



Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 1(10) 2010

DIALIZA i Ty

ISSN 1644-5139



DIALIZA i Ty

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

Dializa i Ty – Kwartalnik dla chorych z niewydolnością nerek
NR 1(10) 2010, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:

prof. dr hab. med. Olgierd Smoleński

Zastępca redaktora naczelnego:

dr n. med. Adam Markiewicz

Sekretarze redakcji:

lek. med. Michał Śmigieński

lek. med. Agnieszka Pardała

Wydawca:

Fundacja Amicus Renis

os. Złotej Jesieni 1; 31-826 Kraków

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych

ul. Wilczy Stok 12; 31-237 Kraków

Sekretariat-biuro:

Danuta Maliszewska

tel. (012) 646 85 65

faks (012) 646 88 02

e-mail: olgierd.smolenski@fmc.pl

Monika Kowalik

kom. 691 48 68 48

faks 012 625 46 13

e-mail: osod@osod.onfo

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. Andrzej Steciwko

prof. dr hab. med. Władysław Sułowicz

dr med. Antoni Sydor

prof. dr hab. med. Zofia Wańkowicz

prof. dr hab. med. Andrzej Więcek

dr med. Rafał S. Wnuk

prof. dr hab. med. Danuta Zwolińska

dr Iwona Mazur

Zdjęcie na okładce: TOMASZ KULAWIK

Rysunki: KRZYSZTOF KMIEĆ

W numerze:

- 3** Słowo od Redakcji – prof. dr hab. med. Olgierd Smoleński
Wróbel nie opuszcza nas nawet zimą –
Leszek A. Moczulski

4 Dylematy moralne

Moralne aspekty zaniechania terapii i rezygnacji z tzw.
„uporczywości terapeutycznej”

Kwestia moralnej dopuszczalności przerwania
dializoterapii – ks. dr hab. Marian Machinek

Moralna dopuszczalność zaprzestania dializoterapii –
ks. dr Piotr Kieniewicz

7 W oczach lekarza

Czy należy bać się zakażenia HIV w stacji dializ? –
Jolanta Gozdowska, Magdalena Durlik

9 Listy znad morza

Żeby pacjent był pacjentem –
prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

10 Pielęgniarka radzi

Zasady pielęgnacji i treningu przetoki tętniczo-żylniej –
mgr Sylwia Rodak

Edukacja pacjentów z przewlekłą chorobą nerek –
realne szanse wdrożenia programu –
mgr Beata Białobrzaska

14 Głos Stowarzyszenia Pomocy Dializowanym

Wspólne problemy i cele

16 Nasz chleb powszedni

Ile pić? – Małgorzata Szczypkowska

18 Nasze ośrodki dializ

Międzynarodowe Centra Dializ Euromedic – ekspert
w dziedzinie dializ – mgr Monika Żybertowicz

19 Jesteśmy na wczasach

Podróż – Bogusław Czubała

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych materiałów.

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

SŁOWO OD REDAKCJI

Od czasów Stańczyka wiadomo, że w Polsce najwięcej jest lekarzy i każdy z nich ma swoje własne niezawodne, sprawdzone metody leczenia. Taka postawa prowadzi do lekceważenia problemów własnego zdrowia, a prozdrowotny tryb życia jest zjawiskiem bardzo rzadkim. Dzięki szerokim akcjom edukacyjnym i coraz powszechniejszej dostępności Internetu sytuacja ta ulega pewnej poprawie. O ile do szerokiej świadomości przebiły się informacje o zagrożeniach, jakie niosą ze sobą schorzenia serca, to problemy chorób nerek są nadal niedoceniane przez większość ludzi. Czy mamy świadomość, że co dziesiąty Polak choruje na nerki? Schorzenie to jest bardzo podstępne, ponieważ w większości przypadków przebiega przez długi czas bezobjawowo. Infekcje dróg moczowych atakują rocznie od 6 do 10% młodych kobiet, a po 50. roku życia cierpi na nie aż 20% populacji. Czy zawsze uświadamiamy sobie zagrożenie, jakie niesie cukrzyca, na którą choruje w naszym kraju prawie 2 miliony ludzi. Stała się ona pierwszą przyczyną, która prowadzi do schyłkowej niewydolności nerek i leczenia dializami.

Podstawowym problemem jest program wczesnego wykrywania przewlekłych chorób nerek. Wymaga to wprowadzenia do profilaktyki stosunkowo prostych i tanich badań, jak: ogólne badanie moczu, oznaczenie mikroalbuminurii i poziomu kreatyniny w surowicy krwi, która pozwala na szacunkowe określenie funkcji nerek. Wczesne wykrycie zagrożenia chorobą nerek i odpowiednia specjalistyczna opieka lekarska oddala czas rozpoczęcia dializoterapii.

Dobrze, powiecie Państwo, ale przecież my jesteśmy dializowani i to nas już nie dotyczy. To prawda, ale może to jest problem Waszych bliskich.

Takie też jest przesłanie Światowego Dnia Nerki, który właśnie obchodzimy w drugi czwartek marca każdego roku.

Olgierd Smoleński

Wróbel nie opuszcza nas nawet zimą

Wróbel nie opuszcza nas nawet zimą
a my pewnej zimy opuszczamy przyjaciół
lub przyjaciele opuszczają nas
czasem dzwoni telefon
jak kos
jak szpak
czasem cicho jak wilga
czasem z pretensjami jak gawron
czasem nie robiąc sobie z czasu nic, jak skowronek
i zostaje po nich
słuchawka głuchych i pustych ogrodów

A wróbel całą zimę czule wierny

Leszek A. Moczulski

DYLEMATY MORALNE

Moralne aspekty zaniechania terapii i rezygnacji z tzw. „uporczywości terapeutycznej”

Fragmenty wypowiedzi Magisterium Kościoła Katolickiego*

Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *Iura et bona* (1980), nr 4.

„Zgodnie z nauką chrześcijańską cierpienie, zwłaszcza w ostatnich chwilach życia, nabiera własnego znaczenia w zbawczym planie Boga; stanowi bowiem udział w męce Chrystusa i łączy z Ofiarą Odkupienia, którą złożył On z posłuszeństwa Ojcu niebieskiemu. [...] Chrześcijańska roztropność daleka jest jednak od tego, by z postawy heroicznej czynić ogólną zasadę postępowania. Przeciwnie, ludzka i chrześcijańska roztropność zaleca większości osób chorych stosowanie lekarstw, które mogą złagodzić lub wyeliminować cierpienie, chociaż ubocznie (jako skutki drugorzędne) mogą spowodować oszołomienie i zmniejszenie świadomości. [...] Nigdy nie można nakazać stosowania środków «nadzwyczajnych». Taka odpowiedź, która ma charakter zasady, wydaje się dzisiaj mniej jasna, bądź z racji małej precyzji, bądź z powodu szybkiego rozwoju terapii. Z tego powodu niektórzy wolą raczej mówić o środkach «proporcjonalnych» lub «nieproporcjonalnych». Niezależnie jednak od takich rozróżnień, właściwa ocena środków może być dokonana wtedy, gdy rodzaj zastosowanej terapii, stopień jej trudności i związanych z nią niebezpieczeństw, konieczne dawki oraz możliwość zastosowania, zestawimy ze spodziewanymi rezultatami, uwzględniając w sposób właściwy stan chorego, jak również jego siły psychofizyczne”.

Papieska Rada Cor Unum, Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających (1981), nr 2.4.1.

„Życie doczesne jest wartością podstawową, ale nie absolutną, dlatego jest rzeczą konieczną określić granice obowiązku utrzymania się przy życiu. Rozróżnienie pomiędzy środkami zwyczajnymi i nadzwyczajnymi wyraża powyższą prawdę i oświecla jej stosowanie

do konkretnych przypadków. Użycie terminów równoznacznych, w szczególności zwrotu opieka proporcjonalna, wyraża to zagadnienie w sposób, który wydaje się bardziej zadowalający”.

Katechizm Kościoła Katolickiego (1992), nr 2278.

„Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa «uporczywej terapii». Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznych interesów pacjenta”.

Jan Paweł II, Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego *Evangelium vitae* (1995), nr 65.

„Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej «uporczywej terapii», to znaczy pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nie trwałe i bolesne przedłużanie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddawania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określić w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”.

* Poniższy wybór nie jest wyczerpujący. Fragmenty zostały ułożone w porządku chronologicznym. Zgodnie z przyjętymi w teologii zasadami hermeneutycznymi należy uwzględnić rangę poszczególnych wypowiedzi.

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Karta Pracowników Służby Zdrowia (1995), nr 119.

„Współczesna medycyna dysponuje bowiem środkami, które są w stanie sztucznie opóźnić śmierć, jednak bez wyraźnej korzyści dla pacjenta. Jest on po prostu utrzymywany przy życiu lub jest się w stanie przedłużyć mu życie o jakiś czas za cenę ostatnich i ciężkich cierpień. W tym przypadku mamy do czynienia z tak zwaną «uporczywością terapeutyczną», która polega na stosowaniu środków szczególnie wyścieńczających i uciążliwych dla chorego, skazujących go na sztucznie przedłużaną agonię. Jest to sprzeczne z godnością umierającego i moralnym wezwaniem do zaakceptowania śmierci i ostatecznym przyzwoleniem

niem na jej naturalny bieg. Śmierć jest nieuniknionym faktem w życiu człowieka: nie można jej w sposób nieużyteczny opóźniać, unikając jej przy użyciu wszystkich środków”.

Papieska Akademia Nauk, Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci (1985).

„O ile u pacjenta występuje stwierdzona trwała i nieodwracalna śpiączka (*coma*), leczenie nie jest konieczne, natomiast winno się zapewnić choremu odżywianie i odpowiednią opiekę. Jeśli stan kliniczny chorego rokuje wyleczenie – wymaga on leczenia. Jeśli leczenie nie przynosi żadnej poprawy, może być przerwane, a kontynuowana jedynie opieka.”

KS. DR HAB. MARIAN MACHINEK, PROF. UWM
Katedra Teologii Moralnej i Katolickiej Nauki Społecznej
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn

Kwestia moralnej dopuszczalności przerwania dializoterapii Perspektywa katolickiej teologii moralnej

Rozważając ten problem z punktu widzenia etyki katolickiej należy uwzględnić następujące powinności moralne:

A) Fundamentalną wartość życia ludzkiego. Chociaż życie fizyczne, jak stwierdził Jan Paweł II, nie jest wartością ostateczną, a przed-ostateczną, pozostaje wartością świętą, zasługującą na ochronę. Stanowi ono biologiczną podstawę istnienia osoby. Życie jest darem Bożym, który jest człowiekowi jednocześnie zadany. Jedynym Panem życia i śmierci jest Stwórca.

B) Obowiązek moralny ochrony i podtrzymania życia ludzkiego. Stąd chrześcijanin ma obowiązek troski o swoje życie, jego ochronę i podtrzymywanie, z czego wynika moralna powinność poddania się leczeniu w razie komplikacji zdrowotnych. W normalnych warunkach lekkomyślne odrzucenie leczenia nosi znamiona czynu samobójczego.

C) Godziwość przerwania terapii uporczywej. Moralny obowiązek leczenia nie ma jednak rangi normy absolutnej. Nie ma moralnego obowiązku stosowania wszystkich możliwych i dostępnych środków, by podtrzymać życie. Gdy stosowane środki są nieproporcjonalne do oczekiwanych korzyści osobowych

(nie odnoszą skutku, są związane z wielkim bólem i cierpieniem, są w stanie jedynie nieznacznie przedłużyć życie), mogą zostać zaniechane.

Próbując zastosować te zasady do moralnego wymiaru dializoterapii, nasuwają się następujące stwierdzenia:

1. Współczesna dializoterapia musi być uznana za **środek zwyczajny** ze względu na ogólną dostępność, powszechne stosowanie i stosunkowo niewielkie koszty.

2. W większości przypadków będzie też **środkiem proporcjonalnym** do oczekiwanych korzyści. Związana jest wprawdzie z ograniczeniem motorycznym (konieczność przebywania w pobliżu ośrodka dokonującego terapii, wielogodzinne dializy itp.), jednak dzięki niej pacjent może prowadzić w miarę normalne życie i komunikować się z otoczeniem.

3. Zasadniczo więc poddanie się dializoterapii będzie moralnie zobowiązujące. Ogólne zmęczenie i zniechęcenie pacjenta, jakkolwiek zrozumiałe, czy też jego podeszły wiek, jako takie nie mogą być uważane za wystarczające powody uprawniające do rezygnacji z dializoterapii.

4. Rezygnacja z dializoterapii lub jej przerwanie mogą stać się moralnie dopuszczalne (choć nie zobowiązujące), gdy:

a) nie osiąga już swego celu (oczyszczanie krwi) i staje się przez to nieproporcjonalna do oczekiwanych korzyści.

b) związana jest z nieproporcjonalnym cierpieniem i dodatkowym bólem dla pacjenta.

c) powoduje jedynie niewielkie przedłużenie życia.

Wymienione okoliczności będą zazwyczaj zachodziły, gdy pacjent znajduje się w fazie terminalnej, tzn. gdy śmierć jest bliska i nieuchronna.

KS. DR PIOTR KIENIEWICZ

Katedra Teologii Życia

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin

Moralna dopuszczalność zaprzestania dializoterapii Perspektywa bioetyki katolickiej

Prośbę o przerwanie dializoterapii należy odczytać w kontekście całości nauczania Kościoła na temat terapii nadzwyczajnej. Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* (nr 65) wypowiada się w tym względzie jednoznacznie: „gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem «zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach». Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”.

Dylemat może dotyczyć osób nie stojących w obliczu śmierci bliskiej i nieuchronnej – przynajmniej tak długo, jak długo poddawani są dializie. Są oni zazwyczaj „jedynie” tą ustawicznie powtarzaną procedurą zmęczenia. Dializa jednak, jak długo jest możliwa i skuteczna, spełnia wszystkie kryteria działania proporcjonalnego i adekwatnego, a więc kryteria stawiane terapii zwyczajnej, od której odstępienie byłoby działaniem eutanatycznym.

Pewna wyjątkowość sytuacji zachodzi, gdy dializowany pacjent cierpi na poważne schorzenia wielonarządowe i jest w stanie terminalnym, niezależnie od dysfunkcji nerek; stosowanie dializ może wówczas być elementem przedłużania terapii w swej istocie niesku-

tecznej i niecelowej, a więc nadzwyczajnej. Można by od niej odstąpić, choć obowiązku takiego nie ma.

Podsumowując, z zasady dializę należy traktować jako działanie zwyczajne i sam fakt zmęczenia ustawicznym jej powtarzaniem nie jest wystarczającym tytułem do jej zaniechania. Byłaby to wówczas eutanazja bierna, czyli powstrzymanie się od terapii koniecznej, skutkujące śmiercią w celu usunięcia cierpienia.

Nie odnosząc się bezpośrednio do zadanego pytania o godziwość przerwania dializoterapii wydaje się, że istnieje potrzeba poszerzenia odpowiedzi o perspektywę sensu cierpienia. Niechcąc do kontynuowania terapii proporcjonalnej, adekwatnej do stanu chorego z powodu zmęczenia chorobą może być przejawem utraty sensu życia lub zagubienia jego wartości. Człowiek cierpiący jest zaproszony do złączenia swego cierpienia z Ukrzyżowanym Chrystusem, ale jednocześnie sam jest wezwaniem dla swego otoczenia, by otoczyć go wsparciem i miłością. Często tego wsparcia brakuje, co więcej – niekiedy pojawia się narastająca presja otoczenia powodująca powstanie u chorego przekonania, że nie tylko dla niego choroba jest ciężarem nie do zniesienia, ale że cała sytuacja choroby jest dla otoczenia brzemieniem ponad siły. Nawet bez niczyjej złej woli może dojść do sytuacji, w której chory – czując się opuszczonym i pozbawionym jakiegokolwiek wsparcia – uzna, że dalsze zmaganie z chorobą nie ma sensu i że lepiej dla wszystkich będzie, jeśli umrze. Prośba o przerwanie terapii nabiera wówczas charakteru grzechu cudzego, wynikającego z grzechu ciężkiego zaniedbania obowiązku miłości wobec potrzebującego pomocy człowieka.

DR MED. JOLANTA GOZDOWSKA, PROF. DR HAB. MED. MAGDALENA DURLIK
Klinika Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii Instytutu Transplantologii AM

Czy należy bać się zakażenia HIV w stacji dializ?

Wszyscy pracownicy służby zdrowia oraz pacjenci poddawani różnym procedurom medycznym narażeni są na kontakt z zakaźnymi drobnoustojami. Do zakażenia może dojść bezpośrednio przez skórę lub błony śluzowe, a także na skutek przypadkowych zakłuć igłami do iniekcji lub do szycia ran czy skaleczeń ostrymi narzędziami wykorzystywanymi w codziennej praktyce. Istnieje ryzyko nieumyślnej transmisji, czyli przeniesienia zakażenia z pacjenta na pracownika, z pracownika na pacjenta, a także z pacjenta na pacjenta. Podejmuje się próby szacowania częstości przerwania ciągłości skóry, które zdarza się podczas kontaktu z zakażonym pacjentem lub w laboratoriach, gdzie znajduje się potencjalnie zakaźny materiał biologiczny. Według amerykańskich badań CDC (*Center for Disease Control and Prevention* – Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorób) w ciągu roku w szpitalach dochodzi do ponad 38 000 zakłuć igłami, z czego 61% igłami posiadającymi światło (do iniekcji, przetoczeń itp.), a pozostałe 39% – igłami do szycia ran.

Znajomość istniejącego zagrożenia, sposobów zapobiegania oraz profilaktyki poekspozycyjnej zmniejsza liczbę powikłań, obniża poziom lęku, sprawia, że praca personelu i pobyt pacjentów w placówkach opieki medycznej stają się znacznie bardziej bezpieczne.

W stacjach dializ personel i pacjenci dializowani „oswojeni” są z możliwością narażenia na zakażenie wirusami zapalenia wątroby (głównie wirusami zapalenia wątroby typu B i C). Wiedza dotycząca epidemiologii wirusów hepatotropowych oraz znajomość środków ostrożności sprawia, że bardzo rzadko dochodzi do transmisji zakażenia.

Postęp jaki dokonał się w dializoterapii spowodował, że nie wprowadza się ograniczeń w kwalifikacji do leczenia tą metodą pacjentów zakażonych także ludzkim wirusem upośledzenia odporności – HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). W Polsce pierwsi pojedynczy pacjenci zakażeni tym wirusem byli leczeni dializami od lat 90. XX wieku. Głównie byli to chorzy z nabytym zakażeniem w okresie przeddializacyjnym. Pewne jest, że strach przed szerzeniem się infekcji HIV zmniejsza się wraz z poznaniem epidemiologii wirusa, sposobu zapobiegania zakażeniu i postępowania w przypadku narażenia na zakażenie.

Zakażeniu mogą ulec osoby w każdym wieku, począwszy od noworodka (podczas porodu). Najczęściej zakażenia stwierdza się u młodych ludzi w wieku oko-

ło 20–39 lat. Wyróżnia się następujące grupy ryzyka oraz drogi transmisji:

- osoby stosujące narkotyki w iniekcjach,
- mężczyźni homo- i biseksualni,
- osoby utrzymujące ryzykowne kontakty seksualne,
- chorzy na hemofilię,
- biorcy krwi,
- dzieci zakażonych matek,
- zakażenia jatrogenne (np. przypadkowe zakłucie skażonym narzędziem, transfuzje).

Materiały zakaźne to:

- krew i płyny ustrojowe zawierające wyraźną domieszkę krwi,
- nasienie i wydzielina z pochwy,
- płyn mózgowo-rdzeniowy,
- płyn stawowy,
- płyn opłucnowy, otrzewnowy, osierdziowy, owodniowy,
- płyn uzyskany podczas dializy otrzewnowej,
- mleko matki.

Materiały nie będące źródłem zakażenia to:

- ślina,
- łzy,
- pot,
- mocza,
- kał (chyba, że zawarta jest w nim domieszka krwi).

Według raportów o stanie leczenia nerkozastępczego, w ciągu ostatnich lat odnotowuje się pojedyncze przypadki dializowanych chorych HIV-dodatnich. Odsetek pacjentów dializowanych zakażonych HIV waha się w świecie w granicach 0–13%. W wielośrodkowych badaniach przeprowadzonych w latach 1990–1995 w wielu krajach świata nie odnotowano żadnego przypadku zakażenia pacjenta ani personelu medycznego.

Podstawowymi badaniami diagnostycznymi zakażenia HIV są przesiewowe testy immunoenzymatyczne ELISA oraz bardziej złożone testy typu *Western-blot*, które wykonuje się w celu potwierdzenia zakażenia. Polegają one na wykrywaniu swoistych przeciwciał w surowicy krwi skierowanych przeciwko wirusowi HIV. Charakteryzują się wysoką, sięgającą 100%, swoistością i czułością diagnostyczną, pod warunkiem obecności poszukiwanych przeciwciał. Stają się nieprzydatne w okresie „okna serologicznego” trwającego do 4–6 tygodni od momentu zakażenia (zanim organizm zakażonego osobnika wytworzy przeciwciała przeciwko antygenom wirusa HIV). Wczes-

na diagnostyka opiera się na wykrywaniu materiału genetycznego wirusa metodą PCR, oznaczaniu białka p24 bądź hodowli wirusa HIV.

Odkąd opracowano i wdrożono strategię leczenia nazwaną HAART (skrót pochodzi od pierwszych liter następujących słów: H – highly, A – active, A – anti, R – retroviral, T – therapy), czyli wysokoaktywną terapię antyretrowirusową, udaje się przez okres wielu lat utrzymać zakażonych pacjentów w dobrym zdrowiu. Koszt terapii antyretrowirusowej wynosi ponad 1000 euro miesięcznie. Obecnie w Polsce i Unii Europejskiej terapia ta jest w całości refundowana.

Do leczenia kwalifikuje się osoby, które nie są czynnymi narkomanami ani alkoholikami i deklaruja, że będą stosować się do zaleceń terapeutycznych i systematycznie zgłaszać się na kontrole lekarskie.

Nie jest dostępna szczepionka przeciwko wirusowi HIV, nie ma także swoistej hiperimmunoglobuliny, którą można podać po ekspozycji na zakażenie.

We wszystkich placówkach medycznych najczęściej do przypadkowego zakażenia dochodzi poprzez zakłucie lub skaleczenie się ostrymi przedmiotami, igłami do iniekcji oraz do szycia ran. Kontakt materiału zakaźnego (głównie krwi) z błonami śluzowymi oraz skórą jest szczególnie niebezpieczny, gdy w sposób widoczny naruszona jest ich integralność, a czas kontaktu jest długi. Ryzyko zakażenia zależy od objętości krwi, stadium infekcji, zakaźności (wirulencji) szczepu wirusa oraz stanu układu immunologicznego osoby narażonej na zakażenie. Stosowanie barier mechanicznych, np. rękawic lateksowych, zmniejsza objętość krwi pochodzącą z zakłucia igłą o 46–63%, a igłą chirurgiczną o 86%.

HIV jest bardzo wrażliwy na działanie czynników środowiska zewnętrznego i środki dezynfekcyjne. Szybko ginie poza organizmem człowieka. Może przeżyć kilka godzin na zanieczyszczonej krwi strzykawce w środowisku wilgotnym i temperaturze otoczenia. 70-procentowy alkohol etylowy zabija wirusa po 1–4 minutach, a preparaty zawierające chlor, jak np. ACE, zabijają go po ok. 15 min. Proces gotowania całkowicie niszczy wirusa. Już w temperaturze 56 °C ginie on po 30 min.

Na podstawie badań przeprowadzonych we Francji, Wielkiej Brytanii i w Stanach Zjednoczonych, które oceniały ilość potwierdzonych zakażeń HIV w stosunku do wszystkich sytuacji ekspozycji zawodowej pracowników służby zdrowia, określono ryzyko zakażeń związanych z wykonywaniem pracy w placówkach medycznych. Stwierdzono, że średnie ryzyko zakażenia w następstwie skaleczenia (zakłucia) narzędziem zanieczyszczonym krwią, która jest zakażona wirusem HIV wynosi 0,32% (32 osoby na 10 000 narażonych), a w skutek kontaktu błon śluzowych z zakażoną krwią – 0,03% (3 osoby na 10 000 narażonych). Profilaktyczne zastosowanie zydovudyny przez osobę narażoną 79-krotnie zmniejszało ryzyko zakażenia.

W 1986 r. zostały sformułowane zasady profilaktyki szerzenia się zakażenia HIV w amerykańskich ośro-

kach dializacyjnych w postaci wytycznych CDC, które nadal są aktualne. W USA zalecenia są bardzo liberalne, za najważniejsze uważa się stosowanie powszechnie obowiązujących, uniwersalnych zasad zapobiegania infekcjom. Środki chemiczne rutynowo stosowane do dezynfekcji i sterylizacji są skuteczne w stosunku do wirusa HIV. Sposób leczenia (hemodializy lub dializy otrzewnowe) powinien zależeć od potrzeb pacjenta. Jeśli przestrzegany jest reżim sanitarny nie ma przesłanek epidemiologicznych do wyodrębniania oddzielnych stanowisk. Pacjenci seropozytywni nie muszą być izolowani od pozostałych pacjentów.

W naszym kraju w stosunku do chorych zakażonych HIV obowiązują takie same zalecenia jak w stosunku do pacjentów zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu B, czyli wyodrębnione stanowisko, a jeśli istnieją takie możliwości oddzielne pomieszczenie, nie należy reutilizować dializatorów. Personel i pacjentów obowiązuje przestrzeganie ogólnych zasad reżimu sanitarnego, to najskuteczniejsza metoda zapobiegania zakażeniom w stacjach dializ.

Jeśli dojdzie do kontaktu z materiałem zakaźnym wskazane jest, by:

- miejsce zakłucia igłą do iniekcji lub skaleczenia ostrym narzędziem wymyć dużą ilością wody z mydłem,
- krew rozprysniętą na skórę, do nosa lub do jamy ustnej spłukać wodą,
- oko przepłukać czystą wodą lub roztworem soli fizjologicznej.

Ryzyko zakażenia wynikające z kontaktu krwi zakażonej HIV z błonami śluzowymi osoby zdrowej jest niewielkie i wynosi 0,03%, dlatego wskazanej jest zachowanie spokoju i rozsądku.

Tuż po ekspozycji na wirusa oraz po 6 tygodniach, 3, 6 i 12 miesiącach należy wykonać badania na obecność przeciwciał anti-HIV. W profilaktyce zakażenia stosuje się następujące preparaty przeciwwirusowe: zydovudyna i lamivudyna oraz indinawir.

W zależności od ekspozycji stosowane są przeważnie: lamivudyna razem z zydovudyną, oraz indinawir – tylko po dużej ekspozycji (duża objętość krwi, głębokie zakłucie, gdy źródłem jest osoba w aktywnej fazie replikacji lub objawowym AIDS). Pełny czas terapii profilaktycznej wynosi 30 dni. Przestrzeganie omówionych zaleceń skutecznie chroni przed szerzeniem się zakażenia zarówno wśród pacjentów dializowanych, jak i personelu zatrudnionego w stacjach dializ.

Należy podkreślić, że pacjenci zakażeni HIV skutecznie leczeni (nie wykazujący replikacji wirusa HIV) mogą być kwalifikowani do zabiegu przeszczepienia nerki. Badania wykazują, że przeżycie pacjentów zakażonych HIV po zabiegu transplantacji nerki jest porównywalne z innymi biorcami nerki niezakażonymi HIV. Ze względu na coraz dłuższe przeżycie chorych zakażonych HIV skutecznie leczonych przeciwwirusowo przewiduje się, że w Polsce będzie wzrastała liczba pacjentów dializowanych zakażonych HIV, potencjalnych biorców alloprzeszczepu nerkowego.

Żeby pacjent był pacjentem



Sądzę, że zdecydowana większość Szanownych Czytelników z miejsca skojarzy, iż powyższy tytuł przypomina znaną pieśń wykonywaną przez Jana Pietrzaka *Żeby Polska była Polską*. Wprawdzie pan Pietrzak nie należy do moich ulubionych postaci, ze względu na prezentowanie zbyt dużej dawki kabotynizmu, ale ta pieśń akurat mu się udała. Na dodatek tak się porobiło, że istotnie niedługo potem Polska istotnie stała się Polską. Nie dokonał tego jednak ani Pietrzak, ani pani Joanna Szczepkowska, która szczyt się tym, iż ogłosiła koniec komunizmu w naszym kraju, a prosty elektryk ze Stoczni Gdańskiej im. Lenina – Lech Wałęsa. No tak, ale można spytać, co to ma wspólnego z pacjentami i medycyną. Ano ma, i to sporo. Otóż w minionym dwudziestolecu, które wyznacza ramy czasowe nowej, niepodległej i wolnorynkowej Rzeczypospolitej, zmieniło się wiele. Balcerowicz udowodnił nam, że istnieje inna ekonomia niż tak zwana ekonomia socjalistyczna. Weszliśmy do struktur NATO oraz staliśmy się członkiem Unii Europejskiej. Wszystko to wymagało zreformowania wszystkiego, co dotąd funkcjonowało, tak aby zaczęło działać zgodnie z zasadami przyjętymi w cywilizowanym świecie. Jednocześnie musieliśmy się sami zreformować, aby móc zrozumieć zachodzące przemiany i sami w nich aktywnie uczestniczyć. To było i jest dosyć trudne, ponieważ praktycznie wymagało to wymiany przynajmniej dwóch pokoleń. Ale takie warunki miał jedynie Mojżesz i nic dziwnego, że wodził Żydów przez czterdzieści lat po pustyni. U nas niestety ani takiej pustyni, ani czasu na to nie było. No i Wałęsa to jednak mimo wszystko nie Mojżesz. Natomiast jednym z systemów pilnie potrzebujących reformy był i jest niewątpliwie system ochrony zdrowia. Najgorsze było to, że nie było czasu niezbędnego na odpowiednie przygotowanie reformy tego sektora. Musieliśmy bowiem równolegle modernizować i wyposażać w nowszą aparaturę nasze poradnie, szpitale i kliniki. No bo oczekiwania były i są ogromne. W końcu pacjenci chcą być diagnozowani i leczeni zgodnie ze standardami obowiązującymi w Unii Europejskiej. A my lekarze, pielęgniarki i paramedycy też mieliśmy i mamy takie same chęci i marzenia. No to czegoż jeszcze trzeba, skoro obie strony mają ten sam

cel. Niestety trzeba pieniędzy, i to dużych. Ochrona zdrowia wszędzie kosztuje dużo, a nowoczesne technologie podnoszą zdecydowanie wydatki przeznaczone na zdrowie. Niestety w tej dziedzinie zabrakło odpowiednika Balcerowicza. Tocząca się bowiem od dwudziestu lat nieustannie reforma ochrony zdrowia od początku obciążona była grzechem pierworodnym, jakim jest dopuszczenie do tego, aby problem ten stał się podstawą przepychanek i swarów politycznych. Pamiętam doskonale, kiedy naczelny reformator minister M. na spotkaniu konsultantów krajowych na moją uwagę, iż wprowadzenie pewnej formuły spowoduje, iż wiele rzeczy będzie droższych, stwierdził: „Może będzie droższe, ale za to słusniejsze”. A wydawało się, że był to już okres, kiedy wyższość ideologii nad zdrowym rozsądkiem już się skończyła. Natomiast, kiedy uczestnicząc w grupie roboczej tworzącej tzw. pierwszy koszyk świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo zapytałem mądrego zresztą ówczesnego wiceministra zdrowia, kiedy efekt naszej pracy wejdzie w życie, usłyszałem odpowiedź: „Nigdy, bo jest to bomba podłożona pod każdy rząd”. Można by tak snuć długo, miesząc wspomnienia własne z tym, co wszyscy pamiętają i doświadczali na sobie w kolejnych etapach reformy. Z ostatniego okresu można jedynie dla porządku przypomnieć swary i połajanki pomiędzy otoczeniem rządowym a prezydenckim, dotyczące próby prywatyzacji szpitali. Znowu ingerencja polityki, a właściwie rozgrywek międzypartyjnych. A przecież przy wejściu do gmachu Ministerstwa Zdrowia wisi znamieny napis „Polityce wstęp wzbroniony”. I co z tego? Warto zatem zastanowić się, gdzie znajduje się po tych dwudziestu latach polska ochrona zdrowia. Skonkludować można tylko, że za daleko tośmy nie zaszli. Stworzona została bowiem dziwna hybryda, stanowiąca skrzyżowanie systemu budżetowego z systemem ubezpieczeniowym. No i skoro istnieje takie coś ni to pies, ni to wydra, to trudno, żeby działało dobrze. Na dodatek jeszcze najbardziej pokracznym wytworem tych działań jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Właściwie niby to bank, i to całkiem spory, ale samowolnie kreuje się na instytucję kierującą polityką zdrowotną. No, ale skoro resort zdrowia pozostawia wiele wolnego pola

w tym zakresie, to wiadomo, że przyroda nie lubi próżni. Nie wszystko w działalności NFZ oczywiście jest złe, ale sposób jego działalności doprowadził do tego, iż pacjent z podmiotu działania pracowników ochrony zdrowia stał się świadczeniobiorcą. A lekarze i pozostali pracownicy medyczni stali się świadczeniodawcami. Na dodatek okazuje się, że nie każdemu świadczeniobiorcy przysługują wszystkie świadczenia. Podobnie nie każdy świadczeniodawca, pomimo posiadania odpowiednich kwalifikacji, może sięgnąć po odpowiednie świadczenia. Doskonałe przykłady tego typu sytuacji będą i są widoczne na początku tego roku. Wystarczy tylko wspomnieć sprawę dostępu do chemioterapii, mammografii czy dializ w porze nocnej i w dni wolne od pracy. A to zapewne jeszcze nie koniec kwiatków wymyślanych przez kolejnych „geniuszy” z kręgów zbliżonych do NFZ i/lub resortu zdrowia. Jedyne, co w tej sytuacji pozostaje nam lekarzom, pielęgniarkom i pracownikom pokrewnych

zawodów to walka z niedorzecznościami i wypaczeniami pseudoreformatorów. Albowiem ogólna kondycja naszej ochrony zdrowia nie jest tak zła. Potrafimy i możemy działać wiele nie odstając w tym zakresie od innych. Być może będą potrzebne działania zgodne z duchem innej pieśni wykonywanej przez barda Solidarności Jacka Kaczmarskiego *A mury runą*. Reformując ochronę zdrowia zdecydowanie lepiej zburzyć ten mur niekompetencji i czasami zwykłej głupoty, aniżeli go przeskakiwać. Nie zrobimy tego jednak, jeśli nie będziemy mieć ciągle na względzie, że pacjent jest pacjentem, a lekarz lekarzem. A wystarczy przecież pamiętać o starej maksymie: *Salus aegroti suprema lex*.

Wasz Bolesław

PS Ale spokojnie, z dializami już sprawa wyjaśniona, ku szczęśliwości wszystkich zainteresowanych.

PIEŁĘGNIARKA RADZI

MGR SYLWIA RODAK

Stacja Dializ „GAMBRO” w Gdańsku

Zasady pielęgnacji i treningu przetoki tętniczo-żylnej

Przewlekła niewydolność nerek jest zespołem chorobowym o postępującym przebiegu. W trakcie wieloletniego jej trwania pojawiają się nowe objawy. U większości chorych dotkniętych tą chorobą dochodzi do takiego nasilenia objawów chorobowych, że wymagają oni leczenia dializami. U podłoża tej choroby leżą procesy chorobowe, które niszczą miąższ nerek. W następstwie tego dochodzi do upośledzenia zarówno wydalniczej, jak i wydzielniczej funkcji nerek. Upośledzenie funkcji wydalniczej oznacza, że nerki nie są w stanie usunąć z organizmu substancji, które w normalnych warunkach są usuwane właśnie tą drogą. W następstwie dochodzi do gromadzenia się tych związków w organizmie chorego, co prowadzi ostatecznie nie tylko do wywołania objawów chorobowych, ale i uszkodzenia innych narządów, m.in. kostno-stawowego, pokarmowego, odpornościowego czy sercowo-naczyniowego. Zaburzona czynność

wydzielnicza polega na złym wydzielaniu hormonu erytropoetyny.

Przetokę tętniczo-żylną wykonuje się chirurgicznie z naczyń własnych pacjenta lub z naczyń sztucznych. Przetoka powinna być położona dość głęboko, by skóra nad nią nie ulegała łatwo uszkodzeniu, ale na tyle płytko, żeby było ją łatwo nakłuć. Przepływ krwi przez nią powinien być tak duży, aby stworzyć możliwość dobrej dializy i tak mały, aby nie obciążał serca. W sytuacji, gdy zachodzi konieczność wykonania u pacjenta dializy, a chory nie ma wytworzonej i odpowiednio przygotowanej przetoki, lekarz zakłada na pewien czas specjalny cewnik do dużego naczynia krwionośnego – w okolicę szyi lub obojczyka. Zarówno przetoka tętniczo-żylna, jak i cewnik do dużego naczynia służą do łączenia pacjenta ze „sztuczną nerką”. Wytworzony dostęp naczyniowy (przetoka tętniczo-żylna) ma być używany długo i bezpiecznie.

Należy też wiedzieć, że nakłucia nie są ani łatwe, ani bezpieczne, dlatego poprzez zespolenie tętnicy z żyłą, właśnie żyłę można wielokrotnie nakłuwać, a przepływ krwi jest taki, jak w tętnicy.

Codzienna opieka i samodzielne badanie przetoki

Personel medyczny ma pełny zakres wiedzy na temat prawidłowo działającej przetoki dializacyjnej (tętniczo-żylny). Jednak nikt tak nie zna ciała chorego, jak on sam i nikt tak szybko nie zauważy zmian w przetoce, jak jej właściciel. Dlatego chory powinien sam nauczyć się dbać o swoją przetokę tętniczo-żylną.

Podstawą jest samodzielne, codzienne badanie przetoki. Niewystarczające jest jednak przyłożenie ręki do miejsca zespolenia tętnicy z żyłą i wycucie tętnienia krwi. Kompletne badanie palpacyjne powinno składać się z przykładania palców na całej długości przetoki. Podczas badania prawidłowo działającej przetoki wyczuwalny jest wyraźny szmer tętnienia, najczęściej w jednym charakterystycznym miejscu. Badanie wymaga niewielkiej wprawy, którą chory uzyskuje już po kilku badaniach. Ocena przetoki na całej długości zabiera nie więcej niż minutę i powinna być wykonywana kilka razy dziennie (co najmniej trzy: po przebudzeniu, około południa i przed zaśnięciem).

Podczas badania chory powinien obserwować nie tylko tętnienie przetoki, ale i pojawienie się np. zaczerwienienia na skórze lub owalnych zgrubień – wtedy należy zgłosić te problemy lekarzowi prowadzącemu.

Przed zaśnięciem, poza opisanym powyżej badaniem przetoki, chory powinien pamiętać o takim ułożeniu ręki z przetoką, aby nie spowodować jej uciśnięcia, które doprowadziłoby do ustania pracy przetoki tętniczo-żylny.

W przypadku braku tętnienia przetoki tętniczo-żylny należy niezwłocznie zgłosić ten fakt lekarzowi stacji dializ.

Należy dbać o higienę ciała, a zwłaszcza okolicy przetoki, nie nosić ciężkich przedmiotów w ręce z przetoką (powyżej 3 kg). Ważne jest również bezpieczne zakładanie i zdejmowanie opatrunków z przetoki (najlepiej następnego dnia rano po dializie).

Trening przetoki tętniczo-żylny

❖ to ćwiczenia mające na celu przygotowanie – wzmocnienie, pogrubienie i uwidocznienie – ściany naczyń przetoki tętniczo-żylny pacjenta, w których płynie krew tętnicza.

❖ umożliwia bezpieczne nakłuwanie naczyń przetoki oraz pozbawia pacjenta dyskomfortu fizycznego i psychicznego poprzez zapobieganie tworzeniu się krwinków.

❖ stwarza większe możliwości powodzenia „pierwszych” wkłuć do przetoki tętniczo-żylny i sprzyja satysfakcji ze strony pacjenta i pielęgniarki.

Trening przetoki pacjent rozpoczyna od pierwszej doby po usunięciu Redona oraz po widocznym zmniejszeniu obrzęku kończyny – średnio po 5–6 dniach od założenia przetoki. Przed przystąpieniem do ćwiczeń chory musi poznać „szum” swojej przetoki i potrafi wy-czuć lokalizację tego zjawiska na kończynie.

Pierwsze wkłucie do przetoki tętniczo-żylny odbywa się po około 3–6 tygodniach po ope-racji.

Zasady treningu przetoki tętniczo-żylny

Niezbędne przybory:

- ❖ guma (staza) szerokości 2–3 cm, długości 1 me-tra,
- ❖ piłeczka, gąbka lub inny elastyczny przedmiot łatwy do ściskania w dłoni.

Ćwiczenia ze strony chorego:

- ❖ zaciśnięcie gumą ramienia, wysoko w zdecydowa-nie-umiarkowany sposób, na czas początkowo 30 sekund, do 3 minut (maksymalnie);

UWAGA! Podczas zaciśnięcia gumy zbyt mocno istnieje niebezpieczeństwo zamknięcia przetoki tętni-czo-żylny.

- ❖ w czasie zaciśnięcia stazą (gumą), kontrola „szumu” w okolicy zespolenia;
- ❖ zginanie i prostowanie ręki z przetoką przy jed-noczesnym zaciskaniu w dłoni elastycznego przed-miotu;
- ❖ ćwiczenia pacjent wykonuje możliwie jak naj-częściej, codziennie, aż do całkowitego wypracowania – „wyrobienia” przetoki.

MGR BEATA BIAŁOBRZESKA

Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
ACK Szpital Akademii Medycznej w Gdańsku

Edukacja pacjentów z przewlekłą chorobą nerek – realne szanse wdrożenia programu

Wstęp

Przewlekła choroba nerek (PChN) jest to złożony zespół chorobowy, który charakteryzuje się często powolnym, ale nieodwracalnym i przeważnie postępującym pogorszeniem funkcji nerek.

Do upośledzenia czynności nerek dochodzi na skutek zmian chorobowych w miększu nerek, głównie w kłębuszkach nerkowych, ale także w innych częściach nerki, np. w cewkach i otaczającej je tkance śródmiąższowej. Proces chorobowy uszkadza kłębuszki i sprawia, że liczba czynnych, prawidłowo funkcjonujących kłębuszków maleje.

Od kilku lat wprowadzono na świecie jednolity podział PChN na 5 stadiów w zależności od funkcji wydaliniczej, którą odzwierciedla stopień filtracji kłębuszkowej (GFR). W tabeli poniżej zamieszczone są stadia PChN.

Charakterystyczną cechą przewlekłej choroby nerek jest powolny jej przebieg oraz utrzymujące się przez dłuższy czas skąpe objawy. Jednak w miarę upływu czasu choroba ta ulega stopniowemu zaostrzeniu. Wówczas objawy nasilają się i konieczne jest podjęcie decyzji o wyborze odpowiedniej metody leczenia nerkozastępczego. Wyboru trzeba dokonać zanim wystąpią powikłania związane z zatruciem mocznicowym, które są związane z pojawieniem się ciężkich powikłań narządowych w przebiegu przewlekłej choroby nerek.

Obecnie uważa się, że leczenie nerkozastępcze należy wprowadzać odpowiednio wcześniej, gdy klirens kreatyniny endogennej (eGFR) obniży się w przypadku pacjentów z cukrzycą $< 20 \text{ ml/min./1,73m}^2$, a u pacjentów bez cukrzycy wynosi $< 15 \text{ ml/min./1,73m}^2$. Obecnie w kręgach nefrologicznych istnieje przekonanie, że niezależnie od fazy choroby pacjent i jego rodzina powinni być zapoznani z możliwościami leczenia nerkozastępczego. Sytuacja ta pozwala na zmniejszenie stresu w chwili, gdy konieczne jest podjęcie decyzji o formie terapii. Dlatego bardzo wskazane jest, aby w ośrodkach nefrologicznych możliwie jak najwcześniej wprowadzano powszechną edukację zdrowotną skierowaną nie tylko do pacjentów z PChN, ale także do ich rodzin, która powinna być traktowana jako nierozłączny element leczenia.

Zmiany w odpowiedzialności za własne zdrowie zależne od pacjenta

Od ponad dziesięciu lat w naszym kraju zaszły ważne zmiany dotyczące odpowiedzialności za własne zdrowie zależne od samego pacjenta. Stało się to możliwe od chwili wprowadzenia **Karty Praw Pacjenta**. Pacjent stał się partnerem, inaczej podmiotem, w podejmowaniu ważnych decyzji wobec swojego zdrowia i życia. Oznacza to, że aktualnie bardzo wiele zależy od samego pacjenta. Pacjent jest współodpowiedzial-

Stadia przewlekłej choroby nerek w zależności od stopnia filtracji kłębuszkowej

Stadium	Opis	Filtracja kłębuszkowa (ml/min./1,73m ²)
1	Cechy uszkodzenia nerek w badaniach krwi, moczu lub USG	> 90
2	Łagodne ↓ filtracji kłębuszkowej	60–89
3	Umiarkowane ↓ filtracji kłębuszkowej	30–59
4	Bardzo duże ↓ filtracji kłębuszkowej	15–29
5	Schyłkowa niewydolność nerek	< 15 lub dializa

ny za swoje leczenie i samoopiekę. Należy również podkreślić, że pacjentowi przysługuje bardzo wiele praw, ale także pewne obowiązki. Personel medyczny, realizując zadania zawodowe współpracuje z pacjentem nie narzucając mu swojej woli, jedynie proponuje określone zalecenia. Pacjent zaś, podejmując świadomie decyzje dotyczące własnego zdrowia, w pełni przejmuje odpowiedzialność za skutki tych decyzji.

Edukacja zdrowotna szansą poprawy dbałości o zdrowie

Od połowy marca 2008 roku w Akademickim Centrum Klinicznym Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku realizowany jest autorski program edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, skierowany do pacjentów z PChN na różnych etapach choroby. Na zajęcia edukacyjne zapraszani są pacjenci leczeni w Poradni Nefrologicznej mieszczącej się przy szpitalu. Szkolenie złożone jest z pięciu 60-minutowych seminariów (rozmów edukacyjnych) organizowanych i prowadzonych przede wszystkim przez personel pielęgniarski oddziału hemodializy i dializy otrzewnowej, a także dietetyka oraz lekarzy nefrologów. Spotkania edukacyjne organizowane są cyklicznie (w każdy wtorek tygodnia) i dostępne dla każdego pacjenta z PChN (i jego rodziny) wykazującego chęć uczestnictwa w zajęciach. Podczas rozmów edukacyjnych prowadzonych indywidualnie lub grupowo (10–12 osób) omawiane są następujące zagadnienia:

- Uświadomienie obecności własnej choroby. Zapoznanie z istotą choroby oraz objawami w poszczególnych jej okresach. Uświadomienie pojawienia się anemii nerkopochodnej. Dostarczenie wiedzy na temat niedokrwistości pochodzenia nerkowego, wskazanie korzyści wynikających ze stosowania leczenia preparatami stymulującymi erytropoetę.

- Utrzymanie lub pomnożenie potencjału własnego zdrowia. Poznanie zasad samoopieki, dbałości o swój stan zdrowia, właściwego przyjmowania leków oraz stosowania innych działań profilaktycznych zwalniających postęp choroby. Uświadomienie konieczności oszczędzania własnych naczyń krwionośnych oraz dbałości o ich prawidłowe wykorzystanie.

- Przekazanie wiedzy na temat roli żywienia w terapii PChN, poznanie własnych potrzeb żywieniowych. Dłaczego dieta pomaga w leczeniu choroby nerek i jakie są zasady zdrowej diety. Ocena stanu odżywienia, indywidualizacja planu leczenia żywieniowego. Poprawa współpracy w zakresie kontroli gospodarki wapniowo-fosforanowej. Prowadzenie dzienniczka żywieniowego (porady indywidualne).

- Zapoznanie z możliwością wystąpienia chorób współistniejących. Dostarczenie wiedzy na temat zagrożeń związanych z rozwojem chorób sercowo-naczyniowych oraz omówienie najważniejszych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u pacjentów z PChN.

- Wprowadzenie pacjenta w tematykę leczenia nerkozastępczego. Przekazanie wiedzy na temat powszechnie dostępnych metod leczenia nerkozastępczego (hemodializa, CADO, wyprzedzający przeszczep nerki).

Zajęcia prowadzone są w bardzo zrozumiały i przystępny sposób, co sprzyja odbiorowi omawianych treści. Podczas rozmów edukacyjnych pacjent ma możliwość zadawania pytań. Jeżeli sytuacja tego wymaga powtarzane są trudniejsze zagadnienia. W rozmowach z pacjentami nie używa się terminologii medycznej oraz neologizmów. Realizacja zajęć edukacyjnych jest zakończona testem-ankietą sprawdzającą końcowy efekt poniesionego trudu.

Ponadto, w sytuacji gdy u pacjenta nasilają się objawy PChN i konieczne jest podjęcie decyzji o wyborze odpowiedniej metody leczenia nerkozastępczego, organizowane jest indywidualne szkolenie powtarzające ostatni etap ww. programu. Wtedy pacjent, wraz z osobą bliską, ma możliwość podjęcia świadomej decyzji dotyczącej dalszego leczenia.

Zajęcia te realizowane są według określonego harmonogramu, zgodnie ze „Szczegółowym Programem Edukacji Pacjentów z Przewlekłą Chorobą Nerek” – przeznaczonym dla pielęgniarek, lekarzy, dietetyków i psychologów zajmujących się opieką nefrologiczną, opracowanego na podstawie „Ramowego Modelu Edukacji Pacjentów z PChN” oraz „Zaleceń Zespołu Krajowego Konsultanta Medycznego w Dziedzinie Nefrologii dotyczące postępowania zachowawczego u chorych z PChN”. Program ten został wydany przy czynnej współpracy firmy ROCHE przez Fundację Rozwoju Pielęgniarstwa Nefrologicznego i Transplantologicznego z siedzibą w Gdańsku. Osoby zainteresowane treścią programu w celu organizowania profesjonalnych zajęć edukacyjnych mogą zwracać się do przedstawicieli firmy sponsorującej wydanie publikacji o pomoc w ich nabyciu.

Wsparciem informacyjnym w edukacji zdrowotnej pacjentów może być również książka *Przewlekła Choroba Nerek – poradnik dla pacjentów i ich rodzin* pod redakcją prof. dr hab. med. Alicji Dębskiej-Ślizień i dr Ewy Król.

Jest to ściśle związane z realizacją planu upowszechnienia edukacji zdrowotnej przeznaczonej dla pacjentów z nastawieniem na profilaktykę skupioną na opóźnieniu odległych skutków rozwoju PChN. Szacuje się, że przewlekła choroba nerek może obec-

nie dotyczyć nawet 4 milionów polskich obywateli, stanowiąc jednocześnie bardzo poważny problem kliniczny oraz ekonomiczny. Powszechna edukacja zdrowotna pacjentów z PChN może znacznie ograniczyć jej rozwój oraz przynieść wymierne korzyści finansowe. Konieczność ustalenia i wydania jednolitych programów edukacyjnych przeznaczonych do szkolenia pacjentów z PChN pozwoli na optymalne wykorzystanie potencjału obecnego w całym środowisku medycznym, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek nefrologicznych.

Uwagi i wnioski

Edukacja zdrowotna pacjentów od wielu lat jest szeroko rozpowszechniona i doceniona w krajach wysoko rozwiniętych (Anglia, Irlandia, Szwecja). W naszym kraju ten rodzaj działalności pielęgniarskiej

jest nadal niezauważany, zarówno pod względem merytorycznym jak i ekonomicznym. Sukcesywnie malejąca ilość pielęgniarek w Polsce oraz brak funduszy na prowadzenie zajęć edukacyjnych może być poważną przeszkodą w ich wdrażaniu. Niezależnie od tych prognoz edukacja zdrowotna jest jedną z funkcji współczesnego pielęgniarstwa i jest ona wpisana do podstawowych zadań pielęgniarskich, zgodnie z aktualnym ustawodawstwem zawodowym. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że chęć zorganizowania profesjonalnych zajęć edukacyjnych i stworzenia pomocnych w tym zakresie odpowiednich publikacji świadczy o dojrzałości zawodu pielęgniarskiego. Dotyczy to przede wszystkim odejścia od pielęgniarstwa tradycyjnego, podporządkowanego całkowicie lekarzowi na korzyść pielęgniarstwa nowoczesnego, postrzegającego pielęgniarkę jako autentycznego partnera w procesie leczenia, diagnozowania oraz edukacji zdrowotnej pacjentów.

GŁOS STOWARZYSZENIA

Wspólne problemy i cele

Definicja stowarzyszenia zamieszczona w Wikipedii mówi:

„Stowarzyszenie – organizacja społeczna (zrzeszenie) powoływana przez grupę osób mających wspólne cele lub zainteresowania. [...] Cechą wspólną wszystkich tych organizacji jest działalność niezarobkowa.”

Zgodnie z tą definicją, warunkiem wystarczającym do istnienia stowarzyszenia są ludzie, których połączą ich wspólne zainteresowania lub cele, które chcieliby wspólnie osiągnąć. Tak mało i tak wiele jednocześnie. O ile z tym pierwszym nie ma zazwyczaj problemu, o tyle z celami, które wymagają również chęci do działania, różnie bywa. Niektórzy zastanawiają się, co mogą zrobić i nic nie przychodzi im do głowy, inni uznają, że nie mają czasu na podejmowanie dodatkowych zobowiązań. Jeszcze innych odpycha fakt, że stowarzyszenie prowadzi działalność niezarobkową – nieprzynoszącą żadnych profitów finansowych. A jednak stowarzyszenia powstają, działają i realizują mnóstwo zadań. Jak i dlaczego to wszystko działa?

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych jest organizacją obejmującą swoją działalnością obszar całego kraju – grupą ludzi, dla której problemy związane z chorobami nerek, dializami oraz przeszczepieniami są najważniejsze i która zdecydowała

się działać na dużą skalę na rzecz profilaktyki oraz pomocy pacjentom.

Zarejestrowanie takiej organizacji, nadanie jej osobowości prawnej dało ogromne możliwości działania. Stowarzyszenie ma bowiem prawo ubiegać się o środki na sfinansowanie swoich projektów z różnych źródeł, krajowych, zagranicznych, unijnych oraz pochodzących od firm, które zdecydowały się prowadzić politykę społecznej odpowiedzialności.

OSOD wykorzystuje tę możliwość jak tylko potrafi. Dzięki temu udaje się wspólnie z fundacją Amicus Renis wydawać „Dializę i Ty”, przygotowywać informacje dla pacjentów w postaci broszur, ulotek i stale aktualizowanej strony WWW oraz działać na rzecz profilaktyki chorób nerek, a także promocji transplantacji. Ponadto prowadzimy szeroko zakrojoną kampanię medialną – przy każdej możliwej okazji prezes Stowarzyszenia udziela wywiadów, w których podkreśla istotę problemu braku profilaktyki chorób nerek oraz zwraca uwagę na sprawy ważne dla osób będących już pacjentami. W ten sposób media przyczyniają się do zwiększenia świadomości społeczeństwa zagrożeniem chorobami nerek – a to jeden z podstawowych kroków w stronę wczesnego wykrywania i leczenia.

W 2009 roku OSOD, wspólnie z konsultantem krajowym w dziedzinie nefrologii prof. Bolesławem Rutkowskim, agencją reklamową Media TV Plus oraz Polską Federacją Pacjentów Dialtransplant, zrealizował akcję „Uwaga nerki – badania profilaktyczne dla mieszkańców Krakowa i Warszawy”. Wykryto wówczas przewlekłą niewydolność nerek u osób, które nie miały świadomości, że są chore. Statystyki opracowane na podstawie tych badań są argumentem za koniecznością przeprowadzania ich wśród mieszkańców całego kraju. Udało się wówczas nagłośnić medialnie problem, zorganizowano konferencję prasową z udziałem Profesora, który podkreślał wagę wyników oraz samego problemu. Prawie we wszystkich krajach świata są prowadzone badania w kierunku przewlekłej choroby nerek, ponieważ dotyczy ona 10% populacji.

We współpracy z wieloma instytucjami OSOD rozpoczął również realizację kampanii „Drugie życie – akcji informacyjnej dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych”. Nikomu nie trzeba przypominać, jak niska jest ilość przeszczepień narządów w naszym kraju. Powodów takiego stanu rzeczy jest wiele i można ich szukać w różnych punktach: obawy lekarzy, brak dawców, brak koordynatorów, złe funkcjonowanie całego systemu. Organizacja pozarządowa ma możliwość przede wszystkim wpływu na zwiększenie ilości osób godzących się na oddanie narządów swoich bliskich – poprzez rozpoczęcie dialogu społecznego na ten temat. Rzetelne informacje przekazane najbardziej otwartej grupie społecznej, jaką jest młodzież, mają szansę zmienić nastawienie mieszkańców naszego kraju do tej niezwykle ważnej kwestii. Liczymy na to, że młodzież wróci ze szkoły do domów i zacznie rozmawiać ze swoimi bliskimi – znając problem z każdej strony przedstawi rodzinie rzeczowe argumenty. Temat zostanie przedyskutowany, a w sytuacji, gdyby kiedyś konieczne było podjęcie decyzji o oddaniu organów kogoś bliskiego nie będzie to temat nieprzemyślany, obcy i budzący tak silne emocje.

Ponadto Stowarzyszenie reprezentuje pacjentów w kontaktach z wszelkimi instytucjami, na szczeblach lokalnych oraz państwowych. Prezes Iwona Mazur brała udział w negocjacjach z NFZ, walcząc o to, aby procedura dializowania była odpowiednio refundowana, a dzięki temu jej jakość jak najwyższa. Stara się również poprzez naciski na Ministerstwo Zdrowia oraz innych przedstawicieli rządu doprowadzić do refundacji leków niezbędnych dializowanym oraz do wprowadzenia badań wykrywających PChN do badań obowiązkowych. Spotyka się w tym celu z ministrami, posłami, pisze oficjalne prośby w imieniu Stowarzyszenia. Przedstawiciele OSOD, jeśli tylko jest taka możliwość, wnioskują w Sejmie o zwiększenie nakładów na profilaktykę, podkreślając, że wczesne wykrycie choroby pozwala ją wyleczyć lub spowolnić jej przebieg i znacznie odwlec w czasie moment podjęcia dializoterapii.

Od zeszłego roku OSOD jest również członkiem organizacji europejskiej zrzeszającej pacjentów z wie-

lu różnych państw. Dzięki temu ma możliwość zobaczenia z bliska, jak działają inni – czerpania z ich doświadczeń i pomysłów. A należy powiedzieć, że jest z czego korzystać. W niektórych państwach europejskich organizacje pozarządowe reprezentujące pacjentów stanowią bardzo ważny podmiot biorący udział w podejmowaniu wielu decyzji związanych ze sprawami ich dotyczącymi. Chcielibyśmy, aby tak było i u nas. Pacjenci zrzeszeni w organizacjach muszą być poważnie traktowani przez decydentów. Nie można przecież całkowicie zignorować wspólnego głosu tak dużej liczby ludzi najbardziej zainteresowanych problemem.

Wracając jednak do definicji przytoczonej na początku: „organizacja społeczna powołana przez grupę osób” – w tym fragmencie tkwi sedno. Najważniejsi w Stowarzyszeniu są bowiem ludzie. Ci, którzy działają. Tacy właśnie stanowią siłę napędową wszelkich projektów. I to nie tylko tych ogólnokrajowych, bo działania lokalne są równie ważne – czasem nawet ważniejsze. Kilka osób zrzeszonych w konkretnej stacji dializ może realnie wpłynąć na wiele spraw – dyskutować z administracją stacji w celu wprowadzenia koniecznych lub korzystnych zmian, swoimi działaniami poprawić atmosferę w miejscu, w którym spędzają tyle czasu, zdobyć dostęp do tanich leków. Organizowanie spotkań poza godzinami dializ: wspólnych kolacji, wyjazdów czy pieszych wycieczek według tych, którzy w nich uczestniczą daje mnóstwo radości.

Dzięki stowarzyszeniom udaje się również zakupić tańsze leki. Pacjenci z Krakowa pod skrzydłami OSOD zorganizowali hurtowe zakupy *calcium carbonicum* – taniego oraz skutecznego prosto z hurtowni. Zainteresowanie jest ogromne, członkini stowarzyszenia, która zajmuje się dystrybucją, ma pełne ręce pracy. Zadowolenie i poczucie, że pomaga się innym jest dla niej jedynym wynagrodzeniem – mówi, że bardzo wysokim.

Któregoś dnia Stowarzyszenie skontaktowało się z Anitą, osobą po przeszczepie, której świadectwo opublikowane zostało w „Dializie i Ty”. Teraz, będąc po przeszczepieniu, Anita ma tyle pozytywnej energii, że pomimo obowiązków zawodowych i rodzinnych sama zaproponowała podjęcie kampanii na rzecz przeszczepów w swoim miejscu zamieszkania. Jesteśmy w trakcie ustalania szczegółów – już w kwietniu odbędzie się tam akcja na naprawdę dużą skalę.

I właśnie takie działania dają największe zyski (choć nie materialne). Radość płynąca z działania na rzecz innych jest niewyrażalna. Satysfakcja, jaką czerpią osoby, które realizują projekty społeczne – te duże i te małe – to najlepszy profit.

Zachęcamy Państwa do współpracy z nami oraz ze swoimi towarzyszami ze stacji dializ. Im więcej osób uczestniczy w planowaniu działań oraz ich realizacji, tym większe szanse na sukces. A łączą nas przecież wspólne problemy i cele.

Zespół OSOD

NASZ CHLEB POWSZEDNI

MAŁGORZATA SZCZYPKOWSKA

Centrum Dializ Fresenius NephroCare II, Kraków

Ile pić?



Woda jest niezbędnym składnikiem warunkującym życie człowieka i egzystencję wszystkich organizmów żywych na Ziemi. Bez wody nie jesteśmy w stanie żyć, a często niestety nie zdajemy sobie z tego sprawy i zapominamy, jak bardzo jest ważna. Bez jedzenia możemy wytrzymać nawet kilka tygodni, ale bez picia jedynie parę dni!

Ciało człowieka składa się w 60% z wody. Każdy proces toczący się w naszym organizmie ma miejsce w środowisku wodnym.

Znaczenie wody w organizmie:

- bierze udział w regulacji temperatury ciała,
- jest niezbędna do zachowania odpowiedniej objętości i ciśnienia krwi,
- odgrywa ważną rolę w oczyszczaniu organizmu ze szkodliwych produktów przemiany materii,
- nawilża stawy, gałki oczne,
- jest potrzebna do prawidłowego przebiegu procesu trawienia,
- umożliwia formowanie kęśców pożywienia w jamie ustnej i przesuwanie treści pokarmowej w przewodzie pokarmowym.

Źródłem wody dla naszego organizmu są zarówno przyjmowane płyny, jak i pożywienie stałe. Niemal wszystkie produkty spożywcze

Zawartość wody w niektórych produktach spożywczych

Lp.	Produkt	Zawartość wody w %
1.	Herbata, kawa	100
2.	Pomidor, ogórek	95–96
3.	Kalafior, brokuły	92–91
4.	Szpinak, marchew, sałata	89
5.	Melony	90
6.	Jabłka, pomarańcze	87
7.	Mleko 1,5% tłuszczu	89
8.	Ser dojrzewający miękki typu brie	58
9.	Ser dojrzewający twardy typu gouda	38
10.	Masło, margaryna	ok. 16
11.	Płatki owsiane suche	10
12.	Płatki owsiane gotowane	85
13.	Chleb zwykły	35
14.	Jaja gotowane	81
15.	Wołowina, polędwica	75
16.	Drób	ok. 65–70
17.	Miód	23
18.	Dżemy	ok. 30

zawierają wodę, jednak największą jej ilość mają warzywa i owoce.

W przewlekłej niewydolności nerek szczególnie ważna jest dokładna ocena stanu nawodnienia, ponieważ łatwo może dochodzić do zaburzenia gospodarki wodnej (przewodnienie, odwodnienie). Do jej oceny służy bilans płynowy. W warunkach prawidłowych bilans ten powinien być równy zeru. Oznacza to, że ilość wody przyjętej z zewnątrz w postaci płynów, pokarmów stałych, a także powstała

w procesie metabolicznym organizmu jest taka sama, jak ilość wody wydalona z organizmu przez skórę, płuca, przewód pokarmowy i z moczem. Obiektywną i w miarę dokładną ocenę bilansu płynowego można również uzyskać poprzez codzienną kontrolę wagi ciała (zazwyczaj rano, na czczo) i pomiar ciśnienia tętniczego.

W przypadku osób hemodializowanych istotną sprawą jest uzyskanie prawidłowego nawodnienia.



Gromadzenie się u tych osób płynów, między zabiegami hemodializy, widoczne jest w postaci przyrostów masy ciała. Pojęciem tzw. „suchej wagi” określa się ciężar ciała pacjenta uzyskany po jego odwodnieniu, przy którym nie doszło do spadku ciśnienia i wystąpienia objawów nadmiernego odwodnienia (np. kurcze mięśni kończyn dolnych, osłabienie).

Ilość przyjmowanych płynów powinna być ustalana indywidualnie dla każdego, w zależności od zachowania resztkowej funkcji nerek. Ważne jest, aby pamiętać, że nadmierna ilość płynów prowadzi do zwiększenia masy ciała, obrzęków, nadciśnienia tętniczego.

U dorosłych pacjentów hemodializowanych dozwoloną ilość płynów do wypicia można obliczyć w następujący sposób:

Ilość wydalanego moczu na dobę + 500 ml na pokrycie strat związanych z wydalaniem z kałem, oddychaniem, poceniem.

Przy ustalaniu dozwolonej ilości wypijanych płynów należy pamiętać, że tzw. „sucha dieta” zawiera około 400–500 ml płynu. Dodatkowo do ogólnej ilości płynów powinna być doliczona ilość wody dostarczonej z produktów o konsystencji płynnej lub półpłynnej typu: galaretki, zupy, sosy, kisiele, budynie.

Ilość wypijanych płynów może być zwiększona w przypadku upałów, wysokiej gorączki, obfitego

pocenia, wymiotów, biegunek. Jeżeli pacjent nie oddaje moczu wcale lub jego ilość jest niewielka należy pamiętać, aby przyrosty ciężaru ciała pomiędzy dializami nie przekraczały 1,5–2 kg. Zbyt duże przybieranie na wadze może mieć poważne następstwa, niekorzystne dla układu krążenia.

Bardzo często osoby dializowane skarżą się na dokuczliwe pragnienia. Można temu zapobiec poprzez:

- ✓ Przestrzeganie zaleceń dotyczących spożycia soli.
- ✓ Unikanie potraw z wysoką zawartością soli, np. konserwy, wędzonki.
- ✓ Płukanie jamy ustnej wodą – bez połykania.
- ✓ Stymulowanie produkcji śli-

ny poprzez: żucie gumy, ssanie zamrożonego plasterka cytryny.

- ✓ Przyjmowanie leków razem z posiłkiem – jeśli nie ma przeciwwskazań! – pozwoli nam to zaoszczędzić płyny do popijania leków.
- ✓ Ssanie kostki lodu – bardziej gasi pragnienie niż woda.
- ✓ Codzienną kontrolę wagi ciała po posiłku – informacja o ilości wypitych już płynów.
- ✓ Nie są wskazane płyny bardzo słodkie i gazowane – wzmagają pragnienie.
- ✓ Należy pamiętać o częstym wietrzeniu i nawilżaniu pomieszczeń, szczególnie w okresie grzewczym.



NASZE OŚRODKI DIALIZ

MGR MONIKA ŻYBURTOWICZ

Międzynarodowe Centra Dializ Euromedic – ekspert w dziedzinie dializ

Międzynarodowe Centra Dializ należące do koncernu Euromedic International, to wyposażone w najnowocześniejszą aparaturę jednostki medyczne oferujące chorym pełen zakres usług leczenia nefrologicznego. Dializy są dla pacjentów bezpłatne, gdyż wszystkie jednostki funkcjonują na podstawie zawartych kontraktów z NFZ. Wszystkie Centra Dializ zostały stworzone z myślą o zapewnieniu swoim pacjentom najwyższej jakości usług z zakresu leczenia nerkozastępczego, świadczonych zgodnie ze światowymi standardami.

Poza klasyczną hemodializą w ośrodkach MCD wykonuje się także hemodiafiltrację oraz dializę otrzewnową, zarówno w formie manualnej jak i automatycznej. Każda z wymienionych metod jest proponowana chorym uwzględniając ich preferencje, aktywność życiową oraz wskazania medyczne. Dializa otrzewnowa najczęściej wybierana jest przez ludzi aktywnych zawodowo ze względu na możliwość jej przeprowadzania przez chorych w swoim własnym domu. Daje to pacjentowi swobodę w wykonywaniu codziennych czynności, gdyż w stacji dializ muszą pojawiać się jedynie na okresowe badania co około 6 tygodni.

Pacjenci leczeni dializami mogą być potencjalnymi biorcami przeszczepu. Czas od rozpoczęcia dializoterapii do podjęcia ostatecznej decyzji, co do kwalifikacji chore-

go, wynosi zwykle kilka miesięcy. Przeznaczony jest on na poprawę ogólnego stanu zdrowia, przeprowadzenie wszystkich niezbędnych badań i w razie braku przeciwwskazań, po uzyskaniu zgody pacjenta, na zgłoszenie go do ośrodka transplantacyjnego. Wszystkie ośrodki MCD zgłaszają i przygotowują pacjentów do transplantacji nerek.

Euromedic – europejski lider

Obecnie Euromedic jest właścicielem 23 Międzynarodowych Centrów Dializ w całej Polsce i aż 68 w całej Europie. W każdej stacji dializ w każdym kraju zabiegi są przeprowadzane w klimatyzowanych pomieszczeniach przy użyciu

jednorazowego sprzętu użytkownego oraz ultraczystej wody. Wszyscy pacjenci mają zapewniony transport do ośrodka klimatyzowaną karetką. Każda jednostka medyczna zapewnia chorym wygodne wielofunkcyjne fotele dializacyjne, posiłki, a także telewizory przy każdym stanowisku. Fotele mają możliwość regulacji, co umożliwia ustawienie wygodnej pozycji podczas zabiegu (np. leżącej lub półleżącej).

Placówki dysponują jednorodnym, na bieżąco unowocześnianym sprzętem dializacyjnym. Zarówno sztuczne nerki jak i pozostały sprzęt kupowany jest u renomowanych producentów sprzętu dializacyjnego. Istotną dla chorych jest również informacja, że placówki



należące do MCD zawsze stosowały jednorazowe biogodne dializatory, natomiast parametry dializy dobierane są dla każdego pacjenta indywidualnie.

Żyjąc z dializami

Dla pacjentów wymagających leczenia nerkozastępczego bardzo częstym problemem przy planowaniu podróży jest kłopot ze znalezieniem wolnego miejsca w stacji dializ w miejscu, do którego się udają. MCD umożliwia wszystkim Pacjentom korzystanie z usług dowolnej naszej stacji dializ na zasadzie tzw. dializy gościnnej. Wystarczy telefonicznie poinformować odpowiednio wcześniej nasz personel o planowanej podróży do wybranego ośrodka MCD oraz przesłać pocztą, mailem lub faksem dokumentację medyczną wraz ze skierowaniem – i to wszystko! Ponieważ prowadzimy już 23 ośrodki w całej Polsce, Pacjenci mają możliwość podróżowa-



nia bez przeszkód po całym niemal kraju i zawsze mogą liczyć na pomoc MCD, niezależnie od tego, czy podróżują w celach rekreacyjnych czy też biznesowych. Dzięki tak

rozległej sieci Międzynarodowych Centrów Dializ Pacjenci mogą prowadzić normalne i aktywne życie, niezależnie od miejsca, w którym się aktualnie znajdują.

JESTEŚMY NA WCZASACH

Podróż

Trwało to już parę miesięcy. Każdego dnia rano i wieczorem myślałem uparcie o planowanym wyjeździe. Byłem przekonany, że szczęście mi dopisze i wszystko ułoży się pomyślnie. Zapewniałem moją żonę Krystynę, że wyjedziemy i nic nam w tym nie przeszkodzi, chociaż sam do końca w to nie wierzyłem. Domyślałem się, że ona też. Czułem się przecież dobrze. Podniesiony poziom kreatyniny przy kolejnym badaniu krwi zapewne okaże się niższy – speku-

wałem. Pan profesor odroczy mi wykonanie wyroku o następne parę miesięcy. Odpocznę, pozbieram się i wszystko zacznie wyglądać lepiej.

Podwyższona od paru lat ilość kreatyniny w mojej krwi, szczególnie w ostatnich miesiącach, decydowała o sposobie mojego życia, samopoczuciu, nastrojach, a nawet o tym, co mogłem zjeść. Przed dwoma laty, gdy niewydolność moich nerek okazała się przykrym faktem, podczas jednej z wizyt pan profesor stwierdził w trakcie rzeczowej roz-

mowy, że takie jak mój przypadek kończą się zazwyczaj dializą. Jest to nieuniknione po pewnym czasie, po kilku następnych skokach poziomu kreatyniny, które zapewne nastąpią. Ale zapewniam pana, że to nie koniec świata – zakończył optymistycznie profesor.

Pomyślałem wtedy, że dla mnie, szczególnie w tym momencie, byłby to koniec świata. Kiedy ośmioletnią wnuczkę zapewniam przez telefon o szybkim spotkaniu na wakacjach, a siostrze żony z Paryża – zwanej

dalej ciotką Marią – obiecuję, że spotykamy się wkrótce, że czuję się dobrze i „nie odpuszczę wyjazdu”. A Krystyna – wiem, że bardzo by chciała pojechać, a ja chciałbym, żeby się spełniało wszystko, co ona chce. No i jeszcze zakupione przez nią, po długim szukaniu w Internecie, bilety lotnicze.

Rozmyślając o tym wszystkim stanąłem przed okienkiem z napisem „rejestracja” w przychodni zdrowia, aby kolejny raz poznać wynik analizy mojej krwi. Odebrałem złożoną na pół kartkę i ruszyłem do zaparkowanego przed wejściem samochodu. Położyłem kartkę z wyrokiem obok i zapaliłem papierosa. Tak przesiedziałem dwadzieścia minut, nie mając odwagi podejrzeć tych kilku liczb.

Tego samego dnia, pół godziny później, umówiony byłem na kolejną zasadniczą rozmowę w ambulatorium u profesora. Wynik analizy krwi, który leżał obok, miał dla tej w rozmowy ważne znaczenie. Patrzałem przed siebie i w pewnym momencie ogarnęło mnie przecucie. Dobrze przecucie. Nie wytłumaczalny przyływ optymizmu. Poczułem, że wynik będzie dobry, poczułem radość. Jednym szybkim ruchem rozłożyłem kartkę i podniosłem do oczu. Wynik był bardzo zły. Tak też bywa.

Nagła ciemność przed oczami, ugięte nogi, suchość w ustach. Tak w literacki sposób przeszedłem stan wstrząsu nerwowego. Pomyślałem... potem przestałem myśleć. Uruchomiłem auto i udałem się do pana profesora.

Profesor wyglądał na kogoś, kto doskonale wie, w jakim celu do niego przychodzi. Ponieważ wszystko zostało już powiedziane wcześniej, po przeglądnięciu wyników, które przyniosłem, powiedział z uspokajającym uśmiechem: „Zapraszam. O dwunastej w piątek z żoną na oddziale. Chciałbym ją poznać. Dowie się pan wszystkiego, zapewne się pan do dializ przekona”.

I oto moja żona Krystyna, przed którą skrętnie ukrywałem część informacji na temat moich przypadłości, siedziała obok mnie w gabinecie profesora i słuchała wygłaszanych spokojnie fachowych informacji. Z ich konkluzji wynikała konieczność rozpoczęcia niezwłocznie dializ otrzewnowych, pozwalających prowadzić w mia-

mnie łaskawy. Zajął się moimi nerkami zadowolona w krakowskim szpitalu im. Rydygiera firma Fresenius Medical Care, a mną – dwie niezwykle panie, będące tej firmy podporą. Pani magister, która z cierpliwością anioła wyuczyła mnie, jak zrobić dializę otrzewnową nie myląc kolejnych czynności, i pani doktor, która



re aktywne życie, kontynuować pracę i – co było dla mnie ważne – podróżować.

I oto Krystyna uratowała mnie po raz kolejny. Gdy wyszliśmy z gabinetu powiedziała: „A może to lepiej, że już wiemy, na czym stoimy. Jak zaczniesz szybko te dializy, to może zdołamy jeszcze wyjechać”. Mówiła to ze spokojną twarzą, normalnym głosem, jakby mówiła coś najzwyczajniejszego. A ja tak obawiałem się tej chwili.

Wtedy rozpoczęliśmy na nowo myśleć o wyjeździe.

Jak się ma coś udać, potrzeba trochę szczęścia. A najlepiej spotkać życzliwych ludzi chcących pomóc. I tutaj los okazał się dla

dbała o to, by dializy wyszły mi na dobre, był z nich jak największy pożytek i żebym się czuł przy tym jak najlepiej. Ponadto obie panie podziły na mnie swoim optymizmem tak dalece, że już po trzech tygodniach dializ zapytałem nieśmiało o możliwość dwutygodniowego wyjazdu urlopowego i to nie do Zakopanego – a do Izraela. Pomysł tak dalekiego wyjazdu wydawał mi się dość odważny, zważając na dializy i związaną z nimi koniecznością przewiezienia dużej ilości potrzebnych płynów.

Pani mgr Małgorzata nie wyglądała na bardzo zdziwioną. Wprawdzie już poprzednio o tym

raz wspominałem, ale teraz było to bardzo konkretne pytanie. Powiedziała, że są takie możliwości przy stosowaniu tej formy dializy, o czym dokładnie będziemy wiedzieć po jej rozmowie z dysponującymi płynami pracownikami Fresenius Medical Care – stwierdziła pani opiekunka. Proszę o dokładny termin wyjazdu i adres, pod którym

Do izraelskiego domu, w którym mieliśmy zamieszkać w Atlicie, sympatyczna pani z Tel Avivu zadzwoniła tydzień przed naszym przyjazdem, sprawdzając podany adres. Poinformowała, że zamówione płyny zostaną dostarczone dzień przed moim przyjazdem. Tym sposobem, coś co wydawało się nieprawdopodobne stało się realne.



będzie pan przebywał. Do wyjazdu pozostał panu miesiąc, dodała rzeczowo na zakończenie.

Potem było codzienne wyczekiwanie na dzwonek telefonu. Z nadzieją, że go nie usłyszę. Wiedziałem bowiem, że dobrą wiadomość usłyszę osobiście, jak zjawię się w szpitalu. Złą – przez telefon. Nie było telefonu. Zdenerwowany patrzyłem w oczy pani M., która powiedziała: „Były małe problemy z tym Izraelem, ale się udało. Płyny do dializ będą na miejscu dzień przed pana przyjazdem”. Potem wysłuchałem parę bezcennych uwag dotyczących korzystania z urlopu nad morzem przez ludzi z moją przypadłością.

Podróż do Izraela trwała trzy godziny z przesiadką i śniadaniem w Wiedniu. Lotnisko Ben Guriona w Tel Avivie. Monumentalny budynek z hallami o wysokości dwóch pięter. Potem godzinna jazda samochodem i jesteśmy w Atlicie, małym miasteczku na obrzeżach Haify. W gościnnym i przestronnym, stojącym nad morzem domu Mojżesza czujemy się swobodnie i wakacyjnie. Ciotka Maria z Paryża z nieletnim wnukiem przybyła na ten zjazd pokoleń nazajutrz. Znalazłem i zaanektowałem w dużym domu wolny pokój bez klimatyzacji do wykonywania dializ.

Korzystając z bezgranicznej łaskawości słońca spędziliśmy ro-

dzinne, trudne do zapomnienia dwa tygodnie. Leniwe leżenie na piasku pustej, sięgającej po horyzont plaży na przemian z kąpielą w przejrzystej wodzie o temperaturze trzydziestu stopni Celsjusza. Wiele podróży wynajętym samochodem do znanych miejsc, których opisywania trudno się podjąć, gdyż są tak szczególne, że należy to zostawić fachowym przewodnikom turystycznym i autorom książek lub twórcom innych dziedzin sztuki.

Dializy wkomponowały się program kolejnych wypoczynkowych i turystycznych dni, weszły w zakres codziennych zwyczajnych czynności życiowych. Mijały kolejne rodzinne dni. Cieszył mnie dobry nastój Krystyny, hałaśliwie zabawiającej się przez cały dzień z wnukami. Znosiłem z uśmiechem krzyki i nastroje ciotki Marii. Zachwycała pogoda, piękna zieleń i kwitnące dookoła kwiaty.

Nic więc dziwnego, że dwa tygodnie minęły niezwykle szybko i znów siedzieliśmy w rozległych pomieszczeniach lotniska im. Ben Guriona, ponownie podziwiając fontannę w głównym hallu, czekając na samolot do Wiednia. Wrażenia z pobytu w Izraelu przeplatały się ze wspomnieniami ostatnich miesięcy. Teraz rzeczywistość nie wyglądała już tak ponuro jak przed miesiącem. Dializy spowszedniały i nie stanowiły już wielkiego problemu. Sprawdziły się słowa pana profesora. Czułem się dobrze, podróżowałem, myślałem o pracy czekającej na mnie po powrocie. Pomyślałem z wdzięcznością o życzliwych ludziach, dzięki którym, jak opisałem wcześniej, mogłem się tu znaleźć. Pomyślałem również o pani z Fresenius Medical Care w Tel Avivie, która zadzwoniła i przysłała mi płyny dializacyjne.

Serdecznie pozdrawiam

Bogusław Czubala

Kraków, luty 2008

Jak co roku, tak i w 2010 istnieje możliwość przekazania 1% podatku na rzecz organizacji pożytku publicznego. Niestety, na dzień dzisiejszy nie udało się Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Osób Dializowanych uzyskać statusu OPP. W związku z tym nie można przekazać 1% podatku na rzecz OSOD. Jednak można to zrobić na rzecz innych organizacji stowarzyszających osoby dializowane. Ich lista znajduje się poniżej.

Jak przekazać 1% podatku

1. W rubryce „Wniosek o przekazanie 1% podatku należnego na rzecz organizacji pożytku publicznego OPP” należy wpisać nazwę oraz numer KRS organizacji, na rzecz której chcemy przekazać 1% podatku.
2. Wpisujemy również kwotę, jaką chcemy przekazać. Nie może być ona większa niż 1% podatku należnego, po zaokrągleniu do pełnych dziesiątek groszy w dół.
3. Na jednym formularzu PIT podatnik może przekazać 1% podatku tylko jednej organizacji. W przypadku, kiedy podatnik rozlicza się na kilku formularzach, wtedy na każdym z nich może wskazać inną organizację pożytku publicznego.

Lista organizacji zrzeszający osoby dializowane na konto których można przekazać 1% podatku:

Stowarzyszenie Pomocy Dializowanym w Rzeszowie

Nr KRS 0000143605

Nr konta: PKO BP Rzeszów

10 1020 4391 0000 6402 0002 1402

Polskie Stowarzyszenie Sportu po Transplantacji

www.sportpotransplantacji.org.pl

Nr KRS 0000248401

Nr konta: PKO Bank Polski SA O. Krosno

63 1020 2964 0000 6802 0051 5932

Stowarzyszenie Dializowanych „Nephros”

www.nephros.jasnet.pl

Nr KRS: 0000003272

Nr konta: ING Bank Śląski, Jastrzębie Zdrój

14 1050 1605 1000 0004 0206 9132

Ogólnopolskie Stowarzyszenie „Nerka”

www.nerka.za.pl

Nr KRS: 0000233543

Nr konta: Bank PKO SA II O. w Zielonej Górze

85 1240 4038 1111 0000 3101 5178

Zachęcamy również do wsparcia Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych poprzez bezpośrednie wpłaty na nasze konto. Kwoty wpłacone zostaną przeznaczone na realizację celów Stowarzyszenia.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych

www.osod.info

Nr konta: Bank Millenium SA 12 1160 2202 0000 0000 8358 5682

FIRMY WSPÓŁPRACUJĄCE



Fresenius Medical Care

AMGEN[®]



JANSSEN-CILAG
Polska Sp. z o.o.



Baxter



Centrum Dializa Sp. z o. o.

PIONIERZY DIALIZOTERAPII



Prof. dr hab. med. Zygmunt Hanicki

Pionier krakowskiej nefrologii i dializoterapii

Kierownik Kliniki Nefrologii Akademii Medycznej im. M. Kopernika w Krakowie
w latach 1977–1994.

Pod Jego kierownictwem utworzono pierwszy w Polsce południowej Ośrodek Dializ
przy II Klinice Chorób Wewnętrznych AM.

Pod Jego kierunkiem zespół w składzie:

Zbysław Twardowski, Przemysław Hirszel, Michalina Pacuń, Krystyna Piotrowska
wykonał 12 czerwca 1962 roku pierwszą w Krakowie hemodializę.

Profesor kierował zespołem, który 16 marca 1975 roku
wykonał pierwszy w Krakowie przeszczep nerki.

W skład zespołu wchodził: Mieczysław Polkowski, Romuald Drop,
Przemysław Hirszel, Olgierd Smoleński, Tadeusz Żalazny.