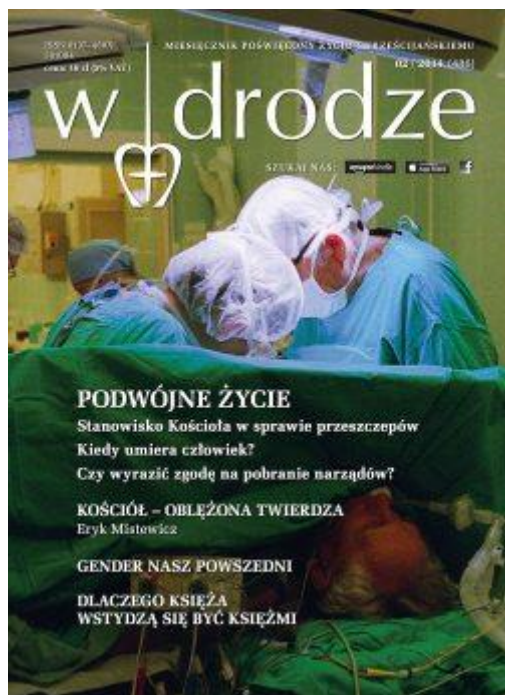


Z prof. Zbigniewem Włodarczykiem

rozmawia Daina Kolbuszewska

Tylko dusza jest nieśmiertelna



Życie i śmierć są stanem zero-jedynkowym. Nie można częściowo żyć i nie można częściowo umrzeć. Ale przejście między tym stanem zero-jedynkowym wcale nie jest skokowe.

DAINA KOLBUSZEWSKA: Dużo pan wie o życiu i śmierci?

PROF. ZBIGNIEW WŁODARCZYK: Jestem lekarzem od 32 lat. Siłą rzeczy zebrałem i zbieram nadal doświadczenia, obserwacje, refleksje, które się kumulują i dają subiektywny obraz tego, co nas otacza, przede wszystkim choroby, śmierci i spraw związanych z życiem. Taka jest istota pracy lekarza — dotykanie życia i śmierci, choć może brzmieć to górnolotnie. Ale z wiekiem nabiera się pokory wobec otaczającego nas świata, a zwłaszcza — wobec innych ludzi. Są rzeczy, które mnie ciągle rzucają na kolana i pokazują, że ciągle się uczymy i ciągle błądzimy, niestety. Zarówno w swoich decyzjach życiowych, jak i zawodowych.

Częste oglądanie śmierci powoduje, że na pewne rzeczy patrzy się inaczej?

Zastanawiałem się wielokrotnie, czy mniej się boję śmierci. Pewnie tak. Pomaga mi w tym uświadomienie sobie, że śmierć jest zdarzeniem, które dotknęło wiele miliardów ludzi żyjących na Ziemi dotychczas i niewątpliwie dotknie te sześć miliardów, które żyją obecnie, w tym również i nas. Nie jest więc czymś szczególnie wyjątkowym.

Zapewne, patrząc na hematologów czy pediatrów, zadaje sobie pani pytanie, jak oni to wytrzymują, gdy umierają im dzieci. To jest jeden z powodów, dla których nie zostałem pediatrą. Ale dotyczy to także chirurgów, w ogóle lekarzy. Śmierć i ból pacjenta — to jest może brutalne, co powiem — nie jest śmiercią i bólem lekarza. My powinniśmy zrozumieć, co pacjent czuje, czego się boi, być przy nim, ale nie możemy czuć jego bólu, przejąc go, bo musielibyśmy sobie strzelić w głowę — a nie o to chodzi.

Daje pan życie, robiąc transplantację.

W przypadku nerek jest to częściowo prawda. Przeszczepienie nerki jest tylko jedną z metod leczenia, prócz niego możliwa jest hemodializa. Ale jest prawdą, że przeszczepienie nerki daje większy komfort życia i lepsze zdrowie, a śmiertelność na dializach jest wyższa niż wśród osób po przeszczepie. W tym sensie ratujemy życie. W przypadku przeszczepów wątroby i serca jest to rzeczywiście bezpośrednie ratowanie życia, bo nie ma alternatywy dla skrajnej niewydolności wątroby i serca.

Czy nie daje to poczucia mocy?

Kilka razy zadano mi pytanie, czy mam poczucie boskości. Mogę odpowiedzieć zdecydowanie — nie mam. I większość lekarzy go nie ma. Z wiekiem reagujemy wręcz przeciwnie — mamy zwiększające się poczucie niemocy. Zagłębianie się w medycynę daje gorzką świadomość, że wbrew pozorom może ona niewiele. Albo brutalnie ingeruje w ciało człowieka — wycinając, amputując, czasami tylko korygując, albo wspomaga jedynie naturalne siły człowieka. Przeszczepiając nerkę, często się zastanawiam, jak to możliwe, że wszystko zazwyczaj się udaje. Istnieje możliwość zakrzepicy, odrzucenia przeszczepu, pole operacyjne nigdy nie jest w 100 proc. jałowe... A jednak w większości przypadków się udaje.

Transplantologia działa w polu między śmiercią a życiem! Medycyna kończy zwykle swoje działania wraz ze śmiercią człowieka. Dla pana wtedy działania się rozpoczynają...

Transplantologia jest rzeczywiście specyficzna, dlatego że przekracza tę granicę, na której kończą swoje działania inne specjalności medyczne. Ale ona nie wykorzystuje śmierci człowieka, nie czeka na nią. Śmierć jednej osoby może być początkiem życia innej lub początkiem ratowania zdrowia innego człowieka, ale są to zjawiska, które nie mają związku przyczynowo-skutkowego. Trzeba to wyraźnie powiedzieć — to nie jest czekanie na śmierć innego człowieka, ale próba przyjęcia daru, jakim ta śmierć może się stać! To największy dar, jaki człowiek może dać i otrzymać.

Pojawia się pytanie o śmierć. O to, kiedy mamy do czynienia ze śmiercią człowieka. Co jest stanem śmierci.

Należy bardzo wyraźnie odgraniczyć definicje i kryteria śmierci oraz koncepcję śmierci człowieka. To są pojęcia opisywane w zupełnie różny sposób i należące do zupełnie różnych sfer poznania. Koncepcje śmierci człowieka są ściśle filozoficzne, światopoglądowe i właściwe dla danego czasu, dla danego kręgu kulturowego. Nie są uniwersalne. Shintoizm zakłada na przykład, że dusza człowieka oddziela się od ciała w kilka dni po zatrzymaniu krążenia. Dlatego w Japonii praktycznie nie ma pobrań od

osób zmarłych, bo byłoby to sprzeczne ze światopoglądem dominującym na wyspach japońskich. Jeśli przyjrzymy się koncepcji śmierci człowieka w naszym kręgu kulturowym, to zobaczymy, że ona ewoluowała.

Na początku mamy biblijne „z prochu powstałeś, w proch się obrócisz”.

Tak początkowo pojmowano śmierć, jako rozpad ciała. Ta koncepcja, charakterystyczna dla społeczności pierwotnych, przetrwała w niektórych miejscach świata. Jeszcze w XIX wieku niektóre plemiona Indian północnoamerykańskich uważały, że człowiek umiera, kiedy pozostaje z niego szkielet. W okresie renesansu, gdy poszerzono wiedzę dotyczącą oddychania i krążenia, gdy medycyna i anatomia pokazały, jak ważne są one dla funkcji życiowych, przyjęto koncepcję śmierci krążeniowo-oddechowej. Po jakimś czasie Kościół się z nią zgodził. Nieodwracalne zatrzymanie oddychania i krążenia stało się równoznaczne ze śmiercią człowieka. Teraz wiemy, że nieodwracalne zatrzymanie oddychania i krążenia w ciągu kilku-, kilkunastu minut prowadzi do nieodwracalnej śmierci mózgu. Ale wiemy też, że samo zatrzymanie krążenia i chwilowe zatrzymanie oddechu nie są równoznaczne ze śmiercią. Człowiek może nie mieć zdolności do samodzielnego oddychania, ale może być żywy, i analogicznie — może mieć zatrzymaną akcję serca, ale może być żywy.

Na przykład podczas operacji na sercu?

Kiedy operuje się chorego i krążenie jest zatrzymane. Chirurg może operować przez 10, 20, 30 minut, a operowany cały czas żyje. Osoby, które utonęły pod lodem, mogą mieć zatrzymane krążenie przez pół godziny, do 45 minut nawet, a mimo tego przeżyć. Dlaczego? Dlatego, że ich mózg funkcjonuje. Hipotermia chroni go — człowiek przeżył, bo nadal działał jego mózg. Gdyby przyjąć koncepcję śmierci krążeniowo-oddechowej, powinniśmy rozpoznać u takiego człowieka zgon.

Czyli decydująca jest śmierć mózgu?

Dzięki rozwojowi neurologii, neurochirurgii i neurofizjologii wiemy, na czym polegają funkcje mózgu, jak te funkcje określać. A rozwój psychologii i psychiatrii pokazał, że to nie serce czy wątroba, jak kiedyś uważano, ale mózg jest siedliskiem osobowości człowieka, tego, co decyduje o nas, jako o człowieku przez duże C, tego, co decyduje o naszej niepowtarzalności. Tam mieszczą się nasze: pamięć, miłość, pożądanie, poglądy religijne, plany na przyszłość, nienawiści, radości, to wszystko, co nas tworzy, w tajemniczy sposób zresztą. Kiedy to umiera, ciało nie może dalej działać. Człowiek umiera wtedy, kiedy umiera jego mózg. Taki pogląd przyjęły obecnie wszystkie religie monoteistyczne: islam, judaizm, chrześcijaństwo.

Czy da się określić dokładnie, z medycznego punktu widzenia, kiedy człowiek umiera?

Życie i śmierć są stanem zero-jedynkowym. Nie można częściowo żyć i nie można częściowo umrzeć. Ale przejście między tym stanem zero-jedynkowym wcale nie jest skokowe. Śmierć jest procesem zdysocjowanym w czasie. Może być to bardzo krótki proces — kiedy żołnierz ginie z powodu eksplozji miny, trwa on milisekundy. Ale w chorobie nowotworowej może być rozłożony na minuty czy godziny, kiedy stopniowo

umierają poszczególne układy, systemy. Nie jest kwestią określenie, w którym momencie dochodzi do śmierci człowieka, bo to nie jest możliwe. Naszym obowiązkiem jest stwierdzenie, czy człowiek żyje lub czy człowiek już nie żyje. Jeżeli przyjmujemy bardzo długi odstęp między jednym a drugim stwierdzeniem i zastosujemy koncepcję śmierci całego człowieka, jest to bardzo proste. Trzy dni temu widzieliśmy, jak ten człowiek żył, rozmawiał z nami. Po trzech dniach jest zimny, sztywny, zaczyna brzydko pachnieć. Nie mamy wątpliwości, że nie żyje. W koncepcji śmierci krążeniowo-oddechowej zawężamy czas dzielący te dwa stany. Człowiek upada na ulicy, jest reanimowany przez 30—45 minut. Czy po tym czasie możemy odstąpić od reanimacji, bo nie ma powrotu akcji serca? Zakładamy, że możemy. Człowiek odszedł gdzieś pomiędzy, w czasie tych 30—45 minut.

Lekarz odstępuje od nieskutecznej reanimacji, bo wie, że ten człowiek już nie żyje?

Tak, śmierć dokonała się gdzieś wcześniej. Dalsza reanimacja nie ma sensu.

W koncepcji śmierci mózgu czas dzielący stan życia i stan śmierci jeszcze bardziej zostaje zawężony. Ale nadal nie stwierdzamy momentu, kiedy śmierć się dokonała, tylko stwierdzamy, że człowiek już nie żyje. Potrafimy dokładnie określić, czy mózg żyje, czy nie. Wiemy, że jeżeli nie ma przepływu krwi przez mózg, to po trzech do kilkunastu minut umierają wszystkie jego komórki, bo jest on wyjątkowo wrażliwy na niedotlenienie. Jeżeli potrafimy badaniami obrazowymi dokładnie stwierdzić, że tego przepływu nie ma, to możemy z całą pewnością stwierdzić, że mózg umarł.

Oczywiście możemy przyjąć, zgodnie z koncepcją śmierci krążeniowo-oddechowej, że człowiek nie umarł, bo działa wciąż jego serce, bo ciągle nerki pracują. Dla mnie jest to koncepcja nie do przyjęcia, bo ogranicza ona funkcje człowieka do funkcji podstawowych narządów. A człowiek jest czymś więcej, o czym już mówiliśmy.

Mózgowa definicja śmierci jest dokładniejsza, bardziej precyzyjna?

Zdecydowanie tak.

Ale pod koniec ubiegłego roku podczas medycznego sympozjum naukowego pojawiły się wypowiedzi lekarzy kwestionujących koncepcję śmierci mózgu.

Nie chciałbym się zajmować twierdzeniami, że nie ma czegoś takiego jak śmierć mózgu. Po prostu dlatego, że nie ma nic nieśmiertelnego! Poza naszą duszą. Ale w sensie fizycznym — nie ma. Jeśli przyjmujemy, że serce może umrzeć, to musimy przyjąć, że mózg także może umrzeć.

Pojawiły się także stwierdzenia, że zwolennicy śmierci mózgu mogą uznać śpiączkę za stan śmierci.

Apeluję zawsze, by w dyskusji posługiwać się jasnymi definicjami. Nie wolno mylić — tym bardziej lekarzowi! — pojęć takich jak zespół apaliczny, zespół wegetatywny, koma, długotrwała śpiączka ze śmiercią mózgu. Bo to są inne rzeczy. W wymienionych

przeze mnie sytuacjach mózg jest częściowo uszkodzony, ale jego część, większa lub mniejsza, jest ciągle żywa. A zatem nikt nie uzna takiej osoby za zmarłą!

Czy polemiki wokół definicji i kryteriów śmierci nie są odbiciem odwiecznego strachu człowieka, że zostanie „pochowany za życia”? Edward Raczyński w XIX wieku kazał zbudować „dom dla pozornie zmarłych”.

Tak, całkowicie się zgadzam. Transplantologia jest dziedziną tak wrażliwą społecznie, dlatego właśnie że łatwo te lęki wywołać. Czasami bywają one wywoływane świadomie, czasem nieświadomie przez polityków i dziennikarzy. Transplantologia jest bardzo podatna na manipulacje, na przekłamania...

Wynikiem słynnej rozdmuchanej afery z doktorem G. był dramatyczny spadek liczby transplantacji w Polsce, stan zapaści, z którego polska transplantologia powoli wychodzi. Wspomniane wypowiedzi lekarzy dotyczące koncepcji śmierci mózgu spowodowały nagły wzrost liczby sprzeciwów wobec pobrania narządów po śmierci, wpływających do Centralnego Rejestru Sprzeciwów.

Wracając do tych wypowiedzi: jeżeli dochodzi u pacjenta do śmierci mózgu, a jest ona zjawiskiem biologicznym i nie da się jej podważyć, to musimy określić, czy pacjent jest martwy, czy też jest żywy. Jeżeli wyznajemy światopogląd chrześcijański i obecny sposób oglądu istoty człowieka, to śmierć mózgu jest równoważna ze śmiercią człowieka. Łatwo tym manipulować, bo lęki związane z rozpoznaniem śmierci, wynikające czasami z braku zaufania do środowiska lekarskiego — na które środowisko samo czasami sobie zapracowało — są dość głębokie. Ważne, by podkreślić — koncepcja śmierci człowieka i definicja śmierci mózgu powinny być rzeczą całkowicie oddzieloną od transplantologii. Możliwość pobrania narządów jest bowiem jedynie wtórna wobec rozpoznania śmierci człowieka.

Przy okazji kwestii rozpoznawania śmierci mózgu płacze się w dyskusjach także kwestia eutanazji.

Śmierć mózgu powinna być rozpoznawana także w przypadkach, gdy o pobraniu narządów nie może być mowy. Chodzi o możliwość jasnego stwierdzenia — „ten człowiek nie żyje”. Na przykład powinna zostać rozpoznana u 95-letniej staruszki, u której funkcje życiowe są podtrzymywane przez urządzenia. Jeśli nie żyje, nie możemy prowadzić wobec zmarłej dalszych działań. Chcę wyraźnie powiedzieć — to nie jest eutanazja. Eutanazja jest przyspieszeniem czy wywołaniem czyjejs śmierci ze względu na różne uwarunkowania. Eutanazja może być zabójstwem, właściwie jest zabójstwem, choć jej powody są inne. Jestem osobiście jej przeciwnikiem. Natomiast rozpoznanie śmierci mózgu nie jest eutanazją, bo nie dotyczy żywego człowieka. Jest rozpoznaniem śmierci. Tak samo jak rozpoznanie śmierci człowieka, który zmarł np. na zawał na ulicy.

Jest pan przeciwny uporczywej terapii?

Tak, bo to jest nieludzkie. Najczęściej uporczywa terapia nie jest prowadzona ze względu na dobro chorego, ale z powodu nacisków rodziny czy obaw formalnoprawnych lekarzy. Pacjent znika, staje się nagle przedmiotem, nie podmiotem naszych działań. To jest jeden z głównych argumentów dla przyjęcia, że działania medyczne mogą się skończyć, i

nie znaczy to, że mamy wtedy do czynienia z eutanazją. Jeżeli ktoś umiera w rozsianej chorobie nowotworowej, jego reanimacja — jeżeli wiemy, że za następne kilkanaście godzin znowu u niego zatrzyma się krążenie — jest po prostu niehumanitarne.

Skoro tyle mówimy o lękach związanych z rozpoznaniem śmierci, pojawia się pytanie o rodzinę zmarłego, który mógłby być potencjalnym dawcą. Co decyduje o tym, że rodzina akceptuje bądź nie pobranie narządów?

Niezbędne jest zaufanie do lekarzy, to jest niesłuchanie istotny element. Śmierć mózgu nie ma tak wyraźnych objawów jak śmierć w wyniku zatrzymania krążenia: krążenie jest utrzymane — co prawda dzięki lekom i pewnemu automatyzmowi serca, oddychanie podtrzymuje maszyna, skóra pozostaje ciepła, nerki jeszcze pracują, pewne układy ciała człowieka ciągle funkcjonują. Pojawiają się odruchy, które mają jedynie charakter odruchów rdzeniowych, niezależnych od mózgu, ale dla osoby, która nie zna fizjologii i anatomii układu nerwowego, mogą być one bardzo deprymujące.

Ściskanie ręki?

Ściskanie ręki czy w skrajnym przypadku tzw. odruch Łazarza — człowiek siada, przygina ręce. Wygląda to dramatycznie, ale jest to odruch niemający nic wspólnego z mózgiem.

Rodzina zmarłego może kwestionować śmierć człowieka albo zaufać lekarzowi, że potrafi tę śmierć rozpoznać.

To trudne dla rodziny, która nagle, nieoczekiwanie traci bliską osobę.

Zwykle w takich przypadkach mamy do czynienia ze zdarzeniem gwałtownym, które rozgrywa się w ciągu kilku godzin czy kilku dni, rzadko trwa to dłużej. Zazwyczaj dotyczy to kogoś, kto był ważny w rodzinie, często w średnim czy nawet młodym wieku. Poza tym mamy do czynienia z niepowodzeniem w leczeniu — zdarza się, że pacjent przyjeżdża do szpitala przytomny, np. kiedy mamy do czynienia z pęknięciem tętniaka mózgu, i kilka godzin później nie żyje. I w takim momencie lekarz, który liczył na uratowanie pacjenta, musi powiedzieć rodzinie, że on zmarł. Że doszło do śmierci mózgu, a pozostałe układy funkcjonują. A dodatkowo, że rozważana jest kwestia pobrania narządów. Rodzina jest w stanie szoku emocjonalnego, nazywanego w psychologii mgłą emocjonalną. Na wszystkie bodźce o dużej sile emocjonalnej psychika ludzka reaguje negatywnie, bez względu na to, czy jest to bodziec pozytywny czy negatywny. A nie ma silniejszego bodźca niż wiadomość o śmierci najbliższego człowieka. W stanie mgły emocjonalnej osoby negują to, co się stało, a potem przestają przyjmować jakiegokolwiek bodźce. Bardzo trudno się wtedy przebić z informacją o śmierci mózgu, z koncepcją śmierci mózgu i jeszcze trudniej uzyskać akceptację pobrania narządów.

Polski system prawny przyjął zasadę zarejestrowanego sprzeciwu, czyli inaczej zgody domniemanej.

I w tym jednym punkcie rozmija się z założeniami Kościoła rzymskokatolickiego, który akceptując pobieranie narządów, akceptując koncepcję śmierci mózgu równoznaczną ze

śmiercią człowieka i nazywając oddanie narządów po śmierci „najwyższym aktem miłości bliźniego”, kładzie nacisk na to, żeby odbywało się to za zgodą człowieka przed śmiercią lub zastępczą zgodą rodziny po śmierci. Ale praktyka dopasowała się do oczekiwań Kościoła poprzez każdorazowe uzyskanie akceptacji rodziny zmarłego. Zgoda jest wymagana wtedy, gdy zmarłym jest osoba małoletnia. Nie pamiętam, żeby odbyło się w Polsce pobranie przy sprzeciwie rodziny zmarłego. Jeśli pojawia się sprzeciw — odstępujemy od pobrania.

Jak często pojawia się sprzeciw?

Średnio sprzeciw wyraża kilkanaście procent rodzin. To jest zbieżne z danymi wynikającymi z badań opinii publicznej, z których wynika, że trzy czwarte badanych jest zdecydowanie za albo popiera ideę transplantologii.

Zaskoczenie!

Większość osób zapytana o to, czy oddałaby swoje narządy po śmierci, odpowiada pozytywnie, nieco mniejszy odsetek wyraża taką opinię, gdy pytanie dotyczy ewentualnej śmierci kogoś bliskiego, co jest zrozumiałe. Łatwiej jest powiedzieć: Tak, po mojej śmierci nie mam nic przeciwko temu, żeby moje narządy uratowały komuś życie...

Bo to jest moment odległy?

Wydaje nam się, że jest to bardzo odległy moment! A wcale nie musi być. Po drugie, większość z nas tak naprawdę nie przyjmuje do świadomości, że kiedyś umrzemy. Ale kiedy decyzję taką musimy podjąć, patrząc na najbliższą osobę — rodzica, współmałżonka, dziecko — to zupełnie inna sprawa. W takiej sytuacji najbliżsi zmarłego mogą mieć poczucie, że akceptując pobranie narządów, biorą na siebie odpowiedzialność za jego śmierć. Lekarz powinien wtedy przekonać rodzinę, że tak nie jest, śmierć mózgu już się bowiem dokonała.

Skąd zasada anonimowości w transplantologii?

To jest dobra zasada. Rodzina zmarłego człowieka i zmarły człowiek mają prawo do anonimowego daru. Co więcej, nie żyjemy w społeczeństwie idealnym i wiemy, że np. w małych środowiskach miasteczek i wsi zaakceptowanie pobrania narządów zmarłego człowieka spotyka się z niedobrymi, brudnymi reakcjami otoczenia. Z zarzutami, że rodzina dlatego się zgodziła, bo dostała za to pieniądze. Potrafimy bardzo paskudnie opluwać naszych bliźnich! Zasada anonimowości ma za zadanie m.in. chronić zmarłego, od którego zostały pobrane narządy, i jego rodzinę. Teoretycznie możemy sobie wyobrazić taką sytuację: umiera człowiek w bardzo biednej rodzinie, z dużymi kłopotami finansowymi. Biorcą serca jest człowiek wyjątkowo bogaty. Czy nie jest możliwa taka sytuacja, że rodzina dzwoni do biorcy i mówi mu, że dostał serce ich syna, to niech pomoże im finansowo? Byłoby to przedmiotowe traktowanie dawcy. Chcemy tego uniknąć.

Biorcy też?

Tak, w pewnym sensie też. Regulacje prawne są nie po to, by chronić czyste intencje, ale po to, by chronić przed mniej czystymi intencjami. Ale ponieważ życie nie bywa czarno-białe, musimy zaakceptować to, że pomiędzy zmarłym dawcą i jego rodziną a biorcą narządu istnieje pewnego rodzaju więź. Powinna być anonimowa, ale istnieje. I nie możemy zakładać, że wszyscy mają nieczyste intencje. Pamiętam wyjątkowo wzruszający program telewizyjny. Dziennikarzom udało się w sposób sobie tylko wiadomy ustalić, kto był dawcą i biorcą serca. Doprowadzili do spotkania przed kamerami biorcy i ojca mężczyzny, który był dawcą. Pamiętam do dziś ten moment, gdy ojciec przytulił głowę do klatki piersiowej biorcy i słuchał bicia serca swojego syna. W tym było coś wzruszającego, ale czystego. Naszym obowiązkiem jest utrzymanie anonimowości. Ale kiedy emocje opadną — po roku, dwóch, trzech latach — i obydwie strony nadal chcą nawiązać kontakt, wtedy nie zdradzając danych osobowych, możemy przekazać zapieczętowane listy. To nie jest złamanie zasady anonimowości, raczej akceptacja, że życie jest takie, jakie jest.

Liczba pobrań nerek od dawców żywych nie jest w Polsce imponująca?

Jest mała. Wynika to z wielu czynników. Pierwszym jest brak wiedzy, drugim — brak przekonania ze strony kolegów ze stacji dializ, że dawstwo rodzinne jest bezpieczne. Spotykaliśmy się z sytuacjami, w których lekarze nefrolodzy mówili: Niech pan nie oddaje nerki, bo będzie pan kaleką. To oczywiście jest nieprawda. Po trzecie — jesteśmy społeczeństwem nieco bardziej schorowanym niż społeczeństwa zachodnie. Po czwarte — polskie prawodawstwo ogranicza potencjalnych dawców do najbliższej rodziny, a w przypadku osób z dalszej rodziny czy blisko związanych przewidziane jest dłuższe postępowanie. To oczywiście jest zabezpieczenie przed działaniami nieczystymi, czyli po prostu sprzedaniem swojej nerki. Handel narządami jest karalny, ale też nieetyczny. Człowiek nie powinien wykorzystywać swojego ciała w taki sposób.

A przesuwanie pacjentów na liście osób do przeszczepu? Ostatnio była taka afera w Niemczech.

Także jest nieetyczne.

4 stycznia minęło 20 lat, od kiedy przeszczepił pan w Poznaniu pierwszą nerkę.

Przeszczepienie nerki jest zabiegiem typowym i, wbrew pozorom, stosunkowo prostym. Natomiast potrafi rzucić na kolana. Za każdym razem jest inne, uczy pokory i zawsze podchodzę do niego jak do innego zabiegu. W transplantologii nie da się nudzić!

rozmawiała Daina Kolbuszewska

prof. Zbigniew Włodarczyk — ur. 1956, kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Uniwersyteckim im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego.

opr. mg/mg

Copyright © by [W drodze](#) (2/2014)