

Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 3(21) 2013

DIALIZA i Ty



ISSN 1644-5139



DIALIZA i Ty

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

Dializa i Ty – Kwartalnik dla chorych z niewydolnością nerek
NR 3(21) 2013, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:

prof. dr hab. med. Olgierd Smoleński

Zastępca redaktora naczelnego:

dr n. med. Adam Markiewicz

Sekretarze redakcji:

lek. med. Michał Śmigieński

lek. med. Monika Stojak-Zemlik

Wydawca:

Fundacja Amicus Renis

os. Złotej Jesieni 1; 31-826 Kraków

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych

ul. Wilczy Stok 12; 31-237 Kraków

Sekretariat-biuro:

Danuta Maliszewska

tel. 12 646 85 65

faks 12 646 88 02

e-mail: olgierd.smolenski@fmc.pl

Michał Dębski-Korzec

kom. 691 586 848

faks 12 625 46 13

e-mail: osod@osod.info

Komitety naukowy kwartalnika:

dr med. Wacław Bentkowski

dr med. Krzysztof Bidas

prof. dr hab. med. Stanisław Czekalski

prof. dr hab. med. Alina Dębska-Ślizień

prof. dr hab. med. Ryszard Gellert

prof. dr hab. med. Ryszard Grenda

prof. dr hab. med. Władysław Grzeszczak

prof. dr hab. med. Marian Klinger

prof. dr hab. med. Andrzej Książek

prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko

prof. dr hab. med. Jacek Mannitius

prof. dr hab. med. Michał Myśliwiec

prof. dr hab. med. Kazimierz Ostrowski

prof. dr hab. med. Irena Pietrzak

prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

prof. dr hab. med. Władysław Sułowicz

dr med. Antoni Sydor

prof. dr hab. med. Zofia Wańkowicz

prof. dr hab. med. Andrzej Więcek

dr med. Rafał S. Wnuk

prof. dr hab. med. Danuta Zwolińska

dr Iwona Mazur

Zdjęcie na okładce: TOMASZ KULAWIK

Rysunki: KRZYSZTOF KMIEĆ

W numerze:

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

4 Ludzie listy pisać

„Iść, ciągle być w tej podróży, którą ludzie życiem zwiążą” –
Stanisław z Krakowa

8 Diariusz chorego

Reszta świata i my... –

Alina Brożkiewicz-Ster

11 Listy znad morza

Kanibale i reszta świata –

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

13 Kącik literacki

Wakacje na „końcu świata”, gdzie czas stoi w miejscu
i „święty spokój” – Dorota Ligęza

Wakacje bez duchów – Małgorzata Merczyńska

17 W oczach lekarza

Zalety dłuższych hemodializ –

prof. dr hab. med. Zbysław Twardowski

21 Pielęgniarka radzi

Cukrzyca – samokontrola na co dzień (cz. II) –

mgr Sylwia Rodak

24 Głos Stowarzyszenia

Jesień 2013 w OSOD, czyli gdzie byliśmy –

Rajmund Michalski

Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa

nefrologicznego – mgr Anna Kłis

E-rewolucja w diagnostyce funkcjonowania przetoki
tętniczo-żylnej – ???

27 Nasi Jubilaci

Jak przeżyć na dializach 25 lat – Czesław Szczurek

28 Nasz (i nie nasz) wywiad

Pani doktor od zmartwychwstania –

Agnieszka Kublik

32 Nasze ośrodki dializ

Dializa w Małym Krakowie –

Michał Dębski-Korzec

34 Nasze lektury

Więcej optymizmu, czyli cieszymy się tym, co mamy –

Rajmund Michalski

„Sztuka uprawiania róż z kolcami” (fragment) –

Margaret Dilloway

40 Poczet wybitnych nefrologów polskich

Profesor Magdalena Durlik

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych materiałów.

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

SŁOWO OD REDAKCJI

Piszę te słowa w czas przedświąteczny. Wszyscy wtedy zastanawiamy się, co przyniósł nam rok miniony i co przyniesie nadchodzący. Wszyscy mamy marzenia i plany. Dla naszego środowiska, chorych dializowanych i po przeszczepieniu, będzie to rok szczególny i bardzo chcemy, aby nam był przychylny.

Polska uzyskała prawo organizacji VIII Europejskich Igrzysk dla Osób po Transplantacji i Dializowanych. W czerwcu 2014 roku zjadą zawodnicy z całej Europy do Krakowa, gdzie na obiektach Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha odbędą się między 16 a 23 sierpnia sportowe zmagania. Organizuje je Polskie Stowarzyszenie Sportu po Transplantacji, które jest członkiem World Transplant Games Federation. Prawo do przeprowadzenia tych igrzysk w Polsce jest na pewno wyrazem uznania dla jego działalności. Polscy zawodnicy w czasie różnych zawodów organizowanych na świecie w latach 2006–2012 zdobyli 195 medali. Z V Igrzysk w Würzburgu w 2008 roku ekipa polska powróciła z 22 medalami. Wśród dializowanych szczególnie wyróżniła się Wioletta Kimla z Żywca – 4 i Andrzej Marciniak z Bydgoszczy – 2 krążki. Cichymi bohaterami tych sukcesów są animatorzy sportu wśród dializowanych: prof. Andrzej Chmura – chirurg, transplantolog – i mgr Krystyna Murdek – fizjoterapeuta – 11 lat po przeszczepieniu nerki.

Uprawianie sportu przez chorych dializowanych jest zwieńczeniem rehabilitacji, która pozwala na pokonanie znacznego obniżenia wydolności fizycznej, jaka jest następstwem długotrwałej choroby, miopatii mocznicowej i siedzącego trybu życia. Warto zwrócić uwagę, że jest to na pewno bardzo specyficzna grupa sportowców. Wszak muszą oni otrzymywać leki, które w sporcie ludzi zdrowych uchodzą za zakazany doping: erytropoetynę, sterydy anaboliczne czy hormon wzrostu. Prof. Kazimierz Ciechanowski – sam znakomity sportowiec i maratończyk – zwraca też uwagę, że nie mają oni szansy na pełny wyczyn, a więc trenują nie dla samych wyników, ale dla poprawienia własnej sprawności.

Sytuacja zmienia się po przeszczepieniu nerki. Wtedy wyczyn na poziomie najwyższym jest możliwy. Znamy dobrze Alonzo Haringa Mourninga, który otrzymawszy w roku 2003 nerkę od żywego dawcy w trybie *pre-emptive*, zdobył w roku 2006 mistrzostwo w koszykówce NBA, czy piłkarza reprezentacji Chorwacji Ivana Klasnica po dwukrotnym przeszczepieniu nerki od ojca i matki 41 razy, który reprezentował barwy kraju strzelając 13 bramek. Tak więc sięgnęli oni najwyższych granic wyczynu sportowego.

Sportowcom, którzy przyjadą do naszego pięknego Krakowa na VIII Igrzyska Europejskie, życzymy wielu sukcesów, a organizatorom (bo jest to bardzo trudne logistycznie przedsięwzięcie) żadnych niespodzianek i kłopotów. Pamiętajmy – uprawianie sportu przybliża ludzi dializowanych do normalnego życia.

Olgię Smoleński

PASTORAŁKA

idę ścieżką ... ścieżyną
po stoku
upatruję gwiazdy błyszczące
jak ostatniego roku
do Betlejem
tak daleka droga...
a ja panie słaba... chora
hej!
aniele białe i smukłe
daj stajenkę małą... maluśką
pachną świerki świerkowo – radośnie
stroją kołyskę miękką i nową
cud się spełnia na polanie
„jakieś granie” – „jakieś granie”
gwiazda złotym blaskiem świeci
w świerkowej kołysce kwili dziecię
śpiewają mu świerki ogromne
i anioły białe i mądre
przykładały leśne zwierzątka z gęstwiny
przyniosły dziecięciu dary miłe jak miłe
grzyby wyborne prawdziwe
miody pachnące i żywe
żurawiny... orzechy... żółędzie
co tu nie ma... co nie będzie
a gwiazda złotem świeci
upadłam na kolana i proszę
przyjm moje wota Maleńki
jarzębinowy różaniec z koralami
czerwonych czerwonusieńkich
jak pali...
miłość i krew na nim
wierzę Panie
źródłem jesteś czystym
i różą na śniegu
anioł gra na trąbce złocistej
Cisza. Las
na niebie złota gniazda rzuca blask
Bożego Narodzenia nadszedł czas

Lili Buczyńska

„Iść, ciągle być w tej podróży, którą ludzie prozaicznie życiem zwaą”

Wrocław, styczeń 2003, okres świąteczny. Mój piąty miesiąc pobytu w Klinice Nefrologii i Transplantologii prof. Mariana Klingera we Wrocławiu po przeszczepie nerki. Dopiero co wróciłem z Krakowa po krótkim świątecznym pobycie w domu i czekam na usunięcie cewnika Tenkhoffa. Przygnębiony poprzednim długim pobylem w Klinice i perspektywą dalszego, włóczęgostwa bez celu po korytarzach szpitala zawędrowałem na oddział dializ. Na stoliku choinka. A pod nią, jakby w prezencie dla mnie – krakusa na wygnaniu – piękny, kolorowy widok katedry wawelskiej w zimowej szacie. Oko rejestruje napis: „Dializa i Ty”. Biorę, przerzucam kartki pisma – ależ to bardzo ciekawe! Wracam do siebie na oddział, przeglądam już dokładniej. Pierwsze – stopka redakcyjna. I tu miłe zaskoczenie. Redaktor naczelny – prof. Olgierd Smoleński. Przecież to „mój” Profesor! (i myśl: jak On znajduje czas na to wszystko!). Czytam dalej. Zespół naukowy – dostrzegam nazwisko mojego aktualnego „szefa” prof. Mariana Klingera. Potem, już w dalszej części pisma, znajduję artykuły mojego prowadzącego lekarza na dializach dr. Pello, oraz jakże miłej mi i bliskiej z racji częstych kontaktów „dializowych” Pani Małgosi Nawara, pielęgniarki koordynującej dializy otrzewnowe w Szpitalu im. L. Rydygiera w Krakowie.

W sali, która jest moim domem od sierpnia ub. roku, każdemu macham przed oczami pismem; „zobacz – to z Krakowa, wydaje mój Profesor”. Potem wszyscy zgodnie osądzają, że właśnie czegoś takiego oczekiwali. Nie spotkali się z tym wcześniej.

Lekturę pisma zaczynam od wiersza L. A. Moczulskiego i pięknych życzeń bożonarodzeniowych, podpisanych przez prof. O. Smoleńskiego, których autorem mógł być tylko człowiek wrażliwy, rozumiejący samotność chorego, strach, cierpienie.

Na następnych stronach pisma czytam listy pacjentów i tu nachodzą wspomnienia. Rok 1980. Po wielu perypetiach (ponad trzyletnich), dzięki właściwej diagnozie i pokierowaniu mną przez nieodżałowanej pamięci profesora A. Cencorę (z ogromnym żalem, ci co Go znali, przyjęli wiadomość o Jego przedwczesnej śmierci w 2009 roku), trafiłem z rozpoznaniem niewydolności nerek na oddział Pana – naówczas – Docenta Olgierda Smoleńskiego. Miesięczny pobyt w klinice ustabilizował mój stan zdrowia na tyle, że funkcjonowałem właściwie bez żadnych problemów, realizując tylko comiesięczne wizyty w przyklinicznej przychodni.

Od tego właśnie momentu opieka Pana Docenta, dziś Profesora, nade mną trwa – pomimo że żyję już z przeszczepioną nerką – nieprzerwanie do dzisiaj. Tą właśnie Osobę, którą Opatrzność (los?) postawiła na mojej drodze, od dawna już, z całym przekonaniem mogę nazwać swoim przyjacielem. Był i jest nadal, pomimo formalnego zaprzestania leczenia mnie, powiernikiem moich najtrudniejszych życiowych problemów.

Biegną lata. Kilkakrotne w ciągu każdego roku badania kontrolne. Gdzieś około roku 1990 Profesor stworzył oddział nefrologii w nowo otwartym Szpitalu im. Rydygiera. Oczywiście w Krakowie i oczywiście przenieśliśmy się tam wraz z Nim bez wahania.

To już był czas, kiedy mocznik zaczął wzrastać. Wtedy również przeszedłem operację usunięcia przystarczyc. Jednakże nie wpłynęło to znacząco na mój tryb życia. Pracowałem nadal, ciesząc się właściwie nawet dużą sprawnością. Latem w wolnych chwilach była działka, zimą – narty. W przychodni okresowo traślałem pod opiekę różnych lekarzy, ale zawsze punktem odniesienia był prof. Smoleński. Gdzieś

w połowie lat dziewięćdziesiątych wysokie poziomy mocznika zmusiły mnie, oczywiście decyzją Profesora, do rozpoczęcia diety ziemniaczanej. Kto przeszedł, ten wie. Dla mnie, niemogącego do tej pory obejść się bez mięsa, jedzenie kilograma ziemniaków dziennie, nawet z wyjątkiem jednego dnia w tygodniu, było katorgą. Ale zalecenia Profesora były dla mnie naprawdę wiążące, tym bardziej, że w tym czasie Profesor coraz częściej w trakcie wizyt zaczął uświadamiać mnie, co do dalszego przebiegu mojej choroby.

Do dzisiaj pamiętam te rozmowy. Po pewnym czasie zacząłem celowo starać się być przyjętym w przychodni jako ostatni, po to, aby Pan Profesor mógł poświęcić mi więcej czasu, niebędąc po presję przyjęcia kolejnego pacjenta. To były wspaniałe rozmowy, jak dzisiaj je wspominam. Niezwykle delikatne uświadamianie mi nieuchronności dializ, potem opisy technik dializacyjnych i to przeplatane często wymianą uwag o polityce, czy nawet opowiadaniem dowcipów – a jakże – o lekarzach.

To wszystko pozwalało na coraz głębsze zaufanie do Profesora.

Były również i inne działania. Profesor polecał Paniom pielęgniarkom pokazywać mi zarówno hemodializy, jak i dializy otrzewnowe. Umawiał na rozmowy z ludźmi już dializowanymi. To – jakże mądre – postępowanie sprawiło, że nadejście tego, co było już nieuchronne, a więc dializ, właściwie nie było dla mnie szokiem. Wiedziałem prawie wszystko o dializach otrzewnowych, bo do tej właśnie formy dializ przygotowywał mnie Pan Profesor.

Początek roku 2000. Mocznik przekracza 40. Pod koniec kwietnia, podczas jednej z wizyt pada decyzja Profesora – „wszczepiamy cewnik” (Tenckhoffa). Pomimo całej wiedzy, przygotowania – jednak szok. A więc to już. Pomimo moich nawet dość energicznych sugestii – „może jeszcze nie teraz” – Profesor, w innych przypadkach umiarkowanie uległy, w tym był nieugięty. W połowie maja wszczepienie cewnika. W ciągu kilku dni cewnik „przyjmuje” się doskonale. A więc pierwsza dializa. To wtedy okazuje się jak ważną rolę w dializach otrzewnowych, dla mnie i nie tylko, pełni – wspomniana już – przemiła Pani Małgosia Nawara. Jest pielęgniarką prowadzącą dializy, ale również koordynatorem pomiędzy pacjentem a firmą dostarczającą płyny i pierwszą instancją w razie jakichś problemów. To jej urok osobisty i ciepłe podejście do pacjentów, a w nie mniejszym stopniu i pozostałych Pań pielęgniarek, łagodziły te pierwsze, nie do końca miłe wrażenia „chodzenia z brzuchem”. Oczywiście Ona sama podłącza pierwszy worek, ale

już następnym razem każe uważnie patrzeć, jak się to robi, po to, aby za kilka dni robić to samemu. Trochę zwolnienia i praca. Profesor ustala plan dializ na trzy w ciągu doby. To pozwala mi utrzymać pracę do samego przeszczepu, zwłaszcza po przejściu na cykler (automatyczne urządzenie do całonocnej dializy).

Święta Wielkiej Nocy 2002 były ostatnimi przed „wielką zmianą” w moim życiu. W lutym tegoż roku ukończyłem 50 lat. Okrągła, znamienita dla mnie liczba. Łatwo będzie liczyć lata po przeszczepie, jako że 31 sierpnia właśnie na przeszczep trafia do Wrocławia. Jest nerka.

Po zabiegu budzę się na sali poprzyszczepowej Kliniki Transplantologii, jak potem się dowiem „u prof. Mariana Klingera”. Ta sala stanie się moim domem na długo, chociaż wtedy jeszcze tego nie wiedziałem. Żona jest przy mnie i co chwilę moczy usta moknącą watą na szpatułce. Ale jest nieźle, nic nie boli. Przynajmniej jak się leży spokojnie. Pierwszych wizyt lekarzy nie pamiętam, ale w poniedziałek pierwszą osobą z lekarzy, która stanęła przy mnie była, jak się okazało, Pani – naówczas – Docent Maria Boratyńska. Jak mogłem wtedy przypuszczać, że od tej chwili będzie Ona osobą tak znaczącą jak do tej pory prof. Smoleński, związaną z moim życiem i zdrowiem. Da się poznać jako lekarz w najszerszym znaczeniu tego słowa. Znakomity fachowiec, o ogromnej, wciąż poszerzanej wiedzy (dziś to już od dawna Pani Profesor), doświadczeniu, a równocześnie niezwykle ciepłym, wrażliwym podejściu do pacjenta.

Wizyta Pani Docent rutynowa. Za chwilę dowiem się że formalnie będę pod opieką jednego z młodszych lekarzy. Powoli dociera do świadomości: żyję bez dializ. Ale moment tej prawdziwej radości jeszcze daleko. Na razie problemem jest nadmierny wyciek z drenów Redona założonych w okolicę przeszczepionej nerki. Po kilku dniach cewnik moczowy usunięty, wyciek nadal duży. Żona po tygodniu wraca do Krakowa – praca.

Gdzieś w połowie września usunięto szwy, ale o wyjściu z kliniki mowy nie ma, dalej wycieki z drenów. Zaczynają się już nad tym poważne dyskusje, konsultacja profesora, który wykonywał bądź nadzorował mój przeszczep, i prosta decyzja: usunąć dreny. Pomogło.

Już był październik i pierwszy, jeszcze trochę mglisty termin zakończenia hospitalizacji. I wtedy – cytomegalia. Po raz pierwszy. Dwa tygodnie kroplówki. Już listopad. Ludzie z dni mojego przeszczepu dawno opuścili szpital. Przychodzą już na badania kontrolne, widząc mnie, zdziwieni – ty jeszcze tutaj? Począ-

tek grudnia. Na wizycie Pan Profesor Klinger mówi już jak do starego znajomego: No, panie Stanisławie, na Mikołaja w domu. Balsam na moją psychikę. Nareszcie. Skąd mogłem wiedzieć... W następnym dniu – wraca cytomegalia. Znowu kroplówki, znowu wizja wypisu tonie w mroku. Obserwacja. Niedługo Święta. Ale tydzień przed Wigilią Profesor oznajmia – wypis, a właściwie tylko przepustka, gdyż – decyzją Profesora – wracam po Świętach. Jednakże po czterech miesiącach w szpitalu, Wigilia i Święta Bożego Narodzenia – w domu, z rodziną.

Noworoczny powrót do Wrocławia – pomimo całej mojej sympatii, jaką zyskał personel kliniki – ciężki, w nastroju trudnym do opisanego, jakbym coś przeczuwał. Czekam na usunięcie cewnika. Na szczęście funkcja nerki w miarę stabilna. Już bez cewnika liczę dni do wypisu. Znowu nie dane mi było. Pod koniec stycznia uwidaczniają się niepokojące odbarwienia skóry. Wstępna diagnoza Pani Docent – *sarcoma Kaposi* – nowotwór skóry. Wtedy jeszcze nie dotarło. Próbkę na histopatologię – potwierdzenie i wtedy „oficjalna” informacja przez Panią Doktor prowadzącą. Uspokajająca rozmowa, ale w głowie pustka i zamęt, jakich jeszcze w życiu nie było. Rak. Co dalej? Jak żyć? Jak długo?!

W ten sam dzień jakaś kolejna rozmowa z lekarzem (psycholog?, onkolog? – przysięgam do dziś nie pamiętam). Bezsenna noc. Rano wizyta Pani Docent. To chyba Ona uspokoiła mnie najbardziej. Z ogromnym taktem i wrażliwością tłumaczy, wyjaśnia. Zaleca zmianę profilu leczenia z Cell-ceptu i Takrolimusa na Rapamycynę i zmniejszenie do granic ryzyka odrzutu, dawek leków.

Zaczynam myśleć chłodniej. To nie wyrok, chociaż poważne utrudnienie w utrzymaniu przeszczepu. I z wrodzonym chyba optymizmem zaczynam sobie powtarzać: przecież Ci wspaniali ludzie wciąż będący przy mnie, czuwający nad moim zdrowiem nie pozwolą abym...

Mam przejść szczegółowe badania onkologiczne. Z pełnym zrozumieniem prof. Klinger i Pani Docent przyjęli moją prośbę o umożliwienie przeprowadzenia tych badań w Krakowie.

Po prostu chciałem być przynajmniej wstępnie „umocowany” w moim mieście, skoro – a jakże – mam z „tym” żyć. Bo CHĘĆ I MAM ŻYĆ!

To już początek lutego 2003 roku. Znowu Kraków, oddział chemioterapii mojego szpitala, tylko kilka pięter niżej od „mojej” nefrologii i oczywiście „mojego” prof. Smoleńskiego. Pan Profesor, od początku doskonale poinformowany o moich problemach (wciąż mam niejasne podejrzenia, że osobiście pozy-

skiwał z Wrocławia informacje na mój temat) odwiedził mnie natychmiast, gdy tylko znalazłem się na oddziale onkologicznym.

Jego obecność, rozmowa, jak zwykle podbudowującą nadszarpniętą psychikę. Badania, potwierdzenie diagnozy. Prowadząca mnie pani doktor przekazuje informacje. Omawiane są warianty postępowania: zastosowanie chemioterapii? – pytanie, co z nerką; obserwacja na razie niewielkiej progresji? – ryzyko dalszego rozwoju nowotworu, chociaż rapamycyna i zmniejszenie dawek może powstrzymać rozwój. Decyzja – dalsza obserwacja.

Moje wyobrażenie o chemioterapii to horror, więc napięcie trochę opada. Ale niepokój pozostaje – co dalej?

Do dzisiaj nie jest znany mi zakres działań Pana Profesora w tych konsultacjach (nigdy nie informował mnie o tym z właściwą sobie dyskrecją), ale ponad wszelką wątpliwość „czuwał” nade mną cały czas. Podejrzewam, że to Jego zdanie w prowadzonych konsultacjach uchroniło mnie przed chemioterapią, co bez wątpienia skończyłoby się odrzutem przeszczepu. Jako nefrolog wiedział, co to znaczy żyć na dializach.

Jak się okazało decyzja była słuszna. Po kilku dniach pobytu na oddziale chemioterapii powrót do Wrocławia na dalszą obserwację. Oczywiście na „mój” oddział (po nefrologii w Krakowie to już drugi oddział, który powoli sobie „przywłaszczam”) do Pani Docent. To chyba właśnie od wtedy Pani Docent obejmuje mnie szczególnym nadzorem.

Przygnębienie, wszystko zbyt świeże. Codzienna obserwacja zmian skórnych na razie nie daje całkowitej pewności, co do zatrzymania procesu. Trudne noce, kłębiące myśli nie zawsze pozwalają zasnąć. Kiedy jakieś pierwsze objawy regresu?, czy nastąpią? Opcja chemioterapii wcale nie jest sprawą zamkniętą. Jednakże w ciągu dnia „normalne” życie szpitalne odrywa trochę od myślenia. Wizyty lekarzy, rehabilitanta, rozmowy ze studentami, wieczorami częste odwiedziny kuzynostwa żony (mieszkańców Wrocławia), dwójga wspaniałych ludzi, których obecność przy mnie od samego początku aż do końca mojego pobytu była znacząca dla mnie niemalże tak samo jak obecność lekarzy. Wspaniale i jakże naturalnie umieli dać odczuć, że są rodziną.

Żona oczywiście starała się być u mnie tak często, jak tylko to było możliwe. Ale odległość, koszty... Leczyć zawsze był to dla mnie wielki dzień.

Znaczących zmian dalej nie widać. Huśtawka nastrojów. Leczyć wtedy usłyszałem i przyjąłem jako swoje motto przewrotną sentencję: „Jak się chory uprze, żeby żyć, to mu nawet medycyna nie przeszkodzi”.

dzi”. No to się uparłem. Nie znaczyło to oczywiście że codziennie nie czekałem z niecierpliwością i nadzieją na wizytę Pani Docent i jej ocenę przebiegu leczenia.

Lecz przecież byli jeszcze inni wspaniali, opiekujący się mną lekarze. Uroczę Panie: dr Magdalena Kuriata-Kordek, dr (dziś już profesor) Magdalena Krajewska, dr Maria Maggot, dr Oktawia Mazanowska i jak zwykle skrupulatny Pan dr Krzysztof Falkiewicz. No i sam „Szef” prof. Klinger, którego, prowadzone wraz z Panią Profesor co wtorkowo-czwartkowe wizytacje powodowały trochę wyższy niż zwykle stan emocji u pacjentów. Krótkie, treściwe oceny efektów działań poszczególnych lekarzy, rozważne, stanowcze decyzje Pana Profesora co do dalszych postępowań. Zawsze dłuższe rozmowy ze mną, wnikliwa ocena stanu zaawansowania „mojego Kaposiego”. Jego spokój, stanowczość, pewność siebie uspokajały. Dawały poczucie – nie tylko mnie – bycia pod dobrą opieką, w rękach dobrego zespołu.

Również personel pielęgniarski to w zdecydowanej większości przesympatyczne, przeuprzejme i do granic możliwości cierpliwe Panie i dwóch Panów, również o powyższych przymiotach.

Koniec marca. Można chyba powiedzieć – przełom. Konsultacje we wrocławskiej onkologii dają ostrożną pewność, że nie ma progresji. Zmiany nawet zaczynają częściowo zanikać. Nie jest to jakiś jeden szczególnie moment, dlatego to stałe do tej pory napięcie, zanika powoli. Niestety wciąż pozostaje świadomość że ten rozdział nigdy nie będzie definitywnie zamknięty.

O ostatecznym wypisie wciąż nie ma mowy. Ustalanie optymalnego profilu przyjmowania leków, obserwacja. Trwam, od dawna już powtarzając: „będzie dobrze, bo MUSI BYĆ DOBRZE”.

Dopiero w kwietniu przed Świętami Wielkiej Nocy, a więc po prawie ośmiu (nie licząc krótkiej bożonarodzeniowej przerwy) miesiącach w szpitalu wyjazd do domu, oczywiście znów z ustalonym terminem powrotu. Krótka namiastka pozaszpitalnego życia i wracam. Powoli oswiam się z nowotworem. Dużo udzielam „wywiadów” studentom. To też pomaga się oswoić tym bardziej że „Kaposi” wydaje się być, przynajmniej na razie, opanowany.

Już maj 2003 roku. Ciepły, piękny. Cóż skoro znów bakteria i antybiotyk dożylnie.

Wreszcie 3 czerwca – wypis. Tym razem już naprawdę definitywnie – przynajmniej na ten czas – opuszczam oddział. Ale o zerwaniu z kliniką przecież mowy nie ma.

Bardziej niż serdecznie żegnają mnie lekarze i pielęgniarki, tak dobrze mi już znani. Wszystkim Im mam za co dziękować. W tych wielu trudnych chwi-

lach byli przy mnie chyba częściej niż nakazywałyby standardy czy procedury. I to szczególne podejście Pani Profesor. Od pierwszych wizyt kontrolnych, kiedy to Pani Profesor Boratyńska bada mnie osobiście, odczuwam Jej szczególną opiekę. I tak jest do dzisiaj. Na szczęście każda – jak do tej pory – wizyta potwierdza stabilną funkcję nerki, jednakże nigdy nie będzie można zapomnieć o nowotworze.

Tak więc, poza rutynowymi wizytami we Wrocławiu, rozpoczynają się comiesięczne (później rzadsze) kontrole, najpierw w oddziale chemioterapii w Krakowie, gdzie byłem diagnozowany, potem, aż do dzisiaj, w Krakowskim Centrum Onkologii.

Pomimo uspokajających objawów, przy każdej wizycie – stres. Ale zawsze łagodzi go osoba Pana Profesora Bogdana Glińskiego, który od pierwszej wizyty zainteresował się moim przypadkiem na tyle, aby stać się moim „kolejnym” dobrym duchem, bez którego trudno mi dzisiaj wyobrazić sobie moje funkcjonowanie w sferze onkologii.

To „człowiek z uśmiechniętą duszą”, takim odebrałem Go spotykając po raz pierwszy i takim odbieram Go do dzisiaj. Osobowość optymistyczna, emanująca ciepłem, dobrą energią. To zawsze uspokaja.

Dzisiaj to już ponad dziesięć lat po przeszczepie. Z dużym dystansem – zarówno z pozycji lat, jak i doświadczeń w moim „trwaniu” – patrzę na te lata. Nie było źle. Nauczyłem się żyć „ze świadomością”. Wspaniale, że dalej jestem pod opieką ludzi, którym tak wiele zawdzięczam i w których mam oparcie nie tylko medyczne. W zdecydowanej większości ośmielam się nazwać Ich moimi przyjaciółmi.

Kończąc już te wspomnienia mojej „drogi pacjenta”, powinienem powiedzieć jeszcze jedno. Doskonale znana jest mi kondycja naszej służby zdrowia, jej miseria organizacyjna i finansowa. Lecz jakiś szczególnie uśmiech losu w postaci osób, o których wspominałem powyżej, absolutnie fachowych, oddanych swemu powołaniu, bezinteresownych, pozwolił mi – właśnie przez pryzmat ich działań – może bardziej przychylnie niż innym chorym, patrzeć na strukturalne niedomogi tejże służby.

Najserdeczniej, jak tylko potrafię, życzę wszystkim, których dotknęły ciężkie chwile, takich właśnie „uśmiechów losu”.

Wspomnienie to
żonie Ewie

oraz moim Rodzicom, dziś już nieżyjącym,
którzy, będąc w bardzo podeszłym wieku przeżywali moje
problemy bardziej niż ja sam
poświęcam

Stanisław z Krakowa

DIARIUSZ CHOREGO

ALINA BROŻKIEWICZ-STER

Reszta świata i my...

Ludzie wokół nas zdają się nas – dializowanych – w pełni nie rozumieć; niby coś tam wiedzą o dializie, ale nie do końca; śmiem przypuszczać, że tajemnicza choroba nerek u dojrzałej osoby (z wyjątkiem kamicy) kojarzy im się najczęściej z... wcześniejszym opilstwem chorego. Pacjent zatem leczony na oddziale o trudnej medycznie nazwie (nefrologia), z reguły sam jest sobie winien (!).

Na wieść o chorobie w rozmowie z nami wyróżniają się przede wszystkim dwie krańcowo różne reakcje. Pierwsza, to właściwie – brak reakcji.

„Aha, chodzisz na dializę?” – stwierdzają rozmówcy tonem niezdradzającym żadnych emocji. Tak jakby rzecz dotyczyła konieczności codziennego zachowania higieny, ewentualnie systematycznych spotkań towarzyskich.

Druga – to reakcja przesadna. „Och, ogromnie Ci współczuję”. Lub: „Żal mi Ciebie bardzo”, z dodatkami: „będę modlić się za Ciebie...” – mówią głosem nabrzmiałym smutkiem. W obu tych przypadkach niezwykle trudno jest choremu o jakikolwiek komentarz.

W okresach świąteczno-noworocznych natomiast odbieramy przeważnie zdumiewające życzenie-pytania typu: „No i jak tam? Dalej chodzisz na te dializy?” Albo: „Życzymy Ci, aby wreszcie te dializy się dla Ciebie skończyły!” Lub: „A właściwie dlaczego nie chcesz tego przeszczepu?!”.

W wersji łagodniejszej: „Nie żartuj! Chyba w święta nie idziesz na dializę?”.

Tylko jedno z pierwszych zadanych nam pytań mają szansę na nasze szczegółowe i cierpliwe odpowiedzi. Powtarzające się, następne, kwitujemy cichym i sarkastycznym śmiechem w naszej duszy.

Jednakże, dla usprawiedliwienia naszych bliźnich, musimy przyznać, że niejednokrotnie nasz wygląd zewnętrzny i z reguły żywotny sposób bycia, nie od-

biega zbyt od zdrowej reszty społeczeństwa. Tylko wprawne oko obserwatora zauważy naszą opuchniętą twarz, z czasem zmieniającą kolor na coraz bardziej ziemisty. Zdradzić nas też może poddawana systematycznym torturom któraś ze zniekształconych kończyn. Nie jest to przyjemny widok. Wzbudza współczucie i odrazę jednocześnie. I na ten właśnie widoczny fragment naszego ciała otoczenie żywo reaguje, niejednokrotnie wprowadzając nas w osłupienie.

Współtowarzyszka niedoli – osoba już niemłoda, wieloletnio dializowana, czego dowód widoczny jest na jej lewej, zdeformowanej mocno ręce – opowiedziała mi, jak jadąc tramwajem, podróżujący razem z nią młodzi rodzice z dzieckiem, komentowali głośno jej wygląd ku przestrodze obecnych w pojeździe. Nie kryli przy tym swej dezaprobaty, że tak stara już osoba nadal uzależniona jest od narkotyków, obróciwszy się od komentowanej z niesmakiem.

I mnie zdarzyła się podobna historia, ponieważ mam zwyczaj bezpośrednio po dializie, jeszcze z opatrunkami na ręce, udawać się na kawę do stale tej samej kawiarni. Jakież było moje zdziwienie, gdy któregoś dnia obsługująca mnie kelnerka z niemym wyrzutem w oczach zagadnęła:

– I znowu się pani ponakłowała... – zdębiałam, kojarząc fakty. Ani chybi robię za narkomankę! Otrząsnąwszy się, nie omieszkałam wyjaśnić jej w czym rzecz. Unikała mnie potem wzrokiem, a ja stopniowo rezygnowałam z owego kawiarnianego miejsca.

To, co powyżej napisane, można by podsumować jako większą lub mniejszą ignorancję otoczenia. Ale przecież lwia część „reszty świata” dba o nas, chociażby przedłużając nam życie i ochotę na nie. Do niej należy grupa specjalistów, zwanych psychologami. Niestety, moje podejście do wykonywanego przez nich zawodu jest bardzo sceptyczne. Według mnie plasują się oni na pierwszym miejscu w zawodach

typu WIELKI MANIPULATOR. Zaraz po psychologach poczesne miejsce zajmują kolejno: prawnicy, pedagodzy i... – uwaga, uwaga – nasi kochani lekarze. Wszyscy oni potrafią człowieka zdołować lub – rzadziej – dodać mu skrzydeł.

Każdy chyba z nas miewał z „wielkimi manipulatorami” takie doświadczenia. Jedno z nich opowiedziała mi moja znajoma, szczęśliwa mężatka, matka urodzonego w późnych jej latach życia syna jedynaka. Długo oczekiwany chłopiec otoczony był troskliwą opieką rodziców i wzrastał w szczęśliwym domu, objawiając wcześniej niż jego rówieśnicy liczne talenty. Kochający rodzice postanowili zatem wysłać go wcześniej do szkoły. Od dyrekcji szkoły uzyskali na to pozwolenie, pod warunkiem wcześniejszej, pozytywnej opinii szkolnego pedagoga. Badania pod tym kątem polegały między innymi na narysowaniu kolorowymi kredkami siebie wraz z rodzicami. Matka w tym czasie cierpliwie czekała na decyzję szkolnej pani psycholog. Jakież było jej zdziwienie, gdy konspiracyjnym tonem pani psycholog zasugerowała matce chłopca, że w rodzinnym domu źle się dzieje, ponieważ chłopiec wszystkie postacie narysował jedynie ciemnymi kolorami. Nie znam ostatecznego werdyktu szkolnej pani psycholog w sprawie wcześniejszego rozpoczęcia edukacji chłopca, ale wiem, że matka z trwogą spytała syna, co było powodem, że w tak ponurych barwach zobrazował swoją rodzinę. Chłopiec na to szybko i bez namysłu odpowiedział:

– Mamo, bo wszystkie kolorowe kredki były połamane!

Ja też na własnej osobie odczułam działalność młodej, szkolnej pani psycholog. Gimnazjalna klasa mojej córki otoczona została opieką ze strony bardzo młodej wychowawczynie. Kobieta pieczołowicie przykładała się do swoich obowiązków z niezwykle pozytywnym skutkiem. Ceniła ją za to zarówno młodzież, jak i rodzice. Tylko zebrania klasowe trwały niezmiernie długo, ponieważ rozważane były i poddawane ogólnoklasowej dyskusji każde odbiegające nieco od normy zachowania uczniów. O tym, co się dzieje w klasie, rodzice informowani byli na bieżąco telefonicznie i częstokroć wzywani do osobistego stawiennictwa w szkole. Ja też należałam do tej grupy rodziców, gdzie po wielce tajemniczej rozmowie telefonicznej z panią wychowawczynią miałam pilnie pojawić się w szkole. W drodze do niej, jako znany i podejrzewany przeze mnie powód mojej wizyty, były prawdopodobnie, jak zwykle, zbyt żywe i nieokiełznane zachowania się mojej córki. Do uwag w tej sprawie przywykłam w poprzednich latach jej edukacji. Na miejscu, w otoczeniu bardzo młodziutkich pań psycholog i wychowawczynie, z niezmiernym zdziwieniem dowiedziałam się, że moja 14-letnia córka chce sobie odebrać życie (!),

o czym powiadomiła swoją klasową koleżankę, a ta „przyjacielsko” przekazała tę wieść wychowawczynie.

To wówczas doznałam nieznanego mi wcześniej psychicznego upokorzenia. Po krzyżowym ogniu pytań i szczegółowym tłumaczeniu się z własnych metod wychowawczych, ani chybi wyszło, że jestem wyrodną matką, pastwiącą się psychicznie nad dzieckiem. Dopiero w domu, po powrocie, dowiedziałam się w czym tkwił problem. Otóż moja córka, po otrzymaniu złej oceny, z przesadną sobie nastoletnią egzaltacją, charakterystyczną dla większości z nastolatków, powiedziała koleżance, że zabije się, bo rodzice jej tego nie darują...

Takie właśnie jak wyżej wyroki wydaje przesadna, zawodowa odpowiedzialność. Dlatego też wdzięczna jestem, że szpitalny oddział, w którym jestem leczona, nie zatrudnia psychologa.

Pamiętam, jak po raz pierwszy, ładnych parę lat temu, wylądowałam na szpitalnym łóżku oddziału nefrologicznego. Na małej sali byłyśmy tylko dwie: ja – w oczekiwaniu na biopsję – oraz zdiagnozowana już starsza, miła kobieta. Obie pozbawione byłyśmy dobrego samopoczucia i takiegoż wyglądu. Rozmawiałyśmy wtedy o naszym dalszym, niewesołym losie, z uwzględnieniem rzecz jasna czyhającej na nas choroby i perspektywą dializy. Moja współpacientka dostała już propozycję podjęcia szybkiej decyzji w sprawie leczenia dializami i właśnie ubolewała nad tym faktem. Jej najbliżsi – mąż i dwaj synowie – byli filharmonikami, co wymagało od niej nieustannego czuwania nad czystością i bielą męskich koszul, a to przed częstymi próbami muzyków, a to tym bardziej przed galowymi ich występami. Czy w trakcie dializoterapii będzie w stanie sprostać swoim obowiązkom? Mocno to przeżywała, ponieważ do tej pory nikt jej w tym nie wyręczał.

Ja z kolei dręczyłam się myślą, jak w niewesołej perspektywie zdołam wychować dwie małoletnie córki oraz pogodzić to z pracą zawodową i obowiązkami domowymi. Te smutne dywagacje przerwała nam wizyta szpitalnej pani psycholog. Właśnie miała nam obu udowodnić wyższość dializoterapii nad zignorowaniem tejże. Była to kobieta młoda, niezwykle elegancka, z perfekcyjnym makijażem i manicurem. Nienagannie ubrana i bardzo grzeczna. Jej wygląd wyraźnie kontrastował z naszym. Nie wiem, jakich argumentów użyła, ale absurdalność sytuacji zniechęciła mnie zupełnie do ich wysłuchania.

Nie wiem też, jak potoczył się dalszy los mojej łóżkowej sąsiadki, bo ja, za sprawą m.in. owej pani psycholog, postanowiłam pod pretekstem dodatkowych (we własnym zakresie) badań dać nogę z owego szpitalnego oddziału. I to na dłuższy czas, tak aby w planach wychować dzieci bodaj do pełnoletności.

Reasumując, mogę w tym miejscu podziękować wyżej wspomnianej pani psycholog. Muszę przyznać jednak, że istnieje psychologiczna prawda o tym, że długotrwała i ciężka choroba w rodzinie nie pozostaje bez ujemnego wpływu na resztę jej członków. Chyba również każdy z nas mógł się o tym przekonać. Najbliższych bowiem paraliżuje głównie niemoc w ulżeniu cierpień ukochanej osobie; „chorują” wówczas wszyscy w domu. I starsi, i dzieci. Te ostatnie – ze szczególną wrażliwością.

Na poparcie powyższego, pozwolę sobie przedstawić wierszyk mojej córki, pisany w okresie jej nastoletnich wówczas rozterek:

*Zanim mama spotka się rano z doktorem,
na dializę poprzedniego dnia pakuje się wieczorem.
Stara się wcześniej pójść spać, bo nazajutrz o świcie
będzie musiała wstać.*

*Również ja do szkoły budzę się z rana
i zjadam nieco wcześniej przygotowanego przez nią dla
mnie, śniadania.*

*Ponieważ wiem, jaka to choroba cholerna,
to przynajmniej staram się być dzielna.
Po dziewięciu godzinach wracam do domu,
co było w szkole – nie chce mi się opowiadać nikomu.
I tak się z mamą razem biedzimy, chociaż raczej
nic na to nie poradzimy.*

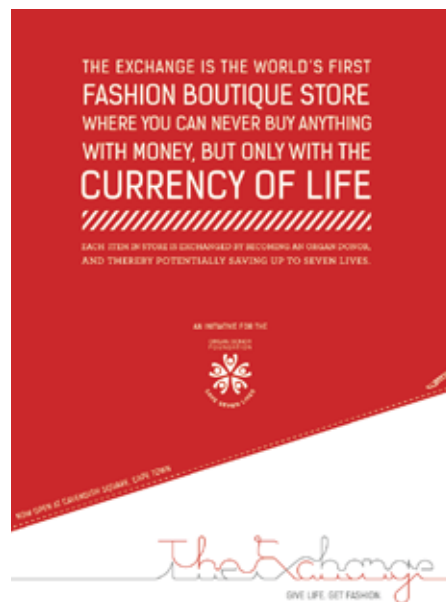
*Mama troszczy się o mnie, a ja się nią przejmuję,
bo nie raz widzę, że nie najlepiej się czuje...*

A na koniec coś szokującego i to z dziedziny z naszej strony najmniej spodziewanej. Otóż w Republice Południowej Afryki pojawiło się nowe zjawisko dotyczące zakupu modnych ciuchów. Handlowcy oparli się na snobistycznej zasadzie, że im produkt trudniej dostępny, tym bardziej wart swej ceny. Trend ten, stary jak świat, przybiera ponoć ogólnoświatowy zasięg. Tendencja ta może nas – dializowanych – cieszyć coraz bardziej. W Kapsztadzie bowiem, w butikiu nie kupisz ciuszka ani za gotówkę, ani za pomocą karty.



Ekwiwalentem za zakup modnej odzieży będzie za to twój podpis na deklaracji o pobraniu organów po twojej śmierci! Akcja jest reklamowana hasłem „oddaj życie za coś modnego”! Wspierana jest dodatkowo plakatami modelek oczekującymi na transplantację.

Autor pomysłu i kolekcji obliczył, że każda podpisana deklaracja uratuje potencjalnie siedem ludzkich istnień. W swoim butikiu oferuje ok. 500 ubrań, co w przyszłości może uratować nawet 3,5 tys. potrzebujących! Przyznacie Państwo, że pomysł jest nader oryginalny, wręcz szatański. Zastanawiające jest tylko, czym ta szlachetna przecież idea jest powodowana; czy kupujący w ten sposób to hipersnob, czy też przeciwnie, hiperfilantrop.



Jaka by to nie była motywacja, powinno nas to wielce uradować.

Tekst oparty na artykule *Zapłać sercem lub guzikiem*, WO nr 46 (753) z 16 XI 2013 oraz *Buty za nerkę i Top i spódnica za nerkę*, skąd uzyskałam też zdjęcia modelek.

Prof. dr hab. med. BOLESŁAW RUTKOWSKI
Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
Gdański Uniwersytet Medyczny



Kanibale i reszta świata

Niestety muszę na chwilę przerwąć cykl felietonów związanych z kształcącymi podróżami. A miało być tak pięknie i słonecznie, albowiem opowieść miała dotyczyć pięknej i gościnnej Italii. Już samo wspomnienie tego sympatycznego kraju wprowadziło mnie w błogostan i mogłem oddać się marzeniom, ale zostałem brutalnie sprowadzony na ziemię przez zamieszanie medialne, które powstało wokół wypowiedzi niejakiego prof. Jana Talara. Stwierdził on bowiem publicznie na konferencji naukowej, iż: „Nie udało się w XXI wieku pobrać narządów od osoby zmarłej, a więc co robimy? Pobieramy narządy od osoby żyjącej”. Gdyby tak było w istocie, to oznaczałoby to, iż pacjenci po przeszczepieniu nerek i innych narządów są na dobrą sprawę swoistego rodzaju kanibalami. Natomiast osoby oczekujące na przeszczepienie są kandydatami na ludożerców. Podobną tezę wygłosił z miejsca następny „uczony”, związany z kręgiem Radia Maryja filozof i etyk – prof. Bogusław Wolniewicz. Ten niemający żadnej wiedzy medycznej osobnik oświadczył dla potrzeb Super Expressu (*sic!*), że: „Transplantologia to ślepa uliczka w medycynie. To jest żerowanie na trupach. Od dawna uważam, że tzw. trans-

plantacje, czyli tzw. przeszczepy, są w istocie nową postacią ludożerstwa”. No i proszę, mamy tu już wprost określenie osób żyjących z przeszczepionymi narządami jako kanibali. Do tego chóru, korzystając z wiedzy medycznej, dołącza kolejny „ekspert”, tym razem wykształcony zarówno w problemach ducha i ciała. Mowa bowiem o posiadającym wykształcenie medyczne, dominikaninie ojcu Jacku Norkowskim. Dla prawicowego portalu Fronda.pl stwierdza on m.in.: „śmierć mózgowa to narzędzie zbrodni. Wymyślono ją, aby pobierać narządy do transplantacji. Chodzi o to, aby pozbawić praw ludzkich i obywatelskich danego człowieka. Staje się on zwłokami z bijącym sercem, które należą do państwa polskiego”. No i poza kanibalami mamy także drugą stronę, czyli zbrodniarzy. Rozumieć należy, iż do tej kategorii trójka powyżej wspomnianych „ekspertów” zalicza lekarzy orzekających śmierć mózgu, pobierających i przeszczepiających narządy, no i tych, którzy typują chorych do przeszczepienia. Nie zapomnijmy też o dużym gronie tych, którzy zajmują się opieką nad pacjentami po przeszczepieniu narządów. Oznacza to, iż istnieje cała gromada złoczyńców, którzy bezkarnie „żerują” na ludzkich zwłokach

i czerpią z tego korzyści zarówno zawodowe, jak też finansowe. No i jak się czujecie moi drodzy? Co teraz, my lekarze, mamy powiedzieć naszym pacjentom? Gdyby chcieć do sprawy podchodzić emocjonalnie, to mogłoby paść szereg niepotrzebnych słów i sformułowań. Przypatrzmy się zatem problemowi na zimno, odrzucając wszelkie emocje. Osobiście mam do czynienia z transplantacją od ponad czterdziestu lat. Miałem zaszczyt i przyjemność uczestniczyć w wieloosobowym Zespole, w którym specjaliści wielu dziedzin przygotowywali się do uruchomienia w roku 1990 programu przeszczepiania nerek w gdańskim ośrodku medycznym. Wówczas jeszcze można było mieć wątpliwości dotyczące kwestii rozpoznawania śmierci osobniczej, odpowiednich kryteriów oraz konieczności wykonywania określonych badań. Obecnie natomiast na całym świecie obowiązują w tym zakresie te same zasady ustalone przez gremia specjalistów, a na dodatek poparte odpowiednimi rozporządzeniami urzędów centralnych zajmujących się zdrowiem. W skład tych specjalistów wchodził w głównej mierze lekarze niebiorący wprost udziału w transplantacjach, tacy jak: anestezjolodzy, neurologi, neurochirurdzy i medycy sądowi.

Dziękujemy Panie Premierze

W trakcie przygotowywania niniejszego felietonu dotarła wiadomość o śmierci Tadeusza Mazowieckiego. To wielka strata, bo odszedł Wielki Polak i prawdziwy Mąż Stanu, których w nadmiarze w naszym kraju niestety nie mamy. Pośród wielu Jego zasług dla Polski i Polaków pragnę uświadomić także fakt, że pierwsze centralne fundusze na zakupy aparatury dializacyjnej otrzymaliśmy z tzw. Funduszu Mazowieckiego. Na dodatek Program Poprawy i Rozwoju Dializoterapii i Transplantacji Nerek, który w efekcie umożliwił zapewnienie leczenia nerkozastępczego dla wszystkich potrzebujących pacjentów ma swoje początki za czasów rządu, którym kierował Tadeusz Mazowiecki. Rozpatrując wszystkie przemiany polityczne, ekonomiczne i społeczne, które dokonywały się w tym czasie, to może drobna sprawa, ale jakże ważna dla całego środowiska nefrologicznego, a przede wszystkim dla naszych pacjentów.

Bolesław Rutkowski

Podobnie zresztą z tego typu specjalistów składa się Komisja orzekająca śmierć mózgu w każdym przypadku zgłoszenia potencjalnego dawcy narządów. W większości krajów świata istnieją także odpowiednie uregulowania ustawowe dotyczące przeszczepiania tkanek i narządów określone przez parlamenty. Oznacza to, że mamy powszechnie obowiązujące przepisy, które są oparte zarówno na najnowszych osiągnięciach wiedzy medycznej, jak też na uznanych na całym świecie rozwiązaniach administracyjno-prawnych. Może zatem działania transplantologów są podejrzane z moralnego punktu widzenia? Obawy tego rodzaju mogą być w pełni rozwiane, jeśli weźmie się pod uwagę stanowiska, które zajmują w stosunku do przeszczepiania narządów czołowe religie świata. Należy bowiem podkreślić, że zarówno judaizm, religia muzułmańska czy też buddyzm, bądź braminizm akceptują w pełni obowiązujące w zakresie transplantologii zasady, a także wyrażają pełne poparcie dla tego typu działalności. Podobnie rzecz się ma z religiami chrześcijańskimi, niezależnie czy dotyczy to nurtu

katolickiego, protestanckiego, czy też prawosławnego. Jedynym ruchem religijnym, który wypowiada się przeciwko przeszczepianiu ze zwłok jest religia shindu obowiązująca w Japonii, która zakazuje tego typu procedur, ponieważ ciało osoby zmarłej uważane jest za nieczyste. Stąd też przeszczepianie w Japonii ogranicza się do niewielkiego procenta osób uzyskujących narząd od żywych, spokrewnionych dawców. Wróćmy jednak na moment do naszej, najbardziej rozpowszechnionej w Polsce, religii katolickiej. Zdecydowana większość Polaków za niekwestionowany autorytet moralny uważa błogosławionego a niebawem świętego papieża Jana Pawła II. „Nasz” papież wielokrotnie dawał wyrazy swojej sympatii i empatii w stosunku do ludzi chorych, a także pragnących im pomóc medyków. Pamiętam osobiście ogromnie poruszające spotkanie, które odbyło się z Nim w Rzymie w 2002 roku z okazji odbywającego się wówczas w Wiecznym Mieście Światowego Kongresu Transplantologicznego. Wśród wielu ważnych stwierdzeń oraz pochwał dla naszej – transplantologów – działalności znalazło

się też takie wyraźne sformułowanie: „Przyjęcie kryterium, na podstawie którego stwierdza się śmierć, czyli całkowite i nieodwracalne ustanie wszelkiej aktywności mózgowej, jeśli jest rygorystycznie stosowane, nie wydaje się pozostawiać w sprzeczności z istotnymi założeniami rzetelnej antropologii”. Czy naprawdę trzeba czegoś więcej? Czy ciągle musimy się zatem zmagać z opiniami wątpliwej jakości „ekspertów”, choćby kryli się pod tytułami profesorskimi? Niemniej warto sobie uświadomić, iż nie jest to jedyna okoliczność w naszym kraju, w której osobnicy z cenzusem akademickim plotą duby (*nomen omen*) smolone lub też wręcz wyrażają opinię na temat spraw, o których nie mają pojęcia. Ale tu jako żywo przypomina mi się zdanie mojego nieżyjącego mentora i szefa – prof. Andrzeja Manitusy, który zawsze mawiał, iż „naukowców jest dużo, ale prawdziwych uczonych niestety mało”. Moim i szczęśliwie nie tylko moim zdaniem trzech wymienionych na wstępie do tego felietonu osobników niewątpliwie trudno do grona uczonych zaliczyć.

Mam nadzieję, że ich nieodpowiedzialne wystąpienia nie poczynią szkody transplantologii podobnej do tej, jaką poczyniły nie tak znowu dawno działania ministra Ziobry. Jednocześnie celem mojego listu było uspokojenie naszych pacjentów, iż nie są kaniibalami, a grona personelu medycznego zaangażowanego w proces przeszczepiania narządów, że nie są złoczyńcami.

Wyrażam nadzieję, że cel powyższy udało mi się osiągnąć, a przytoczone argumenty będą działać jak przysłowiowa oliwa wyłana na wzburzone morze.

Z ukłonami znad pięknego także jesienią Bałtyku.

Wasz
Bolesław

DOROTA LIGEZA
Wieliczka



Wakacje na „końcu świata”, gdzie czas stoi w miejscu i jest „święty spokój”

Wakacje to także odpoczynek często związany z poznawaniem nowych miejsc. Ja w wakacje „ładuję baterię” na kolejny rok. W różnych miejscach szukam tej energii, która potem pozwala pokonać wszelkie przeszkody, która daje radość i chęć do życia. Tą dobrą energię znalazłam na „końcu świata”. Gdzie on dla mnie jest? Trzeba tam jechać i jechać aż dotrzemy do „taaakiej wody”, jakiej jeszcze Rzędzian w filmie *Ogniem i mieczem* nie widział.

Wzdłuż filmowego Dniepru prowadzi nas do celu tylko jedna droga. Na grzbiecie nasz bagaż nagle robi się coraz cięższy. Plecak ten sam, walizka niby ta sama, a cięższy. To zmartwienia, kłopoty i troski codzienne zaczynają maleć. Nie, nie przestaje się martwić wszystkimi tymi sprawami, ale zaczynam radować się życiem. Sprawia to sam widok wokoło. Zieleń bardziej zielona, cała przyroda przyjazna człowiekowi pozwalająca odnaleźć prawdę i spokój. Inny świat.

Po pokonaniu tej uroczej trasy docieramy na miejsce. Czeką nas zaskoczenie, bo wokół przyroda wprawdzie piękna, ale człowiek musi gdzieś mieszkać. Domów nie widać. Dopiero po uważnym rozejrzeniu się dostrzec możemy dyskretne, nienarzucające się i pięknie wkomponowane w krajobraz budynki – mniejsze i większe. Jestem przyzwyczajona, że w miejscach wczasowych na pierwszym planie znajdują się hotele, domy wczasowe i cała infrastruktura rekreacyjna. Tutaj pusto – tylko przyroda i faktycznie droga się kończy. Ucieczka stąd niemożliwa, chyba tylko do nieba. Góry tworzą drabinę, po której możemy się wspinać. Niebo to dobry cel.

Dziwny ten mój koniec świata. Mimo że droga się kończy mogę wszędzie dotrzeć, mam wszelkie wygody. W krótkim czasie zobaczę kilka państw, mnóstwo zwiedzania i historii. Człowiek całe życie się uczy, nawet na wakacjach. Dla miłośników kąpiei raj. Oprócz orzeźwienia w miejscowych basenach można używać dowolnie kąpiei w wodach mineralnych i termalnych sąsiednich krajów. Kąpać się można w otoczeniu

pięknej architektury, a nawet pod ziemią, w rytm muzyki i fantazyjnego światła.

Nasza kondycja nie wiadomo kiedy się poprawia, poznajemy ciekawe, nowe miejsca i historię. Każdy znajdzie to, czego szuka dla siebie. Samotności szukam na wycieczkach, gdzie spotykam tylko drzewa. Nie są to jednak zwykłe drzewa. Widziały smutne losy wielu ludzi żyjących na tych terenach, ale nie tylko. Szumią więc teraz dla nich rzewne melodie. Dla mnie osobiście zrobiło to wrażenie na całe życie. Wędrując po lesie trafiłam do kolejnego lasu, lasu z krzyży. Polanka na stromym zboczu, gdzie razem leżą pochowani żołnierze I wojny światowej z Austrii, Niemiec i Rosji. Krzyże odnowione przez młodzież i czytamy: lat 21, lat 19, lat 20, lat 21... Ja mam prawie dwa razy tyle, mimo zmagania się przez większość życia z chorobą. Jak dobrze, że żyję w tych czasach i w miejscu bez wojen. Drzewa nadal tam szumią.

Przyjechałam, jak już wspominałam, w poszukiwaniu pozytywnej energii. Mogę więc poprzytulać się do drzew i do woli czerpać energię również z nich. Taka sosna na przykład usunie ograniczenia i pozwoli dostrzec światło w najtrudniejszej sytuacji. Z kolei jodła pomaga odzyskać wewnętrzny spokój i radość życia, wzmacnia vitalność i wiarę w to, że czeka nas jeszcze wiele przyjemnych niespodzianek. Brzoza nas uspo-

Rozstrzygnięcie konkursu

W numerze 19 „Dializy i Ty” ogłosiliśmy konkurs na najlepsze opowiadanie na temat „Wspomnienia z wakacji”, gdzie nagrodą jest tygodniowy pobyt w Uzdrawisku Wysowa Zdrój SA. Spośród nadesłanych prac przedstawiciele uzdrawiska wybrali te najlepsze. Zwyciężyły *ex aequo* prace Pani Małgorzaty Merczyńskiej oraz Pani Doroty Ligęzy.

Zwycięzcy serdecznie gratulujemy. Nagrodzone prace pt. *Wakacje bez duchów* oraz *Wakacje na „końcu świata”, gdzie czas stoi w miejscu i jest „święty spokój”* publikujemy w tym numerze.

koi i pocieszy, a dąb pozwoli się skoncentrować, aby zaspokoić ciekawość życia daną przez kasztanowce. Nie zapominajmy też o modrzewiach wzbudzających altruizm.

Wakacje to też spotkania z ludźmi. Fajne miejsca z dobrym klimatem są tutaj do tego przygotowane. Energię z ziemi będziemy czerpać biesiadując na pewno z Józefami, Henrykiem, Franciszkiem, Aleksandrą i pozostałymi tubylcami. Obok w Białym Domku, ale nie takim, jak w Krakowie, gdzie mieści się Komisarjat Policji, we wrześniu, gdy zrobi się rudo i rydzowo, czas płynie przyjemnie i smakowicie. Kto się zapomni i za dużo będzie zaglądał do kieliszka, musi prosić o pomoc Franciszka. Ten Franciszek zresztą jest sprawcą „końca świata”, za co ogromnie jestem wdzięczna. Można tutaj jeszcze spotkać gwiazdy z telewizji. Taki pan Kalendarz, co gościł w programie Wojciecha Manna i Krzysztofa Materny MDM, powie bezbłędnie, w jakim dniu się człowiek urodził, czy we wtorek, czy w sobotę. Gości też słynny przepowiadacz pogody pan Kret. Upływem czasu nie ma się co martwić, bo tutaj czas stoi w miejscu. Wkoło ludzie też życzliwi i szczerzy, co w połączeniu z klimatem i przyrodą okolicy pozwala całymi dniami delektować się „świętym spokojem”. Skąd ten spokój i to święty? Może z pobliskiej Świętej Góry Jawor z cudownym źródłem? Pięknie jest wstać rano i zobaczyć całą dolinę uspioną we mgle, a szczyty w blasku pierwszych promieni słońca.

Dużo można by jeszcze napisać, ale wszystkie zalety i walory są zawarte w informatorach. To moje wspomnienie musiałam ograniczyć, aby nie powstała co najmniej broszurka, a nawet książka. Dla mnie to wyjątkowe miejsce, wyjątkowy klimat, wyjątkowi ludzie. Życie ma tu smak, nawet gdy łyżę leżą i jest pod górkę, w dodatku z przeszkodami. Na szczycie jednak niebo jest bliżej. Na pewno są piękniejsze i ciekawsze miejsca, ale ja tutaj mam swój raj do wypoczynku, który daje mi szczęście, radość oraz dobrą kondycję.

Nie wiem jednak czy zdradzić, gdzie jest mój „koniec świata”, aby nie przestał nim być, aby nie został zdeptany. Może to Złote Piaski w Bułgarii, gdzie rok temu podziwiałam Morze Czarne. Czas stoi, można powiedzieć, tam w miejscu (nasze lata 80/90), koniec świata ewentualnie też znajdziemy stojąc nad brzegiem Morza Czarnego. Ale „świętego spokoju” na pewno nie ma. Może tym miejscem jest Rzym i Włochy, którymi jestem zachwycona. Franciszka – wiadomo – spotkamy, a w dodatku jest z końca świata. W Rzymie „święty spokój” na pewno panuje, bo czuwa tam sam św. Piotr. Ale czy czas stoi w miejscu...? Może mam na myśli nasze Zakopane, gdzie bywam często? „Koniec świata” można odnaleźć na szczytach Tatr, spokój też tylko nie zawsze „święty”, woda duża – nawet morska w Morskim Oku, jednak to tylko oczko.

Kto był na moim „końcu świata” to pewno odgadł, gdzie on jest, a kto nie był, niech żałuje i szuka. Może tam trafi, bo naprawdę warto.



MAŁGORZATA MERCZYŃSKA

Wakacje bez duchów

Mogę tak bez końca leżeć na trawie i patrzeć na leniwie przesuujące się obłoki. Ewentualnie mogłabym otworzyć raz po raz jedno oko i przez małą szparkę zerkać na boki, obserwując stworzonka Boże, spijające nektar z kolorowego kwiecia, ową słodycz ciepłego lata, które zawsze kończy się za wcześnie. Kilka dni spędzone na tak zwanym łonie natury to za mało, by wypocząć od zgiełku wiecznie pędzącego, zakurzonego, ledwie dyszącego z pośpiechu i poczucia niezalatwionych spraw miasta. To za mało, żeby naładować baterie na kolejny rok, odmierzany bezlitośnie kalendarzem dializ i tym ciągłym zerkaniem w kierunku bezlitosnego czasomierza, którego trybiki nieśpiesznie wykonują określone ruchy i popychają wskazówki w tempie iście ślimaczym, jakby wcale nie miały zamiaru oznajmić, że minęły te paskudne cztery godziny. Ale cóż, nawet jeśli organizm w całej swej rozpiętości – wzdłuż, wszerz i po skosie – nie zdąży odpocząć, to może dusza znajdzie chwilę ukojenia i oczy nacieszą się ładnymi widokami. Zawsze coś.

- Jedziemy!
- Gdzie?
- Byle gdzie.
- Ale nie byle jak.
- Nie musi być daleko, musi być ładnie, cicho, swojsko.

Wyjechałam. Kilka dni spędziłam w leśniczówce na ziemi lubuskiej, na skraju małej wsi, pod lasem, z dala od zatłoczonych ulic, zmęczonych ludzi i widoku tych samych ścian i twarzy. Tu z daleka od miasta czas płynie wolniej; wiadomo, trawa jakaś bardziej zielona, jakby pomalowana ręką innego malarza, wiatr nie tyle wieje, co muska, zapachy kojarzą się z dzieciństwem u babci. Ciepłe kolory przytulnych wnętrz ceglanych, z kaflami przedwojennego pieca, kamiennym paleniskiem, sprzętami, które pamiętają dawne czasy powodowały, że chciało się tylko leżeć i marzyć, by czas się zatrzymał... Ileż tu liści na drzewach na metr kwadratowy, ile kolorów z palety malarza impresjonisty, ileż świeżego powietrza ma metr sześcienny.

Właściciele gospodarstwa to interesujący ludzie, oprócz wypoczynku oferują wykwalifikowaną terapię rodzinną w swojej oazie spokoju, a także profesjonalne masaże – żadne snobistyczne spa, tylko rozluźnienie mięśni, by ciało wyszło z twardej skorupy. Coś dla ciała, coś dla ducha. Zainstalowałyśmy się z koleżanką w różanym pokoju na poddaszu, podziwiając sztukę decoupage'u i widok za oknami. Następnego dnia na polance obok wyrosły dwa namioty, a wraz z nimi pojawił się niepokój, że błoga cisza zostanie zakłócona. I niesłusznie. Towarzystwo młodych ludzi okazało się chwilowe, a przyjemne choćby dlatego, że przypomniały się lata studenckie i biwakowanie na polance niedaleko Wołosatego – zimnego potoku, który służył jako myjnia i źródło życia wodnej pitnej. Nasi sąsiedzi byli odrobinę starsi od tych, którzy wypełnili moje wspomnienia. No, no! standard ich biwaku nie przy-

stawał do spartańskich warunków z lat osiemdziesiątych. Nie wiem, gdzie spędzali czas za dnia, ale wieczorami pewien sympatyczny letnik pobrzdąkiwał na gitarze, czasem nawet coś zanucił przy iskrach z ciepłego ogniska. Gitara zawsze tworzy szczególny nastrój. Gdy zgasły ostatnie tłące się polana, zrobiło się całkiem ciemno i cicho. Wszyscy poszli spać. Nie wiem, ile minęło czasu, ale w pewnym momencie usłyszałyśmy jakieś głosy, zamieszanie, nerwowe stukanie do drzwi.

Duchy?...

Złodzieje, napad, rabusie, morderstwo?

Przed oczami stanęły nam sceny z różnych kryminałów. Sensacyjne lektury, filmy oglądane późną nocą w pustym mieszkaniu zrobiły swoje, uruchomiły wyobraźnię. Cienie o przedziwnych kształtach poruszały się po ścianach, coś szeleściło, zgrzytało. A może tylko nam się wydawało.

– Co robimy? Otwieramy, czy udajemy, że nas nie ma?

– Pod łóżko! (tak było w ostatnim kryminale powtarzanym w TV, ale nie pamiętam tytułu).

– Otwieramy?

Wszędzie ciemności egipskie. Koleżanka chwyciła latarkę, obie byłyśmy w harcerstwie, więc postanowiłyśmy, że któraś z nas musi wziąć się w garść. Liczyłam na to, że koleżanka ma dłuższy staż w skautingu i nie boi się duchów.

– Otwieramy?

Ponieważ domek gospodarzy był oddalony kilkadziesiąt metrów, biwakowicze stukali tam, gdzie mieli najbliżej. Po krótkiej wymianie zdań otworzyłyśmy drewniane wrota – pod osłoną nocy wszystko wydało się takie wielkie, monumentalne, prawie średniowieczne... Okazało się, że jeden z namiotów został stratowany i Basia w żadnym wypadku nie chciała spędzić reszty nocy w warunkach polowych. Do spanikowanej dziewczyny dołączyła druga, którą obudziła gorąca dyskusja kumpli. We dwie stanowiły już nie lada siłę argumentacji i oporu wobec męskiego pierwiastka. Dziewczyny postanowiły przenieść się chwilowo do cywilizowanej części leśniczówki i zapukały do nas. Zabrały materace i rozłożyły się w sieni. Pano wie dzielnie wrócili do namiotów. Rano przeprowadzono prawie profesjonalne oględziny, również na wzór filmów sensacyjnych. Sprawa nie okazała się jednak kryminalna. Namiot był prawie cały, choć nieco poszarpany, na pewno jednak nie stratowany, sprzęt porozrzucany, garnuszki leżały poza namiotem, ale czy to przypadkiem nie było narzędzie dyskusji między wystraszonymi dziewczynami a ich towarzyszami – to już pozostanie ich słodką tajemnicą. Gospodarze rano zasięgnęli języka we wsi i okazało się, że w nocy jeden z koni sąsiadów urwał się, prawdopodobnie czymś przestraszony i pogalopował przed siebie, zahaczając być może o nieszczęsny namiot. Co spłoszyło konia, nie dowiedzieliśmy się, najważniejsze, że wszyscy wyszli z nocnej opresji cali i zdrowi, a i zguba się znała-

zła. Oczyma wyobraźni spragnionej baśniowych przeżyć, wynikających zarówno ze zmęczenia miejską gonitwą, jak i tęsknotą za dzieciństwem, zobaczyłyśmy przez chwilę pędzące białe rumaki, którym grzywy czesze nocny podmuch wiatru, a ich kopyta suną po trawie spowitej koronką opadającej mgły... I tak dalej... Tymczasem zejźmy na ziemię. W południe młodzi ludzie zapakowali ekwipunek do auta i pojechali do następnej bazy, bowiem leśniczówka była tylko przystankiem w ich wyprawie. Nasi gospodarze wyrazili wątpliwości, czy aby cały ten zgiełk nie był li tylko efektem paniki, a koń przebiegł raczej obok namiotu, wywołując rwetes i zamieszanie zdenerwowanej, wyrwanej ze snu dziewczyny, która nie mogła przecież widzieć, ani tym bardziej wiedzieć, że to spłoszony koń. Strach ma duuuuże oczy... Cóż, duchów nie było, ofiar w ludziach ani w inwentarzu też, końska przygoda dobrze się skończyła i z dzisiejszej perspektywy przydała nieco kolorytu krótkiej wyprawie.

Tak więc znów nastała cisza.

Kolejnego dnia, do pokoju lawendowego wprowadziły się dwie młode kobiety. Wspólnie z gospodarzami i z pozostałymi gośćmi zasiadłyśmy do stołu, co niestety jest coraz rzadszym obyczajem w rodzinnych domach, gdzie zwykle każdy jada o innej porze odgrzewane posiłki. Zjedliśmy cudowne pierogi ulepione przez wiejską gospodynię, która – co od razu dało się zauważyć – zna się na rzeczy. Te cudowne zawiniątka kryły w środku niebiańskie niespodzianki, a polane wiejską śmietaną stawiały pod znakiem zapytania miejskie pseudorarytasy, zdeformowane wszechobecną chemią. Brrr... Tu był raj dla duszy i dla podniebienia. Na stół wjeżdżało to, co właśnie urodziła ziemia, a smakołyki pozasezonowe w słoikach uzupełniały suto zastawiony stół. No i te ziółka, naprawdę niezłe ziółka z własnego ogródka, które dodawały i smaku, i aromatu. Takie biesiadne posilanie się wspianiałymi daniami na dłuższą metę mogłoby jednak okazać się niebezpieczne, bo trudno było nie spróbować wszystkich serwowanych dań, a i powiedzieć sobie stop bywało niemożliwym wysiłkiem. Halo! Maselko, wiejska śmietanka?! Skwareczki z wiejskiej szyneczki?! A cholesterol, cukier, fosforany i inne złe duchy, które trzeba będzie przesiać przez specjalne sitko? A kysz!

Tak czy owak po obiedzie należy się sjeść hamakowa, trochę lektury dobrej książki. Błogostan. Na sznurkach powiewały płachty wykrochmalonej białizny, smaganej pachnącym powietrzem, tańczącej na wietrze białe piuruty. Wokół domu biegały kotki różnej maści, niektóre zupełnie malutkie, zwiąły się w kłębuszek odpoczywając na zacienionym ganku albo wdrapywały się na drzewa. Wszystkie Filemony, Klakiery, a nawet czarnomagiczne Behemoty... Żał mi się zrobiło, gdy pomyślałam o mojej kanapowej kotce, która choć rozpieszczana na wszelkie możliwe sposoby na pewno marzy o wolności, o chropowatej korze drzew i gonitwie za polnymi myszami.

Oprócz ogólnego błogostanu zwiedzanie okolicy, drewnianych kościółków, małych miasteczek, spacerów po lesie, wieczorem wdychanie nieziemsko świeżego powietrza. I cisza. Czasami świerszcze, cykady, kumkanie, ćwierkanie. Bez spalin, trąbienia i wkurzonych na wszystko i bez powodu ludzi.

Wieczorem wypad nad jezioro i na herbatkę do kawiarrenki, gdzie podają napar z ziół parzonych według starych receptur zakonników. Przyznam, że zamówiłam aż trzy aromatyczne herbatki, bo nie mogłam się oprzeć magii tu-tejszych legend, opowydanych przez sympatyczną panią z kontuaru (byłyśmy jedynymi gośćmi). Każdej herbatki tylko spróbowałam, by nie mieć kłopotów na następnej dializie. Odganiałam natrętne myśli o chorobie, o dializach, ale one wtrącały się niechciane w zdania, słowa, sytuacje, wskakiwały do szklaneczek z zimną wodą, pod skórę dojrzałych, soczystych brzoskwiń, wypełniając bezlitośnie miarkę dobową płynów. A kysz, a kysz! Każda myśl o chorobie odbierała kolory polnym kwiatom, zapachy ziołom na grządkach, trawom na łąkach. Muszę mocno, z całej siły czerpać z każdej chwili zapomnienia, by nie zniszczyć pięknych obrazów, jakie przesuwają się przed oczami duszy. Te chwile były zbyt krótkie. Świt, zmierzch, świt...

Za kilka dni, w betonowym nastroju, na coraz mniejszym skrawku nieba między smutnymi blokowiskami pozostanie mi tylko wypatrywać Jutrzenki, która każdego poranka przemierza niebo na rydwanie zaprzężonym w różowe rumaki (znów te rumaki). Ale tylko gdy zamknie się oczy...

Tymczasem nastał ostatni dzień w leśniczówce, przed zaśnięciem wyszłam na balkon, popatrzyłam w niebo. Łysy srebrzył się trochę złowieszczco, kuraki już dawno spały, zwierzyzna leśna pewnie też, a ja nie chciałam spać, bo szkoda mi było cennego czasu. Drzewa spały, a może tylko drzemały, szemrząc leciutko. Nawet ciemność tutaj ciemniejsza, bez latarni, reflektorów, migocących, natrętnych reklam, które włożą człowiekowi przez okno pod powieki. Cisza, jaka w mieście nigdy się nie zdarza. W końcu jednak trzeba ułożyć się w usianej różyczkami pościeli i nadłuchiwać nad ranem wysokiego „c” w porannej pieśni koguta. O świcie odsłoniłam koronkowe firanki i dostrzegłam jasne światło brzasku podświetlające sylwetki drzew, budząc je do życia i oznajmiając nadejście kolejnego dnia. Łąki otulił welon porannej mgły, niczym miękki muślin dotykał delikatnie zroszonej trawy. Łzy bogini Eos zamieniały się w krople porannej rosy. Wyskoczyłam z pokoju w nocnym odzieniu i boso snułam się po rosie, czując zapach ziemi. Tak się oswaja ciszę, błogość, ulotność, zieloność traw, niebiańskość obłoków, zapachy prawdziwego życia.

Cóż, nadeszło południe i ruszyłyśmy autem wypakowanym darami lata – bukietami ziół, wiązanekami kwiatów polnych, koszem pełnym przetworów i świeżych produktów z ogrodu. Wiozłyśmy kawałeczek leśniczówki do miasta. W lusterku ujrzałam biegnące za nami koty Behemoty, Filemony, dalej Bonifacy, Mruczek, Pysia, Mysia, Punia, Lunia... Zahamowałam, otworzyłam drzwi, aby raz jeszcze pogłaskać słodkie drapieżniki. Kocia mama nie mogła ich zignorować. Uuliłam czarne, szare, białe i rude – i odjechałam. Po przejechaniu kilkunastu kilometrów poczułam coś na ramieniu. Koleżance odebrało mowę. Kotek po chwili dobierał się do kierownicy! Oho! W tył zwrot, naprzód marsz. Kotek musiał wrócić do leśniczówki, bo w moim mieszkanku jest za mało kanap dla dwóch kocia-ków. Każdy poszedł własną drogą szukać swojego małego szczęścia i swoich dobrych duszków.

PROF. DR HAB. MED. ZBYLUT TWARDOWSKI
Uniwersytet Missouri, Columbia, USA

Zalety dłuższych hemodializ

Przewlekłe hemodializy (HD) wprowadzone w 1960 roku, były długimi zabiegami nawet do 40 godzin tygodniowo. Domowe hemodializy wykonywano 8–10 godzin trzy razy w tygodniu. Stosowane wtedy dializatory nie były bardzo wydajne, ale pacjenci dobrze tolerowali zabiegi. Ciśnienie krwi było pod kontrolą i ponad 90% chorych nie wymagała stosowania leków przeciwnadciśnieniowych.

Moje badania od marca 1969 do maja 1973 roku wykazały, że adekwatną dializę, tzn. dializę usuwającą wszystkie objawy mocznicy i pozwalającą na pełną rehabilitację, można osiągnąć stosując dwie dializy po 11–12 godzinach u chorych z wydalaniem moczu powyżej 500 ml na dobę. U chorych z mniejszym wydalaniem moczu adekwatną dializę można było osiągnąć stosując tygodniowo trzy dializy po 8–9 godzin. Niektórzy chorzy, szczególnie z wydalaniem moczu poniżej 100 ml na dobę, lub innymi powikłaniami musieli mieć tygodniowo 4 dializy po 6 lub 7 godzin. Dializy wykonywano na zwojowych dializatorach z 200 ml/min przepływem krwi przez dializator. Dializatory te były bardziej wydajne niż te używane na początku lat sześćdziesiątych XX wieku, ale mniej wydajne niż stosowane obecnie dializatory kapilarne. Na podstawie tych badań przewidywałem, że częste i długie dializy będą powszechnie stosowane w latach późniejszych.

Od dłuższych do krótszych dializ

Przewidywanie moje nie spełniło się, nie dlatego, że wnioski z badań były błędne, ale dlatego, że rozwój dializoterapii poszedł w innym kierunku. Stosując bardziej wydajne, kapilarne dializatory stwierdzono możliwość wydajnego usuwania mocznika w czasie krótszych zabiegów i przyjęto, że pomiary usuwania mocznika w czasie dializy są dobrą miarą skuteczności leczenia. Stwierdzono gorszą kontrolę ciśnienia krwi i usuwania fosforu, ale uznano, że usuwanie mocznika jest najważniejsze.

Głównym bodźcem dla skracania czasu dializy była potrzeba bardziej efektywnego wykorzystania stacji dializ. Krótsze zabiegi pozwalały na dializowanie chorych w czasie trzech dziennych zmian bez nocnych dializ. Zdecydowano również, że chorzy będą dializowani siedząc na krzesłach, a nie leżąc w łózkach. W Stanach Zjednoczonych przyjęto, że pacjent poczuje się lepiej psychicznie, jeżeli przychodząc do ośrodka dializ nie będzie traktowany jak pacjent, ubrany w szpitalny strój, leżący na łóżku, ale jak gość siedzący na krześle i niedbale ubrany.

Niemniej jednak, siedzenie w fotelu przez dłuższy czas nie jest dobre w czasie dializy. W pozycji siedzącej płyny ustrojowe przemieszczają się do kończyn dolnych, w konsekwencji, występowanie zapaści jest bardziej prawdopodobne. Pozycja pozioma w łóżku powoduje przesunięcie płynów do górnej części ciała, zwiększa powrót żylny i zmniejsza częstość występowania epizodów podciśnienia. Zatem korzystna psychologicznie zasada miała niezamierzone, niepożądane skutki.

W Japonii i wielu ośrodkach europejskich chorzy są dializowani na łózkach, w pozycji leżącej

Wskaźnik Kt/V

Na początku lat osiemdziesiątych krótkie dializy otrzymały wsparcie od nowej miary adekwatności dializy opartej na kinetyce mocznika. Narodowy Instytut Zdrowia zlecił badanie dla ustalenia obiektywnych kryteriów ilościowych dla odpowiedniej dawki dializy. To badanie miało poważny błąd przez odrzucenie wartości czasu dializy jako istotnego elementu adekwatnej dializy na podstawie tzw. błędu statystycznego beta. Po tym badaniu przyjęto, że dawki dializy powinny być mierzone przy użyciu Kt/V_{mocznika} : oczyszczanie mocznika (K) pomnożonego przez czas (t), dzieli się przez całkowitą objętość wody w organizmie (V). Wniosek był taki, że można bezkarnie skrócić czas dializy zwiększając oczysz-

czanie z mocznika przez bardzo wydajne dializatory i duży przepływ krwi w dializatorze.

Ten wskaźnik Kt/V, spopularyzowany w środowisku dializy, stał się miarą adekwatności dializy. Krótki czas dializy został chętnie zaakceptowany przez pacjentów, gdy powiedziano im, że długi czas dializy nie jest potrzebny dla poprawy powikłań niewydolności nerek.

To nie jest jednak stwierdzenie prawdziwe, gdyż prawdziwe trucizny mocznikowe są usuwane w czasie dializy inaczej niż mocznik. Mocznik nie jest bardzo trujący, ma małą cząsteczkę i jest usuwany z organizmu w czasie dializy znacznie szybciej niż prawdziwe toksyny mocznikowe, takie jak: sól i woda, fosfor oraz inne trucizny o większej cząsteczce. Zachowanie soli i wody ma ogromny wpływ na tolerancję w czasie dializy, transport innych cząsteczek odbija się na powikłaniach mocznicy w dłuższym czasie. Swego czasu uważano, że podwyższony mocznik powoduje utratę apetytu. Badania przeprowadzone w Mayo Clinic w 1972 roku wykazały, że obniżenie apetytu, ból głowy i inne objawy występują dopiero przy stężeniu mocznika w osoczu powyżej 300 mg/dl (50 mM/L). Warto też wspomnieć, że rekiny mają żarłoczny apetyt i stężenie mocznika we krwi ponad 2000 mg/dl (333 mM/L).

Przestrzenie wodne w organizmie

Aby wyjaśnić ten problem, trzeba sobie zdać sprawę, że woda w organizmie nie znajduje się w jednej przestrzeni, w której trucizny mocznikowe mają równomiernie stężenia. Woda w organizmie znajduje się w co najmniej trzech przestrzeniach, przestrzeni śródkomórkowej, przestrzeni śródmiąższowej i krwi. Przestrzeń śródkomórkowa jest największa, śródmiąższowa pośrednia, a krew jest najmniejszą przestrzenią.

Pozwólcie, że wyjaśnię to porównując do trzech basenów połączonych ze sobą rurkami:

- duży basen reprezentuje przestrzeń śródkomórkową (woda znajdująca się w każdej z komórek ciała),
- średni basen reprezentuje przestrzeń śródmiąższową (woda w narządach i tkankach, ale poza komórkami),
- mały basen reprezentuje przestrzeń krwi.

Teraz wyobraźmy sobie, że te trzy baseny są połączone małymi rurkami. Przepływ wody między basenami jest kontrolowany przez różnicę poziomów wody i opór stawiany przez rurki. Wreszcie, wyobraźmy sobie, że woda z małego basenu (krew) jest usuwana bardzo szybko. Ze względu na mały rozmiar rurki woda ze środkowego basenu (narządy i tkanki) nie może szybko uzupełnić wody w małym basenie (krew), więc ilość wody i soli we krwi gwałtownie spada, aż spadnie poniżej poziomu krytycznego.

Zapaść w czasie dializy

To jest właśnie sytuacja, która ma miejsce podczas krótkiej, bardzo wydajnej hemodializy. Sól i woda są najważniejszymi składnikami, które są szybko usuwane z krwi, ale są one zastąpione powoli z innych przestrzeni. To szybkie usunięcie soli i wody powoduje szybki spadek objętości krwi i prowadzi do niedociśnienia podczas dializy.

W łagodnych przypadkach, pacjenci czują się słabi i cierpią na kurcze mięśni, ale w przypadku, gdy niedobór soli i wody jest ciężki i ciśnienie krwi jest bardzo niskie, pacjent może stracić przytomność. W tym przypadku trzeba podać dożylnie sól fizjologiczną (podniesienie poziomu wody w małym basenie), aby podnieść ciśnienie. Jest jeszcze nadmiar soli i wody w innych przestrzeniach, ale wyrównanie poziomów przez małe rurki trwa kilka lub kilkanaście godzin po zakończeniu dializy.

„Podializacyjny kac”

Natychmiast po dializie ta mała objętość krwi powoduje silne pragnienie, osłabienie i inne objawy podobne do tych, jak w następstwie intensywnego używania alkoholu (osłabienie, nudności, zawroty głowy, senność, niepokój i ból głowy). To jest często określane jako „podializacyjny kac”.

Wielu pacjentów natychmiast po dializie pije wodę, aby zwiększyć objętość krwi (wypełnić mały basen tak szybko, jak to możliwe). Problemem jest to, że jeśli pijesz zbyt dużo przed następną dializą, a czas dializy pozostaje ten sam, niezbędna jest większa ultrafiltracja i tworzy się błędne koło z coraz częstszymi zapaściami w czasie dializy. Jeśli jednak nie usuwa się tego nadmiaru soli i wody, to po pewnym czasie ciśnienie krwi się podnosi, dochodzi do niewydolności serca z wszystkimi złymi następstwami.

Wyeliminowanie ostatniej godziny dializy?

Czasami pacjenci proszą o wcześniejsze zakończenie dializy. Chcą, aby wyeliminować tę ostatnią, najgorszą godzinę leczenia. Ale jeśli czas dializy jest zmniejszony, to szybkie usuwanie wody i soli będzie znacznie gorsze podczas następnego zabiegu. W ten sposób nie można usunąć najgorszej, ostatniej godziny leczenia.

Ostatnia godzina dializy jest lepiej tolerowana, jeśli czas dializy jest dłuższy, sól i woda są usuwane powoli. W takim przypadku usuwanie wody z małego basenu (z krwi) jest wolniejsze, więc napełnianie ze środkowego basenu (płynu śródmiąższowego) jest wystarczające, aby zapobiec poważnemu zmniejszeniu objętości krwi, a środkowy basen

ma szansę uzupełnienia objętości z dużego basenu (płynu śródkomórkowego) podczas zabiegu dializy. W czasie i po dłuższej dializie pacjenci czują się lepiej, nie mają zapaści w czasie dializy i „podializacyjnego kaca”. Mogą się czuć znudzeni w czasie długiej dializy, ale po dializie regenerują się dużo szybciej.

Wydalanie moczu

Zdrowe nerki pracują 24 godziny na dobę, 168 godzin w tygodniu. Ilość wydalanego moczu u zdrowych osób wynosi około 1,5 litrów na dobę, w sumie 10,5 litra na tydzień. Pacjenci, którzy rozpoczynają dializy wydają różne ilości moczu, ale po pewnym czasie chorzy wydają bardzo mało albo w ogóle nie wydają moczu i są szczególnie podatni na problemy podczas krótkiej dializy. Jeśli pacjent nie wydał moczu, to ta ilość płynu musi być usunięta w czasie dializy. Jeśli całkowity czas dializy w tygodniu to tylko 12 godzin (w czasie trzech sesji w tygodniu), to usunięta ilość cieczy (ultrafiltracja) musi wynosić 0,9 litra na godzinę, prawie 13 ml na godzinę na kilogram wagi ciała u osoby ważącej 70 kg. To są dane średnie, ale u poszczególnych chorych te ilości są różne w zależności od ilości moczu i ilości soli, i płynu przyjętego między dializami. Decydujące znaczenie ma prawie zawsze przyjmowanie soli, gdyż ono decyduje o pragnieniu i przyjmowaniu wody.

Tylko nieliczni pacjenci tolerują tak szybką ultrafiltrację. Starsi chorzy gorzej tolerują szybką ultrafiltrację.

Śmiertelności i czas leczenia

Ostatnie badania wykazały, że śmiertelność jest niższa przy dłuższym czasie leczenia. Przedłużenie czasu dializy o 30 minut zmniejszało ryzyko zgonu o 7%. Tak było w Stanach Zjednoczonych, Europie i Japonii. Badania wykazały również, że wysoka ultrafiltracja, (powyżej 10 ml/godz./kg) była związana z 9-procentowym wzrostem ryzyka zgonu. Jest to kolejna ilustracja tego samego faktu: krótsza dializa wymaga wysokiego tempa ultrafiltracji, co wiąże się z większym ryzykiem śmierci.

Kontrolowanie nadciśnienia

Nadciśnienie występuje u około 90% pacjentów rozpoczynających hemodializy i utrzymuje się w 70–90% w zależności od sposobu dializowania. Tacy chorzy potrzebują leków przeciwnadciśnieniowych. Jest to w przeciwieństwie do sytuacji w latach sześćdziesiątych, kiedy praktykowano długie dializy i większość pacjentów nie wymagała tych leków. Najlepszą kontrolę nadciśnienia ma Ośrodek Dializ w Tassin,

Francja, kierowany przez dr. Bernarda Charra, który stosuje długie hemodializy (osiem godzin trzy razy w tygodniu w pozycji leżącej). Tam ponad 95% pacjentów ma normalne ciśnienie krwi bez leków przeciwnadciśnieniowych. W tym ośrodku jest również najniższa śmiertelność.

Dlaczego dłuższa dializa pozwala na kontrolę ciśnienia bez leków?

Istnieją dwa rodzaje nadciśnienia. Nadciśnienie zależne od objętości soli i wody w organizmie i nadciśnienie wywołane skurczem tętnic spowodowanym różnymi substancjami. Najczęstszą postacią nadciśnienia u chorych dializowanych jest nadciśnienie zależne od nadmiaru soli i wody w organizmie

Nadciśnienie tętnicze u pacjentów dializowanych jest rzadsze w Europie i Japonii niż w USA, gdzie czas dializy jest krótszy.

Sucha masa albo waga ciała

Przez suchą masę ciała rozumie się taką masę, która nie zawiera ani nadmiaru, ani niedoboru soli i wody w organizmie. Jest kilka sposobów badania suchej masy ciała, np. oznaczanie pewnych hormonów, średnicy żyły próżnej dolnej ultradźwiękami, mierzenie tzw. bioimpedancji, czyli oporu elektrycznego ciała w zależności od objętości soli i wody w organizmie, oraz mierzenie objętości krwi. Te sposoby są raczej używane do badań naukowych, ale mają małe zastosowanie w praktyce klinicznej.

Według dr. Charra, który ma najlepsze wyniki hemodializ, najlepszym sposobem jest mierzenie ciśnienia w czasie długiej dializy z powolną, łagodną ultrafiltracją. Spadek ciśnienia poniżej normy w takiej sytuacji jest dobrym wskaźnikiem spadku wagi poniżej suchej wagi ciała.

W czasie krótkiej dializy z szybką ultrafiltracją, niedociśnienie jest głównie wynikiem małej objętości krwi, który występuje na długo zanim prawdziwa „sucha masa ciała” została osiągnięta. Oszacowanie rzeczywistej suchej masy ciała w czasie krótkiej dializy jest niesłychanie trudne. Jest to jeden z powodów, że określenie „sucha masa ciała”, używane w latach sześćdziesiątych i na początku lat siedemdziesiątych i nadal stosowane w Tassin, zostało zastąpione przez termin „docelowa waga”. To jest waga pacjenta, którą powinien mieć po dializie, niezależnie od tego, czy to jest prawdziwa „sucha masa ciała”.

Kontrola ciśnienia tętniczego krwi bez leków

Przy długim czasie trwania sesji hemodializ ciśnienie może być kontrolowane bez leków u 90–95% pacjentów. Będą to pacjenci, którzy mają nadci-

śnienie zależne od objętości soli i wody w organizmie. Po osiągnięciu suchej masy (wagi) ciała ciśnienie tętnicze krwi jest w normie. Tylko 5–10% pacjentów ma „oporne” nadciśnienie tętnicze, które wymaga lekarstw przeciwdziałających skurczowi tętnic.

Inne wady krótkich hemodializ

Wiele prawdziwych trucizn mocznicowych, takich jak fosfor i inne duże cząsteczki (beta mikroglobulina) zachowują się podobnie do soli i wody, czyli są źle usuwane przy krótkich dializach. Niedostateczne usuwanie trucizn mocznicowych jest odpowiedzialne za wiele objawów, w tym:

- brak apetytu,
- zmieniony zmysł smaku,
- nudności i wymioty,
- zespół niespokojnych nóg,
- zespół palących stóp,
- depresja,
- świąd skóry,
- bezdech w czasie snu.

Niedostateczne usuwanie fosforu po pewnym czasie prowadzi do zaburzeń kostnych i bólów stawów. Niedostateczne usuwanie beta 2 mikroglobuliny po wielu latach prowadzi do skrobiawicy stawów i nadgarstków.

Chociaż wiele z tych objawów mogą mieć inne przyczyny, ich obecność, zwłaszcza w połączeniu z innymi, sugeruje nieadekwatną, zazwyczaj zbyt krótką dializę.

Wniosek

Krótką dializą jest związana z niską tolerancją ultrafiltracji, częstymi epizodami zapaści śródodializacyjnej, kurczami mięśni, słabą kontrolą nadciśnienia krwi oraz wysoką śmiertelnością. Pacjenci sami powinni uważać na objawy związane z szybką ultrafiltracją. Jeżeli objawy są obecne, pacjenci powinni prosić o dłuższe dializy, a szybkość ultrafiltracji powinna być odpowiednio zmniejszona. Stosując dłuższą dializę można zmniejszyć przepływ krwi przez dializator, co zmniejsza uszkodzenie krwinek i zmniejsza niedokrwistość. Wiem, że trudno byłoby wprowadzić ośmiogodzinne dializy w łózkach, jednakże nawet pięciogodzinne dializy przyniosą znaczną poprawę w ciągu zaledwie kilku tygodni! Sześciogodzinne dializy przyniosą jeszcze większą poprawę. Jeśli to nie przyniesie poprawy (w co wątpię), to można z tego zrezygnować i szukać innych przyczyn objawów. Dłuższy czas trwania dializy jest szczególnie korzystny u pacjentów, którzy wydają bardzo mało albo w ogóle nie wydają moczu.



Stacja Dializ w Krośnie fot. Damian Krzanowski, Krosno24.pl

Mgr SYLWIA RODAK

NZOZ Centrum Dializa – Stacja Dializ Sopot

Cukrzyca – samokontrola na co dzień

Część I

Cukrzyca to bardzo podstępna choroba, wymagająca niezwykle zaangażowania ze strony pacjenta i jego najbliższej rodziny. Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, spowodowaną zaburzeniami metabolizmu węglowodanów, tłuszczów i białek. Przyczyną tych zaburzeń jest defekt wydzielania insuliny i/lub nieefektywność jej działania.

Na cukrzycę typu 2 choruje około 95% wszystkich diabetyków. Liczba nowych przypadków cukrzycy jest tak duża, że określa się ją mianem epidemii XXI wieku. W Polsce na cukrzycę choruje ponad 2 mln osób i uważa się, że liczba ta będzie w najbliższych latach szybko wzrastać. Bezobjawowy, czasem kilkuletni okres choroby sprawia, że u połowy diabetyków cukrzyca nie została jeszcze rozpoznana. Każdego roku przybywa chorych na cukrzycę typu 2, której sprzyjają zła dieta i niedobór ruchu, a w ślad za nimi nadwaga – ta, która zależy od stylu naszego życia i warunków środowiskowych. W cieniu tej plagi pozostawała cukrzyca typu 1, zwana też dziecięcą lub młodzieńczą, bo objawia się w tym wieku. Eksperti niedawno podnieśli jednak alarm. Z niewyjaśnionych przyczyn, w tempie od trzech do pięciu procent rocznie, przybywa chorych na cukrzycę typu 1, zwłaszcza wśród najmłodszych, do 5. roku życia.

Cukrzyca typu 1 i 2 to właściwie dwie różne choroby. Łączy je utrata przez organizm zdolności utrzymywania – poprzez regulowanie dawek wydzielanej przez niego insuliny – odpowiedniego poziomu cukru we krwi, dzielą – źródła pochodzenia.

Cukrzyca typu 1 jest chorobą autoimmunologiczną. Organizm, z niewyjaśnionych do końca powodów, atakuje własne komórki beta trzustki, w których produkowana jest insulina, aż do całkowitego ich zniszczenia. Insulina przestaje być uwalniana i jedynym ratunkiem pozostaje systematyczne dostarczanie jej z zewnątrz, za pomocą zastrzyków. W cukrzycy typu 2, objawiającej się na ogół między 40. a 50. rokiem życia, tkanki które potrzebują insuliny, aby przyjąć glukozę (np. wątroba, mięśnie czy tłuszcz), stają się odporne na jej obecność. W odpowiedzi komórki wytwarzające insulinę „przegrzewają się”, produkując początkowo większą ilość hormonu niż normalnie, w końcu jednak nie dają sobie rady z podwyższonym

poziomem glukozy we krwi. U niektórych pacjentów w ogóle zanika zdolność do produkcji insuliny.

Głównym celem leczenia cukrzycy jest kontrola gospodarki węglowodanowej, normalizacja zaburzeń lipidowych, ciśnienia tętniczego krwi oraz redukcja masy ciała u chorych z nadwagą i otyłością. Podstawą leczenia cukrzycy typu 2 są doustne leki lub łączenie leków doustnych z insuliną.

Prawidłowo zbilansowana dieta powinna zawierać takie produkty, które w pełni pokrywają całodobowe zapotrzebowanie człowieka na energię, białko, węglowodany, tłuszcze, witaminy i składniki mineralne. Węglowodany są głównym elementem energetycznym diety, gdyż powinny pokrywać w 55–65% dobowego zapotrzebowania na energię. Glukoza to główny cukier prosty, wykorzystywany przez organizm ludzki. Poziom glukozy we krwi wzrasta po spożyciu posiłku zawierającego węglowodany. Zjawisko to jest natychmiastowym bodźcem dla komórek beta trzustki do wydzielenia insuliny, hormonu odpowiedzialnego za prawidłowe utrzymanie glikemii. Insulina przyspiesza transport glukozy do tkanek i nasila jej zużycie w tkankach. Insulina zwiększa również utlenianie czyli spalanie glukozy oraz zwiększa syntezę tłuszczów i białek.

Cukrzyca jest chorobą, z którą można prowadzić długie, dobre życie. Trzeba jednak wiedzieć, jak to robić – konsekwentna, właściwa samokontrola, znajomość zasad zdrowego odżywiania, aktywność fizyczna, to tylko kilka ważnych kwestii, które determinują jakość życia diabetyka i możliwość radzenia sobie z chorobą w codziennym życiu.

Jest to choroba przewlekła, objawiająca się wysokim poziomem cukru we krwi. Jest on dlatego wysoki, ponieważ organizm produkuje za mało insuliny – hormonu produkowanego przez trzustkę. Jej działanie polega na obniżaniu poziomu cukru we krwi. Drugą natomiast przyczyną podwyższonego poziomu cukru jest oporność komórek na insulinę, czyli mimo że insulina jest obecna, nie powoduje spadku cukru. Zazwyczaj w cukrzycy występują obydwa te zaburzenia. Z jednej strony jest za mało insuliny, z drugiej nie działa ona prawidłowo na komórki.

Wysoki poziom cukru we krwi po pewnym czasie prowadzi do uszkodzenia drobnych naczyń krwiono-

śnych w nerkach, a to powoduje przedostawanie się białka do moczu. Na początku są to małe cząsteczki białka – albuminy, w bardziej zaawansowanym stadium dochodzi do białkomoczu. Nefropatia cukrzycowa przebiega podstępnie, bo bez wyraźnych objawów (pierwszym objawem może być niewielki wzrost ciśnienia tętniczego krwi), jednak może doprowadzić do niewydolności nerek i konieczności poddawania się dializom.

Każdy pacjent potrzebuje indywidualnego podejścia do swojej choroby. Możemy mu to zapewnić poprzez częste rozmowy na temat pojawiających się problemów.

Źle leczona cukrzyca może być przyczyną różnych powikłań. Dlatego tak ważna jest samokontrola i prawidłowe wyrównanie choroby. O dobrym wyrównaniu cukrzycy świadczy brak subiektywnych dolegliwości charakterystycznych dla tej choroby, utrzymanie należytej masy ciała, prawidłowe wartości glikemii, ciśnienia tętniczego, cholesterolu oraz trójglicerydów.

Każdy pacjent chorujący na cukrzycę doskonale zna pojęcia hiperglikemii oraz hipoglikemii. My również jako pielęgniarki powinnyśmy uświadamiać naszym pacjentom, jakie są tego objawy oraz co robić, by poprawić stężenie cukru we krwi.

Hiperglikemia to wysoki poziom cukru we krwi. Powstaje, gdy z jakiegoś powodu brakuje organizmowi insuliny. Objawami są:

- uczucie senności,
- większe pragnienie (czasem większy apetyt niż zwykle),
- częste oddawanie moczu (również w nocy),
- sucha i swędząca skóra,
- większe zmęczenie,
- nieostre widzenie,
- bardzo wolno gojące się rany.

Z rozmów z pacjentami wnioskuję, że nie każdy z nich odczuwa objawy hiperglikemii i wtedy pewnym sposobem jej wykrycia jest oznaczenie poziomu cukru we krwi. W takiej sytuacji możemy choremu zalecić ograniczenie spożywania posiłków, stosowanie więcej ruchu czy picie wody. Ponadto każdy z pacjentów powinien prowadzić sumiennie zeszyt samokontroli poziomów cukru i jeżeli problem pojawia się często, konieczna jest wizyta u diabetologa lub dietetyka. Powinniśmy również pamiętać, że przy poziomie cukru ponad 180 mg%, dochodzi do przekroczenia tzw. progu nerkowego i wtedy przedostaje się on do moczu, natomiast gdy przekracza 300 mg%, może spowodować śpiączkę cukrzycową – stan zagrożenia życia.

Hipoglikemia to inaczej niedocukrzenie. W tym stanie poziom glukozy spada poniżej 55 mg/dl (3,0 mmol/l). Najczęstszymi przyczynami są: niezjedzony lub zbyt mały posiłek, nieprawidłowa dawka insuliny czy nadmierne spożycie alkoholu przy zbyt małej podaży węglowodanów. Dodatkowo sprzyjają temu choroby nerek, wątroby, zastoinowa niewydolność krążenia czy niedobory endokrynologiczne (niedoczynność tarczycy, przysadki czy nadnerczy). Objawami są:

- potliwość, zimne poty,
- drżenie i osłabienie,
- drętwienie ust,
- głód,
- zaburzenia widzenia,
- rozdrażnienie, zdenerwowanie, złość,
- niezdolność koncentracji,
- błądność,
- senność (a w konsekwencji utrata przytomności).

Stosunkowo łagodną reakcję spadku poziomu cukru we krwi można opanować, np. szklanką słodkiego soku lub coca-colą. Należy jednak pamiętać, że napoje te zamiast cukru zawierają zwykle sztuczny słodzik więc są na dłuższy okres czasu bezużyteczne. Warto zatem mieć przy sobie produkty zawierające szybko wchłaniające się węglowodany – cukierki bądź biszkopty.

Chorzy i ich rodziny szczególnie obawiają się, że napad hipoglikemii może wystąpić w nocy i sprawić, że chory już się nie obudzi. Objawy spadku poziomu glukozy we krwi prawdopodobnie obudzą chorego, a często zdarza się, że chory przesypia ciężką hipoglikemię, a potem się budzi. W odpowiedzi na obniżanie się poziomu glukozy organizm mobilizuje różne hormony, które korygują patologię, pobudzając uwalnianie rezerw cukru. Po takim epizodzie człowiek budzi się z bólem głowy i innymi objawami przypominającymi ciężkiego kaca. Jeśli chory często budzi się ze złym samopoczuciem tego rodzaju, powinien kilkakrotnie sprawdzić poziom cukru w nocy, aby przekonać się, czy nie miewa nocnych hipoglikemii, o których nie wie. Powinien wówczas przedyskutować z lekarzem ewentualną korektę wieczornej dawki lub zmianę rodzaju insuliny.

Bardzo ważna jest zatem samokontrola, czyli aktywny udział w terapii osoby chorej na cukrzycę, na który składa się wiele decyzji i czynności wykonywanych samodzielnie lub przez najbliższe otoczenie, np. rodzinę. Celem jest ocena wyrównania metabolicznego cukrzycy i jej powikłań oraz umiejętność modyfikacji swojej terapii. Polega ona na:

- oznaczaniu stężenia glukozy we krwi,
- pomiarze ciśnienia tętniczego,
- pomiarze masy ciała,
- kontroli stężenia acetonu i glukozy w moczu,
- kontroli stanu stóp,
- prowadzeniu dzienniczka samokontroli,
- umiejętności samodzielnego podejmowania decyzji w zależności od uzyskanych wyników.

Samokontrola jest integralną częścią leczenia cukrzycy. Chorzy leczeni metodą wielokrotnych wstrzyknięć insuliny lub przy użyciu ciągłego podskórnego wlewu insuliny powinni na co dzień wykonywać dobowy profil glikemii, obejmujący oznaczenia stężenia glukozy: rano na czczo, przed i 90–120 minut po każdym głównym posiłku oraz przed snem. Częstość i pory dodatkowych oznaczeń należy dobierać indywidualnie.

Źle leczona cukrzyca może być przyczyną różnych powikłań. O jej dobrym wyrównaniu świadczy brak

Zasady rozpoznawania zaburzeń gospodarki węglowodanowej za: Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2011

Zasady rozpoznawania zaburzeń gospodarki węglowodanowej	
Glikemia przygodna – oznaczona w próbce krwi pobranej o dowolnej porze dnia, niezależnie od pory ostatnio spożytego posiłku	Glikemia na czczo – oznaczona w próbce krwi pobranej 8–14 godzin od ostatniego posiłku
≥ 200 mg/dl – cukrzyca (gdy występują objawy hiperglikemii: wzmożone pragnienie, wielomocz, osłabienie)	60–99 mg/dl – prawidłowa glikemia na czczo 100–125 mg/dl – nieprawidłowa glikemia na czczo ≥ 126 mg/dl – cukrzyca

subiektywnych dolegliwości charakterystycznych dla tej choroby oraz – o czym wspomniałam wcześniej – utrzymanie należytnej masy ciała, prawidłowe wartości glikemii, ciśnienia tętniczego, cholesterolu oraz trójglicerydów. Utrzymywanie bowiem prawidłowych wartości stężenia glukozy we krwi znacząco wpływa na zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań cukrzycowych. Ważne jest, aby sprawdzać poziom cukru również wtedy, gdy jest gorsze samopoczucie, gdy pacjent jest chory, dokuczają mu przeziębienie lub jakaś inna infekcja.

Każda z osób chorujących na cukrzycę powinna zostać przeszkolona w zakresie oznaczania glikemii i obsługi glukometru przez pracowników służby zdrowia. Pomiar stężenia glukozy we krwi przy użyciu glukometru polega na nakłuciu palca z opuszki, następnie wypływającą kroplę krwi nakłada się na pole testowe znajdujące się na pasku testowym. To, co badamy, to ogólne stężenie glukozy we krwi i jeśli chcemy otrzymać prawidłowy i wiarygodny wynik, należy się upewnić, czy glukometr eliminuje wpływ substancji zakłócających. Niektóre substancje znajdujące się w organizmie lub przyjmowane leki (szczególnie na przeziębienie) mogą zawyżać wynik pomiaru. Dzieje się tak dlatego, że glukometry, które nie mają funkcji eliminowania substancji zakłócających, rozpoznają te substancje jako cząsteczki glukozy i dodają do wyniku pomiaru.

Przed pomiarem stężenia glukozy we krwi pobranej z opuszki palca należy umyć ręce mydłem i ciepłą wodą. Następnie opłukać i wytrzeć dokładnie dłonie, sprawdzając, czy ręcznik jest czysty i niezanieczyszczony słodyczami. Nie należy używać kremu do rąk przed wykonaniem pomiaru, a gdy chcemy poprawić ukrwienie palców i zapobiec wyciskaniu próbki krwi, należy rozmasować dłonie w kierunku opuszek palców.

Ważne jest również sprawdzenie, czy próbka nie jest wyciskana, ponieważ wyciskając krew sprawiamy, że na palcu pojawia się więcej płynu, czyli osocza. Należy również zwrócić uwagę, czy próbka nie jest zanieczyszczona brudem z palców czy resztkami jedzenia, gdyż wtedy wynik będzie nieprawidłowy.

Dla wielu chorych na cukrzycę, szczególnie w początkowym stadium choroby, samodzielne pobieranie do badania własnej kropli krwi za pomocą nakłucia palca jest dużym wyzwaniem. Jednak nowoczesne nakłuwacze posiadają cieniutkie sprężynowe ostrze,

dzięki któremu można nastawić ukłucie na pożądaną głębokość.

Leczenie dietetyczne cukrzycy nie polega na rygorystycznym przestrzeganiu bardzo uciążliwej diety, lecz na odżywianiu się zdrowo i racjonalnie. Należy pamiętać, że poziom glukozy o wiele łatwiej utrzymać w normie regularnie spożywając posiłki, dlatego zaleca się zjadać coś pożywczego co 3–4 godziny, a podczas pracy nocnej może być potrzebny dodatkowy posiłek.



Pomiar glikemii 1 godz. po posiłku wykonany glukometrem Accu Chek Active (zdjęcie własne).

Osobom ze świeżo rozpoznaną cukrzycą często radzi się, by schudły. Wiemy dobrze, że człowiek chudnie tylko wtedy, gdy zjada mniej pożywienia niż wymaga tego zwykła jego aktywność.

Zdrowa dieta oznacza spożywanie właściwych i urozmaiconych produktów, a ograniczenie tych, które przynoszą więcej szkody niż pożytku. Przy każdym posiłku należy zachować następujące proporcje:

- dwie piąte porcji powinny stanowić węglowodany złożone, najlepiej bogatoresztkowe – chleb razowy, ryż, razowy makaron,
- dwie piąte porcji powinny stanowić warzywa lub owoce,
- pozostałą jedną piątą powinno stanowić źródło białka, np. mięso, ryby, jaja, rośliny strączkowe bądź sery.

W kolejnym numerze „DiT” zaprezentuję najważniejsze elementy diety cukrzycowej.

RAJMUND MICHAŁSKI
Zabrze

Jesień 2013 w OSOD, czyli gdzie byliśmy

Tam, gdzie dzieje się coś ważnego i interesującego w zakresie relacji pacjent nefrologiczny–pielęgniarka–lekarz, nie mogło oczywiście zabraknąć nas, czyli Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych z siedzibą Krakowie. W ostatnich miesiącach 2013 roku działo się sporo, więc był to wzmożony okres naszej aktywności. Poniżej krótkie podsumowanie z tych spotkań.

W dniach 21–22 września w hotelu Exploris w Szczyrku miała miejsce I Konferencja Pielęgniarek Nefrologicznych, Dializacyjnych i Transplantacyjnych Polski Południowej zatytułowana „Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa nefrologicznego”. Ta niezwykle potrzebna inicjatywa została bardzo pozytywnie odebrana w środowisku, czego dowodem była wysoka frekwencja nie tylko pielęgniarek z Polski południowej. Program spotkania obejmował różnego rodzaju zagadnienia istotne z punktu widzenia pielęgniarek zaangażowanych w opiekę nad pacjentem chorym na nerki, na różnych etapach tej choroby. (Więcej o tym spotkaniu w tym numerze „DiT” w relacji mgr Anny Kliś).

Ze strony Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych wykład wygłosiła jego prezes – dr Iwona Mazur („Współpraca pacjentów z pielęgniarkami”) oraz niżej podpisany („Moje życie z chorobą nerek”). Tego typu spotkania pozwalają nam pacjentom przedstawić swój punkt widzenia na proces leczenia i w miłej, nieoficjalnej atmosferze, bez presji czasowej przedyskutować nasze problemy i relacje z pielęgniarkami i lekarzami.

14 listopada w kameralnej atmosferze krakowskiej restauracji Cafe Caroline z inicjatywy Pani Małgorzaty Rakowskiej – pacjentki dializowanej działającej w OSOD, miało miejsce spotkanie zatytułowane „Wieczór z nerką i piosenką”. Część oficjalną poprowadził dr Adam Markiewicz, który wygłosił ciekawy wykład zatytułowany „Choroby nerek – problem ważny i niedoceniany”, a w części artystycznej wystąpił zespół Moniki Markowskiej. Ten przemiły wieczór był kolejną okazją do spotkania się w gronie osób dializowanych i po transplantacji nerki oraz wszystkich tych, którym nie są obce nasze problemy.

W dniach 21–23 listopada już po raz 13 w auli Akademii Muzycznej w Katowicach odbyło się seminarium zatytułowane „Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym”. Jak co roku, celem seminarium było omówienie najbardziej aktualnych i ważnych z praktycznego punktu widzenia zagadnień z zakre-



su nefrologii i leczenia nadciśnienia tętniczego. Obrady rozpoczęły się w czwartek 21 listopada o godz. 8.30, a zebranych powitał Kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach prof. Andrzej Więcek. Tuż po nim do licznie zebranych w pięknej auli Akademii Muzycznej w Katowicach uczestników seminarium kilka słów skierowała prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych z siedzibą Krakowie dr Iwona Mazur. Fakt ten dobitnie świadczy o uznaniu działań naszego stowarzyszenia przez środowisko lekarskie.

Seminarium było perfekcyjnie zorganizowane, a wygłoszone przez wybitnych polskich i zagranicznych lekarzy wykłady przyniosły wiele nowych, istotnych informacji o metodach leczenia chorób nerek i ciśnienia tętniczego. Jak co roku, dzięki życzliwości prof. Andrzeja Więcka, uczestnikiem seminarium było Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych.

Po raz piąty z inicjatywy Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych w Krakowie miało miejsce uroczyste wigilia osób dializowanych i po transplantacji. W restauracji pensjonatu „Na Wzgórzach” w sobotę 14 grudnia po południu spotkali się w gronie około 50 osób pacjenci dializowani metodą hemodializy, jak i dializy otrzewnowej, a także osoby po transplantacji nerki, ich rodziny, pielęgniarki i wszyscy, którym bliskie są nasze sprawy.

To uroczyste spotkanie otwarła prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych dr Iwona Mazur oraz ks. infułat Jerzy Bryła. Po złożeniu sobie nieraz bardzo osobistych życzeń i połamaniu się opłatkiem, zgromadzeni wysłuchali koncertu kolęd w wykonaniu artystów Opery Krakowskiej: Ewy War-

ty-Śmietany oraz Witolda Wrony. Następnie zasiedliśmy do przepięknie przystrojonego stołu, gdzie podczas obiadu był czas na tak nam wszystkim potrzebne rozmowy i podzielenie się swoimi problemami, jak i radościami. Podczas tych rozmów powspominano swoje własne historie, słuchano innych, nieraz bardzo doświadczonych osób, jak i doceniono, jak wiele pozytywnego zmieniło się w minionych latach w polskiej nefrologii. Podczas spotkania była okazja na wspólne śpiewanie kolęd oraz pamiątkowe zdjęcia.

Dziękujemy firmie Diaverum oraz NEFRON S.N.I.G.M.P. za pomoc w organizacji spotkania.

Plany na rok 2014 są ambitne, postaramy się być tradycyjnie na corocznym zjeździe Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego (Lublin, czerwiec), Krakowskich Dniach Dializoterapii (wrzesień) oraz seminarium w Katowicach (listopad). Poza tym konsekwentnie chcemy pomagać tym wszystkim, którzy potrzebują wsparcia w swoich problemach związanych z chorobą nerek, ale efektywność naszych działań zależy także od Was – osób, które jeszcze nie wiedzą, dla kogo jest Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych. A więc do zobaczenia wkrótce, a zawsze na stronie www.osod.info.

MGR ANNA KLIŚ

Przewodnicząca Zespołu ds. Pielęgniarstwa Nefrologicznego i Dializacyjnego
Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa nefrologicznego

Sprawozdanie z I Konferencji Pielęgniarek Nefrologicznych, Dializacyjnych i Transplantologicznych Polski Południowej



W dniach 20–21 września 2013 roku w Szczyrku odbyła się **I Konferencja Pielęgniarek Nefrologicznych, Dializacyjnych i Transplantologicznych Polski Południowej „WYZWANIA WSPÓŁCZESNEGO PIEŁĘGNIARSTWA NEFROLOGICZNEGO”**, zorganizowana przez Beskidzką Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej oraz Zespół ds. Pielęgniarstwa Nefrologicznego, działający przy ww. Izbie. Honorowy patronat nad Konferencją objęły: **dr n. med. Grażyna Franek** – przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Oddział w Katowicach oraz **mgr piel. Beata Białobrzaska** – przewodnicząca Fundacji Rozwoju Pielęgniarstwa Nefrologicznego i Transplantologicznego z siedzibą w Gdańsku.

W spotkaniu, które odbywało się w Hotelu Explo-
ris w Szczyrku, wzięło udział ponad 100 uczestników. Otwarcia Konferencji dokonała **Małgorzata Szwed** – przewodnicząca Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej. Uroczyste otwarcie uświetnił wykład inauguracyjny wygłoszony przez **dr n. med. Grażyna Franek** zatytułowany: *Proces starzenia się społeczeństwa wyzwaniem dla pielęgniarek*.

Pierwszy dzień Konferencji poświęcony był transplantacji. Metoda przeszczepiania narządów, która stanowi jedną z ważniejszych i skuteczniejszych metod leczenia niektórych chorób, wciąż budzi wiele kontrowersji i zastrzeżeń, również w środowisku medycznym. Tematyka wystąpień zaprezentowanych w Szczyrku dotyczyła:

1. Opinii pielęgniarek i położnych na temat transplantacji Cukrzycy potransplantacyjnej.

2. Kontekstu psychologicznego decyzji o donacji żywego dawcy nerki i zgody na nią osoby chorej.

3. Aspektów prawnych oraz problemów etyczno-moralnych i społecznych przeszczepienia od żywego dawcy oraz

4. Nowatorskich metod transplantacji, jaką jest przeszczep twarzy.

Celem Konferencji było nie tylko zaprezentowanie najnowszej wiedzy medycznej, ale również udzielanie skutecznego wsparcia pacjentom z przewlekłą chorobą nerek i ich rodzinom. Dlatego do wystąpienia w każdej sesji organizatorzy zaprosili osoby, które najlepiej znają temat, czyli pacjentów. Pani **dr Iwona Mazur** oraz pan **Michał Dębski-Korzec**, reprezentujący **Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych**, przygotowali prezentację dotyczącą współpracy pacjentów z pielęgniarkami. Autorzy podkreślili, że najlepszy efekt leczenia jest możliwy do osiągnięcia tylko w przypadku współpracy pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego, gdzie pacjent nie tylko znajduje się w centrum działań, ale również jest członkiem tego zespołu.

Głos zabrał również pan **Mariusz Szumera**, ojciec dwóch córek, które wymagały leczenia nerkozastępczego. Państwo Szumerowie oddali po jednej nerce swoim córkom. I chociaż dawcy rodzinni twierdzili, że nie zrobili nic niezwykłego, „bo przecież każdy na ich miejscu zrobiłby to samo”, to statystyki mówią coś innego.

Nieco odmienne było wystąpienie pana **Marcina Sury**, który podzielił się z uczestnikami Konferencji

historią swojego życia, zwłaszcza związanego z chorobą. Ponieważ uważa on, że przeszczepiona nerka odmieniła jego życie i niejako stała się zaczynem nowego życia, postanowił w pewien sposób się zrewanżować i został ratownikiem GOPR. Te niezwykle wystąpienia na długo pozostaną w pamięci słuchaczy.

Drugi dzień Konferencji poświęcony był problemom pacjentów nefrologicznych i dializowanych. Tytuły poruszanych w tym dniu zagadnień to:

- Cięża u chorej z przewlekłą chorobą nerek.
- Przyczyny niewydolności nerek i leczenie nerkozastępcze u dzieci.
- Zapobieganie zakażeniom na stacji dializ.
- Zastosowanie aparatu BCM w dializoterapii.
- Dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym.
- Pacjent dializowany odżywiany pozajelitowo.
- Nefrokardiologia oraz.
- Starość dziś i jutro z dializą otrzewnową.

Uzupełnieniem ostatniej prezentacji było wystąpienie pana **Rajmunda Michalskiego**, wykładowcy Państwowej Akademii Nauk, człowieka aktywnego oraz osoby po transplantacji nerki, a wcześniej dializowanego otrzewnowo.

Zaprezentowane wykłady były na wysokim poziomie merytorycznym i dotyczyły pielęgniarstwa nefrologicznego dorosłych, jak i dzieci. Nie tylko poszerzyły wiedzę zawodową słuchaczy, ale również skłaniały do wielu osobistych refleksji. Wszystkim prelegentom serdecznie dziękuję za trud włożony w przygotowanie wykładów, a sponsorom za wsparcie finansowe, bez którego nie byłoby możliwe zorganizowanie konferencji tak ważnej dla środowiska pielęgniarstwa nefrologicznego Polski Południowej. Pragnę również podziękować osobom zaangażowanym w przygotowanie spotkania oraz wszystkim uczestnikom, dzięki którym udało się stworzyć tak niepowtarzalną atmosferę.

E-rewolucja w diagnostyce funkcjonowania przetoki tętniczo-żylnej

Dynamicznie rozwijająca się **Spółka NEFRON**, będąca dostawcą usług telemedycznych, po raz kolejny wyszła naprzeciw potrzebom osób dotkniętych schorzeniami nerek.

Dzięki innowacyjnemu projektowi systematyczna diagnoza funkcjonowania przetoki tętniczo-żylnej stała się możliwa w każdym miejscu i o każdej porze. Wystarczy telefon i dostęp do sieci Internet, żeby w zaledwie kilka sekund sprawdzić stan swojego zdrowia. Jak to możliwe? Dzięki zaawansowanej metodzie analizy widma oraz wariantowaniu algorytmów interpretujących uzyskiwane dane, nagranie dźwięku, uzyskane poprzez przyłożenie telefonu do przetoki żylnej, daje możliwość otrzymania wiarygodnego wyniku diagnozy. Całe badanie trwa zaledwie 10 sekund, a wynik dostępny jest niemal od razu po zakończeniu testu. Jest to niezawodny sposób na zaoszczędzenie czasu i zmniejszenie kosztów dla wszystkich osób dializujących się. Aplikacja zapewnia również archiwizację wyników przeprowadzonych badań, ich bezterminowe przechowywanie oraz dostęp do indywidualnego archiwum dokumentacji diagnostycznej.

Wydawałoby się, że to nowoczesne rozwiązanie musi być bardzo kosztowne. Nic bardziej mylnego. Każdy użytkownik może dobrać jeden z pięciu dogodnych pakietów cenowych i dokonać diagnozy już od niespełna 8 zł za badanie.

Udostępnienie tej specjalistycznej platformy diagnostycznej to prawdziwy przełom w branży telemedycyny na skalę światową. Pomysłodawcą tego rewolucyjnego projektu jest Piotr Dulkiwicz, który

dzięki swojemu osobistemu doświadczeniu doskonale rozumie osoby ze schorzeniami nerek. Jego działalność zawodowa w dziedzinie projektowania sprzętu medycznego połączona z własną wiedzą na temat dializowania się pozwoliły na wprowadzenie tych nowatorskich rozwiązań.

Osobiste zaangażowanie Dulkiwicza, Prezesa Zarządu Spółki NEFRON.eu, jest przyczyną niezwykle dbałości w osiągnięciu celu, jakim jest zdalna diagnostyka wypierająca uciążliwe, długotrwałe i kosztowne wyjazdy do gabinetu lekarskiego. Dzięki temu życie osób dializujących się stanie się zdecydowanie łatwiejsze i bardziej mobilne.

To jeszcze nie wszystko. NEFRON udostępnił również dodatkową e-usługę ułatwiającą zaplanowanie bezpiecznej podróży. Baza hotelowa NEFTRIP to niezwykle przydatny katalog placówek rekreacyjnych spełniających standardy bezpieczeństwa i warunków dla osób hemodializowanych i dializujących się otrzewnowo.

Realizację przedsięwzięcia niezwykle ułatwiły fundusze unijne, w ramach Działania 8.1 Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka – wspieranie działalności gospodarczej w dziedzinie gospodarki elektronicznej. Realizowany projekt nosi nazwę „Tediagnostyka przetoki tętniczo-żylnej w modelu usług elektronicznych oraz usługi dodatkowe – innowacyjne produkty w branży telemedycyny” i jest dofinansowany w 70%.

Odwiedź stronę www.nefron.eu, a Twoje życie stanie się bardziej mobilne i bezpieczne.

CZESŁAW SZCZUREK
Kraków

Jak przeżyć na dializach 25 lat



Drodzy czytelnicy!

Czytając ten artykuł na pewno zadajecie sobie pytanie: 25 lat na dializach? Tak to prawda, to nie słowa pocieszenia. Jestem tego najlepszym przykładem. Mimo przechodzenia w tym czasie różnych dolegliwości, które poniekąd mają związek z dializami, zawsze starałem się być psychicznym sprzymierzeńcem tych dolegliwości, a to, jak wiadomo, pomaga lekarzom nie tylko w diagnostyce, ale w pokonaniu choroby. Historia moich dializ rozpoczęła się w Klinice Nefrologii w Krakowie przy ul. Kopernika, prowadzonej przez prof. Zygmunta Hanickiego.

Najpierw po długoletnim leczeniu zachowawczym trwającym od 1978 roku, czyli przez 8 lat, trafiłem na dializy otrzewnowe do Kliniki Nefrologicznej w Krakowie. Muszę w tym miejscu dodać, że na ówczesne czasy w tak dużym mieście jak Kraków były tylko dwie stacje dializ. Jedna przy Klinice Nefrologii, z ograniczoną liczbą miejsc do dializ, a druga w Instytucie Pediatrii Szpitala Dziecięcego, przeznaczona dla dzieci z chorobą nerek. Ponieważ choroba szybko postępowała w międzyczasie wykonano mi przetokę na lewym przedramieniu, która do dnia dzisiejszego z małymi korektami funkcjonuje.

Moja – jak ja to nazywam kariera na dializach – rozpoczęła się od dializ otrzewnowych, które z perspektywy czasu można określić jako raczkowanie małego dziecka w porównaniu z tym, co jest dzisiaj. Postęp medycyny jest tak duży, że – jak się opowiada obecnie przychodzącym na dializę – jest wręcz niewyobrażalna zmiana, która nie daje się opisać. Pamiętam duże gabarytowo dializatory o małej wydajności, reutilizowane, tzn. wielokrotnego użytku. Igły i linie do przepływu krwi przez maszynę do dializ były wielokrotnego użytku, a płyny do dializ przygotowane na bieżąco w 150-litrowych pojemnikach, co powodowało zagrożenia dla zdrowia pacjenta. To ta rzeczywistość, z którą spotkałem się na początku moich dializ. Jakże inaczej wygląda dzisiejsza dializa. Mimo iż wtedy było nas mało, dializa trwała długo, to mogę stwierdzić, że była to wtedy jedyna metoda przy poważnej chorobie nerek, która dawała możliwość prowadzenia ograniczonego, ale jakże cennego życia.

A dziś? No cóż, nie da się tego porównać, bo w tak krótkim czasie zmieniło się tak wiele. Powstały w Krakowie dwie duże stacje dializ, a także kilka w okolicach Krakowa.

Jedna z tych Stacji, w której mam przyjemność, chociaż nie wiem czy to przyjemność, ale na pewno ratunek dla mojego życia, to stacja w Nowej Hucie, w szpitalu im. L. Rydygiera. Jest ona nowoczesna, odpowiednio wyposażona w najnowocześniejszą aparaturę. Dializuje się w niej ponad 200 pacjentów. Należy dodać, że mimo tak dużej liczby przyjaźnie, koleżeństwa, a także sympatie z personelem pielęgniarskim i lekarskim, co pozwala choremu szybko przyzwyczać się do podwójnego życia: szpital–dom, pomaga się również młodszymi, rozpoczynającym dializę pacjentom.

Jak teraz wygląda dializa? Każdy z potrzebujących pacjentów ma przyznany transport sanitarny, lekki posiłek po dializie z kubkiem herbaty, który wzmacnia pacjenta po zabiegu. W moim przypadku oswojenie się z chorobą trwało bardzo krótko. Przecież miałem rodzinę, zacząłem się na tyle dobrze czuć, że jeszcze przez pewien czas pracowałem, co pomagało mi patrzeć na życie z optymizmem. Ważnym elementem w tym wszystkim było wsparcie rodziny, znajomych i przyjaciół. Trudnością dla moich bliskich była zmiana diety – przystosowanie się do nowego rodzaju posiłków – z ograniczeniem niektórych składników pokarmowych, ale i do wszystkiego można się przyzwyczaić.

Tak oto pokrótce wygląda moja 25-letnia kariera na dializach. Każdy dzień przynosi coś nowego, ale należy na to patrzeć z wyrozumieniem, bo jutro może być tylko lepiej.

W tym miejscu wypada mi serdecznie podziękować wszystkim Lekarzom, Pielęgniarkom, Paniom salowym oraz Technikom, których spotkałem na swojej drodze dializacyjnej. To dzięki Nim oraz mojemu pragnieniu życia mogę stwierdzić, że jestem tak długo dializowany pacjentem.

Pragnę również przekazać słowa otuchy tym, którzy zaczynają dializy. To jest choroba groźna, ale należy się z nią zaprzyjaźnić i czerpać z życia to, co najlepsze. Wszystkim chorym, dializowanym i po przeszczepach składam tą drogą najserdeczniejsze życzenia, dużo zdrowia i wytrwałości w pokonywaniu przeszkód.

AGNIESZKA KUBLIK

Gazeta Wyborcza

Pani doktor od zmartwychwstania

Ludzie umierają z różnych powodów i nie mam na to wpływu. Ale mam wpływ na to, że ratują życie innego człowieka. Rozmowa z Magdaleną Durlik*.

Agnieszka Kublik: Jest rok 1978. Profesor Tadeusz Orłowski szuka do Instytutu Transplantologii asystenta płci męskiej.

Prof. Magdalena Durlik: Szukał dobrego chłopaka, ale mój kolega powiedział mu, że zna dobrą dziewczynę.

Musiała być pani o niebo lepsza od kolegów, skoro to panią wybrał pionier polskiej transplantologii.

– Może nie miał porównania?

To skromność?

– Nie, skończyłam studia z wyróżnieniem. Profesor mnie zaakceptował, ale nie chciałam u niego pracować. Nie interesowałam się transplantologią, udzielałam się w kółkach endokrynologicznych, diabetologicznych, poza tym Orłowski uchodził za bardzo srogiego i wymagającego szefa. Wszyscy mnie uspokajali, że to tylko rok stażu podyplomowego, potem mogę zmienić pracę.

Została pani prezesem Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego i członkiem wielu innych organizacji transplantacyjnych polskich i międzynarodowych. Jest pani autorką 320 publikacji, 70 rozdziałów w podręcznikach medycznych. Prof. Orłowski musiał być przekonujący.

– Wielki autorytet, ale przez lata mocno nas gnębił. Właściwie dopiero na starość zaczął mnie chwalić.

* **Magdalena Durlik** – specjalizuje się w chorobach wewnętrznych, transplantologii i nefrologii, choć chciała być diabetologiem lub endokrynologiem. Nie umie leżeć do góry brzuchem. – Byłam najlepszą uczennicą, w domu grzecznie wypełniałam obowiązki. Później wyręczałam dzieci i męża – przyznaje. W 2011 r. odznaczona Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Wiele się od niego nauczyliśmy, pod koniec lat siedemdziesiątych transplantologia w Polsce dopiero się rodziła. Pierwszą nerkę przeszczepiliśmy w 1966 r.

Na świecie w 1954 r.

– Od bliźniaka jednojajowego, od niespokrewnionego dawcy na początku lat sześćdziesiątych. Spodobało mi się to, bo transplantologia to jest rodzenie się nowego życia, porównuję ją z położnictwem. Jeżeli przeszczep się udaje, gołym okiem widać szybki powrót do zdrowia, pracy, przyjaciół, rodziny. Wszyscy są szczęśliwi, pełni nadziei.

Nawet gdy to przeszczep od zmarłego dawcy?

– To dar życia. Ludzie umierają i nie mam na to wpływu. A na to, że ratują życie innym, mam. Nie jestem chirurgiem, nie pobieram narządów, to poza moją świadomością. Zaczynam wszystko od kwalifikacji do przeszczepienia.

Jednak na staż chirurgiczny pani poszła, chociaż prof. Orłowski protestował: „Koleżanko, kto tu będzie za panią pracował?!”.

– Uparłam się. Wydawało mi się, że powinnam zobaczyć zabieg przeszczepienia nerki. Na staż trafiłam do szpitala na Banacha. Tam spotkałam Durliką, przyszłego męża. W szpitalnej kawiarni Marek akurat odrabiał ćwiczenia z chirurgii.

Jak się zakochują w sobie lekarze? Rozmawiają o chorobach?

– Rozmawialiśmy o chirurgii. Po stażu szybko wyszłam za męża. Rok po ślubie urodziła się Kaśka, Marcin trzy lata potem.

Orłowski nie tolerował zwolnień na dzieci.

– Nie chodziłam na zwolnienia na chore dzieci! W czasie ciąży też nie. W dniu porodu byłam w pracy. I wróciłam zaraz po macierzyńskim, nie było mowy, żebym wychowawczy brała. Ale miałam nianię, ciocie Jasię. Rodzice pracowali do 70. roku życia, jestem profesorskie dziecko, teściowa wtedy jeszcze mieszka-

ła w Gdańsku. Gdybym brała zwolnienia na dzieci, wszyscy by krzywo patrzyli. Gdy wróciłam po macierzyńskim, byłam już wpisana na dyżury. I nie śmiałam nawet pisać.

Dyżur to 24 godziny w pracy. W tej chwili prawo pozwala lekarce do 4. roku życia dziecka nie dyżurować. Casy się zmieniały...

A co z karmieniem piersią?

– Od razu po porodzie gorączki strasznej dostałam i nie mogłam karmić.

Niania mieszkała z wami?

– Dojeżdżała, mieszkaliśmy u rodziców. Mąż pracował, dyżurował. Pierwsze kąpiele dzieci robił, bo ma duże łapy. Jak się Marcin urodził, dostaliśmy mieszkanie na Ursynowie z tzw. puli czerwonych dyplomów – miałam taki dyplom – to przyspieszało przydział. Ponieważ byłam nauczycielem akademickim, dostaliśmy jeden pokój więcej. Jak na tamte czasy mieliśmy nieźle, cztery pokoje, 65 m². Wprawdzie ściany przemarzały, zapowietrzały się kaloryfery, ale... już nie chcieliśmy mieszkać u rodziców. Zostałam jednak sama, bo Marek wyjechał na dwa lata do Francji na stypendium. Starym „maluchem” rano Kasię wiozłam do przedszkola, Marcina do rodziców na Mokotów, bo niania nie chciała jeździć na Ursynów.

Gdy Marcin też poszedł do przedszkola, to nianię miałam w zapasie. Więc jak dziecko mi zachorowało, nie szłam na zwolnienie. Zresztą, odpukać, dzieci były grzeczne i nie chorowały, poza ospą.

A nocne dyżury?

– Zostawiałam dzieci u rodziców.

Wyjazd męża to była wspólna decyzja?

– Nie. Marek był przekonany, że to dla dobra rodziny, bo będzie się rozwijał i coś zarobi. Zagraniczne stypendia to były dla nas duże pieniądze. Nie było dyskusji. Uważał, że sobie poradzę.

Miał jednorazową wizę. W pierwszym roku stypendium przyjechał raz, na Boże Narodzenie. Pojechałam do niego latem, musiałam mieć zaproszenie, wizę, to były inne czasy. Nie mieliśmy w domu telefonu, żeby porozmawiać, jechałam do rodziców na umówioną godzinę, ale czasami czekałam pół nocy, a Marek i tak połączenia z Polską nie dostał.

Kiedy pani pisała doktorat?

– Jak mąż był we Francji. Obroniłam się pierwsza. Habilitację też przed mężem zrobiłam.

Zajmując się dziećmi i pracując na cały etat?

– Jestem pracowita i... dzięki Bogu za nianię. Ale żeby było jasne – gdy Marcin poszedł do przedszkola, niania przyjeżdżała tylko wtedy, gdy dzieci były chore. A i tak na nianię szła moja pensja. Marek nie miał jak pieniędzy przysłać, pomagali rodzice.

Sprzątanie, pranie, gotowanie – wszystko na pani głowie?

– Wszystko robiłam sama.

To kiedy ten doktorat powstawał?

– Żebym mogła zdążyć rozwieźć dzieci, musiały wstawać o szóstej, więc o 20 zasypiały. Kąpiel o 19, dobranocka i spać. Sprzątałam i prałam w sobotę, gotowanie nie zajmowało mi wiele czasu. Pisałam od 21 do północy. Ale warto było.

Obroniła pani doktorat w 1985 r.

– Marcinek miał dwa latka, Kasia niecałe pięć. Syn jedyny słuchał grzecznie, kiedy trenowałam wystąpienie. Kasia do tej pory pamięta początek: „Panie dziekanie...”.

Ale dzieci lekarzami nie zostały.

– Niestety. Nawet nie rozważały – może miały za dużo medycyny? Dziadkowie i rodzice lekarze, mój brat i bratowa lekarze. Córka skończyła psychologię i Human Resources Management. Pracuje w Australii w agencji opiekującej się ludźmi starymi. Widzi, jak wysoka jest pozycja społeczna lekarza, i żałuje, że nie poszła na medycynę.

Syn skończył SGH, pracuje w banku w londyńskim City. Marcin bał się krwi, gdy ojciec przychodził do domu w zakrwawionym ubraniu. Teraz są lepsze fartuchy, krew nie przesiąka.

Jak mąż przyjął, że pani miała doktorat szybciej?

– Skończył studia dwa lata po mnie, jest młodszy, więc to nie było nic dziwnego. A mnie mobilizował etat akademicki. Jeśli nie obroniło się w osiem lat po studiach, traciło się posadę. Jestem dość ambitna. No i spodobała mi się transplantologia.

Potem zaczęła pani przygotowywać habilitację.

– Marek też. Mężczyźni konkurują z kobietami. To normalne. Moja habilitacja nie była napisana jego kosztem. Tylko moim. Marek jest pracoholikiem, a chirurgia jest bardzo męcząca, stresująca i absorbująca. Kiedy wrócił z Francji, ze szpitala szedł do Zakładu Chirurgii PAN, gdzie szczurki operował, znieczulając je eterem. Wracał tak nim przesiąknięty, że chyba go to usypiało. Dlatego w domu wszystko robiłam sama. Nie jestem w stanie czekać, po prostu szlag mnie trafia. Nie mogę usiąść do czytania czy pisania. Ale niech to nie wygląda na narzekanie, dałam radę.

Jednak mąż w domu profesora nie potrzebował.

– Tak, gdy się rozwodziliśmy, powiedział, że nie chce mieć żony profesora. Ale myślę, że to tylko pretekst. Nasze drogi dużo wcześniej zaczęły się rozchodzić, nie z powodu mojej nominacji, tylko – jak to bywa – z wielu przyczyn...

W Instytucie Transplantologii pracowała pani z samymi mężczyznami.

– Orłowski nie lubił zatrudniać kobiet. Ja mam bardziej damski zespół. Mężczyzna jest dyspozycyjny, nie zachodzi w ciążę, ale to kobiety są lepiej zorganizowane, bo wiedzą, ile wart jest ich czas.

Jak się rządzi facetami?

– Nie staram się nimi rządzić. Zwłaszcza chirurgami.

Zwłaszcza chirurgami?

– To niezwykle silne osobowości. Zawsze ich słucham, bo nie umiem pobrać narządu ani go przyszyć, więc jak chirurg tego nie robi, nie mam materiału do pracy. Chirurg jest najważniejszy, ale transplantologia jest bardzo interdyscyplinarna. Anestezjolodzy, interniści, hepatolodzy, nefrolodzy, zakaźnicy – moje zadanie polega na tym, by wszyscy współpracowali. Cenię wiedzę chirurgów, ale mam też świadomość, że oni cenią moją. Prawie 35 lat siedzę w transplantologii.

Siedzimy w szpitalnym gabinecie, od prezesa i profesor właśnie wyszedł pacjent.

– Jestem nietypowym profesorem, lubię przyjmować w poradni. To wzbogaca moje doświadczenie kliniczne. Nie wszędzie tak jest, ale u nas każdy pacjent ma swojego lekarza od przeszczepienia. Zajmuję się nimi po wyjściu z oddziału chirurgicznego. Tu najlepiej się czuję, zwłaszcza jak widzę mojego pacjenta, który już tyle lat chodzi z przeszczepem i cieszy się, że mnie widzi. Widzi pani te kwiaty? Od pacjentki z cukrzycą, która świętowała dziś 20. rocznicę przeszczepienia nerki i trzustki. Całkiem spory mam klub 20-latków, prawie 20 osób. Rekordzista nosi w sobie tę samą nerkę od 1978 roku – 35 lat po przeszczepie! To olbrzymia satysfakcja. Przychodzą jako młodzi, teraz są dorośli, niektórzy po kilku przeszczepieniach. Bo zdarza się, że tracą nerkę, rok, dwa, trzy dializują się, dostają drugi przeszczep i wracają. Mam już kilku pacjentów po trzecim przeszczepieniu. Kiedyś wydawało się, że przedłużamy życie o kilka lat, teraz o kilkadziesiąt. I to dobrego życia. Ci ludzie kończą studia, wielu ożeniło się, wyszło za mąż, niektórzy doczekali się wnuków. Kiedyś chcieli tylko doczekać komunii dziecka. Teraz pacjentka – 25 lat po przeszczepieniu nerki – mówi: „Czy ja myślałam, że dożyję ślubu córki?”

Potrafi pani skojarzyć pacjenta z przeszczepionym organem?

– Wiem, u kogo przeszczepialiśmy nerki, u kogo wątrobę. Pamiętam wszystkich pacjentów, znam na pamięć historie ich chorób, adresy.

Jest pani dla nich więcej niż lekarzem. Spotykacie się kilka razy w roku przez kilkadziesiąt lat. Ale nie zaprzyjaźnia się pani. Da się tak?

– Da się. Znam przypadek lekarza, którzy ożenił się z pacjentką. Była dużo młodsza. Zmarła. Ogromnie to przeżył.

Pod moją opieką jest dwustu pacjentów. Znam ich troski, wiem, co się dzieje u dzieci moich pacjentów. Ale nigdy nie dawałam się namówić na komunię, ślub. Boję się zbyt bliskich relacji pacjent–lekarz. Pa-

cient nie może oczekiwać ode mnie cudów. Niestety, nie dokonam cudu. Nie przedłużę funkcjonowania przeszczepionego narządu w nieskończoność. Nie przesunę ich w kolejce oczekujących. Nie mogę jednemu pacjentowi dać lepszego organu niż drugiemu. To komputer decyduje według ustalonych przez nas kryteriów. Każdemu dam tak samo, każdego traktuję tak samo, bo takie są możliwości medycyny transplantacyjnej.

Co się w Polsce przeszczepia – serce, wątrobę, płuca, nerki, trzustkę, jelita, kości, rogówkę, łąkotkę?

– Nie przeszczepiamy jelita cienkiego. Centrum Zdrowia Dziecka szykuje się do tego, to jest bardzo trudny zabieg i nie taki łatwy technicznie. Dużym plusem jest to, że wreszcie zaczęto płuca przeszczepiać – w Śląskim Centrum Chorób Serca. Nawet u dzieci.

Najczęściej przeszczepiane organy?

– Nerka, wątroba, serce. Liczba przeszczepianych serc nie rośnie, na świecie i w Polsce. Nie jest to spektakularny efekt sprawy doktora G., po prostu bardzo zmieniła się kardiologia i kardiologia inwazyjna. Jest bardzo duży postęp w leczeniu choroby niedokrwiennej serca i wszystkich innych chorób serca. Najbardziej rośnie zapotrzebowanie na nerki i wątrobę.

Wskaźnik pobrań od zmarłych dawców – przelicza się na milion mieszkańców – wynosi w Polsce 11,2. W większości krajów Unii Europejskiej jest dwa–trzy razy wyższy.

– Polska ma 28 przeszczepień nerek na milion mieszkańców, a potrzeba 60 nerek. W Hiszpanii, która jest liderem w przeszczepianiu, jest ponad 40 dawców na milion mieszkańców, w Niemczech – 34, we Francji – 25. Jesteśmy w środku Europy, bo Czesi i Słowacy mają tylko 12 dawców na milion.

Najważniejszą przyczyną jest niezgłaszanie dostatecznej liczby zmarłych dawców przez szpitale. Nie oszukujemy się – to w części wina naszego środowiska. System koordynatorów przeszczepienia w każdym szpitalu ma to poprawić.

Unia Medycyny Transplantacyjnej prowadzi akcję w całej Polsce. Prof. Wojciech Rowiński jeździ i przekonuje dyrektorów szpitali, by nie patrzyli na koordynatora jak na wroga. Bo bywają tacy dyrektorzy i władze samorządowe, którzy nie akceptują pobierania organów od zmarłych dawców. Zachodniopomorskie ma najwięcej dawców na milion mieszkańców, na Podkarpaciu nie było ani jednego dawcy, dopiero po akcji prof. Rowińskiego zaczęły się zgłoszenia.

Trzeba zrobić wszystko, żeby zwiększyć liczbę narządów do przeszczepiania. Bierzymy tzw. dawców o rozszerzonych kryteriach, czyli np. starszych, z nad-

ciśnieniem. Dziecku czy 20-latkowi nie dam 70-letniej nerki, ale 70-latkowi 70-letnią nerkę dam. Taka nerka mu wystarczy.

Dam? Pani decyduje?

– Nie. Wszystko jest w programie komputerowym. Dobiera pod względem zgodności tkankowej, grupy krwi, czasu oczekiwania na przeszczepienie, wieku.

Przeszczepianie nerek jest scentralizowane, wybór biorcy nerki dla konkretnego dawcy odbywa się z puli wszystkich oczekujących w Polsce pacjentów.

Centrum Zdrowia Dziecka bierze wszystkie dziecięce nerki. Wątroba czy płuco inaczej, każdy ośrodek ma swoją listę i tam, też według kryteriów – wieku, czasu oczekiwania, relacji pomiędzy masą ciała biorcy a wielkością wątroby (mały człowiek nie może dostać wielkiej wątroby) – decydują.

No i są żywi dawcy.

– W Polsce wygląda to dramatycznie. W 2012 r. mieliśmy 51 żywych przeszczepień na 1075 przeszczepionych nerek. W 2011 – 40, w 2010 – 50. Średnia w Europie to 20% przeszczepień od żywego dawcy, u nas – 3,5%.

Hiszpania ma 6,6%.

– Bo Hiszpania ma tak dużo pobrań od zmarłych dawców, że nie potrzebuje tyle od dawców żywych. Tam potrafią niesamowicie wykorzystać zmarłego dawcę. Śmiertelność na liście oczekujących na nerki wynosi zero.

U nas w ciągu roku przewija się przez listę 2,5 tys. osób. Tysiąc się przeszczepia, 1,5 tys. zostaje na koniec roku.

Mamy duże trudności z kwalifikacją chorych do przeszczepienia. Największy problem to wyleczyć im zęby. Wszystkie muszą mieć zdrowe, ale to są biedni ludzie, nie pójdą prywatnie do stomatologa. Kończy się na tym, że wrywamy im wszystkie zęby, trzeba więc załatwić im hospitalizację w klinice szczękowej, a potem NFZ robi im protezę.

To my musimy im zorganizować wszystkie badania kwalifikacyjne. Konsultacja, kardiolog, urolog, ginekolog, to trwa bardzo długo. Nie mówiąc o tym, że Fundusz uznał, że tylko raz w życiu można zakwalifikować chorego do przeszczepu, co jest bzdurą, bo co roku trzeba te wszystkie badania powtarzać. Łatwiej jest zrobić w Polsce koronarografię, niż przygotować chorego do przeszczepienia.

Nie zostawiamy pacjenta samego, by szukał w rodzinie dawcy. Nie każdy lubi prosić: „Może byś mi nerkę oddał”, dlatego to my docieramy do rodziny. Bywa także, że biorca nie chce wziąć organu, by nie narazić żony, męża, brata, siostry.

Częściej dawcami są kobiety.

– Potwierdzają to wszystkie statystyki światowe. Matki oddają dzieciom, żony czy partnerki mężom

i partnerom. W drugą stronę dużo rzadziej. Po prostu kobiety są bardziej zdolne do poświęceń.

Zdarzają się przeszczepienia, których pani nie pochwała?

– Może to nie jest słuszne, ale nie pochwalam, kiedy człowiek, który ma przed sobą całe życie i ma małe dzieci, chce oddać organ dorosłej, starszej osobie.

Ale to mój osobisty pogląd, przepisy na to pozwalają. Czasami determinacja i więzi emocjonalne są tak silne, że należy takie sytuacje zaakceptować.

Opisywany był przypadek dorosłego dziecka, które uparło się, by oddać nerkę rodzicowi. Lekarze starali się przekonać rodzica, że to jest duże ryzyko dla dziecka, więc żeby poczekał na inną nerkę i się dializował. Był młody, mógł poczekać. Nie chciał. Doszło do przeszczepienia. Na razie, odpukać, wszystko jest w porządku.

Podobno czasami lekarze wolą odstąpić od pobrania, niż narazić się na oskarżenie o uśmiercenie dawcy.

– Bo były takie przypadki. Niezgłaszanie zmarłych dawców przez szpitale wynika też z małej obsady lekarskiej albo zbyt słabego przekonania, że to komuś pomoże uratować życie.

Pani ma dyżury w Poltransplancie, centrum, które koordynuje transplantacje w całej Polsce?

– Nie, ale jak jest jakiś kłopot merytoryczny, to zazwyczaj dzwoni się do mnie. Na przykład: „Jest białkomocz, wzięłabyś te nerki?”. Albo: „Tokso plazmoza dodatnia, wzięłabyś?”. Na pewno nie bierzemy narządu, jeśli chory ma HIV czy posocznice. Jak jest tokso plazmoza, to serca nie weźmiemy, ale nerkę – czemu nie? Albo jeśli białkomocz jest nieduży. Bierzemy wycinek do badania. Nie chcemy marnować narządów, ponieważ tak bardzo ich brakuje.

Często podejmuje pani decyzje o śmierci i życiu.

– O życiu, o życiu! Ja nie myślę o śmierci. Narządy są pobrane, ktoś już umarł. Musimy na to patrzeć tak, że narządy się nie marnują, służą życiu.

Jedna z lekarek Poltransplantu opowiadała, że codziennie przychodzi matka i pyta, czy jest już wątroba dla syna. W końcu ktoś eksplodował: „Czy pani nie rozumie, że ktoś musi w tym celu umrzeć? Pani czeka, żeby ktoś umarł”.

– Profesor Lao mówił, że nie należy modlić się o cudzą śmierć. Nie należy, ale ponieważ ta śmierć następuje, i na to nie mamy wpływu, to powinniśmy starać się wykorzystać narządy. Przeszczepienie wątroby czy serca to jest ratowanie życia, ale nie kosztem innego życia.

Radość z nowego życia jest tak duża, że jak się widzi to wszystko, to nie ma się poczucia uśmiercania, tylko rodzenia się.

Przyczyniam się do życia.

NASZE OŚRODKI DIALIZ

MICHAŁ DĘBSKI-KORZEC, dr JANUSZ GLAZAR

Dializa w Małym Krakowie

Nie ukrywam, że bardzo się ucieszyłem, kiedy Pan Profesor Smoleński, redaktor naczelny „Dializy i Ty”, poprosił mnie o napisanie artykułu razem z drem Glazarem o moim rodzinnym mieście i stacji dializ, która się w nim znajduje. Nazwy nie zdradzę zaraz na początku, jednak kto zna Pana Doktora już wie, o jakim mieście mówię. Obecnie podobieństwo małego Krakowa do swojego większego brata polega na podobnym wrażeniu oddychania historią, którego można doświadczyć w obu miastach stojąc na Rynku Głównym.

Wizyta w *parva Cracovia* to możliwość aktywnego wypoczynku, zwiedzania i poznania przeszłości miasta, jak również uczestnictwa w wyjątkowych imprezach plenerowych. Oczywiście w tej wyprawie niezbędne będzie zabezpieczenie ze strony ośrodka dializ, ale o to nie należy się martwić. Stacja dializ w mieście znajduje się w nowo wybudowanym budynku i spełnia najwyższe standardy europejskie. Można być również pewnym, że personel, tak jak w każdej stacji, zajmie się nami w sposób profesjonalny. Ośrodek dializ funkcjonuje od września 1979 roku (1. hemodializa). Początkowo był w strukturach oddziału chorób wewnętrznych, a od

1996 roku jako osobny oddział chorób nerek i dializoterapii Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w (nie zdradzę jeszcze nazwy miasta). Od 2009 roku funkcjonuje jako placówka firmy Fresenius Nephrocare Polska.

Z ośrodka czas przejść do centrum miasta. W końcu to nie tak daleko, ok. 25 minut spacerem do Rynku. Jeśli podczas przechadzki się zmęczymy, w połowie drogi można odpocząć w tym samym miejscu w którym, jak głosi legenda, św. Wojciech odpoczywał w drodze z Pragi do Gniezna. Obecnie stoi tutaj drewniany kościół z XV wie-

ku. Wyjątkowy zabytek, który na pewno docenią wszyscy wielbicieli architektury drewnianej.

Będąc już w rynku warto zajrzeć do nowo otwartego Centrum Dziedzictwa Szkła. Obiekt o tej tematyce nie jest niczym dziwnym w mieście znanym z produkcji doskonałej jakości różnego typu wyrobów szklanych. Jest to miejsce o tyle ciekawe, że można poznać cały proces wyrobu szkła oraz samemu wziąć w nim aktywny udział. CDS oferuje również zwiedzanie wystawy arcydzieł wykonanych z tego tak trudnego do kształtowania surowca.



Krośńwieński Rynek (fot. Damian Krzanowski, Krosno24.pl)



Międzynarodowe Górskie Zawody Balonowe (fot. Damian Krzanowski, Krosno24.pl)

Wychodząc z budynku wracamy na rynek miasta, które w minionych wiekach wzbogaciło się między innymi na handlu winem węgierskim. To właśnie dzięki temu zacnemu trunkowi miasto posiada dzisiaj charakterystyczną wieżę kościoła farnego. Ufundowana została przez zasłużonego dla miasta Roberta Wojciecha Portiusa – kupca handlującego winem. Chcąc przybliżyć postać zasłużonego mieszczanina oraz kulturę węgierską co roku organizowany jest Festiwal Win Węgierskich. Jest to doskonała okazja do poznania kultury, zwyczajów, no i oczywiście wyrobów alkoholowych naszych „bratanków”.

Miasto posiada wiele atrakcji i wszystkich stron w „Dializie i Ty” nie starczyłoby na opisanie ich, jednak jeszcze jedno cykliczne wydarzenie moim zdaniem za-

sługuje na uwagę. Czy widzieliście kiedyś kilkunastometrową, płonącą żarówkę? Nie, a co powiecie na kilkanaście takich ogromnych płonących kul w jednym miejscu? Jednak spokojnie, to nie UFO tylko nocny pokaz balonów. Jest to jedna z atrakcji majowych Górskich Zawodów Balonowych. W ciągu dnia załogi balonów walczą w różnych konkurencjach o zwycięstwo przelatując często nad miastem, co jest niezapomnianym widokiem. Nocne pokazy polegają natomiast na nadmuchaniu, balonu który nie startuje, tylko co jakiś czas uruchamiany jest płomień podgrzewający powietrze w jego wnętrzu. W chwili jego włączenia cienka powłoka balonu na kilka chwil rozświetla się i nagle znika. Niesamowite wrażenie, kiedy wzrok nie może przebić się przez mrok aż tu nagle przed nami rozbłyśka ogromny obiekt

i równie nagle gaśnie, pozostawiając nas ponownie w ciemności.

Do miasta warto zaglądnąć, kiedy mocniej już zaczyna świecić wiosenne słońce. W odległości kilkunastu kilometrów znajduje się Iwonicz Zdrój, Rymanów Zdrój oraz zamek Kamieniec w Odrzykoniu (jednym z jego właścicieli był Aleksander Fredro, a historia zamku była inspiracją do napisania *Zemsty*).

Teraz nie ma wątpliwości, o jakim mieście można znaleźć powyższe atrakcje – to Krosno. Rozwinięta baza hotelowa i dostęp do dializ w ośrodku wyposażonym w 25 stanowisk oraz oddział nefrologii doskonale zabezpieczą potrzeby pacjentów dializowanych. Ostrzegam tylko przed jednym, to miasto uzależnia. Jeśli raz się tutaj przyjedzie, zapragnie się wracać co roku.

Więcej optymizmu, czyli cieszymy się tym, co mamy

Wprawdzie już Oscar Wilde powiedział, że „Czasami w towarzystwie czasami lepiej siedzieć cicho i udawać głupka, niż odezwać się i rozwiać wszelkie wątpliwości”, ale skoro już trzy razy się odzywałem – zdecydowałem się ponownie napisać do naszego czasopisma „Dializa i Ty”. Piszę „naszego”, ponieważ opisując swoją trylogię, począwszy od osoby chorej na przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek, poprzez pacjenta dializowanego do transplantacji nerki, nie uważam, abym zamknął na zawsze jakiś rozdział w swoim życiu – traktuję to jako etap ważny, ale nie ostatni. A jeśli tymi tekstami mogę komukolwiek pomóc, to na pewno warto i po to właśnie wydawane jest czasopismo „Dializa i Ty”. Przy okazji zachęcam wszystkich (a jest nas naprawdę wielu) do podzielenia się swoimi historiami i przemyśleniami na tych łamach.

Jestem w trakcie czytania niesamowitej książki *Z nefrologią przez świat* autorstwa prof. Zbyluta Twardowskiego. Nie jestem lekarzem i nie wszystko, co tam jest napisane, jest dla mnie w zrozumiałe, ale pamiętam, że gdy w styczniu 2012 roku musiałem rozpocząć dializy byłem załamany i wydawało mi się, że założony mi wówczas cewnik Tenckhoffa jest związany z jakimś zupełnie nowym eksperymentem medycznym z moim udziałem. Ale książka prof. Twardowskiego uświadomiła mi, co w minionych 50 latach się w dializoterapii wydarzyło, a dializa otrzewnowa to nie jest jakiś nowy wynalazek. I pomyśleć, że za tym wszystkim stoi Polak – profe-

sor Zbylut Twardowski, którego biografia i dokonania są po prostu niesamowite. To, co ten niezwykle człowiek zrobił i ile dzięki niemu uratowano istnień ludzkich, pre dysponuje go do Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny. Ale nie ja jestem członkiem Komitetu Noblowskiego, a jedynie beneficjentem tego, co w minionych latach wydarzyło się w nefrologii i dializoterapii. Z tej napisanej przez wybitnego lekarza książki również dla nas – zwykłych pacjentów – emanuje optymizmem i nadzieją. Bo czyż nie jest czymś niezwykle opisana historia Pani Marii Zieloniec-Madej, leczonej hemodializami 33 lata! A od kolegi, który dializuje się już od 18 lat, wiem że ten rekord już został pobity. Inny przykład pacjentki z USA leczonej przez prof. Twardowskiego – Pani Mitzi Rosen, która w latach osiemdziesiątych XX wieku miała aż trzy odrzucone niestety przeszczepy nerki, aż w końcu czwarta transplantacja w roku 1994 pozwoliła jej normalnie żyć kolejne kilkanaście lat?

Niedawno brałem udział w spotkaniu klasowym, gdzie my 50-latkowie wspominaliśmy stare dobre dzieje, jak również kto, na co i dlaczego choruje. Gdy byłem nastolatkiem wydawało mi się, że ludzie po pięćdziesiątce raczej już nie żyją. A teraz jestem absolutnie innego zdania. Tematem przewodnim tego „geriatrycznego” spotkania było zdrowie i szczęście, a dokładnie, co z nich jest ważniejsze. Zdania były podzielone w zależności od tego, czego komu aktualnie brakowało. Niektórzy doszli do wniosku, że choroba wcale nie

musi wykluczyć nas z grona osób szczęśliwych. Problemy zdrowotne powodują, że na wiele spraw patrzymy inaczej i do szczęścia wystarcza nam piękna pogoda, ciekawa książka czy dobre wyniki badań, a kiedyś potrzebowaliśmy do tego nowego samochodu lub ekskluzywnych wakacji za granicą.

I na koniec wracając do spraw przyziemnych, chociaż zarazem i boskich. Nikt z nas na szczęście nie wie, kiedy nadejdzie koniec tego wszystkiego, ale nie o to chodzi, aby opłakiwać kogoś i mówić, jaki to był dobry człowiek i ile jeszcze mógłby zrobić, gdyby nie ta straszna choroba. Chodzi o to, aby cieszyć się nim tu i teraz – a to wbrew pozorom jest zdecydowanie trudniejsze. Moja znajoma zadzwoniła do mnie załamana, ponieważ po 11 latach jej przeszczepiona nerka przestaje działać. Ale po chwili dodaje, gdy dowiedziałam się o chorobie 20 lat temu, było to straszne. Przeżyłam tylko dlatego, że ktoś umarł i dostałam się na hemodializę. Teraz w drugiej połowie 2013 roku jest zupełnie inaczej. Inaczej, znaczy lepiej, zarówno jeżeli chodzi o dostępność dializ, nowych leków, jak i transplantacji. Niech nie zdominują naszych myśli i opinii czasami prawdziwe historie pełne żalu do lekarzy i służby zdrowia. Nie po to jest czasopismo „Dializa i Ty”, aby nas ludzi chorych „dołować”, lecz by dawać nadzieję. I tej wersji się trzymajmy – w końcu jesteśmy optymistami, czyli osobami lepiej poinformowanymi. Kiedyś zapewne sam się zdziwię, co też człowiek napisał i ile w tym było optymizmu, ale **ważna jest chwila – ta chwila.**

Poniżej publikujemy, zapowiedziany w poprzednim numerze „Dializy i Ty”, fragment książki Margaret Dilloway *Sztuka uprawiania róż z kolcami*

Wracam na swoje stanowisko.

Riley ma huśtawki nastrojów – przeraża mnie to, jak z rozsądnej, prawie dorosłej dziewczyny potrafi się nagle zmienić w płaczącą trzylatkę. Przypomina mi swoją matkę. Jako nastolatka, a nawet już jako dorosła kobieta, Becky w jednej chwili mogła być miłą i delikatną, w następnej – gotowa skoczyć do gardła. Wszystko było w porządku, dopóki sprawy układały się po jej myśli.

Kiedyś, niedługo przed moim przeszczepem, kiedy miałam niecałe trzynaście lat, Becky miałajechać na wycieczkę do Waszyngtonu. Wtedy właśnie pojawiła się szansa na przeszczep, rodzice mieli do opłacenia tony rachunków i mama w końcu powiedziała jej, że nie będzie mogła pojechać.

Zamiast się ucieszyć, że będę żyła, Becky odwróciła się, trzymając w rękach misę mamy, którą miała właśnie schować do szafki, i cisnęła nią o podłogę. Nie była to zwykła miska. Mama dostała ją od swojej mamy w dniu ślubu. Babcia przywiozła ją z Włoch, kiedy przybyła do Ameryki. Brzegi misy były zdobione w żółte i niebieskie kwiaty. Mama obiecała przekazać ją kiedyś mnie, gdy będę wychodzić za mąż.

Siedziałam wtedy przy stole w kuchni, zawinięta w koc. Wciąż bolały mnie plecy po niedawnym zastrzyku.

– Becky! – krzyknęła mama.

A Becky po prostu wyszła.

– Czy to źle, że cieszę się, iż będę mieć chwilę spokoju? – wyszeptała mama do taty.

– Na pewno pójdzie do Annie. – Tata mocno przytulił mamę. Annie była najlepszą przyjaciółką Becky. – Wróci.

Wróciła, ale dopiero po dwóch dniach, kiedy była już na to gotowa. Rodzice nigdy więcej o tym nie wspominali.

Nie chcę, żeby Riley była taka sama. Dlatego próbowałam jej powiedzieć przed chwilą, że tak, żałuję,

że mnie tam nie było, żałuję, że nie walczyłam z jej rodzicami o prawo do opieki nad nią – i tak na pewno bym przegrała.

Czuję w sercu jakąś pustkę. Pierwszy raz w życiu przeżywam coś takiego. Nie mam w sobie woli walki, jak czasami, kiedy muszę dać sobie radę z lekarzem czy ze swoim buntującym się ciałem. Nie jestem

nawet zła, jak czasem na uczniów, kiedy zachowują się nie tak, jak powinni. To nieoczekiwane i wszechogarniające uczucie porażki.

Obejmuję się ramionami i staram się wymyślić jakiś sposób, by dotrzeć do Riley. Jeśli zawiodły sposoby i mamy, i moje własne, co jeszcze mogę zrobić? Oczywiście Riley nie jest swoją matką, tak jak ja nie jestem swoją. To pogmatwane.

Kiedy amatorzy róż, zachwyceni moją hulthemią, podchodzą i pytają mnie o nią, odpowiadam coś zdawkowo. Nawet na nich nie patrzę. W końcu zostawiają

mnie w spokoju.

Wreszcie przypominam sobie, że przecież mam telefon. Wybieram numer Riley, pierwszy, który sobie zapisałam. Brak odpowiedzi. No tak. Wykręcam numer raz po raz, zaczynając od początku, kiedy słyszę w słuchawce automatyczną sekretarkę.

Nie dociera do mnie komunikat, że zaraz zostaną ogłoszone wyniki. Dopiero nagły ruch uczestników w kierunku sceny mówi mi, że coś się dzieje. Chowam telefon do kieszeni i przyłączam się do niewielkiego tłumu.

Ponieważ jestem niska, nikomu nie przeszkadza, kiedy przepycham się na sam przód. Obok mnie stoi dwoje dzieci z podstawówki – jedno z nich jest wyższe ode mnie. Upewniam się, że nikomu nie zasłaniam.

Pani Lansing wychodzi na scenę i zatrzymuje się przy podniszczonym drewnianym podium. W rękę trzyma malutki mikrofon, który przeraźliwie piszczy za każdym razem, kiedy chce mówić ciut głośniej,



czyli co chwilę. Najwyraźniej nie ma pojęcia o elektronice. Widzę zielononiebieskie żyły przecinające się pod skórą jej nóg niczym szosy w atlasie drogowym. Chwiejąc się na różowych obcasach, krzywi się, jakby właśnie usłyszała moje myśli.

– To dla mnie zaszczyt zasiadać w jury tej wystawy – mówi, zaczynając swoją zwyczajową przemowę na temat tego, jacy wszyscy są wspaniali, jak cudne są róże i jak trudno było wybrać zwycięzców poszczególnych kategorii. Ziewam. Słyszałam to już milion razy. Mogliby po prostu wydrukować listę, którą każdy mógłby sam sobie przeczytać i ewentualnie przy wyjściu zgłosić się po medal.

Jak zwykle to wszystko ciągnie się bez końca. Po wyczytaniu nazwiska wszyscy klaszczą, nawet przy czwartym miejscu i wyróżnieniach. Przeszukuję wzrokiem tłum, wypatrując czarnych włosów Riley i jej białej koszuli. Powinnam bez trudu zauważyć ją w tej grupie nie najmłodszych przecież osób.

W końcu ją widzę. Stoi przy bufecie. Jedną stopę opiera o ścianę, ręce ma skrzyżowane na piersiach. Nawet na mnie nie spojrzy. Je chipsy, już ma od nich pomarańczowe palce.

Dzwonię do niej raz jeszcze, chociaż niezbyt uprzejmie jest to robić podczas ogłaszania wyników. Zerka na telefon i z powrotem chowa go do kieszeni.

– Niech to! – Przepycham się przez tłum w jej kierunku i łapię ją przy koszu na śmieci, kiedy akurat wyrzuca paczkę po chipsach.

– Riley! – zastępuję jej drogę.

– Muszę skorzystać z łazienki – omija mnie.

Idę za nią. Nie istnieje najmniejsza przyczyna, dla której miałaby się ode mnie odcinać albo się na mnie obrażać.

Nie zrobiłam nic złego. – Riley, nie masz powodu się tak zachowywać.

– Teraz będzie twoja kategoria, ciociu – wskazuje w kierunku sceny.

Odwracam się. Widzę, jak poruszają się usta pani Lansing. Wracam pod scenę.

Pani Lansing coś do mnie gestykuje. Wchodzę po schodach z boku sceny. Ktoś zarzuca mi na szyję drapiącą szarfę i ustawia mnie w rzędzie za panią Lansing. Spoglądam na medal. Wyróżnienie. Prycham pogardliwie. W pierwszym odruchu mam ochotę włożyć go do kieszeni i zejść stamtąd, ale nie robię tego, dziękuję za oklaski, a następnie sama biję brawo zdobywcom trzeciego, drugiego i pierwszego miejsca, aż bolą mnie ręce.

– Gratuluję! – pani Lansing ściska mnie za ramię swoimi szponami. Wykrzywiam się.

– Dziękuję.

– Tak trzymaj, słyszysz?

Kiwam głową i schodzę ze sceny.

– A na koniec, tytuł królowej wystawy wędruje do róży Moonstone Winslowa Blythe’a. – Widownia rozbrzmiewa gromkimi oklaskami. Winslow powoli, ale pewnie wchodzi na scenę. Cóż, przynajmniej to ktoś, kogo niby znam.

Wracam do bufetu, ale Riley już tam nie ma. Dokąd mogła pójść? Chyba się nigdzie nie oddaliła. Wchodzę do łazienki i wołam ją. Nie odpowiada.

Czuję się teraz, jakbym dostała w brzuch piłką lekarską, tak jak kiedyś w drugiej klasie. Nie mogę odychać. Opieram się o ścianę.

– Dobrze się pani czuje? – pyta mnie kobieta, która porusza się przy pomocy balkoniku. – Mam kogoś zawołać?

– Nie, dziękuję, nic mi nie jest – odpowiadam, łapiąc oddech.

Wyprostowuję się i wychodzę z łazienki, nie oglądając się za siebie.

Przy bufecie nie ma nikogo. To właściwie nawet nie bufet, tylko rozkładany stolik, na którym stoją kasa i jakieś przekąski. Nie widzę Riley na widowni ani przy moim stanowisku. Biorę swoją różę, pakuję ją z powrotem do chłodziarki i idę do samochodu.

Riley stoi tam, oparta o brązową toyotę, przyglądając się swoim paznokciom z taką uwagą, jakby były źródłem jakiejś wiedzy tajemnej.

– Szukałam cię w środku – fukam na nią z wysiłkiem, bo do parkingu trzeba iść pod górę.

– Przepraszam, nie mogłam cię znaleźć, więc pomyślałam, że spotkamy się przy samochodzie.

– Po to właśnie masz telefon. – Otwieram bagażnik.

– Przecież dzwoniłam.

Wyciągam telefon. Dwa nieodebrane połączenia.

– Nie czułam, że dzwoni.

– Łatwo tego nie zauważyć. – Podnosi chłodziarkę i umieszcza ją w bagażniku. Chociaż jest młoda i zdrowa, musi się z tym nieźle namęczyć. Łatwiej było ją wyciągnąć. Dochodzę do wniosku, że muszę jej dostarczać więcej chudego białka, żeby trochę rozbudować masę mięśniową. Kiedy moja siostra znów ją zobaczy, Riley będzie nie do poznania.

– Czyli nie wygrałaś? – wsiada do samochodu i zapina pas.

– Dostałam wyróżnienie. – Włączam silnik. Nie mam ochoty o tym rozmawiać. Nawet nie miałam czasu, żeby zastanowić się nad wynikami. Byron miał rację. Czy on kiedykolwiek nie miał racji? Powinnam go była posłuchać. Wie, co robi. A ja? Jestem niepoprawną optymistką. Nie tylko jeśli chodzi o róże. To samo dotyczy mojej nerki. Kogo ja oszukuję?

Coś, co do tej pory od siebie odsuwałam, nagle spada na mnie z całą mocą. Siedzę, wpatrując się w ocean aż po zamazany, niebieski horyzont. Zadne badanie

przepływu krwi nie dało jasnych wyników. Nigdy nie dadzą mi nowej nerki. Nigdy.

Jestem zbyt odwodniona, żeby wycisnąć z siebie chociaż jedną łzę – ulżyłoby mi. Ale jestem bliska szlochowi. Raz na jakiś czas dopada mnie coś, co mama określa jako gorszy dzień, kiedy ogarnia mnie rozpacz z powodu mojego stanu. Potrafię się wtedy zamknąć w pokoju i przepłakać całą dobę.

Muszę to powstrzymać do momentu, kiedy będziemy w domu i będę się mogła bezpiecznie skulić w łóżku. Jeżeli zdaję sobie sprawę z tego, że nie zachowuję się racjonalnie, czy czyni mnie to racjonalną? Fale poruszają się w przód i w tył. Zamiast zwizualizować sobie, jak woda zmywa ze mnie cały smutek, wyobrażam sobie, że ocean wypełniają moje łzy. Oddycham powoli – wdech i wydech – dwadzieścia pięć razy. Nic mi nie jest, powtarzam sobie przy każdym wydechu. Nic mi nie jest.

Riley włącza radio. Lady Gaga zagłuszy wszystko. Najwyraźniej Riley nie ma pojęcia, co tak naprawdę mnie martwi albo jej to nie obchodzi. Nie powinnam oczekiwać od niej niczego innego. Jest dzieckiem, a nie moją powierniczką ani tym bardziej opiekunką. Czuję się bardziej samotna niż kiedykolwiek wcześniej.

– Lepiej dostać wyróżnienie niż kopa w tyłek, powiedziałby dziadek – głos Riley wyrywa mnie z zamyślenia. Ma rację. Dokładnie to powiedziałby mój ojciec. Już słyszę jego suchy ton, kiedy to wygłasza. Uśmiecham się na przekór sobie.

Ma rację. Kogo obchodzi, że wygrał Winslow Blythe? Hoduje róże od jakichś sześćdziesięciu lat. W porównaniu z nim ja dopiero raczkuję. Na pewno będę jeszcze miała szansę. Już planuję, że w czerwcu pojadę na wystawę do Pasadeny. Dara mówiła, że może pojedzie ze mną, zawsze chciała się wybrać na tamtejszy pchli targ Rose Bowl. I tak więc bym tam pojechała, nawet jeśli nie miałabym odpowiedniej róży do zaprezentowania.

Wyłączam radio i wysiadam z samochodu.

– Może jednak ty poprowadzisz?

Kiedy dojeżdżamy, wchodzę do domu tak szybko, jak tylko się da.

– Wezmę prysznic i trochę się zdrzemnę – mówię do Riley, zdejmując buty.

Patrzy na mnie bez słowa. Po drodze, pomimo odwodnienia, kilka łez jednak mi się wymknęło. Kiedy już dopadnie mnie taki depresyjny nastrój, ciężko jest mi się pozbierać. Czuję się, jakby uszło ze mnie powietrze. Robiłam, co mogłam, żeby się nie rozkleić. Pozwoliłam Riley wybrać fast food, do którego chciała zajechać na obiad, i włączyć w samochodzie taką muzykę, na jaką akurat miała ochotę. Głośno skarży-

łam się na to, że pyłek kwiatowy podrażnił mi oczy. Ale mimo moich starań mogła zauważyć, że coś jest nie tak.

– Przepraszam, że tak wtedy uciekłam, ciociu.

– Było, minęło. – Już dawno o tym zapomniałam. Nie będę jej obciążać swoim strachem o to, czy kiedykolwiek dostanę nerkę. Tylko by się niepotrzebnie martwiła. Nie może mi przecież w żaden sposób pomóc.

– Pójdę do Samantha, będziemy razem odrabiać lekcje. – Bawi się sznurkiem od bluzy. – Bardzo mi pomaga.

– Mam nadzieję, że odrobicie biologię. – Zadałam im pracę na weekend. Dobrze, że Riley będzie to robić z Samantha.

Cieszę się z tego pomysłu. – Możesz wziąć rower z garażu. –

Na dworze jest jeszcze jasno. – Wróc przed zmrokiem.

– Ty jeździsz na rowerze? – Nie może w to uwierzyć.

– Nie, ale dziadek z babcią kiedyś go tu zostawili. Zarzuca plecak na ramię.

– Pa, ciociu.

Po kąpieli nastrój odrobinę mi się poprawia. Dom jest cudownie cichy. Zakładam mięciutki dres i koszulkę. Nikt nie oddycha w pokoju obok, nie gra telewizor, nie dochodzą mnie żadne dźwięki, żadne dziecko nie siedzi ponure w kącie. Cieszę się, że Riley tu jest, ale nie zdawałam sobie sprawy, że tak bardzo mi brakuje ciszy. Takiej chwili spokoju i samotności. Lubię rutynę i swoje ciche zwyczaje. Ludzie w rodzaju Dary zawsze zakładają, że muszę być przeraźliwie nieszczęśliwa i samotna. Stara panna, która nawet nie mieszka z kotem (mam uczulenie na sierść). Ale nie, jest mi dobrze tak, jak jest.

Wychodzę na zewnątrz wyjąć różę z samochodu. Stara pani Allen znów jest w ogrodzie, podlewa swoją soczyście zieloną trawę, wysoką do kolan. Piorunuje mnie wzrokiem spod czarnego słomkowego kapelusza.

Zostawiam chłodziarkę z różą na podjeździe i podchodzę.

– Dzień dobry. Jeśliby pani chciała, mój uczeń mógłby pani kosić trawę.

– Nie potrzebuję pani pomocy. – Pani Allen gwałtownie kieruje strumień wody na moją stronę. Błoto obryzguje moje plastikowe chodaki. – Co to za dziewczyna ciągle się tu kręci?

Cofam się. Powiedziałabym jej, że to moja siostrzenica, ale teraz nie pisnę nawet słowa. Zdenerwowałam się, mimo najszczerzych chęci. Tak czy inaczej, zawsze szybciej się irytuję, kiedy jestem zmęczona.

– O co pani chodzi? Dlaczego tak mnie pani traktuje? Czy kiedykolwiek coś pani zrobiłam?

Patrzy na mnie ze złością.

– To te róże.

– Róże? – jej słowa zbijają mnie z tropu.

– Te cholerne pnącza przełazą na moją stronę płotu. – Wskazuje ręką na linię dzielącą nasze posesje. Moje róże faktycznie przewieszają się przez niespełna dwumetrową siatkę.

– Ogrodzenie znajduje się na mojej działce – odpieram zarzut. Tata postarał się, żeby tak było. – Jeśli coś się pani nie podoba, niech sobie pani postawi własny płot po swojej stronie.

– Korzenie pani roślin niszczą mój trawnik. A pani trawnik jest paskudny. Wygląda, jakby zajmował się nim jakiś niedouczony wieśniak.

Korzenie róż na pewno nie mają najmniejszego wpływu na jej trawnik. Potrząsam głową. Kłótnia z kimś takim nie ma najmniejszego sensu. Gdybym pokazała jej notkę na temat korzeni róż pnących w encyklopedii, powiedziała by na pewno, że ją spreparowałam.

– Życzę miłego dnia, pani Allen.

– Dzień się już skończył. Jest piąta! – rzuca za mną, raz jeszcze obryzgując błotem moje kostki.

W szklarni zauważam, że u G42 rozwinął się kolejny kwiat. Wącham go. Nadal nie ma zapachu. Skrzymuję ją jeszcze raz i może w przyszłym roku uzyskam lepszy rezultat. Albo jeszcze w następnym.

Teraz już zupełnie zmęczona wracam do domu. Prześpię się jeszcze chwilę przed kolacją. I tak nie chce mi się jeść.

Kładę się na łóżku i natychmiast zasypiam. Kilka minut później budzi mnie telefon. To znaczy mnie się wydaje, że minęło dopiero kilka minut, dopóki nie zerkam na zegarek. Jest dziewiąta. Podnoszę słuchawkę.

– Halo?

– Gal! – w głosie mamy słychać ulgę. Miałam do niej zadzwonić o siódmej. Więc naturalnie zaczęła się już niepokoić.

– Jak poszła wystawa?

– Nie wygrałam. – Siadam na łóżku i wkładam okulary.

Najwyraźniej byłam bardziej zmęczona, niż mi się zdawało. W myślach dziękuję Riley, że weszła tak cicho, iż mnie nie obudziła.

– Słyszę, że coś jest nie tak – mama jest coraz bardziej rozgorączkowana. Niemal widzę, jak pokazuje tacie, żeby podniósł drugą słuchawkę, chociaż właśnie ogląda swój ulubiony serial sensacyjny. Nie myślę się

– zaraz słyszę charakterystyczne kliknięcie i ściszony szum telewizora w tle.

– Cześć, tato.

– Cześć, Gal.

Oddycham głęboko.

– To po prostu jeden z tych gorszych dni.

– Och... – w tej jednej sylabie zawiera się pełne zrozumienie.

– Daj mi Riley. Powiem jej, co trzeba zrobić.

– Nie powinna się tym zajmować. Ma tylko piętnaście lat – mówi tata.

– Czyli jest wystarczająco duża, żeby się włączyć i pomóc. Ja w jej wieku już pracowałam, a dodatkowo zajmowałam się bratem i siostrą. – Mama pociąga nosem. – Idź ją zawołaj.

Mówię jej, żeby chwilę zaczekała, i idę do salonu.

Światło jest zgaszone, telewizor wyłączony. Nie świeci się też w kuchni ani w pokoju Riley. Dla pewności zapalam lampkę. Riley nie ma w domu.

Idę do garażu. Rower stoi dokładnie tam, gdzie zostawili go rodzice. Jest cały zakurzony.

Wracam do sypialni. Już drugi raz dzisiaj Riley robi, co chce, na nic nie zważając. Powiedziałam jej, żeby wróciła, zanim zrobi się ciemno. Podnoszę słuchawkę. Nieszczególnie mam ochotę mówić o wszystkim mamie. Przyznać się do tego, że być może zaginęła ich jedyna wnuczka. Wydaje mi się, że wiem, gdzie jej szukać.

– Riley jest w łazience – mówię. Staram się, aby w moim głosie nie było słychać niepokojów. – Myję głowę.

– Przekaż jej, żeby zadzwoniła do mnie jutro. – Mama najwyraźniej to kupiła.

– Wiecie co, jestem strasznie zmęczona. Może skończymy już tę rozmowę.

– Dobranoc. Kocham cię.

– Ja ciebie też. Dobranoc. I ciebie też, tato – dodaję. Nie odpowiada.

– Rozłączył się, kiedy poszłaś po Riley – wyjaśnia mama. – Powtórzę mu.

Kiedy kończę rozmowę, wykręcam numer Riley. Nie odbiera.

Odszukuję książkę telefoniczną i numer Samantha. Słuchawkę podnosi jej mama i mówi, że Samantha nie ma w domu.

– Powiedziała, że będzie u pani, pani Garner – mówi równocześnie zdziwiona i zaniepokojona. – Miała się uczyć z panią i Riley.

Intryga się zagęszcza. Ściskam mocniej słuchawkę.

– Chyba wiem w takim razie, gdzie mogą być – mówię ponuro. – Proszę się nie martwić. Przywiozę ją do domu całą i zdrową.

FIRMY WSPÓŁPRACUJĄCE



1% dla OSOD

Szanowni Państwo,

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych podejmuje szereg inicjatyw mających na celu pomoc pacjentom cierpiącym na Przewlekłą Chorobę Nerek oraz edukację społeczną z zakresu profilaktyki chorób nerek oraz idei transplantacji.

Dla pacjentów wydajemy kwartalnik „Dializa i Ty”, który jest jedynym regularnie wydawanym od kilku lat czasopismem, docierającym do ponad 18 tys. pacjentów dializowanych w całej Polsce. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom odpowiada na ich pytania w sposób rzetelny i wyczerpujący. Podobną rolę spełnia również nasza strona internetowa.



Organizujemy również spotkania integracyjne i ułatwiamy kontakt nowym pacjentom stacji dializ z osobami już doświadczonymi, którzy pomagają im się odnaleźć w nowej rzeczywistości.

Prosimy Państwa, Państwa Rodziny oraz znajomych o przekazanie 1% na rzecz OSOD

Wpisz numer KRS 0000186438 w odpowiednią rubrykę oraz podaj wysokość przekazywanej kwoty (nie większej niż 1% podatku)

Program do rozliczenia PIT znajduje się na stronie Stowarzyszenia www.osod.info

POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW POLSKICH



Prof. dr hab. n. med. MAGDALENA DURLIK

**Specjalista chorób wewnętrznych, nefrologii, transplantologii klinicznej
Kierownik Kliniki Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii Instytutu Transplantologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

**Past-prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego (2009–2011)
Członek Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego,
International Society of Nephrology, European Renal Association-European Dialysis
and Transplantation Society, European Society for Organ Transplantation,
The Transplantation Society.**

**Wiceprzewodnicząca Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk oraz Polskiej
Unii Medycyny Transplantacyjnej. Od 2005 Konsultant Wojewódzki w dziedzinie
Nefrologii dla obszaru województwa mazowieckiego.**

Od 2005 członek Krajowej Rady Transplantacyjnej przy Ministrze Zdrowia.

**Członek Rady Programowej „Medycyny po Dyplomie” oraz komitetów redakcyjnych:
„Nefrologia i Dializoterapia Polska”, „Nefrologia i Nadciśnienie Tętnicze”,
„Annals of Transplantation”, „Forum Nefrologiczne”, „Transplantation Proceedings”
Organizator sympozjów „Postępy w leczeniu immunosupresyjnym po przeszczepieniu
narządów unaczynionych”.**

**Autorka ponad 300 publikacji oraz 60 rozdziałów w podręcznikach w dziedzinie
nefrologii i transplantologii.**

**Nagrodzona Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski,
Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem za zasługi dla Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Złotym Medalem
za Długoletnią Służbę, Odznaką Honorową za Zasługi dla Ochrony Zdrowia.**