

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

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

e-mail: transpl@poltransplant.org.pl; sekretariat@poltransplant.pl

www.poltransplant.org.pl

CENTRALNY REJESTR NIESPOKREWNIONYCH
DAWCÓW SZPIKU I KRWI PĘPOWINOWEJ

TEL./FAX (+48 22) 627 07 48 e-mail: rejestr@dawcyszpiku.pl; rejestr@szpik.info

KRAJOWA LISTA OCZEKUJĄCYCH
NA PRZESZCZEPNIENIE

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

e-mail: poltransplantklb@o2.pl; klo@poltransplant.pl

NR 1 (15)

MARZEC 2007
ISSN 1428-0825



MADE



Po raz pierwszy od 10-ciu lat liczba zidentyfikowanych w 2006 r. zmarłych dawców narządów w Polsce wykazała tendencję spadkową. W większości województw poza opolskim, podlaskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim liczba zgłoszonych dawców była niższa w porównaniu do 2005 r.

Zmniejszenie liczby zmarłych dawców z 14,5 na 1 mln mieszkańców w 2005 do 13,0 w roku ubiegłym spowodowało spadek liczby wykonanych przeszczepów o około 150. W roku 2005 przeszczep otrzymało 1400 biorców, a w 2006 1257. Nieznacznie wzrosła liczba pobrań wielonarządowych, choć tylko w 8 szpitalach przekroczyła 50% pobrań. Pobrania wielonarządowe umożliwiły częstsze pobieranie przeszczepów trzustki, a także płuca, co zwiększyło liczbę przeszczepów trzustki oraz sprzyjało rozwojowi programu przeszczepiania płuca w Zabrze.

Bardzo niski jest wskaźnik przeszczepienia od dawców żywych. W 2006 od dawców żywych pobrano 38 przeszczepów narządowych. Paradoksalnie przeszczepiono więcej segmentów wątroby biorcom pediatrycznym (20 przypadków), niż nerki (tylko 18 !).

Pomimo niskiej zgłaszalności chorych na listę oczekujących na przeszczep utrzymujący się niedobór alloprzeszczepów jest aktualnie zjawiskiem trwałym. Jest to obecnie największy problem rozwoju programu przeszczepiania narządów w Polsce. Zapewnienie szerszego dostępu do leczenia przeszczepami stanowi bardzo ważne zadanie dla polityki zdrowotnej. W Polsce został wprowadzony program polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia – Polgraft, którego zadaniem jest rozwój medycyny transplantacyjnej w latach 2006-2009. Niezależnie od tego, od kilku lat przy wielu ośrodkach transplantacyjnych ist-

SPIS TREŚCI

1. Wstęp <i>J. Wałaszewski</i>	1
2. „Transplantacja – przekraczając granice życia” – <i>K. Pabisiak</i>	3
3. Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2006 r. – <i>K. Antoszkiewicz, J. Czerwiński, P. Malanowski</i>	4
4. Krajowa lista oczekujących na przeszczepienie nerki lub nerki i trzustki – <i>D. Stryjecka-Rowińska, D. Lewandowska, J. Przygoda, M. Hermanowicz, P. Malanowski</i>	15
5. Krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie wątroby – <i>J. Czerwiński, B. Łągiewska, J. Marcinkowska</i>	19
6. Krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie narządów klatki piersiowej – <i>J. Czerwiński, J. Marcinkowska, K. Antoszkiewicz</i>	23
7. Krajowy rejestr przeszczepień – <i>J. Czerwiński, K. Antoszkiewicz, G. Gontarczyk, M. Grzegorek</i>	26
8. Krajowa lista oczekujących oraz krajowy rejestr przeszczepień komórek krwiotwórczych szpiku i krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej – <i>M. Dudkiewicz, A. Pietrzykowska, K. Adamiak</i>	27
9. Rejestr żywych dawców – <i>J. Czerwiński, J. Marcinkowska</i>	30
10. Działalność Centralnego Rejestru Sprzeczów w latach 1997-2006 – <i>A. Krawczyk, J. Marcinkowska</i>	32
11. Centralny Rejestr Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej – <i>A. Pietrzykowska, A. Łęczycska</i>	37
12. Dobór niespokrewnionych dawców szpiku – <i>J. Żalikowska-Hołowińska, A. Długokęcka</i>	41
13. Współpraca międzynarodowa Poltransplantu w dziedzinie przeszczepiania narządów – <i>A. Krawczyk, J. Wałaszewski</i>	45
14. Zasady alokacji narządów – <i>P. Kaliciński</i>	50
15. Uwagi w sprawie zapobiegania przenoszeniu nowotworów od dawcy do biorcy przeszczepu – <i>P. Malanowski, J. Czerwiński, J. Wałaszewski</i>	55
16. ETCO 4 th Meeting Wrocław 2006 – międzynarodowe spotkanie koordinatorów transplantacji – <i>D. Patrzalek</i>	58
17. Kalendarium 2007 – <i>P. Malanowski</i>	60

nieją fundacje oraz stowarzyszenia pacjentów po przeszczepieniu działające na rzecz zwiększenia dostępu chorych do leczenia przeszczepami. Ostatnio została powołana organizacja pozarządowa - Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej, której głównym celem jest promowanie transplantacji.

Zwiększenie dostępu chorych do przeszczepienia jest przedmiotem troski społeczności międzynarodowej. Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego WHO z maja 2004 zobowiązuje Dyrektora Generalnego do gromadzenia danych dotyczących przeszczepiania, aktualizacji zasad przeszczepiania narządów, promocji współpracy międzynarodowej i pomocy krajom członkowskim w rozwijaniu przeszczepiania oraz w walce z handlem przeszczepami. Ta sama rezolucja zaleca krajom członkowskim współpracę w formułowaniu ogólnych zasad i procedur, przestrzeganiu zasad etycznych, zwiększeniu przeszczepów nerek od dawców żywych oraz kontrolowaniu „turystyki transplantacyjnej” i handlu przeszczepami. Założenia Rezolucji WHO były konsultowane ze Światowym Towarzystwem Transplantacyjnym i dały impuls do powołania Ogólnoświatowego Przymierza „Global Alliance for Transplantation” (GAT), które angażuje towarzystwa transplantacyjne i międzynarodowe organizacje rządowe w działania na rzecz zapewnienia bezpiecznego, efektywnego i sprawiedliwego dostępu do przeszczepiania wszystkim, którzy tego potrzebują.

Powołana w 2005 r. Rada GAT opracowuje strategię rozwoju przeszczepiania na najbliższe 20 lat. Należy się spodziewać, że w ciągu 20 lat rozwój ekonomiczny zapewni szerszy dostęp chorym do wysokospecjalistycznych procedur leczniczych, w tym do przeszczepów. Stale poprawiające się wyniki przeszczepiania zwiększają możliwości leczenia skrajnej niewydolności narządów. Wymaga to wspólnego i intensywnego działania środowiska medycznego i organizatorów polityki zdrowotnej na rzecz rozwoju transplantacji.

Prof. Janusz Wałaszewski
Dyrektor Poltransplantu



„Transplantacja – przekraczając granice życia”

„Transplantacja –przekraczając granice życia” to tytuł wystawy, na której zgromadzono kilkanaście prac graficznych studentów Wyższej Szkoły Sztuki Użytkowej ze Szczecina. Tematyka prac odpowiada założeniom wystawy, tj. promowaniu przeszczepiania narządów w społeczeństwie. Jako miejsca ekspozycji przygotowanych plakatów w pierwszej kolejności wybrano dworce kolejowe głównych miast Polski. Wystawę organizuje Stowarzyszenie Życie po Przeszczepie przy wsparciu Astellas Pharma, PKP Dworce Kolejowe oraz PKP Energetyka. Różnorodność pomysłów oraz form graficznych zaprezentowanych przez młodych twórców powoduje, że każdy może znaleźć obraz ciekawy pod względem plastycznym i pozytywnie kojarzący się z tematyką transplantacji.

W bieżącym numerze Biuletynu Poltransplantu umieszczono zaledwie kilka przykładów twórczości młodych artystów, choć na uznanie na pewno zasługują wszystkie.

Krzysztof Pabisiak



Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2006 roku

Zmarli dawcy narządów

W 2006 r. do biura koordynacji Poltransplantu w Warszawie wpłynęły 604 zgłoszenia potencjalnych, zmarłych dawców narządów. W 496 (82,1%) przypadkach doszło do pobrania narządów, w pozostałych 108 (17,9%) nie było pobrań. Liczba wszystkich pobrań narządów od zmarłych dawców była w 2006 r. o 11% mniejsza niż w roku 2005 i najniższa od 2002 r. Sprzeciw rodziny zmarłego był najczęstszym powodem odstąpienia od pobrania; miał miejsce 63 razy na 604 zgłoszenia, co daje 10,4%. W 42 przypadkach (7,5%) zdyskwalifikowano zmarłych potencjalnych dawców z powodów medycznych (Tabela 1).

Tabela 1. Zgłoszenia zmarłych dawców narządów w latach 2000–2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Liczba zgłoszeń	483	539	593	649	696	669	604
Liczba dawców rzeczywistych	410 (84,9%)	450 (83,4%)	490 (82,6%)	525 (80,9%)	562 (80,7%)	556 (83,1%)	496 (82,1%)
Odstąpiono od pobrania	73 (15,1%)	89 (16,6%)	103 (17,4%)	124 (19,1%)	134 (19,3%)	113 (16,9%)	108 (17,9%)
Przyczyny medyczne	29 (6,0%)	31 (5,8%)	57 (9,6%)	60 (9,2%)	61 (8,8%)	52 (7,8%)	45 (7,5%)
Sprzeciw rodziny zmarłego	43 (8,9%)	56 (10,4%)	45 (7,6%)	64 (9,9%)	73 (10,5%)	61 (9,1%)	63 (10,4%)
Sprzeciw prokuratora lub własne zastrzeżenie	1 (0,2%)	2 (0,4%)	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Najczęstszymi przyczynami medycznymi odstąpienia od pobrania były: zatrzymanie krążenia krwi u dawcy przed pobraniem narządów, zakażenie wirusami zapalenia wątroby B lub C oraz zaawansowana niewydolność nerek potencjalnego dawcy. W innych przypadkach zakażenie uogólnione, choroby nowotworowe, uogólniona miażdżyca lub nagromadzenie kilku czynników ryzyka były powodem rezygnacji z pobrania narządów (Tabela 2).

Główną przyczyną zgonu zmarłych dawców narządów były naczyniowe schorzenia mózgu (55%), wzrósł udział dawców zmarłych wskutek urazu czaszkowo-mózgowego; 35% w 2005r., 39% w 2006 (Tabela 3).

W 2006r. średni wiek zmarłych, od których pobrano narządy wyniósł 44,7 lat (zakres: 6 miesięcy – 76 lat) i był najwyższy od 2000 r. (Tabela 4). Zmalała (z 24 w 2005 r. do 20 w 2006 r.) liczba dawców pediatrycznych (≤ 16 lat). Coraz częściej pobierane są narządy od dawców w grupie wiekowej ponad 50 lat; w 2004 r. było tych dawców 31,1%, w 2005 – 39,2%, zaś w 2006 – 40,7%.

Tabela 2. Medyczne przyczyny odstąpienia od pobrania narządów w latach 2002–2006

Przyczyna odstąpienia od pobrania narządów	2002	2003	2004	2005	2006
Zatrzymanie krążenia przed pobraniem	14	11	18	14	9
Zakażenie wirusem HBV i/lub HCV, aktywne zakażenie CMV	8	12	11	11	9
Zaawansowana niewydolność nerek dawców	9	10	11	6	7
Guz mózgu o nieznanym lub złośliwym utkaniu	3	2	2	3	4
Zaawansowany wiek dawcy (>65 lat), miażdżyca	3	2	5	2	4
Guz, rak, choroba rozrostowa krwi	-	2	3	2	3
Posocznica, gruźlica, kiła	4	9	2	1	3
Patologia narządowa potwierdzona w badaniach	-	2	1	5	2
Narkomania, zatrucie glikolem, metanolem	2	-	1	-	1
Brak biorcy dla narządów dawcy < 2 rż.	1	1	1	-	1
Brak wszystkich objawów śmierci mózgu, brak możliwości ustalenia personaliów dawcy	5	4	4	3	1
Anty-HIV positive	2	2	2	2	1
Cukrzyca, dna moczanowa, kamica nerkowa odlewowa	4	2	-	3	-
Nieprawidłowa perfuzja narządów w trakcie pobrania	2	1	-	-	-
Łącznie	57	60	61	52	45

Tabela 3. Zmarli dawcy narządów 2000–2006; przyczyna zgonu

Przyczyna zgonu	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Choroba naczyń mózgowych	203 (50%)	265 (59%)	275 (56%)	301 (57%)	304 (54%)	316 (57%)	273 (55%)
Uraz głowy	183 (45%)	168 (37%)	178 (36%)	182 (35%)	225 (40%)	194 (35%)	195 (39%)
Inne przyczyny	24 (5%)	17 (4%)	37 (8%)	42 (8%)	33 (6%)	46 (8%)	28 (6%)
Ogółem	410	450	490	525	562	556	496

Tabela 4. Zmarli dawcy narządów 2000–2006; wiek

Wiek	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	410 dawców	450 dawców	490 dawców	525 dawców	562 dawców	556 dawców	496 dawców
Zakres	10 mies. - 73 lata	5 mies. - 73 lata	13 mies. - 75 lat	12 mies. - 76 lat	9 mies. - 78 lat	10 mies. - 77 lat	6 mies. - 76 lat
Średnio	40,4	42,6	42,8	42,9	41,8	43,7	44,7
0-5 lat	7 (1,7%)	1 (0,2%)	2 (0,4%)	3 (0,6%)	3 (0,5%)	7 (1,3%)	4 (8%)
6-16	15 (3,7%)	19 (4,2%)	21 (4,3%)	24 (4,6%)	19 (3,4%)	17 (3,1%)	16 (3,2%)
17-30	94 (22,9%)	88 (19,5%)	89 (18,2%)	91 (17,3%)	124 (22,1%)	87 (15,6%)	73 (14,7%)
31-40	45 (10,9%)	58 (12,8%)	77 (15,7%)	80 (15,2%)	79 (14,1%)	75 (13,5%)	65 (13,1%)
41-50	142 (34,6%)	132 (29,3%)	128 (26,1%)	143 (27,2%)	162 (28,8%)	152 (27,3%)	136 (27,4%)
51-65	100 (24,4%)	129 (28,6%)	150 (30,6%)	157 (29,9%)	158 (28,1%)	200 (36,0%)	186 (37,5%)
>65	7 (1,7%)	23 (5,1%)	23 (4,7%)	27 (5,1%)	17 (3,0%)	18 (3,2%)	16 (3,2%)

34% spośród zmarłych dawców stanowiły kobiety, 66% – mężczyźni (Tabela 5).

Tabela 5. Zmarli dawcy narządów 2000–2006; płeć K : M

Płeć	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Liczba Kobiet	144	155	186	202	197	223	171
Liczba Mężczyzn	266	295	304	323	365	333	325
%K : %M	35 : 65	34 : 66	38 : 62	38 : 62	35 : 65	40 : 60	34 : 66

Pobrania narządów do przeszczepienia od osób zmarłych

W 2006 r. liczba rzeczywistych zmarłych dawców wyniosła 496, co daje 13 dawców na 1 mln mieszkańców (w 2004 r. 14,7, w 2005 r. – 14,5 / 1 mln). Pobrania miały miejsce we wszystkich województwach. Wyraźnie zmalała aktywność w zakresie identyfikacji zmarłych dawców w województwach wiodących w tej dziedzinie w latach poprzednich; w województwie dolnośląskim liczba zmarłych dawców wyniosła 12,5 na 1 mln mieszkańców i nigdy nie była tak niska. Nastąpiło dalsze obniżenie liczby pobrań w województwie kujawsko-pomorskim (53 pobrania w 2004 r., 34 w 2005 r. i 28 w 2006). W województwie zachodniopomorskim, gdzie liczba pobrań była i nadal jest najwyższa w kraju (w 2006 r. wyniosła 34,3 rzeczywistych zmarłych dawców na 1 mln mieszkańców), była najniższa od 2000 r. Spadła poniżej średniej krajowej liczba pobrań w województwach: lubelskim, łódzkim, mazowieckim i śląskim. Wyraźnie wzrosła natomiast liczba pobrań w województwach: opolskim (23,8/1 mln mieszkańców), podlaskim – 20 dawców na 1 mln mieszkańców – najwięcej w dotychczasowej historii. Także najwięcej w dotychczasowej historii odnotowano pobrań w województwach warmińsko-mazurskim i wielkopolskim. Na stałym, ale niskim poziomie (poniżej średniej dla całego kraju) kształtowało się dawstwo narządów w województwach lubuskim, małopolskim, podkarpackim i świętokrzyskim. W województwie pomorskim wskaźnik określający liczbę zmarłych dawców na liczbę mieszkańców utrzymał się na zbliżonym i przekraczającym średnią dla całego kraju poziomie (Tabela 6).

W 2006 r. pobranie narządów celem przeszczepienia miało miejsce w 112 szpitalach 79 miast (dla porównania w 2005 r. liczby te wynosiły odpowiednio 125 i 88, a w 2003 r. 125 i 87). W Tabeli 7 zestawiono 10 najbardziej aktywnych szpitali w zakresie identyfikacji zmarłych dawców narządów. W porównaniu z rokiem 2005 siedem szpitali utrzymało swoją pozycję w pierwszej dziesiątce. Wypadły z pierwszej dziesiątki szpitale: USK 1 im. Barlickiego w Łodzi, Szp. im. Perzyny w Kaliszu oraz Szp. im. Sokołowskiego w Wałbrzychu, a ich miejsca zajęły: SPSK AM w Białymstoku (powrót do dziesiątki po dwóch latach nieobecności), SPSK nr 1 AM w Szczecinie (powrót do ścisłej dziesiątki po roku nieobecności) oraz SPSK nr 2 im. Heliodora Święcickiego AM w Poznaniu, który dotychczas w pierwszej dziesiątce nigdy nie był, pojawił się w 2006 r. od razu na drugiej pozycji. Łączna liczba pozyskanych dawców w tych 10 szpitalach wyniosła 244, liczba zaś pobranych narządów 662, co stano-

Tabela 6. Liczba pobrań narządów od osób zmarłych w latach 2000–2006 w poszczególnych województwach.

Województwo	2000*	2001*	2002*	2003**	2004**	2005**	2006***		
	L. Mieszk. 2005***	Dawców/ 1 mln	Dawców/ 1 mln	Dawców/ 1 mln	Dawców/ 1 mln	Dawców/ 1 mln	Dawców	Liczba Dawców	Dawców/ 1 mln
Dolnośląskie	2,89	18,1	17,8	17,4	14,8	21,3	18,9	36	12,5
Kuj. - pomorskie	2,07	2,9	8,1	13,8	24,6	25,6	16,4	28	13,5
Lubelskie	2,19	2,2	2,7	7,6	13,2	8,6	16,4	21	9,6
Lubuskie	1,01	14,7	15,7	5,9	5,9	7,9	5,9	8	7,9
Łódzkie	2,59	11,2	15,5	12,1	18,0	12,3	19,2	29	11,2
Małopolskie	3,26	3,1	3,7	3,7	6,8	6,8	4,0	10	3,1
Mazowieckie	5,15	15,0	13,6	14,4	12,5	15,0	16,8	66	12,8
Opolskie	1,05	22,9	23,9	33,0	23,4	27,1	18,7	25	23,8
Podkarpackie	2,09	1,9	2,3	0,5	-	1,0	1,9	1	0,5
Podlaskie	1,20	5,0	11,5	10,7	11,6	6,6	10,7	24	20,0
Pomorskie	2,19	11,5	8,2	15,9	13,8	17,9	14,7	31	14,2
Śląskie	4,70	8,8	8,0	8,8	9,1	10,3	11,2	45	9,6
Świętokrzyskie	1,29	-	0,8	1,5	-	-	2,3	2	1,6
War.-mazurskie	1,43	3,4	9,5	6,1	11,2	15,4	19,6	31	21,7
Wielkopolskie	3,37	17,4	14,9	21,1	18,5	16,7	17,0	81	24,0
Zachodniopomorskie	1,69	27,7	39,9	34,1	42,9	49,4	38,8	58	34,3
Polska	38,17	10,6	11,6	12,7	13,7	14,7	14,5	496	13,0

* Ludność Polski = 38,65 mln (Rocznik Statystyczny 2000); ** Ludność Polski = 38,23 mln (Rocznik Statystyczny 2003);

*** Ludność Polski = 38,17 mln (Rocznik Statystyczny 2005)

Tabela 7. Szpitale, w których odbyło się najwięcej pobrań w latach 2002–2006

		2002	2003	2004	2005	2006		
		Liczba zmarłych dawców	Liczba zmarłych dawców	Liczba zmarłych dawców	Liczba zmarłych dawców	Liczba zmarłych dawców	Liczba i % pobrań wielo- narządowych	L. pozyskanych narządów oraz wsp. liczba prze- szczepionych na- rządów/l. zmar- łych dawców
Szczecin	SP WSZ ul. Arkońska 4	25	35	43	43	39	15 (38%)	94 (2,4)
Poznań	SPSK nr 2 ul. Przybyszewskiego	0	4	5	10	34	15 (44%)	98 (2,9)
Warszawa	SK MSWiA ul. Wołoska 137	16	12	27	25	31	25 (81%)	106 (3,4)
Sosnowiec	Szp. Św. Barbary Pl. Medyków 1	14	18	19	22	23	13 (57%)	73 (3,2)
Opole	Woj.Centr. Med. Nr 2 al. Witosa 26	29	22	20	13	23	6 (26%)	56 (2,4)
Białystok	SPSKAM ul. M. Skłodowskiej-Curie	13	14	8	13	23	6 (26%)	54 (2,3)
Lublin	SP SK 4 ul. Jaczewskiego 8	17	29	17	34	21	13 (62%)	59 (2,8)
Warszawa	SP CSK AM ul. Banacha 1a	32	28	21	33	19	7 (37%)	48 (2,5)
Elbląg	Woj. Szpital Zespolony ul. Królewicka 146	4	8	13	17	16	5 (31%)	40 (2,5)
Szczecin	SPSK nr 1 AM ul. Unii Lubelskiej	22	22	21	14	15	4 (27%)	34 (2,3)
dziesiątka		172	180	205	242	244	109 (45%)	662 (2,7)

wiło niemal 50% wszystkich dawców i wszystkich pozyskanych w Polsce narządów w 2006 r.

Odsetek pobrań wielonarządowych w 10 najbardziej aktywnych szpitalach wyniósł 45%, czyli tyle samo, co w ogólnej liczbie 496 pobrań (Tabela 8). Wyższy był natomiast współczynnik liczba pozyskanych narządów w stosunku do liczby dawców, który w tych dziesięciu szpitalach wyniósł 2,7, podczas, gdy dla całej populacji dawców w 112 szpitalach wyniósł średnio 2,5 (Tabela 13).

Tabela 8. Struktura pobrań narządów w Polsce w latach 2000–2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Liczba pobrań	410	450	490	525	562	556	496
Pobrania tylko nerek	246	277	310	325	345	324	273
Liczba pobrań wielonarządowych	164	173	180	200	217	232	223
Odsetek pobrań wielonarządowych	40%	38%	37%	38%	39%	42%	45%

W 6 na 17 ośrodków pobierających i przeszczepiających nerki w 2006 r. wskaźnik pobrań wielonarządowych był równy lub wyższy niż 50% (MSWiA w Warszawie – 81%, CZD – 80%, Lublin AM – 62%, Kraków CMUJ – 56%, Katowice AM – 55%, Łódź AM – 50%). Bardzo niski odsetek pobrań wielonarządowych odnotowano u dawców referowanych do następujących zespołów; do zespołu ze Szpitala im. Pirogowa w Łodzi (tylko 2 z 12 czyli 17% referowanych dawców zostało dawcami narządów pozanerkowych), do zespołu z AM w Białymstoku (zaledwie 26% dawców wielonarządowych) oraz do zespołów z Wrocławia (33% dawców wielonarządowych) – Tabela 9.

Tabela 9. Pobrania wielonarządowe w poszczególnych ośrodkach w 2003–2006 r.

Ośrodek	2003 Odsetek pobrań wielonarządowych	2004 Odsetek pobrań wielonarządowych	2005 Odsetek pobrań wielonarządowych	L. dawców rzeczywistych	2006 L. pobrań wielonarządowych	Odsetek pobrań wielonarządowych
Białystok AM	31%	25%	17%	23	6	26%
Bydgoszcz AM	32%	17%	16%	32	14	44%
Bytom AM	75%	58%	50%	-	-	-
Gdańsk AM	40%	44%	44%	48	18	38%
CZD	60%	69%	73%	15	12	80%
Katowice AM	41%	58%	59%	44	24	55%
Kraków AM	38%	70%	36%	9	5	56%
Lublin AM	46%	47%	38%	21	13	62%
Łódź AM	20%	8%	28%	16	8	50%
Łódź Woj.	56%	48%	37%	12	2	17%
Poznań Woj.	33%	29%	45%	73	30	41%
Szczecin AM	25%	21%	37%	25	10	40%
Szczecin Woj.	20%	26%	37%	38	15	39%
Warszawa CSK AM	43%	67%	46%	25	12	48%
W-wa SK Dziec. Jezus	29%	30%	44%	31	11	35%
W-wa MSWiA	58%	74%	64%	32	26	81%
Wrocław AM	50%	37%	38%	49	16	33%
Wrocław Woj.	0%	25%	22%	3	1	33%
OGÓLEM	38%	39%	42%	496	223	45%

Wśród pobrań wielonarządowych najczęściej występowała kombinacja pobrania nerki i wątroby (110 razy), 39 razy pobrano nerki, serce i wątrobę od jednego dawcy, 27 razy nerki i serce, 19 razy nerki, serce, wątrobę i trzustkę (Tabela 10).

Tabela 10. Struktura pobrań wielonarządowych w latach 2000–2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nerki + serce	72	61	42	43	31	27	23
Nerki + serce + wątroba	48	51	56	67	58	53	39
Nerki + wątroba	29	40	67	73	108	127	110
Nerki + trzustka	1	-	-	-	-	1	4
Nerki + serce + trzustka	2	1	2	1	3	3	7
Nerki + wątroba + trzustka + jelito	-	1	-	-	-	-	-
Nerki + wątroba + trzustka	3	1	1	2	3	7	5
Nerki + serce + wątroba + trzustka	8	15	9	9	9	10	19
Nerki + serce + wątroba + trzustka + płuca	-	-	-	2	1	1	2
Nerki + serce + płuca	-	2	1	-	1	1	3
Nerki + serce + wątroba + płuca	-	-	1	1	3	1	5
Nerki + wątroba + płuca	-	-	1	2	-	1	3
Nerki + płuca	1	1	-	-	-	-	1
Nerki + wątroba + przedramię	-	-	-	-	-	-	1
Ogółem	164	173	180	200	217	232	223

Łącznie w 2006 r. liczba pobranych narządów ze zwłok wyniosła 1327 czyli o 106 narządów (7,4%) mniej, niż w roku 2005 i 2004; najwięcej pobrano nerek – 992, wątrób – 184 i serc – 98 (Tabela 11).

Tabela 11. Łączna liczba narządów pobranych ze zwłok w latach 2000–2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nerki	820	900	980	1050	1124	1112	992
Serca	130	130	111	123	106	96	98
Wątroby	88	108	135	156	182	199	184
Trzustki	14	18	12	14	16	22	37
Płuca	1	3	3	5	5	4	15
Jelito	-	1	-	-	-	-	-
Przedramię	-	-	-	-	-	-	1
OGÓŁEM	1053	1160	1241	1348	1433	1433	1327

Wykorzystanie narządów pobranych do przeszczepienia od osób zmarłych w 2006 r.

Nerki

Pobrano ogółem 992 nerki. 53 (5%) nerek nie przeszczepiono; z powodu braku odpowiednich dla nich biorców (rzadka grupa krwi, nerki od dawców zakażonych wirusami HBV i/lub HCV), stwierdzenia patologii nerki, naczyń nerkowych lub urazu

(Tabela 12). Nerki, dla których nie znaleziono biorców w Polsce kilkakrotnie próbowano alokować za granicą – tylko jedną parę nerek pobraną od 3 miesięcznego dziecka wysłano do Austrii. W 2006 r. przeszczepiono w kraju 937 nerek pobranych ze zwłok, dla porównania w 2005 r. - 1064 nerki, w 2004 r. – 1060 nerek, w 2003 r. – 1000 nerek. 36 nerek przeszczepiono wraz z trzustką, dwukrotnie jednemu biorcy przeszczepiono obie pobrane nerki.

Tabela 12. Przyczyny niewykorzystania pobranych nerek 2002-2006

Przyczyna, dla której odstąpiono od przeszczepienia nerki	Liczba 2002	Liczba 2003	Liczba 2004	Liczba 2005	Liczba 2006
Patologia nerki lub innych narządów stwierdzona makro- lub mikroskopowo i wykluczająca przeszczepienie	2	11	7	12	13
Patologia naczyń nerkowych	9	6	10	3	8
Brak odpowiednich biorców dla nerek pobranych od dawców z dodatnimi markerami wzv (anty-HCV, HbsAg, anty-HBc)	8	4	11	12	7
Wielotorbielowatość, duże torbiele nerek, zakażenie nerek nerka podkowiasta, kamica nerkowa	11	3	14	1	6
Brak odpowiadających wiekiem lub masą ciała biorców najczęściej w rzadkiej grupie krwi (B, AB)	16	10	5	4	5
Hipoplazja, marskość	3	5	5	7	5
Uraz nerki, zła perfuzja pobranej nerki	1	7	4	3	4
Przyczyna inna lub nieustalona	6	2	8	6	5
Łącznie; liczba i odsetek	56 (6%)	48 (5%)	64 (6%)	48 (4%)	53 (5%)

Wątroba

Pobrano 184 wątroby, tj. o 15 (7,5%) mniej niż w roku poprzednim. Czterokrotnie, z powodu braku odpowiednich biorców w Polsce, pobrane narządy alokowano poza granicami kraju.

Serce

Do przeszczepienia pobrano 98 serc tj. o 2 (2,1%) więcej niż w roku 2005. W dwóch przypadkach, z powodu braku odpowiedniego biorcy w Polsce pobrane narządy przekazano do Eurotransplantu. Pozostałe 96 narządów przeszczepiono w kraju, w tym raz wspólnie z płucami.

Trzustki

Od 37 dawców pobrano do przeszczepienia trzustkę. 36 narządów przeszczepiono jednocześnie z nerką pobraną od tego samego zmarłego dawcy. W jednym przypadku (w CSK MSWiA w Warszawie) wykonano przeszczepienie samej trzustki; retransplantacja trzustki u chorego, u którego uprzednio dokonano przeszczepienia nerki i trzustki, i który trzustkę utracił.

Płuca

W 2006 r. pobrano rekordową jak dotąd liczbę płuc – 15 razy. W Zabrze wykonano 4 przeszczepienia pojedynczego płuca, 2 przeszczepienia pary płuc jednemu biorcy oraz jeden kombinowany przeszczep serca i płuc. W 8 przypadkach pobrane płuca przekazano do Eurotransplantu.

Łącznie, spośród 1327 pobranych od zmarłych narządów, przeszczepiono w kraju 1258 narządów (901 z 992 pobranych nerek, 180 ze 184 pobranych wątrób, 96 z 98 pobranych serc i 7 z 15 pobranych płuc). Dało to współczynnik liczba przeszczepionych narządów / liczba zmarłych dawców równy 2,5 (Tabela 13). W Szpitalu im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy dokonano przeszczepienie przedramienia, po raz pierwszy w Polsce.

Tabela 13. Wykorzystanie narządów pozyskanych od zmarłych w latach 2000–2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Liczba pobrań	410	450	490	525	562	556	496
Liczba przeszczepionych narządów	1000	1113	1182	1294	1364	1383	1258
Współczynnik: liczba przeszczepionych narządów/liczba zmarłych dawców	2,4	2,5	2,4	2,5	2,4	2,5	2,5

Przeszczepianie narządów

Przeszczepianie nerek

W 2006 r. przeszczepiono nerki łącznie 917 biorcom (24 na 1 mln mieszkańców) czyli o 14% mniej niż w roku poprzednim, kiedy łącznie przeszczepiono nerki 1069 biorcom (28 na 1 mln mieszkańców). W tej liczbie 899 biorców (23,6 na 1 mln) otrzymało nerki pochodzące od osób zmarłych, 18 od żywych dawców (0,4 na 1 mln mieszkańców). Najwięcej przeszczepów nerek, bo 134 wykonano w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu. Jest to jak dotąd największa liczba nerek przeszczepionych przez jeden ośrodek w ciągu jednego roku, poprzedni rekord pochodził z 2002, kiedy zespół z AM we Wrocławiu przeszczepił 130 nerek. W 2006 r. ośrodek poznański był jedynym obok zespołu z AM w Białymstoku ośrodkiem, gdzie zwiększono liczbę wykonanych przeszczepień. Poza zespołem poznańskim, żaden inny zespół nie wykonał w 2006 r. ponad 100 przeszczepień nerek. W 2005 r. zespołów takich było dwa, w 2004 i 2003 r. trzy ośrodki wykonały ponad 100 przeszczepień nerek w ciągu roku. W 2006 r. wyraźnie wzrosła liczba przeszczepień nerek w AM w Białymstoku, gdzie wykonano 40 takich operacji. Zmalała w porównaniu z latami poprzednimi aktywność ośrodka z CMUJ w Krakowie, obu ośrodków szczecińskich i wszystkich czterech ośrodków warszawskich. Utrzymały na zbliżonym do roku 2005 poziomie aktywność ośrodki w AM w Gdańsku oraz AM w Katowicach (Tabela 14). Dwukrotnie; w Szpitalu MSWiA w Warszawie oraz w AM w Szczecinie przeszczepiono parę nerek pochodzących od marginalnych dawców pojedynczemu biorcy.

Tabela 14. Przeszczepianie nerek w latach 2000–2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006		
	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	CD	LD	Razem
Białystok AM	6	23	26	26	16	23	40	-	40
Bydgoszcz AM	33	52	80	114	101	70	63	-	63
Bytom AM	26	21	21	20	23	18	-	-	-
Gdańsk AM	50	53	70	81	90	92	86	1	87
CZD	38	33	33**	**45	38**	58	37**	5	42
Katowice AM	56	60	60***	55	61	75	75	-	73
Kraków AM	20	33	19	38	35	24	16	-	16
Lublin AM	8	11	28	48	28	58	41	-	41
Łódź AM	12	21	27	35	21	40	28	-	28
Łódź Woj.	41	48	33	49	42	38	20	1	21
Poznań Woj.	111	85	109	108	120	101	137	-	137
Szczecin AM	31	91	75	*81	85	55****	47*	1	48
Szczecin Woj.	72	64	53	68	86	80	73	-	73
Warszawa CSKAM	77	62	57	**54	38	68	37	2	39
W-wa Dziec.Jezus AM	81	74	67	59	81	85	58	3	61
W-wa MSW	19	24	34	27	50	50	42*	1	43
Wrocław AM	118	115	130	106	127	117	93	3	96
Wrocław Woj.	14	9	13	14	25	17	8	1	9
OGÓŁEM	813	879	935	1028	1067	1069	899	18	917

* w tym biorcy pary nerek

**w tym biorcy jednoczasowego przeszczepu wątroby i nerki

*** w tym biorca jednoczasowego przeszczepu serca i nerki

**** dane poprawione już po opublikowaniu Biuletynu'2006

Jednoczasowe przeszczepienie nerki i trzustki

Rok 2006 był jak dotąd rekordowym jeśli chodzi o liczbę wykonanych kombinowanych przeszczepów nerki i trzustki, głównie za sprawą aktywności zespołu ze Szpitala MSWiA w Warszawie, gdzie wykonano 16 tego typu zabiegów. Ponadto w tym szpitalu wykonano zabieg przeszczepienia samej trzustki, była to retransplantacja tego narządu u chorego, który wcześniej otrzymał przeszczep nerki i trzustki. Także zespół z AM w Katowicach zwiększył swoją aktywność w zakresie jednoczasowego przeszczepienia obu narządów; w 2004 r. wykonano tam 4, w 2005 r. – 5, a w 2006 r. – 7 takich przeszczepień (Tabela 15).

Tabela 15. Jednoczasowe przeszczepianie trzustki i nerki 2000–2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CSK AM Warszawa	8	9	7	7	7	14	9
SK Dzieciątka Jezus Warszawa	6	7	5	7	4	1	4
Katowice AM	-	-	-	-	4	6	7
Szczecin PSK 2	-	1	-	-	-	1	-
Warszawa MSWiA	-	-	-	-	-	-	16
Razem	14	17	12	14	15	22	36

Przeszczepianie wątroby

Liczba przeszczepień wątroby od zmarłych dawców w 2006r. wyniosła 180 i była niższa niż w roku 2005 – 199 operacji oraz niższa niż w roku 2004 – 181 przeszczepień. Wzrosła natomiast do 20 liczba przeszczepień wątroby pochodzącej od żywych dawców. Łączna liczba transplantacji wątroby w 2006 r. wyniosła 200, z czego blisko połowę przeszczepiono w CSK AM w Warszawie. Zwiększyła się z 4 do 9 liczba przeszczepień wątroby wykonanych przez zespół z AM w Katowicach (Tabela 16).

Tabela 16. Przeszczepianie wątroby w latach 2000–2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006		Razem
	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	Razem	CD	LD	
CSK AM Warszawa	32	49	62	71	91	102	91	1	92
SK Dziec. Jezus Warszawa	5	15	23	26	32	39	38	-	38
CZD Warszawa	29	40	40	41	43	36	20	19	39
Szp. Woj. Szczecin	1	9	11	15	23	26	22	-	22
AM Wrocław	3	3	3	5	6	5	-	-	-
Katowice	-	-	-	-	-	4	9	-	9
PSK 1 Szczecin	-	2	7	10	4	-	-	-	-
PSK 2 Szczecin	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Ogółem	73	118	146	168	199	212	180	20	200

Przeszczepianie serca

W roku 2006, w 4 ośrodkach kardiochirurgicznych wykonano 95 przeszczepień serca, tyle samo, co w roku 2005, jednak mniej niż w latach poprzednich (Tabela 17). W WOK w Zabrze wykonano także jeden kombinowany przeszczep serca i płuc.

Tabela 17. Przeszczepianie serca w latach 2000–2006

Ośrodek	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kraków	43	27	18	17	19	13	10
Zabrze	55	45	43	51	41	39	29
Warszawa Anin Inst. Kardiol.	-	31	30	32	23	21	21
Warszawa MSWiA	31	25	18	21	21	22	35
OGÓŁEM	129	128	109	121	104	95	95

Przeszczepianie płuc

Zespół z WOK w Zabrze, jako jedyny w kraju ruszył w roku 2006 ofensywnie z programem przeszczepiania płuc. Dwukrotnie przeszczepiono tam parę płuc oraz czterokrotnie pojedyncze płuco (Tabela 18).

Tabela 18. Przeszczepianie płuc(serca/płuc) w latach 2001 –2006

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
Zabrze	Płuco(-a)	-	-	1	1	3	6
	Serce/płuco	1	1	-	1	-	1
Warszawa Anin Inst. Kardiol.	Płuco(-a)	-	-	-	-	-	-
	Serce/płuco	-	1	1	-	-	-
OGÓŁEM	Płuco(-a)	-	-	1	1	3	6
	Serce/płuco	1	2	1	1	-	1

Przeszczepianie narządów od osób żywych

Liczba przeszczepów nerek pobranych od żywych dawców wyniosła 18 i była najniższa od co najmniej 7 lat. Najwięcej, bo 5 takich przeszczepień wykonano w CZD. Z kolei najwyższa jak dotąd była liczba przeszczepień fragmentów wątroby pobranych od żywych dawców, w CZD wykonano 19 takich operacji, w CSK AM w Warszawie – jedną (Tabela 19).

Tabela 19. Przeszczepianie nerek i wątroby pochodzących od żywych dawców w latach 2000–2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nerki	32	36	25	44	22	29*	18
Wątroby	10	15	13	12	18	13	20
RAZEM	42	51	38	56	40	42*	38

* Dane poprawione w porównaniu z Biuletynem '2006

Ogółem w 2006r., w Polsce 1258 narządów pochodzących ze zwłok i 38 pochodzących od osób żywych przeszczepiono 1257 biorcom, liczba wszystkich biorców była o 10% mniejsza niż w roku 2005 (Tabela 20).

Tabela 20. Liczba przeszczepionych narządów i liczba biorców w latach 2003-2006

	2003	2004	2005	2006
Liczba przeszczepionych narządów (CD + LD)	1350 (1294 + 56)	1404 (1364 + 40)	1425* (1383 + 42*)	1296 (1258 + 38)
Liczba biorców	1328	1384	1398	1257

* Dane poprawione w porównaniu z Biuletynem '2006

*Krystyna Antoszkiewicz,
Jarosław Czerwiński,
Piotr Malanowski*

Krajowa lista oczekujących na przeszczepienie nerki lub nerki i trzustki

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2006 r. (Dz.U.06.80.566), za ustawą o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 r. (Dz.U.05.169.1411) oraz zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2006 r. w sprawie Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji (Dz.Urz.MZ.06.09.39), Poltransplant prowadzi krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie (KLO). Lista obejmuje osoby oczekujące na przeszczepienie: nerki, nerki i trzustki, wątroby, serca, płuca, alogenicznych komórek krwiotwórczych szpiku i krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej.

W 2006 r. w krajowej liście oczekujących na przeszczepienie nerki lub nerki i trzustki zarejestrowanych było 2301 biorców, w tym 59 chorych poniżej 16 roku życia. 1196 biorców zgłoszono po raz pierwszy lub ponownie w 2006 roku.

Nerkę ze zwłok przeszczepiono 899 chorym, nerkę od żywego dawcy 18, nerkę i trzustkę przeszczepiono 36 chorym z cukrzycą typu I, trzustkę jednemu choremu.

Czas oczekiwania od pierwszej dializy do przeszczepienia w 2006 roku wynosił średnio 2 lata i 3 miesiące. Czas od pierwszej dializy do zgłoszenia w KLO w 2006 roku wynosił średnio 18 miesięcy. Czas oczekiwania od zgłoszenia do KLO do przeszczepienia w 2006 roku wynosił średnio 9 miesięcy.

W 2006 roku skreślono z listy 143 biorców z powodu następujących przeciwwskazań do przeszczepienia:

- 83 biorców: brak informacji medycznej z ośrodka dializ przez okres jednego roku
- 21 biorców: nieoperacyjna choroba wieńcowa, oporna na leczenie niewydolność krążenia, uogólniona miażdżycza tętnic brzusznych i kończyn dolnych, miażdżycza tętnic mózgowych – udar mózgu
- 13 biorców: rezygnacja chorego z zabiegu przeszczepienia
- 9 biorców: (rak nerki – 1, rak sutka – 1, rak płuca – 2, rak trzustki – 1, rak szpiku – 3, rak kości – 1)
- 2- biorców: marskość wątroby (wirusowe zapalenie wątroby)
- 15 biorców: (alkoholizm, choroba psychiczna, poprawa czynności nerek, BMI, inne)

W 2006 roku zmarło 28 chorych nie doczekawszy przeszczepienia;

- 17 z powodu schorzeń układu sercowo-naczyniowego (udar mózgu lub choroba wieńcowa)
- 3 z powodu schorzeń jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (1 – ostre zapalenie trzustki, 1 – perforacja jelita, 1 – krwawienie z żyłaków przełyku).
- 8 z nieznaney przyczyny

Na zabieg przeszczepienia nerki w dniu 31 grudnia 2006 roku oczekiwało 1167 biorców, w tym 9 na przeszczepienie nerki i trzustki. Na pierwszy przeszczep oczekiwało 911, na drugi 224, na trzeci 29, na czwarty 3 biorców.

Czas oczekiwania w tej grupie biorców, licząc od pierwszej dializy do dnia 31 grudnia 2006 wynosił średnio 2 lata i 11 miesięcy.

Przyczyny czasowej (okresowej) dyskwalifikacji 433 biorców zarejestrowanych w KLO w dniu 31 grudnia 2006 roku

- 170 biorców nie zarejestrowano w komputerze na „TAK” w związku z brakiem następujących niezbędnych informacji: numeru PESEL, kopii wyniku badania grupy krwi, badania HIV, oznaczenia antygenów HLA biorcy oraz surowicy krwi chorego w Pracowni Zgodności Tkankowej Instytutu Transplantologii AM w Warszawie (bankowanie do próby krzyżowej z potencjalnym dawcą nerki).

Medyczne przyczyny okresowej dyskwalifikacji 256 biorców zgłoszonych po raz pierwszy lub poprzednio kwalifikowanych do przeszczepienia były następujące:

- Choroby układu sercowo-naczyniowego – 43 biorców
- Diagnostyka lub leczenie przeciwwirusowe chorych z wzw B i/lub C – 29 biorców.
- Zakażenia bakteryjne – 27 biorców.
- Diagnostyka i leczenie chorób układu pokarmowego – 13 biorców
- Diagnostyka złośliwego nowotworu – 6 biorców.
- Inne przyczyny – 138 biorców (diagnostyka patologii dolnych dróg moczowych, zaostrzenie wtórnej glomerulopatii, nieukończona diagnostyka schorzeń endokrynologicznych lub ginekologicznych, wysokie BMI).
- Siedmiu biorców zrezygnowało z zabiegu przeszczepienia nerki.

Ośrodki dializ są na bieżąco informowane o przyczynach nie wpisania na listę aktywną nowo zgłoszonego biorcy, jak również czasowej dyskwalifikacji poprzednio typowanego. Zarejestrowanie chorego w komputerze KLO na „TAK” lub „NIE” stale się zmienia i wymaga codziennej aktualizacji na podstawie informacji ze stacji dializ lub ośrodków przeszczepiających nerki, które w czasie wyboru biorcy dyskwalifikują około 35% potencjalnych biorców. Po przystąpieniu przez stacje dializ niezbędnych informacji, chory może być ponownie zarejestrowany w komputerze na „TAK”.

Przeszczepianie nerek chorym wymagających szybkiego przeszczepienia – lista „urgens”

Lista urgens dotyczy zarejestrowanych w KLO biorców wymagających szybkiego przeszczepienia nerki w związku z brakiem możliwości dalszego dializowania (brak dostępu naczyniowego i/lub możliwości leczenia dializami otrzewnowymi). Do zakwalifikowania na listę urgens konieczne jest wykluczenie medycznych przeciwwskazań do przeszczepienia, oznaczenie antygenów HLA biorcy, ocena PRA oraz przysłanie większej ilości surowicy biorcy do Pracowni HLA w Instytucie Transplantologii w Warszawie. Surowica biorcy jest wysyłana do próby krzyżowej z potencjalnym dawcą nerki do 8 Pracowni Zgodności Tkankowej przy Regionalnych Ośrodkach Transplantacji Nerek.

W 2006 roku było zarejestrowanych na liście urgens 24 biorców, nerkę przeszczepiono 21 biorcom (średni czas oczekiwania od momentu zgłoszenia na listę urgens do przeszczepienia wynosił 45 dni), 1 biorca został skreślony z listy urgens po wytworzeniu sprawnej przetoki tętniczo-żylniej, 1 biorca zmarł, 1 oczekiwał nadal na przeszczep 31 grudnia 2006 r.

Biorcy z nefropatią cukrzycową

W 2006 r. w KLO zarejestrowanych było 257 biorców z nefropatią cukrzycową. Nerkę ze zwłok przeszczepiono 81 biorcom, nerkę i trzustkę 36 biorcom (średni czas oczekiwania na przeszczepienie wynosił 10 miesięcy). Jednemu choremu bez niewydolności nerek przeszczepiono trzustkę. Skreślono z listy w związku z wystąpieniem bezwzględnych przeciwwskazań do przeszczepienia 21 biorców. Zmarło 6 chorych.

W dniu 31 grudnia 2006 roku na przeszczepienie oczekiwało 112 biorców z nefropatią cukrzycową, w tym na przeszczepienie nerki i trzustki – 9.

Biorcy zgłoszeni do przeszczepienia nerki lub nerki i trzustki przed rozpoczęciem dializ

W 2006r. zarejestrowanych było w KLO 106 chorych zakwalifikowanych do przeszczepienia nerki lub nerki i trzustki przed rozpoczęciem dializ. Nerkę ze zwłok przeszczepiono 22 chorym, nerkę od żywego dawcy – 6 chorym, nerkę i trzustkę – 5, 1 choremu z cukrzycą I typu bez niewydolności nerek przeszczepiono ponownie trzustkę. Średni czas oczekiwania od momentu zarejestrowania w KLO do przeszczepienia wynosił 2 miesiące. Jeden biorca został skreślony z listy w związku z wysokim BMI. W 2006 roku u 20 chorych z tej grupy rozpoczęto leczenie dializami.

W dniu 31 grudnia 2006 roku na przeszczepienie nerki lub nerki i trzustki przed rozpoczęciem dializ oczekiwało 51 biorców. Średni czas oczekiwania w tej grupie wynosił 4 miesiące (od miesiąca do 19 miesięcy).

Biorcy immunizowani (PRA 50-100%)

W 2006 r. na zabieg przeszczepienia nerki oczekiwało 128 chorych immunizowanych, z czego u 85 miano PRA wynosiło 50-79%, a u 43 80-100%. Zmarło 4 chorych, skreślono z listy 15 biorców. Nerkę ze zwłok przeszczepiono 21 chorym. 15 chorym z PRA 50-79% (średni czas oczekiwania 19 miesięcy), 6 chorym z PRA 80-100% (średni czas oczekiwania 4 lata i 5 miesięcy).

Dnia 31 grudnia 2006 roku na przeszczepienie nerki w grupie chorych immunizowanych oczekiwało 88 chorych. Średni czas oczekiwania 30 chorych z PRA 80-100% wynosił 4 lata i 9 miesięcy, 58 chorych z PRA 50-79% - 3 lata i 9 miesięcy.

Biorcy z patologią dolnego odcinka dróg moczowych

W 2006 r. na zabieg przeszczepienia nerki z odprowadzeniem moczu do pęcherza wytworzonego sposobem Brickera oczekiwało 32 biorców. Przeszczepiono nerkę 11 chorym (czas oczekiwania na przeszczep wynosił średnio 24 miesiące), skreślono z listy 3 biorców. Dnia 31 grudnia 2006 oczekiwało na przeszczepienie 18 biorców (średni czas oczekiwania 2 lata i 11 miesięcy).

Biorcy czekający na przeszczepienie nerki po przeszczepieniu serca lub wątroby

W 2006 r. na przeszczepienie nerki oczekiwało 9 biorców po uprzednio wykonanym przeszczepieniu serca. Nerkę przeszczepiono 2 chorym z tej grupy, 2 skreślono z listy w związku z pojawieniem się bezwzględnych przeciwwskazań, 1 oczekujący zmarł, a 4 nadal oczekuje na przeszczepienie nerki. Na liście oczekujących zarejestrowany był 1 chory z niewydolnością nerek, po uprzednim przeszczepieniu wątroby – chory ten w 2006 r. przeszczepu nerki nie otrzymał i nadal oczekuje na liście.

W 2006 r. na jednoczasowe przeszczepienie nerki i wątroby oczekiwało 6 biorców, 3 przeszczepiono nerkę i wątrobę, 2 oczekuje na przeszczep, 1 chory zmarł nie doczekawszy przeszczepienia.

*Danuta Stryjecka-Rowińska, Dorota Lewandowska,
Jolanta Przygoda, Małgorzata Hermanowicz, Piotr Malanowski*

Krajowa lista oczekujących na przeszczepienie wątroby

W 2006 r. oczekiwało w Polsce na przeszczep wątroby 417 chorych, z czego 311 po raz pierwszy zgłoszono w tym właśnie roku (Tabela 1). Najwięcej chorych, 182 oczekiwało na przeszczep w Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie. Wśród oczekujących było 51 (12%) biorców, którzy nie ukończyli 16 lat oraz 154 (37%) chorych powyżej 50 roku życia.

Tabela 1. Potencjalni biorcy wątroby zarejestrowani w krajowej liście oczekujących na przeszczepienie w 2006 r.

	CSK AM Warszawa	Szp.Dzieciątka Jezus Warszawa	CZD Warszawa	Szczecin Szp. Woj.	Katowice AM	Wrocław AM	Całkowita liczba biorców
Zgłoszeni przed 2006 r.	30	29	26	14	2	5	106
Zgłoszeni w 2006 r.	152	62	38	45	13	1	311
Całkowita liczba biorców	182	91	64	59	15	6	417

Do przeszczepienia w trybie planowym zakwalifikowanych zostało 326 chorych (78% wszystkich zgłoszeń), natomiast do przeszczepienia w trybie urgens 91 biorców (22%). Losy wszystkich chorych z uwzględnieniem stopnia pilności kwalifikacji do przeszczepienia zestawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Potencjalni biorcy wątroby zarejestrowani w centralnej liście oczekujących na przeszczepienie w 2006 r.

Ośrodek zgłaszający	Liczba chorych zgłoszonych w zależności od trybu pilności		Zawieszeni czasowo	Zdyskwalifikowani	Rezygnacja chorego	Zgony w grupie chorych w zależności od trybu pilności		Przeszczepieni		Oczekujący 31.12.2006 r.
	Planowy	Urgens*				Planowy	Urgens*	Planowy	Urgens*	
Warszawa CSK	138	44	3	6	3	2	9	61	31	67
Warszawa Szp.Dziec. Jezus	80	11	1	2	-	2	-	27	11	48
Warszawa CZD	48	16	14	2	-	-	1	29	10	8
Szczecin Szpital Woj.	47	12	2	1	-	1	2	15	7	31
Katowice AM	7	8	-	-	-	-	2	3	6	4
Wrocław AM	6	-	-	4	-	-	-	-	-	2
Łącznie	326	91	20	15	3	5	14	135	65	160

*Urgens – biorcy zgłoszeni do przeszczepienia z powodu ostrej niewydolności wątroby, zaostrzenia przewlekłej niewydolności wątroby oraz wczesnej niewydolności przeszczepu

Biorcy wątroby zgłoszeni do przeszczepienia w trybie planowym

W trybie planowym zgłoszono do przeszczepienia 326 chorych. Z tej liczby przeszczep otrzymało 135 osób, czyli 41% [119 ze zwłok, 16 od żywego dawcy], zmarło oczekując na przeszczep 5 biorców (2%). 31 grudnia 2006 roku na przeszczep czekało 159 chorych (49%). Wskazania do leczenia przeszczepieniem w tej grupie biorców wg pierwotnej patologii wątroby zestawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Schorzenia wątroby, które były wskazaniem w 2006 r. do przeszczepienia wątroby chorym zakwalifikowanym w trybie planowym

	CSK Warszawa	Szp.Dzieciątka Jezus Warszawa	CZD Warszawa	Szczecin Szp. Woj.	Katowice AM	Łącznie
HCV	10	10	-	1	2	23
ALD	9	4	-	4	-	17
Atresio biliaris	-	-	14	-	-	14
PBC	7	1	-	3	1	12
Marskość kryptogenna	4	1	2	3	-	10
AIH	4	3	2	-	-	9
HBV	5	3	-	-	-	8
HBV + HCV	4	1	-	-	-	5
PSC	2	1	2	-	-	5
Torbielow. wątroby	4	-	-	-	-	4
Niew. przeszcz. późna	-	-	3	-	-	3
Marskość żółciowa wtórna	2	-	-	1	-	3
HCC + HCV	1	-	-	1	-	2
Bąblowica	1	-	-	1	-	2
Budd-Chiari	2	-	-	-	-	2
HCC	2	-	-	-	-	2
Hepatoblastoma	-	-	2	-	-	2
AIH + PSC	1	-	-	1	-	2
ALD + HCV	-	1	-	-	-	1
Choroba Wilsona	1	-	-	-	-	1
AIH + ALD	-	1	-	-	-	1
AIH + HCV	1	-	-	-	-	1
ALD + bąblowica + HCV	1	-	-	-	-	1
ALD + PBC	-	1	-	-	-	1
Torbielow. Dróg żółc.	-	-	1	-	-	1
Niedobór α_1 -antytrypsyny	-	-	1	-	-	1
Mukowiscydoza	-	-	1	-	-	1
Naczyniakowatość	-	-	1	-	-	1
Całkowita liczba	61	27	29	15	3	135

Biorcy wątroby zgłoszeni do przeszczepienia w trybie urgens

Do przeszczepienia w trybie urgens zgłoszono łącznie 91 chorych, co stanowiło 22% wszystkich oczekujących. Najwięcej, bo 44 zgłoszenia napłynęły z CSK AM w Warszawie, co stanowiło 24% wszystkich biorców z listy tego zespołu. Zespół z AM w Katowicach zgłosił większą liczbę chorych zakwalifikowanych do przeszczepienia w trybie urgens – 8 biorców, niż w trybie planowym – 7 biorców. Spośród 91 oczekujących 65 osób (70%) otrzymało przeszczep, z czego 4 osoby od żywego dawcy. Zmarło 14 chorych (15%). Jeden biorca z tej grupy otrzymał przeszczep już w 2007r. Wskazania do leczenia przeszczepieniem w grupie biorców, którzy byli zgłoszeni w trybie urgens i przeszczep otrzymali zestawiono zgodnie z częstotliwością występowania patologii w Tabeli 4.

Tabela 4. Schorzenia wątroby, które były wskazaniem w 2006 r. do przeszczepienia wątroby chorym zakwalifikowanym w trybie urgens

	CSK Warszawa	Szp.Dzieciątka Jezus Warszawa	CZD Warszawa	Szczecin Szp. Woj.	Katowice AM	Łącznie
HCV	4	3	-	1	2	10
ALD	6	-	-	1	-	7
Ostra niew. idiopatyczna	5	-	1	-	-	6
HBV	2	1	2	-	-	5
Niew. przeszcz. późna	2	1	2	-	-	5
PBC	1	1	-	1	1	4
Choroba Wilsona	1	-	1	2	-	4
Atresio bilialis	-	-	3	-	-	3
Marskość kryptogenna	1	-	-	1	1	3
Budd-Chiari	3	-	-	-	-	3
PSC	1	1	-	-	-	2
Zatrucie grzybami	1	-	-	1	-	2
Niew. przeszczepu wczesna	1	-	-	-	1	2
ALD + HCV	1	1	-	-	-	2
AIH	1	-	-	-	-	1
HBV + HCV	-	1	-	-	-	1
Niewyd. w HUS	-	-	1	-	-	1
Pęknięcie wątroby	1	-	-	-	-	1
HCV + ch. Wilsona	-	1	-	-	-	1
ALD + AIH	-	1	-	-	-	1
AIH + PSC	-	-	-	-	1	1
Całkowita liczba	31	11	10	7	6	65

Czas oczekiwania na przeszczepienie wątroby

Średni czas oczekiwania osób zgłoszonych w trybie planowym, które otrzymały przeszczep ze zwłok wyniósł 138 dni, (Tabela 5). Najdłuższy czas oczekiwania chorych na przeszczep był w Szpitalu Wojewódzkim w Szczecinie (237 dni), najkrótszy w CSK AM w Warszawie (109 dni). Średni czas oczekiwania tych biorców, którzy w 2006 r. byli na liście, a nie otrzymali przeszczepu wyniósł 300 dni i był ponad dwukrotnie dłuższy niż dla chorych, którzy przeszczep otrzymali.

W grupie chorych zgłoszonych do przeszczepienia w trybie urgens średni czas oczekiwania chorych, którzy przeszczep otrzymali wyniósł średnio 10 dni, a tych którzy zmarli bez przeszczepienia 8 dni.

Tabela 5. Średni czas oczekiwania (w dniach) na liście zgłoszeń do przeszczepienia wątroby w 2006 r.

Kategorie biorców	CSK Warszawa	Szpital Dzieciątka Jezus Warszawa	CZD Warszawa	Szczecin Szpital Woj.	Katowice AM	Średni dla danej kategorii biorców
Chorzy zgłoszeni w trybie planowym, którzy otrzymali przeszczep ze zwłok = 180	109	138	175	237	nie liczono*	138
Chorzy zgłoszeni w trybie planowym, którzy oczekiwali na koniec roku na przeszczep = 159	203	409	nie liczono*	325	nie liczono*	300
Chorzy zgłoszeni w trybie urgens, którzy otrzymali przeszczep ze zwłok = 61	8	8	nie liczono*			10
Chorzy zgłoszeni w trybie urgens, którzy zmarli nie doczekawszy przeszczepu = 14	6	nie liczono*				8

*nie policzono ze względu na małą liczbę chorych

*Jarosław Czerwiński,
Beata Łągiewska,
Joanna Marcinkowska*

Krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie narządów klatki piersiowej

Biorcy serca

Lista osób oczekujących na przeszczepienie serca, na kombinowany przeszczep serca i płuc oraz przeszczep płuc jest prowadzona przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne Poltransplant w systemie elektronicznej bazy danych od 2003 r. i gromadzi pełne dane dotyczące potencjalnych biorców za okres 2003-2006. Dane z lat wcześniejszych, choć niepełne, są także dostępne. Łączna liczba zarejestrowanych chorych wynosi 1038. Liczby nowo zgłoszonych potencjalnych biorców w latach 2003-06 przez poszczególne ośrodki zestawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Chorzy zgłoszeni do przeszczepienia narządów klatki piersiowej przez poszczególne ośrodki w latach 2003-2006

Rok zgłoszenia/ /ośrodek	Anin	Kraków	MSWiA	Zabrze	Liczba nowo zgłoszonych biorców
przed rokiem 2003 (dane niepełne)	24	61	18	47	150
2003	70	36	28	97	231
2004	39	53	25	103	220
2005	56	30	35	92	213
2006	40	27	49	108	224
Całkowita liczba nowo zgłoszonych biorców	229	207	155	447	1038

W 2006 r. w Polsce oczekiwało na leczenie przeszczepieniem serca 357 chorych, czyli o 19 chorych więcej niż w roku 2005. Z tej liczby 197 osób zostało zgłoszonych w 2006 r., pozostałe 160 osób w latach poprzednich (Tabela 2). Najwięcej chorych oczekiwało na przeszczep w Zabrzu (156 chorych), zaś najmniej, bo 56 w Szpitalu MSWiA w Warszawie.

Tabela 2. Chorzy oczekujący na przeszczep serca w Polsce w 2006 r.

Rok zgłoszenia/ /ośrodek	Anin	Kraków	MSWiA	Zabrze	Całkowita liczba biorców
1999	-	-	-	1	1
2000	-	-	-	1	1
2001	-	4	-	-	4
2002	1	6	-	3	10
2003	4	2	-	13	19
2004	4	17	1	18	40
2005	27	18	7	33	85
2006	35	27	48	87	197
Całkowita Liczba Biorców	71	74	56	156	357

Najczęstszymi chorobami stanowiącymi wskazanie do przeszczepienia były podobnie jak w latach poprzednich kardiomiopatia niedokrwienna (40% wszystkich chorych) i kardiomiopatia rozstrzeniowa (39%) – Tabela 3.

Tabela 3. Choroby stanowiące wskazanie do przeszczepienia serca w 2006 r.

	Anin	Kraków	MSWiA	Zabrze	Razem (Liczba /%)
Kardiomiopatia niedokrwienna	33	28	18	65	144 40%
Kardiomiopatia rozstrzeniowa	25	30	30	55	140 39%
Inne kardiomiopatie	7	3	3	23	36 10%
Wada serca, wada zastawkowa	2	1	1	8	12 3%
Guz serca, niewydolność przeszczepu	-	-	-	2	2 1%
Etiologia nieznana lub nieustalona	4	12	4	3	23 6%
Całkowita Liczba Biorców	71	74	56	156	357

Spośród 357 oczekujących, 95 (27%) otrzymało w 2006 r. przeszczep serca (w 2005 r. – 28%), zmarło 42 chorych, co stanowiło 12% wszystkich oczekujących (w 2005 r. zmarło 9% oczekujących), a ponad połowa (52%) oczekiwała nadal na przeszczepienie 31 grudnia 2006 roku (Tabela 4). Zespół ze Szpitala MSWiA w Warszawie zrealizował listę oczekujących we własnym ośrodku w stopniu najwyższym, bo w 63%, a zespół z Zabrze w najniższym, bo w 19%. Na koniec roku najdłuższą, bo składającą się z 88 chorych listę oczekujących miał zespół z Zabrze, a najkrótszą zespół ze Szpitala MSWiA.

Tabela 4. Realizacja zapotrzebowania na leczenie przeszczepieniem serca w Polsce w 2006 r.

Liczba Biorców	71	74	56	156	357
	Anin	Kraków	MSWiA	Zabrze	Razem
Przeszczepienia	21	10	35	29	95
Liczba / %	30%	14%	63%	19%	27%
Oczekujący na HTx 31 XII 2006	45	37	17	88	187
Liczba / %	63%	50%	30%	56%	52%
Zgony na liście	2	12	3	25	42
Liczba / %	3%	16%	5%	16%	12%
Los chorych nieznan	-	1	-	-	1
Liczba / %	-	1%	-	-	-
Chorzy czasowo wstrzymani od HTx	3	5	-	-	8
Liczba / %	4%	7%	-	-	2%
Dyskwalifikacje medyczne	-	6	1	13	20
	-	8%	2%	8%	6%
Wycofanie zgody chorego na HTx	-	3	-	1	4
	-	4%	-	1%	1%

Średni czas oczekiwania na liście chorych, którzy otrzymali w 2006 r. przeszczep serca wyniósł dla wszystkich czterech ośrodków średnio 4 miesiące (o jeden miesiąc dłużej, niż w 2005 r.), z czego najdłuższy był okres oczekiwania w ośrodku krakowskim (średnio 6 miesięcy), a najkrótszy, bo wynoszący średnio 2 miesiące w Szpitalu MSWiA w Warszawie. Natomiast osoby, które przeszczepu nie otrzymały i nadal na przeszczep oczekują, oczekiwały (wg danych na 31.12.2006 r.) średnio 15 miesięcy (w MSWiA – 4 miesiące, w Zabrze 16 miesięcy) – Tabela 5. Średni czas oczekiwania chorych, którzy zmarli nie doczekawszy przeszczepienia był czterokrotnie dłuższy, niż chorych, którzy przeszczep otrzymali.

Tabela 5. Czas oczekiwania chorych zgłoszonych w 2006 r. do leczenia przeszczepieniem serca (średnio w miesiącach)

	Anin	Kraków	MSWiA	Zabrze	Wszyscy chorzy
Chorzy przeszczepieni	5	6	2	6	4
Oczekujący na HTx 31 XII 2006	12	22	4	16	15
Chorzy zmarli przed przeszczepieniem	nie liczono*	25	nie liczono*	15	16

* nie policzono ze względu na małą liczbę chorych

Biorcy kombinowanego przeszczepu serca i płuc

Zgłoszenia potencjalnych biorców kombinowanego przeszczepu serca i płuc w łącznej liczbie 22 chorych pochodziły z dwóch ośrodków kardiochirurgicznych; ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze (16 zgłoszonych biorców) i z Instytutu Kardiologii w Aninie (6 zgłoszeń). Wskazania do takiego przeszczepienia były następujące: wada serca lub wada zastawkowa – 11 biorców, kardiomiopatia niedokrwienna – 3, zwłóknienie płuc, zespół Eisenmengera i kardiomiopatia zastoinowa po 2 przypadki, pierwotne nadciśnienie płucne oraz mukowiscydoza – po jednym przypadku. W 2006 r. wykonano w kraju tylko jedno kombinowane przeszczepienie serca wraz z płucami w Zabrze, drugi chory otrzymał przeszczep za granicą. Pięciu chorych zmarło nie doczekawszy przeszczepienia, 2 biorców zostało zdyskwalifikowanych, 13 nadal oczekuje na przeszczep.

Biorcy płuc

Na liście osób oczekujących na przeszczepienie płuc w 2006 r. było 27 chorych, z czego 21 zostało zgłoszonych w tym właśnie roku. Wszyscy biorcy byli zgłoszeni przez Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze. Najczęstszym schorzeniem wśród biorców było zwłóknienie płuc (13 chorych) oraz rozedma (7 chorych). Zarejestrowano ponadto po dwóch chorych z pylicą krzemową i samoistnym nadciśnieniem płucnym oraz po jednym z LAM, zarostową chorobą żylną płuc i histiocytozą. W Zabrze w 2006 r. wykonano łącznie 6 przeszczepień pojedynczego płuca lub pary płuc, jeden chory otrzymał przeszczep poza Polską, 2 biorców zmarło nie doczekawszy przeszczepienia, a 18 kolejnych oczekuje nadal na przeszczep.

Jarosław Czerwiński, Joanna Marcinkowska, Krystyna Antoszkiewicz

Krajowy rejestr przeszczepień

Zgodnie z ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. nr 169, poz.1411, Art. 18.1) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2006 r. w sprawie prowadzenia krajowego rejestru przeszczepień (Dz.U.06.76.542) Centrum Poltransplant jest zobowiązane do prowadzenia krajowego rejestru przeszczepień. Celem działania rejestru jest „należyte monitorowanie dokonywanych przeszczepień”. Rejestr gromadzi „informacje dotyczące przeżycia biorcy oraz przeszczepu w okresie 3 i 12 miesięcy po przeszczepieniu, a następnie w odstępach co 12 miesięcy, aż do utraty przeszczepu lub zgonu biorcy przeszczepu”.

Zasady funkcjonowania krajowego rejestru przeszczepień zostały przedstawione i upublicznione podczas XIII Konferencji Poltransplantu w dniach 25-26 kwietnia 2006 r., w Warszawie.

Podane w tabeli liczby i odsetki przeżycia przeszczepów i biorców są danymi rzeczywistymi i dotyczą tych przeszczepów, w przypadku których okres obserwacji przekroczył 12 miesięcy. Są to więc wyniki przeszczepień wykonanych w okresie 1 stycznia 2005 – 15 lutego 2006.

Tabela 1. Przeżycia biorców i przeszczepów wykonanych w 2005r. (dane pełne) oraz w 2006 r. (dane niepełne)

Narząd	Liczba przeszczepień w latach 2005-06	Liczba Tx objętych obserwacją	Przeżycia 3 mies.		Przeżycia 12 mies.	
			biorców (liczba/%)	przeszczepów (liczba/%)	biorców (liczba/%)	przeszczepów (liczba/%)
Nerki od zmarłych	1939	1107	1107 (97%)	1020 (92%)	1043 (94%)	972 (88%)
Nerki od żywych	47	29	29 (100%)	29(100%)	29 (100%)	29 (100%)
Wątroby od zmarłych	379	223	199 (89%)	192 (86%)	195 (87%)	185 (83%)
Wątroby od żywych	33	16	15 (94%)	15 (94%)	15 (94%)	15 (94%)
Trzustka i nerka (przeżycie obu przeszczepów)	58	27	23 (85%)	19 (70%)	20 (74%)	16 (59%)
Serca	190	105	78 (74%)	78 (74%)	77 (73%)	77 (73%)
Płuca	9	3	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

*Jarosław Czerwiński, Krystyna Antoszkiewicz,
Gajusz Gontarczyk, Monika Grzegorek*

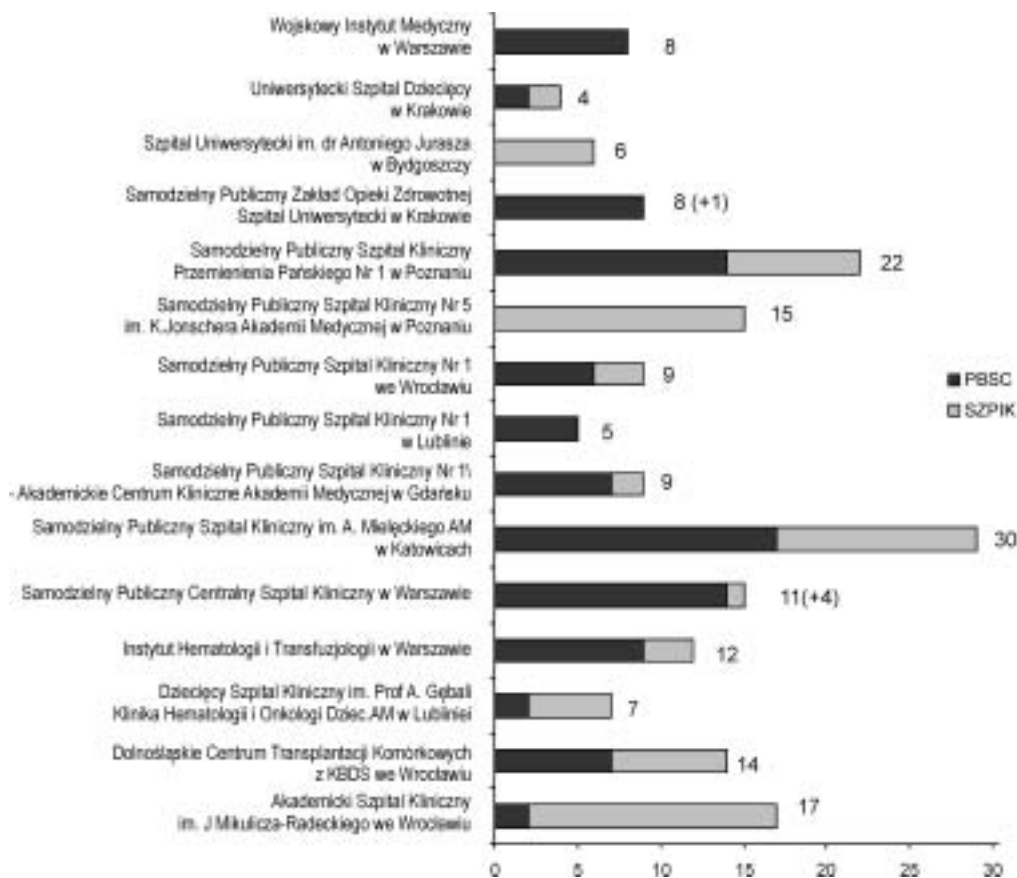
Krajowa lista oczekujących oraz krajowy rejestr przeszczepień komórek krwiotwórczych szpiku i krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej

Krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie komórek krwiotwórczych jest połączona z krajowym rejestrem alogenicznych przeszczepień komórek krwiotwórczych (art. 18 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów), który gromadzi dane dotyczące transplantacji komórek hematopoetycznych od dawców spokrewnionych i niespokrewnionych.

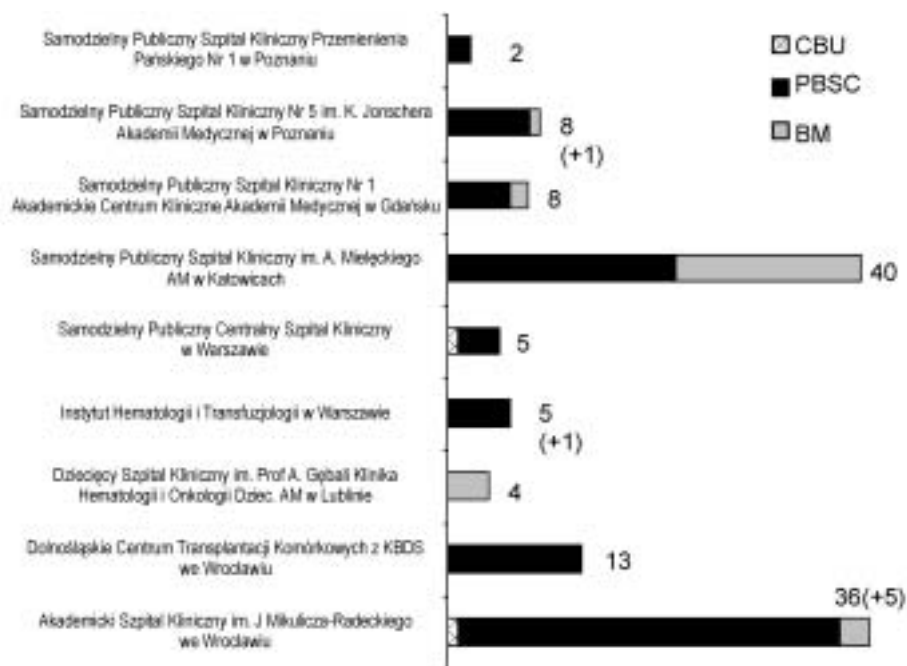
Krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie szpiku prowadzona przez POLTRANSPLANT w formie elektronicznej bazy danych zawiera następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko osoby oczekującej;
- 2) datę i miejsce urodzenia osoby oczekującej;
- 3) adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji osoby oczekującej;
- 4) numer PESEL osoby oczekującej, jeżeli posiada;
- 5) rozpoznanie lekarskie;
- 6) grupę krwi i Rh osoby oczekującej;
- 7) rodzaj planowanego przeszczepienia;
- 8) pilność przeszczepienia według aktualnie obowiązujących dla danego rodzaju przeszczepu kryteriów medycznych;
- 9) imię, nazwisko oraz miejsce wykonywania zawodu lekarza dokonującego zgłoszenia;
- 10) oznaczenie antygenów HLA osoby oczekującej
- 11) datę kwalifikacji do przeszczepienia oraz datę umieszczenia na liście

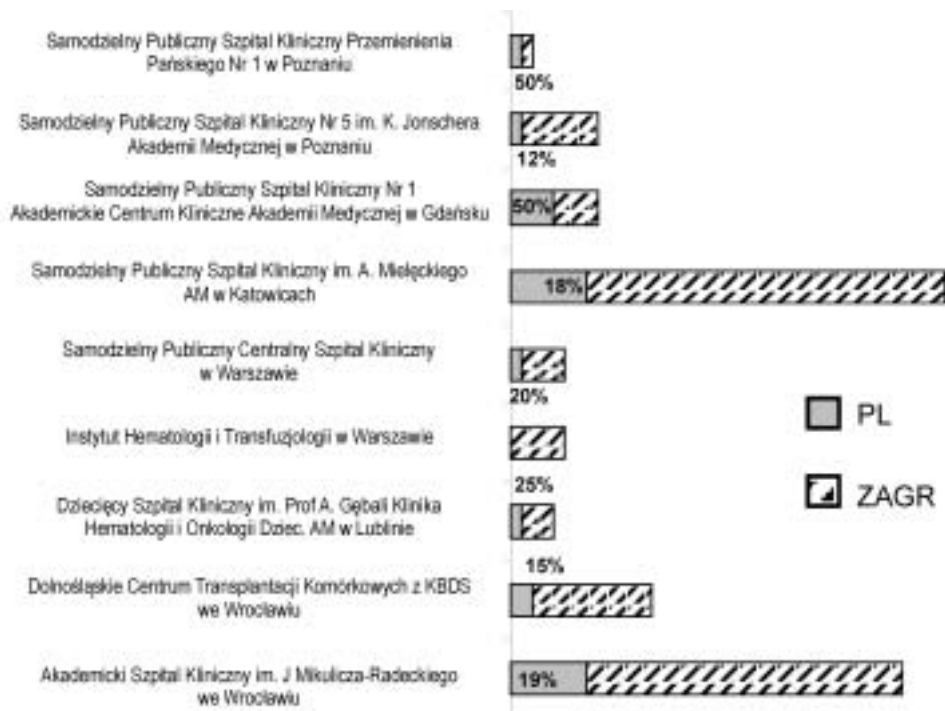
Do połowy grudnia 2006 r. do Poltransplantu napłynęły dane z 15 ośrodków transplantacyjnych dotyczące 480 chorych zakwalifikowanych do alogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych. Na podstawie raportów z ośrodków transplantacyjnych do końca ostatniego kwartału 2006 r. wykonano 128 alotransplantacji komórek krwiotwórczych od dawców niespokrewnionych (w tym 7 retransplantacji) oraz 182 od dawców spokrewnionych (w tym 2 powtórne przeszczepienia i 5 transplantacji haploidentycznych). Wśród biorców przeszczepów alogenicznych od dawcy niespokrewnionego u 24 pacjentów przeszczepiono komórki od dawców pochodzących z polskich rejestrów. Według zgromadzonych danych, preferowanym źródłem komórek macierzystych do przeszczepień alogenicznych od dawców niespokrewnionych była krew obwodowa (78%) oraz szpik (ok. 20% przypadków). Kilkakrotnie do alogenicznego przeszczepienia zastosowano jednostki krwi pępowinowej. Zmarło 36 chorych, u których dokonano przeszczepienia w 2006 roku, w tym 26 chorych po przeszczepieniu komórek od dawcy niespokrewnionego oraz 10 chorych po przeszczepie komórek od dawcy spokrewnionego.



Ryc. 1. Aktywność ośrodków transplantacyjnych w 2006 r. Przeszczepienia od spokrewnionego dawcy – wykorzystanie źródeł komórek macierzystych (liczba retransplantacji w nawiasie)



Ryc. 2 Aktywność ośrodków transplantacyjnych w 2006r. Przeszczepienia od niespokrewnionego dawcy – wykorzystanie źródeł komórek macierzystych (liczba retransplantacji w nawiasie)



Ryc. 3 Udział dawców z rejestrów polskich w przeszczepieniach wykonanych w polskich ośrodkach transplantacyjnych w 2006 r.

Małgorzata Dudkiewicz, Agnieszka Pietrzykowska, Katarzyna Adamiak

Rejestr żywych dawców

Zgodnie z ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 169, poz. 1411, Art. 15.1), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2006r. w sprawie rodzaju i zakresu badań żywych dawców narządów wykonywanych w ramach monitorowania ich stanu zdrowia (Dz.U.06.83.579) oraz zgodnie ze swoim statutem Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant prowadzi od 1 stycznia 2006r. rejestr żywych dawców. Zadaniem rejestru jest „monitorowanie i ocena stanu zdrowia żywych dawców, od których pobrano narząd do przeszczepienia”. W rejestrze zamieszcza się następujące dane: „imię i nazwisko żywego dawcy, datę i miejsce urodzenia żywego dawcy, adres miejsca zamieszkania żywego dawcy, numer PESEL żywego dawcy, datę i miejsce pobrania, narząd, który uległ pobraniu, nazwę i adres zakładu opieki zdrowotnej, w którym dokonano pobrania, imię i nazwisko lekarza, który dokonał pobrania oraz inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu”. Dane, o których mowa „zakład opieki zdrowotnej, w którym dokonano pobrania, przekazuje niezwłocznie do rejestru żywych dawców”. Są one gro-

Tabela 1. Stan gromadzenia informacji w Rejestrze Żywych Dawców na koniec 2006 r.

Zespół pobierający narząd	Liczba pobrań od żywych dawców	Przed pobraniem		Bezpośrednio po pobraniu		3 miesiące po pobraniu	
		Liczba należnych informacji	Liczba brakujących informacji	Liczba należnych informacji	Liczba brakujących informacji	Liczba należnych informacji	Liczba brakujących informacji
CSK AM w Warszawie	20 fragmentów wątroby	20	11	20	11	16	16
Szp. Dzieciątka Jezus w Warszawie	8 nerek	8	1	8	1	4	1
Wrocław AM	3 nerki	3	0	3	0	3	2
CSK AM w Warszawie	2 nerki	2	0	2	0	2	2
Gdańsk AM	1 nerka	1	0	1	0	1	0
Szp. Woj. w Łodzi	1 nerka	1	0	1	0	1	1
Szczecin AM	1 nerka	1	1	1	1	1	1
Szpital MSWiA w Warszawie	1 nerka	1	1	1	1	1	1
Szp. Woj. we Wrocławiu	1 nerka	1	1	1	1	1	1
RAZEM	20 fragmentów wątroby i 18 nerek	38	15	38	15	30	25

madzone w następujących okresach: przed pobraniem narządu, bezpośrednio po pobraniu, w 3 i 12 miesięcy po pobraniu, następnie co 12 miesięcy przez 10 lat.

Na potrzeby prowadzenia rejestru zespół Poltransplant opracował formularze, które rozesłał do kierowników zespołów transplantacyjnych. Wzory tych formularzy są dostępne na płytce załączonej do Biuletynu. Raportowane dane są na bieżąco gromadzone w rejestrze prowadzonym w formie elektronicznej.

Pierwszy rok działalności pokazał, że dane dotyczące pobrań od żywych dawców napływające do rejestru są niepełne i docierają z dużym opóźnieniem, przez co na koniec 2006r. rejestr nie zawierał wszystkich przewidzianych w rozporządzeniu informacji. Nadal zdarza się, że informacje o pobraniu i przeszczepieniu narządu od żywego dawcy napływają do rejestru przeszczepień, krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie, a tym samym do rejestru żywych dawców dopiero po kilku miesiącach po ich dokonaniu. W tej sytuacji analiza merytoryczna skąpych informacji zawartych w rejestrze nie była na koniec 2006r. możliwa. W Tabeli 1 pokazano jedynie dane strukturalne mówiące o liczbie obecnie posiadanych informacji o dawcach w zestawieniu z liczbą informacji, które do rejestru już powinny napłynąć.

Poltransplant przypomina, że ustawa z dnia 1 lipca 2005 (Art. 15,3) obliuguje zespół opieki zdrowotnej, w którym dokonano pobrania do niezwłocznego przekazania danych dawcy do rejestru żywych dawców.

*Jarosław Czerwiński,
Joanna Marcinkowska*

Działalność Centralnego Rejestru Sprzeciwów w latach 1997-2006

Centralny Rejestr Sprzeciwów (CRS) na pobranie po śmierci komórek, tkanek i narządów działa w POLTRANSPLANCIE od dn. 1.11.1996 roku zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14.06.1996 r. Z dniem 15 grudnia 2006 roku zaczęło obowiązywać nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu prowadzenia CRS oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze z dn. 1 grudnia 2006 r. (Dz.U. 06.228.11350). Zgłoszenia sprzeciwów i rezygnacje ze złożonych wcześniej sprzeciwów są przekazywane do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w celu wprowadzenia ich do zasobów ewidencji ludności. Po wprowadzeniu danych do bazy PESEL wypełniony formularz jest archiwizowany w biurze Poltransplantu. Prowadzona jest ewidencja nadchodzących z ośrodków transplantacyjnych zapytań o sprawdzenie istnienia wpisu w CRS-ie i wysyłanych odpowiedzi.

Od początku istnienia rejestru czyli od 1.11.1996 roku wpłynęło do końca 2006 roku łącznie 23917 oświadczeń o zarejestrowanie sprzeciwu lub jego cofnięcie. Do końca 2006 roku stwierdzono 23786 zarejestrowanych sprzeciwów.

W stosunku do poprzednich raportów, w 2006r. nie nastąpiły istotne zmiany w zgłaszalności zastrzeżeń do CRS-u. Największy napływ sprzeciwów miał miejsce w 1997r. – prawie 15000 wniosków. W kolejnych latach obserwowano systematyczny spadek liczby zgłaszanych sprzeciwów do 432 oświadczeń w 2001r. oraz niewielki ich wzrost do 673 oświadczeń w 2002r. W 2003 roku zarejestrowano łącznie 382 wnioski o zarejestrowanie sprzeciwu lub jego cofnięcie (8 wniosków), a w 2004 roku odpowiednio 288 i 14., w 2005 r. zarejestrowano już tylko 265 zastrzeżeń na pobranie komórek, tkanek i narządów oraz 11 wniosków o cofnięcie sprzeciwu. W 2006 roku utrzymana została dotychczasowa tendencja z 272 zarejestrowanymi zgłoszeniami sprzeciwu.

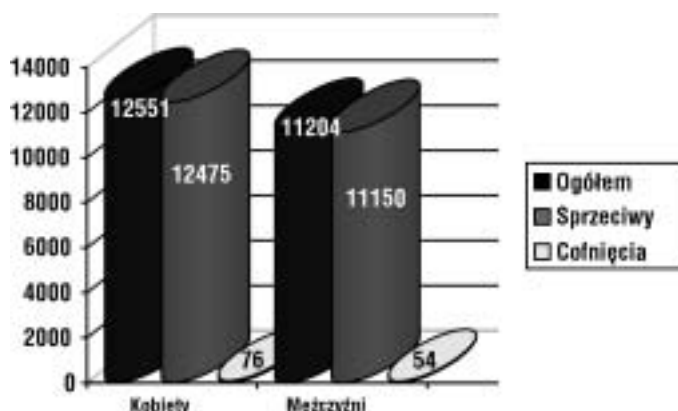
Dynamikę zgłaszania sprzeciwów przedstawia Tabela 1. (dane na dzień 31.12.2006 r.).

Tabela 1. Sprzeciwy zgłaszane w latach 1996-2006.

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
2005	276	265	11
2006	282	272	10
RAZEM	23917	23786	131

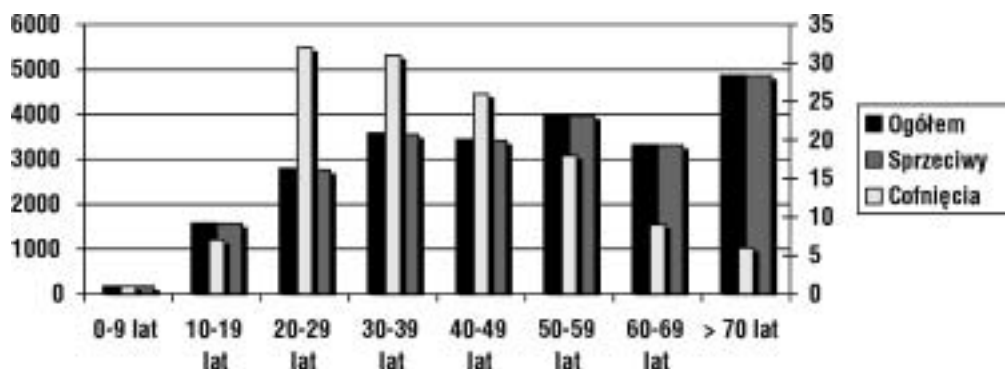
Oświadczenia własne stanowiły 85,66%, a zgłaszane przez przedstawicieli ustawowych 14,34%. Zgłoszenia zawierające wnioski o cofnięcie sprzeciwu stanowiły 3,55% ogółu oświadczeń w 2006 roku. Na przestrzeni 10 lat działania CRS więcej wniosków kierowały kobiety – 53,85%.

Tabela 2. Zgłoszenia wg podziału na płeć



Najwięcej zgłaszanych sprzeciwów, bo 13710 (57%) pochodziło od osób z grupy wiekowej 20 – 59 lat. Najmniej zgłaszanych sprzeciwów dotyczyło osób do 19 rż. – 1735 osoby z zarejestrowanym sprzeciwem, czyli 7,3%. Najwięcej wniosków o cofnięcie sprzeciwu pochodziło od osób w grupie wiekowej 20-59 lat. Szczegółowy rozkład przedstawiony jest na poniższym wykresie.

Tabela 3. Zgłoszenia wg grup wiekowych



W 2006 roku najwięcej sprzeciwów, tak jak w poprzednich latach pochodziło z województw mazowieckiego (19,24%), śląskiego (11,48%) i kujawsko-pomorskiego (8,82%). Najmniej oświadczeń sprzeciwu napłynęło z województw: świętokrzyskiego (1,25%), opolskiego (1,62%) i lubuskiego (2,49%).

Powyzsze dane statystyczne powstaly po uaktualnieniu bazy danych PESEL i CRS. Liczba oświadczeń o sprzeciwie lub cofnięciu sprzeciwu zarejestrowanych w CRS na-

liczana 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 2006 roku do Poltransplantu wpłynęło 1926 zapytań o sprawdzenie istnienia zastrzeżenia złożonego przez potencjalnego dawcę w bazie CRS na pobranie narządów i tkanek. Dla porównania w 2005 roku było 1947 zapytań, czyli nieco więcej niż w 2006 roku. Kwartalny rozkład próśb o sprawdzenie zastrzeżenia w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów przedstawia poniższa tabela:

Kwartał 2006 roku	Liczba zapytań o sprawdzenie w CRS
I	496
II	436
III	485
IV	509
Razem	1926

Tak jak w poprzednich latach przeważały zapytania z Banków Tkanek.

W 2006 roku zostało znowelizowane 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 sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia sprzeciwu w formie oświadczeń. Nowe rozporządzenie zostało wydane 1 grudnia 2006 r. (Dz.U.06.228.11350) i weszło w życie z dniem 15 grudnia 2006 roku zawiera kilka nowych aspektów. Poniżej zostaną one omówione kolejno.

§ 2, pkt. 3:

„Potwierdzeniem dokonania wpisu sprzeciwu w centralnym rejestrze sprzeciwów jest zawiadomienie o wpisie sprzeciwu, sporządzone w formie wydruku komputerowego, potwierdzonego podpisem dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”, zwanego dalej „Poltransplantem”.

Do 15 grudnia 2006 wystarczyło jedynie potwierdzenie wpisu do rejestru sprzeciwów wysłane listem poleconym. Obecnie Minister Zdrowia rozporządził, aby każde było opatrzone podpisem Dyrektora Poltransplant-u.

§ 3 w całości:

1. O istnieniu wpisu sprzeciwu małoletniego zawiadamia się osobę, której wpis dotyczy, po osiągnięciu przez nią pełnoletniości, informując jednocześnie o możliwości cofnięcia sprzeciwu w formie, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy, oraz o skutku, o którym mowa w ust. 4.
2. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1, przesyła się w formie wydruku komputerowego potwierdzonego podpisem dyrektora Poltransplantu, przesyłką pocztową za potwierdzeniem odbioru.
3. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1, przesyła się również do małoletniego który ukończył szesnaście lat.
4. Brak odpowiedzi na zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1, w terminie 30 dni stanowi potwierdzenie sprzeciwu.
5. Zmian wpisów w centralnym rejestrze sprzeciwów dotyczących małoletniego, o którym mowa w ust. 1 i 3, dokonuje się niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia o wykreślenie wpisu.

Ustala się konieczność identyfikacji osób, które ukończyły 16 i 18 lat, a opiekunowie prawni złożyli zastrzeżenie w CRS w ich imieniu. Ze względu na to, że osoby kończące 16 i 18 rok życia mogą już same podejmować decyzje, Minister Zdrowia uznał za konieczne poinformowanie tych osób o istnieniu zastrzeżenia złożonego w ich imieniu i podjęciu własnej decyzji dotyczącej zgody lub sprzeciwu na pobranie komórek, tkanek i narządów po ich śmierci niezależnie od woli rodziców.

§ 5, pkt. 2

Formularz zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1, znajduje się na stronie internetowej Poltransplantu lub w zakładach opieki zdrowotnej.

Ze względu na coraz większą informatyzację oraz łatwiejszy dostęp do internetu, Minister Zdrowia dołączył również możliwość pobierania druków zgłoszenia o zarejestrowaniu lub cofnięciu sprzeciwu ze strony internetowej Poltransplantu.

§ 6 w całości:

1. Istnienie wpisu sprzeciwu w centralnym rejestrze sprzeciwów lekarz zamierzający dokonać pobrania lub osoba przez niego upoważniona ustala telefonicznie, faksem lub pocztą elektroniczną.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1, potwierdza istnienie wpisu sprzeciwu w centralnym rejestrze sprzeciwów poprzez wysłanie do Poltransplantu przesyłką poleconą, pytania zawierającego dane wymienione w art. 7 ust. 3 lub ust. 4 ustawy oraz następujące dane osoby wymienionej w art. 7 ust. 6 ustawy:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) numer i seria dowodu tożsamości;
 - 3) numer PESEL;
 - 4) adres podmiotu, w którym jest zatrudniona ta osoba.

3. *Odpowiedź na pytanie, o którym mowa w ust. 1, potwierdza się niezwłocznie zawiadomieniem o istnieniu lub braku wpisu sprzeciwu w centralnym rejestrze sprzeciwów.*
4. *Odpowiedź na pytanie, o którym mowa w ust. 2, przesyła się w formie wydruku komputerowego potwierdzonego podpisem dyrektora Poltransplantu przesyłką poleconą.*

Nowy przepis znajduje się w nowelizacji rozporządzenia. Do tej pory sprawdzenie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów odbywało się głównie drogą telefoniczną, a następnie wysłaniem przez koordynatora Poltransplantu faksu wydruku komputerowego z bazy danych PESEL z potwierdzeniem braku lub istnienia zastrzeżenia w Rejestrze. Z tego względu na stronie internetowej Poltransplantu został umieszczony list otwarty do wszystkich ośrodków współpracujących od Dyrektora Poltransplantu, informujący o nowych zasadach funkcjonowania Centralnego Rejestru Sprzeciwów i zasadach sprawdzenia zastrzeżenia na pobranie komórek, tkanek i narządów. Ten sam list został rozesłany również pocztą konwencjonalną do kierowników wszystkich ośrodków. Od 1 stycznia 2007 roku wszystkie wydruki z Centralnego Rejestru Sprzeciwów podpisane przez Dyrektora Poltransplantu wysyłane są do ośrodków zgłaszających pocztą poleconą.

Agnieszka Krawczyk, Joanna Marcinkowska

Centralny Rejestr Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej

Na podstawie Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. „O pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów” (Dz. U. Nr 169 poz. 1411) do zadań Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej (CRNDSiKP) należy w szczególności:

1. prowadzenie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek krwiotwórczych,
2. prowadzenie rejestru alogenicznych przeszczepień komórek krwiotwórczych od dawców spokrewnionych i niespokrewnionych,
3. prowadzenie rejestru niespokrewnionych dawców szpiku i krwi pępowinowej (CRNDSiKP),
4. koordynacja poszukiwania niespokrewnionych dawców szpiku i krwi pępowinowej ze wstępnym przeszukaniem rejestru dawców szpiku i krwi pępowinowej.

Od 2001 roku Poltransplant realizuje świadczenia zdrowotne dotyczące rozwoju Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej oraz doboru niespokrewnionych dawców szpiku.

Rozwój Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej

W ramach realizacji świadczenia dotyczącego rozwoju CRNDSiKP Poltransplant zleca zakładom opieki zdrowotnej wyłonionym w drodze ogłaszanego co roku konkursu wykonanie czynności obejmujących:

- a) rekrutację potencjalnych dawców szpiku, którzy prawidłowo wypełnią i podpiszą oświadczenia woli o wpisanie do Centralnego Rejestru Niespokrewnionych 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 Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej.

Warunkiem przystąpienia do konkursu jest posiadanie doświadczenia w oznaczaniu antygenów zgodności tkankowej HLA metodą serologiczną w klasie I i metodą genetyczną w klasie II.

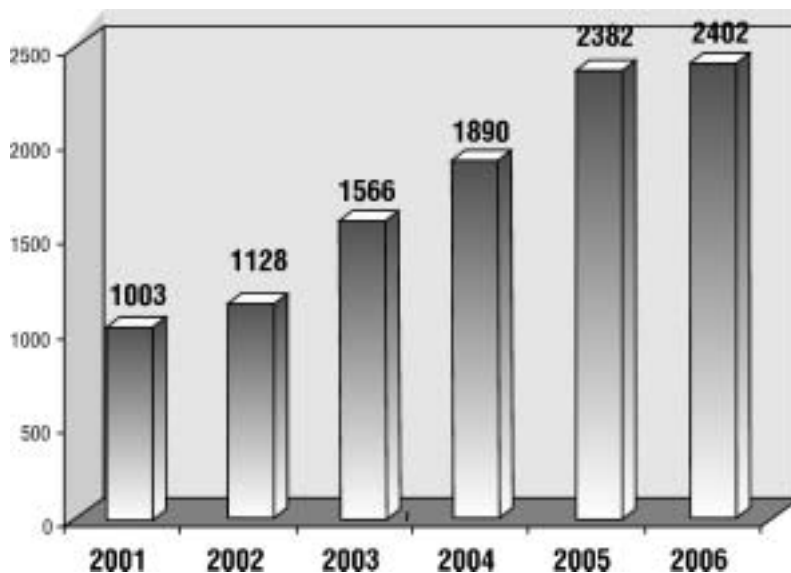
Tabela 1. Realizacja Świadczenia Zdrowotnego dotyczącego rozwoju CRNDSiKP w 2006 r.

Ośrodek	liczba zrekrutowanych NDSz w 2006 r.	liczba zakontraktowanych badań NDSz wg umowy z 2006 r.	liczba badań NDSz wg aneksu do umowy z 2006 r.	liczba badań nie wykonanych do końca 2006 r.
SPSK Nr 1 AM w Gdańsku	220	200	20	0
RCKiK w Katowicach	300	300	0	0
Uniw. SD w Krakowie	108	100	10	2
RCKiK Lublin	80	50	30	0
CSK UM w Łodzi	60	40	20	0
WSS w Łodzi	34	40	0	6
RCKiK w Poznaniu	580	550	30	0
SPSK2 Szczecin	80	80	20	20
IHiT w Warszawie	100	100	0	0
SPCSK AM w Warszawie	200	200	0	0
SKDJ - CLO w Warszawie	550	500	50	0
WIM w Warszawie	50	50	0	0
NZOZ PAN Wrocław	40	40	0	0
Razem	2402	2250	180	28

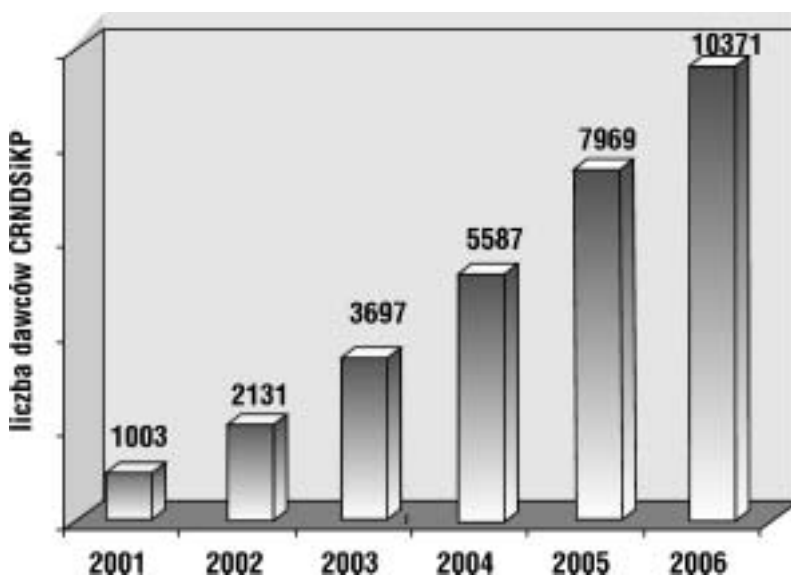
W 2006 roku, w wyniku konkursu Poltransplant zawarł kontrakty na badania 2250 nowo zrekrutowanych potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku na łączną kwotę 1 381 500,00 PLN oraz przeznaczył dodatkowe środki pieniężne w kwocie 111 600,00 PLN, co pozwoliło zwiększyć kontrakt o kolejne 180 badań.

Nie wszystkie Zakłady Opieki Zdrowotnej, które pierwotnie zawarły z Poltransplantem kontrakt wywiązały się z umowy. Z przeznaczonych przez Poltransplant środków finansowych w 2006 roku na rekrutację i badania 2430 dawców przebadano 2402 osoby.

Do końca 2006 roku w bazie Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej (CRNDSiKP) zarejestrowano dane immunofenotypowe 10371 potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku.



Ryc. 1. Liczba przebadanych potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku w latach 2001-2006



Ryc. 2. Rozwój CRNDSiKP w latach 2001-2006

Działalność CRNDSiKP w 2006 roku

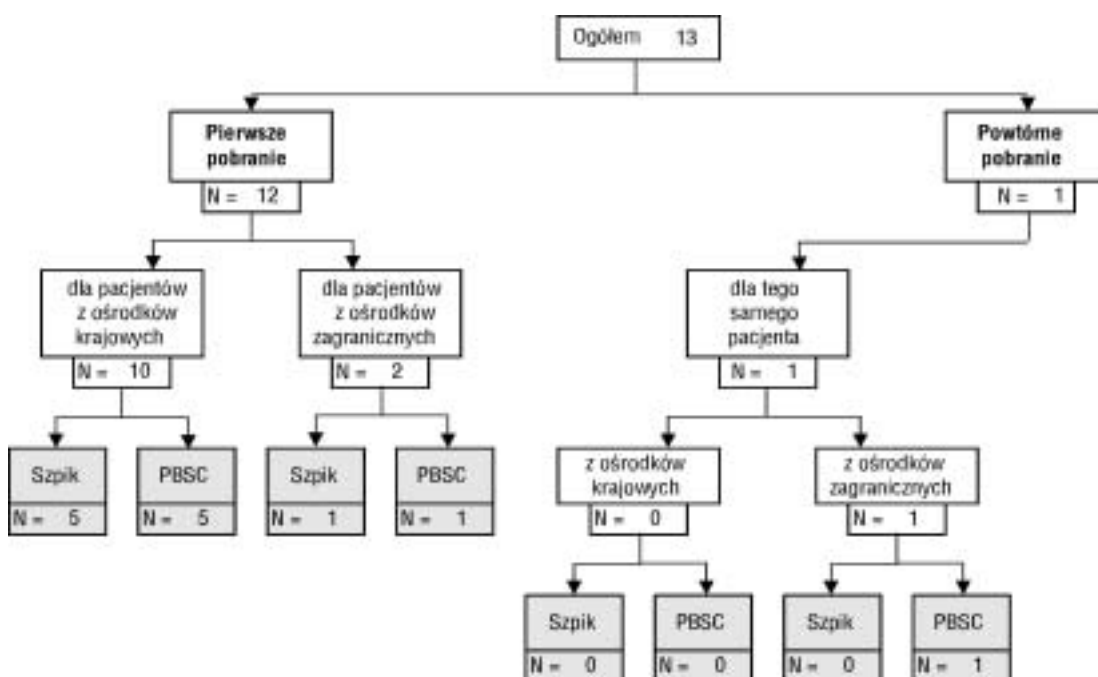
CRNDSiKP posiada akredytację w rejestrze BMDW (Bone Marrow Donors Worldwide) aktualnie skupiającym 58 rejestrów potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku z 43 krajów i 38 banków krwi pępowinowej z 21 krajów. CRNDSiKP należy do WMDA (World Marrow Donor Association) oraz międzynarodowej organizacji NetCord.

W grudniu 2006 roku liczba dawców i jednostek krwi pępowinowej zgromadzonych w BMDW przekroczyła 10 990 303. Do dnia ostatniej aktualizacji (26 grudnia 2006

roku) CRNDSiKP przesłał do BMDW dane 10 120 potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku. 99,5% dawców CRNDSiKP posiada oznaczenia antygenów zgodności tkankowej układu HLA w obu klasach, tj. serologiczne (lub genetyczne) w klasie I i genetyczne w klasie II.

W ciągu 2006 r. do wpłynęło 168 próśb o przeszukanie bazy CRNDSiKP, z czego 165 próśb dotyczyło poszukiwania niespokrewnionego dawcy szpiku, a 3 próśby o jednostki krwi pępowinowej. W 155 przypadkach znaleziono wstępnie zgodnego dawcę i w 3 wstępnie zgodne jednostki krwi pępowinowej. W 33 przypadkach wstępne przeszukania napłynęły z krajowych ośrodków dobierających, a w 132 z rejestrów zagranicznych. W 97 przypadkach kontynuowano procedurę doboru. Od 44 potencjalnych dawców z CRNDSiKP pobrano próbki krwi na typowanie potwierdzające, a u 53 wykonano dotypowanie antygenów układu HLA.

W 2006 roku otrzymano 17 próśb o pobranie komórek hematopoetycznych układu krwiotwórczego od dawców zarejestrowanych w CRNDSiKP, z czego zrealizowano 13 pobrań – w tym 10 dla polskich pacjentów i 3 dla pacjentów z ośrodków zagranicznych (w tym 1 powtórne pobranie od tego samego dawcy dla tego samego pacjenta). Aktualnie do końca 2006 roku zarezerwowano do pobrania 4 dawców szpiku – w tym 2 dla polskich pacjentów.



Ryc. 3. Struktura pobrań komórek hematopoetycznych od dawców CRNDSiKP w 2006 roku

W 2006 roku w ramach statutowego obowiązku gromadzenia danych alogenicznych jednostek krwi pępowinowej, zarejestrowano 255 jednostek krwi pępowinowej i otrzymano 3 próśby o wstępne przeszukanie. W 2 przypadkach kontynuowano procedurę doboru, żadna z nich nie zakończyła się wybraniem jednostki krwi pępowinowej do przeszczepienia.

Agnieszka Pietrzykowska, Anna Łęczyska

Dobór niespokrewnionych dawców szpiku w 2006 roku

Od 2001 roku Poltransplant realizuje dobór niespokrewnionych dawców szpiku. Tabela 1 przedstawia liczbę wniosków o poszukiwanie i dobór niespokrewnionych dawców szpiku dla chorych zakwalifikowanych do alogenicznego przeszczepienia szpiku, które wpłynęły do Poltransplantu w ciągu 6 lat. Razem wpłynęły 1 492 wnioski, z tego w 2006 roku 335.

Tabela 1. Wnioski o dobór niespokrewnionych dawców szpiku w latach 2001-2006

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 (od IX)	-	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	25	253
2005	-	297	297	2	295	7	236
2006	-	335	335	10	325	9	236 19*

* częściowe rozliczenie procedury doboru

Liczba wniosków o dobór niespokrewnionych dawców szpiku wzrasta z każdym rokiem. W 2006 roku wpłynęło 335 wniosków, czyli o 13% więcej niż w roku poprzednim. Ogólna liczba wniosków dotyczy poszukiwań dawcy dla 288 pacjentów. W 47 przypadkach ośrodki transplantacyjne występowały z nowym wnioskiem o ponowne zlecenie doboru w sytuacji, gdy procedura nie kończyła się dobraniem zaakceptowanego dawcy, a w rejestrach występowali jeszcze inni wstępnie zgodni dawcy dla danego chorego.

Wysokość środków finansowych, którymi dysponuje Poltransplant oraz fakt, że od 2004 roku Poltransplant może sam decydować o strukturze całości środków przeznaczonych na realizację zadań statutowych pozwala odpowiednio dostosować umowy z wykonawcami do wzrastających potrzeb w zakresie Doboru. Dzięki temu, podobnie jak w 2005 roku, w 2006 roku realizacja Doboru przebiegała bez zakłóceń a wszystkie wpływające wnioski były natychmiast kierowane do realizacji.

W grudniu 2005 roku Poltransplant przeprowadził konkurs ofert i na początku stycznia 2006 roku podpisał umowy z pięcioma ośrodkami na realizację świadczenia zdrowotnego:

- Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych z KBDS we Wrocławiu 40 x 20 000,00 zł
- Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie 25 x 20 000,00 zł

● NZOZ MEDiGEN w Warszawie	45 x 20 000,00 zł
● Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie	8 x 20 000,00 zł
● Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego Śląskiej AM w Katowicach – dobór dawców tylko z rejestrów amerykańskich	10 x 20 000,00 zł
	128 procedur doboru x 20 000,00 zł = 2 560 000,00 zł

Tak jak w poprzednich latach obowiązywała zasada, że koszt jednego zlecenia może wynieść maksymalnie 20 000,00 zł.

W 2006 roku pewnym zmianom uległy obowiązujące wcześniej Zasady Doboru Niepokrewnionych Dawców Szpiku. Na Poltransplant nałożono obowiązek dokonania wstępnego przeszukania w rejestrze BMDW w celu ustalenia rejestrów lub banków krwi pępowinowej posiadających wstępnie zgodnych dawców lub jednostkę krwi pępowinowej. Informacje o ustalonym rejestrze lub banku krwi pępowinowej Poltransplant dołącza do zlecenia. Poszukiwanie w rejestrach dawców szpiku powinno odbywać się zgodnie z zasadą, że wśród dostępnych zgodnych dawców w pierwszej kolejności uwzględniane są rejestry europejskie, a w tym pierwszeństwo mają rejestry polskie. Poltransplant dołącza do zlecenia informację o dostępności dawców polskich w rejestrze BMDW.

Tak jak w latach poprzednich również w 2006 roku ośrodki transplantacyjne kierujące wnioski o dobór do Poltransplantu miały prawo wskazywać preferowany ośrodek dobierający. W ogólnej liczbie 335 wniosków 260 (77,6%) zawierały wskazanie konkretnego ośrodka poszukującego, a pozostałe 75 (22,4%) wniosków kierował Poltransplant. Udział wniosków bez wskazania ośrodka poszukującego był wyraźnie niższy niż w roku ubiegłym (27,95%). Spośród 75 wniosków, w których ośrodki kierujące nie wskazały ośrodka poszukującego Poltransplant skierował najwięcej wniosków do DCTK we Wrocławiu. W ogólnej liczbie wniosków ze wskazaniem, tak jak w poprzednich latach, najwyższy udział miał NZOZ Medigen jako ośrodek dobierający wybrany przez ośrodek transplantacyjny – 104 wnioski. Tabela nr 2 przedstawia liczbę wniosków według preferencji ośrodków kierujących w 2006 roku.

Tabela 2. Liczba wniosków wg preferencji ośrodków kierujących w 2006 r.

Ośrodek poszukujący	Ogólna liczba wniosków	Liczba wniosków ze wskazanym ośrodkiem poszukującym	Liczba wniosków bez wskazania ośrodka poszukującego	Udział wniosków ze wskazaniem ośrodka w ogólnej liczbie wniosków ze wskazaniem w %
DCTK Wrocław	108	61	47	23,46
IHIT Warszawa	65	60	5	23,08
NZOZ Medigen Warszawa	125	104	21	40,00
SP CSK Warszawa	20	18	2	6,92
Sp Szp. Kl. im. A. Mielęckiego Katowice	17	17	0	6,54
Łącznie	335	260	75	100

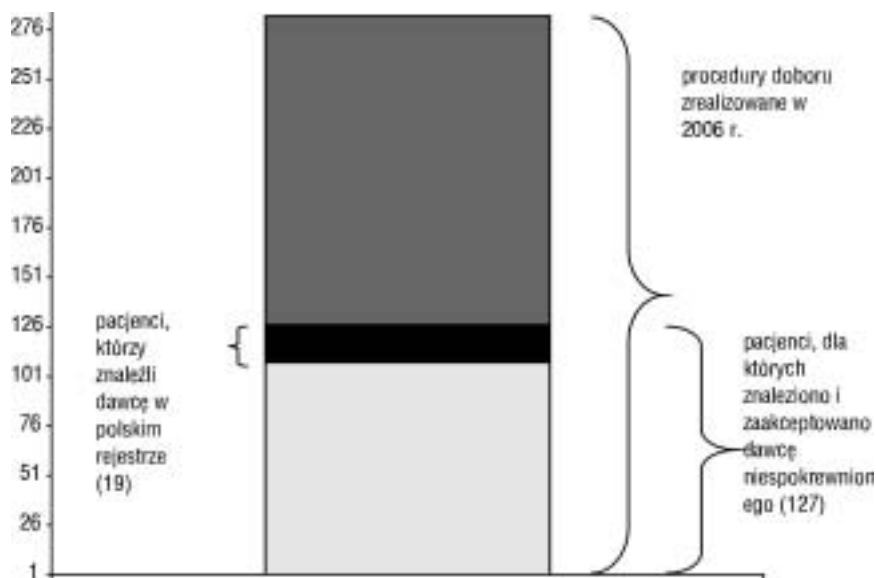
Kontrakty zawarte w styczniu pozostawiały możliwość dostosowania środków finansowych do rzeczywistego obciążenia ośrodków dobierających w drodze aneksów zwiększających wartość umów zgodnie z zapotrzebowaniem. Całkowita wartość umów z pięcioma ośrodkami dobierającymi po aneksach wyniosła ostatecznie 4 148 285,95 zł. Średni koszt zakończonej procedury poszukiwania i doboru wyniósł w 2006 roku 13 009,59 zł w tym średni koszt badania biorcy 5 064,21 zł. W 2006 roku skierowano do realizacji 325 zleceń z czego 9 zostało wycofane przez ośrodki transplantacyjne. Z pozostałych 316 procedur do końca 2006 roku zakończono i rozliczono w całości 248, a częściowo 19. Tabela nr 3 przedstawia procedury zlecone ośrodkom w 2006 roku.

Tabela 3. Liczba procedur zleconych ośrodkom poszukującym w 2006 r.

ośrodek	DCTK	IHiT	Medigen	SPCSK W-wa	SPSK K-ce	razem
liczba wniosków ogółem	108	65	125	20	17	335
liczba wniosków wycofana przed zleceniem	2	4	1	1	2	10
liczba wniosków wycofana po zleceniu	5	1	3	-	-	9
liczba zleceń	106	61	124	19	15	325
procedury zakończone	77+7*	39+3*	106+2*	11+7*	15	248+19*
Udział procedur zakończonych	76,2%	65%	87,6%	57,9%	100%	78,5%

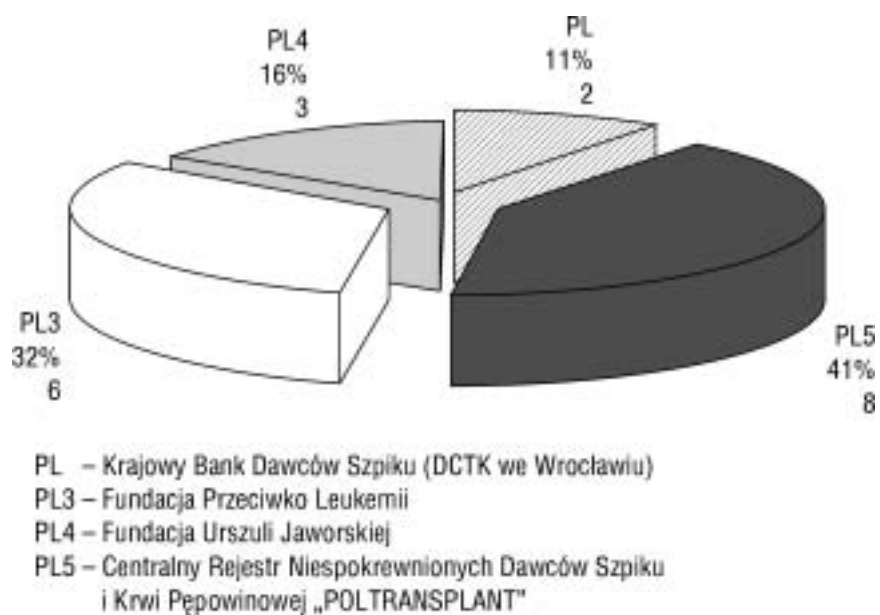
* procedury częściowo rozliczone

Na pozostałe zlecone a nie zakończone w 2006 roku procedury (49 całkowitych procedur i 19 częściowych) zabezpieczono 787 000,00 zł jako środki niewygasające z końcem 2006 roku z możliwością rozliczenia do 15 czerwca 2007 roku.



Ryc. 1 Skuteczność doboru niespokrewnionych dawców szpiku w 2006 roku

W wyniku zrealizowanych w 2006 r. procedur poszukiwania dawcy niespokrewnionego 127 pacjentów znalazło dawcę zaakceptowanego do przeszczepienia przez ośrodek transplantacyjny, z tego dla 19 osób udało się dobrać dawcę w rejestrze polskim. Wstępnie zgodnych polskich dawców (w loci HLA – A, B, DR na niskim poziomie rozdzielczości) znalazło 36 pacjentów.



Ryc. 2 Dawcy polscy dobrani dla polskich biorców w 2006r – według rejestru pochodzenia

Jolanta Żalikowska-Hołoweńko, Agnieszka Długokęcka

Współpraca międzynarodowa Poltransplantu w dziedzinie przeszczepiania narządów

Platformą współpracy międzynarodowej w dziedzinie przeszczepiania narządów w Europie jest Rada Europy (Council of Europe – CoE), w skład której wchodzi 46 przedstawicieli państw europejskich. Celem działania Rady Europy (CoE) jest uzgodnienie wspólnego stanowiska wszystkich państw członkowskich w odniesieniu do transplantacji, ustanowienie zasad prawnych dotyczących pobierania i przeszczepiania narządów. Z tego względu powołano Komitet Ekspertów do spraw aspektów organizacyjnych współpracy w przeszczepianiu narządów w Europie (SP-CTO) oraz Komitet Ekspertów do spraw kontroli jakości i zapewnienia bezpieczeństwa przeszczepianych narządów, tkanek i komórek (SP-SQA). W obu komitetach Polska miała swoich przedstawicieli (w SP-CTO uczestniczył prof. Janusz Wałaszewski). Komitety opracowały rekomendacje dotyczące zapobiegania przenoszeniu chorób nowotworowych, kontroli jakości i bezpieczeństwa przeszczepów, określenia warunków koniecznych dla procedur pobierania i przeszczepiania narządów, tkanek i komórek i wypracowywania metod postępowania z niedoborem narządów do przeszczepienia

- Rekomendacja (Rec/2005/11) dla państw członkowskich dotycząca roli i szkolenia profesjonalistów odpowiedzialnych za dawstwo narządów (koordynatorów transplantacyjnych)
- Rekomendacja (Rec/2004/19) dla państw członkowskich dotycząca kryteriów autoryzacji ośrodków transplantacyjnych
- Rekomendacja (Rec/2004/7) dla państw członkowskich dotycząca handlu narządami
- Rekomendacja (Rec/2003/12) dla państw członkowskich dotycząca rejestrów dawców narządów
- Rekomendacja (Rec/2003/10) dla państw członkowskich dotycząca ksenotransplantacji i nota wyjaśniająca
- Rekomendacja (Rec/2001/5) dla państw członkowskich dotycząca prowadzenia list biorców oczekujących na przeszczepienie narządu i czasu oczekiwania
- Rekomendacja (Rec/2004/8) dotycząca autologicznych banków krwi pępowinowej i nota wyjaśniająca
- Rekomendacja (R/97/16) dotycząca przeszczepiania wątroby od żywych spokrewnionych dawców
- Rekomendacja (R/97/15) dotycząca ksenotransplantacji

W wyniku prac Komitetów Ekspertów została wydana Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE obowiązująca Kraje Członkowskie w odniesieniu do Standardów Jakości i Bezpieczeństwa Oddawania, Pobierania, Badania i Przechowywania Tkanek i Komórek do przeszczepiania. Dyrektywa Komisji 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r. wprowadza w życie dyrektywę 2004/23/WE w odniesieniu

do niektórych wymagań technicznych dotyczących dawstwa, pobierania i badania tkanek i komórek ludzkich. W przygotowaniu jest podobna Dyrektywa dotycząca Pobierania i Przeszczepiania narządów.

W 2006 roku oba Komitety Ekspertów SP-CTO i SP-SQA uległy transformacji i ostateczna ich forma jest w fazie opracowywania.

Od przystąpienia Polski do Unii Europejskiej Poltransplant bierze czynny udział w projektach Wspólnoty Europejskiej dotyczących przeszczepiania i pobierania komórek, tkanek i narządów. Pierwszym projektem Wspólnoty Europejskiej, w którym brał udział Poltransplant jest zaprojektowany przez ETN a współfinansowany przez Komisję Europejską Program **EUROCET** (European Organ, Cells and Tissues), którego głównym celem jest stworzenie wspólnej europejskiej bazy danych ukierunkowanej na zbieranie oficjalnych i uaktualnionych danych dotyczących dawstwa i transplantacji w krajach uczestniczących w programie, obejmującej dane pochodzące ze wszystkich państw europejskich dotyczących pobierania i przeszczepiania tkanek, komórek i narządów, list pacjentów oczekujących na przeszczepienie, ośrodków pobierających i przeszczepiających komórki, tkanki i narządy, wyników leczenia i wprowadzania systemów zwiększających liczbę narządów do przeszczepienia.

Dane te są dostępne przez portal internetowy www.eurocet.org, który ma być miejscem wymiany informacji pomiędzy organizacjami zajmującymi się przeszczepianiem jak i źródłem informacji dla obywateli Unii Europejskiej pozwalającej im w pełni zrozumieć wszystkie aspekty procesu transplantacji. Ustalono 3 podstawowe cele programu:

- Zdefiniowanie i wprowadzenie jednolitych protokołów Unii Europejskiej dla pobierania i przetwarzania danych dotyczących dawstwa narządów, tkanek i komórek;
- Ujednoczenie terminologii używanej w zbieraniu danych dotyczących dawstwa i przeszczepiania narządów, list oczekujących oraz dawstwa tkanek i komórek, ich bankowania i przeszczepiania;
- Wprowadzenie sposobów zbierania i przetwarzania danych dotyczących aspektów klinicznych, społecznych i demograficznych związanych z transplantologią.

Program rozpoczął się w czerwcu 2004 roku i trwać ma do końca lutego 2007 roku jest kontynuacją pilotażowego programu EURODONOR. Poltransplant bierze w nim udział od początku, najpierw jako obserwator, a od chwili wstąpienia Polski do Unii Europejskiej jako pełnoprawny uczestnik projektu. Stworzonych zostało 12 pakietów, za których realizację odpowiedzialne są poszczególne organizacje. Poltransplant aktywnie uczestniczył we wszystkich fazach projektu. Jednym z zadań Poltransplantu było ustalenie wymagań systemowych i informatycznych przez nowe państwa członkowskie. Zakończono większość zadań w ramach tego projektu takich jak: ujednoczenie terminologii pomiędzy wszystkimi organizacjami, ustalenia zasad dostępu do danych, ustalanie zasad przesyłania informacji oraz częstotliwości uzupełniania informacji. Zakończono tłumaczenie portalu Eurocetu na język polski oraz udostępniono dane gromadzone przez Poltransplant dotyczące pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów. Co 4 miesiące organizowane były spotkania wszystkich uczestników, w trakcie których ustalano działania w ramach programu. Następne spotkanie organizowane jest w Brukseli

w Parlamencie Europejskim w celu przedstawienia wyników pracy kilkunastu organizacji.

Kolejnym projektem Unii Europejskiej, w którym uczestniczy Poltransplant jest program **DOPKI** (Improving the Knowledge and Practices in Organ Donation), który rozpoczął się w 2006 roku i ma trwać do końca 2008 roku.

Główne cele projektu DOPKI:

- ustalenie i zwiększenie współczynników dawstwa narządów
- opracowanie metodologii pozwalającej na ustalenie potencjału danego regionu/kraju
- ustalenie prawdopodobnych możliwości zwiększenia liczby pozyskiwanych narządów do przeszczepienia

Program DOPKI koncentruje się szczególnie na:

- stworzeniu wskaźników wykorzystywanych jako wyjściowe dla ustalenia potencjału dawstwa narządów
- zdefiniowaniu poziomów ryzyka w procesie oceny dawcy narządów
- stworzeniu procedur zwiększających wskaźniki dawstwa narządów
- zwiększeniu aktywności transplantacyjnej
- stworzeniu rekomendacji dot. dawstwa narządów, które mogą być wykorzystywane przez ustawodawców w UE

Do tej pory ustalono już wskaźniki socjologiczne, prawne, infrastrukturę (np. organizację i potencjał opieki zdrowotnej, liczbę szpitali zgłaszających potencjalnych dawców narządów, liczbę programów transplantacyjnych, populację mieszkańców, liczbę koordynatorów, odsetek pobrań wielonarządowych, potencjał szpitali jak i poszczególnych regionów), prowadzone kampanie promocyjne. Program ten w 2007 roku wchodzi w nową fazę. Jej zadaniem jest ustalenie rzeczywistych liczb dotyczących występowania wyselekcjonowanych chorób i procedur medycznych (wg ICD10 i ICD9) będących najbardziej prawdopodobną przyczyną prowadzącą do śmierci mózgu oraz ustalenie ich występowania w danym regionie, częstości występowania zatruć prowadzących do śmierci mózgu wśród zmarłych dawców narządów, ustalenie zasad bezpieczeństwa przeszczepianych narządów (współwystępowanie chorób zakaźnych, ryzykownych zachowań prowadzących do zakażenia np. HIV, przewlekłych schorzeń, itd.). Dane zbierane są w portalu internetowym na stronie www.dopki.eu.

W 2007 roku Poltransplant przystąpił do następnego projektu Wspólnoty Europejskiej **ETPOD** (European Training Program on Organ Donation), rozpoczął się on w 2007 roku.

Cele programu ETPOD:

- analiza porównawcza dotycząca wskaźników dawstwa narządów przed i po wprowadzeniu programów szkoleniowych
- zbadanie potrzeb szkoleniowych osób związanych z transplantologią w zależności od struktury organizacyjnej i zasobów instytucji TA.

Zadania projektu polegają na opracowaniu europejskiego programu szkoleniowego, wykorzystującego metodologię, zasoby i strukturę organizacyjną TPM, która zostanie zaadaptowana do potrzeb EOEO oraz profilów różnych specjalności medycznych takich jak lekarze w oddziałach szpitalnych m.in. OIOM, Izba Przyjęć, SOR, organizacje transplantacyjne, menedżerowie, trenerzy oraz opracowanie, organiza-

cja i usystematyzowanie planu pracy oraz jego ocena przez wprowadzenie międzynarodowej sieci szkoleniowej.

Polska jest także sygnatariuszem Europejskiego Porozumienia Transplantacyjnego (European Transplant Network – ETN). 21 września 2003 roku Ministrowie Zdrowia Austrii, Chorwacji, Czech, Grecji, Węgier, Włoch, Cypru, Polski, Słowenii, Litwy, Łotwy, Estonii, Malty i Słowacji podpisali Deklarację Praską nazywaną tą datą, ustalającą wspólne wypracowanie warunków lepszego wykorzystania narządów do przeszczepienia. W Deklaracji Praskiej z dnia 2 kwietnia 2004 roku utworzono European Transplant Network (Europejskie Porozumienie Transplantacyjne) – międzyrządową organizację powołaną do wzajemnej współpracy w dziedzinie transplantacji.

Zadania ETN:

- ustalenie wspólnego programu edukacyjnego
- standaryzacja technik informatycznych
- opracowanie wspólnych standardów bezpieczeństwa i jakości
- opracowanie polityki optymalnego wykorzystania narządów.

Statut ETN znajduje się dalej w fazie projektu. Po zatwierdzeniu Polska stanie się automatycznie członkiem ETN.

Poltransplant jest również członkiem European Organ Exchange Organisations (EOEO), w którego skład wchodzi 12 organizacji prowadzących wymianę narządów. W skład European Organ Exchange Organisations (EOEO) wchodzi:

- Scandiatransplant (Dania, Finlandia, Islandia, Norwegia, Szwecja)
- Eurotransplant (Austria, Belgia, Holandia, Luksemburg, Niemcy, Słowenia i Chorwacja (kandydat))
- UKTransplant
- EFG France
- SwissTransplant
- Lusotransplant
- ONT-Spain
- POLTRANSPLANT
- Czechtransplant
- Hungarotransplant
- CNT-Italy
- HNTG-Greece

EOEO stanowi platformę narodowych (NTO) i ponadnarodowych (SNTO) organizacji mającą na celu synchronizację procedur przeszczepowych w Europie. Sekretariat EOEO przez rok prowadzony jest w kraju organizującym spotkanie w roku następnym. W roku 2006 spotkanie organizowane było w Lejdzie przez Dutch Transplant Foundation, a następne spotkanie w 2007 roku odbędzie się w Szwajcarii.

W 2004 roku na spotkaniu w Cascais (Portugalia) wszystkie organizacje należące do EOEO podpisały porozumienie, w którym zobowiązały się do przestrzegania kryteriów kontroli jakości i dokumentacji, przestrzegania prawa, rejestracji pacjentów tylko na jednej liście z wyjątkiem sytuacji szczególnych oraz, że narządy bez alokacji mogą być przekazywane do innych NTO, a zapotrzebowania na pilne przeszczepienie mogą być przekazywane do innych NTO. Pozyskanie narządów jest nieodpłatne, a ko-

sztę transportu pokrywa przeszczepiający. Narządy mogą być przekazane tylko w celu ich przeszczepienia, a nie badań naukowych.

Na spotkaniu w Warszawie w 2005 roku ustalono nowe, standaryzowane protokoły zgłaszania dawców w obrębie EOEO, stworzono wspólne zasady dotyczące przeszczepiania obywateli innego kraju, wprowadzono stworzenie rejestru żywych dawców narządów oraz ustalono zasady dotyczące jednolitego wymiaru czasu oczekiwania na przeszczepienie. Poltransplant podpisał już umowy intencyjne dotyczące wymiany narządów pomiędzy organizacjami znajdującymi się w obrębie EOEO, takimi jak Eurotransplant, Italian National Transplant Center „Italian Gate for Europe”, Scandiatransplant, CzechTransplant. Na bieżąco odbywa się wymiana informacji w Biurze Koordynatora dotycząca zgłoszeń pacjentów oczekujących na listach tych organizacji, jak również Poltransplant przekazuje informacje do tych organizacji o możliwości pobrania niewykorzystanego w Polsce narządu.

Agnieszka Krawczyk, Janusz Wałaszewski

Zasady alokacji narządów

Podczas spotkania przedstawiciele zespołów transplantacyjnych, Poltransplantu oraz zespołu Krajowej Rady Transplantacyjnej ds. Przeszczepiania Narządów, które odbyło się 26 stycznia 2007r, a także po wcześniejszych konsultacjach ze środowiskiem transplantacyjnym, uzgodnione zostały kryteria i zasady alokacji narządów. Dotyczy to przeszczepów nerek, serca, wątroby, płuc, a także jednoczesnych przeszczepów nerek z innymi narządami.

Ustalono, że zasady te będą obowiązywać od 1 lutego 2007, oprócz systemu alokacji nerek, który zacznie obowiązywać po jego opublikowaniu, tj. ok. 1 marca 2007.

Prof. Piotr Kaliciński
Przewodniczący Krajowej Rady Transplantacyjnej

Zasady alokacji zgłoszeń zmarłych dawców serca

(takie same zasady obowiązują przy alokacji zgłoszeń dawcy płuc)

1. System działa na zasadzie zgłaszania potencjalnych dawców do ośrodków przeszczepiających serca wg schematu „1-1-1-1”.
2. Pierwszeństwo na liście ma zawsze pacjent zgłoszony do przeszczepienia w trybie „nagłym”.
3. Priorytet mają biorcy z listy pediatrycznej w stosunku do dawców, którzy nie ukończyli 16 rż.
4. Zgłoszenie do przeszczepienia w trybie „nagłym” musi być dokonane na podstawie ustalonych kryteriów oraz poprzez przesłanie do Poltransplantu karty zgłoszenia biorcy do przeszczepienia serca w trybie „nagłym” (wzór karty zgłoszenia biorcy do przeszczepienia serca w trybie „nagłym” znajduje się na dołączonej do Biuletynu płytce).
5. Zgłoszenia w trybie „nagłym” wymagają weryfikacji danych biorcy (odnowienia zgłoszenia) co 7 dni.
6. W przypadku współistnienia kilku zgłoszeń biorców w trybie „nagłym” wybór ośrodka, który otrzyma ofertę pobrania następuje w drodze ustaleń prowadzonych przez Poltransplant z ośrodkami zgłaszającymi biorców w trybie „nagłym”. W przypadku braku porozumienia między ośrodkami decyduje kolejność zgłoszenia biorcy oraz wpisane w karcie zgłoszenia biorcy warunki akceptacji dawcy (grupa krwi, masa ciała, wiek).
7. W przypadku przeszczepienia serca w trybie „elektywnym” decyzję o wyborze biorcy z listy ośrodka przeszczepiającego podejmuje jego kierownik (osoba upoważniona) w oparciu o kryteria ogólne i priorytety: zgodność w grupach głównych krwi, pilność przeszczepienia, czas oczekiwania na przeszczep, warunki anatomiczne, stosunek masy ciała dawcy i biorcy oraz inne kryteria szczegółowe obowiązujące w danym ośrodku.
8. W przypadkach przeszczepień elektywnych zespół transplantacyjny ma pierwszeństwo do pobrań w szpitalu lokalnym (własnym lub położonym w bezpośredniej bliskości). Skutkuje to wykorzystaniem swojej kolejności zgłoszenia.

9. Odmowa przyjęcia zgłoszenia nie skutkuje utratą kolejki do następnego zgłoszenia dawcy w następujących sytuacjach: brak odpowiedniego biorcy na liście oczekujących w danym ośrodku (brak biorcy ze zgodną z dawcą grupą krwi, brak biorcy o warunkach anatomicznych odpowiadających dawcy), zbyt duża odległość do ośrodka dawcy mogąca skutkować przekroczeniem bezpiecznego czasu niedokrwienia serca
10. W przypadku braku wykorzystania oferty przez wszystkie kolejne ośrodki (w tym rezygnacja z pobrania serca po przyjeździe do ośrodka dawcy) – takie zgłoszenie uznaje się za „niebyłe”.
11. Utrata kolejki w następnej rundzie alokacji dawców serca dla biorców elektywnych ma miejsce w następujących przypadkach: wykorzystanie dawcy i przeszczepienie poza kolejnością dla biorcy w trybie nagłym, wykorzystanie pobrania od dawcy w szpitalu lokalnym.
12. Monitorowanie systemu alokacji:
 - listę osób zgłoszonych do przeszczepienia z zaznaczeniem trybu zgłoszenia (elektywny, urgens) prowadzi krajowa lista oczekujących na przeszczepienie w Poltransplancie
 - raporty z wykorzystania ofert pobrania gromadzi Zespół ds. Koordynacji Pobierania i Przeszczepiania Narządów w Poltransplancie
 - po każdym przeszczepieniu serca obowiązuje jego udokumentowanie przez ośrodek, który je wykonał w Krajowym Rejestrze Przeszczepień
 - Poltransplant raz w miesiącu przekazuje do ośrodków przeszczepiających sprawozdanie z dystrybucji ofert pobrania oraz plan zgłoszeń na najbliższą przyszłość

Zasady alokacji zgłoszeń zmarłych dawców wątroby

1. Zasada równej dystrybucji ofert pobrania wątroby od zmarłych dawców dla wszystkich ośrodków przeszczepiających wątrobę, czyli zgłoszenia wg systemu 1-1-1-1-1-1
2. Priorytet mają biorcy z listy pediatrycznej w stosunku do wszystkich dawców, którzy nie ukończyli 16 rż
3. Obowiązują 2 tryby zgłaszania biorców do przeszczepienia; „nagły” i „elektywny”. Biorca zgłoszony do przeszczepienia w trybie nagłym ma bezwzględne pierwszeństwo przy alokacji wątroby.
4. Wskazania do przeszczepienia w trybie „nagłym”:
 - ostra niewydolność wątroby (np. wg kryteriów King’s College Hospital)
 - ostra dekompensacja przewlekłej niewydolności wątroby własnej lub przeszczepu (MELD/PELD > 25, zespół wątrobowo-nerkowy, śpiączka, krwotok z żyłaków przełyku nie dający się zatrzymać, dializoterapia nerkowa lub wątrobowa, konieczność stosowania oddechu wspomaganego - respirator)
 - wątroby w czasie 14 dni od przeszczepu (pierwotny brak funkcji, zakrzep naczyń, odrzucanie)
5. Zgłoszenie do przeszczepienia w trybie „nagłym” musi być dokonane na podstawie ustalonych kryteriów oraz poprzez przesłanie do Poltransplantu karty zgłoszenia biorcy do przeszczepienia w trybie „nagłym” (wzór karty zgłoszenia bior-

- cy do przeszczepienia wątroby w trybie „nagłym” znajduje się na dołączonej do Biuletynu płytce).
6. Zgłoszenia w trybie „nagłym” wymagają weryfikacji danych biorcy (odnowienia zgłoszenia) co 72 godziny.
 7. W przypadku współlistnienia kilku zgłoszeń biorców w trybie „nagłym” wybór ośrodka, który otrzyma ofertę pobrania następuje w drodze ustaleń prowadzonych przez Poltransplant z ośrodkami zgłaszającymi biorców w trybie „nagłym”. W przypadku braku porozumienia między ośrodkami, decyduje kolejność zgłoszenia biorcy oraz wpisane w karcie zgłoszenia biorcy warunki akceptacji dawcy (grupa krwi, masa ciała, wiek).
 8. W przypadku przeszczepienia wątroby w trybie „elektywnym” decyzję o wyborze biorcy z listy ośrodka przeszczepiającego podejmuje jego kierownik (osoba upoważniona) w oparciu o kryteria ogólne i priorytety: zgodność w grupach głównych krwi, pilność przeszczepu (MELD, PELD, CHild-Pugh), warunki anatomiczne, stosunek masy ciała dawcy i biorcy, guz wątroby po leczeniu wstępnym kwalifikowany zgodnie z przyjętymi w danym ośrodku kryteriami, czas oczekiwania na przeszczep oraz inne kryteria szczegółowe obowiązujące w danym ośrodku.
 9. W przypadkach przeszczepień elektywnych zespół transplantacyjny ma pierwszeństwo do pobrań w szpitalu własnym. Skutkuje to wykorzystaniem swojej kolejności zgłoszenia.
 10. Odmowa przyjęcia zgłoszenia nie skutkuje utratą kolejki do następnego zgłoszenia dawcy w sytuacji
 - braku wykorzystania oferty przez wszystkie ośrodki (także w przypadku rezygnacji z przeszczepienia pobranej wątroby po jej ocenie makroskopowej) – takie zgłoszenie uznaje się za „niebyłe”
 - odległości ośrodka Tx od ośrodka dawcy przekraczająca 400 km przy braku możliwości wykorzystania transportu lotniczego przez zespół pobierający
 11. Utrata kolejki w następnej rundzie alokacji dawców wątroby ma miejsce w sytuacjach:
 - wykorzystanie dawcy do pobrania wątroby i przeszczepienia poza kolejnością dla biorcy w trybie nagłym
 - przeszczepienie narządu od dawcy pediatrycznego dla biorcy pediatrycznego
 - wykorzystanie do przeszczepu narządu pobranego od dawcy we własnym szpitalu
 - w razie innych sytuacjach nie uwzględnionych w ww punktach (rezygnacja z pobrania bez istotnego uzasadnienia) – brak akceptacji oferty skutkuje utratą kolejki !!!
 12. Monitorowanie systemu alokacji:
 - listę osób zgłoszonych do przeszczepienia z zaznaczeniem trybu zgłoszenia (elektywny, urgens) prowadzi krajowa lista oczekujących na przeszczepienie w Poltransplancie
 - raporty z wykorzystania ofert pobrania gromadzi Zespół ds. Koordynacji Pobierania i Przeszczepiania Narządów w Poltransplancie
 - po każdym przeszczepieniu wątroby obowiązuje jego udokumentowanie przez ośrodek, który je wykonał w Krajowym Rejestrze Przeszczepień
 - Poltransplant raz w miesiącu przekazuje do ośrodków przeszczepiających sprawozdanie z dystrybucji ofert pobrania oraz plan zgłoszeń na najbliższą przyszłość

Zasady alokacji nerek

System alokacji nerek dla biorców z listy oczekujących działa w oparciu o sprawiedliwy dostęp biorców do pozyskiwanych narządów z jednoczesnym spełnieniem warunku jak najlepszego doboru dawca-biorca i uwzględnieniem czynników mogących wpływać na wczesną czynność przeszczepu oraz odległy wynik przeszczepienia nerki

1. System doboru biorcy nerki działa w połączeniu z obowiązkową dystrybucją surowic wszystkich pacjentów zgłoszonych do przeszczepienia nerki do wszystkich regionalnych pracowni typowania tkankowego, którą prowadzić będzie Pracownia Zgodności Tkankowej Instytutu Transplantologii w Warszawie
2. Pierwszeństwo w wyborze biorcy ma zawsze pacjent zgłoszony do przeszczepienia w trybie „nagłym”. Jedynym wskazaniem do przeszczepienia nerki w trybie „nagłym” jest utrata możliwości dializowania pacjenta. Wzór karty zgłoszenia biorcy do przeszczepienia nerki w trybie „nagłym” znajduje się na dołączonej do Biuletynu płytce
3. Wyboru biorcy z listy dokonuje się wg zasad zawartych w Załączniku nr 1 do systemu alokacji nerek. O wyborze decyduje większa liczba punktów preferencyjnych, które uzyskuje biorca
4. Następujące grupy biorców mają pierwszeństwo w wyborze do przeszczepu, niezależnie od liczby punktów preferencyjnych:
 - biorcy wysoko immunizowani (PRA >100%)
 - biorcy z 6 zgodnymi antygenami w układzie HLA
 - biorcy pediatryczni nerek pobranych od dawcy, który nie ukończył 16 roku życia
 - biorca w wieku > 60 lat od dawcy w wieku > 65 lat
 - biorca przeszczepu nerki i jednoczesowego przeszczepu innego narządu
5. W przypadku gdy ośrodek, który dokonał pobrania nerek nie zdecyduje się na przeszczepienie wybranemu z listy oczekujących biorcy z powodu braku doświadczenia wobec tzw. „trudnego” biorcy (biorca po licznych operacjach, biorca do nadpęcherzowego odprowadzenia moczu, biorca wysoko immunizowany, biorca przeszczepu nerki z trzustką) zobowiązany jest przekazać pobraną nerkę do ośrodka, który zakwalifikował tego biorcę do przeszczepienia
6. Dopuszcza się wykonanie przeszczepu wyprzedzającego (u biorcy jeszcze nie dializowanego z klirensiem kreatyniny <15 ml/min/1,73 m²), nerką pobraną od zmarłego dawcy tylko zgodnie z regułami zawartymi w załączniku nr 1 lub w przypadku braku doboru jakiegokolwiek innego biorcy z Krajowej Listy Osób Oczekujących na Przeszczepienie Nerki. W przypadku pacjentów z nefropatią cukrzycową jako granicę kwalifikacji przyjmuje się klirens kreatyniny < 20 ml/min/1,73 m²)
7. Wybór biorców przeszczepu nerki z listy oczekujących jest każdorazowo dokumentowany i pozostaje w dokumentacji ośrodka transplantacyjnego. Kopia protokołu wyboru biorcy przesyłana jest do Poltransplantu
8. Monitorowanie systemu alokacji
 - listę osób zgłoszonych do przeszczepienia z zaznaczeniem trybu zgłoszenia (elektywny, urgens) prowadzi Krajowa Lista Osób Oczekujących na Przeszczepienie Nerki w Poltransplancie

- nadzór nad prawidłowością wyboru biorcy oraz dystrybucją pobranych nerek prowadzić będzie Zespół ds. Koordynacji Pobierania i Przeszczepiania Narządów w Poltransplancie
- po każdym przeszczepieniu nerki obowiązuje jego udokumentowanie przez ośrodek, który je wykonał w Krajowym Rejestrze Przeszczepień
- Poltransplant raz na 3 miesiące przekazuje do ośrodków przeszczepiających sprawozdanie z alokacji nerek

Załącznik nr 1 do zasad alokacji nerek

PARAMETR	Warunek	Punkty preferencyjne (chory dializowany)	Przeszczep wyprzedzający (chory nie dializowany; Ckr<15 ml/ min/1,73m ²)
I. PRZESZCZEP OBLIGATORYJNY			
1. Biorca bez dostępu do dializ - tryb „nagły”	X-M (-)	przeszczep obligatoryjny	
2. 6 wspólnych antygenów dawcy i biorcy w układzie HLA -A, -B, -DR	X-M (-)	przeszczep obligatoryjny	
3. Dawca do ukończenia 16 r.ż. dla biorcy z listy pediatrycznej	wybór biorcy zgodny z zasadami systemu	przeszczep obligatoryjny	
4. PRA >80 %	X-M (-)	przeszczep obligatoryjny	
5. Biorca > 60 lat jeśli dawca > 65 lat	X-M (-)	przeszczep obligatoryjny	
6. Biorca przeszczepu nerki i jednoczasowego przeszczepu innego narządu (serce, wątroba, trzustka)	wybór biorcy wg zasad ośrodka Tx	przeszczep obligatoryjny	
II. PUNKTY PREFERENCYJNE			
1. Za każdy wspólny antygen HLA	A	1	1
	B	4	4
	DR	7	7
2. PRA	50-79 %	7	
3. Biorca z Regionalnego Centrum Kwalifikacyjnego zespołu pobierającego		4	4
4. Czas dializowania (dla chorych do reTx - łączny czas dializ)	>1 rok	2	
	>2 lat	4	
	>3 lat	6	
	> 4 lat	8	
	> 5 lat	10	
	> 6 lat	11	
	>7 lat	12	
	>8 lat	13	
	>9 lat	14	
	>10 lat	15	
5. Nefropatia cukrzycowa do Tx nerki z trzustką		3	3
Biorca TxN z niewydolnością przeszczepu (reTx)		0	1
6. Biorca po Tx innego narządu i z PNN		15	15
7. Wiek biorcy	< 12 lat lub > 60 lat	2	2

Piotr Kaliciński

Uwagi w sprawie zapobiegania przenoszeniu nowotworów od dawcy do biorcy przeszczepu

Niebezpieczeństwo przypadkowego i niezamierzonego przeniesienia komórek raka wraz z przeszczepianym narządem i ryzyko rozwoju choroby nowotworowej u biorcy wymaga bardzo dokładnego przebadania potencjalnego dawcy.

Z dotychczasowych doświadczeń wiadomo, że przeniesienie choroby nowotworowej z przeszczepem zdarza się bardzo rzadko. UNOS Transplant Tumor Registry, największy dotychczas opublikowany raport związany z przenoszeniem zmian nowotworowych pomiędzy dawcą, a biorcą, zawiera informacje, że w grupie 34 933 dawców i 108 062 biorców udowodniono przeniesienie nowotworu 21 biorcom przeszczepów, które pochodziły od 17 dawców, w tym od 3 dawców żywych .

W Israel Penn International Transplant Tumor Registry (IPITTR) zarejestrowano 69 przypadków dawców, u których w badaniu pośmiertnym stwierdzono nowotwór spoza centralnego układu nerwowego jak: rak nerki, czerniak, nabłoniak kosmówkowy złośliwy (choriocarcinoma), rak płuca, rak jelita grubego, rak piersi, rak gruczołu krokowego oraz 8 z nowotworami centralnego układu nerwowego jak: medulloblastoma, oponiak złośliwy, chłoniaki ośrodkowego układu nerwowego oraz astrocytoma III i IV. We wszystkich przypadkach doszło do przeniesienia nowotworu wraz z przeszczepem.

Aby zapobiec przeniesieniu komórek raka w przeszczepionym narządzie zaleca się stosowanie następujących czynności rozpoznawczych.

1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe dawcy

- a. Informacje o przebytej niedokładnie zdiagnozowanej chorobie nowotworowej
- b. W przypadku młodych kobiet zwrócić uwagi na występowanie zaburzeń miesiączkowania poprzedzających ciążę lub poronienie, ponieważ mogą one być spowodowane nabłoniakiem kosmówkowym złośliwym (choriocarcinoma).
- c. U dawców z krwawieniem śródczaszkowym bez cech ciężkiego nadciśnienia lub anomalii tętniczo-żylnych należy wykluczyć pierwotny lub wtórny guz mózgu
- d. U wszystkich dawców należy przeprowadzić dokładne badanie fizykalne, w tym badanie piersi i per rectum

2. Badania laboratoryjne.

- a. Oznaczyć w moczu lub surowicy krwi kosmówkowe gonadotropiny dla potwierdzenia lub wykluczenia choriocarcinoma u młodych kobiet i germinoma (rodzszak) jąder u młodych mężczyzn.
- b. Należy pobrać i przechowywać próbki krwi wszystkich dawców narządów, aby można było w przyszłości oznaczyć markery nowotworowe.

3. Badania radiologiczne.

- a. USG narządów jamy brzusznej ze zwróceniem bacznej uwagi na węzły chłonne.
- b. Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu u dawców zmarłych z powodu niewyjaśnionej choroby mózgu
- c. Rtg klatki piersiowej

4. Ocena narządów dawcy w czasie pobierania.

Szczególną uwagę należy zwrócić na zmiany podejrzane o rozrost nowotworowy oraz na powiększone węzły chłonne.

5. Badanie histologiczne.

- a. Przed przeszczepieniem narządu należy wykonać badania histologiczne zmian podejrzanych o nowotworowe lub powiększone węzły chłonne.
- b. U dawcy z uszkodzeniem mózgu należy wykonać badania pozwalające rozpoznać przyczynę zmian. Przy podejrzeniu zmiany nowotworowej mózgu niezdiagnozowanej dotychczas histologicznie, przed przeszczepieniem narządów należy przeprowadzić autopsyjne badania mózgu.
- c. W przypadku niemożności przeprowadzenia histologicznej oceny guza mózgu należy zrezygnować z przeszczepienia narządów.
- d. W każdym przypadku obowiązuje bardzo dokładne badanie sekcyjne dawcy. Jego wynik na ogół otrzymujemy po upływie 1 do 2 tygodni. Zespół transplantacyjny powinien zawsze otrzymać końcowy opis badania sekcyjnego dawcy.

Narządy do przeszczepienia można pobrać od dawcy z :

1. Rakiem z komórek podstawnych skóry
2. Rakiem szyjki macicy „in situ”
3. Niektórymi pierwotnymi guzami mózgu.

Dawcy z przebyłym i leczonym w przeszłości rakiem

Zdaniem Penna i współpracowników można rozważyć przeszczep narządowy od dawcy pod warunkiem 10-letniej remisji guza. Nie wszyscy zgadzają się z tym poglądem. Wyklucza się pobranie narządów od chorych z przebyłym rakiem sutka, płuca, czerniakiem i sarcoma.

Pierwotne nowotwory wewnątrzczaszkowe

Pierwotne guzy mózgu są przyczyną śmierci 3-4% potencjalnych dawców. Nowotwory centralnego układu nerwowego rzadko dają przerzuty narządowe. Jednakże opisano przypadki przenoszenia komórek nowotworowych mózgu drogą naczyń żylnych do różnych narządów.

1. Guzy, w których rozważa się możliwość pobrania narządów do przeszczepienia

- łagodne oponiaki
- schwannoma,
- craniopharyngioma
- astrocytoma 1°
- cysta koloidalna trzeciej komory, cysty epidermoidalne
- choroid-plexus papiloma
- hemangioblastoma (nie związany z zespołem von Hippel-Lindau)
- ganglioma-gangliocytoma
- guz szyszynki, gruczolak przysadki
- oligodendroglioma
- ependymoma
- dobrze zróżnicowany teratoma

2. Guzy, w których rozważa się możliwość pobrania narządów w zależności od charakterystyki zmian histologicznych

astrocytoma 2°

glejakowatość mózgu

3. Guzy wykluczające pobranie narządów

anaplastyczny-astrocytoma 3°

glioblastoma multiforme

medulloblastoma

anaplastyczna postać-oligodendroglioma

złośliwy ependymoma

pineoblastoma

anaplastyczny i złośliwy oponiak

sarkoma

germ-cell

struniak

pierwotny chłoniak mózgu

Referencje:

1. Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 31 marca 2004 r.
2. Dyrektywa Komisji Wspólnot Europejskich 2006/17/WE z dnia 8 lutego 2006 r.
3. „Transplantologia kliniczna”. PZWL 2004
4. Zalecenia krajowego specjalisty w dziedzinie transplantologii klinicznej. Biuletyn P-ntu 2005/1
5. Kryteria Komitetu Ekspertów ds. Przeszczepiania Narządów Rady Europy 1997
6. Criteria for preventing the transmission of neoplastic diseases in organ donation. ONT.
7. Transplant coordination manual. TPM.
8. Manual Poltransplantu.1998

Piotr Malanowski, Jarosław Czerwiński, Janusz Wałaszewski

ETCO 4th Meeting Wrocław 2006 **- międzynarodowe spotkanie** **koordynatorów transplantacji**

Nasze spotkanie odbyło się we Wrocławiu w dniach 6-9 czerwca 2006 roku i było czwartym z kolei tego typu wydarzeniem (organizowane pomiędzy wspólnymi zjazdami ESOT i ETCO). Spotkanie zostało przygotowane przez zespół lekarzy i studentów Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej AM we Wrocławiu przy pomocy Urzędu Prezydenta miasta Wrocławia oraz firm Novartis, Astellas, Roche i Ivax. Miejszem obrad był nowy budynek Wydziału Prawa Uniwersytetu Wrocławskiego. Spośród 209 zarejestrowanych uczestników, 179 uczestniczyło aktywnie w spotkaniu, reprezentując 27 krajów z całego świata, w tym tak odległych jak Australia, RPA czy Królestwo Arabii Saudyjskiej. Wiodącym tematem spotkania było: „Jak uniknąć marnowania narządów”. Spotkanie zostało oficjalnie otwarte w Ratuszu Miejskim przez Prezydenta miasta Wrocławia dr. Rafała Dutkiewicza i przez prezesa ETCO dr Jose Teixeirę. Następnie goście byli podejmowani w Piwnicy Świdnickiej, najstarszej restauracji w tej części Europy, mieszczącej się w podziemiach Ratusza. Część naukową otworzyła prezentacja Liz Schick ze Szwajcarii dotycząca obozów narciarskich dla dzieci po przeszczepieniu narządów TACKERS. Za swoją dotychczasową działalność Liz została uhonorowana dyplomem zasługi ETCO oraz honorowym członkostwem naszej organizacji.

Mieliśmy szczęście gościć znakomitych wykładowców. Prof. Nancy Scheper-Hughes z Los Angeles przedstawiła własne doświadczenie w zakresie badań nielegalnego handlu narządami i tkankami na całym świecie. Prof. Gunther Kirste i dr Axel Rahmel omawiali zagadnienia wymiany narządów w Europie. Ich prezentacje zakończyła ciekawa dyskusja. Prof. Wojciech Rowiński wyłożył podstawowe dylematy etyczne związane z transplantacją i koordynacją transplantacyjną. Dr Andrzej Barański z Leidy zaprezentował wykład o wzajemnych relacjach zespołów i koordynatorów przed, w trakcie i po dokonaniu pobrania narządów. Dr Leo Roels omówił nowe inicjatywy o zasięgu europejskim i światowym, ukierunkowane na osiągnięcie lepszych wyników w zakresie donacji narządów i tkanek. Dr J-M Dominguez-Roldan przedstawił zagadnienia dotyczące opieki anestezyjologicznej nad potencjalnym dawcą z rozpoznaną śmiercią mózgową. Dr Marti Manyalich poddał dyskusji nowe kierunki działań zmierzające do lepszej edukacji i profesjonalizacji koordynatorów transplantacji. Marry de Klerk, Leonieke Kranenburg, Trude Andreassen i Willij Zuijdema poprowadziły osobną sesję na temat dawstwa rodzinnego w jego wszelakich aspektach.

Na 85 abstraktów dostarczonych organizatorom, 41 zakwalifikowano do ustnego przedstawienia w czasie 8 sesji naukowych. Celowo zrezygnowano z sesji plakatowej. W trakcie wszystkich sesji, prezentacje były oceniane przez wyłoniony komitet składający się z następujących osób: Carl Ludwig Fischer-Froehlich, Aimee Cuningham, Gloria Paez, Jose Maria Dominguez-Roldan, Romuald Bohatyrewicz. Zwycięzcami konkursu na najlepsze prezentacje zostali: Frank van Gelder i wsp. z Leuven w Belgii



„Prof. Nancy Scheper-Hughes z Los Angeles przedstawiła własne doświadczenie w zakresie badań nielegalnego handlu narządami”

za pracę „Liver transplantation using livers from septuagenarian and octogenarian donors: an underused strategy to reduce mortality on the waiting list”, MARRY DE KLERK z Rotterdamu za pracę „The dutch living kidney exchange program” oraz DOROTA KAMIŃSKA z Wrocławia za pracę „Histopathological and molecular changes before and during renal Transplantation”. Należy nadmienić, że w opinii komitetu oceniającego, decyzje o nagrodach nie należały do łatwych. Różnice pomiędzy 12 najlepszymi pracami były bardzo nieznaczne. Tym samym komisja wysoko oceniła poziom merytoryczny spotkania i zachęciła autorów do drukowania prac, co już w pewnej mierze zostało dokonane na łamach *Organs and Tissues*.

Spotkanie było poprzedzone dwoma kursami przedkongresowymi. Pierwszym z nich był kurs dotyczący postępowania u dawców po zatrzymaniu krążenia (NHBD), prowadzony przez zespół prof. Jose Nunez’a z Madrytu (zgromadził 35 uczestników) oraz zaawansowany kurs metodologii Donor Action prowadzony przez Dr Leo Roels’a i Caroline Gachet (zgromadził 25 uczestników).



„kurs dotyczący postępowania u dawców po zatrzymaniu krążenia (NHBD), prowadzony przez zespół prof. Jose Nunez’a”

Finałowe spotkanie towarzyskie odbyło się w murach Arsenалу, przy muzyce grupy rockowej utrzymującej aktywność taneczną uczestników do późnych godzin nocnych. Jako organizatorzy byliśmy szczęśliwi z możliwości goszczenia naszych przyjaciół z całego świata. Mamy nadzieję, że nasze spotkanie dostarczyło okazji do zawarcia nowych przyjaźni, odnowienia starych i odwiedzenia Polski po raz pierwszy lub kolejny.

Dariusz Patrzałek

Kalendarium 2007

4th Congress on Pediatric Transplantation Medicine

17-21.03.2007, Cancún, Meksyk
www.iptaonline.org/

33rd Annual Meeting of the European Group for Blood and Marrow Transplantation

25-28.03.2007, Lyon, Francja
www.akm.ch/ebmt2007/

Initiating a European Platform for Organ Transplantation: Ethical, Legal and Psychological Aspects Towards a Common European Policy

1-4.04.2007, Rotterdam, Holandia
www.elpat.eu

The International Society for Heart & Lung Transplantation 27th Annual Meeting and Scientific Sessions

25-28.04.2007, San Francisco, USA
www.isHLT.org/meetings/annualMeeting.asp

2007 The American Transplant Congress (ATC)

5-9.05.2007, San Francisco, USA
atcmeeting.org

VIII Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego

11-13.05.2007, Warszawa
www.transplantologia.pl

IX Zjazd Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

23-26.05.2007, Wisła
www.ixzjazdptn.viamedica.pl

IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego „Postępy w Hepatologii”

14-16.06.2007, Wisła
medprakt.pl/pth/

13th N.A.T. Meeting Surrogate Markers for the Prediction of Long-Term Outcome in Transplantation

14-15.06.2007, Nantes, Francja
www.nat.nantes.inserm.fr/

ILTS 13th Annual International Congress

20-23.06.2007, Rio de Janeiro, Brazylia
www.ILTS.org/

44th ERA-EDTA Congress

21-24.06.2007, Barcelona, Hiszpania
www.eraedta2007.org/

Basic Science Symposium of the Transplantation Society – Translating Knowledge to the Clinic

5-8.09.2007, Halifax, Kanada
www.bss2007.ca/

63 Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich

12-15.09.2007, Poznań
63zjazdchp.poznan.pl/

The 13th Congress of the ESOT and the 15th Congress of the ETCO

30.09.-3.10. Praga, Czechy
www.esot2007.cz

8th International Conference on New Trends in Immunosuppression and Immunotherapy

14-17.02.2008, Berlin, Niemcy
www.kenes.com/immuno/

moją
wola
jest
by

w wypadku
moją wola jest by w wypadku nagłej śmierci
naglej nagłej

TRANSPLANTACJI

moje tkanki i narządy
zostały
przekazane

transplantacji

ratując ratując
ratując
życie życie
życie życie
innym



moją wola jest by w wypadku nagłej śmierci
moje tkanki i narządy zostały przekazane
transplantacji
ratując ratując ratując
życie życie życie
innym

moją wola jest by w wypadku nagłej śmierci
moje tkanki i narządy zostały przekazane
transplantacji
ratując ratując ratując
życie życie życie
innym

moją wola jest by w wypadku nagłej śmierci
moje tkanki i narządy zostały przekazane
transplantacji
ratując ratując ratując
życie życie życie
innym

TRANSPLANTACJA ratuje życie innym.



oddać
swoje serce
nie znaczy
zostać
człowiekiem
bez
serca



reaktywacja życia
TRANSPLANTACJA



...nie wszystko można kupić.

Zostań potencjalnym dawcą organów.

Podziel się życiem.