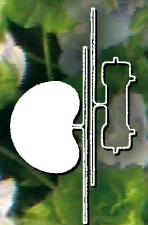




Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 2(13) 2011



DIALIZA i Ty

ISSN 1644-5139



DIALIZA i Ty

Czasopismo ukazuje się pod patronatem
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego
i Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych

Dializa i Ty – Kwartalnik dla chorych z niewydolnością nerek
NR 2(13) 2011, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:

prof. dr hab. med. Olgierd Smoleński

Zastępca redaktora naczelnego:

dr n. med. Adam Markiewicz

Sekretarze redakcji:

lek. med. Michał Śmigieński

lek. med. Agnieszka Pardała

Wydawca:

Fundacja Amicus Renis

os. Złotej Jesieni 1; 31-826 Kraków

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych

ul. Wilczy Stok 12; 31-237 Kraków

Sekretariat-biuro:

Danuta Maliszewska

tel. 12 646 85 65

faks 12 646 88 02

e-mail: olgierd.smolenski@fmc.pl

Michał Dębski-Korzec

kom. 691 586 848

faks 12 625 46 13

e-mail: osod@osod.info

Komitety naukowy kwartalnika:

dr med. Wacław Bentkowski

dr med. Krzysztof Bidas

prof. dr hab. med. Stanisław Czekalski

prof. dr hab. med. Alina Dębska-Ślizień

prof. dr hab. med. Ryszard Gellert

prof. dr hab. med. Ryszard Grenda

prof. dr hab. med. Władysław Grzeszczak

prof. dr hab. med. Marian Klinger

prof. dr hab. med. Andrzej Książek

prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko

prof. dr hab. med. Jacek Mannitius

prof. dr hab. med. Michał Myśliwiec

prof. dr hab. med. Kazimierz Ostrowski

prof. dr hab. med. Irena Pietrzak

prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

prof. dr hab. med. Władysław Sułowicz

dr med. Antoni Sydor

prof. dr hab. med. Zofia Wańkowicz

prof. dr hab. med. Andrzej Więcek

dr med. Rafał S. Wnuk

prof. dr hab. med. Danuta Zwolińska

dr Iwona Mazur

Zdjęcie na okładce: TOMASZ KULAWIK

Rysunki: KRZYSZTOF KMIĘĆ

W numerze:

3 Słowo od Redakcji – prof. dr hab. med. Olgierd Smoleński
„Aż kipi”, „Apostrofa” – Leszek A. Moczulski

4 Ludzie listy piszą

Cud narodzin – Żaneta Kowalewicz

5 Listy znad morza

Wesołe jest życie staruszka –

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

6 Kącik literacki

Wiersze – Alfred Stolarski

Nie odchodź Julio – Ewa Barańska

8 W oczach lekarza

Czy wynik przeszczepienia nerki zależy od rodzaju
dializoterapii? – dr n. med. Renata Wieczorek-

-Godlewska, prof. dr hab. med. Magdalena Durlak

Zakażenia cewnika do dializy otrzewnowej –

dr n. med. Józef Penar

Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej –

dr n. med. Piotr Rozentryt

14 Pielęgniarka radzi

Błędy w dializie otrzewnowej (cz. II): Informacja wstępna
– mgr Małgorzata Nawara

15 Głos Stowarzyszenia

„Krosno dla Transplantacji” – Anita Kafel

NEFROTEST 2011 – Marzena Fink-Stelmasiak

VI Ogólnopolskie Spotkanie Pielęgniarek Oddziałowych

– Michał Dębski-Korzec

Operacja życie – Dariusz Chmiel

Drodzy Pacjenci i Czytelnicy „Dializy i Ty”... –

dr Iwona Mazur

ŚWIATOWY DZIEŃ NEREK 2011: „Chroń nerki – ocal

swoje serce” – Anna Piątkowska-Borek

22 Nasz chleb powszedni

Białka, tłuszcze i węglowodany w diecie osób z przewlekłą
chorobą nerek w okresie leczenia zachowawczego

– lek. med. dr inż. Dariusz Włodarek

25 Dializa za miedzą

Dializa w Norwegii – Iwona Krzeszowska

26 Co nowego w dializoterapii

Hemodializa domowa nocą – Marion Higgins

28 Ruch to zdrowie

Ruch jako najtańszy lek (cz. II) – Jolanta Zajt-Kwiatkowska,
Stanisław Bakuła

Obóz rehabilitacyjno-narciarski dla dzieci po
przeszczepieniu narządów – K. Murdzek

Sylwetki pacjentów-sportowców: Mirosław Burski –
K. Murdzek

32 Nasze hobby

Malowanie duszą – Anita Kafel

Ewa Zeliger

33 Słowniczek pacjenta

34 Krzysztof Kmieć – Wspomnienie

36 Poczet wybitnych nefrologów polskich

Profesor Marian Klinger

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych ma-
teriałów.

Materiały nadesłane do redakcji mogą być publikowane na łamach
„Dializa i Ty” w przypadku, gdy autor nie wyrazi pisemnego sprzeciwu.
Redakcja zastrzega sobie prawo do odrzucenia publikacji lub zmian
w nadesłanych materiałach.

SŁOWO OD REDAKCJI

Szanowni Państwo,

Problemy dializy otrzewnowej były przedmiotem zainteresowania VI Konferencji Naukowo-Szkoleniowej firmy Baxter, która odbyła się w maju w Mrągowie. Zgromadziła ok. 200 lekarzy zajmujących się w naszym kraju tą problematyką. Na leczenie nerkozastępcze składają się: przeszczepianie nerek, leczenie dializami – hemodializą i dializą otrzewnową. W roku 2009 na świecie dializowanych było prawie 1 700 000 ludzi, z tego 203 tysiące dializami otrzewnowymi. W Polsce leczono 15 tysięcy, a za pomocą dializy otrzewnowej prawie 1400 osób. Metoda ta jest stosowana na świecie u ponad 10% leczonych. W Europie – najczęściej w Szwecji – ok. 20% dializowanych, w Hongkongu 80% i Meksyku ok. 65% leczonych. Zastosowanie jednej z dwóch metod dializy otrzewnowej: Ciągłej AmbulATORYJNEJ i AUTOMATYCZNEJ jest bardzo różne w poszczególnych krajach Europy. W Irlandii APD stosowana jest u prawie 80%, a w Rosji zaledwie u ok. 5% leczonych. W Polsce występuje bardzo duże zróżnicowanie w ilości dializowanych otrzewnowo na milion mieszkańców: od 9 w województwie warmińsko-mazurskim do prawie 50 – w pomorskim. W czasie obrad konferencji omówiono problem stanu dializoterapii otrzewnowej w Polsce, zastosowanie jej w warunkach nieplanowych: ostra niewydolność nerek, nieplanowy start w przewlekłej ich niewydolności. Przedstawiono zastosowanie rehabilitacji u chorych dializowanych otrzewnowo i jej pozytywny wpływ na poprawę stanu wydolności fizycznej leczonych. Największe zainteresowanie budziła sesja poświęcona dostępowi do dializy otrzewnowej, na której omówiono różne metody zakładania cewnika (Seldingera, Moncriefa–Popovicha, laparoskopowa, przedmostkowa). Ożywiona dyskusja jeszcze raz potwierdziła równowagę tej metody w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek w stosunku do hemodializy i obowiązującą zasadę, że jeżeli to jest uzasadnione medycznie, winna być metodą startu do leczenia nerkozastępczego.

Olgierd Smoleński

Aż kipi

Aż kipi.
Czułość?
Nie tylko!
Czas? Godzina?
Czas, ta godzina także wrze!
Pamięć?
Żyje!
Wierność ?
Dopiero teraz!

Aż kipi – wiara, nadzieja i miłość.

Apostrofa

Żeby w moich piersiach
wolność leciała jak ptak.
Żeby moje serce
zabiło aż tak.

Leszek A. Moczulski

CUD NARODZIN

Mam 38 lat, jestem mężatką i mamą dwuletniej Joasi. Nadal trudno mi w to uwierzyć, bo odkąd zachorowałam wiedziałam, że nie będę mieć dzieci. „Całkowita niewydolność nerek” – taką diagnozę usłyszała moja mama, kiedy miałam 16 lat, wtedy też zostałam poddana pierwszej hemodializie.

Myślałam, że to jednorazowy zabieg, po którym moje nerki wrócą do pełnej sprawności, ale okazało się, że hemodializy staną się moją codziennością – po prostu tak będzie wyglądać moje życie. Wyobraźcie sobie nastolatkę, która po pierwszym zabiegu oczyszczania krwi, nieświadoma jeszcze tego, co ją dalej czeka, wdzięczna za pomoc, dziękuje i żegna się z personelem w stacji dializ, a w odpowiedzi na pożegnanie słyszy, że „przecież jutro się znowu zobaczymy”, i wyobraźcie sobie, jak z niemym pytaniem zaglądam w oczy mamie. Kiedy ma się 16 lat, nie planuje się całego życia, nie myśli się jeszcze o „dorosłej przyszłości”, ale nadszedł ten czas – dorosłam. Pokochałam chłopaka, który został moim mężem. Opowiedziałam mu o pierwszym nieudanym przeszczepie i o tym, że choroba moja nie pozwala mi na zajście w ciążę. Mimo to chciał, żebym została jego żoną. Nasze małżeństwo było udane. Bardzo się kochaliśmy i byliśmy ze sobą szczęśliwi, lecz myśl o dziecku, z którym moglibyśmy dzielić się miłością, nas nie opuszczała. Po pięciu latach małżeństwa zaczęliśmy starania o dziecko poprzez adopcję. Usłyszeliśmy jednak, że nie spełniamy warunków rodziny adopcyjnej, dyskwalifikuje nas jako rodziców moja choroba. Mój żal i złość były wielkie, ale znowu znalazłam oparcie w rodzinie. Miłość najbliższych i ciepło domowe pomogły mi wrócić do normalnego życia. Po dwunastu latach od pierwszego przeszczepu dostałam jeszcze jedną szansę. Zostałam wezwana na drugi przeszczep, z nim wiązałam nową nadzieję – nadzieję na zostanie mamą. Pomimo moich starań organizm po raz kolejny odrzucił przeszczep.



Joasia z rodzicami

Ostatecznie pogodziliśmy się z myślą, że nie będziemy rodzicami. Dwunasty rok naszego małżeństwa przyniósł nam niesamowitą wiadomość. W kwietniu 2008 roku okazało się, że jestem w szóstym tygodniu ciąży. Co czułam? Byłam szczęśliwa i jednocześnie przerażona, ale jednego pewna – „zrobię wszystko, żeby donosić tę ciążę i urodzić zdrowe dziecko”. Po rozmowie z lekarzami w stacji dializ wiedziałam, że w związku z ciążą będę musiała być poddawana codziennej hemodializie. Powiedzieli mi również, że dla bezpieczeństwa, mojego i dziecka, może zaistnieć konieczność wcześniejszego rozwiązania ciąży.

Od tego momentu byłam pod stałą kontrolą lekarzy ginekologów. Ciąża przebiegała bez powikłań, płód rozwijał się prawidłowo. Nasza córka urodziła się w jako wcześniak w 33. tygodniu ciąży przez cesarskie cięcie, w dniu wybranym przez lekarzy. Ważyła 1700 g, mierzyła 47 cm długości i dostała 10 punktów w skali Apgar. Joasia jest śliczną, zdrową dziewczynką – jest naszym wymarzonym dzieckiem.

Opowiadając Państwu tę historię, chcę pokazać, że pomimo tylu przeciwności losu trzeba wierzyć w marzenia i nie tracić nadziei na ich realizację, tak jak my jej nie straciliśmy.

Żaneta Kowalewicz



Joasia z mamą w Stacji Dializ

BOLESŁAW RUTKOWSKI

WESOŁE JEST ŻYCIE STARUSZKA



Zastanówmy się, na ile to porzekadło jest słuszne i zacznijmy od wieku. Chyba każdy z nas po cichu marzy, aby osiągnąć wiek sędziwy. Niezależnie bowiem, czy wierzymy w nieśmiertelność duszy i lepsze bytowanie po drugiej stronie tęczy, czy też w reinkarnację, to zdecydowanie większości z nas nie śpieszy się tego sprawdzać. Tym bardziej zapewne osobom zaliczanym do agnostyków nieśpiesznie jest do szybkiego zakończenia ziemskiego bytowania. A szanse na znacznie dłuższe życie są coraz bardziej realne, jeśli weźmie się pod uwagę wydłużenie się życia ludzkiego na całym świecie, w tym także i w Polsce. Wprawdzie jeszcze trochę brakuje nam do Japończyków, którzy przeciętnie żyją najdłużej na świecie, ale już w naszym pięknym kraju przeciętna kobieta ma szansę dożyć 80., a przeciętny mężczyzna 72. roku życia. W Europie kobiety najdłużej żyją w Szwajcarii i Hiszpanii (średnio 84,4 lat), a mężczyźni w Islandii (średnio 79,6 lat). Warto dodać, że w naszym kraju istnieją także różnice regionalne, jeśli chodzi o przeżycie mieszkańców. Z danych GUS wynika, że jeśli chce się dłużej żyć, to najlepiej zamieszkać w takich województwach jak: małopolskie, opolskie, podkarpackie lub pomorskie. Natomiast najkrócej żyją mieszkańcy województwa łódzkiego oraz miasta stołecznego Warszawy. To, że życie w stolicy może być toksyczne, to wiadomo. Nie darmo jeden z bardów nawołuje: „Nie przenoście nam stolicy do Krakowa”. Ale czym zawinili biedni łodzianie? Istnienie powyższych różnic potwierdzają także dane dotyczące przeciętnego przyrostu życia w ciągu ostatnich 15 lat. Największy przyrost zanoto-

wano bowiem w województwach opolskim i pomorskim. Mam nadzieję, że ujawnienie przeze mnie tych danych nie spowoduje istnej migracji ludów w naszym kraju. Kończąc tę część rozważań demograficznych warto dodać, że prognozy Głównego Urzędu Statystycznego przewidują, iż w roku 2030 blisko ¼ naszych rodaków będzie miała ukończony 65. rok życia. Z jednej strony to piękna perspektywa dla kolejnych pokoleń Polek i Polaków. Pośród czynników sprawczych takiego stanu rzeczy należy wymienić długoletni okres pokoju w naszym regionie, zwalczanie epidemii chorób zakaźnych, postęp dotyczący higieny dnia codziennego oraz rozwój medycyny. Cokolwiek byśmy bowiem nie psioczyli na współczesną medycynę, pozwala ona uratować wiele istnień ludzkich oraz wydłużać życie w znaczący sposób. Niewątpliwym problemem jest w tym przypadku nie tylko jego wydłużanie, ale także równoległe zapewnienie odpowiedniej jakości życia. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, iż na jakość życia poza czysto medycznymi czynnikami mają wpływ aspekty społeczne, psychologiczne czy wreszcie te przyziemne, ekonomiczne. Jednakże, jakbyśmy krytycznie nie spojrzeli, to wokół siebie widzimy coraz więcej osób w wieku podeszłym, cieszących się dobrym zdrowiem i posiadających wciąż odpowiedni napęd i chęć, aby cieszyć się urokami życia. Stąd też coraz częściej widuje się zadowolone osoby w sędziwym wieku, uczestniczące w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku lub też korzystających z uroków tanich posezonowych wypraw do różnych ciekawych miejsc na naszym globie. To oczywiście pozytywny

ogląd stanu związanego ze starzeniem się społeczeństw. Z drugiej jednak strony wiadomo, że w przyrodzie nie ma nic za darmo. Stąd też, czy chcemy czy nie chcemy, rezerwy czynnościowe naszego organizmu ulegają wraz z wiekiem stopniowemu wyczerpaniu. Nic zatem dziwnego, że w wieku podeszłym nie nadajemy się do uprawiania sportów wyczynowych, ale generalnie sprawność fizyczną możemy i powinniśmy utrzymywać aż do setki. Jednocześnie stopniowo dochodzi do zaburzeń funkcji ważnych dla życia narządów, takich jak mózg, serce, płuca, nerki, stawy i inne. Nic zatem dziwnego, że 28% spośród osób hospitalizowanych w Polsce w roku 2009 stanowili pacjenci, którzy ukończyli 65. rok życia. Jeśli weźmiemy pod uwagę nerki, to upośledzeniu ulega wiele ich funkcji – od zaburzeń zagęszczania i rozcieńczania moczu do zmniejszania ich funkcji wydalniczej. Nic zatem dziwnego, że przewlekła choroba nerek znacznie częściej rozwija się u osób starszych, aniżeli u ludzi młodych. Podobnie rzecz się ma ze schyłkową niewydolnością nerek, która prowadzi wprost do konieczności stosowania leczenia nerkozastępczego. W tym względzie bardzo szybko dogoniliśmy rozwinięte, cywilizowane kraje Europy i świata, w których większość osób, które potrzebują tego typu terapii, to ludzie, którzy ukończyli 65. rok życia. W ostatnich latach także w naszym kraju ponad 50% pacjentów, u których rozpoczyna się leczenie dializami, to osoby z tej właśnie grupy wiekowej. W niechlubną przeszłość odchodzą czasy, kiedy takich ludzi w ogóle niekwalifikowano do dializoterapii. Należy tu podkreślić ogromne wysiłki śro-

dowiska nefrologicznego, które doprowadziło w ciągu ostatniego dwudziestolecia do zmiany sytuacji w tym zakresie. Warto oddać też cześć politykom, którzy pomogli w tym zbożnym dziele poprzez wysupłanie niemałych sum w budżecie przeznaczonym na ochronę zdrowia, skierowanych na rozwój dializoterapii. Gwoli prawdy historycznej pierwsze poważniejsze kwoty na ten cel pochodziły z tak zwanego Funduszu Mazowieckiego. Tym, którzy tego nie pamiętają, trzeba uświadomić, że fundusz ten pochodził z dobrowolnych składek i datków społeczeństwa polskiego. Potem były fundusze budżetowe, a teraz zajął się tym problemem kapitał niepubliczny. No i tak się porobiło, że w naszym ośrodku w ostatnich dniach kwalifikowaliśmy do dializ zażywaną 92-letnią nauczycielkę. No, bo czemu nie! Przecież nie wiadomo, jak długie życie przypisano naszej na-

uczycielce w księgach niebieskich. A w końcu w kierowanej przeze mnie klinice od dawna obowiązuje zasada, iż: „gwarancję dajemy pacjentowi do stu lat, a potem to się zobaczy”. Zresztą trzeba dodać, że do zabiegu przeszczepienia nerki również coraz częściej trafiają pacjenci, którzy ukończyli 60. bądź nawet 70. rok życia. Wystarczy przytoczyć, że 20% spośród osób, którym przeszczepiono nerkę w ubiegłym roku w ośrodku gdańskim stanowili pacjenci, którzy ukończyli 60. rok życia. Podobny trend obserwuje się na całym świecie. Przestano bowiem opierać się na wieku metrykalnym, a liczy się wiek biologiczny. No, a ten, jak z tego wynika nie jest taki zły. Wspomniałem już poprzednio, że nie tylko żyjemy coraz dłużej, ale dochodzimy do wieku sędziwego w coraz lepszej kondycji. Warto w tym miejscu jeszcze raz powrócić do sytuacji osób w podeszłym wie-

ku, którym przeszczepiono nerkę. Trzeba bowiem uświadomić sobie, że wyniki przeszczepiania w tej grupie wiekowej są porównywalne do tych, które są osiąganymi u osób młodych. Oznacza to, że warto i trzeba to robić, a także, iż transplantologia zmierza we właściwym kierunku. Zatem po wpadnięciu w pewien „dołek” spowodowany wspomnieniem niekorzystnych zmian w naszym organizmie związanych z wiekiem, ponownie jesteśmy „na górze”. Potwierdza to zresztą moje przekonanie, że wszystko w życiu przebiega sinusoidą. I tego będziemy się trzymać, szczególnie że udało się wdrapać w naszych rozważaniach na jej wzrastającą część. Starajmy się pozostać na niej jak najdłużej. A wtedy uwierzycie, że istotnie „wesole jest życie starszuszka”.

Trzymajcie się ciepło.

Wasz Bolesław

KĄCIK LITERACKI

ALFRED STOLARSKI

TU i TERAZ – Chodzi o to, abyśmy doznawali nadziei i przeżywali ją na podobieństwo tych nagich drzew, które za dotknięciem wiosennego słońca w nieprzymuszonym posłuszeństwie okrywają się niepojętą urodą kwieciami i niewinną aureolą zapachów. Najpierw! A potem jeszcze z przemożną starannością przymnażają sobie żywota w niepoliczalnej zieloności liści, aby dopełnić go gorliwą i cierpliwą troską o obfitość dobrego owocu.

Wstęp do tomiku *Myśli najuboższe*
alfabet wdzięczności

Każda choroba jest jak zawzięty wróg... Liczy na nasze bezmyślne zachowanie albo na świadome zlekceważenie, co właśnie zapewnia jej naszą pomoc do wymeldowania nas na cmentarz.

★

Życie człowieka na ziemi trwa dwa dni z górą: Pierwszy dzień – jest dzieckiem. Drugi dzień – przeżywa jako stary człowiek. Trzeciego dnia staje przed Bogiem, by złożyć sprawozdanie.

★

Bóg odpowiada na wszystkie pytania i rozterki ludzi, lecz czyni to tak, żeby człowiek zdobywał mądrość w rezultacie własnego i radosnego trudu myślowego. Na tej drodze – człowieka zdobywającego odpowiedź – sam Bóg pozostaje ukrytym inspiratorem wszystkich twórczych poruszeń.



Szanowni Państwo,

przedstawiamy fragment powieści pani Ewy Barańskiej pt. *Nie odchódź, Julio* oraz kilka słów o autorce. Prosimy o kontakt poprzez e-mail lub forum na stronie internetowej Stowarzyszenia i wyrażenie opinii o poniższym tekście. Jeśli uznają Państwo, że jest on interesujący, postaramy się wydrukować kolejne fragmenty książki.

OPERACJA

Julia z poczuciem kompletnej bezbronności leżała na wzrak, rozkrzyżowana na stole operacyjnym. Utkwiwszy wzrok w ogromną, ośmiorefektorową lampę starała się opanować zdenerwowanie. Sprane i wystrzępione prześcieradło okrywało jej nagość, włosy osłaniał operacyjny czepek. Z lewej strony zza otwartych drzwi dobiegał szum ciekącej wody. Domyśliła się, że to lekarze myją ręce. Po prawej pielęgniarki w jałowych масечkach wyjmowały z autoklawu instrumenty medyczne.

Bała się – mimo świadomości, że otaczająca ją skomplikowana aparatura podnosi poziom bezpieczeństwa, a rodzice zadbali, żeby powierzyć ją w ręce najlepszych specjalistów. Miał ją operować sam doktor Ziemiański, ponoć najlepszy chirurg naczyniowiec. Julia zdążyła go poznać, gdy przed zabiegiem przyszedł ją zbadać i obejrzeć ręce. Był to mężczyzna o chłopięcej sylwetce, prawie białych kręconych włosach i smukłych dłoniach pianisty.

Nagle lampa rozbłysła wszystkimi reflektorami, a cały personel skupił się wokół stołu, na którym leżała.

– Dostaniesz znieczulenie miejscowe, co znaczy, że zostanie zablokowany ból w miejscu wykonywania operacji. Bądź spokojna, metoda jest całkowicie bezpieczna – poinformowała pani anestezjolog i zaczęła wymacywać pod jej pachą żyły do wkłucia.

Dla Julii było oczywiste, że lekarka nie do końca mówi prawdę. O zagrożeniach powiadomiono rodziców, a ją, jako małolatę, chroniono przed stresem. Mimo to powiedziała:

– Rozumiem.

– Podczas operacji będziesz otrzymywać kroplówkę z roztworem glukozy.

Poczuła bolesne ukłucie i wzdłuż ręki ruszyła armia mrówek. Chwilę później przed jej twarzą rozciągnięto ekran z zielonego sukna, pozostawiając ocenę tego, co się dzieje, innym niż wzrok zmysłom. Ból w prawej ręce świadczył o założeniu wenflonu, pikanie i chłodny dotyk na skórze w okolicy piersi – o przyłączeniu do monitora rejestrującego pracę serca, zapach jodyny i spirytusu – o jałowieniu pola operacyjnego...

Zupełnie niespodziewanie pomyślała o Wiktorze. Zamknęła oczy i pod powiekami, niczym dekoracja na teatralnej scenie, pojawiły się stoliki przed Costa Coffee, a przy jednym z nich, niby aktorzy, ONA i ON – rozumiejący się bez słów, opromienieni aurą szczęścia... Czas przestał istnieć, a cały świat stał się tylko tłem dla ich miłości. Julia poczuła nagle nieprzeparte pragnienie, żeby wejść w tę cudowną wizję, i ku swojemu zdziwieniu stwierdziła, że rzeczywiście się podnosi.

– Proszę nie wstawać, proszę leżeć – głos pani anestezjolog nieprzyjemnie wwiercił się w jej mózg.

Ktoś chwycił jej ciało za ramiona i położył z powrotem na stole operacyjnym, tymczasem ona nadal wstawała. Czuła, jak pozostawia za sobą ścinające się lodem komórki i z przerażeniem zdała sobie sprawę, że... umiera!

„Nie chcę! Moje serce musi bić dla niego!” – zaprotestowała całą siłą woli. Bezskutecznie. Lekka i świetlista, obojętna na grawitację, nadal wzbijała się ku górze...

– Zostań ze mną! – usłyszała głos Wiktora, chociaż nigdzie nie mogła go już dostrzec. Zobaczyła za to siebie na stole operacyjnym, leciutko drgającą zieloną linię na ekranie aparatu monitorującego funkcje życiowe, skupiony wokół stołu personel i chirurga, który za pomocą laryngoskopu intubował jej bezwładne ciało...

Pozbawiona ciężaru cielesnej powłoki, w tej nowej formie bytu-niebytu Julia czuła pełnię życia bardziej niż kiedykolwiek. Jakby była motylem uwolnionym z kokonu... Miała wrażenie, że nagle z rzeczywistości, w którą wrosła, została wrzucona do innego wymiaru: czas i przestrzeń traciły tu sens, nie działały newtonowskie prawa, świadomość istniała poza mózgiem, wzrok bez pomocy oczu obejmował pole widzenia 360 stopni, a ona sama była niewidzialna dla żywych. „Czy to możliwe, że całe moje życie jest już tylko przeszłością? Dlaczego?” W odpowiedzi otuliła ją biała jasność przesycona poczuciem boskiej obecności. Realny świat ucichł, by ustąpić miejsca kojącej ciszy, będącej jednocześnie nieskończeniem doskonałą harmonią, bezdźwięczną, lecz najpiękniejszą muzyką, jaką kiedykolwiek słyszała. Stapiała się powoli z tym niezmiernym światłem sięgającym nieskończoności, choć nadal pozostawała sobą. Przechwyciła, że za chwilę pozna ostateczną prawdę, że zaraz będzie jej dane spojrzeć w sam środek wszechświata – który być może ma oblicze samego Boga – że w jednej sekundzie posiadzie wszechwiedzę o prapoczątku, że zrozumie wszystkie tajemnice wszystkich czasów, uzyska odpowiedź na każdą zagadkę czasoprzestrzeni... Lecz najwspanialsza była przenikająca ją na wskroś nieziemska miłość, akceptacja i zrozumienie, które sprawiły, że znikło w niej wszelkie poczucie winy wobec życia, które właśnie oddaje.

Parę słów o mnie

Urodziłam się na Dolnym Śląsku, obecnie wraz z synem, synową, dwójkiem wnucząt, dwoma kotami i jednym psem mieszkam na Podkarpaciu. W 1987 roku zaczęłam się dializować w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. F. Chopina w Rzeszowie. Przez ponad dziesięć lat byłam aktywna zawodowo, lecz z czasem pogarszający się stan zdrowia zmusił mnie do przemodelowania swojego życia. Chociaż z wykształcenia jestem chemikiem, postanowiłam zająć się twórczością literacką. W 2006 roku moja powieść „Kamila” została wyróżniona w Ogólnopolskim Konkursie Literackim organizowanym przez Wydawnictwo Telbit. Od tamtego czasu trwa nasza współpraca. „Nie odchódź, Julio” jest dziesiątą książką napisaną dla tego Wydawnictwa.

Dla mnie jest to pozycja szczególna, ponieważ jej bohaterką uczyniłam chorą na niewydolność nerek siedemnastolatkę, która się dializuje i czeka na przeszczep. Starłam się w realistyczny sposób pokazać, jakim ciosem nieuleczalna choroba, która pochodzi z nienacka, jak wpływa na życiowe plany, uczucia, postawę rodziny i przyjaciół. Przyznaję, że bogatego materiału do fabuły dostarczyła mi wieloletnia obserwacja ludzi spotykanych w szpitalu, i to zarówno wśród pacjentów jak i personelu. Mam nadzieję, że każdy z Czytelników „Dializy i Ty” znajdzie w mojej książce cząsteczkę swojego losu.

Powieść dedykowałam doktorowi Wacławowi Bentkowskiemu, ordynatorowi Oddziału Nefrologii i Dializoterapii, którego jestem wieloletnią pacjentką.

Zapraszam wszystkich na moją stronę internetową www.ewabaranska.pl

Ewa Barańska

RENATA WIECZOREK-GODLEWSKA, MAGDALENA DURLIK

Czy wynik przeszczepienia nerki zależy od rodzaju dializoterapii?

Współczesna medycyna dysponuje trzema metodami leczenia nerkozastępczego. Są to dwie formy dializoterapii: hemodializa i dializa otrzewnowa oraz transplantacja nerki. Wybór terapii zależy od wskazań medycznych i preferencji chorego, tym niemniej to przeszczepienie nerki jest uważane za optymalną metodę leczenia nieodwracalnego uszkodzenia nerek: wydłuża życie chorego, znacznie poprawia jego jakość, jest też opłacalne ekonomicznie – koszty przeszczepiania nerek są mniejsze niż przewlekłej dializoterapii. Transplantacja jest też jedyną metodą leczenia nerkozastępczego, która przywraca czynność wewnątrzwydzielniczą nerki – produkcję erytropoetyny, aktywnej postaci witaminy D, hormonów wpływających na regulację ciśnienia tętniczego i funkcję śródbłonna naczyń.

Przeszczepienie nerki zmniejsza ryzyko zgonu chorego o ponad 60% i wydłuża życie o około 10 lat. W tej sytuacji wydaje się oczywiste, że każdy pacjent ze schyłkową niewydolnością nerek powinien być, przy braku przeciwwskazań, rozpatrywany jako biorca nerki.

Zabieg przeszczepienia nerki może być wykonany u chorego z rozpoznaniem schyłkowej niewydolności nerek w trakcie leczenia dializami (dializa otrzewnowa – DO lub hemodializa – HD) lub jeszcze przed rozpoczęciem dializoterapii, tzw. przeszczepienie wyprzedzające – *preemptive*. Na krótko- i długoterminowe wyniki przeszczepienia ma wpływ wiele czynników zależnych zarówno od dawcy, jak i biorcy, a także od czasu i metody przechowywania nerki, techniki zabiegu operacyjnego i możliwych powikłań pooperacyjnych oraz leczenia immunosupresyjnego. Omówienie wszystkich tych zależności wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Należy jednak z całą mocą podkreślić, że wyniki przeszczepienia nerek pobranych od dawcy żywego są lepsze niż od dawcy zmarłego, a w przypadku pacjentów dializowanych rokowanie co do przeżycia pacjenta i przeszczepionej nerki jest tym lepsze, im krócej pacjent się dializuje.

Optymalnym rozwiązaniem jest więc przeszczepienie nerki od dawcy żywego przed rozpoczęciem dializ – transplantacja jest wówczas pierwszą i jednocześnie najlepszą metodą leczenia nerkozastępczego.

Chociaż wyniki przeszczepienia wyprzedzające są wyraźnie lepsze niż transplantacji wykonanej w okresie leczenia dializami, to rosnące zapotrzebowanie na przeszczepy nerek, stały niedobór narządów do transplantacji i wydłużająca się lista oczekujących powoduje, że większość chorych jest przeszczepiana już w okresie dializoterapii. W Polsce liczba transplantacji wyprzedzających wynosi ok. 7% wszystkich przeszczepień nerki, a jedynie 2% przeszczepianych nerek pochodzi od żywych dawców (dla porównania – transplantacje od dawców żywych w Stanach Zjednoczonych stanowią 45%).

Ponieważ dla większości chorych przeszczepienie nerki nie jest pierwszą metodą leczenia nerkozastępczego, nasuwa się pytanie, która z metod – dializa otrzewnowa czy hemodializa – stosowane przed transplantacją wiąże się z lepszym przeżyciem pacjenta i przeszczepionego narządu, i w związku z tym powinna być proponowana potencjalnym kandydatom do przeszczepu. Dane pochodzące z badań, szczególnie tych wcześniejszych, z lat 90., nie są jednoznaczne. Interpretację wyników dodatkowo utrudnia fakt, że pochodzą one z badań retrospektywnych, nierandomizowanych. Obecnie przeważa pogląd, że rodzaj dializy – hemodializa lub dializa otrzewnowa – nie ma wpływu na odległe wyniki przeszczepienia. Każda z technik dializoterapii stwarza jednak ryzyko określonych powikłań, które mogą wystąpić u biorcy przeszczepu.

Analiza dużych baz danych pacjentów przeszczepionych w latach 90. wykazała większe prawdopodobieństwo otrzymania przeszczepu u pacjentów leczonych techniką dializy otrzewnowej – analiza danych Medicare wykazała, że przeszczepiono 31,7% pacjentów dializowanych otrzewnowo i 15,7% leczonych metodą hemodializy. Stwierdzono też, że dia-

liza otrzewnowa, stosowana przed przeszczepieniem nerki, zmniejszała ryzyko utraty graftu o 3%, a zgonu biorcy przeszczepu o 6%. Dane te były powodem preferowania dializy otrzewnowej przed przeszczepieniem nerki jako metody mającej ochronne działanie dla pacjenta i przeszczepionego narządu. Dokładniejsza analiza wykazała jednak, że pacjenci dializowani obiema metodami nie stanowią jednorodnych grup: chorzy dializowani DO byli młodszy, mieli też mniej chorób współistniejących, co znakomicie poprawiało wyniki przeszczepienia. Pacjenci dializowani DO byli też wcześniej umieszczani na liście oczekujących na przeszczepienie, a tym samym krócej dializowani przed uzyskaniem przeszczepu; większa też była w tej grupie liczba transplantacji od żywych spokrewnionych dawców. Ponieważ wyniki przeszczepienia pogarszają się wraz z wydłużaniem okresu dializoterapii, oczywiste jest, że im krótszy czas od rozpoczęcia dializoterapii do transplantacji, tym lepsze przeżycie zarówno biorcy, jak i przeszczepionej nerki. Poza tym dializę otrzewnową częściej wybierają pacjenci młodzi, samodzielni, aktywni zawodowo. Są oni znacznie bardziej niż chorzy leczeni hemodializą zaangażowani w prowadzenie terapii w związku z koniecznością samodzielnego wykonywania procedury dializy; wydają się też bardziej zmotywowani do przeszczepienia nerki. Ponieważ przed umieszczeniem chorego na liście kandydatów do przeszczepienia konieczne jest wykonanie licznych badań diagnostycznych, a często także zabiegów leczniczych (np. koronarografia, zabiegi na układzie moczowym), determinacja pacjenta w dążeniu do transplantacji ma zasadnicze znaczenie.

Opóźniona czynność przeszczepionej nerki

Nie w każdym przypadku przeszczepiona nerka podejmuje swoją funkcję bezpośrednio po transplantacji. Opóźniona czynność przeszczepu (DGF – *delayed graft function*), czyli przejściowa niewydolność przeszczepionej nerki, powodująca konieczność dializoterapii w pierwszych średnio 7–10 dniach od transplantacji, jest częstym powikłaniem przeszczepiania nerek. Według rejestrów amerykańskich (UNOS – *United Network for Organ Sharing*) występuje u 21–40% biorców nerek od dawców zmarłych i u 6% od dawców żywych. DGF jest niezależnym czynnikiem ostrego odrzucania, upośledzenia czynności nerki w pierwszym roku po przeszczepieniu oraz obniżenia przeżycia przeszczepu w dłuższym okresie. Do najczęstszych przyczyn opóźnionej czynności przeszczepu należy uszkodzenie niedokrwienne narządu w czasie jego pozyskiwania, przechowywania i przeszczepiania.

Większość analiz wykazuje zwiększoną częstość DGF u pacjentów leczonych hemodializą w porównaniu z chorymi leczonymi dializą otrzewnową. Ochronną rolę dializy otrzewnowej próbowano tłumaczyć kilkoma przyczynami:

- większa stabilność płynowa chorych dializowanych DO spowodowana powolną, rozłożoną na całą dobę ultrafiltracją i zwiększoną objętością płynu pozakomórkowego. Pacjenci dializowani tą metodą znajdują się w stanie względnej hipowolemii, co zapobiega okołoperacyjnemu spadkom wartości ciśnienia tętniczego i dalszemu niedokrwienneму uszkodzeniu przeszczepionej nerki,
- diureza resztkowa, częściej zachowana u pacjentów dializowanych otrzewnowo niż hemodializowanych, może mieć ochronny wpływ na funkcję przeszczepu,
- negatywny wpływ hemodializy, szczególnie połączonej z dużą ultrafiltracją wykonanej bezpośrednio przed przeszczepieniem nerki. Pacjenci hemodializowani często wymagają dodatkowego zabiegu dializy krótko przed transplantacją, np. z powodu hiperkalemii, rzadko obserwowanej u pacjentów dializowanych otrzewnowo. Szybkie zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej może powodować obniżenie rzutu serca i niedokrwienie nerki. Zabieg dializy wykonany w ciągu 24 godzin przed przeszczepieniem jest uważany za czynnik ryzyka wystąpienia DGF,
- negatywny wpływ kontaktu krwi z nie w pełni zgodną błoną dializacyjną w trakcie zabiegu hemodializy bezpośrednio przed przeszczepieniem, co stymuluje produkcję substancji prozapalnych, nasilających uszkodzenie nerki,
- w części analiz znaleziono także różnice na niekorzyść HD w czasie zimnego niedokrwienia (czas od pobrania i schłodzenia narządu do momentu ponownego ukrwienia po wykonaniu zespołu naczyń u biorcy). Pacjenci dializowani otrzewnowo są w każdym momencie gotowi do przeszczepienia; opróżnienie jamy otrzewnowej z płynu dializacyjnego nie wymaga długiego czasu. Chorzy hemodializowani zwykle muszą mieć wykonany kilkugodzinny zabieg dializy przez transplantację. Przedłużający się czas niedokrwienia pogarsza wyniki transplantacji; najlepsze przeżycie przeszczepu uzyskuje się, gdy całkowity czas niedokrwienia nie przekracza 24 godzin.

Znajomość tych powikłań pozwala w dużym stopniu im zapobiegać. Obecnie standardem jest stosowanie nowych, biozgodnych błon dializacyjnych, nie wykonuje się rutynowo dializy bezpośrednio przed przeszczepieniem, o ile nie jest ona konieczna, unika się też znacznego odwadniania pacjenta w trakcie zabiegu. Takie postępowanie powoduje, że częstość opóźnionej czynności przeszczepu jest porównywalna u pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo.

Ostre odrzucanie przeszczepionej nerki

Ostre odrzucanie jest reakcją immunologiczno-zapalną organizmu biorcy na obce antygeny dawcy przeniesione z przeszczepionym narządem. O ile nie jest leczone, może doprowadzić do uszkodzenia i utraty przeszczepionej nerki. Starsze dane sugerowały większą częstość ostrego odrzucania u pacjentów dializowanych otrzewnowo. Tłumaczono to lepszym funkcjonowaniem ich układu immunologicznego i zwiększoną immunoreaktywnością u tych chorych. Liczne nowe opracowania nie potwierdzają tej tezy: częstość epizodów ostrego odrzucania jest porównywalna u pacjentów leczonych obiema metodami i przy obecnie stosowanych schematach leczenia immunosupresyjnego nie przekracza 20% we wczesnym okresie po transplantacji.

Zakrzepica naczyń nerki przeszczepionej

Zakrzepica naczyń nerki przeszczepionej jest groźnym powikłaniem, często doprowadzającym do utraty przeszczepu we wczesnym okresie po transplantacji. Niektóre badania sugerują zwiększoną częstość zakrzepicy u pacjentów leczonych techniką dializy otrzewnowej. DO sprzyja nadkrzepliwości z kilku powodów:

- u pacjentów dializowanych otrzewnowo obserwowano wyższy poziom fibrynogenu i płytek krwi,
- pacjenci dializowani otrzewnowo są częściej otyli – nadwaga, a zwłaszcza otyłość sprzyja powikłaniom zakrzepowym,
- mniejsza częstość powikłań zakrzepowych u pacjentów leczonych hemodializą może też wynikać z regularnego podawania u nich preparatów heparyn do zabiegów dializy.

Obecnie w okresie okołoperacyjnym rutynowo stosowana jest profilaktyka przeciwzakrzepowa za pomocą podawanych podskórnie preparatów heparyny drobnocząsteczkowej. Powoduje to znaczące zmniejszenie częstości tego groźnego powikłania.

Inne powikłania

Niektóre badania wykazywały również większą częstość powikłań chirurgicznych i zakażeń we wczesnym okresie potransplantacyjnym u pacjentów dializowanych otrzewnowo. Pacjenci ci byli w związku z tym dłużej hospitalizowani po przeszczepieniu nerki. Rodziło to obawy przed przeszczepianiem narządu w bliskiej odległości od potencjalnie zakażonej jamy otrzewnowej. Z kolei inne doniesienia nie tylko nie potwierdzały tego faktu, ale wykazywały wręcz niższe ryzyko zakażeń u pacjentów leczonych DO.

Nie ulega natomiast wątpliwości, że u pacjentów hemodializowanych istnieje wyższe prawdopodobieństwo zakażenia wirusami hepatotropowymi (HBV, HCV) i innymi zakażeniami przenoszonymi drogą krwi. Ponieważ chorzy z przewlekłym zapaleniem wą-

troby typu B i C są grupą podwyższonego ryzyka po transplantacji, wyniki przeszczepiania mierzone czasem przeżycia pacjenta i graftu są u nich nieco gorsze niż u biorców niezakażonych.

Przedstawiony opis możliwych powikłań i ich częstość w zależności od stosowanego przed transplantacją typu dializy dotyczy głównie okresu krótko po przeszczepieniu nerki (do 3 miesięcy). Zwraca uwagę fakt, że nie ma podstaw do rekomendowania określonej metody dializoterapii przed przeszczepieniem; większa częstość jednego typu powikłań jest rekompensowana mniejszym ryzykiem innych (np. u pacjentów dializowanych otrzewnowo jest mniejsze ryzyko opóźnionej czynności przeszczepu, ale większe zakrzepicy naczyń). Również większość badań dotyczących rokowania długoterminowego nie wykazuje różnic zarówno w przeżyciu biorcy przeszczepu, jak i przeszczepionego narządu między pacjentami HD i DO.

Tylko pacjenci przeszczepieni przed rozpoczęciem dializ (transplantacja wyprzedzająca) cechują się wyraźnie lepszym rokowaniem. Korzyści z przeszczepiania wyprzedzającego są duże: lepszy całkowity czas przeżycia pacjentów i przeszczepów, uniknięcie dializoterapii z jej możliwymi powikłaniami i stresem, jaki ze sobą niesie, możliwość kontynuacji pracy i nauki. Grupą, która odnosi szczególne korzyści z tej formy transplantacji, są dzieci: po przeszczepieniu ustępują zaburzenia hormonalne, przede wszystkim upośledzenie wzrostu; transplantacja stwarza szansę na ich prawidłowy rozwój psychofizyczny, oszczędza im też stresu związanego z dializoterapią. Zalecenia europejskie podkreślają szczególne znaczenie przeszczepiania wyprzedzającego w tej grupie chorych.

Należy podkreślić, że zwiększenie liczby transplantacji wyprzedzających jest wyzwaniem zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów. Jest konieczne, aby chory odpowiednio wcześniej trafił pod opiekę specjalisty nefrologa, który podejmie działania mające na celu spowolnienie progresji choroby nerek, a w bardziej zaawansowanych jej stadiach wspólnie z pacjentem podejmie decyzję o metodzie leczenia nerkozastępczego, ze szczególnym uwzględnieniem przeszczepienia w okresie przeddializacyjnym. Również sami pacjenci muszą być świadomi czynników ryzyka przewlekłej choroby nerek: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, podeszły wiek, wywiad chorób nerek w rodzinie, które są same w sobie wskazaniem do regularnego wykonywania podstawowych, dostępnych powszechnie badań, takich jak badanie ogólne moczu i oznaczenie poziomu kreatyniny, a na jej podstawie oszacowanie stopnia filtracji kłębuszkowej (eGFR). Koszt tych badań jest wielokrotnie niższy od kosztów późniejszego leczenia nerkozastępczego. Jest to tym bardziej istotne, że liczba pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w różnym stopniu zaawansowania systematycznie rośnie i tylko w Polsce może przekraczać liczbę 4 milionów, a to oznacza, że co dziesiąty Polak ma chorobę nerek, najczęściej o tym nie wiedząc.

Zakażenia cewnika do dializy otrzewnowej

Dializa otrzewnowa (obok hemodializy i leczenia przeszczepieniem nerki) jest jedną z metod leczenia nerkozastępczego schyłkowej niewydolności nerek.

Pacjent z zaawansowaną niewydolnością nerek winien być poinformowany o zasadach leczenia poszczególnymi rodzajami dializ, o zaletach i ograniczeniach każdej z nich, a także o możliwości leczenia przeszczepieniem nerki.

Jeśli nie stwierdza się przeciwwskazań medycznych, wybór metody leczenia nerkozastępczego winien być dokonany wspólnie przez pacjenta i lekarza leczącego.

Aby leczenie w programie dializy otrzewnowej było skuteczne, konieczne jest uzyskanie dostępu do jamy otrzewnowej poprzez prawidłowo założony i funkcjonujący cewnik dializacyjny. Najczęściej stosowanym jest jedno- lub dwumufkowy cewnik Tenckhoffa. Po odpowiednim przygotowaniu chorego, w zależności od możliwości i doświadczenia danego ośrodka, cewnik zakładany jest metodą chirurgiczną, z użyciem peritoneoskopu lub metodą laparoskopową. Rzadziej stosowaną jest metoda Selinger lub technika z wykorzystaniem troakaru.

Leczenie dializą otrzewnową rozpoczynane jest po wgojeniu cewnika w powłoki jamy brzusznej – zwykle po 2 tygodniach od założenia cewnika.

Wcześniejsze rozpoczęcie leczenia jest możliwe, ale powinno być prowadzone w pozycji leżącej chorego, mniejszymi objętościami płynu (zwykle 0,5 l na wymianę) z zastosowaniem cyklera.

Jedną z częstych przyczyn niepowodzenia leczenia dializą otrzewnową są powikłania infekcyjne związane z cewnikiem otrzewnowym. Stąd niezwykle istotne jest zapobieganie infekcjom, a w razie ich wystąpienia odpowiednie leczenie.

Profilaktyka infekcji rozpoczyna się już w momencie zakładania cewnika do jamy otrzewnowej. W jej skład wchodzi osłona antybiotykowa zabiegu, wybór odpowiedniego miejsca implantacji, dbałość o prawidłowe ułożenie cewnika wewnątrz jamy otrzewnowej i w tunelu cewnika w powłokach brzusznych oraz sposób jego wyprowadzenia na zewnątrz. Istotna jest perfekcyjna hemostaza i odpowiednie unieruchomienie części zewnętrznej cewnika, co sprzyja procesowi gojenia.

Edukacja pacjenta i trening praktyczny kończą się egzaminem przed rozpoczęciem samodzielniego prowadzenia dializy otrzewnowej ma decydujące

znaczenie w zapobieganiu powikłaniom infekcyjnym.

Najczęściej występującymi powikłaniami infekcyjnymi mającymi związek z cewnikiem dializacyjnym są infekcje ujścia i tunelu cewnika oraz dializacyjne zapalenie otrzewnej.

Zapalenie ujścia cewnika

Należy podkreślić, że miejsce ujścia cewnika dializacyjnego jest szczególnie narażone na urazy mechaniczne (np. szarpnięcia, pociągnięcia, zwłaszcza przy nieodpowiednim unieruchomieniu cewnika) sprzyjające wystąpieniu zakażenia. Infekcje stymuluje także niewłaściwa pielęgnacja ujścia cewnika.

Za infekcje ujścia cewnika najczęściej odpowiedzialne są bakterie Gram dodatnie. Niekiedy, zwłaszcza u chorych leczonych antybiotykami, dochodzi do infekcji spowodowanych bakteriami Gram ujemnymi lub grzybami.

Pacjent powinien zwracać uwagę na stan ujścia cewnika przy każdej samodzielnie wykonywanej zmianie opatrunku. Takie objawy jak obrzęk, zaczerwienienie, obecność strupa lub wycieku z okolicy ujścia treści surowiczo-krwistej lub ropnej powinny budzić podejrzenie zapalenia ujścia cewnika, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu ból lub pieczenie. W takiej sytuacji pacjent powinien poinformować o zaobserwowanych objawach ośrodek dializ i zgłosić się na wizytę. W czasie wizyty w ośrodku dializ otrzewnowych powinien być pobrany materiał z miejsca ujścia na badanie bakteriologiczne. Do czasu uzyskania wyniku posiewu i antybiogramu najczęściej stosowane jest leczenie miejscowe z zastosowaniem środka odkażającego. Niekiedy konieczne jest zastosowanie empirycznej antybiotykoterapii, modyfikowanej następnie po otrzymaniu wyniku badania bakteriologicznego. W trakcie leczenia, najczęściej prowadzonego w warunkach ambulatoryjnych konieczne jest kontynuowanie leczenia miejscowego, niekiedy z dwukrotną w ciągu dnia zmianą opatrunku oraz obserwacja efektów leczenia. Przy braku poprawy czasami konieczna jest wymiana cewnika na nowy, zakładany w innym miejscu. Przy nawracających epizodach zakażeń ujścia cewnika niezbędne jest ponowne szkolenie pacjenta w zakresie pielęgnacji ujścia cewnika, a także wykonanie badań w kierunku nosicielstwa gronkowca złocistego.

Infekcja tunelu cewnika

Najczęściej do infekcji tunelu cewnika dochodzi wskutek przejścia infekcji z ujścia zewnętrznego cewnika. Podejrzenie tego powikłania budzi bolesność powłok brzusznych wzdłuż przebiegu tunelu cewnika samoistna lub pojawiająca się przy palpacji. W bardziej zaawansowanych przypadkach stwierdza się zaczerwienienie powłok ponad tunelem cewnika oraz wyciek z ujścia cewnika wydobywający się samoistnie lub pod wpływem ucisku. W przypadkach wątpliwych pomocne w rozpoznaniu jest badanie USG i wykazanie obecności treści płynnej wokół cewnika. Badanie ultrasonograficzne pozwala także na ocenę efektów stosowanego leczenia. Zapalenie tunelu cewnika stanowi potencjalne zagrożenie przejściem infekcji wzdłuż cewnika na otrzewną. Pojawienie się bolesności powłok brzusznych w okolicy ujścia i wzdłuż przebiegu cewnika w powłokach brzusznych powinno skłonić chorego do kontaktu z ośrodkiem dializ. Od wczesnego rozpoznania tego powikłania zależy skuteczność leczenia, a niekiedy dalsza możliwość leczenia dializą otrzewnową. W warunkach szpitalnych, po pobraniu materiału do badania bakteriologicznego z ujścia cewnika konieczne jest zastosowanie empirycznej antybiotykoterapii. Leczenie to ulega modyfikacji po uzyskaniu antybiogramu. W razie braku efektów prowadzonego leczenia przez 3 tygodnie, konieczne jest usunięcie cewnika i implantacja nowego w innym miejscu. Usunięcie cewnika jest konieczne także w razie przejścia infekcji na otrzewną i pojawienia się objawów dializacyjnego zapalenia otrzewnej. W takiej sytuacji zwykle konieczne jest czasowe przeniesienie chorego do leczenia w programie hemodializ (do czasu wyleczenia zapalenia otrzewnej).

Dializacyjne zapalenie otrzewnej związane z infekcją tunelu cewnika

Dializacyjne zapalenie otrzewnej jest częstą przyczyną niepowodzenia leczenia dializą otrzewnową

i stanowi najczęstszą przyczynę przeniesienia chorego do leczenia w programie hemodializ.

Najczęściej do dializacyjnego zapalenia otrzewnej dochodzi wskutek zakażenia bakteriami Gram dodatnimi lub Gram ujemnymi. Rzadziej czynnikiem chorobotwórczym są grzyby i inne drobnoustroje.

Drobnoustroje mogą wnikać do jamy otrzewnej poprzez światło cewnika (zwłaszcza przy błędach w technice wymiany płynu), drogą przez ścianę przewodu pokarmowego, drogą krwiopochodną lub wzdłuż cewnika dializacyjnego jako powikłanie zapalenia ujścia i tunelu cewnika.

Podejrzenie dializacyjnego zapalenia otrzewnej budzi pojawienie się mętnego dializatu. Towarzyszyć temu mogą bóle brzucha o różnym nasileniu, nudności, niekiedy podwyższona temperatura ciała. Wystąpienie tych objawów powinno skłonić chorego do niezwłocznego zgłoszenia się do ośrodka dializ. Po pobraniu płynu dializacyjnego na badanie ogólne i bakteriologiczne powinno być zastosowane tak szybko jak to jest możliwe leczenie empiryczne antybiotykami podawanymi najczęściej dootrzewnowo. Wyhodowanie z płynu dializacyjnego i z ujścia cewnika tego samego szczepu drobnoustrojów jest potwierdzeniem rozpoznania dializacyjnego zapalenia otrzewnej jako powikłania zapalenia ujścia i tunelu cewnika. W takim wypadku dla uzyskania wyleczenia konieczne jest usunięcie cewnika dializacyjnego i kontynuowanie antybiotykoterapii drogą dożylną. Do czasu wyleczenia zapalenia otrzewnej i ponownej implantacji cewnika dializacyjnego konieczne jest prowadzenie leczenia hemodializą. W przypadku dializacyjnych zapaleń otrzewnej niezwiązanych z zapaleniem ujścia i tunelu cewnika najczęściej możliwe jest uzyskanie wyleczenia bez konieczności usuwania cewnika dializacyjnego.

Należy podkreślić, że odpowiednia edukacja chorych w okresie przed rozpoczęciem leczenia dializą otrzewnową, odpowiedni trening z doskonaleniem techniki wymiany płynu i opieki nad ujściem cewnika pozwala na znaczne zmniejszenie częstości występowania powikłań infekcyjnych dializy otrzewnowej.

Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej

Droga Pani, Drogi Panie

Jak Pani/Pan dobrze wie, istotą choroby, która Panią/Pana trapi jest niewydolność nerek. Jest Pani/Pan z tego powodu dializowany i od powtarzanych dializ bezpośrednio zależy Pani/Pana życie. W czasie dializy z organizmu usuwane są różne związki, których w normalnej sytuacji zdrowy organizm pozbywa się z moczem. Nie wszystkie związki mogą być jednak, nawet drogą długotrwałej dializy, skutecznie usunięte. Do takich związków należą związki fosforu.

Jest to dla Pani/Pana poważny problem, ponieważ gromadzenie się nadmiaru fosforanów w organizmie powoduje powstawanie zwapnień, głównie w sercu i tętnicach. Raz powstałe zwapnienia bardzo trudno usunąć i mogą powodować one bardzo przykre konsekwencje. Najbardziej dolegliwą ich formę opiszemy obrazowo.

Proszę związać kawałkiem bandaża 4 palce obu dłoni tak, aby ściśle do siebie przylegały. Tak zawiąza-

nymi dłońmi proszę spróbować zapiąć sobie dowolny guzik, zapiąć stanik lub zawiązać krawat. Prawda, że trudne?

Niestety, może zdarzyć się tak, iż nie będzie Pani/Pan w stanie wykonać tych czynności. Przyczyna leży właśnie w nadmiarze fosforanów. Minerale te wraz z wapniem, który także gromadzi się w nadmiarze we krwi powoduje, że w tętnicach osadza się kamień złożony z tych minerałów. Przypomina to trochę obraz zauważalny w długo używanym czajniku, gdzie gotowana jest „twarda” woda. Czajnik można wyczyścić, tętnic niestety nie. Może to powodować, że palce, gdzie bardzo chętnie osadza się taki „kamień” będą otrzymywać za mało krwi. Początkowo objawem tego stanu mogą być bóle przy codziennych czynnościach, które będą następnie występować w spoczynku, nie pozwalając spać. Postęp choroby może doprowadzić do utraty sprawności palców (problem z zapinaniem guzików), do martwicy i konieczności ich amputacji. To wcale nie jest żart. Tak czasami się zdarza.

Podobne zmiany w postaci wapnienia w tętnicach mogą wystąpić także w sercu, mózgu i w innych tętnicach. To bardzo duże zagrożenie, ponieważ grozi zawałem czy udarem mózgu. Tętnice, które są „wytapetowane” związkami wapnia i fosforu, stają się sztywne, niepodatne. Fala tętna powodowana przez skurcz serca przebiega w takich tętnicach o wiele za szybko, gwałtownie „uderzając” w narządy, do których dopływa. Taki „młot” szybko niszczy narządy.

Musi Pani/Pan wiedzieć, iż osoby z opisanymi powyżej zwapnieniami naczyniowymi stają się bardzo podatne na różne niekorzystne bodźce zewnętrzne i znacznie częściej niż u zdrowych rówieśników dochodzi u nich do nagłego zgonu.

Czy można temu zapobiegać? Tak, można. Poniższe informacje pomogą uniknąć tych zagrożeń.

Skoro drogą moczową i za pomocą dializy nie da się skutecznie usunąć nadmiaru fosforanów, należy spowodować, aby w przewodzie pokarmowym wchłaniało

się mniej fosforanów. Wymaga to świadomego wyboru pokarmów, które zawierają mało tych związków oraz bardzo systematycznego przyjmowania leków, które nie pozwalają fosforanom wchłaniać się z jelit.

Niektóre pokarmy zawierają szczególnie dużo fosforanów. Są nimi produkty zwierzęce o wysokiej zawartości białka, szczególnie te spośród nich, które zawierają konserwanty, substancje poprawiające ich kolor i wilgotność, pozwalające długo je przetrzymać, łatwo przygotowywać po umieszczeniu w kuchence mikrofalowej. Produkty pochodzenia roślinnego stanowią mniejsze źródło fosforu niż produkty zwierzęce. Podobnie, produkty wysoko przetworzone w procesie produkcji są groźniejsze niż produkty o niskim przetworzeniu.

Proszę pamiętać także, iż napoje wysokosłodzone zawierają duże ilości łatwo wchłaniającego się fosforu i mogą stanowić duże zagrożenia zdrowia.

Medycyna dysponuje dzisiaj możliwościami ograniczenia wchłaniania fosforu przyjętego w pokarmach. Istnieje wiele leków, których regularne przyjmowanie wraz z posiłkami skutecznie zmniejsza wchłanianie fosforu z przewodu pokarmowego. Nie wszystkie leki są jednak równe. Niektóre z nich zawierają wapń, który może w pewnych warunkach przyczyniać się do powstawania zwapnień naczyniowych. Są również takie, które nie zawierając wapnia nie stwarzają takiego zagrożenia. O wyborze odpowiedniego leku warto porozmawiać z lekarzem.

Proszę pamiętać jednak, iż przyjmowanie nawet najskuteczniejszych leków nie będzie w pełni zapobiegać problemom opisanym powyżej, jeżeli nie zmieni Pani/Pan swojej diety, tak aby ograniczać ilość spożywanego fosforu. Te dwa działania muszą być prowadzone łącznie. Myśląc zatem o składzie swojego kolejnego posiłku proszę pamiętać także o regularnym przyjmowaniu przepisanego leku.

dr Piotr Rozentryt



Zwapnienia okołostawowe



Zwapnienia trzewne



Zwapnienia naczyniowe

Udostępnione dzięki uprzejmości dr Sharon M. Moe

MAŁGORZATA NAWARA

Pielęgniarka | Oddziałowa Stacji Dializ Otrzewnowych Centrum Dializ Fresenius Nephrocare w Krakowie

BŁĘDY W DIALIZIE OTRZEWNOWEJ

Cześć I: Informacja wstępna

W trakcie procesu prowadzenia Dializy Otrzewnowej w domu dochodzi do popełniania błędów, które niestety są groźne dla zdrowia pacjenta, a niejednokrotnie bezpośrednio zagrażają życiu. Priorytetem podczas szkolenia pacjenta dializowanego otrzewnowo jest dążenie do opanowania metody prawidłowego podłączania oraz szkolenie w zakresie unikania groźnych dla zdrowia powikłań. Błędy podczas DO pojawiają się to rzadziej, to częściej, ale gnębią nas stale („nas” mam na myśli tak pacjentów jak i personel). Najczęstsze błędy i jak ich uniknąć:

HIGIENA

a) Higiena rąk „wszystko wiem – wszystko umiem”, ale często zapominam, że mycie rąk to podstawa. Przyczyną tego zapominania najczęściej bywa rutyna. Myjemy ręce dokładnie przez 1 minutę, osuszamy, a dopiero na umyte ręce stosujemy środek dezynfekcyjny.

b) Higiena ciała: pacjent bierze codzienny prysznic i codziennie zmienia też bieliznę osobistą.

c) Higiena pomieszczenia: pokój, w którym dokonywana jest wymiana ma być sprzątny „na mokro”, a stół przy którym następuje wymiana ma być także zadbane, myty i dezynfekowany codziennie.

d) Higiena opatrunku: opatrunek powinien być zmieniany po każdej kąpieli, ale minimum raz na dwa dni.

Ujście cewnika ma być obserwowane, a w razie zaczerwienienia, bólu czy wydzieliny należy skontaktować się z ośrodkiem dializ.

DOKUMENTACJA

Dobrze prowadzony dzienniczek samokontroli pozwala na szybkie rozpoznanie przewodnienia, odwodnienia, zapalenia i kłopotów technicznych z drenażem. Może pojawić się **zapalenie otrzewnej**, a wczesne wykrycie objawów zdecydowanie zmniejsza ból i cierpienie. Lekki ból brzucha i biegunka często mylnie jest rozpoznawane jako niestrawność, zwłaszcza podczas pierwszego zapalenia.

Nie zgłoszenie się do ośrodka od razu, kiedy pojawia się objawy bólu brzucha, biegunki, spadku ultrafiltracji, mętnego dializatu, długiego drenażu to także błąd. W takim przypadku natychmiast należy skontaktować się z ośrodkiem dializ.

Płyny dializacyjne należy otwierać z folii wierzchniej po podgrzaniu bezpośrednio przed wymianą.

Błędem jest otwieranie ich wcześniej, ponieważ końcówka wówczas może zostać zainfekowana.

DIETA

Pacjent podczas leczenia dializą otrzewnową powinien spożywać pokarmy bogate w białko i potas, które usuwają się podczas każdej wymiany. Częsty więc jest ich niedobór. Dlatego najlepsza jest okresowa konsultacja dietetyczna. Należy zażywać leki zalecone przez lekarza, nie odstawiać ani przerywać ich stosowania samoistnie. Jeśli braknie leku, to należy zgłosić się po receptę.

PŁYNY

Mitem i błędem jest też przeświadczenie, że w czasie dializy otrzewnowej można spożywać ilość płynów bez ograniczeń. Pijemy tyle, ile wydalamy (ultrafiltracja + ilość oddanego moczu + utrata przez skórę).

Nadmiar przyjmowanych płynów prowadzi do przewodnienia. Natomiast nieuzupełnianie utraconych płynów prowadzi do odwodnienia.

ZWIERZĘTA

To, jak wiemy, często najwięksi przyjaciele człowieka, ale owi pupile są niebezpiecznym źródłem infekcji podczas wykonywania dializ w domu. Obowiązuje zakaz przebywania zwierząt (np. psa, kota) w mieszkaniu chorego dializowanego otrzewnowo.

Z doświadczenia wiem, że pacjenci nie pozbywają się zwierząt, najczęściej nie mają gdzie ich przekazać. Co robić w takim przypadku? Należy zastosować:

- zakaz przebywania zwierzątka w pokoju, w którym przeprowadzana jest wymiana płynu,
- regularną kontrolę weterynaryjną (szczepienia, wymaz z nosa),
- bezwzględne utrzymanie mieszkania w czystości, sprzątanie „na mokro” nawet kilkakrotnie w ciągu dnia.

Zaznaczyłam tu tylko kilka sytuacji, w których mogą być popełniane błędy. Z doświadczenia wiem, że one występują i negatywnie wpływają na jakość życia chorego dializowanego. Szczegółowe omówienie ważnych powikłań przedstawię Państwu w następnych częściach cyklu.

ANITA KAFEL

KROSNO DLA TRANSPLANTACJI

5 kwietnia 2011 r. odbyło się w Auli PWSZ w Krośnie sympozjum „Krosno dla Transplantacji” – kierowane przede wszystkim do młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, zorganizowane przez Barbarę Szarłowicz – nauczyciela biologii oraz dyrekcję Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych Nr 4 w Krośnie.

Kampania powstała we współpracy z członkiem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych z siedzibą w Krakowie – Anitą Kafel – mieszkanką Krosna, pacjentką po transplantacji, Dyrektorem Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Brzozowie, prelegentem sympozjum. Prelegentami byli również: Iwona Mazur – prezes OSOD z siedzibą w Krakowie, Grzegorz Senatorski – nefrolog, transplantolog, adiunkt Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Instytutu Transplantologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Grzegorz Stec – kardiolog, i ks. Zbigniew Głowacki – kapelan Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie oraz Agata Jezierska – studentka PWSZ w Krośnie, pacjentka po przeszczepie serca, Magdalena Wasylewicz – adiunkt Katedry Pedagogiki Medialnej i Społecznej Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Sympozjum było podsumowaniem całej kampanii, której załączek miał miejsce podczas kampanii organizowanej w Brzozowie pod nazwą „Przeszczep nadziei – Transplantacja w edukacji”. Kolejnym etapem były prelekcje dla młodzieży ZSP Nr 4 w Krośnie, w październiku, które na zaproszenie pani Barbary Szarłowicz przeprowadziła Anita Kafel. Młodzież słuchała wykładu z ogromnym zainteresowaniem i już wtedy wiadomo było, że konieczne będą dalsze etapy. Kolejnym z nich był ogłoszony szkolny konkurs dla młodzieży, który rozstrzygnął się w dwóch kategoriach: prezentacji multimedialnej dotyczącej transplantacji oraz plastycznej, gdzie tematem było zaprojektowanie logo oświadczenia woli, a następnie – 2 marca – turniej strzelecki. Zawody przeprowadzono na szkolnej strzelnicy pneumatycznej. Głównym celem tego przedsięwzięcia była integracja nauczycieli i uczniów z osobami po przeszczepieniu narządów oraz z członkami stowarzyszeń promujących powyższe zagadnienie – OSOD reprezentował Michał Dębski-Korzec. W turnieju wzięły udział trzy drużyny: osób po



Anita Kafel – pacjentka po przeszczepieniu nerki
(fot. Jacek Wnuk, PWSZ Krosno)



Małgorzata Chomycz – wojewoda podkarpacki
(fot. Jacek Wnuk, PWSZ Krosno)

transplantacji, nauczycieli i uczniów. Bez znaczenia był wiek, ale ważne wspólne rozmowy, instrukcje, jak stanąć, uchwycić broń, oddychać, aby celniej trafić – najlepiej w czarną tarczę. Humor dopisywał wszystkim zawodnikom. Nad prawidłowym przebiegiem zawodów czuwał sędzia główny Dariusz Płaza – nauczyciel ZSP Nr 4 w Krośnie. Nie obyło się bez miłego przerywnika, którym był słodki poczęstunek z gorącą kawą i aromatyczną herbatą.

Klasyfikacja turnieju:

I miejsce – Dawid Wołosz – uczeń klasy Ir (profil ratowniczo-obronny),

II miejsce – Anita Kafel – pacjentka po przeszczepie nerki,

III miejsce – Agnieszka Folcik-Płaza – nauczyciel.

Laureatom konkursu i zawodów zostały wręczone nagrody podczas uroczystej gali.

Najważniejszy wątek sympozjum – transplantacja – został przybliżony uczestnikom spotkania w aspekcie medycznym, ale przede wszystkim osobistym – a to

za sprawą pacjentek po transplantacji, które opowiedziały, jak to jest nosić w sobie tak ogromną tajemnicę – część czyjegoś istnienia. Lekarze przekonywali do zdrowego trybu życia, czyli właściwego odżywiania, aktywności fizycznej i regularnego wykonywania badań profilaktycznych, szczególnie w kierunku chorób nerek i serca. Ponadto słuchacze za sprawą prelegentów mogli spojrzeć na temat przeszczepień ze względów etyczno-religijnych i medialnych. Program sympozjum został urozmaicony występami artystycznymi młodzieży krośnieńskich szkół.

Zaproszenia na sympozjum skierowano do przedstawicieli jednostek samorządowych województwa podkarpackiego, lekarzy krośnieńskiego szpitala, dyrektorów szkół, pedagogów, nauczycieli i uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych miasta Krosna. Patronat nad krośnieńskim sympozjum objął Prezydent Miasta Krosna oraz Rektor PWSZ w Krośnie. Natomiast patronat medialny – TVP Rzeszów, Super Nowości i portal Krosno24.



Na krośnieńskim rynku po części oficjalnej, od prawej: Barbara Szarłowicz – nauczyciel koordynator kampanii społecznej „Krosno dla Transplantacji”, Grzegorz Senatorski, Iwona Mazur, Gabriela Szmyd-Korona – dyrektor Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych Nr 4 w Krośnie, Magdalena Wasylewicz, Anna Dubiel – radna miasta Krosna, przewodnicząca Komisji Kultury, Sportu i Turystyki

MARZENA FINK-STELMASIAK

NEFROTEST 2011

Nerki nie boją, boli niewiedza

„Nefrotest” to ogólnopolski program profilaktyczny, którego celem jest przekonanie Polaków do regularnych badań w kierunku chorób nerek. Kampanię zainicjowaną przez Nefron (Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska) wspiera pani Anna Komorowska, małżonka Prezydenta RP. „Nefrotest 2011” wystartował w Światowy Dzień Nerek (10 marca) w Zgierzu.

Cierpiących na przewlekłe choroby nerek jest w Polsce, według różnych szacunków, od 4 do 4,5 miliona osób. Każdego roku przybywa ich mniej więcej 10%. „Profilaktyka chorób nerek powinna leżeć w interesie wszystkich. Pacjent, dowiadując się wcześniej o chorobie, ma szansę na zatrzymanie jej rozwoju, może uniknąć dializ i prowadzić normalne życie. Płatnik, czyli NFZ, zyskuje na niższych kosztach leczenia chorych. Dializa, procedura ratująca życie pacjenta z niewydolnymi nerkami, jest znacznie droższa niż leczenie we wczesnych stadiach choroby. Profilaktyka powinna być powszechna, tym bardziej, że badania wskazujące na pierwsze oznaki choroby nerek są nieskomplikowane – to proste testy krwi. Takie bezpłatne badania przeprowadzamy w wielu miastach Polski na naszych stacjach dializ” – mówi dr Dariusz Aksamit.

„Dzięki takim działaniom jak Państwa, obejmującym też mniejsze miejscowości naszego kraju, wzrasta możliwość wczesnego wykrycia choroby, co daje szansę na jej całkowite wyleczenie” – napisała Anna Komorowska w liście do uczestników i organizatorów akcji „Nefrotest”. W stacji dializ B.Braun Avitum w Zgierzu, 13 marca 2011 roku, bezpłatnie przebadano blisko 1000 osób. Początkowo spółka zamierzała przebadać w placówce 550 osób. Ostatecznie uruchomiła cały dostępny personel i przebadła wszystkich, którzy tego dnia przyszli na stację. Nieprawidłowości wykryto u blisko 10% badanych.

W zeszłym roku podczas pilotażowej edycji akcji „Nefrotest” w Świebodzinie (województwo lubuskie) przebadano ponad 800 pacjentów – kilkunastu z nich trafiło do dalszej diagnostyki.

W Polsce nie ma obowiązku przeprowadzania regularnych badań krwi i moczu pod kątem chorób nerek. Większość chorób tego narządu przebiega w początkowych stadiach bezobjawowo. Celem akcji „Nefrotest” jest uświadomienie Polakom, jak ważną rolę w organizmie człowieka pełnią nerki i faktu, iż na wczesnych etapach chorobę można często całkowicie wyleczyć albo znacznie spowolnić jej rozwój. Daje to możliwość uniknięcia lub znacznego opóźnienia momentu, kiedy konieczne jest zastosowanie terapii nerkozastępczej w postaci dializ lub przeszczepienia nerki. Głównym przesłaniem kampanii jest natomiast nakłonienie do regularnego badania moczu i krwi pod kątem chorób nerek (przede wszystkim: poziomu kreatyniny we krwi z GFR). O skierowanie na bezpłatne badania wykrywające dolegliwości nerek można poprosić swojego lekarza rodzinnego. „Życzę, by takie działania jak obecne, doprowadziły do wprowadzenia profilaktycznych badań pod kątem chorób nerek na listę badań obowiązkujących w Polsce” – dodaje w swoim liście Anna Komorowska.

KOMENTARZ OSOD

Działania takie jak podjął „Nefrotest” czy też akcje organizowane przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych „Uwaga nerki” w 2009 lub badania profilaktyczne w Bydgoszczy w 2010 roku są niezwykle potrzebne, ponieważ pozwalają wielu osobom wcześniej rozpocząć leczenie nefroprotekcyjne i tym samym odłożyć w czasie moment rozpoczęcia dializ. Mimo naszych wysiłków Ministerstwo Zdrowia ciągle nie dostrzega, jak wiele można osiągnąć, przeznaczając część środków na profilaktykę. Nie ustaniemy jednak w staraniach, mając nadzieję, że w końcu uda się przekonać władze do zmiany polityki w tym zakresie. Opierając się na doświadczeniu z innych państw należy podkreślić, że wprowadzenie obowiązkowej profilaktyki pozwala znacznie ograniczyć śmiertelność z powodu choroby nerek.

MICHAŁ DEBSKI-KORZEC

VI Ogólnopolskie Spotkanie Pielęgniarek Oddziałowych

Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Dializacyjnych i Transplantacyjnych zorganizowało już po raz szósty Ogólnopolskie Spotkanie Pielęgniarek Oddziałowych. Spotkanie odbyło się w dniach 15–16 kwietnia w Krakowie.

Na konferencji, która miała miejsce 16 kwietnia, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych reprezentowała pani prezes Iwona Mazur. Dzięki uprzejmości organizatorów mogła wygłosić na niej wykład na temat celów i działania Stowarzyszenia. Pani prezes podkreśliła przede wszystkim potrzebę współpracy pomiędzy Stowarzyszeniem a personelem medycznym, w szczególności z pielęgniarkami, które mają najbliższy kontakt z pacjentami i znają ich do-



Od lewej: Dorota Szeliga – z-ca przewodniczącej zarządu PTPDiT oraz Halina Bajorek – przewodnicząca zarządu PTPDiT

brze. Zachęcała do wspierania pacjentów w ich działaniach, ponieważ aktywność chorych przynosi korzyść im samym oraz sprawia, że codzienna praca pielęgniarek jest odrobinę łatwiejsza. Wystąpienie pani Mazur było uzupełnieniem do otwierającego konferencję wykładu, wygłoszonego przez prof. Olgierda Smoleńskiego na temat „Rehabilitacja chorych z chorobami nerek”, ukazującego korzyści, jakie wynikają dla pacjenta dializowanego z wykonywania regularnych ćwiczeń fizycznych.

Pani Halina Bajorek – przewodnicząca zarządu PTPDiT – poprowadziła dwie interesujące prelekcje na temat opieki nad dostępem naczyniowym u pa-



Profesor Olgierd Smoleński

cientów. Podczas konferencji można było wysłuchać również wykładu pani Mari Cianciary, która mówiła o prawie dotyczącym monitorowania zakażeń w stacjach dializ, oraz wykładu pani Bożeny Szwarc-Budziakowskiej na temat rozwiązywania sytuacji konfliktowych. Celem spotkania było poszerzenie wiedzy pielęgniarek o sytuacjach, jakie spotykają je w codziennej pracy.

OSOD liczy na to, że pomoc pielęgniarek w utworzeniu grup wsparcia pacjentów na każdej stacji dializ zasadniczo poprawi ich nastawienie i podejście do choroby, a równocześnie bliższa współpraca pacjentów z personelem ułatwi pracę zespołowi.

DARIUSZ CHMIEL / PFP Dialtransplant

OPERACJA ŻYCIE

Najcenniejsze, czym możemy się podzielić z innym człowiekiem, jest część samego siebie. Dar życia to dla pacjentów niewypowiedziana radość, ale to także łyżki tych, którzy żegnają swoich bliskich, podejmując jednocześnie najtrudniejsze decyzje w życiu. W Polsce tę metodę leczenia stosuje się od 45 lat, kiedy po raz pierwszy dokonano udanego przeszczepienia nerki.

Jaka jest transplantacja dziś? Jakie jest nastawienie ludzi, a jakie lekarzy? Co się zmieniło? Co wymaga uświadomienia? Jak działa system koordynujący

IWONA MAZUR

Drodzy Pacjenci i Czytelnicy „Dializy i Ty”

W nawiązaniu do opublikowanego tekstu/listu pana doktora Piotra Rozentryta na temat powikłań hiperfosfatemii, będącej wynikiem Przewlekłej Choroby Nerek, jako prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych czuję się w obowiązku poinformować Państwa o naszych działaniach zmierzających do uzyskania dostępu do nowoczesnych terapii i powszechnie obowiązujących standardów leczenia w Unii Europejskiej.

Wiele ostatnimi czasy mówi się o powikłaniach w postaci zwapnień w naczyniach krwionośnych i sercu, które mogą być następstwem nadmiernej podaży wapnia z pokarmem oraz z wapniowymi lekami obniżającymi poziom fosforanów.

Jak co roku, w marcu obchodzony był Światowy Dzień Nerek. Tegoroczne obchody odbywały się pod hasłem: „Chroń nerki – ocal swoje serce”. 10 marca Województwo Małopolskie oraz OSOD zorganizowały w Krakowie „Małopolski Dzień Nerek”. Podczas spotkania można było wysłuchać wykładów poświęconych chorobom serca towarzyszącym Przewlekłej Chorobie Nerek, transplantacji nerek oraz programom profilaktycznym. Było również spotkanie z mediami, podczas którego miałam możliwość wypowiedzieć się o bieżącej sytuacji i potrzebach pacjentów dializowanych.

Jedną z takich potrzeb jest ochrona naczyń krwionośnych i serca przed zwapnieniami, które mogą prowadzić do wielu chorób układu sercowo-naczyniowego, przyczyniając się również do dyskwalifikacji pacjenta z zabiegu przeszczepienia nerki ze względu na zły stan naczyń lub ogólną kondycję chorego.

Powszechnie stosowanymi lekami zwalczającymi nadmierny poziom fosforanów są preparaty wapniowe. Nie wszyscy jednak pacjenci mogą je przyjmować, a to przecież fosforany odpowiadają za wzrost ryzyka śmiertelności u pacjentów dializowanych. Co w takim przypadku robić? Dieta jest bardzo ważna, można obniżyć dzięki niej ilość pokarmów zawierających fosfor, jednak w przeważającej ilości przypadków konieczne jest przyjmowanie leków wiążących fosfor w przewodzie pokarmowym. Wapń jest takim pierwiastkiem, który z jednej strony dobrze usuwa fosfor z przewodu pokarmowego, z drugiej jednak strony może zwiększać ryzyko powstawania zwapnień w naczyniach krwionośnych, sercu i innych tkankach.

Powszechnie w Europie i na świecie pacjenci mają zapewniony dostęp do niewapniowych preparatów wiążących fosfor, których stosowanie nie wiąże się z ryzykiem powstawania zwapnień (kalcyfikacji). Jak do tej pory nasi pacjenci nie mają powszechnego dostępu do tych leków i odbywa się to tylko poprzez leczenie szpitalne i tylko w niektórych przypadkach.

Liczymy na to, że ta sytuacja może się zmienić, gdyż we wrześniu 2010 roku została złożona przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Nefrologii, propozycja programu terapeutycznego w leczeniu hiperfosfatemii dla niewapniowego leku wiążącego fosfor. Mamy nadzieję, że prace nad wdrożeniem tego programu wkrótce się zakończą, dzięki czemu uzyskanie Państwo szerszy dostęp do leczenia hiperfosfatemii lekiem, który nie powoduje zwapnień naczyń.

działania? Czy ma wady? Czy mógłby być lepszy? Na ile jest kompatybilny z krajami Unii Europejskiej? Co trzeba jeszcze zmienić w nas samych, by transplantologia okazała się dobrem społecznym?

Chodzi przecież o rzecz najważniejszą – o dar życia dla drugiego człowieka, którego czeka niechybna śmierć, jeśli nie dokona się transplantacji narządów.

Seria dokumentalna „Operacja życie” ma uświadomić ludziom, jak ważny jest to problem w skali społecznej, medycznej, etycznej, jak wiele napotyka trudności, które blokują przeszczep, co zmienić, zmodyfikować, polepszyć. Pokazano to poprzez pracę głównego ośrodka koordynującego przeszczepy w Polsce, poprzez skalę zjawiska, emocje z tym związane, zwycięstwa i niepowodzenia, radość i łzy, nadzieje na życie.



Autorzy scenariusza: Robert Kęder, Grzegorz Siedlecki
Cykl pod redakcją Barbary Pawłowskiej,
Redakcja Reportażu i Dokumentu TVP1
Produkcja: Piotr Mikołajczak, R&R Production

ANNA PIĄTKOWSKA-BOREK

ŚWIATOWY DZIEŃ NEREK 2011

Chroń nerki – ocal swoje serce

„Chroń nerki – ocal swoje serce” – pod takim hasłem obchodzony był 10 marca Światowy Dzień Nerek.

Tegoroczne obchody Światowego Dnia Nerek, zorganizowane po raz szósty, odbyły się jak zwykle w drugi czwartek marca. Światowy Dzień Nerek po raz pierwszy został zorganizowany w 2006 roku przez International Society of Nephrology oraz Federation of Kidney Foundations. Od tamtej pory jest najważniejszym wydarzeniem związanym z chorobami nerek i okazją do podniesienia świadomości społeczeństwa i władz na ten temat. W ubiegłym roku koncentrowano się na powiązaniach chorób nerek z cukrzycą, tym razem zwrócono szczególną uwagę na wpływ dysfunkcji nerek na zwiększone ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia, które są najczęstszą przyczyną zgonów na świecie.

W obchody Światowego Dnia Nerek włączył się również Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, który wspólnie z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Osób Dializowanych zorganizował z tej okazji konferencję edukacyjną, przeznaczoną głównie dla młodych ludzi i nauczycieli. Przybyli na nią dyrektorzy, nauczyciele oraz uczniowie szkół ponadgimnazjalnych. Jej celem było uświadomienie, jak wielkim problemem zdrowotnym są rozwijające się podstępnie i skrycie, niemal bezobjawowo, choroby nerek i jak ważna jest profilaktyka. Wicemarszałek Wojciech Kozak, który poprowadził konferencję, podkreślił, że jej zorganizowanie zainicjowały dwie osoby – lek. med. Iwona Mazur (prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych) i Marek Thier (pacjent dializowany od dwóch lat, obecnie czekający na przeszczep nerki). Zadeklarował również, że podobne konferencje organizowane będą już corocznie w ramach Małopolskiego Dnia Nerek.

Podczas konferencji lek. med. Iwona Mazur, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych zwróciła uwagę, że świadomość społeczeństwa na temat chorób nerek nadal jest kiepska. Trzeba jeszcze włożyć mnóstwo pracy, by do wszystkich dotarła informacja o tym, jak powszechnym zjawiskiem są choroby nerek i jak bardzo konieczna jest profilaktyka. Prezes OSOD zapowiedziała też, że celem następnej kampanii będzie zwrócenie uwagi na nadmierne spo-

życie soli, będące jedną z przyczyn uszkodzenia nerek. Przedstawiła również prezentację zatytułowaną „Dializa – wierzchołek góry lodowej”, której celem było uświadomienie słuchaczom, że pacjenci dializowani to tylko niewielka część problemu. Prawdziwy problem zaczyna się jednak niżej, czyli pod wierzchołkiem – chodzi tu o wszystkich chorych na nerki, którzy jeszcze nie zdają sobie sprawy z własnej choroby, są nieświadomi, że chorują i nie byli jeszcze na konsultacji u nefrologa. „Są to osoby, które potencjalnie zginą ze względu na niewiedzę i brak profilaktyki” – powiedziała pani prezes. „W Polsce 4 mln osób choruje na Przewlekłą Chorobę Nerek, narażona jest co dziesiąta osoba, więc każdy z nas i naszych bliskich jest potencjalnym pacjentem” – dodała.

Wyniki przeprowadzonej dwa lata temu akcji profilaktycznej „Uwaga nerki!” wykazały, że skala zagrożenia Przewlekłą Chorobą Nerek wśród Polaków jest ogromna. Prawie 20% przebadanych wtedy pacjentów znajdowało się już w III, a nawet w IV stadium choroby, czyli groziła im już Przewlekła Niewydolność Nerek. Prezes Stowarzyszenia podkreśliła, że niezwykle ważne są badania profilaktyczne, dzięki którym w razie potrzeby można włączyć leczenie już we wcześniejszych stadiach choroby i uchronić pacjenta lub przynajmniej o kilkanaście lat opóźnić konieczność poddawania go dializom.

O tym, na jak ogromną skalę problemem są choroby nerek, mówił również podczas konferencji prof. dr hab. Władysław Sułowicz (konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii; UJ CM Katedra Nefrologii). Z kolei dr med. Tomasz Kruszyna (UJ CM I Katedra Chirurgii Ogólnej) przedstawił korzyści wynikające z przeszczepienia nerki. Aleksander Palczewski, Małopolski Kurator Oświaty, mówił zaś o prozdrowotnych programach edukacyjnych, realizowanych w szkołach na terenie województwa małopolskiego – są to m.in.: program edukacji antytytoniowej „Czyste powietrze wokół nas”, program pod nazwą „5 porcji warzyw, owoców lub soku” czy „Owoce w szkole”.

Tegoroczne hasło Światowego Dnia Nerek rozwinęła dr hab. med. Maria Olszowska (Pracownia Kardiologii Społecznej Klinika Chorób Serca i Naczyń Instytut Kardiologii UJ CM), która w swoim wykładzie zatytułowanym „Choroby układu sercowo-naczyniowego u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek” wska-



Urząd Marszałkowski, Kraków 10.03.2011
Sala konferencyjna

(fot. Biuro Prasowe UMWM)

zała na powiązania tych chorób. Już we wczesnych stadiach PChN zwiększa bowiem około pięciokrotnie ryzyko miażdżycy i chorób serca.

Choroby układu sercowo-naczyniowego są bardzo częste u chorych z Przewlekłą Niewydolnością Nerek. PNN usposabia bowiem do rozwoju pewnych sytuacji, które z kolei wpływają na zachorowalność na choroby sercowo-naczyniowe. PNN przede wszystkim sprzyja rozwojowi miażdżycy, która w swoim przebiegu nieco różni się od miażdżycy, na którą cierpią pacjenci bez niewydolności nerek. „Chorzy ci stanowią szczególnie problem diagnostyczny, ponieważ mają zupełnie inne objawy” – powiedziała dr hab. med. Maria Olszowska. „Z jednej strony mogą nie mieć typowych dolegliwości wieńcowych, mimo występowania zmian w naczyniach wieńcowych, z drugiej zaś strony jest też grupa osób, które mają dolegliwości, ale nie mają zmian miażdżycowych. Diagnostyka chorych z PNN jest zatem szalenie trudna” – dodała.

U pacjentów z PNN wzrasta też wskaźnik śmiertelności z powodu chorób układu krążenia. Ryzyko śmierci z powodu problemów kardiologicznych jest większe wraz ze spadającym wskaźnikiem przesączania kłębuszkowego GFR, stosowanego do określenia poziomu uszkodzenia nerek. „Wskaźnik śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych u chorych z PNN jest więc zdecydowanie większy w porównaniu z populacją ogólną” – dodała dr hab. med. Maria Olszowska.

Należy podkreślić, że ważnym elementem leczenia chorych z PNN, oczywiście poza terapią nerkozastępczą, jest profilaktyka i zwalczanie chorób współistniejących, a szczególnie chorób sercowo-naczyniowych. Choroby układu krążenia są bowiem główną przyczyną zgonów wśród tych chorych. Każdy czynnik ryzyka powinien być zatem odpowiednio wcześniej zbadany i wcześniej leczony.

Artykuł ukazał się w miesięczniku „Zdrowie w Krakowie” (nr 3 / marzec 2011).

OSOD Z OKAZJI ŚWIĘTA NEREK

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych podobnie jak w ubiegłych latach, tak i w tym roku zaangażowało się w obchody Światowego Dnia Nerek. Ponieważ jest to doskonała okazja do zwrócenia uwagi społeczeństwa na zagrożenie chorobami nerek, Stowarzyszenie współorganizowało konferencję, która odbyła się w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego 10 marca. Spotkanie



Warszawa, 11.03.2011

od lewej: prof. Jacek Manitus, prof. Ryszard Gellert, Iwona Mazur
(fot. Janusz Ostrowski)

to zaowocowało między innymi reportażem w TV POLSAT, co pozwoliło dotrzeć z ważnymi informacjami na temat chorób nerek do bardzo szerokiego grona odbiorców. Dzień później Prezes OSOD zaproszona została na konferencję prasową odbywającą się w trakcie seminarium naukowego organizowanego przez Klinikę Nefrologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Stowarzyszenie Nefrologia Polska oraz Krajową Fundację Nefrologiczną w Warszawie. Na prośbę mediów pani Iwona Mazur wypowiadała się w imieniu pacjentów dla reporterów Panoramy TVP2 przygotowujących reportaż na bardzo istotne tematy, np. braku dostępności leków dla pacjentów dializowanych oraz barier w wykonywaniu badań do przeszczepień. Brak dostępności leków powoduje występowanie wielu powikłań, natomiast niedostępność badań znacznie wydłuża czas oczekiwania na przeszczepienie narządu. Powikłania, które w tym czasie się pojawiają, mogą wykluczyć pacjentów z listy oczekujących na transplantację. Dlatego tak ważne jest, aby Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia podjęły działania w celu likwidacji tych problemów i barier.

LEK. MED. DR INŻ. DARIUSZ WŁODAREK

Katedra Dietetyki, Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji SGGW w Warszawie

Białka, tłuszcze i węglowodany w diecie osób z przewlekłą chorobą nerek w okresie leczenia zachowawczego

Zasadniczym celem dieteterapii osób z przewlekłą chorobą nerek (PChN) w okresie przeddializacyjnym jest zapewnienie odpowiedniej podaży składników odżywczych, zapobieganie wystąpieniu uremii i innych zaburzeń metabolicznych oraz zmniejszenie ryzyka schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Ponadto możliwe jest odsunięcie w czasie konieczności rozpoczęcia dializoterapii oraz poprawa jakości życia. Jednak, aby uzyskać takie efekty, konieczne jest indywidualne dostosowanie diety dla każdego pacjenta uwzględniające jego wiek, aktywność fizyczną, upodobania żywieniowe oraz współistniejące schorzenia. Głównymi przyczynami nieskuteczności terapii dietetycznej są: brak wiedzy pacjentów dotyczącej zasad stosowania diety niskobiałkowej oraz ich niechęć do przestrzegania zaleceń dietetycznych.

Dlaczego w diecie niskobiałkowej potrzebne jest białko zwierzęce

Białko należy do najważniejszych składników pokarmowych, koniecznych do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Zbudowane jest ono z aminokwasów. Synteza białka w organizmie człowieka odbywa się, gdy dostępne są wszystkie aminokwasy. Brak nawet jednego hamuje jego powstawanie. Organizm człowieka nie jest w stanie syntetyzować wszystkich aminokwasów i niektóre z nich muszą być dostarczone z żywnością. Aminokwasy te nazywane są aminokwasami niezbędnymi lub egzogennymi. Białka pożywienia zawierające wszystkie aminokwasy niezbędne w odpowiedniej ilości nazywane są białkami pełnowartościowymi lub białkami o wysokiej wartości odżywczej. Dzieje się tak dlatego, że organizm może je

w całości wykorzystać do budowy własnych tkanek. Do tego typu białek należą białka pochodzenia zwierzęcego. Natomiast białka w których aminokwasy egzogenne występują w małej ilości w stosunku do wszystkich innych aminokwasów są nazywane białkami o niskiej wartości odżywczej lub niepełnowartościowymi, gdyż organizm tylko częściowo może je wykorzystać do budowy własnych tkanek. Do tego typu białek należą białka roślinne. Przykładowo, w białkach występujących w zbożach brakuje aminokwasu lizyny, dlatego też organizm pomimo wystarczającej ilości innych aminokwasów nie będzie mógł budować z białek zbóż własnych białek, w których skład wchodzi właśnie ten aminokwas. Gdy do budowy białek własnych organizmu brakuje niektórych aminokwasów, inne aminokwasy, które są w dużej ilości są wykorzystywane do wytwarzania energii, zamiast jako materiał budulcowy. Nadmierne wykorzystywanie na cele energetyczne (spalanie) aminokwasów powoduje zwiększone wytwarzanie mocznika, który jest produktem jego rozkładu. Zdrowe nerki tę nadmierną ilość mocznika wydalają. Natomiast u osób z niewydolnością nerek dochodzi do jego gromadzenia we krwi. Dodatkowo organizm, żeby zapewnić prawidłowe funkcjonowanie, może zacząć wykorzystywać białka mięśni w celu uzupełnienia puli brakujących aminokwasów do przemian w organizmie.

Dlaczego potrzebna w diecie jest odpowiednia ilość białka?

Organizm może gromadzić tłuszcz w postaci tkanki tłuszczowej, oraz w niewielkiej ilości węglowodany w postaci glikogenu, natomiast nie ma możliwości gromadzenia

białka, gdy jest ono dostarczane w nadmiernych ilościach. Z drugiej strony, nie można białka wykluczyć zupełnie z diety, bo jest ono niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Jeżeli jego ilość w diecie jest zbyt mała, organizm, aby prawidłowo funkcjonować, zaczyna wykorzystywać własne białka mięśniowe. Dlatego tak ważne jest, aby osoby w okresie przeddializacyjnym dostarczały w diecie tylko taką ilość białka, która jest potrzebna do prawidłowego funkcjonowania organizmu – ani za dużo ani za mało.

Dlaczego dieta niskobiałkowa

Każdy pacjent z PChN powinien mieć indywidualnie ustaloną dietę, której musi przestrzegać. Dieta, która dostarcza pacjentowi adekwatnej do jego potrzeb ilości białka, może pozwolić na spowolnienie rozwoju niewydolności nerek oraz odsunięcie w czasie konieczności rozpoczęcia dializoterapii.

Wątpliwości z zasadnością stosowania diety niskobiałkowej związane są z możliwością wystąpienia niedożywienia białkowo-energetycznego, ale jego przyczyną nie jest sama dieta, lecz jej złe zbilansowanie i nieprawidłowe stosowanie. Aby zapobiec niedożywieniu należy zapewnić prawidłową wartość energetyczną diety niskobiałkowej oraz prawidłową proporcję poszczególnych składników odżywczych.

Zapotrzebowanie na białko

Zgodnie z polskimi wytycznymi dla pacjentów z PChN w okresie przeddializacyjnym zaleca się, aby:

- osoby z GFR 80–40 ml/min dostarczały z dietą 1,0–0,8 g białka na kilogram masy ciała,

– osoby z GFR < 40 ml/min dostarczały 0,8 g białka na kilogram masy ciała.

Jednocześnie nie zalecane jest stosowanie diety dostarczającej poniżej 0,6 g białka na kilogram masy ciała. Osoby pozostające pod stałą opieką dietetyka mogą mieć ustaloną ilość białka w diecie w granicach 0,8–0,6 g białka na kilogram masy ciała.

Równocześnie niezwykle istotne w diecie osób z PChN jest zachowanie prawidłowej proporcji białka zwierzęcego do białka roślinnego. Zaleca się, aby przynajmniej połowę ogólnej ilości białka w diecie stanowiło białko pochodzenia zwierzęcego. Jednak, gdy ilość białka w diecie wynosi 0,6 g na kilogram masy ciała, 2/3 ogólnej ilości białka powinno stanowić białko zwierzęce. Uzyskanie takiej proporcji jest w praktyce możliwe, jeśli w diecie wykorzystywane są niskobiałkowe produkty zbożowe.

Produkty niskobiałkowe

W typowej diecie produkty zbożowe (pieczywo, kluski, makarony, płatki zbożowe, ciasta) dostarczają dużej ilości białka roślinnego. Produkty niskobiałkowe natomiast to różnego rodzaju produkty zbożowe, w których ilość białka jest bardzo mała, co uzyskuje się poprzez wykorzystanie do ich wytwarzania mąki kukurydzianej lub mąki pszennej, z której usunięto białko.

W praktyce obserwuje się, że osoby, które zaczynają ograniczać ilość spożywanego w diecie białka, jednocześnie zmniejszają ilość dostarczanej z dietą energii. Dodatkowym błędem jest wykluczanie z diety w pierwszej kolejności produktów dostarczających białka zwierzęcego (mięso, sery, wędliny, ryby, jaja, produkty mleczne), czyli pełnowartościowego, a na ich miejsce zwiększanie ilości spożywanych produktów roślinnych (pieczywo, kluski, makarony), które też dostarczają białka, tyle że niepełnowartościowego.

Wartość energetyczna diety niskobiałkowej

Organizm, aby prawidłowo funkcjonować, musi mieć dostarczoną z

dieta odpowiednią ilość energii. Jeżeli ilość spożywanej żywności, a wraz z nią ilość dostarczanej energii jest zbyt mała w stosunku do potrzeb organizmu, zaczyna on zużywać własne tkanki, aby zaspokoić potrzeby energetyczne. Składnikami diety, które mogą być wykorzystane do produkcji energii, są węglowodany, tłuszcze i białka. Energia dla pracy organizmu powinna być jednak pozyskiwana z węglowodanów i tłuszczów, a białka powinny być wykorzystywane jako składnik budulcowy. Tymczasem, gdy w diecie jest zbyt mało węglowodanów i tłuszczów, białka zaczynają być wykorzystywane jako składnik energetyczny. Zwiększa się wtedy wytwarzania mocznika, który kumuluje się w organizmie osoby z niewydolnością nerek.

Dieta powinna dostarczać energii w ilości ok. 35 kcal/kg masy ciała/dobę. Wyższa wartość energetyczna diety jest wymagana w szczególnych sytuacjach, np. po zabiegach chirurgicznych, w czasie infekcji lub u osób o dużej aktywności fizycznej, u osób niedożywionych. Ponieważ osoby po 60. roku życia często mają małą aktywność fizyczną, dlatego też wartość energetyczna ich diety może wynosić 30–35 kcal/kg masy ciała/dzień. Pacjenci z nadwagą, otyli również mogą wymagać innej wartości energetycznej diety. U osób z nadwagą i otyłością wartość energetyczną diety należy wyliczać przyjmując 30 kcal/kg należnej masy ciała/dobę przy zwiększonej, ale umiarkowanej i dostosowanej do możliwości chorego aktywności fizycznej.

Tłuszcze w diecie niskobiałkowej

Udział tłuszczu w pokryciu dziennego zapotrzebowania energetycznego powinien wynosić 30%. Jednak, częstym objawem towarzyszącym

przewlekłym chorobom nerek jest hipertriglicerydemia oraz rzadziej – hipercholesterolemia, dlatego u osób u których ona występuje, konieczne staje się wprowadzenie zmian ilościowych i jakościowych w podaży tłuszczów. U osób z dyslipidemią należy wykorzystać zalecenia National Kidney Foundation – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF K/DOQI). Należy również zadbać o spożywanie ryb morskich około 2–3 razy w tygodniu.

Kwasy tłuszczowe nasycone

Kwasy tłuszczowe nasycone powinny być w diecie ograniczane, ponieważ podnoszą stężenie cholesterolu we krwi. Bogatym źródłem tych kwasów są produkty pochodzenia zwierzęcego: smalec, łój, tłusta wołowina i wieprzowina oraz przetwory mięsne, takie jak kiełbasy, pasztety, boczek, przetwory mleczne, masło oraz olej kokosowy, palmowy.

Kwasy tłuszczowe jednonienasycone

Obecność w diecie kwasów tłuszczowych jednonienasyconych wpływa na zmniejszenie ryzyka chorób układu krążenia, poprzez zmniejszenie stężenia cholesterolu całkowitego i cholesterolu LDL – tzw. złego cholesterolu we krwi. Dlatego ich spożycie oraz zastępowanie nimi nasyconych kwasów tłuszczowych pozwala na utrzymanie dobrego poziomu cholesterolu we krwi.

Kwasy jednonienasycone występują w znacznej ilości w oliwie z oliwek i oleju rzepakowym. Mniejsze ilości znajdują się w oleju arachidowym, sojowym, kukurydzianym, sezamowym, palmowym oraz w migdałach i orzechach: arachidowych, pistacjowych, laskowych.

Tłuszcze w diecie osób z PChN wg NKF K/DOQI

Tłuszcze	Zalecenia
Tłuszcze ogółem	25–35% energii w diecie
Kwasy tłuszczowe nasycone	do 7 % energii w diecie
Kwasy tłuszczowe jednonienasycone	do 20% energii w diecie
Kwasy tłuszczowe wielonienasycone	do 10% energii w diecie
Cholesterol	do 200 mg/dobę

Wielonienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny n-6

Wielonienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny n-6 obniżają ryzyko miażdżycy i jej powikłań, w tym również niedokrwiennej choroby serca. Zastąpienie tłuszczów zwierzęcych tłuszczami roślinnymi przyczynia się do zmniejszenia stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, głównie przez redukcję stężenia cholesterolu LDL – „złego” cholesterolu.

Bogatym źródłem wielonienasyconych kwasów tłuszczowych n-6 w diecie są: olej słonecznikowy, sojowy, kukurydziany, arachidowy, z kielków pszenicy, pestek winogron oraz nasiona, migdały i orzechy włoskie. Jednak nadmierne spożycie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z rodziny n-6 nie jest obojętne dla organizmu, ponieważ może prowadzić do nasilenia procesów zapalnych. Dlatego nie należy z nimi przesadzać.

Wielonienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny n-3

Wielonienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny n-3 hamują powstawanie miażdżycy, pozwalają na obniżenie ciśnienia tętniczego, biorą udział w procesie krzepnięcia krwi, hamują procesy zapalne w organizmie, korzystnie wpływają na zmniejszenie ryzyka zmian demencyjnych oraz polepszają stan siatkówki oka. Ponadto, ich spożycie obniża we krwi stężenie triglicerydów i w niewielkim stopniu cholesterolu.

Kwasy te występują w tłuszczu ryb morskich oraz w mniejszej ilości w nasionach i olejach (olej rzepakowy, sojowy, z zarodków pszennych, kukurydziany, lniany i z orzecha włoskiego).

W praktyce zaleca się spożycie 100–200 g tłustych ryb morskich przynajmniej 2–3 razy w tygodniu. Prawidłowy stosunek kwasów tłuszczowych z rodziny n-6 do kwasów tłuszczowych z rodziny n-3 w diecie powinien wynosić ok. 4–5 do 1.

Izomery trans nienasyconych kwasów tłuszczowych

Oleje wykorzystywane są do produkcji margaryn, w czasie której

dochodzi do przekształcania nienasyconych kwasów tłuszczowych w nasycone, podczas procesu zwanego uwodornieniem. Procesowi temu towarzyszy powstawanie nienasyconych kwasów tłuszczowych z jednym lub kilkoma wiązaniami podwójnymi o nietypowej konfiguracji trans. Nienasycone kwasy tłuszczowe o konfiguracji trans mają niekorzystny wpływ na organizm i powodują zwiększenie poziomu cholesterolu LDL, podobnie jak nasycone kwasy tłuszczowe oraz obniżają poziom cholesterolu HDL i przyspieszają rozwój miażdżycy.

Głównymi źródłami kwasów tłuszczowych nienasyconych typu trans w diecie są oprócz margaryn złej jakości również tłuszcze piekarskie i tłuszcze używane do smażenia w przetwórstwie spożywczym. Obecnie dąży się, poprzez zmianę sposobu produkcji margaryn, do jak największego zminimalizowania w nich zawartości izomerów trans. Margaryny wysokiej jakości zawierają nienasycone kwasy tłuszczowe typu trans w niewielkich ilościach (mniej niż 1%), podczas gdy margaryno o złej jakości mogą ich zawierać kilkanaście procent.

Główne źródła nienasyconych kwasów tłuszczowych o konfiguracji trans

- margaryny złej jakości,
- wyroby cukiernicze i piekarnicze,
- przekąski (krakersy, herbatniki, chipsy itp.),
- produkty gotowe do spożycia, żywność „fast food”,
- produkty przygotowywane w głębokim tłuszczu.

Cholesterol w diecie

Nadmierne spożycie cholesterolu może wpłynąć na wzrost jego stężenia we krwi. Dlatego ilość cholesterolu w diecie nie powinna przekraczać 300 mg/dziennie u osób zdrowych, a u osób z podwyższonym poziomem cholesterolu we krwi i z chorobami układu krążenia powinna być nawet ograniczana do 200 mg/dziennie. Produktami bogatymi w cholesterol są: mózg, nerki, ozory, płuca, serce, wątroba, smalec, masło, tłuste mięsa, żółtko jaja, śmietana 30%.

Węglowodany w diecie niskobiałkowej

Węglowodany podzielić można na węglowodany proste i złożone. Do węglowodanów prostych zaliczamy glukozę, galaktozę, fruktozę oraz dwucukry, takie jak sacharozę, czyli cukier trzcinowy lub buraczany. Z przewodu pokarmowego mogą one być szybko wchłonięte do układu krążenia. Węglowodany złożone składają się z połączonych ze sobą w długie łańcuchy cząsteczek cukrów prostych – glukozy, które przed wchłonięciem muszą być w przewodzie pokarmowym trawione do wolnej glukozy.

Węglowodany proste występują w takich produktach jak: cukier, słodycze, słodkie napoje, soki, ciasta, owoce.

Węglowodany złożone znajdują się w takich produktach, jak: pieczywo, kluski, kasze, płatki zbożowe, makarony, ryż, warzywa. U osób stosujących dietę niskobiałkową dobrym źródłem węglowodanów są produkty zbożowe niskobiałkowe.

Niedostateczna ilość węglowodanów w diecie prowadzi do wykorzystania białek jako materiału energetycznego, co zwiększa niedobór tego składnika. W diecie podstawę powinny stanowić węglowodany złożone, natomiast cukry proste nie powinny dostarczać więcej niż 10% ogólnej ilości kalorii.

Stosowanie diety niskobiałkowej nie jest trudne, chociaż powyższe zalecenia mogą wydawać się skomplikowane. Wymagane jest tylko zapoznanie się z jej zasadami, poznanie produktów, które należy ograniczyć w diecie i tych, które mogą być spożywane w większej ilości. Dlatego też każda osoba z Przewlekłą Chorobą Nerek powinna przejść szkolenie dietetyczne oraz pozostawać pod stałym nadzorem dietetyka. Może to ją ustrzec przed popełnianiem błędów w stosowaniu diety niskobiałkowej. Warto pamiętać, że zdrowie każdej osoby jest w jej rękach i że dzięki współpracy z lekarzem, pielęgniarką i dietetykiem możliwa jest poprawa stanu zdrowia i jakości życia.

Serdecznie witam wszystkich dializujących się, oczekujących na dializy i tych, którzy, póki co cieszą się wolnością z przeszczepioną nerką.

Tych, których przeraża sama myśl o dializach, śpieszę pocieszyć, iż dializuję się już 23 lata, jestem po dwóch przeszczepach i czekam obecnie na trzeci.

Trzymam się świetnie, jak na tyle lat dializy, nie mam problemów ze stawami (poważnych przynajmniej), pracuję, maluję i wyjeżdżam za granicę.

W dzisiejszych czasach nie ma problemów z dializą za granicą. Wystarczy załatwić sobie w konkretnej stacji dializ za granicą ilość dializ, wykupić w NFZ unijną kartę leczenia zdrowia, z której Ministerstwo opłaca zabieg przeprowadzony za granicą państwa.

Byłam kilka razy w Norwegii, gdzie z otwartymi ramionami przyjęli mnie, mimo że Norwegia nie jest w UE, ale jest państwem wspierającym Unię. Moje odczucia i wspomnienia są jak najlepsze. Norwegia to rzeczywiście bogaty kraj, stać ich na wszystko i dlatego też dają ci wszystko, co mają. Nerki mają podobne, bo jak wiadomo producenci są ci sami, czyli Gambro i Fresenius.

Osobiście byłam dializowana na niebieskiej Gambro, stary typ ze względu na mój HBS. Nie ma w Norwegii podziału na sale HBS i inne, wszyscy są dializowani na jednej sali, mają jedynie jedną nerkę, która jest wyłącznie na potrzeby nosicieli HBS i HCV.

Nie muszę dodawać, że samo zaplecze socjalne, catering, leczenie lekami dodatkowymi jest na najwyższym poziomie. Leki Fosfonol i Renager podawane są w czasie każdej dializy do serwowanego w czasie trwania dializy posiłku. Po dwóch godzinach dializy przychodzi pielęgniarka z tacą, na której są pięknie ułożone kanapki z różnościami, do tego jest podawana herbata, kawa, soki (pomarańczowy lub jabłkowy) oraz mielony lód, który je się polany sokiem.

Zaplecze personelu w liczbie jedna pielęgniarka do jednego łóżka, w przypadku szpitala w którym byłam



było 6 pielęgniarek na 8 łóżek. Dwie pielęgniarki podłączają samą dializę – jedna jest od pacjenta, druga zajmuje się w tym czasie przepuszczaniem soli i krwi przez nerkę. Praca idzie sprawnie, pielęgniarki są przełotne – rozmawiałam po angielsku, bo norweskiego nie znam ni w ząb. Tam wszyscy znają angielski, nawet personel niższy.

Przed dializą jest ważenie, potem na fotel, a po dializie szybko utyka do widzenia. Konsultacje z lekarzem lub recepty na życzenie pacjenta – przychodzi wtedy lekarz na salę i rozmawia z chorym. Na każdej sali przypada jeden TV na dwa łóżka oraz WiFi dla każdego, słuchawki do telewizji, żeby innym nie przeszkadzało, oraz stolik na herbatkę lub kawkę.

Badania miesięczne wyglądają w ten sposób, że po wynikach lekarz przychodzi i mówi, jakie są wyniki i ewentualne zmiany w leczeniu wprowadza po konsultacji i rozmowie z chorym.

Miałam również przyjemność – jeśli to tak można nazwać – leczyć się w Norwegii Interferonem, oczywiście bezpłatnie, jednak norwescy lekarzy nie preferują leczenia Interferonem wśród dializowanych osób, z powodu – jak mi wytłumaczył lekarz z oddziału – tego, że organizm osoby dializowanej jest tak

osłabiony, że nie powinno się narażać chorego na dodatkowe problemy związane z leczeniem wątroby i skutkami ubocznymi leku.

Dializy trwają, tak jak u nas, w zależności od tego, jak pacjent się dializuje: od 3 do 5 godzin lub dwa razy w tygodniu po 5 godzin, jeśli stan chorego na to pozwala.

Osobiście zachęcam do wyjazdów za granicę, nie stanowi to dzisiaj żadnego problemu. Po zgłoszeniu w rodzimej stacji dializ lekarz wydaje kartę informacyjną na temat prowadzonej dializy w kraju, z parametrami oraz aktualnymi wynikami. Do tego należy dołączyć aktualne wyniki wymazu z nosa i gardła – bo tego wymagają – i można jechać.

Warto cieszyć się życiem, które nam zostało, a dzisiejsze możliwości pozwalają na wyjazd w każde miejsce na świecie.

Osobiście polecam Norwegię jako cudowne miejsce do wypoczynku oraz podziwiania przepięknej przyrody, fiordów, klifów oraz morza i gór, których jest tam dostatek.

Załączam zdjęcie na pocieszenie oka.

Pozdrawiam serdecznie i jeśli macie jakieś pytania, bardzo chętnie odpowiem.

Iwona Krzesłowska
Stacja Dializ Konin

MARION HIGGINS

HEMODIALIZA DOMOWA NOCĄ

DIALIZY OTRZEWNOWE

Jestem dializowana już od 11 lat. Początkowo dializowano mnie otrzewnowo 4 razy dziennie, później w sposób automatyczny podczas nocy. Dializa otrzewnowa doskonale pasowała do mojego stylu życia – ciągle pracowałam, co czasami oznaczało podróżowanie po całym kraju – mogłam wówczas zabrać cały sprzęt potrzebny do dializy ze sobą! Niestety po 6-9 miesiącach ta metoda leczenia zawiodła – mój organizm zaczął zatrzymywać płyn dializacyjny, co w konsekwencji sprawiło, że moja waga wzrosła o 17 kilogramów – wyglądałam okropnie, czułam się okropnie, nie miałam w ogóle energii, a moje poczucie własnej wartości spadło do zera.

Oczywiście doradzano mi przejście na hemodializę, ale ja uparcie ignorowałam ostrzeżenia i odmawiałam podłączenia się do sztucznej nerki. Moją niechęć powodował fakt, że na leczenie hemodializą będę musiała pójść do szpitala oraz że będę musiała mieć zrobioną przetokę.

HEMODIALIZA

Stan mojego zdrowia z każdym dniem się pogarszał i w końcu nie miałam żadnej alternatywy. Przyszedł czas na hemodializę. Początkowo oznaczało to podróżowanie 65 km w jedną stronę na zabieg, zanim znaleziono mi miejsce w bliższym ośrodku. Pierwsze dwie próby wytworzenia przetoki się nie powiodły i w końcu założono mi cewnik, co było dla mnie przełomowym doświadczeniem. Kiedy podłączono do niego sztuczną nerkę i rozpoczęto dializę, okropny ból

przeszył całe moje ciało. Niektóre pielęgniarki uważały, że histeryzuję, ale po wielu powtórzeniach tej sytuacji podczas podłączenia, mój lekarz zdecydował się wykonać prześwietlenie, które ujawniło, że cewnik wysunął się z naczynia i uciskał na nerw. Stąd ten ból! Wróciłam do dializy otrzewnowej do czasu, kiedy trzecia przetoka nie zaczęła działać.

Mogłam wrócić do pracy, ale to oznaczało długie podróże do i z Oxfordu, czyli powroty do domu najwcześniej między północą a pierwszą w nocy. Jakoś sobie radziliśmy (mówię my, ponieważ to wszystko angażowało również mojego męża, bez którego wsparcia nie poradziłabym sobie), a po około 4-5 miesiącach znalazło się dla mnie wolne miejsce w lokalnej stacji dializ w Northampton.

Pielęgniarki były cudowne, kładły mnie na łóżku, odpowiadały na wszystkie pytania i pomagały zrozumieć jak działa sztuczna nerkę. Dieta i ograniczenie ilości spożywanych płynów stawały się coraz prostsze w realizacji, ale najlepszą rzeczą był fakt, jak szybko spadała moja waga – nic dziwnego, że czułam się tak źle z całym tym nadmiarem płynów, który w sobie nosiłam. Znowu poczułam, że warto żyć. Jedynym rozczarowaniem był fakt, że nie mogłam być leczona w ten sposób w domu – lub tak mi się wówczas wydawało!

HEMODIALIZA DOMOWA

Nikt nigdy nie wspomniał mi o hemodializach domowych, aż pewnego dnia odkryłam, co się dzieje w zamkniętym pomieszczeniu na końcu oddziału. Pacjent był tam przygotowywany do wykonywa-

nia domowej hemodializy! Z tym pacjentem – Colinem – oraz jego żoną Carol rozmawiałam tak długo, aż powiedzieli mi wszystko, co chciałam wiedzieć. Kiedy opowiedziałam wszystko Jimowi – mojemu mężowi – on zadał tylko jedno pytanie „to na co czekamy?”. Reszta, jak to się mówi, to długa historia, a najważniejszy jest fakt, że już od 5 lat dializuje się w domu.

Ta metoda leczenia pasowała mi bardzo. Dializowałam się od 18 do 22 trzy dni w tygodniu i później szłam prosto do łóżka. Miałam 7 pełnych dni na robienie czego tylko zapragnęłam. W tym czasie przeszłam na wcześniejszą emeryturę, więc było nawet lepiej! Świat wydawał się być cudownym miejscem – nie wierzyłam, że mogłoby być jeszcze lepiej.

Tak było do czasu, kiedy poszłam posłuchać wykładów wygłaszanych przez Inicjatywę Modernizacji (Modernisation Initiative), organizowaną przez Guys & St Thomas Hospital w Londynie. Mój świat po raz kolejny miał się zmienić, choć wówczas nie wiedziałam tego jeszcze. Podczas wykładu dr Cormac Brean mówił o skuteczności czegoś, co nazywało się nocną hemodializą, a ja nie mogłam uwierzyć w to, co usłyszałam. Leczenie to polega na długim, wolnym dializowaniu w czasie, gdy pacjent śpi. Wykładowca zapewniał, że takie leczenie daje wspaniałe wyniki, ze znaczną poprawą wyników badań krwi oraz ogólnego samopoczucia. Kupiłam ten pomysł ostatecznie podczas słuchania relacji pacjenta Patricka Pearson-Miles. Patrick powiedział, że czuje się lepiej niż kiedykolwiek – żadnych ograniczeń płynów, ani konieczności stosowania diety, więcej siły i energii itd. Nie trzeba mnie było

już przekonywać i podczas najbliższego spotkania z dr. Warrenem Pickeringiem powiedziałam mu o tym, czego się dowiedziałam.

HEMODIALIZA DOMOWA NOCA – SZKOLENIE

Dr Pickering bardzo mnie wspierał i podczas wszystkich wizyt kontrolnych kontynuowaliśmy rozmowy na ten temat. Sprawy nabrały jednak rozpędu dopiero po tym, jak dr Pickering wziął udział w naukowej konferencji, podczas której ten temat był poruszany. Razem pojechaliśmy do Guy, żeby spotkać się z dr Brean oraz pielęgniarką Colin Jameson, dzięki którym Patrick-Pearson Miles i jego żona byli wcześniej w Holandii, gdzie tego typu leczenie stosuje się od 3 lat. Z doświadczeniami Patryka, który był pierwszym królikiem doświadczalnym w Wielkiej Brytanii, anglojęzyczni czytelnicy mogą zapoznać się w Internecie pod adresem: <http://www.guardian.co.uk/society/2006/jun/14/health.healthandwellbeing3?INTCMP=SRCH>

Po tej wizycie dr Pickering nadał sprawie bieg i 11 maja 2009 roku Jim i ja rozpoczęliśmy szkolenie w Finedon Ward, które jest częścią nowego Centrum Nefrologicznego w Northamptonshire. Kilka pierwszych sesji miało miejsce w ciągu dnia, więc tak jak podczas „normalnej” hemodializy otrzymywałam coś do picia oraz przekąskę, ale kiedy przestawiliśmy się na tryb nocny, nie było już takiej potrzeby.

Ta metoda leczenia była tak samo nowa dla pielęgniarek, jak i dla nas. Suzi Glover, która była osobą odpowiedzialną za szkolenie i rozwój personelu przed otwarciem oddziału, od jego otwarcia stała się naszą główną trenerką, wspieraną przez Karen, Helen i Bobbiego, którzy zostali naszymi głównymi opiekunami. Muszę przyznać, że szkolenie było doskonałe. Wszyscy się uczyliśmy, jak rozwiązywać pojawiające się na początku problemy, które na szczęście udawało

nam się szybko pokonać. Cały personel pielęgniarski raz czy drugi przychodził, aby spojrzeć, zadać pytanie; ich entuzjazm był fantastyczny, a kiedy zobaczyli wyniki badań mojej krwi, nie mogli w nie uwierzyć. Oddział ma 10 oddzielnych pokoi, każdy z łazienką, a do mojego wstawiono dodatkowe łóżko dla Jima, który ma się mną opiekować w ciągu nocy. Czas tam spędzony można porównywać do czasu spędzonego w naprawdę dobrym hotelu.

Używamy maszyny Fresenius 4008S, która ma 2 pompy. Potrzebowaliśmy 2 pomp, ponieważ używam tylko 1 igły i do tego techniki „buttonhole”, która pozwala stosować za każdym razem tej samej dziurki do wbicia igły. Wytwarza się w ten sposób kanalik przypominający dziurkę w uchu, którą robi się, aby nosić kolczyki. Musieliśmy nauczyć się, jak zabezpieczać igłę oraz przewody bandażem, aby mieć pewność, że nie wysunie się podczas snu. Pomaga w tym bardzo czułe urządzenie monitorujące wyciek krwi ułożone tuż nad igłą, które piszczy, kiedy w tej okolicy pojawi się choćby jedna kropla.

WYNIKI BADAŃ

Możecie Państwo przeczytać w Internecie, że hemodializa nocna może być tak korzystna jak otrzymanie nowej nerki. Ponieważ do tychczas dializowano mnie bardzo dobrze, nie spodziewałam się żadnych cudów, które jednak się wydarzyły. Poziomy mocznika oraz kreatyniny spadły do około 1,8 – mocznik oraz 180 – kreatynina, jednak bywają różne, w zależności od dnia. Pierwsze wyniki badania po moim powrocie do domu przestraszyły zespół, ponieważ potas po dializie spadł do 2,5, w związku z czym otrzymałam telefony alarmujące, że powinnam zjeść banana, żeby podnieść jego poziom (a że bananów nie lubię, znalazłam smaczniejszy substytut, aby ten cel osiągnąć). Poziomy fosforu mam obecnie niskie – około 0,74, pomimo że zdarzały się zarówno 0,3

jak i 1,36! Dodajemy 10,4 ml Adiphos do płynu dializacyjnego, aby utrzymać fosfor na właściwym poziomie.

Raz w miesiącu robimy szczegółowe badanie krwi, którego wyniki możemy zobaczyć dzięki Renal Patient View i komputerowi z dostępem do Internetu. To strona stworzona specjalnie dla pacjentów chorujących na nerki w Wielkiej Brytanii. Pozwala nie tylko zobaczyć wyniki badań, informacje o wizytach kontrolnych, ale jest powiązana ze stronami na temat chorób nerek oraz forum, na którym pacjenci mogą wymieniać się informacjami oraz zadawać pytania.

CZUJE SIĘ ŚWIETNIE

Obecnie dializuje się sześć nocy w tygodniu po 8 godzin. Nocna hemodializa jest bardziej delikatna dla serca, a dowody w postaci wyników badań wskazują, że ten powolny proces usuwa z organizmu więcej toksyn i dużo lepiej naśladuje funkcje zdrowej nerki. Wyrównuje ciśnienie krwi, jak i obniża zapotrzebowanie na niektóre leki.

Naprawdę trudno jest mi opisać, jak dobrze się czuję. Niektóre noce bywają trudniejsze, jednak zazwyczaj cieszę się spokojnym snem. Jakość snu jest dużo lepsza, niż ta której doświadczałam przez ostatnie kilka lat i dzięki temu w ciągu dnia czuję się dużo mniej zmęczona.

W okresie przed rozpoczęciem dializowania nocą miałam również problemy z apetytem, a to, co jest absolutnie niesamowite, to fakt, że już drugiego dnia szkolenia zostałam poproszona o zaprzestanie stosowania ograniczenia ilości spożywanych fosforanów. To było jak odblokowanie korka dla mojego apetytu, który wrócił z całą mocą i teraz jem naprawdę dobrze i smacznie, a do tego cieszę się przeglądaniem książek kucharskich w poszukiwaniu nowych przepisów.

Budzę się rano gotowa zmierzyć się ze światem. Mogę wstać

i od razu gdzieś wyjść, uporać się z obowiązkami domowymi (nuda), popracować w ogrodzie lub robić cokolwiek, co tylko przyniesie mi dzień. Jim uważa, że wróciło moje poczucie humoru i że jestem mniej spięta! (Że kto? Że ja?) Zdałam sobie sprawę, że dializy 3 razy w tygodniu zaczynały dawać się we znaki, mimo że nauczyłam się z tym żyć i radzić sobie.

Korzyść w postaci braku ograniczeń dietetycznych jest najlepsza. Nie sądzę, żeby ktokolwiek z nas zdawał sobie sprawę z faktu jak brak zainteresowania jedzeniem wpływa na całe nasze życie, zwłaszcza towarzyskie.

Hemodializy nocne są w pewien sposób elastyczne – nie muszą być wykonywane przez 6 nocy w tygodniu czy też pojedynczą igłą. Są pacjenci, którzy podłączają się do maszyny przy użyciu 2 igieł,

a także i tacy, i którzy dializują się 5 nocy w tygodniu, co drugą noc lub 3 noce dializy i 3 bez niej. To leczenie może zostać dopasowane do każdego stylu życia i indywidualnych potrzeb zdrowotnych.

Pamiętajcie, że dializy pozwalają nam żyć i mieć się dobrze. Ważne jest mieć to na uwadze i nie pozwolić leczeniu zdominować naszego życia, choć dobrze wiem, jak trudne to czasami bywa. Muszę jednak przyznać, że od kiedy dializuję się nocą, nie doświadczyłam tych trudów ani razu!

Szanowni Państwo, powyższy artykuł to historia pacjentki z Wielkiej Brytanii, która dializuje się za pomocą hemodializy w warunkach domowych podczas snu. Warto zaznaczyć, że prekursorem tej metody oraz twórcą aparatu, który do niej słu-

ży stosowanego w Stanach Zjednoczonych, jest wybitny nefrolog polskiego pochodzenia prof. Zbysław Twardowski. Niestety, w naszym kraju ta bardzo skuteczna, jednak kosztowna forma leczenia nie jest dostępna. Biorąc jednak pod uwagę efekty leczenia dające znaczną poprawę samopoczucia i chęć do życia oraz poprawę stanu fizycznego, dzięki ograniczeniu efektów ubocznych zatrucia organizmu, wydaje się ona być bardzo korzystnym rozwiązaniem dla niektórych osób cierpiących na choroby nerek. Mamy nadzieję, że uda się rozpocząć rozmowy na temat możliwości wprowadzania tego typu technik leczenia w naszym kraju. Zachęcamy Państwa gorąco do przesłania nam swoich refleksji po lekturze.

Iwona Mazur

RUCH TO ZDROWIE

JOLANTA ZAJT-KWIATKOWSKA

Zakład Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku

STANISŁAW BAKUŁA

Katedra i Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku

RUCH JAKO NAJTAŃSZY LEK (cz. II)

Program ćwiczeń realizowany w warunkach domowych

Trudności natury finansowej i organizacyjnej skłaniają do tego, aby zalecać chorym z przewlekłą niewydolnością nerek aktywność fizyczną w warunkach domowych. Ćwiczenia można rozpocząć po konsultacji z lekarzem oraz po instruktażu udzielonym przez fizjoterapeutę. Program ćwiczeń domowych powinien być wykonywany przez pacjenta w miarę możliwości jak najczęściej, najlepiej w dni bez dializ. Zalecany czas

ćwiczeń to 30–40 minut, jednak jeśli chory jest słabszy lub jeśli w danym dniu zgłasza subiektywne odczucie większego zmęczenia niż zwykle, to może ćwiczyć krócej, na przykład przez 10–15 minut. Pacjentom leczonym nerkozastępczo proponuje się trening wytrzymałościowy na stacjonarnym rowerze, ćwiczenia ogólnousprawniające oraz wybrane formy rekreacji ruchowej.

Chorzy, którzy posiadają rower stacjonarny lub zechcą go nabyć, powinni się zgłosić do lekarza lub fizjoterapeuty w specjalistycznej

jednostce ochrony zdrowia, gdzie wykonany zostanie test wysiłkowy i na jego podstawie zostaną ustalone obciążenia treningowe, które pacjent będzie realizował w domu.

Ćwiczenie ogólnousprawniające mogą wykonywać wszyscy pacjenci z przewlekłą chorobą nerek. Zestaw ćwiczeń ustala fizjoterapeuta, uczy ich wykonywania i wydaje choremu specyficzną receptę w postaci zaleceń ćwiczeń do domu. Czas terapii ruchem jest różny, zazwyczaj wynosi od 15–30 minut, a każde zalecone ćwiczenie powtarza się 5–10 razy.

Aktywność fizyczną w warunkach domowych najlepiej nadzorować telemetrycznie – polega to na wyposażeniu pacjenta w telefon komórkowy oraz moduł kardiologiczny (wielkości paczki papierosów), rejestrujący zapis krzywej EKG z naklejonych na klatkę piersiową elektrod. Zapis jest analizowany przez lekarza w klinice i on decyduje o czasie trwania i dawce wysiłku fizycznego. Ta forma rehabilitacji daje poczucie bezpieczeństwa pacjentowi i pozwala kontrolować lekarzowi realizację zalecanych ćwiczeń.

Profilowana i kontrolowana rekreacja ruchowa

Ten typ aktywności fizycznej stanowi zazwyczaj najprzyjemniejszą jej formę, ponieważ uwzględnia preferencje chorego dotyczące określonych form ruchu i jest prowadzony w naturalnych warunkach, zazwyczaj w przyjemnym i atrakcyjnym miejscu. Dzięki temu osoby poddawane leczeniu nerkozastępczemu czują się jak ludzie zdrowi. Szczególnie poleca się takie rodzaje rekreacji ruchowej, które będą sprzyjały poprawie wydolności krążeniowo-oddechowej. W warunkach naturalnych będą to spacer, jazda na rowerze, chodzenie z kijami (tzw. spacer nordycki – *nordic walk*), chodzenie na nartach biegowych. Można również uczęszczać do klubów *fitness* i korzystać na przykład z zajęć typu „cardio”, czyli jazdy na rowerze stacjonarnym, marsze na bieżni ruchomej lub biegi wspomagane na przyrządzie, który nazywa się „rozeta”. Wspomniane kluby coraz częściej otwierają się na osoby z ograniczeniami zdrowotnymi, organizując dla nich wiele zajęć, które są modyfikowane dla potrzeb chorych. Pacjentom z przewlekłą chorobą nerek można polecić zajęcia na siłowni, jogę lub pilates.

Wybierając taki sposób aktywności fizycznej należy podkreślić, że zarówno decyzja o rozpoczęciu ćwiczeń, jak i wszystkie niepokojące objawy, które mogą wystąpić w czasie ich trwania, powinny być zawsze konsultowane z lekarzem.

Sport masowy

Pacjenci z przewlekłą chorobą nerek poddani leczeniu nerkozastępczemu rzadko podejmują wyzwanie sportowe. Jest to spowodowane obawą, że trening może wyrządzić wiele szkód wynikających z faktu choroby. Jednak należy zwrócić uwagę na fakt, że w Europie wiele osób po transplantacji narządów uprawia zawodowo różne dyscypliny sportu. Stało się tak za sprawą Maurice’a Slapaka, który ponad 30 lat temu powołał Światową Federację Sportu dla Osób po Transplantacji. W Polsce istnieje od 2005 roku Polskie Stowarzyszenie Sportu po Transplantacji (www.sportpotransplantacji.pl). Warto, aby tę stronę odwiedziły osoby młode, zwłaszcza te, które przed chorobą były aktywne fizycznie i uprawianie sportu dawało im wiele radości.

Aktywność fizyczna w przewlekłej chorobie nerek z pewnością będzie sprzyjała poprawie stanu zdrowia. Należy jednakże uświadomić choremu, że wskazane jest podjęcie niezbędnych działań, tak aby ćwiczenia były wykonywane w sposób bezpieczny i nie narażały chorego na powikłania wynikające, przede wszystkim, z niedostatecznej wiedzy. Wszystkie ćwiczenia powinny podlegać kontroli medycznej i fizjoterapeutycznej. Długotrwała choroba sprzyja występowaniu wielu powikłań, takich jak zaburzenia czucia i krążenia w obrębie kończyn, występowanie przepuklin (u chorych dializowanych otrzewnowo), miopatie i problemy związane ze wszczepieniem cewnika lub przetoki. Mogą one utrudniać wykonywanie ćwiczeń oraz sprzyjać występowaniu otarć i ran. Aby temu przeciwdziałać, chorzy powinni pamiętać o potrzebie zapobiegania się w wygodne obuwie i ubranie sportowe oraz bawełniane skarpetki i bieliznę. Należy unikać przeciążeń oraz zbyt intensywnych ćwiczeń – wskazane są treningi o

charakterze lekkim lub umiarkowanym (11–14 pkt w subiektywnej ocenie wg 20-punktowej skali Borge lub wzrost częstości skurczów serca o 30–40% wartości spoczynkowej). Ćwiczenia nie powinny nadmiernie obciążać mięśni brzucha (zwłaszcza u chorych dializowanych otrzewnowo) lub kończyn górnych z przetoką (u hemodializowanych). Wszystkie pojawiające się problemy należy zgłaszać lekarzowi i fizjoterapeucie.

ZAPAMIĘTAJ

- Programowana, kontrolowana i systematyczna aktywność fizyczna sprzyja zdrowiu chorego.
- Wybór formy ćwiczeń fizycznych należy konsultować z lekarzem i zaplanować fizjoterapeutą.
- Każda forma ćwiczeń jest korzystna ponieważ poprawia siłę mięśni oraz wydolność krążeniowo-oddechową i zmniejsza powikłania choroby.
- Należy zadbać o wygodny strój do ćwiczeń i higienę ciała po ćwiczeniach.
- Konieczne jest kontrolowanie reakcji organizmu na wysiłek fizyczny, a jeśli to możliwe, należy korzystać z nadzoru telemetrycznego w czasie wykonywania zajęć ruchowych.
- Ćwicząc, należy „słuchać sygnałów własnego ciała” i jeśli wywołują one niepokój chorego, powinien on zapytać lekarza, czy może kontynuować zaplanowany trening zdrowotny.

Nowość wydawnictwa Via Medica



Leczenie nerkozastępcze

poradnik dla pacjentów i ich rodzin

pod redakcją prof. Bolesława Rutkowskiego

- edukuje w zakresie roli nerek w organizmie człowieka oraz ich chorób
- opisuje najczęstsze stosowane metody leczenia: hemodializę i dializę otrzewnową
- zawiera niezbędne informacje dotyczące przeszczepienia nerek
- stanowi kompendium wiedzy dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek



prof. dr. hab.
Bolesław
Rutkowski

50-letnie doświadczenia środowiska
nefrokologicznego
i transplantologicznego

Zapraszamy do zapoznania się
z pełną ofertą księgarską na stronie
www.ikamed.pl
Kontakt z Działem Sprzedaży:
tel.: 58 326 78 06, fax: 58 320 94 40
e-mail: ikamed@ikamed.pl

ikamed.pl
współpraca z Działem Sprzedaży



Materiał pochodzi z książki *Leksykon chorób nerek i terapii nerkozastępczej* autorstwa prof. dr. hab. med. Bolesława Rutkowskiego i dr. hab. med. Przemysława Rutkowskiego. Przedruku dokonano za zgodą autorów oraz Wydawnictwa Medycznego Termedia.

KRYSTYNA MURDZEK

Obóz rehabilitacyjno-narciarski dla dzieci po przeszczepieniu narządów z Centrum Zdrowia Dziecka

W dniach od 12 do 21 marca w Zakopanem odbył się obóz rehabilitacyjno-narciarski dla dzieci po przeszczepieniu narządów. W obozie wzięło udział 12 dzieci: Weronika Kliszka, Justyna Krzosek, Joanna Szumera, Ewa Szumera, Marek Husar, Borys Kalinowski, Kacper Kwiecień, Adrian Nowak, Paweł Parzyszek, Jan Piotrowicz, Benjamin Ribey, Mateusz Urbanek wraz z rodzicem lub opiekunem.

Dzieci uczyły się jeździć na nartach w Szkole Jag-ny Marczułajtis i doskonaliły swoje umiejętności na stoku Witów-Ski. Obóz zakończył się zawodami. Dzieci startowały w grupach wiekowych do 13 lat i powyżej 13 lat. Pierwsze miejsca zajęli: Weronika Kliszka, Joanna Szumera, Matusz Urbanek i Marek Husar. Poza nauką jazdy na nartach dzieci uczestniczyły w zajęciach z pływania. Opiekę medyczną nad dziećmi sprawowali: dr n. med. Jacek Rubik, prof. Andrzej Chmura oraz masażysta Jacek Walaszek.

Dla wszystkich uczestników była to wspaniała przygoda, która przekonała rodziców, że nawet zimą dzieci po przeszczepieniu narządów mogą uprawiać sport bez skutków ujemnych dla ich zdrowia. Ogromne zaangażowanie dzieci i rodziców utwierdziło w przekonaniu członków Zarządu, uczestniczących w tym eksperymencie, że warto organizować takie imprezy i pozyskiwać sponsorów, aby przełamywać bariery sprawności fizycznej, dawać dzieciom poczucie własnej wartości oraz spontaniczną radość.

Dziękujemy bardzo instruktorom za ogromne zaangażowanie w nauczanie jazdy na nartach. Szczególne podziękowania należą się prezesowi Witów-Ski, panu Romanowi Krupie.

Obóz mógł odbyć się dzięki sponsorom, którym bardzo dziękujemy za wsparcie finansowe. Byli nimi: Public Format (ze środków zebranych w czasie Snow-Sport-Show), firmy farmaceutyczne ROCHE Polska Sp. z o.o., Fresenius Medical Care Polska S.A., Service-Pharma Sp. z o.o., Stacja Narciarska WITÓW-SKI, Gliwicka Agencja Turystyczna GAT, Ciarko Sp. o.o., S.K.A. Sanok oraz prywatni darczyńcy.

Organizatorem obozu było Polskie Stowarzyszenie Sportu po Transplantacji.



Sylwetki pacjentów-sportowców. MIROSŁAW BURSKI – członek Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji

Mirosław Burski ma 52 lata. Mieszka w Łodzi. Od 17 lat jest taksówkarzem. W 1993 roku zdiagnozowano u niego kłębuszkowe zapalenie nerek. W 1998 roku jego nerki przestały funkcjonować i rozpoczął hemodializy. Miał szczęście, ponieważ dializował się niespełna rok. Już po 8 miesiącach w 1999 roku został zakwalifikowany do przeszczepu. Przeszczepienia nerki dokonał chirurg-transplantolog, dr Polak w Klinice Chirurgicznej w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Od chwili, kiedy przeszczepiono mu nerkę, odnalazł w sobie chęć do uprawiania sportu, ponieważ uświadomił sobie, że nie może zmarnować szansy, która została mu ofiarowana. Od 11 lat regularnie 5 razy w tygodniu trenuje, biega oraz uczęszcza na siłownię i basen. W 2003 roku po raz pierwszy wystartował w Światowych Igrzyskach po Transplantacji w Nancy we Francji, bez większych sukcesów. Od 2004 roku zaczął trenować chód sportowy i to był strzał w dziesiątkę. Do następnych Europejskich Igrzysk, które odbyły się w Lublanie na Słowenii w 2004 roku, zaczął przygotowywać się już po powrocie z Francji. Na zawodach widział swoich rywali i zapragnął tak jak i oni stanąć na podium. Systematyczne treningi zaowocowały złotym medalem w chodzie sportowym w kategorii super senior na dystansie 5000 m.

Pierwszy największy sukces odniósł w 2005 roku na XV Światowych Igrzyskach po Transplantacji w London Ontario w Kanadzie. Zdobył tam złoty medal i ustanowił nowy rekord świata wynikiem 29 minut 45 sek., właśnie w chodzie sportowym na 5000 m.

Sukcesy Mirka w kolejnych latach:

- 2006 – w Pecs na Węgrzech zdobył srebrny medal w chodzie oraz brązowy w pływaniu stylem klasycznym na 100 m.
- 2007 – w Bangkoku w Tajlandii zdobył złoty medal w chodzie sportowym. Do tych zawodów przygotowywał się wyjątkowo starannie, z obawy na bardzo dużą konkurencję oraz trudne warunki atmosferyczne. Na swoim koronnym dystansie zdeklasował swoich rywali, wygrywając z drugim zawodnikiem – Amerykaninem... prawie 2 minuty.
- 2009 – w Gold Coast w Australii – także uplasował się na pierwszym miejscu. Do tych zawodów przygotowywał się także starannie. I tym razem w mistrzowskim stylu pokonał wszystkich swoich rywali z przewagą 2 minut. Kiedy Mirek finiszował, wszyscy bili mu gromkie brawa.
- 2010 – w Dublinie w Irlandii, również był najlepszy.

Wszystkie zawody, w których uczestniczyłem i startowałem, za każdym razem bardzo przeżywałem i chociaż z roku na rok miałem coraz większe doświadczenie. Przed każdym startem, naprawdę, towarzyszył mi ogromny stres. Odnoszę wrażenie, że sytuacja ta spowodowana była chęcią zwycięstwa, pokazania się z jak najlepszej strony. Chciałem, aby moja wola walki i chęć życia osoby po transplantacji mogła być przykładem dla wszystkich ludzi, że po transplantacji narządów można uprawiać sport. Chciałbym, aby w moim kraju krócej czekało się na przeszczep i aby jak najwięcej ludzi deklaroowało chęć oddania swoich organów pacjentom oczekującym na nowe życie – powiedział Mirek Burski.



Mirosław Burski – rekordzista świata i złoty medalista Światowych i Europejskich Igrzysk po Transplantacji



Mirosław Burski – zdobywca brązowego medalu w pływaniu w 2006 roku w Pecs, na Węgrzech

Malowanie duszą

Cel, do którego należy dążyć w życiu, nie polega na tym, by coś osiągnąć, lecz na tym, by żyć jego pełnią, by dobrze zająć się tym, do czego jesteśmy posłani. Jeśli podążamy za swoim osobistym wezwaniem, nasze życie staje się błogosławieństwem dla nas i naszego otoczenia. Wielu ludzi wciąż wyczekuje wielkiego szczęścia. Są rozczarowani, że nie nadchodzi. Poszukując wyjątkowych darów losu, nie zauważają małych radości, które czekają na nich na ich drodze życia... Na mnie czekała radość o imieniu Janina – malarka. Miała ona w sobie coś przyciągającego: dobrego, ciepłego, takiego magnetycznego... Podjęłam decyzję, że nadszedł czas, abym ją wreszcie odwiedziła. Jasia malowała przepiękne ikony i obrazy. Pomyslałam sobie, że też chciałabym malować i przekazać to wszystko, co przez przeszczep wspaniałego odczuwałam. Nigdy talentu nie miałam i Jasia ten żal we mnie wyczytała. Zabrała mnie do swego gabinetu. Panowała w nim niesamowita atmosfera. Miałam wrażenie, że każdy obraz żyje! Czułam tam radość, spokój, bezpieczeństwo – azyl. Cały drewniany domek Jasi to źródło inspiracji – nawet studnia obłożona kamieniami czy płotek drewniany z namalowanymi makami. Wyglądały, jakby je kołysał wiatr. To u Jasi nabierałam sił po udanej transplantacji. Miałam odczucie, jakby w tym malowniczym zakątku wracały moje siły vitalne. Jasia to błyskawicznie wyłapała. To od niej dostałam moje pierwsze suche pastele. To ona pierwsza poprowadziła moją rękę po arkuszu dużego papieru. Powiedziała: „Pokaż barwę, co czujesz, rozcieraj kolory palcem, przelej swoje emocje na papier – MALUJ DUSZĄ...”. I tak zaczęła się moja nowa pasja, a im więcej malowałam, tym więcej miałam do przekazania i powstawał obraz jeden za drugim. Często malowałyśmy w ogrodzie. Dookoła nas piękne kwiaty, drzewa, śpiew ptaków, nawet konika polnego słychać było! Czułam, że żyję, że nadrabiam „szpitalny czas”... Kiedyś Jasia mnie zapytała: „Anitko, dlaczego umilkłaś? Nad czym tak się zastanawiasz?” Odpowiedziałam: „Wiesz, Jasiu, pragnę namalować mojego Dawcę, ale nie wiem, jak...” A wtedy usłyszałam odpowiedź: „Zamknij oczy, zajrzyj w głąb duszy i maluj palcami, a potem zaznacz swego ANIOŁA brokatem – ON BĘDZIE WIEDZIAŁ...”. I namalowałam – JEGO powrót do NIEBIOS... W tym czasie dokończyłam wiele przemyśleń, wiele zmian, wszystko się przewartościowało, zmieniły się priorytety... Miałam uczucie jakby moja dusza uległa szybkiej przemianie, ogromnemu rozwojowi. I tak powstał obraz zatytułowany WZNOSZENIE. Teraz wiem, że każdy nowy dzień jest zaproszeniem. Każdego dnia czeka na nas jasne i barwne życie. A marzenia spełniają się tylko wtedy, kiedy jesteśmy gotowi obudzić się i przyjąć je naprawdę, nie tylko w wyobraźni...

Anita Kafel z Krosna –

6 lat i 6 miesięcy po transplantacji nerki



Anita Kafel – *Wznoszenie*



Anita Kafel – *Niebioso*

EWA ZELIGER

Ma 34 lata, od urodzenia choruje na rozszczep kręgosłupa, z tego powodu zmuszona jest poruszać się o kulach. Dializuje się od 8 lat. Haftowanie podpowiedziała jej inna osoba dializowana, która się tym zajmowała. Jak pisze sama pani Ewa, początki nie były łatwe, jednak lepiej jej szło niż z malowaniem. Próbowwała haftować różnymi technikami: na kanwie gęstej, rzadkiej, krzyżykiem i półkrzyżykiem, dlatego jej prace też są różne. Z wielu przesłanych do nas prac pani Ewy wybraliśmy dwie, które się nam bardzo spodobały i prezentujemy je poniżej.



W kwartalniku „Dializa i Ty” publikowaliśmy wiersze Pacjentów oraz ich listy. Jednak wiemy, że wielu z Was na przykład maluje, haftuje lub interesuje się fotografią. Bardzo chcielibyśmy, aby prace artystów amatorów również znalazły się w naszym kwartalniku. Urozmaicą one numer, a przede wszystkim pokażą, że pomimo choroby można robić coś twórczego oraz pięknego.

Jeżeli zgłosi się więcej osób, mamy nadzieję, że po pewnym czasie uda się nam zorganizować aukcję dzieł Pacjentów, nagłaśniając to medialnie i w środowisku, przeznaczając środki, np. na materiały lub pisma tworzone dla Was.

SŁOWNICZEK
PACJENTA

PRZESZCZEPIONIE NERKI

Inna nazwa: Transplantacja nerki

Definicja: Zabieg polegający na przeszczepieniu nerki osobie ze schyłkową niewydolnością nerek własnych. Dokonuje się tego w trakcie zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym. Naczynia nerki wszywa się do naczyń biodrowych (rzadziej innych) biorcy. Narząd przeszczepiony umieszcza się na talerzu biodrowym od strony brzusznej. Zabieg ten nie wymaga usunięcia nerek własnych z wyjątkiem wskazań medycznych, jak bardzo duże nerki (wielotorbielowatość nerek), nawracające infekcje nerek własnych (reflaks pęcherzowo-moczowodowy, przewlekłe wodonercze). Ze względu na rodzaj dawców wyróżnia się przeszczepy od osób żywych (spokrewnionych lub niespokrewnionych) oraz przeszczepy ze zwłok. Pobieranie narządów ze zwłok oraz od osób żywych reguluje ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z dnia 6 września 2005 r.). Przeszczepy od dawców żywych rokują znacznie lepiej niż od osób zmarłych, niestety w Polsce stanowią jedynie 2% wszystkich transplantacji (Szwecja 40%, Hiszpania 50%). Dobór narządu do dawcy odbywa się na zasadzie zgodności w zakresie głównych grup krwi, ujemnej próby krzyżowej oraz ilości zgodnych antygenów zgodności tkankowej.

Wskazania: Schyłkowa niewydolność nerek z eGFR <15ml/min oraz spodziewany czas przeżycia >2 lat. Pacjent nie musi być leczony za pomocą dializ – zabieg można wykonać przed rozpoczęciem hemodializy czy dializy otrzewnowej (badania wskazują na lepsze rokowanie w tego typu przeszczepach).

Przeciwwskazania: Bezwzględne: czynna choroba nowotworowa, przewlekłe zakażenia niemożliwe do wyleczenia (AIDS), brak współpracy pacjenta (choroby psychiczne, narkomania, alkoholizm), schyłkowa niewydolność innych narządów (serce, płuca, wątroba), miażdżyca uogólniona z zaawansowanymi zmianami naczyniowymi i narządowymi; względne: czynne zakażenia wymagające leczenia, uszkodzenie wątroby, choroba pęcherza moczowego, przerost gruczołu krokowego, reflaks pęcherzowo-moczowodowy z nawracającymi zakażeniami układu moczowego, przebyta choroba nowotworowa, niestabilna choroba wieńcowa.

Leczenie: Po zabiegu przeszczepienia pacjent musi stale przyjmować leki immunosupresyjne. Terapia najczęściej składa się z trzech leków, o różnym mechanizmie działania. Dodatkowo chory powinien zgłaszać się na regularne wizyty kontrolne. Pamiętać należy o zwiększonym ryzyku wystąpienia infekcji pod wpływem leków immunosupresyjnych oraz chorób nowotworowych. Średnie przeżycie narządu po przeszczepieniu wynosi obecnie 10 lat.

KRZYSZTOF KMIEĆ – WSPOMNIENIE

13 marca 2011 roku zmarł w Krakowie pan Krzysztof Kmieć, autor rysunków zdobiących łamy „Dializy i Ty”. Pragniemy przybliżyć Państwu sylwetkę tego wyjątkowego człowieka – naukowca i artysty, wybitnego twórcy ekslibrisów.

Krzysztof Kmieć urodzony w 1950 roku w Cieplicach Śląskich-Zdroju doroste życie zawodowe i twórcze związał z Krakowem. Był pracownikiem naukowym Katedry Farmakognozji Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, a w latach 2002–2005 członkiem Senatu tej uczelni. Prowadził badania właściwości roślin leczniczych, a szczególnie kasztanowca.

Krzysztof Kmieć był twórcą ekslibrisów, które wykonywał od 1985 roku. W swoim dorobku twórczym miał ponad 2800 ekslibrisów o różnorodnej tematyce, w większości linorytów. Najczęściej wykonywane dla pracowników służby zdrowia (głównie farmaceutów), a zasadniczo pracowników naukowych wyższych uczelni ekslibrisy z motywami przyrodniczymi, zwłaszcza roślinami leczniczymi. Był autorem wielu publikacji książkowych, w tym takich jak *Rośliny lecznicze w „Panu Tadeuszu”*, *Ekslibrisy farmaceutów*, *Farmacja, kuchnia i ekslibrisy* oraz *Ekslibrisy wierszem pisane* – książki wydanej wspólnie z poetą i aptekarzem Walterem Pyką.

Ekslibrisy Krzysztofa Kmiecica znaleźć można w wielu znaczących kolekcjach publicznych i prywatnych, w kraju i zagranicą, np. w Muzeum Farmacji UJ w Krakowie, Muzeum Farmacji w Łodzi i w Poznaniu, Bazyli, Lipsku, Pittsburgu, Kownie, Muzeum Okręgowym w Tarnowie, Gabinecie Grafiki Biblioteki Zakładu Narodowego im. Ossolińskich we Wrocławiu, Muzeum UMCS w Lublinie, ExLibris Society w Sztokholmie, Shanghai Ex Libris Society, The Medical Center University of Illinois i innych.

Uczestniczył w ponad 150 zbiorowych i ponad 130 indywidualnych wystawach ekslibrisów, m.in. w: Włodzkiej Galerii Ekslibrisu w Łodzi, w Stargardzie Szczecińskim, Karpaczu, Grudziądzu, Ostrowie Wielkopolskim (Międzynarodowe Biennale Małej Formy Graficznej i Ekslibrisu), Toruniu, Łodzi i wielokrotnie w Krakowie, za granicą zaś m.in. w Szanghaju, Kownie, Lipsku, Reichenbach, ostatnio w Forres (Szkocja) i Villereal (Francja), a także w Kioto w Japonii, w Gallery Kyoto Ywca. Ostatnią wystawą była otwarta 17 marca 2009 w Włodzkiej Galerii Ekslibrisu w Łodzi: „W ogrodzie i na łące. Ekslibrisy przyrodnicze Krzysztofa Kmiecica”.

Brał udział w licznych konkursach na ekslibris, zdobywając nagrody i wyróżnienia. Jego ekslibrisy publikowano w wielu wydawnictwach, m.in. w katalogu eu-



ropejskiego ekslibrisu farmaceutycznego i w katalogu *Polski ekslibris medyczny* pod red. dr. Wiktora Dziulickowskiego, który ukazał się z okazji 40-lecia Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Został obdarzony honorowym tytułem „Pasjonat farmacji 2003” oraz medalem Ignacego Łukasiewicza Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Za działalność na rzecz promocji ekslibrisu został odznaczony przez Prezydenta Krakowa odznaką „Honoris Gratia”.

Z zamiłowania podróżnik – związany był z Akademickim Klubem Turystycznym „Eskulap”, z którym zwiedził 30 krajów Azji, obu Ameryk i Ameryki Środkowej oraz Spitsbergen. Odwiedził Afganistan, Birmę, Boliwię, Indie, Indonezję, Meksyk, Nepal, Mongolię oraz kraje Bliskiego Wschodu.

Jako student wykonywał projekty znaczków okolicznościowych związanych z rajdami turystycznymi; projektował także plakaty na potrzeby imprez studenckich. Wiele ekslibrisów wykonał dla wybitnych himalaistów polskich — Jerzego Kukuczki, Krzysztofa Wielickiego, Anny Czerwińskiej czy Leszka Cichego.

FIRMY WSPÓŁPRACUJĄCE



JANSSEN-CILAG
Polska Sp. z o.o.



AMGEN[®]

Baxter

POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW POLSKICH



prof. dr hab. Marian Klinger

Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

Członek Zarządu Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego (ERA/EDTA).

Kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu (od 1998r) – najstarszej w Polsce i w Europie, utworzonej w 1958 r. Katedry i Kliniki, która w nazwie miała wpisana jako specjalność choroby nerek.

W latach 1999–2005 prorektor ds. nauki AM we Wrocławiu, aktualnie członek Senatu tej uczelni. Działalność kliniczną i naukową koncentruje wokół trzech kręgów tematycznych: immunopatologii, kliniki i terapii kłębuszkowych zapaleń nerek; toksemii mocznicowej i czynników wpływających na adekwatność hemodializy i dializy otrzewnowej oraz stanu immunologicznego biorców przeszczepu nerki i zastosowania nowych leków immunosupresyjnych w programach po przeszczepowej immunosupresji.

Autor 358 publikacji, promotor 16 rozpraw doktorskich i opiekun 2 przewodów habilitacyjnych, troje współpracowników uzyskało tytuł profesora nauk medycznych.