



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 nerki

Przeszczepienie nerki jest najlepszą, choć nie jedyną metodą leczenia choroby nerek. Zależy przeszczepienie od dawcy żywego są oczywiście: brona nie czeka na przeszczep, otrzymuje dobrą opiekę od osoby zdrowej, zabieg operacyjny jest zaplanowany i ma miejsce wówczas gdy zarówno darczyńca, jak i biorca są dobrze do niego przygotowani. Przeszczepienie narządu od dawcy żywego bierze z sobą oczekiwający skraca czas oczekiwania innymi chętnymi na się miejsce.

Nerki

Nerki są narządami ustawiającym w organizmie produkty metaboliczne, mineralne i wody. Regulują ciśnienie tętnicze krwi, równowagę wodną w organizmie oraz wpływają na produkcję czerwonych ciałek poprzez wpływ na produkcję hemoglobiny. Hemoglobina jest niezbędna do transportu tlenu w organizmie. Kiedy nerki są niewydolne, różne ciśnienie tętnicze krwi, dochodzi do odwodnienia ciała, 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 immunosupresyjnym celem zapobiegania odrzuceniu 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 późniejszym 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 więc większego ryzyka 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 zdołać do czynności prawnych, może być dawcą. Wzrostem niezbędnym jest bezinteresowna motywacja i dobry stan zdrowia dawcy potwierdzony deklaracjami badanymi. Oddanie nerki jest bezpłatne, bo nerka jest darem. Jakikolwiek próby sprzedawania narządów są niezgodne z prawem.

Obecnie większość dawców to

- rodzice
- małżonkowie
- rodzeństwo

Rzadziej dawkami są:

- darsi kiewni, wujek, ciocia, dziadkowie, córki, synowie, siostry
- przyjaciele
- koledzy z pracy
- anonimowi dawcy

2

Każde państwo posiada określone przepisy uwzględniające odmienność kulturowe, doświadczenia 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 wzięcia udziału w decyzji, należy to uznać, potraktować z pełną powagą, tak by nie sprzyjało to w żaden sposób na wczesniejszą reakcję z potencjalnym biorcą.

Ryzyko dawcy

To jest oczywiście najważniejsze pytanie. Czy powinno się poddawać zdrową osobę tak dużej operacji, jak usunięcie nerki, bez jakiegokolwiek korzyści dla niej? Zabieg operacyjny zawsze jest obciążony jakimś ryzykiem. W przypadku oddania nerki do przeszczepienia ryzyko zranienia wynosi około 0,2%. Najważniejszymi zagrożeniami życia powstają z powodu zmian ciśnienia krwi, infekcji, uszkodzenia nerek i zawału serca. Publikowane dane pokazują, że częstość wystąpienia tych zagrożenych życia komplikacji nie przekracza 0,5-2%. Mniej groźne powikłania to zakrzepenie układu moczowego, zakrzepenie ramy, zapalenie płuc, uszkodzenie nerwu, problemy psychologiczne, depresja, silny ból pooperacyjny, zakrzepica żył obwodowych, reakcje alergiczne, problemy kardiologiczne, zaparcia, przepuklina i przemieszczenie uszkodzonej wątroby. Występują one z częstością 15-40%, a wśród nich najczęściej jest ból pooperacyjny. Najbardziej istotne jest stworzenie takich warunków, by w najwyższym stopniu zapobiec jakimkolwiek komplikacjom u dawcy, a jeśli to się pojawia, to jak najrybniej je rozpoznać i rozpocząć ich leczenie. Niekiedy dawcy, wykonujący niebezpieczny zawód, jak kierowca czy strażak, powinni być poddani szczególniej 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 (przebieg jakiegokolwiek bólu brzucha). Nowa technika laparoskopowego pobrania eliminuje ten ból. Po latach u dawców może również się nadszeregować tętno. Pytanie czy jest ono związane z oddaniem nerki, pozostało bez odpowiedzi. Pojawia się wysokie ciśnienie tętnicze krwi, definiowane obecnie jako ciśnienie powyżej 140/90 mmHg, również z wiekiem i częściej dotyczy mężczyzn. W wyniku ograniczenia funkcji nerki u niektórych dawców występują podwyższone stężenie kwasu moczowego i pojawia się dła. Faktem jest, że nie mają oni rezerwy nerkowej. Obserwują długie życie dawców po nie-rekromi w rejestrach Szwajcarii, wiad, że „dawcy żyją dłużej”. Kryje się za tym prawda, że dawcy to szczególnie 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 odwracają się tutaj, którzy zostają dawcami. Życiowa satysfakcja zawsze jest związana z udaną transplantacją. Udanie przeszczepienie i brak powikłań z tym związanych z pewnością decydują o dobrym samopoczuciu dawcy.

3

Czy rzeczywiście każdy może być żywym dawcą nerki?

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

- choroby nerek
- ograniczonej czynności nerek
- nadciśnienia tętniczego
- nowotworu
- choroby serca
- przewlekłej obustronnej 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 szczytowy 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 wyznaczyć parametry 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, tarczycy, poziomu cholesterolu i innych lub szkodliwych w okresie okołoporodowym.

Kiedy większość badań jest już wykonana, dochodzi do spotkania z lekarzem celem uzyskania indywidualnych informacji. Informacji można też udzielać pracownikom socjalnym lub socjono-ekonomycznym (patrz oddzielny rozdział). Potencjalny dawca nie powinien ponosić żadnych kosztów badań. Nieobowiązkowo w pracy związane z badaniami, zabiegami operacyjnymi i rekonwalescencją powinna być zrekompensowana.

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

4

- **Inne:** poziom cholesterolu, glukozy
- **Badania moczu**
 - cukier, moc, kreatynina, białkomoc, elektrolity, białek moczu, mikroalbuminuria, powłok
- **Badania czynnościowe i obrazowe**
 - **Kirena** - precyzyjny sposób czynności nerek. Po 3-4 godzinach od podania znakowanej substancji, która jest wydalana tylko przez nerki, pobiera się próbkę krwi. Kirena powinien wynosić ok. 80 ml/min i jest wyższy u młodszych osób
 - **Rozdzielna funkcja nerek** - prawidlowo czynność lewej i prawej nerki są podważone. Do tej osoby stosuje się badanie scyntygraficzne nerek. Substancja rozpuszczona jest oddychywana przez kamień od momentu gdy pojawi się w narządach i następnie w drogach moczowych i w pęcherzu moczowym. Jeśli kirena 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 oceniających uszczuplenie tętnicze i żylna obu nerek. Jest ono wykonywane w oddziałach radiologicznych. Wyniki tego badania są istotne dla chirurga podlegających decyzji, która nerka i jak techniką należy pobrać. Badanie to dostarcza także informacji o obu naczyniach i pęcherzu moczowym i obustronny 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 badania zdaje słyszeć 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 pacjenta do tętnicy udowej. Pojawia się wówczas uczucie gorąca, a od badania konieczne jest pozostanie w łóżku przez kilka godzin z opatrunkiem uciskowym w miejscu wkucia i częste badanie ciśnienia tętniczego krwi i tętna.
 - **Elektrokardiogram (EKG)**. Proste badanie z użyciem elektrod umieszczonych na klatce piersiowej, kończynach górnych i dolnych. Kłóce zapisuje rytm i pracę serca.
 - **Próba wysiłkowa. Ekg podczas wysiłku**. To badanie jest wykonywane u osób po ukończeniu pięćdziesiątego roku życia. W czasie wysiłku - po jego zakończeniu zapisywane jest wielkość obciążenia, tętno i ekg. Badanie to oznacza, jak serce radzi sobie na stres wywołany ciężkim wysiłkiem i związanym zapotrzebowaniem na tlen.
 - **Badanie radiologiczne serca i płuc (rtg klatki piersiowej)**. Badanie służy ocenie zmian płucnych i lub sercowych. Powierzane jest rutynowo w przeddzień operacji pobrania nerki.

5

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

W szczególnych sytuacjach mogą być dodatkowo wykonywane inne badania:

- **Przepływ krwi w moczu**. Badanie ocenia, jak szybko poróżnisz się po chwili mocznicy i jaka jest tolerancja pacjenta po oddaniu moczu. Badanie to jest szczególnie wykonywane w celu ustalenia wydalania moczu, co najczęściej zdarza się w najbliższym i przesiadki przesiadki.
- **Badania czynnościowe płuc**. Całkowita pojemność oddechowa płuc, przepływ maksymalny, pojemność wydechowa dostarczają informacji o wentylacyjnych zaburzeniach choroźnych 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. Prawdopodobnie jest ona w przypadku dawców z innymi przyczynami lub osobami spoza rodziny, a przede wszystkim dawców anonimowych.

Decyzja

Po tych wszystkich badaniach dochodzi do spotkania z lekarzem osem podsumowania przeprowadzonych badań i uzyskania raportu. Wszystkie dokumenty zostają przesłane do ośrodka transplantacyjnego dla ewentualnej i podjęcia decyzji o własnej akceptacji. Ostateczną decyzję wydaje zespół złożony z chirurga transplantologa, lekarza transplantologa, koordynatora. Wyznacznym zostaje wówczas ustalony 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 anesteziologiem, chirurgiem, fizjoterapeutą, pielęgniarką i lekarzem prowadzącym w oddziale. Dawca otrzymuje do podpisania dokument, że oddaje nerki odrobinie i bezinteresownie. Zwykle chirurg potwierdza swoim podpisem tę deklarację. Takie są wymogi prawne.

Kryteria akceptacji

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

Kwalifikacja nie budi zastrzeżeń, gdy przestrzega się ściśle reguł, które akceptują zdrowych ludzi bez żadnych chorób, nie przyjmujących lewatyw i z dobrą czynnością nerek. Zaakceptowanie osoby z leczeniem nadciśnieniem tętniczym, cyklicznie itp. może stworzyć problemy w przyszłości. Trzeba na to zerwać szereg wątpliwości. Około 1% potencjalnych dawców zakazuje swojej decyzji. Tak więc ogromnie ważne jest skrupulatnie przeprowadzenie całej kwalifikacji, by oddanie nerek było zawsze dobrze przemyślane, świadomą i odrobinie decyzją.

Techniki chirurgiczne pobrania nerek

Są dwie metody pobrania nerek: otwarta i laparoskopowa.

Metoda otwarta

Jest to popularna technika pobierania nerek poprzez cięcie boczne lewej (lewej nerek) lub prawej (prawej nerek). Przecina się wówczas dużą partię mięśni i czasem fragment zebra, by swobodnie wyjąć nerke. Zranie są związane z tym powiększenia, jak przedłużony ból czy uszkodzenie nerwu, których częstotliwość wynosi 1-6%.

Prostszą w wielu ośrodkach przedkłada technikę pobrania nerek jest mniej bolesna. Coraz częściej stosowana jest metoda laparoskopowa pobierania nerek. 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 unieść w ten sposób pobranie nerek. Może to wywołać gorączkę, samopoczucie i ból ramion przez siebie okres po operacji. Nerka jest wyjmowana przez szlabo – samodzielnym wytwor otwór przy użyciu specjalnych sterylnych instrumentów.

Oddział pooperacyjny

Po operacji dawca czuje ból. Biorca ma się z każdym dniem lepiej, a posiadanie nowej nerek pora tym oczyszcza go z wszelkich toksyn. Stan ogólny dawcy także poprawia się. Na początku czuje się powoli odciążenie lewnego i badania krwi a ból stopniowo zmniejsza się. W pierwszym dniu nie można nie jeść. Podawane są kroplówki. Następnego dnia, jeśli nie pojawiają się problemy, zostaje usunięty cewnik z pęcherza. Ważne jest jak najwcześniej uruchomienie dawcy, wstanie z łóżka i poniesienie się do góry porożni. Chodzenie zmniejsza ryzyko zakrzepicy i zapobiega zaporom, które mogą pojawić się po środkach usmierzających ból. Wkrótce dawca może zacząć jeść. Z każdym dniem czuje się lepiej i może wrócić do domu.

W domu

Golenie rany trwa kilka tygodni. Nie można nosić ciężkich rzeczy, ale można wykonać proste czynności. Ważne są codzienne spacery i odpoczynek. W wielu dawców ma powolne odciążenie po bardzo niewielkich wysiłkach. To jest normalne. Oni nie czują się niezdrowo. Nie należy wpaść w panikę. Z czasem wszystkie 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 nerek, badanie ogólne moczu. Przeprowadzenie tych badań jest w postaci ośrodka transplantacyjnego, który zajmuje się dawcą.

Rejestr

W wielu krajach Unii Europejskiej obowiązkowe jest prowadzenie rejestru żywych dawców. W każdym kraju są odpowiednie organy, które dostają o jakości i rzetelności prowadzonych rejestrów dawców. Pochodzą one z grupy EULID stworzyłamy projekt rejestru dawców z uwzględnieniem informacji, jakie powinien on zawierać.

- wiek i płeć dawcy
- wiek i płeć biorcy, relacja z dawcą
- data pobrania i wszczepienia
- 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 nerek, kreatynina, ciśnienie tętnicze, mikroalbuminuria raz w roku

Zdarza się, że dawcy czują się już niepotrzebni, nie słyszą żadnego podziękowania. Biorcy są zapewnieni 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 dobrej niewydolności wątroby przebiegającej z jej martwicą pełne przeszczepienie wątroby jest jedynym ratunkiem. Nie ma tu możliwości długoterminowej dializy, jak to jest w przypadku chorób ze schyłkową niewydolnością nerek. Przeszczepienie wątroby jest o wiele trudniejsze niż przeszczepienie nerek. Uszkodzona wątroba musi być usunięta przed wszczepieniem nowego narządu, a zabieg operacyjny trwa wiele godzin.

Przeszczepienie od dawcy żywego

Wątroba składa się z dwóch pól: prawego-większego i lewego-mniejszego. Segmentalna struktura wątroby umożliwia jej podział. Do zachowania życiowych procesów metabolicznych i utrzymania normalnej funkcji biorcy potrzebuje przeszczepu wątroby o masie stanowiącej co najmniej 1% masy ciała. Dla dzieci, które potrzebują przeszczepu wątroby, wystarczającą jest boczna część lewego pola. 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 nerek.

Wskazaniem do przeszczepienia wątroby od dawcy żywego są na ogół wrodzone choroby wątroby u małych dzieci. Wówczas rodzice mogą oddać dziecku część swojego lewego pola wątroby. Dobra 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, należy wykluczyć oczekiwania na wątrobę zwiększając 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 pola wątroby jest dużym zabiegiem. Z lewego pola jest możliwe odcięcie segmentu 2-3, który stanowi ok. 300 ml masy wątroby. Prawy płat umożliwia pobranie segmentu 5-8, który stanowi ok. 1000 ml masy wątroby. Przedek, zbroi, kwawienie, infekcja, stym ból brzucha - powikłania zakrzepowo-zatorowe w wczesnym okresie, które dotyczą około 10-20% dawców. Powikłania prowadzące do zgonu, jakie odnotowano zarówno w USA, jak i w Europie, były spowodowane zakazaniem, zgonem płucnym, nasilonym kwawieniem lub niewydolnością wątroby. Odległym problemem, który dotyczy kilku procent dawców, jest stały, długo utrzymujący się ból oraz zapalenie żołądka.

Wątroba ma wysoką zdolność regeneracji. U dawcy jest ona w stanie odnowić się aż do 95% wyciętej 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 innych wyciętych żywych dawcach nerek.

Badania kwalifikacyjne

- Badania krwi ocenijące czynność wątroby oraz inne: AGAT, 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 tkanek)
- 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 Dopplerelem
- Tomografia komputerowa wątroby lub cholangio-angio MR celem oceny wielkości i masy wątroby ze szczególnym uwzględnieniem tych segmentów, które są planowane do pobrania
- Konsultacja anesteziologiczna
- Przed samym zabiegiem dawca podpisuje oświadczenie zgody na pobranie i otrzymuje promedykację przeciwdolegającą

Zabieg chirurgiczny

Pobranie wątroby zwykle odbywa się z cięcia podbrzoowego. Rany wątroby są wolne od widziadła i kanał, co sprzyja szybkiemu uwolnieniu dużej naczyń wrotnych i żył głównych. Zostają one pocięte i wyizolowane na stronie, z której ma być pobranie. Po podzieleniu banki wątrobowej, przewód żółciowy jest przecinany a naczyń krwionośna są zamykane i część wątroby przygotowana do przeszczepienia zostaje odebrana i umieszczona w zimnym płynie konserwującym celem ochrony tkanek. Drenaż powinien być utrzymany tak długo, jak utrzymuje się jakikolwiek wyciek czy nieznaczne 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 mobilizowany do wyjścia z łóżka. Badania krwi są wykonywane 1 raz dziennie przez pierwsze dni. Ból jest zwykle umiarkowany oraz znieczulenie podstawowe w ciągu 4-6 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 tygodniach.

Chciał od zabiegu o poczucie zdrowia wrócić 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.

Observacja odległa

Dawca wątroby powinien być pod opieką onkologa, w którym pobrano fragment wątroby, i mieć wykonywane co 3 miesiące badania kliniczne, badania krwi ocenijające funkcję wątroby i USG wątroby po 3, 6 i 12 miesiącach. Jeśli kandydatów po operacji pojawiają się jakieś problemy, dawca powinien mieć dostęp do onkologa transplantacyjnego, by móc uzyskać jak najwcześniejszą pomoc. Optymalnym rozwiązaniem byłoby sprawowanie stałej opieki nad dawcą, ale praktycznie każdy ośrodek transplantacyjny ma swoje własne zasady, które nie wyrażają naszej rekomendacji. Najważniejszą 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 wprowadzono 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 nerek?
Dawcy mają prawo do zwolnienia chorobowego.

Kto płaci?

Przeważnie praktykowany jest podział statności między pracodawcą a władzą. My proponujemy sfinansowanie jednego organu jako płatnika dawców.

Czy są jakies ograniczenia do prywatnego ubezpieczenia na życie dawcy?

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

Czy są jakies ograniczenia dla dawców, którzy chcą otrzymać kredyty?

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.