Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 2(17) 2012

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(17) 2012, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:
prof. dr hab. med. Olgierd Smoleński

Zastępca redaktora naczelnego:
dr n. med. Adam Markiewicz

Sekretarze redakcji:
lek. med. Michał Śmigielski
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

Zdjęcie na okładce: TOMASZ KULAWIK

Rysunki: KRZYSZTOF KMIEĆ

W numerze:

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

4 Ludzie listy piszą
Kolejny etap mojego pięknego życia – Rajmund
*** Maria Wiesława Lemańska

6 Listy znad morza
Widmo „homo sovieticus" krąży nad zdrowiem – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

8 Kącik literacki
Bogusława Wyporska – wiersze

10 W oczach lekarza
Jednoczasowe przeszczepienie nerki z trzustką u pacjentów z cukrzycą typu 1– dr Bernadetta Kałuża

13 Nasze hobby
Małgorzata Merczyńska

15 Nasz chleb powszedni
Jak przekonać pacjentów dializowanych do stosowania diety – Krystyna Michalik

17 Głos Stowarzyszenia
Europejska Federacja Pacjentów Chorych na Nerki – spotkanie w Wilnie – Michał Dębski-Korzec
Edukacja społeczeństwa dotycząca zagrożenia chorobami nerek – Agnieszka Ślusarczyk
Przychodzi starość i gdzie to prawdziwe życie – Agnieszka Ślusarczyk

22 Nasz wywiad
Mówimy jednym głosem – wywiad z Dariuszem Aksamitem – prezesem Nefron

24 Wspominamy
Portret dra Krzysztofa Kmiecia w Muzeum Farmacji w Krakowie – Justyna Makowska-Wąs, Marian Strzałka

27 Nasze ośrodki dializ
Regionalne Centrum Nefrologii Szczecinek – dr Krzysztof Wruk
*** Jerzy Krzysztof Berdyński

30 Słowniczek pacjenta dializowanego

32 Poczet wybitnych nefrologów polskich
Profesor Jan Duława

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

W czasie kiedy będziecie czytać ten numer „Dializy i Ty", w Krakowie będą toczyły się obrady konferencji nefrologicznej – X Jubileuszowe Krakowskie Dni Dializoterapii. Od dwudziestu lat w pierwszym tygodniu września w pięknym Krakowie spotykają się lekarze, pielęgniarki, technicy, dietetyczki i wspólnie omawiają najnowsze, aktualne problemy dializoterapii. Przestaliśmy się cieszyć z samego faktu, że potrafimy przedłużać o dziesiątki lat życie chorych cierpiących na schyłkową niewydolność nerek dializami, ale teraz naczelnym naszym problemem jest jakość życia chorych i spełnienie marzenia, aby stało się ono normalne.

Program obrad X KDD jest bardzo bogaty. W czasie obrad będziemy dyskutować nad metodami prawidłowego wykorzystania dostępu naczyniowego w czasie hemodializy, jak zapobiec zakażeniom w stacjach dializ, kiedy najlepiej rozpoczynać dializy. Zgłębimy się w trudne i skomplikowane zagadnienie nefroekonomii. Omówimy możliwości współpracy lekarza rodzinnego i nefrologa w opiece nad chorym dializowanym i wreszcie, przedstawimy postępy w rehabilitacji chorych dializowanych. Pełnoprawnym uczestnikiem obrad będą też sami chorzy dializowani, którzy zorganizowali sesję pod hasłem: „Nasze problemy i nasze działania". Dyskutowane będą na niej sprawy integracji osób dializowanych oraz przygotowania do VIII Europejskich Igrzysk dla Osób po Transplantacji i Dializowanych.

Spodziewamy się, że obrady pozwolą wymienić się doświadczeniami i wypracować najlepsze metody opieki medycznej nad dializowanymi, a gościnny, urokliwy Kraków stworzy właściwą oprawę do spotkań ponad tysiąca gości, zawarte zaś znajomości i przyjaźnie będą trwałe.

Olgierd Smoleński

BOGUSŁAWA WYPORSKA

Tęsknoty

Coś minęło, coś przepadło, a coś diabli wzięli
Może tak – może siak, gonią myśli szalone.
Zaszumiały drzewa
Rozpędziły chmurki
Wyjrzało słonko, zaśpiewał ptak.
Użycz skrzydeł, bym polecieć mogła
Na zielone łąki
Tam gdzie strumyk płynie
Stokrotki, bławatki, świerszcze, motyle
Bociany i żabki…
Gdzie maki, chabry, gdzie srebrzą się łany
Szumią lasy, pachną grzyby i jagody…
Na wieży kościelnej rozdzwoniły się dzwony
Tramwaje kursy rozpoczęły
Ktoś biegnie spóźniony…
Miotły drapią chodniki,
Z pieskiem wyszła pani.
Umilkł ptaszek na drzewie.
Nasz zegar tyka
Rozwiewa pragnienie.

Życie

Śliską drogą trudów życia
Z ogniskiem uczuć i preludium w sercu
Jak sokoły gnamy.
Płynie czas – loty powolnieją,
Niespełnieni i znużeni
Wyczerpani i zmęczeni
Wspominamy sen życia krótkiego
Nasze wzloty i upadki
Radości, smutki i błędy
Sen życia naszego.
Już nie gnamy
Uczuć ognisko wygasa
Plany i marzenia topnieją
W niemocy trwamy.

Strach

Wyspa wewnętrznego niepokoju
Dojrzały melon pęknięty wpół,
Unoszący się z nerwów dym
Psychiczne samospalenie
Zabetonowany mózg.
Jak powietrze połykam wszystkie podpowiedzi
Wyjścia szukam ze ślepej uliczki
Wszystko poplątane – drogowskaz złamany
Serce na huśtawce.

KOLEJNY ETAP MOJEGO PIĘKNEGO ŻYCIA

Urodziłem się 49 lat temu i jak większość z nas żyłem w przekonaniu, że choroby bywają straszne, ale mnie to nie dotyczy. A jednak życie koryguje takie opinie. Bywałem zmęczony, ale usprawiedliwiałem się, że wynika to z intensywnego trybu życia i ciągłej gonitwy. W roku 1992 podczas rutynowych badań okresowych w pracy okazało się, że w moim moczu pojawiło się nieco białka. Niby nic poważnego, ale lekarz rodzinny podejrzewając coś skierował mnie do kliniki na oddział nefrologiczny. I za to jestem mu wdzięczny, ponieważ wiem, że dzięki temu żyję. Po kilkutygodniowym pobycie i przeprowadzeniu odpowiednich badań pojawiło się podejrzenie kłębuszkowego przewlekłego zapalenia nerek. Potwierdzeniem okazała się biopsja nerki i informacja, że na 16 kłębuszków 7 jest zeszkliwionych i nieczynnych. Mając 29 lat i roczną córeczkę, świat nagle zaczął mi się walić. Najpierw był Encorton i waga skoczyła z 82 kg na ponad 100 kg, a potem comiesięczne zastrzyki z Endoxanem.

Nigdy nie zapomnę rozmowy z kierownikiem oddziału nefrologii, który na moje bardzo rozpaczliwe, ale jednoznaczne pytanie, „Jakie mam szanse" – odpowiedział mi, że „Jedni żyją z tą chorobą 2, inni 50 lat – ja życzę Panu 50". Ponieważ pracowałem naukowo w Instytucie Polskiej Akademii Nauk, mogłem wrócić do pracy, ale musiałem znaleźć jakieś zajęcie, które zaabsorbowałoby mnie na tyle, abym nie myślał o postępującej chorobie. Pamiętam, jak wielokrotnie przechodziłem obok księgarni, gdzie wystawione były książki o chorobach nerek i zastanawiałem się – kupić, nie kupić? Bałem się strasznie, aby nie przeczytać czegoś, co by mnie zdołowało do końca. Ucieczką od rzeczywistości okazało się szybkie zrobienie doktoratu. 8 lat później był roczny pobyt w egzotycznej Japonii i dopiero po powrocie z kraju kwitnącej wiśni „przypomniałem" sobie o chorobie i regularnie, co 3 miesiące, pojawiałem się w poradni nefrologicznej. W tamtym czasie poziom mojej kreatyniny wynosił około 180 μM/l, a mocznika ponad 11 mM/l, czyli zdecydowanie powyżej normy. Stres, jaki towarzyszył każdej wizycie w poradni i oczekiwanie na informację o poziomie kreatyniny i mocznika, niszczył mnie. Po wyjściu kolejne dwa i pół miesiąca pozornego spokoju, po czym dwa tygodnie przed wizytą znowu narastający stres – jak będzie tym razem? To niesamowite, że idąc do lekarza, który przecież chce mi pomóc, można tak bardzo stresować się wynikami badań.

Niestety, w latach późniejszych (lata 2005–2011) moja forma była coraz gorsza, ale starałem się to bagatelizować. Szybko się męczyłem, bywałem przygnębiony brakiem kreatywności i witalności, a przecież praca naukowa tego wymaga. Mimo to udało mi się zrobić habilitację i trochę wraz z żoną i córką pozwiedzać świat. Ale na początku tego roku nadeszło to, co nieuniknione. O ile pod koniec 2011 roku poziom mojej kreatyniny wynosił już ponad 300 μM/l, a mocznika > 14 mM/l (przy dobrych innych parametrach), w styczniu nagle zrobiło się znamienne 444 μM/l dla kreatyniny. W tym miejscu muszę napisać, że miałem szczęście do dobrych lekarzy. Dobry lekarz to nie tylko ktoś, kto ma ogromną medyczną wiedzę, ale i podejście do pacjenta.

Dobre słowo czasami daje więcej niż lek najnowszej generacji.

Teraz parę słów o tysiącach często anonimowych pracowników służby zdrowia (salowe, pielęgniarki, no i lekarze oczywiście), którzy ratują życie takim jak ja. Opinie o ich pracy mogą być różne – mamy demokrację. Ale ja chylę czoła przed nimi wszystkimi – robicie naprawdę wielkie rzeczy.

Świadomy swojej postępującej choroby wiedziałem, że dializa i przeszczep nerki to kwestia czasu. Starałem się wykorzystać ten czas jak najlepiej. 20 lat minęło i o ile kierownik oddziału nefrologii miał rację, to z tych życzonych mi 50 lat pozostało jeszcze całkiem sporo. Gdyby nie choroba, nie potrafiłbym się cieszyć tak bardzo każdym danym mnie i mojej Rodzinie dniem. Być może to nas ludzi chorych wyróżnia. Ale przecież nie chodzi o to, że aby być lepszym człowiekiem należy zachorować. Świadomość choroby i nastawienie do niej są kluczowe. Niebezpieczne są skrajności. Można się poddać i wywiesić białą flagę. Ale pamiętajmy, że nie tak dawno (w latach dziewięćdziesiątych) ludzie powyżej 50 lat byli „skazani na śmierć" z braku dostępności dializ. W latach siedemdziesiątych było to… zaledwie 22 lata! Dzisiaj leczenie nerkozastępcze jest dostępne dla wszystkich, którzy tego potrzebują. Pamiętajmy, że statystycznie co 10 z nas jest lub będzie chory na nerki. Z drugiej strony – głupią postawą jest założenie, że skoro dializy są tak skuteczne, to teraz mogę już robić wszystko, co niestety zaobserwowałem u wielu pacjentów podczas mojego pobytu w szpitalu.

I tak po 20 latach wróciłem na ten sam oddział nefrologii i uspokajając żonę i córkę (a pewnie i siebie) mówiłem, że nie ma powodu do paniki, przebadają mnie i wrócę do normalnego życia. W końcu z samochodem jeździmy do przeglądu co roku, więc ja mogę się porządnie przebadać raz na 20 lat. Ale moje nerki niemalże przestały już pracować i szybko podjęto decyzję o dializie otrzewnowej. Mój pobyt w szpitalu trochę się przedłużył, ponieważ przytrafiły mi się jeszcze różne komplikacje, ale w końcu w Dniu Kobiet zostałem wypuszczony na wolność. Jeszcze kilka miesięcy temu, gdyby ktoś mi powiedział, że będę żył tylko dzięki jakieś rurce w brzuchu i wodnym roztworom glukozy, to bym po prostu nie uwierzył. A dializy cztery razy na dobę? Nie, to nie dla mnie. Ale choroba i pobyt w szpitalu uczy pokory, więc i ja pokochałem swoje dializy. Teraz przygotowuję się do przeszczepu. Być może będzie to przeszczep rodzinny, których w Polsce jest tak mało.

Rajmund

Bardzo mnie zainteresował artykuł pani Marion Higgins z Wielkiej Brytanii, z komentarzem pani dr Iwony Mazur. Taka dializa w warunkach domowych, tym bardziej nocą, byłaby wielkim udogodnieniem dla dużej części pacjentów dializowanych w stacjach dializ, na pewno pomocną byłaby taka metoda ludziom, którzy pracują, jak też takim, którzy z różnych względów mają problem z chodzeniem lub mieszkają kilkadziesiąt kilometrów od stacji. Prawdopodobnie koszt zakupu takich urządzeń zwróciłby się szybko. Odpadłby koszt dowozu pacjentów, a przez cały rok to się tego nazbiera, np. z Jeleniej Góry do Lubawki jest ok. 40 km. Taka odległość daje na jedną dializę 160 km × 12 dializ w miesiącu to wynosi 1920 km. Z tego, co się orientuję w innych województwach odległości są jeszcze większe.

Początkowo można zakupić kilka takich urządzeń, a w miarę upływu czasu coraz więcej. Mam nadzieję że Ministerstwo Zdrowia pomyśli o wprowadzeniu tej innowacji. Może też warto byłoby nawiązać kontakt z profesorem Zbylutem Twardowskim z USA, tym bardziej, że profesor jest polskiego pochodzenia.

Może na początek Polonia z USA czy Wielkiej Brytanii zasponsorowałaby chociaż kilka takich urządzeń.

Jestem dobrej myśli i proszę w imieniu nas wszystkich dializujących się o pomyśleniu o tej metodzie.

Maria Wiesława Lemańska
Stacja Dializ Jelenia Góra.

LISTY ZNAD MORZA

BOLESŁAW RUTKOWSKI

Widmo *homo sovieticus* krąży nad zdrowiem

Moi Drodzy

Dwa ostatnie felietony miały nieco osobiste zabarwienie, no ale dosyć tej prywaty – do działań *pro publico bono*. Czytelnicy z mojego pokolenia nie będą mieli trudności z rozpoznaniem, iż tytuł obecnego felietonu nawiązuje do znanego motta *Manifestu Komunistycznego* opublikowanego przez Karola Marksa i Fryderyka Engelsa. Dla porządku i ku pamięci młodszych osób, które zechcą zapoznać się z tekstem tego opracowania, dokładnie motto to brzmiało: „Widmo komunizmu krąży nad światem". No i jak zapowiadał papa Marks pokrążyło ono przez ponad wiek i odcisnęło swoje piętno na losie i bytowaniu wielu nacji. W tym także już nie tylko widmo, ale praktycznie przełożenie zasad komunistycznych zostało przyniesione do naszego kraju zatknięte wysoko na bagnetach naszych „wyzwolicieli" z Armii Czerwonej w końcu II wojny światowej. Miało ono bezpośredni wpływu na życie kilku pokoleń Polaków przez okres ponad czterdziestu lat istnienia PRL, żeby nie wspomnieć, iż fakt ten zadecydował o istnej „wędrówce ludów" i ostatecznym kształcie naszego kraju. Szczęśliwie dzięki powstaniu m.in. „Solidarności" doszło drogą pokojową do upadku systemu komunistycznego, zwanego potocznie demokracją socjalistyczną. Wszyscy natomiast pamiętamy, że miał on tyle wspólnego z demokracją, co dla przykładu sprawiedliwość, etyka i moralność socjalistyczna ze sprawiedliwością, etyką i moralnością w ogóle. No, ale co ma piernik do wiatraka, boć przecież ponad dwadzieścia lat żyjemy w innej rzeczywistości. Zmieniły się poglądy, system ekonomiczny, polityczny, jesteśmy w Unii Europejskiej i w NATO i przegoniliśmy „widmo komunizmu", a za naszym przykładem sąsiedzi ze Wschodu, Zachodu oraz z Południa. Wszystko to prawda, ale jak mawia jeden z moich szanownych przyjaciół po fachu: „Chłop ze wsi wyjdzie, ale wieś z chłopa nigdy". I tak doszliśmy do sedna sprawy, a mianowicie do zjawiska obecności w naszym życiu i działaniach ducha *homo sovieticus*. Terminem tym posługiwał się dosyć chętnie niezmiernie mądry i zacny człowiek, a mianowicie ksiądz Tischner. A wszystko to przez to, że kiedy Mojżesz przeprowadzał Izraelitów przez Morze Czerwone, uciekając z nimi z Egiptu, to przed wprowadzeniem ich do Ziemi Świętej wodził to całe towarzystwo przez czterdzieści lat po pustyni. Czynił to nie bez kozery, bo przecież chodziło mu o to, by „nowe życie" rozpoczęło pokolenie ludzi wolnych, a nie byłych niewolników. Nasz wódz Wałęsa, który mówiąc górnolotnie wyprowadzał naród polski „z domu niewoli", takiej możliwości nie miał. Po pierwsze brakowało tak dużej pustyni, a po drugie nie było czasu. Trzeba było siać, orać, zbierać plony, prywatyzować, komercjalizować i racjonalizować, no i w ogóle tworzyć gospodarkę wolnorynkową, czyli oświecony kapitalizm. A jak tworzyć kapitalizm, no to potrzebni są kapitaliści i kapitał. A co na to *homo sovieticus*. Ano kapitał chętnie zaaprobuje, istnienie kapitalizmu jakoś przełknie, ale co do kapitalistów. Co to, to nie! Od dziecka przecież był uczony, że kapitalista to wyzyskiwacz, oszust i wróg ludu. I te właśnie szkody poczynione w umysłach społeczeństwa są dosyć trwałe i stanowią podstawę nieco magicznego sposobu myślenia. No, ale wracajmy do zdrowia. Bo przecież najbardziej liberalne poglądy głoszone przez rządzących przewidujące komercjalizację czy też, idąc dalej, prywatyzację usług medycznych, bywają niestety po pewnym czasie skażone przez *homo sovieticusa*. No bo niby jest równoprawność sektorów i chętnie widzimy inwestorów prywatnych, ale potem, jak dochodzi do dys-

kusji na temat refundacji usług, to jest już gorzej. No bo od razu rodzą się podejrzenia, że jak ten ktoś zainwestował, to znaczy, iż mu się to niewątpliwie opłaci. No i mimo, iż refundacja hemodializ jest dokładnie taka sama dla jednostek publicznych oraz prywatnych, to właśnie tym prywaciarzom należałoby się mniej. No a skoro nie można mu zapłacić mniej za jedną procedurę, to przecież niekonieczne trzeba mu płacić za nadwykonania, czyli za zabiegi ratujące życie, jakimi są hemodializy, nasz „ukochany" płatnik zalega i płaci najczęściej dopiero po odwołaniu się do sądu. Przecież sytuacja ta jako żywo przypomina tak zwane „domiary", które nakazywano płacić prywatnym przedsiębiorcom w dawnych czasach. Dzisiaj można je nazwać raczej „niedomiarami". Ale jak go zwał, tak go zwał. Cel, jaki zakłada sobie *homo sovieticus*, jest ciągle ten sam, a mianowicie należy dołożyć prywaciarzom. Lepiej zatem wszelką działalność prowadzoną w zakresie ochrony zdrowia nie nazywać prywatną, a znacznie bezpieczniej brzmiącym określeniem – niepubliczna.

Kolejne ważne zagadnienie w zdrowiu, które blokuje *homo sovieticus* to ubezpieczenia prywatne. A przecież byłby to dodatkowy przychód funduszy na finansowanie usług medycznych. Wiadomo natomiast, że jest on obecny w znakomitej większości znacznie bogatszych od naszej Ojczyzny krajów na świecie. Z jednej strony obecność dodatkowych pieniędzy niewątpliwie przyjęta byłaby przez *homo sovieticusa* z zadowoleniem. No, ale żeby za to w zamian płacący to ubezpieczenie miał mieć jakieś dodatkowe przywileje. No nie, to już byłby czysty skandal. Bo przecież *homo sovieticus* zawsze będzie popierał „urawniłowkę". Najgorsze jest to, że sytuację taką akceptują wszyscy, którzy mają wpływ na decyzję w tym zakresie, czyli zarówno „pseudoliberalny" rząd, jak też „pseudoprawicowa" opozycja. Zresztą ta druga coraz bardziej skłania się w kierunku przypominającym jako żywo narodowy socjalizm. Można mieć jedynie nadzieję, że dochodzące coraz szerzej do głosu młodsze generacje nie są już skażone tą zarazą i zaczną nie tylko myśleć, ale także działać zgodnie z racjonalnym sposobem myślenia. Jeśli tak nie będzie, to wciąż będziemy świadkami sytuacji, w której *homo sovieticus* nie tylko „krąży nad zdrowiem", ale cały czas wręcz „buszuje w zdrowiu".

Ale żywi nie powinni tracić nadziei, z którą pozostawiam Szanownych Czytelników.

Wasz Bolesław

KĄCIK LITERACKI

BOGUSŁAWA WYPORSKA

Proces starzenia jest okrutny.
Dlaczego Bóg na koniec życia taką
Wegetację człowiekowi wyznaczył?
Jak kwiaty bez wody usychamy.
Jak bańki mydlane na wietrze pękamy.

Żyję...

Zawsze byłam optymistką.

Zawsze byłam aktywna zawodowo i społecznie.

Przez 20 lat byłam prezesem spółdzielni w Krakowie.

W styczniu 2006 ukończyłam 70 lat.

W lutym 2007 dowiedziałam się, że mam raka. Szok!

Cały świat mi się zawalił.

Zgłosiłam się do Instytutu Onkologii w Krakowie.

Dostałam serię napromieniowań, chemioterapię i 5,30 godzin leczenia cezem.

W tomiku wierszy pisanych sobie a Muzom zapisałam:

Strach wyspa wewnętrznego niepokoju,
Dojrzały melon pęknięty w pół,
Unoszący się z nerwów dym,
Psychiczne samozapalenie.
Zabetonowany mózg.

Po pierwszej chemioterapii w kwietniu 2007 straciłam przytomność i znalazłam się na OIOM-ie w Szpitalu im. Rydygiera w Krakowie. Lekarze nie dawali córce nadziei na moje przetrwanie. Ale przeżyłam. Powrócił mój optymizm, a modlitwa do Matki Leśniowskiej dawała nadzieję.

W grudniu 2007 moje nerki przestały normalnie funkcjonować. Zakwalifikowano mnie do leczenia hemodializami. „Wolę umrzeć niż się dializować". Ale nie umarłam, bo Pani dr Kirker-Nowak była bardzo cierpliwa i rzeczowa.

Dializuję się już piąty rok. Miałam nadzieję, że moje nerki zaczną normalnie funkcjonować. Niestety! Nie mogę pogodzić się z tą sytuacją, ale nie mam innego wyboru. Wiem, że dializy ratują życie człowieka, wiem też, że są większe nieszczęścia na świecie i są ludzie, którzy bardziej cierpią niż ja i nie zamieniłabym się z nimi. Takie myślenie zawdzięczam mojej córce Uli. To ona pomaga mi przejść przez ten ciężki okres w życiu.

Oaza

Serce słabiej bije
Nerka nie filtruje
Mózg rozleniwiony
Ale jeszcze żyję.
Gdyby nie Ty moje dziecko

Byłoby ze mną kiepsko.
Jesteś moim drogowskazem
Oazą na pustyni
Poranną rosą na trawie.
Słoneczkiem.

Czekam na dzień i wiem, że taki nadejdzie, w którym dowiem się, że stworzono sztuczną nerkę, tak małą, że można ją będzie nosić przy sobie i dializować się.

Wiara i nadzieja czynią cuda. Postęp techniczny w tych czasach jest ogromny więc być może i ja doczekam się takiej nerki, bo na przeszczep nie mam szans ze względu na wiek i schorzenia.

Czekanie

Dzień dializą się zaczyna
Czwarta trzydzieści rano
Transport przybywa.
Jak w PRL-u. Kolejka
I czekasz
Aż pielęgniarka cię zważy
Ciśnienie zmierzy
I lekarz zaloguje.
Nowa sytuacja –
Nie wszystko złoto, co się świeci
Myśli pacjent
Dawniej komputera nie było
Na sali dializ lekarz ordynował
Większa była więź z pacjentem.
O szóstej rano
Każda maszyna do dializ
Ma czas wyznaczony
Jak swój plan wykona
Jesteś uwolniony.
Gdyby raz w tygodniu dializa była
Lub jakaś tabletka
Czarodziejską mocą
Nerki od dializ uwolniła.
Utopijne marzenia!
Utopią też było Pana Lema
Człowieka na księżycu lądowanie,
A jednak się spełniło.
Bądź cierpliwy
Czekaj!

Dializa

Obok maszyny-nerki wyciągnięte ręce czekają
O wyznaczonej godzinie białe anioły wkraczają
Jeden zatroskany, drugi uśmiechnięty
Tętnica, żyła
Żyła, tętnica
I w minut trzydzieści każda ręka do maszyny przypięta
Rusza maszyna, filtruje, stęka, zapisuje, sygnalizuje…
Powrócisz tu – jak więzień meldować się musisz.
Może tak, a może nie
Może za lat kilka
Uczeni na tabletki cię zamienią,
Drzemiąc marzą pacjenci.
Jeszcze lekarska wizyta
Jak się pan, pani czują
I cisza…
Białe anioły czuwają
Maszyny wyznaczone normy wyrabiają
Meldują zakończenie
Anioły ręce uwalniają.
Wolność! To radosna chwila!
Ale powrócisz tu jak więzień
Przypomina maszyna.

BERNADETTA KAŁUŻA
Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa

Jednoczasowe przeszczepienie nerki z trzustką u pacjentów z cukrzycą typu 1

Najważniejsze pytania i odpowiedzi

Historia przeszczepienia nerki ma swój początek w ubiegłym stuleciu. Wtedy to w 1954 roku w Bostonie (USA) Joseph Murray i John Merrill po raz pierwszy dokonali transplantacji tego narządu. W Polsce niewiele później, bo już w 1966 r. w Warszawie profesor Jan Nielubowicz wraz z zespołem, przy współpracy profesora Tadeusza Orłowskiego, dokonali pierwszej udanej transplantacji nerki. W tym samym roku zespół Williama Kelly'ego i Richarda Lillehei w Minneapolis dokonał pierwszego na świecie udanego jednoczasowego przeszczepienia nerki z trzustką. W Polsce pierwsze udane jednoczasowe przeszczepienie nerki z trzustką miało miejsce w 1988 r. w Warszawie i przeprowadzone było przez zespół profesora Jacka Szmidta. Warto też wspomnieć, iż pierwsza udana transplantacja trzustki u osoby z uprzednio przeszczepioną nerką dokonana była w 2004 r. przez zespół profesora Marka Durlika.

Przeszczepienie nerki, obok hemodializy i dializy otrzewnowej, jest uznaną metodą leczenia nerkozastępczego u pacjentów w schyłkowym stadium przewlekłej choroby nerek. Wiadomo, że jedną z najczęstszych przyczyn przewlekłej choroby nerek obok nefropatii nadciśnieniowej, kłębuszkowego zapalenia nerek, cewkowo-śródmiąższowej choroby nerek czy wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek jest nefropatia cukrzycowa, zwana również cukrzycową chorobą nerek. U tych pacjentów zawsze rozważane powinno być jednoczasowe przeszczepienie nerki z trzustką. Poniższe opracowanie ma na celu podanie w przystępnej i zrozumiałej formie odpowiedzi na klika ważych pytań, które może sobie zadawać osoba chora na nerki.

Jaka jest rola cukrzycy w rozwoju przewlekłej choroby nerek?

Podwyższone stężenie glukozy (czyli hiperglikemia), a tym samym źle wyrównana cukrzyca, jest czynnikiem ryzyka rozwoju cukrzycowej choroby nerek. Narażeni są na nią szczególnie ci pacjenci, u których współistnieje nadciśnienie tętnicze źle kontrolowane, choroby układu sercowo-naczyniowego, nikotynizm, dyslipidemia, a także predyspozycja genetyczna.

Warto wspomnieć, iż kryterium ogólnym dobrego wyrównania cukrzycy jest odsetek hemoglobiny glikowanej poniżej 7% (HbA1c% < 7%), u pacjentów z cukrzycą typu 1 powinien on być niższy niż 6,5%, a glikemie u tych pacjentów w samokontroli na czczo i przed posiłkami powinny zawierać się w przedziale 70–110 mg/dl, a dwie godziny po posiłku powinny być niższe niż 140 mg/dl.

Przewlekła hiperglikemia jest czynnikiem toksycznym nie tylko dla nerek. W nerkach może powodować spadek przesączania kłębuszkowego

(tzw. GRF), czego wyrazem jest wzrost stężenia kreatyniny, jak również wzrost białkomoczu. Jeśli cukrzyca nie zostanie wyrównana, to uszkodzenie nerek w postaci nefropatii cukrzycowej będzie postępować niezależnie od tego, czy wyrównane lub usunięte są inne czynniki uszkadzające nerki (np. nadciśnienie tętnicze lub palenie papierosów).

Jakie są rodzaje leczenia nerkozastępczego u chorego na cukrzycę?

Nerki są organami niezbędnymi do życia. U pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek konieczne jest zastosowanie leczenia nerkozastępczego, które ma za zadanie naśladować funkcję chorych narządów i jest leczeniem ratującym życie. U chorych na cukrzycę zastosować można wszystkie trzy metody tego leczenia: hemodializę, dializę otrzewnową oraz przeszczepienie nerki. Gdy GFR wynosi już tylko około 20 ml/min/1,73 m^2, pacjenta należy zacząć przygotowywać do leczenia nerkozastępczego, np. poprzez wytworzenie przetoki tętniczo-żylnej do hemodializ. Dializę otrzewnową preferuje się wtedy, kiedy wytworzenie takiego dostępu jest trudne lub niemożliwe (co jest u chorych z cukrzycą częstsze niż u innych chorych z uwagi na gorszy stan układu sercowo-naczyniowego). Już na tym etapie można chorego kwalifikować do przeszczepienia, tzw. wyprzedzającego, nerki lub (przede wszystkim pacjentów z cukrzycą typu 1) nerki z trzustką.

Jakie są rodzaje przeszczepienia nerki i trzustki u chorego na cukrzycę?

U pacjentów z cukrzycą typu 1 można dokonać jednoczasowego przeszczepienia nerki i trzustki, które oprócz możliwości zaprzestania dializoterapii dają możliwość uzyskania przez chorego insulinoniezależności, normalizacji glikemii, i zapobiegania rozwoju nefropatii cukrzycowej w przeszczepionej nerce. W takim przypadku narządy przeszczepia się od jednego dawcy.

Możliwe jest także „doszczepienie" trzustki u pacjenta, u którego uprzednio z jakichś względów przeszczepiono jedynie nerkę. W takim przypadku dawców jest dwóch, a dawcą nerki może być osoba z rodziny pacjenta.

Przeszczepienia nerki i trzustki można dokonywać wśród pacjentów już dializowanych, jak również u tych, u których nie rozpoczęto jeszcze dializ. W tym wypadku jest to tak zwane przeszczepienie wyprzedzające (*preemptive transplantation*).

Kto kwalifikuje się do jednoczasowego przeszczepienia nerki z trzustką?

U każdego pacjenta z cukrzycą typu 1, u którego występuje przewlekła choroba nerek w zaawansowanych stadiach, należy rozważyć przeszczepienie nerki z trzustką. Kwalifikację do tego zabiegu powinno się przeprowadzać, gdy GFR jest na poziomie 20 ml/min/1,73 m^2.

Procedura kwalifikacyjna obejmuje nie tylko ustalanie wskazań, ale również przeciwwskazań. Do tych najważniejszych przeciwwskazań zaliczamy: aktywną chorobę nowotworową, ciężkie zakażenia z zakażeniem HIV włącznie, zaawansowany stopień choroby niedokrwiennej serca z miażdżycą uogólnioną, brak współpracy pacjenta z obecnością chorób psychicznych lub aktywnych uzależnień.

Jak odbywa się kwalifikacja do przeszczepienia nerki z trzustką?

Kwalifikacja do przeszczepienia nerki z trzustką odbywa się w wyspecjalizowanych ośrodkach, do których pacjenci mogą być kierowani przez swoich lekarzy prowadzących, poradniach nefrologicznych lub diabetologicznych lub – jeśli są dializowani – przez stacje dializ. Pacjent może być zgłoszony w trybie: zwykłym lub pilnym, gdy istnieje bezpośrednie zagrożenie życia (np. brak możliwości założenia dostępu naczyniowego przy jednoczesnej konieczności dializoterapii – tzw. „urgens naczyniowy").

Po spełnieniu wszystkich wymogów zakwalifikowany pacjent zgłaszany jest na listę osób oczekujących na przeszczepienie narządu, która prowadzona jest przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant. O kolejności przeszczepienia mogą

decydować również takie czynniki jak: wiek, przewidywany efekt przeszczepienia, czas oczekiwania na przeszczepienie, czas dializoterapii, uprzednia transplantacja, stan zdrowia potencjalnego biorcy, dobór anatomiczny (wielkość nerki dawcy w stosunku do biorcy) i immunologiczny (zgodność pomiędzy dawcą a biorcą pod względem grupy krwi, a także stopień zgodności antygenów układu zgodności tkankowej – HLA).

Jaki jest czas oczekiwania na przeszczepienie?

Według danych Poltransplantu średni czas oczekiwania na przeszczepienie samej nerki liczony od rozpoczęcia dializ w 2010 r. wynosił 2 lata i 10 miesięcy, natomiast liczony od momentu zgłoszenia do rejestru 9 miesięcy. W przypadku natomiast pilnego przeszczepienia przeciętny okres oczekiwania wynosił tylko 42 dni.

W 2011 roku w Polsce wykonano 1002 przeszczepienia nerki oraz 34 jednoczasowe przeszczepienia nerki z trzustką. Pod koniec grudnia 2011 roku liczba pacjentów oczekujących na przeszczepienie nerki wynosiła 1469, a na jednoczasowe przeszczepienie nerki z trzustką tylko 15. Zatem przeciętny chory zgłoszony do przeszczepienia nerki i trzustki będzie najprawdopodobniej czekał znacznie krócej niż na przeszczepienie samej nerki.

Jakie jest rokowanie po przeszczepieniu?

Przeszczepienia nerki oraz nerki i trzustki związane są z możliwością wystąpienia powikłań. Do powikłań wczesnych po przeszczepieniu, tj. takich, które występują do jednego roku po zabiegu, zaliczamy ostre odrzucanie, a także działania niepożądane leków immunosupresyjnych. Do powikłań późnych zaliczamy przewlekłą niewydolność narządu przeszczepionego, rozwój nowotworu, nawracające zakażenia, powrót choroby podstawowej.

Szacuje się, że roczne przeżycie przeszczepu trzustkowego wynosi 85%, natomiast u ponad 75% pacjentów przeszczepione nerka i trzustka zachowują swoją funkcję przez lata. Obecnie szacowany okres przeżycia chorych po przeszczepieniu nerki z trzustką wynosi ponad 23 lata, dla porównania szacowany okres przeżycia pacjentów dializowanych to 8 lat. Zatem przeszczepienie nerki i trzustki znacznie wydłuża przeciętne życie chorego, i chociaż w okresie operacji i po operacji występuje zwiększone ryzyko powikłań i zgonu, w większości przypadków decyzja o poddaniu się przeszczepieniu jest dla chorego nadzieją na znaczne przedłużenie życia.

Czy leczenie immunosupresyjne jest bezpieczne?

Po przeszczepieniu każdy pacjent musi przyjmować leczenie immunosupresyjne, które wpływa na układ odpornościowy biorcy, modelując go tak, aby przeciwdziałać odrzucaniu graftu. Ocena bezpieczeństwa, jak również wskazań i przeciwwskazań do stosowania takiej terapii, dokonywana jest w trakcie postępowania kwalifikacyjnego. Zazwyczaj leczenie takie wdrażane jest w schemacie trójlekowym. Jak każda terapia farmakologiczna również ta może powodować działania niepożądane w postaci m.in. indukcji procesu nowotworowego, mielotoksyczności (anemia, leukopenia, traombocytopenia), nefrotoksyczności, wzrostu ryzyka sercowo-naczyniowego poprzez wpływ na zaburzenia lipidowe, otyłość i nadciśnienie tętnicze, zmiany kosmetyczne w postaci przerostu dziąseł, hirsutyzmu, łysienia.

Po prostu, żeby nie zwariować…

Z wykształcenia jestem kulturoznawcą, pedagogiem medialnym (UAM, Poznań). Z zawodu bibliotekarzem, kiedyś – przez chwilę i chyba przez pomyłkę – nauczycielem. Pracowałam w bibliotekach naukowych, szkolnych, ostatnio w publicznej. Od 2003 r. do momentu rozpoczęcia dializoterapii w 2011 r. byłam dyrektorem Biblioteki Publicznej w Swarzędzu (największa gmina w powiecie poznańskim), mając pod opieką siedem bibliotek w gminie. Dwukrotnie w tym czasie placówka została laureatem konkursów na najlepszą bibliotekę w województwie wielkopolskim. W 2010 r. otrzymałam odznakę Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego „Zasłużony dla kultury polskiej". W prasie lokalnej ukazywały się moje recenzje o książkach, felietony tematyczne oraz artykuły w ogólnopolskiej prasie branżowej.

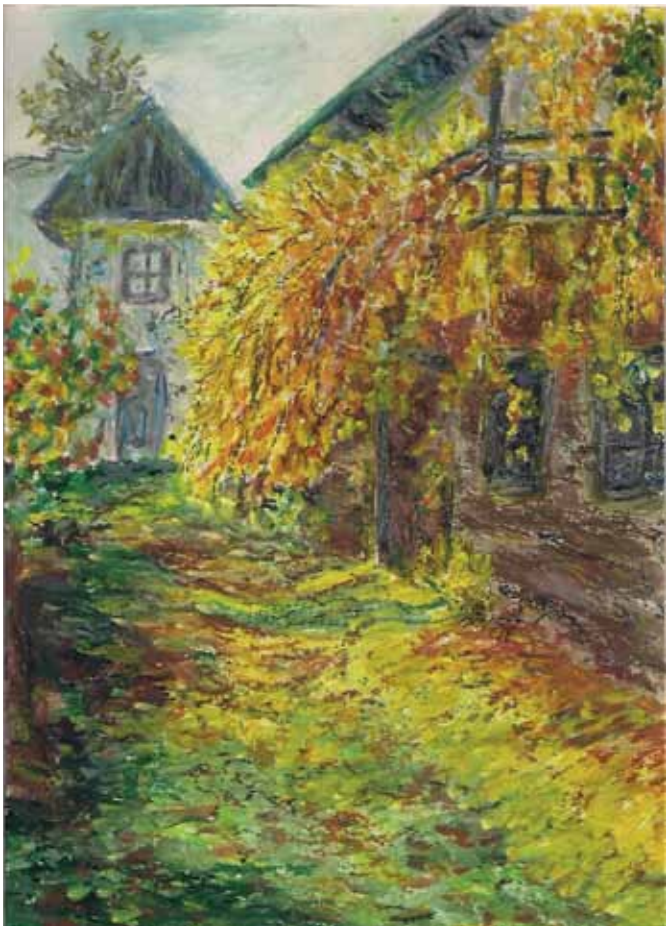
Lubię książki (ale nie połykam wszystkiego, co nadaje się do czytania), uwielbiam jazz. Nade wszystko kocham morze, sosnowy, nadmorski lasek, wydmy, zapach mchu. Z urodzenia jestem Pomorzanką i za morzem wciąż tęsknię. Od 20 lat mieszkam w Swarzędzu. Mam dwóch synów – Filipa i Adama; obaj studiują.

W 2011 r. rozpoczęłam hemodializoterapię. Poprzednie dwa lata ciężko chorowałam. Objawy „skakały" po moich poszczególnych narządach, a ja biegałam po gabinetach wszelkich specjalistów. I nic. Wciąż było tylko gorzej. W ciężkim stanie trafiłam do Szpitala Klinicznego UM im. H. Święcickiego w Poznaniu. Gdy obudziłam się ze śpiączki farmakologicznej, usłyszałam diagnozę – ziarniniak Wegenera, ale nawet mnie to nie przestraszyło, bo nic mi ta nazwa nie mówiła, a świat przez wiele tygodni, może nawet miesięcy, odbierałam jakiś taki przefiltrowany. Teraz już wiem. Uratowano mi życie, nie uratowano moich nerek. Nikt nie może uratować mnie przed okrutną chorobą immunologiczną.

W tym szpitalu (przy ul. Przybyszewskiego w Poznaniu), gdzie leczę się na oddziale nefrologii, jestem dializowana trzy razy w tygodniu i wciąż niepogodzona z chorobą i zniszczeniami, jakie zrobiła w moim życiu. Obecnie jestem na rencie. Pracuję jeden dzień w tygodniu jako bibliotekarz. Rysuję rzadko, zwykle w ramach autoterapii. Po prostu, żeby nie zwariować w trudnych chwilach…

Małgorzata Merczyńska, lat 52

Obrazy Małgorzaty Merczyńskiej



KRYSTYNA MICHALIK
Gryfice

Jak przekonać pacjentów do stosowania diety w przewlekłej niewydolności nerek

Problem stosowania diety w przewlekłej niewydolności nerek stanowi fundamentalny aspekt leczenia. Zasady diety w niewydolności nerek znane są bardzo dobrze dietetykom, pielęgniarkom, a także samym pacjentom. Każdy człowiek dotknięty chorobą, z którą wiążą się wyrzeczenia dotyczące stosowania odpowiedniej diety, mierzy się z nie lada problemem. Sam fakt zaakceptowania swojego stanu zdrowia nie jest łatwy, a zmiana dotychczasowego stylu życia i żywienia potęguje u chorych niepokój. W przypadku przewlekłej niewydolności nerek ograniczenia dotyczące przyjmowania płynów, a także produktów żywnościowych zawierających zwiększone ilości sodu, potasu, fosforanów dotyczą każdego pacjenta leczonego hemodializami. Stan zdrowia chorych leczonych nerkozastępczo w 70% zależy od nich samych. Tak duży wpływ w leczeniu ma stosowanie diety nerkowej. W ośrodkach FNC drogą indywidualnych porad dietetycznych każdemu pacjentowi rozpoczynającemu leczenie dializami oraz przewlekle dializowanemu oferujemy zestawienie pełnowartościowej i kalorycznej diety eliminującej lub zmniejszającej zawartość substancji niepożądanych. Zalecenia uwzględniają przyzwyczajenia pacjenta, ulubione smaki, a także modyfikację diety w przypadku współistnienia innych chorób, takich jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze. Wysiłki dietetyków, lekarzy i pielęgniarek w trosce o długą i jak najlepszą jakość życia pacjentów choć są przez nich doceniane, to jednak z wprowadzeniem ich w życie bywa różnie. Natura człowieka jest bowiem przekorna. Zwykle najbardziej kusi to, co jest zabronione. Już w pierwszym wieku naszej ery Owidiusz pisał: „Dążymy do tego, co zakazane i pożądamy rzeczy zabronionych: zawsze choremu smakuje niedozwolony pokarm…".

Podstawą osiągnięcia wspólnego celu, jakim jest przestrzeganie przez pacjentów zasad dietetycznych, jest stworzenie platformy zaufania pomiędzy pielęgniarką/dietetykiem a pacjentem. W tym przypadku zaufanie to wiara człowieka chorego w to, że nasze działania okażą się zgodne z jego oczekiwaniami. Pacjenci są skłonni zaufać personelowi medycznemu, jeśli jest on: kompetentny – posiadający wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne, spójny w działaniach – występuje ścisła łączność pomiędzy tym co mówi, a podejmowanymi przez niego działaniami oraz zaangażowany – pacjent powinien czuć, że personelowi zależy na jego zdrowiu. Te trzy czynniki muszą być obecne w zespole terapeutycznym, by można było mówić o budowaniu relacji opartej na zaufaniu.

Kolejnym krokiem do sukcesu jest zrozumienie potrzeb pacjenta i jego pozytywne nastawienie do leczenia. Pozytywne nastawienie psychiczne i chęć walki z chorobą odgrywa ogromną rolę u pacjentów przewlekle chorujących. Osoby będące w dobrej formie psychicznej lepiej współpracują. O roli ludzkiej psychiki świadczyć może efekt placebo, który obserwuje się o około 40–75% pacjentów[1]. Częste rozmowy z chorym o jego ogólnym samopoczuciu, ewentualnych niepokojących objawach czy przyzwyczajeniach żywieniowych zdecydowanie ułatwiają tworzenie więzi i niezbędnego zaufania. Zaprośmy do rozmowy najbliższą rodzinę chorego. Przekażmy jej informacje dotyczące sposobu żywienia w przewlekłej niewydolności nerek. Z uwagi na fakt, iż znaczna część pacjentów chorych na przewlekłą niewydolność nerek jest w wieku powyżej 70 lat, współpraca z rodziną jest niezbędnym elementem.

Każdy człowiek potrzebuje kontaktów z innymi ludźmi. Szczególnie ludzie chorzy odczuwają potrzebę komunikowania się, dzięki czemu informują o swoich potrzebach. Brak porozumienia pomiędzy pacjentem a personelem medycznym ma ujemny wpływ na stan zdrowia chorego, zmniejsza się jego motywacja do walki. Słabną wysiłki zmierzające do uzyskania kontroli nad sytuacją i poczu-

[1] „Wiadomości Lekarskie" 2007; 60 (3–4), s. 201–204.

Zajęcia teoretyczno-praktyczne połączone z degustacją, prowadzone przez dietetyczkę panią Bożenę Mieczykowską. Stacja FNC Gryfice. Fot. D. Dynarska

cie wpływu na własne życie. Dobre relacje interpersonalne ułatwiają choremu początkowo zrozumienie istoty choroby, jej akceptację, a tym samym podjęcie walki o lepszą jakość życia. Aby uzyskać jak najlepsze efekty na polu edukacji dietetycznej rozmowa pomiędzy dietetykiem/pielęgniarką a chorym, powinna być dostosowana do wymagań poszczególnych pacjentów. Każdy z nich może mieć inny problem dotyczący tego samego zakresu tematycznego. Należy odpowiadać na każde nawet wielokrotnie zadawane pytanie. Dla pacjentów zmiana sposobu odżywiania to treści nowe i niełatwe do zapamiętania, mając szczególnie na uwadze średnią wieku pacjentów dializowanych, która mieści się w zakresie 60–70 lat. W tym wieku ciężko jest zmieniać swoje przyzwyczajenia i przyswajać nowe informacje. Poziom rozwoju i sprawności pacjenta zależy od tego, na ile stworzy mu się optymalne warunki edukacyjne. Indywidualne podejście do każdego pacjenta jest kluczem do prawidłowej komunikacji.

Przekonanie człowieka chorego do zmiany przyzwyczajeń żywieniowych jest trudne, ale nie niemożliwe. W przyswojeniu nowej wiedzy żywieniowej pomocne są ogólne zasady nauczania. W trakcie procesu edukacji dietetycznej ważne jest stopniowanie przystępności podawanych informacji. Stopniowanie przystępności czy trudności oznacza przechodzenie od rzeczy już pacjentowi znanych, do nieznanych, od rzeczy łatwych do trudnych. Nie należy przekazywać dużych ilości informacji podczas jednej rozmowy. Należy uczyć małymi krokami. Na początek np.: omówić czego unikać w jadłospisie, podać konkretnie, co można jeść, następnie opisać, a najlepiej przedstawić najkorzystniejsze sposoby przygotowania posiłków. Dopiero podczas kolejnych rozmów czy spotkań wyjaśnić, co zawierają zabronione produkty i w jaki sposób szkodliwie wpływają na funkcjonowanie organizmu. Świadoma aktywność pacjentów podczas rozmów z personelem medycznym jest niezbędnym warunkiem do osiągnięcia pozytywnych wyników. Świadomy i aktywny udział w zajęciach edukacyjnych czy choćby tylko w rozmowach na temat diety można osiągnąć odwołując się do doświadczeń życiowych pacjentów i ich zainteresowań. Zasada łączenia teorii z praktyką wyrabia u człowieka przekonanie o użyteczności uzyskanych informacji, a jednocześnie wywołuje pozytywną motywację i w sposób istotny wpływa na jego aktywność. Odwoływanie się do praktyki, czyli np. przygotowanie dla pacjentów gotowych potraw sezonowych czyni wiedzę teoretyczną bardziej zrozumiałą, potrzebną i trwalszą. Brak przestrzegania w edukacji dietetycznej zasady wiązania teorii z praktyką sprawia, że pacjenci nie potrafią wykorzystać zdobytych wiadomości. Z tego, co czytamy zapamiętujemy tylko 10%, z tego, co widzimy i słyszymy – 50%, natomiast z tego, co mówimy i robimy zapamiętujemy aż 90%.

Stosowanie nowoczesnych metod i form dydaktycznych, jak również wykorzystywanie środków technicznych w postaci nagrań filmowych i prezentacji oraz realizowanie podstawowych zasad nauczania to warunki skuteczności przyswojenia i wykorzystania nowych informacji niezbędnych do poprawy jakości życia i jego przedłużenia. Człowiek w dowolnym wieku może uczyć się szybko i efektywnie, jednak jest to możliwe tylko wtedy, gdy będzie mógł to zobaczyć, usłyszeć i poczuć.

MICHAŁ DĘBSKI-KORZEC
OSOD

Europejska Federacja Pacjentów Chorych na Nerki – spotkanie w Wilnie

Iwona Mazur oraz Tomasz Klos reprezentowali Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych (OSOD) podczas spotkania Europejskiej Federacji Pacjentów Chorych na Nerki w Wilnie w dniach 18–20 maja. Jednym z najważniejszych tematów poruszonych na konferencji były wyniki ankiety przeprowadzonej w ubiegłym roku wśród pacjentów dializowanych z kilkunastu krajów europejskich. Jej celem było zebranie danych o dostępności do różnych metod leczenia przewlekłej choroby nerek oraz informacji o chorobie, jak i wspomnianych metodach.

Ankieta, sfinansowana z grantu firmy Baxter, była przeprowadzana również w Polsce. Odpowiedzialny za jej przeprowadzenie był OSOD. W związku z tym chcielibyśmy podziękować wszystkim pacjentom (a było ich ponad 750) za jej wypełnienie oraz personelowi stacji dializ, bez którego zebranie ankiet nie byłoby możliwe. Dzięki Waszemu zaangażowaniu udało się uzyskać wiedzę, która posłuży do lobbowania w Parlamencie Europejskim za przyjęciem rozwiązań prawnych ujednolicających standardy leczenia pacjenów cierpiących na PChN.

Wracając do samej ankiety. Dzięki niej udało się zdefiniować kilka problemów, które należy rozwiązać w pierwszej kolejności.

Najpoważniejszym jest bardzo niska refundacja zabiegów hemodializy oraz brak refundacji na leki niezbędne przy leczeniu PChN. Niska refundacja uniemożliwia utrzymanie na większości stacji dializ etatu dietetyka, rehabilitanta oraz psychologa, poprawiających jakość życia pacjentów.

Ograniczony dostęp do metod leczenia, które są już standardem w krajach Zachodniej Europy, jak na przykład hemodializa domowa.

W ankiecie prawie połowa pacjentów zaznaczyła odpowiedź, że nikt z nimi nie rozmawiał na temat alternatywnych form leczenia oraz możliwościach jego zmiany.

Przedstawione powyżej wnioski zostaną zestawione razem z wynikami z pozostałych krajów i zaprezentowanena forum Parlamentu Europejskiego jako argument przemawiający za koniecznością podjęcia decyzji o uregulowaniu kwestii standardów leczenie PChN.

Podczas konferencji odbyło sie również spotkanie Grupy Młodych działającej w ramach CEAPIR. Na spotkanie przybyli przedstawiciele grup krajowych, które skupiają pacjentów po przeszczepieniu oraz dializowanych w wieku od 18 do 30 lat z kilkunastu krajów europejskich. Naszym reprezentantem był Tomek Klos, który zgodził się zorganizować podobną grupę w Polsce. Zadaniem Grup jest wymiana in-

Iwona Mazur i Tomasz Klos podczas promującego dawstwo narządów happeningu w Wilnie

formacji na temat ubezpieczeń, możliwości leczenia, pracy oraz kontynuowania nauki dla pacjentów dializowanych w ich krajach. Wzajemna pomoc i wymiana doświadczeń sprawia, że w krajach, gdzie od lat działają grupy młodych, pacjenci dializowani przed trzydziestką są bardziej mobilni, mają więcej możliwości wyjazdu za granicę i nie jest to dla nich problemem. Jeżeli się dializujesz lub jesteś po przeszczepieniu, masz 18 i nie więcej niż 30 lat, jesteś ciekawy świata i chcesz poznać nowych ludzi, to koniecznie skontaktuj się z Tomkiem (tomek.klos@gazeta.pl). Chcemy utworzyć grupę młodych, aktywnych oraz chętnych do wzajemnej pomocy. W końcu „dializujemy się, żeby żyć, a nie żyjemy, żeby się dializować"

AGNIESZKA ŚLUSARCZYK
(OSOD)

Edukacja społeczeństwa dotycząca zagrożenia chorobami nerek

W dniach 18–20 maja w Galerii Krakowskiej odbył się 6. Festiwal Zdrowia organizowany przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA Poland z okazji Światowego Dnia Nadciśnienia Tętniczego. Partnerem Festiwalu było Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych.

Od piątku do niedzieli można było wykonać bezpłatne badania poziomu cholesterolu oraz glukozy, pomiar ciśnienia, jak również pomiar tkanki tłuszczowej. Swoimi poradami służyli lekarz kardiolog, nefrolog oraz dietetyk. Przy stoisku OSOD można było uzyskać dodatkowe informacje na temat profilaktyki oraz leczenia chorób nerek, a przede wszystkim na temat palącej potrzeby wczesnej diagnostyki choroby, dzięki wykonywaniu regularnych badań pozwalających na ocenę funkcji nerek.

W tygodniu poprzedzającym Festiwal, OSOD wraz z Hutniczą Fundacją Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej zorganizował bezpłatne badania profilaktyczne dla mieszkańców Krakowa. 500 osób mogło zgłosić się do jednego z 11 punktów Laboratorium Medycznego „Diagnostyka" i zbadać krew pod kątem stężenia kreatyniny. Badanie cieszyło się ogromnym zainteresowaniem i, jak poprzednim razem, cała pula badań została wykorzystana już w pierwszych dniach siedmiodniowej akcji. Wyniki można było skonsultować z lekarzem nefrologiem oraz przedstawicielami OSOD podczas trwania Festiwalu. (Analiza przeprowadzonego badania wykazała, iż u 31 (6,5%) osób biorących udział w akcji wykryto niewydolność nerek oraz określono jej stopień).

W sobotę w Galerii oprócz badań wykonywanych przez studentów medycyny, przedstawiciele Stowarzyszenia występowali na scenie mówiąc o czynnikach rozwoju chorób nerek, rodzaju badań pozwalających na ocenę funkcji nerek i namawiając do dbania o własne zdrowie (szczególnie wśród osób z grup ryzyka, czyli osób z cukrzycą, nadciśnieniem, w podeszłym wieku oraz chorobami nerek w rodzinie).

O swoich doświadczeniach, opowiadał Mirosław Mańka, pacjent dializowany od kilkunastu lat, członek OSOD.

Ponadto 19 maja, na scenie w Galerii, Stowarzyszenie zorganizowało spotkanie na temat zdrowego trybu życia. Do udziału w spotkaniu zaproszono: Grzegorza Sudoła – wicemistrza Europy w chodzie na 50 km, Radosława Krzyżowskiego – aktora teatralnego i telewizyjnego, Magdalenę Baran – dietetyka reprezentującego firmę All For Body, Katarzynę Wójcik – studentkę medycyny, członka IFMSA Poland oraz Marka Thiera – osobę po rodzinnym przeszczepie nerki, aktywnie wspierającego przeszczepienia rodzinne oraz wykonywanie badań profilaktycznych. Spotkanie poprowadził Bogdan Ingersleben – dziennikarz radia Plus.

Podczas spotkania omówiono rolę nerek w organizmie człowieka oraz czynniki zwiększające ryzyko rozwoju przewlekłej choroby nerek. Grzegorz Sudoł podkreślił potrzebę regularnego podejmowania aktywności fizycznej. Jak zaznaczył – najtrudniej jest zacząć. *Potem organizm szybko uzależnia się od sportu, co daje wiele radości, poprawiając jednocześnie zdrowie.* Podczas rozmowy zwrócono również uwagę na prawidłowy sposób odżywiania się, z uwzględnieniem tych składników odżywczych, które nie obciążają nerek a jednocześnie pozwalają utrzymać dobry stan zdrowia. Pani Magdalena Baran zaakcentowała czego powinniśmy się wystrzegać w diecie, a o jakich zasadach nie możemy zapomnieć planując swoje codzienne menu (m.in.: wprowadzić 5 posiłków w ciągu dnia, spożywać zalecaną ilość pły-

nów – 2,5 l dziennie, ograniczyć w diecie poziom cukru i soli oraz tłuste potrawy). Radosław Krzyżowski wspomniał o roli mediów w edukacji prozdrowotnej społeczeństwa. Jeśli dzięki serialom podejmującym problematykę zdrowotną, świadomość widzów w zakresie wykrywania oraz leczenia niektórych chorób wzrosła, to jest to duży sukces. Marek Thier opowiedział o początku swojej choroby, a następnie drugim życiu, które otrzymał dzięki ofiarowanej mu przez mamę nerce. Pani Katarzyna Wójcik podkreśliła powiązanie nadciśnienia i cukrzycy z chorobami nerek oraz potrzebę ochrony nerek, między innymi poprzez: doleczanie stanów zapalnych oraz ograniczanie przyjmowania leków nefrotoksycznych.

Zarówno Radosław Krzyżowski jak i Grzegorz Sudoł oprócz udziału w spotkaniu zgodzili się poprzeć działania OSOD, czego wyrazem są zdjęcia obojga Panów na stronie Stowarzyszenia w zakładce „Popierają nas".

Podczas trzech dni Festiwalu odbyły się również liczne konkursy z nagrodami dla odwiedzających Galerię. Konkursy podejmowały tematykę cukrzycy, nadciśnienia oraz chorób nerek.

Księgarnia EMPIK promowała w te dni książkę autorstwa Ewy Barańskiej *Nie odchodź Julio…*, do której zakupu zachęcała ze sceny prowadząca Festiwal – Kinga Zdrojewska z radia ESKA. Książka opowiada o młodej dziewczynie u której zdiagnozowano przewlekłą niewydolność nerek oraz o jej staraniach o przeszczepienie rodzinne.

Pisząc o profilaktyce chcielibyśmy zwrócić się do wszystkich naszych Czytelników z ogromną prośbą, o zachęcenie swoich bliskich (rodzin, przyjaciół, znajomych) do wykonywania regularnych badań pod kątem oceny funkcji nerek. Przyjmuje się, że osoby zdrowe powinny wykonywać tego typu badania raz na dwa lata, natomiast osoby z grup ryzyka – raz na rok.

Do grupy ryzyka należą rodziny pacjentów cierpiących na PChN. Dlatego Drodzy Pacjenci, przypominajcie swoim bliskim o wykonywaniu badań profilaktycznych.

Festiwal Zdrowia. Od lewej Bogdan Ingersleben, Grzegorz Sudoł, Marek Thier, Katarzyna Wójcik, Radosław Krzyżowski, Magdalena Baran

AGNIESZKA ŚLUSARCZYK
OSOD

Przychodzi starość i gdzie to prawdziwe życie?

Całe życie żyliśmy jakby na walizkach. Tysiące przejść, niepewności, załamań. Ciągła prowizorka, tymczasowość, byle do jutra. A kiedyś zacznie się prawdziwe życie. No i masz. Przychodzi starość i gdzie to prawdziwe życie?
Tadeusz Konwicki

Dziś, gdy panuje wszechobecny kult młodości, starość jest czymś wstydliwym, odrzucanym i pomijanym. Dlaczego dla wielu osób przejście na emeryturę równoważne jest z rezygnacją z dotychczas pełnionych ról, zainteresowań, pragnień? Sposób, w jaki człowiek organizuje swój czas, zależy od wielu czynników, w tym wieku oraz stanu zdrowia. Jednak równie ważne są ciekawość świata i poczucie humoru, pozwalające na zdystansowanie się do przeżywanych problemów.

2012 rok obchodzony jest jako Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Stąd też postanowiliśmy porozmawiać o wieku dojrzałym – jego cieniach i blaskach.

Osoby starsze wielokrotnie wycofują się z życia społecznego. Brak motywacji, samotność często prowadzą do spadku nastroju, a bywa, że i do depresji – mówi Pani Elżbieta Zahradniczek, kierownik dwóch krakowskich placówek: Dziennego Domu Pomocy Społecznej nr 5 przy ul. Nad Sudołem 32a oraz Klubu Seniora przy al. Focha 39 w Krakowie. Przebywanie w takim stanie przez dłuższy okres, nie mając z kim porozmawiać o swoich problemach, o codziennym życiu, doprowadza do sytuacji, kiedy wydaje nam się że „tak jest nam dobrze", że nie chcemy niczego zmieniać.

Najważniejsze jest, aby mieć cel wstać rano. Brak motywacji powoduje, iż czujemy się niepotrzebni, a nasza chęć podjęcia jakiejkolwiek aktywności spada – podkreśla Pani Elżbieta Zahradniczek. Samo przyjście do Klubu Seniora czy Dziennego Domu Pomocy to pierwszy powód do tego, aby wstać, ubrać się, wymalować. Ponad to wszystkich naszych uczestników motywujemy do aktywnego spędzania czasu. W naszej ofercie są wyjścia do teatrów, kin czy opery. Prowadzimy również spotkania edukacyjne, np. spotkania z lekarzem, rehabilitantem, psychologiem, zajęcia z samoobrony. Ponadto oczywiście w ofercie jest gimnastyka, *nordic walking*, terapia zajęciowa oraz wycieczki, bywa że i dwutygodniowe. Każda z wycieczek – oprócz wspólnego spędzania czasu – ma również inne walory, jak edukacyjne, rekreacyjne oraz poznawcze. Wyjazd to nie tylko okazja do integracji z innymi uczestnikami. To także możliwość poznania nowych miejsc, dowiedzenia się więcej o ich historii oraz aktywnego wypoczynku.

Placówki, którymi kieruje Pani Elżbieta Zahradniczek, obowiązuje zasada 3A – Atmosfera, Adaptacja, Aktywizacja. Stworzenie przyjaznej atmosfery sprzyja lepszej adaptacji uczestników do środowiska, w którym żyją, oraz podjęciu aktywności. Ogromnie ważny w tym wieku jest również rozwój intelektualny. Mając na uwadze ilość osób cierpiących na choroby Alzheimera i Parkinsona należy pamiętać, że regularne „trenowanie naszego mózgu" ma bardzo duży wpływ na naszą sprawność intelektualną w późniejszym wieku. Rozwiązywanie krzyżówek, gra w szachy, czytanie gazet to tylko niektóre z możliwości.

Co tak naprawdę daje nam aktywność? Idąc za słowami Pani Elżbiety – niewątpliwie wpływa na lepsze samopoczucie, zgodnie z powiedzeniem „w zdrowym ciele zdrowy duch".

Oprócz klubów seniora czy dziennych domów w Polsce jest ponad 380 uniwersytetów trzeciego wieku stworzonych dla osób, które chcą zmienić dotychczasowy styl życia – mówi Pan Krzysztof Biel – koordynator ds. Uniwersytetu Trzeciego Wieku Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie (UTW UEK).

UTW UEK powstał w 2009 r. i od samego początku cieszył się ogromnym zainteresowaniem. Swoją ofertę kieruje do osób powyżej 55. roku życia, emerytów i rencistów, którzy odczuwają potrzebę dalszego rozwoju intelektualnego oraz poszerzania wiedzy i zainteresowań, szczególnie w zakresie problematyki ekonomiczno-społecznej. Wśród celów działania Uniwersytetu znajdują się m.in.:

- rozwój i utrwalenie przekonania ludzi starszych o ich przydatności i istotnej roli w życiu społeczno-gospodarczym rodziny, społeczności lokalnej, kraju;
- zachowanie i powiększenie intelektualnej, psychicznej i fizycznej sprawności osób starszych;
- aktywizacja społeczna seniorów, poprzez rozwijanie kontaktów i współpracy w ramach społeczności Uczelni.

W roku akademickim 2011/2012 do udziału w spotkaniach zgłosiło się 159 osób w wieku od 54 do 88 lat. W tym roku na liście słuchaczy jest już 170 osób.

Uczelnia w swojej ofercie ma wykłady ze specjalistami z wielu dziedzin: począwszy od finansów, na prawie i historii kończąc, zajęcia językowe, gimna-

stykę pilates, *aqua fitness*, siłownię oraz wycieczki po Krakowie.

Za najczęstszy powód przystąpienia do UTW Krzysztof Biel podaje chęć zmiany trybu życia (potrzeba wyjścia z domu). Z biegiem czasu pojawiają się kolejne motywacje, jak: chęć poszerzenia wiedzy, spełnienie niezrealizowanych marzeń, a bywa że i chęć zaimponowania swoim najbliższym. Słuchacze to osoby, które chcą coś zrobić ze swoim życiem, zmienić je na korzyść. W toku studiów wśród słuchaczy pojawiają się nowe sugestie co do programu zajęć. Wraz ze wzrostem wiedzy wzrasta również poziom zaangażowania, pojawiają się nowe potrzeby. Uczestnicy spotykają się wiec również po zajęciach, wspólnie organizują wyjazdy, rozwijają swoje zainteresowania.

Jak podkreśla koordynator ds. UTW UEK, dzięki uczestnictwu w zajęciach u słuchaczy poprawiają się ich relacje z najbliższymi, wzrasta chęć pracy dla innych. Niektórzy włączyli się również w ruch wolontariacki, pozwalający na bycie aktywnym także w czasie pomiędzy spotkaniami na Uczelni.

Dzięki zdobywaniu nowej wiedzy uczestnicy stają się pewniejsi siebie, odkrywają swoje – bywa, że nieznane dotąd – potrzeby i talenty. Osoby te chcą się uczyć, rozwijać i zmieniać. Dla wielu nieoceniona jest mobilizacja do wyjścia poza środowisko rodzinne, otwarcie na nowych ludzi, przełamanie własnych słabości i wzrost wiary w siebie[1].

Jak tu nie wierzyć, że wyjście do ludzi, zawieranie nowych znajomości, poszerzanie swojej wiedzy, regularna aktywność fizyczna potrafią czynić prawdziwe cuda. Te drobne zmiany, które można wprowadzić do swojego życia, są w stanie radykalnie poprawić jakość naszego funkcjonowania oraz spojrzenia na otaczający nas świat… pomimo wieku i przynależnych mu wielokrotnie z tej racji problemów ze zdrowiem. A mówiąc o zdrowiu…. Podczas rozmowy na temat aktywności wśród pacjentów nefrologicznych w starszym wieku dr Adam Markiewicz – lekarz nefrolog z Krakowa podkreśla: „Przewlekła choroba wiąże się z przewagą katabolizmu nad anabolizmem. Mówiąc inaczej dominują procesy rozkładu i degradacji na procesami syntezy i odbudowy. Prowadzi to do przedwczesnego ubytku masy kostnej i mięśniowej. Jednym z podstawowych wyzwań dla współczesnej nefrologii jest zmiana kierunku przemian w kierunku syntezy. Prowadzone są różne prace nad poprawą jakości dializy, żywieniem chorego, testowane są leki anaboliczne (analogiczne do zakazanych anabolików w sporcie)".

Jednak najsilniejszym bodźcem dla rozbudowy mięśni są regularne ćwiczenia. Dla sportowca – to zwykle hala sportowa, dla chorego takim ćwiczeniem w zależności od wydolności fizycznej może być poruszanie się po pokoju, spacer. Oczywiście Ci bardziej

Fot. pl.Fotolia.com

sprawni mogą i powinni intensywnej obciążać mięśnie. Ważne jest, takie dobranie wysiłku fizycznego, aby ćwiczyć około 30 minut codziennie – do wyraźnego zmęczenia lub lepiej do przyśpieszenia akcji serca do 70–80% wartości maksymalnej (limit powinien ustalić lekarz!). Obok przedłużenia życia, zmniejszenia ryzyka złamań kości, wydłuża czas sprawności i niezależności od opiekunów. Są to fakty oczywiste i dobrze znane. Szczegółowo o rehabilitacji pisaliśmy w numerze 2/2002 „Dializy i Ty".

Dr Adam Markiewicz podkreśla jeszcze jeden aspekt regularnych ćwiczeń fizycznych. „Regularny wysiłek poprawia nasze psychiczne samopoczucie. Dzieje się to pod wpływem przestrojenia hormonalnego i wyrzutu endorfin – hormonów szczęścia. W ciągu naszego życia pracujemy, aby coś kupić, coś mieć. Państwu – bo rozumiem, że większość już nie pracuje zawodowo – proponuję pracę 30 minut dziennie umiarkowanego wysiłku fizycznego. Wynagrodzenie – szczęście, a przynajmniej poprawa samopoczucia. Czy to nie jest dobra oferta? I do tego nieopodatkowana? Czy ktoś kiedykolwiek proponował państwu lepszą pracę? Życzę sukcesów!".

Tak wiec nie pozostaje nic innego aniżeli stwierdzić: Drodzy Państwo – pomimo wieku, choroby i czasem kiepskiego samopoczucia wyjdźmy z domu, spotkajmy się z innymi ludźmi i podzielmy się z nimi swoimi wrażeniami na temat ostatnio przeczytanej książki, nie traćmy ciekawości życia, dołączmy do tych, którym chce się zmieniać swoje życie na lepsze. A wówczas na pytanie „jak się pan/pani czuje" będziemy odpowiadać jak Wisława Szymborska w swoim wierszu „dobrze, dziękuje!".

[1] Katarzyna Nitecka, „Realizacja profilaktyki wykluczenia społeczno-kulturowego seniorów poprzez instytucję Uniwersytetu III Wieku"; praca magisterska napisana w Katedrze Gospodarki i Administracji Publicznej UEK pod kierunkiem dr hab. prof. UEK Janiny Filek, Kraków 2012 – obroniona w czerwcu 2012 r.

Mówimy jednym głosem

Dynamiczny i konsekwentny wzrost jakości leczenia nerkozastępczego, troska o zapewnienie stałej dostępności do dializ dla pacjentów w całej Polsce, ich adekwatne finansowanie oraz aktywne wsparcie profilaktyki chorób nerek i przeszczepień – to najważniejsze cele Nefron Sekcji Nefrologicznej Izby Gospodarczej Medycyna Polska (SNIGMP) – mówi w rozmowie z „Dializą i Ty" dr Dariusz Aksamit, prezes Nefron.

– Panie Prezesie, co było impulsem do powołania Nefron SNIGMP?

– Powstanie Sekcji Nefrologicznej Izby Gospodarczej Medycyna Polska w czerwcu 2008 roku było, najogólniej mówiąc, odpowiedzią na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom nefrologicznym. W tamtym czasie szefowie szpitalnych oddziałów, poradni nefrologicznych i stacji dializ, zarówno publicznych, jak i niepublicznych, ostatecznie zdali sobie sprawę, że jeśli nie zostaną rzecznikami osób chorych na nerki, to pacjenci ci mogą wkrótce być pozbawieni właściwej opieki. Musieliśmy nasz potencjał dołączyć do organizacji zrzeszających pacjentów, wesprzeć je i zacząć mówić jednym głosem o potrzebach chorych nefrologicznych.

– Co jest priorytetem w bieżącej działalności Nefron?

– Działalność Nefron ogniskuje się wokół zapewnienia ciągłości dostępu do usług medycznych na najwyższym poziomie pacjentom cierpiącym na choroby nerek. Szczególną troską otaczamy osoby ze schyłkową niewydolnością nerek, czyli pacjentów wymagających regularnych dializ, podtrzymujących ich przy życiu. Cel ten można zrealizować po ustaleniu standardów medycznych oraz właściwego poziomu ich finansowania. To dla Nefron najważniejsze w codziennej działalności. Jakość leczenia, przez co rozumiem także m.in. możliwość przeprowadzenia zabiegu w akceptowalnej odległości od miejsca zamieszkania chorego i efektywność terapii nerkozastępczej są długofalowymi celami powołania Nefron.

– Nefron regularnie przygotowuje też dane szacunkowe dotyczące liczby osób dializowanych w Polsce. Dlaczego to istotne dla pacjentów?

– Nasz problem to regularne zaniżanie przez NFZ szacowanej liczby chorych. Specjaliści Nefron Sekcji Nefrologicznej Izby Gospodarczej Medycyna Polska drugi rok z rzędu przygotowali opracowanie nt. liczby dializowanych w Polsce i niedoszacowań kontraktów na dializy. To ważne, bo leczenie nerkozastępcze jest drogie, Fundusz płaci tylko za zakontraktowanych pacjentów, a stacje przyjmują wszystkich potrzebujących. Generuje to olbrzymie zadłużenie. Rachunek ekonomiczny jest nieubłagany. Jeśli na przykład (to prawdziwy przypadek z północnej Polski) NFZ daje ośrodkowi kontrakt na 9 i pół pacjenta, a stacja dializuje 20 osób, to pieniądze szybko się kończą. Nie znam kierownika żadnej placówki, która odsyłałaby chorych. Prowadzi to jednak do sytuacji, w której właściciele stacji dializ latami starają się o należne im pieniądze. Mogę wymienić wielu, których ta sytuacja doprowadziła na granicę bankructwa. Dokument z odpowiednimi danymi trafił do Funduszu, ale podobnie jak i w roku poprzednim, został zignorowany.

– Nefron aktywnie uczestniczy w procesie tworzenia i opiniowania aktów prawnych, standardów oraz procedur medycznych. Jak za pomocą przepisów można poprawić jakość leczenia?

– Może też użyję przykładów. Fundusz wydając zarządzenie regulujące procedurę dializy zapisał konieczność przeprowadzania badania krwi przy każdej zmianie stacji dializ, również czasowej związanej z hospitalizacją czy wyjazdem wakacyjnym. Chodziło o badania bakteriologiczne krwi, które w takiej sytuacji w opinii specjalistów najczęściej nie ma racjonalnego uzasadnienia. Dla dializowanych każde dodatkowe pobranie krwi to dodatkowe obciążenie. Nam udało się postawić ten problem z głowy na nogi. Nowe wymogi ograniczają liczbę pobrań krwi u dializowanych. Zleca je lekarz wtedy, gdy są potrzebne ze względów medycznych, a nie administracyjnych. Urzędnicy przez ostatnie lata upierali się też, by w każdej stacji dializ, w całym czasie jej zakontraktowanej pracy, obecny był lekarz nefrolog lub po co najmniej dwuletnim okresie specjalizacji z nefrologii. Zapomnieli tylko, że w całym kraju tych specjalistów dramatycznie brakuje. Przepis ten powodował konieczność pracy lekarzy nefrologów w znacznie wyższym wymiarze godzin niż standardowy oraz maksymalne skracanie czasu otwarcia ośrodków dializacyjnych. W przeciwnym razie stacje dializ, nie spełniając wymogów formalnych, nie miałyby szans przystąpieniu do konkursów ogłaszanych przez NFZ, za czym poszłoby za-

mykanie działających dziś placówek oraz poradni nefrologicznych. Dodatkowo przepisy takie wykluczały z pracy z pacjentami dializowanymi całe grono od lat oddanych im lekarzy, z ogromnym doświadczeniem w dializach, ale bez specjalizacji z nefrologii. Sytuacja ta dramatycznie wydłużyłaby kolejki oczekujących na diagnozę i leczenie, a w dłuższej perspektywie spowodowałaby niekontrolowany wzrost liczby przypadków późno zdiagnozowanej schyłkowej niewydolności nerek, która jest dużo droższa w leczeniu. Po protestach Nefronu zapisy zostały zmienione. Nowy przepis pozwala na zatrudnienie na stacji dializ nie tylko nefrologów (po i w trakcie specjalizacji), ale także lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych i pediatrii.

– Ważnym elementem działalności Izby jest też kampania „Bliscy sobie". W wyniku wspólnej pracy dyrektorów medycznych największych stacji dializ zrzeszonych w Nefron oraz prof. Wojciecha Rowińskiego, krajowego konsultanta ds. transplantologii, powstaje program edukacyjny dla lekarzy koordynatorów ds. przeszczepów rodzinnych.

– Celem kampanii jest wzrost liczby przeszczepów rodzinnych w Polsce, które w tej chwili stanowią jedynie 3–4% ogółu transplantacji. W programie zamierzamy położyć nacisk na edukację na różnych poziomach. Chcemy, by pacjenci byli informowani o przeszczepach rodzinnych zarówno przez lekarzy, pielęgniarki, jak i rodziny, które są żywym przykładem na to, że decyzja o oddaniu swojego narządu ciężko chorującym bliskim – bratu, córce lub mężowi – jest słuszna i godna naśladowania. Program będzie wdrażany w stacjach dializ zrzeszonych w Nefron oraz wśród pacjentów przed włączeniem do programu dializ. W wyniku prowadzonych systematycznie działań w ramach kampanii „Bliscy sobie" każdy chory będzie posiadał pełną wiedzę na temat przeszczepów rodzinnych. Edukacją zostanie objęta także rodzina chorego.

Człowiek ma dwie nerki, jednak do pełni zdrowia wystarczy praca jednego, nieobciążonego schorzeniami, narządu. Oczywiście, dawca nerki musi być osobą w pełni zdrową. Niewielka liczba przeszczepów rodzinnych w Polsce bierze się głównie z niewiedzy. Poprzez kampanię „Bliscy sobie" mamy nadzieję na poprawę sytuacji. Należy uświadomić ludziom, że przeszczep rodzinny przynosi wiele korzyści nie tylko biorcy. Dawcy żyją dłużej, gdyż przez 10 lat po pobraniu narządu znajdują się pod opieką szpitala, przechodzą regularne badania i bardziej dbają o zdrowie. Sama operacja pobrania narządu jest bezpieczna dla dawcy, a groźne dla zdrowia powikłania zdarzają się niezmiernie rzadko. Statystyki medyczne pokazują, że pobranie narządu od dawcy żywego zwiększa szanse na powodzenie przeszczepu, a organ służy biorcy znacznie dłużej niż pacjentom, którzy otrzymali narząd od zmarłego. Średni czas dobrego funkcjonowania nerki od żyjącego dawcy to 14–15 lat, w porównaniu z 9 latami biorców z drugiej grupy.

– W akcji Nefrotest Nefron proponuje bezpłatne badania przesiewowe krwi wykrywające choroby nerek zanim pojawią się niepokojące objawy .

Dr Dariusz Aksamit – prezes Nefron

Chcemy zwrócić uwagę Polaków na choroby nerek. Ciągle za rzadko się o nich mówi. Stale obecne w świadomości i mediach są nowotwory oraz choroby serca. Dolegliwości nerek są często bagatelizowane, a nawet uważane za wstydliwe. To bardzo niebezpieczne, bo choroba nerek zbyt późno zdiagnozowana nie daje szans na zatrzymanie procesu prowadzącego do ich niewydolności, a w konsekwencji doprowadza również do uszkodzenia innych narządów. Cierpiących na przewlekłe choroby nerek jest w Polsce, według szacunków, około 4 miliony. Każdego roku przybywa ich mniej więcej 10%. Profilaktyka powinna być powszechna, tym bardziej, że badania wskazujące na pierwsze oznaki choroby nerek są nieskomplikowane – to proste testy krwi i badania ogólne moczu. Takie bezpłatne badania przeprowadziliśmy już w wielu miastach – skorzystały z nich tysiące osób. Dziś każda osoba wymagająca dializy może być pewna, że nikt jej nie odmówi zabiegu, ale z wykrywalnością chorób nerek nadal jeszcze nie jest dobrze. W stacjach dializ w całej Polsce każdego dnia ratujemy życie tysiącom osób, mając świadomość, że wielu z nich mogło uniknąć lub znacząco opóźnić moment rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego. Dlatego właśnie mamy poczucie, że to my, prowadzący stacje dializ, powinniśmy szczególnie głośno namawiać do badań.

Nefron Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska powstała w czerwcu 2008 roku. Jest częścią Krajowej Izby Gospodarczej. Dziś zrzesza operatorów ok. 160 (z ok. 260) publicznych i niepublicznych stacji dializ w Polsce. Przy Nefron powołano Komitet Naukowy, złożony z wybitnych przedstawicieli środowiska nefrologicznego w kraju.

Pragniemy przybliżyć sylwetkę dra Krzysztofa Kmiecia, którego znacie z ilustracji zamieszczanych w „Dializie i Ty". O niecodziennym pomyśle uczczenia tej bardzo ciekawej postaci piszemy w tym artykule.

Redakcja

JUSTYNA MAKOWSKA-WĄS, MARIAN STRZAŁKA

Portret dra Krzysztofa Kmiecia w Muzeum Farmacji w Krakowie

17 marca bieżącego roku w krakowskim Muzeum Farmacji przy ulicy Floriańskiej 25 miała miejsce wyjątkowa uroczystość. Do Muzeum przekazano portret dra farm. Krzysztofa Kmiecia, ufundowany przez jego przyjaciół i znajomych.

Rok temu pożegnaliśmy naszego przyjaciela i współpracownika dra Krzysztofa Kmiecia, który odszedł 13 marca 2011 roku, w dzień swoich 61. urodzin. Od 1975 roku był pracownikiem Katedry Farmakognozji Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Był to człowiek nietuzinkowy, niezwykle otwarty, obdarzony poczuciem humoru, ciekawy świata i ludzi, propagator wiedzy o roślinach leczniczych, miłośnik kasztanowców, z którymi związany był pracą naukową, jednak zainteresowania tym niezwykle dekoracyjnym drzewem wykraczały daleko poza badania fitochemiczne. Jego prawdziwą pasją było niewątpliwie tworzenie ekslibrisów. Pierwszy wykonał w 1985 roku w prezencie dla przyjaciela, a od tego czasu stworzył ich ponad 2600. Największą część twórczości stanowią linoryty, ta technika należała do ulubionych. Ale w jego dorobku znajdują się również cynkoryty i cynkotypie kreskowe, ołowioryty, akwaforty, drzeworyty czy prace wykonane na płycie kompaktowej, analogowej lub płytce solnej. Odbiorcami tych „małych form graficznych" była przede wszystkim rodzina, przyjaciele, farmaceuci, ale i osoby znane szerokiej publiczności, artyści, nobliści czy sportowcy. Tematyka motywów pojawiających się w pracach nawiązywała do zawodu farmaceuty, często były to rośliny, oczywiście lecznicze. Nie brakowało również motywów religijnych, górskich, sportowych czy muzycznych.

Krzysztof Kmieć wziął udział w ponad 150 wystawach zbiorowych oraz ponad 140 indywidualnych, w Polsce i krajach na całym świecie. Jego prace znajdują się w zbiorach wielu galerii, bibliotek, muzeów i w kolekcjach prywatnych. Od czasów studenckich projektował także plakaty, znaczki okolicznościowe, m.in. rajdów turystycznych czy wypraw naukowych. Był z zamiłowania podróżnikiem, który odwiedził ponad 30 krajów świata.

Czytelnicy czasopisma „Dializa i Ty" mieli okazję poznać charakterystyczną kreskę tego artysty w rysunkach, które od wielu lat ilustrowały jego strony. Wspomnienie o nim znalazło się także na łamach czasopisma („Dializa i Ty", nr 2/2011).

W środowisku farmaceutów był postacią znaną i bardzo lubianą; w 2003 roku uhonorowano go tytułem „Pasjonata Farmacji", a w 2004 roku wyróżniono medalem im. Ignacego Łukasiewicza Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Otrzymał również wiele nagród i wyróżnień związanych z twórczością artystyczną.

O niezwykłej osobowości Krzysztofa Kmiecia w pewien sposób świadczy również inicjatywa przyjaciół i znajomych, którą podjęto w niedługim czasie po jego odejściu. Postanowiono ufundować portret naszego kolegi, który został namalowany przez panią Monikę Malinowską, absolwentkę Wydziału Grafiki Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie.

I tak 17 marca doszło do spotkania w Muzeum Farmacji w Krakowie. Wszystkich zgromadzonych, a w szczególności Rodzinę Krzysztofa Kmiecia, powitał dyrektor Muzeum, prof. dr hab. Zbigniew Bela.

Kolejno głos zabrał prof. dr hab. med. Janusz Skalski, kierownik Kliniki Kardiochirurgii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, który poprowadził dalszą część uroczystości. W kilku słowach podziękował za miłe przyjęcie i przedstawił ideę pomysłu podarowania do Muzeum Farmacji portretu dra Krzysztofa Kmiecia. Pomysł powstał po spotkaniu byłych działaczy organiza-

cji młodzieżowych na krakowskiej Akademii Medycznej z lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Październikowe spotkanie (22–23.10.2011) w Osieczanach było przede wszystkim realizacją idei Krzysztofa Kmiecia – okresowych spotkań ludzi działających w tamtych czasach na rzecz społeczności akademickiej.

Następnie, dyrektor ds. produkcji firmy „Apipol", dr Krystian Sodzawiczny, opowiedział o początkach swej przyjaźni z Krzysztofem Kmieciem i kulisach powstania pierwszego ekslibrisu.

Pan Andrzej Znamirowski, były pracownik Domu Kultury „Podgórze" w Krakowie przedstawił wystawę, która na ten dzień została przeniesiona do Muzeum Farmacji. Wystawa pod tytułem „Ekslibrisy dla Krzysztofa Kmiecia" i znaki *in memoriam*, uzupełniona o zdjęcia jej bohatera ze spotkań i wystaw autorskich pokazywana była w Galerii Ekslibrisu DK „Podgórze". Pan Znamirowski poinformował również zebranych o inicjatywie, jaka zrodziła się w gronie ekslibrysistów, by sala wystawowa Galerii Ekslibrisu nosiła imię Krzysztofa Kmiecia.

Okręgową Izbę Aptekarską w Krakowie reprezentowała prezes mgr Barbara Jękot, która przedstawiła własne wspomnienia o Krzysztofie Kmieciu, jeszcze z czasów studiów na Wydziale Farmaceutycznym.

Prof. dr hab. Zbigniew Bela, Dyrektor Muzeum Farmacji wita gości w Muzeum Farmacji w Krakowie

Prof. dr hab. med. Olgierd Smoleński, zasłużony nefrolog, redaktor naczelny niniejszego czasopisma (którego Czytelnikom chyba przedstawiać nie trzeba!), w swoim wspomnieniu o doktorze Kmieciu przytoczył m.in. anegdoty z czasów studiów i wspólnej działalności w ZSP, do nieznajomości których przyznała się nawet żona dra Kmiecia. Profesor Smoleński przeczytał również wiersz, autorstwa Mariana Cezarego Abramowicza, dedykowany Krzysztofowi Kmieciowi, który przedstawiamy poniżej.

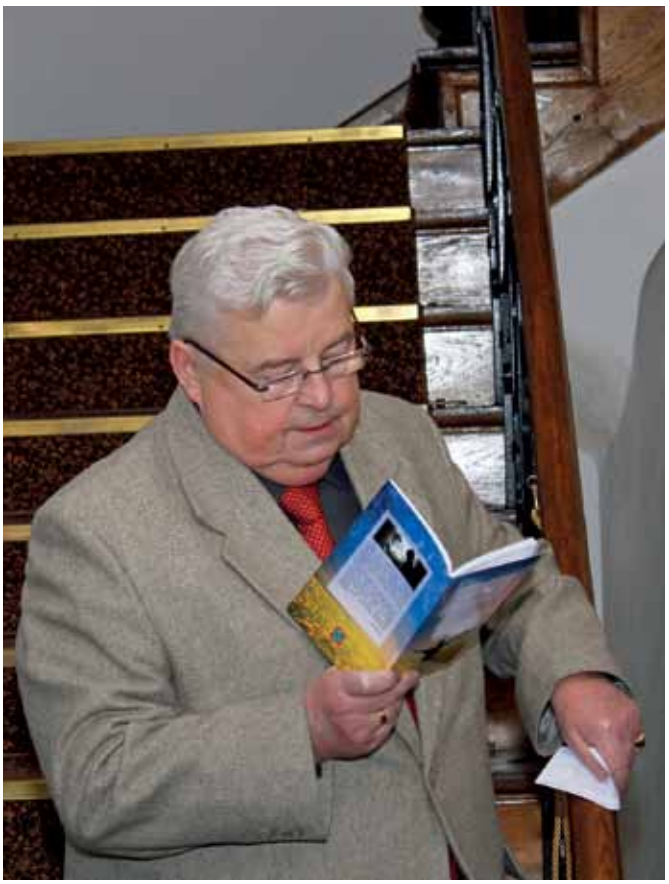
Ze strony Rodziny wystąpiła siostra Krzysztofa Kmiecia, pani Alicja Wiązowska. Podziękowała za inicjatywę i opowiedziała o wspólnym dzieciństwie spędzonym w Tarnowie, („wybrykach" małego Krzysia) i kulisach wyboru kierunku studiów.

Dr Janusz Sterkowicz, farmaceuta, dawny działacz ZSP, przypomniał zgromadzonym wyprawę dra Kmiecia do Indii, która w pewnym sensie stała się przyczynkiem do późniejszych badań wpływu Huty Aluminium w Skawinie na zdrowie mieszkańców okolic Krakowa, prowadzonych pod kierunkiem prof. Marii Gumińskiej, co spowodowało likwidację Wydziału Elektrolizy Huty.

Była Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, Kierownik Zakładu Farmakokinetyki i Farmacji Fizycznej, prof. dr hab. Joanna Szymura-Oleksiak, w bardzo osobistych słowach wspomniała długoletnią znajomość z drem Kmieciem i jego działalność na rzecz Wydziału Farmaceutycznego.

Mgr Krzysztof Kokot, farmaceuta z Nowego Targu, kolega ze

Prof. dr hab. Janusz Skalski prowadzi uroczystość przekazania portretu Krzysztofa Kmiecia do Muzeum



Prof. dr hab. Olgierd Smoleński czyta wiersz Mariana Cezarego Abramowicza dedykowany Krzysztofowi Kmieciowi

studiów i ZSP, przeczytał wiersz swojego autorstwa dedykowany Krzysztofowi Kmieciowi.

Po wystąpieniach gości, portret dr Krzysztofa Kmiecia przekazano na ręce Dyrektora Muzeum Farmacji, prof. Zbigniewa Beli. Warto dodać, że na tym wizerunku dr Kmieć w klapie marynarki ma znaczek Zrzeszenia Studentów Polskich. Mniejszą wersję portretu podarowano Żonie, pani Aleksandrze Kmieć.

Później wszyscy goście obejrzeli wystawę ekslibrisów przygotowaną przez pana Andrzeja Znamirowskiego. Na pamiątkowych kartach z portretem można było odbić znak „*in memoriam* Krzysztofa Kmiecia" z motywem kasztanowca.

Po uroczystości w muzeum goście przeszli do kościoła św. Anny, gdzie odprawiona została msza w intencji dra Krzysztofa Kmiecia, a następnie zgromadzeni wysłuchali koncertu w wykonaniu chóru „Perfugium". Po mszy Rodzina i najbliżsi przyjaciele udali się na obiad do jednej z krakowskich restauracji.

Spotkanie było okazją do przypomnienia anegdot o Krzysztofie Kmieciu, jego pasji, popularności, historii licznych znajomości, które niejednokrotnie przerodziły się w wieloletnie przyjaźnie. Stało się, jak apelował tego dnia prof. Skalski, byśmy mogli wspominać naszego przyjaciela z uśmiechem.

Taki jest Jego wizerunek na portrecie. I takim Go zapamiętamy.

Marian Cezary Abramowicz,
z tomiku *Listy nie wysłane*, Poznań 1996.

Po polsku

Krzysztofowi Kmieciowi

Odziany w słońce
niesiesz ludziom
przez jesienny deszcz
swoje serce i myśli
w rzeźbionych słowach
o konsystencji i blasku diamentów i złota.
Nie nasłuchujesz oklasków, które zrudziałe,
w rytmie mazura
lub poloneza
kiedyś spadną na twój grób milczeniem
po polsku...

Krzysztof Kokot,
z tomiku *Dmuchawce*, Nowy Targ 2011.

Kasztanowiec zwyczajny
Aesculus Hippocastanum

Kiedy kasztan biorę w dłonie
Nie kojarzy mi się z koniem
Lecz z maturą i dziewczyną
Eskuliną i escyną
Także z wiosną, pięknym kwieciem
I brodatym Krzyśkiem Kmieciem!

Regionalne Centrum Nefrologii Szczecinek

Centrum Usług Medycznych sp. z o.o. działa od 2000 roku. Utworzyła wtedy jedną z pierwszych w Polsce, prywatnych stacji dializ w Kostrzynie nad Odrą (obecnie Fresenius Nephrocare). Od 2004 roku prowadzimy stację dializ w Miastku, w latach 2006–2010 całkowicie odnowiliśmy i wyposażyliśmy stację dializ w Kołobrzegu w Szpitalu Regionalnym (obecnie Fresenius Nephrocare).

W roku 2009 w Szczecinku wybudowaliśmy od podstaw 16-stanowiskową stację hemodializ, która spełnia wszystkie standardy obowiązujące w nefrologii. Naszą dewizą jest nowocześnie leczyć pacjentów w przyjaznych warunkach. Stacja dializ w Szczecinku może bez kompleksów porównywać się z nowoczesnymi stacjami dializ międzynarodowej sieci Fresenius Nephrocare – znanej z wysokich standardów jakości opieki i leczenia. Stacja dializ stała się zaczynem powstania Regionalnego Centrum Nefrologii w Szczecinku, którego celem jest nie tylko wykonywanie zabiegów hemodializy i dializy otrzewnowej, lecz także kompleksowe leczenie i opieka dla wszystkich pacjentów z ostrymi i przewlekłymi chorobami nerek. Kolejnym, bardzo ważnym krokiem było uruchomienie z dniem pierwszego stycznia 2011 roku oddziału nefrologiczno-internistycznego.

Dzięki tym działaniom Regionalne Centrum Nefrologii w Szczecinku oferuje dzisiaj pacjentom leczenie poprzez:

- Stację dializ w Szczecinku: hemodializa i dializa otrzewnowa
- Oddział Nefrologii (diagnostyka, leczenie, przygotowanie do przeszczepu, wykonanie przetoki)
- Poradnię Nefrologiczną
- Poradnię Internistyczną
- Pracownię USG z Dopplerem
- Oddział Chorób Wewnętrznych (bez umowy z NFZ)
- Oddział Opieki Długoterminowej (bez umowy z NFZ), dedykowany pacjentom leczonym dializami, wymagających opieki ze względu na niepełnosprawność
- Stację dializ w Miastku

Zapewniając w wymienionych działach kompleksową opiekę, współpracujemy z ośrodkami klinicznymi w Szczecinie i Gdańsku, a także Poltransplantem.

Wszystkie wymienione jednostki zlokalizowane są w nowoczesnym budynku dostosowanym dla osób niepełnosprawnych, połączonym z kompleksem szpitalnym (m.in.: chirurgia, ortopedia, OIOM, tomografia komputerowa).

W naszym budynku (6 kondygnacji) znajdują się również m.in.:

- Oddział Kardiologii Inwazyjnej (Allenort)
- Zakład Rehabilitacji (Podimed)

Wszystkie zabiegi kardiologii inwazyjnej dla pacjentów Centrum Nefrologii zabezpieczamy we współpracy z Allenort na miejscu.

Bezpośrednio z naszym obiektem połączone jest Centrum Okulistyki i Chirurgii Oka. Wymienione jednostki są niezależne, ale łączą nas szczególne przyjazne relacje w celu zapewnienia szybkiej, wysokiej jakości pomocy naszym pacjentom z chorobami nerek. Ważnym dla chorych z choroba-

mi nerek, a dla dializowanych w szczególności, są relacje z Oddziałem Chirurgii Oka, gdzie nasi pacjenci, wymagający takich operacji jak: zaćma, vitrektomia, pomimo problemów (NFZ), są przyjmowani bez zbędnej zwłoki.

Regionalne Centrum Nefrologii działa w kompleksie szpitalnym położonym bezpośrednio nad pięknym jeziorem Trzesiecko. Region Szczecinka i okolic to piękne lasy, jeziora i ośrodki wypoczynkowe, szczególnie piękne, wypoczynkowo-rehabilitacyjne Borne Sulinowo, oddalone od Szczecinka o około 20 km.

W stacji dializ w Szczecinku zapewniamy przez cały rok dializy gościnne pacjentom odpoczywającym w naszym regionie. Do dyspozycji pacjentów przez całą dobę jest zespół specjalistów w zakresie nefrologii, chorób wewnętrznych i anestezjologii, którzy wraz ze stałym zespołem pielęgniarek są gwarancją bezpiecznego i nowoczesnego leczenia w Regionalnym Centrum Nefrologii.

Szczególnie polecamy nasz nowy **Oddział Opieki Długoterminowej dla Pacjentów Dializowanych**. Oddział nie posiada kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Na 12-łóżkowym oddziale proponujemy opiekę pacjentom dializowanym, którzy wymagają całodobowej, 24-godzinnej opieki, są unieruchomieni w łóżku lub z innych względów nie mogą samodzielnie funkcjonować, dla których odległy transport na zabiegi HD przysparza dodatkowych cierpień. Czas pobytu na oddziale uzależniony jest od potrzeb pacjenta i jego rodziny lub opiekunów. Proponujemy także opiekę nad osobami dializowanymi na czas, kiedy ich opiekunowie potrzebują chwili odpoczynku. Oddział znajduje się w kompleksie Regionalnego Centrum Nefrologii, tym samym podopiecznym oddziału opiekuńczo-leczniczego zapewniamy pełną opiekę specjalistyczną, nefrologiczną wraz z całodobowym nadzorem lekarza nefrologa. Koszty pobytu w oddziale opieki długoterminowej ponosi indywidualnie każdy chory, natomiast dializoterapię zapewniamy w ramach kontraktu z NFZ dla chorych ubezpieczonych. Szczegółowych informacji na temat rezerwacji terminu pobytu udzielamy pod telefonem 94 37 27 384 oraz 516 130 872 .

Wszystkie powyższe elementy służą realizacji kompleksowej opieki nad chorymi „nefrologicznymi" i to jest naszym podstawowym zadaniem. Dlatego też do Regionalnego Centrum Nefrologii w Szczecinku zapraszamy na wypoczynek pacjentów z całej Polski, natomiast pacjentom z powiatów szczecineckiego, drawskiego, wałeckiego, złotowskiego, człuchowskiego, bytowskiego oraz białogardzkiego zapewniamy regularną, specjalistyczną opiekę w Poradni Nefrologicznej, leczenie w Oddziale Nefrologii, w tym: wytworzenie dostępu naczyniowego, hemodializę i dializę otrzewnową.

Wszystkiego najlepszego Naszym Obecnym i Przyszłym Pacjentom życzy

lek. med. Krzysztof Wruk
Prezes Zarządu

Dane kontaktowe:
lek. med. Krzysztof Wruk
ul. Kilińskiego 7/4
78-400 Szczecinek
tel. 94 37 27 380
tel. kom. 602 39 35 33
e-mail: dializa@dializa.com.pl

Szczecinek – urokliwe miasteczko założone przez Przemysława IV w 1310 roku. Wtedy mała osada rybacka, dziś 35-tysięczna miejscowość w województwie zachodniopomorskim, oddalona 100 km od morza, położona wzdłuż pięknego jeziora Trzesiecko. Po jeziorze w sezonie kursują dwa stateczki; są też ryby, grzyby, jagody; funkcjonuje niezła baza hotelowa.

Och! Jeszcze ważna informacja dla osób dializowanych. Jest w Szczecinku supernowoczesna Stacja Dializ z „nerkami" firmy Fresenius, z małym, przytulnym oddziałem nefrologicznym – czynna właściwie całodobowo we wszystkie dni tygodnia. Można powiedzieć „full wypas".

Dlaczego tak promuję swoje miasto? Ano dlatego, że zachęcam wszystkie osoby dializowane do ruszenia się z domu, do aktywnego życia. Nie dajmy się zawładnąć codziennością wyznaczoną rytmem dializ i codziennymi problemami. To prawda, mamy wiele ograniczeń, ale nie na tyle, by być „nerkami do dializowania".

Wiedziałem jedno, iż aby uruchomić u naszych dializowanych koleżanek i kolegów, ich rodzin, znajomych pokłady aktywności potrzebna jest jakaś forma zorganizowania. Pomyślałem o stowarzyszeniu. Zacząłem o tym rozmawiać z koleżankami, w których widziałem osoby o pokrewnym myśleniu. Początkowo myśleliśmy o założeniu własnego stowarzyszenia, jednak w trakcie dyskusji doszliśmy do przekonania, iż dużo lepiej będzie przyłączyć się do już istniejącego stowarzyszenia i skorzystać z jego doświadczenia i wiedzy.

I tak po krótkiej dyskusji, zapadła decyzja – przyłączamy się do Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych.

Pierwsza moja rozmowa z Panią Prezes utwierdziła mnie w przekonaniu o słuszności naszego wyboru. Jeszcze kilka rozmów z dr Iwoną Mazur oraz panem Michałem, człowiekiem od wszelkich zadań, i zapada decyzja – tworzymy w Szczecinku Filię OSOD.

Teraz przed małą grupką zapaleńców pierwszy trudny etap, przekonać do pomysłu jak najwięcej osób.

Mamy bowiem przekonanie, że im więcej osób dializowanych, po przeszczepie, ich rodzin i przyjaciół przekona się, że jest sens tworzyć dla siebie i dla innych rzeczywistość dnia codziennego, a nie biernie czekać, co ta codzienność przyniesie, tym większa szansa na to, że stowarzyszenie będzie żywotne i akceptowane w naszej małej społeczności.

Zamieszczam kilka zdjęć z pierwszych poczynań (jeszcze nieformalnych) naszej grupki. Postanowiliśmy jako pierwsi skorzystać z atrakcji i uroków naszego miasta i zorganizowaliśmy „Piknik rodzinny". Była przejażdżka tramwajem wodnym, kiełbaski z ogniska, ciasta i sałatki przygotowane przez koleżanki i świetny koncert jazzowy na „Mysiej wyspie".

Na pikniku było co prawda tylko piętnaście osób, ale za to wszyscy bawili się świetnie. Przetarliśmy szlaki, teraz Wasza kolej, czekamy na turystów ze wszystkich stacji dializ w Polsce. Przyjeżdżajcie, nie musicie być nerkami do dializowania.

Jerzy Krzysztof Berdyński

SŁOWNICZEK PACJENTA DIALIZOWANEGO

PRZETOKA TĘTNICZO-ŻYLNA

Inne nazwy: Dostęp naczyniowy do hemodializy, proteza naczyniowa, przetoka Cimino-Bresci, przetoka natywna, przetoka sztuczna.

Definicja: Jest to chirurgiczne wytworzenie połączenia pomiędzy naczyniem tętniczym a żylnym, zapewniające, po okresie dojrzewania, poszerzenie światła i pogrubienie ściany ramienia żylnego (tzw. arterializacja), co umożliwia wielokrotne jego nakłuwanie w celu zapewnienia przepływu krwi przez aparat do hemodializy (przetoka natywna). W przypadku braku odpowiednich naczyń własnych możliwe jest wszczepienie protezy naczyniowej łączącej układ tętniczy z żylnym (przetoka sztuczna).
Zgodnie z wytycznymi Dialysis Outcome Quailty Initiative (DOQI), istnieje kilka zasad obowiązujących przy wytwarzaniu dostępu naczyniowego do dializ:

1. Należy dążyć do wytworzenia dostępu naczyniowego do dializ z naczyń własnych chorego.
2. Pierwszy dostęp naczyniowy do hemodializy powinien być zlokalizowany jak najbardziej obwodowo, jak tylko pozwala stan naczyń chorego.
3. W wypadku braku odpowiednich naczyń własnych chorego można podjąć decyzję o wszczepieniu protezy naczyniowej.
4. Obowiązkiem personelu medycznego zajmującego się leczeniem i opieką nad chorym z niewydolnością nerek jest dążenie do oszczędzania naczyń żylnych chorego, które mogą być potencjalnie wykorzystane do wytworzenia przetoki tętniczo-żylnej (unikanie pobierania krwi z głównych pni żył powierzchownych kończyny górnej, unikanie zakładania wkłuć centralnych do żył podobojczykowych).

Wskazania: Niewydolność nerek: z eGFR < 20 ml/min (25 ml/min u osób chorych na cukrzycę) u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia hemodializą.

Przeciwwskazania: Ciężka niewydolność krążenia (frakcja wyrzutowa lewej komory < 35%), skaza krwotoczna, nieuregulowane ciśnienie tętnicze, infekcja, zmiany zakrzepowo-zatorowe w obrębie kończyn górnych.
UWAGA! Nie należy używać opasek uciskowych na kończynę z wytworzoną przetoką. Wyjątek stanowią krwawienia zagrażające życiu.

DIALIZATOR

Definicja: Najważniejsza część aparatu do hemodializy w kształcie walca o przeciętnej średnicy 4–6 cm i długości 20–30 cm. Wewnątrz dializatora umieszczone są cienkie kapilary wykonane z błon półsyntetycznych i syntetycznych, wewnątrz których przepływa krew. Z boku dializatora doprowadzany jest płyn dializacyjny, który obmywa z zewnętrz kapilary. dzięki czemu dochodzi do wymiany produktów przemiany materii pomiędzy krwią i dializatem. Wymiana ta zachodzi dzięki dyfuzji, osmozie, konwekcji i ultrafiltracji. W zależności od potrzeb powierzchnia wymiany w dializatorze może wynosić od 1,0 m^2 (dzieci) do nawet 2,0 m^2 dla dorosłych. W zależności od wielkości otworów w błonie (por) wyróżniamy dializatory niskoprzepływowe (ang. *low-flux*) i wysokoprzepływowe (ang. *high-flux*). Dializatory są najczęściej jednorazowe, w niektórych krajach dopuszcza się użycie wielokrotne (dla tego samego chorego) – tylko ze względów ekonomicznych. Poza przedstawionymi powyżej dializatorami kapilarnymi stosowane są, w wybranych przypadkach, dializatory płytowe, gdzie błona półprzepuszczalna ułożona jest równolegle na przekładkach (płytach) oddzielających kompartmenty krwi, pomiędzy którymi przepływa płyn dializacyjny. Ze względów historycznych warto wspomnieć o dializatorach zwojowych, w których błona półprzepuszczalna nawinięta była na bęben wraz z przekładką. Zarówno dializatory płytowe, jak i zwojowe wymagały znacznie większej objętości krwi. do ich wypełnienia.

REUTYLIZACJA DIALIZATORÓW

Inna nazwa: Płukanie dializatorów.

Definicja: Zabieg polegający na wielokrotnym wykorzystaniu dializatora dla tego samego chorego. Pierwsze doniesienia na ten temat pochodzą z lat 60. ubiegłego wieku. Wówczas dializatory reutylizowano ręcznie. Obecnie jest to proces automatyczny, pod kontrolą ciśnienia i objętości „płukanego" dializatora. Początkowo wiązano krotność użycia dializatora z lepszą biozgodnością błony i dłuższym przeżyciem chorych dializowanych, jednak po wielu latach doświadczeń jedynym wskazaniem pozostaje czynnik ekonomiczny. W Polsce reutylizuje się ok. 25% dializatorów, jest to proces automatyczny, dopuszczony prawem, jak i wymogami płatnika. W ubiegłym wieku, kiedy brakowało wystarczających nakładów na dializoterapię, było to konieczne w myśl zasady *reuse or no use*, obecnie stopniowo odstępuje się od tego procederu. Do reutylizacji służą specjalne maszyny (płukaczki), w procesie tym używa się kwasu nadoctowego.

FIRMY WSPÓŁPRACUJĄCE

Sekcja Nefrologiczna
Izby Gospodarczej
Medycyna Polska

Nefron

JANSSEN-CILAG
Polska Sp. z o.o.

Roche

AMGEN

Baxter

Szanowni Państwo,

„Dializa i Ty” ukazuje się już od kilku lat. Docieramy do wszystkich z 270 stacji dializ w Polsce. Dokładamy wszelkich starań, aby materiały zawarte w kwartalniku wychodziły naprzeciw Państwa oczekiwaniom, odpowiadając na tematy nurtujące pacjentów w sposób rzetelny i wyczerpujący. Jednak przede wszystkim chcemy motywować i pokazać, że pomimo choroby można żyć normalnie. Dowodem na to są świadectwa pacjentów, którzy na łamach kwartalnika opisują swoje zmagania z chorobą oraz radości dnia codziennego.
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.

*W – wpłata gotówkowa *P – polecenie przelewu

nazwa odbiorcy: OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZE-
nazwa odbiorcy cd.: NIE OSÓB DIALIZOWANYCH
numer rachunku odbiorcy: 12116022020000000835682
waluta: PLN
Kwota
kwota słownie
numer konta zleceniodawcy (przelew) lub nazwa zleceniodawcy
numer konta zleceniodawcy (przelew) lub nazwa zleceniodawcy cd.
tytuł wpłaty (zaznaczyć właściwe pola ☒): DIALIZA I TY
tytuł wpłaty cd.

Opłata
Podpis

Odcinek dla odbiorcy

POCZET
WYBITNYCH NEFROLOGÓW POLSKICH

Prof. dr hab. n. med. JAN DUŁAWA
Kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (od 2000 roku).
W latach 1978–2000 pracował w Klinice Nefrologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii pod kierunkiem prof. Franciszka Kokota.
Specjalista chorób wewnętrznych, nefrologii, hipertensjologii i angiologii.
Dziekan Wydziału Lekarskiego SUM (w latach 1996–2002).
Prorektor ds. nauki SUM (od 2008 roku).
Konsultant wojewódzki ds. chorób wewnętrznych województwa śląskiego (od 1991 roku).
Członek Zarządu Głównego TIP (w latach 2006–2009), od 2009 członek Głównej Komisji Rewizyjnej.
Krajowy Dyrektor Medyczny sieci dializ Diaverum Polska (od 2001 roku).
Autor lub współautor ponad 200 publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w podręcznikach), tłumacz 8 podręczników.
Wychowawca 20 specjalistów chorób wewnętrznych, 6 nefrologów, promotor 10 doktoratów, opiekun 2 przewodów habilitacyjnych.
Hobby: literatura.