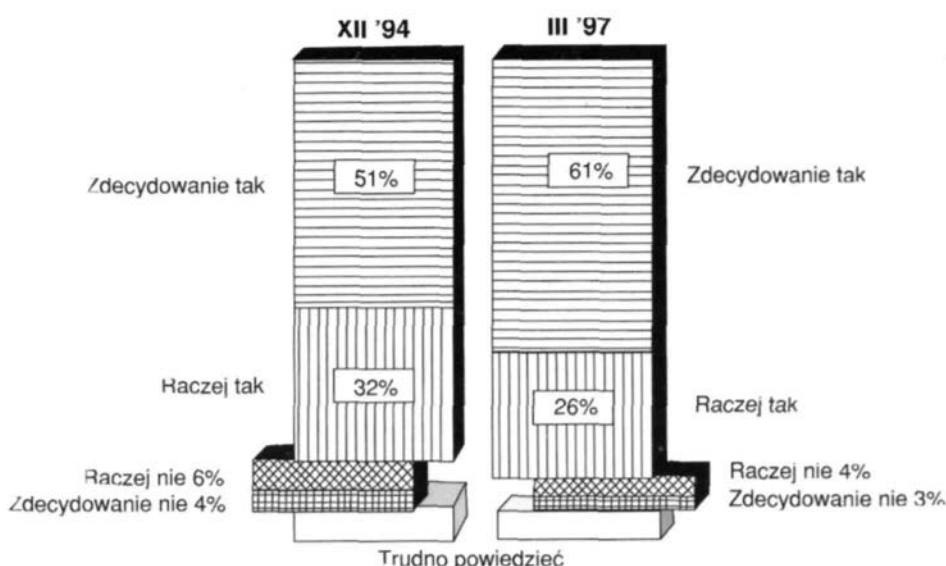
Wyniki badań opinii publicznej

[Centrum Badania Opinii Społecznej]

Postawy wobec przeszczepiania narządów

- ◆ Zdecydowana większość Polaków (87%) akceptuje przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych. Podobne odsetki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w innych krajach.
- ◆ W przypadku śmierci bliskiej osoby ponad cztery piąte (83%) ankietowanych nie sprzeciwiłoby się pobraniu narządów do przeszczepu, jeśli zmarły nie miał nic przeciwko temu. Gdy opinia osoby nie jest znana, odsetek deklarujących brak sprzeciwu jest znacznie mniejszy (60%). Tylko 15% respondentów zezwoliłoby na pobranie narządów dla ratowania komuś życia mimo wyrażonego wcześniej sprzeciwu dawcy.
- ◆ Połowa badanych akceptuje - istotne dla przeprowadzenia transplantacji - kryterium śmierci mózgowej jako śmierci człowieka. Niemal co trzeci respondent nie uznaje jednak tego kryterium.
- ◆ Prawie równie powszechna jak akceptacja transplantacji w ogóle jest aproba tzw. przeszczepów rodzinnych (85%) w przypadku nerek - to znaczy oddania własnej nerki dla ratowania kogoś z najbliższych.
- ◆ Mimo pozytywnego stanowiska Kościoła część badanych (15%) uważa przeszczepianie narządów za sprzeczne z religią katolicką, a prawie co piąty (19%) żywi wątpliwości i nie ma zdania w tej sprawie.
- ◆ Tylko niespełna połowa ankietowanych (47%) ma zaufanie do ośrodków medycznych zajmujących się transplantacjami, uważając, że nie czerpią one z tego korzyści materialnych. Ma na to niewątpliwie wpływ dość powszechna opinia o rosnącej komercjalizacji służby zdrowia.

Czy uważa Pan(i) za słuszne przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych, aby ratować życie lub przywracać zdrowie innym osobom?



Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” [82], 13-18 marca '97, reprezentatywna próba losowa dorosłej ludności kraju (N=1185). Badanie było współfinansowane przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” oraz Instytut Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie.

III KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA TRANSPLANTACYJNEGO

22-25. 03.1997 r.
ZAKOPANE-KOŚCIELISKO

25 marca 1997 r. odbyła się sesja POLTRANSPLANTU prowadzona przez prof. J. Wałaszewskiego i dr M. Ostrowskiego. W czasie sesji przedstawiono:

1. Sprawozdanie z działalności POLTRANSPLANTU w 1996 r.
J. Wałaszewski.
2. Geograficzne rozmieszczenie pobrań na rządowych w Polsce w 1996 r.
J. Czerwiński z zespołem.
3. Centralny Rejestr Sprzeciwów. Pierwsze doświadczenia z funkcjonowania Rejestru
B. Barcikowska.
4. Centralna Lista Biorców
D. Rowińska.
5. Program przeszczepiania nerek w Wielkopolsce w latach 1994-1997
Z. Włodarczyk.
6. Koordynacja pobrań narządów w rejonie Hradec Kralowe
M. Grofowa.
7. Program przeszczepów serca w Krakowie w 1996 r.
A. Działkowiak z zespołem.
8. Uwagi dotyczące współpracy zespołów transplantacyjnych z oddziałami zgłaszającymi dawców narządów
R. Bohatyrewicz.

Uczestnikom sesji wręczono pierwszy numer Biuletynu POLTRANSPLANTU.

Prof. dr hab. med. Kazimierz Ostrowski i dr Irena Marcinek otrzymali honorowe członkostwo PTT.

W czasie Walnego Zebrania członków PTT na III Zjeździe PTT w Zakopanem-Kościelisku w dniu 24 marca 1997 r. wybrano nowy skład Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego:

Prezes

Prof. dr hab. med. Marian Zembala

Wiceprezes

Prof. dr hab. med. Jacek Szmidt

Sekretarz Generalny

Prof. dr hab. med. Mieczysław Lao

Członkowie

Prof. dr hab. med. Jerzy Hołowiecki

Prof. dr hab. med. Marek Krawczyk

Prof. dr hab. med. Waldemar Olszewski

Dr hab. med. Leszek Pączek

Dr med. Piotr Kaliciński

Dr med. Zbigniew Włodarczyk

Sekretarz

Dr med. Magdalena Durlik

Skarbnik

Dr med. Grzegorz Michalak

Komisja Rewizyjna

Dr med. Danuta Rowińska

Prof. dr hab. med. Bogdan Michałowicz

Dr hab. med. Dariusz Patrzalek

Nagrody Ministra Zdrowia za szczególne osiągnięcia w dziedzinie ochrony zdrowia 1997 r.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Ryszard Jacek Żochowski wyróżnił w tym roku z okazji Światowego Dnia Zdrowia (obchodzonego 7 kwietnia) aż 97 pracowników zakładów opieki zdrowotnej, realizujących reformatorskie pomysły organizacyjne, oraz wybitnych przedstawicieli nauk medycznych. W dziedzinie transplantacji nagrody otrzymali:

Nagrodę indywidualną za zorganizowanie ośrodka przeszczepiania nerek w Wojewódz- kim Szpitalu Zespolonym w Poznaniu

dr n. med. Zbigniew Włodarczyk



Laureat nagrody indywidualnej
dr Z. Włodarczyk

Nagrodę zbiorową za wdrożenie programu przeszczepienia wątroby

zespółowi w składzie:

prof. dr hab. med. *Andrzej Karwowski*
prof. dr hab. med. *Marek Krawczyk*
prof. dr hab. med. *Bogdan Michałowicz*
prof. dr hab. med. *Jerzy Szczerbań*
prof. dr hab. med. *Mieczysław Lao*
prof. dr hab. med. *Leszek Pączek*
dr med. *Tadeusz Wróblewski*
dr n. med. *Bogusław Najnigier*
dr n. med. *Paweł Nyckowski*
dr n. med. *Jacek Pawiak*
dr hab. n. med. *Włodzimierz Otto*
dr hab. n. med. *Rafał Paluszkiewicz*
dr n. med. *Waldemar Patkowski*
dr n. med. *Krzysztof Zieniewicz*
dr n. med. *Wojciech Gackowski*
lek. med. *Marek Schaeffer*
lek. med. *Agata Kącka*
dr n. med. *Teresa Korta*
lek. med. *Cezary Kosiński*
lek. med. *Cezary Pszenny*
dr n. med. *Olgierd Rowiński*
lek. med. *Robert Wrzaszczyk*
dr n. med. *Piotr Małkowski*
dr n. med. *Paweł Paczkowski*
lek. med. *Ireneusz Grzelak*
lek. med. *Remigiusz Gelo*
lek. med. *Abdulsalam Alsharabi*
lek. med. *Sulejman Magaam*
lek. med. *Danuta Plaszczyk*
lek. med. *Sławomir Polański*
dr n. med. *Grzegorz Małek*
Grażyna Kępka
Bożena Biankietti
Anna Kołowrotna
Anna Izdebska
Monika Biedrzycka
Teresa Zaremba
Ewa Sobczak
pracownicy Akademii Medycznej i Szpitali
Klinicznych w Warszawie



Prof. A. Karwowski odbiera dyplomy dla laureatów nagrody zespołowej za osiągnięcia w przeszczepianiu wątroby

Nagrodę zbiorową za zbudowanie od podstaw oraz rozwój modelowego systemu opieki nad dziećmi z przewlekłą niewydolnością wątroby

zespółowi w składzie:

dr n. med. *Piotr Kaliciński*, dr n. med. *Joanna Pawłowska*, dr n. med. *Andrzej Kamiński*, dr n. med. *Andrzej Prokurat*, dr n. med. *Irena Jankowska*, dr n. med. *Mikołaj Teisseyre*

dr n. med. *Wojciech Kamiński*, prof. dr hab. *Jerzy Socha*, dr n. med. *Przemysław Łaniewski*, lek. med. *Andrzej Byszewski*, dr n. med. *Przemysław Kluge*, lek. med. *Paweł Rajszyn*, dr n. med. *Małgorzata Kuliszewska*, *Eliza Zalewska*, *Małgorzata Dudzińska*, *Ewa Danielewska* z Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie



Minister R. J. Żochowski wręcza nagrodę doc. P. Kalicińskiemu

KOMUNIKAT

Doroczne zebranie Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego do Spraw Transplantacji Poltransplant odbędzie się dnia 14 listopada w godz. 11⁰⁰-14³⁰ w Siedzibie Klubu Lekarza Warszawa, Aleje Ujazdowskie 24.

Dokładne informacje i program zebrania zostaną przesłane do Ośrodków Transplantacyjnych w późniejszym terminie.

INFORMACJE

- 1) III sympozjum PTT odbędzie się w 1998 r. w Białymstoku, organizatorami są prof. M. Myśliwiec i prof. S. Głowiński.
- 2) IV Zjazd PTT odbędzie się w 1999 r. we Wrocławiu, organizatorem jest prof. W. Witkiewicz.
- 3) III Konferencja Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego - Płockie Dni Nefrologiczne z okazji jubileuszu 80-cio lecie. Nestora Polskiej Nefrologii Prof. Tadeusza Orłowskiego odbędzie się w Płocku w dniach 11-13 wrzesień 1997 r.