



Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek

NR 1(9) 2009

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(9) 2008, 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 naukowe kwartalnika:

dr 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
Podpowiedz mi dobrą rolę – Leszek A. Moczulski

4 Ludzie listy piszą

Z dializą można żyć aktywnie – Aleksandra

Wygraliśmy walkę o życie Vitalija – Bożena Kaczanowska

6 Listy znad morza

O co biją się Polacy –

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

7 Kącik literacki

Wiersze wybrane: O miłości – Jerzy Hyska

Wyniki konkursu „Życie z życia”

9 W oczach lekarza

Finansowanie dializoterapii – za mało czy za dużo? –

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

10 Pielęgniarka radzi

Pielęgnacja cewnika naczyniowego – mgr Anna Kliš

Oczekując na przeszczep nerki – mgr Beata Białobrzaska

EDTNAVERCA – przyszłość pielęgniarstwa nefrologicznego

w Polsce – Gabriela Magrian

16 Głos Stowarzyszenia Pomocy Dializowanym

Najważniejsza jest jakość życia – dr Dariusz Aksamit

Nie czekaj, zbadaj swoje nerki

19 Nasz chleb powszedni

Zalecenia dietetyczne dla pacjentów hemodializowanych

– mgr Sylwia Rodak

24 Nasze ośrodki dializ

Stacja Dializ w Rudzie Śląskiej – Mirosław Mańka

25 Jesteśmy na czasach

Stacja Dializ w Wysowej – dr n. med. Mariusz Paszkot

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

Człowiek współczesny ma coraz mniej ruchu. Wynika to z postępu cywilizacyjnego, a często – przyznajmy się – i z naszego lenistwa. Odpoczynek przy telewizorze stał się standardem spędzania popołudnia. Problem ten nabiera szczególnego znaczenia dla chorych dializowanych. W zdecydowanej większości prowadzą oni tryb życia siedząco-leżący. Wynika to po części z ogólnego stanu zdrowia. Przewlekła choroba nerek powoduje zmiany w mięśniach, a brak aktywności jeszcze osłabia ich wydolność. Ponadto należy uświadomić sobie, że na hemodializach (jeżeli trwają one 5 godzin) w ciągu roku spędzamy dodatkowo w pozycji leżącej jeden miesiąc... Do tego długotrwała choroba nerek, oszczędny tryb życia wyrabia postawę „jestem bardzo chory, więc dajcie mi święty spokój”. W ostatnich kilkunastu latach uświadomiliśmy sobie ten stan rzeczy i podjęliśmy poszukiwanie odpowiednich metod rehabilitacji. Treningi można prowadzić w dniach między dializami, ale chorzy preferują ćwiczenia w czasie samego zabiegu, np. w postaci „jazdy” na specjalnie skonstruowanym rowerku stabilizowanym przy łóżku dializacyjnym. Zmniejsza to znakomicie monotoność hemodializy, a po pół roku treningu istotnie poprawia kondycję fizyczną ćwiczących. Rehabilitację podjęto już w kilkunastu ośrodkach dializacyjnych w naszym kraju. My niebawem omówimy ten temat szerzej. Tych, którzy już trenują, prosimy – napiszcie do nas. Od czego warto zacząć samodzielne działania, aby poprawić swoją kondycję fizyczną? Ja na przykład proponuję codzienny półgodzinny spacer, najlepiej z ukochaną kobietą lub ulubionym psem.

Olgierd Smoleński

Podpowiedz mi dobrą rolę

Podpowiedz mi dobrą rolę,
bo koślawą dusza taka –
sufler bardzo mi potrzebny
w czas dramatu tego świata.

Podpowiedz mi dobrą rolę
podrzedną lecz nie statysty,
który brnie w zagadki świata,
nie zna dobrze ich. Lecz myśli.

Strofy zna, choć wie, że cudze
lecz tak piękne i wyraźne –
dawnych wieków – a współczesne,
aż się zdają, że są własne.

Wątków sztuki nie rozumiem
lecz nadzieją ciągle żyję,
że zło będzie ukarane,
sprawiedliwość się rozwinie.

Po intrygach i podstępach
po wygnania ponieważ,
ktoś zgubiony się odnajdzie,
aż zabije mocniej serce.

I daj dobre zakończenie
nie natychmiast, nie najprędzej,
w piątym akcie albo szóstym.
W akcie prawdy, w akcie śmierci.

Lecz bądź ze mną w życia próbie,
gdy się płaczę, i mam tremę.
Człowiek w tym teatrze świata
nie ma nic. Nic oprócz Ciebie.

Leszek A. Moczulski

Z dializą można żyć aktywnie

Jestem osobą w podeszłym wieku. Mam 72 lata.

W latach sześćdziesiątych, gdy miałam 25 lat, pojawiło się nadciśnienie tętnicze.

W 1967 roku zostałam skierowana do kliniki Akademii Medycznej w Gdańsku z podejrzeniem guza nadnercza. Po badaniach prof. Penson wykluczył guz nadnercza, stwierdzając nadciśnienie samoistne.

Powróciłam do pracy. Dokuczały mi bardzo silne bóle głowy. Ulgę przynosiły tabletki przeciwbólowe z krzyżykiem.

W roku 1970 urodziłam syna, a w 1972 trafiłam do szpitala na neurologię z porażeniem prawej strony ciała. Podejrzewano stwardnienie rozsiane. Jeśli to było stwardnienie rozsiane, to bardzo nietypowe. Traciłam równowagę i nie miałam czucia z prawej strony ciała przez wiele lat. Przerwa w pracy trwała rok. Po roku wróciłam do pracy na pół etatu. Stopniowo wracałam do zdrowia. Cieszyłam się, że to najgorsze mam za sobą. Niestety, myliłam się. Każdej jesieni i wiosny cierpiałam na zakrzepowe zapalenie żył i częste odmiedniczkowe zapalenie nerek.

W 1988 roku, po badaniach szpitalnych, stwierdzono u mnie przewlekłą niewydolność nerek.

Od tego czasu byłam pacjentką nefrologa. Zmieniłam sposób żywienia. Dbałam o dietę niskobiałkową. Często kontrolowałam krew (mocznik, kreatynina). Dieta ta pozwalała mi żyć przez wiele lat.

W roku 2005 odczuwałam bardzo silne bóle wszystkich kości. Podejrzewano szpiczaka. Na oddziale hematologii szpiczaka wykluczono. Okazało się po wielu badaniach, że przyczyną bólów

kostnych jest wtórna nadczynność przytarczyc (stężenie parahormonu – 156,9). Leczenie witaminą D₃ i Renagelem pozwoliło po wielu miesiącach wrócić do lepszego samopoczucia.

Pogorszenie zdrowia nastąpiło znowu w 2008 roku na wiosnę. Bardzo bolała mnie lewa stopa. Na jej wierzchu pojawiła się czerwona bolesna plama. Leki zastosowane przez lekarza pierwszego kontaktu uczuły mnie. Rezultat tego leczenia był zły. Traciłam wagę i siły. W czerwcu na oddziale nefrologii odtruwano mnie przez 8 dni. Przed wyjściem do domu dowiedziałam się, że nerki są zniszczone i konieczna jest dializa do końca życia. Mój świat się zawalił. Płakałam z żalu i ze strachu.

Potrzebna była przetoka. Chirurg uważał, że moje naczynia nie nadają się do zrobienia przetoki. Jednak w końcu zaryzykował i zdecydował się zrobić przetokę na moich naczyniach. Zabieg się udał. Przetoka pracuje już pół roku. Wkładanie się do moich naczyń jest trudną pracą i wykonują ją pielęgniarki z dużym doświadczeniem.

Początki dializy były bardzo trudne. Często pękały żyły, wkłucia były bolesne, a ja traciłam siły. Po dwóch miesiącach dializy bardzo bolał mnie prawy bok, miałam torsje i biegunkę.

Z powodu głębokiej niedokrwistości otrzymałam kilka razy krew. Bóle nasilały się. Badanie tomograficzne wykazało, że pękła mi prawa nerka i konieczne jest natychmiastowe jej usunięcie. Zmartwiłam się, ale byłam spokojna. Wtedy zdałam sobie sprawę, jak ważne jest wsparcie bliskich z rodziny i przyjaciół. Wszyscy się modlili, ja też.

Operacja na oddziale urologii przebiegła pomyślnie. Lekarze na tym oddziale to wspaniali fachowcy. Dzięki nim żyję. Pielęgniarki bardzo troskliwie opiekowały się chorymi. Przyczyny pęknięcia nie stwierdzono.

Po tygodniu wróciłam do szpitala na stację dializ. Dializa po operacji była trudna, bo krew się wykrzepiała, musiałam dodatkowo robić sobie zastrzyki heparyny. Iniekcje powodowały powstawanie bolesnych guzów na brzuchu. Obecnie nie stosuję już zastrzyków, lecz przyjmuję tabletki rozrzedzające krew.

W lutym po dializie straciłam pamięć z ostatniego okresu. Wynik badania tomograficznego był uspokajający. Po kilku dniach pamięć wróciła do normy.

Aż do lutego byłam ciągle bardzo osłabiona. Poprawa zbiegła się w czasie z rozpoczęciem przyjmowania tabletek ziołowych na wzmocnienie organizmu. Mogę już sama wychodzić z domu, robię lepsze zakupy i wychodzę do kościoła. Wazę 39 kilogramów.

Największym utrapieniem jest teraz ograniczone przyjmowanie płynów i bolesne skurcze mięśni nóg w drugiej połowie dializy.

Informację o Stowarzyszeniu odnalazłam w Internecie.

Zapoznałam się z kwartalnikiem „Dializa i Ty”, który otrzymałam w stacji dializ. To bardzo ciekawe pismo. Doświadczenia chorych opisane w nim uczą i podpowiadają, jak polubić hemodializę i żyć z nią normalnie. Cieszę się, że inni chorzy na mojej zmianie też zainteresowali się tym czasopiśmie.

Aleksandra

Wygraliśmy walkę o życie Vitalija

Vitalij Snihur ma 26 lat. Jest Ukraińcem. Otrzymał wizę do Polski, angaż pracy w MZA w Warszawie, a także ubezpieczenie zdrowotne. Przed przystąpieniem do pracy, podczas badań, lekarskich wykryto u niego zmiany w moczu, niedokrwistość oraz podwyższone parametry nerkowe. Skierowany został do Szpitala Kolejowego w Pruszkowie celem diagnostyki w kierunku niewydolności nerek. Stwierdzono zaawansowaną niewydolność nerek, nadciśnienie tętnicze znacznego stopnia i niedokrwistość. Choremu zaproponowano dializy za pomocą sztucznej nerki. Chory uważał, że lekarze chcą usunąć i sprzedać jego własne nerki, a w zamian za to wszczepią mu sztuczną nerkę. Wobec tego wystraszony po 2 dniach pobytu uciekł ze szpitala i pojechał na Ukrainę upewnić się, czy na pewno jego nerki są aż tak chore.

Na Ukrainie potwierdzono diagnozę polskich lekarzy i stwierdzono, że najbliższej miejsca zamieszkania stacji dializ (ok. 150 km) nie ma wolnego miejsca i nie może być zapisany nawet do kolejki oczekujących. Chory, mając jeszcze ważną wizę i ubezpieczenie, wrócił do Polski i znalazł się w stanie ciężkim na oddziale chirurgicznym w Pruszkowie z podejrzeniem pękniętego wrzodu żołądka (ból brzucha i wymioty oraz znaczna niedokrwistość). Po wstępnych badaniach i gastrokopii stwierdzono niewydolność nerek znacznego stopnia i skierowano chorego do Oddziału Nefrologicznego Szpitala Kolejowego w Pruszkowie. W stanie zagrożenia życia chory trafił do NZOZ „Centrum Dializa” w Pruszkowie, należącej do spółki „Centrum Dializa” w Sosnowcu, gdzie na „ostro” rozpoczęto leczenie nerkozastępcze. Z powodu braku poprawy funk-

cji nerek chory został włączony w przewlekły program dializ w cyklu 3× w tygodniu

Po upływie 1,5 miesiąca choremu skończyła się wiza pobytowa i ubezpieczenie zdrowotne. Od połowy listopada za dializowanie chorego NFZ już nie płacił. Z Ukrainy Vasilij otrzymał pismną odmowę leczenia dializami.

Z powodu braku ubezpieczenia i ważnej wizy pobytowej choremu groziła deportacja na Ukrainę, a bez leczenia dializami – po kilku miesiącach – śmierć w objawach mocznicy. Mimo tego, chorego nadal leczono bezpłatnie dializami w naszej stacji. Wobec takiej sytuacji rozpoczęła się batalia ludzi dobrej woli o życie Vitalija.

Miał on nadal zapewnione miejsce dializacyjne w „Centrum Dializa” w Pruszkowie. Zaczęto szukać sponsorów, którzy pokryliby koszty już wykonanych i następnych dializ, którzy pomogliby przyspieszyć mu otrzymanie wizy, aby mógł spokojnie żyć i być leczony w naszym kraju. W grudniu sprawą Vitalija zainteresowały się media.

W „Gazecie Wyborczej” opisano jego historię. Do Polski przyjechał zarobić pieniądze. Gdy wykryto chorobę, prawni pełnomocnicy Vitalija – p. Beata Chojnacka i Kajetan Wróblewski z fundacji PROXENOS rozpoczęli starania o jego osiedlenie w Polsce. Jest to możliwe, gdyż Vitalij ma polskich przodków.

„Telewizja Polska” nagłośniła problem Vitalija w „Wiadomościach”, a „W sprawie dla reportera” pani Elżbieta Jaworowicz przedstawiła całą historię walki o życie młodego Ukraińca. Wydawałoby się, że sprawa Vitalija jest nie do załatwienia.

Zarząd NZOZ „Centrum Dializa” w Sosnowcu znalazł się także

w trudnej sytuacji. Za wykonanie dializy (ok. 20 tys. zł) nikt nie zapłacił i nie było wiadomo, kto pokryje koszty dializ następnych. Postawiono warunek – chory musi sam opłacać zabiegi albo szukać innej stacji lub pomocy ambasady ukraińskiej, aby zabezpieczyła mu leczenie w jego kraju. Poinformowano o takim stanowisku także lekarzy w „Centrum Dializa” w Pruszkowie. Mimo tego, na odpowiedzialność kierownika stacji, chorego nadal dializowano.

Okazało się wkrótce, że nie możliwe stało się możliwe. Po nagłośnieniu sprawy Vitalija w kilka dni coś się zaczęło dziać w jego sprawie. Zaczęły napływać pieniądze na konto uruchomione przez Caritas, co pozwoliło na częściowe pokrycie kosztów jego dializ. Pełnomocnicy prawni z fundacji PROXENOS przyspieszyli procedury zalegalizowania jego stałego pobytu w Polsce. Jest szansa, że wkrótce będzie mógł na stałe mieszkać w Polsce, pracować i być dializowany, a w przyszłości otrzymać przeszczep nerki.

Prezes Zarządu NZOZ „Centrum Dializa” – dr Jacek Nowakowski – zdecydował natychmiast, że sfinansuje leczenie Vitalija do czasu aż chory otrzyma status Polaka a co za tym idzie pełne ubezpieczenie zdrowotne. Odetchnęliśmy z ulgą. Za tę decyzję wdzięczny jest nie tylko pacjent, ale cały zespół „Centrum Dializa” w Pruszkowie.

Sam Vitalij, dziękując za uratowanie życia i pomoc ludzi dobrej woli w jego trudnej sytuacji, powiedział: „Anioły fruwały nad Pruszkowem, Sosnowcem i Warszawą”.

Bożenna Kaczanowska
Kierownik „Centrum Dializa”
05-800 Pruszków
ul. Warsztatowa 1

LISTY ZNAD MORZA

BOLESŁAW RUTKOWSKI

O co biją się Polacy?



Pytanie powyższe jest w zasadzie z typu pytań retorycznych, jako że odpowiedź jest stosunkowo prosta. Otóż Polacy biją się o wszystko! Generalnie byliśmy zawsze i jesteśmy nadal narodem bitnym i każdy powód do bitki jest dobry. Najchętniej bijemy się o „Honor”, a tuż za nim jest „Ojczyzna”. Niemniej chętnie bijemy się o „Kobiety”, jako naród z natury rycerski. Zdarzają się jednak i tacy odmieńcy, którzy zamiast bić się o „Kobiety” zabierają się do bicia samych kobiet. Są oni określani niesławnym mianem damskich bokserów, co niestety w niektórych kręgach staje się określeniem zaszczytnym. Znacznie rzadziej niż drzewiej bywało bijemy się o „Wiarę”. Ten typ wojen był w naszej kulturze bardziej popularny w średniowieczu, chociaż, jak popatrzeć na nie na zimno, to za każdą taką „świętą przyczyną” leżał dobry interes. Obecnie ten typ wojen zarezerwowany jest raczej dla przedstawicieli innych kultur i religii, a ich reprezentanci często giną z nadzieją, że będą w zamian posiadaczami licznych hurys i wszelkiego dobra na tamtym świecie. Jest jeszcze jeden powód do bitki wśród Polaków. Otóż jak Polska długa i szeroka, to bardzo lubimy bić się o „Rację”. Któż bowiem z nas nie lubi mieć racji i nie potrafi jej bronić nawet w obliczu przytłaczających dowodów o jej nikłych podstawach. Jeszcze na koniec odpowiedzi na to proste pytanie należy przypomnieć, że my Polacy mamy dużą skłonność do bicia się o „Wolność”. Może to być wolność osobista, wolność przekonań, wolność gospodarcza, czy w końcu wolność małżeńska, a właściwie chyba pozamałżeńska. Bijaliśmy się także o „Wolność Na-

szą i Waszą”. Ale tu chyba bliższy powinien nam być wzorzec generała Tadeusza Kościuszki aniżeli towarzysza Waltera. Nawiasem mówiąc, to Kościuszkę został obdarzony przez naród amerykański rozległymi terenami w Waszyngtonie, których nigdy nie objął w posiadanie. Ciekawostką jest to, że na tych terenach położony jest między innymi ni mniej ni więcej a sam Biały Dom. Może byśmy tak się upomnieli o zaległą dzierżawę? Dążenie do wolności jest naszą bardzo piękną cechą narodową opiewaną przez wieszczów i pisarzy, a także sławioną w licznych kompozycjach muzycznych. Z drugiej strony musimy pamiętać, aby nie przesadzać z interpretacją pojęcia wolności, ponieważ zawsze bardzo nam blisko do „Złotej Wolności”. Wiadomo natomiast do czego nas ta „Złota Wolność” doprowadziła. Chyba jednak lepiej trzymać się definicji wolności zaproponowanej przez bardzo mądrego skądinąd jegomościa, ale całkowicie zniechęconego przez Polaków, a mianowicie Fryderyka Engelsa. Wiadomo, że trafił on na sztandary i został obwołany ideologiem poprzedniego systemu. Nie wydaje mi się jednak, aby identyfikował się z jego założeniami, gdyby udało mu się dożyć tych czasów. Poza tym, jeśli wczytać się w jego myśli, to znajdzie się tam wiele słusznych założeń, dalekich od wynaturzonych założeń takich kreatur jak: Lenin, Stalin czy Mao. Wróćmy jednak do definicji wolności. Otóż Engels uważał, iż „wolność to uświadomiona konieczność”. Niektórym to określenie znane jest jako przytaczane przez naszego niesławnej pamięci rodaka Feliksa Dzierżyńskiego. Jeśli jednak odrzucić tę ideologiczną

otoczkę, to zastanowiwszy się na zimno, należy uznać, jak celne jest to określenie. Albowiem jak byśmy do niej nie dążyli, to absolutna wolność nie istnieje. Jest to spowodowane tym, że sami nakładamy na siebie różne hamulce ograniczające jej wykorzystywanie. Należą tu ograniczenia religijne, polityczne, obyczajowe, korporacyjne czy chociażby po prostu finansowe. Jeśli natomiast nie nakładamy ich sami, to nakłada je rodzina, szkoła, zakład pracy czy w końcu państwo, w którym żyjemy. No i tu już zrobiło się ciepło, jako że idę o zakład, że większość Szanownych Czytelników zastanawiała się, co ma pierśnik do wiatraka. O czym bowiem ten facet „znad morza” bajdurzy i co to ma wspólnego z nami dializowanymi. Ano ma i to dokumentnie jak najbardziej. Otóż wszyscy zapewne pamiętają, że na przełomie lat 2008/2009 w pierwszym kwartale bieżącego roku rozegrała się wojna pomiędzy świadczeniodawcami wykonującymi hemodializę a płatnikiem-monopolistą. O cóż poszło? Jak nie wiadomo o co chodzi, to zwykle chodzi o pieniądze. Świadczeniodawcy przedstawili bowiem wyliczenia, z których wynikało jasno, że obecna kwota refundacji hemodializy nie pokrywa wszystkich kosztów tego zabiegu. Trudno zatem za proponowaną kwotę utrzymywać wysoki standard hemodializy, którym możemy się szczycić w polskich stacjach dializ. Rozwijając bowiem dializoterapię doprowadziliśmy nie tylko do takiego poziomu, w którym dostępność do tego typu leczenia stała się powszechna, ale także jego standard nie różni się niczym od tego, który obowiązuje w rozwiniętych krajach europejskich. Płatnik

oczywiście upierał się przy swoim i nawet w pewnym momencie zaczął robić własne wyliczenia oparte na danych z dużej liczby stacji dializ. Średnia kwota wyszła porównywalna do tej, którą wyliczali nasi reprezentanci. Nie przeszkodziło to płatnikowi trwać w okopach i bronić wytrwale własnej pierwotnej propozycji. Mało tego, w pewnym momencie przeszedł on do ofensywy, próbując zagrozić istnieniu oponentów. Na całe szczęście stara łacińska prawda *Nec Hercules contra plures* zwyciężyła. Było to spowodowane wyjątkową solidarnością środowiska nefrologicznego, które pokazało swoją zwartość – nie po raz pierwszy zresztą. No i wygraliśmy! Wprawdzie zwycięstwo w pierwszym półroczu dawało jedynie „Honor” i „Rację” ale na drugie półrocze tego roku podpisywane są obecnie nowe umowy z wyższą o ponad 3% stawką refundacyjną. Nie jest to wprawdzie w pełni satysfakcjonująca kwota, ale od czegoś trzeba zacząć. I tu pasuje jak znalazł drugi element wstępnych rozważań, a mianowicie rzecz o „Wolności”. No bo w końcu osiągnięcie konsensusu było możliwe dzięki temu, iż obie negocjujące strony uznały mądrość stwierdzenia „wolność to uświadomiona konieczność”. Ową „koniecznością” było bowiem ustępstwo z obu stron, a dzięki temu wszyscy odczuli satysfakcję, chociaż niepełną, z osiągniętego porozumienia. No i na tym właśnie polega „Wolność”! Najważniejsze, że wszystko odbyło się z dbałością o interes pacjenta i nigdzie nie doszło do wstrzymania realizacji dializ, pomimo istnienia takich zagrożeń z obu stron. A oba wolne podmioty toczą nadal negocjacje i nawet zaczynają się dogadywać w wielu sprawach. Aż dziw bierze, czyżby nie byli Polakami?

A na koniec takie dowolne własne skojarzenie. Czyż bowiem pozycja, w jakiej znajduje się każdy pacjent dializowany, nie odpowiada w pełni sytuacji, w której „wolność to ograniczona konieczność”?

Łączę ukłony
Wasz Bolesław

KĄCIK LITERACKI

Wiersze wybrane

O miłości

JERZY HYSKA

pacjent dializowany



Dopóki

Te wiersze dziś napisane
O miłości, nadziei i wierze
Układam jak kwiaty zerwane
Na słonecznym, miłym spacerze

Wy weźcie je w swoje dłonie
Nasyćcie serce i duszę
Dopóki ogień w Was płonie
Nie uciekajcie od wzruszeń

Nadzieja

Przeżyłem uczucia i przeżyłem rzeczy
Dziś ból przeżywam i szukam nadziei
Nadziei, która ciało mi wyleczy
I duszę uwolni jak ptaka z zawiei

Zanim muzyka do snu mnie ułoży
Przesyłam Ci cichą myśl na pożegnanie
Bo tylko Ty mi możesz pomóc Boże
I ludzie, których do mnie przyślesz
Panie

Powój

Wszystko jest ważne, honor i Ojczyzna
Wielkie idee, fortuna i sława
Nadzieja, wolność, ziemia, ojcowizna
Chleb, praca, pokój, дума narodowa

I tylko szczęście czasem nas omija
Smutek zamiast szczęścia w naszym
sercu gości

I duszę naszą jak powój owija
Bo nie ma w niej Boga i zwykłej
miłości

Dom

Szukamy miłości drugiego człowieka
Zagubieni, samotni w rozpędzonym tłumie
Życie nam jak woda przez palce
przeciekają
I chociaż krzyczymy, nikt nas nie rozumie

Jak ziarno w nadmiarze do gleby
posiane
Wезде, lecz nie da obfitego plonu
A miłość to rodzina? miłości
fundament
Więc nie szukaj jej w tłumie, lecz
we własnym domu

Pochodnia

Miłość niedojrzała, to ogień bez cienia
To wiatr, który nas niesie jak liście
zerwane
To rozognione nadzieje, marzenia
Serce jak pochodnia jej żarem
rozgrzane

Potem wielka pustka, ból
i pożegnanie
Raniące słowa zagubione w ciszy
Gorzka samotność duszę nam otwiera
Zostają tylko wspomnienia
na wyblakłej kliszy

Stokrotka

Miłość dojrzała jest cicha i słodka
To poczucie piękna w cudownym
ogrodzie
Czuły gest, czy uśmiech, maleńka
stokrotka
Liść unoszony na spokojnej wodzie
W jej cieple można ogrzać zimne
dłonie
Swym zaufaniem przywraca nadzieję
Jak cichy ogień, który w sercu płonie
I choć trwa długo, nigdy nie rdzewieje

Złudzenie

Już budowałem dla niej pałac
Czekając na wielkie spotkanie
Wierzyłem, że jej życie miłością
wzbogacę
Jak w kinie na wielkim ekranie
Już w sercu miałem miłości tyle
W jej oczach cały świat chciałem
zobaczyć
A ona przyszła tylko na chwilę
By mnie złudzeniem uraczyć

On

A on nie wierzył w miłość i marzenia
Miał wielki dyplom i ciało nadęte
Wszystkich pouczał, potępiał, oceniał
W Boga nie wierzył, w nic, co było
święte
Lecz kiedyś przyszło do niego
cierpienie
Kiedy już nie mógł stać na własnych
nogach
Poczuł samotność, miłości pragnienie
Wtedy ludzi szukał i wzdychał do
Boga

Ona

A ona czekała na miłość wspaniałą
Nawet księżę dla niej nie był dość
wspaniały
Jak królowa śniegu w lustro
patrzyła
Księcia wciąż nie było, a lata mijały
Zrobiła karierę, dyplom piękny miała
Więc Boga prosiła o dom i rodzinę
Niestety z biletem na dworcu została
Bo przegapiła odjazdu godzinę

Miłość?

bez ciała
Miejsca by dziś nie zagrzała, sama
miłość bez ciała
dobra
Cierpienie, krzyż, rana głęboka
Wszystko jest dobre, kiedy się kocha
cierpiąca
Nikt jej nie widzi, nikt nie rozumie
A Pan Bóg widzi ją nawet w tłumie
wieczna
Człowieka czasem zabije
A sama wiecznie żyje
dojrzała
Na starość nie narzekaj na życie,
samotność
Jak ci Pan Bóg drzwi zamknął, otwórz
sobie okno
niespodziana
Zasnął zmęczony Adam w cieniu
obok drzewa
Spałyby sobie spokojnie, ale przyszła
Ewa
grzeszna
Gdy objedli rajske drzewo,
Nagrzeszyli, Adam z Ewą
dyskretna
Chodziła Marysia biedna, zwierzała
się sowie
Bo sowa jest dyskretna, nic ludziom
nie powie
zmienna
Czasem nam się trafia żona
lub kochanka
Przychodzi jak dama, odchodzi
jak chamka
teoretyczna
Umarł w cieniu i samotności
Za długo czytał traktat o miłości
zagubiona
Ona w cierpieniu też duszę oddała
Bo zamiast kochać, miłości szukała
spokojna
Miłość jest spokojna, trwa długie lata
Gdy jej nie widać, nie zasłania świata
trudna
Kiedy miłości nie możemy sprostać
Wtedy lepiej odejść i w sercu pozostać
cicha
Miłość piękna i cicha jest
jak objawienie
Mówi o niej najlepiej cisza i milczenie

Wyniki konkursu „ŻYCIE Z ŻYCIA”

I miejsce

CHRISTIAN M., *Dializa to nie koniec aktywności!* („Dializa i Ty” nr 2(8), s. 11–12)

II miejsce

ANITA, *Co nas nie zabija to nas wzmacnia...* („Dializa i Ty” nr 1(7), s. 13–14)

III miejsce

KAROLINA, *Moje pierwsze kroki...* („Dializa i Ty” nr 2(8), s. 12–13)

Laureaci konkursu otrzymają nagrody pieniężne
ufundowane przez Fundację Amicus Renis w wysokości:
I miejsce – 500 zł, II miejsce – 300 zł, III miejsce – 200 zł
oraz książkę *Moje drugie narodzenie* Krystyny Murdzek z autografem autorki.
Zwycięzcom gratulujemy!

BOLESŁAW RUTKOWSKI

Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
Akademii Medycznej w Gdańsku

Finansowanie dializoterapii – za mało czy za dużo?

W ciągu ostatnich miesięcy ubiegłego roku i pierwszego kwartału roku bieżącego rozgorzał spór pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – podstawowym płatnikiem za świadczenia medyczne – a stacjami dializ, wykonującymi zabiegi hemodializy, o koszty refundacji tych zabiegów. Aby rzecz ująć historycznie należy dodać, że w roku 2007 średni koszt refundacji hemodializy wynosił 380 zł. W roku 2008 kwota ta została utrzymana pomimo zgłaszanych przez środowisko nefrologiczne potrzeb podwyższenia płatności. W połowie tego roku, po licznych protestach płacowych i strajkach w ochronie zdrowia, w których nie uczestniczył zresztą personel stacji dializ, NFZ doliczył do kwoty refundacji tzw. dodatek płacowy w kwocie 22–25 zł na jeden zabieg. Oznacza to, że pod koniec 2008 kwota refundacji zabiegu wynosiła 402–405 zł. Środowisko nefrologiczne, reprezentowane zarówno przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Nefrologii, jak też przez Sekcję Nefrologiczną Izby Gospodarczej Medycyna Polska przedstawiło płatnikowi nową kalkulację refundacji hemodializy, w której wyliczono koszty zabiegu na 445 zł. Płatnik pozostał jednak głuchy na racjonalne argumenty przedstawiane przez wykonawców i uparł się przy kwocie 400 zł za zabieg. Należy zaznaczyć, że już na wstępie była to wycena niższa niż w roku poprzednim ($380 + 25 = 405$ zł). W racjonalnych argumentach prezentowanych przez wykonawców były między innymi problemy wynikające z: podwyżek cen wody, gazu, elektryczności, paliwa etc. Na dodatek wiadomo wszystkim, że wartość złotówki do euro oraz in-

nych walut obniżyła się w dramatyczny sposób, a niemal wszystkie materiały zużywalne, które mają zastosowanie w procesie hemodializy (dializatory, dreny łączące, igły etc), są produkowane poza granicami kraju. Wszystkie te fakty były i są znane, komentowane powszechnie, nie wpłynęły natomiast w żadnym stopniu na zmianę stanowiska płatnika. Bezskuteczne pozostawały próby negocjacji z NFZ oraz próby odwołania się do Ministra Zdrowia. Resort Zdrowia, który powinien być rozjemcą w takim sporze, zachował typową postawę strusia. Fundusz natomiast podjął próbę ustalenia właściwych kosztów zabiegu poprzez przesłanie do ponad 150 stacji dializ specjalnych formularzy pozwalających na kalkulację kosztów. Można stwierdzić, że lepiej późno niż wcale, a na dodatek środowisko nefrologiczne uzyskało potwierdzenie podejrzanego od dawna faktu, iż NFZ nie posiada żadnej własnej kalkulacji, na której oparta jest utrzymywana przez tę instytucję kwota refundacji. Wysłano, zabrano, policzono i... nie udostępniono. Ze źródeł poufnych wiadomo, że pomimo przeróżnych retuszy dokonanych przez NFZ średnia cena zabiegu hemodializy wyliczona na podstawie analizy otrzymanych danych wyniosła 438 zł. Jakże zatem niedaleko od proponowanych przez wykonawców 445 zł. Ugoda wydawała się bliska, a kwota refundacji w granicach 430–435 zł zdawała się być naturalnym kompromisem. Jednakże w tym momencie płatnik zanegował całkowicie sposób kalkulacji dokonywanych przez ankietowane jednostki, zarzucając im brak profesjonalizmu oraz

podstawowe błędy w identyfikacji kosztów. Jednocześnie zerwane zostały wszelkie negocjacje i nastąpił powrót do pierwotnej propozycji refundacji hemodializy na poziomie 400 zł. Warto w tym momencie dodać, że w większości trwających w oporze stacji dializ dawno już wygasły poprzednie kontrakty. Leczenie hemodializami było zatem kredytowane przez wykonawców tak, aby żaden pacjent nie pozostał bez opieki dializacyjnej. Co więcej, pomimo nasilającej się wrzawy medialnej wokół tego tematu pacjenci dializowani byli spokojni, wierząc swoim opiekunom (lekarzom i pielęgniarkom), że nie pozostawią ich bez pomocy i dostępu do tych zabiegów, które należą do grupy ratujących życie. Było to swoiste apogeum kryzysu w tej sprawie, które nastąpiło w ostatnim tygodniu pierwszego kwartału bieżącego roku. Doszło jednak wówczas do osiągnięcia konsensusu, który, biorąc pod uwagę wyniki ustaleń, był absolutnie zasługą strony nefrologiczno-dializacyjnej. Ustalono bowiem, że w pierwszym półroczu 2009 obowiązywać będzie kwota refundacji w wysokości 400 zł, a od lipca br. zostanie ona podwyższona do minimum 414 zł. Jednocześnie zdecydowano, iż powołana zostanie komisja mieszana składająca się z przedstawicieli obydwu stron, mająca za zadanie ustalenie wspólnej metody obliczania kosztów, a także prac nad modelem procedury hemodializy, tak aby wykluczyć z niego niepotrzebne, a jednocześnie kosztochłonne elementy. Biorąc pod uwagę nikłe wyniki tej swistej „wojny polsko-polskiej” dla wykonawców hemodializ rodzi się pytanie, czy warto było kruszyć

kopie. A może to sami wykonawcy przesadzają i przeszacowują koszt spełnianych przez siebie świadczeń? Odpowiadając na pierwszą część pytania, to zdecydowanie warto było, ponieważ:

- potwierdziła się stała zasada, że w jedności siła, dzięki solidarności większości środowiska nefrologicznego;

- okazało się, że nasz płatnik-monopolista ma słabe strony i można go skłonić do prawdziwych negocjacji, nawet w sytuacji niemal bez wyjścia;

- płatnik został zmuszony do zajęcia się problemem prawdziwego liczenia kosztów, co pozwoli na przyszłość uniknąć sytuacji określania z góry „jedynnej słusznej ceny”.

Biorąc pod uwagę drugą część pytania, to należy stwierdzić, że przy obecnym kursie euro wyso-

kość refundacji hemodializy w Polsce wynosi około 85 euro. Wystarczy tu przytoczyć zatem wysokość refundacji w krajach ościennych, takich jak: Czechy – 130 euro, Słowacja – 130 euro, Słowenia – 160 euro czy w końcu Rumunia – 110 euro. Nie będziemy bowiem przy mierzać się do krajów takich jak Niemcy – 180 euro, Francja – 289 euro, Szwecja – 300 euro. Należy dodać, że we wszystkich wymienionych krajach podana kwota refundacji dotyczy samego zabiegu hemodializy, a transport, leczenie erytropoetyną czy też badania laboratoryjne pokrywane są z odrębnych procedur. W Polsce wszystkie wymienione powyżej elementy są pokrywane wraz z zabiegiem hemodializy w ramach jednej kwoty refundacji (~85 euro!). A przecież standard hemodializy mamy taki sam i pilnujemy go bardzo, aby nie

uległ obniżeniu. Używamy takich samych aparatów do hemodializy, dializatorów i innych materiałów zużywalnych. Na dodatek wyniki leczenia mierzone długością i jakością życia mamy dokładnie takie same, a czasami nawet lepsze. Jak to się zatem dzieje, czyżby to był „nowy polski cud”? Ale my wszyscy naprawdę chcielibyśmy unikać sytuacji, w których zmuszani jesteśmy do roli cudotwórców. Chcemy po prostu godnie wypełniać swoje zadania na podstawie realistycznego wyliczenia wartości wszystkich elementów naszej pracy, tak aby móc zawsze zapewnić najlepszy standard terapii naszym pacjentom. Wydaje się jednak, że organa odpowiedzialne za kształtowanie i realizację polityki zdrowotnej w naszym kraju zdają się zapominać, że winny być odpowiedzialnym partnerem w tym procesie.

PIELEGNIARKA RADZI

ANNA KLIŚ

Stacja Dializ

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

Pielęgnacja cewnika naczyniowego

Hemodializa, jako jedna z metod leczenia nerkozastępczego, wymaga uzyskania odpowiedniego dostępu naczyniowego. Skuteczne przeprowadzenie zabiegu jest bowiem możliwe tylko przy wysokim przepływie krwi przez dializator. W ostrej niewydolności nerek, jak również w przypadku braku „dojrzałej” przetoki tętniczo-żylniej w przewlekłej chorobie nerek (PChN), wykorzystuje się **czasowe cewniki** naczyniowe. Jest to rodzaj giętkiej, niełamiwej, plastikowej rurki zakładanej do dużego naczynia żylnego, w znieczuleniu miejscowym i w warunkach pełnej sterylności. Wprowadzenie cewnika do naczynia wymaga nacięcia skóry, poszerzenia tunelu podskór-

nego oraz założenia prowadnicy, po której wsuwa się kateter (cewnik). Po założeniu konieczna jest radiologiczna kontrola położenia cewnika, która coraz częściej bywa poprzedzana monitorowaniem ultrasonograficznym już podczas wprowadzania, co ogranicza występowanie wczesnych powikłań.

Wybór miejsca wkłucia uzależniony jest od stanu pacjenta oraz doświadczenia osoby wykonującej zabieg. Ze względu na ryzyko wystąpienia powikłań pod postacią zwężeń i zakrzepicy, przyczyniających się do niepowodzenia w późniejszym wytworzeniu przetoki tętniczo-żylniej, zaleca się omijanie żyły podobojczykowej. Najczęściej wybiera się żyłę szyjną wewnętrzną

na i udową, rzadziej żyłę szyjną zewnętrzną.

Cały zabieg trwa około 30 minut i daje możliwość natychmiastowego wykonania hemodializy.

Stale powiększająca się grupa osób dializowanych w starszym wieku oraz właściwie nieograniczona dostępność do leczenia nerkozastępczego przyczyniły się do częstszego występowania powikłań naczyniowych i problemów z wytworzeniem przetoki tętniczo-żylniej, zarówno z naczyń własnych chorego, jak i przy użyciu sztucznego graftu. U tych pacjentów konieczne stało się założenie cewnika naczyniowego na stałe, nazywanego **cewnikiem permanentnym**. Najczęściej jest on wy-

konany z silikonu i, w odróżnieniu od cewników czasowych, posiada mufkę, która zrastając się z tkanką podskórną zapobiega wypadaniu cewnika oraz stanowi miejsce obrony przed wnikaniem drobnoustrojów chorobotwórczych. Wprowadzenia cewnika permanentnego do dużego naczynia żylnego można dokonać za pomocą metody chirurgicznej lub podobnej, jak przy założeniu cewnika czasowego. Podczas implantacji wykonuje się dwa niewielkie nacięcia, aby móc umieścić cewnik w kanale pod skórą na ścianie klatki piersiowej (tzw. tunelu podskórnym) oraz w jednej z żył centralnych. Jedno z miejsc nacięcia skóry nazywa się miejscem wprowadzenia cewnika, czyli miejscem, w którym cewnik dostaje się do naczynia krwionośnego. Drugie nazywa się miejscem wyjścia cewnika. Stanowi je punkt, w którym cewnik wychodzi przez skórę na zewnątrz. Miejsce ujęcia cewnika wymaga bardzo troskliwej i uważnej opieki.

Powikłania związane z założeniem cewnika naczyniowego

Nakłucia dużych naczyń żylnych pociągają za sobą ryzyko powikłań, zarówno wczesnych (w czasie trwania zabiegu i tuż po nim), jak i odległych.

Do **powikłań wczesnych** zalicza się:

- przypadkowe nakłucie tętnicy,
- perforację żyły,
- odemę opłucnową,
- zator powietrzny,
- zaburzenia rytmu serca,
- niewłaściwe ułożenie końcówki cewnika.

Natomiast **powikłania późne** to:

- zakażenia,
- zakrzepica cewnika,
- zwężenia lub zarośnięcie żyły centralnej,
- późna perforacja naczynia.

Zakażenia cewników dializacyjnych są jednym z najczęstszych powikłań i mogą przebiegać jako infekcje wewnętrznej ściany cewnika, tunelu podskórnego czy ujęcia zewnętrznego. Najczęstszą przy-

czyną infekcji jest zanieczyszczenie końcówek cewnika lub miejsca jego założenia florą bakteryjną, która w warunkach fizjologicznych bytuje na powierzchni skóry i błon śluzowych pacjenta. Szczepy bakteryjne są również przenoszone przez ręce personelu medycznego lub samego chorego. Dlatego wszystkie czynności powinny być wykonywane z zachowaniem zasad aseptyki.

Za większość zakażeń odpowiadają gronkowce, coraz częściej ich metycylinooporne szczepy. W celu ograniczenia infekcji gronkowcem złocistym (*Staphylococcus aureus*) wykonuje się posiewy z nosa i leczenie nosicieli maścią z mupirocyną.

Do głównych objawów zakażenia odcewnikowego należy narastająca w trakcie zabiegu temperatura ciała z towarzyszącymi dreszczami, ewentualnie gorączka po zakończeniu hemodializy. W tej sytuacji konieczne jest bezzwłocznie pobranie krwi na posiew oraz wymazu w przypadku objawów zapalnych skóry wokół ujęcia cewnika (zaczerwienienie, ból, obrzęk, obecność wydzieliny). Różnicę pomiędzy cewnikiem czasowym a permanentnym stanowi standard postępowania w razie wystąpienia objawów zakażenia. W pierwszym przypadku cewnik się wymienia, a jego końcówkę przesyła do badania bakteriologicznego. Natomiast cewniki założone na stałe usuwa się tylko w przypadku braku reakcji na antybiotykoterapię i gdy są dowody zakażenia tunelu cewnika.

Leczenie odcewnikowego zakażenia krwi polega na dożylnym podaniu antybiotyków od momentu wystąpienia objawów (najczęściej są to cefalosporyny, penicyliny i wankomycyna). Po otrzymaniu wyników posiewów leczenie jest modyfikowane zgodnie z antybiogramem.

Zakrzepica cewnika dotyczy najczęściej cewników założonych do żyły udowej, bowiem każde zgięcie kończyny powoduje wypchnięcie heparyny do krwioobiegu i zastąpienie jej krwią. Nieudana próba zaaspirowania do strzykawki zawartości cewnika wymaga zasto-

sowania tak zwanej „plomby urokinazowej” w przypadku cewnika permanentnego oraz wymiany przy cewniku czasowym.

Zwężenia lub zarośnięcie żyły centralnej może nastąpić w każdej żyły, do której wprowadzono kateter. Najczęściej jednak dotyczy żyły podobojczykowej, co może objawiać się dopiero, gdy po stronie zwężenia wytworzy się przetokę tętniczo-żylną. Masywny obrzęk kończyny, powstanie krążenia obocznego na tułowie oraz niska wydajność zabiegu prowokują konieczność zamknięcia przetoki.

Późna perforacja naczynia spowodowana jest złym położeniem cewnika i jego uciskiem na ścianę naczynia oraz próbami zmiany położenia cewnika po jego dłuższym użytkowaniu.

Heparynizacja

W celu długotrwałego zachowania prawidłowej funkcji światła cewnika na czas między dializami wypełnia się heparyną. Od niedawna na polskim rynku jest również dostępny roztwór cytrynianu, który poza działaniem antykoagulacyjnym ma również zastosowanie jako środek bakteriobójczy. Przed wykonaniem kolejnej dializy zawartość cewnika musi zostać usunięta, a światło przepłukane roztworem soli fizjologicznej.

Higiena miejsca wyjścia cewnika przez skórę

Ponieważ, poza długością okresu utrzymania cewnika w żyłę czy nosicielstwem gronkowca złocistego, do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia zakażenia należy częstość manipulacji przy cewniku, wszystkie czynności związane z jego pielęgnacją powinny być przemyślane i wykonywane z zachowaniem zasad aseptyki. Cewnik naczyniowy wymaga wzmoczonego reżimu higienicznego ze strony samego chorego i troskliwej pielęgnacji ze strony personelu pielęgniarskiego. Przy okazji zabiegu dializacyjnego pielęgniarka dokonuje wymiany opatrunku wokół miejsca założenia cewnika, co stanowi oka-

zję do oceny miejsca wkłucia, a w przypadku cewnika permanentnego także tunelu podskórnego, pod kątem objawów zapalenia.

Do dezynfekcji ujścia cewnika stosuje się wyłącznie bezalkoholowe środki antyseptyczne, często roztwory jodyny, a kierunek dezynfekcji przy jednoczesnym usuwaniu śladów krwi zawsze powinien być odśrodkowy. Główną zasadą jest dopilnowanie, aby okoliczności wyjścia cewnika była sucha. Na zakończenie zakłada się jałowy opatrunek umocowany plastrem nieuszkodzającym skóry.

Procedura podłączenia dializy na cewniku naczyniowym wymaga zastosowania sterylnej serwetki, rękawic, sprzętu i materiału opatrunkowego. Oprócz tego zarówno

podłączenie, jak i odłączenie końcówek cewnika do zabiegu wymaga zastosowania wodnego roztworu jodyny do dezynfekcji. Korki służące do zabezpieczenia końcówek cewnika muszą być zmieniane po każdym zabiegu.

Ponieważ światło cewnika musi pozostawać sterylne, zabronione jest jego używanie w celach innych niż hemodializa, z wyjątkiem stanów zagrożenia życia.

Pielęgniarka opiekuje się dostępem naczyniowym podczas zabiegu, natomiast po jego zakończeniu sam pacjent musi o niego zadbać. Element samoopieki dotyczy kąpieli, podczas której pacjent musi zwracać szczególną uwagę na ujście zewnętrzne cewnika. Należy unikać gorących kąpieli w wannie.

Przed kąpielą należy miejsce wyjścia cewnika przykryć odpowiednim, wodoodpornym opatrunkiem. W celu zapobiegania groźnym powikłaniom pod postacią zakażeń z posocznicy włącznie, zalecane jest wzięcie prysznica przed hemodializą, gdyż w krótkim czasie wykonany będzie nowy opatrunek. Z tej samej przyczyny zakazana jest kąpiel w otwartych akwenach wodnych.

Ze Stacją Dializ należy skontaktować się bezzwłocznie, gdy:

- wokół miejsca wyjścia cewnika pojawi się ból, obrzęk, zaczerwienienie lub wyciek jakiegokolwiek płynu;
- pojawi się zmiana wokół miejsca wyjścia cewnika;
- pojawiają się dreszcze i/lub wystąpi gorączka.

BEATA BIAŁOBRZESKA

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

Oczekując na przeszczep nerki

Przeszczepianie nerki jest optymalną metodą leczenia nerkozastępczego. Istnieje możliwość przeszczepienia nerki od dawcy żywego oraz ze zwłok. Obecnie przeszczepienie nerki można wykonać w okresie leczenia zachowawczego (przeszczep wyprzedzający) lub podczas leczenia dializami. Pomimo obserwowanych w naszym kraju znacznych trudności związanych z pozyskiwaniem narządów do transplantacji, wielu pacjentów marzy o udanym przeszczepieniu nerki. Ale zanim to nastąpi, warto jest odpowiednio przygotować się do tego ważnego wydarzenia.

Po wykonaniu badań niezbędnych do kwalifikacji przeszczepienia nerki oraz po wyrażeniu na piśmie zgody, dane pacjenta zostają umieszczone na tzw. Regionalnej Liście Biorców oraz jednocześnie na Krajowej Liście Biorców. Regionalna Lista Biorców znajduje się w Regionalnym Ośrodku Transplan-

tacyjnym, natomiast Krajowa Lista Biorców jest ogólnopolską organizacją zarejestrowaną w Warszawie pod nazwą POLTRANSPLANT.

Obecnie nie jest konieczne, aby wszyscy pacjenci, którzy oczekują na zabieg przeszczepienia nerki byli wcześniej leczeni powtarzanymi dializami (hemodializa lub dializa otrzewnowa). Oznacza to, że **każdy pacjent w okresie leczenia zachowawczego (w przychodni nefrologicznej) z rozpoznaną przewlekłą niewydolnością nerek, który spełnia warunki kwalifikacji może być zgłoszony do zabiegu przeszczepienia nerki, bez uprzedniego leczenia dializami.**

Jeśli możliwe jest przeszczepienie nerki od dawcy żywego i wykonane zostały już wszystkie potrzebne badania, termin zostaje wyznaczony tak, aby odpowiadał dawcy, biorcy i zespołowi transplantacyjnemu. Jeśli jednak pacjent oczekuje nerki od dawcy zmarłego,

wówczas jego nazwisko znajduje się na liście oczekujących, zarówno na Regionalnej jak i Centralnej Liście Biorców. Czas oczekiwania na przeszczep nerki od dawcy zmarłego jest różny i może wynosić od kilku tygodni do kilku lat – średnio w Polsce ten okres to 3 lata.

Podczas akcji transplantacyjnej przeprowadzane są badania immunologiczne mające na celu odpowiedni dobór pomiędzy dawcą a biorcą. Lekarz ośrodka dializ zostaje powiadomiony przez zespół transplantacyjny, gdy któryś z leczonych przez niego pacjentów jest kandydatem do transplantacji i jest wzywany na przeszczep. Wezwanie może pochodzić z najbliższego Regionalnego Ośrodka Transplantacyjnego lub też z każdego innego ośrodka w Polsce. Jest to możliwe dzięki temu, że aktualne dane pacjentów zgłoszonych do transplantacji wraz z wynikami badań oraz surowicą są przekazywane co

6 tygodni także do Warszawy (do Instytutu Transplantologii i Krajowej Listy Biorców). Od chwili umieszczenia pacjenta na liście oczekujących na przeszczep, konieczne jest regularne okresowe przekazywanie próbek krwi do Regionalnej i Krajowej Listy Biorców przez personel ośrodka dializ. Jeśli pacjent nie jest dializowany, należy ustalić z lekarzem prowadzącym, w jaki sposób i jak często ma docierać krew do Regionalnego Ośrodka Transplantacyjnego.

Zgodnie z powyższym bardzo ważne jest:

Jeżeli oczekujesz na przeszczep, za każdym razem, **kiedy udajesz się** nawet na jednodniowy wyjazd **poza miejsce zamieszkania**, **powiadom swoich bliskich o możliwości uzyskania z Tobą kontaktu**. Warto również mieć zawsze ze sobą włączony i sprawny telefon komórkowy.

Niżej wymienione zalecenia są niezwykle ważne, ponieważ warunkują w dużej mierze ostateczne zakwalifikowanie pacjenta do transplantacji. W chwili ostatecznej kwalifikacji do przeszczepu w ośrodku transplantacyjnym biorca nerki musi posiadać jak najlepsze zdrowie, które umożliwi wykonanie zabiegu operacyjnego oraz zastosowanie odpowiedniego leczenia immunosupresyjnego (obniżającego odporność). Dlatego ważne jest zastosowanie się do następujących zaleceń dotyczących **prowadzenia odpowiedniego stylu życia**:

- Szczególnie ważne jest, aby w chwili przeszczepu Twój stan zdrowia był optymalny. Dlatego staraj się przestrzegać zaleceń lekarza prowadzącego dotyczących leczenia dializami, stosowania leków oraz diety.

- Jeśli nadal palisz papierosy, zrób wszystko, aby przestać.

- Staraj się być aktywny i sprawny fizycznie. Od tego zależy, jak szybko dojdiesz do sił po zabiegu operacyjnym.

- Dbaj o utrzymanie prawidłowej masy ciała. Pozbądź się nadwagi. Musisz być świadomy, że nadwaga jest przeciwwskazaniem do przeszczepienia nerki. Otyli mają

niewielkie szanse na schudnięcie po zabiegu operacyjnym, gdyż przyjmują leki (sterydy), które utrudniają rozwiązanie tego problemu. Otyli posiadają zwiększone ryzyko wystąpienia cukrzycy posterydowej, występującej dość często po przeszczepieniu nerki.

- Dbaj o swoje zęby! Jedną z najczęstszych przyczyn dyskwalifikacji od przeszczepu nerki, już po wezwaniu i zbadaniu pacjenta w trakcie akcji transplantacyjnej jest zły stan uzębienia, który może być przyczyną poważnych zakażeń podczas przyjmowania leków immunosupresyjnych.

- Unikaj sytuacji prowadzących do przeziębienia. Nie lekceważ nawet błahych infekcji. Zgłoś się z tym problemem jak najszybciej do lekarza prowadzącego.

Gotowość do transplantacji:

- Podczas oczekiwania na transplantację należy pamiętać o dyspozycyjności i stałej gotowości do przyjazdu w każdym momencie, kiedy będzie to potrzebne.

- Zastanów się, jakie masz możliwości dotarcia do Regionalnego Ośrodka Transplantacyjnego. Nie planuj, że sama/sam będziesz prowadzić samochód, lepiej poproś o to kogoś bliskiego lub rozważ zamówienie taksówki. Dla pacjentów dializowanych w oddległych ośrodkach, podczas akcji transplantacyjnych organizowany jest transport sanitarny. Zaplanuj również, w jaki sposób wrócisz do domu. Twój pobyt w szpitalu może trwać nawet 2–4 tygodnie, ale może zdarzyć się że już po 10 dniach będziesz gotowy do wypisu ze szpitala. Jeżeli masz małe dzieci, zaplanuj kto na czas Twojego pobytu w szpitalu zajmie się nimi. Należy wziąć również pod uwagę, że w pierwszych tygodniach po transplantacji wizyty kontrolne w szpitalu są dość częste.

Ponieważ wezwanie na przeszczep może nastąpić w każdej chwili, dobrze jest przygotować się do tego wcześniej. W tym celu warto mieć specjalną torbę, a w niej następujące rzeczy:

- przybory higieniczne i kosmetyki,

- 2–3 piżamy,
- 2 duże i 2 małe ręczniki,
- bieliznę osobistą (kilka sztuk),
- podkoszulki (kilka sztuk),
- klapki pod prysznic i kapcie,
- szlafrok, dres lub ciepłą bluzę,
- maszynkę do golenia (mężczyźni i kobiety),

- butelkę wody mineralnej niegazowanej,

- sztucce, kubek,

- dokument potwierdzający tożsamość, książeczka RUM oraz inny wiarygodny dokument ubezpieczenia zdrowotnego (np. ostatni odcinek od renty, zaświadczenie o opłaceniu aktualnej składki na ubezpieczenie zdrowotne).

Jeżeli nie masz specjalnej torby, przygotuj sobie listę rzeczy, które należy zabrać ze sobą i umieść ją na widocznym miejscu. Oszczędzi Ci to zdenerwowania, które będzie towarzyszyć Tobie w chwili odebrania telefonu wzywającego na oczekiwany przeszczep nerki.

Pamiętaj!

- Po podjęciu decyzji o wyrażeniu zgody na przeszczep nerki wykonaj wszystkie niezbędne badania i konsultacje zlecone przez lekarza prowadzącego, który ma Cię zgłosić do przeszczepu nerki.

- Dbaj o swoje zdrowie w możliwie najlepszy sposób, aby w chwili wezwania nie zostać odrzuconym z błahego powodu, np. infekcji lub niewyleczonych zębów.

- W chwili wezwania spokojnie zapakuj niezbędne rzeczy i zgłoś się w możliwie krótkim czasie do Ośrodka Transplantacyjnego.

Przeszczep nerki dla pacjentów to bardzo poważne wyzwanie, które stwarza możliwość nowego, lepszego życia. Daje pacjentowi szansę spełnienia planów życiowych (kontynuację nauki, pracy zawodowej) i marzeń (macierzyństwo/rodzicielstwo). Dlatego zarówno odpowiednie przygotowanie do zabiegu operacyjnego ze strony samego pacjenta, jak i zaangażowanie w proces leczenia i pielęgnowania, znacznie ułatwia osiągnięcie oczekiwań związanych z upragnionym przeszczepem nerki.

EDTNA/ERCA – przyszłość pielęgniarstwa nefrologicznego w Polsce

W codziennej pracy zawodowej pielęgniarki nefrologiczne skutecznie wykorzystują swoją wiedzę i doświadczenie w opiece nad pacjentami na różnym etapie upośledzenia funkcji nerek. Zaangażowane są zarówno w ocenę potrzeb zdrowotnych pacjenta, możliwości zapobiegania dalszemu rozwojowi choroby, w bezpośredni udział w leczeniu, jak również udzielanie odpowiedniego wsparcia choremu i jego rodzinie. Pielęgniarki nefrologiczne stanowią ważne ogniwo w procesie leczenia nerkozastępczego, a od ich profesjonalizmu zależy skuteczność i bezpieczeństwo wykonania u pacjentów zabiegów dializacyjnych. Podejmując jedną z funkcji zawodowych, jaką stanowi edukacja zdrowotna, przyczyniają się do podniesienia świadomości zdrowotnej pacjenta i podejmowania przez niego większej aktywności dla utrzymania zdrowia i życia. Dzięki odpowiednim kompetencjom zawodowym biorą również udział w kompleksowej opiece nad pacjentem po przeszczepie nerki. Istotnym wydaje się fakt, że częstość występowania przewlekłej choroby nerek wśród populacji ludzkiej z roku na rok wzrasta. Światowa Fundacja Opieki Nefrologicznej prognozuje, że po roku 2020 potrzebne będzie około 1 mln wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia w celu zabezpieczenia stałej opieki nefrologicznej dla chorych, w tym około 2,5 mln pacjentów leczonych powtarzającymi zabiegami dializy i ponad 1,2 mln z funkcjonującą nerką przeszczepioną. Są to bardzo przytłaczające dane, ale pozwalają one należycie ocenić wagę zadań stojących przed pielęgniarstwem nefrologicznym.

W krajach Europy Zachodniej pielęgniarstwo nefrologiczne przeszło duże zmiany, zarówno w kwestii kształcenia, jak i wprowadzenia nowych standardów pracy. Stały rozwój praktycznej strony zawodu stawia wysokie wymagania, ale daje również olbrzymią satysfakcję. Stąd też idea

międzynarodowej wymiany doświadczeń, którą zapoczątkowało założenie w 1971 roku w Monachium Europejskiego Towarzystwa Pielęgniarek Dializacyjnych i Transplantacyjnych (EDTNA/ERCA – The European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association). Ma ono wymiar ogólnosiwiatowy, skupia w swoich szeregach ponad 5000 członków z 75 krajów i zyskało rangę jednego z najważniejszych na świecie forów wymiany informacji i doświadczeń w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego. Członkowie Towarzystwa rekrutują się z krajów Europy, USA, Kanady, Australii, Azji i Afryki. EDTNA/ERCA ma za zadanie aktywnie wspierać pielęgniarki nefrologiczne w kształtowaniu i umacnianiu nowej roli zawodowej. Pielęgniarki nefrologiczne z krajów wysoko uprzemysłowionych już dawno doceniły korzyści płynące z przynależności do Towarzystwa, a swoje członkostwo postrzegają jako integralną część rozwoju zawodowego. Najpełniej obrazuje to liczba członków EDTNA/ERCA w poszczególnych krajach. Najliczniej reprezentowane kraje członkowskie to: Grecja, Hiszpania, Wielka Brytania, Włochy, Czechy, Belgia, Austria, i Polska.

Jednym z głównych priorytetów EDTNA/ERCA jest współpraca z lokalnymi towarzystwami skupiającymi pielęgniarki nefrologiczne w danych krajach członkowskich. Towarzystwo bierze także czynny udział w pracach Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, Światowej Organizacji Zdrowia oraz Wspólnoty Europejskiej.

Pierwotnie w swoim założeniu Towarzystwo miało sprostac wyłącznie potrzebom zawodowym pielęgniarek nefrologicznych (67% członków). W 1985 roku dokonano zmian statutowych, które spowodowały włączenie innych pracowników oddziałów nefrologicznych (technicy, dietetycy, pracownicy socjalni) jako pełnoprawnych

członków Towarzystwa, a sama organizacja jako wielozadaniowe stowarzyszenie przyjęła nazwę EDTNA/ERCA (European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association).

W związku z szybkimi zmianami, które charakteryzują leczenie nerkozastępcze, poszczególne aspekty pielęgniarstwa nefrologicznego stają się coraz bardziej złożone. Dlatego organizacja stawia sobie za zadanie ciągle podwyższanie poziomu i jakości opieki w stosunku do pacjenta i jego rodziny, promowanie stałego rozwoju zawodowego wśród swoich członków poprzez edukację i wymianę doświadczeń, prowadzenie badań naukowych i opracowywanie na ich podstawie nowych standardów w opiece nefrologicznej. Wszyscy członkowie EDTNA/ERCA mają stały dostęp do najnowszych informacji z dziedziny nefrologii poprzez Biuletyn Informacyjny (tłumaczony również na j. polski), „Journal of Renal Care”, dyskusje panelowe, programy edukacyjne oraz na bieżąco aktualizowaną stronę internetową www.edtnaerca.org

Od początku swojego istnienia Towarzystwo skupiło swoje działania na profesjonalnym rozwoju poszczególnych grup zawodowych. Dzięki temu powstały podgrupy skupiające specjalistów zainteresowanych rozwojem własnej dziedziny nefrologii. Utworzono również specjalny Oddział Badań Naukowych, który zajął się opracowywaniem standardów w opiece nefrologicznej. Dzięki zaangażowaniu pielęgniarek z wielu krajów w 1995 roku EDTNA/ERCA opublikowała zbiór „Europejskich Standardów w Klinicznym Pielęgniarstwie Nefrologicznym”. Dokument ten równolegle włączono do podyplomowych studiów specjalizacyjnych w pielęgniarstwie nefrologicznym w większości krajów członkowskich. Standardy stanowiły jedną z pierwszych publikacji tego typu na świecie, ich wprowadzenie

do codziennej praktyki spowodowało ujednolicenie i uporządkowanie zasad opieki pielęgniarskiej w nefrologii. Na przestrzeni kolejnych lat swojej działalności EDTNA/ERCA opublikowała następne pozycje, tj.: *Przewodnik dietetyczny*, *Podstawy pielęgniarstwa nefrologicznego w Europie*, *Przewodnik dla techników* oraz *Przewodnik dla pracowników socjalnych*. Ostatnio wydana publikacja to *PChN – przewodnik w praktyce pielęgniarskiej* (2 tomy). Wszystkie te pozycje są skutecznie wykorzystywane w codziennej opiece nad pacjentami nefrologicznymi w licznych szpitalach całej Europy. Działalność Towarzystwa to również zaangażowanie w różnego rodzaju międzynarodowe programy badawcze, które prezentowane są na corocznej konferencji naukowej.

Ostatnia Międzynarodowa Konferencja EDTNA/ERCA odbyła się w dniach 6–9.09.2008 w Pradze i uczestniczyło w niej 2254 delegatów z 43 krajów. Do swojej dyspozycji uczestnicy mieli liczne sesje edukacyjne dotyczące różnorodnych tematów opieki nefrologicznej, które zostały zebrane pod wspólnym hasłem przewodnim konferencji: „Poprawa jakości opieki nefrologicznej w Europie – łączenie teorii z praktyką”. Do Komitetu Organizacyjnego nadesłano 294 streszczenia z 33 różnych krajów świata, 166 z nich zostało przedstawionych w formie prezentacji ustnych, pozostałe zaprezentowano w formie plakatowej (1 z Polski). Tematy wykładów dotyczyły każdej z dziedzin nefrologii i poruszały aktualne problemy w opiece nefrologicznej.

Wzrastająca z roku na rok liczba ludzi z PChN to problem ogólnoswiatowy, dlatego naturalne wydaje się, że edukacja zdrowotna pacjentów na różnych etapach choroby stanowiła jeden z kluczowych tematów Konferencji. W literaturze światowej istnieją różnorodne opracowania dotyczące bezpośrednio edukacji chorych, czasu i formy jej prowadzenia. Standard K/DOQI zaleca rozpoczęcie edukacji pacjenta nefrologicznego na tyle wcześnie, aby ułatwić wybór terapii nerkozastępczej. Brytyjskie Towarzystwo Nefrologiczne sugeruje, że pacjent od początku swojej choroby powinien otrzymywać nie tylko podstawowe informacje, ale profesjonalne wspar-

cie edukacyjne. Diagnoza PChN dla wielu ludzi może być traumatyczna, a to z kolei prowadzi do blokady psychicznej, która nie pozwala pacjentowi należycie zrozumieć istoty swojej choroby. W rezultacie traci on możliwość odpowiedniego przygotowania na postępujące zmiany w organizmie oraz świadomego wyboru leczenia nerkozastępczego. W szczególności pacjenci w stadium 4. i 5. PChN pozbawieni profesjonalnej edukacji narażeni są na wysoki poziom stresu, który ogranicza ich czynny udział w procesie leczenia. Jednak sytuacja może być całkowicie odmienna, kiedy pacjent poddany zostaje profesjonalnie prowadzonej edukacji zdrowotnej.

Badania naukowe przeprowadzone przez członków EDTNA/ERCA jasno wykazały korzyści z regularnie prowadzonej edukacji zdrowotnej. Przede wszystkim poprawia ona komfort psychiczny pacjenta, przygotowuje go do samoopieki i samopielęgnacji, ułatwia wybór metody leczenia, uczy pacjenta kontroli parametrów życiowych i odpowiedniej ich interpretacji. Pacjenci nefrologiczni, którzy w trakcie spotkań edukacyjnych poznają specyfikę swojej choroby, zalecenia dietetyczne, w mniejszym stopniu wymagają nagłej hospitalizacji. Ich poziom satysfakcji i radzenia sobie z chorobą jest znacznie wyższy, a to bezpośrednio wpływa na wyniki leczenia i jakość ich życia.

W celu podniesienia efektywności oddziaływania edukacyjnego EDTNA/ERCA zwraca uwagę na stosowanie różnych form edukacji zdrowotnej, dostosowanej do potrzeb konkretnego pacjenta. Głównie dotyczy to doboru właściwych form, metod i środków dydaktycznych ułatwiających uczenie się pacjentów, jak dbać o własne zdrowie. Zajęcia edukacyjne mogą być prowadzone indywidualnie lub grupowo, wykorzystywać słowo pisane, mówione, pokaz praktyczny czy multimedialny. Ważne jest, aby informacje odnośnie do wszystkich metod leczenia nerkozastępczego były przekazane w sposób rzetelny i umożliwiły pacjentowi dokonanie wyboru zgodnego z jego oczekiwaniami. Prawidłowo przeprowadzona edukacja zapewnia właściwą współpracę pacjenta z członkami zespołu terapeutycznego, dlatego też edukacja pacjentów powinna być pro-

wadzona tak, aby przekazywanie informacji następowało w sposób spójny, logiczny, jednolity i zrozumiały.

Jedną z pierwszych charakterystyk pielęgniarki nefrologicznej przedstawiła w 1979 roku prof. piel. Ellen D. Bear w swojej książce *Historia pielęgniarstwa*: „pielęgniarka nefrologiczna to doświadczona profesjonalistka, która posiada wystarczającą wiedzę wymaganą w opiece nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek na każdym etapie jego leczenia”. Aby sprostać tym oczekiwaniom, współczesne pielęgniarki nefrologiczne rozbudowały swój zakres kompetencji; do licznych zadań dołączył również obowiązek uczenia innych i oddziaływania o charakterze wychowawczym. Wprowadzenie tych zmian jest procesem trudnym i wymaga wnikliwego przygotowania i zaplanowania, a także czasu i cierpliwości. Ze względu na szybkość zachodzących przemian bardzo dużego znaczenia nabiera kształcenie ciągle pielęgniarek, w czasie pracy, a także samokształcenie w ciągu całego życia. Europejskie Towarzystwo Pielęgniarek Dializacyjnych i Transplantologicznych zapewnia to poprzez różnorodne formy działalności. Jako profesjonalne towarzystwo pielęgniarskie dba o wysoki stopień kompetencji zawodowych swoich członków oraz podnosi jakość opieki pielęgniarskiej. EDTNA/ERCA od początku swojej działalności aktywnie wspiera międzynarodowe dążenia pielęgniarek nefrologicznych do większego profesjonalizmu. Dlatego, mając na uwadze konieczność zmian mentalnych w środowisku polskiego pielęgniarstwa nefrologicznego w kwestii kształcenia podyplomowego, samokształcenia i zrzeszania się w organizacje zawodowe, warto zastanowić się głębiej nad czynnym przystąpieniem do EDTNA/ERCA. Może wówczas łatwiej będzie zrozumieć istotę naszej profesji i otworzyć drzwi, które wprowadzą polskie pielęgniarstwo nefrologiczne do Europy.

Gabriela Magrian

lic. pielęgniarstwa,
Przedstawiciel EDTNA/ERCA w Polsce
motzkin@hotmail.com
Klinika Nefrologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych
Oddział Hemodializy i Medycyny
Transplantacyjnej
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Najważniejsza jest jakość leczenia

Zapewnienie bezpieczeństwa szesnastu tysiącom dializowanych w Polsce oraz doprowadzenie do powstania opisu procedury odpowiadającego realiom i ustalenia standardów hemodializy – te cele do zrealizowania w pierwszej kolejności stawia przed sobą Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska (SNIGMP). Od marca 2009 roku przedstawiciele Izby Gospodarczej i Narodowego Funduszu Zdrowia pracują w dwustronnym zespole do spraw analizy standardów i kosztów hemodializoterapii. Powołanie zespołu jest wydarzeniem bez precedensu w historii polskiej służby zdrowia.

Rozbieżność zdań z Narodowym Funduszem Zdrowia co do wyceny zabiegu hemodializy spowodowała na początku tego roku ogromny niepokój u wielu pacjentów. Ponad 120 stacji odmówiło podpisania kontraktów za cenę proponowaną przez Fundusz. Pieniądze, które proponował NFZ nie gwarantowały utrzymania poziomu leczenia. Przez ponad dwa miesiące pacjenci cierpiący na niewydolność nerek znajdowali się w dramatycznej sytuacji. Konflikt z Funduszem spowodował kłopoty finansowe większości właścicieli stacji, a co za tym idzie – konieczność ograniczania świadczonych usług, a nawet zagrożenie zamykaniem kolejnych placówek. Stacje popadały w coraz większe tarapaty z powodu wstrzymania zwrotu kosztów zabiegów przez NFZ. Pod koniec lutego 2009 roku większość stacji zaprzestała wydawać posiłki dla dializowanych. Istniała realna groźba zawieszenia transportu chorych na zabiegi dializy. Fundusz natomiast unikał konkretów,

odwlekał decyzje, manipulował liczbami, przedłużał rozmowy, wielokrotnie zrywał negocjacje i odwoływał własne propozycje, a po rozmowach rozpowszechniał niezgodne z prawdą komunikaty.

Strony (SNIGMP i NFZ) porozumiały się w ostatniej chwili, tylko dzięki daleko idącym ustępstwom Sekcji. Zapobiegło to sytuacji, w której kilkutyśieczna grupa pacjentów mogła zostać pozbawiona leczenia ratującego życie. Taka sytuacja nie może się powtórzyć. Wszyscy członkowie Sekcji mają obowiązek wykorzystać każdą możliwość, by pacjenci nie musieli więcej ponosić konsekwencji złych rozwiązań systemowych.

Lutowe porozumienie z NFZ to pyrrusowe zwycięstwo operatorów stacji dializ. Stacje – dla dobra pacjentów – by nie powodować sytuacji zagrożenia ich życia, zgodziły się na niesatysfakcjonujący ich kompromis. Fundusz nadal płaci za dializę w Polsce najniższą stawkę w Europie. Cena, którą po tygodniach niepewności pacjentów i operatorów stacji dializ, zaproponował NFZ to 400 zł w pierwszym półroczu 2009 r. i 414 zł od lipca.

Przy obecnym kursie euro wysokość refundacji hemodializy w Polsce wynosi około 85 euro. U naszych sąsiadów wartości te wynoszą odpowiednio: Czechy – 130 euro, Słowacja – 130 euro, Słowenia – 160 euro czy w końcu Rumunia – 110 euro. Trudno nam porównywać się do krajów takich jak Niemcy – 180 euro, Francja – 289 euro, Szwecja – 300 euro. Koszty sprzętu i materiałów są podobne w całej Europie.

Stawka na ten rok dalej nie pokrywa kosztów wykonania zabie-

gu. To jednak pierwszy od wielu lat krok w kierunku dostosowania jej do rzeczywiście ponoszonych przez operatorów stacji dializ kosztów. Sytuacja jest opanowana tylko na pozór. Operatorzy stacji dializ są zgodni, że jeżeli NFZ nie uwzględni ich oczekiwań, aby stawki refundacyjne umożliwiały wygospodarowanie środków na rozwój i odtworzenie infrastruktury, szybko może dojść do zapaści dializoterapii.

NFZ przeprowadził ankietę kosztową w stacjach dializ i opublikował jej wyniki. Średni koszt zabiegu w 180 stacjach (2/3 wszystkich placówek) wyliczony został przez Fundusz na 443,25 zł (za: „Rynek Zdrowia”, nr 05/2009). Natomiast według informacji zebranych we wrześniu ub. r. przez Sekcję, w ośrodkach publicznych i niepublicznych uzyskano średnią w wysokości 445 zł. Ceny wyliczone przez stacje i Fundusz są więc zbliżone. Nie przystaje do nich tylko stawka obowiązująca...

Stawki, które wynegocjowaliśmy z NFZ, są niższe niż postulowaliśmy i niższe od tych, które wynikały z naszych analiz. Zgodziliśmy się jednak na to, że podstawą do rozmów w następnych okresach rozliczeniowych będą wyniki prac wspólnego zespołu. Niestety postęp prac zespołu pozostawia wiele do życzenia.

NFZ bez zahamowań chce obniżyć cenę zabiegu kosztem jego jakości. Podczas prac wspólnego zespołu Fundusz nie ustaje w wysiłkach, by obcinać koszty nie zwracając uwagi na konsekwencje. Urzędnicy chcą zlikwidować 24-godzinny cykl pracy stacji. To kolejny raz zachwieje polską trans-

plantologią. Na stacji znajduje się bowiem komplet badań pacjenta zakwalifikowanego do przeszczepu. To tu nefrolog bada pacjenta bezpośrednio przed przeszczepem i wydaje decyzję o stanie zdrowia

pozwalającym na zabieg. Organy do przeszczepu często pojawiają się nocą. Obaj konsultanci krajowi – ds. nefrologii i transplantacji – są przeciwni pomysłowi ograniczenia godzin działania stacji.

Eksperti szacują, że w 2010 roku 27 tysięcy Polaków będzie korzystać z leczenia nerkozastępczego. Naszą misją jest leczyć ich wszystkich zgodnie z najnowszymi standardami.

Dariusz Aksamit jest doktorem nauk medycznych. W czerwcu tego roku, delegaci na Walnym Zgromadzeniu Sekcji Nefrologicznej Izby Gospodarczej Medycyna Polska wybrali go prezesem Izby. D. Aksamit jest przewodniczącym dwustronnego zespołu negocjacyjnego (SNIGMP i NFZ) ds. analizy standardów i kosztów hemodializoterapii. Pracuje na stanowisku dyrektora pionu usług medycznych firmy Hand-Prod Sp. z o.o., która jest właścicielem 8 stacji dializ w Polsce.

Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska (SNIGMP) powstała w czerwcu 2008 roku. Dziś zrzesza operatorów niemal 160 publicznych i niepublicznych stacji dializ w Polsce. Przy Sekcji powołano Komitet Naukowy, złożony z wybitnych przedstawicieli środowiska nefrologicznego w kraju. Podczas negocjacji SNIGMP z Narodowym Funduszem Zdrowia, Izba reprezentowała również wiele placówek nie będących jej członkami. Porozumienie podpisane przez NFZ i SNIGMP 27 lutego br., zakłada, że za jedną dializę wykonaną w pierwszym półroczu tego roku NFZ zapłacił 400 zł, a od lipca – 414 zł. SNIGMP jest otwarta na przyjęcie nowych członków-właścicieli i operatorów stacji dializ.

GŁOS STOWARZYSZENIA

W negocjacjach uczestniczy również Iwona Mazur – prezes OSOD, reprezentująca pacjentów, czyli grupę najbardziej zainteresowaną jakością świadczonych usług. Swoją obecnością zwraca uwagę na fakt, że dyskusje nie dotyczą liczb, statystyk i opłacalności finansowej, ale bezpośrednio ludzkich losów. Podkreśla przy tym jakim absurdem jest to, że w Polsce walczy się o rzeczy podstawowe, podczas gdy na całym świecie rozmawia się o podnoszeniu jakości leczenia i komfortu życia pacjentów.

WOJCIECH PALAK

Kierownik Administracyjno-Techniczny
Centrum Medyczne „Medyk”

DOROTA BUDZISZEWSKA

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych

Nie czekaj, zbadaj swoje nerki

Pod takim tytułem przebiegała akcja zorganizowana przez Centrum Medyczne „Medyk” – właściciela Stacji Dializ w Leżajsku. Akcja była prowadzona od 1 do 24 lipca 2009 roku i w tym okresie, przez 3 dni w tygodniu, każdy mieszkaniec powiatu leżajskiego lub powiatów ościennych mógł poddać się bezpłatnym badaniom

krwi, w których oznaczany był poziom kreatyniny i glukozy. W przypadku niekorzystnych wyników pacjent umawiany był na bezpłatne konsultacje nefrologiczne i dodatkowe badania krwi i moczu.

Akcja miała na celu dotarcie do Pacjentów, którzy mają niewykrytą chorobę nerek, w jak najwcześniejszym stadium jej rozwoju





oraz zwrócenie im uwagi na to, jak ważna jest profilaktyka. Plakaty informacyjne rozwieszane był w przychodniach, aptekach, kościołach oraz w innych, przystosowanych do tego miejscach. Mieszkańcom regionu, którzy ze względu na odległość nie mogli dojechać do Leżajski, pobierano krew w wybranych przychodniach bliżej ich miejsca zamieszkania.

W czasie trwania akcji zgłosiło się więcej niż 300 osób, z których ponad 30 osób zaproszono na dokładniejsze badania. Wbrew przewidywaniom organizatorów, oczekujących negatywnych wyników badania glukozy, co mogłoby świadczyć o cukrzycy, okazało się,

że największe problemy mieszkańcy mają właśnie z nerkami. Tylko 5 z przebadanych osób miało podwyższony poziom glukozy przy prawidłowym poziomie kreatyniny, pozostali mieli podwyższoną kreatyninę i mocznik.

Jak wynika z ostatniego etapu badań, którego rezultaty przedstawia poniższa tabela, dwie osoby w najbliższym czasie powinny być dializowane, a reszta pacjentów powinna pozostawać pod stałą opieką nefrologiczną.

Z wyników akcji widać także wyraźnie, że wiek ma ogromną rolę w przypadku chorób nerek. Wiele osób nigdy nie było badanych pod kątem nefrologicznym.

Akcja pozwoliła na zdiagnozowanie chorób nerek u wielu osób. CM „Medyk” planuje powtórzyć akcję w przyszłym roku, a my gorąco zachęcamy wszystkie placówki medyczne do pójścia w ich ślady i zorganizowanie podobnych akcji na swoim terenie. Zachęcamy także wszystkich lekarzy pierwszego kontaktu do kierowania swoich podopiecznych na badania w kierunku chorób nerek, a podopiecznych do upominania się o takie skierowania.

Rok urodzenia	Płeć	Mocznik	Kreatynina	GFR
1945	K	171	3,7	12,4
1929	K	154	4,3	13,6
1929	K	131	2	22,7
1942	M	116	2,1	30,2
1965	M	75	2,4	31,4
1932	K	84	1,3	38,1
1954	M	41	2	39,2
1952	K	68	1,8	39,5
1944	M	125	1,5	42,1
1934	M	66	1,6	42,8
1933	K	60	1,6	43,4
1933	M	78	1,5	44,3
1934	M	60	1,4	44,3
1943	K	49	1,2	46,5
1931	K	62	1,1	47,3
1929	K	60	1,4	49,2
1928	M	82	1,8	49,3
1932	M	78	1,3	51,4
1935	M	51	1,4	51,5
1936	M	56	1,3	54,5
1940	M	49	1,2	55,6
1928	M	92	1,4	56,6

Z radością informujemy, że z inicjatywy OSOD powstały dwa odcinki Magazynu Medycznego emitowanego na antenie TVP Kraków oraz TV Polonia. Reportaż zatytułowany *Choroby Nerek* porusza kwestie związane z czynnikami ryzyka zachorowania na choroby nerek, metodami leczenia Przewlekłej Niewydolności Nerek oraz przeszczepieniami, a także przedstawia rolę oraz funkcję Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów Dializowanych.

Materiał ten jest własnością OSOD, dlatego umieściliśmy go również na stronie internetowej (www.osod.info). Gorąco zachęcamy do pobierania, oglądania oraz dzielenia się nim z innymi.

Zespół OSOD



SYLWIA RODAK

Stacja Dializ DIAVERUM w Gdańsku

Zalecenia dietetyczne dla pacjentów hemodializowanych

*Zażyj pigułkę uśmiechu
Połknij promień słońca
Wyrzuć kapsułki łez
Bez smutków i złych myśli
A Twoje marzenie
Aby być zdrowym
Na pewno się ziści*

Stan zdrowia pacjenta dializowanego w 70% zależy od niego samego. Niewielu pacjentów zdaje sobie sprawę, jak duży wpływ mogą mieć na jakość swego życia i że tak naprawdę to oni o tym decydują.

Zespół terapeutyczny ma za zadanie wpłynąć na chorego i uświadomić mu, jak powinien żyć z dializą, by podnieść jakość życia i by trwało ono jak najdłużej. Stąd też drogą indywidualnych porad każdemu pacjentowi udzielane są wskazówki umożliwiające zestawienie pełnowartościowej i kalorycznej diety.

Ma to podstawowe znaczenie dla prawidłowego zestawienia codziennego pożywienia, ponieważ oprócz zapotrzebowania na kalorie bardzo ważnym elementem jest przestrzeganie ilości potasu i fosforu w pożywieniu, jak również indywidualne dostosowanie się do dziennego zapotrzebowania na płyny. Osoby dializowane o wysokim ciśnieniu tętniczym krwi muszą przy tym ograniczać zawartość soli w diecie, aby osiągnąć stabilizację ciśnienia.

Pacjenci muszą zmienić dotychczasowe myślenie. Dopiero przy ich pomocy możemy mówić o pełnym sukcesie terapeutycznym. Jednym z zasadniczych czynników warunkujących dłuższy czas dializacyjny jest odpowiednia dieta. Należy w niej uwzględnić wiele czynników, takich jak: białko, wapń, fosfor, sód, potas, odpowiednie nawadnianie czy utrzymanie optymalnej masy ciała. Przestrzeganie odpowiedniej diety ma duży wpływ m.in.: na prawidłowy przebieg dializ, dobre samopoczucie i wyniki badań laboratoryjnych.

POTAS

Potas w postaci swoich soli jest rozpuszczalnym w wodzie minerałem, który zawarty jest we wszystkich komórkach roślinnych i zwierzęcych. W normalnych warunkach całkowita zawartość potasu w organizmie jest względnie stała. W codziennym rytmie potas dostarczany jest w żywności i wydalany przez nerki. W przypadku niewydolności nerek, tracą one stopniowo zdolność do wydalania potasu. Z tego powodu dochodzi do wzrostu ilości potasu w organizmie.

Ograniczenie spożycia potasu jest najważniejszą częścią diety chorego dializowanego (ograniczenie obejmuje 50% ilości przyjmowanej w okresie zdrowia). Dzielne spożycie potasu powinno wynosić 1500–2000 mg przy dializie trzy razy w tygodniu.

Objawami wysokiego poziomu potasu we krwi mogą być:

- mrowienie w okolicy ust, dłoni i języka;
- zwolniona akcja serca (!);
- osłabienie mięśni – „nogi z waty”;
- zaburzenia rytmu serca;
- w sytuacji ekstremalnej – zawał.

Produkty zawierające potas:

- świeże owoce: agrest, banany, porzeczki czerwone i czarne, winogrona, wszystkie owoce pestkowe (truskawki, wiśnie, czereśnie, brzoskwinie, morele), koncentraty owocowe, soki, kompoty;
- owoce suszone i oleiste: rodzynki, daktyl, figi, orzechy;
- świeże warzywa: młode ziemniaki, buraki, pomidory, szpinak,

zielony groszek, fasola szparagowa;

- zupy i wywary z warzyw;
- produkty zbożowe: kasza gryczana i jaglana, otręby pszenne, płatki kukurydziane i owsiane, pieczywo żytnie, chrupkie oraz pumpernikiel;
- suche nasiona roślin strączkowych: groch, fasola, soja;
- mleko w proszku, zagęszczone;
- produkty tzw. dietetyczne bez soli: sery, wędliny, sole zastępcze;
- wyroby cukiernicze: czekolada, kakao, chałwa, orzeszki solone, chipsy kartoflane.

Ponieważ z powodów żywieniowo-fizjologicznych i smakowych nie sposób zrezygnować całkowicie z tych produktów, można poprzez specjalne ich przyrządzanie znacznie obniżyć zawartość potasu.

Metody przyrządzania obniżające zawartość potasu:

1. Przyrządzanie ziemniaków:

Ziemniaki obrać, pokroić w małe kostki i włożyć na 12 godzin do wody (najlepiej do 10-krotnej objętości). Po upływie ww. czasu ziemniaki włożyć ponownie do świeżej wody. Ugotowane dobrze odsączyć i wedle uznania doprawić masłem lub ziołami.

Można również przygotować ziemniaki w inny sposób, mianowicie: drobno je posiekać, zalać gorącą wodą, wymoczyć przez 30 minut. Odląć wodę w której się moczyły, a następnie wypłukać pod bieżącą wodą. Czynność płukania powtórzyć kilkakrotnie. Zalać wodą i gotować przez 3–6 minut. Odląć wodę i ponownie zagotować.

Przez takie przygotowanie ziemniaków zawartość potasu może być obniżona nawet o ponad 60% (!).

W taki sam sposób należy przygotowywać gotowane warzywa, tj. marchewkę, kalafiory, fasolkę szparagową, itp. Zaleca się, aby 2–3 razy w tygodniu zastępować ziemniaki ryżem, makaronem lub chlebem, szczególnie, jeżeli są dwa dni przerwy między dializami.

2. Używanie owoców – zawekowane owoce lub owoce w puszkach zawierają mniej potasu, gdy odlewamy sok.

3. Przy głęboko zmrożonych warzywach i owocach zawartość potasu maleje do 30%, jeżeli przedtem owoce i warzywa zostały wymyte i sparzone.

4. Oszczędnie używać świeżych i suszonych ziół, np. pietruszki.

5. Środki zastępujące sól kuchenną są zabronione ze względu na wysoką zawartość potasu.

6. Należy zwrócić uwagę na dużą zawartość potasu w gotowych produktach ziemniaczanych, np. 100 g puree kartoflanego – 1150 mg potasu, 100g frytek – 1000 mg potasu.

FOSFOR

Jest pierwiastkiem występującym we wszystkich rodzajach pożywienia. Dla organizmu jest ważny jako budulec kości i zębów. Zapotrzebowanie naszego organizmu na fosfor jest niewielkie i zazwyczaj spożywamy go za dużo. Zdrowe nerki usuwają nadmiar fosforu z moczem. Niewydolne nerki tracą zdolność wydalania fosforu stosunkowo wcześniej, stąd zaczyna on stopniowo gromadzić się w organizmie już u pacjentów ze średnio zaawansowaną niewydolnością nerek. Wraz z postępem niewydolności rośnie stężenie fosforu we krwi, zwłaszcza gdy pacjent nie stosuje się do zaleceń względem diety.

Objawy kliniczne nadmiaru fosforu we krwi są znikome, natomiast następstwa tego stanu, ujawniające się po miesiącach, są dramatyczne:

- obniżenie stężenia wapnia we krwi poprzez wytrącanie się soli

wapniowo-fosforanowych odkładających się w postaci złogów w sercu, mięśniach i naczyniach krwionośnych;

- postępujące odwapnienie kości prowadzące do osteoporozy, której towarzyszą patologiczne złamania lub skrzywienia kości – jako następstwo wtórnej nadczynności przytarczyc – towarzyszy jej niedobór wapnia mogący być przyczyną bolesnych skurczów mięśni i dolegliwości bólowych ze strony kości;

- swędzenie skóry, wysypka na skórze;

- nudności;
- bezsenność.

Produkty szczególnie bogate w fosfor:

- produkty mleczne: mleko;
- ryby: świeże, solone, wędzone, konserwy rybne;
- podroby: wątroba, mózdzek, nerki;
- indyk, kaczka, pasztety drobiowe;
- gotowe wędliny: kabanosy, szynka mielona, itd.;
- żółtka jaj, ser żółty i topiony;
- grzyby;
- nasiona roślin strączkowych: fasola, groch, soja;
- produkty zbożowe (kasza gryczana, jęczmienna, makarony, otręby, płatki owsiane, mąka kukurydziana, chleb chrupki, bułki graham);
- wyroby cukiernicze (kakao, czekolada, orzechy, migdały);
- napoje typu coca-cola, peps.

Większość chorych z niewydolnością nerek powinna zażywać preparaty wiążące fosfor w świetle przewodu pokarmowego (najczęściej węglan wapnia, czyli Calcium Carbonicum, w wyjątkowych przypadkach Alusal). Leki te powodują wydalanie nadmiaru fosforu z kałem.

Należy pamiętać, że fosfor trudno usunąć z krwi w czasie dializy. Tak więc jedynym skutecznym sposobem kontroli jego stężenia we krwi jest ograniczenie spożywania produktów bogatych w fosfor i systematyczne zażywanie leków wiążących go w świetle przewodu pokarmowego.

Nadmiar fosforu w organizmie nie jest odczuwany bezpośrednio po spożyciu bogatych w fosfor produktów, lecz objawi się za kilka miesięcy bólami kości i stawów.

Zalecenia dietetyczne w celu obniżenia poziomu fosforanów:

- Unikanie substancji spożywczych bogatych w fosforany (np. orzechy), wszelkiego rodzaju potraw zawierających serki topione, sery gotowane, sery twarde, mleko sproszkowane, mleko kondensowane.

- Nie pić więcej niż 1/8 litra mleka, maślanki lub jogurtu dziennie.

- Zamiast mleka do gotowania stosować mieszaninę wody ze śmietaną (1 litr śmietany rozcieńczony w 2/3 l wody). Naturalnie według zapotrzebowania kalorycznych można użyć mniej lub więcej wody. Zależnie od przeznaczenia można śmietanę rozcieńczyć wodą np. do przygotowania budyniu, kleiku mlecznego lub ziemniaków puree.

- Wybierać sery o niskiej zawartości fosforanów, jak: ser biały, sery młode, camembert, brie, mozzarella i inne.

- Unikanie pokarmów i napojów z dodatkami fosforanów. Dodatki fosforanowe można rozpoznać pod następującymi numerami klasyfikacji E: E338, E339, E340, E341, E450a, E450b, E450c, E540, E543, E544.

- Rozważenie przyjmowania środków wiążących fosforany, przede wszystkim do pokarmów zawierających fosforany.

SÓD = SÓL

Nadmierna podaż soli zwiększa pragnienie między dializami, przyczynia się do nadmiernego przyrostu wagi, sprzyja podwyższeniu ciśnienia tętniczego krwi, utrudnia leczenie nadciśnienia, a także prowadzi do zatrzymywania wody w organizmie i powstawania obręzków. Zatem przyjmowana ilość soli można oszacować na podstawie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i przyrostu wagi pomiędzy dializami.

Produkty szczególnie bogate w sód:

- przetwory rybne: głównie ryby wędzone, konserwy rybne;
- marynaty: kiszona kapusta, ogórki, itp.;
- konserwy mięsne;
- mięso wędzone i wędliny: kabanosy, kiełbasa krakowska i zwyczajna, szynka, boczek, beko, salami, parówki, pasztety;
- sery żółte i topione;
- zupy z koncentratów: rosół, zupa jarzynowa, barszcz biały i czerwony;
- ketchup, musztarda, majonez, płatki kukurydziane;
- produkty piekarnicze i cukiernicze.

Do przyrządzania potraw powinny być używane wszystkie naturalne przyprawy i zioła kuchenne. Uważać także należy na takie przyprawy jak: ekstrakty mięsne, kostki rosółowe, gotowe sosy i przyprawy płynne, które obok soli zawierają również duże ilości potasu.

WODA

U dorosłych pacjentów dializowanych ilość przyjmowanych płynów musi być rozpatrywana indywidualnie. Można ją obliczyć w następujący sposób: ilość wydalanego moczu na dobę + 500 ml na pokrycie strat płynów wydalanym z potem, przez oddychanie i wydalonych z kałem. Jeżeli pacjent w ogóle nie oddaje moczu, ilość płynów dozwolona w ciągu doby wynosi ok. 0,5 litra. Ilość wypijanych płynów może być zwiększona w przypadku upalnej pogody, wymiotów czy biegunk.

Możemy temu zapobiec, przy jednoczesnym ograniczeniu płynów poprzez:

- stymulowanie produkcji śliny: ssanie kwaśnych cukierków, żucie gumy, ssanie zamrożonego plasterka cytryny czy kostki lodu;
- częste płukanie jamy ustnej wodą – bez połykania;
- przyjmowanie leków z pościelką, o ile brak przeciwwskazań;
- ograniczenie spożycia soli kuchennej i słonych potraw, np. konserwy;

- codzienną kontrolę wagi ciała – przyrosty ciężaru ciała pomiędzy dializami nie powinny przekraczać 2 kg.

Przykładowe zawartości płynu w żywności:

- 100% – owoce, warzywa surowe i gotowane, jogurt, lody, zupy, sosy, rosoly i czyste płyny np. kawa, herbata i soki;
- 75% – puree z ziemniaków;
- 50% – gotowane ziemniaki, makaron gotowany, ryż gotowany;
- 25% – ziemniaki pieczone;
- 0% – potrawy mięsne bez sosów.

Zupy zawsze dostarczają nadmiaru płynu i potasu. Nie zaleca się dodawać do zup ani ziemniaków, ani suszonych warzyw. Nie powinno się spożywać zup jako pierwszego dania, lecz ewentualnie jako danie kompletne, uzupełnione np. chlebem.

PRZYKŁADOWE PRZEPISY

1. Zupa jarzynowa (4 porcje)

Składniki: 1 marchew, 1 mała pietruszka, 1 por, ½ średniego selera, 1 cebula, 2 ziemniaki, ¼ małej włoskiej kapusty, 1,5 l wody, 1 łyżka masła, 1 łyżka oleju sojowego lub słonecznikowego, pieprz ziółowy, szczypta zielonej pietruszki.

Sposób przyrządzenia: warzywa umyć, obrać, pokroić w kostkę lub zetrzeć na tarce o dużych oczkach. Następnie dusić na oleju ok. 10 min., mieszając drewnianą łyżką. Dolać wody i gotować pod przykryciem do miękkości. Dodać masło i szczyptę zielonej pietruszki.

Jedna porcja zawiera: 539 mg potasu, 72 mg fosforu, 46 mg sodu.

2. Cielęcina lub kurczak dużony (4 porcje)

Składniki: 40 dag cielęciny lub piersi z kurczaka, 2 średniej wielkości marchewki, 1 średnia pietruszka, ½ małego selera, 1 mały pomidor, 1 mała cebula, 1 łyżka oleju sojowego lub słonecznikowego, 1 łyżka zielonej pietruszki, majeranek.

Sposób przyrządzenia: opłukane mięso zalać niewielką ilością wrzącej wody, gotować pod przykryciem. Warzywa rozdrobnić, dodać do podgotowanego mięsa, wlać olej, oprószyć majerankiem. Uzupełnić wyparowaną wodę. Ugotować do miękkości. Przed podaniem podzielić na porcje i posypać zieloną pietruszką lub koperkiem. Podawać z jarzynami, z którymi mięso było gotowane oraz z ziemniakami, kaszą, ryżem.

Jedna porcja zawiera: 514 mg potasu, 200 mg fosforu, 143 mg sodu.

3. Pulpety cielęce lub drobiowe (4 porcje)

Składniki: 40 dag mięsa cielęcego lub drobiowego bez kości (kawałki), 1 średnia marchew, 1 średnia pietruszka, ¼ małego selera, 1 mały por, 1 mała cebula, 2 małe czerstwe bułki, ½ szklanki mleka, 1 jajo, ½ łyżeczki mąki ziemniaczanej, 1 łyżka bułki tartej, 1 łyżka mąki, 1 łyżka zielonej pietruszki, majeranek, pieprz ziółowy.

Sposób przyrządzenia: umyte, obrane, opłukane warzywa gotować pod przykryciem w niewielkiej ilości wody. Bułki pokroić w kromeczki, namoczyć w mleku, odcisnąć, zemleć razem z opłukanym i pokrojonym w kostkę mięsem. Do mięsa dodać jajko, mąkę ziemniaczaną, przyprawy, starannie wyrobić. Formować pulpety, obtoczyć w mące wymieszanej z bułką tartą. Włożyć do gotującego się wywaru z warzyw i gotować pod przykryciem na małym ogniu. Po ugotowaniu wyjąć na półmisek, obłożyć warzywami z wywaru i posypać zieloną pietruszką.

Jedna porcja zawiera: 587 mg potasu, 260 mg fosforu, 214 mg sodu.

4. Piersi kurczaka zawijane w kapuście (4 porcje)

Składniki: 4 piersi z kurczaka, 8 liści kapusty, 2 marchewki, 1 cebula, 1 łyżka posiekanej pietruszki, 1 łyżka tłuszczu bez soli.

Sposób przyrządzenia: jarzyny umyć i obrać. Liście kapusty zblanszować – 2 minuty we wrzą-

ku. Cebulę i pietruszkę drobno posiekać, a marchewkę zetrzeć na tarce. Każdą pierś, niewielką ilość cebuli, pietruszki, marchewki i jedną czwartą tłuszczu ułożyć na dwóch złożonych liściach kapusty. Liście zwinąć i złączyć za pomocą nitki lub wykałaczki. Piec przez 30 minut w gorącym piekarniku, ułożone na dnie w naczyniu z wodą.

Jedna porcja zawiera: 600 mg potasu, 257 mg fosforu, 107 mg sodu.

5. Mięso w sosie chrzanowym (1 porcja)

Składniki: ½ l wody, 125 g mięsa cielecego, kawałek marchewki, selera, korzenia pietruszki.

Sposób przyrządzenia: zgotować wodę, włożyć do niej mięso i gotować przez 45 minut. Dodać oczyszczone, pokrojone na drobne kawałki warzywa i gotować dalsze 30 minut. Wyłożyć mięso na rozgrzany talerz i polać odrobiną wywaru. Do tego sos z chrzanu: 1 łyżka ubitej śmietany, 1 łyżeczka tartego chrzanu, kilka kropel soku cytrynowego.

Jedna porcja zawiera: 356 mg potasu, 148 mg fosforu, 85 mg sodu.

6. Zraz wołowy (1 porcja)

Składniki: 1 cienki kawałek mięsa wołowego (125 g), pieprz, papryka, ½ łyżeczki musztardy, 1 plasterek boczku (30 g), ½ małej cebuli, 1 mały marynowany ogórek, 1 łyżeczka oleju.

Sposób przyrządzenia: mięso posypać pieprzem, papryką i posmarować musztardą. Boczek, cebulę i ogórek pokroić w drobne paski i rozłożyć na mięsie. Mięso zwinąć w roladę i zabezpieczyć wykałaczką. Olej rozgrzać na patelni, zraz pod smażyć na nim ze wszystkich stron. Następnie zalać wodą i dusić przez 45 minut. Według gustu przyprawić mąką i śmietaną.

Jedna porcja zawiera: 488 mg potasu, 250 mg fosforu, 969 mg sodu.

7. Zapiekanka z tuńczyka (4 porcje)

Składniki: 4 kromki podsmażonego chleba, 1 łyżka tłuszczu, 1

łyżka oleju, ½ ząbka czosnku, ½ łyżeczki oregano, 150 g tuńczyka w oleju bez soli, 100g sera mozzarella pokrojonego w plastry, 1 puszka odsączonych pomidorów bez skórki, pieprz.

Sposób przyrządzenia: na żaroodpornym półmisku – wysmarowanym masłem – położyć kromki podsmażonego chleba. Skropić je łyżką oliwy zaprawionej czosnkiem i oregano. Położyć na to rozdrobnionego tuńczyka, a następnie plasterki mozzarelli. Przykryć wszystko rozdrobnionymi pomidorami z puszki i posypać pieprzem. Piec 20 minut w piekarniku w temperaturze 220 °C.

Jedna porcja zawiera: 200 mg potasu, 152 mg fosforu, 40 mg sodu.

8. Spaghetti po bolońsku (1 porcja)

Składniki: 100 g siekanego mięsa, ½ małej cebuli, 1 łyżeczka oleju, 1 mały pomidor, oregano, papryka, pieprz, 1 filiżanka wody, 80 g makaronu nitki, 1 łyżka parmezanu.

Sposób przyrządzenia: mięso i pokrojoną w kosteczkę cebulę smażyć na gorącym oleju, aż zaczną brązowieć. Doprawić oregano, papryką i pieprzem. Sparzyć pomidora, obrać, pokroić w kosteczkę i dodać do mięsa. Na patelni dolać trochę wody i dusić na małym ogniu około 30 minut. Makaron gotować we wrzącej wodzie przez 10 minut. Odlać na sito i dobrze odsączyć. Następnie wyłożyć na talerz i polać sosem. Potrawę podawać posypaną parmezanem.

Jedna porcja zawiera: 520 mg potasu, 450 mg fosforu, 255 mg sodu.

9. Kapusta biała lub zielona (4 porcje)

Składniki: ½ główki kapusty, 1 łyżka stołowa tłuszczu, 1 duża cebula, 1 ząbek czosnku, pieprz, tymianek.

Sposób przyrządzenia: oczyszczoną kapustę blanszować 10 minut we wrzątku, a następnie osuszyć. Przyrumienić cebulę pokrojoną w plasterki. Dodać odsączoną kapustę, rozgnieciony ząbek

czosnku, pieprz i tymianek. Gotować 20 minut.

Jedna porcja zawiera: 200 mg potasu, 29 mg fosforu, 11 mg sodu.

10. Duszone pieczarki (4 porcje)

Składniki: 200 g pieczarek, 1 mała cebula, 20 g tłuszczu, pieprz.

Sposób przyrządzenia: pieczarki umyć. Cebulę pokroić na plasterki i zrumienić. Dodać pieczarki i posypać pieprzem. Dusić na małym ogniu przez 30 minut.

Jedna porcja zawiera: 200 mg potasu, 53 mg fosforu, 2,5 mg sodu.

11. Papryka (4 porcje)

Składniki: 4 papryki, 20 ml oleju, 1 gałązka tymianku.

Sposób przyrządzenia: paprykę umyć, wydrążyć i pokroić w paski. Blanszować wrzątkiem przez 5 minut. Osuszyć. Pokroić olejem i posypać świeżym, rozdrobnionym tymiankiem. Można też podawać paprykę przekrojoną na pół i nadziewaną farszem przed zbłanszowaniem.

Jedna porcja zawiera: 200 mg potasu, 45 mg fosforu, 12 mg sodu.

12. Czerwona kapusta z jabłkami (4 porcje)

Składniki: 400 g czerwonej kapusty, 2 łyżki oliwy z oliwek, 1 mała cebula, 1 małe jabłko, 1 łyżka cukru, tymianek, goździki, liść laurowy.

Sposób przyrządzenia: kapustę, cebulę i jabłko oczyścić. Kapustę pokroić na paski, jabłko i cebulę na plasterki. Blanszować kapustę wrzątkiem przez 10 minut, a następnie osuszyć. Zrumienić cebulę na oleju, dodać kapustę, tymianek, goździki i liść laurowy. Doprawić cukrem. Dusić pod przykryciem przez 35 minut.

Jedna porcja zawiera: 200 mg potasu, 33 mg fosforu, 6.6 mg sodu.

13. Naleśniki smażone bez tłuszczu (4 porcje)

Składniki: 1 szklanka mąki, 1 szklanka mleka, 2 jajka, 1 szklan-

ka wody, 1–2 łyżki oleju sojowego lub słonecznikowego, ½ łyżeczki cukru.

Sposób przyrządzenia: z mąki, mleka, oleju, jajek i wody sporządzić ciasto naleśnikowe. Można dodać żółtka, a z białek ubić pianę i utrwalić ją cukrem pod koniec ubijania. Wtedy przed samym smażeniem należy połączyć pianę z przygotowanym ciastem – naleśniki będą bardziej pulchne. Dodanie oleju do naleśników umożliwia smażenie ich bez tłuszczu. Jedynie przed waniem ciasta na pierwszy naleśnik, patelnię należy posmarować oliwą. Na bardzo dobrze rozgrzaną patelnię należy wlewać tyle ciasta, aby pokrywało dno cienką warstwą. Usmażone naleśniki posmarować nadzieniem, złożyć w chusteczkę lub rulon.

Jedna porcja zawiera: 158 mg potasu, 128 mg fosforu, 111 mg sodu.

14. Ciasto drożdżowe (20 porcji)

Składniki: 2 ½ szklanki mąki, 2 jajka, 5 dag drożdży, ½ szklanki cukru, ½ szklanki oleju sojowego lub słonecznikowego, 1 szklanka mleka, 1 łyżeczka masła, otarta skórka z cytryny, cukier waniliowy, ½ jajka do posmarowania ciasta.

Sposób przyrządzenia: z letniego mleka, drożdży, kilku łyżek mąki i łyżki cukru sporządzić rozczyn, odstawić w ciepłe miejsce do wyrośnięcia. Gdy podwoi objętość, dodać resztkę mąki, cukru oraz cukier waniliowy, skórkę z umytej i wyparzonej cytryny, a także jajka ubite z częścią cukru. Dokładnie wyrobić. Pod koniec wyrabiania dodać olej. Pozostawić w ciepłym miejscu do wyrośnięcia. Następnie uformować ciasto, włożyć do blaszki wysmarowanej masłem i znów pozostawić do wyrośnięcia. Przed włożeniem do piekarnika posmarować roztrzepanym jajkiem. Piec 45–50 minut w temperaturze 180–200 °C.

Jedna porcja zawiera: 50 mg potasu, 39 mg fosforu, 14 mg sodu.

15. Pierniczki kruche (20 porcji)

Składniki: 1 szklanka mąki pszennej, 1 szklanka płatków owsianych, 1 szklanka mąki kukurydzianej, 1 jajko, ½ szklanki oleju sojowego i słonecznikowego, 3 łyżki mleka, 2 łyżki miodu, 1 łyżka sody oczyszczonej, 1 płaska łyżeczka mielonego cynamonu, 1 płaska łyżeczka mielonych goździków, 1 płaska łyżeczka kakao.

Sposób przyrządzenia: z cukru sporządzić karmel, dodać miód, przyprawy, przesianą mąkę pszenną i kukurydzianą, sodę oraz jajko. Wyrobić ciasto, dodając płatki owsiane, następnie wstawić do lodówki na co najmniej 24 godziny. Cienko wałkować, ciastka wykrawać kieliszkiem lub małą szklaneczką, upiec w gorącym piekarniku.

Jedna porcja zawiera: 44 mg potasu, 37 mg fosforu, 5 mg sodu.

Do przygotowywania potraw zalecane jest używanie olejów: kukurydzianego, sojowego, słonecznikowego, rzepakowego oraz oliwy z oliwek.

PRZYKŁADOWE JADŁOSPISY

Należy pamiętać, iż najwięcej potasu zawiera: chleb pumpnikiel, chleb pełnożytni oraz chleb pełnoziarnisty.

1 DZIEŃ:

I śniadanie: 1 filiżanka kawy (200 ml), 2 kromki chleba jasnego, 2 łyżeczki miodu, 2 łyżki sera.

II śniadanie: 1 mały jogurt, 2 kawałki ciastek maślanych.

Obiad: 1 udko kurze usmażone na oleju, sałatka z marchwi (z puszki lub gotowanej), kompot wiśniowy (100 ml).

Podwieczorek: 1 filiżanka herbaty (200 ml), 1 bułka, 1 łyżka marmolady.

Kolacja: sałatka z kiełbasą: 1 ogórek marynowany, 1 łyżka szczypiorku, 1 łyżka oleju, ½ małej cebuli, ocet, pieprz. Dodatkowo 2 kromki chleba żytniego z pomidorem.

Zawartość całodniowa: 1639 mg potasu, 1076 mg fosforu, 1055 g wody.

2 DZIEŃ:

I śniadanie: 1 filiżanka kawy (200 ml), 1 bułka, 1 kromka grahama, 2 łyżeczki marmolady, 1 plasterzek pasztetu.

II śniadanie: twarożek z jagodami (100 g).

Obiad: gulasz wieprzowy (udziec), ½ małej cebuli, pieprz, papryka, makaron (50 g), sałatka z ogórków (ogórek świeży, 1 łyżeczka oleju, 1 łyżeczka szczypiorku).

Podwieczorek: 1 filiżanka herbaty owocowej (200 ml), 1 babeczka paskowa.

Kolacja: naleśnik z szynki: 2 plasterki szynki, puszka szparagów, 2 kromki chleba na grzanki, 1 pomidor, 1 kromka chleba pszennego.

Zawartość całodniowa: 1760 mg potasu, 1050 mg fosforu, 1190 g wody.

3 DZIEŃ:

I śniadanie: 1 filiżanka kawy (200 ml), 1 kromka chleba białego, 1 kromka chleba chrupkiego, 2 łyżeczki miodu, 1 plasterzek szynki.

II śniadanie: 1 gruszka.

Obiad: sznycel cielęcy, ugotowany ryż (50 g), szparagi z puszki bez wody.

Podwieczorek: 1 filiżanka herbaty owocowej, nadziewana drożdżówką.

Kolacja: grzanki po hawajsku, 2 kromki chleba na grzanki, 2 plasterki ananasa z puszki, 2 plasterki gotowanej szynki, 2 małe plasterki sera maślanego. Dodatkowo sałata z 1 łyżką oleju, szczyptą cukru i pieprzem.

Zawartość całodniowa: 1640 mg potasu, 1040 mg fosforu, 1010 g wody.

PIŚMIENNICTWO

1. *Informacje dietetyczne dla pacjentów dializowanych w Klinice Chorób Nerek Akademii Medycznej w Gdańsku*, Gdańsk 1993.

2. S. Małgorzewicz, A. Kicińska, M. Kaczkan, *Przewodnik dietetyczny dla pacjentów dializowanych*, Lublin 2008.

NASZE OŚRODKI DIALIZ

Stacja Dializ w Rudzie Śląskiej

W maju br. minął rok działalności najmłodszej stacji dializ na Śląsku, znajdującej się w Rudzie Śląskiej. Stacja powstała w nowo wybudowanym budynku należącym do firmy Nefrolux, firmy posiadającej duże doświadczenie w prowadzeniu placówek medycznych.

Nowoczesny, dwukondygnacyjny, budynek, w pełni przystosowany dla osób niepełnosprawnych (również ruchowo), został wyposażony w aparaty firmy Fresenius i jednocześnie może dializować ponad 20 pacjentów.

Fachowy personel zapewnia pacjentom profesjonalną obsługę i naprawdę miłą, rodzinną atmosferę.

Całością kieruje dr n. med. Roman Rudka, nefrolog i wielki przyjaciel pacjenta; człowiek o ogromnym doświadczeniu w leczeniu osób z niewydolnością nerek.

Jako pacjenci tego prawie 150-tysięcznego miasta przez wiele lat byliśmy zmuszeni korzystać ze stacji dializ miast ościennych, dlatego obecnie jesteśmy wdzięczni władzom miejskim za umożliwienie otwarcia takiej placówki w naszym mieście, a lokalizacja *vis à vis* szpitala miejskiego zapewnia nam w pełni kompleksową opiekę, ponieważ w budynku stacji mieści się również przychodnia nefrologiczna.

Znaczna część pacjentów przystąpiła do Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych z siedzibą w Krakowie, wspierając działania Stowarzyszenia na rzecz pacjentów dializowanych.

Miroslaw Mańka
pacjent dializowany



JESTEŚMY NA W CZASACH

MARIUSZ PASZKOT

Stacja Dializ w Wysowej

Wśród 42 miejscowości o zatwierdzonym statusie uzdrowiska Wysowa-Zdrój wydaje się nie wyróżniać niczym szczególnym. A jest to miejsce urzekające pięknem krajobrazu, w którym łączy się zdobycze współczesnej medycyny z możliwościami nefarmakologicznego leczenia uzdrowiskowego. Właśnie tutaj, 16 km na wschód od Krynicy, prof. Franciszek Kokot utworzył pierwszą w Polsce uzdrowiskową stację dializ. W 1993 roku Szpital Uzdrowiskowy „Beskid” przyjął pierwszych pacjentów do Uzdrowiskowego Ośrodka Dializy Pozaustrojowej. Tym samym chorzy ze schyłkową niewydolnością nerek otrzymali szansę zmiany otoczenia i przyjazdu na leczenie uzdrowiskowe na równi z pozostałymi kuracjuszami. Również w innych atrakcyjnych miejscowościach powstały ośrodki oferujące dializy gościnne. Ale tam chorzy sami pokrywają koszty zakwaterowania i wyżywienia. **Tylko w Wysowej-Zdroju dializowany nie ponosi żadnych kosztów.** W ramach skierowania na leczenie uzdrowiskowe NFZ opłaca nie tylko samą procedurę dializy, ale również pobyt oraz zlecone przez lekarza zabiegi balneologiczne i fizykalne.

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat w dializoterapii dokonał się prawdziwy przełom. Dość przypomnieć, że dawniej na zakwalifikowanie do dializ mógł liczyć tylko co drugi potrzebujący. Nie bez powodu komisje lekarskie, zmuszone w takich okolicznościach do podejmowania dramatycznych decyzji, były nazywane komisjami życia i śmierci. Teraz każdy potrzebujący ma zagwarantowaną możliwość terapii, która



ratuje życie chorego, a poziom w tej dziedzinie opieki zdrowotnej nie odbiega od europejskiego.

Najczęstszą przyczyną schyłkowej niewydolności nerek w krajach wysoko rozwiniętych jest cukrzyca, która również w naszym kraju wysuwa się na pierwsze miejsce. Powodem jest porównywany do epidemii wzrost liczby chorych na cukrzycę typu 2. Zapobieganie i ograniczanie rozwoju przewlekłych powikłań cukrzycy to konieczność i prawdziwe wyzwanie. Od 1994 roku pod merytorycznym nadzorem prof. Władysława Grzeszczaka sanatorium „Biavena” przyjmuje chorych na cukrzycę, realizując program obejmujący m.in.:

- pomiar podstawowych parametrów antropometrycznych (masa ciała, wzrost, obwód talii i bioder) z wyliczeniem wskaźników charakteryzujących rodzaj (WHR) i stopień (BMI) otyłości;
- dietę cukrzycową;
- ćwiczenia prowadzone pod nadzorem magistra rehabilitacji

ruchowej, w tym dostosowany elektronicznym pomiarem tętna wysiłek na ergometrze rowerowym;

- kontrola wyrównania metabolicznego – co najmniej 1 raz w tygodniu profil glikemii, ponadto kreatynina, mocznik, możliwość oznaczenia HbA_{1c}, lipidogramu itp.;

- edukację diabetologiczną prowadzoną przez lekarza, mgr rehabilitacji, dietetyczkę, laborantkę i pielęgniarkę;

- EKG, pomiary ciśnienia tętniczego;

- konsultacje lekarskie z korektą leczenia hipoglikemizującego, hipotensyjnego itd.

W programie tym chory na cukrzycę jest centralną postacią całego zespołu zaangażowanego w proces leczenia choroby i prewencji jej najgroźniejszych następstw. Możliwość przyjazdu do Wysowej-Zdroju mają również chorzy dializowani otrzewnowo.

Największym bogactwem Wysowej-Zdroju są ujęcia wód mineralnych. Na niewielkim obszarze

parku zdrojowego znajduje się ich kilkanaście. Mają zróżnicowany skład wynikający z różnych głębokości złoża, z którego są czerpane. Wykorzystuje się je do kuracji pitnej zwanej krenoterapią, kąpiele mineralnych oraz do produkcji „Wysowianki”. Korzystanie z tego naturalnego skarbu ziemi ułatwia przepiękna, odbudowana na podstawie przedwojennych fotografii, pijalnia wód mineralnych. Jej architektura odzwierciedla sięgającą XVIII wieku historię uzdrowiska. Obecna zabudowa oraz cała infrastruktura powstały po wojnie.

Zatwierdzone kierunki (profile) lecznicze dla Wysowej-Zdroju to, oprócz chorób układu moczowego i cukrzycy, również schorzenia ortopedyczne, górnych dróg oddechowych i przewodu pokarmowego. Walory klimatyczne miejscowości porównywano kiedyś do włoskiego Merano. Wysowa położona jest na wysokości ok. 530 m w kotlinie. Ma klimat umiarkowanie bódźcowy, łagodzony przez pokrywającą otaczające wzgórza otulinę leśną. W pobliżu nie ma ośrodków przemysłowych ani dużych aglomeracji, co gwarantuje krystalicznie czyste powietrze. Pod względem ilości promieniowania słonecznego uzdrowisko jest jednym z najbardziej uprzywilejowanych miejsc w kraju. Pokrywa śnieżna zalega tu średnio przez ok. 100 dni w roku, stwarzając doskonałe warunki do uprawiania narciarstwa biegowego i zjazdowego. Nic dziwnego, że grupa kapitałowa Sobiesława Zasady wybrała Wysowę na miejsce nowej stacji narciarskiej. Powstanie ona na zboczach Ostrego Wierchu, drugiego co do wysokości szczytu (938 m n.p.m.) w polskiej części Beskidu Niskiego.

O walorach uzdrowiska stanowią nie tylko warunki naturalne, ale standard zakwaterowania, doświadczenie kadry medycznej czy dostępne zabiegi balneologiczne i fizykalne. Pod tym względem oferta Wysowej-Zdroju nie odbiega od innych, znanych kurortów. Ostatnio wzbogaciła się o nowy, wybudowany w sanatorium „Bia-wena”, basen rehabilitacyjny.



Pobyt w uzdrowisku urozmaicają liczne atrakcje. Odległe o 12 km jezioro w Klimkówce to raj dla wędkarzy i miłośników sportów wodnych. Tereny leśne to prawdziwe wyzwanie dla grzybiarzy. Obok obiektów sanatoryjnych znajduje się 300-metrowy wyciąg narciarski. Szeroki, łagodny stok to idealne miejsce do nauki jazdy na nartach. Dla bardziej zaawansowanych można polecić wyciąg długości 1100 m na Magurze Małastowskiej (25 km) czy słowacki ośrodek w Regetovce (38 km). Wokół Wysowej-Zdroju wytyczono liczne trasy rowerowe i szlaki turystyczne. Przystąpienie do układu z Schengen zniosło ograniczenia w przekraczaniu granicy ze Słowacją, rozszerzając tereny dostępne dla turystyki. W Wysowej, jak i nieodległej stadninie koni huculskich w Gładyszowie (23 km), istnieje możliwość nauki jazdy i turystyki kon-

nej i hipoterapii. Organizowane są liczne wycieczki, np. do zabytkowego Biecza (47 km), Krynicy (44 km) czy Bardejovskich Kupeli (48 km). Od przejścia drogowego ze Słowacją w Koniecznej (30 km) wiedzie najkrótsza trasa z Polski na Węgry. Dzięki temu kuracjusze mogą korzystać z wycieczek do węgierskiego Miskolca (210 km).

Jest duża szansa na budowę drogi łączącej trzy kurorty: Krynica, Wysową-Zdrój i Bardejovske Kupele na Słowacji. W Wysowej-Zdroju powstanie przejście drogowe dla samochodów osobowych (Blechnarka – Stebnicka Huta), a przejazd między trzema uzdrowiskami skróci się:

- z Krynicy do Wysowej z 44 km (Krynica–Krzyżówka–Florynka–Brunary–Czarna–Hańczowa–Wysowa) do 33 km (Krynica–Mochnaczka–Czyrna–Śnietnica–Stawisza–Hańczowa–Wysowa);
- z Wysowej do uzdrowiska Bardejovske Kupele z 48 km (Wysowa–Uście Gorlickie–Gładyszów–Konieczna–Becherov–Bardejovske Kupele) do 22 km (Wysowa–Blechnarka–Stebnicka Huta–Zborov–Bardejovske Kupele).

Nadal niewiele osób wie o wyjątkowych walorach tego pięknego zakątka naszego kraju. Z całą pewnością warto go poznać i wracać tu o każdej porze roku.

Więcej informacji na stronie:
www.uzdrowisko-wysowa.pl



FIRMY WSPÓŁPRACUJĄCE



AMGEN



Baxter



PIONIERZY DIALIZOTERAPII

Z serdecznymi życzeniami z okazji jubileuszu 80-lecia



Prof. dr hab. med. Franciszek Józef Kokot

Nefrologia jest kołem zamachowym medycyny

Wieloletni kierownik Kliniki Nefrologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Rektor Śląskiej Akademii Medycznej w latach 1982–1984.

Prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego w latach 1989–1998.

Członek Zarządu Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego (EDTA)
w latach 1978–1981, 1987–1990, 1993–1996.

Wychowawca 78 internistów, 51 nefrologów, 4 endokrynologów
i 2 diagnostyków laboratoryjnych, promotor 76 doktorów nauk medycznych,
opiekun 22 habilitantów krajowych i 6 zagranicznych.