Kwartalnik dla chorych z niewydolnością nerek NR 1 (3) 2003

DIALIZA i Ty

Czasopismo ukazuje się pod patronatem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

ISSN 1644-5139

DIALIZA i Ty

Czasopismo ukazuje się pod patronatem PTN

Dializa i Ty
Kwartalnik dla chorych
z niewydolnością nerek
NR 1 (3) 2003, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:
prof. dr hab. med. Olgierd Smoleński

Zastepca redaktora naczelnego:
dr n. med. Adam Markiewicz

Sekretarze redakcji:
lek. med. Ewa Kadłuczka
lek. med. Michał Śmigielski

Wydawca:
Fundacja Amicus Renis
Oddział Nefrologii i Dializoterapii
WSS im. L. Rydygiera
Os. Złotej Jesieni 1
31-826 Kraków

Sekretariat-biuro:
Małgorzata Nowińska,
tel. (012) 647 66 66, wewn. 670
tel. (012) 647 05 45
e-mail: nefroryd@poczta.onet.pl

Komitet naukowy kwartalnika:
dr Wacław Bentkowski
dr med. Krzysztof Bidas
prof. dr hab. med. Stanisław Czekalski
dr 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
dr med. Monika Lichodziejewska-Niemierko
prof. dr hab. med. Marek Luciak
prof. dr hab. med. Jacek Mannitius
prof. dr hab. med. Michał Myśliwiec
prof. dr hab. med. Kazimierz Ostrowski
prof. dr hab. med. Irena Pietrzak
doc. 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
mgr Czesław Szczurek

Zdjęcie na okładce: Jerzy Góral
Rysunki: Krzysztof Kmieć, Lidia Jewulska

W numerze:

3 Słowo od Redakcji
Dwa nurty – Bruno Miecugow

4 **Ludzie listy piszą**
Abyście nigdy nie tracili wiary w siebie... – Wojciech Borowski
* * * – Michał Cyrankiewicz
Kilka refleksji chorego z „HD" na temat ćwiczeń na ergometrze rowerowym – Jerzy Klimek
* * * – Piotr Koszut

7 **W oczach lekarza**
Przeszczepienie nerek od dawców żywych (cz. II) – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski, doc. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień
Przetoka dializacyjna – doc. Radosław Pietura
Rehabilitacja pacjentów leczonych hemodializami (cz. II) – doc. Wojciech Załuska, mgr Alicja Załuska
Zapobieganie zakażeniu wirusami zapalenia wątroby typu B – dr med. Leszek Sykut

15 **Głos Stowarzyszenia Pomocy Dializowanym**
List otwarty do Ministra Zdrowia – Czesław Szczurek
Stowarzyszenie Pomocy Dializowanym w Rzeszowie – Stanisława Barańska, lek. med. Wacław Bentkowski

17 **Listy znad morza**
Lobbing – czy to dobrze, czy źle – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

18 **Nasz chleb powszedni**
Dlaczego i które witaminy należy uzupełniać, będąc dializowanym – Iwona Kozłowska

20 **Jesteśmy na wczasach**
Dializy gościnne – dr n. med. Wojciech Marcinkowski, mgr Edyta Kaszycka
Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy w Gościmiu i Stacja Hemodializ w Drezdenku

24 Dializy u sąsiadów – dr Przemysław Włodek

25 **Nasze ośrodki dializ**
Z wizytą w Ośrodku Dializy Otrzewnowej w Bydgoszczy – prof. dr hab. med. Jacek Mannittius

26 Stacje Dializ w Polsce (cz. II)

27 **Słowniczek Pacjenta**
dr Bogdan Pello

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych materiałów. Materiały nadsyłane 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.

Sponsorzy wydania:

JANSSEN-CILAG
Div. Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o.

ORTHO BIOTECH

UNI MAX Baxter

GAMBRO Renal Products

Fresenius

SŁOWO OD REDAKCJI

Szanowni Państwo,

oddajemy kolejny numer „DiT". Cieszymy się, że nasza gazeta spotkała się z tak dużym zainteresowaniem chorych, lekarzy i pielęgniarek, czego wyrazem są liczne listy nadchodzące do redakcji. Niektóre z nich zamieszczamy, prosząc o opinie. Bardzo zależy nam na nich, bowiem pozwalają one uzyskać informacje o stanie dializoterapii w naszym kraju w oczach pacjentów. Oczekujemy dalszych propozycji tematów, którymi powinniśmy się zająć w następnych numerach.

Nawiązaliśmy kontakt z czasopismami dla chorych dializowanych w Stanach Zjednoczonych i uzyskaliśmy zgodę na tłumaczenia artyków tam zamieszczonych, z czego skwapliwie będziemy korzystać.

Stała rubryka poświęcona pracy Stowarzyszeń Chorych Dializowanych winna stać się miejscem wymiany doświadczeń i być może w przyszłości doprowadzić do stworzenia ogólnokrajowej organizacji chorych dializowanych, której głos będzie brany pod uwagę przez naszych decydentów.

Pragniemy też zwrócić uwagę na pierwszy z cyklu stałych felietonów „Listy znad morza" pisanych przez Bolesława.

Zapraszamy i zachęcamy do wspólnego redagowania „Dializy i Ty" – Twojej gazety.

Olgierd Smoleński

DWA NURTY

Prawie każdy człowiek dotknięty ciężkim schorzeniem ma poczucie krzywdy i zadaje sobie pytanie: „Dlaczego właśnie ja?" Czy na takie pytanie można znaleźć racjonalną odpowiedź? Nie wiem, czy bym potrafił, ale miałem kiedyś kolegę, na którego nieoczekiwanie spadło ciężkie doświadczenie. Pewnego dnia stracił nagle władzę w nogach. Było to jakieś rzadko występujące schorzenie neurologiczne (nazwy dziś już nie pamiętam), które może ujawnić się bez ostrzeżenia, nie poprzedzone wcześniejszymi dolegliwościami, a powodujące paraliż kończyn. Tak mi o swojej sytuacji opowiadał:

„Wiesz, leżałem jak kłoda i całymi dniami nie mogłem myśleć o niczym innym, prócz zastanawiania się, dlaczego właśnie ja? Dlaczego ja? I po jakimś czasie sam sobie odpowiedziałem: a dlaczego nie? Nieważne, czy jakaś choroba zdarza się raz na 10, czy raz na 100 tysięcy ludzi, skoro istnieje, to zdarzać się musi, a jeśli musi – to może się zdarzyć każdemu, a jeśli tak – to dlaczego nie mnie? Pewnie myślisz, że pogodziłem się z losem? Że powiedziałem sobie: trudno, taka widać była wola Boża? Otóż nie pogodziłem się! Pomyślałem, że może właśnie dlatego padło na mnie, że ja się nie poddam! Że nie będę do końca życia tylko przedmiotem ludzkiego współczucia, że będę walczył!"

I walczył naprawdę imponująco. Wprawdzie – mimo intensywnej rehabilitacji – władzy w nogach całkowicie nie odzyskał, chodzić mógł jedynie o kulach, a większe odległości pokonywał na wózku, ale wciąż podejmował nowe wyzwania. Był po Akademii Rolniczej, przedtem pracował w biurze projektów, a potem – niby wbrew logice – przerzucił się na praktykę. Wydzierżawił kawał ziemi, nauczył się prowadzić traktor, jeździł za granicę na różne kursy i później wdrażał w swoim gospodarstwie różne innowacje – i tak dalej. A gdy go ktoś kiedyś zapytał – niezbyt taktownie – dlaczego się tak męczy, odpowiedział: Ja się nie męczę, ja żyję.

Często porównuje się życie człowieka do rzeki, której źródłem jest chwila narodzin, a która kończy swój bieg w oceanie wieczności. Można się zgodzić z takim porównaniem, ale pamiętać trzeba, iż rzeka ta ma dwa nurty, wzajemnie od siebie zależne. Uczenie mówi się o człowieku, że jest istotą psychosomatyczną, czyli – zwyczajnie mówiąc – składa się z ciała i ducha. Każdy z nas wie z codziennego doświadczenia, jak wielki wpływ ma stan naszego ciała na naszą psychikę. Głupia niestrawność czy ból zęba potrafią nie tylko zepsuć humor, ale też utrudnić jakikolwiek wysiłek umysłowy. W dużo mniejszym stopniu zdajemy sobie sprawę, że działa to w obie strony, czyli że stan naszej psychiki ma wielki wpływ – dodatni albo ujemny – na nasze ciało. Może mi ktoś powiedzieć, że trudno od każdego wymagać, by miał tyle siły ducha, ile mój kolega, którego tu wspomniałem. Odpowiem, że nie tylko trudno, ale w ogóle nie można. Wymagać tego każdy może jedynie sam od siebie.

Bruno Miecugow

Wszystko to, co napiszę, jest oparte na moich doświadczeniach, które zdobywałem ucząc się na własnych błędach i korzystając z porad lekarzy i pielęgniarek Stacji Dializ w Bydgoszczy. Zdaję sobie sprawę z tego, że niektórzy z Państwa, oprócz choroby nerek, cierpią na inne schorzenia, np. niewydolność krążenia. W związku z tym pewne moje zalecenia, mające na celu poprawienie kondycji fizycznej, powinniście Państwo skonsultować z lekarzem prowadzącym i wspólnie z nim wybrać optymalną formę wysiłku.

ABYŚCIE NIGDY NIE TRACILI WIARY W SIEBIE...

W drugim numerze kwartalnika „Dializa i Ty" ukazał się artykuł mgr Arlety Młodzik pt. *Stan zdrowia pacjenta dializowanego w 70% zależy od niego samego*. Pani Arleta przedstawia w nim wiele cennych wskazówek dotyczących diety i tego, jak ważna jest aktywność fizyczna w celu zmniejszenia powikłań wynikających z długoletniej dializy. Chciałbym te niezwykle cenne wskazówki poprzeć własnym przykładem.

Jestem dializowany od października 1983 roku. Były to czasy, kiedy sprzęt do wykonywania dializ, w porównaniu z dzisiejszym, był dość prymitywny, w związku z czym wymagano od pacjenta jeszcze większej dyscypliny niż obecnie. W ciągu kilku tygodni doszedłem do wniosku, że najwyższy czas zacząć uczyć się wszystkiego, co jest związane z moją chorobą i zabiegiem dializy, aby w przyszłości być jak najmniej obciążonym skutkami choroby. Zacząłem dowiadywać się o wszystko, co związane było z dietą dotyczącą osób dializowanych. Całkiem niezłe wyniki badań wskazywały na to, że idę dobrą drogą i fakt ten jeszcze bardziej zmobilizował mnie do dalszej pracy. Sprawę diety miałem częściowo opanowaną, dlatego moja uwaga zaczęła się skupiać na kondycji fizycznej. To dopiero było wyzwanie, gdyż w ciągu kilku miesięcy choroby z dobrze zbudowanego, silnego mężczyzny stałem się szczupłym, pozbawionym mięśni „chłopcem". Ćwiczenia zacząłem od spacerów, które na początku były dla mnie nie lada wysiłkiem, ponieważ po przejściu kilkuset metrów nie miałem siły wrócić do domu. Jednak to mnie nie zniechęciło. Konsekwentnie brnąłem do przodu i już po miesiącu pokonywałem dystans kilku kilometrów. Moje nogi były już w niezłej formie. Przyszedł czas na pozostałe grupy mięśni, w związku z czym pożyczyłem od kolegi odpowiedni sprzęt i zacząłem ćwiczyć ich górne partie. W porównaniu z tym, co kiedyś podnosiłem, te ciężary wydawały się śmieszne, ale nie zrażałem się tym i ćwiczyłem dalej pełen zapału. Po pewnym czasie okazało się, że moja tężyzna fizyczna jest na poziomie, który umożliwiał mi stuprocentową samodzielność w wykonywaniu wszystkich czynności życiowych. W krótkim czasie podjąłem pracę, zacząłem chodzić na „imprezy" i cieszyłem się życiem wraz z przyjaciółmi. W końcu nadeszły pierwsze wakacje z dializami, które przyniosły miłe zakończenie. Okazało się, że mimo trzech dni w tygodniu poświęconych na zabiegi, były to zupełnie normalne wakacje. Dzięki odpowiedniej organizacji czasu mogłem wyjeżdżać wraz z przyjaciółmi pod namiot, pływać i cieszyć się życiem tak, jak gdybym był zdrowy.

Wszystko, co tu opisałem, jest niewielką częścią mojego życia z dializami, właściwie są to jego początki. W moim życiu było jeszcze wiele upadków związanych z chorobą, ale zawsze walczyłem ze słabościami i ceremonialnie powracałem do normalnego życia. Obecnie, po prawie 20 latach dializ, czuję się bardzo dobrze, mam niezłe wyniki, jestem w bardzo dobrej kondycji.

Najważniejszym przesłaniem, jakie pragnę Wam przekazać, jest to, abyście nigdy nie tracili wiary w siebie i w swoje możliwości. Jeżeli mój optymizm udzieli się choćby jednej z osób czytających ten artykuł i w jakiś sposób jej to pomoże, będzie to dla mnie ogromną radością.

Wojciech Borowski, Bydgoszcz

Idź dalej niezłomnie, a mnie zostaw sny.
Nic nie jest stracone, skończone też nie,
Gdy droga przed tobą, a sam jesteś w tle
Edward Stachura

Pochodzę ze zwyczajnej, prowadzącej ciche życie rodziny. Dopiero szkoła średnia i ludzie, których wówczas poznałem, szerzej otworzyły mi oczy na świat. Bez reszty zawładnęła mną pasja podróżowania. Na niemal wszystkich fotografiach z tamtego okresu pojawiam się w otoczeniu gór, lasów czy jezior, ku którym wiódł mnie zew przygody. Czy cokolwiek mogło stanąć na przeszkodzie spełnieniu młodzieńczych marzeń?

Do dziś nikt jednoznacznie nie stwierdził, kiedy rozpoczęła się moja choroba. Po spokojnym i raczej zdrowym dzieciństwie pewnym zaskoczeniem były nawracające epizody nadciśnienia i gorszego samopoczucia w ostatnich latach szkoły podstawowej. W lutym 1991 roku wyjaśniło się, co jest przyczyną moich dolegliwości. Diagnoza brzmiała: przewlekła niewydolność nerek, nefropatia refluksowa. Rokowania nie były zbyt pomyślne.

Moim przewodnikiem po nieznanych mi dotąd obszarach życia została dr Gniot z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy. Zawsze powtarzała: „W medycynie dwa plus dwa nie musi być równe cztery", a ja traktowałem to jak aksjomat, nie wnikając w sens tych słów. Wiele praktycznych wskazówek pani doktor starałem się realizować na co dzień. Wiedziałem, że zarówno leki (zwłaszcza hipotensyjne), jak i odpowiednia dieta, mogą spowolnić postępy choroby.

Na początku kolejnego roku przeszedłem w Gdańsku zabieg antyrefluksowy. W tym czasie często odwiedzałem Klinikę Nefrologii Dziecięcej tamtejszej AM. Tuż obok mieściła się dziecięca Stacja Dializ. To właśnie tam po raz pierwszy ujrzałem sztuczną nerkę i usłyszałem szmer przetoki; słowo „dializa" nabrało dla mnie realnego wymiaru.

Jesienią rozpocząłem naukę w liceum. Nowi znajomi, inne spojrzenie

na świat... Wtedy byłem już w pełni świadomy własnych ograniczeń i tego, co czeka mnie w nieodległej przyszłości. Nie zamierzałem się łatwo poddawać. Podróżowanie stało się dla mnie formą ucieczki przed chorobą – powoli zabierała mi nerki, lecz nie mogła odebrać wolności. Moim celem zwykle były góry. To one nauczyły mnie pewnej pokory i dystansu wobec samego siebie. Niekiedy trzeba wspiąć się wysoko, by móc spojrzeć z innej perspektywy na surowe piękno własnego życia. Jest ono jak potok płynący dnem głębokiej doliny: to wije się i pieni z dudniącym łoskotem, to znów zastyga w milczeniu, lecz trwa.

Latem 1995 roku skłębiły się nade mną ciężkie chmury. Z utrudniającym oddychanie obrzękiem płuc, przewodnieniem i słabą morfologią trafiłem do Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych PSK im. A. Jurasza w Bydgoszczy. Oznaczenie stężenia mocznika i kreatyniny tylko potwierdziło, że mój czas zbliżał się wielkimi krokami. W ciągu kilku dni miałem już poprawnie funkcjonującą przetokę dializacyjną. Po kolejnych dziesięciu skierowano mnie na pierwszy zabieg.

Dość niepewnie przekroczyłem próg Stacji Dializ, która w pewnym sensie miała być odtąd moim drugim domem. Gdy początkowe emocje opadły, spostrzegłem, że nastrój panujący na sali całkowicie odbiega od moich wyobrażeń. Niektórzy moi sąsiedzi spali, podczas gdy inni skracali sobie czas czytając, oglądając telewizję lub prowadząc niczym nieskrępowane rozmowy. Twarze pielęgniarek rozjaśniał życzliwy uśmiech. Podchodząc do aparatów sygnalizujących wszelkie nieprawidłowości, zawsze znajdowały kilka ciepłych słów, by uśmierzyć niepokój pacjentów. Atmosferę Stacji cechowała... normalność. Nie wyczuwałem w niej żadnego strachu czy bólu. Natychmiast znalazłem tam miejsce dla siebie.

Słońce pojawiło się równie szybko, jak wcześniej skryło się za chmurami. Nabierałem sił, choć wrażenie parcia na pęcherz moczowy zwolna stawało się jedynie odległym wspomnieniem. Życie biegło dalej. Coraz lepiej poznawałem siebie i może dzięki temu jeszcze bardziej otwierałem się na ludzi. Wkrótce odkryłem, że wcale nie muszę rezygnować ze swojej pasji. Niewielkie przesunięcie godzin zabiegów pozwalało na trzydniowy pobyt w naszych górach lub tuż za południową granicą, oczywiście o ile znajdowałem na to środki i wolny czas pomiędzy zajęciami w szkole.

Po zdaniu matury udało mi się wyjechać do sanatorium w Wysowej. Dzieliłem pokój z niesłyszącym i wymagającym nieco większej opieki kolegą. Był moim rówieśnikiem, jednak znacznie dłuższy staż dializacyjny odcisnął swe piętno na jego kondycji fizycznej: szczupły, niewysoki, poruszał się z trudem. Nie znałem wcześniej równie mądrego i optymistycznie usposobionego człowieka. Od dawna nie uczęszczał do szkoły, tym bardziej *Reduta Ordona*, recytowana z pamięci łamiącym się, nie w pełni kontrolowanym głosem, brzmiała w jego ustach jak manifest wiary w sens każdego wysiłku w walce o życie. Dziękuję Ci, Janku, gdziekolwiek teraz jesteś!

Powrót do Bydgoszczy, do codzienności, nie był łatwy. Daleka droga ciągle przede mną, więc nie mogłem się zatrzymywać... Wkrótce rozpocząłem studia i musiałem jakoś zmieścić dializy w nowym rozkładzie dnia. Czasu było jakby mniej, ale który człowiek przełomu wieków ma go nadmiar?

Niebawem otrzymałem skierowanie do oznaczenia antygenów zgodności tkankowej. Niespełna trzy miesiące później los uśmiechnął się do mnie serdeczniej niż zwykle. 30 kwietnia 1997 roku – pamiętam, jakby to było wczoraj – wezwanie do Warszawy na przeszczep. Ogromna radość zagłuszała ewentualne wątpliwości: przecież to jak wygranie nowego życia na loterii.

Po zabiegu nerka przez trzy tygodnie nie podejmowała pracy. W międzyczasie ostre odrzucanie, lecz nie traciłem nadziei. W końcu coś drgnęło. Zrazu tylko kilka kropel moczu, lecz już wkrótce mogłem obejść się bez dializ. Pojawiły się jednak nowe komplikacje – konieczna okazała się resekcja fragmentu nerki i powtórne zespolenie moczowodu z pęcherzem moczowym. Kolejne dwa miesiące upłynęły pod znakiem oczekiwania na wygojenie i uszczelnienie się pęcherza. Od wygranej zwykle płaci się jakiś podatek.

Nie było mi łatwo. Gdy w pewnym momencie ważyły się losy przeszczepionej nerki, wiele dały mi rozmowy z młodymi lekarzami ze Szpitala Dzieciątka Jezus. Gdybym miał wtedy sam zdecydować, pewnie dobrowolnie wróciłbym na dializy.

Najdłuższa podróż w moim życiu nie miała się jeszcze skończyć. Po kilku tygodniach w domu kolejne ostre odrzucanie i ostatnia próba ratowania przeszczepu pulsami sterydowymi. Gdy zapytałem wtedy, na jak długo uwalniam się od sztucznej nerki, nikt nie przypuszczał, że będzie to ponad pięć lat. W medycynie dwa plus dwa nie musi być równe cztery...

Ze względu na długi pobyt w szpitalu wziąłem urlop dziekański. Moi wykładowcy zgodziliby się na każde rozsądne ustępstwo, ja jednak potrzebowałem chwili spokoju, aby na nowo poukładać swoje życie.

Kiedy kilka miesięcy później przemierzałem tatrzańską Orlą Perć, raz jeszcze dotarło do mnie, że wobec każdej chwili wolności, jaką daje przeszczepiona nerka, cena bólu i strachu nie odgrywa żadnej roli. „Człowiek o trzech nerkach", jak nazywali mnie przyjaciele, nieznaczne braki kondycyjne nadrabiał silną motywacją i chęcią udowodnienia, że współczesna medycyna i radość życia potrafią czynić cuda.

W tym czasie mogłem już bez przeszkód kontynuować naukę, jednak największe znaczenie miał dla mnie kontakt z ludźmi. Każde przyjazne słowo czy gest dawały mi poczucie bezpieczeństwa i pewność, że w trudniejszych chwilach nie pozostanę sam. Dość intensywny tryb życia nie pozwalał myśleć o chorobie, nawet przy gorszym samopoczuciu powodowanym działaniem niektórych leków.

Wkrótce po otrzymaniu dyplomu inżynierskiego podjąłem pracę i równolegle uzupełniające studia magisterskie.

W ciągu minionego roku moje wyniki zaczęły się pogarszać i ani ja, ani lekarze, nie mogliśmy tego powstrzymać. Jeszcze jeden piękny okres w moim życiu dobiegł końca, gdy w grudniu powróciłem na dializy. Mam głęboką nadzieję, że wsparcie wszystkich bliskich mi osób, w tym lekarzy, pielęgniarek, kolegów ze Stacji Dializ i moich współpracowników, pozwoli mi zachować optymizm, a odrobina mojego zdrowego rozsądku – dobrą kondycję. Jeśli kiedyś otrzymam kolejną szansę, przeszczep, bez wahania ją wykorzystam. Najważniejsze, bym biorąc za przewodników dr Gniot, Janka i warszawskich lekarzy, nigdy nie ustawał w swojej wędrówce...

Michał Cyrankiewicz
Bydgoszcz, luty 2003

KILKA REFLEKSJI CHOREGO Z „HD" NA TEMAT ĆWICZEŃ NA ERGOMETRZE ROWEROWYM

W nawiązaniu do artykułu *Wybrane aspekty rehabilitacji pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek* doc. W. Załuski i mgr A. Załuski, pozwolę sobie na kilka refleksji.

W okresie od lutego do lipca 2002 r. byłem jednym z wielu pacjentów HD szpitala WSS im. L. Rydygiera w Krakowie zakwalifikowanym do ćwiczeń na ergometrze rowerowym. Za zgodą i poparciem prof. dr. hab. O. Smoleńskiego zakupiono rower i pod kierunkiem mgr K. Chojak-Fijałki rozpocząłem ćwiczenia w czasie dializy. Przed ćwiczeniem zostałem zbadany na bieżni oraz wykonałem 10 przysiadów ze stołka. Wydolność serca miałem w granicach 70%, a przysiady robiłem dość wolno. Byłem słaby w nogach, gdyż trudno mi było wejść (z odpoczynkami) na II piętro do mojego mieszkania pokonując 50 schodów, a wejście do tramwaju z wysokim progiem bez podciągania rękoma było bardzo trudne. Ćwiczenia odbywałem 3 × w tygodniu po 30 minut na początku „HD".

Po 6. miesiącach sprawdzono mi ponownie wydolność serca na bieżni i przysiady ze stołka. Nastąpiła wyraźna poprawa, o czym świadczy fakt, iż pokonanie 50 schodów nie sprawiało mi większych trudności. Eksperyment zakończono, choć pacjenci chętnie by rehabilitowali się dalej. Obecnie mój stan wrócił do pierwotnego, czyli znowu mam słabe nogi.

Wniosek:

Ćwiczenia na ergometrze powinny być prowadzone stale u chorych na HD, którzy wyrażają na to zgodę. Prawdopodobnie brakuje na tę rehabilitację środków finansowych dla osoby prowadzącej, dlatego stawiam wniosek pod adresem Dyrekcji Szpitala o wygospodarowanie środków na ten cel, a Stowarzyszenie o pilotowanie tej sprawy.

Łączę wyrazy szacunku

Pacjent HD Jerzy Klimek

SPROSTOWANIA

Redakcja kwartalnika „Dializa i Ty" serdecznie przeprasza za zaistniałe w numerze drugim błędy drukarskie w postaci:

- umieszczenia danych p. dr Beaty Lutoborskiej-Majchrzak pod artykułem *Niepubliczne stacje dializ a polska rzeczywistość* autorstwa p. mgr Edyty Kaszyckiej
- umieszczenia niepełnego tytułu naukowego p. doc. dr hab. med. Alicji Dębskiej-Ślizień
- pomyłki w imieniu p. mgr Edyty Kaszyckiej.

Prosimy o wybaczenie.

Szanowna Redakcjo

Na wstępie listu serdecznie gratuluję bardzo trafnego i udanego kwartalnika „Dializa i Ty". Jestem osobą dializującą się i znam doskonale wszystkie problemy osoby chorej na nerki.

Piszę do Was w imieniu wszystkich osób dializujących się z terenu Krynicy. Naszym największym problemem jest staranie się o utworzenie małego ośrodka dializ w tym mieście. Brak takiej stacji powoduje, że musimy wszyscy dojeżdżać do oddalonego o prawie 40 km Nowego Sącza. Jest to dla nas niezmiernie uciążliwe i wyczerpujące, bo proszę sobie wyobrazić pacjenta, który ma ciśnienie krwi 70/30 Hg i wyrusza w ponadgodzinną trasę do domu.

Obecnie na naszym terenie dializuje się 17 pacjentów i co miesiąc dochodzą kolejni. Należy do tego doliczyć osoby, które przyjeżdżają na wczasy do Krynicy, a na dializy muszą dojeżdżać do Nowego Sącza.

Chciałbym jednocześnie zaznaczyć, że ośrodek w Nowym Sączu jest tak bardzo przepełniony, iż pracuje na 4 zmiany 6 dni w tygodniu. Poza tym maszyny są tak stare, że co chwilę się psują. Niejednokrotnie dializy są przerywane i podstawiane są maszyny naprawiane. Brak podstawowych lekarstw, takich jak: Eprex, sól stężona, glukoza itd.

Dlatego też zwracamy się serdecznie z prośbą o jakąkolwiek pomoc w utworzeniu choćby małego ośrodka dializ w Krynicy. Bardzo by to nam wszystkim ułatwiło życie i skróciło czas dojazdu i powrotu do domu, a gościom przybyłym na wczasy umożliwiło wygodniejszy wypoczynek.

Prosimy Was, pomóżcie ulżyć nam i tak już w dużym bólu i cierpieniu.

Z poważaniem w imieniu pacjentów z Krynicy i okolic

Piotr Koszut

PROF. DR HAB. MED. BOLESŁAW RUTKOWSKI, DOC. DR HAB. MED. ALICJA DĘBSKA-ŚLIZIEŃ
Gdańsk

PRZESZCZEPIANIE NEREK OD ŻYWYCH DAWCÓW (cz. II)

Poniżej w formie odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania umieszczono szereg dodatkowych informacji, które podsumują wcześniej podane i, mamy nadzieję, zmniejszą wątpliwości potencjalnych dawców.

Kto może zostać dawcą nerki?

– Dawcą nerki może zostać osoba spokrewniona (rodzeństwo, rodzice, synowie, córki, a nawet dziadkowie), małżonek, osoba przysposobiona (adoptowana) oraz za zezwoleniem sądu osoba nie spokrewniona, pozostająca z biorcą w stosunku emocjonalnym, odpowiadającym faktycznie stosunkom rodzinnym (np. konkubin, jedyny żywiciel).

– Dawca nerki musi być osobą pełnoletnią.

– Dawca nerki musi być osobą zdrową – przed zabiegiem należy wykluczyć choroby nerek, układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroby układu oddechowego, pokarmowego.

– Dawca nerki musi być poddany specjalistycznym badaniom.

– Przed zabiegiem konieczne jest stwierdzenie zgodności grup głównych krwi, a także wykonanie badań stwierdzających tak zwaną zgodność immunologiczną.

Jakie badania należy wykonać przed zostaniem dawcą?

– Do podstawowych badań należą: oznaczenie grupy krwi, morfologia krwi, elektrolity, glukoza, poziom mocznika, kreatyniny, badanie ogólne moczu, posiew moczu, EKG, RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, badanie dna oka, dawca musi być szczepiony przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

– Badania te są tanie i łatwo dostępne, część z nich wykonuje się w czasie badań okresowych w zakładach pracy.

– Do badań specjalistycznych należą: badania immunologiczne – oznaczenie antygenów zgodności tkankowej (HLA), *cross match*, arteriografia tętnic nerkowych, badania wirusologiczne (HBV, HCV, HIV). Badanie te są wykonywane w ośrodku transplantacyjnym.

– Przed zabiegiem pobrania nerki (nefrektomią) dawca konsultowany jest także z innymi specjalistami (ginekolog, urolog) oraz psychiatrą.

Kto ponosi koszty badań?

Koszty badań ponosi częściowo lekarz rodzinny (badania podstawowe) a w większości właściwy ośrodek nefrologiczno-transplantacyjny. Ani potencjalny dawca, ani potencjalny biorca nerki nie ponoszą żadnych kosztów badań.

Czy dla biorcy z grupą krwi A dawcą może być osoba z taką samą grupą krwi?

– Nie, dawcą dla biorcy z grupą krwi A zostać może osoba z grupą A lub 0.

– Dla biorcy z grupą krwi B – osoba z grupą krwi B lub 0.

– Dla biorcy z grupą krwi AB – osoba z grupą krwi A, B, AB lub 0.

– Dla biorcy z grupą krwi 0 – osoba z grupą krwi 0.

Czy konieczna jest zgodność grupy krwi w zakresie układu Rh?

– Nie, dawcą dla biorcy z grupą Rh (–) może zostać osoba z grupą Rh (+).

– Dla biorcy z grupą Rh (+) może zostać osoba z grupą Rh (–).

Czym jest ostre odrzucanie przeszczepu?

– Jest to reakcja obronna układu odpornościowego organizmu przeciw przeszczepionemu narządowi.

– Ostre odrzucanie wiąże się z czasowym pogorszeniem funkcji nerki przeszczepionej.

Czy w czasie ostrego odrzucania przeszczep się usuwa?

– Nie, ostre odrzucanie w zdecydowanej większości przypadków ulega wyleczeniu (ponad 90%).

– Po leczeniu antyodrzutowym przeszczepiona nerka funkcjonuje zwykle przez wiele lat.

Na czym polega arteriografia?

– Jest to badanie radiologiczne, które umożliwia uwidocznienie tętnic nerkowych, pozwala to chirurgom na dokonanie wyboru nerki do pobrania i bezpieczne przeprowadzenie tego zabiegu.

– W trakcie tego badania radiolog nakłuwa jedną z tętnic udowych i wprowadza przez nią bardzo cienki cewnik, przez który podaje się kontrast do naczyń nerkowych.

– Można również wykonać arteriografię komputerową, co nie wymaga nakłucia tętnicy udowej, ponieważ kontrast podaje się drogą dożylną.

Na czym polega zabieg pobrania nerki od dawcy?

– Zabieg ten polega na podwiązaniu i odcięciu naczyń nerkowych i moczo-

wodu. Dla zachowania dobrej funkcji hormonalnej pozostawia się nadnercze.

Jakie ryzyko związane jest z tym zabiegiem?

– Nie istnieją zabiegi operacyjne całkowicie wolne od ryzyka rozwoju powikłań, jednak powikłania związane z usunięciem jednej nerki osobie uprzednio zdrowej są minimalne,

– Najczęstszym powikłaniem jest ból w okolicy po usuniętej nerce, trwa on jednak zwykle tylko przez kilka pierwszych dni.

– Rzadko może dojść do zropienia rany, rzadko też dochodzi do powstania przepukliny w bliźnie po zabiegu.

– Sporadycznie dochodzić może do innych powikłań, np. konieczności przetoczenia krwi.

– W rzadkich przypadkach może dojść do zgonu dawcy w czasie zabiegu. Ryzyko to oceniane jest na 0,03% (czyli 3 przypadki na 10 000 zabiegów). Całkowitą częstość istotnych powikłań ocenia się na 0,23%.

Jak długo trwa ból po zabiegu?

– Ból po nefrektomii trwa zwykle 2–4 dni, w tym czasie chory profilaktycznie otrzymuje leki przeciwbólowe

Jaki jest efekt kosmetyczny po zabiegu?

– Po zabiegu pozostaje blizna (15–17 cm) pod lewym lub prawym łukiem żebrowym.

Jak długo dawca przebywa w szpitalu po zabiegu usunięcia nerki?

– Zwykle dawca po zabiegu pozostaje w szpitalu przez około 7 dni.

Jak długo trwa rehabilitacja po zabiegu?

– Dawca po około 5 tygodniach może wrócić do pracy i normalnej aktywności.

Czy można żyć z jedną nerką?

– Tak, do spełnienia wszystkich funkcji nerki wystarcza jedna zdrowa nerka.

– Po usunięciu jednej z nerek, druga powiększa się i przejmuje funkcję obu nerek.

Czy dawcy nerki zagrożeni są rozwojem niewydolności nerek?

– W wieloletnich obserwacjach dawców nerki nie wykazano, aby byli oni zagrożeni większym ryzykiem rozwoju niewydolności nerek i ryzykiem dializoterapii niż osoby z populacji ogólnej. Niemniej jednak w rzadkich przypadkach, np. po wypadku z rozległymi urazami ciała, osoba z jedyną nerką jest w większym stopniu narażona na jej uszkodzenie.

Czy bycie dawcą nerki zwiększa ryzyko rozwoju chorób serca, nerek, nadciśnienia tętniczego itd.?

– Nie wykazano, aby bycie dawcą zwiększało ryzyko rozwoju jakichkolwiek chorób.

– Niemniej jednak u osób po 50. roku życia, szczególnie spożywających duże ilości sodu (sól kuchenna), może dojść do podwyższenia wartości ciśnienia tętniczego krwi i najlepszym „lekarstwem" u tych chorych jest ograniczenie spożycia soli.

Przyszła ciąża

– Dawczyni nerki może zajść w ciążę i urodzić zdrowe dziecko.

– Nie wykazano, aby nefrektomia wpływała niekorzystnie na płodność, zdrowie ciężarnej i jej dziecka.

Do kogo powinna zgłosić się osoba chcąca zostać dawcą nerki?

– Najlepiej zwrócić się do lekarza opiekującego się osobą dializowaną w Stacji Dializ.

– Można także bezpośrednio zgłosić się do Ośrodka Transplantacyjnego

Czy można wycofać swoją zgodę na oddanie nerki?

– Osoba chcąca oddać nerkę po rozmowie w Ośrodku Transplantacyjnym powinna dobrze przemyśleć swoją decyzję. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości powinna zwrócić się po wyjaśnienia. Ważne jest, by decyzji tej nie podejmować pochopnie. Decyzja musi być podjęta dobrowolnie, bez jakichkolwiek nacisków.

– Osoby zdecydowane zostać dawcami wyrażają taką wolę na piśmie.

– W przypadku zmiany decyzji potencjalny dawca może taką zgodę wycofać na każdym etapie przygotowań do zabiegu. Nie wiąże się to z jakimikolwiek następstwami ani ponoszeniem kosztów wykonanych badań diagnostycznych.

Czy istnieje jakaś istotna różnica pomiędzy przeszczepieniem nerki od dawcy żywego, a od zmarłego?

– W zasadzie nie ma istotnej różnicy w zabiegu chirurgicznym. W obu przypadkach naczynia nerkowe wszywa się do naczyń biodrowych biorcy, moczowód z osobnego cięcia do pęcherza moczowego. Różnica jest natomiast taka, iż tętnica nerkowa nerki dawcy żywego nie posiada tzw. łatki, pobieranej ze ściany aorty. Stąd też średnica zespolenia tętniczego jest mniejsza, a wszycie może być trudniejsze technicznie niż w przypadku nerki pobranej ze zwłok.

– Na podstawie obserwacji dużych grup pacjentów po przeszczepie stwierdzono, że nerki pochodzące od dawców żywych, zarówno spokrewnionych, jak i nie spokrewnionych, funkcjonują lepiej i dłużej niż narządy pobrane od dawców zmarłych.

– Podobnie jednak jak w przypadku przeszczepu od dawcy zmarłego nie istnieje gwarancja powodzenia. Biorca nerki narażony jest na podobne ryzyko w przypadku obu typów przeszczepu. Istnieje ryzyko ostrego odrzucania przeszczepu, które w pojedynczych przypadkach może zakończyć się usunięciem przeszczepionego narządu. Mogą wystąpić również powikłania, takie jak: krwawienia, zakażenia dróg moczowych i inne, problemy z prawidłowym odpływem moczu. W rzadkich przypadkach może dojść do zgonu biorcy.

Powyższe informacje opracowano w zgodzie z zaleceniami Europejskiej Grupy Ekspertów (European Best Practice Guidelines for Renal Transplantation; Nephrology Dialysis Transplantation 2000).

PAMIĘTAJ!

1. Decyzja o oddaniu nerki powinna być podjęta bez presji otoczenia chorego. Jej motywem powinna być miłość i chęć ulżenia cierpieniom bliskiej osoby. Powinna mieć ona wyłącznie altruistyczny charakter.

2. Dzieci i pacjenci z niewydolnością nerek spowodowaną cukrzycą powinni być przeszczepieni jak najszybciej, nawet przed rozpoczęciem leczenia dializami, stąd planowy przeszczep od żywego dawcy u tych chorych może mieć szczególne znaczenie.

3. Nerki przeszczepione od dawców żywych funkcjonują lepiej i dłużej od pobranych od osób zmarłych.

4. Oddanie nerki przez osobę zdrową nie powinno wpłynąć niekorzystnie na zdrowie dawcy.

DOC. RADOSŁAW PIETURA
Lublin

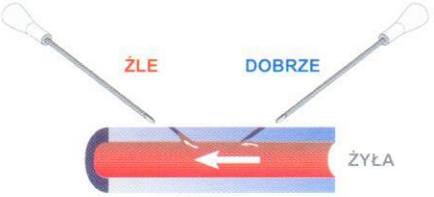
PRZETOKA DIALIZACYJNA – LEPIEJ ZROZUMIEĆ, NIŻ SIĘ BAĆ (cz. II)

CODZIENNE KORZYSTANIE Z PRZETOKI

Jeśli chory posiada prawidłowo wykonaną, dojrzałą przetokę gotową do użytku, powinien pamiętać, że przetoka jest niezbędna do oczyszczania organizmu i że nie jest ona wieczna, a jej żywotność zależy w dużym stopniu od sposobu jej wykorzystywania.

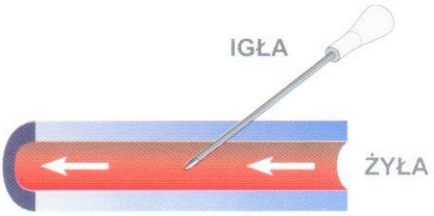
Żyłę należy nakłuwać na prostym odcinku, w miejscu gdzie położona jest ona powierzchownie. Nie należy nakłuwać żyły w okolicy połączenia jej z tętnicą. Ochroną przed nakłuwaniem objęte jest ok. 5 cm żyły w okolicy zespolenia, co umożliwia zapobieganie uszkodzeniu miejsca zespolenia i omijanie odcinka żyły o łukowatym przebiegu (ryc. 14).

Igły powinny być zawsze wkłuwane ostrzem w kierunku przepływu krwi (najczęściej w kierunku stawu ramiennego) (ryc. 15). Żyła powinna być nakłuta igłą tak, aby przebijała tylko jedną ścianę naczynia. Obie powyższe „święte" zasady pozwalają zapobiegać tworzeniu się krwiaków i ułatwiają tamowanie wypływu krwi po usunięciu igieł (ryc. 16).



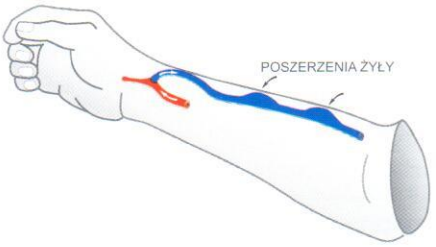
15. Kierunek igły zawsze zgodny z kierunkiem przepływu krwi.

Nie należy rozpoczynać nakłuwania żyły przed zakończeniem okresu jej dojrzewania, gdyż ściana żyły jest zbyt słaba i może ulec rozerwaniu. Ze względów technicznych nakłucie niedojrzałej żyły jest bardzo trudne. Niestety niekiedy lekarz prowadzący musi podjąć ryzyko wcześniejszych nakłuć, jednak musi być to powodowane bardzo ważnymi względami.



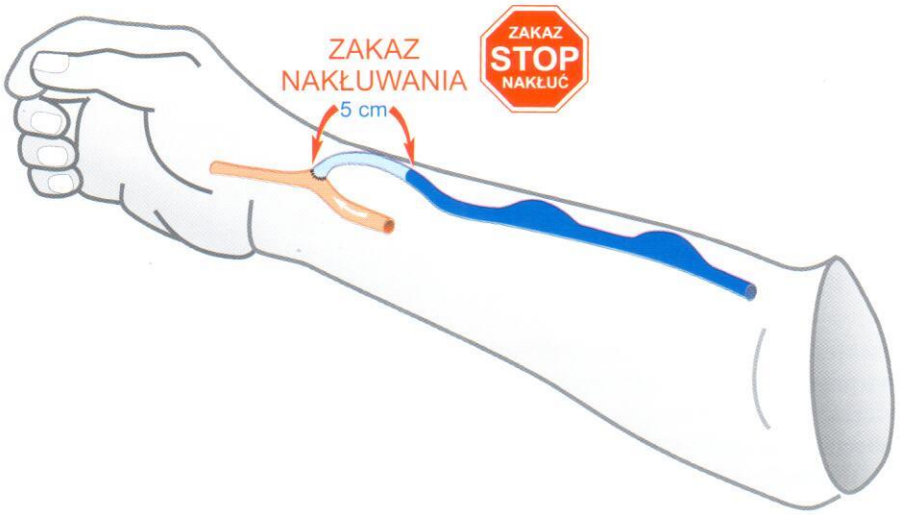
16. Igła przekłuwa **tylko** jedną ścianę żyły.

W miejscach nakłuć żyły jej ściana ulega stopniowemu zniszczeniu, co osłabia jej wytrzymałość mechaniczną i pod wpływem dużego przepływu krwi wytwarzającego wysokie ciśnienie dochodzi do uwypuklenia ściany żyły, a tym samym do jej poszerzenia (ryc. 17). Jeśli miejsca nakłuć będą poszerzały się znacznie, może dojść do powstania bardzo dużych poszerzeń o średnicy nawet 3 cm, które grożą pęknięciem i masywnym krwawieniem. Aby do tego nie dopuścić, należy regularnie zmieniać miejsca nakłuć. Zalecane jest wykorzystanie do nakłuć, o ile to możliwe, żyły na całej jej długości (z wyjątkiem okolicy zespolenia z tętnicą).

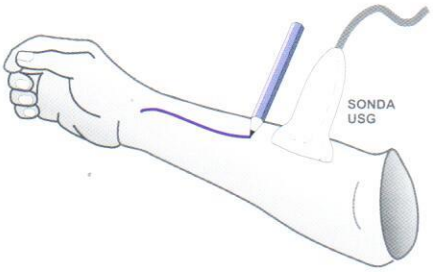


17. Poszerzenia żyły odprowadzającej w miejscu nakłucia (strzałki).

W przypadku trudności w nakłuciu żyły, szczególnie niedawno wytworzonej przetoki, należy pod kontrolą usg wyznaczyć przebieg żyły, zaznaczając go flamastrem na skórze (ryc. 18). Po kilkunastu nakłuciach żyła ulegnie miejscowemu poszerzeniu, co – wraz ze śladami po nakłuciach – ułatwi dokonanie kolejnych.



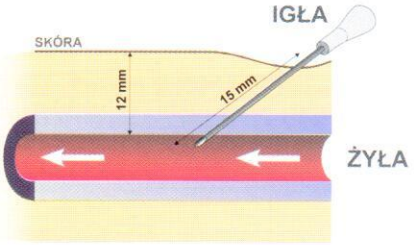
14. Zakaz nakłuwania 5 cm żyły odprowadzającej w okolicy zespolenia.



18. Zaznaczanie na skórze przebiegu żyły odprowadzającej pod kontrolą usg.

Początkowe nakłucia żyły powinny być wykonywane przez najbardziej doświadczoną w Stacji Dializ pielęgniarkę.

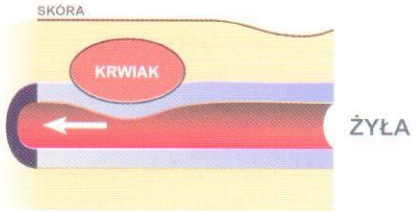
Należy unikać nakłuwania żyły w miejscach, w których jest ona położona głębiej niż 12 mm pod skórą. Igła mająca długość 15 mm i wkłuwana pod kątem mniejszym niż 90° w żyłę nie jest wystarczająca długa, aby jej koniec znalazł się całkowicie w świetle naczynia (ryc. 19). Podczas nakłucia, gdy uciśnięta jest tkanka podskórna, koniec igły może znajdować się w naczyniu, jednak po zwolnieniu nacisku wychodzi poza żyłę, powodując wynaczynienie krwi i formację krwiaka.



19. Schemat nakłucia żyły położonej 12 mm pod skórą.

Należy unikać powstawania krwiaków, ponieważ mogą one uciskać żyłę, nawet doprowadzając do jej całkowitego zamknięcia (ryc. 20).

Chorzy powinni otrzymywać stale leki zapobiegające krzepnięciu krwi w przetoce w postaci heparyn drobnocząsteczkowych (np. Clexane) – oczywiście jeśli nie ma poważnych przeciwwskazań.



20. Schemat krwiaka uciskającego na żyłę odprowadzającą.

Wszystkie nieprawidłowości zauważone w obrębie przetoki lub spostrzeżenia personelu medycznego powinny być zanotowane w odpowiedniej dokumentacji (najlepiej w specjalnej historii przetoki zawierającej opis jej wytworzenia, wykorzystania i ewentualnych korekt) (ryc. 21). Chorzy posiadający przetokę przez wiele lat gromadzą duże ilości opisów i wskazań, dlatego bardzo praktyczną formą jest zapisywanie ich w jednym miejscu.

21. Wszystkie uwagi dotyczące przetoki zapisywane są w „paszporcie przetoki".

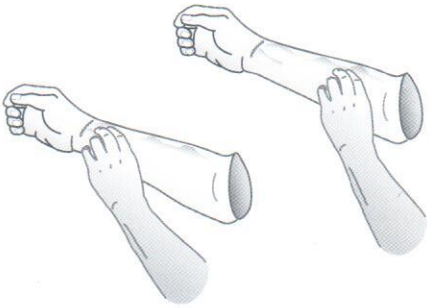
Każdy, nawet drobny objaw zaburzenia działania przetoki dializacyjnej powinien być wskazaniem do badania usg (ryc. 22). Do typowych początkowych objawów niewydolności przetoki dializacyjnej należą: zmniejszenie przepływu przez sztuczną nerkę (tzw. zasysanie), wzrost ciśnienia w sztucznej nerce, obecność skrzeplin w igle, nieprawidłowe parametry biochemiczne po dializie (tzw. nieefektywna dializa), zmuszająca do wydłużenia czasu dializy.

22. Każdy, nawet drobny objaw zaburzenia działania przetoki jest wskazaniem do badania usg.

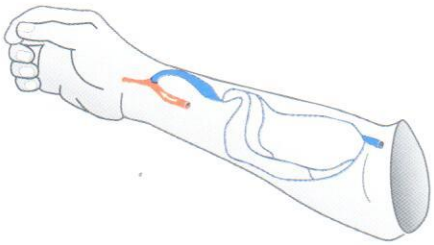
CODZIENNA OPIEKA I SAMODZIELNE BADANIE PRZETOKI

Personel medyczny, świadom wagi jaką posiada prawidłowo działająca przetoka dializacyjna, powinien roztoczyć nad nią szczególnie troskliwą opiekę. Jednak nikt tak nie zna ciała chorego, jak on sam i nikt tak szybko nie zauważa zmian w przetoce, jak jej właściciel. Dlatego chory powinien sam nauczyć się podstawowych zasad opieki i badania przetoki dializacyjnej.

Kluczową kwestią jest samodzielne codzienne badanie działania przetoki. Niewystarczające jest przyłożenie ręki do miejsca zespolenia tętnicy z żyłą i wyczucie tętnienia krwi. Kompletne badanie palpacyjne powinno składać się z przykładania palców na całej długości żyły od miejsca zespolenia z tętnicą (w okolicy nadgarstka) aż do zgięcia łokciowego lub, w przypadku przetok położonych na ramieniu, badanie winno obejmować przyłożenie palców nad żyłę od miejsca jej połączenia z tętnicą (kilka cm nad zgięciem łokciowym) aż do dołu pachowego (ryc. 23). Podczas badania prawidłowo działającej przetoki nad żyłą na całej jej długości wyczuwalny jest wyraźny szmer tętnienia. Badanie wymaga niewielkiej wprawy, którą chory uzyskuje już po kilku badaniach. Ocena żyły na całej długości zabiera nie więcej jak minutę i powinna być wykonywana kilka razy dziennie (co najmniej 3: po przebudzeniu, ok. południa i przed zaśnięciem). Konieczność badania żyły na całym jej przebiegu wynika z faktu istnienie bardzo podstępnej i trudnej do wykrycia zakrzepicy przewlekłej. Polega ona na zamknięciu przez skrzeplinę tylko części żyły (ryc. 24). Krew omija zamknięty odcinek żyły przez szereg



23. Palpacyjna samoocena przetoki.



24. Schemat zakrzepicy przewlekłej.

małych żyłek, zbyt małych, aby je nakłuwać. Taka przetoka działa jeszcze kilka miesięcy, po czym staje się niewydolna, a jej leczenie jest bardzo trudne ze względu na odległy moment powstawania zakrzepicy.

Podczas badania chory powinien obserwować nie tylko tętno nad żyłą, ale i pojawienie się zaczerwienienia na skórze lub owalnych pogrubień w okolicy żyły. Mogą to być objawy wielu patologicznych zmian. Wczesne ich zauważenie i zgłoszenie lekarzowi prowadzącemu pomoże wdrożyć właściwe metody diagnostyczne (usg) i stwierdzić charakter patologii. W przypadku stwierdzenia braku tętna nad jakimkolwiek odcinkiem żyły, należy fakt ten niezwłocznie zgłosić lekarzowi prowadzącemu.

Chory powinien także nauczyć się samodzielnego ucisku żyły, hamując krwawienie po wyjęciu igieł na zakończenie sesji dializacyjnej. Ucisk ten powinien tamować wypływ krwi poza żyłę, nie zamykając całkowicie światła naczynia (o czym świadczy wyczuwalne podczas ucisku tętno nad żyłą).

Przed zaśnięciem, poza opisanym powyżej badaniem przetoki, chory powinien pamiętać o takim ułożeniu ręki z przetoką, aby nie spowodować uciśnięcia żyły, które doprowadziłoby do jej zakrzepnięcia (ryc. 25). Każdy ucisk na żyłę trwający kilka minut zatrzymuje przepływ krwi i prowadzi do jej krzepnięcia, a w konsekwencji unieruchomienia (zatrzymania działania) przetoki.

25. Ucisk na żyłę odprowadzającą może prowadzić do jej zakrzepicy całkowitej.

MECHANIZMY PROWADZĄCE DO NIEPRAWIDŁOWEGO DZIAŁANIA PRZETOKI

Przetoka dializacyjna powstaje przez połączenie tętnicy z żyłą. Oba te naczynia przed połączeniem posiadają niewielką średnicę (ok. 2 mm). Po wytworzeniu połączenia przepływ krwi w żyle wzrasta aż do 1 litra krwi na minutę, powodując zmiany w budowie żyły zwane dojrzewaniem przetoki. Polegają one głównie na zwiększeniu średnicy żyły i grubości jej ściany. Na tym jednak nie kończy się reakcja organizmu, a przede wszystkim żyły, na tę zmienioną sytuację. Organizm chorego nie wie, że przetoka jest mu niezbędna do oczyszczania krwi i traktuje powstałe połączenie żyły z tętnicą jako zmianę nienaturalną, a wręcz uznaje ją za szkodliwy uraz. Podobnie, gdy zranimy się ciężkim przedmiotem, organizm broni się przed wykrwawieniem wytwarzając skrzep i strup, a potem bliznę. Przetoka stanowi dla organizmu podobny, zadany przez chirurga, uraz, którego skutki organizm stara się w miarę możliwości naprawić, zabliźnić.

Żyła używana do wytworzenia przetoki prowadzi przed zabiegiem niewielki przepływ krwi rzędu 20–30 ml/min. Nagle, po wytworzeniu połączenia, przepływ ten zwiększa się do 1000 ml/min. Żyła nie jest przygotowana do aż tak dużego strumienia krwi. Silny strumień krwi uderza z dużą siłą w ścianę żyły, powodując jej zniszczenie. Co prawda żyła stara się bronić i jej ściana wzmacnia się przez pogrubienie, a średnica powiększa się, ale zmiany te nie zawsze są wystarczające. Dlatego w żyle zachodzą zmiany mające na celu zmniejszenie przepływu krwi. Polegają one na wytworzeniu w pewnych miejscach tak dużego zgrubienie ścian, że doprowadza to do zwężenia światła żyły i zmniejszenia przepływu (ryc. 26). Jeśli przepływ ten zmniejszy się na tyle, że dochodzi do zakrzepnięcia krwi, przetoka przestaje działać, a krew chorego nie może być

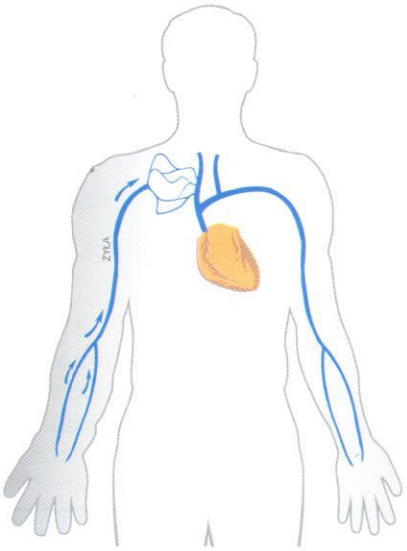
26. Przekrój poprzeczny przez żyłę odprowadzającą.

oczyszczana przez sztuczną nerkę. Opisywane zwężenia powstają najczęściej w okolicy połączenia z tętnicą (ryc. 27).

27. Schemat przekroju podłużnego przez żyłę odprowadzającą ze zwężeniem.

Niekiedy żyła jest słaba na tyle, że nie potrafi bronić się przed zwiększonym przepływem krwi, co prowadzi do znacznego poszerzenia światła żyły, nawet do 30 mm. Poszerzenia takie są niepożądanym elementem przetoki, gdyż słabość ściany może doprowadzić do jej pęknięcia i masywnego krwotoku.

Inną, częstą przyczyną nieprawidłowego działania przetoki dializacyjnej mogą być zwężenia żyły w jej przebiegu w klatce piersiowej, a dokładnie w żyle podobojczykowej. Aby przetoka działała prawidłowo żyła powinna być drożna na całej długości, od miejsca połączenia z tętnicą, przez miejsca nakłuć i żyłę podobojczykową aż do serca. Zwężenie w żyle podobojczykowej powoduje nie tylko nieprawidłowe działanie przetoki, ale i zaburzenie odpływu krwi z całej kończyny górnej, prowadząc do jej obrzęku (ryc. 28). Najczęstszą przyczyną zwężenia lub odcinkowego zamknięcia żyły podobojczykowej jest nakłucie tej żyły i wprowadzenie cewnika dwukanałowego. Cewniki takie wprowadzane są w sytuacji nagłego zatrzymania przetoki i potrzeby pilnego uzyskania dostępu do żyły. Cewniki dwukanałowe pozostawiane są w żyle na kilka tygodni, aż do wytworzenia i dojrzewania nowej przetoki dializacyjnej. Należy w miarę możliwości unikać stosowania cewników dwukanałowych, a w szczególności nakłuwania żyły podobojczykowej. Zamiast tego powinna być nakłuwana żyła szyjna. Jest to wybór mniej



28. Niedrożność żyły podobojczykowej z licznymi żyłami krążenia obocznego.

wygodny dla chorego z powodu wystającego na szyi cewnika, lecz należy pamiętać, że cewnikowanie żyły podobojczykowej prowadzi w 50% przypadków do powstania zwężenia lub niedrożności tej żyły, podczas gdy nakłuwanie żyły szyjnej obarczone jest powikłaniami tylko w 12% przypadków.

Występuje jeszcze kilka mniej częstych przyczyn nieprawidłowego działania przetoki:

1. Zabieg chirurgiczny przeprowadzono na zbyt małych naczyniach lub przeprowadzono go w sposób nieprawidłowy, co nie pozwoliło na zwiększenie przepływu krwi w żyle.

2. Krwiak powstający w trakcie lub po nakłuciu może ucisnąć żyłę blokując w niej przepływ krwi i prowadząc do jej zakrzepnięcia.

3. Bardzo niskie ciśnienie tętnicze krwi chorego (np. 60/20 mm Hg) zmniejsza do tego stopnia przepływ krwi, że powoduje powstawanie skrzeplin w świetle żyły, które z kolei zatrzymują całkowicie przepływ krwi.

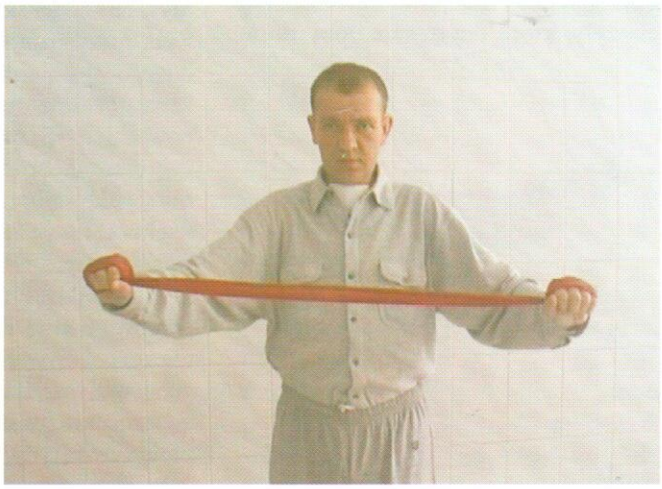
4. Uciśniecie żyły, np. podczas snu, lub zbyt mocny i za długi ucisk po wyjęciu igły może powodować zakrzep w świetle żyły.

5. Zaburzenia układu krzepnięcia krwi mogą powodować powstawanie skrzeplin zamykających przetokę.

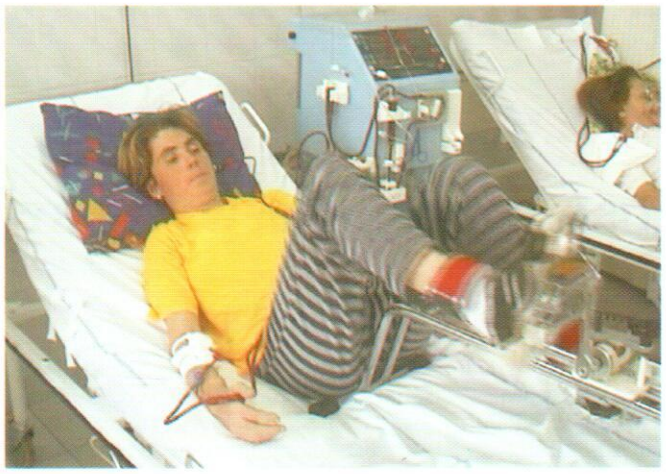
Chorzy powinni otrzymywać stale leki zapobiegające krzepnięciu krwi w przetoce w postaci heparyn drobnocząsteczkowych (Clexane) – oczywiście, jeśli nie ma poważnych przeciwwskazań.

DOC. WOJCIECH ZAŁUSKA, MGR ALICJA ZAŁUSKA
Lublin

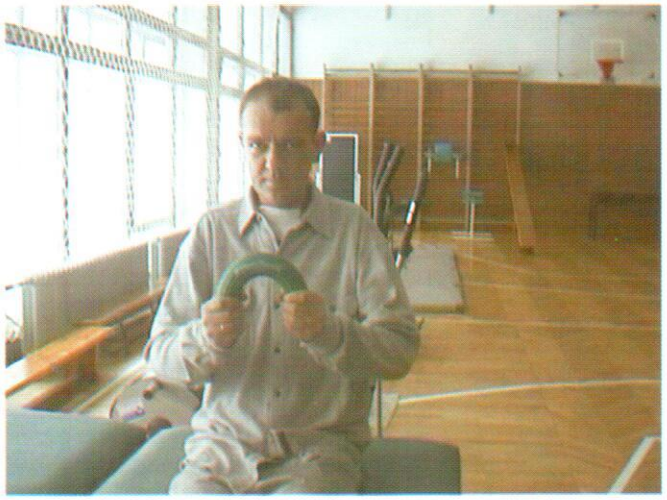
REHABILITACJA PACJENTÓW LECZONYCH HEMODIALIZAMI (cz. II)



Pacjent Katedry i Kliniki Nefrologii AM w Lublinie ćwiczy za pomocą taśmy „Thera Band" producent: Thera-Band® Products Het Hygenic Corporation Akron, Ohio, USA. Przyrząd służy do usprawniania stawu barkowego oraz łokciowego.



Pacjentka Katedry i Kliniki Nefrologii AM w Lublinie ćwiczy pod opieką specjalisty rehabilitacji pani Alicji Wójcik na ergometrze rowerowym. System ćwiczeń obejmuje pedałowanie przez 30–40 min. w trakcie pierwszej godziny dializy. Grupa 13 pacjentów ćwiczy już ponad 1,5 roku. Pacjenci zdecydowanie akceptują ćwiczenia, chętnie biorąc w nich udział. Badania biochemiczne wykazały znaczną poprawę (po rocznej obserwacji) parametrów adekwatności dializy (Kt/V) oraz niektórych parametrów stanu odżywienia (stężenie białka całkowitego w surowicy oraz białka C-reaktywnego). Rezultaty powyższych obserwacji zostały przedstawione na XXXIX Kongresie EDTA-ERA w Kopenhadze w lipcu 2002 roku w formie prezentacji ustnej.



Pacjent Katedry i Kliniki Nefrologii AM w Lublinie ćwiczy za pomocą drążka „Thera Band" producent: Thera-Band® Products Het Hygenic Corporation Akron, Ohio, USA. Przyrząd służy do wzmocnienia siły chwytu, usprawnia funkcję przywodzącą i odwodzącą stawów łokciowych i barkowych, wzmaga mobilizację tkanek miękkich oraz stawów w zakresie kończyn górnych.

DR MED. LESZEK SYKUT
KRAKÓW

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIU WIRUSAMI ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B

(wskazówki dla osób zakażonych, członków ich rodzin i opiekunów)

Wirusy zapalenia wątroby typu B (HBV) znajdują się w dużej ilości we krwi osób zakażonych.

W wydzielinie pochwowej, mleku kobiecym, nasieniu osób zakażonych jest ich znacznie mniej, lecz płyny te mają znaczenie w przenoszeniu zakażeń.

W innych płynach ustrojowych ilość wirusów jest niewielka i nie mają one praktycznego znaczenia w przenoszeniu zakażeń. Przebieg zakażenia HBV jest często bezobjawowy. Osoba chora (lub będąca nosicielem HBV) może nie wiedzieć, że jest zakażona HBV. Jeśli jednak zakażenie zostało rozpoznane przez lekarza, to chory (nosiciel) powinien wiedzieć, jak chronić swoich najbliższych i inne osoby przed przypadkowym zakażeniem.

Do zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B (HBV) może dojść poprzez:

1) zabiegi medyczne, kosmetyczne (zwłaszcza tatuaż i zakładanie kolczyków) i fryzjerskie, wykonywane sprzętem niejałowym;

2) kontakt seksualny (pochwowy, analny, oralny) z osobą zakażoną HBV, wyjątkowo przez pocałunek;

3) przeniesienie HBV z organizmu zakażonej matki na dziecko (najczęściej podczas porodu);

4) bezpośredni kontakt uszkodzonej skóry (nawet nieznacznie) lub uszkodzonych błon śluzowych z krwią osoby zakażonej HBV;

5) wstrzykiwanie narkotyków sprzętem niejałowym (np. sprzętem stosowanym przez różnych użytkowników i nie poddawanym procesowi wyjałowienia po użyciu), donosowe stosowanie kokainy przez skażoną słomkę;

6) przeszczepienie tkanek lub narządów pochodzących od osób zakażonych HBV;

7) sztuczne zapłodnienie nasieniem mężczyzny zakażonego HBV.

Nie stwarza niebezpieczeństwa zakażenia HBV:

1) przebywanie z osobą zakażoną w tym samym pomieszczeniu;

2) dotykanie osoby zakażonej (np. podanie ręki), jeśli skóra osoby zakażonej nie jest w widoczny sposób zanieczyszczona krwią;

3) używanie wspólnej łazienki, toalety;

4) używanie wspólnych naczyń stołowych i sztućców, jeśli domownicy są uodpornieni przeciwko wzw B.

Zakażenie HBV nie przenosi się drogą powietrzną (np. podczas kaszlu, kichania).

Nie przenosi się również poprzez żywność lub wodę.

Kobiety zakażone HBV nie muszą unikać ciąży.

Aby zapobiec zakażeniu innych ludzi osoba zakażona HBV:

1) powinna poinformować domowników (lub opiekunów) o swoim zakażeniu, aby osoby te poddały się szczepieniu przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (wzw B);

2) powinna poinformować stałego partnera seksualnego o swoim zakażeniu, aby partner poddał się szczepieniu przeciwko wzw B;

3) nie powinna używać wspólnie z innymi osobami sprzętów stwarzających ryzyko skaleczenia (np. sprzętów kosmetycznych, fryzjerskich itp.);

4) powinna dbać o higienę osobistą, zwłaszcza często myć ręce;

5) przed poddaniem się zabiegom lekarskim, pielęgniarskim, kosmetycznym powinna poinformować osobę wykonującą zabieg o swoim zakażeniu;

6) nie może być dawcą krwi, innych tkanek i narządów.

Osoby zakażone często zmieniające partnerów seksualnych powinny stosować prezerwatywy (w poprawny sposób i przy każdym stosunku).

Stosowanie prezerwatywy nie jest konieczne podczas stosunków ze stałym partnerem, uodpornionym przeciwko wzw B poprzez szczepienie.

Dziecko urodzone przez zakażoną HBV kobietę powinno zostać uodpornione (zaraz po porodzie) poprzez podanie gotowych przeciwciał przeciwko wzw B oraz zaszczepione przeciwko wzw B.

Karmienie piersią nie jest wskazane.

Osoba zakażona powinna (w miarę możliwości) samodzielnie opatrywać swoje skaleczenia opatrunkiem wodoodpornym. Osoby dializowane powinny starannie zabezpieczać opatrunkiem miejsca wkłuć do przetoki.

Jeśli przy nakładaniu opatrunku lub tamowaniu krwawienia pomaga inna osoba, to osoba ta powinna używać rękawiczek lateksowych.

Sprzęty i powierzchnie zabrudzone krwią osoby zakażonej HBV należy dezynfekować stężonym roztworem podchlorynu sodowego (płyn ACE, Clorox, Bielinka, Javel, Domestos, wybielacz) przez 15 min., używając ligniny do usunięcia plamy. Czynność tę należy wykonywać stosując ochronne rękawiczki lateksowe. Odzież i bieliznę zanieczyszczoną krwią osoby zakażonej należy dezynfekować w rozcieńczonym (1:10) roztworze wybielacza przez 30 min., następnie starannie wypłukać w zimnej wodzie i wyprać w temp. ok. 90 °C. Do dezynfekcji wanny, umywalki, klozetu należy stosować wyżej wymienione preparaty w stężeniu określonym przez producenta.

Zużyte materiały opatrunkowe, podpaski higieniczne, zużyte płyny do dializy otrzewnowej są materiałami zakaźnymi i należy je gromadzić w osobnym worku foliowym.

Osoba zakażona HBV musi posiadać przeznaczone tylko do własnego użytku, wyraźnie oznakowane przybory i artykuły kosmetyczno-higieniczne:

1) własne mydło, ręcznik, szczoteczkę i pastę do mycia zębów,

2) przybory do pielęgnacji paznokci i wałów paznokciowych (nożyczki, obcinacz paznokci, cążki, pilniczek, szczoteczka, wycinacz „skórek"),

3) przybory fryzjerskie (grzebień, nożyczki, maszynka do golenia i żyletka, nożyk do golenia, brzytwa, pędzel do golenia, elektryczna maszynka do golenia itp.).

Również niektóre ozdoby, jak np. kolczyki, powinny być przeznaczone do wyłącznego użytku osoby zakażonej. Jeśli domownicy nie są uodpornieni przeciwko wzw B, to osoba zakażona powinna posiadać przeznaczone do własnego użytku naczynia stołowe i sztućce. Należy je zmywać osobno w gorącej wodzie z detergentem i starannie płukać. Najbardziej polecanym sposobem mycia naczyń jest mycie w zmywarce naczyń w temp. ok. 90 °C.

Strzykawki i igły stosowane u osób zakażonych należy po użyciu umieszczać w odpornych na przekłucie pojemnikach, np. w metalowych puszkach po produktach spożywczych. **Nie wolno ich wyrzucać do worków na śmieci bez takiego zabezpieczenia!**

Należy stosować lateksowe rękawiczki ochronne i foliowy fartuch ochronny przy pielęgnacji osób zakażonych, usuwaniu ich wydalin i wydzielin oraz przy zabiegach rehabilitacyjnych i kosmetycznych u nich wykonywanych.

MINISTER ZDROWIA
Dr Marek Balicki

LIST OTWARTY

Szanowny Panie Ministrze

Zarząd Stowarzyszenia Chorych z Niewydolnością Nerek przy WSS im. L. Rydygiera w Krakowie, działając w porozumieniu z innymi tego typu Stowarzyszeniami w Polsce w ośrodkach dializacyjnych oraz na prośbę członków Stowarzyszeń i ludzi chorych na niewydolność nerek nie zrzeszonych, zwraca się do Pana Ministra z następującymi problemami wymagającymi pilnego załatwienia, a co za tym idzie ministerialnej decyzji.

1. Wielokrotnie zwracaliśmy się, monitowaliśmy do różnych władz (w tym ministerialnych) z prośbą o zaliczenie niewydolności nerek do chorób przewlekłych. Niestety wszystkie nasze interwencje pozostawały bez echa. Wiedząc, że Pan Minister Łapiński ciągle przypominał o równości w traktowaniu chorych, co gwarantuje Konstytucja RP, oraz mając na względzie ciągle powiększającą się w zastraszającym tempie liczbę chorych na niewydolność nerek, jesteśmy przekonani, że wniosek nasz jest w pełni uzasadniony i wymaga pilnie decyzji Pana Ministra.

2. Pan Minister Łapiński zawsze szczególnie akcentował równość chorych w dostępie do leczenia oraz w równym podziale środków finansowych na ten cel, dlatego też pragniemy Pana Ministra poinformować, że na dzień dzisiejszy istnieją zasadnicze różnice finansowe w zawieraniu kontraktów przez Kasy Chorych, zwłaszcza na wysokospecjalistyczne leczenie, jakim jest dializa. Są ośrodki, które mają wystarczającą ilość środków finansowych, w tym przeznaczonych na dowożenie chorych przed i po dializie, a są takie, które takich środków finansowych nie posiadają. Podobnie jest z lekami niezbędnymi do podawania chorym dializowanym w czasie dializy, jak i ze sprzętem do dializy (sztuczne nerki). W wielu ośrodkach są już tak wyeksploatowane, że wymagają natychmiastowej wymiany. Te nierówności powodują duże rozgoryczenie ludzi chorych, a co za tym idzie poczucie niesprawiedliwość społecznej.

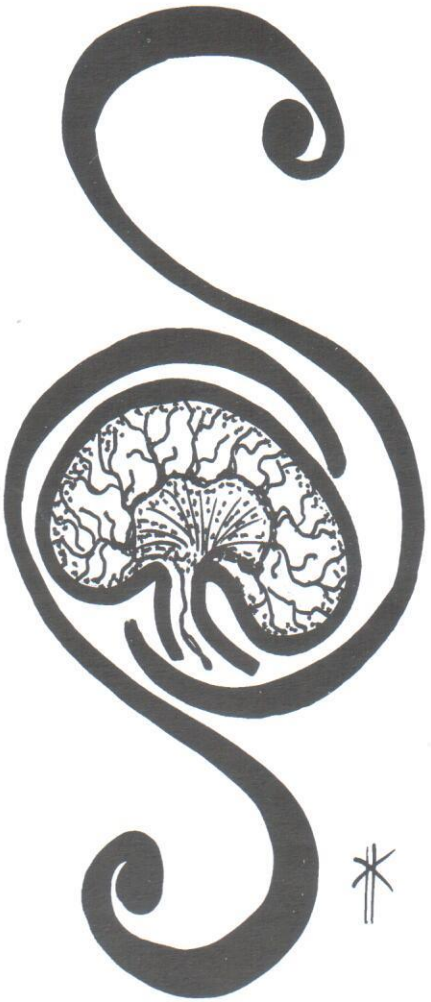
3. Szanowny Panie Ministrze.
Innym bardzo istotnym problemem dotykającym ludzi chorych na niewydolność nerek, a zwłaszcza chorych oczekujących na przeszczepienie nerki, jest mała ilość przeszczepów nerek, co w porównaniu z innymi krajami europejskimi plasuje nas na jednym z ostatnich miejsc. Chorzy oczekujący na przeszczepy pokładali dużą nadzieję w ustawie z 1997 r. dotyczącej możliwości pobrania organów do przeszczepienia, jeżeli nie będzie to zastrzeżone w odpowiednim rejestrze. Liczyliśmy na to, że ustawa ta znacznie zwiększy ilość przeszczepów. Przecież, biorąc tylko pod uwagę ilość wypadków zdarzających się co dzień na polskich drogach, mogłaby w znacznym stopniu zwiększyć ich ilość. Na dzień dzisiejszy możemy stwierdzić, że przepisy cytowanej ustawy są w znacznym stopniu przepisami martwymi, dlatego też uważamy, że decyzje ministerialne w tym zakresie, a co za tym idzie przeznaczenie odpowiednich środków finansowych, byłoby ze wszech miar pożądane i wskazane.

4. Stowarzyszenie nasze przeprowadziło ogólnopolską ankietę dotyczącą dochodów ludzi chorych na nerki w połączeniu z kosztami związanymi z wydatkami na niezbędne leki, które chorzy muszą przyjmować. Wyniki powyższej ankiety są dla nas zatrważające. Wynika z nich, że w granicach 30–50% dochodów przeznaczane jest na leki, co przy niskich rentach i emeryturach stanowi duży problem dla ludzi chorych, wybierających niejednokrotnie w miarę godne przeżycie miesiąca, bez możliwości wykupu leków, a co za tym idzie właściwego leczenia. Wszystkie te problemy, z którymi zwracamy się Listem Otwartym do Pana Ministra wymagają szybkiego i zdecydowanego stanowiska Ministra. Mamy nadzieję, że poruszane przez nas, a przekazywane przez ludzi chorych, problemy znajdą właściwe zrozumienie, a co za tym idzie ich załatwienie.

Z poważaniem

za Zarząd Stowarzyszenia
mgr Czesław Szczurek

STOWARZYSZENIE POMOCY DIALIZOWANYM W RZESZOWIE



Z uwagi na to, że wielu naszych pacjentów oprócz niewydolności nerek cierpi na inne schorzenia pogłębiające niepełnosprawność, pragniemy poszerzyć informację na temat możliwości uzyskania finansowego wsparcia w Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie (w miastach na prawach powiatu – w Miejskich Centrach Pomocy Rodzinie).

1. Dla osób z dysfunkcją ruchową – likwidacja barier architektonicznych.

Na likwidację barier architektonicznych można uzyskać środki w wysokości do piętnastokrotnego średniego wynagrodzenia w danym roku kalendarzowym (w 2003 r. do 30 000zł). Wymagany jest 20% wkład własny. Wnioski na dofinansowanie likwidacji barier należy składać w terminie do 30 listopada roku poprzedzającego planowane przedsięwzięcie. W ramach tych środków można dostosować mieszkanie do rodzaju niepełnosprawności, np. zamontować podjazdy, podesty, poręcze, uchwyty w łazienkach, poszerzyć drzwi, zainstalować brodziki, ułożyć posadzki przeciwpoślizgowe, itp.

2. Dla osób z dysfunkcją wzroku, słuchu, mowy – likwidacja barier w komunikowaniu się.

Na ten cel można otrzymać środki również w wysokości do piętnastokrotnego średniego wynagrodzenia w danym roku kalendarzowym przy 20% wkładzie własnym, lecz wnioski przyjmowane są na bieżąco. Środki można przeznaczyć na zakup dyktafonów, urządzeń peryferyjnych do komputerów, np. klawiatur w języku Braille'a, dodatkowych oprogramowań, sprzętu audio itp.

3. Dla dzieci do lat 16 i osób uczących się w wieku 16 do 24 lat – dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych.

Wysokość dofinansowania uzależniona jest od stopnia niepełnosprawności i wynosi:

1) 27% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby ciężko niepełnosprawnej (I gr. inwalidztwa);

2) 25% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby średnio niepełnosprawnej (II gr. inwalidztwa);

3) 23% przeciętnego wynagrodzenia – dla osoby lekko niepełnosprawnej (III gr. inwalidztwa);

4) 18% przeciętnego wynagrodzenia – dla opiekuna osoby niepełnosprawnej.

4. Zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.

Dofinansowanie przeznaczone jest na: protezy kończyn, piersi, oczu, soczewki, okulary, aparaty słuchowe, materace i poduszki przeciwodleżynowe, worki na mocz, cewniki, pieluchomajtki itp. Pełną listę produktów ortopedycznych i środków pomocniczych zawiera Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10.10.2001 r. (Dz.U. nr 121 poz. 1313 i 1314). W tym przypadku PCPR dopłaca wyłącznie do tych pozycji, na które przysługuje limit dofinansowania z Kasy Chorych (należy domniemywać, że planowana reforma Kas Chorych nie zmieni zasad dopłat).

Na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych można uzyskać do 150% sumy limitu Kasy Chorych i wkładu własnego pacjenta. Wylicza się to wzorem:

1,5 (LKCH + Wwłp)

Szczegółowe Kryteria i zasady przyznawania pomocy osobom niepełnosprawnym zawiera Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25.06.2002 r., opublikowane w Dz.U. nr 96 poz. 861.

Z-ca Przewodniczącego Stowarzyszenia Pomocy Dializowanym w Rzeszowie

Stanisława Barańska

Ordynator Oddziału Nefrologii i Dializoterapii

lek. med. Wacław Bentkowski

LOBBING – CZY TO DOBRZE, CZY ŹLE

Moi Drodzy

Zanim przejdziemy do problemów zaprezentowanych w tytule, wyjaśnienia wymaga pomysł samej rubryki i jej nazwy. Rubryka wzięła się za namową Redaktora Naczelnego prof. Olgierda Smoleńskiego, który wyczuł zapewne moje niespełnione literackie tęsknoty. Sądzę, że było to o tyle łatwiejsze, że sam takowe posiada. Moje dotychczasowe sukcesy literackie należą raczej do cięższego kalibru i dotyczą spraw ściśle zawodowych, związanych z nefrologią oraz szeroko pojętymi chorobami wewnętrznymi. Pozwolę sobie zatem tutaj na przyjęcie nieco bardziej swobodnego tonu. Nie będą to zatem porady dla pacjentów, bo te zawarłem wraz z moimi współpracownikami w odpowiednim wydawnictwie, a raczej luźne reminescencje dotyczące zagadnień interesujących (mam nadzieję) środowisko medyczne oraz pacjentów i ich rodziny. Jeśli idzie o tytuł rubryki, to przychodziły mi do głowy najprzeróżniejsze – mniej lub bardziej stosowne – nazwy. W końcu decyzja została podjęta i będą to „Listy znad morza". Listy dlatego, że dawno ich nie pisałem, a kiedyś byłem w tym ponoć niezły. A znad morza, bo już jakiś czas temu Stefan Żeromski uznał, że wszystko co pochodzi znad morza jest ożywcze. Mamy zresztą tego dowody także w naszej najnowszej historii. Dotyczy to zarówno spraw natury ogólnej, jak też bardziej szczegółowych, takich jak dializoterapia. Nie będzie to, mam nadzieję, poczytane za nieskromność, że wspomnę ten wiatr znad morza, który spowodował rewolucyjny przełom w tym zakresie, tak widoczny w ostatnim piętnastoleciu. No i tym sposobem doszliśmy do tytułowego lobbingu. Ostatnimi bowiem czasy określenie to ma złą prasę. Pewnie wynika to z tego, że znalazł się jeden taki pan, powszechnie uważany za dżentelmena, którego nazwiska przytaczać nie będę. Miał on lobbować, a wyszła z tego korupcja na dużą skalę. A przecież lobbing, to po prostu tworzenie lobby. A lobby, cytując za *Encyklopedią PWN*, to: „rodzaj grup nacisku mających na celu wywieranie wpływu na rząd, członków parlamentu i funkcjonariuszy organów państwowych w interesie określonych ugrupowań politycznych, gospodarczych i społecznych". Jedną z najlepszych grup nacisku są i powinny być nadal stowarzyszenia pacjentów leczonych metodami nerkozastępczymi. Pamiętam, jak przed ponad ćwierćwieczem zakładaliśmy takie pierwsze stowarzyszenia w Gdańsku. Było to jednocześnie pierwsze stowarzyszenie tego rodzaju w Polsce. Czasy były chmurne i durne, ale udało się je nawet w końcu zarejestrować jako agendę Polskiego Czerwonego Krzyża.

Potem powstały następne stowarzyszenia, które pomogły nam, reprezentantom środowiska medycznego, w wymuszeniu od decydentów funduszy niezbędnych na rozwój dializoterapii. To właśnie wspólnie prowadzony lobbing pozwolił na przekonanie członków parlamentu, ministrów i podległych im urzędników wyższego i niższego szczebla, że dializoterapia nie jest kwiatkiem do kożucha, a niezbędną procedurą ratującą życie. Mogłoby się wydawać, że osiągnęliśmy wspólnie bardzo wiele, a można stwierdzić nawet, że wszystko do czego dążyliśmy. Rodzi się zatem pytanie, czy lobbing jest nam nadal potrzebny. Odpowiedź brzmi zdecydowanie „tak". Nie można bowiem dać się uśpić pozornemu poczuciu bezpieczeństwa. Ciągłe zmiany w systemie ochrony zdrowia nakazują zachowanie stałej czujności. Taką właśnie czujność powinny wykazywać także stowarzyszenia pacjentów dializowanych. Nadszedł także najwyższy czas na stworzenie silnej i powszechnej federacji stowarzyszeń. Nawołuję zatem do podjęcia po raz kolejny inicjatywy utworzenia takiego forum, mając na uwadze stare łacińskie przysłowie „ Nec Hercules contra plures". Dla tych szanownych Czytelników, którzy nie są biegli w łacinie pozwolę sobie przytoczyć nieco swawolne tłumaczenie tego przysłowia: „ I Herkules d..., kiedy luda kupa". A zatem kupą mościpanowie, kupą, bo w jedności siła.

Wasz Bolesław

Iwona Kozłowska
Szczecin

DLACZEGO I KTÓRE WITAMINY NALEŻY UZUPEŁNIAĆ, BĘDĄC DIALIZOWANYM

Wielu pacjentów dializowanych z powodu schyłkowej niewydolności nerek skarży się na dolegliwości związane z zaburzeniami odżywienia. Niedożywienie może być wynikiem choroby podstawowej, która doprowadziła do niewydolności nerek, stosowania (ratującej życie) dializy, a także nieprawidłowej lub zbyt restrykcyjnej diety.

Przewlekłe choroby nerek, prowadzące do schyłkowej niewydolności, zaburzają szereg procesów zachodzących w organizmie człowieka, powodują ogólnoustrojowe manifestacje choroby i wyniszczenia. Toksyny mocznicowe wywołują zaburzenia wchłaniania mikro- i makroelementów z przewodu pokarmowego i upośledzone ich wykorzystanie w przemianach biochemicznych. Nieprawidłowa dieta doprowadza do zmniejszenia zasobów witamin niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania szlaków metabolicznych, a dodatkowo hemodializa usuwa z organizmu witaminy rozpuszczalne w wodzie. Wszystkie te mechanizmy sprawiają, że u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, przewlekle dializowanych zdecydowanie częściej występują objawy niedoboru witamin, mikro- i makroelementów. Właściwa dieta powinna uzupełniać braki (także przez suplementację farmakologiczną), a jednocześnie zabezpieczać przed nadmiernym wzrostem stężenia substancji, których wydalanie z organizmu jest upośledzone (np. fosfor, potas, glin). W praktyce jest to bardzo trudne i wymaga dużego rozsądku przy projektowaniu diety, aby przez restrykcje nie dopuścić do nadmiernego zubożenia organizmu w niezbędne witaminy.

W trakcie dializy zmniejszeniu ulegają stężenia witamin rozpuszczalnych w wodzie (tzn. wit. C, z grupy B i kwasu foliowego).

U pacjentów dializowanych, częściej niż u osób zdrowych, obserwujemy obniżony poziom wit. C. Wynika to z restrykcyjnej diety i utraty wit. C w trakcie dializy. Witamina C uważana jest za naturalny antyoksydant neutralizujący wiele wolnych rodników. Zwiększone spożycie warzyw i owoców jest skorelowane z obniżeniem ryzyka wielu nowotworów. Niedobór objawia się przede wszystkim łatwym męczeniem się, sennością, bólami kostnymi, zwiększoną podatnością na zakażenia. Charakterystyczne są wybroczyny krwawe w skórze, zwłaszcza pod paznokciami i na opuszkach palców, dziąsła są rozpulchnione i łatwo krwawią, a zęby nadmiernie ruchome i łatwo wypadają. Rany mogą się trudniej goić. Dodatkowo u osób dializowanych w wyniku niedoboru wit. C może dochodzić do powstania oporności na erytropoetynę. W wyniku tego, mimo odpowiedniego poziomu żelaza i dużej dawki erytropoetyny, obserwujemy niedokrwistość znacznego stopnia. Morfologia tych pacjentów ulega poprawie po leczeniu wit. C (czasem dożylnie), która ułatwia uwalnianie żelaza z jego zasobów tkankowych i wykorzystanie go do syntezy hemu. Najwięcej witaminy C w produktach o niskiej (tzn. < 50mg/100 g produktu) i średniej (tzn. 50–100 mg/100 g produktu) zawartości fosforu, znajduje się w: liściach pietruszki, kalafiorze, rzodkiewce, sałacie, kapuście, fasolce szparagowej, pomidorach, ziemniakach oraz w owocach dzikiej róży, czarnych porzeczkach, kiwi, pomarańczach, jabłkach, cytrynach, malinach, agreście. Należy jednak pamiętać o wysokiej zawartości potasu w liściach pietruszki, kalarepie, ziemniakach, czarnych porzeczkach. Stosowanie obróbki zmniejszającej stężenie potasu (czyli dwukrotne gotowanie w nieosolonej wodzie), niszczy zawarte witaminy. Dlatego wskazane są jednak surowe produkty, choć spożywane w ograniczonych ilościach. Dodatkowo zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym wskazana jest suplementacja farmakologiczna (podawanie tabletek) 200 mg/d.

Kwas foliowy, do niedoboru którego dochodzi przede wszystkim wskutek zaburzeń wchłaniania w przewodzie pokarmowym, jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania zwłaszcza szybko dzielących się komórek, głównie komórek układu krwiotwórczego. Niedobór kwasu foliowego objawia się niedokrwistością megaloblastczną z towarzyszącym zmniejszeniem liczby białych krwinek, a także zmianami w przewodzie pokarmowym – biegunki, zapalenie języka, zajady. Niski poziom kwasu foliowego, wraz z niedoborem wit. B_{12} i B_6 u osób ze schyłkową niewydolnością nerek, prowadzi do wzrostu stężenia homocysteiny w surowicy. Homocysteina jest obecnie uważana za niezależny czynnik ryzyka rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego i przyspieszonego powstawania miażdżycy

naczyń. Ryzyko to jest szczególnie duże u osób dializowanych. Dlatego też powinno się stosować suplementację kwasu foliowego (i witamin). Należy pamiętać, że kwas foliowy zawarty w produktach spożywczych jest bardzo wrażliwy na działanie wysokich temperatur, promieni słonecznych oraz na kwasowość. Straty w procesie przechowywania i przetwarzania mogą sięgać nawet 50–90% zawartości wyjściowej. Najbogatszym źródłem folianów są drożdże, wątroba, surowe zielone warzywa (groszek zielony, kalafior, pomidor, kapusta biała i czerwona). Jednakże drożdże, wątroba i groszek zielony zawierają duże ilości potasu. Pozostałe warzywa w postaci surówek można spożywać w umiarkowanych ilościach. Dodatkowo wskazane jest przyjmowania doustne tabletek kwasu foliowego w dawce 5–15 mg/d.

Zmiany wynikające z niedoboru witaminy B_{12} dotyczą:

- układu krwiotwórczego (niedokrwistość megaloblastczna);
- układu nerwowego (zaburzenia czucia, drętwienie kończyn, osłabienie siły mięśniowej, także pogorszenie pamięci, drażliwość);
- przewodu pokarmowego (zapalenie i wygładzenie języka, zaburzenia trawienia, które z czasem prowadzą do niedożywienia i wyniszczenia).

Niedobór witaminy B_{12} łącznie z brakiem kwasu foliowego mogą prowadzić do wspomnianej wyżej hiperhomocysteinemii. W trakcie dializy wit. B_{12} podlega usuwaniu z organizmu. U osób z przewlekłą niewydolnością nerek, jej wchłanianie jest także upośledzone, stąd też u osób dializowanych bardzo często obserwowany jest przewlekły niedobór wit. B_{12}. Dlatego wskazane jest jej uzupełnianie. Źródłem witaminy B_{12} są produkty zwierzęce (wątroba, mleko, jaja), których jednak ze względu na wysoką zawartość potasu i fosforu nie można polecać. Dlatego też lekarz powinien zawsze rozważyć wskazania do podskórnego podawania witaminy.

Niedobór witaminy B_6 rzadko występuje osobno, przede wszystkim w połączeniu z niedoborami innych witamin z grupy B. Najczęściej stwierdzane objawy to zmiany skórne (łojotokowe zapalenie skóry, zajady w kącikach ust), niedokrwistość niedobarwliwa, drgawki, zapalenia wielonerwowe. U pacjentów dializowanych często obserwuje się objawy polineuropatii obwodowej. Jedną z możliwych przyczyn jest niedobór wit. B_6 lub oporność na jej działanie. Dodatkowo niedobory mogą przyspieszać procesy miażdżycowe (łącznie z brakiem kwasu foliowego i witaminy B_{12}), poprzez wzrost stężenia homocysteiny i rozwój powikłań z tym związanych. Najwięcej witaminy B_6 znajduje się w mięsie (wołowina i wieprzowina gotowana, ryby – niestety, w produktach tych jest również wysoka zawartość fosforu – 100–250 mg/100g i potasu), a także w papryce, kapuście, marchwi (z których papryka zawiera najmniej potasu). Profilaktycznie stosuje się 5 mg/d. Leczniczo lekarz może zaordynować wyższe dawki.

Okres wyczerpywania się zasobów witaminy B_2 trwa od 2 do 6 tyg. Przy niedostatecznej podaży można obserwować charakterystyczną triadę objawów:

- z jamy ustnej – przekrwienie i obrzęk błon śluzowych, zapalenie kącików ust, zapalenie języka;
- z narządu wzroku – zapalenie spojówek, podwójne widzenie;
- z narządów płciowych – zapalenie worka mosznowego lub zapalenie warg sromowych.

Jednak najczęściej obserwuje się złożony niedobór witamin o mniej charakterystycznym obrazie. Bardzo obfitym źródłem tej witaminy są mleko i jego przetwory, mięso i jajka (stosunkowo najmniej potasu i fosforu zawiera śmietana 9%). Niedobory można uzupełniać podając doustne preparaty – 40–50 mg/d.

Wśród czynników niekorzystnie wpływających na wchłanianie i magazynowanie wit B_1, należy wymienić alkohol, kawę, herbatę, niedobór magnezu, białka, kwasu foliowego, także palenie papierosów. Dodatkowo kawa i herbata zawierają substancje niszczące witaminę B_1. Niezbędne jest stałe uzupełnianie zapasów, gdyż wyczerpują się one nawet w ciągu 2 tygodni. Objawy niedoboru znane są jako choroba beri-beri. Wśród objawów należy wymienić niewydolność mięśnia sercowego, obrzęki spowodowane zatrzymywaniem sodu i wody, a także zaburzenia nerwowe. Produkty o niskiej i średniej zawartości fosforu są niestety nieco uboższe w wit. B_1. Wymienić można jednak kalafior, pomidory, mleko świeże, kapustę.

Spośród witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K) zwrócę szczególna uwagę na rolę wit. E i A.

Działanie witaminy E polega głównie na jej właściwościach antyoksydacyjnych. Chroni ona organizm przed gromadzeniem się wolnych rodników, zapobiega uszkodzeniu naczyń krwionośnych. Bardzo dobre źródło wit. E stanowi olej słonecznikowy. Ostatnio zastosowano, z bardzo dobrym skutkiem, wit. E z wit. C do leczenia kurczów mięśniowych, występujących u pacjentów dializowanych. W trakcie 8 tygodni kuracji nie obserwowano w badanej grupie poważniejszych działań ubocznych. Jednak nie są dokładnie znane skutki przewlekłego stosowania wit. E.

Zazwyczaj pierwszym objawem niedoboru wit. A jest upośledzone widzenie nocne, a także suchość błon śluzowych, nadmierne rogowacenie skóry, podłużne bruzdowanie paznokci. Witamina A magazynowana jest w wątrobie. Znane są doniesienia świadczące, że u osób dializowanych gromadzenie w wątrobie jest nadmierne. Stąd nie ma potrzeby dodatkowego przyjmowania preparatów wit. A.

Prawidłowe skomponowanie diety dla pacjentów dializowanych jest trudnym zadaniem, wymagającym połączenia ograniczeń ilości potasu i fosforu z koniecznością dostarczania organizmowi niezbędnych witamin. Jak we wszystkich naszych działaniach niezbędny jest umiar i rozsądek, aby nadmiernie ograniczając dietę nie doprowadzić do niedożywienia (awitaminozy) i związanych z tym powikłań. Jednocześnie trzeba pamiętać o możliwości dodatkowej suplementacji witamin. Najlepszym rozwiązaniem wydaje się być przyjmowanie kompleksu witamin z grupy B oraz kwasu foliowego i wit. C. Należy ostrożnie podchodzić do przyjmowania preparatów wielowitaminowych, ponieważ mogą zawierać w swoim składzie potas, fosforany oraz witaminy, których suplementacja nie jest niezbędna.

Adres do korespondencji:
Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych PAM
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2
ul. Powstańców Wielkopolskich 72
70-111 Szczecin.

Dr n. med. Wojciech Marcinkowski
Mgr Edyta Kaszycka
International Nephrology Centers Poland

DIALIZY GOŚCINNE

Ludzie na całym świecie różnią się między sobą kulturą, językiem, wyglądem, zainteresowaniami, poglądami, stylem życia. Jednak każdy człowiek, bez względu na pochodzenie czy miejsce zamieszkania, potrzebuje wypoczynku. Wypoczynek jest niejako prawem każdego z nas i dializowani pacjenci nie stanowią tu wyjątku. Na całym świecie dializy wakacyjne są bardzo popularne już od wielu lat, natomiast w Polsce zjawisko to zaczyna dopiero nabierać prawdziwego znaczenia.

Choć generalnie wszystkie polskie placówki prowadzące hemodializę przyjmują podróżujących pacjentów w ramach tak zwanych dializ gościnnych, to jednak niewielu chorych korzysta z tej możliwości. Często uważa się, że konieczność rozpoczęcia dializoterapii niejako wymusza na pacjencie pozostanie w jednym miejscu. Taka opinia wynika zarówno z silnych przyzwyczajeń uwarunkowanych niezwykle trudną, jeszcze w niedalekiej przeszłości, sytuacją dializoterapii w Polsce, jak i z braku rzetelnej i sprawnej informacji dotyczącej tego problemu.

Ze względu na fakt, iż coraz więcej Polaków spędza urlop za granicą, warto również wspomnieć o możliwości dializoterapii poza granicami naszego kraju. W krajach Unii Europejskiej funkcjonuje dokument E111, który upoważnia jego posiadacza do korzystania z bezpłatnej (lub ulgowej) opieki medycznej w nagłych wypadkach na terenie krajów Piętnastki (hemodializa została zakwalifikowana jako leczenie w nagłym wypadku). Zatem dzięki E111 podróżujący pacjenci z krajów członkowskich UE mogą być dializowani nieodpłatnie. Choć Polska nie należy jeszcze do Wspólnoty Europejskiej, podjęte zostały już wstępne rozmowy dotyczące stosowania karty E111 przez polskich pacjentów, a jej wprowadzenie przewiduje się na rok 2003. Niestety, w chwili obecnej całość kosztów związanych z podróżą zagraniczną, w tym koszty dializoterapii, należy pokryć z własnej kieszeni.

Każdy dializowany pacjent powinien mieć świadomość, iż w jego przypadku wyjazd wakacyjny lub służbowy wymaga szczególnych zabiegów organizacyjnych i dlatego też powinien on zostać zaplanowany z odpowiednim wyprzedzeniem.

Przede wszystkim musimy zapytać prowadzącego lekarza, czy z medycznego punktu widzenia taki wyjazd jest w ogóle możliwy. Po uzyskaniu zgody należy odpowiedzieć sobie na pytanie, czy ma to być wyjazd wakacyjny, czy też mamy możliwość skorzystania z leczenia uzdrowiskowego. Leczenie uzdrowiskowe jest pełnowartościową formą terapii i rehabilitacji dializowanych chorych, stanowiące cenne uzupełnienie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego. Niektóre stacje dializ, na przykład w Wysowej Zdrój i Busku Zdrój, oferują tego typu leczenie posiadając umowy z kasami chorych. Dlatego, chcąc skorzystać z leczenia sanatoryjnego, należy zwrócić się do właściwej kasy chorych z zapytaniem, czy podpisała umowy ze stacjami dializ oferującymi leczenie sanatoryjne. Jeśli odpowiedź jest pozytywna i na wniosek lekarza prowadzącego kasa chorych wyda skierowanie na takie leczenie, to całość pobytu jest bezpłatna lub wymaga niewielkiej dopłaty do części hotelowej.

W przypadku wyjazdu wakacyjnego należy przede wszystkim sprawdzić, czy w pobliżu wybranego miejsca wypoczynku znajduje się stacja dializ. Takich informacji udzieli personel medyczny stacji, w której pacjent jest stale dializowany. Następnie należy się zwrócić do wybranego ośrodka z zapytaniem, czy w interesującym nas terminie będzie w stanie prowadzić leczenie powtarzanymi dializami. Wyboru ośrodka należy dokonać bardzo starannie. Ponieważ dializoterapia jest bezwzględnie niezbędna dla chorego na terminalną niewydolność nerek, to raczej wybór miejsca spędzenia wakacyjnego wypoczynku należy uzależnić od możliwości dializowania w odpowiedniej dla nas stacji dializ, a nie odwrotnie.

Czym należy się kierować przy wyborze stacji dializ? W rozmowie z osobą kompetentną należy zadać następujące pytania:

- czy i jakie dializatory stacja reutylizuje? (czy reutylizuje dializatory chorych zakażonych wirusem HCV?)
- czy reutylizuje linie krwi?
- jaki jest czas trwania sesji dializacyjnej?
- czy będą stosowane leki przepisane przez naszego lekarza? (erytropoetyna, dożylne preparaty żelaza)
- o jakiej porze możemy być dializowani?
- jakie typy dializatorów są używane?
- na jakich typach aparatów do dializy jest prowadzone leczenie?
- czy w trakcie sesji dializacyjnej wolno spożywać posiłki?
- ilu chorych przypada na jedną pielęgniarkę w trakcie sesji dializacyjnej?
- jakie są możliwości transportu do stacji i z powrotem?

Po podjęciu decyzji o wyborze stacji dializ należy przystąpić do wyboru miejsca wakacyjnego pobytu. Tu wybór jest bardziej zindywidualizowany w zależności od upodobań i możliwości finansowych. Jednak i w tym przypadku należy się kierować pewnymi kryteriami, z których najważniejsze to:

- dostępność jadłospisu uwzględniającego potrzeby i ograniczenia chorego na przewlekłą niewydolność nerek,
- dostępność kwalifikowanej pomocy lekarskiej w nagłych przypadkach,

• odległość od wybranej przez nas stacji dializ,

• dostępność udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

Uzyskanie zgody na leczenie w wybranej stacji dializ upoważnia do zwrócenia się do właściwej („naszej") kasy chorych o wydanie promesy gwarantującej pokrycie kosztów dializoterapii w trakcie wakacyjnego wyjazdu. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że kasy chorych nie stwarzają problemów z finansowaniem dializoterapii w ośrodkach posiadających umowy z innymi kasami (trochę inaczej wygląda sytuacja z wydawaniem zgody na leczenie sanatoryjne – tu możecie się Państwo spotkać z pewnymi utrudnieniami).

Na krótko przed wyjazdem należy poprosić prowadzącego lekarza o przygotowanie informacji dotyczącej naszego stanu zdrowia i sposobu leczenia. Informację tę należy przed wyjazdem przesłać do wybranej stacji dializ, a kopię zabrać ze sobą. Prawidłowo przygotowana informacja powinna zawierać:

• dane osobowe (w tym grupę krwi),

• przewidywany okres pobytu,

• krótki wywiad lekarski i aktualny opis badania fizykalnego,

• suchą masę ciała,

• ostatnie wyniki badań laboratoryjnych,

• ostatnie EKG,

• opis ostatniego badania radiologicznego klatki piersiowej,

• parametry dializy (czas, rodzaj koncentratu, prędkość przepływu krwi, przeciętną wielkość ultrafiltracji),

• rodzaj stosowanego dializatora,

• rodzaj i stan dostępu naczyniowego,

• rodzaj i dawkę stosowanego antykoagulanta,

• listę stosowanych leków.

Kopię powyższych informacji należy mieć zawsze przy sobie, a w przypadku pozostawiania jej na przykład w pokoju hotelowym, należy zawsze poinformować o tym współtowarzyszy podróży. Wśród posiadanych dokumentów należy mieć również pełne dane teleadresowe macierzystego ośrodka. Chorzy będący na liście oczekujących na przeszczep nerki powinni pozostawić w swoim ośrodku adres i telefon wakacyjnego miejsca pobytu celem umożliwienia zawiadomienia o ewentualnej możliwości przeszczepu.

Wyjeżdżając na wakacje należy zabrać ze sobą zapas wszystkich stosowanych leków wystarczający na cały okres

podróży. Podróżując samolotem, połowę potrzebnej ilości każdego leku należy mieć przy sobie, resztę można nadać na bagaż.

Wyjeżdżając w miejsca odległe, szczególnie za granicę, należy unikać stosowania miejscowej, nieprzegotowanej wody. Do picia, przygotowania posiłków oraz mycia zębów należy stosować wodę butelkowaną. Często sposobem na gaszenie nadmiernego pragnienia jest ssanie niewielkich kostek lodu – do ich przygotowania również powinno się używać wody butelkowanej.

W podręcznym bagażu nie może zabraknąć tak zwanych filtrów słonecznych. Oczywiście każdy chory na niewydolność nerek powinien pamiętać, że nie należy się intensywnie wystawiać na działanie promieni słonecznych, jednak nawet stosując się do tej zasady należy dodatkowo ochraniać nieosłoniętą powierzchnię skóry.

Przy wyjazdach do niektórych krajów wskazane bądź nawet konieczne jest przeprowadzenie szczepień ochronnych. Sprawę wymaganych przed wyjazdem szczepień należy skonsultować zarówno z terenową stacją SANEPID, jak i z prowadzącym lekarzem.

Pacjenci wyjeżdżający za granicę muszą wykupić polisę na ubezpieczenie zdrowotne. Trzeba pamiętać, że typowe ubezpieczenia nie pokrywają kosztów przewlekłej dializoterapii – w takim przypadku zachodzi konieczność indywidualnych negocjacji z towarzystwem ubezpieczeniowym.

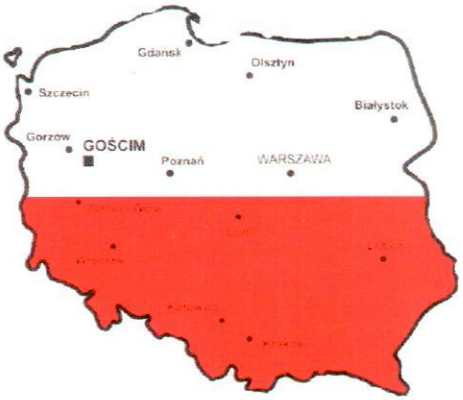
Korzystając przy organizacji wyjazdu z usług biura podróży zawsze należy poinformować agenta o swojej chorobie i ewentualnym stopniu niepełnosprawności. Pozwoli to na uniknięcie wielu niepotrzebnych nieporozumień i kłopotów.

Rozsądnie oraz starannie przygotowane i spędzone wakacje mogą być źródłem niezapomnianych wrażeń. Wielu spośród chorych na przewlekłą niewydolność nerek traktuje początek dializoterapii jako całkowitą utratę swobody, mobilności, narzucenie pewnego stylu życia, a jednocześnie konieczność rezygnacji z tego, co do tej pory przynosiło im radość. Jednak dializy gościnne są najlepszym przykładem, że nie zawsze tak musi być.

Wystarczy trochę chęci ze strony chorego oraz dobrej woli ze strony rodziny i lekarzy, a wyjazd na wakacje nie będzie stanowił większego problemu. Oderwanie się pacjenta od tak zwanej

codzienności, zmiana klimatu i otoczenia, odkrycie na nowo radości życia, z pewnością przyczynią się do poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego pacjenta.

International Nephrology Centers Poland zaprasza pacjentów wakacyjnych do swoich Stacji Dializ we: Wrocławiu, Sochaczewie, Ostrowi Mazowieckiej, Żywcu, Tarnowskich Górach, Piotrkowie Trybunalskim, a wkrótce także w Radomiu. Więcej informacji pod numerem telefonu: **012 625 10 00** lub na stronie internetowej www.incp.com.pl. Zachęcamy także do kontaktu e-mailowego: incp@incp.com.pl



OŚRODEK REHABILITACYJNO-WYPOCZYNKOWY
66-535 GOŚCIM, tel. 095 76 242 38

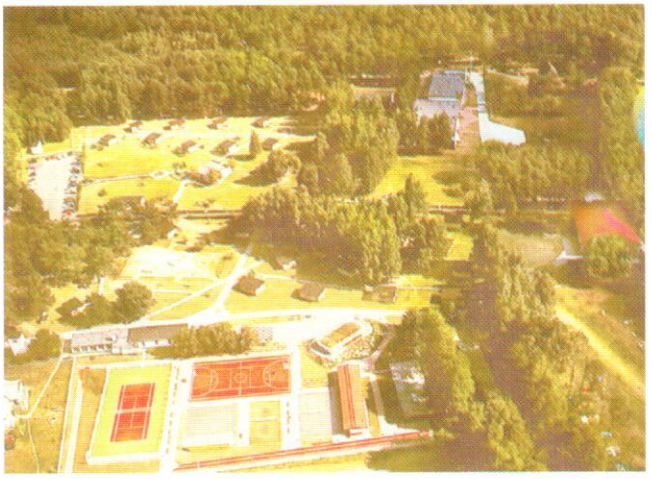
STACJA HEMODIALIZ NZOZ AVITUM
66-530 DREZDENKO, ul. PIŁSUDSKIEGO 8
tel. 095 76 383 21 do 26
fax 095 76 383 28

Zapraszają pacjentów dializowanych na turnusy rehabilitacyjne, wczasy, wyjazdy indywidualne.

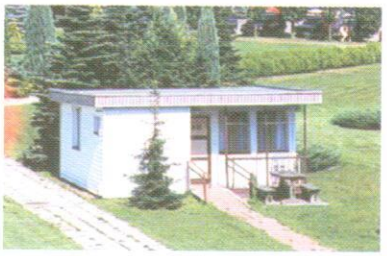
Drezdenko jest malowniczo położonym miasteczkiem w dolinie Noteci o historycznych tradycjach. Wokół znajduje się wiele jezior, a okoliczne wioski oferują usługi turystyczne.

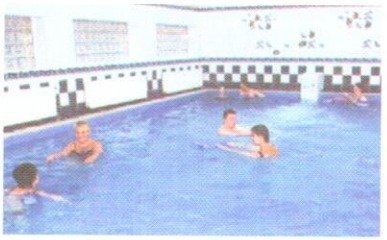
Ośrodek w Gościmiu położony jest na skraju Puszczy Noteckiej nad jeziorem Solecko. Jest to rejon bardzo atrakcyjny turystycznie, z możliwością łowienia ryb i zbierania grzybów. Zakwaterowanie w pawilonie hotelowym oraz w ocieplanych domkach z pełnym węzłem sanitarnym. Stołówka własna, kawiarnia, sklep.

Program sportowy: hala sportowa, kompleks boisk, kort tenisowy, kręgielnia, bilard, rowery terenowe i wodne, kajaki, łodzie, plenerowe szachy, tenis stołowy.



Program rehabilitacyjny: magnetoterapia, elektroterapia, krioterapia, światłolecznictwo, hydromasaż, masaż komputerowy, masaż mokry–suchy jet medical, masaż limfatyczny, klasyczny, mikromasaż, okłady borowinowe i żelowe, inhalacje, gimnastyka lecznicza UGUL, siłownia, basen, sauna, solarium.





Ośrodek czynny cały rok.
Opiekę medyczną zapewnia zespół lekarsko-pielęgniarski Stacji Hemodializ.

Zgłoszenia:

- na turnusy rehabilitacyjne przyjmuje „Rehabilitacja" w Zielonej Górze — tel. 068 327 13 85, 068 322 13 21, 068 327 02 83
- na dializy – Kierownik Stacji Hemodializ w Drezdenku lek. med. Beata Lutoborska-Majchrzak — tel. 0608 385 491
  lub Pielęgniarka Oddziałowa Irena Radziwon — tel. 095 76 383 21 do 26, fax 095 76 383 28

Dofinansowanie ze środków PFRON do pobytu osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym załatwia się we własnym zakresie w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie.

Lek. med. Beata Lutoborska-Majchrzak

DIALIZY U SĄSIADÓW

Dr Przemysław Włodek
Kraków

Po zwiedzeniu obowiązkowych miejsc we Lwowie – Cmentarza Łyczakowskiego, Kopca Unii Lubelskiej i innych – udałem się na zwiedzanie Szpitala Miejskiego.

Szpital mieści się na Dolnym Łyczakowie w budynku dawnego Kolegium Pijarów, które zostało skasowane wkrótce po aneksji miasta przez Austrię i od tej pory służy jako Szpital Miejski.

Zgodnie z moją profesją poszukuję i znajduję „Widdielenie Emodializy" (Oddział Dializ). Wchodzę do dyżurki lekarskiej, krótkie wyjaśnienie, że jestem lekarzem z Polski i chciałem zwiedzić Stację Dializ. Bariera językowa praktycznie nie istnieje – obydwa języki są bardzo zbliżone do siebie. Zwiedzam dwie niewielkie sale dializ. Pacjenci leżą tuż obok siebie. Sprzęt do dializy już na pierwszy rzut oka bardzo zróżnicowany – od aparatów pamiętających jeszcze czasy Gorbaczowa, do nowiutkich, jeszcze pachnących farbą. Na pełną wymianę sprzętu przyjdzie jeszcze trochę poczekać. Aparat do dializy jest droższy od wysokiej klasy samochodu, a wciąż brakuje pieniędzy na inwestycje.

Życie chorych dializowanych jest bezpośrednio uzależnione od sprawności aparatu, stąd więc prawdziwy dramat zaczyna się, gdy któryś z aparatów się zepsuje – wówczas zaczyna się wyścig z czasem prowadzony przez dwóch techników w tzw. „maszynowni" (pomieszczenie o powierzchni kilku m^2 wypełnione woltomierzami, przewodami itd. – niegdyś cela zakonnika).

Szpital zabezpiecza pacjentów nie tylko z „obłasti" lwowskiej, ale też z czerniowieckiej. Stąd pacjenci dowożeni są na dializy spod granicy rumuńskiej aż do Lwowa. To właśnie z myślą o tych ostatnich planowane jest otwarcie stacji dializ otrzewnowych. Jazda autem na trasie Lwów–Czerniowce jest niezwykle ciekawa z uwagi na piękne krajobrazy (po drodze widać zamki podolskie, przełom Dniestru w Zaleszczykach), ale powtarzana wielokrotnie staje się męcząca.

Pracownicy narzekają na fatalne warunki lokalowe. W roku 1986 przy ul. Stryjskiej, w miejscu gdzie uprzednio wyburzono pozostałości po stadionie KS „Czarnych" zaczęto budowę nowego szpitala. Dość szybko stanął gigantyczny szkielet budynku, jednakże wobec kryzysu początku lat 90. budowy zaprzestano. W ostatnich latach znalazły się pieniądze, inwestycję dokończono z przeznaczeniem na... administrację podatkową. Nawet nie pytam czy będzie budowany kolejny budynek.

Zwiedzamy też „Widdielienie Transplantacji" – gdzie wykonywane są przeszczepy nerki. Oddział posiada rzecz, o której mogę tylko pomarzyć – laboratorium zgodności tkankowej, dzięki której można szybko dobrać biorcę.

Wchodzimy na salę operacyjną, gdzie panie salowe kończą sprzątanie po niedawno zakończonej operacji przeszczepu nerki. Chirurg, z którym rozmawiam, jest wyraźnie zadowolony i szczęśliwy. Przeszczepiona nerka zaczęła produkować mocz już na sali operacyjnej, co dobrze wróży przeszczepowi.

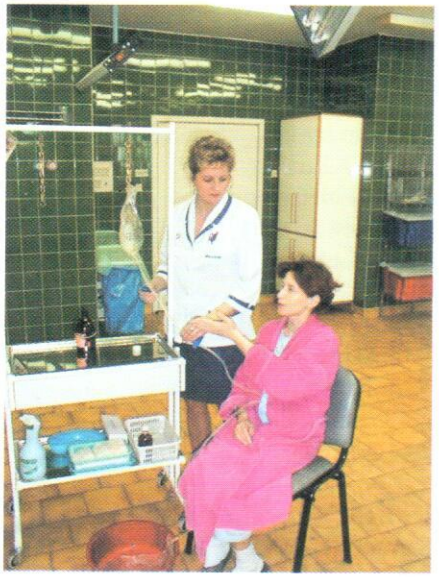
Opuszczam szpital udając się w zaułki Górnego Łyczakowa, w przekonaniu, że jeszcze tu wrócę. Do dziś nasz oddział utrzymuje współpracę z lwowskim oddziałem nefrologii. Lekarze z zaprzyjaźnionego oddziału przyjeżdżają regularnie na organizowane przez nas Krakowskie Dni Dializoterapii.

Do zobaczenia na VI Krakowskich Dniach Dializoterapii we wrześniu 2004.

PROF. DR HAB. MED. JACEK MANNITIUS
Bydgoszcz

Z WIZYTĄ W OŚRODKU DIALIZY OTRZEWNOWEJ PRZY KLINICE NEFROLOGII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH AKADEMII MEDYCZNEJ W BYDGOSZCZY

Pierwsze kwalifikacje chorych do leczenia metodą dializy otrzewnowej miały miejsce w Bydgoszczy w 1996 r. w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, którą w ówczesnym okresie kierował p. prof. dr hab. med. Edmund Nartowicz. W latach 1996–1999 leczono tą metodą 10 pacjentów. Dzięki naszym staraniom, w latach 1999–2002 udało nam się włączyć do leczenia nerkozastępczego tą formą dializoterapii 15 nowych chorych. W chwili obecnej pod opieką Ośrodka znajduje się 25 pacjentów, z czego 23 jest leczonych metodą automatycznej dializy otrzewnowej. Ośrodek nasz od 2000 r. składa się z części ambulatoryjnej, mieszczącej się w Poradni Nefrologicznej przy SPSK im. dr Jurasza oraz części szpitalnej. Nasi chorzy korzystają z płynów dializacyjnych, cyklerów oraz dodatkowego sprzętu firmy Baxter. Personel ośrodka stanowi dwóch lekarzy oraz dwie pielęgniarki.



STACJE DIALIZ W POLSCE (cz. II)

Prof. Andrzej Więcek
Śląska Akademia Medyczna
Ośrodek Dializ Pozaustrojowych
ul. Francuska 20
40-027 **Katowice**

Prof. Jan Duława
Niepubliczny ZOZ
Stacja Dializ GAMBRO
ul. Ziołowa 45/47
40-635 **Katowice**

Dr med. Krzysztof Bidas
Woj. Szpital Zespolony
Oddział Nefrologiczny
ul. Grunwaldzka 45
25-735 **Kielce**

Dr Mieczysław Maziarz
Szpital SP ZOZ
Oddział Dializoterapii i Nefrologii
ul. Kolejowa 3
36-100 **Kolbuszowa**

Dr Paweł Górecki
Szpital ZOZ
Ośrodek Dializ
ul. Łopuskiego 8
78-100 **Kołobrzeg**

Dr Andrzej Ziajka
Woj. Szpital Zespolony
Oddz. Anest. i Inten. Terapii
ul. Wyszyńskiego 1
62-510 **Konin**

Dr Dorota Frankiewicz
Woj. Szpital Zespolony
Oddz. Dializoterapii
ul. Szpitalna 45
62-504 **Konin**

Dr Urszula Chonin
Szpital ZOZ
Stacja Dializ
ul. Gimnazjalna 41b
26-200 **Końskie**

Dr Krzysztof Wruk
Centrum Usług Med.
„Dializa" Sp. z o.o.
ul. Narutowicza 6
66-470 **Kostrzyń**

Dr Olech Mazur
Szpital Wojewódzki
Stacja Dializ
ul. Chałubińskiego 7
75-581 **Koszalin**

Dr med. Marita Piechowska
Szpital Specjalistyczny
Stacja Dializ
ul. Piechowskiego 36
83-400 **Kościerzyna**

Prof. Władysław Sułowicz
UJ Collegium Medicum
Klinika Nefrologiczna
ul. Kopernika 15
31-501 **Kraków**

Dr med. Andrzej Miłkowski
Niepubliczny ZOZ
Stacja Dializ GAMBRO
os. Młodości 11
31-908 **Kraków**

Dr Ewa Kędra
Szpital Powiatowy
Stacja Dializ Pozaustrojowych
ul. Wyszyńskiego 6
23-210 **Kraśnik**

Dr Janusz Glazar
Wojew. Szpital Podkarpacki
Oddz. Chorób Nerek i Dializoterapii
ul. Korczyńska 57
38-400 **Krosno**

Dr med. Marek Kaniewski
Szpital SP ZOZ – Oddział Dializ
ul. Kościuszki 52
99-300 **Kutno**

Dr Monika Sobańska
Niepubliczny ZOZ
„Dialvita"– Stacja Dializ
ul. Hallera 31
82-500 **Kwidzyń**

Prof. Andrzej Steciwko
Szpital Wojewódzki
Stacja Dializ
ul. Iwaszkiewicza 5
59-220 **Legnica**

Dr Andrzej Świderski
Woj. Szpital Zespolony
Oddział Nefrologiczny
ul. Jana Kiepury 45
64-100 **Leszno**

Dr Maciej Pakuła
SP Specjal. ZOZ
Stacja Dializ
ul. Węgrzynowicza 13
84-300 **Lębork**

Dr Jan Cina
Szpital Powiatowy
Oddz. Nefrologii i Stacja Dializ
ul. Piłsudskiego 61
34-600 **Limanowa**

Dr Jerzy Bogucki
Szpital SP ZOZ
Stacja Dializ
ul. Zawidowska 4
59-800 **Lubań**

Doc. dr hab. med. Wojciech Załuska
Szpital ZOZ
Ośrodek Dializoterapii
ul. Słowackiego 7
21-100 **Lubartów**

Prof. Andrzej Książek
Szpital Kliniczny nr 4
Klinika Nefrologii
ul. Jaczewskiego 8
20-954 **Lublin**

Prof. Lucyna Janicka
Woj. Szpital Specjalistyczny
Klinika Nefrologii i Stacja Dializ
ul. Kraśnicka 100
20-718 **Lublin**

Dr Irena Roszkowska-Łuba
Szpital ZOZ Oddz. Wewnętrzny
Stacja Dializ
ul. Korczaka 23
18-100 **Łapy**

Dr med. Henryk Perkowski
Szpital Wojewódzki
Oddz. Nefrologiczny
ul. Piłsudskiego 11
18-404 **Łomża**

Prof. Witold Chrzanowski
Szpital Kliniczny Nr 1
Oddział Dializ
ul. Kopcińskiego 22
90-153 **Łódź**

Dr med. Janusz Filutowicz
Woj. Szpital Specjalistyczny
Woj. Ośrodek Dializ i Transplantologii
ul. Pabianicka 62
93-513 **Łódź**

Dr Janusz Grochowski
Szpital ZOZ
Stacja Dializ
ul. Witosa 2
06-200 **Maków Mazowiecki**

Dr Paweł Haraziński
Szpital ZOZ
Stacja Dializ
ul. Wybickiego 30
77-200 **Miastko**

Dr Marek Kolarz
Niepubliczny ZOZ
„Dializa Polska" Stacja Dializ
ul. Szpitalna 3
32-200 **Miechów**

Dr med. Marek Stopiński
Szpital ZOZ
Stacja Dializ
ul. Brwinowska 4/6
05-822 **Milanówek-Turczynek**

Dr Hanna Augustyniak-Bartosik
Szpital ZOZ
Stacja Dializ
ul. Grzybowa 1
56-300 **Milicz**

Dr Stanisław Ziuzia
Szpital Powiatowy
Stacja Dializ
ul. Wolności 12
11-700 **Mrągowo**

Dr Adam Wojton
Szpital ZOZ
Ośrodek Dializ
ul. Szpitalna 2
32-400 **Myślenice**

Dr Dariusz Konieczny
Szpital ZOZ
Stacja Dializ
ul. Chałubińskiego 7
67-100 **Nowa Sól**

Dr Zbigniew Rosiek
Szpital ZOZ
Oddział Nefrologiczny
ul. Młyńska 5
33-300 **Nowy Sącz**

Dr Danuta Kaczor Di Paola
Szpital ZOZ
Stacja Dializ
ul. Szpitalna 14
34-400 **Nowy Targ**

Dr Adolf Leszyk
Szpital ZOZ
Stacja Dializ
ul. Poznańska 30
64-300 **Nowy Tomyśl**

Dr Krzysztof Doskocz
Szpital ZOZ
Stacja Dializ
ul. Curie-Skłodowskiej 1
48-300 **Nysa**

Dr Krystyna Koegler-Zielińska
Szpital Powiatowy
Ośrodek Dializ
ul. Klonowa 1
46-300 **Olesno Śląskie**

Dr med. Jan Forfa
WSS Oddz. Nefrologii
Ośrodek Dializoterapii
ul. Żołnierska 18
10-561 **Olsztyn**

Dr Henryk Żygadło
Szpital Wojewódzki
Stacja Dializ
ul. Katowicka 64
45-060 **Opole**

Dr med. Ryszard Kwieciński
Wojewódzkie Centrum Medyczne
Stacja Dializ
Al. Witosa 26
45-418 **Opole**

Dr Stanisław Kurosad
Szpital ZOZ
II Oddz. Wewnętrzny – Stacja Dializ
ul. Szymanowskiego 11
27-400 **Ostrowiec Świętokrzyski**

Dr Mirosław Citko
Niepubliczny ZOZ
Stacja Dializ INCP
ul. Widnichowska 20
07-300 **Ostrów Mazowiecki**

SŁOWNICZEK PACJENTA

DR BOGDAN PELLO
Kraków

Dializat – specjalny płyn zawierający glukozę i elektrolity, dzięki któremu następuje usunięcie z ustroju toksyn i nadmiaru wody.

CADO (Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa) to forma leczenia dializą otrzewnową, gdzie dzięki wprowadzeniu dializatu do jamy otrzewnowej krew jest oczyszczana w sposób ciągły. Dializat w ilości ok. 2–2,5 litra jest wprowadzany do jamy otrzewnej dzięki sile grawitacji i wymieniany 4 razy na dobę.

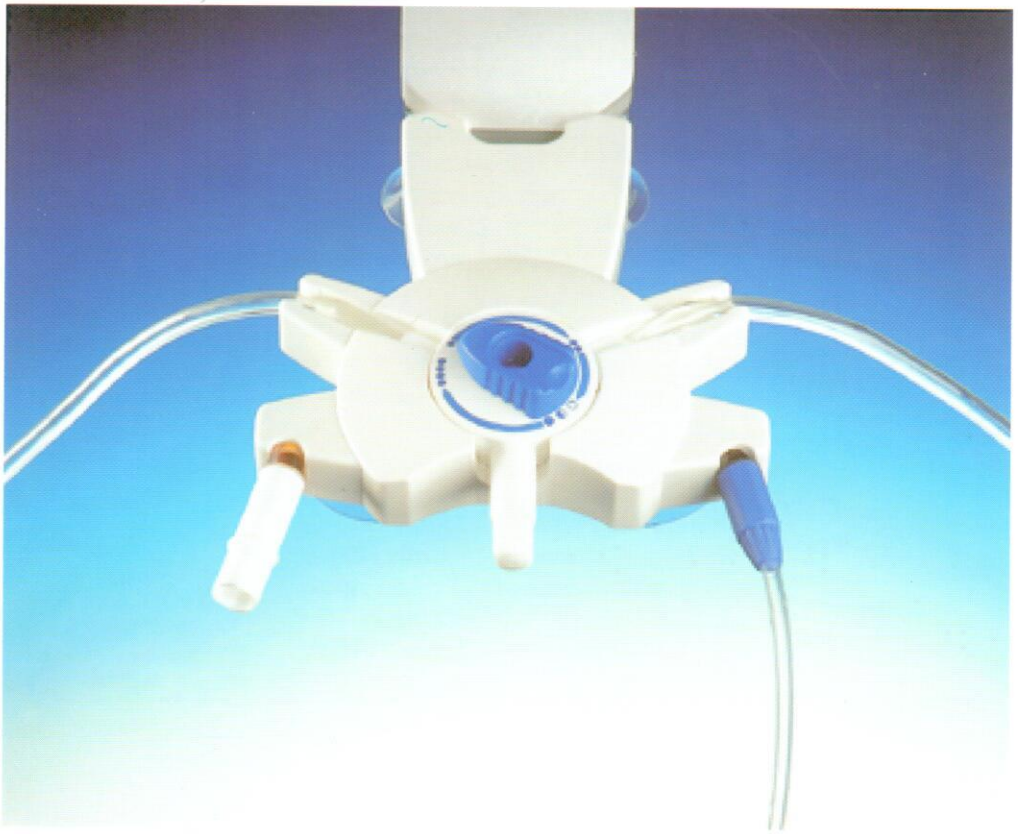
ADO (Automatyczna Dializa Otrzewnowa) to forma dializy otrzewnowej z wykorzystaniem specjalnego aparatu do dializy, tzw. cyklera, który umożliwia wymianę dializatu w czasie snu chorego, dzięki czemu chory może swobodnie dysponować swoim czasem w ciągu dnia.

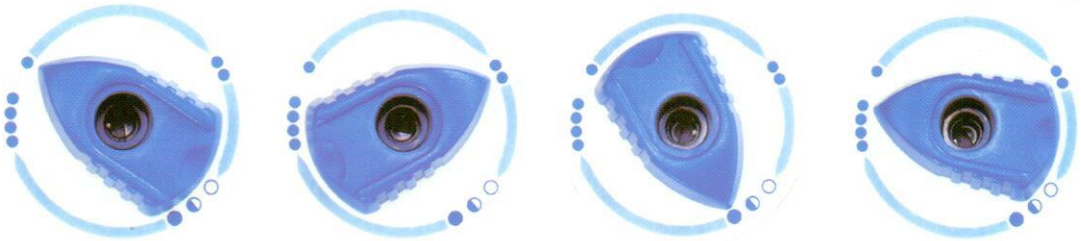
EPO – erytropetyna – hormon, którego brak w niewydolności nerek powoduje anemię.
Podawany jako lek podskórnie lub dożylnie leczy chorego z anemii i dzięki temu nie są konieczne przetoczenia krwi, poprawia się apetyt i ogólne samopoczucie.

Stay-Safe

Nowa generacja systemów do Ciągłej Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej

Technologia korka iglicowego z uszczelką zapewnia zabezpieczone przed zanieczyszczeniami zamknięcie systemu wewnątrz drenu łączącego pacjenta.
Zamknięcie następuje przed rozłączeniem systemu.





Dysk, który jest głównym elementem systemu *Stay-Safe*, kontroluje wszystkie etapy zabiegu za pomocą zwykłej rotacji.
Eliminuje to możliwość popełnienia przez pacjenta błędu.
Nie są potrzebne zaciski ani łamane stożki.

Wszystkie części systemu *Stay-Safe* wykonane są z *Biofine* stworzonego przez FRESENIUS MEDICAL CARE , nie zawierającego PCV, syntetycznego materiału z grupy poliolefin.