Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 1 (34) 2019

DIALIZA i Ty

ISSN 1644-5139

Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek

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 (34) 2019, 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

4 Ludzie listy piszą
Dzięki dializie otrzewnowej mogę normalnie funkcjonować! – Marta Kancik

Dializa domowa – dla chorego to jest super sprawa! – Fabian Rzerzeć

Wycieczka do Kliczkowa – Małgorzata Esmund, Kazimierz Esmund

6 Listy znad morza
Zarys dziejów dializy otrzewnowej na świecie – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

8 W oczach lekarza
Dializa otrzewnowa – kiedy przestają działać nerki, a leczyć można się w domu.... – dr med. Piotr Jagodziński

Szkolenie pacjentów i opiekunów w dializoterapii otrzewnowej – dr med. Ewa Wojtaszek

Dializa otrzewnowa u niemowląt i małych dzieci – prof. dr hab. med. Dorota Drożdż

Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy na rzecz dzieci z chorobami nerek – prof. dr hab. med. Ryszard Grenda, prof. dr hab. med. Sylwester Prokurat

14 Pielęgniarka radzi
Szkolenie chorych dializowanych otrzewnowo – punkt widzenia pielęgniarki – mgr piel. Renata Kłak

15 Głos Stowarzyszenia Pomocy Dializowanym
Pierwszy w Polsce raport nt: „Koordynowana opieka nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek"

16 Nasz chleb powszedni
Dieta w dializie otrzewnowej – mgr Małgorzata Szczypkowska

18 Nasz wywiad
Telemedycyna w dializie otrzewnowej – rozmowa z prof. dr hab. med. Beatą Naumnik

Dializa otrzewnowa – dializa bez wychodzenia z domu – rozmowa z dr med. Ewą Suchowierską

Pacjenci dializowani otrzewnowo wymagają specjalistycznej opieki pielęgniarskiej – rozmowa z Elżbietą Jarmoszko

Dializa otrzewnowa jako wygodny sposób leczenia nerkozastępczego w oczach pacjentów przewlekle stosujących tę metodę – lek. med. Dorota Bielińska-Ogrodnik

24 Nasze ośrodki dializ
I Klinika Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ UM w Białymstoku – Katarzyna Pęcherska

24 Jesteśmy na wczasach
Wspomnienia pacjentów z wyjazdu na dializy wakacyjne do Dialisi Mucaria na Sycylii – jesień 2018/zima 2019

28 Ruch to zdrowie
Rehabilitacja pacjentów dializowanych otrzewnowo – dr Katarzyna Chojak-Fijałka

31 Między nami lekarzami
– prof. dr hab. med. Tomasz Stompór

32 Poczet wybitnych nefrologów
prof. dr hab. med. Zofia Wańkowicz

SŁOWO OD REDAKCJI

Pachnie nam już wiosną? Czy pamiętamy, jak po Nowym Roku nadciągnęła zima z pierwszymi przymrozkami i obfitymi opadami śniegu na południu kraju i w górach, a także siarczystymi mrozami na północy? Ferie przypomniały wielu z nas lata młodości z nartami, sankami i zabawą na śniegu. Marzec powitał nas wiosenną pogoda, pierwszymi krokusami w ogródkach i nieśmiałą zielenią pierwszych drobnych listków na drzewach i krzewach. Nadszedł czas na kolejne wydanie „Dializy i Ty", nad którym to numerem rozpoczęliśmy pracę jeszcze w ubiegłym roku. A jest to numer szczególny, nieco odmienny od wszystkich poprzednich. W dużej mierze poświęcony głównie zagadnieniom związanym z dializą otrzewnową. Liczba pacjentów dializowanych tą metodą jest w Polsce ponad dwudziestokrotnie mniejsza niż hemodializowanych i mimo, że nie porywa – to jednak znamienita ich większość dostrzega wiele korzyści z bycia dializowanym przez… własną otrzewną!

Jeśli czytają Państwo te słowa zapewne bliski jest Państwu temat niewydolności nerek oraz tego, jak wygląda życie chorego z przewlekłą chorobą nerek, zwłaszcza w stadiach 4 i 5, w których pacjenci zaczynają odczuwać dolegliwości związane z ich niewydolnością. Jeśli w stadium 5 choroby nerki nie spełniają skutecznie swojego zadania, oczyszczanie krwi i odfiltrowywanie z niej nadmiaru wody oraz toksycznych produktów przemiany materii musi przebiegać inaczej. Zapada decyzja o rozpoczęciu dializoterapii. Tak, właśnie dializoterapii, ponieważ w Polsce jest to najpopularniejsza forma leczenia zastępującego czynność nerek, a tzw. przeszczepy wyprzedzające (jako pierwsza metoda) są nadal rzadkością.

Współcześnie dostępne są dwie metody leczenia nerkozastępczego wpierające pracę niewydolnych nerek lub ją zastępujące. Oczyszczanie organizmu z toksyn może odbywać się dzięki zastosowaniu metody bezpośredniego filtrowania krwi – hemodializy, wymagającej częstych (3 razy tygodniowo) i długich (4 godzinne lub dłuższe sesje) wizyt pacjenta w ośrodku stacji dializ. Nie jest to metoda do końca fizjologiczna. Towarzyszą jej znaczne wahania stężeń markerów toksemii mocznicowej: mocznika, kreatyniny. Nie zawsze skutecznie jest też usuwany z krwi nadmiar fosforu. W stosunkowo krótkim czasie kilku godzin dializy trzeba usunąć z pacjenta kilka litrów nagromadzonej w nim wody. Częstymi powikłaniami sesji hemodializacyjnej są nudności, wymioty i bóle głowy, będące typowymi objawami tzw. zespołu niewyrównania dializacyjnego. Nadmiernemu odwadnianiu towarzyszy spadek ciśnienia krwi, prowadzący do zespołu hipotonii dializacyjnej. Średnio, dorośli pacjenci spędzają na samej dializie ponad 650-700 godzin rocznie, nie licząc czasu dojazdu do stacji dializ i powrotów do domu. Ale jest także druga metoda – dializa otrzewnowa. Wykorzystuje się tu naturalne właściwości filtracyjne i oczyszczające błony otrzewnowej, którą ma każdy z nas. Dobrze ukrwiona siecią włosowatych naczyń krwionośnych (kapilar), cienka surowicza błona pokrywająca ściany jelit i jamy brzusznej ma u dorosłego człowieka powierzchnię około 2 m^2 i wykazuje się niezwykłymi właściwościami skutecznego przepuszczania toksyn, wody, ale także białek. Jest naturalną, żywą, półprzepuszczalną błoną dializacyjną działającą dwukierunkowo: z krwi do dializatu, ale także z dializatu do krwi. O skuteczności dializy decyduje objętość dializatu wpuszczanego do otrzewnej i częstość wymian, a o wielkości odwadniania – stężenie glukozy w płynie dializacyjnym. Tak ADO jak i CADO umożliwiają zachowanie stałych stężeń mocznika i kreatyniny we krwi i dzieje się tak dlatego, że niski w porównaniu do dializatora klirens otrzewnowy działa praktycznie przez całą dobę. Dializie tej nie towarzyszą nagłe zmiany objętości krwi, nie jest wymagane również stosowanie heparyny celem obniżenia krzepliwości krwi. Istnieje jednak pewne ryzyko związane z przewodnieniem, jeżeli otrzewna po czasie utraci pełne zdolności do ultrafiltracji, ale też wtedy, gdy zmniejsza się resztkowy klirens własnych nerek chorego. Jeśli przestrzega się procedur podłączania i odłączania worków z płynem dializacyjnym lub cyklera i dba o ujście cewnika, ryzyko dializacyjnego zapalenia otrzewnej jest niewielkie, a dializa otrzewnowa przez wiele lat pozwala na skuteczną kontrolę mocznicy. Pacjenci dializowani otrzewnowo mają równy dostęp na listy oczekujących na przeszczepienie nerki, analogicznie jak pacjenci hemodializowani.

Na początku przygody z dializoterapią można zawsze wybrać metodę wygodniejszą dla pacjenta. Jeśli pacjent jest osobą aktywną, ma dużo zajęć i obowiązków lub chce aktywnie poświęcić się pracy lub swojemu hobby, warto rozważyć metodę dializy otrzewnowej. To jej poświęcamy ten numer, a artykuły do numeru napisali znani polscy lekarze i pielęgniarki mający spore doświadczenie kliniczne w tej metodzie. Jak zawsze zachęcam do lektury naszego kwartalnika. O jednym tylko pragnę przypomnieć wszystkim dializowanym otrzewnowo – sukces tej metody w wielkim stopniu zależy od stopnia, w jakim postępowanie pacjenta pokrywa się z zaleceniami lekarza (compliance – współpracy pacjenta) oraz zakresu, w jakim zachowanie pacjenta: przyjmowanie leków, przestrzeganie diety i/lub przestrzeganie zmian wynikających z faktu bycia dializowanym otrzewnowo w prowadzonym stylu życia – odpowiada uzgodnionym z lekarzem zaleceniom (adherence). Brak współpracy oraz nierespektowanie zaleceń przez pacjentów to jeden z głównych współcześnie problemów towarzyszących dializie otrzewnowej. Doświadczenie podpowiada mi, że nie tylko dializie…

Jacek Pietrzyk, Redaktor Naczelny

Radosnych Świąt Wielkanocnych
wypełnionych
nadzieją budzącej się do życia wiosny
oraz smacznego Święconego
życzy
Redakcja Dializy i Ty

Dzięki dializie otrzewnowej mogę normalnie funkcjonować!

Marta Kancik
Białystok

Hej,

Z przewlekłą niewydolnością nerek zmagam się odkąd pamiętam, czyli… od dziecka! Większość mojego życia spędziłam w szpitalu. 15 lat temu przeszłam przeszczep nerki, ale niestety organizm przeszczep odrzucił. Od mojego lekarza usłyszałam, że muszę poddać się dializie. Na początku byłam przerażona, ponieważ jestem osobą energiczną, aktywną i towarzyską, a bałam się częstych wizyt w szpitalu. Dlatego od razu powiedziałam lekarzowi prowadzącemu, że zależy mi na niezależności i możliwej swobodzie. Specjalista wziął pod uwagę moje prośby i zdecydował, że najodpowiedniejszą dla mnie będzie dializa otrzewnowa, którą …. mogę wykonywać sama w domu i bardzo się z tego ucieszyłam! Następnie, po spełnieniu wszystkich wymogów, które pozwoliły mi zakwalifikować się do telemonitoringu w DO, wdrożono leczenie.

Zabieg dializy otrzewnowej tą metodą nie jest trudny. Przygotowanie trwa pół godziny. Do urządzenia (cyklera) podłączam się w nocy na 10 godzin. Zabieg absolutnie nie boli, a ja w tym czasie śpię, bo - dla wygody - dializę zwykle wykonuję w nocy.

Dzięki tej metodzie mogę normalnie funkcjonować: wychodzić ze znajomymi, pić i jeść więcej niż mogłam przed rozpoczęciem takiej dializy otrzewnowej, kiedy moja nerka przeszczepiona była niewydolna. Czuję się lepiej, o wiele pewniej. Poza tym, nikt nie widzi, że jestem chora. Chciałabym wszystkim chorym polecić ten rodzaj dializy.

Dializa domowa - dla chorego to jest super sprawa!

Fabian Rzerzeć
Białystok

Szanowni Państwo,

Moja choroba przyszła nagle. Początkowo bardzo złe samopoczucie przypisywano ciężkiej grypie i jej powikłaniom. Ale z dnia na dzień czułem się gorzej. Zacząłem więc szukać przyczyn mojego pogarszającego się stanu zdrowia u specjalistów. W końcu lekarze postawili rozpoznanie: przewlekła niewydolność nerek. Konieczne stało się wdrożenie dializoterapii. Po wielu badaniach i licznych wizytach w szpitalu zdecydowano, że kwalifikuję się do dializy otrzewnowej. W związku z tym rozpocząłem samodzielną dializę w domu za pomocą zdalnego systemu monitorowania on-line.

Zabiegi dializy otrzewnowej wykonuję już od roku i uważam, że to dla chorego, a w szczególności dla osób aktywnych i ceniących swobodę - to super sprawa! Wieczorem podłączam się do cyklera, a maszyna w ciągu nocy sama pracuje. Jest to bardzo wygodna forma, ponieważ ja mogę spokojnie spać, maszyna mnie dializuje, a rano budzę się, odłączam się od cyklera i mam cały dzień do swojej dyspozycji.

Dzięki tej metodzie jestem całkowicie uwolniony od pobytów w szpitalu, a mój stan zdrowia na bieżąco monitoruje lekarz. Mam z nim stały kontakt. On dokładnie wie jakie problemy mam podczas wykonywania dializy i co więcej - może od razu zareagować, jeśli coś jest nie tak. Leczę się, ale mogę normalnie żyć i zajmować się rodziną, wnukami i swoimi sprawami.

Uważam, że wszyscy chorzy pracujący czy uczący się powinni mieć dostęp do dializy otrzewnowej. Dzięki niej nie muszą rezygnować z pracy i wywracać swojego życia do góry nogami. Mam jeszcze wiele do zrobienia!

Wycieczka do Kliczkowa

Małgorzata Esmund
Kazimierz Esmund
Zielona Góra

Jest 2 września 2018 roku, kilka minut przed godz. 9.00 na parkingu przy Zielonogórskiej Palmiarni czeka już autokar z biura turystycznego MEGA-TOURS gotowy do wyjazdu z członkami Ogólnopolskiego Stowarzyszenia „NERKA" z siedzibą w Zielonej Górze na wycieczkę do Kliczkowa. To już kolejna wspólna turystyczno-poznawcza eskapada „NERKI" poza Zieloną Górę w jej prawie dwudziestopięcioletniej działalności. Byliśmy już w Sieniawie, Parku Mużakowskim, Janowcu, Górzykowie, Burgu-Spreewaldzie, Drzonowie, Drzonkowie, Ochli, Starym Kisielinie, płynęliśmy statkiem po Odrze… Tym razem naszym celem było zwiedzanie Zamku Książęcego (nazywanego też Pałacem lub Rezydencją) w Kliczkowie. Nie przypadkowo wybraliśmy akurat to miejsce. Pałac w Kliczkowie to perełka architektoniczna Dolnego Śląska. Rezydencja położona jest w samym sercu Borów Dolnośląskich. Obiekt zaliczany jest do największych w Polsce. Jest też w pierwszej dziesiątce zachwycających zamków naszego kraju. Przy tym wszystkim znajduje się niecałe 90 km. od Zielonej Góry. Dojazd autokarem trwa około półtorej do dwóch godzin i nie jest męczący.

Kiedy pierwsi wycieczkowicze siedzieli już wygodnie w autokarze, pozostali z niepokojem spoglądali w niebo: będzie padać, czy nie będzie, rozejdą się chmury, czy nie rozejdą? Niestety, wszystko wskazywało na to, że będzie przynajmniej dżdżysto. Ale w autokarze szybko zapomnieliśmy o aurze. Sympatyczna przewodniczka, pani Janina, ani przez chwilę nie pozwoliła nam się nudzić. Ciekawie, z pasją i zaangażowaniem opowiadała

o kolejnych mijanych po drodze miejscowościach. Było więc o meteorycie, który spadł w okolicach Wilkanowa, o zdrojach w Nowogrodzie Bobrzańskim, o zabytkach Żar i Żagania. W tych dwóch ostatnich miejscowościach dosiedli się wycieczkowicze z żarskiego ośrodka dializ i dalej jechaliśmy już w komplecie.
Na miejscu byliśmy około godz. 11.00. Kliczków przywitał nas pochmurnie, ale za to – co najważniejsze – ciepło i bezdeszczowo. To już wystarczyło, by nastroje znacząco się poprawiły.
Po kilkuminutowym spacerze Aleją Zamkową znaleźliśmy się przed Bramą Główną Zamku (zwaną też Bramą Wjazdową lub Rzeczoną). Wjazd do Pałacu prezentował się imponująco – niczym w zamkach nad Loarą. Słowa zachwytu same cisnęły się na usta. Bogato uformowana wieża bramna wygląda jak z bajki. Nie mniej imponująco zaprezentował się tonący w zieleni Dziedziniec Zamkowy z barokową fontanną i wejście do Recepcji, gdzie czekał już na nas przewodnik ucharakteryzowany na hegemona posiadłości. Od niego dowiedzieliśmy się, że reprezentatywna Sala Recepcyjna wraz z kawiarnią, w której się spotkaliśmy, stanowi część dawnej Stajni Książęcej. Sama Recepcja to doskonale wyremontowane pomieszczenie, w którym – dla podkreślenia charakteru miejsca – wykorzystano nie tylko główne elementy dawnego wystroju, jak na przykład kafelkowa okładzina ścian w kolorze niebieskim i białym, ale także i inne niegdysiejsze elementy wnętrza świadczące o dawnym przeznaczeniu tego miejsca. Przy jednej z bocznych ścian pozostawiono stare kamienne żłoby, które pomalowano i zamienione na kwietniki. Zachowano także żeliwne kolumny, obramienia okien i charakterystyczne lufty. W ogóle ilość wyposażenia i umeblowanie dopasowano do obecnego charakteru interieru. Westybul Rezydencji połączono dyskretnie wkomponowanym w jedną ze ścian pomieszczenia przejściem z pałacowym basenem, sauną i jacuzzi – urządzonymi z kolei w miejscu po byłej Ujeżdżalni, zbudowanej w czasach świetności Zamku na bazie ośmiokątnego krytego maneżu.
Historia Zamku w Kliczkowie jest równie ciekawa jak historia Śląska. Sięga końca XIII stulecia i czasów, kiedy to państewkiem świdnicko-jaworskim rządził piastowski książę Bolko I Surowy. To prawdopodobnie z jego inicjatywy powstało w tym miejscu założenie obronne, stanowiące jedno z ogniw ufortyfikowanego łańcucha warowni granicznych ochraniających księstwo przed najazdem czeskim.
Dzisiejszy wygląd pałac zawdzięcza hrabiemu Fryderykowi zu Solms-Baruth, honorującemu się od 1906 roku tytułem książęcym. Zlecił on przebudowę zamku, w efekcie czego powstało imponujące założenie nawiązujące w formie do słynnych zamków nad Loarą. Dobudowano nowe wieże i szczyty, wzbogacono elewację o stylowe portale, ułożono galerie komunikacyjne i niemal całkowicie zmodyfikowano wystrój wnętrz. Wokół Zamku założono 80-hektarowy park w stylu angielskim, rodowe mauzoleum i cmentarz dla ulubionych koni księcia.
W czasie II wojny światowej, po nieudanym zamachu na Hitlera, członków rodziny hegemona Zamku – hrabiego Henryka Christiana zu Solms-Baruth – aresztowano, a dobra skonfiskowano i wywieziono w głąb Niemiec. Pałac wskutek bezpośrednich działań wojennych ucierpiał niewiele, natomiast resztki znakomitego wyposażenia padły łupem żołnierzy radzieckich i szabrowników. W 1949 roku pożar strawił doszczętnie dwa skrzydła – Czeladnię i Powozownię. Potem było już tylko gorzej. Kolejni użytkownicy – Nadleśnictwo oraz Ludowe Wojsko Polskie – zupełnie nie dbali o zabytkowy obiekt, który niszczał w zastraszającym tempie. Zapadły się dachy, wilgoć nadwerężyła mury, uszkodziła posadzki, boazerie, malowidła, portale, piece i jedne z cenniejszych na Śląsku kominki. Zawaliła się Galeria Oficjalistów, a także częściowo Ujeżdżalnia.
W 1999 roku wrocławska firma Integer S.A. – podjęła starania zmierzające do całkowitej odbudowy z przeznaczeniem na hotel. Kilkanaście miesięcy później zamek gotowy był na przyjęcie pierwszych gości.
Rezydencja Kliczków stanowi obecnie malowniczy zespół pałacowy składający się z dwóch dziedzińców otoczonych skrzydłami o formach neorenesansowych i neogotyckich, przy czym najstarszy średniowieczny fragment zamku ukryty został w skrzydle południowo-zachodnim. Zabytek pełni dziś funkcję ośrodka szkoleniowo–wypoczynkowego z luksusowym hotelem i pełnym zapleczem rekreacyjno–gastronomicznym. W jego wnętrzach zachowały się pięknie odrestaurowane pomieszczenia, m.in. dawna Biblioteka, Sala Dworska zwana niegdyś Białą, Sala Kominkowa ze wspartym na sześciu nóżkach piecem, eklektyczna Sala Teatralna, Sala Balowa, Salonik, Sala Turkusowa. Na uwagę zasługuje też Oranżeria.
Nie sposób za jednym podejściem zwiedzić cały Zespół Pałacowy. Znajduje się w nim bowiem 89 pokoi z 219 miejscami noclegowymi, 9 sal konferencyjnych, kilka pomieszczeń restauracyjnych. Dzisiejszy rozkład komnat zamkowych jest zgodny z dawnym układem, można więc krążyć po całym zamku, nie wychodząc z niego.
Zaopatrzeni przez przewodnika w wiedzę historyczną przeszliśmy do najważniejszej części wycieczki: zwiedzania zamkowych komnat.
Eksplorację Zamku rozpoczęliśmy od … pałacowej kotłowni. Okazuje się, że Zamek posiadał własny system ogrzewania. W piwnicach zamku znajduje się piec, który ogrzewał komnaty gorącym powietrzem transportowanym poprzez metalowe kanały. Jak na owe czasy było to bardzo nowoczesne i skuteczne rozwiązanie.
Z pałacowych piwnic, w których znajdują się jeszcze pomieszczenia klubowe, winiarnia i sala bilardowa, przenieśliśmy się do komnat na piętrze. Przejście wiodło Główną Klatką Schodową w najstarszej części obiektu zwanej Starym Zamkiem. Robi wrażenie. Jest piękna i monumentalna. Po minięciu kilku komnat, w których na szczególną uwagę zasługują piękne piece kaflowe, znaleźliśmy się w eklektycznej Sali Teatralnej z charakterystyczną polichromią o tematyce myśliwskiej. Sala Teatralna zachwyca magią gotyckich, drewnianych zdobień. Naturalne światło dzienne dostaje się do wnętrza przez olbrzymie okna.
Kolejna zwiedzana komnata to Sala Balowa – zwana niegdyś Francuską. Empirowa bladoróżowa i biała dekoracja ścian i sufitu pochodzi z początku XIX wieku Sala powiększona jest o wykusz (część wieży frontowej), przez okna którego wlewa się do środka naturalne, dzienne światło. Obecnie stanowi największe pomieszczenie restauracyjne Zamku.
Z Sali Balowej przeszliśmy do dawnej Biblioteki. Jest to intrygujące pomieszczenie. Pierwotnie stanowiło część gmachu dawnej Zamkowej Biblioteki. W pomieszczeniu, które docelowo można w każdej chwili zaciemnić, wzrok przyciągał piękny zielony piec kaflowy i kominek.
Z Biblioteki poprzez pomniejsze sale – w których uwagę przykuwały charakterystyczne piękne piece kaflowe – przeszliśmy do Sali Turkusowej. Posiada ona dodatkową, niezwykłą przestrzeń w postaci wykuszu wieżowego. Można z niego wyjść na taras i podziwiać zabytkowy park zamkowy albo wykorzystać jako dodatkowe miejsce odpoczynku i relaksu.
Kolejna zwiedzana komnata to najbardziej kameralne wnętrze pałacu – Sala Kominkowa. Przebywając w niej ma się poczucie elitarności oraz prywatności. Zachwyca

zdobieniami i tworzy niepowtarzalny klimat.
Z Sali Kominkowej przemieściliśmy się do Sali Myśliwskiej z charakterystycznym gobelinem o tematyce myśliwskiej na jednej ze ścian. Obecnie komnata dostosowana jest do prowadzenie konferencji, spotkań firmowych, uroczystych obiadów czy kolacji.
Ostatnim zwiedzanym pomieszczeniem zamkowym była Sala Dworska (zwana też Królewską lub Książęcą). Jest to największe pomieszczenie Zamku w Kliczkowie. Jej powierzchnia to prawie 300 metrów kwadratowych. Może pomieścić od 300 do 400 osób.
Nawet nie zauważyliśmy, że dobiegł końca czas zwiedzania i pora opuścić pałacowe wnętrza. W Sali Dworskiej pożegnaliśmy się z przewodnikiem i skierowaliśmy się do Folwarku Książęcego na obiad i krótkie spotkanie przy kawie oraz słodkościach.
Zmierzając ku wyjściu, zatrzymaliśmy się jeszcze przez chwilę na malowniczym Dziedzińcu Mniejszym, oskrzydlonym kamiennym tarasem, z którego roztacza się piękny widok na przypałacowy park. Na dziedzińcu znajduje się Wieża Jenny wzniesiona w 1810 roku w stylu neogotyckim. Wieżę nazwano tak od imienia córki hrabiego Hansa Heinricha Hermanna, Jenny.
Przemieszczając się powoli w kierunku Folwarku Książęcego, już w blasku słońca, które akurat wyszło zza chmur, mogliśmy podziwiać raz jeszcze monumentalną fasadę Zamku od strony Głównego Dziedzińca – z jego basztami, bramami, drewnianymi i kamiennymi balkonami oraz kamiennym mostem przed Bramą Główną.
Po obiedzie podzieliliśmy się na grupy i zostaliśmy zaproszeni na przejażdżkę bryczką lub wozem konnym po przyzamkowych alejach zabytkowego parku i malowniczych uliczkach Kliczkowa. Półgodzinna ekskursja po okolicy umożliwiła podziwianie fragmentu parku, fasady Zamku z różnych stron oraz zobaczenie odnowionego budynku Oficyny Zamkowej, znajdującego się nieopodal Rezydencji.
Podczas, gdy jedni objeżdżali bryczką okolice Zamku, pozostali zwiedzali folwarczny kompleks: stajnię, plac manewrowy, zadaszoną wiatę grillową wraz z kuchnią letnią, suszarnią grzybów i piecem chlebowym.
Niestety, wszystko co dobre, szybko się kończy. Nieuchronnie zbliżał się czas powrotu. Jeszcze tylko wspólna fotografia na tle pałacowego kompleksu i trochę zmęczeni, ale zadowoleni wsiedliśmy do autokaru, którym pełni emocji i wrażeń udaliśmy się do domu.

Warto było wybrać się na wycieczkę, dzięki której miło spędziliśmy czas oraz poznaliśmy piękny Zamek i okolice. Wszystkich zachęcamy do brania udziału w takich wojażach, które nie tylko poszerzają nasze horyzonty, ale pozwalają na pewien czas zapomnieć o naszej codzienności.

Wycieczka do Kliczkowa. Wspólna fotografia uczestników (fot. Kazimierz Esmund)

LISTY ZNAD MORZA

Zarys dziejów dializy otrzewnowej na świecie

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

Zgodnie z sugestią Szanownej Redakcji w obecnym opracowaniu postaram się zaprezentować zarys dziejów dializy otrzewnowej na świecie. Oczywiście biorąc pod uwagę ramy objętości, którym powinien podlegać przyzwoity list będzie to historia tej formy dializoterapii w bardzo skróconej wersji. Postaram się także uświadomić, iż ma w tym przypadku zastosowanie stare polskie przysłowie, iż „Polacy nie gęsi i swój język mają". Wiąże się to z udziałem Polaków w różnych etapach rozwoju tej metody leczenia.
Wiadomo powszechnie, że dializa otrzewnowa jest metodą leczenia osób ze schyłkową niewydolnością nerek, której skuteczność jest porównywalna z hemodializą. Z różnych powodów, których nie będziemy dyskutować, w obecnym opracowaniu jest ona używana u około 9-10% dializowanych na świecie, a w Polsce w chwili obecnej dotyczy to 5-6% osób leczonych przy pomocy przewlekłej dializoterapii. Dializa otrzewnowa stanowi

metodę dializy wewnątrzustrojowej, w której błonę przepuszczalną stanowi własna otrzewna pacjenta. Zastosowanie mają w niej dwa prawa fizykochemiczne, czyli prawo różnicy stężeń substancji oraz prawo różnicy ciśnień osmotycznych po dwóch stronach błony otrzewnowej. Dzięki wykorzystaniu pierwszego z nich dochodzi do wydalania do płynu, który wlewa się do jamy otrzewnowej, substancji gromadzących się w nadmiarze we krwi chorych z niewydolnością nerek. Natomiast drugie prawo fizykochemiczne pozwala na odpowiednią kontrolę

stanu nawodnienia pacjenta.

Podstawy fizjologii błony otrzewnowej zostały opisane przed ponad trzema tysiącami lat w staroegipskim papirusie Ebersa. Opisy błony otrzewnej znaleźć można także w opisach Hipokratesa i Galena. W czasach zbliżonych do współczesności w 1743 chirurg Christopher Warrick z Anglii próbował zastosować przepłukiwanie jamy otrzewnowej w przypadkach wodobrzusza. Pierwsze eksperymenty z użyciem błony otrzewnowej jako błony półprzepuszczalnej zostały przeprowadzone przez angielskiego fizjologa Ernesta Sterlinga w 1894 roku.

W pierwszym ćwierćwieczu ubiegłego wieku eksperymenty z dializą otrzewnową u zwierząt przeprowadzało równolegle szereg badaczy w różnych częściach naszego globu. Wspomnieć tu należy Rudolfa Klappa i Georga Gantera w Niemczech, W. Orłowa w Rosji czy Tracy Putnam w Stanach Zjednoczonych. W tym miejscu czas na przypomnienie polskich badawczy, którzy w 1925 roku opublikowali wyniki swoich badań nad dyfuzją mocznika podczas dializy otrzewnowej prowadzonej u królików. Byli to Marceli Landberg i Henryk Gnoiński, internista i patofizjolog, którzy pracowali na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Warto nadmienić, że Marceli Landberg po wojnie pracował w Akademii Medycznej w Łodzi, w której kierował Kliniką Chorób Zakaźnych. Henryk Gnoiński w 1946 roku został powołany na kierownika Zakładu Patofizjologii w Akademii Medycznej w Gdańsku. Niestety nie dane Mu było objąć tej funkcji, ponieważ zginął w wypadku samochodowym.

Pierwszeństwo zastosowania dializy otrzewnowej u ludzi przypisuje się profesorowi Georgowi Ganterowi, a nastąpiło to w Würzburgu, w Niemczech. W kolejnych latach próby zastosowania tej metody leczenia u ludzi podejmowali S. Heusser i H. Warder w Szwajcarii, J. Balazs i S. Rozenak na Węgrzech oraz J. Rhoads w Stanach Zjednoczonych. Dotyczyło to w głównej mierze chorych z ostrą niewydolnością nerek, natomiast nieliczne próby podejmowane u osób ze schyłkową niewydolnością nerek nie przynosiły zadowalających efektów pozwalających na wydłużenie życia tych chorych. Stąd też przez kolejne ćwierćwiecze niewiele działo się jeśli chodzi o rozwój dializy otrzewnowej. Dopiero w 1945 roku Arnold Selingman opracował i wprowadził do praktyki sztywny cewnik do dializy otrzewnowej. Natomiast w 1952 roku Artur Grollman zaproponował zastosowanie litrowego pojemnika z płynem otrzewnowym oraz cewnika stworzonego z giętkiego materiału, co stało się podstawą przerywanej dializy otrzewnowej, stosowanej u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek.

Początek lat sześćdziesiątych wiąże się z pierwszymi systemowymi próbami przewlekłej dializoterapii. Beldon Scribner zaproponował dializę otrzewnową jako alternatywną metodę dla hemodializy i podjął próby stosowania tej metody w domu pacjentów. Ciągłym problemem był jednak długotrwały dostęp do jamy otrzewnowej. Przełomem w tym zakresie było wprowadzenie do praktyki leczniczej w 1968 roku przez Henry Tenckhoffa cewnika silastikowego nazwanego jego imieniem. Cewniki tego typu w różnych modyfikacjach stosowane są do chwili obecnej.

Kolejnym krokiem milowym stało się opracowanie przez Roberta Popovicha i Jacka Moncriefa we współpracy z Karlem Nolphem systemu ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej – CADO (ang. continous ambulatory peritoneal dialysis – CAPD). Rozpowszechnienie tej metody na całym świecie zadecydowało o uznaniu CADO jako skutecznej terapii u osób ze schyłkową niewydolnością nerek. Dodatkowym elementem decydującym o sukcesie CADO było wprowadzenie przez Dimitriosa Oreopulosa plastikowych worków do płynu dializacyjnego zamiast powszechnie stosowanych podówczas w tym celu szklanych butelek. W tym momencie pojawia się kolejny „polski akcent" w rozwoju dializy otrzewnowej. Otóż osobą, która przyczyniła się także do rozpowszechnienia CADO był pracujący podówczas w Columbia University w USA prof. Zbylut Twardowski. Jest on także konstruktorem kolejnej generacji udoskonalonych cewników otrzewnowych, a także osobą zaangażowaną w tworzenie biozgodnych płynów do dializy otrzewnowej. Jednak najbardziej znanym dokonaniem profesora był opracowany przez Z. Twardowskiego test ekwilibracji (zrównoważenia) otrzewnej (ang. peritoneal equilibration test – PET), który od końca lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia jest powszechnie użytkowany na całym świecie i jest podstawą do przepisania indywidualnego schematu dializy u każdego pacjenta.

Następnym etapem rozwoju dializy otrzewnowej było upowszechnienie automatycznej dializy otrzewnowej przy użyciu coraz bardziej nowoczesnych cyklerów. Trzeba w tym miejscu wspomnieć, że pierwszy tego typu aparat w latach 60-tych ubiegłego wieku zastosował Fred Boen w Seattle w Stanach Zjednoczonych. Obecnie automatyczna formuła dializy otrzewnowej jest stosowana pośród 35% leczonych tą metodą na świecie.

Omawiając udział Polaków w rozwoju dializy otrzewnowej na świecie nie sposób mi wspomnieć o uczestnictwie naszych rodaków w tworzeniu i aktywności towarzystw naukowych, zajmujących się tą metodą terapii. W 1984 roku powstało Międzynarodowe Towarzystwo Dializy Otrzewnowej (ang. International Society for Peritoneal Dialysis – ISPD). Pośród członków założycieli znalazło się trzech Polaków: Kazimierz Bączyk z Poznania, Przemysław Hirszel z Krakowa, który podówczas pracował w Stanach Zjednoczonych oraz wspomniany wcześniej Zbylut Twardowski. W ostatnich latach we władzach ISPD uczestniczyła Joanna Matuszkiewicz-Rowińska z Warszawy, a obecnie naszą reprezentantką w tym szacownym gremium jest Monika Lichodziejewska-Niemierko z Gdańska. Warto także wspomnieć, że w Komitecie Redakcyjnym oficjalnego czasopisma naukowego, które ukazuje się pod nazwą „Peritoneal Dialysis International" mieliśmy szereg reprezentantów naszego kraju. Poza Zbylutem Twardowskim byli to między innymi Andrzej Bręborowicz i Janusz Witowski z Poznania oraz Tomasz Liberek i Monika Lichodziejewska-Niemierko z Gdańska. Efektem uznania, jakim cieszą się polscy nefrolodzy oraz ich zaangażowanie w rozwój dializy otrzewnowej było powierzenie Polsce organizacji Europejskiego Kongresu Dializy Otrzewnowej – EuroPD, który odbył się w 2015 roku w Krakowie. Współprzewodniczącymi Komitetu Organizacyjnego tego Kongresu byli Władysław Sułowicz z Krakowa i Monika Lichodziejewska-Niemierko z Gdańska.

Troszkę się rozpisałem, ale trudno było krócej przedstawić blisko stuletnią historię dializy otrzewnowej na świecie. I tak udało się omówić jedynie najbardziej podstawowe etapy rozwoju tej metody i wymienić główne postaci, którym dializa otrzewnowa zawdzięcza swój status bezpiecznej i efektywnej metody leczenia nerkozastępczego. Mam nadzieję, że przedstawione powyżej rozważania pozwolą na powiększenie grona zwolenników dializy otrzewnowej zarówno w środowisku medycznym, jak też pośród pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Jednocześnie zobowiązuję się, że w kolejnym liście przedstawię, jak wyglądał rozwój tej metody terapii w naszym kraju.

Wasz Bolesław

Dializa otrzewnowa – kiedy przestają działać nerki, a leczyć można się w domu....

dr med. Piotr Jagodziński
Klinika Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
Stacja Dializ Otrzewnowych Fresenius Nephrocare

Dializa otrzewnowa jest popularną i bezpieczną metodą leczenia nerkozastępczego, w której do oczyszczania krwi z toksyn oraz nadmiaru wody wykorzystuje się naturalne cechy budowy jamy brzusznej. Jama brzuszna każdego z nas jest wyścielona surowiczą błoną zwaną otrzewną. Pokrywa ona od wewnątrz ściany jamy brzusznej oraz wszystkie narządy, które się w niej znajdują. Błona ta jest przepuszczalna dla wody oraz wielu substancji, w tym toksyn kumulujących się u chorych z niewydolnymi nerkami. Otrzewna jest filtrem pozwalającym w sposób ciągły usuwać zbędne substancje i nadmiar gromadzących się płynów. W celu wykonania dializy otrzewnowej do jamy brzusznej poprzez specjalnej konstrukcji cewnik wykonany z tworzywa sztucznego wprowadza się płyn dializacyjny, który pozostaje w niej przez pewien czas niezbędny do usunięcia toksyn i osiągnięcia odwodnienia. Po tym czasie stary płyn wypuszcza się, jednocześnie wypełniając otrzewną nowym, czystym. To swoiste płukanie należy powtarzać w zaplanowanych i równych odstępach czasu. Zwykle pacjent samodzielnie wykonuje 4 wymiany płynu w czasie dnia (każda z nich trwa od 15 do 30 minut) i taką formę leczenia nazywamy ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową (CADO). Pacjenci często nazywają CADO „wymianami ręcznymi", gdyż procedura taka nie wymaga specjalnego sprzętu i może być wykonana w wielu miejscach spełniających podstawowe warunki higieniczne, samodzielnie przez chorych lub w oddziale szpitalnym przez pielęgniarkę.

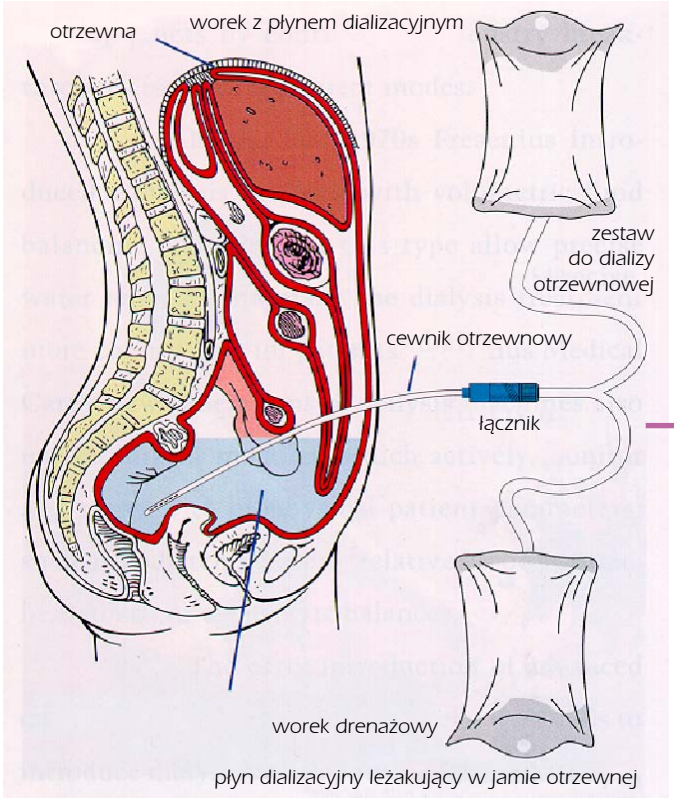
Alternatywnie u wybranych chorych można skorzystać ze specjalnej maszyny zwanej cyklerem. Cykler jest urządzeniem wykonującym wymiany automatycznie (zazwyczaj podczas wypoczynku nocnego), a podłączenie do niego jest jednorazowe. Procedura ta znana jako automatyczna dializa otrzewnowa (ADO) wymaga jednak stałego wielogodzinnego podłączenia do cyklera (około 8-10 godzin) i jest preferowana u osób aktywnych zawodowo, niemających możliwości wykonywania wymian ręcznych podczas dnia pracy. ADO jest też doskonałą formą leczenia osób starszych, mniej sprawnych manualnie lub psychicznie, którzy mogą korzystać z dializy otrzewnowej asystowanej przy pomocy członków rodziny lub przeszkolonego asystenta.

Należy podkreślić, iż zarówno dializa otrzewnowa wykorzystująca wymiany ręczne, jak i wykonywana przy użyciu cyklera zapewniają adekwatne usuwanie toksyn oraz nadmiaru płynów. Klirens otrzewnowy – a popularnie mówiąc – zdolności oczyszczania otrzewnej są niewielkie, rzędu kilkunastu mililitrów/min, ale czas działania tego klirensu rozciąga się na całą dobę, stąd masa toksyn usunięta w 8-12 litrach dializatu jest znacząca i wystarczająca, by utrzymywać ich stężenia we krwi w pożądanych zakresach.

Skład płynu dializacyjnego jest tak dobrany, aby z jednej strony przenikały do niego z krwi substancje toksyczne, które powinny być usunięte (jak mocznik, potas, fosforany i inne), a z drugiej strony, aby z płynu do krwi wchłaniały się substancje potrzebne do wyrównania istniejącej kwasicy (mleczan, wodorowęglany). Dodatkowo płyn dializacyjny zawiera odpowiednie substancje osmotycznie czynne (zwykle glukozę lub ikodekstrynę) pozwalające na odwodnienie chorego. Bliższe informacje o płynach dializacyjnych, sposobach ich doboru każdy z pacjentów może uzyskać indywidualnie w najbliższym ośrodku dializy otrzewnowej. Każdy z ośrodków prowadzi program szkolenia przeddializacyjnego dla chorych ze schyłkową niewydolnością nerek i przed dokonaniem wyboru metody dializy mogą i powinni Państwo zapoznać się z dostępnymi opcjami. Wcześniejsza wizyta w ośrodku dializy otrzewnowej pozwoli również na wykluczenie potencjalnych przeciwwskazań do leczenia metodą dializy otrzewnowej.

Jak wspomniano powyżej, aby móc wykorzystać błonę otrzewnową do leczenia dializą otrzewnową konieczne jest wcześniejsze założenie specjalnego drenu (cewnika Tenckhoffa) będącego miękką, elastyczną rurką z tworzywa sztucznego służącą do wpuszczania i wypuszczania płynu. Wszczepienie cewnika odbywa się w warunkach szpitalnych podczas krótkiego zabiegu operacyjnego, a założony cewnik jest gotowy do użycia zwykle po okresie 14 dni. Ważne jest zatem, aby odpowiednio wcześnie zgłosić się do ośrodka oferującego leczenie dializą otrzewnową celem kwalifikacji do tej formy leczenia.

Po założeniu cewnika i jego wgojeniu pacjenci odbywają szkolenie dializacyjne zapoznające ich lub ich rodziny z metodyką wykonywania dializ. Szkolenia te odbywają się w ośrodkach dializy otrzewnowej i zwykle mają formę szkolenia stałego w oparciu o hospitalizację trwającą około 5 dni.



Po odbyciu szkolenia dalsze leczenie odbywa się w warunkach domowych, a nadzór nad nim prowadzi wybrany przez Państwa, zwykle najbliższy miejscu zamieszkania, ośrodek dializy otrzewnowej. Regularne wizyty kontrolne odbywają się co 6 tygodni, jednak z każdym problemem możecie Państwo zgłosić się do swojego ośrodka praktycznie o każdej porze. Doświadczony personel odpowie na pytania, rozwieje wątpliwości i pomoże podjąć odpowiednie kroki.
Warto wspomnieć, iż dializa otrzewnowa nie jest oferowana przez wszystkie stacje dializ, ale każdy z pacjentów bez problemu znajdzie w swojej okolicy ośrodek oferujący tą metodę leczenia. Przed podjęciem ważnej życiowo decyzji o formie leczenia nerkozastępczego warto poświęcić kilka chwil i zapoznać się z dostępnymi opcjami leczenia dializacyjnego. Rozpoczęcie dializ z pewnością znacząco wpłynie na życie Państwa i najbliższej rodziny. Ważne jest dobrać metodę tak, aby jak w najmniejszym stopniu ingerowała w jakość życia nie pogarszając jej w sposób znaczący.
Podsumowując pragnę zachęcić Państwa do bliższego zapoznania się z metodą leczenia dializą otrzewnową zarówno CADO jak i ADO. Jest to bezpieczna i przyjazna dla pacjenta, wykonywana w warunkach domowych dializa zapewniająca wysoką jakość życia. Potencjalne ryzyko infekcji jest niskie, a większość powikłań, w tym rzadko występujące dializacyjne zapalenie otrzewnej, może być wyleczone bez konieczności przerywania leczenia dializą otrzewnową. Pacjenci dializowani otrzewnowo mają równy dostęp do listy chorych oczekujących na przeszczepienie nerki i co trzeba podkreślić – możliwość zmiany formy leczenia nerkozastępczego na hemodializę w tych przypadkach, gdy kontynuowanie metody CADO/ADO staje się niemożliwe.

Zestaw do ciągłej ambulatoryjnej dialzy otrzewnowej

Cyklery do automatycznej dializy otrzewnowej

Szkolenie pacjentów i opiekunów w dializoterapii otrzewnowej

dr med. Ewa Wojtaszek
Katedra i Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Szkolenie pacjentów i ich pomocników jest jednym z kluczowych elementów dializy otrzewnowej zapewniających osiąganie dobrych wyników leczenia, dobrej współpracy oraz satysfakcji chorego z wybranej przez niego metody dializoterapii.
Istotą takiego szkolenia jest nie tylko wytrenowanie umiejętności psychomotorycznych związanych z wykonywaniem wymian dializacyjnych, obsługą cyklera czy zmianą opatrunków na ujściu cewnika, ale także, a może przede wszystkim, zmotywowanie pacjenta

i nauczenie go samodzielnego zarządzania chorobą i jej leczeniem. Oznacza to przystępne przekazanie czasami dość skomplikowanych informacji pozwalających na jak najpełniejsze zrozumienie samej choroby nerek oraz dializy - sposobów monitorowania leczenia, rozpoznawania powikłań i szybkiego reagowania na nie.
Szkolenie powinna prowadzić pielęgniarka, która może poświęcić w pełni swój czas i uwagę tylko tej aktywności. Pozwala to na indywidualizowanie edukacji i dopasowanie jej do możliwości percepcyjnych oraz sposobu uczenia się chorego. Generalną zasadą powinno być stopniowe przekazywanie i powtarzanie informacji, unikanie długich wykładów i upewnianie się, że chory właściwie te zagadnienia zrozumiał i zapamiętał. Trening w zakresie umiejętności praktycznych warto rozpoczynać od uczenia najprostszych umiejętności (np. mycie rąk, przygotowanie miejsca wymiany) i stopniowo przechodzić do coraz bardziej złożonych zadań (np. wymiana dializacyjna, sterylne połączenie, zmiana opatrunku, obsługa cyklera). Do kolejnego etapu szkolenia powinno się przechodzić dopiero wtedy, kiedy chory opanował poprzednio ćwiczone umiejętności i odbywać się zawsze pod nadzorem pielęgniarki po to, żeby szybko eliminować i nie utrwalać błędów, a nabywać tylko prawidłowych nawyków.
Miejsce szkolenia powinno być tak zorganizowane, aby zapewnić pacjentowi prywatność, spokój i możliwość skupienia uwagi oraz dostęp do materiałów szkoleniowych.
Szkolenie powinno być prowadzone tak długo aż zostaną osiągnięte jego podstawowe cele (bezpieczne wykonie procedur dializy, rozpoznanie i odpowiednia reakcja na powikłania oraz prowadzenie bilansu płynów), co zostanie potwierdzone w postaci testu.
Po kilku miesiącach od rozpoczęcia dializoterapii wielu chorych zaczyna modyfikować metodę wymiany, pomija zasady aseptyki i stosuje skróty, co jest dość typowym procesem w codziennym życiu z dializą, ale niestety zwiększa ryzyko powikłań. Dlatego, poza wstępnym szkoleniem, bardzo ważna jest re-edukacja po to, żeby przypomnieć zasady i procedury wypracowane we wstępnym szkoleniu.

Dializa otrzewnowa u niemowląt i małych dzieci

dr hab. med. prof. UJ Dorota Drożdż
Oddział Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego/Stacja Dializ Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Rozwój dializy otrzewnowej umożliwił w ostatnich 3 dekadach zastosowanie tej metody nawet u najmłodszych pacjentów. Chociaż noworodki i niemowlęta poddane przewlekłej dializoterapii nie stanowią znaczącej liczebnie grupy, to ich leczenie wymaga dużej wiedzy, zaplecza technicznego i doświadczenia w postępowaniu. Dializa otrzewnowa ze wskazań ostrych u najmłodszych dzieci jest bardzo często wykonywana w oddziałach intensywnej terapii i staje się metodą z wyboru. Jest w miarę skuteczna, zapewnia łagodne odwadnianie, nie wymaga stosowania heparynizacji, jest technicznie prosta choć musi być przeprowadzana przez wykwalifikowany personel. Starsze dzieci w zależności od ogólnego stanu zdrowia bywają leczone również w takich oddziałach, a to ze względu na zagrożenie życia, jakim jest ostra niewydolność nerek, która może wynikać bezpośrednio z ich choroby, ale także w przebiegu uszkodzenia nerek towarzyszącego innym schorzeniom lub zatruciom.
Do leczenia dializą otrzewnową dzieci potrzebne są 3 elementy: nieuszkodzona błona otrzewnowa, cewnik założony do jamy otrzewnowej i odpowiedni płyn dializacyjny. U niemowląt najczęściej stosuje się cewnik Tenckhoffa zakładany operacyjnie przez doświadczonego chirurga. Przez ten cewnik podaje się do jamy brzusznej dziecka płyn dializacyjny. Kluczową rolę w tej metodzie odgrywa błona otrzewnowa, która ma stosunkowo dużą powierzchnię w stosunku do masy ciała dziecka i bogatą sieć naczyń krwionośnych. Do oczyszczania krwi dochodzi na drodze przechodzenia różnych zbędnych, a nawet toksycznych substancji z krwi do płynu dializacyjnego zgodnie z gradientem stężeń. Skład tego płynu jest specjalnie tak dobierany, aby usuwać zbędne substancje i jednocześnie wyrównywać zaburzenia jonowe i kwasicę metaboliczną. W płynie dializacyjnym zawarta jest również glukoza, która zwiększając molalność dializatu, przekraczającą znacznie molalność krwi, pozwala na „ściąganie" wody z osocza krwi i odwadnianie pacjenta.
Wymiana płynu dializacyjnego może odbywać się ręcznie lub przy użyciu maszyny zwanej cyklerem. W pierwszych miesiącach życia i przy rozpoczynaniu dializy otrzewnowej, kiedy stosujemy małe objętości płynu, wykonuje się wymiany ręczne. Jest to proces czasochłonny – należy przygotować odpowiednio pomieszczenie, umyć ręce, podgrzać płyn dializacyjny, podłączyć zestaw linii z 2 workami i wykonać wymianę, czyli wypuścić płyn z jamy otrzewnowej i wpuścić odpowiednią objętość świeżego płynu dializacyjnego. Takich wymian wykonuje się w zależności od potrzeb pacjenta od 4 do 6, a nawet więcej – jeżeli chcemy dziecko bardziej odwodnić czy lepiej wydializować.
Zazwyczaj rozpoczynamy dializę otrzewnową od małych objętości, czyli 10 ml płynu dializacyjnego na kilogram masy ciała i co kilka dni stopniowo zwiększamy do objętości 30-40 ml/kg. U noworodków i małych niemowląt nierzadko

wpuszczane do ich brzuszków objętości nie przekraczają kilkudziesięciu mililitrów na wymianę. Zestawy DO zawierają specjalne menzurki, w których dokładnie odmierzamy żądane objętości dializatu. Przy odpowiednio dużej objętości wymian stosujemy automatyczną dializę otrzewnową (ADO). W tej metodzie wymiany wykonywane są przy użyciu cyklera, a zabieg trwa w zależności od potrzeb od 9-ciu do kilkunastu godzin.

Chociaż dializa otrzewnowa jest metodą z wyboru u małych dzieci należy pamiętać, że u noworodków i niemowląt mogą wystąpić różne powikłania. W tej grupie wiekowej częściej występują przecieki płynu dializacyjnego, przemieszczenie cewnika Tenckhoffa i przepukliny, np. pachwinowe, a w skrajnych przypadkach nawet zacieki dializatu do jamy opłucnej. Wiele uwagi poświęcamy dbałości o skórę wokół ujścia cewnika i właściwemu zabezpieczeniu tego miejsca przed zakażeniem. Ponieważ częstą przyczyną schyłkowej niewydolności u dzieci są wady nerek i dróg moczowych, część pacjentów wymaga leczenia urologicznego i założenia przetoki moczowodowo-skórnej lub wesikostomii (stałego drenażu pęcherza). W takim przypadku może częściej dochodzić do dializacyjnego zapalenia otrzewnej. Jest to poważne powikłanie infekcyjne, które wymaga leczenia 2 antybiotykami, przez co najmniej 2 tygodnie. Lżejsze postaci zapalenia otrzewnej można leczyć podając lek dootrzewnowo.

Rodzice dzieci zakwalifikowanych do przewlekłego programu leczenia DO przechodzą dokładne szkolenie w zakresie wykonywania samej dializy otrzewnowej jak również postępowania przy podejrzeniu powikłań. Najczęściej pierwszym objawem zapalenia otrzewnej jest pojawienie się mętnego płynu dializacyjnego. Inne objawy to gorączka, bóle brzucha i wymioty. Jeżeli pojawi się chociaż jeden z tych objawów – rodzice wykonują wymianę ręczną z oceną płynu dializacyjnego, zabezpieczają worek z tym płynem i kontaktują się z ośrodkiem prowadzącym. Rodziców uczy się także zasad kontroli masy ciała i oceny stanu nawodnienia dzieci oraz postępowania w sytuacji przewodnienia.

Leczenie schyłkowej niewydolności nerek u niemowląt i małych dzieci ma zapewnić nie tylko skuteczne usuwanie toksyn, ale również odpowiedni rozwój, prawidłowy stan odżywienia i wzrastanie. Zapewnienie odpowiedniej podaży pokarmów może być utrudnione zwłaszcza u dzieci z niewielką diurezą lub jej brakiem. Brak diurezy wymusza bowiem pewne ograniczenia płynowe w diecie dzieci. W tym okresie życia częściej występują wymioty i zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, które dodatkowo niekorzystnie wpływają na dobowe spożycie pokarmów. U części pacjentów konieczne jest zastosowanie sondy dożołądkowej lub założenie przezskórnej gastrostomii i karmienie specjalnie przygotowanymi roztworami wprost do żołądka. Niedożywienie we wczesnym okresie życia skutkuje zahamowaniem tempa wzrastania i niskorosłością. Po uzyskaniu masy ciała co najmniej 8 kg możliwe jest zgłoszenie dziecka na listę oczekujących na przeszczepienie nerki.

Mimo wielu niedogodności metoda dializy otrzewnowej zapewnia najwyższą jakość życia i lepsze rokowanie dla małych pacjentów mimo, że powikłaniami DO u dzieci są przewodnienie, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej, zaburzenia lipidowe, wspomniane już zaburzenia odżywiania, czy też pogarszająca się po latach dializy czynność odwadniająca i oczyszczająca samej otrzewnej. Niezaprzeczalną korzyścią jest fakt, iż dializowane dzieci pozostają w domu, w swoim środowisku, a metodzie nie towarzyszą nagłe zmiany stężeń wielu toksyn i jonów we krwi – z czym nierzadko u dzieci spotykamy się, gdy są hemodializowane i doświadczają zespołu niewyrównania dializacyjnego.

Pamiętajmy jednak, że każda technika dializacyjna, w tym – dializa otrzewnowa – bez wsparcia farmakologicznego ma ograniczone możliwości kontroli homeostazy i nie zastępuje endokrynnej czynności nerek, naśladując nieselektywnie i w niedoskonały sposób czynność filtracyjną kłębuszka nerkowego. Dzieci poddawane przewlekłej dializie otrzewnowej wymagają systematycznej kontroli stanu zdrowia, wczesnego wykrycia towarzyszących chorobowości oraz oceny adekwatności samej dializy. Ich dializa jest indywidualnie dopasowywana objętością dializatu na każdą wymianę i czasem jego leżakowania oraz stężeniem glukozy w płynie dializacyjnym do możliwości przepuszczalności otrzewnej. Najlepszymi wskaźnikami skuteczności leczenia dializacyjnego dzieci jest niska śmiertelność, brak powikłań narządowych związanych z toksemią mocznicową i zachowanie tempa wzrastania. Niestety, nawet najlepiej prowadzona dializa otrzewnowa nie zapewnia w odległej perspektywie żadnej z w/w, a co więcej, towarzyszą jej nadciśnienie tętnicze i mineralna choroba kości związana z zaburzeniami gospodarki wapniowo-fosforanowej i wtórną nadczynnością przytarczyc, co przekłada się na na zwiększoną chorobowość sercowo-naczyniową z powodu przerostu mięśnia lewej komory i twardnienia naczyń tętniczych. Powikłania te są obserwowane po kilku latach od rozpoczęcia dializy. Problemem staje się również nadciśnienie tętnicze związane najczęściej z przewadnianiem się dzieci. Sporo zależy tu od systematycznej kontroli lekarskiej, wczesnego wykrywania patologii zwłaszcza w układzie sercowo-naczyniowym oraz rzetelnej kontroli gospodarki wapniowo-fosforanowej. Częstość dializacyjnego zapalenia otrzewnej u dializowanych dzieci jest niska, ale pamiętajmy, że wiąże się to także z właściwym przeszkoleniem rodziców lub opiekunów dzieci oraz przypominaniem zasad prawidłowego i zgodnego z protokołem wykonywania wymian płynu dializacyjnego oraz przestrzegania zasad higieny.

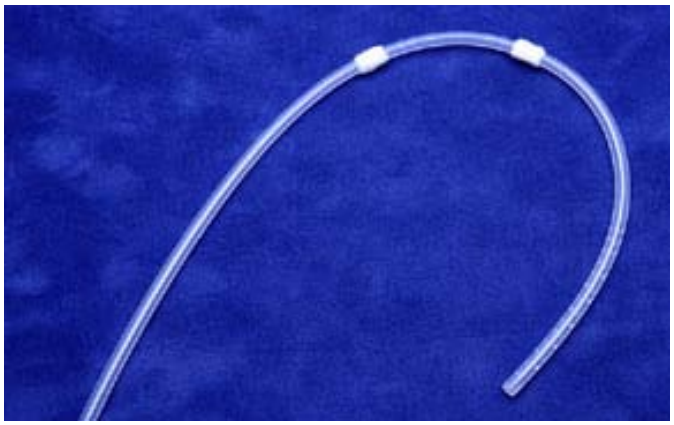
Należy podkreślić fakt, iż mimo postępu technicznego i coraz większego doświadczenia w leczeniu noworodków

i niemowląt ze schyłkową niewydolnością nerek, leczenie dializą otrzewnową wymaga działania zespołu specjalistów (nefrologa dziecięcego, urologa, pielęgniarek, dietetyka, fizjoterapeuty i innych) oraz ogromnego zaangażowania rodziców w proces leczenia i opieki nad dzieckiem dializowanym.

Worek z płynem dializacyjnym i menzurka do precyzyjnego odmierzania objętości dializatu wpuszczanego do otrzewnej

Stanowisko dializy otrzewnowej w oddziale intensywnej terapii noworodka

Noworodek z ostrą niewydolnością nerek dializowany otrzewnowo



Cewnik otrzewnowy Tenckhoffa

Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy na rzecz dzieci z chorobami nerek

prof. dr hab. med. Ryszard Grenda [1]
prof. dr hab. med. Sylwester Prokurat [2]
[1] Kierownik Kliniki Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego Instytut – Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa
[2] Zastępca Kierownika Kliniki Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego Instytut – Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa

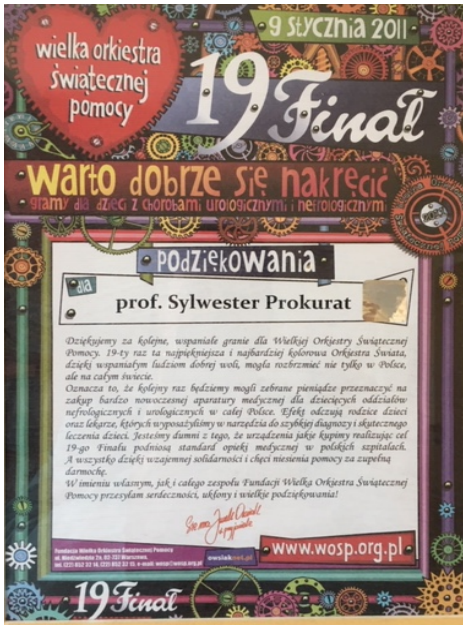
Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy (WOŚP) zagrała dwukrotnie na rzecz dzieci z chorobami nerek – w 2000 roku (finał VIII) i w 2011 roku (finał XIX). Za pierwszym razem ekspertem powołanym przez WOŚP był prof. Ryszard Grenda, nefrolog z Centrum Zdrowia Dziecka

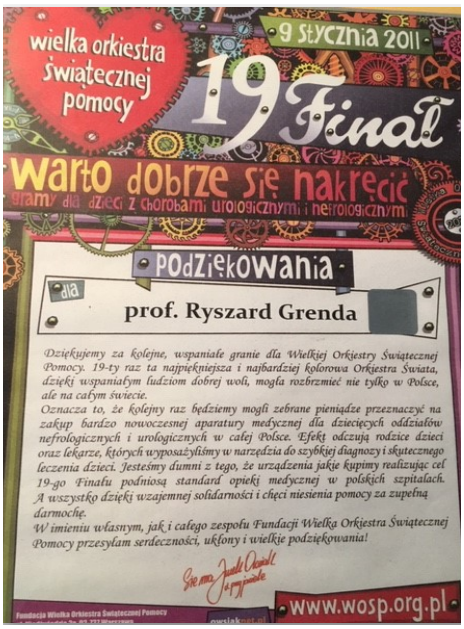
Ryszard Grenda, Sylwester Prokurat i Ewa Śmirska w studio TVP, w trakcie VIII finału WOŚP

w Warszawie. Zadaniem eksperta WOŚP było wstępne ustalenie zakresu potrzeb w danej dziedzinie nefrologii dziecięcej, zaplanowanie na tej podstawie zakupów sprzętu, a następnie czynny (choć tylko merytoryczny) udział w konkursie ofert, jaki kończył się dokonaniem wyboru sprzętu i firm, które go miały dostarczyć do wskazanych szpitali. Te uprzednio zgłosiły i udokumentowały swoje potrzeby.

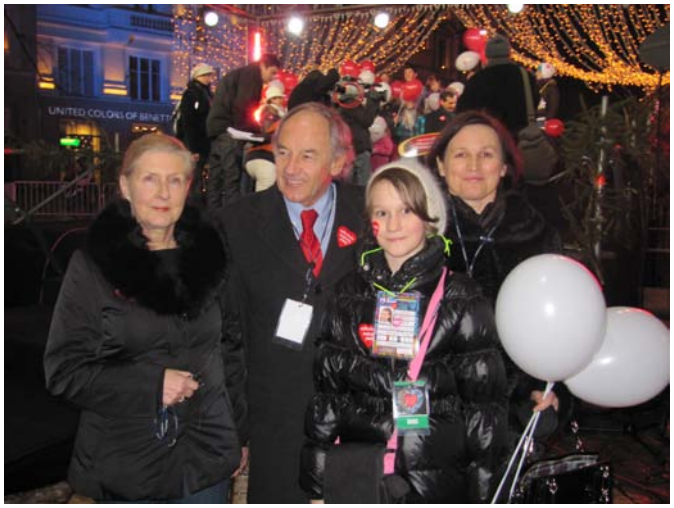
W VIII finale WOŚP w trakcie konkursu ofert, obok prof. Grendy jako ekspert pracował również prof. Bolesław Rutkowski, ówczesny Konsultant Krajowy w Dziedzinie Nefrologii. W 2000 roku, obok wielu aparatów do hemodializy, systemów centralnego uzdatniania wody, aparatów USG, pomp infuzyjnych, kardiomonitorów i innego sprzętu – głównym „hitem" VIII finału WOŚP był zakup cyklerów do automatycznej dializy otrzewnowej. Nowoczesna dializa otrzewnowa z używaniem płynu dializacyjnego w jednorazowych workach (w tym jej odmiana ambulatoryjna – CADO) była stosowana u dzieci w Polsce już od 1983 roku, ale była to jedynie jej wersja ręczna, co w naturalny sposób wymuszało przewagę wymian dziennych nad nocnymi. W latach poprzedzających VIII finał WOŚP w 2000 roku liczba dzieci dializowanych CADO w warunkach domowych nie przekraczała kilkudziesięciu w całej Polsce (25 – w 1997 r; 34 – w 1998 r. i 44 – w 1999 r.). Dostarczenie jednorazowo kilkuset cyklerów do ADO zrewolucjonizowało sytuację dializoterapii otrzewnowej u dzieci. Liczba chorych dzieci leczonych w warunkach domowych niemal się potroiła (123 – w 2001 r.). Wszystkie dzieci spełniające kryteria kliniczne (czyli ponad 95%) zostały w krótkim czasie przestawione z systemu ręcznych wymian lub zakwalifikowane de-novo do terapii zautomatyzowanej, co natychmiast zmieniło ich styl i jakość życia, umożliwiając dializy nocne z „wolnym dniem", w trakcie którego dzieci mogły podjąć niemożliwe dotąd aktywności socjalne, w tym naukę szkolną. Dodatkowo – prowadzenie ostrych dializ otrzewnowych w szpitalach (w tym oddziałach intensywnej terapii) stało się prostsze poprzez uwolnienie pielęgniarek od ręcznego wykonywania wymian płynu dializacyjnego, przez co mogły bardziej skupić się na opiece nad ciężko chorymi, a nie na technicznych aspektach dializy, jak to miało miejsce dotychczas. W nefrologii dziecięcej i jej zadaniach związanych z prowadzeniem leczenia nerkozastępczego nastąpiła wówczas tak wielka, skokowa zmiana na lepsze, że Polskie Towarzystwo Nefrologii Dziecięcej przyznało Wielkiej Orkiestrze Świątecznej Pomocy złoty medal Towarzystwa, który został wręczony przez przedstawicieli zarządu PTNFD Jurkowi Owsiakowi w czasie jednego z kolejnych finałów WOŚP.

Kolejny finał, w czasie którego WOŚP grała na rzecz dzieci z chorobami nerek miał miejsce 11 lat później, w 2011 roku. To był XIX finał i tym razem ekspertami WOŚP planującymi potrzeby nefrologii dziecięcej byli prof. Sylwester Prokurat i (ponownie) prof. Ryszard Grenda, natomiast w pracy komisji konkursowej, dokonującej wyboru sprzętu pracowało dodatkowo kilkoro innych nefrologów dziecięcych (m.in. Dorota Drożdż, Marcin Tkaczyk, Jolanta Antoniewicz, Jacek Rubik). Paleta zakupionego wówczas sprzętu była ponownie szeroka, ale tym razem „hitem" finału było dostarczenie kilkudziesięciu aparatów do prowadzenia ciągłych technik pozaustrojowych (hemodiafiltracji), jakie trafiły do ośrodków nefrologii dziecięcej oraz oddziałów intensywnej terapii (OIT) w całej Polsce. Po przeprowadzeniu szkolenia w tym zakresie, którym kierował prof. S. Prokurat, obecnie w każdym dziecięcym OIT w Polsce, który zgłosił taką potrzebę i gotowość – można leczyć dzieci w stanie zagrożenia życia ciągłymi technikami pozaustrojowymi lub wykonywać zabiegi terapeutycznej wymiany osocza.





Wszyscy, którzy zetknęli się z Wielką Orkiestrą Świątecznej Pomocy, Zarządem tej Fundacji, jej szefem Jurkiem Owsiakiem, rzeszą współpracowników i wolontariuszy WOŚP oraz niezwykłą atmosferą dobroci, poczucia wspólnoty i czynienia ważnych rzeczy – doceniają wszystko to, co WOŚP robiła i robi nadal. Środowisko polskich nefrologów dziecięcych i leczeni przez nich pacjenci są wśród wielu beneficjentów tej wspaniałej organizacji. Ze swej strony możemy zapewnić, że bezpośredni udział w takich wydarzeniach, jakimi są finały WOŚP i praca na jej rzecz – stanowią niezapomniane przeżycie.



XIX Finał WOŚP w Krakowie. Od lewej krakowscy nefrolodzy dziecięcy: dr Ewa Wierzchowska-Słowiaczek, prof. Jacek Pietrzyk, doc. Dorota Drożdż i wolontariusz Orkiestry - Alicja Drożdż. Do Kliniki Nefrologii Dziecięcej w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie trafił nowoczesny sprzęt do hemofiltracji, nowa stacja uzdatniania wody dla oddziału dializ, aparaty do ambulatoryjnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, sprzęt diagnostyczno-operacyjny dla urologii dziecięcej i inne, bezcenne wyposażenie za blisko 2 mln złotych.

PIELĘGNIARKA RADZI

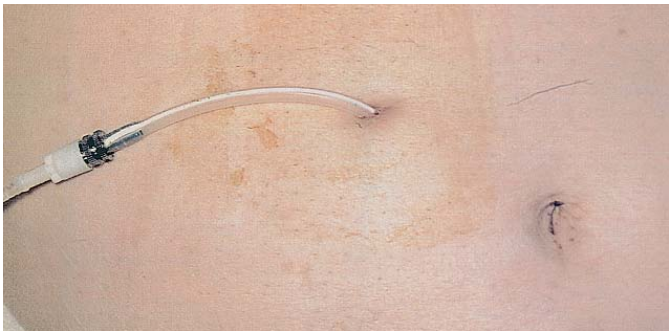
Szkolenie chorych dializowanych otrzewnowo - punkt widzenia pielęgniarki

mgr piel. Renata Kłak
Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Realizując program edukacji przeddializacyjnej często słyszę od pacjentów: czy jeśli wybiorą dializę otrzewnową, to jak poradzą sobie z opanowaniem wszystkich jej zasad, szczególnie tych dotyczących wymiany płynu dializacyjnego. Doskonale rozumiem ich obawy, ponieważ wszystko co nowe – przeraża, ale… nie należy się zniechęcać.
W ośrodkach nefrologicznych świadczących dializę otrzewnową powołane są zespoły lekarsko – pielęgniarskie, które prowadzą szkolenia pacjentów zdecydowanych na tę formę leczenia nerkozastępczego, ale nie tylko. Edukowani są również opiekunowie rodzinni, którzy chcą wesprzeć chorego w leczeniu w domu lub sami prowadzić dializę otrzewnową u swojego bliskiego, niezdolnego do samodzielnego wykonywania wymian.

Jak przebiega szkolenie w praktyce?
Szkolenie pacjenta i jego opiekuna w zakresie CADO/ADO może być realizowane w zależności od ośrodka albo w okresie przeddializacyjnym w warunkach ambulatoryjnych lub w czasie dwóch i więcej tygodni od momentu wszczepienia cewnika w ramach hospitalizacji rozpoczynającej leczenie dializą otrzewnową. Najczęściej odbywa się w tej drugiej formie. Miejscem szkolenia jest specjalnie wydzielony pokój, w którym znajduje się sprzęt treningowy i materiały edukacyjne. Chcę podkreślić, iż nie należy obawiać się, że przygotowanie praktyczne lub teoretyczne będzie odbywało się w sali chorych, przy obecności innych pacjentów. Jak wcześniej wspomniałam, szkolenie prowadzone jest przez zespół lekarsko-pielęgniarski, w którym zasadniczą rolę odgrywa pielęgniarka posiadająca wiedzę oraz doświadczenie z zakresu edukacji i opieki nad pacjentami dializowanymi otrzewnowo. Z reguły, edukacja chorego i/lub opiekuna rodzinnego realizowana jest od początku do końca przez jedną i tę samą osobę z kilku powodów. Ma to przede wszystkim na celu pomóc pacjentowi i jego rodzinie łatwiej zaadoptować się do zaistniałej sytuacji oraz szybciej opanować zakres planowanego programu szkolenia. Jednocześnie, osoba szkoląca może natychmiast oceniać stopień wiedzy i opanowanych umiejętności chorego, wyciągnąć wnioski, a następnie w zależności od potrzeby modyfikować sposób realizacji nauczania. Czas trwania szkolenia zależy od stanu ogólnego pacjenta, jego możliwości uczenia się oraz predyspozycji. Najczęściej trwa od 1do 2 tygodni, ale może ulec zmianie jeśli zachodzi taka potrzeba. Szczególnymi pacjentami, którzy wymagają dłuższego okresu szkolenia są chorzy słabo widzący lub niewidomi, z upośledzonym słuchem oraz w podeszłym wieku. Należy tu podkreślić, że ich niepełnosprawność nie

jest przeciwwskazaniem do leczenia dializą otrzewnową, wymagają jedynie innego, nieszablonowego postępowania i wsparcia ze strony rodziny.
Zajęcia teoretyczne i praktyczne odbywają się codziennie. Pacjent ma do swojej dyspozycji książki, broszury, plansze, płyty z filmami. Dodatkowo otrzymuje procedury dializy otrzewnowej rozpisane w punktach, krok po kroku, tak aby łatwiej było zapamiętać kolejność działań np. procedura wymiany płynu dializacyjnego. Swoje umiejętności praktyczne pacjent ćwiczy pod kontrolą pielęgniarki. Trening trwa tak długo, aż chory przeprowadzi daną procedurę bezbłędnie i osoba prowadząca szkolenie uzna, że chory może ją wykonywać samodzielnie, poprawnie i bezpiecznie.
Po zakończeniu szkolenia chory, który jest wypisany ze szpitala, potrafi między innymi wykonać wymianę płynu dializacyjnego i zmianę opatrunku. Posiada ogólne informacje o dializie otrzewnowej, zna podstawowe powikłania dializoterapii otrzewnowej, zasady żywienia w CADO, reguły prowadzenia dzienniczka samokontroli oraz współpracy z personelem ośrodka dializacyjnego. Należy podkreślić, że pacjent dializowany otrzewnowo po opuszczeniu szpitala nie zostaje sam. Jeśli ma wątpliwości lub pytania zawsze może skontaktować się ze swoim ośrodkiem i liczyć na fachową pomoc.
Dializa otrzewnowa jest metodą leczenia nerkozastępczego, która wymaga od pacjentów i/lub ich rodzin zaangażowania w proces leczenia. Zdobyte podczas szkolenia wiedza i umiejętności prowadzą do poprawy wyników leczenia, zmniejszenia częstości występowania ewentualnych powikłań lub do ich eliminacji, pomagają w prowadzeniu aktywnego i twórczego życia, pomimo ograniczeń, jakie niesie ze sobą choroba — czyli wpływają na poprawę jakości życia pacjentów.



Na ten objaw pacjenci dializowani otrzewnowo powinni zwrócić uwagę. Zaczerwienienie i wydzielina w okolicy ujścia cewnika mogą być objawami stanu zapalnego.

GŁOS STOWARZYSZENIA

Pierwszy w Polsce raport nt: „Koordynowana opieka nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek”

rekomendowany przez interdyscyplinarny zespół ekspertów z okazji Światowego Dnia Nerek 14 marca 2019 roku

Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska
prof. dr hab. med. Ryszard Gellert, Specjalista Krajowy ds. Nefrologii
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych

Koordynacja opieki nefrologicznej uratuje życie milionów Polaków i zahamuje wzrost kosztów leczenia – udowadnia raport pod redakcją prof. Ryszarda Gellerta, krajowego konsultanta w dziedzinie nefrologii. W Polsce choruje na nerki od 4 do 5 milionów osób. 90 % z nich o tym nie wie. Co roku z tego powodu umiera przedwcześnie 80 tysięcy osób, co skraca średnią długość życia o 2 lata. Choroba, chociaż łatwo wykrywalna i prosta do leczenia w początkowej fazie, jest rozpoznawana

zbyt późno. Eksperci podkreślają, że ratunkiem dla chorych jest program koordynowanej opieki, a jego ważnymi elementami – profilaktyka, wczesne wykrywanie i opieka nad pacjentem we wszystkich stadiach choroby. Koordynowaną opieką częściowo objęci są już w Polsce pacjenci kardiologiczni i kobiety ciężarne.

Nefrolodzy, pacjenci, managerowie i organizatorzy ochrony zdrowia oraz firma doradcza EY proponują, by w centrum systemu nie stawiać choroby lecz pacjenta i wyeksponować rolę jednostki koordynującej leczenie, a zaoszczędzone w ten sposób pieniądze przekazać poradniom nefrologicznym. Przykładowo, objęcie opieką koordynowaną pacjentów w schyłkowym stadium niewydolności nerek (PChN 4/5) przyniesie w skali kraju oszczędności rzędu 3 milionów złotych rocznie. Poradnia powinna działać w każdym powiecie, przy stacji dializ i mieć realny, nie symboliczny kontrakt z NFZ. Eksperci obliczyli, że dzięki temu 50 tysięcy osób rocznie mogłoby pójść do nefrologa i wcześniej dowiedzieć się o chorobie. Połowa z 32 tysięcy dializowanych nigdy nie była u tego specjalisty przed rozpoczęciem terapii ratującej życie. Na wizytę do nefrologa w Warszawie czeka się średnio 379 dni.

Ujednolicenie opieki nefrologicznej uniemożliwia osiąganie optymalnych wyników leczenia. Obecny system wymaga od chorych korzystania ze świadczeń na wszystkich poziomach (POZ, specjaliści, szpitale). W praktyce nikt nie bierze odpowiedzialności za pacjenta i za wyniki leczenia. Bez zmian w organizacji opieki nefrologicznej wydatki NFZ na leczenie będą się lawinowo zwiększać, a jakość opieki drastycznie spadać. Raport trafi do Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia.

NASZ CHLEB POWSZEDNI

DIETA W DIALIZIE OTRZEWNOWEJ

mgr dietetyk Małgorzata Szczypkowska
Centrum Dializ Fresenius Nephrocare
Kraków

Ważnym elementem leczniczym w dializie otrzewnowej jest stosowanie odpowiedniej diety. Prawidłowo zaplanowana i przestrzegana dieta to klucz do zdrowia. Pozwala zapobiegać występowaniu poważnych powikłań, wpływa na lepszą jakość życia. Niby tak prosta rzecz jak jedzenie, a jednak nasuwa się wiele pytań i niejasności: co jeść? ile jeść ? a czego może w ogóle się wystrzegać ? Właściwa edukacja żywieniowa pozwala zrozumieć, a co najważniejsze, wdrożyć w codzienne żywienie odpowiednie zalecenia.

Dieta dla osób dializowanych otrzewnowo powinna być ustalana indywidualnie biorąc pod uwagę między innymi: wiek, płeć, aktywność fizyczną. Musi zawierać odpowiednią ilość kalorii, białka, węglowodanów, tłuszczów i składników mineralnych.

To na co każdy pacjent powinien w codziennym żywieniu zwracać uwagę to przede wszystkim:

ENERGIA

Dieta powinna dostarczać około 30-35 kcal/kg masy ciała. Głównym źródłem energii są przede wszystkim węglowodany (kasze, makarony, pieczywo, mąka) oraz tłuszcze.

Należy pamiętać o tym, że zarówno nadmiar jak i niedobór energii w pożywieniu nie jest dobry. Zwiększona podaż kalorii w jedzeniu może doprowadzić do nadwagi i otyłości. Zalecenia dotyczące energii dostarczonej z jedzenia wymagają często modyfikacji ze względu na glukozę, występującą w płynie dializacyjnym (wartości te należy uwzględnić w całodobowym zapotrzebowaniu energetycznym). Przy dializie otrzewnowej ilość wchłoniętej glukozy z płynu może wahać się od 500 – 1000 kcal/dobę ! Ilość ta zależy między innymi od:

- stężenia glukozy w płynie dializacyjnym
- długości wymiany
- liczby wymian
- właściwości samej otrzewnej

W tej sytuacji wskazane jest znaczne ograniczenie przede wszystkim cukrów prostych w postaci: cukru, słodyczy, miodu, dżemu, ciast, słodkich napojów.

BIAŁKO

Dieta osób dializowanych otrzewnowo musi zapewnić odpowiedni dowóz białka, ponieważ w trakcie dializy dochodzi do znacznej utraty aminokwasów, białka do płynu. Ilość spożywanego białka powinna wynosić około 1,2 – 1,5 g/kg masy ciała. W przypadku wystąpienia gorączki, stanów zapalnych w organizmie ilość spożywanego białka powinna być zwiększona! Przynajmniej połowa (optymalnie 2/3) białka powinna być o wysokiej wartości odżywczej tzw. białka pełnowartościowe – pochodzenia zwierzęce-

go. Do produktów, które dostarczają białka pełnowartościowego zaliczamy: mleko i wszelkie przetwory mleczne (kefir, jogurt, sery twarogowe, sery homogenizowane), mięso i jego przetwory (wędliny), jajka, ryby. Przestrzeganie spożywania odpowiedniej ilości białka zapobiega osłabieniu odporności i wyniszczeniu organizmu.
W celu właściwego wykorzystania białka musi być zapewniona prawidłowa podaż energetyczna pożywienia. W innym przypadku, organizm musi czerpać energię z białek doprowadzając tym sposobem do ubytku masy ciała i niedoborów białkowych.
Nie można w tym miejscu nie wspomnieć o ważnym problemie zdrowotnym jakim jest niedożywienie kaloryczno – białkowe, które może mieć poważne następstwa zdrowotne: zwiększona częstotliwość hospitalizacji, zwiększenie występowania chorób sercowo – naczyniowych oraz znacznie gorsze rokowanie.

TŁUSZCZ

U pacjentów dializowanych często mogą występować zaburzenia gospodarki lipidowej. Z tego względu należy w diecie ograniczyć spożywanie tłuszczów tak pod względem ilościowym jak i jakościowym. Dozwolone są do spożycia przede wszystkim tłuszcze roślinne takie jak: oliwa z oliwek, olej lniany, olej słonecznikowy, sojowy, rzepakowy. Niewskazane są tłuszcze zwierzęce, które będą przyczyniać się do powstawania miażdżycy, chorób układu sercowo – naczyniowego. Są to: smalec, słonina, boczek, tłuste mięsa i wędliny oraz podroby. Nie bez znaczenia jest też wybór odpowiedniej techniki przygotowania potraw. Najbardziej właściwa to: gotowanie, pieczenie w folii, rękawie, duszenie bez obsmażania.

FOSFOR

Fosfor jest składnikiem mineralnym potrzebnym do prawidłowego funkcjonowania każdej komórki w żywych organizmach. Około 85% tego pierwiastka występuje w kościach i zębach. Łącznie z wapniem reguluje proces mineralizacji kości, jest konieczny do wchłaniania wapnia (gospodarka wapniowo – fosforanowa). Wchodzi w skład białek, tłuszczów, węglowodanów, kwasów nukleinowych i wielu innych związków, biorących udział w przemianach biochemicznych organizmu.
Dzienna zawartość fosforu w diecie powinna wynosić około 800 – 1000 mg/dobę. Niewydolność nerek powoduje upośledzenie wydalania fosforu, który kumuluje się we krwi. W przypadku nadmiernego gromadzenia się fosforu w organizmie dochodzi do HIPERFOSFATEMII.
Nadmierne stężenie fosforanów może przyczyniać się do:

- chorób serca i naczyń krwionośnych
- nadczynności przytarczyc
- bólów kości, stawów
- odwapnienia kości, osteoporozy
- świądu skóry, zmian skórnych
- nudności
- bezsenności

W rzeczywistości nie możemy zastosować diety bezfosforanowej, gdyż taka nie istnieje. Fosfor jest obecny w większości produktów spożywczych głównie tych, które bogate są w białko: mięso, ryby, nabiał (głównie sery żółte, topione), żółtka jaj. Jedyną metodą pomocną w utrzymaniu prawidłowych stężeń fosforu jest odpowiednio przestrzegana dieta, a także systematyczne zażywanie leków wiążących fosfor w przewodzie pokarmowym. Leki te powinny być przyjmowane tylko i wyłącznie na zlecenie lekarza

PRODUKTY SZCZEGÓLNIE BOGATE W FOSFOR :

- podroby – wszystkie (flaki, wątroba, móżdżek, nerki, pasztetowa, kaszanka, salceson, ozorki, płucka)
- konserwy mięsne
- ryby – wszystkie konserwy, solone, wędzone i marynaty rybne
- żółtka jaj
- sery żółte , topione , pleśniowe– gouda, edamski, brie, camembert, cheddar, ementaler, myśliwski, trapistów, tylżycki itp.
- sery twarogowe – owcze – np. bryndza
- mleko w proszku pełne, odtłuszczone
- suche nasiona roślin strączkowych – fasola biała i kolorowa, groch, soja, soczewica
- pieczywo i produkty zbożowe – kasza gryczana i jaglana, otręby pszenne i żytnie, płatki owsiane, chleb chrupki, pumpernikiel, pieczywo razowe z dodatkiem nasion
- wyroby cukiernicze – produkty zawierające kakao, czekoladę, mak, pestki słonecznika, nasiona sezamu, orzechy
- dodatkowym źródłem fosforu są między innymi fosforany dodawane podczas przetwarzania żywności np. przy produkcji serów topionych, napojów orzeźwiających typu coca- cola, pepsi- cola

POTAS

Potas jest pierwiastkiem niezbędnym dla naszego organizmu. Zbyt wysokie lub zbyt niskie stężenie potasu może prowadzić do zaburzeń czynności serca i stanowić zagrożenie życia! Zalecenia dotyczące ilości spożywanego potasu są zatem bardzo indywidualne.
W większości przypadków u pacjentów dializowanych otrzewnowo nie ma potrzeby ograniczenia spożycia potasu w diecie. Jednak należy pamiętać, że nie zawsze tak jest,dlatego zalecenia potasowe powinny być weryfikowane w zależności od poziomu potasu we krwi. Należy pamiętać, że potas usuwany jest w każdym worku ze zdreno-

wanym dializatem. Potas można łatwo usunąć z produktu poprzez gotowanie, rozdrabnianie i płukanie, moczenie, odlewanie wywarów. Jeśli chcemy zachować potas w produkcie, ograniczyć jego straty, to postępowanie powinno być odwrotne.

PRODUKTY SZCZEGÓLNIE BOGATE W POTAS

Warzywa – buraki, brukselka, bakłażan, boćwina, brokuły, chrzan, czosnek, jarmuż, koperek, zielona pietruszka, korzeń pietruszki, pomidor, seler korzeniowy, seler naciowy, ziemniaki, groszek zielony, kalarepa, kapusta włoska, koncentrat pomidorowy, ziemniaki, grzyby, warzywa suszone, soki warzywne

Owoce – awokado, banany, kiwi, melon, morele, porzeczki czarne, winogrona, ananasy, owoce suszone, soki owocowe

Produkty zbożowe – kasza gryczana, otręby pszenne, płatki owsiane, jęczmienne, pszenne, żytnie, musli z owocami, pieczywo chrupkie, chleb pełnoziarnisty, chleb pumpernikiel, chleb z nasionami słonecznika, soi , drożdże

Mleko – w proszku odtłuszczone, zagęszczone

Mięso i jego przetwory, ryby, kiełbasy (kabanos, myśliwska sucha, krakowska sucha)

Suche nasiona roślin strączkowych – fasola, groch, soja, soczewica.

Wyroby cukiernicze – kakao, chałwa, czekolada, mak (makowiec), rodzynki, kokos, migdały, orzechy, pestki słonecznika, dyni, chipsy

Wody mineralne z dużą zawartością potasu

Zupy

SÓD

Jest pierwiastkiem występującym w większości pokarmów. Dzienne zapotrzebowanie na sód jest niewielkie. Nadmiar sodu podobnie jak i wody wydalany jest z organizmu z moczem, potem i kałem. Sód zatrzymany w organizmie działa jak „gąbka„ wiążąc płyny i zwiększając pragnienie. Gdy nerki nie pracują prawidłowo, nadmiar soli może spowodować:

- podwyższenie ciśnienia tętniczego i zatrzymanie płynów w organizmie
- większone obciążenie dla serca
- obrzęk stóp, rąk i twarzy
- niekontrolowane przyrosty wagi
- zwiększone pragnienie

Należy pamiętać, że sól w dużych ilościach jest prawie we wszystkich produktach gotowych do spożycia, przetworzonych przemysłowo (np. produkty wędzone, konserwy, wędliny, bagietka francuska, płatki kukurydziane, chipsy, oliwki marynowane, sos ketchup, zupy koncentraty). Spożywanie słonych pokarmów wywołuje pragnienie, co pociąga za sobą przyjmowanie zbyt dużej ilości płynów.

PŁYNY

Ilość przyjmowanych płynów należy rozpatrywać indywidualnie, zgodnie z zaleceniem lekarza. Jeżeli pacjent regularnie oddaje mocz, ilość przyjmowanych płynów powinna być regulowana zgodnie z objętością wydalonego moczu. Ilość wypijanych płynów może być zwiększona w przypadku wystąpienia upałów, gorączki, biegunki, wymiotów.

Oprócz płynów również pokarmy stałe (kasze, makarony, owoce, warzywa) zawierają tzw. „ukrytą wodę", którą należy wliczyć do dobowego bilansu płynowego.

NASZ WYWIAD

Telemedycyna w dializie otrzewnowej

Rozmowa z prof. dr hab. med. Beatą Naumnik – Kierownikiem I Kliniki Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ USK w Białymstoku

Osoby ze schyłkową niewydolnością nerek mogą samodzielnie dializować się w domu oraz dodatkowo być pod stałą kontrolą lekarską on-line dzięki przełomowej technologii telemedycznej z użyciem cyklera Claria. Ta nowa metoda znacząco wpłynęła na bezpieczeństwo i wygodę pacjentów. Na temat zdalnego systemu monitorowania oraz korzyści i możliwości jakie daje pacjentom dializa otrzewnowa rozmawiamy z prof. dr hab. Beatą Naumnik, kierownikiem I Kliniki Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ USK w Białymstoku.

Co to jest dializa otrzewnowa?

Dializa otrzewnowa jest jedną z form leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Jest to bardziej fizjologiczna forma dializy, w przebiegu której oczyszczanie organizmu odbywa się systematycznie i – w przeciwieństwie do hemodializy – codziennie, a nie co drugi dzień. W tej metodzie do dializy wykorzystuje się otrzewną czyli delikatną, dobrze ukrwioną błonę wyścielającą jamę brzuszną i pokrywającą znajdujące się w niej narządy, m.in. jelita.

Do jamy otrzewnowej zakłada się cewnik, przez który jest wlewany płyn dializacyjny. Otrzewna pełni funkcje półprzepuszczalnej membrany, przez którą wszystko co jest we krwi zbędne (toksyny mocznicowe takie jak np. kreatynina i mocznik) przechodzi do wpuszczonego do brzucha płynu. Wchłaniane są potrzebne substancje, np. wodorowęglany, które minimalizują kwasicę. Płyn musi znajdować się w jamie otrzewnowej przez jakiś czas – godzinę, czasem kilka, aby ten proces mógł się swobodnie odbyć. Najprościej mówiąc, płyn jest wlewany, leżakuje przez odpowiedni czas, po czym jest wylewany wraz ze wszystkimi toksynami. Skład chemiczny płynu jest tak dobrany, aby z jednej strony przenikały do niego z krwi np. mocznik, potas, fosforany i inne zbędne cząsteczki, a z drugiej strony, aby z płynu do krwi wchłaniały się substancje potrzebne do wyrównania kwasicy.

W jaki sposób wykonywany jest zabieg dializy otrzewnowej? Jak często pacjent musi go robić?
Taki zabieg można robić ręcznie i należy go wtedy powtórzyć zwykle cztery razy w ciągu doby. Jednak dziś mamy możliwość wykonania tego zabiegu za pomocą tzw. cyklera. Jest to urządzenie, do którego pacjent podłącza się wieczorem, a ono przez całą noc dializuje go podczas snu. Rano cykler odłącza się i chory ma cały dzień do swojej dyspozycji.

Jak pacjenci reagują na samodzielne wykonywanie dializy w domu? Jak wyglądają statystyki zgłaszania się pacjentów na zabieg tą metodą?
Pacjenci zazwyczaj lepiej tolerują dializy otrzewnowe, mają mniej nasilone zaburzenia hormonalne, kobiety normalnie miesiączkują, częściej zachodzą w ciążę. Dieta jest tu mniej restrykcyjna, nie ma tak surowych ograniczeń, co do ilości potasu czy przyjętych płynów, jak przy hemodializie. W przypadku dializy otrzewnowej zgłaszalność do zabiegu przeszczepienia nerki wynosi ponad 50%. Ci pacjenci mają mniejszą współchorobowość, są często w lepszej kondycji i rokują lepiej. Teraz dodatkowo, dzięki systemowi zdalnego monitorowania, możemy wszystko „kontrolować na odległość" i z wyprzedzeniem reagować na wszystkie nieprawidłowości.

Czy pacjent ma wpływ na wybór decyzji odnośnie metody dializoterapii? Jakie są przeciwskazania do dializy otrzewnowej?
Formę dializoterapii wybiera sam pacjent, pod warunkiem, że nie ma oczywistych przeciwwskazań do którejś z nich. Dializy otrzewnowej nie może mieć pacjent po rozległej operacji brzusznej z naruszeniem otrzewnej, bo błona do tej formy dializy musi być nienaruszona i mieć jak największą powierzchnię. Przeciwwskazaniem jest też choroba nowotworowa w obrębie jamy brzusznej, przepukliny brzuszne, wrzodziejące zapalenie jelita grubego albo jego uchyłkowatość. Ponadto w przypadku dializy otrzewnowej pacjent musi być sprawny manualnie, musi być w stanie opanować technikę samodzielnego wykonywanie zabiegów. Czasami przeciwwskazaniem jest brak warunków domowych. Jeszcze w dzisiejszych czasach zdarza się, że w domu nie ma ciepłej wody i właściwych warunków sanitarnych. Przeciwwskazaniem są też przewlekłe stany zapalne skóry, grożące zakażeniem okolicy ujścia cewnika. Czyli podsumowując: pod uwagę bierzemy możliwości pacjenta, jego stan zdrowia i choroby współtowarzyszące oraz jego sytuację domową.

Czyli – jakie warunki musi spełnić pacjent, aby być leczonym za pomocą dializy domowej?
To musi być taki zakątek w domu, który łatwo posprzątać, gdzie są gładkie powierzchnie, np. płytki, które łatwo utrzymać w czystości. Nie mogą tam też chodzić zwierzęta. Pacjenci są szkoleni i wiedzą, gdzie i jak mają to robić. Kluczowa jest czystość, bowiem nieprzestrzeganie higieny może doprowadzić do klasycznych powikłań, takich jak zapalenia otrzewnej, zapalenia ujścia cewnika czy zakażenia tunelu cewnika. Są one najczęstszym powodem hospitalizacji pacjentów dializowanych otrzewnowo. Muszę jednak przyznać, że niektórzy z nich są zdyscyplinowani i tak dobrze wyszkoleni, że potrafią nawet podróżować z workami do wymian i wszystko przebiega bez powikłań. Te same kryteria muszą być spełnione w przypadku systemu zdalnego monitorowania pacjenta.

Na czym ten system zdalnego monitorowania polega? Czy to bezpieczna metoda leczenia nerkozastępczego dla chorego?
Ta technika jest związana z zastosowaniem cyklera, urządzenia kontrolującego w sposób zaprogramowany i automatyczny wymiany płynu dializacyjnego, który jest obecny na polskim rynku w wielu szpitalach. To Claria, czyli cykler z modułem, który, wykorzystując telefonię komórkową, przekazuje informacje o tym, co dzieje się w trakcie dializy bezpośrednio do platformy zbiorczej, a ta przesyła je dalej przez internet do kliniki. To bardzo bezpieczny system, ponieważ dane są zabezpieczone w czterech formach na wyjściu i wejściu. Ułatwia też komunikację i współpracę z pacjentem, bo dokładnie wiemy, jakie problemy ma pacjent wykonujący dializę otrzewnową w domu, wiemy na co zwrócić uwagę i kiedy zaprosić pacjenta do ośrodka i wdrożyć konkretne działania medyczne. Jest to pewne novum. System działa od niedawna (październik 2017 roku), ale już mamy pewne doświadczenia. Dzięki niemu możemy też zauważyć drobne niuanse, które po kilku dniach dopiero skutkują powikłaniem, z powodu którego pacjent może być nawet hospitalizowany. Warto więc wychwycić je po prostu wcześniej.

Dla kogo przeznaczona jest ta innowacyjna metoda leczenia?
Metoda przeznaczona jest dla wszystkich pacjentów dializowanych otrzewnowo i takich, którzy dializują się przy pomocy cyklera. Oczywiście, pacjent, który stale ma problemy, i z którym my mamy problem, jest w pierwszym rzędzie kwalifikowany do telemonitoringu. Wtedy możemy rzeczywiście wyłapać, na czym polega błąd, którego określenie jest bardzo trudne z poziomu pacjenta.

Jakie korzyści z zastosowania tej metody lecze-

nia odnoszą pacjenci z przewlekłą niewydolnością nerek, a jakie korzyści daje to lekarzom?
Pacjent dokładnie wie, że wszystko, co będzie się działo w trakcie zabiegu dializy zostanie nam przekazane. My to zobaczymy w postaci kolorowych flag na ekranie. Korzyść pacjenta jest więc taka, że nie musi się martwić, bo jeśli cykler zasygnalizuje problem, to my go rozwiążemy, powiemy pacjentowi co poszło nie tak i co trzeba zmienić. Co więcej, jesteśmy w stanie będąc w klinice, przeprogramować cykler tak, że wykona on dializę dokładnie według przepisu, którą my z poziomu kliniki nadaliśmy drogą on-line. Jest to bardzo wygodne dla pacjenta, bo nie musi za każdym razem jechać do ośrodka i tłumaczyć, co poszło nie tak. Jest więc bardzo dużo udogodnień dla obu stron, a od strony pacjenta - nawet więcej. My lekarze mamy jasność w temacie, bo wiemy, czy pacjent zrobił „obejścia" albo pewność, czy w ogóle zabieg dializy został wykonany? Dializa otrzewnowa daje pacjentowi komfort i poczucie bezpieczeństwa.

Czy dzisiejsi pacjenci mają dostęp do tej innowacyjnej metody?
Tak. To jest procedura, która jest refundowana w Polsce. Jest to zabieg ratujący życie, więc nie może być limitowany i w związku z tym jest absolutnie dostępny wtedy, kiedy jest potrzebny.

Gdzie można skorzystać z takiej formy leczenia?
W I Klinice Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Technologia telemedyczna jest u nas stosowana od ubiegłego roku.

Rozmawiała Weronika Kot

Dializa otrzewnowa – dializa bez wychodzenia z domu

Rozmowa z dr n. med. Ewą Suchowierską – kierownikiem Pododdziału Dializ Otrzewnowych USK w Białymstoku.

Kiedyś chorym, u których nerki przestały pracować, pozostawała tzw. sztuczna nerka i jako ostateczność – przeszczep. Dziś pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek mogą korzystać z nowoczesnych terapii nie wychodząc z domu. Ambulatorium Dializ Otrzewnowych USK w Białymstoku istnieje od ponad 20 lat i prowadzi leczenie zarówno ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową jak i automatyczną dializą otrzewnową. Od roku Szpital wprowadził system umożliwiający monitorowanie dializoterapii otrzewnowej on-line – Patient on-line.

Na czym polega ten system Patient on-line?
To system w technologii Sharesource, przy użyciu aparatu umożliwiającego prowadzenie automatycznej dializy otrzewnowej (ADO), tzw. cyklera, wyposażonego w modem, który łączy urządzenie z platformą informatyczną. Lekarz za pomocą internetu może monitorować, jak przebiega dializa. Cykler realizuje ją automatycznie, w ciągu nocy. Urządzenie umożliwia podawanie płynu dializacyjnego przez zestaw drenów z cyklera do otrzewnej, kontrolę jego leżakowania w otrzewnej oraz usuwanie zużytego dializatu. Liczba cykli wymian, objętość podawanego do otrzewnej dializatu, czas wpływu, leżakowania i wypływu są zaprogramowane i kontrolowane.

A jeśli coś pójdzie nie tak, pacjent coś przeoczy?
Nasi pacjenci są doskonale wyedukowani. Są oni szkoleni przy rozpoczynaniu leczenia. Szkolenie niejednokrotnie dotyczy chorego oraz rodziny. Po wypisaniu z oddziału pacjent otrzymuje cały sprzęt i płyny do domu i prowadzi leczenie sam. Jeśli lekarz lub pielęgniarka obsługujący system zauważą w trakcie dializy coś nieprawidłowego na monitorze, od razu reagują, kontaktują się z pacjentem.

Czy każdy pacjent ze stadium 5 przewlekłej choroby nerek może korzystać z tej nowoczesnej terapii on-line?
Jeśli nie ma ku temu przeciwskazań medycznych, to tak! Dlatego każdy pacjent w 5-tym stadium PChN, który kwalifikuje się do dializoterapii, jest dokładnie diagnozowany. Każdy chory przebywający w naszym ośrodku jest zawsze informowany o możliwości wyboru, przedstawia mu się różne opcje terapii nerkozastępczej. A jeśli już podejmie decyzję, szkolimy go w tym zakresie.

Dla kogo przede wszystkim jest metoda automatycznej dializy otrzewnowej z opcją on-line?
Jest to opcja dostępna dla wszystkich chorych dializowanych przy pomocy cyklera, u których nie istnieją przeciwwskazania do jej zastosowania. Inną opcją jest zastosowanie cyklera, który na specjalne karcie pamięci zapisuje informacje o przebiegu dializy. Pacjent przyjeżdżając na wizytę kontrolną przywozi tę kartę ze sobą, a zespół ambulatorium dializy otrzewnowej odczytuje ją, korzystając z odpowiedniego programu komputerowego. W ten sposób ocenia, jak przebiegały dializy w domu. Należy pamiętać, że wszystkie metody dializoterapii otrzewnowej, zarówno CADO jak i ADO są równorzędne, a o wyborze jednej z opcji decydują przede wszystkim względy medyczne. Zawsze wybieramy metodę, która dla danego chorego jest najlepsza.

Rozmawiała Weronika Kot

Pacjenci dializowani otrzewnowo wymagają specjalistycznej opieki pielęgniarskiej

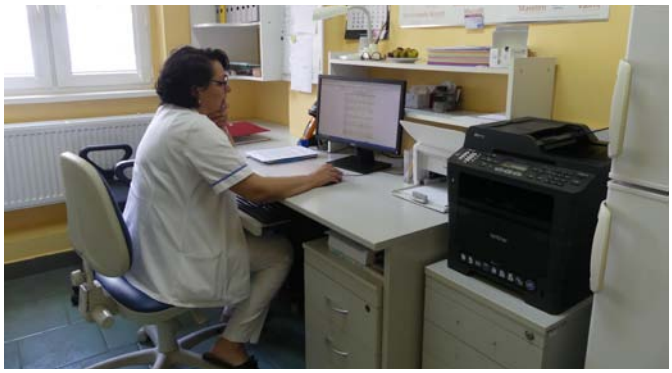
Rozmowa z Elżbietą Jarmoszko
– pielęgniarką koordynującą Zespół Domowej Dializoterapii Otrzewnowej w I Klinice Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ USK w Białymstoku

W Ośrodku Dializ wszyscy się znają. Pielęgniarki zwracają się do pacjentów po imieniu, a na ich twarzach pojawia się uśmiech. Chorzy czują się jak u siebie w domu. Jesteśmy rodziną – twierdzą zgodnie. Naszą rolą jest opieka nad pacjentami, którzy w domu wykonują zabiegi samodzielnie. W Ośrodku Dializ spotykamy się co 6 tygodni, ale pacjent może zgłosić się do nas o każdej porze dnia i nocy. Zapewniamy im także całodobowy kontakt telefoniczny. Musimy być z nimi w ciągłym kontakcie, oni muszą wiedzieć, że każdy niepokój lub problem związany z wykonaniem dializy mogą z nami konsultować telefonicznie. Bez zbudowania odpowiednich relacji, to niemożliwe – mówi Elżbieta Jarmoszko, pielęgniarka koordynująca Zespół Domowej Dializoterapii Otrzewnowej w I Klinice Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ USK w Białymstoku

Jacy pacjenci korzystają z metody dializy otrzewnowej? Jakich ma Pani podopiecznych?
Przychodzą do nas różni pacjenci. Gdy słyszą informację, że nerki przestają pracować i potrzebna jest dializa, to jest dla nich ogromny szok, rozpacz, niektórzy mówią wręcz wyrok. Przedstawiamy im metody leczenia nerkozastępczego i - to przede wszystkim pacjent podejmuje decyzję - jaką metodą chce się dializować? Na dializę otrzewnową decydują się osoby niezależne, aktywne zawodowo. Alternatywa, jaka w stosunku do hemodializy jest metoda dializy otrzewnowej daje im dość dużą swobodę i uniezależnia od szpitala.

Czyli są to osoby w różnym wieku? Nie tylko ludzie starsi?
Wiek nie jest tutaj ani żadnym ograniczeniem, ani żadnym wyznacznikiem. Mamy pacjentów osiemnastoletnich i jednocześnie ponad osiemdziesięcioletnich. Jeżeli pacjent nie jest w stanie sam wykonać zabiegu dializy, może mu w tym pomóc osoba bliska – żona, mąż, dzieci lub opiekun. Wszyscy oni, zarówno pacjenci jak ich opiekunowie muszą być bardzo dobrze przeszkoleni w tej metodzie dializy i poznać zasady posługiwania się sprzętem. Zespół pielęgniarsko-lekarski prowadzi bardzo dokładne szklenia dla tych osób – nikt nie zostanie wypuszczony do domu bez pewności, że wszytko wie i umie.

Jak wygląda takie szkolenie dla pacjentów?
To zależy od łatwości przyswajania wiedzy i zdolności manualnych pacjenta. Niektórzy już po kilku dniach czują się swobodnie z obsługą sprzętu, inni wymagają dłuższego szkolenia. Żaden pacjent nie opuści naszej Kliniki, dopóki nie zda testu egzaminacyjnego, który weryfikuje zdobytą wiedzę. Mamy szczegółowy program szkoleń, który prowadzi nasz zespół pielęgniarski i punkt po punkcie jest realizowany i omawiany. Pacjent ma możliwość zadawania pytań – jesteśmy po to, aby rozwiać wszystkie jego wątpliwości. Jeśli chory wymaga pomocy w obsłudze urządzenia, szkolimy także jego opiekuna. Nikt jednak nie opuści kliniki, dopóki zarówno my jak i pacjent nie mamy przekonania o tym, że jest dobrze wyszkolony. To gwarantuje bezpieczną i skuteczną dializę w domu.


Pani Elżbieta monitoruje pacjentów on line

Czy dializa otrzewnowa wykonywana w domu wymaga specjalnych warunków?
Zabieg dializy otrzewnowej musi być wykonywany w wyznaczonym miejscu w domu, gdzie nie ma zwierząt, gdzie łatwo jest codziennie posprzątać – takim, jak na przykład sypialnia. Przy wymianie ręcznej z workami (CADO) czy przy podłączaniu i odłączaniu cyklera (ADO) trzeba pamiętać o dezynfekcji rąk i maseczce na twarzy. Większość pacjentów decyduje się na wykonywanie zabiegu w nocy, ponieważ jest to dla nich bardziej komfortowe. Zabieg dializy przebiega w trakcie snu i nie zakłóca wykonywania codziennych czynności.

Czyli pacjent wykonuje zabieg sam w domu. Nie jest z tego powodu narażony na komplikacje?
W naszej klinice dysponujemy systemem zdalnego monitorowania pacjenta on-line. Parametry każdej dializy są na bieżąco przesyłane do nas i od razu, po zakończeniu zabiegu widzimy je na naszym ekranie. Komputer sygnalizuje, czy wszystko przebiegło zgodnie z założeniami, czy może wymagana jest korekta lub sprawdzenie przebiegu procesu. Czerwona flaga to dla nas sygnał ostrzegawczy. System zwiększa bezpieczeństwo zarówno pacjenta jak i nasze, ponieważ mamy stałą kontrolę nad tym, co dzieje się z naszym podopiecznym.

Jak wygląda Państwa codzienny kontakt z pacjentami?
Jak wspomniałam, dializowani otrzewnowo pacjenci to nasi szczególnie bliscy. Traktujemy ich jak rodzinę i staramy się mieć dla nich bardzo dużo empatii. Budujemy z nimi bliskie więzi, żeby ich dobrze poznać i żeby czuli się bezpiecznie pod naszą opieką. Chorzy często mają pytania i wątpliwości, więc dzwonią do nas o różnych porach. Często trudno jest rozpoznać problem podczas rozmowy telefonicznej. Trzeba wykazać dużo cierpliwości i zrozumienia, żeby pacjent dzwoniąc nie czuł się intruzem i nie zwlekał ze skonsultowaniem swoich wątpliwości. Opieka nad takimi pacjentami jest dla pielęgniarek dużym wyzwaniem i wymaga od nich umiejętności budowania znakomitych relacji międzyludzkich, ale także i wiedzy oraz doświadczenia. Nasz zespół to osoby całkowicie poświęcone swojej pracy, to ich pasja i hobby jednocześnie. Praca pielęgniarki dializacyjnej wymaga wielkiego poświęcenia i oddania ale warto, ponieważ wdzięczność pacjentów i satysfakcja z pomocy jest ogromna.

Rozmawiała Katarzyna Pęcherska

Dializa otrzewnowa jako wygodny sposób leczenia nerkozastępczego w oczach pacjentów przewlekle stosujących tę metodę

lek. med. Dorota Bielińska-Ogrodnik
Klinika Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
Stacja Dializ Otrzewnowych Fresenius Nephrocare

Nefrologia jest niezwykle ciekawą dziedziną nauk medycznych. Od 23 lat pracuję w Klinice Nefrologii zajmując się diagnostyką i leczeniem pacjentów z chorobami nerek. Od początku pracy zawodowej moim miejscem zatrudnienia był oddział nefrologiczny, a od kilkunastu lat poświęcam się głównie leczeniu pacjentów dializowanych otrzewnowo. Pod moją opieką jest obecnie ponad czterdzieści osób leczonych tą metodą. Zaawansowana niewydolność nerek stawia każdego pacjenta przed koniecznością podjęcia decyzji o metodzie dializoterapii, która będzie dla niego najbardziej dogodna. Zapytałam osoby leczone dializą otrzewnową, jak wygląda ich życie w okresie dializoterapii?

PACJENT DIALIZOWANY OD 2,5 ROKU

Kilka lat temu został Pan postawiony przed decyzją o wyborze właściwego dla Pana sposobu leczenia nerkozastępczego. Dlaczego zdecydował się Pan na dializę otrzewnową ?
Początkowo uczestniczyłem w szkoleniu, na którym mogłem zobaczyć, jak wygląda dializa otrzewnowa i hemodializa. Po zakończeniu szkolenia nie byłem jednoznacznie przekonany do żadnej metody ale postanowiłem spróbować dializy otrzewnowej. Wydawało mi się, że pozwala ona na zachowanie większej aktywności. W trakcie leczenia hemodializą trzeba spędzić prawie pół dnia, co drugi dzień w tygodniu, w ośrodku dializ. Pod tym względem dializa otrzewnowa wydawała mi się wygodniejsza.
Dializa otrzewnowa polega na podawaniu płynu do przestrzeni w obrębie jamy brzusznej, która w języku medycznym nazywa się jamą otrzewnową. Aby stosować tę metodę chirurg musi wszczepić odpowiedni cewnik. Czy obecność cewnika jest bardzo uciążliwa?
Tuż po założeniu cewnika musiałem się przyzwyczaić do jego obecności, ale obecnie zupełnie go nie odczuwam. Ograniczeniem jest tylko to, że nie zaleca się kąpieli np. w wannie czy jeziorze. Nad morzem raczej tylko spaceruję. Na cewnik staram się uważać, żeby o niego nie zahaczyć.
Co trzeba zrobić, aby w prawidłowy sposób dbać o cewnik ?
Trzeba przestrzegać wytycznych, które otrzymałem podczas szkolenia. Wiem, że bardzo istotna jest higiena. Trzeba zmieniać opatrunki na ujściu cewnika i dbać o czystość, np. czystość rąk. Wymiany dializatu trzeba robić w maseczce.
Jakie zmiany w wyposażeniu mieszkania były potrzebne, aby rozpocząć leczenie dializą otrzewnową?
Nie trzeba dokonywać dużych zmian w domu w przygotowaniu do dializy. Ja mam swój kącik, w którym przeprowadzam dializę. W tym miejscu mogę usiąść i spokojnie założyć opatrunek. W miejscu, w którym wykonuję wymiany mam stolik i wieszak do zawieszenia worka z płynem dializacyjnym. Mój stolik ma dobrą szklaną powierzchnię do łatwego utrzymania czystości. Ważne jest, aby w domu znaleźć miejsce na kartony z płynem dializacyjnym. Nie musiałem dokonywać żadnych zmian.
Dializa otrzewnowa może być przeprowadzana dwoma sposobami. Pierwszy nosi nazwę ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej (CADO) i polega na wykonywaniu czterokrotnie w ciągu jednej doby wymiany płynu dializacyjnego. Drugi – nazywany automatyczną dializą otrzewnową (ADO), która wymaga podłączenia do urządzenia (cyklera) – wykonującego wymiany płynu dializacyjnego przez całą noc. Którą metodę Pan stosuje?
Ja obecnie stosuję CADO – cztery wymiany ręczne płynu w ciągu dnia. Każda z metod ma swoje plusy i minusy. Przez pewien czas byłem leczony ADO. Wówczas czułem się za długo przywiązany do cyklera. Po podłączeniu do maszyny nie zaleca się odłączania od niego w chwili, gdy rozpoczynam się dializować. Natomiast zaletą ADO jest to, że przez cały dzień nie trzeba robić dializ, cały dzień jest wolny. W ręcznych wymianach CADO muszę zawsze pilnować czasu, nie mogę „przegapić" wymiany. Metoda jest

troszkę pracochłonna. Pomimo tego wolę CADO.

Czy udaje się Panu kontynuować pracę zawodową?

U mnie wszystko się dobrze ułożyło. Mam możliwość zorganizowania czasu w taki sposób, by kontynuować moją pracę zawodową.

Jakie są Pana doświadczenia dotyczące wykonania zabiegów wymiany płynu dializacyjnego w odpowiednio przygotowanym miejscu poza miejscem zamieszkania?

Jeżeli wyjeżdżam na dłuższy czas, to muszę mieć łazienkę i odpowiedni pokój. Nie można robić wymian dializacyjnych w spartańskich warunkach. Miejsce do przeprowadzania dializ powinno być odpowiednio czyste.

W jaki sposób kontaktuje się Pan z naszą stacją dializ?

Przyjeżdżam regularnie na wizyty kontrolne. Mam też stały kontakt telefoniczny ze stacją dializ. Wiem, że zawsze jest czynny oddział dializ, z którym mogę się porozumieć.

Pomimo początkowego braku zdecydowania, który miał miejsce przed rozpoczęciem leczenia dializą, obecnie nie chciałbym zmieniać metody na hemodializę.

PACJENTKA DIALIZOWANA OD 3 LAT

Co było dla Pani najbardziej istotne w doborze właściwej metody dializoterapii?

Zdecydowałam się na dializę otrzewnową dlatego, że jest to dializa domowa. Jestem cały czas z rodziną. Mam małą córkę. Podczas, gdy podłączam się na noc do dializy to córka i mąż na ten moment wychodzą z pokoju. Następnie pukają i pytają, czy mogą już wejść? Potem wspólnie rozmawiamy, oglądamy telewizję – wszyscy jesteśmy razem: ja, mąż , córka i maszyna, którą traktujemy jak domownika i nawet nazwaliśmy ją „Grześ".

Jakie są konsekwencje tego, że ma Pani wszczepiony cewnik do jamy brzusznej?

Jestem bardzo przyzwyczajona do cewnika, często nie pamiętam, że go mam. Przypominam sobie sytuację, gdy moja mama miała problem z uruchomieniem samochodu. Już chciałam pobiec i jej pomóc, ale sobie przypomniałam, że jestem podłączona do dializy. Wiem, że o cewnik muszę dbać, muszę zwracać uwagę na to, żeby nie zawinął się, żeby nie wypadł mi z ręki w trakcie podłączenia się do linii cyklera. Noszę odpowiednią bieliznę, która pozwala, aby był dobrze zabezpieczony.

Czy stosując dializę otrzewnową może Pani kontynuować dotychczasowy sposób życia np. opiekę nad dzieckiem?

Nie zawsze udaje mi się być w pełni aktywną. Są takie dni, gdy czuję się gorzej – można powiedzieć, że jest to około 5 dni w miesiącu. Czasem mam wysokie ciśnienie i wówczas więcej odpoczywam. Najczęściej jednak życie ma dla mnie szybkie tempo – ciągle jest się w biegu. To ja zawożę dziecko do szkoły, piorę, prasuję, gotuję i sprzątam. Wszystko jest kwestią przyzwyczajenia.

Czy wolałaby Pani obecnie zmienić leczenie na hemodializę?

Byłam leczona hemodializą przez pewien czas, ale to mi nie odpowiadało. Obojętnie, czy zapytałaby mnie pani o hemodializę w dzień czy w nocy, to moja odpowiedź jest taka: - Wolę leczenie dializą otrzewnową.

PACJENT 5 LAT DIALIZOWANY OTRZEWNOWO

Co wydaje się Panu najbardziej istotne w wyborze dializy otrzewnowej jako odpowiedniej metody leczenia?

W dializie otrzewnowej cenię sobie wygodę i brak przywiązania do sztucznej nerki. Jest to dla mnie metoda bardziej komfortowa. Mogę sam sobie zaplanować godziny wymiany płynu dializacyjnego w ciągu dnia.

Obecność cewnika w jamie otrzewnowej narzuca określone sposoby postępowania np. konieczne jest mycie z zastosowaniem ciągłego strumienia wody (prysznic)?

Dla mnie cewnik nie jest uciążliwy. W obecnych czasach większość ludzi korzysta z prysznica lub tuszu i leżenie w wannie nie jest potrzebne. O cewnik trzeba dbać, to znaczy regularnie zmieniać opatrunek tak, jak to jest zalecane. Należy zmieniać go co 2-gi dzień i uważać, aby w to miejsce nie dostały się bakterie. Musi być zawsze suchy.

Niektóre osoby przygotowujące się do dializ mają obawy dotyczące właściwego przygotowania warunków domowych do dializoterapii. Co Pan o tym sądzi?

Nie musiałem robić żadnych wielkich zmian w mieszkaniu przed rozpoczęciem dializy. Mam normalny pokój, który jest codziennie przez wszystkich używany. Przygotowałem stolik i stojak do zawieszenia worka. To wszystko.

W jakim stopniu dializoterapia wpłynęła na pana zatrudnienie?

Obecnie mam własną firmę i mogę pogodzić bez problemu pracę zawodową z dializoterapią.

Czy ma Pan doświadczenie w dializoterapii w trakcie wyjazdu wakacyjnego lub odwiedzin u rodziny?

U rodziców jesteśmy z żoną w każdy weekend. Mam tam pokój, który jest przystosowany do wykonywania wymian dializacyjnych. Na wakacje wyjeżdżaliśmy do hotelu, gdzie były odpowiednie warunki do dializy otrzewnowej.

Istnieje możliwość dializowania otrzewnowego CADO lub ADO. Czy cały czas jest stosowana u Pana jedna z tych metod?

Dializę z zastosowaniem cyklera ADO miałem stosowaną krótko, ale ona mi nie odpowiadała. Nie miałem żadnych nieprzyjemnych odczuć, ale ograniczała mnie czasowo. Wolę CADO. Mam możliwość rozplanowania sobie wymian w ciągu dnia, czasem przesuwam je w czasie o godzinę lub dwie tak, aby wszystkie się zmieściły w schemacie dobowym dializy. Sama wymiana dializacyjna trwa u mnie do pół godziny, a następnie mogę już normalnie funkcjonować.

W podsumowaniu mogę powiedzieć, że moje nerki są niewydolne od dłuższego czasu. Rozpoczynałem leczenie od dializy otrzewnowej, później miałem przeszczepioną nerkę, a gdy przestała działać - powróciłem do dializ. Byłem przez pewien czas hemodializowany. Teraz powróciłem do leczenia dializa otrzewnową. To była moja decyzja i mój wybór.

Serdecznie dziękuję moim rozmówcom za ciekawe wywiady, które - mam nadzieję - będą pomocne dla wszystkich osób wahających się z podjęciem decyzji o właściwym wyborze metody dializoterapii.

I Klinika Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ UM w Białymstoku

Katarzyna Pęcherska
Senior Account Manager
FleishmanHillard
Warszawa

Klinika prowadzona przez prof. dr hab. n. med. Beatę Naumnik prowadzi działalność kliniczno-leczniczą oraz dydaktyczną. Przeprowadzana jest tu pełna diagnostyka i leczenie chorób nerek i nadciśnienia tętniczego. Klinika opiekuje się także pacjentami po zabiegu transplantacji nerki. Ośrodek specjalizuje się w leczeniu dializami, w tym dializą otrzewnową od ponad dwudziestu kilku lat. Jako jeden z pierwszych w Polsce, dysponuje metodami telemedycznego monitorowania pacjentów.
Początkowo ośrodek rozwijał się powoli; był inny sprzęt i inne zasady. Jak zaczynałam tu pracować pacjentów dializowanych otrzewnowo było 17, a teraz jest ich już 50. Od września zeszłego roku jest także dostępny telemonitoring pacjentów dializowanych otrzewnowo. Z tego rozwiązania korzysta już 18 pacjentów i bardzo go sobie chwali. My także, ponieważ mamy zabiegi cały czas pod kontrolą, pomimo że pacjenci są w domu. Najważniejszy w ośrodku jest zespół. Bez ludzi z prawdziwą pasją nie mielibyśmy takich wyników. Są nimi: doktor Ewa Suchowierska, która trzyma pod kuratelą wszystkich naszych pacjentów; doktor Joanna Goździkiewicz-Łapińska – bardzo doświadczony nefrolog; Elżbieta Jarmoszko – nasza oddziałowa oraz zespół ośmiu pielęgniarek. Wszystkie wymienione osoby to energiczne, entuzjastyczne oraz oddane swojej pracy pasjonatki – mówi prof. Naumnik
Klinika jest ośrodkiem Szkolenia Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Europejskiego Towarzystwa Dializ i Transplantacji (ERA-EDTA) w dziedzinie Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego. Odbywają się tu szkolenia studentów oraz podyplomowe szkolenia lekarzy w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii i transplantologii klinicznej. Od kilkunastu lat jest współorganizatorem konferencji naukowych poświęconych najnowszym osiągnięciom w leczeniu chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. Patronat nad konferencjami obejmuje Rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

JESTEŚMY NA WCZASACH

Wspomnienia pacjentów z wyjazdu na dializy wakacyjne do Dialisi Mucaria na Sycylii – jesień 2018/zima 2019

To już trzeci raz!
Dzięki portalowi dializywakacyjne.pl prowadzonemu prze Panią Joannę Bernet i Pana Przemysława Grabowskiego udało nam się odmienić nasze szare życie. Już trzeci raz jesteśmy z żoną na Sycylii w mieście Trapani dzięki projektowi Dialisi Mucaria, który daje możliwość wyjazdu na wakacje do pięknego regionu Italii osobom dializowanym wraz z rodziną.
Za każdym razem kwaterowaliśmy w apartamentach położonych w różnych częściach miasta co dało nam dodatkowe możliwości zobaczenia czegoś nowego i ciekawego. Teraz, za trzecim razem, czujemy się tu bardzo swojsko dzięki personelowi stacji dializ w Valderice i przede wszystkim panu Doktorowi Mucaria, który otoczył nas pełną opieką i przyjaźnią.
Atmosfera, którą tworzą ludzie opiekujący się nami oraz otaczająca nas przyroda, miasta pełne zabytków, ciepłe i barwne morze w różnych odcieniach niebieskiego i zieleni oraz słońce sprawiają, że chce się tu wracać jak najczęściej i na jak najdłuższy okres czasu. Wylatując z Polski zostawiliśmy za sobą chmury i śnieg, a zyskaliśmy słoneczne i pełne wiosennych kwiatów i kwitnących drzew hibiskusów dni.
Komfort dializ dla pacjenta i opieka sprawowana nad nim oraz miejsce zamieszkania, obecnie w Palazzo Mucaria, są godne polecenia choćby po to, aby utwierdzić się, że mimo choroby warto żyć. Wystarczy tylko przełamać stereotypy myślowe oraz irracjonalny strach przed „wielkim światem" i ruszyć się z domu! Italia, Trapani czeka!

Małgorzata i Maciek z Brzegu

Buongiorno z Sycylii!

Witam! To ja „Sycylijczyk" w kowbojskim kapeluszu. Jest koniec stycznia, zima w pełni, a na Sycylii brak jednak śniegu. Raz tylko popruszył i zabieliło się w Erice. Temperatura na plusie 12 stopni, od czasu do czasu deszcz i wiatr.

Siedzimy tu już łącznie rok i dwa miesiące. Rambo, nasz piesek uważa, że to jego dom. Wychodzi z nami na taras, na którym w słoneczne dni pijemy sobie kawkę z sąsiadami z Rumuni spoglądając na piękną panoramę Erice. Wieczorami gramy z naszymi sąsiadami w „Chińczyka". Nie chcielibyście widzieć i słyszeć jak ta gra przebiega! Człowieku nie irytuj się! Na szczęście wygrywamy raz my, a raz oni. Przy tak „srogiej" zimie jeździmy się kąpać w wodach termalnych, gdzie temperatura wody osiąga nawet 60° C.

W związku z tą porą roku jest tutaj dużo mniej pacjentów dializowanych, co wykorzystuje Doktor Mucaria przebudowując stację dializ. Nie poznacie jej ponownie przyjeżdżając! Jest nam tu tak dobrze, że do kraju wracamy tylko na lato, a potem we wrześniu, jak zdrówko pozwoli, zjawiamy się z powrotem na Sycylii. Niezmiennie jesteśmy nią zachwyceni, a nasza radość z pobytu tutaj nie ustaje!

Pozdrawiamy Panią Joannę Bernet i Pana Przemka Grabowskiego oraz cały personel stacji dializ z Zabrza i personel Dialisi Mucaria wraz z Panem Doktorem Mucaria.

Arrivederci!

Urszula i Bernard Remiorz z pieskiem Rambo z Knurowa

Na przełomie października i listopada tego roku wraz z mężem skorzystałam z 2- tygodniowej oferty wakacyjnej stacji dializ Dialisi Mucaria i wyjechałam na malowniczą włoską wyspę Sycylię. Mieszkaliśmy w hotelu w Trapani. Standard hotelu spełniał wszystkie moje wymagania i nie pozostawiał niczego więcej do życzenia. Dializy odbywały się w miejscowości Valderice, do której nas dowożono. Przebiegały one w sympatycznej atmosferze, pracownicy stacji dializ byli niezwykle pomocni i profesjonalni. Serdecznie polecam wszystkim zainteresowanym wyjazd na Sycylię, a ja już planuję mój przyszłoroczny tam powrót. Organizacja wakacji nie jest męcząca dzięki pomocy Pana Przemysława Grabowskiego, który udzielił nam wszystkich potrzebnych informacji, za co dziękuję. Pozdrawiam i polecam!

Beata Paś z Polkowic

Trzy tygodnie, które spędziłam w listopadzie na Sycylii były znowu wspaniałe. Tym razem najlepiej wspominam wycieczkę do pięknego Palermo. Pogoda również nas rozpieszczała – 22 stopnie! Ekstra! Moczyliśmy nogi na pięknej plaży w San Vito lo Capo, a w jedną z niedziel cała nasza dializowana czwórka z Wrocławia z ul. Wejherowskiej spotkała się na placu Garibaldiego i wybrała się na spacer po Trapani. Wspominam też bardzo miłą obsługę na stacji dializ i tęsknię za pysznymi bułeczkami, które tam dostawaliśmy w czasie dializy.

Pragnę jeszcze wspomnieć Panią Anię i panią Asię pracujące w Dialisi Mucaria. Dzięki ich pomocy o nic się nie martwiłam, a kontakt był możliwy w każdej sytuacji. Naprawdę bardzo dziękuję za te trzy tygodnie! W maju chcę ponownie wrócić na Sycylię i pokazać ją mojej koleżance. Będzie to mój trzeci wyjazd na tę piękną wyspę, a dla mojej koleżanki życiowa przygoda. Na koniec chciałabym jeszcze gorąco podziękować Panu Przemkowi, który zawsze bardzo nam pomaga w załatwieniu wyjazdu. Pozdrawiam!

Zdzisława Ciechanowicz z Wrocławia

Pragniemy bardzo serdecznie podziękować za możliwość skorzystania z oferty dializ wakacyjnych Dialisi Mucaria, a Panu Przemkowi za pomoc w organizacji naszego wyjazdu na Sycylię.

Pobyt udał się w 100%. Pan Doktor Mucaria jak i cały personel przyjął mnie bardzo serdecznie. Jestem bardzo zadowolony z przebiegu dializ. W wolne dni od nich organizowano nam wycieczki, podczas których mieliśmy okazję zobaczyć choć część przepięknej Sycylii. Jeszcze raz bardzo dziękujemy!

Józef i Teresa Wiejowscy z Gliwic

OFERTA TRAPANI

DIALISI MUCARIA

OFERTA PRZEDŁUŻONA NA ROK 2019

BEZPŁATNE WAKACJE
NA SYCYLII (WŁOCHY)
TRAPANI CZEKA NA CIEBIE

1
TYDZIEŃ WAKACJI

APARTAMENT GRATIS*

2-4
TYGODNIE WAKACJI

APARTAMENT + PRZELOT GRATIS*

1-4
MIESIĘCZNY POBYT

APARTAMENT + PRZELOT GRATIS DLA CIEBIE I OSOBY TOWARZYSZĄCEJ*

Akceptujemy Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) jako formę rozliczenia dializ.

Zadzwoń do nas i dowiedz się o szczegóły przyjazdu na **bezpłatne wakacje! Trapani czeka na Ciebie!**

663 327 001 - 661 377 109

0039 0923 836 440

lub napisz do nas

booking@dialisimucaria.it

reservation@dialisimucaria.it

www.dialisimucaria.it/pl

Wyspecjalizowany zespół nefrologów i pielęgniarek;
Sztuczne nerki Fresenius 5008;
Wielojęzyczny personel (język angielski, niemiecki, hiszpański, francuski, polski, rumuński, słowacki);
Bezpłatny transport na dializy;
Podczas dializ posiłek poranny lub popołudniowy.

*Oferta jest ważna od 01/10/2018 roku do 31/12/2019 roku aż do wyczerpania miejsc. Oferta zawiera zakwaterowanie oraz, jeśli jest to przewidziane w konkretnym pakiecie, również zwrot kosztów przelotów w kwocie o maksymalnej wysokości 100 €. Zakwaterowanie dla osób towarzyszących jest płatne i wynosi: 10 €/os za dobę w styczniu, lutym, listopadzie i grudniu 2019; 20 €/os za dobę w marcu, kwietniu oraz październiku 2019; 25 €/os w maju, czerwcu 2019 oraz 30 € w lipcu i wrześniu 2019. W sierpniu kwota za zakwaterowanie dla os. towarzyszącej wynosi 40 €/os. W przypadku oferty pobytu od 1 do 4-ech miesiecy, koszt zakwaterowania dla osób towarzących w lipcu i wrześniu wynosi 20€/os za dobę, a w sierpniu 30€ od osoby za dobę. Dzieci do 5 roku życia gratis. Ceny te nie zawierają żadnych dodatkowych usług, o ile nie są one wyszczególnione w ofercie.

Stacje Dializ Dott. Mucaria
Viale Europa 23 - 91019 - Valderice (TP WŁOCHY) - **Tel. +39 0923 836440** - fax +39 0923 83333
Corso Generale Medici 148 - 91011 - Alcamo (TP WŁOCHY) - Tel. +39 0924 502366

OFERTA SAN VITO LO CAPO

DIALISI MUCARIA

www.dialisimucaria.it/pl

BEZPŁATNE WAKACJE NA SYCYLII (WŁOCHY)
SAN VITO LO CAPO CZEKA NA CIEBIE

1
TYDZIEŃ WAKACJI

BEZPŁATNY NOCLEG*

2-4
TYGODNIE WAKACJI

POBYT DLA PACJENTA ORAZ PRZEJAZD Z LOTNISKA DO MIEJSCA ZAMIESZKANIA W OBIE STRONY – GRATIS*

1-4
MIESIĘCZNY POBYT

BEZPŁATNY POBYT DLA PACJENTA, OSOBA TOWARZYSZĄCA PŁACI 50% CENY, PRZEJAZD Z LOTNISKA DO MIEJSCA ZAMIESZKANIA W OBIE STRONY – GRATIS

Akceptujemy Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) jako formę rozliczenia dializ.

Zadzwoń do nas i dowiedz się o szczegóły przyjazdu na **bezpłatne wakacje!**
San Vito Lo Capo czeka na Ciebie!

663 327 001 - 661 377 109
0039 0923 836 440

lub napisz do nas
booking@dialisimucaria.it
reservation@dialisimucaria.it

*Oferta jest ważna od 1/01/2019 do 30/06/2019 od 1/10/2019 do 31/12/2019 do wyczerpania miejsc. Oferta zawiera zakwaterowanie oraz przejaz z lotniska do miejsca zamieszkania (w obie strony) w okresie do której dana oferta się odnosi. Przewidziana jest opłata za nocleg każdej osoby towarzyszącej w kwocie: 20.00€ za dzień w miesiącach: Styczeń, Luty, Listopad oraz Grudzień 2019; 30.00€ w miesiącach: Marzec, Kwiecień oraz Październik 2019; 35,00 € w miesiącu maj 2019 i 40.00 € w miesiącu czerwcu 2019. Przy pobycie od 1 do 4 miesiecy przewidziana jest opłata w kwocie 10€ w miesiącach: Styczeń, Luty, Listopad oraz Grudzień 2019; 15.00€ w miesiącach Marzec, Kwiecień oraz Październik 2019; 17,50 € w miesiącu: maj 2019 i 25,00 € w miesiącu: czerwiec 2019. Dzieci do piątego roku życia - pobyt gratis Ceny te nie zawierają żadnych dodatkowych usług o ile nie są one wyszczególnione w ofercie.

Stacje Dializ Dott. Mucaria: Viale Europa 23 - 91019 - Valderice (TP WŁOCHY) - **Tel. +39 0923 836440**

OFERTA CASTELLAMMARE DEL GOLFO

DIALISI MUCARIA

www.dialisimucaria.it/pl

BEZPŁATNE WAKACJE NA SYCYLII (WŁOCHY)
CASTELLAMMARE DEL GOLFO CZEKA NA CIEBIE

1
TYDZIEŃ WAKACJI

APARTAMENT GRATIS*

2-4
TYGODNIE WAKACJI

APARTAMENT + PRZELOT GRATIS*

1-4
MIESIĘCZNY POBYT

APARTAMENT + PRZELOT GRATIS DLA CIEBIE I OSOBY TOWARZYSZĄCEJ*

Akceptujemy Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) jako formę rozliczenia dializ.

Zadzwoń do nas i dowiedz się o szczegóły przyjazdu na **bezpłatne wakacje!**
Castellammare del Golfo czeka na Ciebie!

663 327 001 - 661 377 109
0039 0923 836 440

lub napisz do nas
booking@dialisimucaria.it
reservation@dialisimucaria.it

*Oferta jest ważna od 1/01/2019 do 30/06/2019 od 1/10/2019 do 31/12/2019 do wyczerpania miejsc. Oferta zawiera zakwaterowanie, oraz zwrot kosztów za przejazd w obie strony do kwoty do 100€, w okresie do której dana oferta się odnosi. Przewidziana jest opłata za nocleg każdej osoby towarzyszącej w kwocie: 15.00€ za dzień w miesiącach: Styczeń, Luty, Listopad oraz Grudzień 2019; 25.00€ w miesiącach Marzec, Kwiecień oraz Październik; 30.00€ w miesiącach Maj oraz Czerewiec 2019. Dzieci do piątego roku życia - pobyt gratis. Ceny te nie zawierają żadnych dodatkowych usług o ile nie są one wyszczególnione w ofercie.

Stacje Dializ Dott. Mucaria: Viale Europa 23 - 91019 - Valderice (TP WŁOCHY) - **Tel. +39 0923 836440**

Rehabilitacja pacjentów dializowanych otrzewnowo

dr Katarzyna Chojak-Fijałka
Zakład Medycyny Fizykalnej i Odnowy Biologicznej
Katedra Fizjoterapii
Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie

Wydolność fizyczna w przewlekłej chorobie nerek

Przebieg przewlekłej choroby nerek skutkuje obniżeniem wydolności fizycznej. Stan ten wynika również z współwystępowania innych chorób u pacjentów, ale także – co warto podkreślić – z siedzącego, mało aktywnego trybu życia. Już w okresie przeddializacyjnym pacjenci są znacznie mniej sprawni niż ich nie aktywni fizycznie rówieśnicy. Niestety wprowadzenie leczenia dializacyjnego nie przyczynia się do poprawy sprawności fizycznej pacjentów. Sami pacjenci również nisko oceniają swoje możliwości fizyczne zauważając, że nie próbują zmienić tego stanu. Pacjenci często narzekają na towarzyszące im odczucie zmęczenia, które w ich przekonaniu jest największym ograniczeniem funkcjonowania i wydolności fizycznej. Zmęczenie psychiczne nie pozwala w pełni skoncentrować się i powoduje senność. Pacjenci skarżą się na brak energii nawet podczas wykonywania czynności dnia codziennego, mają poczucie bezsensowności wszelkich działań. Często wykonują tylko to co jest całkowicie niezbędne. Pacjenci rzadko oceniani są pod względem funkcjonowania fizycznego, rzadko też zaleca się im zwiększenie aktywności fizycznej. Opieka nad pacjentami skoncentrowana jest raczej na bieżących problemach medycznych a nie na prewencji, w której dobrym narzędziem byłaby regularna aktywność fizyczna. Niezależność w życiu osobistym, rodzinnym czy zawodowym uwarunkowana jest odpowiednią sprawnością fizyczną. Regularna aktywność fizyczna wpływa korzystnie na stan fizyczny i psychiczny osób zdrowych. Powszechnie znany jest jej wpływ na leczenie różnych chorób. Ograniczenia w funkcjonowaniu fizycznym pacjentów przewlekle dializowanych mogą być zmniejszone poprzez wdrożenie regularnych ćwiczeń fizycznych. Najczęstszym celem rehabilitacji ruchowej w tej populacji chorych jest zmniejszenie ryzyka rozwoju chorób układu krążenia i cukrzycy, ale także zwiększenie zakresu ruchu w stawach, poprawa siły i wytrzymałości mięśni, usprawnienie chodu, poprawa równowagi i koordynacji, zmniejszenie ryzyka upadków szczególnie u osób starszych, poprawa ogólnej sprawności fizycznej skutkująca niezależnością i samodzielnością pacjenta. Dodatkowo poprawić można jakość snu i zniwelować można występowanie przewlekłego zmęczenia, depresji, lęku. Bazując na pozytywnych efektach programów treningowych pacjentów przewlekle hemodializowanych należy również spodziewać się dobrych efektów u pacjentów dializowanych otrzewnowo. Dotychczas opublikowano jedynie kilka badań oceniających skutki regularnego treningu fizycznego w tej grupie chorych, ale wszystkie wyniki są zachęcające.

Specyficzne wskazania do treningu fizycznego pacjentów dializowanych otrzewnowo wynikają ze sposobu leczenia. Obecność dializatu w jamie otrzewnej przyczynia się do nadmiernego rozciągnięcia i osłabienia mięśni brzucha, co dalej powoduje zmianę postawy ciała, przesunięcie środka ciężkości, bóle kręgosłupa. Osłabienie powłok brzucha to również większe ryzyko wystąpienia przepuklin (pachwinowych, pępkowych). Ćwiczenia mięśni tułowia, a w szczególności mięśni brzucha mogą poprawić ten stan. Pamiętać należy jednak, że nie wskazane są silne długo trwające napięcia z powodu dużego ryzyka wystąpienia przepuklin i zacieków. Większość pacjentów dializowanych umiera z powodów chorób układu krążenia. Profilaktyka tych chorób to kolejne wskazanie do podejmowania regularnej aktywności fizycznej.

Przed rozpoczęciem programu rehabilitacji ruchowej pacjenci powinni być poddani starannej kwalifikacji lekarskiej (nefrolog, kardiolog, diabetolog) i fizjoterapeutycznej. Kryteria kwalifikacji i dyskwalifikacji można znaleźć np. w Wielkiej Internie, Tom Nefrologia, pod red. M. Myśliwiec, wyd. 2, Medical Tribune Polska 2017 (str.383-389).

Dodatkowe specyficzne przeciwwskazania do treningu fizycznego u pacjentów dializowanych otrzewnowo to: aktywne zapalenie otrzewnej, zakażenie cewnika do dializy otrzewnowej, nieprawidłowe funkcjonowanie cewnika – objawia się utrudnionym drenażem, zacieki płynu dializacyjnego (do powłok, narządów płciowych, jamy opłucnowej), przepukliny (najczęstsze pachwinowe i pępkowe).

Przygotowanie do treningu fizycznego pacjentów dializowanych otrzewnowo polega na dobrym zabezpieczeniu cewnika przed treningiem, aby nie doszło do jego uszkodzenia, wyrwania. Zwykle wykorzystuje się opaskę elastyczną, pod którą pacjent wkłada cewnik. Dalej należy rozważyć czy dany pacjent, u którego nie stwierdza się przeciwwskazań do treningu fizycznego może ćwiczyć z dializatem w jamie otrzewnej. Większość pacjentów dializowana jest za pomocą CADO, która cechuje się ciągłą obecnością płynu w jamie otrzewnej. Żądanie od pacjenta drenowania jamy otrzewnej na czas treningu wiązałoby się ze skróceniem czasu dializy. Obecnie uważa się, że pacjenci powinni spróbować ćwiczyć z wypełnioną jamą otrzewną. W takiej sytuacji pacjent dźwiga „dodatkowe" 2 l, ale są to 2 l z którymi i tak cały czas funkcjonuje. Udowodniono, że obecność dializatu podczas prób wysiłkowych nie ma istotnego wpływu na ich wynik. Ćwiczący pacjenci również nie zgłaszają zwykle żadnych skarg i powikłań. Natomiast należy pamiętać, że dializat może uciskać naczynia żylne, a przez to zmniejszać pojemność wyrzutową serca i wywoływać hipotonię. Jedynie u pacjentów, u których występują przepukliny, przecieki lub hipotonia podczas ćwiczeń, należy tak zmienić schemat leczenia, aby pacjent na czas treningu fizycznego nie miał wypełnionej otrzewnej. Prowadzący nefrolog może też zaproponować zmianę techniki dializy np. z CADO na NDO. Można też wykorzystać na ćwiczenia okres wymiany dializatu. Problemu nie ma w sytuacji, gdy pacjent leczony jest technikami przerywanymi wykonywanymi np. w ciągu nocy.

Charakterystyka treningu fizycznego

Najczęściej zaleca się aktywności angażujące duże grupy mięśniowe, takie jak: spacerowanie czy jazda na rowerze. Początkowa intensywność ćwiczeń powinna być na niskim poziomie, co oznacza, że wysiłek powinien być oszacowany przez pacjenta jako umiarkowany. Fizjoterapeuta na podstawie wysiłkowego EKG może ocenić aktualną tolerancję wysiłku i dokładnie określi częstość skurczów serca, do której należy dążyć podczas wysiłku. Pierwsze sesje tre-

ningowe są krótkie – nawet 5-10 min. Później wraz z adaptacją pacjenta do zwiększonego wysiłku fizycznego sesje można stopniowo intensyfikować i wydłużać (do 45-60 min./sesję). Pamiętać należy o tym, aby wysiłek nie doprowadzał do „zadyszki", a pacjent mógł rozmawiać podczas wysiłku. Treningi fizyczne powinny odbywać się regularnie co najmniej 3 razy w tygodniu. Każda sesja treningowa tradycyjnie powinna składać się z trzech części. Pierwsza to część wstępna – rozgrzewka trwająca od 5 do 10 min., której celem jest przygotowanie organizmu pacjenta do większego wysiłku i zabezpieczenie przed urazami i powikłaniami w czasie treningu. W części głównej, czyli drugiej – najdłuższej, podczas której pacjent ma osiągnąć pożądaną intensywność wysiłku. Można również wykonywać ćwiczenia z ciężarkami. Ostatnia faza- końcowa – uspokajająca trwa od 5 do 10 min., która ma zapobiec nagłemu spadkowi parametrów serca, a powinna składać się z ćwiczeń rozciągających, zapewniających pełen zakres ruchu w stawach i ćwiczeń oddechowych, relaksacyjnych. Pierwsze treningi powinny być prowadzone indywidualnie tzn. w systemie jeden pacjent – jeden terapeuta. Podczas spotkań z fizjoterapeutą: dokonywana jest ocena stanu pacjenta, stawiane są indywidualne cele terapii i ustalany plan działań rehabilitacyjnych. Pacjent uczony jest jak prawidłowo wykonywać poszczególne ćwiczenia i co najważniejsze w jaki sposób kontrolować ich intensywność, aby zapewnić bezpieczeństwo. Jeżeli terapeuta zauważy niepokojące objawy podczas treningu tj.: niemożność utrzymania zadanej intensywności, znaczne spłycenie oddechu, intensywne zaczerwienienie twarzy, jej bladość, sinicę lub, gdy pacjent zgłasza następujące objawy: ból w klatce piersiowej lub dławienie, nudności, zawroty głowy, napad zaburzeń rytmu serca, zawroty głowy w trakcie ćwiczeń lub po nich, ból mięśni i/lub stawów wtedy bezwzględnie należy przerwać wysiłek. Po zakończeniu fazy edukacji pacjent może wykonywać ćwiczenia samodzielnie w domu lub dołączyć np. do pacjentów kardiologicznych prowadzonych w programie rehabilitacji ambulatoryjnej. Samodzielny trening wykonywany np. w warunkach domowych możliwy jest tylko po wcześniejszym przeszkoleniu pacjenta przez fizjoterapeutę. Ta forma treningu umożliwia przeprowadzenie atrakcyjnych ćwiczeń fizycznych. Pacjenci mogą ćwiczyć w dogodnym dla siebie momencie. Nie muszą też nigdzie dojeżdżać. Wadą tych programów jest brak nadzoru medycznego, a także rzadkie i nieregularne sesje treningowe. Dlatego ta forma treningu zarezerwowana jest jedynie dla sprawnych i silnie zmotywowanych pacjentów, którzy będą potrafili samodzielnie kontrolować intensywność treningu. Trening nadzorowany prowadzony w ambulatorium ma wiele zalet. Charakteryzuje się różnorodnością form ćwiczeń fizycznych i używanych pomocy/urządzeń co sprawia, że trening jest atrakcyjny. Może być intensywniejszy, ponieważ jest nadzorowany i wykonywany najczęściej w placówce zdrowia. Efekty takich programów treningowych są większe w porównaniu do prowadzonego samodzielnego w domu. Ważnym aspektem jest uczestniczenie w treningu wraz z innymi osobami o podobnych problemach, gdzie można liczyć na wsparcie. Natomiast niewątpliwą wadą takich programów jest niskie uczestnictwo w nich pacjentów. Absencja na treningach zwykle tłumaczona jest problemami związanymi z wygospodarowaniem dodatkowego czasu na treningi, z transportem, harmonogramem leczenia czy znacznie rzadziej ze zmianami stanu medycznego.

Czy ryzykujesz podejmując ćwiczenia fizyczne? Znacznie bardziej ryzykujesz prowadząc siedzący tryb życia!

W populacji ogólnej najczęstsze ryzyko wynikające z ćwiczeń fizycznych to urazy mięśniowo-szkieletowe, jednakże najbardziej niebezpieczne są powikłania w układzie krążenia (arytmia serca, niedokrwienie mięśnia serowego, a także nagła śmierć sercowa). Ryzyko to towarzyszy głównie ćwiczeniom o wysokiej intensywności, nieadekwatnej do wydolności pacjentów. Nie przeprowadzono badań ukierunkowanych na ocenę ryzyka ćwiczeń w grupie pacjentów przewlekle dializowanych. Jednakże żadne z opublikowanych badań obejmujących programy treningowe w populacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek nie donoszą o niekorzystnym wpływie treningu fizycznego na ich stan. Aby zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań należy zlecać rehabilitację dobrze zdiagnozowanym pacjentom, dobierać programy treningowe indywidualnie, monitorować przebieg poszczególnych sesji treningowych. Należy równocześnie edukować pacjentów w zakresie prowadzonej terapii tak, aby pacjent brał na siebie jak największą odpowiedzialność za stan swojego zdrowia i był świadomy zarówno korzyści jak i zagrożeń.

Jakich ćwiczeń i sportów unikać?

Ćwiczenia fizyczne powinny być tak dobierane, aby zapewnić bezpieczeństwo cewnika i jamy brzusznej. Cewnik powinien być zawsze zabezpieczony taśmą elastyczną tak, aby nie został pociągnięty/wyrwany podczas ćwiczeń. Niewskazane są ćwiczenia, które znacznie i na długo zwiększają tłocznię brzuszną (ćwiczenia izometryczne z 10 sekundowym silnym skurczem, ćwiczenia z zatrzymanym wdechem, ćwiczenia statyczne). Ćwiczenia oporowe powinny cechować się dużą ilością powtórzeń, a małym obciążeniem. Pacjent powinien również unikać gier i sportów kontaktowych, ponieważ występuje tam duże ryzyko urazów w obrębie jamy brzusznej. W przypadku, gdy pacjent chce korzystać ze sportów wodnych cewnik należy zabezpieczyć dodatkowo workiem stomijnym, a po kąpieli przeprowadzić standardową wymianę opatrunku w warunkach jałowych.

Formy wspomagania treningu fizycznego

W postępowaniu fizjoterapeutycznym można wykorzystać również bodźce fizykalne. Odpowiednio dobrane pomogą w uzyskaniu efektu przeciwbólowego, przeciwzapalnego, regeneracyjnego. Szczególnie korzystne może być wykorzystanie elektrostymulacji mięśni brzucha, które początkowo mogą nawet zastępować, a później wspomagać efekty treningowe. Dzięki elektroterapii można szybko osiągnąć efekt przeciwbólowy. Obecnie w większości podręczników do fizykoterapii schyłkowa niewydolność nerek funkcjonuje jako przeciwwskazanie do zabiegów fizykalnych. Dotychczas nikt nie wykazał ich szkodliwości. Natomiast biorąc pod uwagę bodźcowość zabiegów ogólnych, jak np. sauna, kriokomora, kąpiele całościowe to oczywiście powinny być zakazane w tej grupie pacjentów.

Decyzję o kwalifikacji pacjenta do treningu fizycznego należy pozostawić prowadzącemu nefrologowi. Fizjoterapeuta ma ocenić cele terapii i dobrać metody postępowania. Rehabilitacja u pacjentów nefrologicznych nie jest obecnie standardem, ale na podstawie doniesień naukowych można spodziewać się pozytywnych efektów. Zachęcam wszystkich do zwiększenia poziomu swojej codziennej aktywności fizycznej!

mesogeios+
DIALYSIS CENTERS

LUKSUSOWE DIALIZY WAKACYJNE W GRECJI!

Wyjedź na absolutnie beztroskie dializy wakacyjne w Grecji rezerwując pierwszorzędne leczenie w ośrodkach dializ Mesogeios.
Od ponad 15 lat nasze usługi o wysokim standardzie oraz wykwalifikowany personel są kluczem naszego sukcesu, co czyni z nas jedno z najlepszych miejsc na dializy wakacyjne!
Odwiedź jeden z naszych ośrodków doświadczając wysoko jakościowych zabiegów dializacyjnych oraz spędzając niezapomniane wakacje, podczas których będziesz się cieszyć wspaniałą bryzą morską oraz nieustającym złotym słońcem.

Najwyższej jakości usługi medyczne obejmują między innymi:

- Sprzęt do dializ Fresenius Medical Care 5008S
- Wielojęzyczny personel medyczny i administracyjny
- 24-godzinne wsparcie medyczne
- Bezpłatny transport na dializy
- Kartę EKUZ jako formę płatności za dializy
- Wyznaczone miejsca dla pacjentów z WZW

ISO 9001 TUV NORD TUV HELLAS SYSTEM CERTIFICATION

Skontaktuj się z nami już teraz i zaplanuj wymarzone wakacje!

T: 661 377 109
T: 663 327 001
T: + 30 2810 371560
F: + 30 2810 371570
M: + 30 6946285615
E: info @ mesogeios .gr
W: www.mesogeios.gr
FB: Mesogeios-Dialysis-Centers-Group

Ateny-Palaio Faliro

Ateny-Pallini

Kreta – Heraklionas

Serés

Kalamata

Chalkidė

ZAAWANSOWANA KONTROLA KRWAWIENIA

OPATRUNEK TAMUJĄCY ŚREDNIE I OBFITE KRWAWIENIA TĘTNICZE I ŻYLNE

Czas, po jakim pacjent może opuścić stację dializ, zależy od szybkości tworzenia się skrzepu w miejscu nakłucia. U niektórych pacjentów skrzepy tworzą się dość szybko, u innych zaś trwa znacznie dłużej.

Rozwiązaniem jest opatrunek WOUNDCLOT, który:

- zmniejsza czas krwawienia po wyjęciu igły,
- nie wymaga mocnego uciskania,
- eliminuje uszkodzenie naczyń,
- powoduje utworzenie biologicznego skrzepu (krwawienie nie powraca).

Dystrybutor produktu:
Lock Pharma Sp. z o.o.
Adamówek, ul. Prosta 33
05-152 Czosnów

LOCKPHARMA way to health

WOUNDCLOT™ Hemodialysis

Advanced Bleeding Control™

CE 0483

Nr artykułu: 38060102

Szczegółowe informacje o produkcie: +48 500 166 951, lockpharma@lockpharma.pl, www.lockpharma.pl

MIĘDZY NAMI LEKARZAMI

Tomasz Stompór do Jacka Pietrzyka

Panią profesor Zofię Wańkowicz poznałem zaraz na początku swojej drogi zawodowej, to jest w 1993 roku. A wiąże się z tym pewna anegdota. Otóż mój Szef, profesor Władysław Sułowicz powierzył mi wówczas, tuż po przyjściu do Kliniki, zapoznanie się z NOWOCZESNĄ dializą otrzewnową. Chodziło o to, aby współczesnej metody CADO nauczył się ktoś, kto na dializie otrzewnowej kompletnie się nie znał… Tym samym – nie miał w stosunku do tej metody żadnych uprzedzeń (powszechnie wówczas uważanej jako metody drugiej kategorii, wykonywanej w otwartym systemie butelkowym). Jestem chyba ostatnim pokoleniem, które jeszcze te czasy pamięta… Naturalnym wyborem profesora Sułowicza było wysłanie mnie do Warszawy na szkolenie do ośrodka dializy otrzewnowej przy Szaserów, do pani profesor Zofii Wańkowicz – powszechnie uważanej za pioniera i lidera tej metody leczenia. Pierwszy dostępny kurs był kursem pielęgniarskim.

Pojechałem więc na ten kurs jako „rodzynek" wśród kilkunastu pań pielęgniarek z całej Polski. Pani Profesor była zaskoczona moją obecnością w tym kobiecym gronie, ale tamten kilkudniowy kurs rozpoczął okres bardzo dobrych relacji pomiędzy nami. Pani Profesor zaraziła mnie swoim entuzjazmem do metody CADO, bezkompromisowym i bezwarunkowym jej propagowaniem i udowadnianiem, że jest ona co najmniej tak dobra, a może w niektórych aspektach lepsza od hemodializy. Myślę, że tamten wybór profesora Sułowicza, a następnie kontakt z panią profesor Wańkowicz na długie lata zdeterminowały mój osobisty rozwój zawodowy i naukowy. Później, przez kolejne lata współtworzyliśmy sesje na konferencjach „Postępy w dializie otrzewnowej" i kolejnych edycjach „Krakowskich Dni Dializoterapii" – Pani Profesor je moderowała, ja byłem niemal zawsze jednym z wykładowców. Przez wiele kolejnych lat po moich wystąpieniach, w dyskusji nie omieszkała dodać: - A pan Tomek przyjechał do mnie na kurs jako pielęgniarka…

Mam też kolejną anegdotę do opowiedzenia, już z 2004 roku. Wiąże się ona także z osobą redaktora naczelnego „Dializy i Ty", pana profesora Jacka Pietrzyka. Jacek powiedział mi przed kolokwium habilitacyjnym, że na Radzie Wydziału (na początku której odbywało się zawsze kolokwium) spotykają się Koleżanki i Koledzy Profesorowie, którzy niekiedy widują się raz w miesiącu i muszą się sobą nacieszyć. Dlatego najpierw, przez kilkanaście minut w auli Nowodworskiego Collegium Medicum UJ panuje dość spory gwar nie zawsze przyciszonych rozmów, podczas których kandydat próbuje prezentować swoją pracę. Może mieć jednak poczucie, że nie jest słuchany – Jacek przestrzegł, aby nie dać się zbić z tropu i po prostu mówić swoje (dzięki, Przyjacielu!!!). I tu do akcji wkracza pani profesor Wańkowicz, jedna z recenzentek mojej pracy. Po kilku minutach mojego (niezbyt słuchanego) wystąpienia chwyta za mikrofon i mówi bardzo stanowczym, zdecydowanym, a nawet lekko podniesionym głosem: - Proszę Państwa, ten młody człowiek przeżywa być może najważniejszą chwilę w życiu, a Państwo go nie słuchacie. Proszę natychmiast o ciszę!!! Cisza zapadła… Wszyscy od tej chwili słuchali w skupieniu. Kolokwium się odbyło, zakończyło sukcesem. A Pani Profesor, już na obiedzie po wydarzeniu mówi: – Boże, co ja zrobiłam?! Nakrzyczałam na Radę Wydziału Lekarskiego najstarszego polskiego Uniwersytetu… To wydarzenie ilustruje Jej naturę, temperament i poczucie lojalności wobec – w pewnym sensie – swojego wychowanka, dla którego upomniała się o uwagę i skupienie.

Istotnie, uważam się – podobnie jak wielu innych praktyków dializy otrzewnowej, którzy mieli też szansę wnieść coś do tej metody od strony naukowej – za Jej wychowanka. I myślę, że wiele osób w Polsce i poza naszym krajem odczuwa wdzięczność i szacunek dla Niej za wielki wkład w rozwój i popularyzację dializy otrzewnowej.

Prof. dr hab. med. Tomasz Stompór
Olsztyn

POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW

prof. dr hab. n. med. Zofia Wańkowicz

Profesor Zofia Wańkowicz urodziła się w 1939 roku. W 1963 roku ukończyła Akademię Medyczną w Warszawie. Specjalizacje z chorób wewnętrznych I i II stopnia oraz nefrologii uzyskała odpowiednio w 1967, 1970 oraz 1988 roku. Równolegle zdobywała kolejne stopnie i tytuły naukowe – doktora nauk medycznych w 1968, doktora habilitowanego w 1976, profesora nadzwyczajnego w 1985 i profesora zwyczajnego w 1996 roku. Była twórcą i wieloletnim kierownikiem Ośrodka Nefrologicznego w Centralnym Szpitalu Klinicznym Wojskowej Akademii Medycznej przy ul. Szaserów w Warszawie. Początkowo, od lat 60-tych ubiegłego wieku, jako szef zespołu dializacyjnego w ramach II Kliniki Chorób Wewnętrznych CSK WAM kierowanej przez prof. Dymitra Aleksandrowa, w latach 1983-1995 jako kierownik Zakładu Dializ Instytutu Chorób Wewnętrznych CSK WAM, a następnie od roku 1995 – już jako Kierownik Kliniki Nefrologii ze Stacją Dializ, którą kierowała do 2009 roku, czyli do chwili przejścia na emeryturę po 46 latach nieprzerwanej zawodowej pracy. Podobno bardzo chciała zostać… kardiologiem, ale – jak to często w życiu bywa – los czy też myśli przełożonych zadecydowały inaczej. Szybko poświęciła się chorobom nerek, a w pierwszej kolejności „raczkującej" wówczas dializie otrzewnowej. Na przełomie lat 60 i 70-tych udało Jej się unowocześnić diagnostykę bakteriologiczną i serologiczną zakażeń układu moczowego oraz opracować i wprowadzić do praktyki klinicznej aktualne do dzisiaj programy leczenia zakażeń układu moczowego u dorosłych. Wraz z pracownikami Ośrodka Medycyny Nuklearnej CSK WAM w latach 70-tych opracowała i wprowadziła nowatorskie, nieznane wówczas w Europie radioizotopowe metody oceny filtracji kłębuszkowej oraz ukrwienia nerek. Ale Jej najważniejszymi dokonaniami i osiągnięciami były te poświęcone leczeniu nerkozastępczemu, zwłaszcza dializie otrzewnowej. Pani Profesor Zofia Wańkowicz jest pionierem, wielkim propagatorem i twórcą rozwoju dializoterapii otrzewnowej nie tylko w Polsce, ale i po za jej granicami. W tym roku mija 55 lat od chwili, kiedy w listopadzie 1964 roku wykonała pierwszy zabieg dializy otrzewnowej u chorego z obrzękiem płuc. Kolejne lata to okres rozwoju nowej metody, wówczas przerywanej dializy otrzewnowej na potrzeby intensywnej terapii internistycznej, ale również coraz częściej stosowanej u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, z czym wiązały się prace nad produkcją płynów dializacyjnych, poprawą wszczepiania cewników otrzewnowych i automatyzacją procesu dializy otrzewnowej uwieńczone najpierw prototypem cyklera w postaci urządzenia Dialiper-74, a następnie seryjną produkcją polskiego cyklera Dialiper-76, na owe czasy urządzenia nowoczesnego i wszechstronnego. W 1979 roku profesor Zofia Wańkowicz ze swoim zespołem rozpoczęła jako pierwsza w Polsce i jedna z nielicznych w Europie stosowanie ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej CADO, a Ośrodek Dializ w CSK WAM stał się wiodącym centrum dializ otrzewnowych w kraju. Te pionierskie działania i liczne osiągnięcia naukowe zaowocowały w 1986 roku rozpoczęciem ministerialnego programu na rzecz stosowania DO w leczeniu schyłkowej niewydolności nerek, który był realizowany przez 10 kolejnych lat, a ośrodek warszawski zyskał status referencyjnego, szkoląc zespoły lekarsko-pielęgniarskie z całego kraju. W 1993 roku Pani Profesor zorganizowała pierwszą w Polsce konferencję naukową poświęconą wyłącznie postępom i problemom DO, a jej nowatorski program szkolenia został implementowany w wielu krajach. Pani Profesor z zespołem prowadziła w tym czasie intensywną współpracę naukową krajową i międzynarodową, dość wspomnieć o wspólnych konferencjach i publikacjach z zespołami prof. Andrzeja Weryńskiego z Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN w Warszawie, prof. Bengta Lindholma z Karolinska Institute w Sztokholmie czy prof. Bahla Lee z Uniwersytetu w Seulu. XXI wiek przyniósł szereg nowych projektów badawczych dotyczących adekwatności programu CADO/ADO, kinetyki transportu przezotrzewnowego oraz powikłań dializacyjnych i prób ich rozwiązywania. Równolegle Pani Profesor z zespołem prowadziła badania o tematyce ściśle nefrologicznej, dotyczące diagnostyki i leczenia nadciśnienia naczyniowo-nerkowego, nawracających zakażeń układu moczowego, pierwotnych glomerulopatii, zastosowania erytropoetyny i preparatów żelaza u chorych hemodializowanych, diagnostyki osteodystrofii nerkowej, zajęcia nerek w chorobach hematologicznych, roli mikroalbuminurii w ryzyku sercowo-naczyniowym, insulinooporności w niewydolności nerek czy badań nad patogenezą ostrej niewydolności nerek w modelach doświadczalnych. Na Jej dorobek składa się ponad 660 publikacji, obejmujących niemal wszystkie obszary nefrologii i dializoterapii. Jest autorem wielu rozdziałów dotyczących nefrologii i dializoterapii, m.in. w kolejnych wydaniach „Chorób nerek" pod redakcją prof. Tadeusza Orłowskiego czy „Leczeniu nerkozastępczym" pod redakcją prof. Bolesława Rutkowskiego. W 1995 roku Pani Profesor zorganizowała Oddział Warszawsko-Łódzki Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, któremu przewodniczyła przez 6 kolejnych lat. Doroczne konferencje naukowe Oddziału pod nazwą „Płockie Dni Nefrologiczne" były wydarzeniem na skalę krajową i zagraniczną. Od 1968 jest członkiem Komisji Nefrologicznej Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN, od roku 1999 Przewodniczącą tej Komisji i jednocześnie członkiem Komitetu. Warto podkreślić, że jednym z ważniejszych Jej osiągnięć było stworzenie i wykształcenie niezwykłego zespołu pielęgniarskiego, tak potrzebnego w dobrze działającej całościowej opiece nefrologicznej. To również z tego zespołu począwszy od lat 70-tych ubiegłego wieku pochodzą jedne z pierwszych w literaturze doniesienia prezentowane na konferencjach naukowych oraz w fachowych czasopismach krajowych i zagranicznych.

Tak bogate życie i piękna kariera zawodowa nie byłaby również możliwa bez bliskich, kochających i wspierających osób: męża Janusza, córki Anny, syna Tomasza, a ostatnio także wnucząt: Karola, Kasi, Marysi, Gucia, Natalki oraz Misi…

Pani Profesor pozostaje czynna zawodowo i naukowo, aktualnie jako konsultant nefrologii ciągle w tym samym od 55 lat miejscu pracy – Wojskowym Instytucie Medycznym przy ulicy Szaserów w Warszawie. Jest m.in. Kierownikiem Rady Programowej Studiów Doktoranckich przy WIM w Warszawie, nadal aktywnym członkiem Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk.

ppłk dr hab. n. med. Marek Saracyn