



Przewodnik Pacjenta

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 4 (28) Kwiecień 2015

dr med. Tomasz Kruszyna
Kierownik Zespołu Przeszczepiania Nerek
Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

PRZESZCZEP NERKI



dr med. Tomasz Kruszyna

Większości z nas „transplanta-cja” albo „przeszczep” kojarzy się z czymś nadzwyczajnym, mało realnym, co przydarza się tylko innym, w nieokreślonym miejscu i czasie. Tymczasem z przeszczepianiem, czyli przenoszeniem między organizmami komórek, tkanek lub narządów, mamy do czynienia względnie często – przetoczenie preparatu krwi jest przeszczepieniem tkanki (krew jest tkanką płynną). Przeszczepy narządowe są jednym z rodzajów przeszczepień, z pewnością bardziej skompliko-

wanym. Nie wszyscy zdają sobie sprawę z tego, że co roku w Polsce ponad 1000 osób otrzymuje przeszczep nerki, około 300 – przeszczep wątroby, a 70–80 osób budzi się z nowym sercem. Między nami żyje, jak się szacuje, ponad 10 000 osób z przeszczepionymi nerkami, co odpowiada liczbie mieszkańców małego miasta. Przywykliśmy już do faktu, że wśród naszych sąsiadów i znajomych są osoby przewlekle dializowane, traktujemy tę formę leczenia jako zwyczajną i niebudzącą większych emocji. Co jednak wiemy i myślimy o przeszczepach?

Kto kwalifikuje się do przeszczepienia nerki?

Nerkę przeszczepia się z powodu przewlekłej schyłkowej niewydolności nerek własnych. Istotne w tej definicji jest trwale upośledzenie ich czynności, wymagające dializy lub rozpoczęcia dializy we względnie nieodległej przeszłości. Dializa nie jest więc warunkiem bezwzględnie koniecznym; odpowiednio wczesne wykrycie choroby nerek i regularna opieka nefrologiczna umożliwiają kwalifikację do przeszczepienia zanim dializa stanie się niezbędna (tzw. przeszczepienie z wyprzedzeniem).



**Zdrowych i radosnych Świąt Wielkanocnych
życzy wszystkim Pacjentom
oraz naszym Sympatykom**

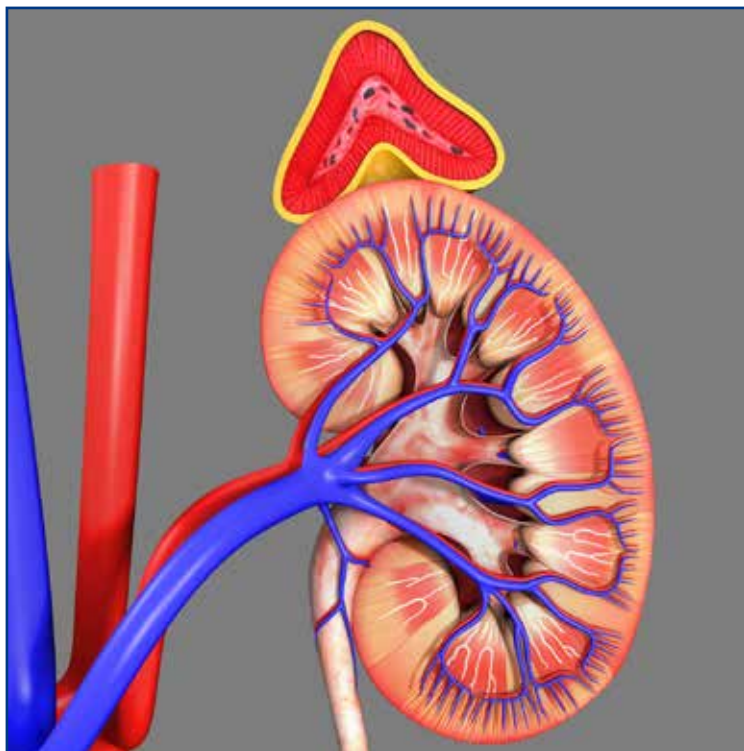
**Dyrekcja Szpitala
oraz redakcja
„Przewodnika
Pacjenta”**

Nie przeszczepia się nerek w tzw. ostrej niewydolności nerek, nawet jeśli przejściowo konieczna jest dializa, ponieważ narządy własne mogą odzyskać po pewnym czasie swoją funkcję.

Po co przeszczepia się nerkę?

W odróżnieniu od takich narządów jak serce i wątroba, w niewydolności nerek mamy do dyspozycji dwie metody leczenia: dializę i przeszczepienie. Z tego względu rzadko przeszczepienie nerki jest zabiegiem ratującym życie w dosłownym znaczeniu. Wiadomo jednak, że w porównaniu do osób przewlekle dializowanych biorcy takiego przeszczepu żyją dłużej, a ich jakość życia jest nieporównywalna. Nie chodzi tylko i wyłącznie o konieczność poddawania się uciążliwym dla wielu osób sesjom hemodializy (zwykle trzy razy w tygodniu po 4 godziny). Dializoterapia jest wielkim osiągnięciem medycyny, które uratowało życie nieprzeliczonemu rzeszom chorych. Wymaga jednak tzw. dostępu naczyniowego, czyli sztucznie wytworzonego połączenia między tętnicą i żyłą, przez które

krew może płynąć bardzo szybko i w dużej objętości. W czasie tych kilkugodzinnych sesji urządzenie zwane dializatorem wykonuje bardzo intensywnie to, co nerka robi przez okrągłą dobę przez 7 dni w tygodniu. Gwałtownie zachodzące zmiany w składzie krwi powodują uczucie zmęczenia i ogólnie złego samopoczucia, spadki ciśnienia tętniczego i bóle mięśni. Intensywnie nie znaczy efektywnie – najlepsze dializatory osiągają co najwyżej 10–15% sprawności nerek własnych. W organizmie zachodzą zmiany przewlekle niekorzystne w perspektywie odległej – szybciej postępuje miażdżycza i zwapnienie naczyń, zwiększa się ryzyko choroby niedokrwiennej serca; występuje niedokrwistość, pojawiają się zmiany w kościach skutkujące większym ryzykiem złamań oraz bólami mięśniowo-kostnymi. W największym stopniu te niekorzystne odległe konsekwencje przewlekłej dializoterapii dotyczą osób młodych.



Skuteczne przeszczepienie nerki uwalnia od męczącego reżimu regularnych dializ, umożliwiając powrót do aktywnego życia, również zawodowego, ale przede wszystkim daje szansę na dłuższe życie, zwłaszcza osobom młodym.

Od kogo pobiera się nerkę do przeszczepienia?

Większość narządów przeszczepianych w Polsce pobiera się obecnie od dawców, u których stwierdzono śmierć mózgu. Jedynie około 5% nerek pochodzi od żywych dawców spokrewnionych.

Wbrew pojawiającym się co jakiś czas nieprzemyślanym wypowiedziom, często znanych osób, kwestia śmierci mózgu nie budzi wątpliwości w środowisku medycznym ani poważniejszych sporów filozoficznych czy teologicznych. Wiele nieporozumień wynika z nierozróżnienia między ciężkim uszkodzeniem mózgu a śmiercią mózgu. Metody rozpoznawania tej ostatniej zostały szczegółowo opisane i wyszczególnione w aktach prawnych, podobnie jak bardzo szczegółowo opisany jest przebieg całego procesu diagnostycznego. Nade wszystko zaś procedura rozpoznania śmierci mózgu służy przerwaniu tzw. terapii uporczywej, nie rokującej i odbierającej prawo do godnej śmierci. Dopiero w dalszej perspektywie należy kwestię śmierci mózgu rozpatrywać w odniesieniu do możliwości pobrania narządów w celu przeszczepienia.

Przeszczepienie nerek od dawców żywych jest najlepszą znaną formą przeszczepienia. Narządy funkcjonują dłużej i lepiej, w głównej mierze dlatego, że są przechowywane bardzo krótko, a sam zabieg jest zaplanowany i odbywa się w optymalnych dla dawcy i biorcy warunkach. Nie stwierdzono w rozlicznych badaniach, żeby pobranie narządu parzystego, jakim jest nerka, wpływało negatywnie na zdrowie ani na długość życia dawcy. W Polsce dawcą może być osoba spokrewniona bądź małżonek, w innych sytuacjach wymagana jest zgoda sądu i pozytywna opinia organu doradczego ministra zdrowia, którym jest Krajowa Rada Transplantacyjna.

Jak przeszczepia się nerkę?

Kandydat do przeszczepienia nerki przechodzi serię badań, na podstawie których

jest kwalifikowany i umieszczany na ogólnopolskiej liście oczekujących na przeszczepienie narządu. Konieczność oczekiwania wynika z dużej i rosnącej dysproporcji między liczbą potencjalnych biorców a liczbą dostępnych narządów. Szansa na otrzymanie przeszczepu zależy od wielu czynników, w tym od czasu oczekiwania i zgodności immunologicznej danego narządu z organizmem biorcy. Pierwszeństwo mają pacjenci, dla których najtrudniej dobrać zgodną nerkę oraz u których stan naczyń krwionośnych grozi brakiem możliwości dalszego dializowania. Wybranego na podstawie specjalnego algorytmu biorcę wzywa się do ośrodka przeszczepiającego; jeśli nie ma przeciwwskazań wynikających z aktualnego stanu zdrowia (np. infekcja wirusowa), przyjmuje do szpitala i niezwłocznie przygotowuje do operacji. Zabieg powinien odbyć się w najkrótszym możliwym czasie od pobrania – mimo że nerkę można przechowywać najdłużej ze wszystkich przeszczepianych narządów, to jednak czas ten nie powinien przekroczyć 30 godzin.

Nerkę wszczepia się w podbrzuszu po lewej lub prawej stronie, a więc w miejscu odmiennym od tego, które zajmuje nerka własna. Powodów, dla których wybrano takie a nie inne miejsce jest wiele, ale głównym argumentem jest fakt, że tak jest najłatwiej, najszybciej i najbezpieczniej dla biorcy. Nerka przeszczepiona jest dzięki temu łatwo dostępna badaniu, lokalizacja taka umożliwia również bezpieczne wykonanie biopsji, czyli pobranie wycinka do badania histopatologicznego, które bywa konieczne żeby prowadzić leczenie. Z tego powodu nie jest konieczne usuwanie nerki własnej (poza pewnymi wyjątkowymi sytuacjami, co jednak nie wpływa na lokalizację przeszczepu w podbrzuszu).

Zabieg trwa około 2–3 godzin. Nerka po zabiegu może podjąć funkcję od razu lub dopiero po pewnym czasie, potrzebnym do regeneracji. Czasem trwa to nawet kilka tygodni, przez który to okres biorca musi być dializowany.

Pobyt w szpitalu zależy od tego, jak szybko nerka podejmie czynność, jaki jest ogólny stan zdrowia biorcy, od wystąpienia ew. powikłań i reakcji organizmu na przeszczep. Znaczenie ma również odległość od miejsca zamieszkania – w pierwszych miesiącach po operacji konieczne są częste i regularne badania kontrolne.

Życie po przeszczepieniu nerki

Biorca przeszczepu nerki ma szansę na pełny powrót do samodzielnego, bardziej satysfakcjonującego życia, do pracy zawodowej, do samorealizacji. Czas funkcjonowania przeszczepu liczy się w latach, u ponad połowy biorców przekracza 10 lat.

Mimo konieczności regularnego zażywania leków zapobiegających odrzucaniu (immunosupresyjnym), które obniżają odporność i nie są pozbawione działań niepożądanych, większość biorców nie chciałaby powrotu do dializ, a wręcz go sobie nie wyobraża. Nieprzypadkowo zwiększa się na liście oczekujących liczba osób zgłaszanych do kolejnego – drugiego a nawet trzeciego przeszczepu, po tym, jak przestaje funkcjonować pierwszy przeszczep. Konieczność regularnych kontroli w ośrodku przeszczepowym nie jest traktowana jako uciążliwość, ale okazja do sprawdzenia stanu zdrowia i zachęta do prowadzenia zdrowego trybu życia. Pacjenci po przeszczepieniu realizują się zawodowo i rodzinnie, rodzą się im dzieci, a przede wszystkim przestają się identyfikować z chorobą i żyją nierozpoznawalni wśród nas.



Tekst broszury dostępny jest na stronie: www.szpitaljp2.krakow.pl, zakładka na stronie głównej „Przeszczep nerki”

TRANSPLANTOLOGIA W SZPITALU im. JANA PAWŁA II



dr n. med., mgr piel.
Irena Milaniak

Odcinek Transplantologii, funkcjonujący w ramach Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, naczyń i Transplantologii, jest przeznaczony dla chorych z ciężką niewydolnością serca oraz dla chorych po transplantacji serca i nerki. Tutaj również leczeni są również chorzy po zabiegach kardiologicznych, zaplanowani do dalszego leczenia uzdrowskiego oraz przyjmowani są pacjenci do zabiegów – zarówno pilnych, jak i planowanych.

Zadania Odcinka Transplantologii

Zakres działalności Odcinka obejmuje:

- diagnostykę i kwalifikację chorych z ciężką niewydolnością serca do transplantacji serca, która obejmuje pełen zakres badań inwazyjnych i nieinwazyjnych, konsultacje wielospecjalistyczne oraz opiekę psychologiczną. Tutaj właśnie ustalane są także wskazania do rozpoczęcia mechanicznego wspomaganie serca, jako „pomost do przeszczepu”,
- okresową (przewidzianą aktualnymi wytycznymi) ocenę chorych zakwalifikowanych do przeszczepienia serca,
- hospitalizowanie chorych zakwalifikowanych do przeszczepienia serca w trybie pilnym,
- kompleksową diagnostykę i ewentualne wielospecjalistyczne leczenie chorych po transplantacji serca i nerki.

Pracownicy Odcinka pełnią stałą, 24-godzinny „ostry dyżur”, w ramach którego przyjmowani są w trybie pilnym pacjenci z istotnymi powikłaniami po operacji. W ramach całodobowego zabezpieczenia wykonywany jest pełny zakres badań i konsultacji specjalistycznych.

Aktualnie pod opieką oddziału pozostaje 250 pacjentów po przeszczepie serca, którzy są regularnie hospitalizowani w odstępach 6 – 12 miesięcznych.

Począwszy od sierpnia 2014 r. wykonano 27 przeszczepień nerek od dawcy zmarłego. Biorecy pozostają w opiece oddziału



oraz poradni transplantacyjnej. Ponadto chorzy, którzy otrzymali przeszczep nerki w innych ośrodkach w Polsce, mają możliwość i często wybierają dalsze leczenie w naszym Szpitalu.

Opieka nad chorymi jest oparta na współpracy interdyscyplinarnej – nad stanem chorego czuwają specjaliści z oddziałów i pracowni szpitala. Są to m. in: Pracownia Hemodynamiki i Angiografii, Oddziały Kliniczne: Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca, Chorób Serca i Naczyń, Elektrokardiologii, Zakład Diagnostyki i Radiologii Obrazowej, Zakład Patomorfologii i in. To wspólna praca lekarzy, ale również koordynatorów ds. transplantacji, psychologów klinicznych, dietetyków, rehabilitantów i pracowników socjalnych. Rocznie w Odcinku Przeszczepowym jest hospitalizowanych 450 chorych.

Pierwszą transplantację serca w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie przeprowadzono 12 października 1988 r. Od tego czasu Program Przeszczepiania Serca jest nieprzerwanie kontynuowany. Do chwili obecnej w Szpitalu wykonano ponad 550 transplantacji serca.

W celu usprawnienia prowadzenia programu przeszczepiania serca od 2009 roku funkcjonuje w szpitalu zespół lekarzy odpowiedzialnych za kwalifikacje potencjalnych biorców do przeszczepienia serca (Zespół Kwalifikujący) oraz Zespół Przeszczepowy - odpowiedzialny za realizację programu przeszczepiania.

Biuro Koordynacyjne

Funkcja koordynatora pobierania i przeszczepiania serca istnieje w Klinice Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii od początku rozwoju Programu Przeszczepiania Serca, to jest 1988 roku.

Już wówczas zwrócono uwagę na konieczność koordynacji pobrania narządów, monitorowania biorców oczekujących na przeszczepienie serca oraz koordynacji opieki nad pacjentem po przeszczepieniu serca. Wszystkie te elementy stanowią o powodzeniu przeszczepu.

Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”, z siedzibą w Warszawie zostało powołane w roku 1996, przez Ministra Zdrowia. Wcześniej funkcjonowało pod nazwą Ogólnopolski Zespół ds. Koordynacji i Pobierania i Przeszczepiania Narządów.

Powołanie Poltransplantu jako państwowej jednostki budżetowej było wynikiem wejścia w życie ustawy z dnia 26 października 1995 o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów i miało na celu skoordynowanie działania ośrodków transplantacyjnych w Polsce. W ratowaniu życia ludzkiego w ramach „Akcji serce” od ponad 25 lat wspierają nas Siły Powietrzne Kraju, przekraczając rutynowe obowiązki.



Do głównych zadań komórki koordynacyjnej Poltransplantu w oddziale klinicznym należą:

- koordynacja pobrania i przeszczepienia serca i nerek,
- transport biorcy do kliniki,
- przygotowanie biorcy w klinice,
- transport zespołu w celu pobrania serca, nerek,
- utrzymanie kontaktu z zespołem pobierającym i przeszczepiającym,
- opieka nad biorcą oczekującym na przeszczep, w tym przyjmowanie zgłoszeń, prowadzenie listy oczekujących,
- opieka nad biorcą po przeszczepieniu serca, nerki,
- koordynowanie niezbędnych badań w celu monitorowania funkcji przeszczepionego serca lub nerki,
- administrowanie lekami, w tym immunosupresją, lekami przeciwwirusowymi, antybiotykami.

Edukacja pacjenta

Najważniejszym jednak zadaniem była i jest edukacja pacjenta i przygotowanie go do samodzielnego funkcjonowania w domu. Pacjenci mają przygotowany program edukacji obejmujący:

- postępowanie po zabiegu: rehabilitacja oddechowa, pielęgnacja rany, jamy ustnej itp.,
- naukę przyjmowania leków immunosupresyjnych (konieczność prowadzenia dziennika pacjenta)
- naukę prawidłowego pomiaru CTK, tętna, temperatury, masy ciała, bilansu płynów, masy ciała

Pacjenci otrzymują materiały informacyjne dotyczące rozpoznawania niepokojących objawów związanych z odrzucaniem przeszczepionego serca, nerki, objawami infekcji, objawami niepożądanego leczenia immunosupresyjnego.

Wskaźniki dawstwa w Małopolsce, niestety nie napawają optymizmem. Zintensyfikowano zatem działania edukacyjne szkółąc lekarzy, pielęgniarki w zakresie identyfikacji potencjalnego dawcy, rozpoznawania śmierci mózgu, rozmowy z rodziną na temat śmierci i pobrania narządów oraz opieki nad dawcą narządów.



W 2009 roku z inicjatywy prof. Wojciecha Rowińskiego został podpisany list intencyjny „Partnerstwo dla Transplantacji” w Małopolsce. Dzięki wykorzystaniu środków pochodzących z Narodowego Programu Medycyny Transplantacyjnej było możliwe powołanie koordynatorów szpitalnych zajmujących się identyfikacją dawców oraz kontynuacją szkoleń, wykładów w szkołach i na uniwersytetach. Koordynatorami projektu w Małopolsce są: prof. dr hab. med. Piotr Przybyłowski i dr n. med. Irena Milaniak.

W 2013 roku odnotowano już znaczący wzrost liczby dawców w Małopolsce – było ich 39. Przekłada się to na liczbę przeszczepionych narządów, w tym serca.

Kontakt:

Poltransplant: tel. 12 614 32 16; faks: 12 614 34 56
Oddział: 12 614 32 04; całodobowy tel. kom.: 504 299 336;
e-mail: koordynator@szpitaljp2.krakow.pl

KRAKOWSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II
ZAPRASZA NA BEZPŁATNE WYKŁADY O TEMATYCE MEDYCZNEJ.
BUDYNEK CENTRUM KONFERENCYJNO-SZKOLENIOWEGO – PAWILON A-V,
PRZY UL. PRĄDNICKIEJ 80 (WJAZD OD UL. GEN. A. FIEDORFA „NILA”)

14 kwietnia (wtorek)

12:00-13:00 KARDIOLOGIA - Miejsce wybranych suplementów diety w kardiologii - c.d.
dr med. Jakub Machejek, Szpital im. Jana Pawła II

13:00-13:15 PYTANIA I DYSKUSJA

13:15-14:00 SPRZĘT MEDYCZNY - Nowoczesna diagnostyka w medycynie
mgr Jerzy Haduch, Szpital im. Jana Pawła II

28 kwietnia (wtorek)

12:00-14:00 PIERWSZA POMOC - Podstawy pierwszej pomocy
Mieszko Jaglarz, Łukasz Mastalski, Pasja Med
Resuscytacja, podejrzenie zawału, udaru; wypadek, urazy, opatrunki itp.

12 maja (wtorek)

12:00-13:00 ANALITYKA MEDYCZNA - Interpretacja wyników laboratoryjnych.
mgr Tadeusz Góralczyk, Szpital im. Jana Pawła II

13:00-13:15 PYTANIA I DYSKUSJA

13:15-14:00 KARDIOLOGIA - Choroba zakrzepowa.
dr med. Marcin Misztal, Szpital im. Jana Pawła II

Wydawca: Krakowski Szpital Specjalistyczny

im. Jana Pawła II

Redakcja: Biuro Marketingu i Edukacji

e-mail: promocja@szpitaljp2.krakow.pl

Druk: Drukarnia Kraków Kwiecień 2015

Nakład: 2,5 tys. egz.

Fotografie: 123rf.com, arch. Szpitala.

[http://pl.wikipedia.org/wiki/Grafka:Tulipan_\(Ama\).JPG](http://pl.wikipedia.org/wiki/Grafka:Tulipan_(Ama).JPG) Polish Wikipedia



KRAKOWSKI
SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. JANA PAWŁA II

11 KWIETNIA – DZIEŃ OSÓB CHORYCH NA PARKINSONA

Światowy Dzień Osób Chorych na Parkinsona obchodzony jest od 1997 roku. Celem obchodów tego dnia jest przede wszystkim zwrócenie uwagi na problemy, z jakimi borykają się chorzy na tę chorobę i ich rodziny – poważnym problemem jest również dyskryminacja chorych osób w miejscu pracy.

Choroba Parkinsona jest chorobą neurodegeneracyjną. Przypuszcza się, że - oprócz innych czynników - znaczenie ma również genetyka. Szacuje się, że choroba ta występuje u około 6,3 miliona ludzi na całym świecie, głównie u osób po 40-60 roku życia. Biorąc jednak pod uwagę proces starzenia się społeczeństwa można przypuszczać, że liczba chorych będzie stale rosła.

Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie współpracuje ze Stowarzyszeniem Ostoja, wspólnie organizując prelekcje, które mają charakter otwarty i są dostępne dla wszystkich zainteresowanych. Informacji na temat spotkań należy szukać na stronach www.szpitaljp2.krakow.pl w dziale „Aktualności”, jak również w zakładce „Bezpłatne wykłady”

James Parkinson - był angielskim lekarzem i aptekarzem. Urodził się 11 kwietnia 1755 w Londynie (zm. 1824), dlatego właśnie dzień jego urodzin przyjęto potem jako Dzień Osób Chorych na Parkinsona. W roku 1817 jako pierwszy opisał objawy drżączki porażnej, którą – na jego cześć – nazwano potem chorobą Parkinsona.