



Broszura informacyjna o przeszczepianiu narządów od żywych dawców

www.eulivingdonor.eu

Euro Living Donor
EULID

European Living Donation and Public Health



Publikacja powstała w ramach projektu EULID ze środków
Programu Ramowego Zdrowie Publiczne Unii Europejskiej

Przeszczepienie narządu od żywego dawcy

Ingela Fehrman-Ekholm,
Niclas Kvarnström, Carlo De Cilia
Danica Avsec and Pål-Dag Line

Ochrona dawcy

Euro Living Donor
EULID

Przeszczepienie nerki

Przeszczepienie nerki jest najlepszą, choć nie jedyną metodą leczenia schyłkowej niewydolności nerek. Zalety przeszczepienia od dawcy żywego są oczywiste: biorca nie czeka na przeszczep, otrzymuje dobrą nerkę od osoby zdrowej, zabieg operacyjny jest zaplanowany i ma miejsce wówczas gdy zarówno dawca, jak i biorca są dobrze do niego przygotowani. Przeszczepienie narządu od dawcy żywego biorcy z listy oczekujących skraca czas oczekiwania innym chorym na tej liście.

Nerki

Nerki są narządem usuwającym z organizmu produkty metaboliczne, mineralne i wodę. Regulują ciśnienie tętnicze krwi, równowagę wapniową w organizmie oraz wpływają na produkcję krwinek czerwonych poprzez wpływ na produkcję hemoglobiny. Hemoglobina jest niezbędna do transportu tlenu w organizmie. Kiedy nerki są niewydolne, rośnie ciśnienie tętnicze krwi, dochodzi do odpawnienia kości, pojawia się niedokrwistość. Kiedy czynność nerek jest poniżej 5% normy, niezbędne jest leczenie dializami lub przeszczepienie nerki. Po udanym przeszczepieniu nerki konieczne jest stałe leczenie immunosupresyjne celem zapobiegania odrzucaniu przeszczepu.

Co to znaczy oddać komuś nerkę? Czy można normalnie żyć z jedną nerką?

Większość z nas urodziła się z dwiema nerkami, ale niektórzy z jedną. Posiadanie dwóch nerek jest pewną rezerwą bezpieczeństwa. Gdy jedna nerka zostaje usunięta, druga przejmuje aż 50% jej funkcji; zwiększa swoją wydolność z dotychczasowych 50 do 75%. Tak się dzieje w pierwszym okresie po usunięciu jednej z dwóch nerek, a najnowsze badania wskazują także na to, że funkcja tej nerki poprawia się wraz z upływem kolejnych lat. Nie ma większego ryzyka rozwoju choroby nerek, gdy posiada się jedną nerkę, a czas jej przeżycia jest taki sam jak dwóch a nawet dłuższy w porównaniu z populacją.

Kto może być dawcą nerki?

Obecnie prawie każda osoba, która ma zdolność do czynności prawnych, może być dawcą. Warunkiem niezbędnym jest bezinteresowna motywacja i dobry stan zdrowia dawcy potwierdzony dokładnymi badaniami. Oddanie nerki jest bezpłatne, bo nerka jest darem. Jakikolwiek próby sprzedawania narządów są niezgodne z prawem.

Obecnie większość dawców to:

- rodzice
- małżonkowie
- rodzeństwo

Rzadziej dawcami są:

- dalsi krewni: wujek, ciocia, dziadkowie, córki, synowie, kuzyni
- przyjaciele
- koledzy z pracy
- anonimowi dawcy

Każde państwo posiada określone przepisy uwzględniające odmienności kulturowe, doświadczenie i bezpieczeństwo. Ważną rzeczą jest, by potencjalny dawca był traktowany z pełną odpowiedzialnością i jeśli w czasie badań pojawi się jakiś problem medyczny lub narastająca niechęć do wcześniejszej decyzji, należy to uszanować, potraktować z pełną powagą, tak by nie wpłynęło to w żaden sposób na wcześniejsze relacje z potencjalnym biorcą.

Ryzyko dawcy

To jest oczywiście najważniejsze pytanie. Czy powinno się poddawać zdrową osobę tak dużej operacji, jak usunięcie nerki bez jakichkolwiek korzyści dla niej? Zabieg operacyjny zawsze jest obarczony jakimś ryzykiem. W przypadku oddania nerki do przeszczepienia ryzyko zgonu wynosi około 0,03%. Najpoważniejszymi, zagrażającymi życiu, powikłaniami są duże krwawienia, krwiak opłucnej, uszkodzenie jelit i zawał serca. Publikowane dane pokazują, że częstość występowania tych zagrażających życiu komplikacji nie przekracza 0,5–2%. Mniej groźne powikłania to zakażenie układu moczowego, zakażenie rany, zapalenie płuc, uszkodzenie nerwu, problemy psychologiczne, depresja, silny ból pooperacyjny, zakrzepica żył obwodowych, reakcje alergiczne, problemy kardiologiczne, zaporcia, przepuklina i przemijające uszkodzenie wątroby. Występują one z częstością 15–40%, a wśród nich najczęstszy jest ból pooperacyjny. Najbardziej istotne jest stworzenie takich warunków, by w najwyższym stopniu zapobiec jakimkolwiek komplikacjom u dawcy, a jeśli te się pojawiają, to jak najszybciej je rozpoznać i rozpocząć ich leczenie. Niektórzy dawcy, wykonujący niebezpieczny zawód, jak nurek czy strażak, powinni być poddani szczególnej trosce do czasu, gdy ich stan zdrowia pozwoli na bezpieczny powrót do pracy.

Jakie są odległe konsekwencje pobrania?

Kilka procent dawców ma dłużej utrzymujący się ból związany z operacją pobrania nerki (przecięcie tkanek bocznej okolicy brzucha). Nowa technika laparoskopowego pobrania eliminuje ten ból. Po latach u dawców może rozwinąć się nadciśnienie tętnicze. Pytanie czy jest ono związane z oddaniem nerki, pozostaje bez odpowiedzi. Pojawianie się wysokiego ciśnienia tętniczego krwi, definiowane obecnie jako ciśnienie powyżej 140/90 mmHg, rośnie z wiekiem i częściej dotyczy mężczyźni. W wyniku ograniczenia funkcji nerki u niektórych dawców występuje podwyższone stężenie kwasu moczowego i pojawia się dna. Faktem jest, że nie mają oni rezerwy nerkowej. Obserwując długość życia dawców po nefrektomii w rejestrach Skandynawii, widać, że „dawcy żyją dłużej”. Kryje się za tym prawda, że dawcy to szczególna grupa zdrowych ludzi i nie skraca im życia fakt posiadania jednej nerki.

Czy są jakieś korzyści wynikające z oddania nerki?

Są obserwacje, które wskazują, że dawcy mają większe poczucie własnej wartości. Trudno powiedzieć, czy jest to związane z faktem oddania nerki, czy w prosty sposób charakteryzuje ludzi, którzy zostają dawcami. Życiowa satysfakcja zawsze jest związana z udaną transplantacją. Udana przeszczepienie i brak powikłań z tym związanych z pewnością decydują o dobrym samopoczuciu dawcy.

Czy rzeczywiście każdy może być żywym dawcą nerki?

Oczywiście, że nie. Dawca musi być zdrowy, bez żadnej choroby przewlekłej. Nie może mieć:

- choroby nerek
- granicznej czynności nerek
- nadciśnienia tętniczego
- nowotworu
- choroby serca
- przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
- wirusowego zapalenia wątroby B lub C ani HIV
- choroby psychicznej
- znacznej otyłości
- choroby ogólnoustrojowej jak np cukrzyca typu I lub II

Badanie – kiedy i kogo?

Badania można rozpocząć, kiedy biorca wchodzi w schyłkowy etap przewlekłej choroby nerek z obniżeniem ich funkcji do około 15–20% normy. Nie musi się dializować. Nefrolog, który opiekuje się biorcą, ustala moment rozpoczęcia badań potencjalnego dawcy. W pierwszej kolejności należy wykonać pomiary ciśnienia tętniczego krwi, wagi, wzrostu i podstawowe badania krwi i moczu. Następnie kandydata bada lekarz, który chce poznać obecny stan zdrowia, jak też problemy zdrowotne występujące w przeszłości. Kwalifikacja trwa zwykle kilka tygodni i wymaga specjalistycznych badań krwi i moczu (ok. 50 badań) oraz ok. 10 innych. Celem badań jest ocena nerek, serca, płuc, ryzyka powikłań zakrzepowych lub krwotocznych w okresie okołoperacyjnym.

Kiedy większość badań jest już wykonana, dochodzi do spotkania z lekarzem celem uzyskania indywidualnych informacji. Informacji może też udzielać pracownik socjalny lub socjalno-ekonomiczny (patrz oddzielny rozdział). Potencjalny dawca nie powinien ponosić żadnych kosztów badań. Nieobecność w pracy związana z badaniami, zabiegiem operacyjnym i rekonwalescencją powinna być zrekompensowana.

- **Badania dawcy**
ciśnienie tętnicze krwi, wzrost, waga, BMI
- **Badania krwi**
grupa krwi, próba krzyżowa, HLA (zgodność tkankowa)
- **Inne badania krwi:** hemoglobina, płytki krwi, krwinki białe
- **Badania wątrobowe:** enzymy, bilirubina
- **Różne badania nerek:** kreatynina, mocznik, cystatyna C, elektrolity
- **Różne testy na infekcję:** OB, CRP
HCV, HBV, HIV, VZV, CMV (różne wirusy)
- **Koagulogram:** APTT, INR, białko S, białko C i inne

- **Inne:** poziom cholesterolu, glukozy
- **Badania moczu**
cukromocz, krwinkomocz, białkomocz.
elektroforeza białek moczu, mikroalbuminuria, posiew
- **Badania czynnościowe i obrazowe**
 - **Klirens** – precyzyjna ocena czynności nerek. Po 3–4 godzinach od podania znakowanej substancji, która jest wydalana tylko przez nerki, pobiera się próbkę krwi. Klirens powinien wynosić ok. 80 ml/min i jest wyższy u młodszych osób.
 - **Rozdzielna funkcja nerek** – prawidłowo czynność lewej i prawej nerki są podobne. Do tej oceny stosuje się badanie scyntygraficzne nerek. Substancja izotopowa jest odczytywana przez kamerę od momentu gdy pojawi się w nerkach a następnie w drogach moczowych i w pęcherzu moczowym. Jeśli któraś z nerek ma obniżoną funkcję, jest preferowana do oddania. Bardzo ważne jest wypicie dużej ilości płynów przed tym badaniem.
 - **Badanie ultrasonograficzne nerek** – proste badanie do oceny wielkości nerek, obecności nieprawidłowych zmian lub torbieli.
 - **Tomografia naczyniowa nerek (angio-CT).** To jedno z ostatnich badań oceniające unaczynienie tętnicze i żyłne obu nerek. Jest ono wykonywane w oddziałach radiologicznych. Wyniki tego badania są istotne dla chirurgów podejmujących decyzję, którą nerkę i jaką techniką należy pobrać. Badanie to dostarcza także informacji o obu moczowodach i pęcherzu moczowym i obustronnym wydalaniu moczu. Nerka, która ma kilka naczyń może stwarzać techniczne problemy podczas pobrania i podczas przeszczepienia. Badanie rozpoczyna się od podania środka kontrastowego do żyły na przedramieniu. Kontrast ten bardzo szybko dociera do nerek i badanie nie zajmuje dużo czasu. Alternatywnym badaniem jest **angiografia metodą rezonansu magnetycznego (angio-MR).** W badaniu tym nie używa się promieniowania X, tylko silne pole magnetyczne. Osoba badana znajduje się wewnątrz długiego tunelu i w trakcie robienia zdjęć słyszy głośne dźwięki. Badanie to zajmuje więcej czasu i nie jest wskazane dla osób z klaustrofobią. Trzecim sposobem jest tradycyjna **angiografia nerek.** W tym badaniu kontrast jest podawany przez pachwinę do tętnicy udowej. Pojawia się wówczas uczucie gorąca, a po badaniu konieczne jest pozostanie w łóżku przez kilka godzin z opatrunkiem uciskowym w miejscu wkłucia i częste badanie ciśnienia tętniczego krwi i tętna.
 - **Elektrokardiogram (EKG).** Proste badanie z użyciem elektrod umieszczonych na klatce piersiowej, kończynach górnych i dolnych, które zapisuje rytm i pracę serca.
 - **Próba wysiłkowa. Ekg podczas wysiłku.** To badanie jest wykonywane u osób po ukończeniu pięćdziesiątego roku życia. W czasie wysiłku i po jego zakończeniu zapisywane jest wielkość obciążenia, tętno i ekg. Badanie to pokazuje, jak serce reaguje na stres wywołany ciężkim wysiłkiem i zwiększonym zapotrzebowaniem na tlen.
 - **Badanie radiologiczne serca i płuc (rtg klatki piersiowej).** Badanie służące ocenie zmian płucnych i /lub sercowych. Powtarzane jest rutynowo w przeddzień operacji pobrania nerki.

- **Doustny test obciążenia glukozą** – to badanie pozwala na wykrycie cukrzycy lub predyspozycji do cukrzycy. Po wypiciu słodkiego napoju z określoną ilością glukozy, w stałych odstępach czasu pobiera się próbki krwi i mierzy się w nich stężenie cukru.
- **Ochrona socjalna żywego dawcy** (zobacz oddzielny rozdział)

W szczególnych sytuacjach mogą być dodatkowo wykonywane inne badania:

- **Przepływ cewkowy moczu.** Badanie ocenia, jak szybko opróżnia się pęcherz moczowy i jaka jest objętość pęcherza po oddaniu moczu. Badanie to jednoznacznie wyklucza utrudnienie wydalania moczu, co najczęściej zdarza się u mężczyzn z przerostem prostaty.
- **Badania czynnościowe płuc.** Całkowita pojemność oddechowa płuc, przepływ maksymalny, pojemność wydechowa dostarczają informacji o ewentualnych obturacyjnych chorobach płuc. Szczególnie dotyczy to palaczy tytoniu zarówno byłych, jak i obecnych.
- **Badanie ultrasonograficzne serca** – wykrywa nieprawidłowości anatomiczne serca oraz różne wady zastawkowe serca.
- **Konsultacja psychiatryczna** – dawca powinien mieć szansę porozmawiać z psychiatrą, choć nie jest to obowiązkowe w każdej sytuacji. Pomocna jest ona w przypadku dawców z grona przyjaciół lub osób spoza rodziny, a przede wszystkim dawców anonimowych.

Decyzja

Po tych wszystkich badaniach dochodzi do spotkania z lekarzem celem podsumowania przeprowadzonych badań i uzyskania opinii. Wszystkie dokumenty zostają przesłane do oddziału transplantacyjnego dla omówienia i podjęcia decyzji o wstępnej akceptacji. Ostateczną decyzję wydaje zespół złożony z chirurga transplantologa, lekarza transplantologa, koordynatora. Wyznaczony zostaje wówczas wstępny termin zabiegu chirurgicznego. Istotne jest, aby w czasie zaplanowanego zabiegu zarówno dawca, jak i biorca byli zdrowi. Zwykle obie osoby są przyjmowane do szpitala jeden do dwóch dni przed pobraniem i przeszczepieniem. Wykonywane są wówczas rutynowe badania przedoperacyjne, rtg klatki piersiowej i ekg. Obie osoby spotykają się z anestezjologiem, chirurgiem, fizykoterapeutą, pielęgniarką i lekarzem prowadzącym w oddziale. Dawca otrzymuje do podpisania dokument, że oddaje nerkę dobrowolnie i bezinteresownie. Zwykle chirurg potwierdza swoim podpisem tę deklarację. Takie są wymogi prawne.

Kryteria akceptacji

Kryteria akceptacji dawcy zmieniają się w czasie i mogą też zależeć od doświadczenia ośrodka. Chodzi o dwa problemy; jakie medyczne czynniki ryzyka możemy zaakceptować u dawcy i które z nich ograniczą sukces transplantacji?

Kwalifikacja nie budzi zastrzeżeń, gdy przestrzega się ściśle reguł, które akceptują zdrowych ludzi bez żadnych chorób, nie przyjmujących lekarstw i z dobrą czynnością nerek. Zaakceptowanie osoby z leczonym nadciśnieniem tętniczym, otyłością itp. może stwarzać problemy w przyszłości. Trzeba na to zwrócić szczególną uwagę. Około 1% potencjalnych dawców żałuje swojej decyzji. Tak więc ogromnie ważne jest skrupulatne przeprowadzenie całej kwalifikacji, by oddanie nerki było zawsze dobrze przemyślaną, świadomą i dobrowolną decyzją.

Techniki chirurgiczne pobrania nerki

Są dwie metody pobrania nerki: otwarta i laparoskopowa.

Metoda otwarta

Jest to popularna technika pobierania nerki poprzez cięcie boczne lewe (lewej nerki) lub prawe (prawej nerki). Przecina się wówczas dużą partię mięśni i czasem fragment żebra, by swobodnie wyjąć nerkę. Znane są związane z tym powikłania, jak przedłużony ból czy uszkodzenie nerwu, których częstość wynosi 1–5%.

Popularna w wielu ośrodkach przednia technika pobrania nerki jest mniej bolesna. Coraz częściej stosowana jest metoda laparoskopowa pobierania nerki. Przygotowuje się w tej metodzie trzy otwory w jamie brzusznej: centralnie dla kamery, jeden na instrumenty do cięcia i jeden na instrumenty do utrzymania hemostazy. Chirurg pracuje, obserwując pole operacyjne przez kamerę. W czasie zabiegu do jamy brzusznej podaje się gaz, by ułatwić w ten sposób pobranie nerki. Może to wywołać gorsze samopoczucie i bóle ramion przez krótki okres po operacji. Nerka jest wyjmowana przez sześćo- siedmiocentymetrowy otwór przy użyciu specjalnych sterylnych instrumentów.

Oddział pooperacyjny

Po operacji dawca czuje ból. Biorca ma się z każdym dniem lepiej, a posiadanie nowej nerki poza tym oczyszcza go z wszelkich toksyn. Stan ogólny dawcy także poprawia się. Na początku częste są pomiary ciśnienia tętniczego i badania krwi a ból stopniowo zmniejsza się. W pierwszym dniu nie można nic jeść. Podawane są kroplówki. Następnego dnia, jeśli nie pojawiają się problemy, zostaje usunięty cewnik z pęcherza. Ważne jest jak najszybsze uruchomienie dawcy; wstanie z łóżka i poruszanie się dzięki pomocy personelu. Chodzenie zmniejsza ryzyko zakrzepicy i zapobiega zaparciom, które mogą pojawić się po środkach uśmierzających ból. Wkrótce dawca może zacząć jeść. Jego stan ogólny poprawia się i może wracać do domu.

W domu

Gojenie rany trwa kilka tygodni. Nie można nosić ciężkich rzeczy, ale można wykonywać proste czynności. Ważne są codzienne spacerunki i odpoczynek. Wielu dawców ma poczucie dużego zmęczenia po bardzo niewielkich wysiłkach. To jest normalne. Oni nie czują się niezdrowo. Nie należy wpadać w panikę. Z czasem wszystko wróci do normy. Czas rekonwalescencji wynosi zwykle kilka tygodni.

Dalsza opieka

Polecamy raz w roku wykonywać podstawowe badania kontrolne, jak pomiar ciśnienia tętniczego krwi i masy ciała, badania czynności nerki, badanie ogólne moczu. Przeprowadzenie tych badań jest w gestii ośrodka transplantacyjnego, który zajmuje się dawcą.

Rejestr

W wielu krajach Unii Europejskiej obowiązkowe jest prowadzenie rejestru żywych dawców. W każdym kraju są odpowiednie organizacje, które dbają o jakość i rzetelność prowadzonych rejestrów dawców. Podczas prac grupy EULID stworzyliśmy projekt rejestru dawców z uwzględnieniem informacji, jakie powinien on zawierać:

- wiek i płeć dawcy
- wiek i płeć biorcy, relacja z dawcą,
- data pobrania i wszczęcia
- technika chirurgiczna
- czas powrotu do zdrowia
- zmierzony GFR, kreatynina, ciśnienie tętnicze krwi, mikroalbuminuria
- powikłania chirurgiczne
- wczesne powikłania – w ciągu pierwszych 3 miesięcy
- czas rekonwalescencji
- konsekwencje społeczno-ekonomiczne
- utrata pracy
- strata finansowa
- długoterminowa i odległa obserwacja: GFR po oddaniu nerki, kreatynina, ciśnienie tętnicze, mikroalbuminuria raz w roku

Zdarza się, że dawcy czują się już niepotrzebni, nie słyszą żadnego podziękowania. Biorcy są zapraszani na badania do ośrodka transplantacyjnego, a dawcy są pod tym względem zaniedbywani. Należy dołożyć szczególnych starań, by tego typu sytuacje nie miały miejsca.

Przeszczepienie wątroby

Przeszczepienie wątroby jest jedyną metodą leczenia przewlekłej niewydolności tego narządu. Także w ostrej niewydolności wątroby przebiegającej z jej martwicą pilne przeszczepienie wątroby jest jedynym ratunkiem. Nie ma tu możliwości długoterminowej dializy, jak to jest w przypadku chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. Przeszczepienie wątroby jest o wiele trudniejsze niż przeszczepienie nerki. Uszkodzona wątroba musi być usunięta przed wszczęciem nowego narządu, a zabieg operacyjny trwa wiele godzin.

Przeszczepienie od dawcy żywego

Wątroba składa się z dwóch płatów: prawego–większego i lewego–mniejszego. Segmentalna struktura wątroby umożliwia jej podział. Do zachowania życiowych procesów metabolicznych i utrzymania normalnej funkcji, biorca potrzebuje przeszczepu wątroby o masie stanowiącej co najmniej 1% masy ciała. Dla dzieci, które potrzebują przeszczepu wątroby, wystarczająca jest boczna część lewego płata. Dla dorosłego biorcy często musi być użyty cały prawy płat wątroby, by zapewnić jej wydolność.

Ryzyko zgonu dawcy wątroby wynosi ok. 0,5% i jest 10-krotnie większe niż dawcy nerki.

Wskazaniem do przeszczepienia wątroby od dawcy żywego są na ogół wrodzone choroby wątroby u małych dzieci. Wówczas rodzice mogą oddać dziecku część swojego lewego płata wątroby. Ostra niewydolność wątroby także może być wskazaniem do przeszczepienia wątroby od dawcy żywego, jeśli bardzo trudno jest w szybkim czasie znaleźć dawcę zmarłego. W przypadku raka wątroby, kiedy wydłużanie oczekiwania na wątrobę zwiększa ryzyko progresji nowotworu u biorcy, przeszczepienie wątroby od dawcy żywego powinno być rozważone ze szczególną troską.

Wczesne i późne ryzyko dawcy

Wycięcie lewego lub prawego płata wątroby jest dużym zabiegiem. Z lewego płata jest możliwe pobranie segmentu 2–3, który stanowi ok. 300 ml miększu wątroby. Prawy płat umożliwia pobranie segmentu 5–8, który stanowi ok. 1000 ml miększu wątroby. Przeciek żółci, krwawienie, infekcja, silny ból brzucha i powikłania zakrzepowo-zatorowe to wczesne problemy, które dotyczą około 10–20% dawców. Powikłania prowadzące do zgonu, jakie odnotowano zarówno w USA, jak i Europie były, spowodowane zakażeniem, zatorom płucnym, nasilonym krwawieniem lub niewydolnością wątroby. Odległym problemem, który dotyczy kilku procent dawców, jest stały, długo utrzymujący się ból oraz zapalenie żołądka.

Wątroba ma niezwykłą zdolność regeneracji. U dawcy jest ona w stanie odnowić się aż do 95% wyjściowej masy i wymiarów. Jest to szybki proces i zachodzi w pierwszych trzech miesiącach po zabiegu. Parametry wątrobowe w odległym czasie są prawidłowe. Niemal wszystkie parametry są prawidłowe, czego nie można powiedzieć o omawianych wcześniej żywych dawcach nerki.

Badania kwalifikacyjne

- Badania krwi oceniające czynność wątroby oraz inne: ASAT, ALAT, bilirubina, ALP, albuminuria, INR, hemoglobina, leukocytoza, poziom płytek krwi, glikemia, amylaza, elektrolity, kreatynina
- Koagulogram: APTT, AT-III, białko C, białko S, oporność na aktywowane białko C (APC resistance), mutacja genu B dla protrombiny
- Grupa krwi, HLA(zgodność tkankowa)
- Wirusy: HBV, HCV, EBV, CMV, HIV
- Waga, wzrost, podstawowy wywiad lekarski oraz ocena stanu ogólnego z pomiarem ciśnienia tętniczego.
- Ekg
- Rtg klatki piersiowej
- USG wątroby z Dopplerem
- Tomografia komputerowa wątroby lub cholangio-angio MR celem oceny wielkości i masy wątroby ze szczególnym uwzględnieniem tych segmentów, które są planowane do pobrania
- Konsultacja anestezjologa
- Przed samym zabiegiem dawca podpisuje ostateczną zgodę na pobranie i otrzymuje premedykację przedoperacyjną

Zabieg chirurgiczny

Pobranie wątroby zwykle odbywa się z cięcia podżebrowego. Płaty wątroby są wolne od więzadeł i tkanek, co sprzyja szybkiemu uwidocznieniu dużych naczyń krwionośnych i żółciowych. Zostaną one podzielone i wyizolowane na stronę, z której ma być pobranie. Po podzieleniu tkanki wątrobowej, przewód żółciowy jest przecinany a naczynia krwionośne są zamykane i część wątroby przygotowana do przeszczepienia zostaje pobrana i umieszczona w zimnym płynie konserwującym celem ochrony tkanek. Drenaż powinien być utrzymany tak długo, jak utrzymuje się jakikolwiek wyciek czy niewielkie krwawienie.

Opieka pooperacyjna

Dawca pozostaje w oddziale intensywnej terapii do następnego dnia. Po powrocie na oddział chirurgiczny, większość pacjentów zaczyna pić i stopniowo jeść. Ważne jest, by pacjent jak najszybciej był zmobilizowany do wyjścia z łóżka. Badania krwi są wykonywane 1 raz dziennie przez pierwsze dni. Ból jest zwykle uśmierzany przez znieczulenie podtwardówkowe w ciągu 4–5 dni. W tym czasie stopniowo redukuje się ból przy pomocy tabletek przeciwbólowych. Większość pacjentów pozostaje w szpitalu przez 7–10 dni. Rana goi się po 2 tygo-

dniach od zabiegu, a poczucie zdrowia wraca po ok. 6 tygodniach. W tym czasie dawca powinien unikać ciężkiej pracy, ale może prowadzić normalną aktywność życiową. Czas powrotu do zdrowia jest różny u różnych osób, ale najczęściej wynosi ok. 8–12 tygodni.

Obserwacja odległa

Dawca wątroby powinien być pod opieką ośrodka, w którym pobrano fragment wątroby, i mieć wykonywane co 3 miesiące badania: kliniczne, badania krwi oceniające funkcję wątroby i USG wątroby po 3, 6 i 12 miesiącach. Jeśli kiedykolwiek po operacji pojawią się jakieś problemy, dawca powinien mieć dostęp do ośrodka transplantacyjnego, by móc uzyskać jak najlepszą pomoc. Optymalnym rozwiązaniem byłoby sprawowanie stałej opieki nad dawcą, ale praktycznie każdy ośrodek transplantacyjny ma swoje własne zasady, które nie wymagają naszej rekomendacji. Najważniejsza jest optymalna opieka nad dawcą w okresie okołoperacyjnym.

Ubezpieczenia społeczne i system ochrony dawcy żywego

Dawcy żywi powinni być otoczeni szczególną troską państwa (nasze rekomendacje są wydane oddzielnie). Ubezpieczenia społeczne winny sprawować opiekę na każdym etapie życia. W XX wieku stopniowo wprowadzano wiele istotnych reform a mimo to nadal pozostaje miejsce na kolejne ulepszenia i tu pojawia się szczególne zadanie dla członków EU.

Ochrona socjalna dawcy żywego – praktyka na dzisiaj i wskazówki na jutro

Czy dawcy mają prawo do zwolnienia lekarskiego po zabiegu oddania nerki?

Dawcy mają prawo do zasiłku chorobowego

Kto płaci?

Powszechnie praktykowany jest podział płatności między pracodawcę a władze. My proponujemy ustanowienie jednego organu jako płatnika dawców.

Czy są jakieś ograniczenia do prywatnego ubezpieczenia na życie dawcy?

Bycie dawcą nie powinno być traktowane jako czynnik ryzyka i powodować odmowy ubezpieczenia na życia. Przeciwnie. Faktem jest, że zgodnie z dotychczasową wiedzą dawcy żyją dłużej.

Czy są jakieś ograniczenia dla dawców, którzy chcą otrzymać kredyt?

Nie ma żadnych ograniczeń.

Czy są jakieś systemy ubezpieczenia pacjenta, z których mogliby skorzystać dawcy w przypadku powikłań w trakcie zabiegu i późniejszym okresie?

System ubezpieczenia pacjenta, czyli taki, w którym pacjenci mogą otrzymać zapłatę za nieprzewidziane powikłania, nie występuje wszędzie. Tylko Szwecja, Norwegia, Włochy, Francja i Wielka Brytania mają w swoim prawie uwzględnione także te aspekty. Jeśli istniejący system ubezpieczenia danego chorego mógłby zostać rozszerzony i dotyczyć także dawców, to powinno tak się stać. Jest to istotna forma sprawowania opieki umożliwiająca wszystkim dawcom otrzymanie odszkodowania pieniężnego w przypadku niepowodzenia.

Co z systemem zajmującym się zwrotem kosztów poniesionych przez dawców z tytułu procedury?

Systemy zwrotu kosztów dawcom istnieją w krajach z długim doświadczeniem w przeszczepianiu narządów od żywych dawców. Powinny istnieć w każdym kraju celem ułatwienia leczenia dawców żywych. Są to bowiem osoby zdrowe, które na co dzień pracują, a stają się pacjentami na bardzo krótki czas. Dawcy są zmęczeni i osłabieni po zabiegu i mają prawo do przejściowej niezdolności do pracy.

Czy dawcy powinni otrzymywać zwrot kosztów za dojazd do i ze szpitala na badania, zabieg, kontrole lekarskie?

Tak, wszystkie kraje powinny tego przestrzegać. Dawcy, poddając się zabiegowi, nie tylko ratują swoich bliskich, ale jak wynika z wieloletniego doświadczenia, przyczyniają się do zmniejszenia społecznych kosztów terapii. Dawcy powinni mieć więc zapewniony ten typ usługi.

Co z badaniami dawcy? Kto za nie płaci?

Zalecamy, by żaden dawca nigdy nie płacił za jakiegokolwiek badania kontrolne, nawet w bardzo odległej obserwacji po zabiegu. Koszty te powinien pokrywać system ochrony zdrowia.

Co w sytuacji braku funduszy na pokrycie wszystkich badań? Kto za to płaci?

Zalecamy, by wszystkie koszty zostały zrefundowane.

Co z kosztami leków?

Różne kraje mają różne zasady w tej sprawie. My zalecamy refundację kosztów leków.

Czy jest możliwość otrzymania zwrotu kosztów za niezbędne okoliczności społeczne, jakie zaistniały w związku z procedurą dawstwa?

Może zaistnieć taka sytuacja np. wśród rolników, którzy muszą zapewnić dodatkową opiekę dzieciom, starym rodzicom i zwierzętom domowym. W tym przypadku dla zwrotu kosztów potrzebna jest pisemna deklaracja z wykazaniem kosztów dodatkowych działań związanych z procedurą.

Broszura powstała jako projekt EULID w celu ustalenia wspólnych rekomendacji do standardów europejskich zapewniających zdrowie i bezpieczeństwo żywych dawców

Autorzy

| | | |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------|
| Ingela Fehrman-Ekholm | Sahlgrenska University Hospital | Göteborg, Sweden |
| Pal-Dag Line | Rikshospitalet | Oslo, Norway |
| Niclas Kvarnström | Sahlgrenska University Hospital | Göteborg, Sweden |
| Danica Avsec | Slovenija Transplant | Ljubljana, Slovenia |
| Alessandro Nani Costa | ISS-Centro Nazionali Trapianti | Rome, Italy |
| Carlo De Cillia | ISS-Centro Nazionali Trapianti | Rome, Italy |
| Claudio Rago | ISS-Centro Nazionali Trapianti | Rome, Italy |
| Paola di Ciaccio | ISS-Centro Nazionali Trapianti | Rome, Italy |

Koordinatorzy programu:

| | | |
|-----------------|--|------------------|
| Martí Manyalich | Hospital Clínic de Barcelona | Barcelona, Spain |
| Assumpta Ricart | Fundació Clínic per a la Recerca Biomedica | Barcelona, Spain |
| David Paredes | Hospital Clínic de Barcelona | Barcelona, Spain |
| Jordi Vilardell | Hospital Clínic de Barcelona | Barcelona, Spain |
| Chloë Ballesté | Universitat de Barcelona | Barcelona, Spain |
| Irene Martínez | Fundació Clínic per a la Recerca Biomdica | Barcelona, Spain |

Partnerzy

| | | |
|-------------------------|---|-------------------|
| Rosário Caetano Pereira | Centro Hospitalar do Porto | Porto, Portugal |
| Leonídio Dias | Centro Hospitalar do Porto | Porto, Portugal |
| Christian Hiesse | Hôpital Necker | Paris, France |
| Christophe Legendre | Hôpital Necker | Paris, Francia |
| Jarosław Czerwiński | POLTRANSPLANT | Warsaw, Poland |
| Piotr Domagała | POLTRANSPLANT | Warsaw, Poland |
| Agnieszka Krawczyk | POLTRANSPLANT | Warsaw, Poland |
| Dorota Lewandowska | POLTRANSPLANT | Warsaw, Poland |
| Janusz Wałaszewski | POLTRANSPLANT | Warsaw, Poland |
| Garabet Khasho | Paraskevaïdion Surgical and Transplant Center | Nicosia, Cyprus |
| George Kyriakides | Paraskevaïdion Surgical and Transplant Center | Nicosia, Cyprus |
| Andy Maxwell | UK Transplant | Bristol, UK |
| Victor Gheorghe Zota | ANT Fundația Pentru Transplant | Bucarest, Romania |
| Rosana Turcu | ANT Fundația Pentru Transplant | Bucarest, Romania |
| Frank Van Gelder | Institute for LifeLong Learning | Barcelona, Spain |
| Gloria Páez | Institute for LifeLong Learning | Barcelona, Spain |



www.eulivingdonor.eu

Project promoted by Hospital Clinic of Barcelona