Magiczny Kraków

Warto być świadomym dawcą – rozmawiamy o transplantacji

2025-01-16

Transplantacja czyli przeszczep narządów, tkanek lub komórek to skuteczna metoda ratowania życia ludzkiego. Potencjalnie dawcą może zostać każdy, kto nie wyraził sprzeciwu za życia. Dlatego warto rozmawiać ze swoją rodziną o swoim nastawieniu do pośmiertnego dawstwa.

Na temat transplantacji rozmawiamy z członkami zespołu transplantacyjnego z Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, w którego skład wchodzą:

- dr hab. n. med. Karol Wierzbicki, prof. UJ – kardiochirurg, transplantolog kliniczny, kierownik Odcinka Transplantologii i Mechanicznego Wspomagania Krążenia, kierownik Zespołu Transplantacji Serca
- dr n. med. Grzegorz Wasilewski – kardiochirurg, transplantolog kliniczny; zastępca kierownika Odcinka Transplantologii i Mechanicznego Wspomagania Krążenia, I. zastępca kierownika Zespołu Transplantacji Serca
- rat. med. Michał Kaleta – koordynator Transplantologii i VAD (Mechanicznego Wspomagania Krążenia), koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, II. zastępca kierownika Zespołu Transplantacji Serca

---

Transplantacja to szeroka dziedzina. Brakuje społecznej wiedzy na ten temat...

Michał Kaleta: Transplantologia cały czas dynamicznie się rozwija. Możliwości stale się zwiększają.

Grzegorz Wasilewski: Centra, które zajmują się przeszczepianiem tkanek i narządów, przy większości pobrań, zwłaszcza u młodszych dawców, pobierają również fragmenty tkanek, takie jak skóra, kości, mięśnie, rogówki, trzustka – jako cały narząd lub jako wyspy trzustkowe.

Karol Wierzbicki: W transplantologii komórek, w hematologii wykonuje się przeszczepy szpiku kostnego. Liczne kampanie edukacyjne dotyczące leczenia nowotworów układu krwiotwórczego na pewno zacznie podniosły wiedzę i chęć uczestniczenia w tym procesie.

W listopadzie odwiedzaliśmy groby zmarłych. Wizyty na cmentarzach sprzyjają refleksji nad śmiercią. To może być wspaniała okazja do porozmawiania z rodziną o transplantacji, czyli dawstwie swoich narządów po zakończeniu życia, w nagłych, nieprzewidzianych sytuacjach…

Michał Kaleta: Ciężko rozmawiać o śmierci, ale może warto rozmawiać o tym, czy w najgorszej wersji swojego życia chcielibyśmy zostać dawcą. Z perspektywy społecznej warto się skupić na samej idei zostania dawcą. Transplantacja to nie jest odbieranie leczenia, odbieranie życia. Podkreślamy, że możliwość pobierania narządów pojawia się dopiero w momencie, kiedy ktoś umiera.

Grzegorz Wasilewski: Warto rozmawiać, bo w sytuacji nagłej śmierci rodzinie jest łatwiej odpowiedzieć na pytanie, czy zmarły nie zgłosił ustnego sprzeciwu.

Sprzeciwu?

Michał Kaleta: Zgodnie z ustawą funkcjonuje tzw. zgoda domniemana dla pobrania narządów. Gdyby był sprzeciw, który został zgłoszony do ministerialnego Centralnego Rejestru Sprzeciwów, to ten sprzeciw działa jako odmowa. Rozmawiając z rodziną o pobraniu narządów od zmarłego dotykamy dość wrażliwych kwestii, bo często spotykamy się z sytuacją, że w rejestrze nie ma sprzeciwu wyrażonego przez zmarłego, ale rodzina ma wątpliwości.

A jeśli ktoś wyraża zgodę, to w jaki sposób może ją potwierdzić?

Michał Kaleta: Zgodnie z ustawą zgoda jest domniemana i nie trzeba jej potwierdzać. Nie ma takiego miejsca, gdzie się tę zgodę deklaruje; jest tylko możliwość udzielenia sprzeciwu.

Karol Wierzbicki: Kiedyś ludzie nosili przy sobie karteczki z deklaracją woli, jednak nie były to formalne dokumenty, a przejawy woli, efekt społecznych kampanii edukacyjnych, które pojawiły się chyba w 2006 roku.

Michał Kaleta: Mimo że takie oświadczenie, w mniejszym czy większym formacie, nie ma mocy prawnej, nie jest wiążącym dokumentem, to jest pewną sugestią i może warto nosić je przy sobie, żeby rodzina znała tę wolę.

Grzegorz Wasilewski: Taka deklaracja może być istotna dla rodziny. Jeśli ktoś ma taką deklarację w portfelu, to rodzina ma jasność, że taka osoba deklarowała chęć bycia dawcą.

Karol Wierzbicki: Jeśli bliski ma taką kartkę przy sobie, to rodzina nie będzie chciała zmieniać woli zmarłego i prawnie nie może tej woli zmienić, gdyż zmarły nie jest masą spadkową, więc rodzina nie może prawnie zablokować pobrania narządu.

Jak wyglądają procedury przedtransplantacyjne?

Michał Kaleta: Cała procedura jest bardzo szczegółowo określona. Dotyczy to wymogów, które należy spełnić, żeby można było danego zmarłego kwalifikować jako dawcę. Proces rozpoczyna się dopiero po stwierdzeniu śmierci, a nie po wyczerpaniu możliwości leczenia. Rodzina nie musi się obawiać, że szpital kwalifikuje pacjenta jako dawcę narządów, jeśli nie ma już możliwości leczenia, a być może w innym szpitalu mógłby być wyleczony. Jeżeli dana osoba zostanie uznana za zmarłą i pomyślnie przejdzie wszystkie bardzo rygorystyczne badania, to dopiero wtedy można powiedzieć, że potencjalnie może być dawcą narządów – nigdy odwrotnie.

Karol Wierzbicki: Przeszczepianie narządów to wartość dodana. To znaczy – człowiek nie po to umiera, żeby być dawcą narządów, tylko jest dawcą, bo umarł i taka jest kolejność.

Pacjenci czasem bardzo długo czekają na przeszczep organu…

Karol Wierzbicki: Na naszym Oddziale Klinicznym Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii

pacjentowi zakwalifikowanemu do transplantacji musimy zapewnić wielomiesięczne czekanie w warunkach szpitalnych, wspomagając serce lekami dożylnymi lub układami do wspomagania krótkoterminowego. Przez wiele tygodni czy miesięcy oczekiwania na przeszczep musimy codziennie zajmować się tym pacjentem, po to, żeby doczekał przeszczepu. Nie jest to łatwe, bo obecnie do przeszczepów trafiają pacjenci bardziej chorzy, w porównaniu z tymi, których pamiętam z okresu początków swojej pracy zawodowej lub studiów.

Statystyki pokazują, że liczba przeszczepów w Polsce nie rośnie. Jaka jest tego przyczyna?

Michał Kaleta: Wskazałbym na pewne aspekty biurokratyczne i obciążenie wymogami, które spoczywają na pracownikach szpitala odpowiedzialnych za kwalifikowanie dawców. W Polsce nie ma odrębnych jednostek zajmujących się kwalifikowaniem zmarłych do transplantacji. Odbywa się to na oddziałach, gdzie są pacjenci, których się równolegle leczy. Zazwyczaj zespoły zajmujące się transplantacją są wąskie. Potrzebne są zmiany ze strony ministerialnej, jakaś reforma systemu transplantacyjnego, stąd też nawet w zeszłym roku zaczęła się kolejna edycja tzw. Narodowego Programu Transplantacyjnego.

Karol Wierzbicki: Ta strona biurokratyczna ma znaczenie. W szpitalach lekarze zajmują się przede wszystkim ratowaniem żywych pacjentów i nie mają możliwości zajęcia się osobami, które zmarły. Zakwalifikowanie zmarłego i przygotowywanie go do pobrania narządów odbywa w trakcie statystycznego dyżuru, a w szpitalach rejonowych nie ma odrębnych ludzi, którzy byliby dedykowani tylko temu. Nie to nie jest tak, że mnóstwo ludzi ze świata medycyny zajmuje się transplantologią.

Ile osób liczy zespół transplantacyjny w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym?

Karol Wierzbicki: Zespoły przeszczepowe często są bardzo małe, bo dość wyjątkową i specyficzną gałęzią medycyny się zajmują, tak jak w naszym przypadku – czteroosobowy. Bez żadnego z nas przeszczep nie mógłby się odbyć. Musimy być dyspozycyjni w każdym momencie. Wykazujemy gotowość do pracy w każdej chwili, kiedy będzie to potrzebne. My na co dzień żyjemy problemami dawstwa, dawców, biorców, korelowaniem tego wszystkiego. W naszym szpitalu zrobiliśmy już ponad 660 przeszczepów, ale każdy kolejny jest dla nas wyzwaniem, wielkim przeżyciem.

Jakie dodatkowe badania należy wykonać, aby ocenić stan narządów do przeszczepu?

Karol Wierzbicki: To jest niewyobrażalnie ogromna praca i wiele wymogów, które trzeba dopełnić, żeby nie było cienia wątpliwości, że narządy zostały przebadane. Często dziwi to rodziny dawców, że po śmierci wykonujemy bardzo specjalistyczne badania (np. koronarografię, angiografię lub badania innych narządów, węzłów chłonnych, dodatkowe badania do oceny płuc), których pacjent nie miał wykonywanych za życia, ale po prostu wówczas nie były one potrzebne w procesie leczenia.

Jakie trudności mogą się pojawić w codziennej pracy?

Michał Kaleta: Jeśli otrzymujemy z „Poltransplantu” zgłoszenie potencjalnych dawców do pacjenta wytypowanego w naszym szpitalu, to musimy takiego dawcę sprawdzić, czy na pewno pasuje do biorcy. Sprawdzamy kryteria, które są podane na tej platformie informacyjnej, czy – w naszej ocenie – nie zawierają przeciwwskazań do pobrania, bo może się okazać, że na przykład serce ma istotne

uszkodzenia, których nie możemy zaakceptować.

Domyślam się, że transport narządów to ogromne przedsięwzięcie logistyczne…

Grzegorz Wasilewski: Jeśli narząd zostanie przez nas zaakceptowany, a dawcę i biorcę dzieli znaczna odległość, to trzeba użyć transportu lotniczego, aby czas niedokrwienia narządu nie był zbyt długi. Decyzja o przeszczepie zależy więc od tego, czy jest możliwość odbycia lotu, a nawet od pogody, czy taki lot może się odbyć. Jeśli nie ma sprzyjających warunków atmosferycznych i nie możemy zapewnić szybkiego transportu, wówczas rezygnujemy z pobrania dla nas i wówczas ten organ może otrzymać ośrodek, który znajduje się bliżej lub może go przetransportować na krótszym odcinku samochodem. To są niezwykłe złożone procedury i nie ma tutaj żadnych ułatwień, ale i tak warto to robić.

Rozmowę przeprowadziła Katarzyna Gwiżdż.

Drugą część wywiadu można przeczytać w **dwutygodniku „Kraków.pl”** nr 5/2024, str. 19.