



NEMO SIBI NASCITUR KILKA UWAG O PRZESZCZEPIANIU NEREK

Profesor Tadeusz Orłowski był nie tylko wybitnym lekarzem, współtwórcą polskiej szkoły interny, pionierem nowoczesnej nefrologii i transplantacji klinicznej, ale także znakomitym pedagogiem, nauczycielem kilku pokoleń lekarzy, autorem kilkuset publikacji. Profesor nie stronił też od działalności popularyzatorskiej, udzielał wywiadów zarówno periodykom naukowym, jak i popularnym. Poniżej garść Jego wypowiedzi, które ukazały się na łamach prasy w latach 1976–1987.

Dializy jako sposób utrzymywania przy życiu chorych z przewlekłą niewydolnością nerek są zjawiskiem przejściowym. Wszyscy ci ludzie powinni mieć po prostu przeszczepione nerki, a z dializ korzystać tylko w okresie oczekiwania na przeszczep oraz bezpośrednio po operacji, zanim w pełni dojdą do siebie. Od czasu, gdy w pierwszych latach naszego wieku Alexis Carrel zaczął w Rockefeller Institute przeprowadzać pierwsze przeszczepienia nerek u doświadczalnych kotów, dowiedzieliśmy się nie tylko, jak organizm reaguje na wszczepienie mu obcej tkanki, ale też dlaczego reaguje właśnie tak, i co należy zrobić, żeby tej reakcji zapobiec. W 1961 roku Murray po raz pierwszy przeszczepił nerkę choremu, którego odpowiedź immunologiczną stłumił, podając mu azatioprynę, pochodną 6-merkaptopuryny. Zaczęto więc przeszczepiać nie tylko nerki ofiarowane przez najbliższych krewnych, czyli gwarantujące dużą zgodność tkankową, ale też pobierane ze zwłok, często wręcz bez badania zgodności. Przypadki odrzucenia były jednak dość częste – właśnie dlatego, że posiadano zbyt małe możliwości odpowiedniego doboru dawcy i biorcy.

Każdy z nas ma dwie nerki, choć do życia wystarczy jedna. Nerki składają się z drobnych elementów, nefronów, których każda ma 2 miliony, choć do życia prawdo-





podobnie wystarczyłoby ich kilkaset tysięcy. Jest to ważna okoliczność z tego względu, że chorą nerkę można usunąć lub też – jeśli jest zdrowa – oddać choremu człowiekowi, żyjąc z pozostałą jedną zupełnie normalnie. Nerkę pobiera się przeważnie z organizmu człowieka zdrowego. W takim przypadku dawca niczym nie ryzykując ratuje życie drugiemu, często bliskiemu człowiekowi. Amerykanie, którzy kochają wszelkiego rodzaju statystyki, obliczyli, że ryzyko śmierci człowieka z jedną nerką jest takie samo, jak kogoś, kto dojeżdża do pracy samochodem 15 tysięcy kilometrów rocznie. Ryzyko takie więc właściwie nie istnieje. Znacznie lepsze wyniki uzyskuje się przeszczepiając nerkę od osoby blisko spokrewnionej z biorcą, gdyż jest ona genetycznie bardzo zbliżona do potencjalnego biorcy. Najczęściej dawcą jest matka, ojciec, brat lub siostra. W przypadku, gdy dawcą jest jedno z rodziców, co najmniej połowa cech immunologicznych jest odziedziczona przez biorcę nerki. Wtedy wyniki przeszczepiania są o wiele lepsze. Oczywiście i w takiej sytuacji konieczne jest ostrożne postępowanie. Toteż trzykrotnie przetacza się krew od potencjalnego dawcy do biorcy i jeżeli stwierdza się, że jego organizm nie produkuje przeciwciał skierowanych przeciwko komórkom dawcy, szanse, że taka nerka przyjmie się i będzie trwale funkcjonowała przekracza 90%. Jestem zwolennikiem pobierania nerek od dawców żywych, ponieważ wiadomo, że wydolność zdrowych nerek tak znacznie przekracza zwykłe potrzeby, iż człowiek z jedną nerką może żyć równie długo jak z dwiema, bez uszczerbku na zdrowiu. Jestem jednak zwolennikiem pobierania nerek tylko od bliskich krewnych, czyli tzw. przeszczepień rodzinnych, ponieważ w tych przypadkach można z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć, czy nerka się przyjmie. Poza tym stwierdzono, że nerka „rodzinna” działa lepiej.

Staramy się, żeby znaczniki przeszczepianego narządu były jak najbardziej podobne do znaczników biorcy. W praktyce wygląda to tak, że jeżeli dawcą nie jest krewny chorego, tylko obca osoba, to dobieramy biorcę do posiadanej nerki, a nie nerkę do biorcy. Oznaczamy cechy immunologiczne nerki, a potem na liście oczekujących na przeszczep wyszukujemy kogoś najbardziej odpowiedniego. Jeżeli takich osób jest kilka, wybieramy spośród nich tę, której układ immunologiczny jest najsłabszy i która w związku z tym ma





największą szansę przyjęcia przeszczepu. Jeżeli mamy szczęście, a przede wszystkim – jeżeli chory ma szczęście, po przeszczepieniu może się zdarzyć, że nerka w ogóle nie będzie odrzucona. Nawet wówczas trzeba jednak podawać tym chorym leki, które obniżają odporność immunologiczną. [Z przeszczepioną nerką żyje się] zupełnie normalnie, tyle, że trzeba zgłaszać się na badania kontrolne, bez przerwy brać środki immunosupresyjne i może nieco bardziej uważać na siebie. Muszę powiedzieć, że większości moich pacjentów nie poznałbym na ulicy. To jest bardzo dobry znak bo pamiętam tych, z którymi są kłopoty i których muszę często konsultować. Z innymi, po ich wyjściu ze szpitala, już się właściwie nie spotykam – chyba, że ktoś przynosi kwiaty z okazji, na przykład, dziesiątej rocznicy przeszczepienia.

Liczba ludzi umierających ze zdrowymi nerkami z pewnością wystarczyłaby dla dokonania transplantacji u wszystkich, którzy jej wymagają. Z jednych zwłok można przeszczepić dwie nerki, a więc uratować dwóch chorych. Niestety, nie ma zrozumienia dla tego typu leczenia. Zgoda na pobranie nerek nie jest z punktu widzenia prawnego konieczna, tym niemniej, jeżeli rodzina się sprzeciwia, lekarz, nie chcąc pogłębiać jej stresu związanego z odejściem kogoś bliskiego, nie postępuje wbrew jej woli. Pierwszym warunkiem polepszenia sytuacji chorych z niewydolnością nerek jest uświadomienie społeczeństwu, że odmowa na pobranie nerki od zmarłego skazuje dwie osoby wyczekujące na dokonanie transplantacji na śmierć. Zrozumienie tego powinno wpłynąć na zmianę postawy rodziny, która sprzeciwiając się pobraniu wydaje wyrok na dwie osoby i godzi się, by nerki, które mogą komuś uratować życie, uległy w grobie procesowi rozkładu. *Nemo sibi nascitur* (Nikt nie rodzi się tylko dla siebie), mawiali starożytni Rzymianie. Chcieli przez to wyrazić, iż obowiązkiem każdego człowieka jest działanie na rzecz innych ludzi. Owo szlachetne zalecenie, nader rzadko zresztą przestrzegane, nabrało dziś zupełnie nowego znaczenia, śmierć jednych ratuje życie drugim. W historii ludzkości nic to zresztą nowego.

Dziś transplantologia jest bardzo trudną i ciężką specjalizacją. Ale gdy zaczynaliśmy było nieporównanie ciężiej. Te wielogodzinne oczekiwania nad chorym umierającym i przygotowanym do przeszczepu. Wysiłek był bardzo duży, a często kończył się





Współpraca zespołów kierowanych przez prof. Jana Nielubowicza (z lewej) i prof. Tadeusza Orłowskiego zaowocowała pierwszym zakończonym sukcesem przeszczepieniem nerki – był to początek transplantologii klinicznej w Polsce.



niepowodzeniem, bo chory umierał, gdyż śmiertelność była w tym czasie duża. Lekarz nie miał więc żadnej satysfakcji moralnej, a rodzina miała do niego pretensje więc lekarze się zniechęcili. Tym bardziej, że nie mieli również żadnej satysfakcji materialnej.

Uważam, że największą krzywdę polskiej medycynie wyrządził Stefan Żeromski ze swoją koncepcją Judyma. W dużej mierze dzięki niemu społeczeństwo polskie uważa, że lekarze powinni być społecznikami rezygnującymi z życia osobistego. Tymczasem są oni takimi samymi ludźmi jak inni. Chcą również, żeby ich żony były dobrze ubrane, żeby ich rodziny miały zapewnione dobre warunki ekonomiczne, porównywalne z innymi zawodami. Medycynę trzeba traktować jak każdy inny zawód wymagający wyższego wykształcenia. Lekarz ma uczciwie pracować i otrzymywać za to godziwą zapłatę. Całkowite oddanie się chorym jest po prostu zawodowym obowiązkiem lekarza, tak jak na przykład prawidłowe obliczenie parametrów konstrukcyjnych przez inżyniera. Nie ma innej moralności dla lekarza, a innej dla inżyniera, sędziego, nauczyciela.

Przypuszczam, że można zwiększyć liczbę przeszczepień, tylko nie wiem, jak to zrobić. Główny problem bowiem nie leży w sferze organizacyjnej, ale w sferze ludzkiej psychiki. Potencjalnych dawców jest na pewno znacznie więcej niż ich faktycznie do nas trafia. Jednym z powodów jest to, że nasz personel medyczny nie jest psychologicznie przygotowany do uczestniczenia w procedurze pobierania nerek. Ilustracją niech będzie przykład, który często przytacza prof. Jan Nielubowicz. W klinice zmarł człowiek, który uległ wypadkowi. Nie było żadnych wątpliwości, że umarł. Ustała czynność serca. Kiedy noszono się z zamiarem pobrania od niego nerki, ostro zaprotestowała krewna chorego – lekarka – pracownik naukowy, która między innymi zajmowała się leczeniem chorych na przewlekłą niewydolność nerek. W tej sytuacji odstąpiono od pobrania nerek, choć w zasadzie w Polsce nie wymaga się zgody rodziny na pobranie nerek od zmarłego. Istnieje prawo ustalone jeszcze w okresie międzywojennym, w myśl którego każdy człowiek zmarły w szpitalu powinien być poddany badaniu sekcijnemu. Normy prawne określają, że człowieka uznaje się za zmarłego, gdy zgon orzeknie ko-





misja złożona z anestezjologa, chirurga i neurologa. W jej skład nie może wchodzić lekarz prowadzący, ani też członek zespołu transplantacyjnego. Nie ma barier prawnych, leżą one tylko w świadomości społeczeństwa, a zwłaszcza lekarzy. Z drugiej strony autorytet lekarza w Polsce nie jest wysoki. [...] Ludzie podejrzewają, nie wiadomo dlaczego, że lekarz może zabić chorego by pobrać od niego nerkę. Stąd lekarze wolą unikać tego typu podejrzeń.

Panuje u nas – jak to powiedział profesor Kotarbiński – „kult trupa”. Rodzina zmarłego jest z reguły niechętna wykonywaniu sekcji zwłok, a co dopiero pobraniu z nich jakiegoś narządu. Do tych oporów obyczajowych dołącza się nieraz irracjonalna podejrzliwość, że lekarz przyspieszył zgon pacjenta, lub wręcz zabił go po to, aby pobrać narząd. [...] Polacy, wbrew temu co się o nich mówi, nie mają zanadto rozwiniętego instynktu społecznego. Jedyne w sytuacjach krańcowych czują się członkami wspólnoty i łączą swe siły z innymi. Nielatwo im zrozumieć, [że] warto doznać przykrości związanej ze świadomością, że ze zwłok osoby najbliższej pobrano nerki celem ratowania życia dwóm obcym, nieznanym ludziom. Ten, kto nie pomaga nam w pobieraniu nerek wydaje wyrok śmierci na chorego, który mógłby być dializowany po zwolnieniu miejsca przez pacjenta, któremu przeszczepiono nerkę.

Stresy psychiczne oraz obciążenia organizacyjne związane z pobieraniem nerek spadają przede wszystkim na anestezjologów i chirurgów. Rola tych ostatnich, wbrew wyrażanym przez mało doświadczonych transplantologów opiniom, jest olbrzymia i ma decydujące znaczenie dla uzyskania zarówno bezpośredniego, jak i długotrwałego powodzenia tej formy leczenia.

Państwo może przeznaczyć na ochronę zdrowia pewien odsetek dochodu narodowego. Jeżeli ten dochód jest bardzo mały, to nawet dość duża jego część nie wystarczy. Nas nie stać na rozwój dializoterapii i w ogóle na uprawianie nowoczesnej medycyny. Trzeba to sobie brutalnie powiedzieć. Sytuacja w lecznictwie jest pochodną sytuacji gospodarczej. Toteż im gorsza i uboższa gospodarka, tym prymitywniejsze lecznictwo. Możliwości naprawy widzję jedynie w solidniejszej i wydajniejszej pracy całego społeczeństwa.





Po dwóch latach wydatki poniesione w związku z transplantacją ulegają zwróceniu i to zakładając funkcjonowanie tylko 50% przeszczepów. Innymi słowy, dochód narodowy wytworzony przez przeciętnego Polaka w ciągu dwóch lat pokrywa koszty jego leczenia i transplantacji. Jeśli zaś chory jest dializowany, to w naszych warunkach praktycznie dochodu narodowego nie wytwarza.

Człowiek nigdy nie będzie tak genialny, żeby skonstruować coś lepszego od tego, co stworzyła natura. Jest natomiast dość inteligentny i przenikliwy, żeby poznać prawa rządzące przyrodą i umieć je wykorzystać – na przykład selektywnie osłabiając barierę immunologiczną, to znaczy wyłączając z jej działania przeszczepione przez chirurgów organy. Trudno tylko powiedzieć, kiedy tę sztukę posiadziemy. Mam 65 lat, więc z czystym sumieniem mogę powiedzieć, że tę barierę przełamiemy za 25 lat. Wtedy nie będzie mnie już można z niczego rozliczyć.

Prof. Tadeusz Orłowski

Opracowano na podstawie: J. Żakowski *Rozmowy z lekarzami*, 1987 oraz wypowiedzi prasowych („Jestem”, 1985, nr 4; „Express Wieczorny. Kulisy”, 1986, nr 7; „Nowy Medyk”, 1984, nr 5; „Tu i Teraz”, 1984, nr 38; „Wiadomości”, 1976, nr 14).

