

KAROLINA JURCZAK\*, ADAM PARULSKI\*\*, RAFAŁ DĄBROWSKI\*\*\*

## Wybrane problemy biorców oraz dawstwa narządów we współczesnej polskiej transplantologii

Transplantacja jest ostateczną metodą leczenia skrajnej niewydolności narządu u chorych, w których przypadku wykorzystano inne dostępne metody (farmakologiczne i chirurgiczne). W Polsce pierwszy udany zabieg transplantacji odbył się 26 stycznia 1966 r. w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie i został przeprowadzony przez prof. Jana Nielubowicza pod nadzorem prof. Tadeusza Orłowskiego. U 18-letniej pacjentki przeszczepiono nerkę pobraną od zmarłego dawcy. Dla uczczenia tego sukcesu 26 stycznia w Polsce obchodzony jest Dzień Transplantacji. W dalszych latach zaczęto przeszczepiać kolejno: serce (pierwsza udana operacja w 1985 r. wykonana przez prof. Zbigniewa Religę z zespołem), wątrobę (1994, prof. Bogdan Michałowicz pod kierunkiem prof. Andrzeja Karwowskiego), trzustkę, płuca (pojedyncze – 1998 r., prof. Marian Zembala z zespołem, oba płuca w 2005 r. – operację wykonał dr Jacek Wojarski), a później także przeszczepienia dwunarządowe oraz kończyn i elementów twarzy. Obecnie rocznie w Polsce, w kilkunastu ośrodkach przeszczepia się ok. 1500 narządów (1805 w 2023 r.). W lutym 2024 r. na krajowej liście oczekujących (KLO) na przeszczepienie znajdowało się 1967 osób, najwięcej pacjentów oczekuje na przeszczepienie nerki (1202), serca (409) i wątroby (167).

### Biorcy

Potencjalnymi biorcami narządów zostają osoby, u których wyczerpane zostały inne możliwości leczenia, a stan ich zdrowia pogarsza się. Kwalifikacje chorych do transplantacji przeprowadzają wyspecjalizowane ośrodki transplantacyjne. Kwalifikacja kandydata obejmuje szereg badań dotyczących ogólnego stanu zdrowia oraz badania i konsultacje specjalistyczne. W Narodowym Instytucie Kardiologii w Warszawie osoby rozważane do transplantacji serca rutynowo przechodzą m.in. badania: krwi, badanie echo-

---

\* Mgr Karolina Jurczak, Pracownia Psychologii Klinicznej, Klinika Choroby Wieńcowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii

\*\* Lek. Adam Parulski, Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji – Poltransplant

\*\*\* Prof. dr hab. n. med. Rafał Dąbrowski, Klinika Choroby Wieńcowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii

kardiograficzne, USG jamy brzusznej, cewnikowanie prawego serca, spirometrię, badania endoskopowe oraz konsultacje: neurologiczną, psychologiczną, stomatologiczną i laryngologiczną. Po uzyskaniu wyników Komisja Transplantacyjna, w której skład wchodzi kardiochirurdzy, kardiologowie, anesteziolodzy i psychologowie (lub analogicznie lekarze innych specjalizacji), podejmuje decyzję o kwalifikacji lub dyskwalifikacji potencjalnego biorcy narządu. Decyzję o dyskwalifikacji ze względów medycznych lekarze podejmują, gdy ryzyko niepowodzenia transplantacji (z uwagi na stan pacjenta lub choroby współistniejące) jest wyższe niż ryzyko leczenia zachowawczego. Przykładowo, medyczne przeciwwskazania do transplantacji serca to m.in.: choroba nowotworowa, aktywna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, uogólnione zakażenie, skrajna otyłość. Granica przeciwwskazań dyskwalifikujących pacjenta z przeszczepienia zmienia się wraz z rozwojem metody leczniczej i doświadczeniem zespołu leczącego.

Przeciwwskazania psychologiczne z kolei obejmują aktywny zespół zależności alkoholowej (ZZA) lub uzależnienia od innych środków psychoaktywnych i nieleczone zaburzenia psychiczne, które mogą skutkować brakiem współpracy w przebiegu dalszego leczenia. Względne przeciwwskazania psychologiczne dotyczą: ograniczonej współpracy z pacjentem, funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego, funkcjonalności systemu wsparcia i innych objawów psychopatologicznych. Wszystkie przeciwwskazania psychologiczne mają na celu identyfikację pacjentów, którzy przez późniejszy brak współpracy z personelem medycznym i ścisłego stosowania się do zaleceń lekarskich ze znacznym prawdopodobieństwem doprowadzą do szybkiego odrzucania i utraty narządu. Należy tu nadmienić, że pominięcie nawet jednej lub dwóch dawek leków immunosupresyjnych bądź ich nieautoryzowana modyfikacja może doprowadzić do utraty graftu. Przy tak znacznym niedoborze narządów do transplantacji odbiera to szansę na leczenie innym pacjentom.

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia i kwalifikacji chorego do transplantacji ośrodek wysłał informację do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. transplantacji Poltransplant, jednostki ministerialnej odpowiedzialnej za alokację i dystrybucję narządów na terenie Polski. W przypadku stabilnego stanu klinicznego pacjenta zostaje on wpisany na planową listę do przeszczepienia w ośrodku kwalifikującym, co oznacza, że na znalezienie dawcy oczekuje w domu. Pacjenci planowi odbywają cykliczne wizyty w poradni transplantologicznej. Po zgłoszeniu możliwości pobrania od dawcy decyzję o akceptacji narządu oraz wyborze konkretnego biorcy podejmuje się na podstawie ustalonych dla każdego narządu zasad alokacji, których opisanie przekracza możliwości niniejszego opracowania. W uproszczeniu – podczas doboru biorcy kierujemy się ustalonymi i opisanymi kryteriami dotyczącymi pilności operacji, ściśle powiązanymi ze stanem klinicznym biorcy, doborem anatomicznym, czasem oczekiwania oraz wiekiem dawcy i biorcy. Przeszczepianie narządów od dawcy zmarłego jest wyjątkową sytuacją,

gdzie czas oczekiwania „w kolejce” jest jednym z ostatnich branych pod uwagę czynników. W związku z potencjalnym ryzykiem nadużyć proces alokacji narządów jest kilkustopniowy, przejrzysty i poddawany niezależnej weryfikacji. Jeżeli pacjent wymaga intensywnego leczenia (np. wlewów dożylnych lub mechanicznego wsparcia krążenia, lub innych funkcji życiowych) oczekuje na transplantację w szpitalu i wpisywany jest na listę pilną (tzw. *urgens*). Kryteria wpisania na listę *urgens* są ściśle określone i opisane dla każdego narządu. W praktyce czas oczekiwania na przeszczepienie zależy od wielu czynników – m.in. grupy krwi, masy ciała, stanu klinicznego pacjenta (punktacja), lokalizacji pobrania, a także długości oczekiwania. Średni czas oczekiwania w 2023 r. wyniósł odpowiednio dla serca: 58 dni dla listy pilnej i 332 dni dla listy planowej (źródło: „Biuletyn Poltransplantu 2023”, *Krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie*). W praktyce oczekiwanie pacjenta na przeszczepienie serca z listy pilnej trwa od kilku dni do kilku miesięcy. Nowoczesna medycyna pozwala na podtrzymywanie funkcji narządów i stabilizację pacjentów oczekujących (kontrapulsacja wewnątrzortalna; ECMO, ang. *extracorporeal membrane oxygenation*), jednak przedłużająca się hospitalizacja wiąże się z ryzykiem powikłań septycznych narządowych, związanych z pogarszającym się w czasie ukrwieniem tych narządów (np. nerki) oraz zastojem krwi spowodowanym niewydolnym jej odbiorem przez uszkodzone serce (np. wątroba pacjenta uszkodzona wtórnie do niewydolności krążenia). Oczekiwanie na operację w trybie pilnym (często przez wiele tygodni lub miesięcy) wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym. Perspektywa poważnej operacji i dodatkowo brak ram czasowych powoduje niepewność i lęk. U części chorych pojawiają się zaburzenia snu lub nastroju i inne problemy psychologiczne. Przedłużająca się hospitalizacja (często daleko od miejsca zamieszkania) nasila poczucie oderwania od własnego życia i wzmacnia tęsknotę za domem i bliskimi. Z tych wszystkich powodów pacjenci na liście pilnej są objęci opieką psychologiczną oraz, jeżeli tego wymagają, psychiatryczną (psychiatra konsultujący najczęściej jest dostępny na zlecenie, przyjeżdża spoza ośrodka).

Wielu chorych z listy transplantacyjnej nie otrzymuje szansy na życie ze względu na niewystarczającą do potrzeb liczbę dawców narządów.

### Dawcy

Dawcami narządów mogą zostać osoby, wobec których orzeczono śmierć mózgu przy jednoczesnym dobrym stanie ich narządów wewnętrznych. Do orzeczenia o śmierci mózgowej konieczna jest komisja składająca się z dwóch lekarzy specjalistów, których kompetencje określa ustawa transplantacyjna. Przedtem wykonuje się także szereg specjalistycznych badań. Najczęściej dawcami zostają osoby po urazach głowy, pęknięciu tętniaka i/lub wypadkach komunikacyjnych z uszkodzeniem mózgu. W takiej sytuacji szpital zgłasza informację o potencjalnym dawcy do koordynatorów transplantacyj-

nych, którzy poprzez Poltransplant przesyłają dane do ośrodków wykonujących przeszczepienia. Na tym poziomie zapadają decyzje, jakie narządy zostaną pobrane, przez które zespoły oraz jakie badania dodatkowe musi przejść dawca. Większość dawców zgłaszają te same szpitale w obrębie kraju, co może wynikać m.in. ze znajomości procedur. Istotne są także możliwości diagnostyczne i logistyczne placówki (np. wolna sala operacyjna, którą trzeba „wypożyczyć” dla potrzeb przybywających na pobrania zespołów).

Liczba dawców systematycznie rośnie – od 529 zgłoszeń w roku 2020 (wybuch pandemii Covid-19), przez 640 w 2022 r., do 764 w 2023 r. Osób oczekujących jest jednak zdecydowanie więcej, niż zgłaszanych dawców, co jest głównym problemem transplantologii nie tylko w Polsce. Faktycznymi dawcami narządów zostaje mniej osób, niż jest zgłoszeń – niewykorzystane zgłoszenia dotyczą ok. 20% potencjalnych dawców z powodów prawnych lub medycznych. Powodem prawnym jest zwykle zgłoszony za życia sprzeciw, zarówno wyrażony wpisem do Centralnego Rejestru Sprzeciwów, jak informacją od rodziny zmarłego o takim sprzeciwie wyrażonym ustnie w obecności dwóch świadków, lub – stosunkowo rzadko – o sprzeciwie zapisanym i podpisanym przez zmarłego za życia na pisemnym oświadczeniu. Obserwujemy tendencję wzrostową sprzeciwów, adekwatną do wzrostu zgłaszanych dawców – od 53 sprzeciwów w 2020 r. przez 78, 102 i 113 w kolejnych latach (2021–2023). W sporadycznych przypadkach sprzeciw wyraża prokuratura, najczęściej, gdy przyczyna śmierci budzi wątpliwości, a prokurator poprzez brak znajomości procesu pobrania narządów obawia się, że zatarciu ulegną istotne szczegóły jej dotyczące. O dyskwalifikacji dawcy ze względów medycznych decyduje stwierdzenie u dawcy choroby, która mogłaby zostać wraz z narządem przeniesiona do organizmu biorcy (np. nowotwór albo poważne zakażenie) lub nieodwracalne zatrzymanie krążenia przed przybyciem zespołów pobierających narządy.

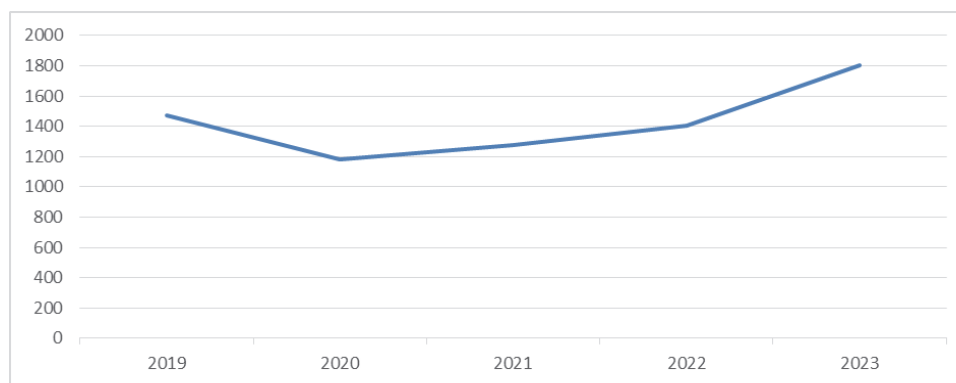
Od jednego dawcy pobiera się i przeszczepia od jednego do pięciu narządów oraz do kilku rodzajów tkanek (rogówki, skóra, kości, więzadła, zastawki serca, naczynia krwionośne). W 2020 r. liczba przeszczepionych narządów wynosiła 1179 i sukcesywnie rosła w kolejnych latach. W 2023 r. przeszczepiono chorym 1805 narządów. Ilość wykorzystanych do przeszczepienia narządów i tkanek zależy także od ich jakości. Mają na to bezpośredni wpływ nie tylko czynniki niezależne (takie jak wiek dawcy, jego stan zdrowia przed śmiercią, mechanizm, który doprowadził do zgonu i procedury ratunkowe, którym był przed śmiercią poddawany), ale także jakość opieki nad dawcą (procedury stabilizujące stan hemodynamiczny dawcy w okresie od stwierdzenia zgonu do czasu przybycia zespołów pobierających) czy też możliwość wykonania dodatkowych badań u potencjalnego dawcy, które nie są nastawione na poprawę stanu zdrowia, lecz na ocenę stanu poszczególnych narządów – np. pośmiertne wykonanie koronarografii w celu oceny naczyń wieńcowych serca pod kątem jego przeszczepienia do biorcy.

Tabela 1. Liczba dawców w poszczególnych latach

	2020	2021	2022	2023	2024 (I-II)
Dawcy ogółem	529	546	640	764	120
Dawcy rzeczywisci	393	396	445	573	96
Dawcy niewykorzystani	136	150	195	191	26
Liczba sprzeciwów	53	78	102	113	20
Względy medyczne	82	70	87	73	6
Sprzeciw prokuratora	1	2	6	5	0
Przeszczepionych narządów	1179	1274	1402	1805	307

Tabela 2 Liczba ośrodków posiadających pozwolenie (aktywnych)

Przeszczepiany narząd	Liczba ośrodków
Nerka	19
Trzustka	4
Wątroba	9
Serce	7
Płuca	7



Ryc. 1. Liczba przeszczepionych narządów w poszczególnych latach

Kolejnym czynnikiem determinującym ilość przeszczepionych narządów jest liczba i aktywność ośrodków transplantacyjnych oraz ich rozmieszczenie na mapie kraju. W celu zapewnienia najwyższej jakości i zapobiegania zjawiskom patologicznym w obszarze transplantacji przeszczepianie narządów może odbywać się wyłącznie w ośrodkach transplantacyjnych posiadających pozwolenie ministra zdrowia. Pozwolenie jest wydawane na okres 5 lat po spełnieniu wielu rygorystycznych warunków dotyczących między

innymi posiadania odpowiednio wykształconego personelu, odpowiedniej bazy sprzętowej i lokalowej oraz wdrożenia licznych procedur, np. kwalifikacji czy wyboru biorcy, opieki nad biorcą przed i po przeszczepieniu, raportowania poszczególnych etapów procesu transplantacji. Utrzymanie ośrodka jest możliwe między innymi dzięki zapewnieniu jego działania przez całą dobę każdego dnia, zapewnienia transportu i personelu pozostającego w ciągłej gotowości. W związku z tym liczba ośrodków transplantacyjnych jest ograniczona.

Według sondażu społecznego przeprowadzonego w ramach kampanii „Solidarnie dla transplantacji” chęć uratowania życia jest najczęstszym powodem wsparcia idei medycyny transplantacyjnej (56%). Tyle samo badanych osób zadeklarowało zgodę wobec pobrania narządów po własnej śmierci.

Specyfiką obecnych czasów są migracje ludności. Wojna w Ukrainie spowodowała wzrost zarówno dawców, jak i biorców wśród obywateli Ukrainy przebywających w Polsce. W 2023 r. na Krajową Listę Oczekujących na Przeszczepienie Narządu wpisano 61 cudzoziemców, co stanowi 2,6% wszystkich nowo wpisanych osób. Wśród nich 45 osób to obywatele Ukrainy, pozostali to obywatele takich krajów, jak: Austria, Armenia, Algieria, Białoruś, Chiny, Indie, Litwa, Kazachstan, Nigeria, Syria, Wietnam i Włochy. Jednocześnie od 21 dawców będących obcokrajowcami pobrano narządy i tkanki. Przeszczepiono 41 nerek, 23 wątroby (w dwóch przypadkach przeszczepiono fragmenty wątroby dla dwóch biorców), 14 serc, 3 płuca i jedną nerkę z trzustką.

Zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce organy mogą być pobrane od każdego, kto za życia nie wyraził sprzeciwu – nie złożył go pisemnie, ustnie (w obecności dwóch świadków, którzy potwierdzą to pisemnie) lub przez wpis w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Rodzina zmarłego nie ma prawa do dysponowania po śmierci jego ciałem, a rozmowa prowadzona przez koordynatora lub lekarzy ma na celu ustalenie wyrażonej za życia woli co do podarowania po śmierci swoich narządów potrzebującym. Jednakże stojąc na stanowisku, że dawstwo narządów jest ideą szczytną, przy zdecydowanym proteście członków najbliższej rodziny, zwyczajowo odstępuje się od pobrania. W szczególności, że forma sprzeciwu ustnego jest trudna do obiektywnego zweryfikowania i daje rodzinie potencjalną możliwość manipulacji faktami. Według ww. sondażu społecznego „Solidarnie dla transplantacji” najczęstszą przyczyną sprzeciwów jest szok po śmierci bliskiego (35%) oraz brak wiedzy na temat jego woli dotyczącej przeszczepiania organów (34%). W sumie 65% osób badanych popiera pobieranie organów, pod warunkiem, że zmarły bliski nie wyraził sprzeciwu, a 56% osób deklaruje zgodę na pobranie narządów po własnej śmierci (więcej niż w badaniach w 2018 i 2019 r.).

Stosunkowo częstą przyczyną zgłaszanych sprzeciwów jest brak zaufania do profesjonalizmu personelu medycznego. Zawsze kiedy w mediach publicznych pojawiają się doniesienia na tematy dotyczące złego funkcjonowania ochrony zdrowia, błędów

medycznych czy korupcji w środowisku medycznym, zwiększa się liczba zarówno zgłaszanych do CRS sprzeciwów, jak i sprzeciwów zgłaszanych przez rodziny osób zmarłych. Trendy te widoczne są szczególnie wyraźnie wtedy, kiedy doniesienia dotyczą bezpośrednio środowiska transplantacyjnego i nie zależą od wiarygodności źródła, a jedynie od zasięgu informacji.

Z naszego doświadczenia wynika, że ilość sprzeciwów wyrażanych przez rodzinę zmarłego jest odwrotnie proporcjonalna do jakości opieki w ośrodku zgłaszającym. W sytuacji kiedy od pierwszego dnia pobytu chorego w szpitalu rodzina pacjenta ma dobry kontakt z personelem medycznym, jest na bieżąco, rzeczowo i w sposób dla niej zrozumiały informowana o stanie chorego, planowanych zabiegach, jego rokowaniu itd., znacznie rzadziej zgłaszane są przez jej członków sprzeciwy dawstwa. Natomiast kiedy najbliższa rodzina dawcy przez znaczną część jego hospitalizacji ma subiektywne poczucie braku możliwości udziału w procesie leczenia, poczucie braku zaangażowania przez personel medyczny czy też obiekcje dotyczące profesjonalizmu kadry, wzrasta liczba zastrzeżeń co do pobrania narządów po śmierci.

### **Jak można poprawić sytuację?**

Głównym celem działań medialnych środowisk związanych z transplantologią jest pokazanie jak narządy po naszej śmierci mogą uratować życie innych, jak mogą przywrócić im sprawność i radość z życia. Żadne statystyki nie przemawiają do nas tak, jak historie poszczególnych ludzi, kiedy tragedia jednego człowieka staje się początkiem nowego życia kogoś innego. Szczególnie w obecnych czasach, kiedy informacje medialne zdominowane są przez nienawiść, wojny i afery, historie o bezinteresownym podarowaniu życia przywracają wiarę w człowieczeństwo.

Czas śmierci jest dla rodziny okresem bardzo trudnym. Żałoba, problemy organizacyjne związane z pochówkiem, sprawami spadkowymi, poczuciem bezradności czy buntu wobec zaistniałej sytuacji wystarczająco zajmują rodzinę, by obciążać ją dodatkowo decyzjami dotyczącymi woli zmarłego w kwestii oddania swoich narządów po śmierci. Decyzje takie powinny być przez każdego z nas podejmowane za życia, a najbliższa rodzina powinna je znać i być zobligowana do ich uszanowania. To drugi cel akcji medialnych prowadzonych przez transplantologów. Chodzi o to, by podczas wspólnych dyskusji w gronie rodziny mieć okazję do wyrażenia swojej woli i przedyskutowania jej z najbliższymi. Część z ludzi unika tego tematu z atawistycznego poglądu, że jeśli tematu się nie porusza, to on nas nie dotknie.

Część pacjentów każdego ze szpitali umiera w mechanizmie śmierci mózgu. Proces ten jest zwykle niezależny od podjętych działań i przede wszystkim nieodwołalny. Problemem jest to, by pacjentów, u których dochodzi do śmierci mózgu, identyfikować i podejmować działania w celu pobrania od nich narządów, zanim dojdzie do ich obumar-

cia. W tym celu tworzy się stanowiska koordynatorów donacyjnych, którzy mając odpowiednią wiedzę, poprowadzą proces identyfikacji, potwierdzenia oraz zgłoszenia możliwości pobrania narządów. Innymi drogami pozyskania narządów do przeszczepienia jest dawstwo rodzinne (dotyczy tych narządów, których pobranie w całości [nerki] lub części [fragment wątroby] jest możliwe bez znacznego pogorszenia stanu zdrowia dawcy) oraz pobieranie narządów od osób, u których doszło do nieodwracalnego zatrzymania czynności serca (procedura wymagająca specjalistycznego sprzętu i obsługującego go wykwalifikowanego personelu dostępnego na miejscu). Wszystkie te sposoby są kosztochłonne i w warunkach deficytu środków w polskiej ochronie zdrowia borykają się z trudnościami realizacyjnymi. Podtrzymanie, a tym bardziej rozwój procedur transplantacyjnych, wciąż zależy od podziału środków. Z jednej strony wiadomo, że opieka nad pacjentem po przeszczepieniu narządu jest tańsza niż podtrzymywanie życia pacjenta z jego niewydolnością. Z drugiej strony trudno przesunąć środki z opieki nad pacjentem z niewydolnością narządu na transplantologię i być może skazać chorego na śmierć przed przeszczepieniem.

Rozwój medycyny jest niewątpliwie olbrzymim sukcesem współczesnego świata. Jednak coraz bardziej skuteczne leczenie wielu chorób (np. powikłań choroby wieńcowej czy operacje naprawcze wad serca) doprowadza do spadku umieralności z ich powodu, a jednocześnie do wzrostu liczby chorych ze skrajnie ciężką niewydolnością dotkniętych nimi narządów. Chorzy, którzy przed laty umierali z powodu zawału serca, obecnie leczeni są przez kardiologów interwencyjnych czy też kardiochirurgów czasami wielokrotnie przez lata. Kiedy kończą się możliwości leczenia danego narządu, pacjent jest zgłaszany do ośrodka transplantacyjnego. Często operacja przeszczepienia organu jest kolejną operacją tego narządu. Dodatkowo wieloletni proces chorobowy powoduje u pacjenta pogorszenie funkcji innych narządów. Coraz częściej do przeszczepienia kwalifikowani są pacjenci, którzy przed laty przeszli już transplantację narządu, a proces powolnego odrzucania doprowadził do dysfunkcji przeszczepu. Jest to jedna z przyczyn, dlaczego pomimo rozwoju medycyny transplantacyjnej i nabierania przez ośrodki transplantacyjne doświadczenia, od lat statystycznie nie obserwuje się wyraźnej poprawy wyników leczenia.

Drugą z przyczyn jest to, że z powodu znacznego rozwoju innych, pozatransplantacyjnych metod leczenia pogarsza się jakość dostępnych do pobrania narządów. Oczywiście jest to, że w momencie, kiedy chory trafia do szpitala, nikt nie myśli o nim jako o potencjalnym dawcy. Śmierć chorego jest porażką dla zespołu leczącego. Obecnie pacjent poddawany jest coraz to nowocześniejszym i bardziej dostępnym procedurom leczniczym, które zwykle przynoszą sukces, lecz w przypadku niepowodzenia często pogarszają jakość narządów (np. czas leczenia, kontrast podawany podczas badań obrazowych, masywne przetoczenia krwi podczas operacji). Nikt nie wątpi w słuszność ta-



kiego postępowania, a rolą transplantologów jest dostosowanie swoich działań do gorszej jakości pobieranych narządów bez stwarzania nadmiernego ryzyka dla biorcy.

Istotnym problemem jest także niedofinansowanie ochrony zdrowia i brak personelu. Czy szpital, w którym znajduje się prawdopodobny dawca, może sobie pozwolić na oddelegowanie części personelu do opieki nad dawcą w sytuacji, kiedy tego personelu nie wystarcza do opieki nad pozostałymi pacjentami? Czy może sobie pozwolić na wykonanie kosztownych badań u potencjalnego dawcy, kiedy może się okazać, że badanie ujawni patologię dyskwalifikującą go jako dawcę rzeczywistego? Względy etyczne i prawo nie pozwalają na czerpanie korzyści materialnych z jakiegokolwiek etapu procesu przeszczepiania, a co za tym idzie nie można płacić szpitalowi za dawstwo narządów. Z drugiej strony nieetyczne byłoby przeznaczanie części i tak skromnych środków na procedury wykonywane wobec osoby zmarłej. Rozwiązaniem jest zwrot kosztów procedur donacyjnych przez Ministerstwo Zdrowia (bezpośrednio lub przez NFZ). Jednak w sytuacji, kiedy zarówno dostępność poszczególnych procedur, jak i ich ceny szybko się zmieniają, trudno nadążyć za ich rewaloryzacją.

Przeszczepienie narządu nie jest wyleczeniem. Chory po przeszczepieniu w celu powstrzymania procesu odrzucania musi przyjmować leki immunosupresyjne, które między innymi powodują osłabienie naturalnych mechanizmów obronnych odpowiedzialnych za walkę z infekcjami czy komórkami nowotworowymi. Ponadto część przypadków niewydolności narządu spowodowana jest przez przewlekłe choroby, których źródło znajduje się poza przeszczepionym narządem, a sama transplantacja usuwa wieloletnie skutki tej choroby. Najprościej można powiedzieć, że transplantacja jest zamianą choroby śmiertelnej w przewlekłą. W związku z tym oddzielnym zagadnieniem jest opieka potransplantacyjna. Do końca 2023 przeszczepiono ponad 40 tys. narządów. Znaczna część z tych osób żyje i pozostaje pod opieką poradni transplantacyjnych, gdzie opiekują się nimi specjaliści medycyny transplantacyjnej niebędący chirurgami, lecz w zależności od rodzaju ośrodka nefrologami, kardiologami, hepatologami czy też pulmonologami. Są to lekarze, którzy po uzyskaniu specjalizacji z danej dziedziny podstawowej, zdecydowali się na podjęcie kolejnego kilkuletniego szkolenia, kończącego się trudnym dwuetapowym egzaminem. Zarobki tych lekarzy nie różnią się zasadniczo od stawek, jakie otrzymują inni specjaliści. W wiosennej rekrutacji w 2024 r. na chętnych czekało 89 miejsc specjalizacyjnych (źródło: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, 2023), co mówi o dużym zapotrzebowaniu na tego rodzaju specjalistów i znikomym zainteresowaniu młodych lekarzy.

## **Podsumowanie**

Transplantologia wymaga współpracy i zaangażowania specjalistów z wielu gałęzi medycyny. Od lekarzy zajmujących się leczeniem konkretnego narządu, po chirurgów,

anestezjologów, koordynatorów transplantacyjnych, psychologów, fizjoterapeutów, pielęgniarzy. Spośród innych dziedzin medycyny transplantologia w najwyższym stopniu zależy od świadomości ludzi oraz personelu medycznego, ale także od nastrojów społecznych. Wszelkie wydarzenia destabilizujące spokój społeczny (wojny, pandemie, afery korupcyjne) oraz wszystkie zawirowania podważające zaufanie do środowisk medycznych wpływają na wyraźnie mniejszą gotowość do donacji organów oraz niższą liczbę zgłoszeń potencjalnych dawców przez szpitale. Konieczne jest budowanie zaufania i uwzględnianie emocji rodzin pacjentów mogących zostać dawcami narządów. Istotne jest, by uświadamiać nie tylko personel medyczny, ale także innych ludzi, jak wiele można „dać” innym po własnej śmierci. Pozyskanie organów do przeszczepienia i sama operacja są często jedyną szansą na dalsze życie chorego oraz nadzieją dla jego bliskich. Niebagatelną rolę odgrywa dofinansowanie procedur transplantacyjnych przez płatnika.

#### **Bibliografia**

- [1] *Biuletyn Informacyjny Poltransplantu* Nr 1 (32) „Krajowa lista osób oczekujących na przeszczepienie” str. 37, 2023 [www.poltransplant.org.pl](http://www.poltransplant.org.pl)
- [2] *Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego* [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl)
- [3] *Solidarnie dla transplantacji* [www.zgodanazycie.pl](http://www.zgodanazycie.pl)
- [4] *Biuletyn Informacyjny Poltransplantu* Nr 1 (33) 2024 w trakcie publikacji: „Pobierania narządów od zmarłych w Polsce obcokrajowców oraz przeszczepienie narządów obcokrajowcom w Polsce w 2023 roku”, Pszenny A., Parulski A., Przygoda J., Hermanowicz M.

#### **Wybrane problemy biorców oraz dawstwa narządów we współczesnej polskiej transplantologii**

Transplantacja jest ostateczną formą leczenia chorych ze schyłkową niewydolnością narządów. Liczba dawców jest znacząco niższa niż liczba osób oczekujących na przeszczepienie. Praca porusza wybrane zagadnienia związane z transplantologią: problemy biorców, dawstwa oraz związane z ograniczeniami zespołów medycznych.

**Słowa kluczowe:** przeszczepienie, dawstwo organów, transplantologia

#### **Selected issues of transplantation including donors, recipients and medical staff**

Transplantation is a final option for patients with one or several organ failures. The amount of donors is much less than waiting recipients. This article includes selected issues of transplantation including donors, recipients and medical staff.

**Key words:** transplant, organ donor, transplantation