



Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 3(14) 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

Komitet 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

Na okładce: fragment obrazu RYSZARDA RAUCZYŃSKIEGO

Rysunki: KRZYSZTOF KMIĘĆ

W numerze:

3 Słowo od Redakcji – prof. dr hab. med. Olgierd Smoleński

3 Ludzie listy pisać

Droga do szczęścia – Anita Kafel

Ja się nie lubię martwić – Anna Spiss

5 Listy znad morza

Rachunek sumienia, czyli ja jako były –

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

7 Kącik literacki

Ocalony, Radość – Jerzy Hyska

Konkurs „Wspomnienia chorych na nerki” –

Moja historia – mgr Czesław Szczurek

9 W oczach lekarza

Co warto wiedzieć o przeszczepieniu nerki od dawcy
rodzinnego – prof. dr hab. med. Wojciech Rowiński

Woda jako lek – dr Wacław Bentkowski

12 Nasze hobby

Ryszard Rauczyński

13 Pielęgniarka radzi

Błędy w dializie otrzewnowej (cz. II)

– mgr Małgorzata Nawara

14 Głos Stowarzyszenia

Nasz głos na spotkaniu nefrologów – XIX Konferencja

Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa

Nefrologicznego – Agnieszka Ślusarczyk

Spotkanie CEAPIR w Oslo – Michał Dębski-Korzec

Młodzież wie, jak zwiększyć liczbę przeszczepów –

Final kolejnej edycji kampanii „Drugie życie” –

Magdalena Wolska

19 Nasi Jubilaci

Dializuję się już 30 lat – mirman

20 Nasz chleb powszedni

Cholesterol na cenzurowanym – mgr Sylwia Rodak

Solić, nie solić – Monika Kowalik

24 Ruch to zdrowie

VI Ogólnopolskie Igrzyska dla Osób po Transplantacji

i Dializowanych – mgr Krystyna Murdzek

Krystyna Murdzek – żyć normalnie i pomagać innym –

Michał Dębski-Korzec

29 Nasze ośrodki dializ

Wypoczynek w Zakopanem – dr med. Grzegorz Hudziak

30 List do Prezydenta RP

32 Poczet wybitnych nefrologów polskich

Profesor Maciej Krzymański

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych materiałów.

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,

Leczenie nerkozastępcze stanowią dwie wzajemnie uzupełniające się metody postępowania: dializoterapia i transplantacja nerki. O ile w dializach osiągnęliśmy w Polsce średni poziom europejski, to w ilości wykonywanych przeszczepów na milion mieszkańców pozostajemy daleko w tyle za wieloma krajami naszego kontynentu. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest znikoma ilość przeszczepów wykonywanych od żywych dawców. Dlatego pragnę zachęcić do lektury artykułu prof. Wojciecha Rowińskiego – wybitnego znawcy tej problematyki. Niedostatek przeszczepów nerki wynika też m.in. z małej wiedzy w naszym społeczeństwie na temat możliwości oddania nerki swojemu bliskiemu – biologicznie czy psychicznie. Istnieje też nieuzasadniona obawa, że takie postępowanie stanowi zagrożenie dla zdrowia lub życia dawcy narządu. Warto wspomnieć o możliwości „przeszczepu wyprzedzającego”. W chwili, kiedy chory na przewlekłą niewydolność nerek dochodzi do momentu, w którym należy rozpocząć dializowanie i jest dawca nerki, to po wykonaniu odpowiednich badań można mu ją przeszczepić z pominięciem leczenia dializami. Takie postępowanie wydaje się być optymalne dla chorego i warto je szeroko propagować. O tych wszystkich problemach winniśmy mówić głośno z naszymi bliskimi, znajomymi i sąsiadami. My wszyscy, zarówno leczący, jak i leczeni. Być może takie postępowanie chociaż w części poprawi znajomość tej problematyki wśród naszych rodaków, a jeżeli przyniesie to polepszenie jakości życia chociaż kilkudziesięciu z nich, to na pewno warto podjąć ten trud.

Olgiard Smoleński

ANNA SPISS

Ja się nie lubię martwić

Tak często powtarza mój przyjaciel, dializowany od lipca 2010 r. Właściwie przez całe życie cieszył się dobrym zdrowiem i kondycją. Pracę miał przez wiele lat w terenie, co pewnie też przyczyniło się do zachowania jednego i drugiego. Lubił wędrować po górach, w młodości odbywał długie piesze wycieczki górskie, a jako młody chłopak, również rowerowe. Jeszcze do 2000 r. chodził po swoich ulubionych Pieninach, odwiedzał Krościenko nad Dunajcem, do którego ma duży sentyment. Tam bowiem spędził niejedno lato z rodzicami i to ostatnie, przed wybuchem II wojny światowej, a po wojnie wielokrotnie wracał, choć z czasem zmarli pierwsi właściciele pensjonatu. Łątwo się zatem domyślić, że jest już starszym panem.

Niewydolność nerek wynikająca z komplikacji urologicznych, a te pojawiły się przede wszystkim z powodu własnego zaniedbania, co przyznaje „bez bicia”, spowodowały konieczność hemodializy trzy razy w tygodniu. Mieszka w Warszawie, do stacji dializ jest zawożony do Szpitala na Bielanach. O dłuższego czasu, kiedy już przybyło mu sił, wraca komunikacją miejską. Chwali sobie profesjonalizm, uprzejmość i uczynność obsługi stacji, a także to, że wszelkie potrzebne badania i recepty „ma załatwione” na miejscu, bez konieczności wyczekiwania w przychodni lekarza rodzinnego czy u innych specjalistów. Początkowo, jak każdy chory, na którego spadła nieoczekiwanie ciężka choroba, był przygnębiony, nie mówiąc o wielkim osłabieniu. Obawiałam się, że „nie uciągnę” go. Ale stało się na szczęście inaczej.

Podziwiam jego optymizm i pogodę ducha, a przecież ma pod opieką poważnie chorą żonę. Zapewne i to go też mobilizuje. Najważniejsze jednak, że nie traci swoich zawodowych zainteresowań, a także stara się być na bieżąco, zarówno jeśli chodzi o wydarzenia polityczne, jak i kulturalne. Nie stracił też swego wspaniałego poczucia humoru. Czyta, czasem ogląda TV, filmy na DVD, spisuje wspomnienia z młodości. Żadnego narzekania. Nawet kiedy upadł i mocno się potłukł, bardzo jeszcze słaby po pierwszym ataku choroby, przy tym rękę po komplikacji z cewnikiem miał jeszcze mało sprawną, mówił mi przez telefon:

„No, ale przecież mam jeszcze jedną zdrową rękę i jedną nogę niepotłuczoną”. Po zabiegu przetoki żyłno-tętnicznej przeczytałam w e-mailu: „imponująco wyposażona sala... odpocząłem na stole operacyjnym po dość długim czekaniu na korytarzu... lekarz mi powiedział, «ma Pan dobre żyły»”. W styczniu pośliznął się przed domem, wywrócił jak długi, nic mu się nie stało – „mam mocne kości” – usłyszałam. A więc optymizm, życzliwość dla ludzi, uśmiech na twarzy

sprawia, że jego ciężka choroba wydaje się jakoś mało rzeczywista.

Oczywiście nie zawsze wszystko jest tak dobrze. Jego stan emocjonalny ulega zmianom, zwłaszcza gdy coś mu dolega albo bardzo pogarsza się stan żony, ale generalnie zachowuje się pogodnie i godnie.

I ten jego optymizm jest dla mnie pięknym prezentem na nasze 50-lecie poznania się, które przypada właśnie w tym roku.

Droga do szczęścia

*W życiu bowiem istnieją rzeczy,
o które warto walczyć do samego końca*
Paulo Coelho

Droga prowadząca do szczęścia to nie autostrada, przez którą przemknąć się, omijając realne życie. Wręcz przeciwnie, to ścieżka wiodąca przez sam środek naszej zwyczajnej egzystencji. By zbliżyć się do szczęścia nie potrzeba jakiegoś szczególnego wysiłku. Po prostu nie należy zamykać oczu na piękno, które jest wokół nas. Z pozoru błahe rzeczy przynoszą ze sobą czystą radość. Spójrz na drzewo, w którego gałęziach znalazły schronienie ptaki, na głębiny morskie i gwałtowną burzę. Szczęśliwy jest ten, kto zauważa piękno stworzenia, kto wykorzystuje zmysły do poznawania świata. Szczęście nie jest rezultatem wysiłku ani sukcesu. Szczęście nie jest efektem ciężkiej pracy, ono jest darem.

Jeśli szeroko otworzymy oczy, wtedy nie będzie dnia, w którym nie dostrzegliśmyby darów życia:

uśmiechniemy się, kiedy spotkamy sympatycznego człowieka; rozmarzymy się, gdy spojrzymy na piękny kwiat, zapomnimy o smutkach, gdy pocujemy na twarzy ciepło słonecznych promieni, gdy pocujemy, że zdolni jesteśmy do szczerzej, bezinteresownej miłości.

Droga do szczęścia nie jest męcząca ani daleka. Tu, gdzie jesteś, zauważaj dobro, które cię spotyka i piękno, które cię otacza – te najwspanialsze dary losu. Każdy dzień jest drogą do szczęścia. Szczęście leży u naszych stóp. Jest tuż obok, na skraju drogi, którą przemierzamy każdego dnia. Rozkwita jak kwiat, wystarczy je tylko zerwać... do samego końca.

Z pozdrowieniami z własnej drogi do szczęścia
Anita Kafel – pacjentka po transplantacji

Krosno, 2 lipca 2011 r.



BOLESŁAW RUTKOWSKI

Rachunek sumienia, czyli ja jako były



W pierwszych słowach mojego listu muszę coś donieść, chociaż donosicielstwem generalnie się brzydę. Pomimo wszystko donoszę uprzejmie, że kierownictwo Resortu Zdrowia, oby żyło wiecznie, postanowiło mnie zdymisjonować z funkcji Konsultanta Krajowego w dziedzinie Nefrologii. Oczywiście zgodnie z uznawaną przez mnie zasadą, iż wszelka władza od Boga pochodzi, uznałem, że zapewne owo kierownictwo wysunie baterię moich zaniedbań, zaniedbań i nieprawidłowości. A tu nic podobnego, albowiem w piśmie dotyczącym tej sprawy zapisało po prostu, iż na podstawie przepisów, które mówią głównie o sposobie powoływania konsultantów zostaję ze swojej funkcji odwołany. Kuriozalnie brzmi natomiast zakończenia tego pisma, które zacytuję w całości: „Dziękując Panu Profesorowi za dotychczasową współpracę, zwracam się do Pana Profesora z uprzejmą prośbą o sprawowanie dotychczasowej funkcji do czasu powołania następcy”. Kuriozum polega na tym, że z doniesień medialnych i wystąpień Szanownej Pani Minister, jak też Jej całkiem świeżo powołanego Podsekretarza Stanu można było się dowiedzieć, że zostałem zaliczony do kilkunasto-

osobowej grupy Konsultantów Krajowych, którzy reprezentują i realizują politykę niezgodną z poglądami i działaniami Prześwieconego Resortu. Uznani zatem zostaliśmy zaocznie i bez prawa do obrony za „wrogów wprowadzonej reformy ochrony zdrowia”, czyli właściwie za „wrogów ludu”. W końcu dla kogo wprowadza się reformy? Wiadomo, że dla ludu. No, ale „wrogów ludu” przecież należałoby się pozbyć ze skutkiem natychmiastowym, a nie umożliwiać im dalszego psucia i rozmontowywanie programu reformy. Można chyba założyć, że była to forma okazania przez Władzę przysłowiowej „dobroci dla zwierząt”. W pierwszym momencie po otrzymaniu tej „powiastki” targnęło mną uczucie wściekłości i rozżalenia. Ale potem pomyślałem, że może Resort wie coś więcej o mojej działalności, czego ja sam jeszcze nie wiem. I tak doszedłem do potrzeby dokonania swoistego rachunku sumienia za całe dwadzieścia siedem lat działalności w Krajowym Nadzorze Specjalistycznym. Początkowo jako sekretarz Zespołu, potem jego wiceprzewodniczący, a następnie przewodniczący, czyli Konsultant Krajowy. W tym pierwszym okresie trwającym od 1984 do 2000 roku głównym celem moich dzia-

łań było zapewnienie leczenia nerkozastępczego wszystkim pacjentom, którzy tego wymagają. Dzięki opracowaniu i konsekwentnej realizacji kolejnych edycji Programu Rozwoju i Poprawy Dializoterapii, wspartego przez całe środowisko nefrologiczne oraz grono światłych ludzi z Resortu i Sejmowej Komisji Zdrowia, udało nam się, początkowo pod kierownictwem mojego Szefa prof. Andrzej Manitusa, a od 1992 roku pod moim nadzorem, na przełomie wieku XX i XXI zrealizować ten szczytny zamiar. Doprowadziło to do sytuacji, w której wszyscy pacjenci bez względu na wiek, chorobę zasadniczą i chorobę współistniejącą mają swobodny dostęp do terapii nerkozastępczej, która na dodatek jest wykonywana zgodnie z europejskimi i światowymi standardami. Warto w tym miejscu wspomnieć, że za działalność w tym zakresie w roku 2000 ówczesne Kierownictwo Resortu było łaskawe przyznać mi wyróżnienie „Za szczególne zasługi w ochronie zdrowia”. Oczywiście koszty tej terapii są niebagatelne i stanowią poważną pozycję w wydatkach przeznaczonych dla ochrony zdrowia. Ale mam nadzieję, że ponowne ograniczenie dostępu do leczenia nerkozastępczego nie leży w programie reformy przy-

woływanej przez Resort. Dawno już bowiem nie słyszałem sygnałów dochodzących z okolic ul. Miodowej lub Wiejskiej w Warszawie stwierdzeń typu „a wyście się dawniej tak pięknie samoograniczali”. Tak, ale te ograniczenia wynikające z braku możliwości oznaczają zagrożenie śmiercią wielu pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Odrzuciłem zatem szybko tezę, że Resort mógłby uznać moją działalność w tym zakresie za szkodliwą i grzeszną. W dalszym ciągu mojego „rachunku sumienia” pomyślałem sobie, że może dbałem tylko o „jedną nogę”, zapominając o drugiej. Tę „pierwszą nogą” leczenia nerkozastępczego była i jest dializoterapia, o której rozwoju, zarówno ilościowym, jak też jakościowym, pisałem powyżej. Ale równie ważną „drugą nogą” tego rodzaju terapii jest przeszczepianie nerek. No, ale przecież w tym zakresie też mam znaczący udział w równoczesnym rozwoju polskiej transplantologii. Po pierwsze współkieruję jednym z największych ośrodków przeszczepiania nerek, w którym dokonuje się około 100 przeszczepów rocznie, a pod naszą kontrolą w Gdańsku znajduje się ponad dwieście pacjentów po transplantacji nerki. Na dodatek to właśnie w Gdańsku opracowany został program wyprzedzającego przeszczepianie nerek, czyli przeprowadzenia tego zabiegu u pacjentów, którzy w ogóle nie byli dializowani. Nawiasem mówiąc, za ten projekt kierowany przeze mnie gdański zespół zakwalifikowany został w roku 2009 do drugiego etapu „Konkursu na wybitnego innowatora w polskiej ochronie zdrowia – Złoty skalpel”. Zresztą sędzę, że za owo wzmacnianie „drugiej nogi”, prowadzone zgodnie z gdańską tradycją, zostałem ponownie powołany przez ten sam Resort w

skład Krajowej Rady Transplantacyjnej, a przed dwoma miesiącami, na ostatnim Kongresie Polskiego Towarzystwa, wybrany na Prezesa-elekta tego stowarzyszenia. Czyli pewnie to nie tu należy szukać korzeni mojego „szkodliwego działania”. A może to wszystko przez to, że po osiągnięciu wspomnianego celu dotyczącego rozwoju terapii nerkozastępczej pozwoliłem sobie na zmianę frontu. Otóż dbając nadal o odpowiedni standard tego leczenia postanowiłem wraz ze środowiskiem nefrologicznym, zgodnie z wrodzoną przekorą, nie ograniczając dostępu, doprowadzić do ograniczenia potrzeby tego rodzaju terapii. Postanowiliśmy to osiągnąć poprzez opracowanie i rozwijanie „Programu wczesnego wykrywania chorób nerek”, wspólnie z Konsultantami Krajowymi w dziedzinie: Diabetologii, Hipertensjologii, Chorób Wewnętrznych, Kardiologii i Medycy Rodzinnej. Dla udowodnienia konieczności wprowadzenia takiego właśnie programu przeprowadziliśmy jedyny jak dotąd w regionie Europy Środkowej i Wschodniej pilotaż epidemiologiczny PolNef, w którym wykazaliśmy, że przewlekła choroba nerek występuje, podobnie jak w innych krajach i kontynentach, u kilkunastu procent (12–18%) Polaków. Potwierdziły to prowadzone w różnych regionach kraju badania przesiewowe organizowane wspólnie z czasopismem „Świat Lekarza”, Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Osób Dializowanych oraz Federacją Dialtransplant. Wszystkie te działania wraz z szeroko prowadzonym programem edukacyjnym, obejmującym zarówno środowiska medyczne, jak też społeczeństwo, były i są prowadzone bez angażowania środków budżetowych. A może to był błąd, że ośmieliłem się zwrócić Resortowi uwagę na fakt,

że przewlekła choroba nerek stanowi w Polsce problem społeczny, a takie założenia wraz z rozwijanym programem nefroprotekcji nie mieściły się w programie reformy zdrowia? Można by przytoczyć jeszcze inne poważne „grzechy”, takie jak opracowanie, redakcję i doprowadzenie do wydania ponad dwudziestu podręczników dla lekarzy i pielęgniarek oraz pacjentów lub też opracowywanie i roczną publikację „Raportu o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce”. Nie można tu też nie wspomnieć o stworzeniu warunków do edukacji i nadania certyfikatów rzeszy ponad siedmiuset lekarzy z zakresu nefrologii. Ale może to nie chodzi o wymienione powyżej „grzechy główne” tylko o jakieś codzienne grzeszki. Może zabrakło z mojej strony zachwyty i peanów dotyczących kolejnych przesyłanych do zaopiniowania Rozporządzeń Resortu. Jest wysoce prawdopodobne, że moja ocena dokonywana zawsze we współpracy z Konsultantami Wojewódzkiemi była zbyt dogłębna i krytyczna. A pewno trzeba było cmokać, przyklaskiwać i zachwycać się „mądrością” Resortu. Ale cóż zrobić, jeśli Stwórca dał mi, o czym pisałem powyżej, naturę przekorną i niepokorną, co uniemożliwia zdecydowanie zostanie klakierem. Czas już przerwać ten rachunek sumienia, który mam nadzieję stanie się swoistym testamentem działania dla mojego następcy. Natomiast ja pozostaję z Wami jako felietonista w czasopiśmie „Dializa i Ty”, ponieważ tu nie sięgają długie ręce Resortu. I tego będziemy się trzymać.

Łączę pozdrowienia i ukłony
znad morza.

Niezmiennie Wasz
Bolesław

MOJA HISTORIA*



Urodziłem się w 1952 r. Po ukończeniu studiów prawniczych i aplikacji radcowskiej podjąłem pracę zawodową. Świat otwierał przede mną swoje podwoje. Z karierą zawodową wiązałem duże nadzieje – dobra praca, niezłe zarobki, tylko korzystać z życia. Czułem się ogólnie dobrze. W 1978 r. przyszła pora na obowiązkowe badania okresowe uprawniające do pracy. I tu zaczynają się kłopoty – badanie moczu wykazuje nieprawidłowości, powtórne badanie potwierdza ten stan. Lekarz zakładowy bezradnie rozkłada ręce, ale chce znać przyczynę, kieruje mnie więc do Kliniki Nefrologii do prof. Zygmunta Hanickiego. Po zapoznaniu się z wynikami badań zdecydowano o hospitalizacji. Lekarzem prowadzącym była dr Zuzanna Pączek, która zaproponowała, aby zaszczerpić moim moczem świnkę morską i w ten sposób ustalić diagnozę. Po przeprowadzeniu badań na śwince postawiono diagnozę: gruźlica nerek. Do dziś przechowuję ten wypis ze szpitala. I tu świat się zawalił. Dobra praca, możliwość kariery, rodzina, dzieci... wszystko wywróciło się do góry nogami. Zacząłem liczyć dni, jak długo może to potrwać, czy zdążę jeszcze coś zrobić, co będzie z moją rodziną, czarne myśli! Nie dawało mi to spokoju, ale również postawiona diagnoza wzbudziła wątpliwości prof. Hanickiego, który zaproponował powtórny hospitalizację i biopsję. Ta metoda badania w ówczesnym czasie była nowatorska. Jej wynik brzmiał: szkliwienie kłębuszków nerkowych. Jeden ciężar spadł mi z serca. Ale pytanie, co dalej. Ponieważ nie był to stan wymagający dializ nastąpiła próba leczenia moich nerek metodami farmakologicznymi pod kierunkiem dr Marty Ekiert. Częste kontrole,

przyjmowanie leków spowodowały, że 10 lat przeżywałem w stanie pozwalającym na normalne funkcjonowanie. Po tych 10 latach zaczęły się problemy z ciśnieniem, ogólne osłabienie, powolne zatrucie organizmu mocznikiem i wzrost kreatyniny. W tym okresie mojej choroby funkcjonowały w Krakowie dwa ośrodki dializacyjne: w Klinice Nefrologii przy ul. Kopernika, z ograniczoną liczbą miejsc dializacyjnych, i dla dzieci – w Instytucie Pediatrii w Prokocimiu. I tu dylemat: stan mojego zdrowia wymaga leczenia dializami, a miejsc jak na lekarstwo. Wówczas działała Komisja Lekarska kwalifikująca pacjentów do dializ. Trzeba było czekać aż zwolni się miejsce. Ale tym rządziła sama natura, jedni umierali z różnych powodów, inni kwalifikowani byli do przeszczepu nerki, a na to miejsce wchodził pacjent wymagający dializ. I tak też się stało, wszedłem na zwolnione miejsce na dializach otrzewnowych. Tak przetrwałem około dwa lata. W tym czasie założono mi przetokę tętniczo-żylną, która umożliwiałaby leczenie hemodializami. Przebyte zapalenie otrzewnej i zwolnienie się miejsca na hemodializach spowodowało zmianę sposobu dializowania. Zacząłem wówczas intensywnie zapoznawać się z dializami i doszedłem do wniosku, że jest to sposób na w miarę godne życie. Moja psychika przestawiła się na pozytywne myślenie, co było 80-procentowym zwycięstwem nad chorobą, tak że można było traktować ją jako okres przejściowy do przeszczepu.

W tym okresie kończono budowę szpitala Rydygiera w Nowej Hucie, w którym uruchomiono stację dializ. Będąc mieszkańcem Nowej Huty jako jeden

* Jedna z prac nadesłanych na konkurs „Wspomnienia chorych na nerki”. (Przypominamy, że czekamy na dalsze.)
Autor – mgr Czesław Szczurek – w latach 1998–2004 był prezesem Stowarzyszenia Chorych z Niewydolnością Nerek.

z pierwszych pacjentów przeszedłem do nowej stacji. Był listopad 1992 r. Nowa stacja, nowe sztuczne nerki, lepsze warunki lokalowe, to wszystko dodawało człowiekowi ochoty do życia. Po roku dializowania, 13 października 1993, przyszło wezwanie do przeszczepu do Katowic. Po zakwalifikowaniu przez lekarzy została mi przeszczepiona nerka. Początki były trudne, bo nowa nerka bardzo powoli podejmowała pracę. Ale mój optymizm, pozytywne nastawienie i oczywiście właściwe leczenie pozwoliły na opuszczenie szpitala z nową nerką w połowie grudnia. Poczułem wtedy, co znaczy móc się po ludzku wysuszać. Byłem przekonany, że przeszczepiony organ przy zażywaniu leków immunosupresyjnych będzie pracował długo i bez komplikacji. No cóż, złudne są nadzieje człowieka. Po miesiącu ponownie trafiłem do szpitala z rozpoznaniem wstrzymania moczu z powodu marskości moczowodu. Żeby przywrócić właściwą pracę nerki konieczna była operacja z wszczepieniem właściwie ukrwionego odcinka moczowodu w miejsce uszkodzonego. Miesięczny pobyt i leżenie plackiem spowodowało, że wszystko zaczęło wracać do normy. W tym

czasie ciągle myślami byłem z moją przeszczepioną nerką, dziękowałem osobie, od której otrzymałem ten dar. Wiedząc, że nie żyje modliłem się za nią. Okres życia z przeszczepioną nerką trwał 4 i pół roku: kontrole lekarskie, badania, leki immunosupresyjne. Mimo ich zażywania przeszedłem dwukrotnie momenty odrzutu, które po podaniu odpowiednich leków przywracały sprawność nerki. W 1998 roku zaczęło następować powolne zatrzymanie moczu. Badania wykazały, że rozwija się roponercze. 14 lutego 1998 usunięto przeszczepioną nerkę i nastąpił powrót na dializy. Szczęściem moim była normalnie funkcjonująca przetoka, co umożliwiło podłączenie z marszu do hemodializ. I tak z okresem dializ przed i po przeszczepieniu żyję z moją chorobą ponad 20 lat. Na koniec zwracam się do tych, którzy zaczynają i tych, którzy się już dializują, nie załamujcie się! Swoją chorobę potraktujcie jak partnera, nieco niewygodnego, ale takiego, z którym da się i można żyć. Wszystkim chorym życzę wytrwałości w walce z chorobą, sił i dużo samozaparcia.

Czesław Szczurek

JERZY HYSKA

Ocalony

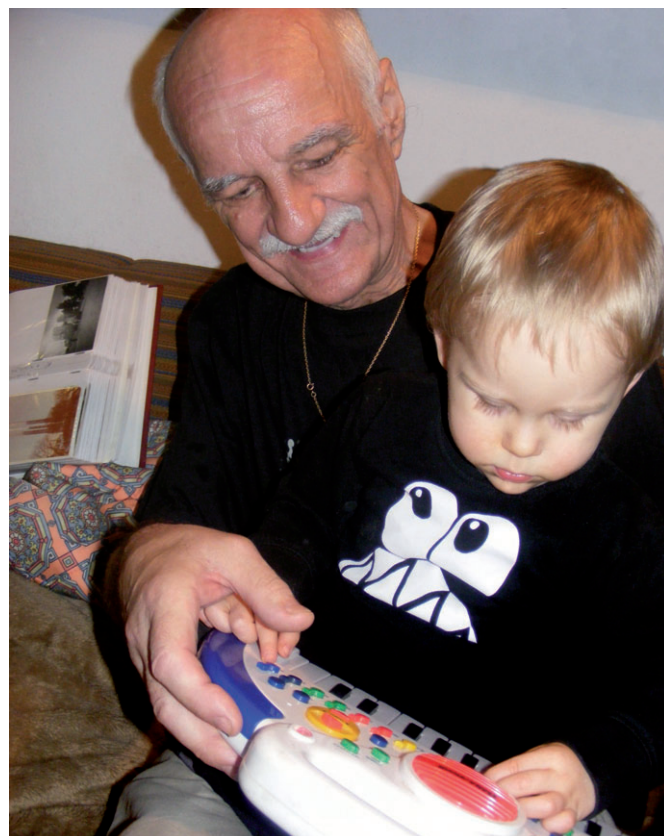
Kiedy ci jest smutno, zanurzony w ciszy
Słyszysz jak krzyczy skaleczona dusza
I czujesz wtedy, że Bóg ten krzyk słyszy
I jak niemowlę do snu cię kołysze

Jak dryfujący rozbitek na fali
Dajesz się ponieść ciepłem zniewolony
Gorycz i smutek pozostawiasz w dali
Na ląd powracasz rankiem ocalony

Radość

Życie nam jak woda przez palce przecieka
Wiatr czasem w plecy, czasem w oczy wieje
A więc musimy czasem ponarzekać
By potem z radością przywołać nadzieję

Zbieramy uśmiechy jak pachnące kwiaty
Gdy słońce do nas śmieje się radośnie
Świat nam się wydaje piękny i bogaty
Bo wszystko jest piękne, co żyje i rośnie



Jerzy Hyska z wnukiem

WOJCIECH ROWIŃSKI

Konsultant Krajowy ds. Transplantologii Klinicznej

Co warto wiedzieć o przeszczepieniu nerki od dawcy rodzinnego

Pacjenci z przewlekłą schyłkową mocznicą są od lat na świecie i w Polsce leczeni za pomocą powtarzanych dializ (pozaustrojowych lub otrzewnowych) albo przeszczepieniem nerki, którą pobiera się w tym celu od dawców zmarłych lub od dawcy żywego, najczęściej członka najbliższej rodziny. Doskonałe wyniki przeszczepiania narządów spowodowały, że coraz większa liczba pacjentów oczekuje na takie leczenie, jednakże liczba dostępnych narządów pobieranych od zmarłych jest wielokrotnie mniejsza od liczby potrzebujących. Przeszczepianie nerek pobieranych od dawców żywych pozwala na zmniejszenie tego problemu. Odsetek przeszczepień nerki pobranej od żywego dawcy w porównaniu do całkowitej liczby takich zabiegów wzrasta co roku na całym świecie. W krajach europejskich wynosi on od 7 do 45%, natomiast w Polsce – jedynie 4,5%.

Czas przeżycia i jakość życia są nieporównanie lepsze w stosunku do dializoterapii, a koszt takiego leczenia prawie dwukrotnie niższy. Co więcej, analizy wyników przeszczepienia nerek wykazały, że im dłużej chory jest dializowany oczekując na przeszczepienie nerki, tym gorsze są wyniki odległe po zabiegu. Wśród chorych leczonych przeszczepieniem nerki, chorzy, którzy otrzymali nerkę od dawcy żywego, niezależnie od stopnia zgodności antygenów HLA, mają znacznie dłuższy czas przeżycia niż ci, którym przeszczepiono narząd pobrany od osoby zmarłej. Operacja taka odbywa się planowo, a krótki czas niedokrwienia pozwala na uniknięcie zmian niedokrwienno/reperfuzyjnych w narządzie

W Polsce w 2010 roku na Krajowej Liście Oczekujących na przeszczepienie nerki, nerki i trzustki lub samej trzustki, zarejestrowanych było łącznie ponad 1700 osób. W tym samym roku leczono dializami ponad 18 800 pacjentów. Oznacza to, że wielu chorych nie jest, z różnych powodów, zgłoszonych jako kandydaci do przeszczepienia nerki. W ostatnim roku 952

chorym przeszczepiono nerkę od dawcy zmarłego, a 50 pacjentów otrzymało narząd od dawcy żywego.

Kto może zostać dawcą nerki? Polska Ustawa Transplantacyjna zezwala na przeszczepianie nerek od dawców żywych. Dawcą najczęściej zostaje osoba z najbliższej rodziny spokrewniona genetycznie (rodzice, rodzeństwo, inni członkowie dalszej rodziny) lub emocjonalnie (współmałżonek lub partner życiowy). W szczególnych przypadkach dawcą może zostać osoba, którą łączą więzy szczególnej bliskości z potencjalnym biorcą (np. przyjaciel z okresu dzieciństwa). W tych przypadkach jednak wymagana jest bardzo dokładna analiza motywacji, ocena przez Komisję Etyczną Krajowej Rady Transplantacyjnej oraz zgoda sądu rejonowego.

Dawcą może zostać każda osoba, która ma zdolność do czynności prawnych, posiadająca motywację do takiego aktu. Potencjalny dawca musi samodzielnie podjąć świadomą, dobrowolną decyzję o oddaniu nerki bez żadnego nacisku ze strony otoczenia. Decyzja oddania jednej nerki osobie bliskiej musi być powodowana względami altruistycznymi. Ze względów etycznych niemożliwa jest żadna transakcja finansowa między dawcą i biorcą. Zabrania tego również Ustawa Transplantacyjna.

Człowiek, który chce zostać dawcą nerki musi być w pełni zdrowy. Nie może mieć cukrzycy, choroby serca, płuc, nadciśnienia. U wielu osób, które uważają, że są zdrowe, badanie może wykazać obecność jakichś odchyśleń od normy. Dlatego też potencjalni dawcy przechodzą bardzo dokładne badanie lekarskie. Konieczna jest również ocena motywacji przez doświadczonego psychologa klinicznego. Podstawowym celem procesu kwalifikacji żywego dawcy nerki jest upewnienie się, że dana osoba może oddać nerkę bez szkody dla swojego zdrowia i życia. Przeprowadzenie procedury kwalifikacyjnej żywego dawcy nie zobowiązuje go do oddania narządu. Potencjalny

dawca narządu może, bez żadnych konsekwencji, wycofać się na każdym etapie kwalifikacji, ale powinien być poinformowany o ewentualnych następstwach dla biorcy. Człowiek, który decyduje się na oddanie jednej nerki swojemu bliskiemu zastanawia się, czy można żyć z jedną nerką oraz jakie bezpośrednie i odległe ryzyko kryje zabieg operacyjny.

Każda operacja związana jest z pewnym ryzykiem. Do najpoważniejszych powikłań należą zakrzep żylny i groźba zatoru płuc, zawał serca lub krwiak opłucnej. Zdarzają się one bardzo rzadko (od 0,5–1% przypadków). Najpoważniejszym ryzykiem, nad którym potencjalny dawca może się zastanawiać jest ryzyko zgonu. Doświadczenie wynikające z prawie 100 000 takich operacji, które już wykonano na świecie, wykazuje, że jest ono bardzo niewielkie i zdarza się w 0,03% przypadków.

Do mniej poważnych powikłań należy przejściowy ból w okolicy operowanej, zakażenie układu moczowego, niewielkie zakażenie rany lub zapalenie zakrzepowe żył kończyny dolnej. Również i te powikłania zdarzają się rzadko (około 1% przypadków).

Jakie są odległe konsekwencje decyzji o oddaniu nerki swojemu bliskiemu? **Czy można żyć z jedną nerką?** Odpowiedź na to pytanie jest pozytywna. Zdarza się, że człowiek rodzi się z jedną nerką. Doświadczenie światowe i polskie wykazuje, że dawcy nerki żyją tak samo długo, jak osoby z ich grupy wiekowej, i nie mają żadnych ograniczeń w życiu zawodowym i rodzinnym. Czynność jednej nerki wystarcza dla zapewnienia wszystkich czynności ustrojowych. W niewielkim odsetku przypadków dochodzi do nieznaczного wzrostu ciśnienia tętniczego, które łatwo jest kontrolowane stosowaniem odpowiednich leków. Akt oddania nerki powoduje, że dawca czuje się lepszym człowiekiem, mając świadomość, że jego decyzja pozwoliła na normalne życie biorcy narządu.

Dlaczego liczba przeszczepień nerek od dawców żywych w Polsce jest nadal bardzo niewielka? Przyczyny tego stanu rzeczy są dość złożone. Wydaje się jednak, że najważniejszą z nich jest **niedostatek informacji, które otrzymują chorzy z niewydolnością nerek i ich rodziny**. Całe środowisko transplantacyjne i nefrologiczne od lat próbuje promować przeszczepianie nerek od żywych dawców. W latach 1996–2009 Polskie Towarzystwo Transplantacyjne (PTT) i poszczególne ośrodki organizowały sympozja lub sesje poświęcone temu zagadnieniu podczas kongresów. Instytut Transplantologii (IT) Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) dwukrotnie brał udział w Projektach Rady Europy i Komisji Europejskiej. Ostatnio Poltransplant był jednym z wykonawców nowego projektu Komisji Europejskiej poświęconego rozwojowi programu przeszczepiania nerek od dawców żywych. Ośrodek Gdański (prof. Bolesław Rutkowski) wydał

specjalny poradnik dla pacjentów i ich rodzin. Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej (PUMT) wysłała do wszystkich stacji dializ plakaty poświęcone żywemu dawstwu oraz film *Dar życia*. W promocję włączyły się również stowarzyszenia pacjentów po przeszczepieniu narządu. Wszystkie te starania nie przyniosły jednak oczekiwanych rezultatów.

Brak efektu powyższych działań wskazuje na konieczność zmiany sposobu promocji tego typu zabiegów. Adresatem informacji powinny stać się rodziny pacjentów, ponieważ osobie chorej znacznie łatwiej **przyjąć ofiarowaną pomoc, niż prosić o nią**. Pytanie zadawane chorym: „czy ma Pani/Pan kogoś w rodzinie, kto mógłby oddać Pani/Panu nerkę” stawia ich w niezwykle trudnej, krępującej sytuacji.

Z tych powodów pragniemy zaproponować zupełnie nowy rodzaj promocji żywego dawstwa. Jednym z punktów Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej jest promocja takich zabiegów. Instytut Transplantologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wspólnie z Centrum Zdrowia Dziecka rozpoczęły już jego realizację. Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej włączyła się w te działania Organizowane są spotkania w poszczególnych ośrodkach dializ dla pacjentów i ich rodzin, w których uczestniczą, poza lekarzem nefrologiem, chirurg zajmujący się przeszczepianiem nerek oraz psycholog. W spotkaniach takich wyjaśniane są wszystkie wątpliwości i przedstawiane są wyniki przeszczepiania nerek od dawców żywych. W promocję przeszczepiania włączyły się również niepubliczne (prywatne) stacje dializ, które stworzyły swój własny program promocji przeszczepów rodzinnych „Bliscy sobie”. Ważne znaczenie będzie miał również udział Stowarzyszeń Pacjentów leczonych dializami oraz po przeszczepieniu narządu.

Takie działania nie zastąpią jednak aktywności samych pacjentów i ich rodzin. Macie Państwo prawo do otrzymania pełni informacji na temat swojego stanu zdrowia i planowanego leczenia. W momencie rozpoczęcia leczenia dializami należy spytać lekarza „czy mogę mieć przeszczepienie nerki”, a jeżeli nie, to dlaczego? W przypadku odpowiedzi pozytywnej trzeba poprosić lekarza lub pielęgniarkę oddziałową stacji dializ, aby porozmawiali na ten temat z naszą rodziną.

Na wszystkie Państwa pytania i wątpliwości mogą udzielić odpowiedzi Konsultant Krajowy ds. Nefrologii oraz konsultanci wojewódzcy, a także Konsultant Krajowy ds. Transplantologii (prof. dr hab. med. Wojciech Rowiński) i konsultanci wojewódzcy.

Osoby zainteresowane potencjalną możliwością podjęcia decyzji o oddaniu nerki swojemu bliskiemu mogą otrzymać bezpłatnie z Redakcji film *Brat dla brata*.

WACŁAW BENTKOWSKI

Oddział Nefrologii i Dializoterapii

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. F. Chopina w Rzeszowie

WODA JAKO LEK

Jakość, efektywność i tolerancja zabiegów hemodializy zależy w dużym stopniu od jakości wody używanej do produkcji płynu dializacyjnego.

Chory dializowany ma kontakt z ok. 400 litrami płynu dializacyjnego tygodniowo. Barierą krew–płyn dializacyjny jest błona półprzepuszczalna dializatora grubości ok. 20 μ . W czasie hemodializy toksyny mocznicowe przechodzą zgodnie z gradientem stężeń krwi do płynu dializacyjnego, ale też płyn może być źródłem zanieczyszczeń, a tym samym przyczyną różnych powikłań.

Jak uzdatniamy wodę do produkcji płynu dializacyjnego?

Źródłem wody surowej są wody gruntowe (np. studnie) charakteryzujące się dużą zawartością minerałów lub wody powierzchniowe (np. rzeki) z dużą zawartością zanieczyszczeń organicznych. Po ich oczyszczeniu i uzdatnieniu w przedsiębiorstwach wodociągowych otrzymujemy wodę zdatną do picia, ale zawartość np. soli mineralnych przekracza kilkaset razy normy wody do dializ. W stacjach dializ działają zautomatyzowane stacje uzdatniania wody składające się z kilku modułów. Woda jest oczyszczana przez filtry włóknikowe, mineralne, węglowe, a następnie zmiękczana w wymiennikach jonowych. Tak przygotowana woda podawana jest pod wysokim ciśnieniem na ostatni etap stacji uzdatniania wody, jakim jest odwrócona osmoza.

Czym jest odwrócona osmoza?

Jest to zespół błon filtracyjnych o otworach o średnicy jednodziesięciomilionowej milimetra. Odwrócona osmoza usuwa 97% jonów rozpuszczonych w wo-

dzie, 99% związków organicznych, bakterii i wirusów. Dla poprawy jakości wody stosuje się dwustopniową odwróconą osmozę, tzw. podwójną osmozę.

Dlaczego jakość wody jest tak ważna?

Z doświadczenia wiemy, że podwyższona zawartość bakterii, wirusów, rozpadłych części związków organicznych (tzw. związków pirogennych, endotoksyn) może być przyczyną ostrych i przewlekłych stanów zapalnych, reakcji alergicznych, spadków ciśnienia, wymiotów. Metale ciężkie zawarte w wodzie to przyczyna osteomalacji, hemolizy krwi, anemii. Przekroczenie zawartości glinu w wodzie może prowadzić do zmian w centralnym układzie nerwowym i układzie kostnym.

Nad jakością wody czuwają służby techniczne stacji dializ. W sposób ciągły monitorują zawartość soli mineralnych przez codzienny pomiar przewodności. Przewodność to parametr wprost proporcjonalny do ilości rozpuszczonych w wodzie soli. W wodzie do dializ dopuszczalna wartość przewodności to 4,3 μ S/cm, gdy dla wody wodociągowej norma wynosi 2500 μ S/cm. Dodatkowo w laboratoriach specjalistycznych przeprowadzane są raz na 6 miesięcy pełne badania chemiczne wody, a raz na miesiąc badania mikrobiologiczne.

W ostatnim czasie jakość wody nabrała jeszcze większego znaczenia przy nowych technikach dializacyjnych, jakimi są dializatory wysokoprzepływowe, hemofiltracje i hemodiafiltracje z ciągłą produkcją płynu substytucyjnego.

W trosce o dobro pacjenta, w roku 2009 Narodowy Fundusz Zdrowia uwarunkował podpisanie umów z Ośrodkami Dializ na świadczenie leczenia hemodializami od zagwarantowania przez nie wody o wyżej wymienionych parametrach.

Ryszard Rauczyński

Urodził się w 1937 roku w Krakowie i miasto to pozostało jego stałym miejscem zamieszkania. Już w szkole podstawowej marzył o romantycznym zawodzie marynarza. Chłopięce pragnienie przygód i podróży sprawiło, że w piętnastym roku życia wyjechał do Gdyni – do szkoły morskiej. W 1958 roku ukończył Państwową Szkołę Morską i wyruszył w swój pierwszy morski rejs. Przez następne lata pływał pod wieloma banderami: polską, panamską, singapurską, Bahama. Odwiedził wszystkie kontynenty, poznał wszystkie porty świata, przepłynął wszystkie morza. To właśnie na morzu wróciło pragnienie utrwaleń w obrazie wzruszeń, widoków i przeżyć, które dawało mu morze. Tak się zaczęła druga przygoda życiowa Ryszarda Rauczyńskiego – malarstwo.

Ryszard Rauczyński maluje w swojej kajucie na morzu, by na świeżo utrwalić przeżyty zachwyt niezwykłą chwilą, którą daje wciąż zmienny morski pejzaż: fascynujące świecenie fal, nocne burze, dramatyczne wschody i zachody

słońca, które intensywnie maluje na lądzie w przerwach między rejsami. Z początku są to nieśmiałe, tworzone z potrzeby serca małe kompozycje morskie, ofiarowywane najbliższymi. Jednak z czasem każda kolejna praca staje się wizerunkiem rozwoju i dojrzewania talentu autora.

Ryszard Rauczyński maluje do dziś, a jego obrazy znajdują się w prywatnych zbiorach na terenie



kraju i zagranicą, m.in. w Anglii, Niemczech, Chinach i na Filipinach. Jak sam mówi, „cały czas tęskni za morzem, które wyrwa go ze snu i dializacyjnej rzeczywistości”.



MAŁGORZATA NAWARA

Centrum Dializ Fresenius Nephrocare II, Kraków

Najczęstsze błędy w dializie otrzewnowej – doświadczenia własne

Kontynuując rozważania o błędach popełnianych przez pacjentów dializowanych otrzewnowo chciałabym pogratulować pacjentom i ich najbliższym odwagi i determinacji w czasie stosowania tej metody w domu. To od nich samych zależy sukces leczenia.

Błędy podczas dializy domowej powinny być popełniane jak najrzadziej, ponieważ ich naprawianie absorbuje zarówno dializowanych, jak i personel, a wtedy o dobrym samopoczuciu trudno mówić.

Należy przypomnieć jeszcze raz podstawowe czynności wykonywane w czasie dializy otrzewnowej.

Higiena rąk i całego ciała

- ♦ Higiena jamy ustnej – nieprzyjemny oddech (nagromadzenie produktów przemiany materii w obrębie jamy ustnej) – myjemy zęby minimum 2 × dziennie i poddajemy się regularnie kontroli stomatologicznej.
- ♦ Zasady podłączania dializy – według procedury szkolenia w ośrodku dializacyjnym.
- ♦ Zabezpieczenie odpowiedniej czystości pomieszczenia, w którym odbywa się dializa.
- ♦ Opatrunek – powinien być zmieniany co drugi dzień.

Należy obserwować ujście cewnika. Pojawienie się zaczerwienienia, wydzieliny, „bujającej ziarniny” wymaga natychmiastowego zgłaszania się do ośrodka dializ, aby można było jak najszybciej zastosować odpowiednie leczenie.

Codziennie należy obserwować sam cewnik, czy nie ma w nim pęknięć, czy łącznik nie jest rozkręcony – system musi być szczelny.

Każdy wyciek płynu świadczy o nieszczelności – należy wówczas natychmiast zgłosić się do szpitala.

Cięśnienie krwi

Cięśnienie krwi należy mierzyć minimum 1 raz dziennie, o stałej porze dnia.

Wysokie wartości ciśnienia tętniczego krwi nazywamy nadciśnieniem (powyżej 140/85 mmHg). Jego przyczyną jest często zatrzymanie płynów w organizmie chorego dializowanego. Należy zwracać uwagę

na: obrzęki wokół kostek, stóp, podudzi, rąk i twarzy; spływanie oddechu (duszność) i ból głowy. Wystąpienie takich objawów winno się zgłosić lekarzowi oraz natychmiast ograniczyć przyjmowanie płynów doustnie.

Niskie wartości ciśnienia tętniczego krwi mogą być wynikiem odwodnienia, czyli niedoboru płynu w organizmie. Istotne jest prowadzenie dokładnego bilansu płynów i notowanie go w dzienniczku samo-kontroli.

Prawidłowy bilans = wydalanie plus 500 ml utrata przez oddychanie i skórę.

W przypadku odwodnienia występują zawroty głowy zwłaszcza przy szybkim wstawaniu, spadek ciśnienia krwi (poniżej 90/60 mmHg), osłabienie, sucha skóra – takie objawy również należy zgłosić lekarzowi. Wówczas zalecane jest przyjęcie większej ilości płynów niż do tej pory było stosowane.

Waga ciała – ważymy się o tej samej porze dnia i wynik zapisujemy w dzienniczku samokontroli.

Czasami przyrost wagi ciała spowodowany nadmiarem płynu jest mylnie rozpoznawany jako rzeczywisty wzrost ciężaru ciała, spowodowany np. zwiększeniem tkanki mięśniowej lub tłuszczowej. Zwiększenie ciężaru o 1–2 kg w ciągu jednego dnia lub nocy wskazuje na trudności z odwodnieniem: zbyt duża ilość przyjętych płynów lub trudności z drenażem.

Przechowywanie płynów dializacyjnych

Płyn do dializy otrzewnowej jest lekiem, który ratuje życie. Zwracamy uwagę na warunki jego przechowywania.

- ♦ temperatura od 4 do 25 stopni C, miejsce suche,
- ♦ nie może to być nieograny garaż ani mokra piwnica,
- ♦ nie należy ich również umieszczać w miejscu bezpośrednio nasłonecznionym lub w pobliżu kaloryferów,
- ♦ przygotowując płyn do zabiegu należy podgrzewać tylko suchym powietrzem na specjalnej płytce (podgrzewacz), nie wolno stosować do tego mikrofalówki czy wanny wodnej.

Niepokoić musi fakt, że pomimo szczegółowej instrukcji w tym zakresie często w magazynku znajdujemy: płyny przeterminowane, a kartony brudne, zakurzone, wilgotne; otwarte z wierzchniego opakowania foliowego.

Wypoczynek

Chorzy dializowani otrzewnowo mogą zażywać kąpieli pod warunkiem, że cały cewnik oraz jego ujście jest zabezpieczone przez worek kolostomijny.

Według naszego doświadczenia, pacjenci, którzy skorzystali z takiej formy zabezpieczenia cewnika podczas wypoczynku wrócili bardzo zadowoleni, i co najważniejsze – bez powikłań infekcyjnych.

Warto przypomnieć, że firmy raz w roku dostarczają płyny i materiały dializacyjne pod adres wskazany przez pacjenta w Polsce lub zagranicą.

Należy zachęcać do organizowania i prawidłowego planowania sobie wypoczynku wakacyjnego. Wyjazd z rodziną lub opiekunem pomaga w regeneracji sił psychicznych i fizycznych oraz zmniejsza zagrożenie wystąpienia zespołu „wypalania”.

Warto pamiętać, że istnieje możliwość wyjazdu na leczenie sanatoryjne (np. Wysowa), które jest refundowane raz na dwa lata przez NFZ.

Dializoterapia zmienia życie pacjenta i jego rodziny, ale starajmy się, aby zbliżyło się ono do normalności.

GŁOS STOWARZYSZENIA

AGNIESZKA ŚLUSARCZYK
OSOD

Nasz głos na spotkaniu nefrologów

XIX Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

W dniach 2–4 czerwca 2011 roku odbyła się w Rzeszowie XIX Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Konferencja ta była pierwszym na terenie Podkarpacia tak dużym przedsięwzięciem poruszającym problemy współczesnej Nefrologii.

Do Rzeszowa przyjechało ponad 600 lekarzy z Polski i zagranicy, aby porozmawiać na temat postępów w leczeniu nerkozastępczym, nadciśnienia nerkopochodnego oraz miejsca chorób nerek w chorobach cywilizacyjnych.

Podczas uroczystości uczestnicy wysłuchali wystąpienia pani Iwony Mazur – Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych na temat działalności Stowarzyszenia, w tym o istotności podejmowania działań na rzecz przeszczepień rodzinnych.

W trakcie kolejnych dni konferencji uczestnicy mieli szansę dyskutować na takie tematy, jak: jakość leczenia oraz życia osób dializowanych, zwiększenia liczby transplantacji nerek oraz współczesnych możliwości leczenia ostrej niewydolności nerek.

Od lewej: Ewa Barańska, Agnieszka Ślusarczyk
oraz Iwona Mazur



Na stoisku OSOD pani Iwona Mazur zachęcała personel medyczny do aktywnego zaangażowania się w działania Stowarzyszenia. Przekonywała do przekazywania pacjentom informacji o działaniach OSOD oraz motywowania ich do czynnego włączania się we wspólne działania poprzez opisywanie historii swoich zmagania z chorobą oraz dzielenie się swoimi zainteresowaniami. Artykuły przesłane na adres Stowarzyszenia będą publikowane na łamach kwartalnika „Dializa i Ty”. Podczas prowadzonych rozmów Prezes Stowarzyszenia informowała również o powstającej grupie młodych pacjentów w przedziale wiekowym 18–30 lat, którzy mogą czynnie działać na terenie Polski oraz włączyć się w działania Europejskiej Federacji Pacjentów Chorych na Nerki.

Bardzo dużym zainteresowaniem cieszyła się możliwość spotkania z pisarką Ewą Barańską, która na

stoisku OSOD podpisywała swoją najnowszą książkę *Nie odchodź, Julio*. W swojej powieści pani Ewa opowiada wzruszającą historię młodej dziewczyny czekającej na przeszczep nerki.

Autorka sama jest poddawana dializom, dlatego osoby z chorobami nerek na pewno znajdą w tej książce sytuacje oraz wątpliwości, które dotyczą ich samych. Jako że książka pisana jest bardzo przystępnym językiem i przedstawia prawdziwe zmagania się z chorobą, czytelnicy, dla których temat ten jest nieznanym, będą mogli w zrozumiały sposób dowiedzieć się, czym jest ostra niewydolność nerek oraz przygotowania do przeszczepu. Pani Ewa – oprócz podpisywania swojej powieści – chętnie rozmawiała z uczestnikami konferencji, którzy z dużym zainteresowaniem skupili się wokół stolika OSOD, na którym promowane było najnowsze dzieło pisarki.

MICHAŁ DĘBSKI-KORZEC
OSOD

Spotkanie CEAPIR w Oslo

W dniach 13–15 maja odbyło się w Oslo walne zgromadzenie Europejskiej Federacji Pacjentów Chorych na Nerki. Polskę reprezentowała Iwona Mazur Prezes OSOD. Głównym tematem konferencji były możliwości edukacji Pacjentów w predializie oraz przeszczepienia rodzinne w Europie. Gospodarze spotkania mają się czym pochwalić w tej dziedzinie, ponieważ 40% wszystkich przyczepień nerek w Norwegii to przeszczepienia rodzinne.

Podczas spotkania Polska została wyróżniona ze względu na zaangażowanie w badaniu sytuacji pacjen-

tów chorych na PChN w Europie. Na początku 2011 roku pacjenci wypełniali ankietę, która została wysłana do wszystkich stacji dializ w Polsce. OSOD zebrał ponad 700 ankiet. Z tego miejsca chcielibyśmy bardzo serdecznie podziękować wszystkim pacjentom oraz członkom personelu medycznego za zaangażowanie i poświęcony czas. Mamy nadzieję, że zebrane wyniki z całej Europy rzucają światło na sytuację pacjentów w różnych krajach oraz posłużą jako argument do ujednolicenia standardów leczenia.



Uczestnicy konferencji przed hotelem, w którym odbywały się obrady

Młodzież wie, jak zwiększyć liczbę przeszczepów

Finał kolejnej edycji kampanii „Drugie życie”

Ponad 60 tysięcy uczniów z 97 szkół ponadgimnazjalnych wzięło udział w tegorocznej edycji akcji „Drugie życie”. W roku szkolnym 2010/2011 projekt, którego inicjatorem jest Fresenius Medical Care Polska, realizowany był na terenie Wielkopolski, Małopolski oraz Warmii i Mazur. W trakcie kampanii, której celem jest promocja transplantacji, młodzi ludzie m.in. rozdawali oświadczenia woli, organizowali happeningi i zawody sportowe, przekonywali rodziców i odwiedzali kościoły. W czerwcu odbyły się uroczyste spotkania podsumowujące szkolne działania. Najbardziej pomysłowe i wszechstronne kampanie zostały nagrodzone wyróżnieniami i czekami charytatywnymi.

W Polsce na przeszczep narządu czeka ponad 2000 osób (dane: Poltransplant, czerwiec 2011). Od momentu wpisania na listę oczekujących na transplantację do samej operacji w naszym kraju upływa średnio dwa lata. Dla wielu chorych to za długo – umierają, niedoczekując nowego narządu. Potrzeba więc działań, które zmienią sytuację polskiej transplantologii. Jednym z nich jest akcja „Drugie życie”.

Cel: popularyzacja transplantacji i oświadczeń woli

Najważniejszym celem kampanii skierowanej do uczniów szkół ponadgimnazjalnych jest zmiana nastawienia młodych ludzi do transplantacji. Placówki zakwalifikowane do programu otrzymały pakiet materiałów edukacyjnych i promocyjnych – oprócz oświadczeń woli także plakaty, koszulki, filmy i broszury informacyjne. W ramach kampanii młodzież realizowała własne pomysły na promowanie przeszczepiania narządów i oświadczeń woli. Organizatorzy służyli pomocą w organizacji spotkań z lekarzami transplantologami i osobami po przeszczepie. „Bardzo lubię wizyty w ramach kampanii w szkołach, jednak nie są one dla mnie tak proste, jak wydawało mi się na początku. Młodzi ludzie chcą dyskutować, zadają trudne pytania i żądają jasnych odpowiedzi, ale jestem przekonany, że wychodzą ze spotkań mając jasno określone zdanie na temat transplantacji. I o to nam chodzi: chcemy skłonić ich do myślenia, ale tak-



Oświadczenie woli

że do porozmawiania o transplantacji w domu czy w kręgu przyjaciół” – opowiada dr Maciej Głyda, ordynator Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, konsultant medyczny kampanii. Pomysłowość, zaangażowanie i zapał uczniów oceniali członkowie jury, którzy po zakończeniu akcji przyznali wyróżnienia i nagrodzili czekami charytatywnymi najlepsze szkoły.

„Drugie życie” na Warmii i Mazurach

26 października obchodzony jest Światowy Dzień Donacji i Transplantacji. Tego dnia uroczystie zainaugurowano kampanię „Drugie życie” w województwie warmińsko-mazurskim. Do udziału w projekcie zaproszono wszystkie szkoły ponadgimnazjalne z regionu, jednak zgodnie z zasadami w kampanii mogło wziąć udział 30 placówek. Ze względu na duże zainteresowanie do programu zakwalifikowano ostatecznie 32 szkoły.

Działania młodzieży prezentowały bardzo wysoki poziom. Mecz „Gramy dla transplantacji” zorganizowany przez uczniów I Liceum Ogólnokształcącego w Olsztynie przyciągnął ponad 2 tys. widzów – w przerwach między rozgrywkami odbywały się spotkania z lekarzami i osobami po przeszczepie, a zaproszenie do drużyny vipów przyjęli znani sportowcy i dziennikarze, którzy grając w koszulkach kampanii przyłączyli się do społeczności promującej przeszczepianie narządów. Uczniowie organizowali także konferencje nt. transplantacji, na które zapraszali okoliczne szkoły, rozwieszali plakaty w miastach, rozdawali oświadczenia woli mieszkańcom miast, rozmawiając przy okazji o przeszczepianiu narządów, współpracowali z mediami, organizowali konkursy. Temat transplantacji był obecny wszędzie tam, gdzie gromadzili się ludzie – podczas festynów, pikników czy spotkań radnych. Wszystkich działań nie sposób jednak wymienić. Podczas spotkania podsu-

mowującego, które odbyło się w czerwcu w Ostródzie, najciekawsze 3 kampanie zostały uhonorowane czechami charytatywnymi (I Liceum Ogólnokształcące z Olsztyna, Zespół Szkół nr 1 z Działdowa oraz Liceum Ogólnokształcące im. Stefana Żeromskiego z Bartoszyca), a kolejne trzy szkoły otrzymały wyróżnienia.

Podniebny baner w Wielkopolsce

Wielkopolska edycja kampanii ruszyła 26 stycznia w Poznaniu (Dzień Transplantacji). Wzięli w niej udział

Organizatorem kampanii „Drugie życie” jest Fresenius Medical Care Polska. W skali ogólnopolskiej akcję wspierają: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych, które koordynuje projekt w Małopolsce, oraz Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej i Polska Federacja Pacjentów Dialtransplant. W każdym regionie akcję wspierały władze województwa, kuratorium oświaty oraz media.

uczniowie z 33 szkół ponadgimnazjalnych z całego województwa. Akcja wyszła poza mury szkolne i to już w dniu inauguracji – wszystko za sprawą pomysłu rozdawania oświadczeń woli pasażerom komunikacji miejskiej. W ciągu niespełna 2 godzin

młodzież rozdała 5 tys. oświadczeń woli.

W trakcie kampanii uczniowie realizowali własne pomysły na upowszechnienie idei transplantacji



Uczniowie I LO w Chrzanowie

– było ich mnóstwo. Młodzież nagrywała filmy, spoty reklamowe, teledyski, organizowała happenings i zawody sportowe, na które zapraszał baner przymocowany do awionetki przelatującej nad miastem. Poza działaniami w szkołach uczniowie wręczali oświadczenia woli także gwiazdom polskiej sceny muzycznej, prowadzili zajęcia m.in. ze studentami. Z roku na rok kampanie realizowane przez młodzież prezentują coraz wyższy poziom. W czerwcu, w trakcie spotkania podsumowującego, wręczono 3 czeki charytatywne, które młodzież przekazała na dowolnie wybrany cel dobroczynny (IV Liceum Ogólnokształcące z Leszna, X Liceum Ogólnokształcące z Poznania, Zespół Szkół Rolniczych z Grabonogu) oraz przyznano 5 wyróżnień.

Nietuzinkowe działania w Małopolsce

Od 26 stycznia 2011 roku kampania prowadzona była także w 32 szkołach ponadgimnazjalnych z całego województwa małopolskiego. Projekt w regionie koordynuje Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych. Uczniowie realizowali własne pomysły na upowszechnianie przeszczepiania narządów. Te najciekawsze, najbardziej nietuzinkowe zostały nagrodzone. Organizatorzy uhonorowali 5 szkół, trzy z nich otrzymały nagrody, dwie – wyróżnienia. Happening, sondaż wśród mieszkańców, plakatowanie miasta, opracowanie i dystrybucja kalendarza „Drugie życie” na 2011 rok oraz współpraca z mediami, władzami lokalnymi i parafiami to działania, które przeprowadzili uczniowie tylko jednej, najwyższej ocenionej, szkoły. Zaszczytne pierwsze miejsce przypadło Zespołowi Szkół nr 2 z Bochni. Kolejne lokaty zajęli uczniowie z I Liceum Ogólnokształcącego z Chrzanowa oraz Zespół Szkół z Zawoi Wilcznej. „Działania młodzieży dowodzą ogromnej dojrzałości, wrażliwości i zrozumienia problemu. Jestem przekonana, że dzięki kampanii o oświadczeniach woli rozmawiano w niejednym domu” – mówi Iwona Mazur, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych.

Już są pierwsze efekty?

Oprócz edukacyjnych, akcja „Drugie życie” przyniosła także efekty widoczne w statystykach przeszczepów. „W ostatnich latach w Polsce rośnie liczba



Uczniowie odbierają gratulacje od dr. Macieja Głydy

Kampania „Drugie życie” promuje transplantację i oświadczenia woli od stycznia 2009 roku. Do czerwca 2011 roku w projekt włączyli się uczniowie 185 szkół ponadgimnazjalnych z trzech województw (wielkopolskie, małopolskie, warmińsko-mazurskie), przeprowadzając szereg działań doprowadzających do rozdania 180 tys. oświadczeń woli.

transplantacji. Cieszę się, że i my dołożyliśmy swoją cegiełkę. Stosując kilka prostych rozwiązań (które nie są wymagane przez NFZ) doprowadziliśmy do tego, że 12% naszych pacjentów jest zgłaszanych do przeszczepu nerki i może oczekiwać na narząd. Ten wskaźnik o 70% przekracza wymóg, jaki stawia przed nami Narodowy Fundusz Zdrowia i jest to najlepszy wynik wśród wszystkich operatorów stacji dializ w Polsce. W 2010 roku, 29% wszystkich pacjentów w Polsce, którzy otrzymali przeszczep nerki, pochodziło z naszych ośrodków. Nasza determinacja do tego, by każdy pacjent,

który pod względem medycznym ma możliwość uzyskania przeszczepu otrzymał go, na pewno wzrosła od czasu, gdy dzięki naszej akcji widzimy, jak bardzo w działania na rzecz transplantacji potrafią zaangażować się uczniowie wielkopolskich szkół” – mówi Teresa Rydzińska, prezes Fresenius Medical Care Polska (FMCP), głównego organizatora kampanii „Drugie życie”.

W Ostródzie, w lipcu 2011 roku, po raz pierwszy od wielu lat pobrano do przeszczepu nerki od zmarłego dawcy. To także wymierny efekt konsekwentnej komunikacji i działań promujących przeszczepy.

Kampania „Drugie życie” będzie realizowana także w nadchodzącym roku szkolnym. Bieżące informacje o akcji dostępne są na stronie www.drugiezycie.org.pl oraz na profilu kampanii na platformie Facebook.com.

Dializuję się już 30 lat!

Przedstawię Wam dziś moją serdeczną koleżankę ze stacji dializ przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu, Kornelię Żemłą. Z wykształcenia pielęgniarka, pracowała w szpitalu na oddziałach chirurgii i rehabilitacji; żona Jerzego, pracownika kolejnictwa i matka dziś dorosłego i żonatego już syna Adriana, pracownika biura projektowego. Co ją wyróżnia? Mianowicie pierwszą dializę miała 16 grudnia 1980 roku, a więc 30 lat temu.

Jak dowiedziałaś się o chorobie nerek, co było jej przyczyną?

Początki nie zapowiadały tak poważnej choroby. Do 20. roku życia byłam zupełnie zdrowa; wyniki badań były normalne, samopoczucie bardzo dobre. Zaczęłam pracować jako pielęgniarka w szpitalu. Po roku zachorowałam na anginę, w wyniku której, jako powikłanie nastąpiła choroba nerek. Zanim jednak postawiono prawidłową diagnozę – niewydolność nerek

– przeszłam wiele badań. Przez 4 lata leczyłam się w poradni nefrologicznej, choroba jednak postępowała i dokładnie 16 grudnia 1980 roku miałam pierwszą dializę na stacji dializ w Szpitalu Górniczym w Bytomiu, obecnie WSzS nr 4, gdzie dializuję się do dzisiaj.

Kiedy zaczynałaś dializy 30 lat temu, ta metoda leczenia dopiero raczkowała w Polsce. Jak zapamiętałaś te zabiegi, proszę nam o nich trochę opowiedzieć.

Faktycznie trudno porównać tamte dializy z obecnymi. Widać wyraźny postęp w każdym elemencie. Ówczesne „sztuczne nerki” były bardzo proste, niedokładnie ściągały wodę, raz za dużo, że trzeba było przetaczać kilka butelek soli, a innym razem z nadwagą wracało się do domu. Dializatory były duże gabarytowo, ale o małej wydajności, często pękały, co powodowało większą utratę krwi. Każdy pacjent był przeszkolony w ich płukaniu, bo były oczywiście

wielokrotnego użycia i robiliśmy to sami pod kontrolą pielęgniarki. Było to bardzo mobilizujące i satysfakcjonujące, czuliśmy się do wartościowani i potrzebni, zwłaszcza, że dializowali się wtedy ludzie młodzi, a nawet bardzo młodzi. Płyny do dializ przygotowywane były na bieżąco przez pielęgniarki. W 100–150 litrowych pojemnikach dużą, drewnianą łyżką, mieszały wodę z odpowiednią ilością elektrolitów i innych składników. Igły do dializ były wielokrotnego użytku, szybko się tępiły, co zwiększało ból przy wkłuwaniu. Łóżka, na których leżeliśmy, były ustawione na wagach towarowych i co godzinę pacjent był ważony, by sprawdzić, jak przebiega ściąganie wody z organizmu.

Z sentymentem wspominam atmosferę panującą wtedy wśród pacjentów. Było dużo życzliwości, zrozumienia, pomocy, a nawet przyjaźni. Ze względu na niewielką ilość miejsc, była nas – pacjentów – nieduża grupa, dlatego nie było takiej anonimowości jak obecnie, kiedy jest nas ponad setka.

Mimo, że 30 lat temu sprzęt był prosty, niedoskonały, warunki dalekie od dzisiejszych luksusów, jednak dla mnie był to cud techniki, który pozwalał mi ŻYĆ! Mnie i wielu innym, młodym ludziom.

W jakim stopniu dializoterapia zmieniła Twoje życie?

Dializy miały ogromny wpływ nie tylko na moje życie zawodowe, ale w ogóle na moje życie. Miałam już męża i 3-letniego synka, pracowałam; choroba i dializy, 3 razy w tygodniu, to wtedy był dla mnie dramat, trudny do zaakceptowania. Dializa trwała wtedy 9 godzin!

Do tego trzeba doliczyć 2–3 godziny dojazdu autobusami, wtedy



Tutaj dializuje się bohaterka

nie mieliśmy do dyspozycji transportu sanitarnego. Samopoczucie początkowo też było złe, byłam bardzo słaba, szybko się męczyłam i w efekcie musiałam zrezygnować z pracy i przesłać na rentę. W tym czasie bardzo pomogło mi wsparcie moich najbliższych: męża, ale również siostry i jej rodziny oraz rodziców. Ważne było nauczenie się współistnienia z chorobą, co pozwoliło mi żyć w miarę normalnie.

Jaki sposób na życie z dializami sprawdza się przez tyle lat?

Muszę zacząć od tego, że dostałam się pod opiekę zespołu wspólniających lekarzy i pielęgniarek. Oni to swoją fachowością, serdecznością i zrozumieniem sprawili, że było mi łatwiej zaakceptować sytuację, w której się znalazłam. Dlatego nie sposób nie wymienić przynajmniej ordynatorów, którzy kierowali w tym czasie Oddziałem Nefrologii i Stacją Dializ. Byli to lekarze: Zbysław Twardowski – założyciel ośrodka dializ, Roman Lebek, Jerzy Pachelski, Roman Rudka oraz obecny – Jacek Mesjasz.

Następnie musiałam się oswoić z chorobą, nie traktować dializ jak wyroku, ale jako szansy na dalsze życie. Nie przyszło to tak samo z siebie, bo najpierw był bunt, poczucie krzywdy, bezsilności. Trzeba starać się to w sobie wypracować, nie skupiać się tylko na chorobie, zrozumieć, że warto żyć dla każdego darowanego dnia dla bliskich i dla samego siebie.

Jak już wspominałam, bardzo pomogło mi w tym wsparcie mojej rodziny. Mąż oprócz wsparcia duchowego, przejął więcej obowiązków domowych, a mój wówczas 3-letni syn uświadomił mi, jak bardzo mnie potrzebuje. Radość brania udziału w wychowaniu i dorastaniu dziecka, co mogło być niemożliwe w mojej chorobie, gdyby nie dializy, sprawiła, że zaakceptowałam je i z optymizmem patrzyłam w przyszłość. Zaczęłam traktować dializy jak pracę na pół etatu i takie myślenie pozwoliło zmniejszyć stres.

Istotną sprawą jest odpowiednia dieta. Rozsądne spożywanie płynów, owoców i warzyw, stracić się jeść potrawy lekko strawne. Przestrzegać pewnych zasad w przygo-

towaniu posiłków, np.: dwukrotne przelewanie gotowanych ziemniaków, czy ograniczenie używania soli, octu i ostrych przypraw. Jeden lekarz powiedział mi kiedyś, że osoby dializowane powinny jeść zupełnie widelcem – jest w tym dużo racji.

Muszę powiedzieć, że nie wszystko przychodziło i przychodzi łatwo i że nie miałam, i nie mam trudnych dni. Z biegiem tych trudnych lat jest coraz więcej: gorsze samopoczucie, słabsza sprawność fizyczna, bóle kostne utrudniające chodzenie i wykonywanie niektórych czynności dnia codziennego.

Ważne jest jednak nie to, że te trudne dni są, ale żeby udawało się je przezwyciężyć. A siłę do tego daje mi wiara w Boga. Wierzę, że to Bóg wybrał dla mnie taką drogę, postawił na niej wielu tak wspólniających ludzi, to On obdarzył mnie nadzieją i pogodą ducha, co sprawia, że z dializami przeżyłam tyle lat i mam ochotę na kolejne.

Bardzo dziękuję za rozmowę.

Wysłuchał: mirman

NASZ CHLEB POWSZEDNI

SYLWIA RODAK

Stacja Dializ DIAVERUM – Gdańsk

Cholesterol na cenzurowanym

Wszyscy doskonale wiemy, że utrzymanie prawidłowej i pełnowartościowej diety u osób przewlekle dializowanych i po przeszczepie nerki jest rzeczą bardzo ważną, ale również niezmiernie trudną. Dlatego chciałabym zaproponować omówienie problemu cholesterolu, który na pewno jest „zmorą” większości z nas.

W naszym organizmie każdego dnia powstaje około jednego grama cholesterolu – substancji tłuszczopodobnej, która wytwarzana jest przez wątrobę. Wchodzi ona w skład wszystkich komórek, uczestniczy w wytwarzaniu niektórych hormonów, a także wspomaga wytwarzanie witaminy D i kwasów żółciowych, odgrywają-

cych bardzo ważną rolę w procesie trawienia.

Co to jest cholesterol?

To złożony związek chemiczny. Po raz pierwszy wyizolowano go w XVIII wieku z kamieni żółciowych. Sądzono, że jest on niepożądanym składnikiem przemiany materii, wydalany przez ustrój

razem z żółcią. Na początku XX wieku przekonano się, że cholesterol jest ważnym składnikiem wszystkich komórek zwierzęcych. Jest to także materiał wyjściowy, z którego ustrój wytwarza bardzo ważne hormony płciowe i nadnerczowe, a także kwasy żółciowe. W organizmie jest wchłaniany w jelicie z pokarmów (podroby, skorupiaki, jaja, większość tłuszczów pochodzenia zwierzęcego). Głównie wytwarzany jest w wątrobie.

Cholesterol to główny punkt wyjściowy powstawania zawału serca, udaru mózgowego, niewydolności nerek i ciężkich zaburzeń ukrwienia w obrębie kończyn i innych tkanek organizmu.

Jak oznaczamy stężenie cholesterolu?

Oznaczamy je nie w pełnej krwi, lecz w osoczu lub surowicy. Określa się je w milimolach na litr lub w miligramach na 100 ml surowicy. Wartość prawidłowa cholesterolu całkowitego powinna osiągać poniżej 200 mg% (jest to zależne od wieku).

Fracje cholesterolu

1. LDL (tzw. „zły cholesterol”) – sprzyja miażdżycy i chorobie wieńcowej. Ta frakcja przenika do ściany tętnicy ze szczególną łatwością i bardzo łatwo ulega utlenieniu.

Mężczyźni: do 167 mg%, kobiety do 157 mg%.

2. HDL (tzw. „dobry cholesterol”) – chroni tętnice przed rozwojem miażdżycy, gdyż wspomaga transport „złego” do wątroby, gdzie zostaje on przerobiony na kwasy żółciowe, a następnie wydany jest z żółcią. Im więcej cholesterolu HDL w organizmie, tym mniejsze zagrożenie chorobą wieńcową (stężenie frakcji powinno wynosić 35 mg%).

Mężczyźni 29–67 mg%, kobiety 35–86 mg%.

Iloraz ryzyka podwyższony do 8 jest niekorzystny!

Cholesterol całkowity (mg/dl) u chorych na Przewlekłą Chorobę Nerek	Co oznacza poziom cholesterolu
230 mg/dl i powyżej	za wysoki, podwaja ryzyko chorób serca
200–229 mg/dl	umiarkowanie wysoki
150–199 mg/dl	pożądany poziom cholesterolu
100–149 mg/dl	niski, może być z powodu niedożywienia; OK, jeżeli z powodu leków obniżających stężenie cholesterolu

Co oznacza podwyższone stężenie cholesterolu we krwi?

U ludzi ze stężeniem cholesterolu całkowitego we krwi poniżej 170 mg%, niezwykle rzadko występuje zawał serca. Ryzyko narasta początkowo powoli przy stężeniu ponad 200 mg%. Jest ono duże przy wartości zbliżającej się do 300 mg% i maksymalnie wysokie przy stężeniu 400 mg%. W niektórych schorzeniach stężenie cholesterolu całkowitego we krwi może przekraczać 1000 mg%. Bez leczenia pacjenci ci umierają już w wieku dziecięcym z powodu zawału serca.

Ocenia się, że prawie co czwarty Polak ma podwyższony poziom cholesterolu całkowitego, co skraca czas przeżycia. Poziom powyżej 200 mg/dl powinien już zaniepokoić.

Ogromny wpływ na obniżenie poziomu cholesterolu we krwi ma dieta. I tak, aby nie spowodować zatkania tętnic, należy spożywać pokarmy bogate w błonnik (warzywa, owoce, ziarna, nasiona roślin strączkowych oraz bogate w pektynę suszone owoce i grejpfruty), oleje roślinne z dużą zawartością nienasyconych kwasów tłuszczowych, tłuste ryby, bogate w kwasy omega-3. Niewskazane są tłuste mięsa, produkty mleczne z dużą zawartością tłuszczu, dużo jaj (WHO zaleca tylko 4 tygodniowo), gęste sosy. Najwięcej cholesterolu zawierają żółtka jaj, podroby (szczególnie wątroba i mózg) oraz krewetki. Zalecenia dotyczące diety są niezwykle istotne dla osób dializujących

się, które, aby utrzymać dobry stan zdrowia i zadowalające wyniki, muszą jej przestrzegać.

W obniżeniu poziomu LDL, a podwyższeniu HDL pomagają aktywność fizyczna. Nie musi to być żaden sport wyczynowy, wystarczą spacer, marsz, pływanie czy jazda na rowerze. Należy tutaj zaznaczyć, iż osoby dializowane spędzają minimum 12 godzin tygodniowo w pozycji leżącej lub półsiedzącej na stacjach dializ. Dlatego ważne jest, żeby była to aktywność wykonywana regularnie. Jak wspomniałam wcześniej obniża się wówczas poziom cholesterolu, ale również zwiększa efektywność dializ oraz zmniejsza przyrost stężenia kreatyniny po dializie. Dalej – następuje redukcja ciśnienia tętniczego, zwiększa się siła mięśniowa, poprawia funkcjonowanie układu kostno-stawowego oraz oddechowego, zmniejsza się ryzyko wystąpienia chorób ze strony układu sercowo-naczyniowego oraz rozwoju cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, poprawia się jakość życia poprzez niezależne funkcjonowanie w życiu codziennym.

Co to są trójglicerydy?

Są zwane również tłuszczami obojętnymi. Nie mają tak dużego związku z miażdżycą naczyń jak cholesterol, ale w niektórych chorobach przemiany materii, np. w cukrzycy, oznaczenie ich stężenia w surowicy krwi jest pomocne w ocenie przemiany materii w danej chwili.

Wartość prawidłowa wynosi poniżej 150 mg%, wartość graniczna do 200 mg%. Mężczyźni 40–160 mg%, kobiety 35–135 mg%.

$$\text{ILORAZ RYZYKA} = \frac{\text{cholesterol całkowity (mg\%)}}{\text{cholesterol HDL (mg\%)}}$$

Kiedy stwierdza się podwyższone stężenie trójglicerydów?

1. W chorobach przemiany materii:
 - zaburzenia wrodzone,
 - kępki żółte w skórze.
2. W innych chorobach podstawowych:
 - cukrzyca,
 - nadwaga,
 - nadciśnienie tętnicze,
 - choroby wątroby i nerek,
 - niedoczynność tarczycy,
 - zapalenie trzustki,
 - przewlekły alkoholizm.

W Polsce liczbę osób z chorobą wieńcową szacuje się na blisko milion. Rocznie na zawał mięśnia sercowego zapada około 80–100 tys. osób!

Czynniki ryzyka choroby wieńcowej

1. Zwiększony poziom cholesterolu.
2. Nadciśnienie tętnicze.
3. Palenie papierosów.
4. Otyłość brzuszna.
5. Upośledzona tolerancja glukozy.
6. Niskie stężenie HDL.
7. Zwiększony poziom trójglicerydów w surowicy.
8. Zwiększone poziomy lipoproteiny (a) [Lp(a)] – czynnik ryzyka niezależny, który zwiększa krzepliwość krwi.
9. Niskie spożycie witamin, tj. E, C, β -karotenu.
10. Podwyższone poziomy homocysteiny w surowicy.
11. Picie alkoholu.
12. Brak ruchu.
13. Dieta bogata w tłuszcze pochodzenia zwierzęcego.

Zasady racjonalnego żywienia (profilaktyka miażdżycy)

1. Dbaj o urozmaicanie posiłków, bowiem różnorodność spożywanych produktów zabezpiecza przed niedoborami składników pokarmowych.
2. Unikaj otyłości.
3. Spożywaj produkty zawierające dużo błonnika.
4. Pij mleko chude – dwie duże szklanki mleka dziennie zapewniają wystarczającą ilość wapnia.

5. Spożywaj ryby 2–3 razy w tygodniu.

6. Warzywa i owoce spożywaj codziennie – dostarczają one organizmowi witamin i błonnika.

7. Unikaj tłuszczów zwierzęcych, zastępuj je częściowo olejami roślinnymi.

8. Ogranicz spożycie soli – podnosi ciśnienie krwi.

9. Unikaj alkoholu – wysokie jego spożycie powoduje nagłe zgony.

Zasady dotyczące wyboru produktów spożywczych

1. Jedno jabłko dziennie.

Francuscy naukowcy stwierdzili, że zjedanie dwóch, trzech jabłek dziennie obniżyło poziom cholesterolu we krwi o 10–20 % u osób z hipercholesterolemią.

2. Ryby po zawale.

U osób po zawale mięśnia sercowego zaobserwowano zmniejszenie ryzyka kolejnego zawału, jeśli do swojego jadłospisu włączyły dwa, trzy razy w tygodniu ryby: makrelę, śledzie, łososia, sardynki czy dorsza. Są to ryby bogate w tłuszcze nienasycone, które przeciwdziałają nadkrzepliwości krwi.

3. Czosnek i cebula na nadciśnienie.

Zawierają różne składniki (związki siarki, roślinne prostaglandyny), które obniżają poziom cholesterolu we krwi oraz nadciśnienie tętnicze. Zjadaj jeden ząbek czosnku dziennie i 10–20g surowej cebuli.

4. Inteligentna oliwa.

Oliwa z oliwek obniża poziom cholesterolu całkowitego, zachowując „dobry cholesterol”. Codziennie stosuj oliwę z oliwek – najlepiej z pierwszego tłoczenia – np. do sałatek.

5. Herbata po obiedzie.

Miłośnicy herbaty rzadko zapadają na miażdżycę, mają oni niższe ciśnienie tętnicze. Działanie lecznicze ma herbata zielona bogata w bioflawonoidy (ułatwiają przyswajanie witaminy C, obniżają poziom cholesterolu). Zaleca się picie do trzech filiżanek herbaty dziennie. (Uwaga chorzy dializowani!)

MONIKA KOWALIK
OSOD

Szkodliwy nadmiar soli

Sól jako dodatek spożywczy znana jest nam wszystkim doskonale. Lubimy posolone dania ze względu na wyrazisty smak – co nie dziwi, kiedy przypomnimy sobie, że słony to jeden z 5 podstawowych smaków rozpoznawanych przez kubki smakowe znajdujące się na języku. Nie stanowi ona również nowinki w przyprawach. Trudno dokładnie stwierdzić, od jak dawna człowiek używa soli, pewne jednak jest, że już w neolicie istniały warzelnie produkujące ją z solanek powierzchniowych. W Polsce najstarsze takie znaleziska datuje się na 3500 rok p.n.e. Sól w swojej długiej historii była jednak nie tylko przyprawą, ale również substancją konserwującą oraz przez pewien okres dziejów także i środkiem płatniczym.

SÓL I JEJ ZALETY

Sól kuchenna, którą spożywamy, to z punktu widzenia chemicznego chlorek sodu, związek składający się w 40% z sodu oraz w 60% z chloru. Substancja ta ma wiele pozytywnych właściwości, a co za tym idzie zastosowań. Dzięki działaniu bakteriobójczemu doskonale nadaje się do konserwowania łatwo psującej się żywności (spełniała tę funkcję, aż do czasu wynalezienia lodówki), wpływa na zachowanie smaku i koloru potraw, zapobiega utracie soli mineralnych w warzywach i mięsach

poddanych gotowaniu. Sól jest również niezbędna do prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka. Sole mineralne biorą udział w wielu procesach organicznych, stanowiąc m.in. element budulcowy oraz aktywator wielu enzymów. Sód odgrywa również rolę w zachowaniu prawidłowej pobudliwości mięśni i przepuszczalności błon komórkowych, zapewniając prawidłową czynność mięśni i nerwów. Dwie najważniejsze jednak zalety sodu w odniesieniu do prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka wymieniane w literaturze to: utrzymywanie równowagi kwasowo-zasadowej oraz regulacja gospodarki wodnej organizmu. Dodatkowo, ze względu na właściwość zatrzymywania płynów w organizmie, sól stanowi ważny element diety osób z niskim ciśnieniem.

BILANS SODOWY

Aby nie dopuścić do powstania zaburzeń i chorób należy spożywać około 0,5–1 g soli dziennie, przy czym należy pamiętać, że sód, który przyswaja nasz organizm, pochodzi nie tylko z soli, której używamy do przyprawiania przyrządzanych posiłków – jego źródłem są również nieprzetworzone produkty spożywcze, a w największym stopniu produkty przetworzone (konserwy, marynaty, wędliny itp.). Niedobór tego pierwiastka, czyli tzw. hiponatremia, choć groźna dla naszego organizmu, występuje stosunkowo rzadko. U zdrowego człowieka istotna z fizjologicznego punktu widzenia utrata sodu występuje tylko podczas długotrwałego pocenia się, np. w przypadku nieprzerwanego biegu trwającego ponad 1,5 godziny. W przypadku osób chorych może ją wywołać nadmierne ograniczenie spożycia sodu połączone z przyjmowaniem leków moczopędnych (dlatego ważne jest, aby o ilości spożywanej soli w okresie przeddializacyjnym decydował lekarz).

Wiele badań oraz analiz wskazuje jednak, że to nie o niedobór tego pierwiastka należy się mar-

twić, a o jego nadmiar, który stanowi poważne zagrożenie dla współczesnego świata.

O SZKODLIWOŚCI NADMIARU SODU

Zgodnie z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia, zawartość soli w diecie nie powinna przekraczać 5 g (czyli tyle, ile zmieści się w jednej płaskiej łyżeczce od herbaty) na dobę. W Polsce spożycie soli wynosi około 10–15 g na dobę, czyli przekracza tę normę 2- lub nawet 3-krotnie. Nadmiar sodu nie pozostaje natomiast obojętny dla naszego organizmu – powoduje wiele bardzo poważnych i szkodliwych skutków zdrowotnych. W literaturze jako konsekwencje nadmiernego spożycia soli wymienia się przede wszystkim:

- powstawanie nadciśnienia tętniczego, co w efekcie może prowadzić do innych chorób związanych z układem krążenia (zawały serca, wylewy);
- doszukuje się również związku między nadmiernym spożyciem soli a występowaniem raka żołądka oraz udaru mózgu;
- nadmiar podaży soli powoduje zwiększenie pobrania i zatrzymywania wody w organizmie (prawidłowa czynność nerek powoduje wydalanie nadmiaru tego składnika, natomiast w przypadku upośledzonej ich funkcji może nastąpić ich obrzęk).

Wymienione w punkcie pierwszym choroby układu krążenia są najczęściej występującymi chorobami przewlekłymi, a jednocześnie najpowszechniejszą przyczyną umierania ludzi na całym świecie. Około 30% zgonów spowodowane jest przez same tylko choroby sercowo-naczyniowe, dlatego też wiele krajów oraz organizacji

międzynarodowych wprowadza programy oraz projekty mające na celu ograniczenie ilości spożywanej soli przez mieszkańców. Warto podkreślić, że najwcześniej w Europie program redukcji spożycia soli w celu zmniejszenia ilości zachorowań na choroby sercowo-naczyniowe wprowadziła Finlandia. Dzięki kampanii koordynowanej przez rząd udało się obniżyć średnie spożycie soli z 14 g/dzień w 1972 roku do 9 g/dzień w roku 2002. Konsekwencją było **zmniejszenie śmiertelności z powodu zawałów oraz chorób serca aż o 75–80%**. Patrząc na ten wynik aż chce się krzyknąć: **jedzmy mniej soli, by cieszyć się zdrowiem i dłuższym życiem!**

OGRANICZENIE SOLI

Jak to już zostało powiedziane ogromna ilość spożywanej przez nas soli znajduje się w gotowych produktach żywnościowych: chlebie, serach, wędlinach, konserwach nie wspominając o bulionach, zupach w proszku, sosach. Dlatego ważne jest, abyśmy zwracali uwagę na informację o zawartości sodu w danym produkcie, którą na szczęście coraz częściej można znaleźć na etykiecie. Ponadto należy ograniczyć solenie przygotowywanych posiłków i w miarę możliwości zastąpić ją innymi przyprawami (bazylią, tymianek, estragon, imbir itp.). Początkowo ograniczenie dosalania potraw może sprawić, że nie będą nam one smakowały, jednak stopniowe zmniejszanie ilości soli pozwoli nam się przyzwyczaić do nowego smaku już po około 2 tygodniach. Biorąc pod uwagę korzyści, które możemy dzięki temu osiągnąć, taka zmiana w codziennym jadłospisie wydaje się być drobnym wyrzeczeniem.

Czy wiesz, że

po raz pierwszy w Polsce odbędzie się w Krakowie w dniu 23 października 2011 roku posiedzenie Zarządu Europejskiego Towarzystwa Dializ i Transplantacji (ERA-EDTA – European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association).

VI Ogólnopolskie Igrzyska dla Osób po Transplantacji i Dializowanych

Patronat honorowy – Jan Poloczek (burmistrz w Wiśle)

Gość honorowy – Anna Dymna (aktorka)

Patronat medialny – „Gazeta Codzienna”

W dniach od 19 do 22 maja 2011 roku w Wiśle odbyły się VI Ogólnopolskie Igrzyska dla Osób po Transplantacji i Dializowanych w lekkiej atletyce, tenisie stołowym, tenisie i pływaniu.

Głównym celem imprezy było propagowanie świadomego oddawania narządów do przeszczepu poprzez rozpowszechnianie aktywności fizycznej i sportu w środowisku osób po transplantacji i dializowanych oraz popularyzacja idei transplantacyjnej w Wiśle. Zawody były sprawdzianem dla reprezentantów Polski na XVIII Światowe Igrzyska po Transplantacji w Goeteborgu, w Szwecji. Ponadto zmagania sportowe były także eliminacjami do VII Europejskich Igrzysk dla Osób po Transplantacji i Dializowanych w Zagrzebiu w Chorwacji w roku 2012.

Zaproszonymi gośćmi, którzy uczestniczyli w uroczystym Otwarcu Igrzysk byli: **Anna Dymna** – aktorka, **Jan Poloczek** – burmistrz miasta, **Witold Dłużniak** – prekursor sportu niepełnosprawnych i wieloletni prezes Polskiego Związku Sportu Niepełnosprawnych w Warszawie, dr **Katarzyna Chojak-Fijałka** z AWF-u w Krakowie z Zakładu Medycyny Fizykalnej i Odnowy Biologicznej, **Robert Dłużniak** – dyrektor i **Danuta Zowada** – kierownik z OS Start, dyrektorzy szkół: ZSGH – **Beata Iwaniuk** i ZSO im. Pawła Stalmacha – **Beata Kozyra** oraz **Krzysztof Kaczorowski** z RTiS UM w Wiśle.

Na starcie stanęło 52 osoby. 36 zawodników po transplantacji nerek, serca i wątroby (w tym 9 dzieci i 2 pacjentów ze Słowacji) oraz 16 członków Stowarzyszenia Świadome Dawstwo Narządów. Zawodnikom towarzyszyli członkowie rodzin. Razem aktywnie uczestniczyło 68 osób. Najmłodszymi uczestnikami Igrzysk byli: **Weronika Kliszka** z Krakowa i **Kacper Kwiecień** z Tarnowa (9 lat). Uczestnicy przyjechali z najdalszych zakątków Polski, ze Świnoujścia, Słupska, Gdańska, Poznania, Wrześni, Kruszwicy, Bydgoszczy, Sandomierza okolic Warszawy, Żagania, Śląska, Podkarpacia i z Beskidów.

Najstarszy pacjent miał 71 lat. Było nam bardzo miło z odwiedzin **Mirka Mańki** – pacjenta dializowanego, który nie może już startować w zawodach, ale za to wiernie nam kibicował.

Pacjentom dopingowała młodzież z Zespołu Szkół Ogólnokształcących i Zespołu Szkół Gastronomiczno-Hotelarskich z Wisły (150 osób).

Dzięki uprzejmości Pani Dyrektora ZSGH – **Beacie Iwaniuk** – zorganizowaliśmy spotkanie z młodzieżą. Wykład wygłosił dr **Jacek Rubik**. Robert Kowalski i Anna Abramczyk-Dobrzyńska promowali świadome dawstwo narządów. Pani **Renata Krzosek** (dawca rodzinny) i jej 17-letnia córka **Justyna** (biorca rodzinny) przybliżyły rodzinny dar życia.

Na Rynku w Wiśle odbył się happening, w czasie którego pa-

cjenci i członkowie rodzin rozdawali „Oświadczenia woli”.

Serdeczne podziękowania dla Pana dr. **Jacka Rubika** za obsługę medyczną zawodów, **Krzysztofa Kaczorowskiego** – podinspektora Referatu Promocji, Turystyki i Sportu Urzędu Miasta w Wiśle za pomoc w koordynacji imprezy, zarządzającym obiektami za bardzo życzliwe przyjęcie i obsługę imprezy – panu dyrektorowi **Robertowi Dłużniakowi** z OS START w Wiśle, panu dyrektorowi **Zbigniewowi Gilowi** i panom ratownikom za oprawę i sędziowanie zawodów pływackich z pływalni „Delfin” w Skoczowie oraz pani **Ewie Zrychta** – kierownikowi Referatu Promocji, Turystyki i Sportu Urzędu Miasta w Wiśle za upominki dla dzieci po transplantacji.

Cieszymy się bardzo, że rodzice startujących dzieci: **Beata i Robert Królewiczowie** oraz **Jacek Nowak** włączyli się z serdeczną pomocą w organizację zawodów.

Dziękujemy bardzo mediom za obsługę zawodów: pani redaktor **Marcie Buchla** – z Telewizji Silesia, pani redaktor **Beacie Zamlewskiej** z PR Bielsko-Biała oraz redaktorom z „Gazety Codziennej”.

Zawody mogły się odbyć dzięki wsparciu finansowemu sponsorów: Roche Polska Sp. z o.o., Astellas Pharma Sp. z o.o., Urzędowi Miasta w Wiśle, Urzędowi Gminy w Iwoniczu-Zdroju, Miejskiemu Przedsiębiorstwu Oczyszczania i Robót Drogowych Sp. z o.o. z Żagania oraz prywatnym sponsorem.



Uczestnicy Igrzysk



Turniej tenisa stołowego



Pierwszy – najmłodszy uczestnik zawodów pływackich – Marek Husar ze Słupska (przeszczep rodzinny)



Dzieci z Anną Dymną



Dr Jacek Rubik z Centrum Zdrowia Dziecka z dziećmi po przeszczepieniu nerki



Dekoracja medalowa dzieci. Rzut piłeczką palantową: 1 m. – Marek Husar, 2 m. – Adrian Nowak, 3 m. – Jan Piotrowicz. Medale wręczali, od lewej: dr Katarzyna Chojak-Fijałka, Andrzej Marciniak i Grzegorz Bleharczyk

MICHAŁ DĘBSKI-KORZEC
OSOD

Krystyna Murdzek – żyć normalnie i pomagać innym...

I. Choroba i przeszczepienie

Pierwszy raz dowiedziała się o swojej chorobie w wieku 31 lat. Lekarze powiedzieli, że będzie musiała się w przyszłości dializować, a wszystko przez wadę genetyczną – wielotorbielowatość nerek. Dużo myślała o swojej chorobie i pewnego dnia podjęła decyzję „Zgodzę się na dializy tylko wtedy, kiedy nie dam rady normalnie żyć [...], każdy dzień będzie teraz dla mnie ważnym wydarzeniem”. Dializy rozpoczęła 17 lat później, dokładnie 2 stycznia 2001 roku. Dla osoby, która żyje aktywnie stacja dializ wydaje się często więzieniem i nie inaczej było w przypadku Krystyny. Będąc nauczycielem wychowania fizycznego oraz trenerem narciarstwa musiała dużo podróżować, a dializy oraz złe samopoczucie były dużą przeszkodą w prowadzeniu dotychczasowego trybu życia. Jednak Krystyna nie poddawała się chorobie, czego dowodem może być choćby pobyt na lodowcu Dachstein, w Austrii, 10 dni przed przeszczepieniem, gdzie prowadziła treningi z reprezentacją Polski niepełnosprawnych. Szczęśliwy los 21 listopada 2001 roku dał Krystynie NOWE ŻYCIE. Przeszczepiono jej nerkę.



Zmaganie z żywiołem i chorobą. 7 dni przed przeszczepieniem nerki. Ramsau – Dachstein, Austria

II. Sport i życie po transplantacji

Zamiłowanie do sportu oraz rywalizacji, można powiedzieć od dziecka, przejawia się w wielu aspektach jej życia. Ruch jest dla niej równoznaczny z pożywieniem. Bez jednego i drugiego nie mogłaby żyć. Była zawodniczką – trenując narciarstwo biegowe i biegi przełajowe, ale również, kiedy walczyła z chorobą, gdzie trzeba dużo siły, kiedy puchną nogi, „skleja się gardło”, kiedy brakuje tchu, gdy wchodzi się na 3. piętro do własnego mieszkania.

Po dwóch miesiącach po przeszczepieniu rozpoczęła pracę z grupą trenującą narciarstwo biegowe (była jeszcze na zwolnieniu lekarskim). Po pięciu miesiącach od operacji wróciła – oficjalnie – do pracy w szkole jako nauczyciel wychowania fizycznego. Kiedy wszystkie uciążliwe objawy choroby nerek zniknęły poczuła, że może nabrać wiatru w żagle. Ta euforia oraz entuzjazm Krystyna porównuje do „stanu, kiedy jest ktoś naprawdę zakochany. Każdy kto kochał choć raz wie, co to za uczucie”.

W roku 2003 dowiedziała się o Igrzyskach Osób po Transplantacji w Nancy. Zaczęła poszukiwać informacji na ten temat, jednak naprawdę związała się ze sportem dla osób po przeszczepieniu w 2003 roku. Wtedy prezydent Światowej Federacji Sportu po Transplantacji (*World Transplant Games Federation*) – Maurice Slapak – zaproponował prof. dr. n. med. Andrzejowi Chmurze organizację Nicholas Cup 2005



Trening chodu sportowego

w Polsce. Krystyna oraz prof. Chmura znali się już wtedy, ponieważ to on przeszczepił jej nerkę. Znając kwalifikacje swojej pacjentki zwrócił się do niej o pomoc w zorganizowaniu zawodów. W konsekwencji znajomość ta zaowocowała powstaniem w 2005 roku Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji (PSST), którego członkowie wciąż odnoszą sukcesy na arenie międzynarodowej.

Nasza bohaterka sama zapragnęła sprawdzić się w zawodach międzynarodowych. Pierwszy raz wystartowała w 2004 roku w Lublanie (Słowenia), gdzie zdobyła 5 medali. Później były kolejne sukcesy London (Kanada), Pecs (Węgry), Bangkok (Tajlandia), Gold Coast (Australia) i wiele innych. W sumie w latach 2006–2010 Krystyna zdobyła najwięcej medali dla polskiej reprezentacji pacjentów po transplantacji, w sumie było ich 24. Startowała w 6 dyscyplinach sportowych: lekkiej atletyce, pływaniu, tenisie ziemnym, strzelectwie sportowym, narciarstwie biegowym i biathlonie. Szczególnie polubiła strzelectwo, ponieważ – jak mówi – trening tej dyscypliny „pozwała zapomnieć o wszystkich problemach i daje wspaniały refleks”. Mimo wszystko preferuje sporty, w których wysiłek fizyczny jest na pierwszym miejscu. To dodaje jej „powera”. Jej przyjaciele twierdzą „że z Krysią nie można się nudzić, bo ona zawsze coś wymyśli”.



Światowe Zimowe Igrzyska po Transplantacji – Rovaniemi, Finlandia – 2008 r. Złoty medal w biathlonie

III. Co czuje, kiedy startuje w igrzyskach?

Dla każdego sportowca udział w Igrzyskach jest ogromnym wydarzeniem i przeżyciem. W końcu jest to sprawdzian jego przygotowania. Pokaże on, czy ciężka praca przez ostatnie lata jest warta upragnionego przez wszystkich sportowców najwyższego miejsca na podium. Krystyna równie ciężko trenuje, aby uzyskać jak najlepsze wyniki. Poświęca na to bardzo dużo czasu, ponieważ konkurencje w jakich startuje wymagają od niej specyficznego treningu. I tak chód sportowy wymaga wytrzymałości. Tenis ziemny doskonalenia techniki gry, a strzelectwo, przede wszyst-

kim, koncentracji i siły. Stadion, droga, kort, pływanie i strzelnica to jej miejsca treningu. Jeden trening nie może zastąpić czy uzupełnić drugiego. Zimą dochodzi bieganie na nartach. Całe przygotowania skoncentrowane są nie tylko na udziale w zawodach, ale i zdobycie medalu. Czasami z przetrenowania pojawiają się kontuzje, co dla każdego sportowca – nie wyłączając Krystyny – jest nie do zniesienia, ponieważ wyłączają one z treningu na kilka lub kilkanaście tygodni. Jednak nie można się poddawać i to, co cechuje mistrzów to niezłomny hart ducha. Jednak warto, ponieważ, jak sama podkreśla, „Kiedy staję na starcie zawsze daję z siebie wszystko. Zdobycie medalu to wielka radość, szczególnie kiedy staję się na najwyższym podium, wznosi ręce do góry z narodową flagą i grają hymn naszego kraju. Jest to największa nagroda za lata ciężkiej choroby, bólu i cierpienia. Dajemy wtedy żywe świadectwo społeczeństwu, że transplantacja jest najlepszą metodą ratowania i powrotu nie tylko do normalnego życia, ale także do radości, wspaniałych przeżyć i nowych przyjaźni”.

Czasami, w czasie startów oszukuje swój organizm wspomaganie. Jako trener zna się na tym, więc nie obawia się skutków ubocznych. Mimo wszystko podejmując ryzyko, konsultuje się z lekarzem, aby nie było to ze szkodą dla nerki.



Krystyna Murdzek – złoty medal, skok w dal – London Ontario, Kanada – 2005 r.

IV. Działalność na rzecz popularyzacji transplantacji w kraju i za granicą

Krystyna zdecydowała nie odcinać się od tematów choroby nerek oraz transplantacji. Ma świadomość, że zaciągnęła ogromny dług. Dokłada wszelkich starań, aby płacić dług wdzięczności za szansę drugiego życia, która została jej dana razem z nową nerką.

W latach 2005–2010 pracowała w Komitecie Prezydialnym Europejskiej Federacji Sportu dla Osób po Transplantacji i Dializowanych (ETDSF) oraz uczestniczyła wraz z dr. hab. n. med. Zbigniewem Gałązką w I Europejskim Kongresie Sportowym w Atenach w 2006 roku.



Od lewej: dr hab. n. med. Zbigniew Gałązka, Judit Berente – Prezydent ETDSF, Krystyna Murdzek – Prezes PSST

Chcąc popularyzować ideę transplantacji napisała książkę pt. *Moje drugie narodzenie* (której fragmenty publikowane były we wcześniejszych numerach „Dializy i Ty”). Zajmuje się również organizacją Zimowych oraz Letnich Igrzysk dla osób po transplantacji narządów i dializowanych. Zawody te mają charakter ogólnopolski. Podczas ich trwania, jako imprezy towarzyszące organizowane są panele dyskusyjne na temat transplantacji, skierowane do młodzieży oraz happeningi. Prowadzi również akcję „Życie z życia” Przeszczep Podkarpacie, która rozpowszechnia dawstwo rodzinne oraz świadome dawstwo narządów, poprzez wyrażenie swojej woli życia. W ramach programu „TAK dla Transplantacji” w kwietniu 2011 roku w Sanoku odbyła się konferencja zorganizowana przez posłankę do Parlamentu Europejskiego panią Elżbietę Łukacijewską. Krystyna uczestniczyła w niej jako wykładowca wraz z chirurgami i transplantologami: prof. Andrzejem Chmurą i doc. Zbigniewem Gałązką oraz Przemysławem Saletą.

Jako swój ogromny sukces Krystyna uważa fakt, że udaje się jej zaangażować w swoje działania piosenkarza Pawła Kukiza, aktorkę Annę Dymną oraz sportowca Przemysława Saletę.

We wszystkich działaniach Krystyna znajduje wsparcie w członkach Zarządu PSST. Ta pomoc będzie bar-



Konferencja „Podziel się życiem”, Przeszczep Podkarpacie. Od lewej: ks. dr Andrzej Chmura, doc. Zbigniew Gałązka, Elżbieta Łukacijewska – europosłanka, Krystyna Murdzek – prezes PSST, prof. Andrzej Chmura, Grzegorz Bleharczyk – sekretarz PSST



Światowy Dzień Transplantacji, CDZ – 2010. Spotkanie z Pawłem Kukizem to zawsze wielka radość

dzo potrzebna, ponieważ Stowarzyszenie podjęło się organizacji VIII Europejskich Igrzysk dla Osób po Transplantacji i Dializowanych w 2014 roku w Zakopanem. Planuje się, że przybędzie do Zakopanego na Igrzyska ok. 500 pacjentów z całej Europy.

Słowami, którymi można podsumować działania Krystyny są słowa Jana Pawła II: *Należy zaszczerpieć w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczere i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być darowanie narządów, a także prawdziwa przyjaźń i bycie szczęśliwym.*

Krystyna Murdzek

Zawód – mgr wychowania fizycznego, trener narciarstwa I klasy. Trener kadry paraolimpijskiej: Nagano 1998 i Vancouver 2010.

1997 – Człowiek Roku (nadany przez Wojewodę Krośnieńskiego i redakcję „Nowe Podkarpacie”).

1997 – I miejsce w Plebiscycie FAIR PLAY za rok 1996 (nadany przez redakcję „Nowe Podkarpacie”).

2001 – odznaczona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski przez prezydenta Aleksandra Kwaśniewskiego za pracę w sporcie dla niepełnosprawnych.

2005 – prekursor i współzałożyciel Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji.

Aktualnie – Prezes Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji.

NASZE OŚRODKI DIALIZ

Wypoczynek w Zakopanem

Wiemy, jakie ograniczenia niesie ze sobą konieczność korzystania z dializ pozaustrojowych. Dieta, ograniczenie płynów, uciążliwość dojazdów do stacji dializ. Z pewnością wielu dializowanych pacjentów przynębia również niemożność wyjazdów na wczasy z rodziną lub też odwiedzania popularnych i ciekawych miejsc, korzystania z wielu dostępnych dla zdrowych osób atrakcji czy sportów.

Z przyjemnością więc informujemy, że od kilku lat w stolicy polskich gór – Zakopanem – działa **stacja dializ ukierunkowana na wykonywanie tzw. dializ gościnnych**.

Każdy dializowany pacjent może odwiedzać Zakopane o dowolnej porze roku i korzystać z atrakcji z Podhala i okolic. Nasza stacja oferuje komfortowe warunki wykonywania zabiegów hemodializy, nowoczesny i w pełni jednorazowy sprzęt, niezbędne leki

oraz fachową i miłą obsługę przez doświadczony, przyjazny i wysoko wykwalifikowany personel.

Aby skorzystać z leczenia w zakopiańskiej stacji dializ wystarczy skierowanie, dowód ubezpieczenia i podstawowe informacje co do dotychczasowego sposobu leczenia. Wszelkie formalności załatwiane są telefonicznie, wystarczy zadzwonić na numer 18 200 14 62 i ustalić termin przyjazdu.

Nie ma ograniczeń, co do czasu korzystania z usług stacji, tj. liczby zabiegów ani też ilości przyjazdów w roku. Pobyt w Zakopanem nie odbiera też prawa do korzystania z leczenia sanatoryjnego z dializami, np. w Wysowej. Zabiegi dla osób z infekcjami wirusami żółtaczką odbywają się na osobnej sali.

W przypadku rzadkich, na szczęście, hospitalizacji pomocą służy Oddział Wewnętrzny miejscowego szpitala i krakowska Klinika Nefrologii Uniwersytetu Jagiellońskiego.



Dojazd na zabiegi zapewnia stacja dializ, a całość kosztów leczenia pokrywa NFZ.

Warto wspomnieć o możliwości korzystania z **zakwaterowania w pokojach gościnnych dla pacjentów**. W budynku Stacji Dializ do dyspozycji chorych oddane są komfortowo wyposażone pokoje z osobnymi łazienkami. Dzięki temu z pobytu w stolicy Tatr mogą również korzystać osoby mające trudności z poruszaniem się. Możliwy jest też pobyt z osobą towarzyszącą; wszystkie pokoje są dwuosobowe. Parking na zamkniętym terenie pozwala na bezpieczne pozostawienie samochodu.

Dla zwolenników nart ważna jest bezpośrednia bliskość jednego z najbardziej znanych zakopiańskich stoków narciarskich – Nosal.

Nasza stacja jest jedną z blisko 40 placówek należących do sieci „Centrum Dializa” i dzięki temu chorzy leczeni dializami w stacjach naszej firmy mają przywilej nieodpłatnego korzystania z zakwaterowania w pokojach dla gości.

Kierownik Stacji Dializ w Zakopanem
dr n. med. Grzegorz Hudziak
specjalista nefrolog

NZOZ Centrum Dializa sp. z o.o.
41-200 Sosnowiec, ul. Jabłoniowa 27
ODDZIAŁ ZAKOPANE
ul. Oswalda Balzera 15
tel. (18) 200-14-62
www.hurtfarm.com.pl
e-mail:

NZOZ CENTRUM DIALIZA Sp. z o.o.
Informujemy, że od 1 czerwca 2003 roku w Zakopanem rozpoczął działalność oddział istniejący na rynku od 2000 roku firmy NZOZ CENTRUM DIALIZA sp. z o.o. zajmujący się świadczeniem usług medycznych także w zakresie hemodializoterapii.

Warszawa, 23 maja 2011 r.

**Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
Bronisław Komorowski
Kancelaria Prezydenta RP
ul. Wiejska 10, Warszawa**

Szanowny Panie Prezydencie,

reprezentujemy środowisko osób po przeszczepieniach narządów, ludzi którzy w większości po zmaganiach z ciężkimi i przewlekłymi chorobach otrzymali możliwość drugiego, normalnego życia.

Piszemy do Pana, Panie Prezydencie, ponieważ wspierał Pan polską transplantologię. Pana osobiste zaangażowanie w przyjęcie uchwały Sejmu RP z dnia 13 czerwca 2008 r., dotyczącej transplantacji jako metody leczenia, przyczyniło się do wzrostu jej społecznej akceptacji. My, pacjenci po przeszczepieniach, pamiętamy o tym i liczymy na ponowne pochylenie się nad naszymi problemami.

Z wielką uwagą zapoznaliśmy się z Ustawą o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, która została przyjęta przez Sejm RP 12 maja br. Z niepokojem śledzimy zmiany w prawie. Boimy się, że proponowane rozwiązania będą skutkowały, jak donoszą media, znacznym wzrostem odpłatności za leki. W naszym przypadku za oryginalne leki immunosupresyjne, które do tej pory były dofinansowywane. Zostajemy zatem postawieni w sytuacji, kiedy zagwarantowany będzie szeroki dostęp jedynie do wybranych preparatów. Obawiamy się, że wielu z nas nie będzie stać na kontynuację dotychczasowego leczenia i będziemy musieli je zmienić. Wystarczy zestawić nowe, proponowane ceny leków z dobrze znaną wysokością naszych rent i emerytur.

Jesteśmy wysoce zaniepokojeni swoją przyszłą sytuacją, ponieważ w przypadku osób po przeszczepieniach zmiana leczenia jest niepotrzebnym i bardzo dużym ryzykiem dla prawidłowego funkcjonowania przeszczepionego narządu, a nawet zagrożeniem życia. W świetle nowych przepisów najprawdopodobniej tysiące osób, którym do tej pory podawano oryginalne leki immunosupresyjne, stanie przed koniecznością nagłego przestawienia się na inne leki. Trudno nam ustosunkować się do proponowanych zmian pod względem formalnym, ale pragniemy zaapelować o bardzo wnikliwe przeanalizowanie proponowanych zmian do ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Pragniemy zwrócić uwagę, że dla nas leki immunosupresyjne są niezbędne do życia. Terapia tymi lekami jest bezwzględnie koniecznością, na którą jesteśmy skazani do końca życia, a jakkolwiek zmiana leczenia jest bardzo niebezpieczna dla naszego zdrowia, bo może się wiązać z ryzykiem odrzucenia przeszczepu, a nawet ze zgonem. Pragniemy także uczulić Pana Prezydenta na fakt, iż w naszym przypadku leczenie jest dobierane indywidualnie w przypadku każdego pacjenta, a jakiegokolwiek zmiany wymagają hospitalizacji i stałej obserwacji lekarza specjalisty, bowiem każdy z nas może reagować nieco inaczej na podawane leki.

Boimy się, że zmiany w leczeniu mogą negatywnie wpłynąć na stan naszego zdrowia, a w konsekwencji zagrażać naszemu życiu. W podobnej sytuacji znajdzie się jednocześnie wiele osób. Kto weźmie odpowiedzialność za takie ryzyko? Czy nasza służba zdrowia jest przygotowana do opieki nad nami, w razie niepowodzenia zmiany leczenia, która w naszym przypadku jest wysoce prawdopodobna i grozi nawet odrzuceniem przeszczepu? Czy zmiana prawa może stać się wartością nadrzędną w stosunku do bezpieczeństwa i jakości naszego życia? Monitoring stanu pacjenta jest zaś kosztowny i może okazać się droższy od refundowania oryginalnych leków. Czy ktoś to sprawdził?

Wiemy, że polskiemu systemowi ochrony zdrowia są potrzebne są reformy i zdajemy sobie sprawę z konieczności ich przeprowadzenia. Jednocześnie głęboko wierzymy, że zostaną one wprowadzone z uwzględnieniem naszej złożonej sytuacji.

Z wyrazami szacunku

M. Kożuchowska
Fundacja osób po przeszczepieniu wątroby TRANSPLANTACJA O.K.!
Krystyna Murdzek
Polskie Stowarzyszenie Sportu po Transplantacji
Ryszard Kozłowski
Stowarzyszenie Dar Życia
Stanisław Jeruzalimcew
Jacek Kapisz
Stowarzyszenie Przeszczepionych Serc

Mirosław Czechowski
Stowarzyszenie Transplantacji Serca
Robert Kęder
Polska Federacja Pacjentów Dialtransplant
Małgorzata Rejdych
Andrzej Cieślík
Stowarzyszenie Osób po Przeszczepie Serca

Nefron



Roche

AMGEN® *Baxter*

Bardzo zależy nam, aby kwartalnik wychodził regularnie, jednak wydanie czterech numerów w ciągu roku przekracza możliwości finansowe Stowarzyszenia. „Dializa i Ty” jest darmowym kwartalnikiem, dlatego wciąż musimy zdobywać nowe środki na kolejne numery. Jeżeli leży Państwu na sercu, aby „Dializa i Ty” była regularnie wydawana bardzo prosimy o przekazanie na rzecz Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych dowolnej darowizny, która wesprze budżet kolejnych wydań.

nazwa odbiorcy		OGÓLNOPOLSKIE		STOWARZYSZE -	
nazwa odbiorcy cd.		NIE		OSÓB DIALIZOWANYCH	
numer rachunku odbiorcy		12116022020000000083585682			
kwota słownie		* PLN		Kwota	
numer konta zlecniodawcy (przelew) lub nazwa zlecniodawcy					
numer konta zlecniodawcy (przelew) lub nazwa zlecniodawcy cd.					
tytuł wpłaty (zaznaczyć właściwe pola ☐)		DIALIZA I TY			
tytuł wpłaty cd.					
Opłata					
Podpis					

POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW POLSKICH



Profesor Maciej Krzymański

3 grudnia 2010 odszedł od nas wybitny nefrolog – profesor Maciej Krzymański.

Był wieloletnim Zastępcą Kierownika Kliniki Nefrologii Akademii Medycznej
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Głównym kierunkiem Jego zainteresowań badawczych była patogeneza i klinika
kłębuszkowych zapaleń nerek. W krajowych i zagranicznych czasopismach naukowych publikował
liczne pionierskie prace dotyczące procesów immunologicznych
w pierwotnych kłębuszkowych zapaleniach nerek, roli biopsji nerek w diagnostyce zapaleń nerek
i problemów terapii immunosupresyjnej. Kolejnymi Jego kierunkami badawczymi były
zagadnienia ostrej niewydolności nerek, zespołu Alporta, dializoterapii otrzewnowej
oraz problemy transplantacji nerek, ze szczególnym uwzględnieniem tolerancji immunologicznej
allop przeszczepów nerek. Był zaangażowany w zespół, który przeprowadził
pierwsze przeszczepienia nerek wykonane w Poznaniu w 1986 roku.
Wyróżniony Odznaką Honorową Miasta Poznania w 1978 roku, Odznaką za Wzorową Pracę
w Służbie Zdrowia w 1986 roku i Złotym Krzyżem Zasługi w 1988 roku.