

Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 2 (26) 2015

DIALIZA i Ty



ISSN 1644-5139



DIALIZA i Ty

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

Dializa i Ty – Kwartalnik dla chorych z niewydolnością nerek
NR 2 (26) 2015, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:

prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk

Zastępca redaktora naczelnego:

dr n. med. Adam Markiewicz

Sekretarz redakcji:

lek. med. Michał Śmigieński

Wydawca:

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

Sekretariat-biuro:

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

Rysunki: KRZYSZTOF KMIĘĆ

W numerze:

3 Słowo od Redakcji - prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk
Do Betlejem – kołęda- Leszek Aleksander Moczulski

4 Ludzie listy piszą

*** Jerzy Pokrywczyński
*** Anna Gładysz
*** Zenon Stanisławski

6 Diariusz pacjenta po przeszczepieniu nerki

Komu w drogę temu ... czasu brak - Alina Brożkiewicz-Ster

7 Listy znad morza

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

9 Kącik Literacki

Wiersze wybrane - Michalina Sidorkiewicz

10 W oczach lekarza

Badania obrazowe w nefrologii - dr med. Anna Moczulska

13 Pielęgniarka radzi

O pewnym nowotworze nerki u dzieci- mgr Teresa Smolnik
Ciągłe zakazy - mgr Sylwia Rodak

16 Głos Stowarzyszenia Pomocy Dializowanym

Spotkanie w Marsylii- Michał Dębski-Korzec

Wyzwania współczesnego Pielęgniarstwa Nefrologicznego-
mgr piel. Anna Kłiś, mgr piel. Aneta Trzcińska

19 Nasz chleb powszedni

Idą Święta- mgr Małgorzata Pach, mgr Małgorzata
Szczypkowska

22 Nasz wywiad

„...żeby dobre samopoczucie nikogo nie opuszczało...”-
Karolina Krzystańska, Marta Wasilewska

23 Nasze ośrodki dializ

Kartki z historii- prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk
25 lat stacji dializ w Przemyślu- Michał Dębski-Korzec, mgr
Małgorzata Kondracka

26 Ruch to zdrowie

„Narty na zdrowie” – obozy narciarskie dla dzieci po
przeszczepieniu nerki dr med. Jacek Rubik
Ogólnopolskie Sympozjum Rehabilitacja w Chorobach
Nerek i Układu Moczowego- dr Katarzyna Chojak-Fijałka

32 Poczty wybitnych nefrologów

prof. dr hab. med. Teresa Wyszyńska

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

Moi Drodzy,

Trzymam w ręku ostatni, wiosenny numer „Dializy i Ty”, przyglądam się okładce. Ciepłej, w pastelowych barwach tafli wody i zachodzącego słońca. Kto mógł przypuszczać, że tak piękne będzie lato, że poziom wody w wielu rzekach z powodu suszy obniży się poniżej oczekiwania, a tu nagle okazuje się, że mamy grudzień, a za chwilę zapukają do drzwi Świąta, a tuż za nimi – Nowy Rok. Zastanawiam się, dla ilu z naszych dializowanych pacjentów przydatnym okazał się przewodnik po gościnnych stacjach dializ? Kto zdecydował się zwiedzić kawałek pięknej Polski nie bacząc na konieczność prowadzenia życia zależnego od sztucznej nerki i „przywiązania się” do miejsca zamieszkania i najbliższej stacji dializ? Tym, którzy zaryzykowali szczerze gratuluję, wszystkim innym zachęcam, by spróbowali. Będzie to doping, ale będzie też o czym wspominać.

W bieżącym numerze znajdziecie Państwo kilka interesujących artykułów. Rzut oka na to, czym u dzieci jest jeden z najgroźniejszych nowotworów nerki, czyli guz Wilmsa. Kilka słów o diagnostyce nerek i układu moczowego, bo każdy, kto wszedł na ścieżkę przewlekłej choroby nerek musiał na własnej skórze doświadczyć i przeżyć badanie USG czy urografię. Dla tych, którzy mają tę diagnostykę dopiero przed sobą informacja o tym, co ich czeka może okazać się przydatna. Kilka przepisów na Świąta by udowodnić, że życie na dializie to nie tylko same zakazy! I krótka refleksja o pędzącym czasie. Była wiosna, a tu zima za pasem!

Wielu z nas dowiedziało się w tym roku, że ma niewydolne nerki. Wielu musiało rozpocząć dializę. Wielu doświadczyło radości przeszczepienia nerki, ale tym wszystkim, którzy na przeszczep nadal oczekują chciałbym przypomnieć, że w tym roku zdarzył się w Polsce przeszczep szczególny, krzyżowy, między niespokrewnionymi żywymi dawcami, a priorytetem okazało się najbardziej zgodne typowanie tkankowe. Był to niewątpliwie sukces polskiej transplantologii. Medyczny i psychologiczny. Przełamano bowiem bariery niemocy.

Przełamywania barier życzę Wszystkim Wam w nadchodzącym Nowym Roku. Dbajmy o swoje zdrowie (lekarze-nefrologi nie załatwią wszystkiego, jak my, pacjenci nie przyłożymy się do zaleceń i my, lekarze nie uświadomimy pacjentom, czym lekceważenie zaleceń grozi). Zróbmy też wszystko, by spełniać marzenia. Wystarczy chcieć! Czy będzie nam się chciało? Zachowajmy wiele ciepła i zaufania we wzajemnych relacjach. Uśmiechajmy się. To piękna odtrutka na kolejne urzędnicze fanaberie w biurokratyzowaniu systemu, które wprost zmierzają do

pozbawienia medycyny ludzkiej twarzy.

Jednak nie zachęcam do oglądania świata oczami własnych nerek. Oj, moglibyśmy usłyszeć i zobaczyć zbyt wiele gorzkiej prawdy. A po co?

Wesołych Świąt!
Do Siego Roku!

Prof. Jacek Pietrzyk
Redaktor Naczelny

Do Betlejem – kolęda

Blask goreje i noc dnieje
Wchodzi Jezus w nasze dzieje
On się stanie nam zbawieniem
Śpieszmy wszyscy do Betlejem
Śpieszmy, bo to właśnie teraz
Moc się rodzi, noc umiera
Tam, gdzie szopa, wiązki słomy
Tam Pan Jezus narodzony

My z darami do Betlejem
Przez zawieje – do Betlejem
Śnieg się ściele – do Betlejem
Wszystkie cele – do Betlejem

Wieść radosna się rozchodzi
Chodźmy wszyscy starzy, młodzi
Chodźmy do Świętej Rodziny
Do Jezusa i Maryi
Radość z nami, Bóg jest z nami
Serc płomieniem ogrzewany
Gwiazd światłami jasność sieje
Nasze drogi do Betlejem

On się rodzi już jest blisko
Jemu zawierzamy wszystko
W nim jest nasze ocalenie
On przynosi nam nadzieję
Na nic trony i zasłony
Bóg najczulszy narodzony
Sygnaturka chwałę głosi
I radośnie biją dzwony

Leszek Aleksander Moczulski
Kraków, 2015

*** Jerzy Pokrywczyński

Jerzy Pokrywczyński
Toruń

Szanowna Redakcjo

Chciałbym podzielić się z Waszymi czytelnikami moją historią i pierwszym zetknięciem z dializami.

W lipcu 2006 roku przeszedłem operację tętniaka zapalnego aorty brzusznej i tętnic biodrowych. W wyniku tej operacji nastąpiła niewydolność pooperacyjna nerki prawej.

W związku z powyższą sytuacją udałem się do lekarza nefrologa, który stwierdził, że muszę poddać się dializom. Zabrzmiało to jakbym usłyszał wyrok. Robiłem wszystko, aby ten fakt odwlec, jednak rzeczywistość okazała się bezlitosna. Po kolejnej wizycie zostałem skierowany na wykonanie przetoki. Nie mogąc pogodzić się z tym postanowiłem skonsultować tę decyzję z innym lekarzem i przez przypadek dowiedziałem się o istnieniu Poradni Nefrologicznej przy Stacji Dializ Fresenius Nephrocare w Toruniu przy ulicy Batorego 17/19. Poszedłem na wizytę z duszą na ramieniu. Zostałem przyjęty przez Ordynatora Stacji dr n. med. Marię Wojnicz. Po szczegółowych badaniach i obejrzeniu mojej dokumentacji medycznej zdecydowano, że wykonanie przetoki jest konieczne, a co do dializ to zadecydują moje kolejne wyniki badań. I tak w styczniu 2013 założono przetokę, a pierwszą dializę wykonano mi dopiero w marcu 2015 roku. W tym czasie, podczas kolejnych wizyt lekarskich, byłem przygotowywany psychicznie zarówno przez lekarzy stacji: dr Marię Wojnicz i dr Annę Zalewską, jak również przez Pielęgniarkę Oddziałową mgr Aleksandrę Orzechowską, która przez ten okres edukowała mnie odnośnie przebiegu dializ, odpowiedniego odżywiania oraz prowadzenia zdrowego trybu życia. Wiedzano, że bardzo boję się dializ i tłumaczono mi, że dializy to nie wyrok, że ludzie latami są dializowani, żyją i pracują zawodowo.

Co mnie mile zaskoczyło podczas wizyt w Poradni Stacji Dializ, to wręcz sterylność czystości oraz przychylne nastawienie personelu medycznego do pacjenta. Poczułem się tak jakbym był w Szpitalu w Leśnej Górze. Dawało się odczuć, że robią wszystko, aby pacjent czuł się komfortowo.

Po kolejnych badaniach okazało się, że wyniki moje pogorszyły się i trzeba rozpocząć dializowanie. I tak w marcu 2015 roku jechałem na pierwszą hemodializę. Byłem pełen strachu i obaw. Ciśnienie rozsadało mi głowę, jednak umiejętne podejście personelu

pielęgniarskiego i oddziałowej rozładowało atmosferę i wykonano mi dializę. Byłem mile zaskoczony przyjaznym ustosunkowaniem się lekarzy do pacjentów – każdego pytali o samopoczucie oraz ewentualne dolegliwości. Także oddziałowa interesowała się każdym pacjentem dializowanym, kontrolowała jak przebiega podłączenie jego do sztucznej nerki, pytała o stan zdrowia i dodawała słowa otuchy.

Obecnie jestem po siedmiu miesiącach dializowania. Moje nastawienie zmieniło się. Życzliwość ze strony personelu medycznego spowodowała, że w chwili obecnej czuję się tak jakbym co dwa dni odwiedzał rodzinę i chciałbym, aby te odwiedziny trwały jak najdłużej.

*** Anna Gładysz

Anna Gładysz
Białystok

Dializuję się 2 lata



Na wstępie pragnę nadmienić, że bardzo lubię podróżować. Kiedy dowiedziałam się, że w Ośrodku „Beskid” w Wysowej-Zdroju można jednocześnie wypoczywać i dializować się postanowiłam tam pojechać. Mam nadzieję, że pobyt w Wysowej będzie podwójnie procentował w przyszłości.

Nie znałam dotąd Wysowej. Myślałam, że to mała miejscowość bez atrakcji, a okazało się, że byłam w błędzie. To wieś uzdrowiskowa w powiecie gorlickim, której wzniesienia są silnie zalesione, mniej natomiast ich podnóża. Środowisko przyrodnicze niewiele jest przekształcone przez człowieka, stąd wykazuje wysoki stopień naturalności. Dzięki organizatorom z ośrodka „Beskid” chodziłam na wycieczki po okolicy, podziwiałam przepiękne lasy z dominacją buków, jaworów, jodeł i świerków, niezwykle bogactwo ssaków, ptaków i ryb. Ponadto zwiedzałam pobliskie miejscowości i zabytki. Jestem oczarowana Wysową.

Była to dla mnie idealna możliwość połączenia spacerów, wycieczek zorganizowanych czy innych atrakcji z zabiegami i dializami. Ponadto w ośrodku „Beskid” bardzo smakowało mi wyżywienie, można wręcz powiedzieć, że posiłki są wyśmienite.

Na pewno polecę to miejsce i ośrodek swoim znajomym z mojej macierzystej stacji dializ, a także wszystkim czytelnikom czasopisma „Dializa i Ty”.



zdj. Anna Gładysz - Wysowa

*** Zenon Stanisławski

Zenon Stanisławski

Kołobrzeg

Szanowni Państwo

Z decyzją o dializowaniu zastanawiałem się ponad rok od operacji przetoki. Dopiero po roku zmobilizował mnie pan doktor Paweł Górecki z Kołobrzegu z Ośrodka Dializ DaVita oraz Poradni Nefrologicznej. W zasadzie to jemu zawdzięczam, że do dziś żyję. Miałem już objawy przedzawałowe, które po pierwszych dniach dializy ustąpiły. Dlaczego tak się długo wahałem? Otóż miałem świadomość jakie warunki i nastroje są w szpitalach. Tymczasem bardzo się myliłem. Po pierwszym przybyciu na salę dializ byłem wprost oszołomiony atmosferą jaka tam panuje. Z jaką serdecznością się spotkałem. Żałowałem, że tak długo zwlekałem. Jeśli idzie o personel pielęgniarski to bardzo miłe panie, przyjazne i komunikatywne. Można z nimi porozmawiać, zwierzyć się. Zwyczajnie po ludzku. Pani Górecka to kobieta wielkiego serca. Empatyczna, cierpliwa, wyrozumiała. Nie określam jej tak z racji tego, że jest żoną ordynatora – pana dr. Andrzeja Góreckiego z dużym stażem, bardzo sympatycznego i zrównoważonego. Po prostu jestem jej to winny. Zespół pielęgniarski składa się z ośmiu par. Nie będę wyszczególniał każdej z osobna – wszystkie są przemiłe. Należy też, a przede wszystkim wspomnieć o personelu medycznym. Jest kilku lekarzy oprócz ordynatora. Często zmieniają się,

są bardzo przystępni, uczynni i odpowiedzialni.

W stacji dializ na małej sali są 4 stanowiska dializacyjne, a na większej, gdzie ja jestem – 14. Tutaj, na mojej zmianie, pacjentka pani Ela Kosmalska jest przysłowiową duszą towarzystwa. Młoda, pełna energii, bardzo sympatyczna, uśmiechnięta, umiejętnie współodczuwająca i rozumiejąca drugą osobę. Gotowa przyjąć każdemu z pomocą. Stąd jest gwarno i wesoło. Nie wiem jakie nastroje panują na innych zmianach. Miałem to wielkie szczęście, że p. dr A. Górecki tak mnie umieścił. Jestem jemu za to wdzięczny. Dializuję się blisko 3,5 lat. Nie zdarzyło się, aby doszło wśród pacjentów do nieporozumień, kłótni itp. A są to pacjenci w różnym wieku, o różnym usposobieniu i poziomie. Świadczy o tym fakt na przykład oczekiwania w poczekalni na dializę. Najczęściej Panie, bo są w większości dyskutują na tematy kulinarne i różne inne. Za chwilę wzywają nas na salę. I tak jest 3x tygodniu.

21 czerwca pan dr Górecki zorganizował imprezę w swoim domu dla pacjentów oraz personelu stacji. Przypadkowo był to dzień moich urodzin. Osobiście pan dr Górecki złożył mi życzenia, wręczając piękną wiązkę róż oraz firmowy dyplom gratulacyjny z okazji ukończenia 93 lat, a cała sala, obecnych około 100 osób, odśpiewało mi na stojąco, oczywiście 200 lat. Byłem bardzo zaskoczony, a jednocześnie ogromnie wzruszony. Nie byłem na taką uroczystość przygotowany. Był szampan, orkiestra, śpiew i tańce. Chyba od 70-ciu lat nie tańczyłem. Ale nie miałem wyboru. Byłoby wielkim nietaktem odmówić, gdy panie zapraszały mnie do tańca.

Jak widzicie, ani dializa ani wiek nie są przeszkodą. A odrobina szaleństwa czyni nasze życie miłym.

Z serdecznymi pozdrowieniami,

Zenon Stanisławski
 Kołobrzeg



Od lewej: Pan Zenon

Komu w drogę temu... czasu brak

Alina Brożkiewicz-Ster

Tak więc ruszyliśmy. Był przyjemny, już prawie letni wieczór. Ciepło żegnało się z nami zachodzące właśnie słońce. Przed nami długa trasa Kraków–Warszawa–Olsztyn. Pomimo tego kierowcy na luzie. Widoczne było, że się wzajemnie lubią i rozumieją, pomimo różnicy wieku między nimi. Z ich dialogów wynikało, że starszy pełni nad młodszym prawie ojcowską pieczę. Ogólnie rzecz ujmując – wyczuwało się sympatyczną atmosferę. Z radiowego głośnika „leciały” muzyczne przeboje disco-polo, a młodszy kierując autem rytmicznie poruszał ciałem. Zagłuszając muzykę opowiadaliśmy sobie kawały, przy okazji plotkując nieco o znanych nam wspólnie osobach. Młody sunął z bezpieczną prędkością po równych jak stolnica asfaltowych drogach. Za szybami uciekały nam naprawdę przepiękne polskie krajobrazy. Dominowała w nich soczysta zieleń mijanych obok nas wiosennych pól, łąk i lasów. W środku auta dudniło nadal ulubione przez młodego disco-polo. Jakże mi znane. Wszakże nie było porannych dojazdów na dializę, podczas których ja i reszta pasażerów nie bylibyśmy katowani „głęboką” treścią tego rodzaju prostych utworów muzycznych. Każdorazowo trwało to jednak niedługo. Tym razem wersja przydługawa. Zmęczona muzycznym tumultem i trudem tego niezwykłego dnia – krótko przysnęłam. Obudziła mnie panująca już za szybami nocna ciemność i niespodziewana cisza. Otóż dwaj panowie kierowcy z niepokojem i w pośpiechu, wpatrując się w GPS’y – szukali właśnie właściwej drogi w kierunku Olsztyna. Nietrudno bowiem było nie zgubić się w płątanie świeżo oddanych, super nowoczesnych podwarszawskich obwodnic. Tym bardziej, że z reguły noc nie jest dobrym sprzymierzeńcem kierowców. A pozostał nam do końca trasy najmniej klarowny do przejazdu odcinek Warszawa–Olsztyn. Jednakże w końcu doświadczenie kierowców w podróżach po całej Polsce zdecydowanie pomogło wyjechać z impasu. Akuratnie w tych chwilach kierowca–pilot odebrał telefon z olsztyńskiego szpitala z zapytaniem, gdzie jesteśmy i w jakim terminie stawimy się na miejsce, bo drugi biorca już jest i czekają na nas... I tu nastąpiła opowieść pilota, jak to jadąc w podobnej sprawie na drugi koniec Polski, co godzinę zmuszony był odbierać analogiczne telefony od coraz to bardziej zniecierpliwionego i nerwowego szpitalnego koordynatora transplantologicznego. Nie mogąc więc tym samym sprawnie i szybko prowadzić auta do celu – zmuszony był wreszcie w końcowej odpowiedzi użyć słów mocno nieparlamentarnych. Zbliżała się już 22 i zrobiło się trochę nerwowo. Na zewnątrz

widokowo dominowała płaska przestrzeń o bezgranicznej nieskończoności. W oddali ciemne punkciki domostw i rozgwieżdżone niebo dawały namiastkę absolutu. Mijane po drodze miejscowości, o nazwach z końcówkami charakterystycznymi dla tej części Polski, kojarzyły się z głośną aferą w sprawie torturowania właśnie tu islamskich terrorystów. Zaczęły ogarniać mnie myśli niespokojne; czy aby dobrowolnie nie jadę tam, gdzie też mogą mnie czekać tortury tyle, że w wydaniu szpitalnym, czy nie czeka na mnie tamże bezwzględna i okrutna pani „Ś”. A jeśli wszystko się uda to czy oczekiwane po przeszczepie nowe życie będzie takie jak marzenia o nim? To dziwne i niewytłumaczalne, ale równocześnie miałam odczucie, że ja jestem tylko obserwatorem akcji pt.: „przeszczep” dotyczącej mnie jedynie jako naocznego świadka. Być może zadziałała tu intuicyjnie antystresowa bariera obronna. A na nią wpływ miał niejaki Frank Herbert. Ten amerykański pisarz science-fiction głosił, że „Nie wolno się bać. Strach zabija duszę. To mała śmierć, a wielkie umieranie”. A tym czasem wokół nas - nadal nieuczułowieczony bezkres i świat wydawać by się mogło lekko tylko tknięty cywilizacją. Panowie kierowcy wyciszwszy radioodbiornik zdawali się już być zmęczeni podróżą. Tym bardziej, że liczne nieasfaltowe drożyny, po których przyszło nam teraz jechać, nie gwarantowały sprawnego dotarcia do celu w wymaganym szybkim terminie. Na dodatek zaczęło kropić. Na szczęście miły kobiecy głos trans-koordynatorki szpitalnej nie poganiał nas wcale.

Było nieco po 24, gdy przybyliśmy do celu. Przed nami ukazał się ogromny gmach szpitala z dużą ilością drzwi wejściowych, wywołujących dezorientację. Szybko jednak wchłonęła nas izba przyjęć, w której akurat awanturował się pijany gość ze zwichniętą nogą, śmiesznie skaczący na zdrowej. Tenże pacjent z obecną u jego boku młodą kobietą ubrani byli nader wytwornie. Podobno nieszczęście z nogą przydarzyło mu się podczas towarzyskiej imprezy. Rynsztokowe słownictwo tegoż młodzieńca mocno kontrastowało z całą resztą. Rejestratorka zmęczona nocną porą zdawała się być tym wszystkim co działo się dookoła, zupełnie nie wzruszona.

Właścicielką przemilego telefonicznego głosu okazała się być przeurocza młoda kobieta, która niezwłocznie zaproponowała zmęczonym kierowcom gorącą kawę. Mnie również szybko i sprawnie wzięto w obroty lekarskich wywiadów, oględzin itd. To była tylko faza wstępna z przerwą na skorzystanie z toalety jako naturalnej potrzeby po podróży. Wskazano mi ogromne i puste pomieszczenie z dużą ilością metalowych przyściennych umywalk i stojącym centralnie dużym, metalowym stołem. Moje

skojarzenia były jednoznaczne. Było to miejsce bliskiego spotkania z moim dawcą (!).

Następna tura biurokracji miała już miejsce w innej części budynku. Uzyskałam wówczas mglistą informację dotyczącą mojego darczyńcy – w jakim był wieku i co było przyczyną jego śmierci. Nowością dla mnie był fakt, że dawca odszedł w sposób naturalny będąc w średnim wieku, a zgubiła go nadmierna miłość do mocnych napojów. Tymczasem zrobiło się już po drugiej w nocy i moim marzeniem był przede wszystkim sen, nawet na szpitalnym łóżku. Okazało się, że istnieje szansa na odpoczynek, ale we wspólnym pokoju, w którym mój brat-bliźniak czekał już na zabieg. Przedstawiono nas sobie. Nazwisko mojego współtowarzysza niedoli niechęć wywoływało uśmiech na twarzy słuchacza. Do tego stopnia, że postanowiłam zwracać się do niego albo po imieniu, albo w wersji anglojęzycznej. Na szczęście gość miał na tyle duży do siebie i rzeczywistości dystans, że żadna forma zdawała się go nie obrażać. Zresztą poczucie humoru towarzyszyło mu wówczas niemal cały czas, co pozwoliło nam przez te wspólne chwile odsuwać od siebie prawie wszystkie smutki. Największą niespodzianką był jednak fakt, że te ekscytujące chwile przed i po operacji spędzimy w jednym pokoju, oddzieleni jedynie lekkim i ruchomym parawanem. Ów parawan okazał się być przydatny szczególnie w pierwszych chwilach po przeszczepie. Granica intymności nie była jednak trwała, szczególnie w przypadku słyszalności.

Zmęczeni podróżą (brat-bliźniak przybył spod Krosna) i emocjami dnia, pragnęliśmy jak najszybciej twardo zasnąć. Nasze żołądki były jednak puste i doskwierał nam głód, a tu brak informacji w sprawie przedoperacyjnej dyscypliny jedzeniowej. Powstrzymywanie się od jedzenia i picia było trudne, albowiem należało liczyć się z tym, że w każdej chwili możemy wjechać na operacyjny stół. Niepokojące było również to, że nikt nie podał nam do wiadomości terminu zabiegu, do którego jednak stawiliśmy się w możliwie jak najkrótszym czasie.

Każde z nas zasnęło szybko, pocieszając się na koniec tym, że nowe nerki będziemy mieć mocno zdezynfekowane.
C.d.n.



Listy znad morza

Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

Obiecałem ostatnio, że powrócimy do rozważań o kształcących podróżach. Jednak zanim do tego dojdzie uznałem za wskazane przedstawienie Szanownym Czytelnikom wspomnienia o Tadeuszu Koniecznym. Ponieważ Tadeusz Konieczny nie jest osobą powszechnie znaną w naszym środowisku uważam za konieczne uzasadnienie przedstawienia Jego sylwetki na łamach Dializa i Ty. Trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi na pytanie kim był Tadeusz. Przede wszystkim był pacjentem, którego znaliśmy i leczylimy od momentu kiedy pojawił się w naszej Klinice jako osiemnastoletni chłopak. Pojawił się w roku 1977 i po krótkim okresie terapii zachowawczej okazało się, że wymaga leczenia nerkozastępczego. Miał to szczęście, że mógł zostać zakwalifikowany do leczenia powtarzanymi



Tadeusz jako pacjent dializowany. Samodzielnie wkłada sobie igłę do przetoki tętniczo-żylną.

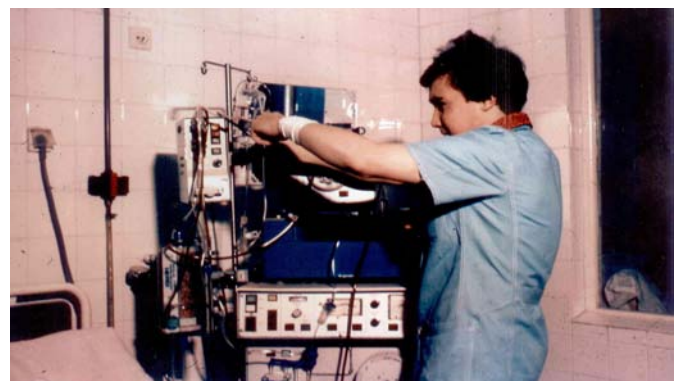


Grupa pacjentów z Klubu Dializowanych podczas wspólnej wyprawy na grzybobranie (Tadeusz w środkowej partii zdjęcia)

hemodializami. Należy bowiem uświadomić, że w tym czasie jedynie wybrancom można było zaproponować tę formę terapii. Natomiast większość chorych ze schyłkową niewydolnością nerek nie miało dostępu do dializoterapii i umierali oni wśród objawów mocznicy. Po kilku latach leczenia dializami brat Tadeusza zdecydował się oddać Mu nerkę w ramach dawstwa rodzinnego. Po przeszczepieniu narząd funkcjonował przez okres 12 lat. Po tym okresie nastąpił powrót do leczenia dializami. Okres tej terapii nie trwał długo, ponieważ po upływie kolejnych trzech lat doszło do drugiego przeszczepienia nerki, tym razem od dawcy zmarłego. Z tą nerką Tadeusz funkcjonował aż do śmierci w roku 2015. Łącznie zatem był poddawany terapii nerkozastępczej przez okres 36 lat. Przez cały ten czas był związany jako pacjent z naszym gdańskim ośrodkiem nefrologicznym i transplantacyjnym. Był jednocześnie symbolem postępu, jaki dokonywał się przez te lata w zakresie zarówno w dializoterapii jak też przeszczepiania nerek. Można też bez przesady stwierdzić, że Tadeusz stał się dla wielu z nas żywym okazem skuteczności nowoczesnej medycyny. Umierał z przyczyn sercowo-naczyniowych, ale do końca zachował wielki optymizm i swoiste poczucie humoru. Pamiętam nasze spotkanie przed ponad rokiem. W rozmowie uświadomił mi, że znamy się już blisko 35 lat i tyle właśnie wynosi nasza relacja pacjent-lekarz. Upominałem się wówczas o zorganizowanie przez Tadeusza obchodów tej, było nie było, okrągłej i imponującej rocznicy. Odpowiedź Tadeusza brzmiała: „Poczekamy do 50 rocznicy”. Podczas ostatniego pobytu w Klinice widać było, iż powoli Jego życie gaśnie. Chcąc go zmobilizować do dalszej walki z chorobą przypominałem wspomnianą obietnicę obchodów pięćdziesiątnicy. Tadeusz wówczas z przekornym uśmiechem stwierdził: „Przepraszam ale chyba nam to nie wyjdzie”. No i niestety nie wyszło. Ale tak czy inaczej nasza znajomość trwała ponad 36 lat i nie ograniczała się jedynie do kontaktu pacjenta z lekarzem. Tadeusz był bowiem jednym z członków założycieli stowarzyszenia pacjentów dializowanych, które powstało w Gdańsku w końcu lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Stowarzyszenie to zostało zarejestrowane jako Klub Pacjentów Dializowanych pod skrzydłami PCK.

Tadeusz po odejściu pierwszego prezesa – Janusza Brevki pełnił przez wiele lat tą odpowiedzialną funkcję. Trudno przy tym przecenić zasługi, które położył dla integracji pacjentów dializowanych. Był także często pierwszą osobą, która uświadamiała chorym kwalifikowanym do leczenia dializami zasady i wymogi tej terapii. Któż zresztą inny mógłby na ten temat mówić z większym znawstwem przedmiotu sprawy? Należy bowiem na dodatek wspomnieć, że Tadeusz był pracownikiem naszej Kliniki. Udało się bowiem wynegocjować z Wydziałem Zdrowia uzyskanie tzw. etatu rehabilitacyjnego. W ramach właśnie takiego zatrudnienia pełnił On funkcję sanitariusza, chociaż po kilku latach pracy można uznać, że uzyskał kwalifikacje porównywalne ze stanem pielęgniarstwa. W końcowych latach swojej pracy w Klinice był odpowiedzialny za prowadzenie magazynu sprzętu zużywalnego służącego do prowadzenia leczenia dializami. Trzeba dodać, że nikt tak jak On nie potrafił w szybkim czasie znaleźć odpowiedniego dializatora lub też innego niezbędnego wyposażenia. Często także spełniał funkcję przyuczonego technika wykonującego drobne naprawy i usuwającego małe usterki aparatury dializacyjnej. Nic zatem dziwnego, że zarówno pacjenci dializowani, jak też personel pielęgniarstwa czuli się bezpiecznie kiedy Tadeusz był obecny na dyżurze. Warto także wspomnieć, że szczególnie ważne okazywało się to w momentach, w których występowały braki w obsadzie pielęgniarstwa. A w ciągu tych wielu lat naszej współpracy z Tadeuszem takie sytuacje zdarzały się wielokrotnie. Jak widać z powyższego opisu Tadeusz, albo jeszcze lepiej znany pod zdrobnieniem Tadzio spełniał ogromnie ważną funkcję w naszej klinicznej społeczności. Był bowiem nie tylko naszym pacjentem ale także współpracownikiem i przyjacielem. Wiele razy stawiał się powiernikiem i potrafił być rozjemcą łagodzącym spory między poszczególnymi stanami. Nieubłagany los zrzucił, iż Tadeusz odszedł od nas, ale nie wątpię, że na zawsze pozostanie we wdzięcznej pamięci wielu ludzi, którzy mieli okazję spotkać się z Nim na swojej drodze życiowej. Należy do nich niewątpliwie

Wasz Bolesław



Tadeusz przygotowuje aparat do hemodializy

Wiersze Wybrane

Michalina Sidorkiewicz

Poniżej prezentujemy fragment twórczości literackiej Pani Michaliny Sidorkiewicz- pacjentki dializowanej. Wiersze pochodzą z tomiku „Wiara i życie”

Dobranoc

Gdy ciemna noc nadchodzi,
do snu się wszystko układa.
Wieczorem słowik smutno zawodzi,
znów jasny dzień gdzieś przepada.

Zanim mnie drzemka zmorzy,
zamknę swe senne powieki.
Proszę, pozwól mi, Boże, doczekać zorzy,
Cieszyć się światem tak wielkim.

„Módl się i pracuj” Twe polecenie,
jest ważne dla człowieka.
Noc przeznaczyłeś na wytchnienie,
od rana praca i praca czeka.

Wszystko zasypia. Świat w ciemności,
księżyc i gwiazdy przejęły czaty.
Pan im nakazał czuwać w miłości,
Wnieść błogi sen do chaty.

Wkrótce błysk zorzy i świtanie
zwiastuje nowy jasny dzień.
Wszystko się budzi, ze snu powstaje.
Nakaz wykonać boski czyn.

Rankiem srebrna rosa na trawie,
zostawia ślad mego kroku.
Myśl mnie zasmuca – patrzę ciekawie
na te przemiany w obłoku.

Dzień dobry – wołam, a serce słucha,
oczy wędrują po orbicie.
W imię Ojca i Syna i Ducha,
Pozdrawiam Cię Boże, dziękuję za życie.



Nastroje

Życie człowieka dnia dzisiejszego –
To euforia zaspokoić niezwykle pragnienia.
To impuls skłonności do złego
i obojętność na ludzkie cierpienia.

Cierpienia żyjącym, Boże, sam wyznaczasz.
Pewnie to czas przemysłów do oczyszczenia.
Pewnie, Panie, wszystko im przebaczasz,
i może doznają Twojego olśnienia.

Panie, i ja przeżywam swoje zmartwychwstanie,
gdy oczyszczona z grzechów przebywam.
Wówczas uśmiech widzę na Twych ustach, Panie.
Z radością chwalebne Tobie pieśni śpiewam.

Dziś swoje życie dokładniej poznałam.
Mogę nieco więcej opowiedzieć.
Pisząc – jakiego olśnienia doznałam,
o dobrym piszę, o złym nie chcę wiedzieć.

Czasem, gdy moją myśl rozterka nadchodzi,
to wiem, że Pan mój z tego mnie wyzwoli.
Wiara i miłość twórczą myśl odrodzi,
bo jestem oddana Jego Boskiej woli.

Badania obrazowe w nefrologii

Dr med. Anna Moczulska

Klinika Nefrologii Dziecięcej i Zakład Dializ Katedry Pediatrii
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Wprowadzenie

W diagnostyce chorób nerek i układu moczowego przeważają obecnie nieinwazyjne metody badań obrazowych. Badania ultrasonograficzne i scyntygraficzne coraz skuteczniej zastępują urografię dożylną, która do niedawna stanowiła podstawowe badanie diagnostyczne układu moczowego. Cystourethrografia mikcyjna, potocznie zwana „cystografią” wydaje się być niezastąpiona w rozpoznawaniu nieprawidłowości pęcherza moczowego i cewki moczowej. Inne badania obrazowe, takie jak tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRJ), angiografia i specjalne badania kontrastowe jak np. pielografia - dotyczą wybranych przypadków klinicznych, wymagających szczegółowego wyjaśnienia podłoża choroby. Nowoczesne aparaty ultrasonograficzne dają możliwości nieinwazyjnego badania przepływów naczyniowych z użyciem metod dopplerowskich. Podstawową zasadą obowiązującą w badaniach obrazowych w chorobach nerek, zarówno u dzieci jak i u dorosłych, jest wybór najmniej inwazyjnej techniki i jak najmniejszej dawki promieniowania. Dlatego prawie każde postępowanie diagnostyczne powinno rozpocząć się od badania ultrasonograficznego.

ULTRASONOGRAFIA (USG)

Ultrasonografia jest podstawowym badaniem obrazowym nerek i układu moczowego, od którego powinno się rozpocząć każdy algorytm diagnostyczny w chorobach nerek i układu moczowego. Badanie ultrasonograficzne, jako najmniej inwazyjne, jest dostępne w podstawowej opiece zdrowotnej. Może być ono powtarzane wielokrotnie bez szkody dla pacjenta i nie ma przeciwwskazań do jego wykonania. W przypadku podejrzenia chorób układu moczowego badanie USG powinno obejmować zawsze ocenę wszystkich struktur jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej. Za pomocą ultrasonografii możliwe jest szczegółowe uwidocznienie układu moczowego i nerek niezależnie od ich funkcji. Pomiary wielkości nerek w powtarzanych badaniach pozwalają na ocenę dokonujących się zmian chorobowych. Długość nerki wynosi od około 4,5 cm u noworodków do około 11 cm u dorosłych. Badanie USG dobrze uwidacznia położenie i budowę nerek, umożliwia ocenę poszerzenia dróg moczowych (kielichów, miedniczek i moczowodu nerki).

Ograniczeniem metody jest niemożność uwidocznienia nieposzerzonego moczowodu oraz utrudnione zobrazowanie środkowego odcinka nawet poszerzonego moczowodu. Badanie USG pozwala na wykrycie kamicy układu moczowego, wapnicy nerek, nowotworów, skutków urazów, a także na ocenę wypełnienia i kształtu pęcherza moczowego. W przeddzień badania należy unikać pokarmów ciężkostrawnych, napojów gazowanych, surowych warzyw i owoców oraz żucia gumy. Pacjent powinien być uprzednio dobrze napojony, nie jeść około 3 godziny i zgłosić się do badania z pełnym, lecz nieprzepełnionym pęcherzem. Do pełnego obrazu badania należy ocenić ilość moczu zalegającego w pęcherzu bezpośrednio po jego opróżnieniu.

Za pomocą metod dopplerowskich (color i power Doppler) obrazuje się przepływ krwi w naczyniach i narządach miękkich. Badania te znajdują coraz szersze zastosowanie w diagnostyce nefrologicznej, głównie w rozpoznawaniu anomalii naczyń nerkowych, u chorych z nadciśnieniem tętniczym oraz unaczynienia mięszu nerek w zmianach rozrostowych i zapalnych. Badanie dopplerowskie, ze względu na swoją nieinwazyjność, jest traktowane jako podstawowe w monitorowaniu nerki przeszczepionej. Technika dopplerowska służy również diagnostyce powikłań pozanerkowych towarzyszącym chorobom nerek, między innymi rozpoznawaniu zakrzepów naczyniowych lub kontrolowaniu przepływu krwi w przetokach do hemodializy. Nowe technologie umożliwiają obrazowanie trójwymiarowe (3D) jako uzupełnienie podstawowych badań USG. Ponieważ nerki i pęcherz moczowy są łatwo dostępne badaniu ultrasonograficznemu, pod kontrolą USG wykonywane są liczne zabiegi, między innymi biopsje, stomie, punkcje i drenaże cyst oraz nakłucia układu kielichowo-miedniczkowego w celu podania kontrastu. Badania USG znalazły również zastosowanie w monitorowaniu dializy otrzewnowej, głównie w ocenie położenia samego cewnika w jamie otrzewnej jak i zmian zapalnych wokół cewnika w kanale skórno-mięśniowym, zwłaszcza jeżeli podejrzewamy stan zapalny.



Aparat ultrasonograficzny

BADANIA SCYNTYGRAFICZNE (RENOGRAFIA)

Badania scyntygraficzne stosowane w diagnostyce układu moczowego są badaniami mało inwazyjnymi, a stopień napromieniania pacjenta jest istotnie niższy niż w badaniach radiologicznych. Kontrast znakowany radioizotopem

(najczęściej jest to technet 99) podawany jest dożylnie, a jego gromadzenie w układzie moczowym ocenia się za pomocą gamma-kamery, czułego detektora promieniowania wytwarzanego przez izotop połączony z cząsteczkami kontrastu lub znacznika. Pozwala to na obliczenie procentowego wychwytu znacznika przez każdą z nerek. Wymagane jest dobre nawodnienie pacjenta przed badaniem. W zależności od doboru kontrastu istnieje możliwość oceny zarówno blizn i ognisk zapaleń w mięszu (renografia statyczna), jak i oceny funkcji nerek, budowy dróg moczowych, opróżniania pęcherza moczowego (badanie dynamiczne). Rozszerzeniem badania w przypadku podejrzenia zwężenia dróg moczowych jest ocena obecności kontrastu po dożylnym podaniu leku moczopędnego (np. furosemidu).

Wskazaniami do wykonania scyntygrafii nerek są wady nerki, torbiele, zwężenia moczowodu, cewki moczowej, odpływy wsteczne, zakażenia układu moczowego, nadciśnienie tętnicze, stany zapalne kłębuszków nerkowych, guzy, diagnostyka nerki przeszczepionej.

Metoda komputerowego opracowania pomiarów emisji pojedynczych fotonów (SPECT) z zastosowaniem środków izotopowych, poprzez zobrazowanie przekrojów, pozwala na identyfikację drobnych obszarów uszkodzeń nerek.

Aparat do scyntygrafii nerek typu SPECT.



CYSTOURETROGRAFIA MIKCYJNA

Cystouretrografia mikcyjna jest badaniem rentgenowskim obrazującym pęcherz moczowy, wykonywanym w celu oceny

odpływu pęcherzowo-moczowodowego (OPM). Pęcherz wypełnia się przez cewnik rozcieńczonym, ogrzanym roztworem soli fizjologicznej zmieszanej ze środkiem kontrastowym, w objętości wywołującej uczucie parcia lub szacunkowej objętości, która wynosi u niemowląt $V \text{ (ml)} = \text{masa ciała w kg} \times 7$, u dzieci starszych $V \text{ (ml)} = (\text{wiek w latach} + 2) \times 30$ - a u dorosłych około 400 ml. Podczas wprowadzania kontrastu i wypełniania pęcherza, oglądaniem w skopii możliwa jest ocena pojemności i kształtu pęcherza moczowego oraz wykrycie biernych OPM. W czasie mikcji, po usunięciu cewnika, w czasie wyraźnego wzrostu ciśnienia moczu w pęcherzu, uwidoczni się anomalie cewki moczowej, a także czynne odpływy pęcherzowo-moczowodowe. W przypadku stwierdzenia OPM ocenia się jego stopień, anatomię moczowodów, miedniczki i kielichów nerkowych, ewentualnie współistniejących uchyłków pęcherza. Możliwe jest połączenie cystouretrografii mikcyjnej

z badaniem urodynamicznym, w celu lepszego poznania mechanizmu zaburzeń mikcji.

Wskazaniami do cystografii są nawracające zakażenia dróg moczowych, zaburzenia funkcji pęcherza, niewyjaśnione poszerzenie dróg moczowych w badaniu USG, podejrzenie nieprawidłowości cewki moczowej (zwężenie). W celu zgłoszenia pacjenta do krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie nerki należy wykonać cystografię mikcyjną w przypadku: wad wrodzonych dróg moczowych, nieznannej przyczyny niewydolności nerek, zwłaszcza u młodych osób lub z zakażeniami układu moczowego, u chorych z cukrzycą, problemami neurologicznymi, podejrzeniem wad nabytych (pozapalnych, zwężenia, naświetlania).

Nie należy wykonywać cystouretrografii mikcyjnej w czasie ostrego zakażenia dróg moczowych - zalecane jest wykonanie tego badania po 4 tygodniach od wyleczenia zakażenia. Powikłaniem badania może być jatrogenne zakażenie dróg moczowych.



Aparat rentgenowski do cystouretrografii mikcyjnej

UROGRAFIA DOŻYLNIA

Urografia nadal pozostaje badaniem rozstrzygającym o budowie anatomicznej dróg moczowych (zwłaszcza przed i po zabiegu operacyjnym), jak też w kamicy. W badaniu tym, w przeciwieństwie do badania

izotopowego, funkcja nerek nie może być określona ilościowo. Po wykonaniu przeglądowego zdjęcia rentgenowskiego jamy brzusznej, podaje się dożylnie środek cieniujący (kontrast). Zdjęcia rtg po 1, 5, 15 i 30 minutach od podania kontrastu obrazują wydzielanie i wydalanie zagęszczonego środka kontrastowego. Czasem konieczne jest wykonanie tzw. późnego zdjęcia, po kilku lub kilkunastu godzinach.

Nierzadko obserwuje się niepożądane reakcje alergiczne mimo stosowania niejonowych środków kontrastowych. Zaleca się właściwe nawodnienie pacjenta przed (1 litr) i po (1 litr) podaniu kontrastu w celu zapobieganiu uszkodzenia nerek. Ogranicza się stosowanie środków kontrastowych u pacjentów z niewydolnością nerek, gdyż mogą one pogarszać już upośledzoną czynność nerek, do wystąpienia ostrej niewydolności nerek lub zaostrenia przewlekłej niewydolności łącznie. Ponadto, nieprawidłowa funkcja nerek przy wartościach przesączania kłębuszkowego (GFR) poniżej 20 ml/min/1,73 m² uniemożliwia otrzymanie odpowiedniej jakości obrazów nawet pomimo zwiększania dawki kontrastu lub izotopu (w przypadku renografii). Istnieje

pewne ryzyko związane z tzw. nefropatią kontrastową, czyli ryzykiem toksycznego, ostrego uszkodzenia nerek nawet u zdrowych osób, u których podaje się kontrast. Najprostszą drogą zmniejszenia tego ryzyka jest dobre nawodnienie pacjenta przed badaniem.

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (TK)

Tomografia komputerowa to także badanie obrazowe z wykorzystaniem promieni rentgenowskich, które skupione w postaci wiązki „obrysowują” narządy wewnętrzne, tworząc warstwowe przekroje. Na ich podstawie komputer tworzy wirtualne serie obrazów (przekrojów), które można analizować w sposób podobny do zdjęć rentgenowskich, ale także wielopłaszczyznowo, przestrzennie, po przetworzeniu cyfrowym. Badanie TK wykonywane jest przede wszystkim w przypadkach podejrzenia guzów i nieprawidłowości anatomicznych w obrębie jamy brzusznej, kamicy układu moczowego, a także naczyń nerkowych (angiografia-TK). W większości przypadków w celu uwidocznienia naczyń i narządów miękkich konieczne jest dożylnie podanie środka kontrastowego. Wymagane jest wówczas dodatkowe podanie kontrastu doustnie lub doodbytniczo.

Przed tomografią jamy brzusznej z dożylnym podaniem środka kontrastowego, podobnie jak przed urografią, zaleca się zjeść ostatni posiłek na 4-6 godzin przed badaniem. Ponadto 40-45 minut przed badaniem należy wypić około 700 ml niegazowanej wody. Dodatkowo, bezpośrednio przed wejściem do pracowni, należy wypić kolejne 200 ml wody. W przypadku badania w znieczuleniu należy pozostać na czczo (również bez przyjmowania płynów). Bezpośrednio przed badaniem należy opróżnić pęcherz. Należy przedstawić aktualny wynik oznaczenia kreatyniny w surowicy.

U pacjentów dializowanych, jeśli konieczne jest wykonanie badania tomografii z kontrastem dożylnym, korelacja czasu hemodializy z podaniem środka kontrastowego jest zbędna. Jednak ze względu na zwiększone nawodnienie pacjenta przed zabiegiem, planuje się go zwykle przed dializą.

Ze względu na dużą dawkę napromieniania wykonanie tomografii ogranicza się do poszczególnych przypadków, w których inne badania obrazowe nie dostarczyły wystarczających informacji na temat układu moczowego.



Tomograf komputerowy

REZONANS MAGNETYCZNY (MRJ)

U pacjentów z podejrzeniem zmian w obrębie rdzenia kręgowego i z zaburzeniami funkcji pęcherza moczowego stosuje się badanie rezonansu magnetycznego. W przypadkach naczyniowo-nerkowego nadciśnienia tętniczego MRJ należy traktować jako nieinwazyjne badanie obrazujące anomalie naczyń nerkowych, obok badania dopplerowskiego naczyń nerkowych i tomografii komputerowej. Badanie to pozwala na anatomiczną i funkcjonalną ocenę nerek i naczyń.

Przed badaniem zaleca się nie jeść 2 godziny. Przeciwwskazaniem do badania jest obecność rozrusznika serca lub innych stymulatorów jak np. implanty słuchowe. Zaletą angiografii rezonansowej (MRA) w porównaniu z angiografią w tomografii komputerowej jest mniejsza ilość podawanego kontrastu. Rzadko obserwuje się działania nieporządane po jego podaniu, jednak stosowanie gadolinum jest przeciwwskazane u pacjentów z GFR poniżej 30 ml/min/1,73 m², ze względu na ryzyko wystąpienia późnych powikłań. U pacjentów dializowanych zalecane jest wykonanie sesji hemodializy w celu usunięcia środka kontrastowego tak szybko, jak to możliwe po jego podaniu. Dializa otrzewnowa nie usuwa skutecznie kontrastu.



Rezonans magnetyczny

ARTERIOGRAFIA

Jako badanie inwazyjne obarczone dużą dawką napromieniania. Arteriografia zarezerwowana jest dla przypadków nadciśnienia nerkowopochodnego z podejrzeniem zwężenia tętnicy nerkowej oraz malformacji tętniczo-żylnych. Badanie naczyń nerkowych wykonuje się podając bezpośrednio do nich kontrast poprzez cewnik założony przez tętnicę udową. Przy zwężeniu tętnicy nerkowej istnieje możliwość jednoczasowej terapii angioplastyką balonową, dzięki której w czasie badania diagnostycznego można poszerzyć zwężone naczynie.

O pewnym nowotworze nerki u dzieci

mgr piel. Teresa Smolnik

Pielęgniarka Oddziałowa Stacji Dializ
Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego
w Krakowie

Artykuł mgr Sylwii Rodak o nowotworach układu moczowego, opublikowany w numerze 25/2015 „Dializa i Ty”, w którym opisano niektóre nowotwory układu moczowego u dorosłych skłonił mnie do podzielenia się informacjami na temat często spotykanego nowotworu nerki, który występuje u dzieci.

Guz Wilmsa, nerczak płodowy (Ryc.1), jest najczęstszym złośliwym nowotworem nerek u dzieci i stanowi blisko 97% nowotworów tego narządu. Jest jednym z najczęściej występujących guzów litych u dzieci, a pod względem częstości – drugim nowotworem po guzach ośrodkowego układu nerwowego. W Polsce odnotowuje się około 80 nowych przypadków guza Wilmsa rocznie, w większości przypadków zajęta jest jedna nerka. U około 4/5 dzieci nowotwór wykrywa się pomiędzy 2 a 5 rokiem życia. Swoją nazwę zawdzięcza niemieckiemu chirurgowi Maksowi Wilmsowi (1867-1918), który w 1899 roku opisał 7 przypadków tego nowotworu u dzieci, który określił mianem „guza mieszanego” (Mischgeschwülste), a to z powodu różnorodności struktur wywodzących się z komórek nabłonkowych, komórek blastemy i komórek podścieliska tworzących jego masę. Współczesne badania potwierdziły rolę podłoża genetycznego związanego mutacjami w genach WT1 i WT2, a także znacząco częstsze występowanie guza Wilmsa u dzieci z zespołem Denis-Drash (obojniactwo rzekome męskie połączone z rozsianym stwardnieniem mezangium kłębuszków nerkowych i białkomoczem lub zespołem WAGR (guz Wilmsa, brak tęczówki, wady narządów płciowych oraz upośledzenie umysłowe), u podłoża których leżą mutacje genu WT1.

Objawy guza Wilmsa u dzieci nie są do końca typowe, a wczesny przebieg jest najczęściej bezobjawowy. Jednym z najczęstszych objawów (około 1/3 dzieci) jest pojawiający się krwiomocz. Nierzadko u niemowlęcia położonego na brzuszku lub na plecach dochodzi do epizodów nadmiernego pocenia się. U wielu dzieci objawy są nietypowe, pod postacią bóli brzucha, okresowych wymiotów, nawracających zakażeń układu moczowego, stanów podgorączkowych lub gorączki, którym towarzyszy wyraźne powiększanie się obwodu brzuszka, uniemożliwiające niekiedy przytulenie dziecka –

nie powinniśmy lekceważyć tych objawów. Guz powiększa się bardzo szybko w czasie 4-6 tygodni i u ponad połowy dzieci w chwili rozpoznania jest wyczuwalny w badaniu fizykalnym jako opór w jamie brzusznej. Co zaskakuje, pomimo tych objawów, stan dzieci jest na ogół dobry. Wiele z nich może mieć podwyższone ciśnienie tętnicze krwi (nawet 20%), ale - jak wskazuje praktyka, jest ono (niestety) nadal rzadko mierzone w tym wieku przez pediatrów lub lekarzy rodzinnych. Zaawansowany guz, zwłaszcza w stadium IV (w pięciostopniowej skali) może dawać przerzuty do płuc, wątroby, kości i mózgu.

Diagnostyka guza Wilmsa w pierwszej kolejności opiera się na badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej. USG powinno wykonać się w pierwszej kolejności. Dzięki niemu możemy różnicować guz lity od torbieli, ocenić przestrzeń zaotrzewnową oraz wykryć powiększone węzły chłonne i ewentualne nacieki w żyłę prężnej dolnej. Tomografia komputerowa jamy brzusznej z kontrastem pozwala dokładnie ocenić miejscowe zaawansowanie guza i przestrzeń zaotrzewnową. U każdego z dzieci podejrzewanych o guza Wilmsa powinno się wykonać zdjęcie klatki piersiowej, by wykluczyć obecność przerzutów w płucach. Diagnostyka może być uzupełniona badaniem magnetycznego rezonansu jądrowego lub angiografią naczyniowej, jeżeli nowotwór zaatakował obie nerki.

Leczenie dzieci z guzem Wilmsa jest zawsze leczeniem skojarzonym, na które składają się leczenie operacyjne (najczęściej usunięcie nerki zajętej guzem) z następową radioterapią i chemioterapią przed- i pooperacyjną. Guzy operacyjne wycina się chirurgicznie, a nieoperacyjne podlegają dalszej indywidualnie dobranej chemioterapii w ośrodku onkologicznym. Usuwa się nerkę z guzem i jej moczowód, a badanie histopatologiczne pozwala określić stopień zaawansowania choroby. Nerczak płodowy jest guzem bardzo promienioczułym, stąd naświetlanie łoża pooperacyjnej niszczy pozostałe po zabiegu tkanki nowotworowe. Pamiętajmy jednak, że u dzieci, które były leczone wyższą dawką sumaryczną na łożę guza, stwierdza się po latach późne, popromienne uszkodzenia narządów, skrzywienia oraz usztywnienia kręgosłupa, zaniki mięśniowe, deformacje tułowia. U około 10% dzieci istnieje ryzyko rozwoju tzw. „drugiego nowotworu”. Znacznie częściej obserwujemy popromienny, wtórny zespół Fanconiego, to jest uszkodzenie kanalików nerkowych manifestujące się białkomoczem, cukromoczem i zwiększonym wydalaniem fosforanów. Chemioterapię prowadzi się przedoperacyjnie, by „rozpuścić” guz i pooperacyjnie, by zniszczyć ewentualne ogniska przerzutów (Ryc.2). Na standardowy protokół chemioterapii składa się czterolekowe leczenie etopozydem, karboplatiną, cyklofosfamidem i doksorubicyną. Obejmuje on leczenie wszystkich guzów wysokiego ryzyka w stopniu II i III.

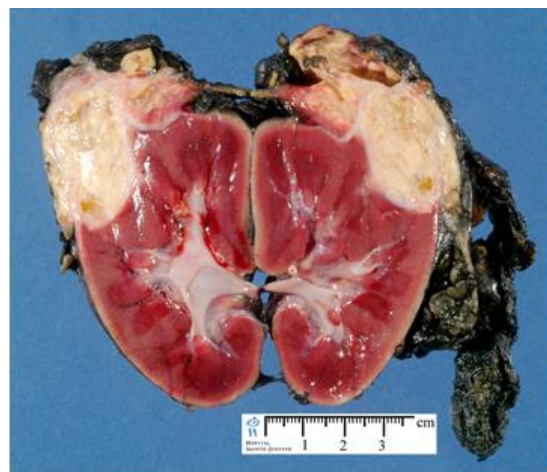
Leczenie skojarzone z wielolekową chemioterapią i radioterapią doprowadziło do bardzo znacznego wzrostu liczby wyleczonych dzieci — rzędu 90%. Jest to bardzo dobra wiadomość, bowiem przeżycie 2 lat z reguły oznacza całkowite wyleczenie. Najwyższy odsetek dzieci wyleczonych stwierdza się w grupie pacjentów poddanych terapii według kompleksowych schematów opracowanych zarówno przez międzynarodowe grupy badawcze, np. Międzynarodowe Towarzystwa Pediatrików i Onkologów (SIOP, Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique), Narodowe Badanie Guza Wilmsa (NWTS, National Wilms Tumor Study) lub przez Zespół ds. Nerczaka Polskiej Pediatricznej Grupy Leczenia Guzów Litych (PPGGL).

Jak wspomniałam, leczenie guza Wilmsa jest bardzo agresywne. Doświadczenie wskazuje, że wycięcie guza bez terapii uzupełniającej zapewnia wyleczenie jedynie u 20% dzieci. Miejscowa radioterapia łożu guza zwiększa odsetek wyleczonych do 40%, ale nie zapobiega wystąpieniu odległych przerzutów nowotworu, ujawniających się najczęściej w okresie do 2 lat po operacji. Przyczyną 80% niepowodzeń są wznowy miejscowe i odległe przerzuty nowotworu, najczęściej do płuc, wątroby, ośrodkowego układu nerwowego i kości.

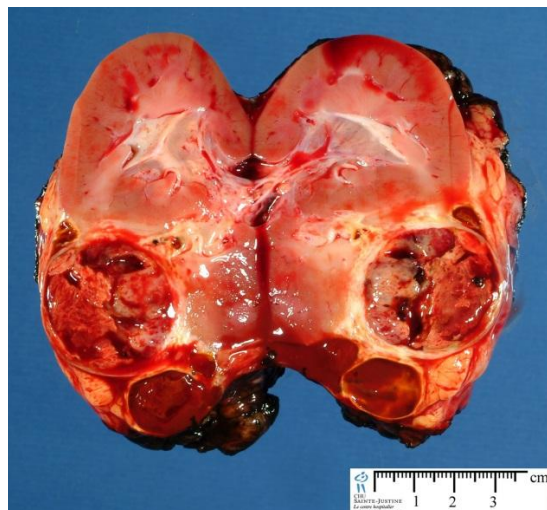
Oczywiście, dzieci muszą być systematycznie kontrolowane po leczeniu. Kontrole mogą być kłopotliwe tak dla małych pacjentów jak i ich rodziców. W pierwszym roku po leczeniu są częste, raz w miesiącu, w drugim – co 2 miesiące, dopiero w 3 i 4 roku po leczeniu dziecko musi zgłaszać się do lekarza raz na 6-12 miesięcy.

Podczas badań kontrolnych należy wykonać USG nerek (nerki), zdjęcie przeglądowe klatki piersiowej (ze względu na ryzyko przerzutów nowotworu w płucach) i śledzić czynność wydzielniczą nerki (filtracja kłębuszkowa, białkomocz) i tomografię komputerową w 6 miesięcy po ukończeniu leczenia. Niektórzy zalecają okresowe, co kwartał badania USG jamy brzusznej aż do ukończenia 7. roku życia. Powinniśmy też pamiętać o ocenie czynności drugiej, najczęściej zdrowej chociaż przerastającej kompensacyjnie nerki, która przejmuje funkcję usuniętej nerki chorej. Dzieci takie spełniają kryteria rozpoznania u nich przewlekłej choroby nerek (PChN). Nierzadko wymagają leczenia nefroprotektoryjnego, dzięki któremu można znormalizować ciśnienie tętnicze krwi i zmniejszyć białkomocz.

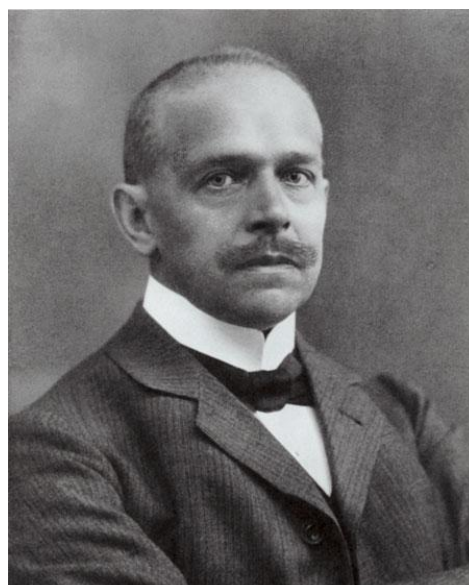
Na zakończenie warto jeszcze powiedzieć słowo o samym odkrywcy tego nowotworu. Dr Maks Wilms (Ryc.3) mimo wielu zasług na polu chirurgii nigdy nie przypuszczał, że z jego nazwiskiem będzie wiązany nowotwór nerki u dzieci. Guz, który dzięki współczesnej medycynie ma dobre rokowanie. Sam lekarz zmarł na błonicę, zaraziwszy się od francuskiego jeńca wojennego, którego ratował wykonując mu tracheotomię.



Ryc. 1. Guz Wilmsa (necrozak płodowy) naciekający górny biegun nerki. Nerka usunięta wraz z guzem i moczowodem. Zdjęcie (www.humpath.com)



Ryc. 2. Obraz guza Wilmsa po chemioterapii. Zdjęcie (www.humpath.com)



Ryc. 3. Dr Maks Wilms (1867-1918)

Ciągłe zakazy

mgr piel. Sylwia Rodak

NZOZ Centrum Dializa - Oddział w Sopocie

Drodzy Pacjenci,

Od ponad 11 lat obserwuję osoby dializowane z perspektywy pielęgniarki dializacyjnej i powiem szczerze, że Wszystkim Wam gratuluję samozaparcia, siły i odwagi w znoszeniu tej jakże trudnej dla Was codzienności. Zapewne każdy z Was doskonale pamięta swoje „początki” - nowe otoczenie, personel, czynności przy nim wykonywane, ciągłe rozmowy na temat radzenia sobie z dietą, dbałość o dostęp naczyniowy itd.

Osobiście bardzo wiele takich rozmów przeprowadziłam jako pielęgniarka edukacyjna, dializacyjna, teraz również bardzo wspieram swoich pacjentów i edukuję na różne tematy, nie tylko związane z przewlekłą chorobą nerek i dializoterapią. Rozmawiamy o codzienności, o rodzinie, problemach przyziemnych, o ulubionych filmach czy książkach. Moja praca zawsze dawała mi bardzo dużo satysfakcji, czego wyrazem był życzliwy uśmiech pacjenta czy słowo „dziękuję”. Teraz więcej czasu poświęcam na analizę ich samopoczucia, diety, dbałości o przetokę, tworzymy razem z moim personelem fantastyczny rodzinny klimat, który mam nadzieję w innych Stacjach Dializ też da się odczuć, mimo ogromu obowiązków.

To właśnie dzięki rozmowom z pacjentami dializowanymi uświadomiłam sobie, jak ulotne jest ludzkie życie i ile wysiłku należy włożyć w funkcjonowanie na codzień.

Wszyscy z Was Drodzy Pacjenci doskonale zdajecie sobie sprawę z tego, że aby utrzymać dobre zdrowie fizyczne i psychiczne trzeba przestrzegać pewnych zasad. Często widzę oznaki zaskoczenia, gdy opowiadam o nowinkach dietetycznych, nowych metodach dbałości o dostęp naczyniowy czy innym wykorzystaniu sprzętu medycznego. Mimo wielkiego nakładu pracy dostrzegam, iż pacjenci są w swój sposób zorientowani na chorobę i zaleceń nie przestrzegają, mimo wielkiej ich świadomości.

Postaram się zaprezentować ciekawe sytuacje nieprzestrzegania zaleceń pielęgniarko-lekarskich i ich skutkach dla zdrowia fizycznego oraz psychicznego pacjenta hemodializowanego, bo z takim pracuję na codzień.

1. Temat rzeka ... STOSOWANIE OPTYMALNEJ DIETY ZE SZCZEGÓLNYM ZWRÓCENIEM UWAGI NA ZAWARTOŚĆ BIAŁKA, FOSFORU I POTASU ORAZ SOLI.

Każdy chory dializowany na naszej Stacji Dializ otrzymuje materiały edukacyjne na temat diety w okresie dializacyjnym, a także przykładowe jadłospisy oraz tabelę z zawartością w poszczególnych produktach potasu i fosforu. Jest

to bardzo obszerny temat, wymagający wielkiego zainteresowania ze strony personelu medycznego oraz zaangażowania samego pacjenta i jego rodziny. Bardzo często widzę ciekawość pacjentów, gdy rozmawiamy na temat diety – pytają, włączają się do dyskusji. Bywają jednak chorzy bierni, którzy w związku z tym, że nie do końca akceptują swoją chorobę, nie chcą słyszeć o żadnych zasadach zdrowego i prawidłowego żywienia. Problem ten da się zaobserwować w trakcie codziennych rozmów z pacjentami oraz w trakcie comiesięcznej dokładnej analizy badań laboratoryjnych. Przestrzeganie bowiem diety znajduje swoje przełożenie na wyniki badań, m.in. potasu, fosforu czy mocznika. Pacjentom dializowanym szczególnie ciężko jest przestrzegać zaleconą dietę w okresie wakacyjnym, który obfituje w świeże i pyszne owoce oraz warzywa, które zawierają bardzo duże ilości potasu i wpływają niekorzystnie na zdrowie i samopoczucie samego pacjenta. W rozmowach z pacjentami zawsze mówię, że mogą jeść wszystko z rozsądkiem i rozwagą, w niewielkich ilościach, gdyż każdy organizm reaguje odmiennie na spożywane produkty.

2. WŁAŚCIWE PRZYJMOWANIE LEKÓW ZLECONYCH PRZEZ LEKARZA STACJI DIALIZ.

Doskonale zdajemy sobie sprawę, że większość pacjentów hemodializowanych jest w podeszłym wieku. W naszej Stacji Dializ w Sopocie średnia wieku wynosi 75 lat. Są to bardzo schorowani ludzie, z różnymi dysfunkcjami zarówno natury fizycznej, jak i psychicznej. Większość z nich mieszka z rodzinami i to właśnie one pilnują godzin i dawek podawania leków. Zarówno pacjenci jak i ich rodziny są edukowani na temat właściwego przyjmowania zleconych leków. Dotyczy to głównie leków nadciśnieniowych, właściwego dawkowania insuliny w dzień dializ czy właściwego przyjmowania wapnia. Są to niezwykle ważne sprawy i wymagają zaangażowania z obu stron. Jednak są i tacy chorzy, sprawni fizycznie oraz psychicznie, mieszkający samodzielnie, stąd nikt nie sprawuje nad nimi żadnej kontroli. Ci chorzy dawkują sobie sami leki i często nasze rozmowy nie odnoszą zamierzonego skutku. Obserwujemy wówczas wahające się poziomy wapnia i fosforu, obniżone lub podwyższone ciśnienie tętnicze krwi oraz - bardzo poważny problem u chorych hemodializowanych z cukrzycą - rozchwiane poziomy glikemii w trakcie dializy, które trzeba stale monitorować, aby nie dopuścić do hipo- lub hiperglikemii.

3. UNIKANIE SPOŻYWANIA PŁYNÓW.

Wiemy, że u pacjentów dializowanych ilość przyjmowanych płynów musi być rozpatrywana indywidualnie. Obliczamy ją w następujący sposób: ilość wydalanego moczu na dobę + 500 ml na pokrycie strat płynów wydalanych z potem, przez oddychanie i wydalonych z kałem. Jeżeli pacjent

w ogólnie nie oddaje moczu, ilość płynów dozwolona w ciągu doby wynosi około 0,5 litra. Ilość wypijanych płynów może być zwiększona w przypadku upalnej pogody, wymiotów czy biegunk. Do tego tematu każdy z pacjentów powinien podejść ze zdrowym rozsądkiem, powinien sam nauczyć się obserwować własne ciało pod kątem objawów odwodnienia czy przewodnienia. Zdarzają się chorzy, którzy absolutnie nie zgadzają się ze wskazówkami personelu medycznego, co niestety wiąże się z dużymi przyborami wagi między dializami i koniecznością codziennego odwadniania za pomocą hemodializy. Zabiegi takie są męczące dla chorego, dodatkowo obciążają układ sercowo-naczyniowy i pogarszają ogólną wydolność. Dlatego tak ważna jest rola dobrze przygotowanego i fachowego personelu medycznego oraz stosowanie się do przekazywanych wskazówek. Często mam wrażenie, że pacjenci uznają nasze porady za rodzaj ingerencji w ich życie prywatne, odrzucają jakąkolwiek pomoc, gdyż sądzą, że sami poradzą sobie. W dużej mierze im się to udaje, ale potrzebna jest do tego chęć, wsparcie najbliższych oraz samozaparcie samego chorego. Dopiero wtedy to odniesie zamierzony skutek.

4. DBANIE O DOSTĘP NACZYNIOWY.

Dostęp naczyniowy do hemodializy - cewnik stały typu Permcath lub przetoka tętniczo-żylna stanowią linię życia łączącą pacjenta z aparatem do dializy. Większość chorych doskonale radzi sobie z właściwą pielęgnacją swojego dostępu naczyniowego, pamięta o najważniejszych zaleceniach przekazywanych na bieżąco przez personel medyczny. Niektórzy jednak, szczególnie ci z trudnością zaakceptowania siebie jako osobę chorą, kompletnie nie przestrzegają zasad. Dotyczą one głównie: właściwego

uciskania miejsc po usunięciu igieł dializacyjnych, kontroli szumu i tętnienia przetoki, dźwigania ciężkich rzeczy w ręce z przetoką czy nie spania na ręce z przetoką. Bardzo ważne jest również przestrzeganie zaleceń dotyczących pobierania krwi na ręce z przetoką czy mierzeniu ciśnienia tętniczego krwi. Ostatnio pacjent dializujący się od ponad 3 lat w trakcie wykonywania próby dobutaminowej zezwolił na założenie wkłucia typu venflon na ręce z przetoką. Jest to wielka nieodpowiedzialność ze strony chorego i wielki brak profesjonalizmu oraz fachowej wiedzy personelu medycznego. Osoby z założonym cewnikiem centralnym (permanentnym) do dużego naczynia muszą pamiętać o nie zalewaniu go wodą, nie spaniu na stronie po której założony jest cewnik oraz pilnowaniu o dokładnym jego zabezpieczeniu. Jak jest w rzeczywistości? Z obserwacji pacjentów myślę, że mają oni coraz większą znajomość zagrożeń jakie za sobą niesie niewłaściwe postępowanie z dostępem naczyniowym, a wiedza przekazywana przez personel medyczny uważam, że nie zawsze jest fachowa i profesjonalna. Oczywiście duży ukłon w stronę pielęgniarek nefrologicznych i dializacyjnych, które doskonale znają powagę sytuacji i postępują we właściwy sposób.

Liczę na to, że moje spostrzeżenia na temat współpracy z pacjentami dializowanymi są trafne, a przekazywana wiedza jest fachowa i profesjonalna. Ale nie mnie to oceniać. Jako pielęgniarka dializacyjna oraz osoba odpowiedzialna za swoich „sopockich” pacjentów życzę Wam wszystkim Drodzy Pacjenci samozaparcia, wiary we własne siły oraz możliwości wyrażania otwarcie swoich sądów i opinii.

GŁOS STOWARZYSZENIA

Spotkanie w Marsylii

Michał Dębski-Korzec
OSOD

W połowie września zazwyczaj nie myślimy już o letnim wypoczynku. W głowie układamy plany na najbliższe miesiące. Skoncentrowani jesteśmy na pracach w domu, ogrodzie, przypominamy sobie co należy jeszcze wykonać, aby przygotować się na deszczowe, jesienne dni oraz na mroźną zimę. W biurze Stowarzyszenia również wrzesień to miesiąc, w którym planujemy najbliższe działania jakie

zamierzamy podjąć. Jednak w tym roku, podobnie jak w poprzednim, wkradł się we wrześniu miły wakacyjny akcent.

Na zaproszenie firmy Diaverum przedstawiciele OSOD spotkali się w Marsylii z osobami reprezentującymi tak firmę jak również stowarzyszenia pacjentów z krajów europejskich. Tematem tych wrześniowych spotkań są dializy gościnne, a dokładnie co zrobić, aby ułatwić podróżowanie pacjentom dializowanym. Niestety kontaktując się z naszymi kolegami zza granicy uświadomiliśmy sobie jak wielka różnica jest pomiędzy nami a pacjentami z Irlandii czy Hiszpanii. Pomijając nawet zamożność, dostępność do różnych metod leczenia oraz refundację niektórych leków sprawiają, że komfort życia pacjentów w innych krajach europejskich, a co z tego

wynika i mobilność jest dużo większa.

Mówiąc dializy gościnne mam na myśli tak w kraju jak i za granicą. Pojawiają się jednak problemy wspólne dla wszystkich krajów np. co zrobić z pacjentem dializowanym, który otrzymuje wezwanie do przeszczepu, a w tym momencie znajduje się na drugim końcu Europy? Nie wszystkie organizacje pacjentów potrafią przygotować zorganizowany wypoczynek dla swoich podopiecznych, ponieważ nie mają wystarczającej wiedzy i doświadczenia, a czasami również środków. Na te i podobne pytania próbowaliśmy odpowiedzieć ucząc się od siebie i dyskutując co należałoby poprawić. Zeszłoroczne spotkanie zainspirowało nas do wydania dodatku do „Dializy i Ty” na temat dializ gościnnych w Polsce, który otrzymaliście Państwo w poprzednim numerze (25) 2015. Pomimo, iż dotyczył on dializ tylko w kraju to jednak myślę, że w niedalekiej przyszłości uda nam się wydać również dodatek zawierający informacje na temat możliwości dializowania osób wyjeżdżających za granicę.

Wakacje dla osób dializowanych to nie są wielkie słowa, za którymi mogłoby się wydawać, że stoją ogromne przygotowania wymagające poświęcenia dużej ilości czasu oraz pieniędzy. Dializy wakacyjne oznaczają również wizytę u rodziny czy znajomych. Wystarczy jeden telefon do stacji dializ w pobliżu miejsca, gdzie trzeba się zatrzymać lub zadzwonić do jednej z firm prowadzących daną stację. Ich numery telefonów podano w kwartalniku Dializa i Ty (24) 2014 i w dodatku (25) 2015. Jeżeli natomiast ktoś z pacjentów dializowanych chciałby wyjechać na dwa tygodnie do Indii to rzeczywiście może być problem, a szczególnie finansowy, bowiem dializy są odpłatne, a jeden zabieg kosztuje 10 euro.

Pragnę podkreślić, że w dzisiejszych czasach dializa nie oznacza przywiązania do jednego ośrodka dializacyjnego. Sieć stacji dializ tak w kraju jak również w Europie jest na tyle duża, że bez problemu można znaleźć ośrodek blisko miejsca, do którego chcemy się udać. Należy jednak pamiętać, aby zrobić to odpowiednio wcześniej.

Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa nefrologicznego

mgr piel. Anna Kliś

Stacja Dializ, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

mgr piel. Aneta Trzcińska

Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

W dniach 23-24 października 2015 roku w Szczyrku odbyła się II Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Post EDTNA/ERCA Meeting – Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa nefrologicznego” organizowana wspólnie przez Beskidzką Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych (BOIPIP), Europejskie Towarzystwo Pielęgniarek Dializacyjnych i Transplantologicznych/Europejskie Towarzystwo Opieki Nefrologicznej (EDTNA/ERCA), Fundację Rozwoju Pielęgniarstwa Nefrologicznego i Transplantologicznego oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Nefrologicznych (PTPN). Konferencja została objęta Honorowym Patronatem przez Panią Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr n. med. Grażynę Rogalę-Pawelczyk, która wygłosiła wykład inauguracyjny. Honorowy patronat sprawowała również Pani Wice-Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego dr n. med. Grażyna Franek. Natomiast Magazyn Pielęgniarki i Położnej objął konferencję Patronatem Medialnym, dzięki czemu ukazał się numer specjalny z materiałami konferencyjnymi.

Dwudniowe spotkanie edukacyjne było okazją do prezentacji dorobku naukowego i osiągnięć środowiska pielęgniarek nefrologicznych z całej Polski, dając jednocześnie 150 uczestnikom możliwość wymiany doświadczeń i poglądów. W gronie zaproszonych gości nie mogło zabraknąć osób stanowiących podstawę zespołu terapeutycznego, czyli pacjentów. Ich wystąpienia, zwłaszcza spotkanie z ludźmi, którzy ofiarowali część siebie, żeby ratować zdrowie i życie drugiego człowieka, pozwoliły spojrzeć z innej perspektywy na wykonywane czynności zawodowe. Tematyce transplantacji poświęcone było wiele wystąpień. Część z nich dotyczyła żywego dawstwa nerki, stąd obecność Jolanty Perlińskiej, Jacka Fiuka i Jacka Nowaka, osób których dotyczyły przeszczepy rodzinne, a nawet pionierskie w naszym kraju przeszczepy krzyżowe. Ich pełne emocji opowieści o osobistych doświadczeniach z dawstwem rodzinnym poprzedzone były prezentacjami osób związanych ze Szpitalem Klinicznym Dzieciątka



Uczestnicy spotkania w Marsylii

Jezus w Warszawie. „Aspekty psychologiczne w procesie kwalifikacji biorcy do przeszczepienia rodzinnego” omówił Mateusz Zatorski, „Aspekty chirurgiczne przeszczepienia nerki od żywego dawcy” Kalina Jędrzejko, natomiast „Zasady kwalifikacji żywego dawcy nerki do przeszczepienia rodzinnego, krzyżowego i łańcuchowego” Aleksandra Tomaszek. Jednak transplantacja narządów, pomimo że jest formą ratowania ludzkiego życia, ciągle budzi wiele kontrowersji i moralnych dylematów. Niektóre wątpliwości udało się rozwiązać ks. Piotrowi Sadkiewiczowi, Proboszczowi z Parafii w Leśnej, promującemu ideę dawstwa narządów i tkanek, który przedstawił temat „Transplantacja w nauce Kościoła”. Z kolei Beata Białobrzeska z Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku zapoznała słuchaczy z „Sukcesami i trudnościami w opiece nad pacjentami po przeszczepieniu nerki”. Sylwia Sekta, koordynator transplantologiczny z Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach, przedstawiła 10-letnią historię przeszczepiania wątroby w ośrodku katowickim.

„Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa nefrologicznego” są odpowiedzią na rosnące zainteresowanie tematyką nefrologiczną, wynikającą zarówno z przekształceń w opiece zdrowotnej i pielęgniarstwie, jak i obserwowanego wzrostu zapadalności na choroby nerek. Według szacunkowych danych przewlekła choroba nerek (PChN) dotyczy około 11% społeczeństwa Polski. Ponadto różnym formom terapii nerkozastępczej poddawane jest około 18 tys. pacjentów, a na przeszczepienie nerki oczekuje blisko 1000 osób. Nie dziwi zatem coraz częściej poruszana w środowisku nefrologicznym potrzeba prowadzenia działań edukacyjnych na obszarze całego kraju oraz powołanie stanowiska edukatora w chorobach nerek, czego między innymi dotyczyło wystąpienie Marzeny Krupińskiej ze stacji dializ B. Braun Avitum „Edukacja pacjentów z przewlekłą chorobą nerek”.

„Choroby nerek u kobiet w ciąży” zaprezentowała Aldona Mikołajczyk, również ze stacji dializ B. Braun Avitum, a przenikanie się problemów nefrologiczno-urologicznych zostało ujęte w wystąpieniach osób reprezentujących oddział urologiczny Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej; „Zasady pielęgnacji odprowadzenia moczu przez skórę” przedstawiła Dorota Mleczko, natomiast Adam Kołodziejczyk omówił problemy związane z usunięciem nerki.

Podczas konferencji nie mogło również zabraknąć wątków związanych z mikrobiologią i zakażeniami, zwłaszcza, że pojawiają się bakterie odporne na antybiotykoterapię. Jedną z bardziej uciążliwych dla współczesnej medycyny jest bakteria *Clostridium difficile*, której charakterystykę przybliżyła uczestnikom Urszula Jarosz z Samodzielnego

Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach. Aneta Trzcińska z Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach poruszyła ciągle aktualny i istotny w ochronie zdrowia temat „Ekspozycji zawodowej”. Doskonałym uzupełnieniem tej sesji była prezentacja przedstawiciela firmy Ecolab – „Dezynfekcja rąk”. Każdy z uczestników dostał broszury zawierające opis procedury mycia i dezynfekcji rąk, pięć momentów higieny rąk oraz plan higieny na stacjach dializ. Podczas spotkania został także poruszony wzrost świadomości polskich pielęgniarek oraz zwiększone zainteresowanie przynależnością do towarzystw, zrzeszających profesjonalistów opieki nefrologicznej (PTPN i EDTNA/ERCA). Członkostwo w towarzystwie, poprzez podejmowanie odpowiedzialnych zadań, kształtuje osobowość oraz umacnia kompetencje zawodowe i integrację środowiska. Ponadto praca zespołowa sprzyja osiąganiu lepszych efektów w krótszym czasie, której celem jest osiąganie najwyższych standardów w leczeniu i wspieraniu pacjentów oraz ich rodzin. Powszechny dostęp do leczenia nerkozastępczego, a przez to zmiana profilu pacjenta poddawanego terapii, często w wieku podeszłym i z wieloma chorobami towarzyszącymi, spowodowały zmiany w pielęgniarstwie opiece nefrologicznej. Holistyczne, lecz zindywidualizowane podejście do pacjentów wymaga od pielęgniarek ciągłego rozwoju, poszukiwania nowych rozwiązań, ale również czerpania z dorobku naukowego w innych dziedzinach. O możliwościach i aktualnościach w różnych towarzystwach i stowarzyszeniach opowiedzieli: Iwona Mazur – Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych, Krystyna Murdek – Polskie Stowarzyszenie Sportu po Transplantacji, Anna Wruk-Złotowska – Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Nefrologicznych i Anna Kliś – Europejskie Towarzystwo Pielęgniarek Dializacyjnych i Transplantologicznych/Europejskie Towarzystwo Opieki Nefrologicznej.

Prelegenci II Konferencji Pielęgniarek Nefrologicznych w Szczyrku szeroko omówili ponadto problemy, które dotyczą osób dializowanych, a zwłaszcza stan nawodnienia i dostęp naczyniowy. Bożena Guzik z ośrodka dializ Fresenius Nephrocare Polska w Zabrze skupiła się na „Bilansie płynów w dializie otrzewnowej”, a Andrzej Swatowski z Katedry i Kliniki Nefrologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wygłosił prelekcję na temat „Oceny stanu nawodnienia u pacjenta dializowanego za pomocą bioimpedancji”. O najczęstszych problemach z dostępem naczyniowym u hemodializowanych starszych osób na podstawie własnych doświadczeń opowiedziała Maria Kulpecka-Mazur z Wydziału Zdrowia i Nauk Medycznych Akademii Krakowskiej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Natomiast Joanna Kołacz z Centrum Dializa w Zakopanym przedstawiła opis przypadku dotyczący trudności z dostępem naczyniowym u pacjentki z zespołem

Goodpasture'a. Małgorzata Liber, reprezentująca Fresenius Nephrocare Polska, trochę przekornie w tytule swojej prezentacji zapytała „Agresja na stacji dializ?”.

Mamy nadzieję, że program naukowy konferencji dostarczył uczestnikom wiele korzyści zawodowych i w konsekwencji pozwoli na podniesienie jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej. Dziękujemy zaproszonym gościom, prelegentom i wszystkim obecnym na II Konferencji „Wyzwania współczesnego Pielęgniarstwa Nefrologicznego”. Szczególne podziękowania kierujemy w stronę osób, które pomogły w zorganizowaniu tego edukacyjnego spotkania oraz w kierunku firm Amgen, Bard, BBraun, Color Trading, Ecolab, Famed, Fresenius Medical Care, Madena, Medacces, Nefrolux, Nipro, Polpharma, Promed, Roche, których wsparcie uczyniło to spotkanie możliwym i atrakcyjnym.



Dziękujemy...

Od lewej: Anna Kliš, Aneta Trzcińska

NASZ CHLEB POWSZEDNI

Idą święta.....

mgr Małgorzata Pach

mgr Małgorzata Szczypkowska

Centrum Dializ Fresenius Nephrocare
Kraków



„...Jest taki dzień: bardzo ciepły, choć grudniowy;
Dzień, zwykły dzień, w którym gasną wszelkie spory.
Jest taki dzień, w którym radość wita wszystkich.
Dzień, który już każdy z nas zna od kołyski...”

Święta Bożego Narodzenia to czas magiczny, jakże inny od pozostałych dni w roku. W tym dniu cichną wszelkie spory, kłótnie i waśnie. Jest to czas refleksji i przebaczenia. W dniu Wigilii spotykamy się przy kolacji, składamy sobie

nawzajem życzenia i dzielimy się opłatkiem. Gdy pierwsza gwiazdka ukarze się na niebie jest to sygnał do wspólnej wieczerzy. Tradycją było i jest przygotowanie 12 dań, ponieważ tyle jest miesięcy w roku i tylu było apostołów. Dziś często gotujemy nieparzystą liczbę potraw. Tradycyjne wierzenia ludowe mówią, że im jest ich więcej, tym większy dostatek i więcej dobrodziejstw spłynie na dom w nadchodzącym roku.

Tyle przygotowań, tyle smacznego i różnego jedzenia, jak w tym wszystkim mają odnaleźć się osoby będące na diecie? Każdy zdaje sobie sprawę, że okres świąt to trudny czas na przestrzeganie zaleceń dietetycznych. Co wybrać: zdrowie czy przyjemność wspólnego biesiadowania z rodziną?

Kwestia tego czy przybędą nam dodatkowe kilogramy, czy dodatkowe centymetry w pasie to jest sprawa naszego zdrowia i wyglądu, na który godzimy się albo i nie. Jednak potas, fosfor, płyny, które zapalają w głowie sygnał alarmowy (i bardzo dobrze! :-)) – każą nam o sobie zawsze pamiętać. Jak wszyscy wiemy z tym już nie ma żartów, bo wysokie poziomy potasu we krwi są zagrożeniem życia. Zwykle rozsądek powinien nam podpowiadać, że „złoty środek” w tej sytuacji będzie najbardziej odpowiedni.

Dla osób dializowanych, które przez cały czas muszą pamiętać o odpowiednim dobieraniu potraw/produktów w tym ważnym, świątecznym okresie również znajdzie się coś smacznego i zarazem bezpiecznego. Nie zawsze zdrowo znaczy niesmacznie. Poniżej chcieliśmy Państwu przedstawić kilka propozycji potraw świątecznych, które zostały zmodyfikowane na potrzeby osób dializowanych.

PRZEPISY

WIGILIJNA KAPUSTA Z KASZĄ (zamiast kapusty z grzybami)

składniki:

- 300 g kapusty kiszanej
- 1 duża marchewka (albo od razu kapusta kiszona z marchewką)
- 6 czubatych łyżek kaszy jęczmiennej typu mazurska lub 1 woreczek
- 1/2 łyżeczki kminku w ziarenkach
- 1 duży liść laurowy
- 2 ziela angielskie
- 2 łyżki masła

Sposób przygotowania:

Kapustę drobno posiekać, zalać w garnku wodą tyle żeby była przykryta. Dodać liść laurowy, ziele angielskie i kminek, dusić ok. 15 minut. Marchewkę oczyścić, zetrzeć na jarzynowej tarce, podsmażyć na maśle aż zmięknie, dodać do kapusty. Następnie dodać przepłukaną na sicie kaszę oraz lubczyk. Dolać wody i dusić aż kasza napęcznieje i zmięknie czyli ok. 20 - 30 min. Potrawa ma być gęsta, więc trzeba uważać żeby nie przypalić i ew. dolewać po troszeczkę wody. Nie solić, bo kapusta kiszona jest wystarczająco słona.

Wartość odżywcza: kcal 463, białko 11g, fosfor 293mg, potas 1181mg – minus utrata potasu z podwójnego gotowania

SAKIEWKI Z RYŻEM I WARZYWAMI



Ciasto

1 szklanka mleka
1 szklanka wody
1,5 szklanki mąki
2 białka jaja
sól (szczypta)
olej (do smażenia)

Farsz:

1 woreczek ryżu (100 g)
włoszczyzna – marchew, pietruszka, seler (350 g)

ugotować w dużej ilości wody
1 cebula
2 łyżeczki masła
Vegeta, pieprz

Sposób przygotowania:

Mleko, wodę, mąkę dokładnie wymieszać, dodać ubite białka, przyprawy i smażyć naleśniki. Ryż ugotować. Warzywa po ugotowaniu pokroić w drobną kostkę i dodać zrumienioną cebulkę, przyprawy i wymieszać z ryżem. Farsz nakładać na naleśniki i zawijać w sakiewki i przewiązać porem a następnie układać w żaroodpornej blaszce. Zapiec kilka minut w rozgrzanym piekarniku. Można również spożywać od razu bez zapiekania w piekarniku. Z podanego przepisu otrzymamy ok. 10 naleśników.

Wartość odżywcza 1 sakiewki: kcal 225, białko- 6,3g, fosfor 84mg, potas 223mg

KROKIETY Z FARSZEM RUSKIM (zamiast uszek z grzybami)

Składniki:



Farsz:

- 1 kg ziemniaków
- 2 średniej wielkości cebule
- ser biały półtłusty 0,5 kg
- sól
- pieprz
- olej do smażenia
- 2 łyżeczki masła

Ciasto:

- 1 szklanka mleka
- 1 szklanka wody
- 2 szklanki mąki
- 2 jaja

Sposób przygotowania :

Naleśniki przygotować wg. przepisu powyżej lub swojego sprawdzonego. Ziemniaki obrać, umyć i pokroić w kostkę. Ugotować na miękko w osolonej wodzie. W przypadku wysokiego poziomu potasu zastosować „podwójne gotowanie”. Cebulę obrać, pokroić w drobną kostkę i

zrumienić na patelni (na oleju) na złoty kolor. W czasie smażenia doprawić odrobiną soli i pieprzu do smaku. Ziemniaki (jeszcze ciepłe) ugnieść na „puree”. Dodać do nich rozdrobniony ser biały, podsmażoną cebulę i wymieszać. Naleśniki posmarować farszem i zwijać jak krokiety. Tak przygotowane krokiety ułożyć w posmarowanym masłem naczyniu żaroodpornym. Naczynie włożyć do piekarnika. Zapiekać w temperaturze 240 stopni około 3-5 minut. Z podanej porcji wychodzi około 12 krokietów

Wartość odżywcza 1 krokiet: 313kcal, 15g białka, 206mg fosforu, 517mg potasu – minus utrata potasu z podwójnego gotowania.

KOMPOT JABŁKOWY

(zamiast kompotu z suszonych owoców)

Składniki:

- 2 małe jabłka
- przyprawy: cynamon, goździki
- cukier

Sposób przygotowania:

Jabłka umyć, podzielić na ćwiartki, usunąć gniazda nasienne. Tak przygotowane jabłka włożyć do dużego garnka, zalać około 1,5 litra wody, dodać przyprawy: cynamon, goździki. Wsypać cukier i zagotować. Kompot doprowadzić do wrzenia i gotować 2-3 minuty na dużym ogniu, po czym wyłączyć gaz i przykryć garnek pokrywką.

PIERNIK Z JABŁKAMI

(zamiast tradycyjnego piernika z czekoladą i kakao)



Składniki:

- 50 dag jabłek
- 2 szklanki mąki
- szklanka cukru
- 12 dag masła
- 2 jajka
- łyżeczka sody oczyszczonej
- 2 łyżeczki przyprawy do pierników

Sposób przygotowania :

Jabłka obrać i zetrzeć na tarce. Masło utrzeć z cukrem i żółtkami. Ucierając, dodawać mąkę wymieszaną z przyprawą do piernika i sodą oraz jabłka. Z białek ubić pianę na sztywno i delikatnie wymieszać. Ciasto włożyć do foremki keksowej wysmarowanej tłuszczem i posypanej bułką tartą. Piec w temp. 160-170 st. C. Po upieczeniu

można posypać cukrem pudrem.

P.S. I jeszcze jeden chyba najważniejszy przepis, który może być wykorzystywany przez wszystkie osoby bez ograniczeń !

Przepis na szczęście

Składniki:

- Cztery filiżanki miłości,
- Dwie filiżanki lojalności,
- Trzy filiżanki przebaczenia,
- Filiżanka przyjaźni,
- Dwie łyżeczki czułości,
- Cztery kwarty wiary,
- Beczka śmiechu

Sposób przygotowania :

Miłość połączyć z lojalnością i starannie zmieszać z wiarą. Przyprawić dobrocią, czułością i wyrozumiałością. Dodać przyjaźń i miłość. Obficie spryskać śmiechem. Wypiekać w słońcu.

Serwować codziennie w obfitych porcjach!!!



„ ...Niech magiczna moc Wigilijnego Wieczoru przyniesie spokój i radość A Nowy Rok obdaruje pomyślnością i szczęściem. Najpiękniejszych Świąt Bożego Narodzenia oraz Szczęśliwego Nowego Roku...”Życzy

Zespół Dietetyków

...żeby dobre samopoczucie nikogo nie opuszczało...

Karolina Krzystańska

Marta Wasilewska

Allmed Medical Polska Sp. z o.o.



Dializowany trzy razy w tygodniu Pan Jerzy z uśmiechem wita mnie w drzwiach, leczony od niespełna roku nawet na chwile nie zapomina o dobrym humorze. Niezwykle zdyscyplinowany, każdego dnia udowadnia, iż mimo przeciwności losu jakie go spotkały, pozwala nam wierzyć, iż z chorobą można żyć normalnie, a Stacja Dializ może stać się drugim domem. Dzięki uprzejmości pacjenta możemy poznać jego codzienność i zapoznać się z jego typowymi zmaganiem.

Kiedy rozpoznano u Pana niewydolność nerek?

Samą niewydolność nerek zdiagnozowano podczas pobytu w szpitalu prawie sześć lat temu, pojawiłem się tam z powodu innej choroby, był to nowotwór esicy, jednak przy badaniach okazało się, że coś jest nie tak z nerkami. Przez sześć lat było prowadzone leczenie zapobiegawcze, podjąłem ścisłą dietę, ale dializowany jestem od stycznia tego roku.

Jak wygląda Pana typowy dzień?

Nadal pracuję, jestem nauczycielem przedmiotów zawodowych Górnictwa, także we wtorki i czwartki wykładam w godzinach porannych od ósmej do piętnastej. Dodatkowo prowadzę KKZ są to szkoły dla dorosłych - zajmuje mi to praktycznie cały weekend.

Jaką dietę Pan stosuje? Czy jest to jadłospis dedykowany dla pacjentów dializowanych?

Tak, tak. Dieta, którą stosowałem na początku choroby była niskobiałkowa, ze względu na ochronę nerek. Teraz w trakcie dializ mogę sobie pozwolić na trochę więcej, ale muszę pilnować i unikać produktów, w których jest fosfor i potas.

W domu mieszkam tylko z żoną, więc wszystko jest dostosowane do mojej diety, na przykład moja żona gotuje ziemniaki w trzech wodach, trzeba je przelewać, żeby wypłukać potas. Tak samo na Stacji Dializ, posiłek regencyjny jest odpowiednio dobrany do pacjentów.

Jak Pan trafił do MEDICA GLIWICE (Allmed Medical Polska)?

Dializowałem się w Szpitalu Wojewódzkim w Rybniku od stycznia do czerwca, później się to zmieniło. Pan Paweł, który dializuje się w MEDICA GLIWICE polecił mi nowo otwartą stację, zachęcał żeby przyjechać i zobaczyć jakie panują warunki. Umówiłem się na wizytę i mimo, że jest to dużo dalej od mojego miejsca zamieszkania,

zdecydowałem się, że chcę być tutaj dializowany, warunki dużo bardziej odbiegają od poprzedniego miejsca.

Czy korzysta Pan z transportu jaki zapewnia Stacja?

Tak, zgadza się. Jestem zadowolony, zawsze auto jest na czas, dostosowują się do nowych pacjentów jeśli, jest taka potrzeba.

Zawsze mógł Pan korzystać z takiego transportu?

Do poprzedniej stacji dializ jeździłem swoim samochodem. Przede wszystkim miałem bliżej.

Czy MEDICA GLIWICE spełnia Pana oczekiwania dotyczące leczenia? Czy chciałby Pan coś zmienić?

Stacja jak najbardziej spełnia moje oczekiwania, nie widzę powodu do tego, żeby cokolwiek tutaj zmieniać.

Czy jest Pan usatysfakcjonowany z pracy personelu medycznego?

Personel jest profesjonalny, przyjemnie się współpracuje, miłe Panie, grzeczne. Jesteśmy na „Pan Pani”, ale po imieniu :)

Czego życzyłby Pan sobie i osobom dializowanym?

Życzyłbym jednak powrotu do zdrowia. Jednak zdaję sobie sprawę, że jest to niemożliwe, bowiem tylko przeszczep może praktycznie zmienić tryb naszego życia. Pomimo tego życzyłbym Wszystkim, aby dobre samopoczucie nikogo nie opuszczało. Wiem, że sporo osób ma problemy w czasie dializ, różnie je przeżywają. Ja też czasem potrzebuję się zdrzemnąć, żeby zapomnieć o wszystkim, a także zregenerować się. Życzę jednak, żeby każdy z nas był mocny i wierzył, że można prowadzić dalej swoje życie aktywne zawodowo. Jestem emerytem górniczym i od trzech lat uczę w szkole. Podjąłem na nowo wyzwania życiowe, zawodowe i jestem z tego zadowolony. Stąd też życzyłbym, aby każdy mógł odnaleźć się w swoim życiu i nie odnosił obecnej sytuacji do wielkiej tragedii, która go spotkała, lecz traktował jako szansę, iż można dalej żyć komfortowo i w miarę normalnie.



Pan Jerzy

**Stacja Dializ
Medica Gliwice
prowadzi bezpłatne
konsultacje w Poradni
Nefrologicznej**

**Rejestracja pod
telefonem:
+48 32 238 02 15
lub +48 32 237 61 90**

**Wtorek i czwartek
15:30 - 17:00**

Kartki z historii

prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk

Kierownik Stacji Dializ w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie

W tym roku minęło 30 lat od utworzenia w Instytucie Pediatrii w Krakowie-Prokocimiu Oddziału Dializ, który jako czwarty w Polsce w 1985 roku dysponował sztuczną nerką dla dzieci, a dzięki znaczącemu wsparciu amerykańskiej fundacji „Project Hope” został wyposażony w 4 nowoczesne na owe czasy aparaty do hemodializy COBE Centry 2Rx, na których można było prowadzić zabiegi dializy wodorowęglanowej oraz system uzdatniania wody Millipore. Otwarcie Oddziału kończyło 3 letni cykl przygotowań, w czasie którego strona amerykańska zapewniła przyszłym pracownikom oddziału specjalistyczne szkolenie w wiodącym ośrodku nefrologii dziecięcej, jakim był bostoński Szpital Dziecięcy i pracujący tam wybitni lekarze w osobach profesorów Warrena Gruppe, Williama Harmona, pełniące obowiązki koordynatora ds. przeszczepów pielęgniarki Michele Topor, pielęgniarki dializacyjnej Marybeth Benston czy autorytetu w zakresie żywienia w chorobach nerek – Nancy Spinozzi. Szkoleni byli zarówno lekarze jak i pielęgniarki. W Sylwestra 1984 roku Claude Kent przy pomocy inż. Witolda Ponikły i technika Bogdana Gary uruchomili uzdatniacz wody. Dzięki temu można było rozpocząć praktyczne ćwiczenia z maszynami, by opanować poszczególne elementy procedury rozpoczynania i kończenia zabiegu hemodializy, a także poznać tajniki samych maszyn. Mieliliśmy bowiem do dyspozycji możliwość precyzyjnego kontrolowania ultrafiltracji, co w połączeniu z algorytmem wyliczania ciśnienia przez błonowego w oparciu o znane współczynniki ultrafiltracji dializatorów i mierzone ciśnienia tętnicze i żyłne pozwalało na precyzyjne odwadnianie pacjentów. Uczyliśmy się wykorzystywać możliwości maszyn, na których można było ustawić zmienne stężenie sodu i wodorowęglanów. Dziesiątki próbek dializatu zsyłanych do laboratorium potwierdzało zgodność nastawień i rzeczywistych stężeń. A sama pierwsza hemodializa? Dobrze pamiętam podekscytowanie wszystkich. 25 marca 1985 roku w historii choroby Sławka P., 14 letniego chłopca spod Rzeszowa cierpiącego na schyłkową niewydolność nerek odnotowano lapidarnie brzmiące zdanie, że „... wykonany zabieg hemodializy był pierwszym w historii Instytutu”. W zasadzie wszystko było przygotowane ale sam fakt, że wreszcie po latach oczekiwania mamy WŁAŚCIWE NARZĘDZIE! Drżące ręce Marybeth Benston trzymającej kaniule dializacyjnej, zdenerwowanego dr Harmona, który wyliczywszy na swoim kalkulatorze przewidywany czas dializy polecił mi wypisać kartę zabiegu i przez cały czas jego trwania obserwował go z przedśionka Oddziału przez szybę. Dzielnie pierwszą swoją dializę zniósł Sławek,

choć nie wiem, czy zdawał sobie sprawę z tego, co działo się wokół. Drugą dializę prowadziła jeszcze przy asyście Marybeth Danusia Dąbrowa-Iwaniec, kolejną – Lodzia Wilczyńska, pielęgniarka oddziałowa. Wszystko szło znakomicie. Na podstawie wzoru Kt/V wyliczałem czas dializy. Problem mieliśmy – ale niewielki, z tzw. „czasem pęcherzykowym”, na podstawie określaliśmy rzeczywisty przepływ krwi niezbędny do wyliczenia klirensu dializatora. Podarowany mi w prezencie jeszcze w czasie stażu w Bostonie przez dr Harmona kalkulator Texas Instruments Tii59 z modulem liczącym do modelowania kinetycznego mocznika „Erica” okazał się bardzo przydatnym narzędziem wsparcia hemodializy. Z dniem pierwszej hemodializy rozpoczęliśmy przygodę z modelowaniem kinetycznym mocznika, kontrolą jej adekwatności i procedurami optymalizacyjnymi. W instytucie Pediatrii w Krakowie jako pierwsi w Polsce – a może jako nieliczni w Europie – zaczęliśmy opisywać dializę wskaźnikami i współczynnikami. Frakcjonowany klirens objętości dystrybucji (sławny Kt/V), uśrednione stężenie mocznika TAC, współczynniki katabolizmu białka nPCR, klirens efektywny... Z pozoru hermetyczny język modelowania stał się naszą codzienną, kliniczną rzeczywistością, o czym mieliśmy okazję przekonać się w 1986 roku na II Zjeździe Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego właśnie w Krakowie, prezentując pierwsze, nieformalne wyniki, z nieco niefortunnym skutkiem, bo natrafiwszy na opór ze strony prof. Franciszka Kokota, dla którego fakt sięgnięcia po nieznane powszechnie wtedy metody mógł być co najmniej kontrowersyjny. Niemniej to właśnie ten język stworzył przed nami nowe możliwości i przełożył się na fantastyczne (jak się okazało po czasie) wyniki leczenia. Jako kierujący Oddziałem Dializ zawarłem swoisty układ z p. prof. Barbarą Kańską, kierującą wtedy Kliniką Nefrologii Dziecięcej w Instytucie Pediatrii. – Pani Profesor! Będziemy pracować na Pani sławę ale prosimy o parasol nad nasze głowy! Za dużo na nie wylewają!

W 1986 roku doświadczyliśmy radości kierowania pierwszymi naszymi pacjentów do przeszczepienia nerki do Instytutu Transplantologii w Warszawie. A w 1987 roku podjęliśmy się ryzyka hemodializowania pacjenta o masie ok. 3 kg! Dializowaliśmy na sztucznej nerce niemowlaka z ciężkim, martwiczym zapaleniem jelit i ostrą niewydolnością nerek. Otrzewnowa dializa odpadała a to z powodu interwencji chirurgów w jamie brzusznej dziecka. Okazało się, że kontrolowanie aktywowanego czasu krzepnięcia i ostrożna, minimalna heparynizacja umożliwiają bezpieczne przeprowadzenie dializy, a dziecko leżące na szalce niemowlęcej wagi przez cały czas zabiegu można również bezpiecznie odwadniać. Wspominamy tę dializę po latach jako nasz wielki sukces. Tak też ocenił go wtedy szef chirurgii w Instytucie Pediatrii, prof. Jan Grochowski, dyrektor Szpitala. Tryskający wigorem i zdrowy „nasz pacjent” odwiedził nas w kilka lat później, nie pamiętając zapewne, że jego życie wisiało dosłownie

na włosku. O jeszcze jednym chciałbym wspomnieć, bo z perspektywy czasu to też był wspólny sukces: dializy i Apteki Szpitalnej. Kończące się w 1986 roku zapasy koncentratów do dializy wodorowęglanowej zmusiły nas po prac nad własnymi roztworami. Dziesiątki godzin prób, miareczkowania stężeń, doboru i kompozycji składników zwłaszcza koncentratu kwaśnego, mrówcza praca mgr Joanny Jackowskiej-Jandy i mgr Stanisławy Krystynowicz zakończyły się sukcesem tym większym, że zastosowany stabilizator gwarantował zgodność stężeń w dializacie z nastawami maszyn. Współpraca zespołu lekarzy – dr Jacka Lenika i dr Pawła Dyrasa z zespołem pielęgniarskim, kierowanym najpierw przez Leokadię Wilczyńską a potem przez mgr Teresę Smolnik można było uznać za wzorową. Potwierdzili to Amerykanie, wizytując kilkakrotnie Oddział. Oni też byli usatysfakcjonowani widząc, iż edukacyjny i organizacyjny trud nie został zmarnowany. Korzystał z naszej pomocy w latach dziewięćdziesiątych ub. wieku zespół kardiologów prof. Edwarda Malca, gdzie chyba jako jedni z pierwszych w Polsce hemodializowaliśmy z powodzeniem dzieci podłączone do oksygenatorów (ECMO, „sztuczne płuco”), bocznikując sztuczną nerką wysokoprzepływowo układy krążenia pozaustrojowego, w niespełna kilka miesięcy po tym, jak podobne systemy widziałem w 1989 r. w Bostonie w Oddziale Intensywnej Terapii dr Roberta Pascucci i z niezapomnianym „renal fellow”, dr Dawidem Briscoe w roli nefrologa-intensywisty. A potem czas przyspieszył, w 1998 roku zmieniliśmy lokalizację przenosząc się z parteru „okrągłaka”, do pomieszczeń w Centrum Ambulatoryjnego Leczenia Dzieci, reaktywowaliśmy program dializy otrzewnowej CADO, który prowadziła dr med. Dorota Drożdż. Kolejno – to radość z nowego sprzętu – maszyn i cyklorów do ADO, które otrzymaliśmy dzięki Wielkiej Orkiestrze Świątecznej Pomocy. Pożegnaliśmy wierne i wysłużone COBE, które zostały zastąpione braunowskimi Securami a potem Dialogami. W 2010 roku „stuknęło” nam ćwierćwiecze. Był szampan, wspomnienia. W 2012 roku, przy okazji odbywającej się w Krakowie 45 Konferencji Naukowej Europejskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej (ESPN) Oddział odwiedził dr William Harmon, honorowy wykładowca i gość Zjazdu. Myślę, że jako surowy nauczyciel i krytyczny recenzent – nie musiał się wstydzić zapoczątkowanego przez siebie dzieła. Historia trzydziestolecia Oddziału to również historia wieloletniej współpracy z Katedrą Elektroniki AGH. Dzięki pomocy, współpracy i wspólnym badaniom stworzyliśmy własne systemy komputerowego nadzoru dializy, a wyniki wspólnych projektów naukowych przełożyły się na poprawę rokowania chorych. Wielki wkład we wspólne działania wnieśli prof. Stanisław Nowak, dr inż. Andrzej Szymowski, mgr inż. Lidia Krawentek i dr inż. Przemysław Korohoda.

Wspominam tu kawałek historii, w której brałem udział jako kierownik Oddziału, potem Stacji Dializ

spoglądając z ponad 34 letniej perspektywy pracy na dializach. Z dramatycznym okresem w latach 1982-85, kiedy to mieliśmy wyłącznie przerywaną dializę otrzewnową (butelki ze sławnymi płynami D1 i D2) jako jedyną terapią nerkozastępczą i współczesnymi czasami, w których dysponujemy technikami ciągłymi z antykoagulacją cytrynianową, prowadzimy rutynowo zabiegi hemodiafiltracji u pacjentów ze schyłkową niewydolnością, dializujemy na ostro i przewlekłe wcześniaki i noworodki z niewydolnością nerek i nierzadko gościmy w oddziale intensywnej kardiologii wspierać dzieci po zabiegach w krążeniu pozaustrojowym powikłanym ostrą niewydolnością nerek. Wykonaliśmy setki zabiegów terapeutycznej wymiany osocza (plazmaferazy) ale także kiedyś kojarzyliśmy je z hemperfuzją, ratując dzieci zatrute muchomorem sromotnikowym. Przez Oddział przewinęły się setki dzieci...

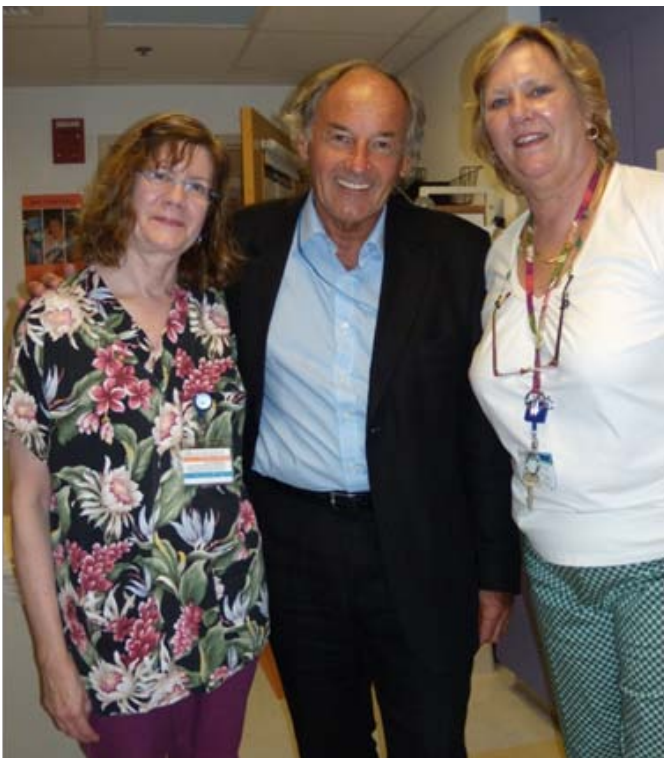
Żartobliwe powiedzonko amerykańskich nefrologów: - If you can't become a king, become a nephrologist! (Skoro nie możesz zostać królem, zostań nefrologiem!) chyba jednak do mnie nie pasuje, bo kiedyś nasz Mistrz i Nauczyciel, prof. Bolesław Rutkowski ubrał mnie w portret Władysława Jagiełły (więc królem byłem...), niemniej cieszę się, że jako nefrolog dziecięcy dożyłem czasu, kiedy wspominając przeszłość mówię o niej jako o wielkiej przygodzie z medycyną. Z nieukrywaną satysfakcją! I pomimo tego, że 30 rocznica minęła „niezauważona”...



Po lewej Leokadia Wilczyńska, pierwsza Oddziałowa Oddziału Dializ, po prawej mgr Teresa Smolnik, aktualna pielęgniarka Oddziałowa i Danuta Dąbrowa-Iwaniec, która w 1985 roku wykonała drugą hemodializę w Historii Instytutu Pediatrii w Krakowie, w środku autor artykułu.



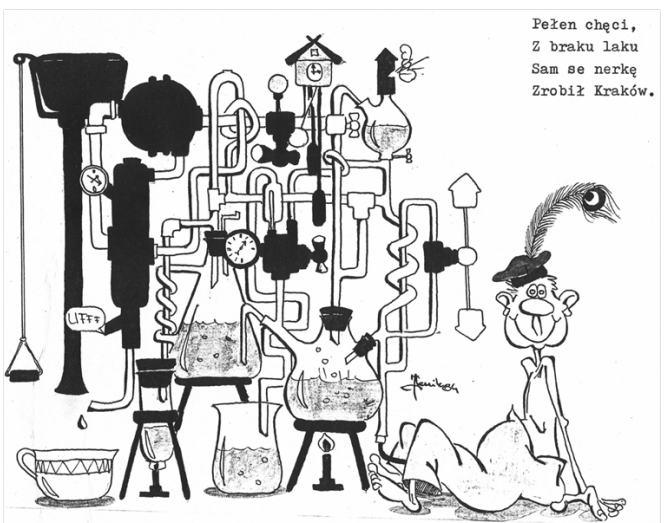
Z Michele Topor



U przyjaciół w Bostonie w 2011 roku. Po lewej Marybeth Benston, po prawej Nancy Spinozzi.



Dr William Harmon w trakcie wykładu inauguracyjnego na Konferencji ESPN w Krakowie w 2012 roku



Tak z poczuciem humoru nasz kolega dr Jacek Lenik w 1983 roku wyobrażał sobie krakowski model sztucznej nerkę. Niestety wiedzieliśmy, że przerywana dializa otrzewnowa ratuje ale nie umożliwia przeżycia schyłkowej niewydolności nerek. Bardzo potrzebna nam była wtedy prawdziwa sztuczna nerką.

25 lat stacji dializ w Przemyślu

Michał Dębski-Korzec
OSOD

mgr Małgorzata Kondracka
pielęgniarka zarządzająca
NZOZ Diaverum Przemyśl

Ile to jest 25 lat, czy to dużo czy mało? Średnia życia obecnie w Polsce jest prawie trzy razy większa. Osoba w wieku dwudziestu pięciu lat dopiero zazwyczaj kończy studia i rozpoczyna dorosłe życie. Można odnieść wrażenie, że nie jest to tak wiele, jednak dwadzieścia pięć lat pracując w jednym miejscu, widząc codziennie prawie tych samych ludzi, spotykając się co drugi dzień z tymi samymi pacjentami, poznaje się ich czasami lepiej niż własną rodzinę. Pacjenci po oswojeniu się z chorobą opowiadają o sobie, swoich problemach, które przeżywamy razem z nimi. Ogromna radość, która towarzyszy personelowi jeśli pacjent udał się na zabieg przeszczepienia nerkę oraz smutek kiedy dowiadujemy się że pacjent odszedł na zawsze. Pierwszy zabieg hemodializy w Stacji Dializ w Przemyślu odbył się 24 października 1990r. Budynek, w którym znajdował się w tamtym okresie ośrodek delikatnie ujmując, pozostawiał wiele do życzenia. Był to niewielki barak administracyjny. Pielęgniarki wcześniej nie mające doświadczenia i kontaktu z tego typu leczeniem szkoliły się w Klinice Nefrologii AM w Lublinie. Poświęciły wiele czasu aby zrozumieć i nauczyć się nowych metod leczenia, będąc świadome odpowiedzialności za zdrowie pacjentów. Kiedy uruchomiono stację dializ i przyjęto pierwszych pacjentów, leczonych w innych stacjach chorym w ich rodzinnych stacjach sugerowano, że za kilka dni i tak wrócą ponieważ personel w Przemyślu sobie nie poradzi. W kolejnych latach stacja dializ się rozwijała. Wprowadzono również nowoczesne metody leczenia takie jak na przykład hemodiafiltracja czy leczenie erytropoetyną. W roku 2000 rozpoczął działalność Oddział Nefrologii oraz Ośrodek Dializ w nowo otwartym, nowoczesnym Szpitalu Wojewódzkim. Cztery lata później uruchomiono pododdział Dializ Otrzewnowych stosujący metody leczenia CADO (ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa) i ADO (automatyczna dializa otrzewnowa). W 2006 roku pacjenci Oddziału Nefrologicznego ze Stacją Dializ Szpitala Wojewódzkiego w Przemyślu włączali się w działalność Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych pod nazwą "Solidarni w Chorobie". W kolejnym roku zorganizowano pierwsze spotkanie Stowarzyszenia Pacjentów "Solidarni w Chorobie", którego prezesem została Krystyna Kłapa - pacjentka dializowana. Rok 2009 przyniósł ogromne zmiany. Wtedy oddział nefrologiczny jak i stacja dializ rozpoczęły nowe życie jako NZOZ Diaverum w Przemyślu - Ośrodek Leczenia Chorób Nerek mając w swoich strukturach Oddział Nefrologiczny, Stację Dializ i Poradnię Nefrologiczną. Przez cały ten okres swojej działalności personel jak i pacjenci stanowili jedną wielką rodzinę. Wspólne spotkania oraz wycieczki to ogrom wrażeń i wspaniałych, niezapomnianych przeżyć. Wycieczka do Łagiewnik i Wadowic z 2010r. jest tym przykładem, kiedy to przed świtem rozśpiewany autobus z pacjentami oraz



Uczestnicy uroczystości przed Bazyliką Katedralną w Przemyślu

personalem medycznym wyjechał z Przemyśla, aby zdążyć na dedykowaną Mszę św. w Świątyni Opatrzności Bożej w Krakowie. Mogliśmy sobie to wszystko przypomnieć i wysłuchać opowiadań osób zaangażowanych w życie stacji dializ podczas uroczystości jubileuszowych z okazji 25-lecia Oddziału Nefrologii i Dializoterapii w Przemyślu, które odbyły się w dniu 11 października 2015 roku. Obchody zainaugurowane zostały uroczystą Mszą św. w Bazylice Katedralnej z udziałem zaproszonych gości, pacjentów oraz wszystkich pracowników. Następnie odbyło się spotkanie, na którym Dyrektor Medyczny NZOZ Diaverum w Przemyślu dr Andrzej Kosicki oraz Pielęgniarka Zarządzająca Małgorzata Kondracka przypomnieli jak wyglądały trudne początki dializoterapii przemyskiej. Spotkanie umilał zespół "Semper Fidelis", którego liderem jest Aleksander Kłapa - obecny prezes Stowarzyszenia Solidarni w Chorobie. Od początku, pomimo bardzo trudnych warunków lokalowych i organizacyjnych, pomiędzy personelem a pacjentami była ciepła, życzliwa i serdeczna atmosfera, która pozwalała przetrwać w trudnych warunkach. Świadomość ratowania życia i pomocy innym dodawała siły. Nadal ten klimat udziela się nawet odwiedzającym stację dializ o czym przedstawiciele OSOD mogli przekonać się osobiście.

25-lecie Stacji Dializ

Czy to w Polsce czy na świecie, taki oddział już znajdziecie
Tyle lat nam się czekało, by się to dokonywało
U nas to 25-lecie, jak ten czas nam szybko leci
Ta rocznica opowiada ile osób do nas wpada
Ta dializa to raj „daj życia daj”
Ordynator jest morowy, bo ma oddział doborowy
On ma wielkie powołanie, nie dla niego narzekanie
Jest tu Siostra Oddziałowa, wszystkim pomóc jest gotowa
Zawsze uśmiech ma na twarzy, bo nie jeden o niej marzy
Każdy lekarz obsłuchuje, czy się pacjent dobrze czuje
Tak dokładnie z każdej strony, chciałby mu powiedzieć
„zdrowy!”
By ten oddział wiecznie trwał, i ratował kiedy chciał
Na dzień dobry się witamy i na wieczór się żegnamy
Tak się wszyscy poznajemy, bo kumplować z sobą
chcemy
Ta rocznica w sobie ma, że człowieka dalej pcha
Na następne długie lata, może będzie kiedyś „latał”
Wtedy nogi oszczędzimy, bo z latania powrócimy.....

Boluś pacjent z Przemyśla

Z ogromną wdzięcznością za pracę wkładaną w codzienne obowiązki w imieniu pacjentów składamy najserdeczniejsze życzenia z okazji jubileuszu całemu personelowi medycznemu. Życzymy pacjentom oraz personelowi kolejnych 25 lat pracy w tak wyjątkowej, rodzinnej atmosferze.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych

RUCH TO ZDROWIE

„Narty na zdrowie” – obozy narciarskie dla dzieci po przeszczepieniu nerki.

Dr med. Jacek Rubik,

Klinika Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego, Szpital - Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie

Transplantacja nerki. Przeszczepienie nerki uznaje się za najlepszą metodę leczenia schyłkowej niewydolności nerek zarówno u dorosłych, jak i dzieci. Nie powoduje ono co prawda całkowitego wyzdrowienia, ale w większości przypadków zapewnia powrót do normalnego życia

i uwalnia pacjenta od uciążliwości i ograniczeń leczenia dializami. Wielu pacjentów po transplantacji nerki zakłada rodziny, ma swoje dzieci, pracuje, realizuje różne zainteresowania.

Trudne leczenie w oczekiwaniu na transplantację





W przypadku dzieci, transplantacja nerki często jest zwieńczeniem długotrwałego leczenia, w którym uczestniczy cała rodzina. Nad chorym dzieckiem pochylają się nie tylko rodzice, ale i dziadkowie oraz reszta rodziny. Dbają o dziecko niejednokrotnie rezygnując z pracy, poświęcając cały swój czas podawaniu leków, prowadzeniu dializ otrzewnowych, realizacji zaleceń lekarskich i pilnując, by nic złego się nie stało. Zdarzają się stany zagrożenia życia, pobyty w oddziałach intensywnej terapii, wielotygodniowe hospitalizacje. Chore dziecko często nie chodzi do szkoły, a czasem „szkoła przychodzi do niego” (indywidualne nauczanie). Bywa, że rodzice chcąc chronić dziecko przed potencjalnymi zagrożeniami, infekcjami, urazami itp. stają się nadopiekuńczy. Dziecko pozbawione jest kontaktu z rówieśnikami, nie wyjeżdża na obozy i kolonie. Może to powodować poczucie wyobcowania, „inności”, przekonanie o mniejszej wartości. O ile ilość ograniczeń w czasie leczenia dializami jest bardzo duża, po transplantacji większość z nich znika. Dziecko ma więcej sił i energii, rzadziej pojawia się w szpitalu. Może chodzić do szkoły, być aktywne, realizować swoje zainteresowania. Bywa jednak, że rozpostarty nad dzieckiem parasol ochronny pozostaje nadal otwarty, a dziecko „profilaktycznie” pozbawione jest kontaktu z rówieśnikami i aktywności uważanej za niebezpieczną. Dalej nie chodzi do szkoły, a jeśli już, to zwalniane jest z lekcji wychowania fizycznego, nie wyjeżdża samodzielnie na obozy i kolonie. I właśnie z takimi dziećmi spotykam się

często w Poradni Transplantacji Nerek. Od pomysłu do realizacji

Na pomysł zorganizowania obozu narciarskiego z prawdziwego zdarzenia dla moich podopiecznych wpadłem w 2011 roku, podczas obozu prowadzonego przez Polskie Stowarzyszenie Sportu po Transplantacji w Zakopanem. Wtedy po raz pierwszy zobaczyłem swoich pacjentów poza szpitalną salą i gabinetem Poradni. Idea dojrzała w czasie Zimowych Igrzysk Olimpijskich dla pacjentów po transplantacji w Anzere (Szwajcaria), w których jako lekarz polskiej ekipy uczestniczyłem w 2012 roku. W igrzyskach brali udział pacjenci po transplantacji różnych narządów: nerki, wątroby, serca, płuc, zarówno dorośli, jak i dzieci. Do tej pory pamiętam z jaką radością życia i pozytywnym nastawieniem zawodnicy zmagali się ze sobą i swoimi słabościami. Widać było ile frajdy może dać przebywanie ze sobą, zajęcia sportowe na świeżym powietrzu, wspólna zabawa.

Zorganizowanie pierwszego obozu zabrało mi około pół roku. Postanowiłem, by obóz odbył się we Włoszech (ze względu na warunki śniegowe i pogodowe) i by prowadzenie zajęć narciarskich powierzyć profesjonalistom (najlepiej klubowi sportowemu). Zacząłem od wyboru grupy potencjalnych uczestników obozu, pacjentów ze stabilną czynnością przeszczepu, bez medycznych przeciwwskazań do rekreacyjnego uprawiania narciarstwa, których rodzice odważyliby się ich wysłać na obóz. Kolejnym było znalezienie organizatora, który wziąłby na siebie sprawy techniczne (wybór miejsca, zapewnienie dojazdu, zakwaterowania oraz szkolenie narciarskie). Wreszcie zająć się trzeba było zapewnieniem finansowania imprezy, czyli pozyskaniem sponsorów i darczyńców tak, by udział potencjalnego kandydata w obozie nie zależał w żadnym stopniu od zasobności portfela rodziców. Nie mając doświadczenia w tym zakresie, korzystałem z pomocy bardzo wielu osób, bez których całe przedsięwzięcie byłoby niemożliwe.

Pierwszy obóz narciarski „Narty na zdrowie 2013” odbył się we Włoszech, w Kronplatz. W najśmielszych oczekiwaniach nie spodziewałem się, że zakończy się on takim sukcesem. Obóz został perfekcyjnie zorganizowany przez Klub Sportowy Sporteum, a zajęcia prowadzili instruktorzy narciarskiej sekcji sportowej. Oprócz nart były też sanki, tenis stołowy, pływanie w basenie i wiele innych atrakcji.





Obyło się bez większych przygód zdrowotnych i kontuzji. Sprzyjała nam pogoda. Dzieci wykazały się ogromnym zdyscyplinowaniem, aktywnością i pracowitością. Z radością uczyły się jeździć na nartach, nie zniechęcały się początkowymi niepowodzeniami, współpracowały ze sobą, cieszyły się z zajęć na śniegu i czasu spędzonego na zabawach. Radość życia i pozytywne nastawienie do proponowanej aktywności zrobiły duże wrażenie na instruktorach, którzy pracowali z dziećmi z prawdziwą przyjemnością. Opiekę nad dziećmi, oprócz kadry medycznej i instruktorów sprawowało kilkoro rodziców. Wszystkie dzieci opanowały podstawy narciarstwa, niektóre wykazały się dużym talentem, wzbudzając zachwyt rodziców, a nawet instruktorów. A najważniejsze chyba było to, że uwierzyły wreszcie w siebie.



Takie były początki. Obozy narciarskie odbywały się w kolejnych sezonach, a wielu moich pacjentów jeździ na nartach już lepiej ode mnie. W 2014 i 2015 roku dodatkowo pojawiła się możliwość odbycia rejsu jachtem morskim po Adriatyku u wybrzeży Chorwacji, a obozy te przez analogię nazwaliśmy „Żagle na zdrowie”. Wspólne wyjazdy, oprócz poprawienia kondycji i przeżycia fajnej przygody mają jeszcze jedną wielką korzyść. Dzieci zaprzyjaźniają się ze sobą i podtrzymują kontakty również po powrocie do domów. Wspierają się nawzajem, dzielą swoimi radościami i smutkami, cieszą na kolejne spotkania. Jedne dorastają i odchodzą pod opiekę ośrodków dla dorosłych, zachowując dobre wspomnienia. Do grup

wyjazdowych dołączają nowe dzieciaki.

Przyjaźnie zawarte pomiędzy rodzicami pacjentów i wspólna praca zaowocowały stworzeniem Fundacji Adrenalina, której celem jest zapewnienie podopiecznym, czyli dzieciom z chorobami nerek jak najlepszych warunków do budowania poczucia własnej wartości, rozwijania samodzielności i kreatywności oraz popularyzacja czynnej formy wypoczynku, czyli tego wszystkiego, co staramy się realizować podczas naszych obozów.

Za dwa miesiące znowu zabieram dzieci na obóz narciarski.



Bardzo dziękuję wszystkim tym, dzięki którym jest to możliwe, zarówno firmom, instytucjom, jak i osobom prywatnym.



II Ogólnopolskie Sympozjum Rehabilitacja w Chorobach Nerek i Układu Moczowego

Dr Katarzyna Chojak-Fijałka

Wydział Rehabilitacji Ruchowej

Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie

Rola regularnej aktywności fizycznej jest powszechnie znana. Rehabilitacja ruchowa jest integralną częścią leczenia w wielu dziedzinach medycyny. Trudno bez niej wyobrazić sobie współczesne postępowanie w kardiologii, neurologii, ortopedii... Rozwija się także rehabilitacja pacjentów z przewlekłą chorobą nerek - w okresie leczenia zachowawczego, dializoterapii i po transplantacji - w trosce o lepszą jakość ich życia. Stąd na Wydziale Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie prof. Olgierd Smoleński wprowadził zajęcia o tej tematyce, a w czerwcu 2014 roku w wyniku Jego starań została powołana Sekcja Rehabilitacji przy Polskim Towarzystwie Nefrologicznym.

W celu rozpowszechniania metod fizjoterapii w chorobach nerek i układu moczowego Profesor zainicjował w Krakowie spotkania, które jako I Ogólnopolskie Sympozjum odbyło się we wrześniu 2013 roku. Wszyscy uczestnicy wyrazili chęć i celowość takich spotkań, dzięki którym można weryfikować metody rehabilitacyjne i poznawać nowe oraz dokonywać ciekawej wymiany doświadczeń. Zaplanowano, że organizowane ono będzie w cyklach dwuletnich. II Ogólnopolskie Sympozjum Rehabilitacja w Chorobach Nerek i Układu Moczowego odbyło się w dniach 18 – 19 września 2015 roku w obiektach Akademii Wychowania Fizycznego. Pierwszym zebraniem Komitetu Organizacyjnego tegorocznego Sympozjum przewodniczył jeszcze prof. Olgierd Smoleński. (ryc. 1)

Organizatorami Sympozjum byli: Fundacja Amicus Renis, Wydział Rehabilitacji Ruchowej AWF w Krakowie oraz Sekcja Rehabilitacji przy Polskim Towarzystwie Nefrologicznym. Patronat nad sympozjum objęli: Prezydent Miasta Krakowa prof. dr hab. Jacek Majchrowski, Rektor AWF w Krakowie prof. dr hab. Andrzej Klimek, a także Polskie Towarzystwo Nefrologiczne i Polskie Towarzystwo Rehabilitacji.

Pani Dziekan Wydziału Rehabilitacji Ruchowej prof. dr hab. Anna Marchewka przywitała uczestników zgromadzonych w Auli AWF w Krakowie mówiąc o roli rehabilitacji i jej historii w Polsce w zakresie tematyki sympozjum. Niejednokrotnie odnosiła się do nazwiska pioniera rehabilitacji w przewlekłej chorobie nerek w Polsce – śp. prof. dr hab. Olgierda Smoleńskiego.

Tegoroczne spotkanie odbyło się w trzech sesjach tematycznych dotyczących rehabilitacji pacjentów z chorobami układu moczowego, po transplantacji nerki i dializowanych. Udział w nim prawie 95 osób dowiódł rosnącego zainteresowania tą dziedziną nauki. Wśród wykładowców i moderatorów zaszczycili swoją obecnością

profesorowie: Anna Żurowska, Marian Klinger – Konsultant Krajowy w dziedzinie Nefrologii, Jacek A. Pietrzyk, Jolanta Kujawa – prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, Maciej Jóźwik, Jacek Durmała oraz mgr Krystyna Murdzek – prezes Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji. (ryc. 2 i 3)

I sesja obejmowała zagadnienia zaburzeń czynności pęcherza u dzieci i przedstawiono program uroterapii w leczeniu zaburzeń u nich na podstawie najnowszych wytycznych. Zwrócono też uwagę na pęcherz nadreaktywny u kobiet. Ważnym, a zarazem wstydliwym jest problem nietrzymania moczu u kobiet w okresie ciąży i po porodzie. Przedstawiono zatem narzędzia badawcze wykorzystywane w diagnostyce nietrzymania moczu. Wykazano efekty terapii manualnej stosowanej przy wysiłkowym nietrzymaniu moczu, omówiono czynniki ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu po prostatektomii radykalnej na wynik usprawniania fizjoterapeutycznego. Zwrócono uwagę na skuteczność treningu mięśni dna miednicy u mężczyzn z przemijającym nietrzymaniem moczu po laparoskopowej prostatektomii radykalnej.

II sesja dotyczyła ogólnych założeń rehabilitacji po przeszczepie nerki. Na podstawie badań pilotażowych z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia przedstawiono ocenę pacjentów po transplantacji nerek. U tych pacjentów – aktywnych fizycznie i prowadzących siedzący tryb życia ukazano stan mięśni na podstawie badania siły mięśniowej. Blok tematyczny podsumowała mgr Krystyna Murdzek przybliżając praktyczne aspekty sportu po transplantacji.

W III sesji prof. Marian Klinger zwrócił szczególną uwagę na aktywność fizyczną chorych dializowanych, stanowiącą klucz do lepszego i dłuższego ich życia. W tej grupie chorych omówiono narzędzia pomiarowe bólu, stresu emocjonalnego i jakości życia, efektywność kinezyterapii na podstawie doświadczeń szpitala w Ochojcu, zmiany wydolności fizycznej pacjentów dializowanych w wyniku 6 miesięcznego treningu Tai Chi. Scharakteryzowano poziom siły mięśniowej pacjentów hemodializowanych w zależności od deklarowanego poziomu aktywności, omówiono przyczyny i konsekwencje zmian w obrębie układu oddechowego u pacjentów dializowanych otrzewnowo. Ponadto zwrócono uwagę na przyczynę dysfunkcji mięśni szkieletowych w przewlekłej chorobie nerek.

W ramach sympozjum, oprócz wykładów, odbyły się warsztaty poświęcone badaniu fizjoterapeutycznemu w terapii nietrzymania moczu, które prowadziła mgr Urszula Chrabota. Drugie spotkanie obejmujące tematykę profilaktyki dysfunkcji dna miednicy u kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu przedstawiła dr Marta Curyło. Ostatnie – trzecie warsztaty stanowiły zajęcia praktyczne według metody Bebo® w profilaktyce nietrzymania moczu, demonstrowane przez certyfikowaną terapeutkę tej firmy mgr Katarzynę Kucab-Klich. Wszystkie zajęcia cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem, dynamiczną dyskusją

i pozwoliły na poszerzenie umiejętności praktycznych. Czas sympozjum to nie tylko wykłady, dyskusje i zajęcia praktyczne. Przyjemności też! Wieczorem pierwszego dnia odbyła się uroczysta kolacja w Żydowskim Centrum Galicja na krakowskim Kazimierzu. Dr inż. Anna Smoleńska – Prezes Fundacji Amicus Renis pełniła honory Gospodarza wieczoru. Ciekawym elementem wieczoru był wykład nt „Wyspa Wielkanocna: Czy kultura Rapa Nui przetrwa?” ilustrowany pięknymi zdjęciami, który wygłosił prof. dr hab. Zdzisław Jan Ryn – lekarz, psychiatra, publicysta i dyplomata. Na czas spotkania profesor przekazał Pani Gospodarz insygnia władzy na Wyspie Wielkanocnej w kształcie wiosła – zwane om (ryc. 4). Dalszą część wieczoru umilił występ muzyczny zespołu Legend of Kazimierz.

Przewlekła choroba i uciążliwa terapia u wielu pacjentów wyrabia pasywną postawę – „jestem ciężko chory i dajcie mi święty spokój”. Postawę tę może pokonać jedynie świadomość bardzo zachęcających rezultatów uzyskanych w wyniku rehabilitacji, które przedstawiono na tegorocznym sympozjum. W podsumowaniu obrad podkreślono, że ważnym czynnikiem, a nawet „lekiem” jest ruch. Wykazano korzyści wynikające z treningu fizycznego, który wpływa na poprawę efektywności leczenia w chorobach nerek i układu moczowego. Sympozjum zakończono w miłej, naukowej atmosferze z ciekawymi planami na następne spotkanie, na które już dziś wszystkich zainteresowanych serdecznie zapraszamy (ryc. 5). Komitet Organizacyjny pracował w składzie: Anna Smoleńska, Anna Marchewka, Katarzyna Chojak-Fijałka, Urszula Chrabota, Danuta Maliszewska-Sobieraj, Agnieszka Suder, Jacek A. Pietrzyk. (ryc. 6)

Organizatorzy składają serdeczne podziękowania dla głównego partnera sympozjum Fresenius Medical Care, a także partnerom: Diaverum i Baxter bez których nasze spotkanie nie odbyłoby się w tak wspaniałej oprawie. Szczegółowy plan sympozjum i galeria zdjęć dostępna jest na stronie internetowej: www.amicusrenis.pl



Ryc. 1. Portret prof. Olgierda Smoleńskiego, pomysłodawcy i organizatora pierwszej konferencji w 2013 r.



Ryc. 4. Dr inż. Anna Smoleńska i prof. dr hab. Zdzisław Jan Ryn



Ryc. 2. Od lewej: prof. dr hab. Aleksandra Żurowska, prof. dr hab. Maciej Józwicki, prof. dr hab. Anna Marchewka



Ryc. 3. Od lewej: dr hab. Mariusz Kuształ, prof. dr hab. Jolanta Kujawa, prof. dr hab. Jacek A. Pietrzyk



ryc. 5. Od lewej: mgr Konrad Kozioł, dr Katarzyna Chojak-Fijałka, Prof. dr hab. Jacek Pietrzyk, dr inż. Anna Smoleńska, dr hab. Mariusz Kuształ, dr Wioletta Dziubek, dr Katarzyna Krzemińska, mgr Łukasz Rogowski, mgr Urszula Chrabota, dr Jacek Głodzik



Ryc. 6. Od lewej: dr Katarzyna Chojak-Fijałka, dr inż. Anna Smoleńska, mgr Danuta Maliszewska-Sobieraj, mgr Urszula Chrabota

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 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



Prof. dr hab. med. Teresa Wyszyńska (1931-2014)

Profesor Teresa Wyszyńska należała do grona wybitnych polskich pediatrów-nefrologów, którzy tworzyli podwaliny nowoczesnej nefrologii dziecięcej, a poprzez aktywne działanie w polskich i międzynarodowych towarzystwach budowała autorytet dyscypliny, której poświęciła całe swoje zawodowe życie.

Doktor Teresa Wyszyńska była ordynatorem Oddziału Nefrologicznego Miejskiego Szpitala nr 1 w Warszawie, docent Teresa Wyszyńska pracowała jako ordynator Oddziału Nefrologii Szpitala-Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka, a po przekształceniu CZD w Instytut – profesor Teresa Wyszyńska została Kierownikiem Kliniki Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego Instytutu-Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka. W latach 60-tych i 70-tych stworzyła specjalistyczny oddział i poradnię nefrologii dziecięcej na bazie małego szpitala miejskiego i będąc ordynatorem tego oddziału uzyskała stopień doktora habilitowanego, nadany Jej przez Radę Naukową Centrum Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. W spartańskich warunkach małego szpitala wdrożyła po raz pierwszy w 1966 roku Polsce dializoterapię otrzewnową do rutynowego leczenia ostrej niewydolności nerek u dzieci. Była pionierem w przecieraniu trudnej drogi ku życiu i zdrowiu dzieci niechybnie zagrożonych śmiercią, którym od 1984 roku mogła zaoferować, jako drugi ośrodek w Polsce, ciągłą ambulatoryjną dializę otrzewnową.

Zainteresowania kliniczne prof. T. Wyszyńskiej skupiały się na problematyce związanej z leczeniem chorób kłębuszków nerkowych (glomerulopatii), leczeniem ostrej niewydolności nerek, dializą otrzewnową oraz diagnostyką i leczeniem nadciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży. Jej dokonania w tym zakresie zostały uhonorowane nagrodą Ministra Zdrowia. Wiele z wymienionych zagadnień było przedmiotem znaczących publikacji w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym, w łącznej liczbie 118 pozycji (w tym 60 oryginalnych). Pani Profesor jest autorem trzech monografii, 30 rozdziałów w 19 podręcznikach

i redaktorem – autorem podstawowego polskiego podręcznika nefrologii dziecięcej pt. „Choroby układu moczowego u dzieci”, a także współredaktorem 3-tomowej „Nefrologii Dziecięcej”.

Profesor Wyszyńska wykształciła wielu lekarzy, którzy pod Jej kierownictwem uzyskali specjalizację z pediatrii i nefrologii, była promotorem sześciu doktoratów, opiekunem trzech habilitacji. Przez wiele lat prowadziła kursy kształcenia podyplomowego.

Pani Profesor była członkiem Rady Redakcyjnej czasopisma „Nefrologia i Dializoterapia Polska”, przez 30 lat była członkiem komitetu redakcyjnego „Pediatrii Polskiej”, której została w 1994 roku redaktorem naczelnym. W latach 1971-1979 była specjalistą wojewódzkim w zakresie pediatrii. Przez dwie kadencje była członkiem Zespołu Badań Medycznych oraz Współpracy z Zagranicą Komitetu Badań Naukowych. Była członkiem Komisji Nefrologicznej Komitetu Patofizjologii VI Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk. Była przewodniczącą Sekcji Nefrologicznej Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, pierwszą przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej, członkiem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego i Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Europejskiego Towarzystwa Dializ i Transplantacji. Była honorowym członkiem European Society for Pediatric Nephrology. Jako Przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej miała ogromne zasługi na polu integrowania środowiska lekarskiego, stałego podnoszenia poziomu i rozpowszechnianie wiedzy z zakresu nefrologii dziecięcej oraz opracowywania i wprowadzania nowoczesnych standardów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w określonych jednostkach chorobowych a także aktywnej współpracy z zagranicznymi ośrodkami oraz towarzystwami nefrologii dziecięcej.

Dla swoich wieloletnich współpracowników profesor Wyszyńska pozostaje nieustająco wzorem wielkiego lekarza, naukowca i człowieka o niepowtarzalnej osobowości. Zawsze szczerą i surową w swych sądach, zawsze z pewnym z dystansem oceniającą otoczenie, rzeczywistość, czy przedstawioną do recenzji pracę. Nigdy nie akceptowała niestaranności, fałszu, zawłaszczania cudzej własności intelektualnej, bylejałości i niekompetencji. Była bardzo wymagającym Redaktorem, przypominającym bez wytchnienia, jak powinien brzmieć literacki język polski, także w piśmiennictwie naukowym. Wiele osób odczuło Jej wsparcie w trudnych chwilach, wielu doświadczyło z Jej strony ciepła w chwilach tragicznych. Obdarzona wielkim poczuciem humoru posiadała wielki dar dystansowania się do zaszczytów, blichtru i samozadowolenia. Kochająca jamniki, które (kolejno) kochały ją z wielką wzajemnością. Miała wielu długoletnich przyjaciół, którym - tym wybranym - była zawsze wierna i pomocna. Była Niezwykłym Człowiekiem, wspierałym lekarzem i naukowcem o niezwyklej inteligencji i pracowitości, doskonałym szefem i nauczycielem. Odeszła w 2014 roku. Pamięć o niej i wdzięczność za pionierskie dokonania na polu ratowania dzieci z chorymi nerkami nie przemijają. Dla całego środowiska zawsze pozostanie charyzmatyczną Matką polskiej nefrologii dziecięcej.

Prof. dr hab. n med. Ryszard Grenda

Kierownik Kliniki Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego Instytutu-Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie