Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 1 (27) 2016

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 1 (27) 2016, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:
prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk

Zastępca redaktora naczelnego:
dr n. med. Adam Markiewicz

Sekretarz redakcji:
lek. med. Michał Śmigielski

Wydawca:
Fundacja Amicus Renis
os. Złotej Jesieni 1; 31- 826 Kraków
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych
ul. Wilczy Stok 12; 30-237 Kraków

Sekretariat–biuro:
Danuta Maliszewska
tel. 12 642 49 48
faks 12 642 49 31
e-mail: danuta.maliszewska@amicusrenis.pl
Michał Dębski-Korzec
kom. 691 586 848
tel. 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. 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

Rysunki: KRZYSZTOF KMIEĆ

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.

W numerze:

3 Słowo od Redakcji - prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk
Rozmowy z Olgierdem spisane z obłoków- Leszek Aleksander Moczulski

4 Ludzie listy piszą
O spotkaniu osób z przeszczepioną nerką, o zapaleńcach, cudzie, wolności, raju i haczyku - Dorota Ligęza
Jest taka stacja dializ przy szpitalu w Krośnie – moja stacja… - Tomasz Blecharczyk

7 Diariusz pacjenta po przeszczepieniu nerki
Transplantacja - transformacja w transie - Alina Brożkiewicz-Ster

9 Listy znad morza
Pięćdziesiąt lat minęło jak jeden dzień - prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

10 Kącik Literacki
Wiersze wybrane- Renata Szubert-Zarębska

13 W oczach lekarza
Czy warto spoglądać globalnie? - prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk
Jakość życia u chorych na nerki - prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko
Przerost lewej komory mięśnia sercowego - dr hab. med. Dorota Drożdż

16 Pielęgniarka radzi
O przybieraniu na wadze, przewodnieniu i badaniu składu masy ciała za pomocą urządzenia zwanego monitorem składu ciała (BCM – body composition monitor)- - mgr Maria Kulpecka-Mazur
Potrzeby i problemy pacjentów dializowanych otrzewnowo - Katarzyna Kalista

19 Głos Stowarzyszenia Pomocy Dializowanym
Światowy Dzień Nerek 2016- działaj wcześnie by zapobiegać- Monika Zielińska
Akcja „Zadbaj o swoje nerki" fundacji EDF Polska - Monika Zielińska
Rodzinny Zjazd - Kazimierz Esmund
Ogólnopolska Karta Seniora

23 Wydarzenia
Tablica upamiętniająca prof. dr hab. med. Olgierda Smoleńskiego w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie
Bruksela – centrum rozmów na temat PChN - Michał Dębski-Korzec
XXI Postępy w Dializoterapii Otrzewnowej - dr hab. med. Janusz Ostrowski
XII Krakowskie Dni Dializoterapii

26 Nasz chleb powszedni
Przepisy kulinarne – nasz pomysł na wsparcie dietetyczne- dr n. med. Maciej Drożdż

32 Nasze ośrodki dializ
Spotkania z pacjentami – filozofia „Wszyscy za jednego" w praktyce- dr n. med. Maciej Drożdż

33 Ruch to zdrowie
„Żagle na zdrowie" – obozy żeglarskie dla pacjentów po transplantacji nerki- dr med. Jacek Rubik

34 Poczet wybitnych nefrologów
Prof. dr hab. med. Maria Roszkowska-Blaim

SŁOWO OD REDAKCJI

Każdy z nas, często mówiąc sobie: - Lepiej późno niż wcale! - starał się tłumaczyć sam przed sobą mniejsze lub większe zaniechania. Niewielu pamięta, iż autorem tych słów był nie kto inny, jak Tytus Liwiusz, rzymski historyk wywodzący się z dzisiejszej Padwy, twórca legendarnych opisów historii Rzymu. Przyznajmy, że pomimo upływu tysięcy lat maksyma ta nie straciła na aktualności. Udało się coś w końcu naprawić, wreszcie dokończyliśmy długo odkładaną pracę, zadzwoniliśmy do bliskich, odwiedziliśmy przyjaciół. Ale także – zrobiliśmy odwlekane w nieskończoność badania krwi i moczu, dotarliśmy w końcu do lekarza, bo coś trzeba zrobić z bolącym kolanem lub niekontrolowanym nadciśnieniem. Zabraliśmy się za siebie i swoje zdrowie, bo dializoterapia wielu z nas nie przebiegała ani po naszej myśli ani po myśli naszych lekarzy. Wielu, doświadczywszy w tym roku dobrodziejstwa przeszczepienia nerki mogło westchnąć po długim czasie oczekiwania na to magiczne zakończenie przygody z dializoterapią: - Lepiej późno, niż wcale!

Ja też mam poczucie, że spotykając się w zespole redakcyjnym „Dializy i Ty" i przygotowując ten numer pomyślałem dokładnie tak samo, mając na swoje usprawiedliwienie pędzący jak szalony czas! Jest kolejny numer „Dializy i Ty". Lepiej późno, niż wcale! Zimy prawie nie było, wiosna wybuchła w maju latem, czerwcowe upały pasowały bardziej do wakacji, niż do czasu codziennej pracy. A tu tyle ciekawych rzeczy się dzieje. O każdej z nich, po kilka słów, znajdziecie Państwo w bieżącym numerze. Profesor Bolesław Rutkowski pisze pięknie o półwiecznej historii przeszczepiania nerek, której patos koliduje z rzeczywistością, z poczuciem humoru opisanej przez p. Dorotę Ligęzę. Sporo uwagi poświęcamy ponownie dializie otrzewnowej, dopatrując się w tej metodzie szansy na bardziej fizjologiczną dializę, ciągle z trudem walczącą o prawo do bycia równorzędną metodą leczenia nerkozastępczego w porównaniu do wszechmocnej – jak się wydaje – hemodializy. Wiele mówiono o tym na europejskiej konferencji EuroPD w Krakowie w jesieni 2015 jak i na konferencji „Postępy w dializie otrzewnowej" w kwietniu b.r. w Warszawie. Jest i o wodzie, jako toksynie mocznicowej - i o diecie, o której wielu z nas może powiedzieć, nie stosując się do lekarskich zaleceń, ale zmieniwszy zdanie, lepiej późno, niż wcale!

Korzystając z uroków zaczynającego się lata chcę wszystkich nas, pacjentów, pielęgniarki i lekarzy zachęcić do jednego: - Ruszmy się! Spacer, ruch, sport dla przyjemności! Może wycieczka rowerowa? Albo żagle? – jak robi to dr Jacek Rubik ze swoimi przeszczepionymi pacjentami. A może dializa wakacyjna? Ruszasz się, więc żyjesz! Pamiętając, że podjąwszy tę decyzję możemy z dumą powiedzieć: - Lepiej późno, niż wcale!
Więc tuż przed wakacjami trafia do Was kolejna „Dializa i Ty". Miłej lektury!

Jacek Pietrzyk
Redaktor Naczelny

Rozmowa z Olgierdem spisane z obłoków

Chyba jesteś Tam z
Wszechlekarzem w zmowie.
Trzeba opatrzyć rany kamienia.
Trzeba wyleczyć z gruzów
zburzone miasto,
przed którym sam Bóg oniemiał

Trzeba wyleczyć ludzi z wojen,
pokój uprosić i pokój zadać.
Trochę dać tlenu, którym
zabrakło.
Jak Ty Olgierdzie szanować,
radzić oraz wymagać.

Niebieskie łąki to Twoje łąki,
choć człowiekowi nie rosną
skrzydła
mówisz: jak anioł – uśmiechem
leczyć,
bo medycyna to sfer muzyka.

A my wciąż nadal nie pogodzeni,
jakby mniej ludne były ulice.
Pozdrawiasz z obłoków
współpracowników,
niech dar miłości ratuje życie.

Leszek Aleksander Moczulski

12 – 16 stycznia, 2016

O spotkaniu osób z przeszczepioną nerką, o zapaleńcach, cudzie, wolności, raju i haczyku

Dorota Ligęza
Pacjentka

Miło zaskoczyło mnie imienne zaproszenie od Dyrekcji Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II i Zespołu Przeszczepiania Nerek na spotkanie w dniu 10 marca 2016 roku. Uczestniczyć w nim mieli zarówno Pacjenci poddani zabiegowi przeszczepienia nerki jak i leczący się w tym Szpitalu oraz ich Bliscy. Termin w drugi czwartek marca nie był przypadkowy. Wpisywał się bowiem w obchodzony co roku Światowy Dzień Nerki.
Jestem już ponad 5 lat po przeszczepie nerki, który miałam w Lublinie i po raz pierwszy byłam na takim spotkaniu. Tak naprawdę to czekałam, aby móc porozmawiać z osobami w podobnej sytuacji i z podobnymi problemami. Dość często mam okazję brać udział w wielu spotkaniach i imprezach organizowanych między innymi. przez OSOD, ale po raz pierwszy było to spotkanie skierowane jakby do mnie – osoby po przeszczepie. Interesowały mnie doświadczenia innych pacjentów dla rozwiania swoich lęków i niepokojów oraz wątpliwości dotyczących zdrowia. Liczyłam na wzajemne wsparcie i pozytywną energię.
Cieszy fakt, że Zespól Przeszczepienia Nerek niedawno powstały w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II nie ogranicza się tylko do wykonywania przeszczepów i później leczenia w przychodni, ale również interesuje się jakością naszego życia, naszymi problemami – nie tylko zdrowotnymi. Stara zrozumieć nas oraz z nami rozmawiać.
Mimo deszczowej pogody z chęcią i wielką ciekawością pojechałam do Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II. Szłam pomiędzy kroplami deszczu, tak jak w dzieciństwie nauczyła mnie moja babcia Zofia. W życiu też udaje mi się nie zmoknąć mimo deszczu. Już samo hasło przewodnie spotkania „Moje życie po przeszczepie zmieniło się" było zastanawiające. Czuję radość i ulgę po przeszczepie, bo życie jest łatwiejsze, mniej bólu i cierpienia, mniej ograniczeń. Więcej czasu mam dla siebie, który wcześniej zabierały dializy i dojazdy na nie. Mogę zaspokoić swoje pragnienie dowoli, dieta bardziej bogata i różnorodna, bez strachu, że zjedzony jeden pomidor więcej zakończy się tragicznie. Można wyjeżdżać blisko i całkiem daleko. Dla psychiki istotne jest mniejsze uzależnienie od innych np. od Stacji Dializ – personelu, aparatu, jakości sprzętów, płynów, transportu itp. Organizm lepiej funkcjonuje, poprawiła się kondycja, czuję pozytywną wewnętrzną siłę. Wiadomo, że nadal nie jestem zdrowa, choruję inaczej i muszę w inny sposób dbać o siebie, ale bez porównania żyję dużo bardziej komfortowo i bardziej aktywnie. Nowy etap życia dzięki cząstce podarowanej mi od młodego człowieka i bohaterskiej zgodzie jego rodziny na pobranie z jego zwłok narządów mobilizuje do świadomego życia i korzystania z tego daru – cudu. Dla mnie bowiem żyjąca cząstka martwej osoby we mnie jest CUDEM. Dodatkowo zyskałam trzeciego brata – „brata nerkowego" Roberta i może jeszcze jakieś „rodzeństwo" poprzez serce, wątrobę, trzustkę?
Po przyjściu na miejsce Pani dr n. med. Monika Kraśnicka każdego powitała ciepłym uściskiem dłoni. Jest ona dobrym duchem w opiece nad pacjentami. Zawsze mówi, że lubi wszystkich swoich pacjentów i mogę z całą odpowiedzialnością potwierdzić, że tak jest naprawdę. Dodatkowo bardzo zaangażowana w inicjatywy poprawiające rozwój transplantologii zwłaszcza w Krakowie. Popiera przeszczepy rodzinne i w tym celu organizuje spotkania edukacyjne. Wraz z lekarzami Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II przygotowuje się do realizacji tej metody leczenia. Pewnie też planowane są w niedługim czasie przeszczepy łańcuchowe i krzyżowe. Pacjenci bardzo czekają na tego rodzaju operacje w Krakowie i kibicują całemu Zespołowi. Jako mieszkańcy południowego regionu Polski nie będziemy musieli szukać pomocy w oddalonych miastach. Leczenie stanie się dla nas bardziej dostępne.
Sala konferencyjna zapełniona po brzegi uśmiechniętymi i widać szczęśliwymi Gośćmi. Przyjechali pacjenci nawet znad morza, którzy w tutejszym Szpitalu mieli przeszczep nerki. Wszyscy czuli, że znaleźli się w dobrych rękach, pod wspaniałą opieką i są bezpieczni. Ważne jest zaufanie do swojego lekarza, które nie tylko ja odczuwam, ale w rozmowach potwierdzali inni. To zaufanie ciągle jest budowane chociażby tym spotkaniem. Nasze życie, przezwyciężanie trudności zdrowotnych jest sukcesem lekarzy opiekujących się nami, stanowimy ich sukces i sens pracy. My pacjenci zaś jesteśmy pewni pełnego wsparcia ze strony Zespołu i też staramy się dbać o zdrową symbiozę z lekarzami. Jesteśmy partnerami w działaniu. Nikt nie jest tu bogiem! Po przedstawieniu Zespołu Przeszczepienia Nerek trochę ciekawych informacji i danych statystycznych przekazali poszczególni specjaliści. Były to informacje z dziedziny nefrologii, chirurgii transplantacyjnej, anestezjologii i koordynacji.
Od sierpnia 2014 roku przeszczepiono już ponad 60 nerek. Moim zdaniem to dużo, jak na tak młody ośrodek budowany „od początku" przez lekarzy zapaleńców – tak ich nazwała Pani dr n. med. Anna Prokop-Staszecka Dyrektor Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana

Pawła II. To dobrze, że tacy zapaleńcy są i chcą działać. Napawa optymizmem zaangażowanie i współpraca wielu specjalistów oraz poparcie Dyrekcji. Poruszono też problem akceptacji przez społeczeństwo śmierci mózgu jako śmierci człowieka i pobierania narządów od osoby bliskiej zmarłej. Kryje się za tym często niewiedza i brak zaufania.

Wiadomo, iż Szpital ten w Krakowie znany jest od lat jako jedno z centrów przeszczepiania serca. Przybliżył nam ten temat prof. dr hab. n. med. Jerzy Sadowski, znakomity specjalista „od serca", rozwoju kardiochirurgii i transplantologii.

Pani dr n. med. Monika Kraśnicka pamiętała każdego pacjenta, jego historię i przebieg leczenia. Chorych takich jak ja, czyli „spadochroniarzy" , przeszczepionych w innym ośrodku, a leczonych w przychodni transplantacyjnej tego Szpitala zaskoczyła tym, iż wymieniła z pamięci kto w jakim ośrodku miał przeszczep, a nawet znała wyniki badań. Jest to miłe, bo nie czuję się tylko numerem PESEL, ale osobą. Wszystko przebiegało w naprawdę sympatycznej i miłej atmosferze.

Nastąpił najważniejszy moment spotkania czyli dzielenie się doświadczeniami osób po przeszczepieniu nerki. Mamy różne historie, refleksje oraz przeżycia.

Pierwsza odważyła się Pani Alina z Krakowa. Transplantacji w ogóle się nie spodziewała. Po operacji odzyskała wolność – wolność „fizyczną" i nieważny był ból, który czuła po zabiegu. Swoje dramatyczne czasem przeżycia opowiedziała żartobliwie i z optymizmem. Radziła, aby cieszyć się z naszej odzyskanej „wolności" i korzystać z owoców zakazanych na dializach.

Inna pacjentka będąca 16 lat po przeszczepie mówiła o szczęściu z urodzenia dwóch zdrowych synów w tym czasie i prawie normalnym życiu. Nadal cieszy się dobrym samopoczuciem i formą.

Młoda dziewczyna Patrycja powiedziała o sobie „szczęściara" i wyjaśniła jak doszło u niej do przeszczepu wyprzedzającego. Najpierw zachorowała jej siostra, rozpoczęła dializowanie i była przygotowywana do przeszczepu rodzinnego właśnie od niej. Okazało się jednak, że sama ma chore nerki i niedługo może wymagać dializ, ale na szczęście wcześniej doczekała się przeszczepu. Teraz pracuje i ma wiele planów i marzeń na dalsze życie. Siostra również jest po przeszczepie.

Inna młoda kobieta zaskoczyła nas swoimi ciężkimi przeżyciami związanymi z chorobą, przeszczepem i problemami rodzinnymi. Jednak, jak sama powiedziała, leczyła jedną traumę kolejną traumą i powoli udaje się jej wszystko pokonać i z nadzieją patrzy w przyszłość.

Najmłodszy uczestnik spotkania Kuba przyjechał z Rodzicami. Podziękował za przeszczep i cieszył się nim. Operację przeszedł, gdy niewiele brakowało mu do 18 lat życia. W związku z tym były problemy z finansowaniem przeprowadzonego zabiegu, ale pomyślnie się wszystko układa.

Pan Anzelm oddał nerkę w przeszczepie rodzinnym i łańcuchowym żonie Elżbiecie. To doświadczenie jest istotne dla perspektywy rozwoju dawstwa rodzinnego, a Pan Anzelm stał się ambasadorem i żywym przykładem tej formy transplantacji. Przeszczepu rodzinnego doświadczył również Pan Marek. Jego dawca – Mama czuje się dobrze, a dla niego możliwy stał się powrót do normalnej aktywności zawodowej.

Wiele osób mówiło o radości z życia po przeszczepie, o świadomości jego przeżywania, o wspomnianej już wolności, lepszym życiu bez dializ i o możliwości podróżowania. Wspominano też czas tuż po otrzymaniu nerki i kilku pierwszych miesiącach, które często były trudne, ale na szczęście minęły. Należało przestawić się na to lepsze życie i co może wydawać się dziwne – nie jest zawsze łatwo. Z wieloma doświadczeniami sama się spotkałam w walce z chorobą i teraz wiem, że nie tylko ja tak miałam. Niektórzy przeszli transplantację jak „przysłowiowy katar", co jest pociechą dla oczekujących na narząd. Na sali była też Pani Małgorzata Rejdych żyjącą już 18 lat z przeszczepionym sercem.

Na koniec z wielkimi emocjami i szokiem wysłuchałam wyznania córki wcześniej wspomnianej Pani Aliny. Ze łzami w oczach mówiła o przeżywaniu choroby swojej Mamy, o trosce o nią, o obawach, lękach i strachu o jej życie. Ona jako młoda dziewczyna musiała szybko dorosnąć i zmierzyć się z tak ciężkimi doświadczeniami. Pomyślałam, że rodziny czasem bardziej przeżywają chorobę bliskiej osoby niż sami chorzy. Choroba zmienia życie całej rodziny. Sam moment od telefonu z wezwaniem do informacji i pewności, że przeszczep się powiódł doprowadził do rozstroju żołądka niektórych członków rodziny. Tak wielki był to stres, na szczęście wszystko już minęło i można się teraz uśmiechać.

Po części oficjalnej zaproszono wszystkich zgromadzonych na posiłek. Można było skosztować wszelkiego rodzaju „owoców zakazanych" do spożywania w okresie leczenia dializami. Często wówczas, będąc na targu chodziłam, oglądałam, podziwiałam i wdychałam zapachy dojrzałych owoców, warzyw czy jarzyn. Teraz ten „raj" jest również dostępny dla mnie. Jest to piękne wręcz wspaniałe, że pyszne sałatki z mnóstwem potasu mogę jeść i cieszyć się ich smakiem bez obaw!

Rozmowom nie było końca. Poruszano wiele problemów, a to odpłatność za leki, dobrej opieki lekarskiej, organizacji leczenia, trapiących schorzeniach itd. Niektórzy wymieniali kontakty między sobą, planowano kolejne przedsięwzięcia ułatwiające życie po przeszczepie. Nie spotkałam się z żadnymi narzekaniami na tutejszą Służbę Zdrowia, a jak wiadomo ogólnie wszyscy lubią ją krytykować. Chociaż, aby nie było tak pięknie…. jedna osoba wspomniała (żartobliwie) o braku haczyka w toalecie – a to dla pań ważny problem.

Na wesoło pożegnaliśmy się i życzyliśmy sobie tylko takich zmartwień jak haczyk, bo będzie to oznaczać, że „ok" jest zdrowie oraz opieka. Już jesteśmy wszyscy zaproszeni na spotkanie w czerwcu.

20-cia lat moich dializ i 5 lat życia po przeszczepie czyli w sumie przez 25 lat choroby śledziłam rozwój dializoterapii i transplantologii. Mogę stwierdzić, że naprawdę dokonał się wielki postęp. Dowodem tego były piękne świadectwa uczestników spotkania i wymalowana radość na ich twarzach.

Jest taka stacja dializ przy szpitalu w Krośnie – moja stacja...

Tomasz Blecharczyk
Pacjent

Najpierw był szpital w Sanoku, który trzykrotnie udzielał mi pomocy w krytycznym stanie mojego zdrowia. Ostatni pobyt w oddziale wewnętrznym tego szpitala w maju 2013 roku zakończył się wypisaniem mnie z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności nerek i przygotowaniem mnie do procesu dializ. Jego pierwszym etapem był zabieg wytworzenia przetoki naczyniowej przez świetnego fachowca, ordynatora oddziału chirurgicznego, dra W. Skibińskiego i skierowanie mnie do Przychodni Nefrologicznej w Krośnie. Okres sanocki był ważnym etapem w procesie mojego leczenia, co najlepiej ocenić z pewnego dystansu. Pragnę wyrazić wdzięczność wszystkim pracownikom obydwu Oddziałów i złożyć im serdeczne podziękowania. Do przychodni nefrologicznej w Krośnie trafiłem latem 2013 roku, gdzie poznałem dra J. Glazara – dyrektora stacji i ordynatora oddziału nefrologicznego. Już na pierwszej wizycie uświadomiono mi nieuchronną potrzebę rozpoczęcia – po pewnym okresie – zabiegów dializoterapii. Osobowość Ordynatora sprawiła, że przyjąłem to z pokorą i z zapałem przystąpiłem do ćwiczenia przetoki. Potem były następne wizyty w Przychodni, trzydniowy pobyt w Oddziale Nefrologicznym, pod opieką Ordynatora, zespołu lekarzy – 6 pań i 2 panów oraz doskonale dobranych pod względem walorów zawodowych i aparycji oddanych pacjentom sióstr pielęgniarek. Podczas tego pobytu nastąpiła pierwsza dwugodzinna dializa pod opieką siostry Teresy – zastępczyni pielęgniarki oddziałowej. Byłem wdzięczny dyrekcji Stacji za to, że moja pierwsza dializa odbyła się w obecności syna Grzegorza, który od czternastu lat korzysta z drugiej życiowej szansy jaką jest udana transplantacja nerki. Syn jest aktywnym działaczem Stowarzyszenia „Sport po Transplantacji" (PSsT).

I tak się wszystko zaczęło…

Zdaję sobie sprawę z tego, że ze względu na wiek 80 lat czekają mnie dializy do końca moich dni, ale jestem szczęśliwy z racji daru Opatrzności, jaki otrzymał syn Grzegorz.

Moja Stacja Dializ została dobudowana do obiektów Szpitala Wojewódzkiego, została zespolona z jego wewnętrznymi ciągami komunikacyjnymi, tak że chcąc dotrzeć do którejkolwiek komórki specjalistycznej nie musimy wychodzić na zewnątrz. Stacja jest obiektem nowoczesnym, dobrze wyposażonym, stanowiącym kompleks złożony z trzech jednostek organizacyjnych: przychodni nefrologicznej, oddziału nefrologicznego i stacji dializ. Nieocenionym elementem organizacyjnym stacji jest komórka transportowa dysponująca ambulansami Autodial, dowożącymi pacjentów na dializy. Kierowcy są ratownikami medycznymi i pacjenci zawsze mogą liczyć na ich fachową pomoc.

A pacjenci? Jest ich ponad stu dwudziestu. Są w wieku od dwudziestu kilku lat do dziewięćdziesięciu, w zróżnicowanym stanie zdrowia, o różnej sprawności fizycznej i różnym stopniu samodzielności. Ta stacja działa dla nas i bez nas nie istniałaby. Dializujemy się na trzy zmiany. Choroba łączy ludzi, zawiązują się przyjaźnie. Tematem najczęstszych rozmów jest wymiana doświadczeń w zakresie utrzymania diety i optymalnej wagi, stosowania leków, unikania takiej zmory, jak bezsenność, która nawiedza większość dializujących się pacjentów. W ich sercach tli się nadzieja na przeszczepienie nerki, na odzyskanie sprawności nerek i uniknięcie dializ, na skrócenie choćby czasu trwania dializy z czterech godzin do trzech oraz dni trwania zabiegów z trzech do dwóch. No cóż marzyć każdemu wolno…

Najpopularniejszymi pacjentami pierwszej zmiany, na której ja się dializuję są wśród kobiet: pani Elżbieta, czytająca mnóstwo książek, pani Jadwiga i inne…. Wśród mężczyzn popularny jest pan Janusz, ciężko doświadczony przez życie pan Tadeusz, ulubieniec pań pielęgniarek - pan Łukasz, który omawia przeróżne potrawy z dziczyzny z byłym wytrawnym myśliwym, panem Kazimierzem. W ostatnim okresie odeszło kilka osób, ale na każde zwolnione miejsce pojawiają się nowi pacjenci.

Wydaje mi się, iż nie ma lepszej okazji do wyrażenia wdzięczności za pomoc, opiekę i poświęcenie medyczno-zawodowe naszym lekarzom, siostrom pielęgniarkom, kierowcom-ratownikom oraz pracownikom administracyjnym i obsługi mojej Stacji Dializ jakim jest 11 lutego - Światowy Dzień Chorego i 11 marca – Światowy Dzień Nerek.

Transplantacja - transformacja w transie

Alina Brożkiewicz-Ster

Jesteśmy już oboje z Rabbittem w docelowym szpitalu i czekamy z niecierpliwością na to, co ma się z nami zdarzyć. Niczym żołnierze przed walką. Chętnie byśmy jej uniknęli, jednocześnie marzy nam się zwycięstwo. Świtem (jak to bywa w szpitalach) budzą nas energiczne pielęgniarki opiekujące się naszą dwuosobową salą. Nie wiedzą kiedy TO ma nastąpić. Każą nie jeść, umiarkowanie pić i… nadal cierpliwie czekać. To po co ten ogromny wysiłek tylu osób w naszej sprawie, aby zdążyć na czas?! Mijają kolejne godziny, z którymi nie wiadomo co robić. Czytać, pisać - nie da rady. Za to gadanie mojemu współtowarzyszowi sprawia wielką przyjemność. I tak będzie do końca pobytu tamże. Trochę przy tym nerwowo się śmiejemy z absurdalności sytuacji, w której się znaleźliśmy. W południe - nowość. Mamy wziąć prysznic i samodzielnie oraz dokładnie usunąć łonowe owłosienie, do czego będą nam służyć przyniesione właśnie jednorazowe golarki. Z perspektywy czasu mogę stwierdzić, że było to jedno z najbardziej komicznych szpitalnianych doświadczeń. Umyć się pod prysznicem jak jest się w formie, to nie sztuka. Ale za to ogolić się tępą żyletką w miejscu trudno dostępnym, to niemałe wyzwanie. Mozoliliśmy się z Rabbitem okrutnie. Oczywiście każde z nas oddzielnie… Następne polecenie to założenie na siebie krótkiej i uroczo prześwitującej operacyjnej koszulki, rozciętej wzdłuż całej długości.

Drogi czytelniku, możesz się domyślać, jakich karkołomnych sztuczek musiałam wówczas stosować w obecności obcego mężczyzny, aby nie nabrał on całkowitego obrzydzenia na widok niemłodego już kobiecego ciała. Jest popołudnie i jest decyzja. A więc czas zacząć akcję! Jedziemy na salę operacyjną. Współlokator dżentelmeńsko ustępuje mi pierwszeństwa. Jak się potem okaże, owa kolejność zabiegu ma odpowiednie dla każdego z nas skutki zdrowotne. Co zadziwiające, nie czuję zupełnie strachu przed mającą się zaraz wydarzyć „cielesną rewolucją". Może sprawia to serdeczna atmosfera personelu wokół mnie, w tym obecność owej uroczej młodej koordynatorki, poznanej wcześniej podczas przyjmowania mnie do szpitala. To właśnie Pani Marta informuje mnie, kto będzie nas operował i dlaczego dopiero teraz. Otóż jeden z chirurgów przyleciał do nas specjalnie z Paryża. Potem dowiedzieliśmy się, że bywa tam częstokroć, aby nabrać doświadczenia w równoczesnym przeszczepianiu nerek i wątroby. Jest już późne popołudnie i na sali operacyjnej krząta się wiele osób. Chirurg przy stoliku zajmuje się nerką dawcy. Oczyszcza ją właśnie mówiąc, że jest piękna i zdrowa. Wszystko to ma miejsce na moich oczach. To, co lekarzowi wydaje się oczywistością, na mnie robi ogromne wrażenie i kontrastuje z powagą sytuacji. Jeszcze jestem wszystkiego świadoma. Będący przy mnie anestezjolog czyni swoją powinność. Stoi też przy mnie urocza Marta trzymając mnie za rękę. Usypiam w odczuciu, że jestem w dobrych rękach.

W filmach zawsze podziwiam realność przedstawianych odczuć osoby wybudzanej z narkozy. W rzeczywistości jest dokładnie tak samo. Po paru godzinach od zabiegu - kilka osób w mgielnej widoczności pochylonych nad tobą - pyta cię o twoje nazwisko! I to w sposób wielokrotny i nachalny. W zdumienie wprawia cię wówczas ich niewiedza połączona z arogancją. Należy wtedy szybko i poprawnie odpowiedzieć na wszelkie pytania i potem natychmiast dają ci spokój.

Wybudzona, zostaję przewieziona do naszego wspólnego z Rabbitem pokoju. Rabbita brak. Pewnie teraz jego montują. Dostaję informację, że w czasie operacji tutejszy personel medyczny był telefonicznie molestowany przez moją rodzinę. Chcą koniecznie dowiedzieć się, co ze mną. W pół świadoma i w pół żywa, udaje mi się odszukać komórkę i drżącym palcem napisać lakonicznego smsa o treści „OK".

Zarówno mnie jak i Rabbitowi ta noc mija spokojnie. Dookoła łóżek mamy poustawiane różnego rodzaju monitory, stojaki itp., a wszystko to w mieszaninie różnorakich kabli. Opiekujące się nami pielęgniarki dyskretnie i systematycznie obserwują nas i urządzenia. Kroplówki nasączają nas przeciwbólowo. Wygląda na to, że przeżyliśmy szczęśliwie. Wraca świadomość, że to już po. Uczucie radości rozprzestrzenia się w naszych wnętrzach. Brakuje im jednak płynów przyjmowanych doustnie. Dostajemy je w ilości ampułkowej. Tzn. w objętości w jakiej przechowywane są np. jednorazowe krople do oczu. I tak mija nam doba „after". Przypuszczam, że wówczas w domu wszyscy odetchnęli z ulgą.

Nie wszystko jednak przebiega bezproblemowo; ilość spływającego do worka moczu wskazuje na to, że recyklingowa nerka zdaje egzamin. Za to w kolejnej dobie - nasączony kroplówkami organizm - sprawia wrażenie, że nie daje sobie rady z nadmiarem płynów. Oboje z Królikiem mamy podobne objawy - opuchlizna nóg i trudności z oddychaniem. Trudno. Należy się poddać poprzeszczepiennej dializie. Dwa, trzy razy akcji dializacyjnej i wszystko wraca do normy.

Kolejne doby to heroiczna walka z własną fizyczną niemożnością. Ogólna słabość ciała połączona z ogromną radością, że się udało. Niemoc w poruszaniu się i z tego tytułu kompletna bezradność. Ale nie ma lekko. Królik już siada, ba, samodzielnie wstaje! Pani rehabilitantka dopinguje nas do szybkiego powrotu do pełnej sprawności.

Współzadownictwo robi swoje. Wstaję z ogromnym trudem, a pierwsza samodzielna wizyta w WC to moje osobiste zdobycie K2. Powrót do łóżka to niełatwe zejście z himalajskiego szczytu (i tronu). W tym czasie Królik zdobywa już szpitalny korytarz i nawiązuje męskie przyjaźnie. Jest o czym mówić; oprócz wspólnych chorobowych doświadczeń, trwa właśnie piłkarskie Euro. Dzieje się wielopłaszczyznowo. Nie ma nudy. Jest jak w wojsku; o określonych ściśle godzinach należy stawiać się w pielęgniarskiej dyżurce, aby się zważyć, poddać badaniom laboratoryjnym i odebrać leki. A wszystko jak w wojskowym oddziale chemicznym, bo w maskach. Szpitalnych oczywiście. Oprócz tego jest robota z magazynowaniem i obliczaniem swojego wydalanego moczu. Dostajemy też obowiązkową lekturę do przeczytania, z której na końcu mamy mieć sprawdzian. Czeka nas zatem egzamin z medycznej wiedzy poprzeszczepieniowej. Jak się później okaże, bardzo przydatny do rozpoznawania ewentualnych przyszłych zagrożeń zdrowia.

Po tygodniowym pobycie w szpitalu, oboje z bratem „bliźniakiem" jesteśmy na pełnym chodzie, nadal pod stałą, pełną opieką medyczną. Szczególną radość sprawia nam swoimi u nas wizytami Pan Docent - Chirurg, który jest autorem naszego dopełnienia w nowo-starą dodatkową nerkę. Pyta o nasze zdrowie i samopoczucie robiąc nam przy okazji wykład z medycyny potransplantacyjnej. To niebywałe, że o nas pamięta w sposób tak sympatyczny i bezpośredni, bez odgradzającej zwykle psychologiczne zależności typu lekarz-pacjent.
Przybywają przecież nowe, bliźniacze pary pacjentów i ma ręce pełne roboty. Wdzięczni za wszystko - jesteśmy pod Jego ogromnym wrażeniem.

Tymi samymi uczuciami obdarzamy naszą Panią Doktor, która bezpośrednio i stale ma nas pod swoją opieką. Drobna, krucha kobieta z wielkim optymizmem omawia z nami nasz aktualny stan zdrowia na podstawie wyników badań. Zawsze uśmiechnięta, napełnia nas swoją nieustającą nadzieją na lepsze. Czyni to tak wdzięcznie, że wiadomość o pojawieniu się u mnie nowych chorób, z którymi będę opuszczać szpital - zupełnie nie robi na mnie wrażenia.

W ogóle, od samego początku, jesteśmy z Królikiem pod silnym wrażeniem pobytu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Zdumiewa przede wszystkim szpitalna infrastruktura. Na terenie ogromnego gmachu jest ogólnodostępny kiosk, sklepik spożywczy i mini restauracyjka z dużym wyborem dań wszelakich. Wszędzie czysto i dobrze zorganizowanie. Przemiły personel medyczny na każdym etapie szpitalnej pomocy. Pracowite salowe i sprawne panie pielęgniarki. Choć zmęczone - nie dają tego po sobie poznać. W pamięci pozostanie nam szczególnie energiczna pielęgniarka pod nadanym przez nas pseudonimem „słoneczko"; bo tak z reguły zwraca się do pacjentów. Nie wspominając już o wyżej wymienionej kadrze, łącznie z przemiłą Pani magister Martą - Transplantacyjnym Koordynatorem Regionalnym.

W ramach zachwytów nad miejscem, w którym właśnie znaleźliśmy się - doszliśmy do wspólnego wniosku, że Warmińsko-Mazurskie zamieszkują zupełnie inni ludzie niż nasi ziomkowie z rejonu małopolsko-podkarpackiego. Tu, w pełnej symbiozie, żyje i pracuje udana mieszanka narodowościowa, której najlepsze cechy dają zupełnie nową egzystencjalną jakość. Taką, że chce się tu przebywać i zaprzyjaźniać z miejscowymi. Chyba z tego samego założenia wyszedł tut. Ordynator Oddziału, wspaniały Pan Profesor, który zapewne miał dość starej, galicyjskiej mentalności. Pozostaje nam szczęśliwie zaaprobować Jego wybór i jeszcze raz serdecznie podziękować.

Jak mi aktualnie wiadomo, Wojewódzki Szpital, został znacznie rozbudowany, tak, że oddział Transplantologii mógł się zupełnie usamodzielnić lokalowo. Tym bardziej jesteśmy pod wrażeniem ogromnego wysiłku Kadry, której organizacyjnie przewodniczy niezwykła Pani Dyrektor.

Podziękowania te i zachwyty nie miałyby miejsca, gdyby nie wcześniejsza długoletnia terapia dializacyjna i leczenie w naszych macierzystych Oddziałach Dializ; oddział do którego należałam jako pacjentka mieścił się w nowohuckim Szpitalu im. L. Rydygiera. Czteroletnią walkę o życie i zdrowie, będę zawsze pamiętać, wspominając często chwile dobre i niekoniecznie szczęśliwe. Te drugie wymazuję z pamięci, a za te pierwsze pragnę gorąco podziękować tamtejszemu medycznemu Personelowi. Jesteście niezłomni w swoim codziennym trudzie, mając pod opieką pacjentów zróżnicowanych zarówno chorobowo jak i charakterologicznie.

Należy również w tym miejscu podziękować Tobie, Drogi Czytelniku, który wytrwale czytając mój diariusz, dzielnie towarzyszyłeś mojej ozdrowieńczej tułaczce.

Na koniec, darujcie. Muszę już kończyć. W ramach eksplozji entuzjazmu idę właśnie pouzywać życia!

Pięćdziesiąt lat minęło jak jeden dzień

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

Moi Drodzy,
Pięćdziesiąt lat, które minęło od pierwszego udanego przeszczepienia nerki w naszym kraju stało się dobrą okazją do podsumowania osiągnięć polskiego środowiska medycznego w tym zakresie. Oceny tych działań dokonano podczas XII Sympozjum Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, które odbyło się w Warszawie w dniach 22-23 stycznia 2016 roku. Poza gronem polskich transplantologów uczestniczyli w nim także znakomici goście reprezentujący Europejskie Stowarzyszenie Przeszczepiania Narządów (European Society of Organ Transplantation). Warto podkreślić, że z dużym uznaniem wyrażali się oni o wynikach przeszczepiania nerek w naszym kraju. Jeśli bowiem wziąć pod uwagę prezentowane podczas owego Sympozjum dane liczbowe to mieścimy się w środkowej grupie krajów europejskich. Natomiast jeśli spojrzeć na przeżycie zarówno pacjentów jak też przeszczepionych narządów, to polskie dane w tym zakresie są daleko lepsze zarówno od średnich wyników europejskich jak też amerykańskich.
Okrągła rocznica pierwszego udanego przeszczepienia nerki w Polsce stała się też dobrą okazją do przypomnienia historii transplantacji tego ważnego dla życia narządu. Mam nadzieję, że rozważania historyczne w tym zakresie zainteresują Szanownych Czytelników, ponieważ wiadomo, iż prawie każdy pacjent dializowany po cichu marzy o udanym przeszczepie.

Kamienie milowe przeszczepiania nerek na świecie

Rozpoczynając omawianie początków przeszczepienia narządów podkreślić należy, że ogromne zasługi dla rozwoju transplantacji, a także nowoczesnej chirurgii naczyniowej i kardiochirurgii położył Alexis Carrel, który wprowadził do praktyki leczniczej metodę łączenia i rekonstrukcji naczyń krwionośnych. Nic zatem dziwnego, że został on w roku 1912 wyróżniony nagrodą Nobla. Próby przeszczepienia nerek zarówno u zwierząt jak też u ludzi trwały przez pierwsze pięćdziesięciolecie XX wieku. Rozpoczął je Ernest Ullman, który w roku 1902 przeprowadził w Wiedniu pierwszą próbę przeszczepienia nerki u psa. Natomiast pierwszego przeszczepienia nerki u człowieka podjął się rosyjski chirurg Jerzy Woronoj, który w roku 1933 w Chersonie przeszczepił nerkę ze zwłok u pacjenta z ostrą niewydolnością nerek. Niestety nerka nie podjęła funkcji, a pacjent zmarł po dwóch dniach. Kolejne próby podejmowane przez Woronoja, a także przez Charlesa Dubosta w Paryżu czy Dawida Hume'a w Bostonie nie przyniosły długotrwałego efektu. Dopiero w roku 1954 zespół w składzie Joseph Murray (chirurg), Hartwell Harrison (urolog) oraz John Merril (internista-nefrolog) dokonał pierwszego udanego przeszczepienia nerki na świecie. Była to transplantacja od żywego dawcy, którym był bliźniak jednojajowy, cierpiący na schyłkową niewydolność nerek pacjenta. To udane przeszczepienie potwierdziło także ważną rolę identyczności immunologicznej. Trzeba w tym miejscu nadmienić że dopiero rozwój immunologii klinicznej oraz praktycznej sztuki doboru immunologicznego pomiędzy dawcą a biorcą umożliwiły dalszy postęp przeszczepiania nerek, a w następnym okresie także innych narządów. Ważną rolę w zakresie immunologii klinicznej odegrał Peter Medawar, który pierwsze obserwacje poczynił podczas II Wojny Światowej. Prowadził on wraz z Tomem Gibsonem badania nad przeszczepianiem skóry u ciężko poparzonych lotników uczestniczących w Bitwie o Anglię. W swoich pracach P. Medawar udowodnił m.in., że to limfocyty jako tak zwane komórki immunokompetentne są odpowiedzialne za odrzucanie przeszczepu. Za swoje przełomowe dla immunologii transplantacyjnej badania Peter Medawar został wyróżniony Nagrodą Nobla w roku 1960. Wspomniany powyżej Joseph Murray to kolejny noblista za aktywność w zakresie przeszczepiania narządów. Otrzymał on to wyróżnienie w roku 1990. Współkandydatem do nagrody Nobla był także John Merril, ale zmarł kilka miesięcy przed wydaniem werdyktu przez Komitet Noblowski. W kolejnych latach

przeszczepianie nerek podejmowało z powodzeniem coraz więcej ośrodków na całym świecie. O sukcesach transplantologii poza doskonaleniem techniki opracowanej przez chirurgów oraz rozwojem immunologii klinicznej decydowało również wypracowanie metod prowadzenia pacjentów po przeszczepieniu narządów oraz odkrywanie coraz doskonalszych leków immunosupresyjnych. Wiadomo bowiem, że nawet przy najlepszym doborze immunologicznym przeszczepiony narząd traktowany jest jako ciało obce. Stąd konieczność stosowania leków zapobiegających jego odrzuceniu. Pierwszymi skutecznymi lekami w tym zakresie okazały się hormony sterydowe kory nadnerczy. Wprowadził je do praktyki klinicznej wielki internista – nefrolog francuski Jean Hamburger w Paryżu w latach pięćdziesiątych ubiegłego stulecia. Zaproponował on ich użycie zarówno w leczeniu ostrego odrzucania jak też małych dawek jako leczenia immunosupresyjnego. Kolejnym lekiem, który znalazł szerokie zastosowanie w transplantologii była azatiopryna. Za syntezę tego leku stanowiącego pochodną 6-merkaptopuryny Gertrude Elian i George Hitchgins otrzymali w roku 1988 nagrodę Nobla. Azatiopryna była stosowana przez szereg lat i w połączeniu z kortykosteroidami, a jako pierwszy zaproponował użycie tego swoistego koktajlu immunosupresyjnego Thomas Starzl z Colorado w Stanach Zjednoczonych, który wsławił się pierwszym udanym przeszczepieniem wątroby. W końcu lat sześćdziesiątych do praktyki klinicznej w transplantologii wprowadzono globulinę antylimfocytarną. Nastąpiło to w Denver w Stanach Zjednoczonych. Prawdziwym przełomem stało się opracowanie syntezy cyklosporyny – pierwszego z leków z grupy inhibitorów kalcyneuryny. Z jej odkryciem związane jest wyróżnienie nagrodą Nobla, którą otrzymał Jean Borel ze Szwajcarii w roku 1993. W latach dziewięćdziesiątych wprowadzono kolejne leki immunosupresyjne, takie jak takrolimus, mykofenolan mofetilu oraz mykofenolan sodu a także całą nową grupę leków będących inhibitorami m-Tor. Należą do nich takie leki jak rapamcyna czy everolimus. Warto na koniec tych rozważań na temat historii przeszczepiania narządów na świecie wspomnieć o kolejnym laureacie nagrody Nobla – Ralphie Steinmanie. Wyróżnienie to przyznano w roku 2011 za odkrycie tzw. komórek ułatwiających, które są prekursorami komórek dendrytycznych, stanowiących ważny element systemu immunologicznego. Z przyznaniem tej nagrody wiąże się pewne odstępstwo od reguły. Została ona po raz pierwszy nadana pośmiertnie, ponieważ Ralph Steinman zmarł trzy dni przed wydaniem werdyktu przez Komitet Noblowski.

Jak widać z powyższego przeglądu burzliwy rozwój transplantologii klinicznej w ciągu ostatniego półwiecza doprowadził do sytuacji, w której nawet schyłkowa niewydolność szeregu ważnych dla życia narządów nie musi prowadzić do śmierci dotkniętego tym schorzeniem pacjenta. Natomiast o ogromnej wartości poznawczej, a także praktycznej tych odkryć świadczy fakt wyróżnienia przedstawicieli nauk związanych z transplantologią sześcioma nagrodami przez Komitet Noblowski. Należy jednak podkreślić, że powyżej wymieniono tylko osoby będące liderami zespołów, które zapisały się w historii przeszczepiania. Natomiast na sukces w tej dziedzinie medycyny składa się wytężona praca wielu osób, w tym lekarzy takich specjalności jak: chirurdzy, interniści, nefrolodzy, anestezjolodzy, neurolodzy, radiolodzy, immunolodzy, a także specjaliści medycyny laboratoryjnej. Nie można także zapomnieć o pielęgniarkach, rehabilitantkach czy laborantkach. Trzeba zatem stwierdzić, że przeszczepianie narządów jest zadaniem, w którym sukces jest ukoronowaniem pracy wielospecjalistycznych zespołów. Na koniec należy stwierdzić, że największymi bohaterami w tym procesie są sami pacjenci, szczególnie ci, którzy jako pierwsi zdecydowali się ponieść ryzyko przeszczepienia narządów.

Pierwsze przeszczepy nerek w Polsce

Do pierwszego udanego przeszczepienia nerki w Polsce doszło w Warszawie 26 stycznia 1966 roku. Stało się to zatem w dwanaście lat po opisanym powyżej pierwszym przeszczepieniu tego narządu na świecie. W tym miejscu warto wspomnieć, że niemal rok wcześniej w 1965 roku podjęto próbę przeszczepienia nerki we Wrocławiu, ale niestety przeszczepiony narząd nie podjął funkcji. W annałach medycznych zapisano, iż przeszczepienie tego narządu we Wrocławiu dokonał zespół pod kierownictwem prof. Wiktora Brossa. Nie jest to stwierdzenie do końca prawdziwe. Otóż zabieg ten przeprowadzono wprawdzie w Klinice kierowanej przez prof. Brossa, ale dokonał go pod nieobecność szefa spowodowaną wyjazdem zagranicznym docent Władysław Wrężlewicz. Czynił to zresztą po konsultacji telefonicznej z szefem, który akurat w tym czasie oczekiwał na połączenie lotnicze w porcie lotniczym w Monachium. Wróćmy jednak do przeszczepienia dokonanego w Warszawie. Zabieg ten wykonał zespół pod kierownictwem znakomitego chirurga profesora Jana Nielubowicza w ścisłej współpracy z zespołem internistyczno-nefrologicznym kierowany przez prof. Tadeusza Orłowskiego. Należy wspomnieć, że dokonano tego pionierskiego zabiegu pomimo braku jednoznacznych uregulowań prawnych, jak też moralno-etycznych w tym zakresie. Ważną rolę zarówno w podjęciu decyzji o wykonaniu tego zabiegu, jak też podczas jego przeprowadzania miał fakt, iż uczestniczył w nim dr Wojciech Rowiński, który miał okazję odbyć staż naukowy w ośrodku transplantacyjnym kierowanym przez prekursora przeszczepiania nerek prof. Josepha Murray w Bostonie. Wymienieni prekursorzy przeszczepiania narządów w naszym kraju, a także ich współpracownicy

i uczniowie doprowadzili do powstania systemu organizacyjnego przeszczepiania narządów w Polsce. Wymienić tu należy kolejne wersje „Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu tkanek i narządów" i w jej następstwie powołania Poltransplantu będącego ciałem odpowiedzialnym za koordynację pobierania i przeszczepienia narządów. Warto też wspomnieć w tym miejscu o powołaniu do życia Instytutu Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie, który jako jednostka wiodąca w zakresie przeszczepiania w kraju wyznaczała standardy postępowania w tym zakresie. Założycielem oraz wieloletnim dyrektorem Instytutu był wspomniany powyżej prof. Tadeusz Orłowski. Trzeba także nadmienić, że 31 marca 1966 roku we Wrocławiu zespół pod kierownictwem prof. Wiktora Brossa, współpracujący z ośrodkiem internistyczno- nefrologicznym kierowanym podówczas przez prof. Zdzisława Wiktora, dokonał pierwszego przeszczepienia nerki od dawcy żywego. Doszło do niego zatem nieco ponad miesiąc po przeszczepieniu nerki od dawcy zmarłego w Warszawie. W kolejnych latach powstawały nowe ośrodki zajmujące się przeszczepianiem nerek, między innymi w Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Białymstoku, Lublinie, Szczecinie i innych ośrodkach.

Stan obecny przeszczepiania nerek w Polsce

W chwili obecnej przeszczepianiem nerek zajmuje się łącznie 20 ośrodków dla osób dorosłych i jeden dla dzieci (CZD Warszawa). Znajdują się one głównie w szpitalach akademickich, chociaż w Łodzi, Poznaniu, Olsztynie, Szczecinie czy Wrocławiu istnieją bardzo aktywne centra przeszczepiania nerek w Szpitalach Wojewódzkich. Od czasu pierwszego przeszczepu w Polsce do chwili obecnej w naszym kraju przeszczepiono łącznie 21 575 nerek. W ciągu ostatnich 5-6 lat rocznie dokonuje się w naszym kraju 1000-1100 przeszczepień tego narządu. Natomiast zgodnie z danymi zebranymi na koniec 2014 roku w Polsce było 10715 pacjentów z funkcjonującą przeszczepioną nerką. Warto w tym miejscu nadmienić, iż łącznie na całym świecie w tym samym czasie żyło łącznie 700 tysięcy osób z przeszczepioną nerką.

Warto dodać, że wraz z rozwojem przeszczepienia nerek zmianie uległy także kryteria kwalifikacji potencjalnych biorców przeszczepu. Dotyczy to między innymi wieku kandydatów, ponieważ jeszcze nie tak dawno osoby w wieku 60-65 lat nie były brane pod uwagę jako potencjalni biorcy narządów. Obecnie obowiązuje zasada, iż liczy się wiek biologiczny a nie metrykalny. Stąd też na liście oczekujących na przeszczepienie pojawili się 70, a nawet 80-latkowie. Myślę, że to dobry prognostyk dla stale rosnącej liczby osób w podeszłym wieku pośród naszych pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Oznacza to bowiem szansę na udany przeszczep nerki dla coraz szerszej grupy osób dializowanych. Natomiast powszechnie wiadomo, że właśnie przeszczepienie nerki stanowi tę formę leczenia nerkozastępczego, która zapewnia nie tylko dłuższe przeżycie, ale także znaczną poprawę jakości życia.

O powyższym zapewnia z perspektywy ponad czterdziestoletnich doświadczeń w tym zakresie i czego życzy serdecznie wszystkim dializowanym

Wasz Bolesław

KĄCIK LITERACKI

Wiersze Wybrane

Poniżej prezentujemy fragment twórczości Pani Renaty Szubert-Zarębskiej – córki pacjentki dializowanej z Rzeszowa

DROGA do....

Szukam swojej drogi
cierpliwie dzień po dniu
wierzę, że dasz mi siłę Boże
bym dotarła pod twój próg
wspinaczka to niełatwa
bo życie nie jest proste
do twego serca przecież
nie zbudowano autostrad

DROGA DO NIEBA

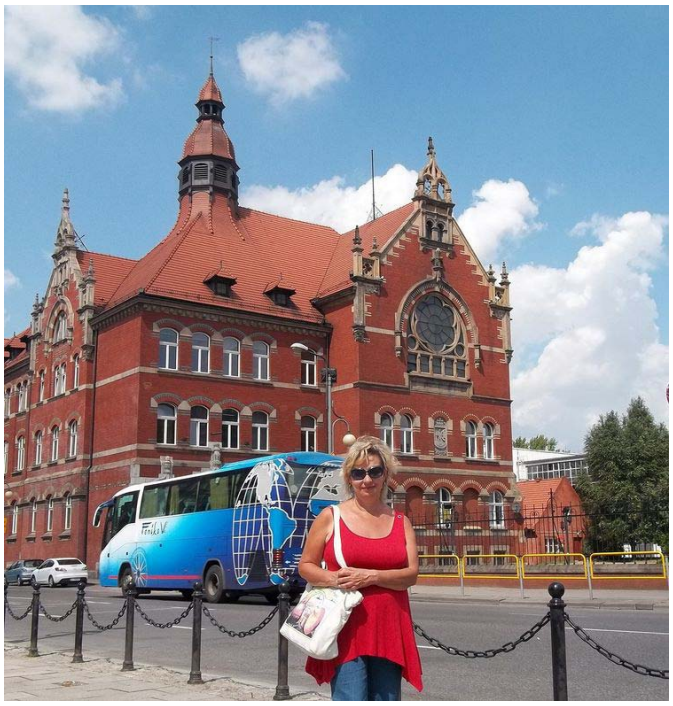
Zabierz mnie w góry
poprowadź na szczyt
drogą , której nie zna nikt
pójdę cicho i posłusznie, z wiarą
jak do nieba
chcę być bliżej Boga i chmur
tego mi potrzeba...

W miejscu gdzie ziemia niebios dotyka
rozwinę skrzydła, polecę jak ptak
wolna...
może nawet usłyszę anielski chór
a ty cały, aż po horyzont
będziesz tylko mój !

RSzZ
styczeń 2009

W GÓRACH jak w życiu

Kiedy marzysz , kiedy śnisz
Jest ci lekko w drodze na szczyt
Lecz , gdy nagle z góry spadasz
Bo zrobiłeś fałszywy krok
Lecisz na oślep, jak kamień
W lawinie się toczysz
Pogrąża cię mrok
Zamykasz oczy...
I nie możesz pojąć dlaczego
Będąc tak blisko celu
Tracisz wszystko w oka mgnieniu
Lecz jeśli Bóg darował ci życie
Choć się potłukłeś boleśnie
To módl się o siłę i kolejny cud
Byś znowu wspinać się mógł !



Czy warto spoglądać globalnie?

Prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk
Klinika Nefrologii Dziecięcej i Zakład Dializ Katedry Pediatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Każdy kongres ERA/EDTA - Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego i Europejskiego Towarzystwa Dializ i Transplantacji jest z pewnością wielkim wydarzeniem naukowym, które może przebić jedynie coroczna konferencja ASN – Amerykańskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Obie imprezy gromadzące tysiące uczestników trwają z reguły 3-4 dni, mają kilkadziesiąt sesji tematycznych, skupiają elity naukowe i badawcze z całego świata. Towarzyszą im wystawy przemysłu farmaceutycznego oraz firm produkujących sprzęt dializacyjny: maszyny, dializatory, cewniki, kaniule, linie i aparaturę diagnostyczną oraz systemy uzdatniania wody. Dla jednych ważne są nowości, stąd tłok i ścisk na salach wykładowych, gdzie mówi się o postępie w nefrologii, dializoterapii i transplantologii. Dla innych ważne są badania podstawowe. To one zadecydują o kierunkach rozwoju nefrologii w najbliższych latach. Dla wielu – ważnym jest odwiedzenie stoisk firmowych, ponieważ po rozmowach z przedstawicielami firm decydujemy się na wybór sprzętu, na którym będziemy pracować po zakupieniu rzeczy najlepszych z perspektywy relacji ceny do jakości. Ja chciałbym dziś przedstawić osobisty pogląd na problem odwiedzania stoisk. Zwłaszcza jednego, i „polowania na informację". Proszę nie posądzać mnie o reklamę Fresenius Medical Care, bo o tej firmie mówię. To nie błyskotki: nowoczesne maszyny, dializatory, komputerowe systemy nadzoru dializy, monitorowania składu masy ciała, systemy do automatycznej dializy otrzewnowej czy filozofia kardioprotekcji realizowana jako dializa konwekcyjna! Bez tego można się obejść, ponieważ parametry wielu urządzeń i filtrów są podobne lub zbliżone. Maszyna ma być trwała i bezpieczna, a dializator biozgodny oraz względnie niedrogi. Rzeczą, którą zawsze szukałem i poszukuję na stoisku FMC jest mała broszurka wydawana od kilkunastu lat i skromnie zatytułowana: „Pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek. Perspektywa globalna". Tu pada rok. W maju 2016 na Kongresie ERA/EDTA w Wiedniu był to rok 2015.

Dla lekarza od lat zajmującego się dializoterapią ilość informacji o zasięgu światowym może wprost nie przekłada się na warunki jego codziennej pracy, ale daje poczucie skali problemu związanego z przewlekłą chorobą nerek w stadium piątym, czyli schyłkową niewydolnością nerek, która musi być leczona albo dializoterapią albo przeszczepieniem nerki. Dane zbierane przez FMC z ponad 150 państw świata zapewniających chorym leczenie nerkozastępcze są źródłem wiarygodnych informacji. Nie każde z państw gromadzi i udostępnia dane, ponieważ nie prowadzi narodowych rejestrów. FMC mając status firmy o zasięgu globalnym, działającej na 6 kontynentach na zasadzie analizy rynku w systemie sieci światowej ma dane o liczbie pacjentów, trendach w rozwoju poszczególnych terapii, epidemiologii schyłkowej niewydolności nerek, ale także o analizie jakości leczenia. Skuteczne pozyskiwanie i przetworzenie tych informacji na przestrzeni ostatnich 2 dekad stworzyło wiarygodny obraz sytuacji zarówno na poziomie globalnym, jak i regionalnym. I co ten obraz nam mówi dziś?

Zacznijmy od najprostszej rzeczy. Czy jesteśmy w stanie wyobrazić sobie państwo na świecie składające się z ponad 3,5 miliona mieszkańców, których życie zależy od terapii nerkozastępczej? Krajem o takiej liczbie mieszkańców jest na przykład sąsiadująca z nami Litwa! 2,5 miliona hemodializowanych, 300 tysięcy dializowanych otrzewnowo i 700 tysięcy żyjących z przeszczepioną nerką? To wprawdzie ułamek w porównaniu do 7,3 miliarda populacji globu, „tylko" niecałe 0,5% – ale patrząc na coroczny przyrost liczby tych chorych, 5-6% w skali roku w porównaniu do 1,1% przyrostu liczby mieszkańców naszego globu oznacza tylko jedno: liczba ludzi wymagających rokrocznie rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego rośnie w tempie pięciokrotnie większym, niż przybywa nas samych. W ciągu ostatniego piętnastolecia liczba ludzi na terapii nerkozastępczej zwiększyła się z 1,4 do 3,5 miliona osób. Znakomita większość z nich jest hemodializowanych! Tempo wzrostu liczby pacjentów po przeszczepieniu nerki jest dwukrotnie niższe w porównaniu do wzrostu liczby chorych hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo!

Zapadalność na schyłkową niewydolność nerek jest różna w różnych częściach globu, od 100 do 2000 na milion populacji, w krajach Unii Europejskiej średnio 1 120/milion ale – jak porównamy ją do średniej światowej – 485 na milion populacji nowych przypadków/rok oznacza to, że nie wszystkie kraje są w stanie zagwarantować możliwości leczenia nerkozastępczego wszystkim potrzebującym, bowiem miejsce na dializie zapewnia się tylko 385/milion takich chorych! Różnica pomiędzy potrzebami a możliwościami utrzymywała się w ostatnich 10 latach na stałym poziomie około 20%! Co piąty chory z SNN nie jest leczony nerkozastępczo, musi umrzeć!

Blisko połowa z 2,8 mln dializowanych chorych zamieszkuje w 5 państwach globu: w Stanach Zjednoczonych, Chinach, Japonii, Brazylii i Indiach, a 1/4 - w 135 pozostałych państwach świata na różnych kontynentach, zamieszkałych przez 43 procent populacji naszego globu, i to tam przyrost liczby dializowanych jest największy. Oczywiście, wiele zależy od demografii i epidemiologii

przewlekłej choroby nerek, ale także od możliwości zapewnienia terapii nerkozastępczej potrzebującym. Tu, niestety, wkracza brutalnie ekonomia i tzw. „wielkość krajowego produktu brutto", podstawowego wskaźnika ekonomicznego stanowiącego o „mocy" poszczególnych państw i możliwości udźwignięcia kosztów dializoterapii i przeszczepiania nerek. Tylko jak porównywać państwa z „dochodem na głowę" poniżej 5 do 10 tysięcy dolarów rocznie z tymi, w których wynosi on 40 do 70 tysięcy ??? Porównanie Dawida z Goliatem nie jest właściwe, ale czy mamy inne? Nadal wiele biednych państw nie jest w stanie udźwignąć wysokich kosztów przewlekłej hemodializoterapii, dializy otrzewnowej lub przeszczepiania nerek przy dodatkowym założeniu, iż rosną one o około 6-8% rocznie w związku z rosnącą liczbą potrzebujących!

Wśród technik nerkozastępczych króluje hemodializa, ale tylko w Meksyku oddaje pole dializie otrzewnowej. Brzmi to niewiarygodnie, ale na świecie mamy ponad 37 tysięcy stacji dializ, w której hemodializowanych jest średnio po 70 pacjentów w każdej! 60% stacji ma status ośrodków prywatnych. Za dobrą wiadomość uznać należy, że 95% ośrodków stosuje syntetyczne błony dializacyjne. Spojrzenie na roczne tempo wzrostu liczby hemodializowanych: 3-4% w Stanach Zjednoczonych, 1-2 % w Europie i Japonii mówi o ustabilizowaniu się sytuacji. Ale 8% wzrost w pozostałych częściach świata? Czy nadrabiamy zaległości w rozpoznawaniu, czy też nie opanowaliśmy skutecznej nefroprotekcji, pozwalającej na zmniejszenie napływu chorych do dializ??? A może to konsekwencja epidemiologii i rosnącej liczby nowych przypadków PChN, która ma status choroby cywilizacyjnej?

Dializa otrzewnowa jest popularną metodą terapii nerkozastępczej w Azji i w krajach Ameryki Łacińskiej. Globalne spojrzenie na liczbę dializowanych otrzewnowo, 329 tysiecy pacjentów w 2015 roku i 8-9% roczny wzrost liczby dializowanych tą metodą na świecie zwraca jednak uwagę na zjawisko odwrotu od DO w USA, ale także na większą dynamikę wzrostu liczby dializowanych otrzewnowo w stosunku do hemodializowanych (różnica 3%). Nadal, najpopularniejszą formą dializy otrzewnowej jest ciągła ambulatoryjna dializa wykonywana ręcznie (2/3 przypadków), choć w ostatnich 15 latach byliśmy świadkami znaczącego, 10 procentowego wzrostu z 24% do 34% udziału automatycznej dializy otrzewnowej. Dializa otrzewnowa jako forma terapii nerkozastępczej niewątpliwie tańsza i prostsza od hemodializy jest z pewnością szansą na ratowanie życia ludzi ze schyłkową niewydolnością nerek wszędzie tam, gdzie dostęp do środków finansowych jest ograniczony. Każdego kto wie, że najlepszą formą leczenia nerkozastępczego jest przeszczepienie nerki musi zasmucić jedna, dość istotna informacja wynikająca z raportu FMC. Jeżeli przyjrzeć się danym mówiącym o wzroście liczby przeszczepianych o 3–4% w skali roku, oznacza to, że techniki dializacyjne „rozrastają" się w tempie dwukrotnie szybszym! Liczba dializowanych zwiększa się, przybywa dializowanych w porównaniu do przeszczepionych! A przecież to przeszczepienie nerki gwarantuje niższą śmiertelność, niższą chorobowość, lepszą jakość życia, jest tańsze. Nie umiemy sobie odpowiedzieć w skali globalnej, dlaczego transplantologia nie nadąża za dializoterapią, dlaczego nie odbiera od niej pacjentów? Ta sytuacja na dłużej generuje w skali świata niepotrzebne problemy medyczne, zdrowotne, społeczne. Tworzy koszty, które ponoszą społeczeństwa, które mogłyby spożytkować środki wydawane na dializoterapię np. na programy profilaktyczne niezbędne do skutecznego leczenia przewlekłej choroby nerek.

Spojrzenie globalne poszerza nasz horyzont wiedzy i zmusza do odpowiedzi na pytanie: Dlaczego tak się dzieje ?

Od czasu do czasu trzeba popatrzeć szerzej, by docenić i zrozumieć problemy własnego podwórka i docenić fakt, iż w Polsce nikt ze schyłkową niewydolnością nerek nie jest pozbawiony leczenia nerkozastępczego, ale także zastanowić się, czy – tak jak i na świecie – musi być to w dominującej liczbie przypadków dializoterapia (a przede wszystkim – hemodializa) i czy nie powinniśmy cieplejszym spojrzeniem obdarzyć dializę otrzewnową, ale przede wszystkim - transplantologię??? Kocham Cię całą swoją nerką – to hasło American Kidney Foundation promowało przeszczepienie nerki, zgodę na wykorzystanie tego narządu po śmierci lub świadome i altruistyczne oddanie go za życia. Suma takich indywidualnych decyzji może jednak wpłynąć na sytuacje globalną i odwrócić niekorzystny trend.

Czy czeka nas nowe otwarcie się na transplantologię, o której dokonaniach tak pięknie pisze znad morza prof. Bolesław Rutkowski? Przeszczepienie ze zwłok to jeden problem, ale przeszczepienie rodzinne??? Czy wykorzystujemy szansę, jaką dała nam Natura wyposażając nas w dwie nerki???

Od decyzji wielu z nas może zależeć zdrowie i życie naszych najbliższych.

Jakość życia u chorych na nerki

Prof. dr hab. med.
Monika Lichodziejewska-Niemierko

Ordynator Ośrodka Dializy Otrzewnowej Kliniki Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Stacji Dializ Otrzewnowych Fresenius Nephrocare
Kierownik Zakładu Medycyny Paliatywnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

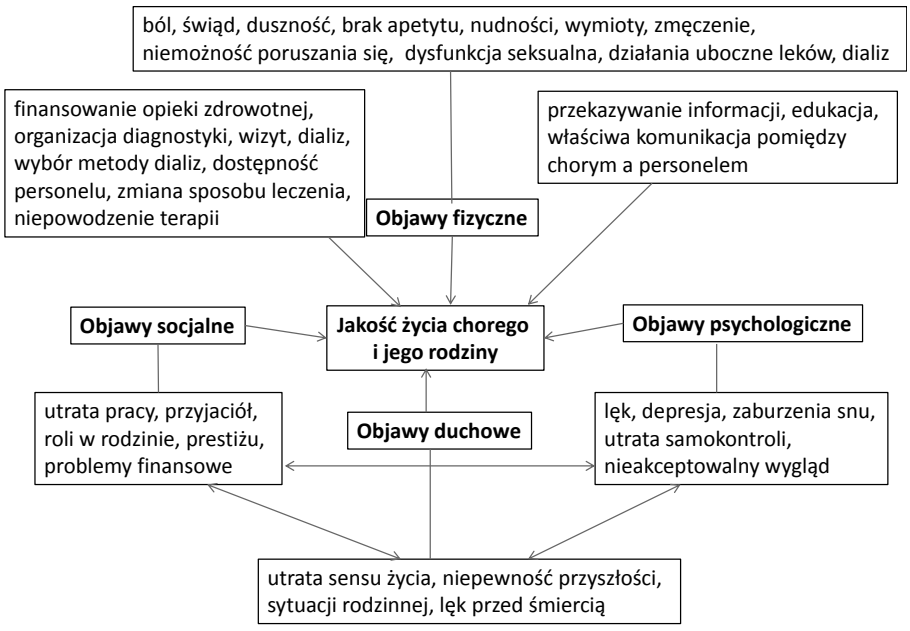
Podstawowym celem działań lekarzy w odniesieniu do osób chorych na choroby przewlekłe jest wydłużenie życia. Przeżycie uważa się od lat za najważniejsze kryterium właściwego leczenia i opieki nad chorym, które wyznacza skuteczność prowadzonej terapii. Postęp w medycynie: nowe leki, nowe techniki bada się pod kątem wydłużenia życia. Dobrym przykładem techniki, która wydłużyła życie chorych ze schyłkową niewydolnością nerek jest dializoterapia jak również przeszczepienie nerki. Zarówno hemodializa jak i dializa otrzewnowa na początku ich stosowania miały na celu ratowanie życia chorego na mocznicę. Każdy czas, o który udawało się wydłużyć życie, był traktowany jako sukces. W kolejnych dziesiątkach lat doskonalono techniki dializacyjne, dokonał się ogromny postęp w chirurgii i leczeniu immunosupresyjnym związanym z przeszczepianiem nerki, a celem stało się jak najdłuższe życie chorych. Według obecnych danych, w zależności od wieku, płci, obecności schorzeń towarzyszących, oczekiwany czas przeżycia chorych ze schyłkową niewydolnością nerek wynosi od 2 do 20 lat. Zabieg przeszczepienia nerki, możliwy do wykonania u ponad 20 % pacjentów dializowanych, wydłuża życie prawie do wieku, jaki osiągają ludzie zdrowi.

Wobec znacznego wydłużenia życia chorych, pojawił się inny cel leczenia i opieki nad chorymi z chorobą przewlekłą. Jest to jakość życia, definiowana przez Światową Organizację Zdrowia jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi".

Na jakość życia, a więc subiektywne poczucie satysfakcji i szczęścia wpływają czynniki biologiczne – często związane z chorobą, niepełnosprawnością i negatywnymi objawami, czynniki psychologiczne, np. lęk związany z niewiedzą na temat własnej sytuacji, czynniki socjalne i ekonomiczne.
Według modnej obecnie psychologii pozytywnej, model PERMA, wprowadzony przez Martina Selingmana określa pięć elementów dobrego życia. Należą do nich:

- **P – Positive emotions**, czyli pozytywne emocje (np. radość, uznanie, komfort, inspiracja, nadzieja, ciekawość)
- **E – Engagement**, czyli zaangażowanie w aktywność, przynoszącą satysfakcję, w tym również działanie na rzecz minimalizowania znaczenia czynników przeszkadzających/ zakłócających np. choroby.
- **R – Relationships**, czyli relacje – przebywanie wśród ludzi, współpraca
- **M – Meaning**, czyli poczucie sensu/ znaczenia wykonywanej aktywności, życia
- **A – Accomplishment/ Achievement**, czyli osiągnięcia

Wszystkie powyższe elementy dobrego życia są również istotne i mogą być udziałem osób obciążonych przewlekłą chorobą. Należy pamiętać, że jakość życia może być dobra u chorych na ciężkie nieuleczalne choroby, a nawet u pacjentów umierających. Osiągnięcie dobrej jakości życia w sytuacji choroby może być trudne i cel, jakim jest jego poprawa, powinien być równie ważny dla personelu medycznego jak wydłużenie życia pacjenta.



Ryc. 1

Na ryc. 1 przedstawiono problemy chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, które negatywnie wpływają

na jakość życia. Wiele z nich dotyczy sfery fizycznej i objawów takich jak ból, świąd, czy przewlekłe zmęczenie. Badania wskazują, że znaczna część chorych nie zgłasza powyższych objawów lekarzom leczącym, wychodząc z założenia, ze związane są one nieodłącznie z chorobą i należy się do nich przyzwyczaić. Taką postawę wspierają czasem lekarze, uważając, że „są ważniejsze rzeczy", takie jak optymalna dializa i jej wykładniki biochemiczne. Według amerykańskich badań przeprowadzonych wśród pacjentów hemodializowanych co najmniej połowa chorych dializowanych cierpi z powodu bólu. Dotyczy on kości, stawów, mięśni, ale również miejsc nakłucia przetoki tętniczo-żylnej. Bywa związany z polineuropatią i niedokrwieniem. Wobec wydalania wielu leków przeciwbólowych i ich czynnych metabolitów przez nerki, farmakoterapia bólu wśród chorych ze schyłkową niewydolnością nerek nie należy do łatwych, jednak opanowanie bólu, często z pomocą wielokierunkowego postępowania, jest możliwe.

Do częstych wśród dializowanych objawów psychologicznych należy depresja, której obecność nie tylko pogarsza jakość życia, ale i skraca życie. Do innych objawów z tej grupy należy lęk i powszechne zaburzenia snu. O problemach tych warto rozmawiać z nefrologiem, który powinien przeprowadzić diagnostykę tych zaburzeń i wdrożyć leczenie wykorzystując aktualne krajowe i międzynarodowe zalecenia. Brak efektu leczenia bądź działania uboczne leków, mogą stanowić podstawę skierowania do specjalisty psychiatry. Należy pamiętać, że w postępowaniu z objawami fizycznymi i psychologicznymi, poza lekami można wykorzystywać terapie poznawczo-behawioralne w ramach psychoterapii oraz działania fizjoterapeutyczne niezwykle skuteczne np. w ograniczaniu bólu.

Wśród czynników socjalnych upośledzających jakość życia, wymienia się utratę możliwości pracy, pozycji społecznej, kontaktów międzyludzkich, niedobory finansowe. Jakość opieki medycznej, organizacja terapii, czas oczekiwania, dostępność lekarza i pielęgniarki wpływają na ogólną jakość życia. Często wybór optymalnej dla siebie terapii nerkozastępczej oraz wsparcie ze strony opieki społecznej może poprawić satysfakcję z życia.

Objawy duchowe to poczucie sensu życia, akceptacja sytuacji ograniczającej możliwości i uprzednie cele i pragnienia, umiejętność odnalezienia satysfakcji w działaniach, w zawężonym chorobą, obszarze. Doradcą duchowym może być ksiądz, psycholog, a często lekarz rodzinny lub nefrolog, z którym chory może szczerze rozmawiać na temat choroby, jej wpływu na różne sfery życia, prognozy. Rozmowy te są niezwykle ważne, zwłaszcza u kresu życia chorego, kiedy to właśnie jakość życia staje się priorytetem. Liczne badania potwierdzają, że dobra komunikacja pomiędzy pacjentem a lekarzem ma kluczowe znaczenie w osiąganiu dobrostanu duchowego, przekładającego się często na dobrostan fizyczny i psychiczny. Niestety nadal jeszcze umiejętność rozmowy, właściwego informowania chorych jest nieczęsta wśród lekarzy. Przekazywaniu niepomyślnych wiadomości towarzyszy lęk przed negatywnymi emocjami ze strony chorego i ryzykiem utraty nadziei, wobec czego, pomimo prawa pacjenta do informacji o stanie zdrowia, rozmowa na ten temat często wprowadza pacjenta w błąd, w konsekwencji powodując nasilenie lęku i innych negatywnych emocji zarówno u chorego jak i jego rodziny. W Stanach Zjednoczonych uruchomiono program Nephro Talk, w ramach którego podczas warsztatów nefrolodzy uczą się jak rozmawiać z pacjentami. Celem jest uznanie autonomii pacjenta i jego wpływu na chorobę (choroba „należy" do pacjenta, a nie do jego lekarza), zmniejszenie niepewności i lęku związanego z niewiedzą, a jednocześnie poprawa przestrzegania zaleceń i ogólna poprawa jakości życia. Duże badania socjologiczne pokazują, że chorzy chcą wiedzieć, jak będzie wyglądać ich przyszłość z chorobą, jakie działania będą wobec nich podejmowane na różnych etapach choroby. U kresu życia, chory lub jego pełnomocnik medyczny, powinien mieć prawo do pełnej informacji i decyzji dotyczących ewentualnego odstąpienia od sposobów leczenia, uważanych przez chorego za uporczywe.

W podsumowaniu, należy pamiętać, że jakość życia chorych na nerki ma wielowymiarowy charakter i poprawa jej aspektów jest dla pacjenta istotnym celem, w którym pomoc powinien uzyskać od personelu leczącego, psychologa, fizjoterapeuty, dietetyka, pracownika socjalnego. Stosowane dotychczas, opieka i leczenie nakierowane na chorobę i związane z nią typowe objawy (z ang. disease-centered care) powinny ustąpić miejsca opiece, której istotą jest pacjent (z ang. patient-centered care), w której prowadzone leczenie uwzględnia preferencje, wartości, potrzeby chorego i dba o holistycznie pojmowaną jakość życia.

Przerost lewej komory mięśnia sercowego

W oczach lekarza
Dr hab. med. Dorota Drożdż
Zakład Dializ Katedry Pediatrii Collegium Medicum UJ w Krakowie

Przerost lewej komory serca (PLK) polega na zwiększeniu masy lewej komory powyżej przyjętych wartości prawidłowych. Wyróżnia się dwa rodzaje przerostu lewej komory: koncentryczny, który wynika ze zwiększenia grubości ścian lewej komory oraz ekscentryczny, będący efektem zwiększenia objętości lewej komory. Przerost masy mięśniowej lewej komory serca jest istotnym, ale niewidocznym w badaniu fizykalnym uszkodzeniem serca w przebiegu nadciśnienia tętniczego i jednocześnie niezależnym czynnikiem ryzyka chorób serca i naczyń. U osób dorosłych przerost lewej komory serca zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca, niewydolności krążenia i nagłego zgonu. Najczęściej wykorzystywanym badaniem pozwalającym na ocenę masy lewej komory jest badanie echokardiograficzne, popularnie zwane „echo serca". Jest to nieinwazyjne, stosunkowo tanie badanie, pozwalające na ocenę wymiarów i grubości ścian lewej komory serca, będącej główną pompą krwi w organizmie oraz oceny pracy serca, tzw. czynności hemodynamicznej, ocenianej na podstawie mierzonych przepływów.

Liczne badania wskazują na występowanie przerostu lewej komory serca również u dzieci z upośledzoną funkcją nerek, a za jego wystąpienie odpowiedzialne są podobne czynniki jak w przypadku osób dorosłych. Najwięcej danych dotyczy dzieci w trakcie dializoterapii, z racji obecności w tej grupie pacjentów zarówno zaburzeń związanych z zaawansowaną mocznicą jak i niekorzystnych zjawisk towarzyszących samym dializom.

Przerost lewej komory serca jest aktywnym procesem toczącym się u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i może zarówno narastać jak i ulec zmniejszeniu przy prawidłowym leczeniu nadciśnienia tętniczego i unikaniu przewodnienia. Pamiętać jednak trzeba, że cechy przerostu lewej komory występują z dużą częstością we wszystkich grupach pacjentów z PChN – leczonych zachowawczo, dializami i po przeszczepie nerki. U dzieci i młodych osób, które nie rozpoczęły jeszcze dializ obserwowano związek pomiędzy stężeniem kreatyniny w surowicy i zwiększoną masą lewej komory serca.

Warto sobie zadać pytanie, na czym polega zapobieganie przerostowi lewej komory serca?

Lepsza kontrola stanu nawodnienia i ciśnienia tętniczego krwi u pacjentów dializowanych jest istotna w zapobieganiu i kontroli przerostu, ale ważne są także inne działania, takie jak wyrównanie niedokrwistości, ścisła kontrola przewodnienia i nadciśnienia tętniczego oraz stosowanie leków, np. inhibitorów konwertazy angiotensyny i beta-blokerów. W leczeniu nadciśnienia tętniczego bardzo ważne jest systematyczne zażywanie leków oraz ograniczenie spożywania soli w diecie. Należy pamiętać, że zawartość soli jest tak duża w wielu produktach spożywczych (zwłaszcza tych z długą datą ważności), że nie należy dosalać pokarmów. W celu poprawy smaku posiłków można stosować zioła. Duże znaczenie ma ponadto częsta kontrola ciśnienia tętniczego krwi – zarówno wykonywanie pomiarów domowych jak i okresowe wykonywanie 24-godzinnej rejestracji ciśnienia tętniczego. Bezobjawowe przewodnienie jest jednym z głównych czynników ryzyka rozwoju przerostu lewej komory serca i niewydolności krążenia u osób dorosłych dializowanych otrzewnowo. Z kolei u pacjentów leczonych hemodializami niekorzystne są duże wahania masy ciała pomiędzy zabiegami. Narastające przewodnienie przed kolejną hemodializą wpływa na wzrost ciśnienia tętniczego krwi, a zbyt intensywne odwadnianie w czasie zabiegu prowadzi do wahań i spadków ciśnienia tętniczego. Kontrola stanu nawodnienia ma więc kluczowe znaczenie dla dalszego rokowania chorych. Z kolei niedokrwistość poprzez zmniejszony dowóz tlenu i innych substancji odżywczych do tkanek obwodowych powoduje poszerzenie naczyń krwionośnych, co łącznie ze zwiększeniem objętości krwi krążącej skutkuje przerostem lewej komory serca w następstwie przeciążenia pracą. Wyrównanie niedokrwistości stanowi ważny element w profilaktyce przerostu lewej komory serca.

Przerost masy mięśniowej lewej komory serca jest również istotnym niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju niewydolności serca. Wykazano dwukrotnie większą częstość nagłego zgonu u osób dorosłych ze zwiększoną masy mięśniową lewej komory serca i przerostem lewej komory. W trakcie 5,5 letniej obserwacji dorosłych osób hemodializowanych wykazano, iż intensywne leczenie nadciśnienia tętniczego oraz korekta niedokrwistości skutkowały regresją przerostu masy lewej komory i w konsekwencji zmniejszeniem śmiertelności, o czym mogliśmy się przekonać analizując wyniki Framingham Heart Study.

Aby poprawić rokowanie u młodych osób ze schyłkową niewydolnością nerek należy dążyć do redukcji czynników ryzyka sercowo-naczyniowego poprzez intensywne leczenie nadciśnienia tętniczego, unikanie przewodnienia, wyrównanie niedokrwistości i zapobieganie przewlekłemu stanowi zapalnemu.

Wybrane czynniki istotnie wpływające na rozwój przerostu

lewej komory serca u pacjentów z uszkodzeniem funkcji nerek przedstawiono na rycinie 1. Złe scenariusze rokowania związane z nadciśnieniem tętniczym i przewodnieniem przedstawiono na rycinie 2. Wszystkim naszym pacjentom z przewlekłą i schyłkową niewydolnością nerek powinniśmy uświadomić bolesną prawdę. Ciężkiej chorobie ich nerek jak cień towarzyszy ryzyko równie ciężkiej choroby serca, a przewodnienie i nadciśnienie tętnicze to ryzyko istotnie nasilają.

Ryc. 1. Wybrane czynniki wpływające na rozwój przerostu lewej komory serca (PLK) u pacjentów z PChN

Ryc. 2. U dzieci przerost lewej komory z obniżoną rozwija się w przebiegu nadciśnienia tętniczego i jest pierwszym stadium rozwoju niewydolności rozkurczowej. U dorosłych nadciśnienie tętnicze jest głównym czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej i zawału serca prowadząc do jego udszkodzenia i skurczowej niewydolności.

PIELĘGNIARKA RADZI

O przybieraniu na wadze, przewodnieniu i badaniu składu masy ciała za pomocą urządzenia zwanego monitorem składu ciała (BCM – body composition monitor)

mgr Maria Kulpecka-Mazur
Centrum Dializ Fresenius Nephrocare, Kraków

Niniejszy tekst dedykuję wszystkim tym Pacjentom, którzy chcieliby aktywnie współuczestniczyć aktywnie i świadomie współuczestniczyć w swoim leczeniu nerkozastępczym i poprawić jakość swojego życia.

Nie jest łatwo żyć z przewlekłą chorobą nerek. Wie to każdy pacjent-partner. To on zastosuje się do zaleceń dietetycznych, o których pisałam poprzednim razem. A gdy dorzucić do nich jeszcze konieczność przestrzegania reżimu płynowego, bo codzienność bycia dializowanym to stała kontrola objętości spożywanych i pokarmów płynnych, kontrola masy ciała, kontrola ciśnienia krwi, sprawdzania obecności obrzęków obwodowych, czy też objawów ze strony układu oddechowego lub krążeniowego, świadczących o nadmiarze wody w organizmie (duszność, skrócenie oddechu, męczący kaszel, wyraźne osłabienie, kołatanie serca) – to można powiedzieć delikatnie, że sprawa staje się trudna. Samokontrola reżimu płynowego jest szczególnie ważna w 5 stadium PChN, gdy nerki

odmówiły współpracy z ich właścicielem i przestały produkować mocz. Przewodnienie, czyli nagromadzenie wody w organizmie jest nieuniknionym następstwem PChN, a woda jest traktowana jako jedna z najgorszych toksyn mocznicowych. Jej zawartość w organizmie może się zmieniać. Nadmiar prowadzi do przewodnienia, zatrzymania wody w łożysku naczyniowym (hiperwolemia) i w tkankach (obrzęki). Niedobór wody (odwodnienie) wiąże się przede wszystkim ze zmniejszeniem objętości krwi krążącej (hipowolemia), gorszym ukrwieniem narządów, spadkiem ciśnienia krwi i nierzadko wstrząsem. Medycyna zna pojęcie normowolemi lub euwolemii – stanu prawidłowego nawodnienia, a w dializoterapii – pamiętając, że od ilości wody w organizmie zależy masa ciała pacjentów, wprowadzono pojęcie tzw. „wagi normowolemicznej", czyli – inaczej mówiąc – tak zwanej suchej albo należnej masy ciała. Normowolemiczna masa ciała to ciężar ciała pacjenta ustalony na podstawie subiektywnych i obiektywnych kryteriów, do którego zmierzamy odwadniając pacjentów w trakcie hemodializy, któremu nie towarzyszą objawy przewodnienia lub odwodnienia organizmu, wolemia jest prawidłowa, a cisnienie krwi nie spada. Oznacza to, że każda komórka, tkanka czy narząd organizmu mają zapewnioną odpowiednią objętość wody w płynach ustrojowych, a ich skład biochemiczny można uznać za fizjologiczny.

Na stan nawodnienia wpływa wiele czynników. Po pierwsze – prawidłowa funkcja nerek, które usuwają nadmiar wody w stanie zdrowia. Kiedy nie mają takiej możliwości w chorobie, ilość wody w naszym organizmie zależy przede wszystkim od jej podaży, czyli objętości wypijanej wody „jawnej", zarówno pod postacią napojów (woda mineralna, herbata, kawa, mleko, soki itp.), spożytych pokarmów płynnych (zupy, itp.) jak i tej „wody ukrytej" w tak zwanej „suchej diecie" (ugotowany makaron, ryż, kasza, galaretka, owoce, warzywa, chleb itp.) Pewną niewielką ilość wody w warunkach fizjologicznych organizm traci przez przewód pokarmowy (stolec), układ oddechowy (parowanie niewidoczne z oddechem) i skórę (pot). Przed każdą hemodializą warto poinformować albo lekarza albo pielęgniarkę o każdym epizodzie biegunki, wymiotów lub gorączki, gdyż utrata wody tą drogą bywa niekiedy bardzo duża i może prowadzić do odwodnienia. Do ważnych czynników wpływających na stan nawodnienia organizmu należy również podaż soli w diecie. Od zwiększonej zawartości soli kuchennej (chlorku sodu) w pokarmach zależy nasze wzmożone pragnienie, nadmierne spożycie płynów, znaczne przybory masy ciała i …niestety – nadciśnienie!

Całkowita woda ustroju stanowi przeciętnie 60% masy ciała człowieka i jest środowiskiem przemian metabolicznych oraz nośnikiem substancji odżywczych i „rozpuszczalnikiem", w którym gromadzą się produkty przemiany materii. Woda w naszym organizmie podlega procesom nieustannej wymiany. Większa jej część, bo aż 2/3 znajduje się we wnętrzu komórek i określamy ja mianem wody wewnątrzkomórkowej. Pozostała 1/3, to woda zewnątrzkomórkowa, która dzieli się na wodę pozanaczyniową i wewnątrznaczyniową. Woda wewnątrznaczyniowa to woda osocza krwi i to właśnie ona wpływając do dializatora oddaje do dializatu prawie wszystkie zgromadzone w sobie toksyny. Organizm, dzięki mechanizmom chroniącym równowagę (homeostazę) ustroju kontroluje precyzyjnie objętość wody wewnątrzkomórkowej. Mechanizmy kontroli objętości wody zewnątrzkomórkowej, mimo że niemal doskonałe mogą się jednak okazać niewystarczające, gdy brakuje głównego narządu regulującego jej objętość, czyli nerek. Stałość środowiska wewnątrzkomórkowego stanowi warunek zdrowia i życia! Dlatego w organizmie gromadzącym w nadmiarze wodę, np. u chorych z rozpoznaną PChN i obecnym upośledzeniem mechanizmów jej wydalania, a wraz z nią wielu elektrolitów (m. innymi sodu, potasu, chloru, wapnia, magnezu czy jonu wodorowego), przewodnienie związane jest głównie ze wzrostem objętości wody zewnątrzkomórkowej. Może ona gromadzić się w łożysku naczyniowym (hiperwolemia), przesiękać poza łożysko (obrzęki tkankowe), przesiękać do jam ciała (wodobrzusze, przesięk opłucnowy), przesiekać do tkanek miękkich (obrzęki kostek, okolicy lędźwiowej) lub prowadzić do nadciśnienia tętniczego, duszności i obrzęku płuc. Dlatego właśnie zgromadzoną w nadmiarze wodę w organizmie osób hemodializowanych, ale także dializowanych otrzewnowo uważa się za klasyczną toksynę mocznicową. Niestety, przewodnienie pomiędzy zabiegami hemodializ u osób, które nie wydalają moczu jest nieuniknione. Jeżeli jest kontrolowane i utrzymywane w pewnych, ustalonych przez lekarza – granicach, nie zagraża życiu, ale niekontrolowane – prowadzi do poważnych następstw, niewydolności krążenia, patologii sercowo-naczyniowej (powoduje przerost mięśnia serca i jego niewydolność) oraz sprzyja rozwojowi procesu zapalnego, zwiększa ryzyko zgonu.

Istnieje co najmniej kilkanaście objawów, które można zaobserwować przy przewodnieniu. Do najważniejszych należą: duszność – w spoczynku lub podczas wysiłku, obrzęki – mierne aż do znacznie nasilonych, przepełnione naczynia krwionośne (leżące płytko pod skórą na szyi żyły szyjne zewnętrzne). Objawami odwodnienia są osłabienie – nasilające się zwłaszcza po zabiegu hemodializy, omdlenia – często po zabiegu i po spionizowaniu, kurcze mięśniowe – od lekkich do ciężkich, spadek ciśnienia krwi, obwodowe ochłodzenie i zblednięcie kończyn, suchość śluzówek jamy ustnej, zaostrzenie rysów twarzy, zapadnięcie gałek ocznych, wzmożone pragnienie.

Do pomiarów, które pomagają w ustaleniu należnej/suchej/normowolemicznej masy ciała należą: pomiary ciężaru ciała (ważenie) przed i po zabiegu hemodializy; mierzenie ciśnienia tętniczego krwi przed, w trakcie i po zabiegu hemodializy. Każdy pacjent powinien codziennie kontrolować swoją wagę i mierzyć sobie ciśnienie krwi także w domu i odnieść wyniki pomiarów do występowania lub braku objawów przewodnienia lub odwodnienia Samoobserwacja jest tutaj bardzo pomocna!

Niestety, dializowani pacjenci z czasem adaptują się do zmian masy ciała, tolerując zarówno spore przybory masy ciała jak i znaczne odwadnianie w czasie zabiegu hemodializy. To właśnie u nich objawy przewodnienia towarzyszom znacznemu przewodnieniu a nierzadko mogą mieć inne przyczyny niż te, związane bezpośrednio z hiperwolemią. Dlatego ocena stanu nawodnienia musi posłużyć się metodami obiektywnymi, takimi jak RTG klatki piersiowej (zastój w płucach), czy USG żyły głównej dolnej (poszerzenie).

Obiektywną i coraz powszechniej wykorzystywaną do precyzyjnego ustalenia należnej/suchej/ normowolemicznej wagi ciała osób hemodializowanych jest ocena stanu nawodnienia organizmu przy użyciu monitora składu ciała, czyli aparatu BCM (Body Composition Monitor). Pomiar stanu nawodnienia organizmu za pomocą aparatu BCM jest oparty o nieinwazyjną i dokładną technikę spektroskopii bioimpedancyjnej, łatwą w zastosowaniu przyłóżkowym i dającą wyniki w kilkadziesiąt sekund. Zasada funkcjonowania aparatu BCM polega na wygenerowaniu prądu o zmiennej częstotliwości i niskim napięciu i przepuszczeniu go przez ciało pacjenta pomiędzy elektrodami umieszczonymi na kończynie górnej i dolnej i zmierzeniu oporu elektrycznego, jaki prądowi stawiaj nasze tkanki. Prąd zmienny o niskich częstotliwościach nie może przenikać przez komórki, przenika natomiast przez wodę zewnątrzkomórkową. Prąd wysokiej częstotliwości przenika przez wodę zewnątrz i wewnątrzkomórkową Po uruchomieniu, aparat BCM dokonuje pomiaru przy częstotliwościach w zakresie 5 kHz i mierzy opór, z którego wylicza wodę zewnątrzkomórkową, następnie przechodzi płynnie, „skanuje", do częstotliwości 1000 kHz, i wyznacza opór elektryczny całkowitej wody organizmu (wody zewnątrz i wewnątrzkomórkowej) Wyznaczenie objętości całkowitej wody ustrojowej, w której rozpuszczone są toksyny mocznicowe (w tym np. mocznik) przed zabiegiem jest bardzo istotne, gdyż pozwala na obliczenie dawki skutecznej dializy (znane nam V, we wzorze Kt/V). Ponadto aparat BCM ustali faktyczną objętość wody zgromadzonej w organizmie (w litrach), której nadmiar ma zostać usunięty podczas zabiegów. Ocena przewodnienia dokonana przy użyciu aparatu BCM jest bardzo dokładna, bowiem „widzi on" nadmiar wody zanim objawy przewodnienia stają się klinicznie widoczne lub odczuwalne. Tak więc ustalenie „wagi normowolemicznej" jednoznacznie wyklucza nadmierne lub niedostateczne odwodnienie, ale jednocześnie wymaga czasu i okresowo powtarzanych, poprawnie wykonywanych pomiarów bioimpedancyjnych.

Ocena przewodnienia wyrażana w litrach i pomiar masy ciała przy użyciu tradycyjnej wagi do oceny przyboru masy ciała wyrażonej w kilogramach są zbieżne! ! litr wody to wszakże 1 kilogram! I tak, bezpieczne przewodnienie nie może przekraczać 2,5 litra pomiędzy zabiegami hemodializ a przybór masy ciała nie może być większy niż 2,5 kg w stosunku do od należnej/suchej masy ciała, lub innymi słowy mówiąc - nie może przekraczać 3,5% należnej/ ustalonej masy ciała. Przybór/przyrost masy ciała pomiędzy zabiegami, u osób, które w ogóle nie oddają moczu nie powinien przekraczać 1,5 do 2 kg.

Jeszcze jedną zaletą badania wykonanego za pomocą aparatu BCM jest możliwość wyliczenia na podstawie objętości wody całkowitej i zewnątrzkomórkowej rzeczywistego nadmiaru wody (przewodnieniea) oraz wielkość masy tkanki beztłuszczowej i tłuszczowej organizmu. Oznacza to, że aparat BCM dostarcza danych do oceny stanu odżywienia, które zgodnie z doniesieniami naukowymi z ostatnich lat, ma coraz większe znaczenie w leczeniu nerkozastępczym. Zauważono na przykład, że ciężar ciała nie zawsze ulega zmianie przy spadku aktywnej masy komórkowej (np. przy zmniejszeniu masy mięśniowej). Spadek ten bowiem niepostrzeżenie równoważony bywa nagromadzeniem wody!

Dzięki badaniu bioimpedancyjnemu z wykorzystaniem BCM można lepiej kontrolować ciśnienie tętnicze, wykrywać „ukryte przewodnienie", które nie pozwoli na skuteczne obniżenie ciśnienia krwi nawet przy stosowaniu kilku leków! Dzięki BCM, rozłożone stopniowo w czasie ustalanie wagi normowolemicznej skutkuje zmniejszeniem liczby zażywanych leków przeciwnadciśnieniowych, a niekiedy nawet ich odstawieniem! Przy systematycznym ustalaniu wagi normowolemicznej spadki ciśnienia tętniczego krwi w czasie i po zabiegu hemodializy występują epizodycznie, gdyż BCM pozwala na bardziej dokładne określenie wielkości odwodnienia! Unikanie epizodów hipotonii śródializacyjnej, związanej z nadmiernym odwadnianiem i dramatycznym zmniejszaniem się objętości wody osocza krwi w bardzo istotny sposób zwiększa skuteczność każdego zabiegu hemodializy bez takiego epizodu. BCM pozwala zatem na monitorowanie adekwatności dializy.

Monitorowanie składu ciała przy użyciu aparatu BCM ma zastosowanie w badaniach przesiewowych i w monitorowaniu stanu nawodnienia i odżywienia Pacjentów w każdym wieku z PChN leczonych nerkozastępczo (dializą otrzewnową lub hemodializą). Ze względu na jego zalety, cieszy się coraz większym uznaniem wśród personelu naszej Stacji Dializ jak i samych pacjentów.

Udział Pacjentów w badaniu BCM – o którego konieczności przeprowadzenia są zazwyczaj wcześniej informowani – polega na odpowiednim przygotowaniu.

1. Dzień przed badaniem nie należy wykonywać ciężkich prac oraz spożywać alkoholu. Uzasadnienie: Intensywna aktywność ruchowa (praca, bieganie), alkohol prowadzą do zmiany równowagi płynowej, którą organizm wyrównuje po jakimś czasie. Dlatego pomiar po nich będzie niemiarodajny.

2. Badanie wymaga „udostępnienia" części kończyn górnej i dolnej, po stronie wolnej od dostępu naczyniowego. W przypadku silnego owłosienia należy w domu, w dniu badania a więc także zabiegu dializy, wygolić owłosienie miejscowo, w okolicy przymocowania elektrod jednorazowego użytku (linie pozorne przecinające kostki nadgarstka i stopy po stronie wolnej od dostępu

naczyniowego oraz okolice knykci palców); skórę umyć i nawilżyć (na przykład balsamem), a jeśli jest spocona (przed samym badaniem) lekko osuszyć. Uzasadnienie: Szorstka i wysuszona skóra, czy zaniedbana pielęgnacyjnie, może wywołać zmianę oporności stykowej między elektrodami a skórą i tym samym, wpłynąć negatywnie na miarodajność pomiaru.

3. W dniu badania nie należy korzystać z sauny i rozgrzewających masaży; należy unikać marznięcia i przegrzania. Uzasadnienie: W wymienionych sytuacjach prawie zawsze występują silne zmiany w ukrwieniu, zwłaszcza części obwodowych ciała (kończyn) i mogą one zaburzyć miarodajność wyniku badania.

4. Osobie przeprowadzającej pomiar, należy zgłosić, jeśli występują: gorączka lub obniżona temperatury ciała. Uzasadnienie: Gorączka i obniżona temperatura ciała prowadzą do zmiany oporów tkanek. Każdy stopień zmiany temperatury ciała powyżej lub poniżej normy wiąże się z 1-2% błędem wartości danego pomiaru.

5. Przyjmowanie dużej ilości pokarmów lub płynów bezpośrednio przed badaniem powinno być wykluczone. Do badania należy przystąpić co najmniej 4 godziny po posiłku! Uzasadnienie: Początkowo, cały spożyty bezpośrednio przed badaniem pokarm i płyn znajdują się w żołądku i niemożliwe jest ich wykrycie za pomocą aparatu BCM. Spożywanie bezpośrednio przed badaniem skutkuje błędnym zinterpretowaniem przez aparat BCM, przyboru zmierzonego na wadze, i wprowadzonego do niego po zważeniu przed zabiegiem. Wówczas „przybranie oznaczone za pomocą wagi" zinterpretowane zostaje jako zwiększenie tkanki tłuszczowej i ocena rzeczywistego przewodnienia jest niemiarodajna.

6. Przed pomiarem BCM należy zważyć się, a przed ważeniem zdjąć z siebie ciężkie ubrania: buty, odzież skórzaną, wełniane swetry, kurtki, a także torebki. Niekiedy odzież potrafi być bardzo ciężka! Uzasadnienie: Precyzyjne ustalenie wagi i wzrostu przed zabiegiem jest niezbędne do przeprowadzenia obliczeń. Dokładność pomiarów wyznacza każdy 1 centymetr wzrostu i 200 g ciężaru ciała!

7. Co najmniej 2 minuty przed rozpoczęciem pomiaru i podczas całej procedury pomiarowej należy leżeć płasko na plecach. Uzasadnienie: Pozycja horyzontalna zapewnia jak najbardziej równomierne rozłożenie płynów w organizmie (określa się to zjawisko jako ekwilibracja, „wyrównanie").

8. Podczas badania ramiona pacjenta nie powinny dotykać ciała; nogi i stopy nie powinny być złączone; w miarę możliwości nogi powinny być rozstawione, a ramiona odwiedzione od tułowia; należy „wyluzować" mięśnie oraz powstrzymać się od poruszania lub mówienia. Uzasadnienie: Niewłaściwe ułożenie ciała podczas badania stanu nawodnienia przy aparatu BCM zmienia oporność tkanek i tym samym wpływa na miarodajność wyniku.

9. W trakcie trwania badania pacjent nie może dotykać jakichkolwiek metalowych przedmiotów; wszelkie metalowe przedmioty (zegarek, klucze, biżuteria, telefon komórkowy, pasek do spodni z metalową sprzączką, zapinki do włosów) należy odłożyć w miejsce nie mające styczności z badanym. Uzasadnienie: Metal zmienia oporowość tkanek i zaburza wynik pomiaru.

Po wykonanym badaniu stanu nawodnienia aparatem BCM pacjent zostaje poinformowany o wyniku oraz o ustalonej w związku z nim wadze normowolemicznej. Wagę tę ustala lekarz, ale zawsze po rozmowie z pcjentem i po uzyskaniu od niego informacji na temat objawów mogących świadczyć o nieprawidłowym stanie nawodnienia. Zdanie pacjenta oraz jego samopoczucie są tutaj istotne. Ustalenie zakresu wartości wagi normowolemicznej trwa tygodnie, a niekiedy miesiące. Wielkość odwodnienia dopasowuje się indywidualnie do stanu zdrowia pacjenta. Usuwanie nadmiaru wody do osiągnięcia wagi normowolemicznej jest istotnym celem każdej dializy, odbywa się na drodze ultrafiltracji, musi być adekwatne, to jest dostosowane do potrzeb i możliwości układu sercowo-naczyniowego każdego pacjenta. Głównym mechanizmem umożliwiającym przechodzenie wody pozałożyskowej do światła naczyń krwionośnych jest tzw. „refilling", napełnianie. System naczyniowy każdego pacjenta bez większych problemów przeprowadza przez ściany naczyń ok. 10 ml wody /kg masy ciała/godzinę. Jeżeli zbliżymy się do wartości 15 ml/kg/godzinę może okazać się, że dializator usuwając więcej wody osocza krwi niż możliwości „refillingu" doprowadzi do hipowolemii. Ratując się przed wstrząsem dolewamy pacjentowi sól fizjologiczną, zmniejszamy ultrafiltrację, nie osiągamy masy ciała po dializie bliskiej „suchej", normowolemicznej. Powtarzające się nieskuteczne i niewystarczające odwodnienie w czasie zabiegów hemodializy doprowadza do stałego przewodnienia i zagraża życiu! Ale – o czym powinniśmy także pamiętać – nasila niedodializowanie.

BCM jest urządzeniem, które jest bardzo pomocne w ustaleniu prawidłowego stanu nawodnienia oraz odżywienia. Należy go jak najczęściej wykorzystywać. Poprawi się adekwatność dializy, a to przełoży się to na lepsze rokowanie naszych pacjentów.

BCM w stacji dializ. Właściwe narzędzie we właściwym miejscu. Wiemy, dlaczego!

Potrzeby i problemy pacjentów dializowanych otrzewnowo

Katarzyna Kalista
Pielęgniarka, Zabrze

Życie każdego człowieka ulega zmianie, gdy pojawia się przewlekła choroba. Wkraczamy w świat leków przyjmowanych o określonych porach, zabiegów rozpoczynanych cyklicznie o tych samych godzinach. Czujemy się przywiązani do domu i uzależnieni od leczenia. Człowiek dorosły czy też dziecko powinni zaprzyjaźnić się z chorobą, aby móc w miarę naturalnie funkcjonować w dalszym życiu. Każdy z nas ma inną wrażliwość i dlatego potrzebuje wsparcia, wyrozumiałości i ciepła. To od nas, bliskich osób – rodziny, przyjaciół – chory tego oczekuje. W dalszej kolejności i o różnym stopniu zaangażowania mogą włączać się sąsiedzi, koledzy i znajomi. Pomocne mogą być też organizacje nieformalne: kluby, fundacje, stowarzyszenia, jak też inny dializowany pacjent. Nad tymi wszystkimi chorymi czuwają lekarze i pielęgniarki, dietetycy i psychologowie. Jednak to oni sami muszą chcieć podjąć wyzwanie i walczyć o swoje godne życie.

Dializa otrzewnowa jest właśnie taką metodą leczenia, w której pacjent musi samodzielnie zaangażować się w leczenie. Po dostatecznie długo trwającym szkoleniu chory wykonuje dializy otrzewnowe w warunkach domowych, dostosowując je do własnego rytmu życia. Do swojego ośrodka dializ zgłasza się cyklicznie na kontrole. Dlatego też do nas powinna należeć ocena nastawienia pacjenta do dializ domowych, jego warunków socjalno – bytowych oraz możliwości mentalnych, manualnych i intelektualnych. Według naszych obserwacji i zebranych informacji dostosowuje się sposób dializowania do potrzeb każdego pacjenta.

Pacjent przygotowywany jest do dializ otrzewnowych przez zespół terapeutyczny: lekarza, pielęgniarkę, dietetyka i psychologa. Potrzebuje bowiem informacji na temat choroby, która go dotknęła i metody jej leczenia. Dokonuje się szkolenia instrumentalnego, wyuczenia wykonywania dializy, a przede wszystkim rad i wskazówek oraz podkreśla się, że chorzy mają dostęp do pomocy w każdym momencie trwania leczenia. Nasze szkolenie kończymy w momencie, gdy jesteśmy pewni, że pacjent poradzi sobie sam w warunkach domowych. Może ono trwać od kilku dni do nawet 2 lub 3 tygodni. W zależności od czasu trwania choroby prowadzimy reedukację pacjentów przypominając im zasady postępowania lub upewniamy ich, że czynności wykonują poprawnie. Pacjent powinien zaakceptować i polubić metodę. A my jako szkolący powinniśmy utwierdzić go w tym, że jest akceptowany i rozumiany. Naszym zadaniem jest również podniesienie lub wzmocnienie poczucia własnej wartości pacjenta, która jest obniżona przez chorobę.

Każdy pacjent ma problem z zaakceptowaniem tego, że to właśnie on jest chory, a choroba nie jest wyleczalna i dlaczego to właśnie jego dotyczy. Chce dalej prowadzić życie jak do czasu choroby. Wypiera to co dzieje się z jego organizmem. Często mówię swoim pacjentom, że nie mam daru, aby zabrać od nich chorobę, ale mogę pokazać im jak w miarę naturalnie można żyć, cieszyć się i spełniać swoje pasje. Każdy pacjent jest inny! Do każdego trzeba znaleźć „klucz"! Według mnie wiele zależy od „chcenia", od tego jak podchodzimy do choroby. Nie kłóćmy się z nią i nie walczmy! Jeżeli już jest to zaakceptujmy ją!!

Pacjenci dializowani otrzewnowo mają ograniczenia dietetyczne, każdy z nich musi dostosować dietę do wyników badań i swoich możliwości finansowych. Muszą oni ograniczać ilość przyjmowanych płynów i prowadzić bilans wodny. Mogą natomiast uprawiać sporty, ale tylko te, które nie obciążają zbyt jamy brzusznej. Nie wolno korzystać chorym z basenów i innych zbiorników wodnych. Nie powinni nadmiernie opalać się. Często ograniczeń jest tak wiele, że pacjenci zniechęcają się. Należy tu podkreślić, że dializa otrzewnowa jest jednak łagodniejsza dla organizmu niż hemodializa, bowiem pozwala na większą swobodę. Pacjent dializowany otrzewnowo, a będący w lepszej formie jest w stanie dotrwać do przeszczepu nerki.

Potrzeby pacjentów dializowanych otrzewnowo wiążą się z odpowiednimi warunkami anatomicznymi organizmu, jak też warunkami socjalno – bytowymi oraz intelektualno – mentalnymi. Moja praca z pacjentami pokazała mi, że każdy z nich może nauczyć się metody dializowania jeśli tylko tego chce, a warunki domowe można dostosować do prowadzenia dializ.

Szkolenie należy dostosować do każdego pacjenta indywidualnie i nie można go zostawiać bez pomocy. Często, w razie wystąpienia problemu, przez rozmowę i wsparcie możemy pomóc naszym pacjentom. A o to przecież chodzi!

Wiele można jeszcze pisać w tym temacie zagłębiając się w szczegóły. Opisać każdą sferę potrzeb pacjentów i problemów życia codziennego. Najważniejsze jest, aby zawsze starać się traktować pacjenta tak – jak samemu chciałoby się być potraktowanym!

ŚWIATOWY DZIEŃ NEREK 2016 – DZIAŁAJ WCZEŚNIE BY ZAPOBIEGAĆ

Monika Zielińska
OSOD

10 marca obchodzony był Światowy Dzień Nerek. W tym roku upłynął on pod hasłem „Choroby nerek a dzieci – działaj wcześniej, by zapobiegać" i stał się okazją do podkreślenia potężnego problemu niskiej wykrywalności PChN oraz idącej za tym konieczności wczesnej diagnostyki, będącej najskuteczniejszą metodą walki z gwałtownym rozprzestrzenianiem się schorzeń nefrologicznych we współczesnym społeczeństwie.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych wspólnie z Hutniczą Fundacją Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej po raz kolejny zorganizowało w ramach obchodów Światowego Dnia Nerek akcję bezpłatnych profilaktycznych badań poziomu kreatyniny we krwi. Tym razem pula 2000 badań została udostępniona w Krakowie i Łodzi (1000 badań dla każdego miasta). Od 10 marca w Łodzi wykonać je można było w 4 punktach pobrań Diagnostyki, natomiast w Krakowie w 14 punktach Diagnostyki, w Centrum Medycznym Ujastek oraz w dwóch ośrodkach Diaverum. Dla mieszkańców Krakowa OSOD zorganizował także koncert znanych przebojów z musicali, operetek i kabaretów w wykonaniu Doroty Bębenek (mezzosopran,) Jana Migały (baryton) oraz Wioletty Fludy (fortepian). Atrakcje miały miejsce w Centrum Kultury „Dworek Białoprądnicki". Po koncercie miał miejsce bardzo sugestywny wykład prof. Jacka Pietrzyka pt. „Jak pomóc własnym nerkom w zdrowiu i w chorobie?".

Organizując działania profilaktyczne oraz spotkania edukacyjne Stowarzyszenie chce docierać przede wszystkim do osób starszych, których ryzyko zachorowania na PChN dotyka w szczególności. Niewyczerpane pule bezpłatnych badań pod kątem oceny funkcji nerek oraz stosunkowo niski procent udziału w tegorocznej akcji osób po 65 roku życia (39% przebadanych w Łodzi oraz ok. 30% w Krakowie) pokazują, że świadomość tej grupy wiekowej na temat zagrożenia PChN wciąż jest niepokojąco niska. Z drugiej strony zainteresowanie wykładem prof. Pietrzyka na temat profilaktyki chorób nerek wykazali przede wszystkim seniorzy. Spotkanie pokazało, że ludzie starsi, nieustannie zmagający się z różnymi schorzeniami oraz pełni wątpliwości związanych z adekwatnością prowadzonego trybu życia do stanu zdrowia, mają dużą potrzebę medycznej konsultacji, do której często nie mają dostępu.

W dniu Światowego Dnia Nerek problem dostępu do poradni nefrologicznych szczególnie wyraźnie poruszał Nefron – Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska, postulując konieczność powołania ogólnopolskiego programu wczesnego wykrywania i leczenia chorób nerek. Podczas konferencji prasowej zorganizowanej w tym dniu przez najważniejsze ośrodki nefrologiczne w Polsce, prof. dr hab. Magdalena Durlik, dr Iwona Mazur oraz prof. dr hab. Ryszard Gellert apelowali o wdrożenie działań prowadzących do skutecznej profilaktyki chorób nerek. „Choroby nerek są cichym zabójcą" – mówił podczas konferencji prof. Gellert – kierownik Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. „Jedynie system wczesnego wykrywania chorób nerek może spowodować, że zatrzymamy narastanie liczby pacjentów wymagających leczenia sztuczną nerką czy przeszczepienia" – podkreślał, zwracając uwagę, że konieczne zmiany związane są przede wszystkim ze zreformowaniem systemu działania opieki zdrowotnej.

Dzięki akcji zorganizowanej z okazji Światowego Dnia Nerek przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych oraz Hutniczą Fundację Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej w Krakowie profilaktyczne badanie pod kątem oceny funkcji nerek wykonały 823 osoby, natomiast w Łodzi – 564. U ponad 50% przebadanych

w Krakowie rozpoznana została wczesna PChN, w Łodzi u blisko 39%. Stan wymagający natychmiastowego dializowania lub przeszczepu nerki wykryto natomiast u dwóch osób. Dane pokazują, że wartość organizowania akcji bezpłatnych badań jest ogromna, jednak takie działania nie są wystarczające by zatrzymać cywilizacyjny rozwój PChN. Niezbędne jest podjęcie kroków dających trwałe efekty – z jednej strony budowanie świadomości społeczeństwa na temat istniejącego zagrożenie chorobą, z drugiej: zreorganizowanie systemu działania opieki zdrowotnej tak, aby wczesna diagnoza była fundamentem jej funkcjonowania, a dla lekarzy stanowiła priorytet.

Duży medialny oddźwięk będący efektem kampanii PR koncentrującej się wokół Światowego Dnia Nerek i dotyczącej wczesnego wykrywania, profilaktyki oraz leczenia chorób nerek przeprowadzonej przez Nefron – Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyny Polska, daje nadzieję na poprawę stanu wiedzy polskiego społeczeństwa na temat PChN i zagrożenia, jakie ze sobą niesie.

Kampania prowadzona była od lutego do kwietnia 2016. Dzięki aktywnej współpracy Agencji Perpetuum Media z najważniejszymi polskimi mediami, ukazało się ,w tym czasie 150 publikacji stanowiących rzetelne źródło wiedzy na temat wczesnego wykrywania, zapobiegania i leczenia schorzeń nefrologicznych. Jak podaje raport, „teksty dotyczące profilaktyki i leczenia chorób nerek ukazały się w najbardziej poczytnych i cieszących się rekordową oglądalnością oraz słuchalnością w polskich mediach", takich jak: Fakt, Gazeta Wyborcza, Dziennik Gazeta Prawna, Pytanie na Śniadanie TVP 2, Poranek w TVP Warszawa, Radio dla Ciebie, RMF FM, Polskie Radio program 1, Tygodnik Zamojski, Onet.pl, Uroda. Dzięki dostosowaniu informacji prasowej dotyczącej Światowego Dnia Nerek do specyfiki poszczególnych mediów i ich odbiorców oraz zaangażowaniu specjalistów w stworzenie komunikatu prostego w odbiorze, a zarazem cennego pod względem zawartych w nim informacji, kampania powinna dać realny efekt w postaci zwiększenia świadomości społeczeństwa na temat zagrożenia chorobami nerek. Pośrednictwo najbardziej opiniotwórczych i najczęściej czytanych gazet lokalnych i ogólnopolskich oraz najpopularniejszych portali internetowych w przekazie informacji jest świadectwem sukcesu podjętych działań. Mało atrakcyjny dla mediów temat chorób w końcu został dostrzeżony i poruszony z siłą, która może zmienić nastawienie wielu osób do kwestii wykonywania profilaktycznych badań, a tym samym przyczynić się do poprawy wykrywalności PChN.

„95% ludzi z chorymi nerkami umiera, ponieważ nie są zdiagnozowani i nie są leczeni. Choroba nerek jest chorobą postępującą, ale jeśli zdiagnozuje się ją odpowiednio wcześnie, można opóźnić proces jej rozwoju o kilkanaście lat, a nawet więcej. Profilaktyka

jest najtańszą, najskuteczniejszą i najwłaściwszą metodą radzenia sobie z problemem. Najtrudniejsze natomiast jest dotarcie do ludzi i zachęcenie ich do wykonywania badań" – podkreślała podczas konferencji prasowej Iwona Mazur – prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych. Światowy Dzień Nerek był okazją do skupienia uwagi mediów, środowiska medycznego oraz społeczeństwa na problemie wysokiej zachorowalności na PChN i możliwościach związanych z zatrzymaniem tego procesu. Edukacja jednak musi trwać nadal, dlatego w tym kierunku podążać będą najbliższe działania OSOD, a hasło: „Działaj wcześnie by zapobiegać", będzie tym działaniom niezmiennie przyświecać.

AKCJA „ZADBAJ O SWOJE NERKI" FUNDACJI EDF POLSKA

Monika Zielińska
OSOD

Na przełomie marca i kwietnia w odpowiedzi na zaproszenie Fundacji EDF włączyliśmy się w akcję profilaktyczną skierowaną do pracowników Grupy EDF w Polsce. EDF to francuska firma produkująca energię elektryczną i ciepło, która w Polsce działa już od ponad 16 lat.

Owocem naszej wspólnej pracy były bezpłatne badania poziomu kreatyniny we krwi pozwalające na ocenę funkcji nerek oraz otwarte wykłady dotyczące profilaktyki chorób nerek wygłoszone przez lekarzy nefrologów, które odbyły się we wszystkich oddziałach EDF w naszym kraju: w Gdańsku, Toruniu, Gdyni, Warszawie, Zielonej Górze, Rybniku, Wrocławiu oraz Krakowie.

Działania zainicjowane przez Fundację EDF to przykład właściwie pojmowanej społecznej odpowiedzialności biznesu, do realizowania której chcielibyśmy przekonać inne korporacje funkcjonujące w Polsce. Każda firma, rozpoczynając proces budowania własnej strategii, powinna przede wszystkim uwzględniać w niej dobro tych, bez których by nie istniała, czyli własnych pracowników. Działalność społeczna opiera się na pomocy drugiemu człowiekowi i choć rodzajów tej pomocy może być wiele, na pewno nie powinno wśród niej zabraknąć takiej, która skupia się na zdrowiu.

Dopóki człowiek nie poczuje bólu nie pomyśli, że coś może mu dolegać, a ponieważ choroby nerek często nie powodują ich dolegliwości bólowych, trzeba znaleźć inny sposób na uświadomienie ludziom, że po pierwsze taki narząd w naszym organizmie się znajduje, a po drugie, że może być niesprawny mimo braku jakichkolwiek sygnałów na to wskazujących. Fundacja EDF taki sposób znalazła i spisała się w tej kwestii na medal, doprowadziła bowiem do tego, że 482 pracowników Grupy EDF Polska skorzystało z możliwości wykonania bezpłatnego badania krwi pod katem oceny funkcji nerek oraz uczestniczyło w wykładach poświęconych profilaktyce chorób nerek.

Akcję Fundacji pochwala nie tylko Stowarzyszenie, ale także lekarze, którzy w oddziałach EDF Polska edukowali pracowników firmy w kwestii zagrożenia i profilaktyki PChN. „Propagowanie wiedzy na temat chorób nerek, połączone z możliwością wykonania nieodpłatnych badań, może przyczyniać się do wczesnego rozpoznania tej choroby oraz uświadamiania skali jej występowania, jej konsekwencji oraz szerszego wdrażania działań mających na celu jej wczesne wykrycie i leczenie" – mówił po spotkaniu w Elektrociepłowni Gdyńskiej dr hab. n. med. Bogdan Biedunkiewicz. „Odpowiednia edukacja i okresowe (przynajmniej jeden raz w roku) wykonanie dwóch podstawowych badań, takich jak mocz ogólny i oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, pozwoli wcześnie rozpocząć diagnostykę i ewentualnie włączyć leczenie nefroprotekcyjne" – dodaje dr n. med. Marcin Krzanowski, który wygłosił wykład w oddziale EDF w Krakowie.

Zaproszeni do współpracy nefrolodzy mówili o żywym zainteresowaniu słuchaczy tematem chorób nerek i możliwości jej zapobiegania, a wiele pytań ze strony publiczności świadczy o wciąż obecnym znacznym braku podstawowej wiedzy na ten temat w naszym społeczeństwie. Tym bardziej obecność każdej kolejnej osoby w punkcie pobrań i na sali wykładowej daje świadectwo sukcesu całego przedsięwzięcia i potwierdzenie ogromnej jego wartości. Mamy nadzieję, że wkrótce inne firmy wdrożą podobne programy profilaktyczne i zechcą równie mocno jak Grupa EDF Polska zadbać o zdrowie swoich pracowników.

Rodzinny Zjazd

Kazimierz Esmund
Ogólnopolskie Stowarzyszenie „NERKA"
ul Lisowskiego 1-3/7
65-001 Zielona Góra

12 marca 2016 roku w Sali Kolumnowej Urzędu Marszałkowskiego w Zielonej Górze odbył się I Lubuski Zjazd Osób po Przeszczepie Nerek. Mimo gorączki przedświątecznych przygotowań i okresu grypowego, na spotkanie przybyło dwadzieścia siedem przeszczepionych koleżanek i kolegów oraz lekarze, pielęgniarki, a nawet zespół inżynieryjno-techniczny Klinicznego Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ zielonogórskiego szpitala. Na to spotkanie zjechali się ludzie z różnych zakątków województwa lubuskiego – czasami bardzo odległych od Zielonej Góry. Wielu z nas przybyło z całymi rodzinami – żonami, mężami, dziećmi, wnukami. Każdy chciał powspominać, pochwalić się swoim szczęściem i osiągniętymi, dzięki między innymi transplantacji, sukcesami. Formuła Zjazdu miała charakter luźnego, ciepłego i miłego rodzinnego spotkania. Od pierwszych chwil poczuliśmy się jedną wielką Rodziną. Bo jak tu nie nazwać Rodziną tych, którzy jeszcze nie tak dawno spędzali po 4-5 godzin czas na salach dializacyjnych wraz ze sprawującymi opiekę medyczną lekarzami i pielęgniarkami (a ci ze starszym „stażem dializacyjnym" nawet po 6-8 godzin) co 2-3 dni przez kilka lat. Dla przybyłych na spotkanie przeszczepionych, zielonogórski oddział nefrologii i stacja dializ przez długi czas były – i w sercach nadal są - jak drugi dom, gdzie wszyscy bez wyjątku wkładają wiele wysiłku, aby czas dializ nie był tylko męką i dotkliwą koniecznością, ale też miejscem nawiązywania nowych znajomości, kreatywnych kontaktów i przyjaźni oraz podejmowania wszelkich inicjatyw, które zintegrują dializującą się społeczność. Nikt się więc nie dziwił, że również lekarze i pielęgniarki przyszli na spotkanie ze swoimi dziećmi. Na Zjeździe wszyscy chcieli się czuć – i czuli - jedną wielką, szczególną i wyjątkową Rodziną, której członkowie najlepiej rozumieją swoje problemy, bolączki, porażki i sukcesy. Były łzy, wspomnienia, opowieści o „drugim życiu", wdzięczności za uzyskany przeszczep, powrocie do zdrowia, problemach, radościach, kłopotach, kontynuacji pracy zawodowej, szczęściu rodzinnym. Każdy chciał się pochwalić, jak mu się w życiu ułożyło. W każdym zakątku sali dało się słyszeć: „A pamiętasz, jak…, a wiesz, że…".Spotkanie odbyło się w ramach obchodów Światowego Dnia Nerek, dzięki zaangażowaniu wielu osób, m.in. dr. Ireneusza Habury – kierownika Klinicznego Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ w Zielonej Górze, prof. Bogumiły Burdy – prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia „NERKA" z siedzibą w Zielonej Górze oraz Marii Stasińskiej – pielęgniarki oddziałowej zielonogórskiego Klinicznego Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ. Na spotkaniu nie zabrakło głównego pomysłodawcy i propagatora Zjazdu – pacjenta po transplantacji nerki z 15-letnim stażem – Kazimierza Esmunda.

Jako, że głównym mottem tegorocznych obchodów Światowego Dnia Nerek było hasło „Nerki i dzieci. Wczesne działanie to zapobieganie", w atmosferę wspomnień i refleksji wprowadził wszystkich wzruszający teledysk o będącej po przeszczepie nerek 9-letniej Martynce – podopiecznej Stowarzyszenia „NERKA" oraz krótki film o historii Klinicznego Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ w Zielonej Górze, który został zmontowany z okazji 40-lecia jego istnienia. Uczestnicy spotkania mieli doskonałą okazję dowiedzieć się, jakie były początki dializoterapii na ziemi lubuskiej, jak przebiegały dializy 40 lat temu oraz jak rozwijał się oddział i stacja dializ na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. Nie zabrakło wzruszenia, a zarazem dumy, kiedy goście Zjazdu rozpoznawali się na kadrach filmu, poznawali lekarzy i pielęgniarki, którzy jeszcze nie tak dawno pomagali im w trudnych chwilach dializ. Miejscami dało się słyszeć: „To ja, to o mnie, to ja przysłałem im te zdjęcia…". Wszyscy mieli poczucie, że są, co prawda mimowolną, ale jednak realną cząstką historii oddziału, stacji dializ i stanowią jego integralną społeczność.

Spotkanie miało też szerszy aspekt, bowiem organizatorzy zaprosili również społeczność lokalną. Chcieli w ten sposób z jednej strony uświadomić wszystkim przybyłym znaczenie naszych nerek dla zdrowia i życia oraz poinformować o powszechności chorób nerek. Z drugiej zaś strony pokazać, że dializy to nie wyrok, a jedną z form leczenia terminalnej niewydolności nerek jest przeszczep, po którym można normalnie żyć i aktywnie funkcjonować w społeczeństwie, realizować plany i marzenia. Tak jak na przykład kolega Artur, który pierwszy przeszczep miał 26 lat temu. Wśród przybyłych na Zjazd były osoby, które żyją z przeszczepioną nerką 2-3 lata, ale były też takie, które 17-18 lat funkcjonują z przeszczepionym narządem. Wśród zebranych nie brakowało osób, które miały już drugi, a nawet trzeci przeszczep. Były też osoby przygotowujące się do przeszczepu rodzinnego. Zjazd pomógł im zorientować się, jak to jest naprawdę po przeszczepie nerek, jak można z tym żyć, jak funkcjonować, jak się rozwijać. Ale w tym dniu wszyscy skupiali się na przyszłości, starając się zapomnieć choć na chwilę o swoich problemach. Wzruszenie i świadomość, że innym się udało, dodawało energii i ładowało akumulatory wszystkim tym, którzy żyli do tej pory w zwątpieniu.

I Lubuski Zjazd Osób po Przeszczepie Nerek zorganizowany w ramach Światowego Dnia Nerek stał się doskonałą okazją, by każdy kto przyszedł do Sali Kolumnowej Urzędu Marszałkowskiego mógł swobodnie

porozmawiać z lekarzami nefrologami, pielęgniarkami dializacyjnymi i nefrologicznymi, spotkać się z osobami w okresie przeddializacyjnym, pacjentami dializowanymi i po przeszczepie nerek, psychologiem, pedagogiem oraz socjoterapeutą. Można było zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi, poziom glukozy, obejrzeć okazjonalną wystawę. Zainteresowani mogli uzyskać od przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia merytoryczną poradę, np. w zakresie rehabilitacji, czy leczenia sanatoryjnego. Organizatorzy nie zapomnieli o najmłodszych. Dla dzieci starszych były zorganizowane zajęcia warsztatowe na temat chorób nerek, pokazy filmów, działania i szkolenia

Portfolio uczestników I Lubuskiego Zjazdu osób po Przeszczepie Nerek, zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i inżynieryjno-technicznego Klinicznego Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego, Zielona Góra, 12.03.2016r

z udzielania pomocy przedmedycznej. Na stoisku dla dzieci młodszych, które prowadziła Fundacja dr Clown, było mnóstwo propozycji fantastycznych gier i zabaw. Bawili się wszyscy: dzieci i dorośli. W tym dniu nikt nie był sam. Mimo swego rodzaju niepełnosprawności, każdy czuł się zdrowym i potrzebnym.

Podczas imprezy można było zobaczyć najnowszej generacji aparat do dializ, skonsultować się w zakresie przebiegu nowoczesnego leczenia hemodializami. Było też stanowisko dializy otrzewnowej, gdzie przemiła pielęgniarka dializacyjna Ewa Gudaniec prezentowała cykler najnowszej generacji i informowała o tej formie leczenia nerkozastępczego. Dla wielu, szczególnie tych starszych uczestników spotkania, zaprezentowane nowoczesne rozwiązania stosowane w leczeniu nerkozastępczym były dużym zaskoczeniem. Za ich czasów było zupełnie inaczej: małe sale dializacyjne z przestarzałym sprzętem, brak szatni dla pacjentów, wszechobecne braki lekarstw, reutylizacja dializatorów, mała ilość stanowisk dializacyjnych… Taka była ich codzienność. Informacje więc o powstaniu w Zielonej Górze od podstaw nowoczesnej stacji dializ i remoncie oddziału dokonanym w latach dwutysięcznych ucieszyły przybyłych. Tym bardziej, że wszyscy znali sprawcę tych zmian – przedwcześnie zmarłego ordynatora – dr Jacka J. Felisiaka, niestrudzonego propagatora powiększenia i modernizacji oddziału, prekursora hemodiafiltracji, plazmaferezy i biopsji nerki w zielonogórskim szpitalu oraz współtwórcy Ogólnopolskiego Stowarzyszenia „NERKA". Wiadomość, że 10 marca 2016 roku na Klinicznym Oddziale Nefrologii i Stacji Dializ zostały odsłonięte dwie tablice pamiątkowe: jedna poświęcona właśnie dr Jackowi J. Felisiakowi, i druga - prof. Maxowi Jaffe – urodzonemu w Grünberg (obecnie Zielona Góra) wybitnemu niemieckiemu biochemikowi, patologowi i farmakologowi, odkrywcy m.in. metody wykrywania kreatyniny we krwi i moczu – ucieszyła wszystkich. Fundatorem tablic było Ogólnopolskie Stowarzyszenie „NERKA" z siedzibą w Zielonej Górze. Miłym dopełnieniem Zjazdu były skromne

Wspólna fotografia uczestników I Lubuskiego Zjazdu Osób po Przeszczepie Nerek,
Zielona Góra, 12.03.2016r.

suweniry. Każdy uczestnik spotkania otrzymał pamiątkowy znaczek, monografię Ogólnopolskiego Stowarzyszenia „NERKA" z siedzibą w Zielonej Górze, materiały edukacyjne i pamiątkowe gadżety. Warto nadmienić, że na pięknym plakacie informującym o Zjeździe wygenerowano portfolio w kształcie dwóch nerek, do którego wszyscy lekarze, pielęgniarki i inżynierowie Klinicznego Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ udostępnili swoje wizerunki, a przeszczepieni odwdzięczyli się – tworząc „na żywo" – jeszcze podczas spotkania - portfolio ze swoimi wizerunkami.

Na koniec była wspólna pamiątkowa fotografia. Wszyscy zgodzili się, że musi być kolejny Zjazd – najlepiej za rok, bo… życie jest piękne, ale niestety takie ulotne.

Ogólnopolska Karta Seniora

Masz 60 lat lub więcej? Chcesz dołączyć do grona 35 tysięcy seniorów z Polski, którzy korzystają ze zniżek w ponad 320 firmach i instytucjach w całym kraju? Dołącz do programu „Ogólnopolska Karta Seniora" wydanej przez Stowarzyszenie MANKO – Głos Seniora.

Nasze społeczeństwo bardzo szybko się starzeje. Obecnie mamy już ponad 7 milionów seniorów „60 plus". Ta ilość będzie systematycznie rosła a w roku 2035 przekroczy 10 milionów. Postęp cywilizacyjny i poprawa jakości życia, skutkują wydłużeniem się jego długości. Stawia to przed nami nowe wyzwania, takie jak konieczność aktywizowania seniorów czy działania na rzecz profilaktyki zdrowia.
Stowarzyszenie MANKO, wychodząc naprzeciw potrzebom, wynikającym ze zmian demograficznych, od 2011 roku prowadzi działania proseniorskie. Obejmują one wydawanie bezpłatnego Ogólnopolskiego Magazynu „Głos Seniora", organizację szkoleń, wydarzeń kulturalnych i prozdrowotnych dla seniorów a także wydawanie Ogólnopolskiej Karty Seniora (OKS). Program wspierają liczni ambasadorzy programu, m.in.: wybitny profesor Jerzy Vetulani, podróżnik Aleksander Doba, aktorka i modelka Helena Norowicz, piosenkarka Irena Santor, reżyser Krzysztof Zanussi, mistrz świata Janusz Rokicki czy przewodnicząca Sejmowej Komisji Senioralnej – Małgorzata Zwiercan. Każda osoba, która skończyła 60 lat może bezpłatnie wyrobić własną kartę, przystępując do programu. Karta jest bezterminowa i bezpłatna. W poszczególnych miastach powstały lokalne edycje Ogólnopolskiej Karty Seniora (OKS), które ważne są w danym mieście i na terenie całego kraju. Wydawane są najczęściej przez gminną radę seniorów, uniwersytet trzeciego wieku lub urząd miasta. Gminami partnerskimi wydającymi OKS są: Jerzmanowice-Przeginia, Dąbrowa Górnicza, Dzierżoniów, Kłodzko, Nędza, Olkusz, Rybnik, Rzeszów, Świętochłowice, Zabierzów. Karta wydawana jest także na targach i wydarzeniach dla seniorów. Kartę wyrobić można także, wysyłając formularz zgłoszeniowy wraz ze znaczkiem pocztowym na adres: Stowarzyszenie MANKO, ul. Słowackiego 46/30, 30-018 Kraków.

Ogólnopolska Karta Seniora uprawnia do korzystania ze zniżek na wybrane produkty i usługi. Obecnie w program zaangażowało się ponad 300 partnerów. Wśród firm, które przystąpiły do programu znajdują się między innymi:
– uzdrowiska,
– ośrodki zdrowotno-medyczne,
– ośrodki rehabilitacyjne,
– ośrodki kulturalne (kina, teatry, muzea, klubokawiarnie),
– akademie językowe,
Szczegółowa lista partnerów Karty Seniora znajduje
się na stronie internetowej www.glosseniora.pl

Kontakt:
e-mail: kontakt@manko.pl
e-mail: glos.seniora@manko.pl
tel.: 12 429 37 28

NR KARTY: .....

MANKO
STOWARZYSZENIE

Głos SENIORA

KARTA SENIORA
OGÓLNOPOLSKA

Formularz zgłoszeniowy dla Uczestników Programu „Ogólnopolska Karta Seniora”*

Proszę o przyjęcie mnie w poczet uczestników programu „Ogólnopolska Karta Seniora”. Oświadczam, że znane mi są postanowienia Regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie MANKO dla celów statutowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133 poz. 883). Wiem, że mam prawo wglądu oraz poprawienia swoich danych, a także do sprzeciwu wobec ich przetwarzania do wyżej wymienionych celów.
Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji drogą e-mailową i pocztową nt. dostępnych promocji i rabatów skierowanych do seniorów.

.....,..... .....

miejscowość i data podpis

DANE OSOBOWE:

Imię i nazwisko: .....

.....

Data i miejsce urodzenia:.....,.....

.....

Adres zameldowania (wraz z kodem pocztowym):.....

.....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania):.....

.....

Numer telefonu stacjonarnego i komórkowego:.....

.....

E-mail: .....

*** WYPEŁNIONY PISMEM DRUKOWANYM FORMULARZ PROSIMY ODESŁAĆ POCZTĄ TRADYCYJNĄ (WRAZ ZE ZWROTNYM ZNACZKIEM POCZTOWYMI I ZAADRESOWANĄ KOPERTĄ) NA ADRES REDAKCJI „GŁOSU SENIORA” (AL. J. SŁOWACKIEGO 46/30, 30-018 KRAKÓW).**

PROSIMY RÓWNIEŻ O WSPARCIE PROJEKTU DAROWIZNĄ NA ADRES: STOWARZYSZENIE MANKO, UL. SIARCZKI 16, 30-698 KRAKÓW. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO: 57 2490 0005 0000 4500 9810 9905

BAZA FIRM HONORUJĄCYCH KARTĘ SENIORA JEST DOSTĘPNA NA WWW.GLOSSENIORA.PL.

Głos SENIORA

KARTA SENIORA
OGÓLNOPOLSKA

ZGŁOSZENIE DLA PARTNERA PROGRAMU OGÓLNOPOLSKIEJ KARTY SENIORA

NAZWA FIRMY I NIP:

ULICA:

KOD POCZTOWY:

MIASTO:

WOJEWÓDZTWO:

E-MAIL:

NR TEL:

DANE PRZEDSTAWICELA:
(IMIĘ I NAZWISKO NR TEL. E-MAIL)

OFEROWANA ZNIŻKA:

WYBÓR PAKIETU

(formularz zgłoszeniowy stanowi podstawę do zapłaty)*

☐ PAKIET PODSTAWOWY	0 zł
☐ PAKIET ROZSZERZONY	350 zł netto**
☐ PAKIET EXTRA	560 zł netto**

DATA & PODPIS & PIECZĄTKA:

*Przesłanie prawidłowo wypełnionego zgłoszenia jest równoznaczne z zawarciem umowy dwustronnie zobowiązującej. Warunkiem udziału w Programie „Ogólnopolskiej Karty Seniora" jest wpłacenie całości opłaty w terminie 14 dni od podpisania zgłoszenia przelewem na rachunek: 90 2490 0005 0000 4500 4032 9612, Alior Bank, Grupa SAPR ul. Miarowa 4D, 30-616 Kraków.
**Do ceny netto należy doliczyć 23% VAT.

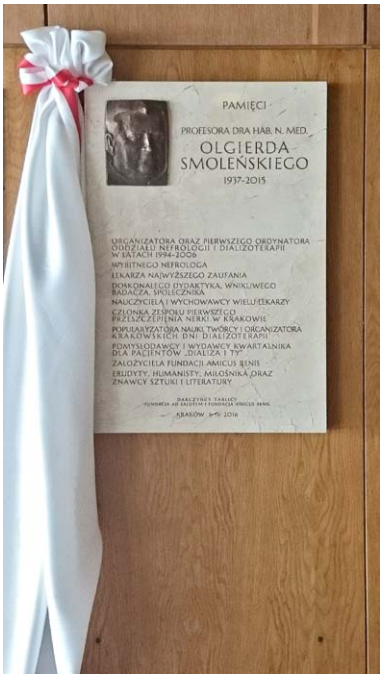
Tablica upamiętniająca prof. dr hab. med. Olgierda Smoleńskiego w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

6 kwietnia 2016 roku odbyło się X Jubileuszowe Forum Lekarzy Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie połączone z odsłonięciem tablicy upamiętniającej profesora Olgierda Smoleńskiego, który od 1992 roku był związany z tym szpitalem jako Ordynator Oddziału Nefrologii i Dializoterapii, a także przewodniczący Komitetu Naukowego Forum.

Gości przywitał w auli wykładowej dr Artur Hartwich, inicjator i organizator Forum, po czym Prezes Zarządu Szpitala, mgr Wojciech Szafrański przypomniał biografię profesora Smoleńskiego, przeplatając ją motywami muzycznymi ballad Raya Charlesa i Erica Claptona.

Obok tablicy budowniczego i pierwszego dyrektora Szpitala im . L. Rydygiera, doktora Andrzeja Hydzika zawisła w holu na pierwszym piętrze wykonana z jurajskiego wapienia Lotus Beige tablica poświęcona prof. Olgierdowi Smoleńskiemu. Jej fundatorami byli Fundacja Ad Salutem i Fundacja Amicus Renis.

Tablicę odsłonił mgr Wojciech Szafrański. Uroczystość zgromadziła nie tylko pracowników Szpitala, ale również wielu znakomitych gości, przyjaciół Profesora oraz rodzinę. Obecna była żona z synami – Olgierdem Juniorem i Witoldem, który jest lekarzem urologiem w tym Szpitalu. Na uroczystość przybyli m.in. dziekan Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ prof. Tomasz Grodzicki, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego, prof. Władysław Sułowicz, Kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii UJ Collegium Medicum w Krakowie, aktualny dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, p. Barbara Bulanowska, która z sentymentem przypomniała fakt zatrudnienia jej przez dyrektora Hydzika w Szpitalu im. L.Rydygiera w tym samym okresie, w którym podjął z nim współpracę prof. Smoleński. Okręgową Izbę Lekarską reprezentował wiceprezes dr Jerzy Friediger. Uroczystość zaszczycili dawni zastępcy dyrektora Andrzeja Hydzika – panowie Antoni Jagoda i Lesław Abramowicz, z którymi bardzo blisko współpracował prof. Smoleński w czasie organizacji Szpitala. Byli też liczni profesorowie z Collegium Medicum UJ, Akademii Górniczo-Hutniczej, Politechniki Krakowskiej i Akademii Wychowania Fizycznego. Na uroczystość przyjechał z Gdańska prof. Bolesław Rutkowski, wybitna postać polskiej nefrologii i medycyny, wieloletni Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii, a ponadto przyjaciel prof. Olgierda Smoleńskiego – można powiedzieć od dziecka, bowiem obaj urodzili się w Wilnie. Śląski Uniwersytet Medyczny reprezentowała prof. Ewa Żukowska-Szczechowska, która odczytała list przesłany na tę okoliczność od dr Teresy Dryl-Rydzyńskiej, Dyrektora Generalnego Grupy Fresenius Polska. Nie brakło też pracowników Stacji Dializ Fresenius Nephrocare Polska i licznego grona pacjentów Profesora.



Po uroczystości odsłonięcia tablicy pamiątkowej rozmowom zebranych i pamiątkowym zdjęciom nie było końca. Dla wielu z nas pamięć o profesorze Olgierdzie Smoleńskim jest nadal żywa, tak jak chwile z nim spędzone. Pamiętamy Go jako osobę szczególną, niezwykłego Lekarza, przekraczającego bariery i zbudzającego zaufanie. I bardzo ciepłego i życzliwego w kontaktach Człowieka.

Bruksela – centrum rozmów na temat PChN

Michał Dębski-Korzec
OSOD

Pacjentom jak również nam osobom pracującym i działającym w OSOD wydaje się, że problem Przewlekłej Choroby Nerek (PChN) jest marginalizowany przez rządzących (nie ważne czy byłych czy obecnych). Temat ten również słabo zakorzenił się jak dotychczas w świadomości naszych współobywateli. Z zazdrością możemy spoglądać na stowarzyszenie osób chorych na cukrzycę czy też programy profilaktyki raka piersi. Te tematy są znane większości Polaków. Przed nami jeszcze długa droga i czas wytężonej pracy. Pomoc jednak może nadejść z innej strony.

19 kwietnia w jednym z brukselskich hoteli odbyła się konferencja zorganizowana przez EKHA (European Kidney Health Alliance). Jest to organizacja, która skupia podmioty zainteresowane walką z PChN, czyli inaczej rzecz ujmując stowarzyszenia pacjentów chorych na nerki, jak również towarzystwa nefrologiczne z całej Europy. Nie przypadkowo wspomniałem na wstępie o braku świadomości społecznej w Polsce dotyczącej tematu. Na szczęście są kraje w UE, które lata temu dostrzegły zagrożenie i starają się przeciwdziałać tej groźnej chorobie cywilizacyjnej.

Uczestnikami oraz prelegentami podczas konferencji byli członkowi parlamentu europejskiego skupieni wokół grupy zajmującej się PChN. Osoby te za główny cel postawiły sobie ujednolicenie dostępu do leczenia jak również wsparcie w standaryzacji profilaktyki chorób nerek. Na uwagę naszym zdaniem szczególnie zasłużyły dwa wystąpienia Pani Jonneke Reichert – przedstawicielki Holenderskiego Ministerstwa Zdrowia oraz ekonomisty Profesora Gerard'a De Pouvorville.

Pani Reichert przedstawiła postawione sobie przez Holandię zadania, związane z PChN, do zrealizowania podczas prezydencji tego kraju w Radzie Unii Europejskiej. Przede wszystkim jest to zbudowanie szerokiego frontu krajów, stowarzyszeń oraz innych podmiotów zainteresowanych podniesieniem jakości żywności w UE. Poprzez podniesienie jakości Pani Rechert miała na myśli obniżenie jej negatywnego skutku na organizm człowieka poprzez zredukowanie ilości soli, tłuszczów oraz cukru w produktach spożywczych. Prawo miałoby określać dopuszczalną ilość tych substancji w produkcie. Jednak jak już wiemy przeprowadzenie konsultacji oraz wprowadzenie zmian legislacyjnych zajmie kilka lat. W przypadku powodzenia tych planów zyskają wszyscy, ponieważ tego typu profilaktyka spowoduje zmniejszenie zachorowalności na wiele innych chorób.

Profesor De Pouvovrville przedstawił natomiast ekonomiczny wymiar profilaktyki zdrowotnej. Podczas swojego wykładu udowadniał, że profilaktyka PChN rozpoczęta u obywateli w wieku jeszcze nastoletnim pozwala na wczesne wykrycie choroby co skutkuje niższymi kosztami leczenia oraz lepszym stanem zdrowia pacjenta, co z kolei pozwala mu podjąć pracę i płacić podatki. Z tego samego powodu, z punktu widzenia ekonomisty, **dla płatnika (czyli budżetu państwa) nie opłaca się prowadzić profilaktyki dla seniorów.** Mówiąc jaśniej seniorzy to grupa w wieku po produkcyjnym i inwestycja środków na profilaktykę po prostu się nie zwróci.

Jest to niestety sposób myślenia, który przetwarza tylko liczby. Natomiast rządzącym musimy ciągle przypominać, że te wszystkie wysokie kwoty oznaczają chorego człowieka i nie można tej wartości przekładać na pieniądze. Trzymamy kciuki za prezydencję Holandii i za inicjatywy, których się podjęli w zakresie poprawy zdrowia mieszkańców Europy. Skoro my nie możemy nawiązać porozumienia z Ministerstwem Zdrowia to może Unia Europejska pomoże nam w tej kwestii.

EKHA
EUROPEAN KIDNEY HEALTH ALLIANCE

XXI POSTĘPY W DIALIZOTERAPII OTRZEWNOWEJ

8-9 kwietnia 2016 roku, Warszawa

Dr hab. med Janusz Ostrowski
Diaverum Polska

Konferencje pod takim tytułem organizowane są już od 1996 roku przez firmę BAXTER, jednego z głównych producentów i dostawców sprzętu stosowanego w dializie otrzewnowej (DO). Głównym celem organizowania tego typu spotkań jest podnoszenie kwalifikacji i umiejętności w stosowaniu DO zarówno przez lekarzy jak i pielęgniarki, a także popularyzacja oraz przywrócenie i umocnienie należnej roli i znaczenia DO wśród metod leczenia nerkozastępczego. Od samego początku realizacji tego ważnego przedsięwzięcia, stroną merytoryczną i naukową zajmuje się wybitny polski nefrolog, znany wszystkim, także pacjentom z racji regularnych publikacji na łamach pisma „Dializa i Ty", profesor Bolesław Rutkowski. Wśród wykładowców byli i są specjaliści zajmujący się DO pochodzący głównie z kraju, ale także z zagranicy.

Pierwsza konferencja DO odbyła się w 1996 roku w Lublinie, a pierwszą dwudziestkę zakończyła ubiegłoroczna konferencja we Włocławku. Tegoroczne XXI Postępy w dializoterapii otrzewnowej odbyły się w dniach 8-9 kwietnia w Warszawie. Tym razem Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był prof. Stanisław Niemczyk, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Dializoterapii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. W skład Komitetu wchodzili pracownicy Kliniki oraz głównego organizatora, firmy Baxter. Tak jak do tej pory, program naukowy został przygotowany przez Komitet Naukowy pod kierownictwem prof. Bolesława Rutkowskiego. Otwarcia Konferencji dokonali prof. Stanisław Niemczyk, prof. Bolesław Rutkowski oraz Dyrektor Baxter Polska Pan Bartosz Suchorab (ryc. 1).

Rycina 1. Od lewej: prof. Stanisław Niemczyk, dyr. Bartosz Suchorab, prof. Bolesław Rutkowski.

W czasie Konferencji odbyło się 6 sesji. W pierwszej, zatytułowanej „Miejsce dializy otrzewnowej w leczeniu nerkozastępczym" i prowadzonej przez profesorów Magdalenę Durlik, Bolesława Rutkowskiego i Ryszarda Grendę, profesor Zofia Wańkowicz przedstawiła rys historyczny rozwoju dializy otrzewnowej, a prof. Rutkowski i prof. Grenda aktualny stan DO w Polsce i na świecie u dorosłych oraz u dzieci (ryc. 2).

Rycina 2. Prof. Ryszard Grenda w czasie wykładu

Druga sesja, „Rozpoczynanie i optymalizacja programu DO" była prowadzona przez prof. Zofię Wańkowicz oraz prof. Joannę Matuszkiewicz-Rowińską. Wystąpili w niej prof. Maria Wanic-Kossowska, prof. Tomasz Stompór oraz dwoje przedstawicieli firmy Diaverum, dr Belen Marron z Madrytu w Hiszpanii (jedyny zagraniczny czynny uczestnik Konferencji) i dr hab. Janusz Ostrowski (ryc. 3).

Rycina 3. Dr Belen Marron w czasie dyskusji.

W sesji trzeciej prowadzonej przez prof. Stanisława Niemczyka i prof. Władysława Sułowicza przedstawiono ciekawe przypadki kliniczne. Omawiano przypadek pacjenta dializowanego otrzewnowo z niewydolnym przeszczepem nerki (dr Katarzyna Krzanowska z Krakowa), z hipokalcemią (dr Ilona Zagożdżon z Gdańska), rozważano możliwości zastosowania DO u chorego z niewydolnością serca (dr Urszula Chonin z Końskich) oraz powikłania spowodowane nieprawidłową implantacją cewnika Tenckhoffa (dr Beata Czerwieńska z Katowic). Czwartą sesję, „Diabesity u pacjentów dializowanych otrzewnowo" prowadzili profesorowie Marian Klinger, Michał Nowicki i Tomasz Liberek. Zagadnienia związane z leczeniem chorych na cukrzycę stosując DO, z zastosowaniem niskoglukozowych płynów dializacyjnych oraz problemy pacjentów DO jako biorców nerki omówili kolejno prof. T. Liberek, doc. Edyta Gołembiewska i prof. M. Klinger. Po wykładach odbyła się dyskusja panelu ekspertów z udziałem prowadzących jak i wykładowców (ryc. 4).

Rycina 4. Dyskusja panelowa sesji IV.

Kolejna sesja poświęcona była zastosowaniu DO w pediatrii. W tej części, prowadzonej przez dr Marię Zajączkowską i prof. Danutę Zwolińską wykłady wygłosili: prof. Aleksandra Żurowska, prof. Danuta Zwolińska i prof. Jacek Zachwieja. Po tym odbyła się kolejna dyskusja panelu ekspertów moderowana przez prof. D. Zwolińską i prof. A. Żurowską (ryc. 5).

Rycina 5. Prof. Jacek Zachwieja w czasie wykładu.

W ostatniej sesji, lekarsko-pielęgniarskie zespoły dializacyjne z ośrodków dializacyjnych we Wrocławiu (dr hab. Mirosław Banasiak i piel. Renata Kłak), w Warszawie (dr med. Ewa Wojtaszek i piel. Mirosława Kasprzak) i Gdańsku (prof. Monika Lichodziejewska-Niemierko i piel. Ewa Małek) przedstawiły programy edukacyjne w okresie przeddializacyjnym, przypadek trudnego pacjenta leczonego DO oraz zagadnienie opieki nad pacjentem dializowanym otrzewnowo w starszym wieku (ryc. 6).

Rycina 6. Prowadzący sesję VI. Od lewej: prof. Beata Naumnik, prof. Monika Lichodziejewska-Niemierko, dr hab. Anna Bednarek-Skublewska.

Podsumowując należy podkreślić dobre przygotowanie organizacyjne, a także ciekawy program naukowy i wysoki poziom merytoryczny przedstawianych referatów. Godny podkreślenia jest także fakt, że w spotkaniu wzięła udział rekordowa liczba uczestników ze wszystkich ośrodków dializy otrzewnowej w Polsce. Procent pacjentów leczonych za pomocą dializy otrzewnowej w Polsce jest około dwa razy mniejszy niż na świecie, stąd należy mieć nadzieję, że ta konferencja jak i inne dotykające zagadnienia dializy otrzewnowej wpłyną pozytywnie na rozwój tej metody leczenia w naszym kraju w najbliższej przyszłości. W przyszłym roku, XXII Konferencja będzie organizowana przez ośrodek szczeciński.

XII Krakowskie Dni Dializoterapii

W ramach XII Krakowskich Dni Dializoterapii 10 września br. przewidziane jest spotkanie, w czasie którego będzie można uzyskać informacje o ulgach i uprawnieniach przysługujących osobom z niepełnosprawnością. Przepisy dotyczące osób z niepełnosprawnością można znaleźć w kilkunastu ustawach i rozporządzeniach, z których najważniejsza jest „Ustawa o rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych". W czasie wykładu zostaną przekazane informacje dotyczące m.in. obowiązującego w Polsce systemu orzekania o niepełnosprawności, ulgi rehabilitacyjnej, zasiłków, dofinansowań, o które mogą ubiegać się osoby z niepełnoprawnością, czy ulg w komunikacji.
Spotkanie poprowadzi Ewa Szymczuk, doradca socjalny z wieloletnim stażem w Centrum Integracja w Warszawie. Ewa Szymczuk od wielu już lat zajmuje się w Stowarzyszeniu Przyjaciół Integracji tematyką osób z niepełnosprawnością, współpracuje z portalem Niepelnosprawni.pl oraz Magazynem „Integracja", a także prowadzi szkolenia i warsztaty.
W kolejnych numerach „Dializy i Ty" ukazywać się będą artykuły będące podsumowaniem spotkania. Zawrzemy w nich informacje o zasiłkach, ulgach i uprawnieniach przysługujących osobom z I, II i III grupy inwalidzkiej.

OSOD

NASZ CHLEB POWSZEDNI

Przepisy kulinarne – nasz pomysł na wsparcie

Przewlekła choroba nerek ma swoje źródło w niewydolności samych nerek, a niewydalane i gromadzące się w organizmie w nadmiarze produkty przemiany materii powodują szereg zaburzeń, które tylko częściowo jesteśmy w stanie wyrównać dializami. Aby zabieg hemodializy uczynić mniej uciążliwym i poprawić Państwa samopoczucie zarówno w czasie samej dializy jak i po niej, konieczna jest Wasza współpraca z zespołem leczącym.

Współpraca ta powinna opierać się na przestrzeganiu zaleceń dietetycznych (im mniej spożyjecie Państwo w pokarmie substancji obciążających organizm, tym mniej będziemy ich musieli usunąć podczas dializy), ograniczeniu podaży płynów (im mniej Państwo wypijecie, tym łagodniej będziemy musieli Was odwadniać w czasie dializy) oraz regularnym przyjmowaniu leków (niestety sztuczna nerka nie zapewnia skutecznej kontroli nad równowagą – homeostazą ustroju – i muszą zrobić to leki.

Dieta, pomimo ograniczeń, powinna zawierać wszystkie konieczne do prawidłowego funkcjonowania organizmu elementy, powinna być smaczna i w miarę możliwości urozmaicona. Pamiętajmy, dla pacjentów to dieta na całe dializacyjne życie, a nie tylko krótki czas.

Narzędziem, które ma Państwu pomóc we właściwym planowaniu diety są przepisy, które pozwalamy sobie przekazać. Mamy nadzieję, że urozmaicą one codzienne życie każdemu dializowanemu. Przykład przepisu z naszej listy zamieszczamy obok. Ponieważ DaVita jest firmą globalną, staramy się proponować przepisy z różnych stron świata, by umożliwić poznanie obyczajów żywieniowych i smaków innych narodów. Przepisy te zostały opracowane według zasady „maksimum tego, co wolno" i z minimalnym, ale rozsądnym zakresem ograniczeń wynikających z przewlekłej niewydolności nerek.

Problem diety jest jednym z kluczowych elementów opieki nad każdym dializowanym pacjentem. Mam nadzieję, że dalsza współpraca z OSOD umożliwi nam publikowanie kolejnych przepisów kulinarnych i spotkają się one z zainteresowaniem ze strony wszystkich Państwa.

Życząc zadowolenia z dializacyjnie zdrowej diety, życzę w imieniu własnym i całego Zespołu DaVity przede wszystkim zdrowia.

Z poważaniem
dr n. med. Maciej Drożdż
Dyrektor Medyczny DaVita sp. z o.o.

ŁOSOŚ W MIODZIE

Przepis nadesłany przez dietetyczkę Lorę Rose z Nowego Jorku.

Zastosowanie:
• pacjenci dializowani, pacjenci z nefropatią cukrzycową.

Porcje: 4
Wielkość porcji: 125 g łososia, 3/4 szklanki rukoli

Składniki
3 łyżki miodu
3/4 łyżeczki startej skórki z cytryny
1/2 łyżeczki czarnego pieprzu
1/2 łyżeczki wyciśniętego czosnku
1 łyżeczka gorącej wody
1/2 kg fileta z łososia
2 łyżeczki oliwy z oliwek
3 szklanki rukoli

Wartość odżywcza porcji:
• Kalorie 323
• Białko 23 g
• Węglowodany 15 g
• Tłuszcz 19 g
• Cholesterol 62 mg
• Sód 66 mg
• Potas 454 mg
• Fosfor 261 mg
• Wapń 42 mg
• Błonnik 0,4 g

Przygotowanie
1. Umieść miód, skórkę z cytryny, zmielony pieprz, czosnek i wodę w małej misce i wymieszaj trzepaczką.
2. Natrzyj filety z łososia powstałą mieszaniną.
3. Podgrzej oliwę na patelni na średnim ogniu. Smaż filety przez 4 minuty, następnie ostrożnie obróć je łopatką.
4. Zmniejsz ogień, smaż jeszcze przez 4 do 6 minut, aż ryba zmieni kolor na nieprzezroczysty, a fragmenty ryby będą łatwe do rozdzielenia widelcem.
5. Ułóż pół szklanki rukoli na talerzu. Umieść filet łososia na rukoli i udekoruj gałązką świeżego koperku .

Dodatkowe informacje żywieniowe dla osób z zaburzeniami funkcji nerek i cukrzycą
• 1,4WW • 2,2WBzw • 1WT • 1,6WBT

SOS OGÓRKOWO - KOPERKOWY

Przepis nadesłany przez dietetyczkę Lorę Rose z Nowego Jorku.

Zastosowanie:
• pacjenci z PChN w okresie predializacyjnym, dializowani, z nefropatią cukrzycową.

Porcje: 6
Wielkość porcji: 1/4 szklanki

Składniki
1 średni ogórek
1 łyżeczka soku cytrynowego
1/2 szklanki śmietany 12%
1 łyżka stołowa świeżego koperku
1 łyżka stołowa czerwonej cebuli
1 łyżeczka miodu
1 łyżeczka tartego chrzanu

Wartość odżywcza porcji:
• Kalorie 34
• Białko 1 g
• Węglowodany 3 g
• Tłuszcz 2 g
• Cholesterol 7 mg
• Sód 16 mg
• Potas 72 mg
• Fosfor 18 mg
• Wapń 30 mg
• Błonnik 0,2 g

Przygotowanie
1. Ogórek obierz i pokrój w kostkę. Posiekaj koperek i cebulę .
2. Umieść kostki ogórka w misce i wymieszaj z sokiem z cytryny. Odłóż na bok.
3. Zmieszaj śmietanę, posiekany koperek, cebulę, miód i chrzan w misce.
4. Delikatnie wymieszaj ogórek z powstałą mieszaniną.
5. Przechowuj w lodówce do momentu użycia.

Dodatkowe informacje żywieniowe dla osób z zaburzeniami funkcji nerek i cukrzycą
• 0,2WT • niska zawartość węglowodanów przyswajalnych i potasu

Pomocne wskazówki?
• Kup 4 filety z łososia po ok 125 gramów każdy.
• Podawaj z sosem ogórkowo – koperkowym (przepis w zakładce SAŁATKI).
• Filety z łososia można przygotować również na grillu.
• W przypadku ograniczenia białka w diecie, przepis należy skonsultować z dietetykiem.

Wyjaśnienia skrótów:

WW - wymiennik węglowodanowy, zawiera 10g węglowodanów przyswajalnych (tj. węglowodanów ogółem zawartych w pożywieniu minus błonnik)
WBzw - wymiennik białkowy, zawiera 10g białka pochodzenia zwierzęcego
WT - wymiennik tłuszczowy, zawiera 10g tłuszczu
WBT - wymiennik białkowo- tłuszczowy, dostarcza około 100 kcal, obliczany u pacjentów chorych na cukrzycę na intensywnej insulinoterapii leczonych ciągłym podskórnym wlewem insuliny

Spotkania z pacjentami – filozofia „Wszyscy za jednego” w praktyce

Dr n. med. Maciej Drożdż
Dyrektor Medyczny DaVita w Polsce

Rozpoczęcie dializoterapii wiąże się zazwyczaj z dramatycznymi zmianami w życiu każdego chorego. Życie rodzinne, praca i inne aktywności muszą zostać podporządkowane reżimowi powtarzanych regularnie procedur medycznych. W przypadku leczenia hemodializami zmiany trybu życia są szczególnie uciążliwe z powodu konieczności dojeżdżania do ośrodka dializ, zazwyczaj trzy razy w tygodniu.

Jednak dializoterapia to nie tylko dializy. Ze względu na charakter choroby konieczna jest stała współpraca Pacjenta z zespołem leczącym, wymagająca od chorego przestrzegania zaleceń dotyczących prowadzenia zdrowego trybu życia, diety i regularnie przyjmowanych leków. Tak więc nadrzędne cele, czyli zapewnienie najlepszej jakości leczenia i satysfakcjonującej jakości życia osoby dializowanej są możliwe do osiągnięcia tylko drogą wzajemnej współpracy leczących i samych dializowanych, co doskonale wpisuje się w misję i filozofię działania firmy DaVita. Zakładając przewlekłości dializoterapii każdego chorego pamiętamy o budowaniu więzi zaufania i poczucia wspólnoty. Głównym hasłem przyświecającym takim działaniom jest fragment znanego zawołania bohaterów powieści Aleksandra Dumasa „Trzej muszkieterowie”: – Wszyscy za jednego! (po angielsku - All for one!).

Spotkania integracyjne z pacjentami odbywające się corocznie w większości ośrodków dializ DaVita w Polsce są jednym z ważnych sposobów budowania więzi pomiędzy zespołem medycznym a Pacjentami. Odbywają się one w niedzielę, w jedyny dzień „wolny” od hemodializ, poza terenem ośrodka. W spotkaniach uczestniczą pacjenci i ich rodziny. W naszym przekonaniu to właśnie rodzina powinna być istotnym elementem w systemie zespołowej opieki nad pacjentem z niewydolnością nerek. Pamiętajmy, że chory przewlekle człowiek wymaga wsparcia ze strony rodziny i przekonania, że rodzina chce mu pomóc w akceptacji choroby i odnalezieniu właściwej swojej roli wśród najbliższych. Oczywiście, na spotkaniach obecni są także pracownicy ośrodka dializ. Spotkania takie umożliwiają, w założeniu, w sposób nieformalny, przełamanie barier i szczerą rozmowę nie ograniczaną otoczeniem ośrodka medycznego. Forma spotkań jest bardzo różna i ośrodki prześcigają się w przygotowaniu najciekawszych programów. Jednak niezależnie od formy, naczelną zasadą jest wzajemny szacunek, zaufanie i radość ze wspólnie spędzonego czasu. Na wielu z nich uczestnicy wykazują się niespodziewanie odkrywanymi talentami artystycznymi. Dowodzą tego załączone zdjęcia.

Elementem spotkań mogą być również krótkie szkolenia dietetyczne, które są szczególnie ważne ze względu na obecność na nich rodzin pacjentów. Jak wynika z praktyki, bardzo często posiłki nie są przygotowywane przez chorych, ale przez członków ich rodzin. Poprzez edukację zostają oni włączeni do kręgu osób świadomych choroby swoich bliskich i metod jej leczenia.

Bywa jednak, że pomysł na spotkanie miewa nieco poważniejszy charakter. W tym roku, wspólną decyzją pacjentów i zespołu leczącego ośrodka DaVita w Kole spotkanie będzie miało charakter pielgrzymkowego wyjazdu do pobliskiego Lichenia, co ma umocnić więzi w całym zespole.

„Żagle na zdrowie” – obozy żeglarskie dla pacjentów po transplantacji nerki

dr med. Jacek Rubik
Poradnia Transplantacji Nerek
Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa

Zachęceni sukcesami odniesionymi na śniegu (obozy narciarskie - Narty na zdrowie 2013 i 2014), podopieczni Poradni Transplantacji Nerek IPCZD postanowili sprawdzić się na wodzie. Dzięki Fundacji Sporteum, Fundacji ADRenalina i Klubowi Żeglarskiemu Sporteum, pomysłodawcy, organizatorowi oraz głównemu darczyńcy projektu „Żagle na zdrowie”, dzieciaki po transplantacji nerki mogły już dwukrotnie odbyć rejsy dużym, morskim jachtem po wodach Adriatyku pod opieką doświadczonego kapitana i swojego doktora.

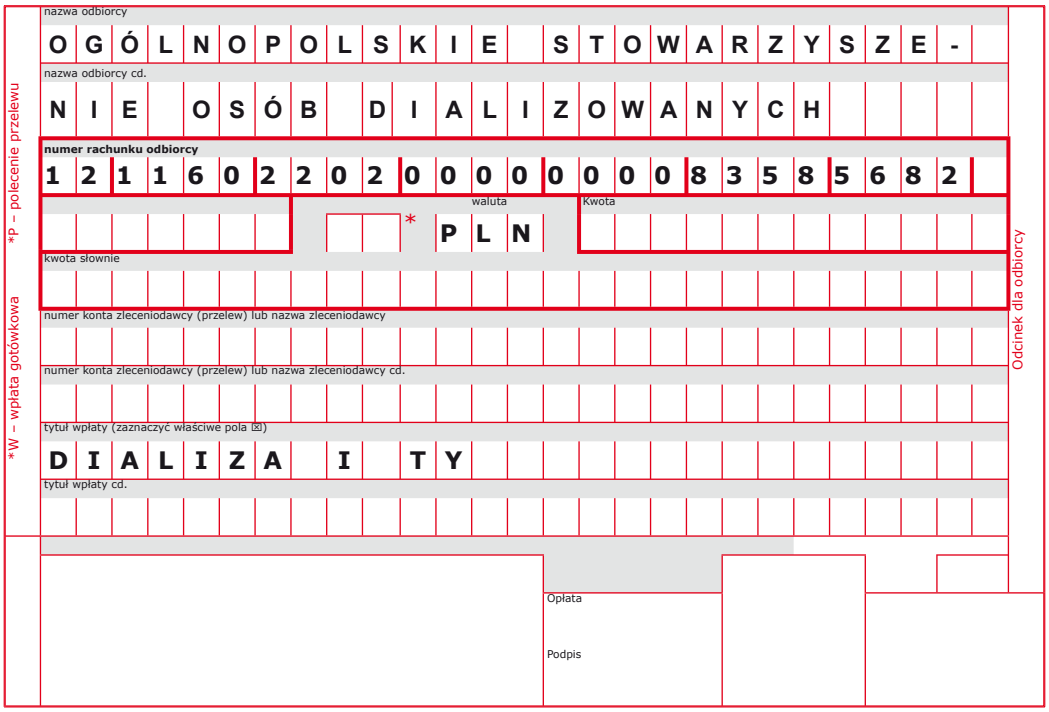
W jesiennych obozach w 2014 i 2015 roku wzięli udział najstarsi pacjenci poradni, czyli ci, którzy niebawem przestaną być dziećmi i będą musieli sami sobie radzić w życiu. Rejsy te były w pewnym sensie pożegnaniem z CZD. Nie chodziło tylko o morskie szkolenie żeglarskie. Tygodniowe rejsy nie były też tylko wypoczynkiem na łonie przyrody. Były one dla pacjentów wspaniałą okazją do wykazania się aktywnością, kreatywnością, odpowiedzialnością za siebie i innych oraz zdolnością współdziałania. Wspólne przygotowywanie posiłków, sprzątanie jachtu, dzielenie się obowiązkami pozwalało za każdym razem zbudować prawdziwą załogę. Nie brakowało również czasu na podziwianie przyrody i malowniczych miejscowości, kąpiele w pełnym słońcu i w

blasku zachodzącego słońca, naukę pływania oraz długie rozmowy o wszystkim i o niczym w rówieśniczej grupie. Dzieciaki dzieliły się planami na przyszłość, radościami i troskami. Powstała prawdziwa grupa wsparcia, która jak myślę będzie funkcjonowała również wtedy, gdy dzieciaki „wyfruną" z naszej poradni i przejdą pod opieką poradni dla dorosłych.

Poza „chorobą morską", która dodatkowo nas zjednoczyła odbyło się bez większych problemów medycznych. Dzieci pamiętały o lekach, chowały się przed słońcem i zachowywały się tak, jak przystało na pacjenta po transplantacji nerki i jak życzyli by sobie ich rodzice. Był to więc też w pewnym sensie sprawdzian dorosłości dla dzieci i odwagi dla rodziców.

Szanowni Państwo,

„Dializa i Ty” ukazuje się już od kilku lat. Docieramy do wszystkich z 250 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.



POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW

Prof. dr hab. med. Maria Danuta Roszkowska-Blaim (1947-2016)

Profesor Maria Danuta Roszkowska-Blaim przez całe swoje zawodowe życie rozwijała i budowała nowoczesną polską nefrologię dziecięcą, wpisując się jako kontynuator dzieła zapoczątkowanego przez prof. Teresę Wyszyńską i prof. Marię Sieniawską. Swoim dorobkiem i osiągnięciami zasłużyła na miejsce wśród wybitnych polskich pediatrów nefrologów ale także, dzięki owocnej współpracy z nefrologią dorosłych, zdobyła szacunek i uznanie wielu lekarzy tej specjalności. Była kierownikiem Katedry i Kliniki Pediatrii i Nefrologii w Szpitalu Klinicznym przy ul. Marszałkowskiej w Warszawie. Na dorobek naukowy profesor Marii Roszkowskiej- Blaim składa się , imponująca liczba 652 prac naukowych, autorstwo 14 rozdziałów w książkach i podręcznikach oraz współredagowanie wydanych niedawno podręcznika zatytułowanego „Nefrologia noworodka" oraz skryptu dla studentów „Nefrologia dziecięca". Przez cały czas kierowania Katedrą i Kliniką dbała o rozwój swoich współpracowników, będąc opiekunem specjalizacji wielu lekarzy, promotorem 11 przewodów doktorskich i bezpośrednim opiekunem 2 przewodów habilitacyjnych.

Przez całe życie zawodowe interesowała się głównie problemami przewlekłej niewydolności nerek u dzieci. Przez wiele lat była koordynatorem ogólnopolskiego programu leczenia hormonem wzrostu niskorosłych dzieci z przewlekłą chorobą nerek. Pod jej kierunkiem doskonalono techniki dializacyjne u dzieci.

Przez 2 kadencje sprawowała funkcję członka zarządu Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, była też członkiem Senackiej Komisji ds. Dydaktyki, a także przewodniczącą Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Za wybitne osiągnięcia naukowe profesor Maria Roszkowska-Blaim została wielokrotnie uhonorowana licznymi nagrodami i odznaczeniami, między innymi nagrodami Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, nagrodami JM Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Edukacji Narodowej, odznaką honorową „Za zasługi dla ochrony zdrowia" oraz „Różą pediatrii".

Profesor Maria Roszkowska-Blaim była człowiekiem bardzo pracowitym i skromnym. Współpracownicy niejednokrotnie spotykali ją wychodzącą jako ostatnią z Kliniki, w której zostawali już tylko dyżurni. Zawsze miała czas, żeby pochylić się nad problemami nie tylko medycznymi swoich pacjentów ale również osobistymi współpracujących z nią lekarzy, pielęgniarek i salowych. Odeszła od nas w 2016 roku mając jeszcze wiele planów zawodowych i osobistych. W pamięci środowiska polskich nefrologów i społeczności międzynarodowej i europejskiej nefrologów dziecięcych pozostanie jako rzetelny, skrupulatny lekarz, doskonały nauczyciel, przyjaciel, naukowiec. Osoba zarażająca entuzjazmem, ciepłem kontaktu, ofiarująca swoim pacjentom rzetelną wiedzą i olbrzymie doświadczenie, za co Ją ceniono i szanowano.

Dr hab. med. Małgorzata Pańczyk-Tomaszewska