

Czasopismo dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 1 (39) 2021

DIALIZA i Ty



ISSN 1644-5139



DIALIZA i Ty

Czasopismo ukazuje się pod patronatem
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

Dializa i Ty – Czasopismo dla chorych z niewydolnością nerek
NR 1 (39) 2021, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:

prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk

Zastępca redaktora naczelnego:

dr med. Adam Markiewicz

Sekretarz redakcji:

lek. med. Michał Śmigieński

Wydawca:

Fundacja Amicus Renis
os. Złotej Jesieni 1; 31- 826 Kraków

Sekretariat-biuro:

Danuta Maliszewska
tel. 12 642 49 48
faks 12 642 49 31
e-mail: danuta.maliszewska@amicusrenis.pl

Komitety naukowe czasopisma:

dr med. Wacław Bentkowski
dr med. Krzysztof Bidas
prof. dr hab. med. Stanisław Czekalski
prof. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień
prof. dr hab. med. Ryszard Gellert
prof. dr hab. med. Ryszard Grenda
prof. dr hab. med. Władysław Grzeszczak
prof. dr hab. med. Marian Klinger
prof. dr hab. med. Andrzej Książek
prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko
prof. dr hab. med. Jacek Mannitius
prof. dr hab. med. Michał Myśliwiec
prof. dr hab. med. Kazimierz Ostrowski
prof. dr hab. med. Irena Pietrzak
prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski
prof. dr hab. med. Władysław Sułowicz
dr med. Antoni Sydor
prof. dr hab. med. Zofia Wańkowicz
prof. dr hab. med. Andrzej Więcek
dr med. Rafał S. Wnuk
prof. dr hab. med. Danuta Zwolińska

Rysunki: KRZYSZTOF KMIĘĆ

Fotografia na okładce:

JACEK PIETRZYK

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

W numerze:

3 Słowo od Redakcji – prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk

4 Listy znad morza

Dr Sławomir Bautembach a polska nefrologia – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

5 W oczach lekarza

Czy szczepić się przeciwko Covid-19? TAK! – prof. dr hab. med. Ryszard Gellert
Szczepienia u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i po transplantacji nerki – prof. dr hab. med. Magdalena Durlik
Hemodializa domowa. Czy to już niedaleka przyszłość? – dr hab. med. Marek Myślak, prof. PUM

12 Wspomnienie o Nestorze nefrologii polskiej

Nie żyje Profesor Franciszek Kokot – prof. dr hab. med. Jan Duława
Wspomnienie pacjenta o Profesorze Franciszku Kokocie – prof. dr hab. Rajmund Michalski

15 Pielęgniarka Radzi

Jak i dlaczego powinniśmy mierzyć ciśnienie tętnicze krwi? – mgr Wiesława Trusewicz

17 Wydarzenia

Światowy Dzień Nerek – 11 marca 2021 roku

19 Nasze wywiady

Nefrologia – czego uczy nas pandemia koronawirusa? – rozmowa z dr hab. med. Szymonem Brzóska
Sklep internetowy dla osób dializowanych – rozmowa z Joanną Bernet

23 Ruch to zdrowie

Fizjoterapia chorych z COVID-19 oraz rehabilitacja po przebyciu COVID-19 – dr Tomasz Włoch
Aktywność fizyczna w pandemii a samopoczucie i kondycja, czyli jak zostać Kubusiem Puchatkiem i cieszyć się każdego dnia – Agata Dratwińska

28 Ludzie listy piszą

Koronawirus. Jak żyć będąc dializowanym? – Ewelina Górecka

29 Artykuł reklamowy

Nerki w pandemii – dr Jacek Zawierucha, mgr Marta Andrzejewska



Wszystkim Czytelnikom
życzenia zdrowych, pełnych nadziei i wiary
Świąt Wielkanocnych składa
Redakcja Dializy i Ty

SŁOWO OD REDAKCJI

Rok temu nikt nie przypuszczał, że pierwsze narodowe zamknięcie (sławetny „lockdown”) w odpowiedzi na pojawiające się nieliczne przypadki zakażeń koronawirusem w Polsce uwidoczni organizacyjny bałagan i niedostatki w systemie ochrony zdrowia. Może w lecie pochopnie odrąbiono sukces („pokonałmy koronawirusa”), ale o samej chorobie COVID-19 wiedzieliśmy już znacznie więcej. Przekonał się, jak jest groźna, gdy jesienią ubiegłego roku rosnącej z tygodnia na tydzień liczbie nowych zachorowań i zgonów nie byliśmy w stanie skutecznie zapobiec. Dziesiątki karetok oczekujących przed szpitalami z chorymi, kolejne jednostki zamieniane na tzw. „jednoimienne”, czyli przyjmujące pacjentów tylko z COVIDEM. O innych chorych nie mówiono. Jakby ich w ogóle nie było! Lekarze protestowali. Co z onkologią, kardiologią, neurologią? Medycyna to nie tylko nagle przypadki! Przestaliśmy reagować na komunikaty o liczbach nowych zachorowań, o chorych, którzy przegrali śmiertelną walkę z wirusem, o kurczącej się ilości szpitalnych łóżek i respiratorów. Zdalna praca, zdalna szkoła, zdalne studia. Raz coś otwierano po to, by za chwilę znów coś zamknąć... Nadzieja na pokonanie pandemii pojawiła się z pierwszymi informacjami na temat szczepionki przeciw wirusowi SARS-CoV-2, ale – i tu zacytuję słowa prof. Andrzeja Matyji, prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej: - Im bardziej optymistyczne wizje roztaczano w grudniu wokół szczepionki i możliwości szybkiego podania jej naszym rodakom, i to w sposób uporządkowany, zaplanowany i logistycznie dopracowany, z tym większym rozczarowaniem i frustracją przyjmowane są komunikaty o kolejnych komplikacjach. Coraz częściej opisując bieżącą sytuację słyszymy słowo chaos, coraz rzadziej występuje słowo system. Trudno się z tym nie zgodzić.

Krótki czas badań klinicznych nad szczepionkami przeciwko chorobie covidowej wśród wielu wzbudził wątpliwości: - Szczepić się, czy nie szczepić? Bohaterów, którzy szczepić się nie chcieli było i jest nadal wielu. Tych, hołdujących teoriiom spiskowym, że przy okazji „coś nam wszczepią” i tych, którzy twierdzili, że po szczepieniu będziemy kimś zupełnie innym, bo szczepionka zmieni geny naszych komórek, a końcowym produktem będzie jakiś ...mutant! Jakbym żywcem miał przed oczami historię szczepienia przeciwko ospie prawdziwej i angielskiego lekarza, dr Edwarda Jennera, który 14 maja 1796 r. podał 8-letniemu Jamesowi Phippsowi wirusa ospy krowiej, który skutecznie zapobiegał śmiertelnej ospie prawdziwej. Oponenci szczepień przeciw ospie twierdzili, że zaszczepionym będą wyrastać ... krowie rogi! Jak zauważyliście Państwo, to kolejny numer „Dializy i Ty”, który poświęcamy problemom związanym z zakażeniem koronawirusem. O tym, jak działają szczepionki pisze w swoim artykule prof. Ryszard Gellert. O szczepieniach zabezpieczających pacjentów dializowanych i po przeszczepieniu nerki przed innymi chorobami zakaźnymi pisze szerzej prof. Magdalena Durlik.

Chorująca na COVID-19 Europa potrzebuje szczepień jak tlenu. Do wszystkich dociera powoli bolesna prawda, że zabezpieczyć się skutecznie przed chorobą możemy tylko szczepiąc się na masową skalę. Świadczy o tym dobitnie

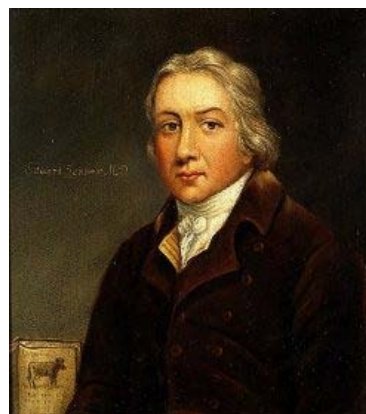
przykład Izraela, który zbliża się do końca swojego programu szczepień i otwiera powoli na utęsknioną normalność.

Nas nadal obowiązuje bezwzględnie zasada MDD: maseczki, dystans, dezynfekcja! Dobrze, że pacjenci z niewydolnością nerek i po przeszczepie nerki rozpoczynają już w marcu program szczepień przeciwko COVID-19. Dla nich wskazania medyczne są poza dyskusją! Miejmy nadzieję, że dostępność szczepionek wkrótce wzrośnie, modernizowane linie produkcyjne sprostają potrzebom, programy szczepień zagwarantują nam odporność populacyjną, pandemia osłabnie, może zniknie? Wielu ekspertów twierdzi, że wirus jednak z nami zostanie. Zostaną też dziesiątki tysięcy ozdrowieńców, u których COVID-19 dokonał swego spustoszenia w wielu narządach. Ich wyzdrowienie nie jest jednak równoznaczne z odzyskaniem zdrowia w pełni. Tym szczególnie polecam artykuł dr Tomasza Włocha o metodach rehabilitacyjnych przywracających utraconą sprawność.

W bieżącym numerze w „Liście z nad morza” prof. Bolesław Rutkowski żegna swojego wieloletniego Współpracownika i Przyjaciela, dr Sławomira Bautembacha, a prof. Jan Duława – zmarłego Nestora polskich nefrologów – prof. Franciszka Kokota. Znałem osobiście obu panów. Podziwiałem talenty organizacyjne dr Bautembacha w okresie, kiedy współtworzył nowoczesną polską dializoterapię. Profesora Kokota nie zapomnę nigdy, jak na II Zjeździe Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego w 1986 r. dosłownie odesłał mnie do kąta po dyskusji z prof. Tarabą nt. modelowania kinetycznego dializy. Bratanek Węgier mówił o tym, co dla nas od ponad roku było codzienną praktyką kliniczną. To zaskoczyło Profesora. Ale też do końca życia pozostaną mi w pamięci Jego słowa: „Wiesz, Jacku, znowu się czegoś nowego od ciebie dowiedziałem”, które wypowiedział ściskając mi rękę po moim wykładzie na konferencji w Katowicach kilka lat temu. Wielki Franciszek, sławny Lekarz, Guru nefrologii gratuluje pediatrze, który pokochał dializę...

Pani Lili Buczyńskiej dziękuję za kolejny tomik wierszy. Podzielmy się nimi z Czytelnikami „Dializy i Ty” w kolejnym numerze. Wszystkich zaś proszę. **Zaszczepcie się. Nie dajcie się zabić wirusowi!** Nie wiem tylko, co mam zrobić drukarskiemu chochlikowi, który dopadł nasz ostatni numer i troszkę namieszał w tytułach. Ot, taki mały „wirus”, przeoczony mimo starannej redakcji tekstu. Mam nadzieję, że Czytelnicy i autorzy artykułów wybaczą...

Redaktor Naczelny
Jacek Pietrzyk



Dr Edward Jenner (1749-1823). Ojciec współczesnej wakcynologii, nauki o szczepieniach. Jego odkrycie otworzyło drogę do szerokiego stosowania szczepień ochronnych w zapobieganiu wielu groźnym chorobom. Obraz: wikipedia.com

Dr Sławomir Bautembach a polska nefrologia



Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

Były Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii oraz
były Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

Moi Drodzy,

Obiecałem ostatnio, że będzie kontynuacja historii leczenia nerkozastępczego u osób z cukrzycową chorobą nerek. Bywają jednak takie okoliczności, wobec których historia może poczekać. Otóż w dniu 13 lutego odszedł do lepszego świata dr n. przyrodniczych Sławomir Bautembach. Poniżej Czytelnicy znajdą moje wspomnienie o S. Bautembachu, które ukazało się w naszym uczelnianym czasopiśmie „Gazeta Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego”. Niektórzy z kolegów żartowali, że jest doktorem od roślinek, ptaszków i zwierzątek. Niemniej w moim przekonaniu pacjenci dializowani w Polsce zawdzięczają Mu więcej niż niejednemu doktorowi nauk medycznych.

W momencie, kiedy powszechnie rozeszła się smutna wiadomość o śmierci Sławomira Bautembacha, otrzymałem z całej Polski wiele telefonów i e-maili od czołowych polskich nefrologów z wyrazami żalu i współczucia. Można zapytać, skąd fizyk stał się tak znaną i cenioną postacią w środowisku nefrologicznym? Wszystko zaczęło się od współpracy naukowej, w ramach której w Katedrze Fizyki i Biofizyki naszej medycznej Uczelni badaliśmy przy pomocy bioimpedancji elektrycznej cechy erytrocytów. Znaleźliśmy wówczas wyraźne różnice pomiędzy krwinkami osób zdrowych i chorych z niewydolnością nerek. Kolejne wspólne badania prowadzone były przy pomocy technik izotopowych i pozwoliły na wykazanie zmian z trójwarstwie lipidowej błony komórkowej erytrocytów korelujących ze stopniem zaawansowania niewydolności nerek. Były to całkowicie nowatorskie odkrycia, które były prezentowane na zjazdach naukowych w kraju i zagranicą. Stały się także podstawą publikacji w czasopiśmie „Studia Biophysica”, które miało zasięg międzynarodowy. Następne badania dotyczyły zmian, które powstawały w krwinkach czerwonych osób z niewydolnością nerek pod wpływem erytropoetyny. Wprowadzenie tego cennego w terapii niedokrwistości u chorych leczonych powtarzanymi dializami leku nie odbyło się bez pomocy Sławka Bautembacha. Uzyskaliśmy bowiem niespodziewanie możliwości otrzymania znacznych funduszy z Ministerstwa Zdrowia na zakup tego leku, ale – jako Krajowy Zespół ds. Nefrologii – nie mieliśmy jak ich wykorzystać. Sławek będąc podówczas dyrektorem



administracyjnym AMG zaoferował pośrednictwo naszej Uczelni w przeprowadzeniu niezbędnego przetargu oraz systemu dystrybucji erytropoetyny do ośrodków dializ w kraju. Tak zaczęły się coroczne zakupy centralne tego cennego leku, który pozwolił na uzyskanie poprawy stanu osób dializowanych oraz wpłynął pozytywnie na ich jakość życia. Po tych doświadczeniach zaczęły się zakupy centralne aparatury i sprzętu zużywanego do dializ. Działo się to w ramach kolejnych etapów Programu Poprawy i Rozwoju Dializoterapii w Polsce, zatwierdzonego przez Ministerstwo Zdrowia oraz Komisję Zdrowia Sejmu RP. Miałem przyjemność pełnić funkcję Koordynatora tego programu, stąd nic dziwnego, że ponownie nasza Alma Mater ze Sławkiem na czele stała się głównym wykonawcą zadań związanych z organizacją przetargów, realizacją zakupów oraz opracowaniem dystrybucji tych dóbr. Dzięki tej działalności, jak przysłowiowe grzyby po deszczu, w wielu ośrodkach w Polsce powstawały nowe stacje dializ. Pozwoliło to na stopniowe zmniejszanie restrykcyjnych kryteriów związanych z kwalifikacją chorych do dializoterapii. Warto wspomnieć, że na przełomie wieków osiągnęliśmy stan, w którym dializa stała się dostępną dla każdego chorego ze schyłkową niewydolnością nerek, niezależnie od wieku czy chorób towarzyszących. Równolegle z hemodializą rozwijała się dializa otrzewnowa, która stała się leczeniem z wyboru u dzieci oraz u chorych z cukrzycową chorobą nerek. Dzięki Sławkowi uzyskaliśmy także fundusze na przeprowadzenie remontu w naszej Klinice i otwarcie wzorcowego, klinicznego Oddziału Dializy Otrzewnowej. Szkoliliśmy w nim nie tylko pacjentów, ale także pielęgniarki i lekarzy z wielu ośrodków w kraju. S. Bautembach wspomagał swoją wiedzą w tworzeniu kolejnych etapów programu. Został także współredaktorem corocznego „Raportu o stanie dializoterapii i przeszczepiania nerek w Polsce”. Sławek uczestniczył czynnie w wielu krajowych i międzynarodowych konferencjach, zjazdach nefrologicznych oraz brał udział w Krakowskich Dniach Dializoterapii. Był także współautorem rozdziałów w podręcznikach dla lekarzy i pielęgniarek dotyczących



Dr Sławomir Bautembach

leczenia nerkozastępczego. Biorąc pod uwagę powyższe zasługi S. Bautembacha dla rozwoju dializoterapii w Polsce nie dziwi fakt, iż Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego wyróżnił go tytułem „Zasłużony dla Polskiej Nefrologii”. Już po przejściu na emeryturę wiele stacji w regionie korzystało z Jego doradztwa.

Będzie nam ogromnie brakowało Sławka nie tylko jako eksperta zasłużonego dla rozwoju dializoterapii i nefrologii w naszym kraju, ale przede wszystkim jako serdecznego Przyjaciela i kompana oraz życzliwego i pomocnego ludziom człowieka.

Wasz Bolesław

W OCZACH LEKARZA

Czy szczepić się przeciwko Covid-19? TAK!



Prof. dr hab. med. Ryszard Gellert

Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii
Klinika Nefrologii i Chorób Wewnętrznych
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
w Warszawie

Wirus SARS-CoV-2 jest szczególnie niebezpieczny dla pacjentów leczonych dializami, ponieważ zaawansowana, przewlekła choroba nerek zmniejsza odporność organizmu na infekcję. Dlatego wytworzenie przeciwciał jest trudniejsze, a zakażenie łatwiejsze. Taka konstelacja powoduje, że pacjenci dializowani, którzy zarażą się wirusem SARS-CoV-2 mają wprawdzie gorsze rokowanie co do czasu trwania choroby covidowej i jej wyleczenia, ale przebieg samej choroby jest u nich łżejszy niż u osób z wydolnymi nerkami. Dzieje się tak dlatego, że za burzliwy przebieg choroby odpowiada właśnie nadmiernie silna reakcja obronna organizmu na inwazję wirusa. Między innymi z tego powodu w leczeniu ciężkich postaci choroby covidowej sięga się często po leki sterydowe, które hamują odpowiedź immunologiczną organizmu.

Z kolei zbyt słaba odpowiedź układu immunologicznego na zakażenie może przedłużać chorobę i powodować większe szkody narządowe, przede wszystkim w układzie oddechowym. Wbrew opiniom wielu, choroba covidowa to nie jest przeziębienie. Wręcz przeciwnie, to bardzo poważne schorzenie. I chociaż wielu pacjentów dializowanych choruje na covid bezobjawowo, to dla co czwartego zarażonego

choroba kończy się niepomyślnie. Nie ulega zatem żadnej wątpliwości, że pacjenci dializowani powinni być jak najszybciej zaszczepieni przeciwko tej chorobie. Decyzja, że w pierwszej kolejności będzie zaszczepiona ta zaledwie dwudziestokilkutysięczna grupa pacjentów, włączając też osoby po przeszczepieniach narządów - jest słuszną i racjonalną. Przed nimi znaleźli się jedynie członkowie zespołów medycznych, osoby po 70. roku życia i nauczyciele. Mimo wielkich nadziei, jakie niesie umożliwienie zabezpieczenia się przed groźnym wirusem SARS-CoV-2, na co dzień doświadczamy wielu wątpliwości i obaw co do skuteczności szczepionki i jej skutków ubocznych. Obawy te są nadmiernie nagłaśniane i absolutnie bezpodstawne. Wywołują jednak zrozumiały niepokój u osób chcących się zaszczepić. Ten niepokój może zmniejszyć tylko wiedza na temat szczepionki i zrozumienie mechanizmu tworzenia odporności.

Warto zatem przypomnieć, że szczepionki dostępne w Polsce nie zawierają żywego wirusa. Dlatego nie można się zarazić szczepionką przeciwko COVID-19. Uzyskane po szczepieniu uodpornienie jest właściwie identyczne jak po przebyciu choroby covidowej, jest jednak silniejsze i bardziej długotrwałe.

Wirus SARS-CoV-2, tak jak inne wirusy, nie może się rozmnażać poza komórkami. Po wnikięciu do organizmu musi przedostać się do wnętrza komórek zainfekowanego osobnika i w nich uruchomić mechanizm syntezy kolejnych białek. W ten sposób komórki zarażonego człowieka tworzą liczne kopie wirusa i w końcu giną. Objawy choroby covidowej zależą od nasilenia właśnie tego procesu, a w uproszczeniu można powiedzieć, że im więcej komórek zarażonych - tym burzliwszy obraz choroby.

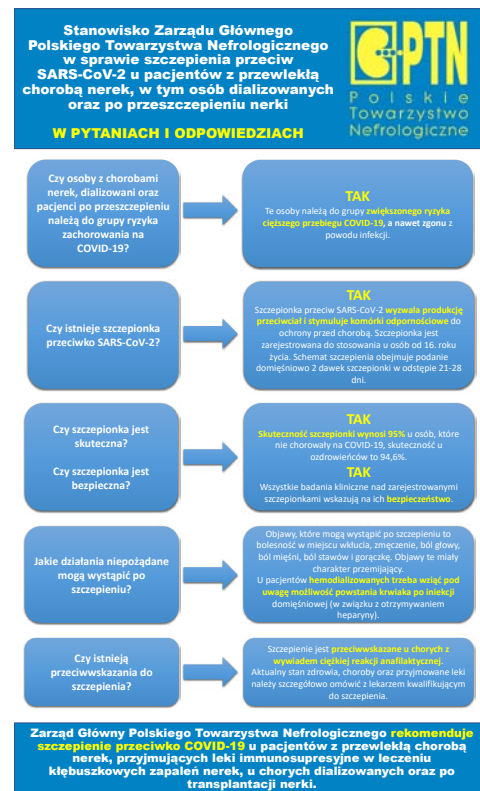
Żywy wirus mnoży się w ciele człowieka przez kilka dni. To czas niezbędny do tego by organizm wytworzył przeciwciała dla elementów wirusa i zaczął z nim walczyć. Wszyscy pamiętamy osoby, które ku swojemu zdumieniu miały najpierw dodatni wynik wymazu na obecność wirusa,

a dopiero później zaobserwowały objawy choroby. Przez pierwsze dni po zakażeniu organizm nie walczy z wirusem wcale lub tylko słabo. Czasem to wystarcza i choroba przebiega bezobjawowo. Ale po paru dniach, jeśli wirus jest nadal obecny walka zaczyna się na dobre. Wytwarzane są przeciwciała, a ich związanie z wirusem uniemożliwia zakażanie kolejnych komórek i choroba zwykle mija.

Niezwłocznie też organizm przystępuje do naprawiania szkód – namnaża komórki na miejsce tych zniszczonych i jednocześnie tworzy blizny. Wynik gojenia, który jest sumą tych dwóch procesów, jest nieprzewidywalny. W zdrowiejących płucach zwykle niestety dominuje włóknienie i dlatego ich wydolność po chorobie zwykle się zmniejsza. Tym bardziej, im więcej komórek zniszczyło samo zakażenie.

Szczepionka, którą wkrótce otrzymają chorzy dializowani zawiera instrukcję zapisaną w odpowiedniej strukturze kwasu rybonukleinowego (mRNA) dla komórek człowieka, jak wyprodukować jeden i tylko jeden element wirusa. Nie całego wirusa a tylko jednego jego niezakaźnego fragmentu, mającego strukturę białka. Produkcja tego białka nie zabija samej komórki, a podana w szczepionce instrukcja zostaje wkrótce zniszczona. Mechanizm jest identyczny, kiedy komórka dostaje instrukcje od własnego kodu genetycznego, jak zbudować własne białka. Komórka nie odczytuje instrukcji w nieskończoność – po odczytaniu każda instrukcja jest niszczone, bo staje się zbędna. Wytworzenie kolejnych, identycznych białek wymaga napisania kolejnych instrukcji. Szczepionki firm Pfizer, Moderna i Astra-Zeneca zawierają taką właśnie instrukcję. Różnica polega na tym, że tym razem instrukcja pochodzi z zewnątrz - a nie ze środka komórki (z jądra komórkowego i zawartego w nim kwasu dezoksyrybonukleinowego, DNA).

Szczepionki firm Pfizer i Moderna zawierają mniej więcej samą instrukcję i dlatego są stabilne tylko w ściśle określonych warunkach – muszą być przechowywane w specjalnych zamrażarkach i dość powoli rozmrażane i rozpuszczane. Szczepionka firmy Astra-Zeneca jest trwalsza i może być przechowywana w zwykłej lodówce, bo analogiczna instrukcja produkcji białka wirusa SARS-CoV-2 została wpisana w trwałą strukturę niezdolnego do zakażenia wirusa zwykłego przeziębienia. A ponieważ wirus ten nie może się rozmnażać, to i nie wywołuje choroby przeziębieniowej. Fragmenty wyprodukowanego niezakaźnego białka kolca wirusa wydostają się z komórki i są przez nasz układ odpornościowy rozpoznawane jako obce. Nasz organizm zaczyna produkować przeciwko nim przeciwciała ucząc się równocześnie, jak rozpoznawać prawdziwe białko wirusa SARS-CoV-2 i jak je niszczyć. Powtórne zetknięcie z takim samym białkiem (druga dawka szczepionki) powoduje wzmocnienie odporności – po jej podaniu organizm szybciej i mocniej zareaguje na każde kolejne spotkania. Ten mechanizm wyjaśnia, dlaczego pierwsza dawka szczepionki daje pewną odporność, ale może być ona niewystarczająca i musi być wzmocniona drugą dawką. Odstęp między tymi dwoma dawkami nie może być ani zbyt krótki, ani zbyt długi. Jedyne, czego nie wiemy na pewno w tej chwili, to przez jak długo wytworzone przez nasz organizm przeciwciała będą utrzymywać się w dostatecznej ilości (mianie), by skutecznie nas chronić przed zakażeniem? Najbliższy rok, dwa



lata i badania zaszczepionych z pewnością dadzą odpowiedź. Wkrótce na rynku pojawi się też szczepionka, którą najprawdopodobniej będzie się podawać tylko raz. Jej mechanizm działania jest odmienny – szczepionka firmy Janssen-Pharmaceuticals nie zawiera instrukcji, a kod instrukcji umieszczony w niezdolnym do rozmnażania się wirusie przeziębienia. Ten kod musi dopiero zostać przetłumaczony przez komórki człowieka na instrukcję do produkcji tego samego białka wirusa SARS-CoV-2, taką jaką zawierają pozostałe trzy szczepionki (białko kolca, „spike protein”). Skoro wiemy w jaki sposób szczepionka pobudza nasz układ odpornościowy do produkcji przeciwciał, to musimy pamiętać także, że skuteczne szczepienie uruchamia jednocześnie dwa mechanizmy odpornościowe – wspomnianą już produkcję przeciwciał (w pierwszym etapie), ale także nauczanie naszych limfocytów T – jednego z typów białych krwinek w naszej krwi obwodowej – jak rozpoznawać i niszczyć własne komórki zakażone wirusem SARS-CoV-2 (w drugim etapie). W ten sposób organizm nie tylko nie dopuszcza do zakażenia niszcząc wirusa przed проникnięciem do komórek, ale też nie dopuszcza do rozszerzenia infekcji niszcząc komórki wraz z produkowanym w nich wirusem.

Wiele obaw przed skutkami szczepienia ma źródło w braku zrozumienia działania szczepionki. Jak wspominałem wcześniej, po otrzymaniu szczepionki cały czas mamy do czynienia z fragmentem instrukcji wirusa, która nie daje się przepisać na nasz własny kod genetyczny. Dlatego mimo uzyskania odporności polegającej na wyprodukowaniu przeciwciał aktywnych przeciwko fragmentom struktury wirusa (kolcom), ale niszczących go w całości, mRNA szczepionki nie wnika do jądra komórki i nie zmienia genów, które przekazujemy kolejnym pokoleniom. Nie ma w komórkach naszego organizmu mechanizmów

umożliwiających zakodowanie w DNA naszych komórek instrukcji podanej w szczepionce. Nie udało się dotąd przekazać z pokolenia na pokolenie nabytej odporności którąkolwiek od lat stosowaną szczepionką - ani tą przeciw gruźlicy, ani tymi przeciw ospie, odrze, różyczce, czy śwince, ani żadnymi innymi!

Szczepionka przeciw Covid-19 jest wyjątkowo bezpieczna. Technologia produkcji takich szczepionek jest znana od wielu lat. Dlatego tak szybko stworzono ich wariant skuteczny przeciw SARS-CoV-2. Dlatego też tak szybko udało się przeprowadzić masowe badania szczepionki potwierdzające jej skuteczność. Metodyka tych badań, tak jak zresztą wszystkich badań nad lekami, wymaga podania ich najpierw zdrowym ludziom. Dlatego niektóre grupy chorych zostały pominięte. Należały do nich też osoby dializowane i żyjące z przeszczepem. Ale pominięto też kobiety ciężarne i karmiące.

Jedyna niewiadoma z jaką spotykamy się dziś, to pytanie, czy szczepionka u osób ze zmniejszoną odpornością - jak u osób dializowanych i po przeszczepach - będzie tak samo skuteczna jak u osób z w pełni wydolnym układem immunologicznym? Być może konieczne będzie u tych osób podanie trzeciej dawki. A być może druga dawka będzie

musiała w przyszłości być większa, tak, jak większymi dawkami i większą liczbą dawek szczepi się pacjentów dializowanych przeciwko zakażeniu wirusem zapalenia wątroby typu B (żółtacze zakaźnej typu B). Nie wszystko jeszcze wiemy. Ale - wiemy jedno - szczepionka jest bezpieczna, daje minimalne dolegliwości po podaniu, a efekty jej działania są niezwykle korzystne dla pacjentów dializowanych! Warto zatem się zabezpieczyć jak najszybciej przed wirusem SARS-CoV-2, bo cena za brak szczepienia jest niewspółmiernie wysoka w porównaniu do niewielkiego pobolewania ramienia przez jeden-dwa-trzy dni po wstrzyknięciu szczepionki.

Szczepienie daje spory komfort psychiczny, choć nie od razu. Trzeba pamiętać, że pełną odpowiedź uzyskuje się dopiero dwa tygodnie po drugim szczepieniu. Nie wiadomo dziś, jak długo utrzyma się nabyta odporność - z pewnością co najmniej pół roku, ale czy dłużej? Wirusa SARS-CoV-2 nie uda się populacyjnie wyeliminować. Możliwe, by zapobiec chorobie, co roku trzeba będzie podawać kolejną dawkę przypominającą. Jednak nawet jeśli mimo szczepienia dojdzie w końcu do zarażenia wirusem, to choroba przebiegnie łagodnie. Dlatego nie ma co zwlekać ze szczepieniem. Warto się szczepić niezwłocznie, także w 1-2 miesiące po przechorowaniu COVID-19.

Szczepienia u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i po transplantacji nerki



Prof. dr hab. med. Magdalena Durlik

Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Zakażenia należą do najczęstszych powikłań u biorców narządów unaczynionych i osób z przewlekłą chorobą nerek, zwłaszcza leczonych immunosupresyjnie z powodu choroby podstawowej. Rozwój zakażenia zależy od stopnia upośledzenia odpowiedzi układu odpornościowego, spowodowanej przede wszystkim lekami immunosupresyjnymi (rodzajem, dawką i czasem stosowania), ale także ich bezpośrednimi skutkami, objawiającymi się zmniejszeniem liczby granulocytów (neutropenią) i limfocytów (limfopenią) we krwi obwodowej, ale również wtórnymi zaburzeniami metabolicznymi (cukrzycą, mocznicą, niedożywieniem) oraz zakażeniami wirusami immunomodulującymi - cytomegalii (CMV), mononukleozy zakaźnej (Epsteina-Barra, EBV), nabytego niedoboru odporności (HIV), wirusowego zapalenia wątroby typu B i C (HBV, HCV). Szczepienia zapobiegają chorobom zakaźnym, zmniejszają chorobowość i śmiertelność

pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, dializowanych i biorców przeszczepów. W celu ochrony pacjentów szczepienia powinny obejmować także członków ich rodzin, domowników oraz personel medyczny. Mocznica oraz leczenie immunosupresyjne powodują zmniejszoną odpowiedź na szczepienie, mimo tego są one jednak powszechnie rekomendowane. Pacjenci po transplantacji narządów mogą otrzymywać tylko szczepionki inaktywowane (np. przeciw grypie, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV, pneumokokom). Jeżeli są to szczepionki atenuowane, żywe, to zawierają drobnoustroje chorobotwórcze niezdolne do wywołania choroby, ale zdolne do wywołania odpowiedzi odpornościowej (np. przeciwko odrze, śwince, różyczce, gruźlicy). Ta grupa szczepionek jest jednak przeciwwskazana do stosowania po transplantacji ze względu na ryzyko indukowanej szczepionką choroby. Najlepszym rozwiązaniem jest wykonanie wszystkich szczepień w okresie oczekiwania na przeszczepienie narządu. Szczepionkę można podać - ale lepiej jest zakończyć program planowych szczepień najpóźniej na 4 tygodnie przed zabiegiem transplantacji.

Odpowiedź na szczepienie u chorych dializowanych jest gorsza niż u osób immunokompetentnych, ale i tak jest lepsza niż u osób po transplantacji. U prawie wszystkich pacjentów po przeszczepie i w czasie, w którym pozostają na stałym leczeniu immunosupresyjnym, przeciwciała wytworzone przez organizm w odpowiedzi na szczepienie i zabezpieczające nas przed zakażeniem mają tendencję do szybszego zanikania w porównaniu do populacji ogólnej.

W wytycznych KDIGO (Kidney Diseases Improving Global Outcome) z 2012 eksperci zalecają u wszystkich osób z rozpoznaną przewlekłą chorobą nerek szczepienia przeciwko grypie szczepionką inaktywowaną. Pacjenci we wczesnych stadiach PChN (stadium 1-3) podlegają szczepieniem zgodnie z przepisami obowiązującymi w danym kraju, wg obowiązującego tzw. kalendarza szczepień. W stadium 4 i 5 PChN, przy spadku filtracji kłębuszkowej $eGFR < 30$ ml/min zlecane jest szczepienie przeciwko pneumokokom. Również chorzy podwyższonego ryzyka zachorowania (pacjenci z zespołem nerczycowym, cukrzycą, leczeni immunosupresyjnie) powinni być szczepieni przeciwko pneumokokom, bez względu na wartość $eGFR$. Szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B należy wykonać u osób w 4 stadium PChN, z $eGFR < 30$ ml/min. Wskazane jest sprawdzenie skuteczności szczepienia poprzez oznaczanie miana przeciwciał. Zaleca się podwójne dawki szczepionki w systemie 0, 1 i 6 miesięcy lub 0, 1, 2 i 6 miesięcy, co oznacza, że skuteczną odporność uzyskuje się dopiero po 3 lub 4 dawce, w czasie ponad półrocznym od pierwszego szczepienia.

Z innych szczepień warto wspomnieć także szczepienie przeciwko ospie wietrznej, które jest uznawane za bezpieczne u osób z PChN; serokonwersja występuje po 2 dawkach. Zachorowania po szczepieniu są rzadkie (opisy dotyczą głównie pacjentów po przeszczepie) i mają łagodny przebieg: 10–50 zmian skórnych. Szczepienia przeciwko różyczce, błonicy, tężcowi są mniej skuteczne niż w zdrowej populacji, gdyż szybciej dochodzi do spadku miana przeciwciał..

Grypa

Szczepionki czterowalentne przeciwko grypie zapewniają czynne uodpornienie przeciw czterem szczepom wirusa grypy (dwa podtypy A i dwa typy B). Wytworzenie odporności osiąga się zazwyczaj w ciągu 2–3 tygodni od chwili zaszczepienia. Czas utrzymywania się odporności na szczepie zawarte w szczepionce przeciw grypie zazwyczaj wynosi od 6 do 12 miesięcy. W Polsce są zarejestrowane trzy inaktywowane, czterowalentne szczepionki: Vaxigrip Tetra, Fluarix Tetra i Influvac Tetra. Pacjenci dializowani, z przewlekłą chorobą nerek i po transplantacji powinni raz w roku szczepić się przeciwko grypie. Optymalny czas szczepienia się przeciw grypie był przedmiotem kontrowersji. Różne grupy ekspertów zalecały szczepienie w okresie od drugiego do szóstego miesiąca po transplantacji. Podanie szczepionki w ciągu 6 miesięcy po przeszczepieniu jest zazwyczaj mniej skuteczne w porównaniu do innych osób, ale nie opisywano nadmiernych działań niepożądanych. Szczepienie przeciwko grypie jest zalecane w grupach ryzyka (pacjenci dializowani, pacjenci z PChN, pacjenci po transplantacji nerki), zwłaszcza obecnie w dobie pandemii COVID-19. Objawy obu infekcji, takie jak gorączka, kaszel i bóle mięśni są niemal identyczne. Odróżnienie jest możliwe tylko na podstawie testów wirusologicznych. Szczepienie przeciwko grypie może ułatwić różnicowanie zachorowań. Grypa jest nieprzewidywalna i nie wiemy czy, w okresie zimowo-wiosennym epidemia grypy nie nałoży się na epidemię SARS-CoV-2. To może być groźna epidemicznie sytuacja i wówczas system opieki zdrowotnej może stać się niewydolny. Nie możemy wykluczyć, że u osób z obniżoną odpornością może dojść do współzakażenia grypą i SARS-

CoV-2. Wówczas przebieg choroby może być bardzo ciężki. Przed grypą może nas ochronić szczepienie.

Pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*) – paciorkowcowe zapalenie płuc

S. pneumoniae wywołuje u osób dorosłych zapalenia płuc, zapalenie ucha środkowego a także zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznice. Ryzyko zakażenia po przeszczepieniu i w trakcie leczenia immunosupresyjnego wzrasta 12-krotnie w porównaniu z populacją ogólną. Wskazane jest szczepienie przed transplantacją, a jeśli nie było wykonane – to należy przeprowadzić je po przeszczepieniu. W Polsce dla osób dorosłych jest dostępna szczepionka skoniugowana (czyli połączona z silnie immunogennym nośnikiem najczęściej białkowym), poliwalentna (przeciw wielu szczepom pneumokoka) PCV13 o nazwie Prevenar 13. Podaje się tylko jedną dawkę, nie jest wymagane powtarzanie szczepienia. Bakteryjne zapalenia płuc i inwazyjna choroba pneumokokowa (ICHp) z zajęciem innych narządów są częstym powikłaniem grypy i COVID-19, zwłaszcza u osób z obniżoną odpornością, dlatego zwłaszcza w dobie pandemii szczepienie to jest bardzo ważne. W tym miejscu warto także wspomnieć o dwudziestotrzywałentnej szczepionce polisacharydowej PPV-23 (Pneumovax 23) pokrywającej prawie 90% serotypów wywołujących ICHp, która jest zalecana u wszystkich dorosłych od 65. roku życia, a w grupie z podwyższonym ryzykiem wystąpienia ciężkiego zakażenia pneumokokowego nawet pomiędzy 19. a 65. rokiem życia. Ze względu na upośledzenie odporności do grupy ryzyka należą pacjenci z PChN, w tym także po przeszczepieniu nerki. Skuteczność szczepionki polisacharydowej w ochronie przed ICHp u pacjentów z chorobami nerek jest oceniana na 20–80% w zależności od wieku, stanu ogólnego i stadium przewlekłej choroby nerek. Ochronne miano przeciwciał w tej grupie chorych obniża się jednak zdecydowanie szybciej niż w populacji ogólnej, bo w okresie od 6 miesięcy do 5 lat, stąd w działaniach zapobiegawczych powinno się rozważyć zastosowanie dawki przypominającej po 5 latach.

Wirus zapalenia wątroby typu A (WZW A)

WZW A to ponad połowa wszystkich wirusowych zapaleń wątroby. Najszybciej wirus rozwija się w krajach, w których są bardzo złe warunki sanitarne, szczególnie w szkołach, domach dziecka czy przedszkolach. Wirusowe zapalenie wątroby typu A przenoszone jest za pośrednictwem brudnych rąk czy zakażonej żywności. Największą liczbę przypadków WZW A odnotowuje się w krajach Ameryki Południowej, Azji Południowo-Wschodniej czy Afryki. Szczepienie jest zalecane u osób wyjeżdżających do tych endemicznych regionów świata, w których występuje. Po cyklu szczepień pacjenci mają w organizmie przeciwciała chroniące przed żółtaczką typu A na bardzo długi okres czasu. W Polsce zarejestrowane są trzy szczepionki, które mają inaktywowane formaldehydem i adsorbowane na wodorotlenku glinu wirusy HAV: Havrix, Vagta i Avaxim. Szczepienie dzieli się na 2 dawki, które podaje się w odstępie 6-12 miesięcy. Szczepienie jest wskazane przed i po transplantacji u osób z przewlekłymi schorzeniami wątroby.

Wirus zapalenia wątroby typu B (WZW B)

Szczepienie skutecznie zapobiega zakażeniu wirusem HBV, wywołującym żółtaczkę typu B, który jest przenoszony drogą krwiopochodną, pozajelitową, przez kontakt z zakażonymi narzędziami medycznymi lub stomatologicznymi, drogą

płciową lub okołoporodową. Obecność wirusa w organizmie potwierdza dodatni wynik testu na obecność w naszej krwi powierzchniowego antygeny wirusowego, tzw. HbsAg. Człowiek może być nosicielem wirusa bezobjawowo, najczęściej jednak już po 2-3 miesiącach od zakażenia mogą wystąpić bóle brzucha, nudności, wymioty, uczucie ciągłego zmęczenia, bóle mięśni i bóle stawów – łatwe do pomylenia z innymi chorobami. Nielezione wirusowe zapalenie wątroby typu B prowadzi do ostrej niewydolności wątroby, która ma niepomyślne rokowanie. Szczepionka jest zalecana u chorych dializowanych i wszystkich oczekujących na transplantację. Niepełne szczepienie powinno być zakończone po transplantacji. Szczepienie przeciwko HBV zmniejsza ryzyko transmisji zakażenia od anty-HBc pozytywnego dawcy. Często obserwuje się szybkie zanikanie przeciwciał anty-HBs po transplantacji. Wysokie dawki szczepionki (40 µg) powinny być stosowane u chorych przed i po transplantacji. Miano przeciwciał anty-HBs powinno być monitorowane po transplantacji i – jeśli miano anty-HBs obniży się poniżej ochronnego (<10 IU/ml) – należy podać dawki przypominające w liczbie od 1 do 3. U osób pierwotnie nie odpowiadających można próbować powtarzać serie szczepionki w dużych dawkach, bez następnego ryzyka podania większej dawki. Jeśli nie nastąpi serokonwersja należy zastosować profilaktykę w przypadku ekspozycji oraz zalecać unikanie ryzykownych zachowań sprzyjających zakażeniu. Dostępne są szczepionki Engerix B, po 10 albo po 20 µg/ml lub Euvax B, po 10 i 20 µg/ml. Warto dodać, że pacjenci z przewlekłą chorobą wątroby lub zakażeni ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV, human immunodeficiency virus) albo nosiciele wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV, hepatitis C virus) mogą być szczepieni przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Takim pacjentom należy zalecać szczepienie, ponieważ przebieg infekcji WZW B może być u nich ciężki. Decyzję o szczepieniu w konkretnym przypadku powinni podejmować jednak lekarze prowadzący w odniesieniu do konkretnych pacjentów

Wirus brodawczaka ludzkiego (Human Papiloma Virus, HPV)

Udowodniono, że wirus brodawczaka ludzkiego HPV odgrywa niepodważalną rolę w powstawaniu stanów przednowotworowych lub nowotworu szyjki macicy. Do zakażenia dochodzi najczęściej wskutek kontaktów seksualnych lub przez wspólne korzystanie z rzeczy przeznaczonych do higieny osobistej (bielizna, ręczniki). Wirus HPV może mieć charakter niskoonkogenny lub wysokoonkogenny. Przetrwale zakażenie wirusem o wysokim potencjale onkogennym może doprowadzić do nowotworu w okresie 5-10 lat. Kontakt z wirusami HPV ma prawie 2/3 dorosłych, ale większość z nich jest bezobjawowa i infekcja cofa się sama. U pacjentów na immunosupresji, z osłabieniem czynności układu odpornościowego, ryzyko przetrwania wirusa jest duże. Największy udział w tworzeniu raka szyjki macicy mają wirusy HPV typu 16 i 18, natomiast w powstawaniu łagodnych zmian największy udział biorą typy 6 i 11. Szczepionka biwalentna skierowana jest przeciwko szczepom HPV16 i HPV18, odpowiedzialnym za powstawanie raka szyjki macicy. Szczepionka czterowalentna dodatkowo chroni przeciwko szczepom HPV6 i HPV11, odpowiedzialnym za 90% brodawek ano-genitalnych.

Zalecane są trzy dawki szczepionki anty-HPV u osób płci męskiej i żeńskiej oczekujących na transplantację. U biorców przeszczepów rekomendowana jest szczepionka czterowalentna, gdyż brodawki HPV związane są z wysoką chorobowością po transplantacji. Dane o skuteczności szczepionki po transplantacji są skąpe i kontrowersyjne. Duże dawki immunosupresji, wczesne szczepienia po transplantacji związane są z obniżoną immunogennością. Bez względu na fakt szczepienia, młode kobiety powinny co roku poddawać się badaniom ginekologicznym.

COVID-19 i zakażenie wirusem Sars COV-2

COVID-19 u pacjentów dializowanych i biorców przeszczepów cechuje się ciężkim przebiegiem i wysoką śmiertelnością (około 20%), dlatego powinni oni otrzymać szczepionkę jak najwcześniej. Szczepienia w tej grupie powinny być priorytetem dla decydentów ochrony zdrowia. Obecnie w Polsce dostępne są dwie szczepionki (BioNTech/Pfizer i Moderna) zawierające mRNA kodujące glikoproteinę S (spike, „kolec”) wirusa i są one bezpieczne dla biorców przeszczepów (nie są to żywe szczepionki). Należy podkreślić, że nie badano tych szczepionek w grupie chorych dializowanych i biorców przeszczepów, stąd trudno sprecyzować stopień ich skuteczności w tej grupie pacjentów. W oparciu o doświadczenie innych szczepień (np. przeciwko grypie) należy założyć, że odpowiedź na szczepienie może być słabsza, ale wymaga to dalszych obserwacji klinicznych. Będą się one sukcesywnie pojawiać w tym roku w związku z uruchomieniem narodowych programów szczepień w wielu krajach, w tym – w Polsce – i objęcie priorytetem pacjentów dializowanych i po przeszczepach narządowych.. Zaleca się szczepienia anty-SARS-CoV-2 co najmniej jeden miesiąc po zabiegu transplantacji (optymalnie 1-6 miesięcy po transplantacji). Przeciwciała przeciwko SARS-CoV-2 powstają po 2-3 tygodniach od podania pierwszej dawki szczepionki. Nie wiadomo jeszcze, jakie miano przeciwciał po szczepieniu daje skuteczną ochronę? U biorców przeszczepów i dializowanych także nie wiadomo, w jakim odsetku wytworzą oni ochronne miano przeciwciał i jak długo będzie się ono utrzymywało? Ze względu na spodziewaną słabszą odpowiedź na szczepienie, biorcy przeszczepów nadal powinni ściśle przestrzegać zaleceń zapobiegania transmisji zakażenia (dezynfekcja rąk, dystans społeczny, maski). Osoby oczekujące na transplantację powinny być zaszczepione na SARS-CoV-2. Wskazane jest podanie drugiej dawki szczepionki najpóźniej 2 tygodnie przed zabiegiem operacyjnym. Nie należy jednak wstrzymywać transplantacji u osób oczekujących na szczepienie. Jeśli pacjent otrzymał pierwszą dawkę szczepionki i miał wykonany zabieg transplantacji, drugą dawkę należy podać najwcześniej jeden miesiąc po transplantacji. Szczepienie jest wskazane także u osób, które przebyły COVID-19, bez względu na obecność przeciwciał anty-SARS-CoV-2. Przed decyzją o szczepieniu aktualnie nie jest zalecane sprawdzanie miana przeciwciał po przechorowaniu COVID-19, jak również wykonywanie badania w kierunku aktywnego zakażenia. Obecnie zaleca się szczepienie jeden miesiąc po ustąpieniu objawów COVID-19 (optymalny czas szczepienia po przechorowaniu nie jest jeszcze określony). Powtórne zakażenie u osób immunokompetentnych rzadko ma miejsce w ciągu 90 dni od początku zakażenia, dlatego

można odroczyć szczepienie na koniec 90-dniowego okresu. U dializowanych i biorców przeszczepów, ze względu na słabsze wytwarzanie przeciwciał, takie postępowanie może stwarzać ryzyko reinfekcji, zatem należy rozpatrywać sytuację w tej grupie pacjentów indywidualnie.

Zdaniem ekspertów w oparciu o wiedzę dotyczącą mechanizmu działania szczepionki mRNA, nie powinna ona wpływać na rozwój lub nasilenie procesu odrzucania przeszczepu, jednak wymaga to dalszych obserwacji. Badania przeprowadzone u biorców narządów szczepionych przeciwko grypie nie wykazały wzrostu częstości procesu odrzucania i produkcji przeciwciał anty-HLA (DSA).

W chwili obecnej korzyści ze szczepienia wydają się przewyższać potencjalne ryzyko, zwłaszcza w populacjach o dużej częstości zakażenia SARS-CoV-2. Zawsze należy przeprowadzić indywidualny bilans zagrożeń i korzyści, a biorca przeszczepu powinien podjąć decyzję o szczepieniu po konsultacji z lekarzem transplantologiem, który sprawuje nad nim przewlekłą opiekę.

W każdym kraju istnieją lokalne przepisy dotyczące obowiązkowych i zalecanych szczepień. W Polsce Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia zawiera Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego, zgodnie z którym obowiązkowe szczepienia to:

1. WZW B: osób w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osób dializowanych. U osób w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz u osób dializowanych dawki przypominające należy podawać według wskazań producenta szczepionki oraz zaleceń lekarza, jeśli stężenie przeciwciał anty-HBs jest poniżej poziomu ochronnego (10 j.m./l). Zaleca się badanie poziomu przeciwciał co 6–12 miesięcy.

2. Pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*): domięśniowo lub podskórnie po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych lub przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego.

3. Zalecane szczepienia: GRYPA, osobom po transplantacji narządów

Pamiętajmy, że podczas podawania szczepionek drogą domięśniową nie wykonuje się aspiracji, gdyż ze względu na ryzyko wystąpienia odczynu poszczepiennego nie wolno podawać preparatu zanieczyszczonego krwią. Nadal przeciwko wielu drobnoustrojom groźnym dla biorców przeszczepów niedostępne są szczepionki, takie jak przeciwko cytomegalii (CMV), oddechowemu wirusowi syncytialnemu RSV mogącemu wywoływać atypowe, śródmiąższowe zapalenia płuc, wirusowi CMV (cytomegalia), parwowirusom i bakteriom *Clostridium difficile* (zapalenia jelit, biegunki), gronkowcowi złocistemu (posocznica, ropnie) czy wirusowi HCV (zapalenie wątroby typu C)

Podsumowując pamiętajmy, że szczepienia zapobiegają chorobom zakaźnym, które powodują zwiększoną chorobowość i śmiertelność. U biorców przeszczepów i chorych z PChN (stadium 4-5) odpowiedź na szczepienie jest słabsza, a zabezpieczające nas przed chorobą przeciwciała mogą szybko zanikać. Z założenia wszystkie niezbędne szczepienia należy przeprowadzić planowo przed transplantacją i uaktualniać je (doszczepiać pacjentów) w trakcie przewlekłej, ambulatoryjnej opieki potransplantacyjnej. Na gripę warto się zaszczepić. To szczepienie jest zalecane raz w roku inaktywowaną szczepionką u biorców przeszczepów i pacjentów z PChN we wszystkich stadiach. U biorców przeszczepu i u pacjentów z PChN w grupach ryzyka zalecane jest szczepienie przeciwko pneumokokom. Żywe, atenuowane szczepionki są przeciwwskazane po transplantacji, ale można je podawać przed przeszczepieniem, nie później niż 4 tygodnie przed transplantacją. Zaś nawiązując do pandemii COVID-19, wszyscy chorzy dializowani i po transplantacji narządu powinni być zaszczepieni przeciwko SARS-CoV-2.

Hemodializa domowa. Czy to już niedaleka przyszłość?



Dr hab. med. Marek Myślak, prof. PUM

Ordynator Oddziału Nefrologii i Transplantacji Nerek ze Stacją Dializ
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie

W Polsce pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek mają do wyboru kilka opcji leczenia. Są nimi powtarzana, przewlekła hemodializa w stacji dializ, domowa dializa otrzewnowa w wersji ręcznej i automatycznej oraz przeszczepienie nerki. Najczęściej stosowaną metodą jest

hemodializa w stacjach dializ, z której korzysta ponad 80% pacjentów.

Epidemia COVID-19 ujawniła potrzebę poszukiwania metod leczenia, które minimalizują ryzyko zakażenia poprzez ograniczenie kontaktu z placówkami ochrony zdrowia, innymi pacjentami czy też personelem. Warunki te spełnia jak najbardziej dializa otrzewnowa, która jest wciąż zbyt mało popularna w Polsce, co nie oznacza, że nie powinniśmy poważnie zastanowić się także nad domową opcją hemodializy. Zwłaszcza w szczególnym czasie wymuszonym sytuacją epidemiczną.

W Stanach Zjednoczonych, Australii i niektórych krajach Europy Zachodniej w ostatnich latach bardzo mocno rozwinęła się forma hemodializy prowadzonej w warunkach domowych (hemodializa domowa HDD, home-hemodialysis

HHD). Metoda HDD charakteryzuje się tym, że pacjent samodzielnie lub przy pomocy asystenta (zwykle członka rodziny) wykonuje zabiegi hemodializy we własnym domu, bez bezpośredniego nadzoru personelu medycznego. Musi mieć na stałe w domu sztuczną nerkę oraz odpowiedni uzdatniacz do wody.

Historia hemodializy domowej sięga lat 60-tych i rozpoczęła się w Stanach Zjednoczonych oraz w Japonii. Początkowo metoda ta była stosowana wyjątkowo u chorych, dla których nie było możliwości leczenia w szpitalu, później jednak stała się podstawowym sposobem leczenia blisko 40% pacjentów. Wraz ze zmianą modelu finansowania usług medycznych oraz kwalifikowaniem do hemodializ coraz starszych i bardziej schorowanych pacjentów, od lat 70-tych zaczęły powstawać ośrodki dializ. Upowszechnił się wciąż obowiązujący model hemodializ przerywanych, z trzema sesjami dializacyjnymi w tygodniu, krótkich i niedostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Dzisiaj, po udokumentowaniu korzyści płynących z przeprowadzania coraz dłużej trwających, o łagodnym przebiegu dializ, metoda hemodializ domowych znów wraca do łask i szerszej praktyki klinicznej.

Podstawową różnicą pomiędzy hemodializą w stacji dializ i w domu jest to, że pacjent samodzielnie lub przy udziale opiekuna przygotowuje aparat do dializy (sztuczną nerkę), nakłuwka przetokę lub podłącza cewnik i przeprowadza cały zabieg. Sama sztuczna nerka stosowana w dializie domowej jest podobna do tej używanej w stacjach dializ, ale jest znacznie prostsza w obsłudze. Stosuje się takie same dializatory i linie krwi. Konieczne jest zastosowanie małowabarytowego, przenośnego uzdatniacza wody podłączonego do domowej instalacji wodociągowej. Wybór częstości i czasu zabiegów uzgadniany jest z lekarzem prowadzącym stację dializ, z uwzględnieniem preferencji pacjenta.

Aby pacjent uzyskał pełną samodzielność i mógł bezpiecznie przeprowadzać zabiegi potrzebne jest trwające kilka tygodni **szkolenie** pod kontrolą personelu w stacji dializ. Podczas szkolenia pacjent uczy się, jak dbać o dostęp naczyniowy, jak nakłuwka przetokę, na jaką ultrafiltrację zaprogramować maszynę i jak ustawić wielkość przepływu krwi, a także, jak uruchomić i zdezynfekować sztuczną nerkę. Technika wkłuwania kaniul dializacyjnych ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa i utrzymania sprawności przetoki. Najbardziej sprawdza się łatwa do nauczenia metoda tzw. „dziurki od guzika”, polegająca na nakłuwaniu przetoki zawsze w tych samych miejscach. Udowodniono, że stosowanie tej metody przez pacjentów doskonale wydłuża żywotność dostępu naczyniowego. Podczas szkolenia zwykle pomocne są filmy instruktażowe i przykład pacjentów, którzy już opanowali tę technikę.

Pacjent i jego bliscy są instruowani jak przygotować pomieszczenie, w którym będą prowadzone dializy, jak przechowywać i zamawiać sprzęt zużywalny, jak prowadzić dzienniczek leczenia, mierzyć ciśnienie tętnicze, jak stosować dietę i podać płynów, jak wcześniej rozpoznawać i zgłaszać problemy. Ważne jest, że na początku programu pacjenci mają zawsze wsparcie w osobie dedykowanej pielęgniarki, odwiedzającej ich w chwili rozpoczynania i kończenia zabiegu, a później – by istniała możliwość stałego

kontaktu z ośrodkiem dializ w celu zagwarantowania pomocy w rozwiązywaniu ewentualnych problemów.

Hemodializa domowa przynosi wiele **korzyści** w porównaniu do konwencjonalnych dializ wykonywanych w stacji dializ 3 razy w tygodniu. Przewagą HDD jako metody jest możliwość zwiększenia częstości (liczby) i długości (czasu trwania) zabiegów, przez co proces oczyszczania krwi jest bardziej rozłożony w czasie, znikają niepożądane efekty krótkiej dializy związane albo ze zbyt skutecznym wydializowaniem (zespół niewyrównania dializacyjnego), albo ze zbyt szybkim odwadnianiem (zespół hipotonii śróddializacyjnej), takie jak bóle głowy, wymioty, skurcze oraz spadki ciśnienia krwi – czy też uczucie zmęczenia i osłabienia po dializie. Generalnie, obie te sytuacje mogą w dłuższej perspektywie czasowej prowadzić do niedodializowania. Badania wykazały, że hemodializa domowa poprawia **jakość życia**, daje pacjentowi uczucie upodmiotowienia i odpowiedzialności za własne zdrowie. Dłuższa i częstsza w porównaniu do klasycznych schematów hemodializa redukuje konieczność hospitalizacji i istotnie obniża ryzyko śmierci z przyczyn sercowo-naczyniowych w porównaniu z dializowanymi konwencjonalnie 3 razy w tygodniu.

Udowodniono, że **dostęp naczyniowy dłużej zachowuje sprawność**, kiedy pacjent sam nakłuwka przetokę. Możliwość prowadzenia hemodializy w nocy podczas snu, gdy możemy znacząco wydłużyć czas dializy, pozwala na uzyskanie bardzo znaczącej poprawy wyników wielu parametrów biochemicznych opisujących zatrucie mocznikowe: mocznika, kreatyniny, kwasu moczowego – ale przede wszystkim – znacznej **redukcji stężenia fosforu we krwi**. W długim czasie zabiegu łagodnie, ale także bardzo skutecznie i bez objawów ubocznych, **możemy odwodnić pacjenta**. Oznacza to, że dzięki HDD zbliżamy się do przejścia kontroli nad dwiema, najgroźniejszymi toksynami mocznikowymi: fosforem i wodą!

Pacjenci mają **większą swobodę w planowaniu zabiegu**, dopasowaną do stylu życia i zajęć.

Mogą więcej przebywać ze swoją rodziną, mają więcej energii oraz czasu przeznaczonego na naukę lub pracę. Poprawia się apetyt, a ograniczenia żywieniowe mogą być mniej restrykcyjne. Zgodnie z zasadą: skuteczniej się oczyszczasz – możesz zjeść więcej! Przekłada się to na **dłuższy czas przeżycia**, porównywalny do efektu przeszczepienia nerki od dawcy zmarłego.

Hemodializa domowa może być przeprowadzana w różnych modyfikacjach. Każda z nich oferuje opcje terapeutyczne, a wybór najskuteczniejszej będzie podyktowany indywidualnymi potrzebami pacjenta i powinna być uzgodniona z lekarzem. Operujemy tu trzema parametrami: liczbą dializ w tygodniu, czasem trwania sesji hemodializacyjnej i możliwym (optymalnym) przepływem krwi, od którego zależy klirens dializatora. Ten trzeci parametr można uznać za określony i stały, więc tak naprawdę operujemy tylko liczbą zabiegów w tygodniu i czasem ich trwania. Mając powyższe na uwadze, można zaoferować pacjentom:

- Codzienną, długą, nocną hemodializę, 7 razy w tygodniu po 6-8 godzin. Ta opcja jest metodą zapewniającą bardzo dobre wydializowanie i najlepsze, odległe efekty zdrowotne. Specjalne czujniki w maszynie

hemodializacyjnej pozwalają uniknąć ryzyka odłączenia od dializy w czasie snu.

- Standardową hemodializę, z 3-5 zabiegami w tygodniu, trwającymi 4-6 godzin. Ta opcja jest co najmniej tak skuteczna jak przeprowadzanie zabiegów w stacji dializ, dając jednocześnie możliwość uniknięcia transportu, elastyczność wyboru czasu i wybór dni dializy.
- Codzienną hemodializę, najczęściej przez 6 dni w tygodniu, z możliwością skrócenia czasu dializy do 2,5-4 godzin. Doświadczenia z krótszą, codzienną hemodializą przeprowadzaną w ośrodkach dializ, mimo skrócenia czasu pojedynczego zabiegu były nadspodziewanie dobre. W warunkach domowych efekty były równie dobre, przy zachowaniu względnie dużej swobody czasowej.
- Hemodializę w podróży (np. w hotelu), to jest opcję dializy, którą umożliwiają tylko niektóre przenośne aparaty do dializy, dostosowane do małej ilości płynów dializacyjnych dostarczanych w workach lub wykorzystujących technikę regeneracji dializatu.

Powyższa charakterystyka wskazuje, że wybór HDD jako metody leczenia powinien być szczególnie rozważony przez pacjentów pracujących lub uczących się i chcących swobodniej dysponować czasem, zmotywowanych, ale także przez osoby, które źle znoszą transport na dializy, a jednocześnie mające wsparcie i pomoc w domu (HDD z asystentem).

Natomiast nie powinni wybierać tej metody pacjenci, którzy preferują spotkania z innymi na dializie z przyczyn socjalno-towarzyskich, są niesprawni, nie mają w domu partnera do pomocy, mają fobię przed nakłuwaniem przetoki (choć większość jest w stanie przełamać lęk po odpowiednim szkoleniu), nie mają warunków domowych pozwalających na podłączenie maszyny dializacyjnej do prądu i wody oraz przechowywania sprzętu użytkowego.

Samodzielne dializowanie w domu nie oznacza rezygnacji z okresowych, comiesięcznych wizyt lekarskich

i pielęgniarskich oraz konieczności wykonywania badań laboratoryjnych oceniających skuteczność dializ. Także kwalifikacja do transplantacji i oczekiwanie na przeszczep nerki nie kolidują z tą metodą leczenia, a wręcz przeciwnie, mobilizują pacjentów do lepszej współpracy i dbania o swoje zdrowie.

Aby ta metoda leczenia była dostępna dla pacjentów w Polsce potrzebne jest jeszcze sporo działań. Konieczna jest wycena i refundacja zabiegów HDD przez płatnika, jakim jest NFZ, stworzenie systemu szkoleń dla pacjentów w stacjach dializ najbliższych miejscu zamieszkania oraz ... przekonanie medyków i samych pacjentów o niewątpliwych zaletach tej metody leczenia!

Na koniec pytanie: – **Czy warto?** Odpowiedzią niech będzie wynik sondażu przeprowadzonego za granicą wśród nefrologów i pielęgniarek. 93% lekarzy i 89% pielęgniarek w USA wybrałoby w razie potrzeby tę metodę leczenia dla siebie lub swojej rodziny.

W naszym szczecińskim ośrodku już dzisiaj prowadzimy dyskusję z pacjentami o hemodializie domowej i przedstawiamy jej zalety, dlatego też liczę na to, że wkrótce wyłoni się grupa liderów, która wskaże pozostałym chorym, **że można i że warto.**



Wspomnienie o Nestorze nefrologii polskiej

Nie żyje Profesor Franciszek Kokot



Prof. dr hab. med. Jan Duława
Klinika Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych
SUM w Katowicach

W niedzielę, 24 stycznia 2021 zmarł współtwórca polskiej i europejskiej nefrologii, jeden z polskich pionierów dializoterapii, profesor, doktor habilitowany nauk medycznych

Franciszek Kokot, mający tytuł doktora honorowego nadanego mu przez wiele polskich uczelni wyższych. Pożegnaliśmy Go 30. stycznia 2021 roku w katowickiej archikatedrze i odprowadziliśmy na miejsce wiecznego spoczynku, na cmentarzu w Zabrze-Rokitnicy. To w tym mieście Profesor mieszkał przez większość swojego życia. Dla tysięcy polskich lekarzy, szczególnie nefrologów, a także dla wielu polskich pacjentów ten lakoniczny komunikat zawiera niezwykle ładunek emocjonalny. Odszedł Lekarz, Uczony, Nauczyciel, który z małego miasteczka na Opolszczyźnie wspiął się na szczyty polskiej i światowej medycyny. Człowiek, którego wpływ na naukę i praktykę lekarską był, jest i będzie nie do przecenienia. Życie Profesora zasługuje

na solidną biografię a Jego zawodowe dokonania - na rzetelne opracowanie przez historyków medycyny. Gdyby podsumować - wystarczyłyby na wypełnienie niejednego, pracowitego życia, zarówno dzięki nieprzeciętnemu talentowi, jak i niezwyklej pracowitości Profesora, która stała się nie tylko legendarna, ale nawet przysłowiowa.

Był internistą, nefrologiem, endokrynologiem, farmakologiem, patofizjologiem, biochemikiem. Autorem i współautorem ponad tysiąca publikacji, w tym kilkudziesięciu podręczników o zasięgu ogólnopolskim i międzynarodowym. Członkiem rzeczywistym Polskiej Akademii Nauk (od 1994r.), czynnym członkiem Polskiej Akademii Umiejętności (od 1991r.), a także członkiem Rycerskiego Zakonu Świętego Papieża Sylwestra (1990), laureatem nagrody Metropolity Katowickiego „Lux ex Silesia” (2001) oraz Diamentowego Lauru Umiejętności i Kompetencji (2020). Został odznaczony m. innymi Orderem Orła Białego (2021, pośmiertnie), Krzyżem Wielkim Orderu Odrodzenia Polski (1998), Nagrodą Polskiej Akademii Nauk im. Jędrzeja Śniadeckiego, Medalem Ludwika Pasteura, Medalem 900-lecia Uniwersytetu w Bolonii, Medalem Jana Ewangelisty Purkyniego. 10 wyższych uczelni, w tym Uniwersytet Jagielloński wyróżniło Go tytułem doktora honoris causa, a w macierzystej uczelni – Śląskim Uniwersytecie Medycznym pełnił funkcję rektora (1982-1984). Był członkiem honorowym kilku polskich i 14 zagranicznych towarzystw naukowych, w tym Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Stał się niekwestionowanym, międzynarodowym autorytetem naukowym i zawodowym. Wypromował 77 doktorów medycyny i był opiekunem 28 habilitacji (w tym 6 zagranicznych). 20 Jego habilitantów otrzymało tytuł profesora.

Przytoczona imponująca, choć daleko niepełna lista dokonań profesora Franciszka Kokota jest zaledwie częścią Jego charakterystyki. Do największych swoich osiągnięć sam Profesor zaliczał organizację Kliniki Nefrologii w Katowicach, którą kierował w latach 1975-2000. Działała w niej jedna z pierwszych w Polsce stacji dializ, powstała w 1964 roku jeszcze w Klinice Chorób Wewnętrznych kierowanej wówczas przez profesora Kornela Gibińskiego. Klinika Nefrologii była Jego ukochanym dziełem, któremu poświęcił się bez reszty. Osobiście nadzorował proces diagnostyczny i leczenie każdego chorego. Nie było dla Niego chorych bardziej i mniej ważnych. Jak obliczył sam Profesor, w tej Klinice zetknął się twarzą w twarz z ponad 70 tysiącami chorych. Oczkiem w głowie Profesora i podstawą osiągnięć Kliniki, którą kierował, była stworzona (dosłownie) przez Niego Pracownia Izotopowa, w której w latach 70-tych i 80-tych XX wieku wykonywano badania unikatowe w skali Polski i Europy, głównie u chorych na ostrą i przewlekłą niewydolność nerek, w tym dializowanych. Metody przeprowadzonych w niej oznaczeń i samo ich wykonanie Profesor nadzorował osobiście. Wiele z nich zostało wprowadzonych do rutynowej diagnostyki klinicznej.

Klinika stała się kuźnią pracy i kształcenia dla kilkudziesięciu samodzielnych pracowników nauki i specjalistów nefrologii, którzy objęli funkcje kierowników klinik, ordynatorów oddziałów nefrologicznych i chorób wewnętrznych oraz kierowników w stacjach dializ, głównie w województwie śląskim ale także w całej Polsce. To oni stworzyli szkołę, rozpoznawaną w Polsce i na świecie. To główne

i niezaprzeczalne osiągnięcie profesora Franciszka Kokota, świadcząc o skutecznym oddziaływaniu Mistrza.

Był bowiem dla swoich uczniów Mistrzem w pełnym tego słowa znaczeniu. Największe uznanie i podziw wśród najbliższych współpracowników budził swoim błyskotliwym rozumowaniem przy łóżku chorego. Setki Jego wykładów były przygotowane na najwyższym poziomie i gromadziły rzesze słuchaczy. Niedosięgnięta była Jego zdolność do przenoszenia najnowszych osiągnięć naukowych do praktycznego postępowania. To zaś przekładało się na optymalną pomoc chorym.

Wielu z nas wydaje się często, że dzięki wielkim badaniom klinicznym stworzymy takiego uśrednionego chorego, któremu będziemy mogli nadać imię swojego pacjenta. Tymczasem taki uśredniony pacjent nie istnieje. Każdy człowiek jest niepowtarzalną jednostką nie tylko psychiczną, ale i fizyczną, nawet jeśli nosi w sobie jakąś odmienną genetyczną. Profesor Franciszek Kokot za swoim Mistrzem, profesorem Kornelem Gibińskim uczył nas aby nie dobierać pacjenta do najnowszych i najbardziej nawet wyrafinowanych technologii - ale - by dla każdego chorego znaleźć rozwiązanie dla niego optymalne, uwzględniające stan kliniczny, choroby współistniejące, rokowanie, niepożądane działania leków oraz ich interakcje w przebiegu polifarmakoterapii, a także – jak uczy nas doświadczenie – możliwości systemu ochrony zdrowia.

Dzięki swoim niezwykłym talentom oraz tytanicznej pracy Profesor realizował trzy swoje powołania: był lekarzem, uczonym i nauczycielem. Z tymi powołaniami nie tylko wiązał cały swój plan życiowy i satysfakcję zawodową ale poświęcił nadrzędne wartości swojego życia: służenie chorym i poszukiwanie prawdy. Uczył zaś osobistym przykładem. Jak zawsze sam podkreślał, nigdy od nikogo nie wymagał więcej niż od siebie. Nie będzie żadnej przesady w twierdzeniu, że nie ma w Polsce lekarza, który nie zawdzięczałby Mu jakiejś części swojego wykształcenia. Szczególnie wiele zawdzięczają profesorowi Kokotowi polscy nefrolodzy. Był głównym inicjatorem powstania Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Na pierwszym założycielskim zjeździe PTN w 1983 r. został członkiem Zarządu Głównego, w kolejnej kadencji – wiceprezesem Towarzystwa, a od 1989 do 1998 piastował przez trzy kolejne kadencje funkcję prezesa Zarządu



Prof. dr hab. med. Franciszek Kokot

Głównego PTN. W roku 1998 został członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

Miał olbrzymi udział we wprowadzaniu polskiej nefrologii do europejskich i światowych towarzystw naukowych, ale co ciekawe, światowa społeczność nefrologów uznała go za jednego z ojców współczesnej nefrologii. O międzynarodowym autorytecie profesora Franciszka Kokota świadczy m. innymi fakt, że trzykrotnie był wybierany do Zarządu Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego, przy czym pierwszy raz w 1978 roku, a więc 5 lat przed powstaniem PTN. Ponad 20 amerykańskich uczelni odwiedził jako visiting profesor.

Przedmiotem szczególnej dumy i troski Profesora był uruchomiony w 1993 roku, pierwszy w naszej części Europy sanatoryjny ośrodek hemodializ w nadzorowanym przez Niego Szpitalu Sanatoryjnym w Wysowej Zdroju. Bardzo cieszył się, że dzięki tej inicjatywie dializowani z całej Polski będą mogli korzystać z wakacyjnych wyjazdów do urokliwego zakątka Beskidu Niskiego.

Dzisiaj, w dobie bujnego rozkwitu dializoterapii i transplantacji nerek, trudno sobie wyobrazić pionierskie czasy, kiedy te

metody leczenia nie były dostępne w Polsce dla każdego potrzebującego. To, że dzisiaj stoimy w jednym szeregu z najbardziej rozwiniętymi krajami Europy i świata zapewniającymi dostęp do nowoczesnej nefrologii zawdzięczmy wielu ludziom i zmianom, jakie zaszły w naszym kraju. Niewątpliwie, Profesor Franciszek Kokot zajmuje wśród nich miejsce szczególne, zarówno jako lekarz, uczony, nauczyciel i organizator, a dla wielu swoich uczniów - jako niedościgniony Mistrz.

Mimo wszystkich osiągnięć i wyróżnień jakie były Jego udziałem, pozostał człowiekiem skromnym, cierpliwie znoszącym ograniczenia, jakie narzucała mu choroba. Do końca zachwycał swoich rozmówców intelektualną sprawnością, humorem i optymizmem. Wzbudzał szacunek śledzeniem na bieżąco najnowszych osiągnięć swojej ukochanej nefrologii.

Dzisiaj ze wzruszeniem i wdzięcznością żegnają Go lekarze – Jego uczniowie, dla których był prawdziwym NAUCZYCIELEM i pacjenci, dla których był PRAWDZIWYM, DOBRYM LEKARZEM. Dla wielu był DAREM, za który dziękuję się losowi i POSTACIĄ, której się nie zapomina.

Wspomnienie pacjenta o Profesorze Franciszku Kokocie



**Prof. dr hab.
Rajmund Michalski**
Pacjent z Zabrze

Jako „doświadczony” pacjent wiem, że nerki w organizmie człowieka pełnią wiele istotnych funkcji, a najważniejsze z nich to ciągle oczyszczanie z toksyn oraz produkcja tak nam potrzebnych hormonów. Jako chemik analityk często zastanawiałem się nad tym, jak efektywną „oczyszczalnią ścieków” one są? Nerka to absolutnie cudowny i niezwykle organ! W kontekście cudu warto wspomnieć, że w Starym Testamencie, w Księgach Jeremiasza i w Księdze Psalmów ludzkie nerki opisywane były przykładowo jako miejsca temperamentu, emocji, roztropności, wigoru i mądrości. Wraz z sercem traktowano je jak zwierciadło duszy. Jest mowa również o nerkach jako miejscu kary boskiej w ciele grzeszników za grzechy popełnione i dostrzeżone, szczególnie w Księdze Hioba, którego cierpienia i udręka nadal są „wzorcem cierpienia”. Nerki były symbolem tego, czy człowiek jest rzeczywiście zaangażowany w to co robi, czy też zobojętniały, bez pasji. Kiedyś nie zwracałem na to uwagi, ale od 30 lat, kiedy wszystko w moim życiu kręci się wokół nerek – zastanawiam się nad tym fenomenem. Jako pacjent, który w wieku 27 lat dowiedział się o ciężkiej chorobie nerek (przewlekłe zapalenie kłębuszków nerkowych), przebywszy całą drogę leczenia zachowawczego, poprzez

dializy doczekałem się szczęśliwego przeszczepienia nerki w 2013 roku, w przededniu swoich 50-tych urodzin. Pisałem o tym wielokrotnie na łamach kwartalnika „Dializa i Ty”, między innymi w numerach 1/2013, 3/2013 oraz 1/2015. O swojej chorobie dowiedziałem się przypadkowo w 1992 roku podczas rutynowych badań w Instytucie Podstaw Inżynierii Środowiska PAN w Zabrze, gdzie pracuję do dzisiaj i gdzie przeszedłem wszystkie etapy kariery naukowej. Nigdy nie zapomnę rozmowy z ordynatorem oddziału nefrologii w klinice w Zabrze w 1992 roku, który na moje rozpaczliwe brzmiające pytanie: - Panie Doktorze, jakie mam szanse? - odpowiedział mi, że: - Jedni żyją z tą chorobą 2, inni 50 lat. Ja życzę Panu 50...

Ponieważ pracowałem naukowo mogłem wrócić do pracy, ale musiałem szybko znaleźć jakieś zajęcie, które zaabsorbowałoby mnie na tyle, aby nie myśleć o postępującej chorobie. W tamtych czasach internet dopiero raczkował, więc w poszukiwaniu „nadziei na dalsze życie” wielokrotnie odwiedzałem księgarnie, gdzie dostępne były książki o chorobach nerek. Zastanawiałem się – kupić albo nie kupić? Bałem się strasznie by nie przeczytać czegoś, co by mnie zdołowało do końca. Nie wiem dlaczego, ale szczególnie wpadł mi w oko podręcznik „Choroby wewnętrzne” pod redakcją naukową prof. Franciszka Kokota. Ostatecznie go nie kupiłem, ale zauważyłem, że gdziekolwiek poszukiwałem jakiejś wiedzy na temat chorób nerek – tam zawsze pojawiło się nazwisko profesora. Wiedziałem, że to „guru” i nestor polskiej nefrologii, że jest nefrologiem i endokrynologiem, że był rektorem Śląskiej Akademii Medycznej oraz członkiem rzeczywistym Polskiej Akademii Nauk.

Zawsze w swoim życiu miałem szczęście do dobrych lekarzy. Mam na myśli ich intuicję, podejście do pacjenta i czas, który nam, pacjentom poświęcają. To bardzo ważne.

Pamiętam wszystkich tych, którzy w różny sposób darowali mi życie: lekarza rodzinnego, który w 1992 roku intuicyjnie skierował mnie na badania, lekarzy w klinice w Zabrze, którzy zdecydowali o sposobie leczenia, dzięki czemu żyłem bez dializ jeszcze 20 lat, lekarkę prowadzącą mnie w poradni nefrologicznej i podczas dializoterapii, pielęgniarki ze stacji dializ, lekarza – transplantologa i cały personel szpitala w Bydgoszczy, gdzie miałem przeszczep, zaś dziś – lekarza prowadzącego mnie w poradni transplantologicznej. Wszyscy to wspaniali ludzie, do których miałem i mam zaufanie. Na tym należy budować relacje lekarz – pacjent. Dobry lekarz to nie tylko ktoś, kto ma ogromną medyczną wiedzę, ale także właściwe podejście do pacjenta. Dobre słowo czasami daje więcej niż lek najnowszej generacji.

Osobiście nigdy nie byłem pacjentem prof. Franciszka Kokota, aczkolwiek w okresie oczekiwania na przeszczep byłem „przypisany” do Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego w Katowicach, gdzie profesor Kokot pracował. Pamiętam, jak po przejściu wszystkich badań kwalifikacyjnych do przeszczepu 23 lipca 2012 roku prof. Teresa Nieszporek jednym kliknięciem w swoim laptopie wpisała mnie na listę oczekujących Poltransplantu, życząc powodzenia. Bardzo się martwiłem o to, co będzie dalej? Wychodząc z jej gabinetu natknąłem się na profesora F. Kokota. Nie rozmawialiśmy, ale sama jego obecność w takim momencie i w tym miejscu była dla mnie niczym pewnością, że będzie dobrze. I był! Jednak moje kontakty z Profesorem były sporadyczne. Wspomnę o kilku z nich, jakże dla mnie ważnych. Spotykałem go podczas Krakowskich Dni Dializoterapii, gdzie występowałem na sesji pacjentów. Było to dla mnie niezwykle przeżycie, ponieważ wiedziałem KIM JEST i, że TAM BĘDZIE!

Od przeszczepienia nerki w 2013 roku jestem pacjentem Poradni Transplantacyjnej w Katowicach przy ul. Francuskiej. To tam po raz kolejny spotkałem Profesora. Zostałem zaproszony przez prof. Andrzeja Więcka na

seminarium dla lekarzy i pielęgniarek jako pacjent, który przeszedł wszystkie etapy choroby. Chyba nigdy się tak nie stresowałem jak wtedy, nawet podczas kolokwium habilitacyjnego. Szczególnie, gdy na sali zobaczyłem znajomą postać. ON, legendarny profesor przyszedł na moje wystąpienie.... To świadczyło o tym, jak szanował pacjentów. Moje trzecie spotkanie z profesorem Kokotem miało miejsce w Wysowej. Nigdy tam nie byłem jako pacjent, ale kilka razy jako wykładowca na organizowanych w Wysowej konferencjach Krajowej Izby Gospodarczej Przemysłu Rozlewniczego. W 2019 roku podczas bankietu w rozmowie z obecnym właścicielem obiektu „Biawena” i jednocześnie firmy „Wysowianka” zapytałem o historię Wysowej. I wtedy dowiedziałem się, kim dla Wysowej był i na długo pozostanie profesor Franciszek Kokot, jakie miał ogromne zasługi oraz jaką estymą cieszył się wśród lokalnej społeczności.

Moje kontakty z Profesorem nie były częste i bliskie, ale były i znaczyły dla mnie wiele. Wychodziłem z założenia, że skoro żyjemy w pewnym układzie, to wiele nas łączy. Ja – pacjent, On – Mistrz, który uratował życie wielu osobom; ja – mieszkam w Zabrzu – a On tutaj też spędził wiele lat pracowitego życia, a teraz spoczął na cmentarzu w Zabrzu-Rokitnicy. Dotarło do mnie, że jednak dzieliliśmy jakąś wspólną część losu.

Żaś kończąc przychodzi mi na myśl aforyzm Stanisława Jerzego Leca, który w „Myślach nieuczesanych” napisał tak: – Żyje się tylko raz – jeśli żyje się dobrze, raz wystarczy.

Panie Profesorze w imieniu wszystkich pacjentów dziękujemy Ci za to co zrobiłeś dla polskiej i światowej nefrologii, ale przede wszystkim za to, co zrobiłeś dla nas, Twoich pacjentów. Za to, jak nas leczyłeś i traktowałeś. To zawsze świadczyć będzie o Twojej wielkości.

PIELĘGNIARKA RADZI

Jak i dlaczego powinniśmy mierzyć ciśnienie tętnicze krwi?



Mgr Wiesława Trusewicz

Pielęgniarka Oddziałowa
Stacji Dializ II Kliniki Nefrologii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
w Białymstoku

Nadciśnienie tętnicze pozostaje najważniejszym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia, a według Światowej Organizacji Zdrowia jest wciąż pierwszą przyczyną przedwczesnych zgonów na świecie. Nadciśnienie tętnicze

(NT) to jeden z najważniejszych czynników ryzyka zmian w układzie krążenia (udar, choroby wieńcowej, zawału) oraz niewydolności nerek (nadciśnieniowa choroba nerek jest drugą po nefropatii cukrzycowej przyczyną schyłkowej niewydolności nerek). NT jest pierwszą przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych, trzecią w rozwijających się, po niedożywieniu i paleniu tytoniu.

Od historii ...

Od ponad 100 lat dokonuje się pomiarów ciśnienia tętniczego krwi (CTK) nieinwazyjnymi metodami Riva-Rocciego i Korotkowa. W 1895 roku lekarz pediatra z Turynu, Scipione Riva-Rocci, opracował projekt mankietu uciskowego, dzięki któremu mógł palpacyjnie, wyczuwając palcami tętno, określić skurczowe ciśnienie tętnicze. Od nazwiska lekarza, który wymyślił tę metodę pomiaru do dziś używamy skrótu

RR oznaczającego ciśnienie tętnicze. W 1905 roku rosyjski lekarz wojskowy Nikołaj Korotkoff odkrył szmery przepływu krwi przy częściowym ucisku tętnicy. Stosował on metody osłuchowe z użyciem stetoskopu w połączeniu z mankiem naramiennym dla określenia skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego.

Najpopularniejsze niegdyś aparaty rtęciowe zostały, z uwagi na toksyczność rtęci, wycofane z produkcji i obrotu dyrektywą Unii Europejskiej z 2007 roku, która została wdrożona w Polsce 3 kwietnia 2009 roku. Pożegnaliśmy dziesiątki tysięcy urządzeń, którymi posługiwaliśmy się przez lata. Proste w użyciu, ale – niebezpieczne dla otoczenia. Zostały zastąpione nowymi, mechanicznymi i elektronicznymi. Jak to z urządzeniami bywa – wymagającymi okresowej kalibracji.

Po współczesność...

Postęp jaki dokonał się w sferze urządzeń medycznych umożliwił spopularyzowanie pomiaru ciśnienia tętniczego w warunkach domowych. Aktualnie są dostępne aparaty elektroniczne z mankiem na ramię: półautomatyczne (mankiet wypełniany jest ręcznie za pomocą gruszki) lub automatyczne (urządzenie samo pompuje mankieta, wypuszcza powietrze i mierzy ciśnienie).

Aby uniknąć błędów w pomiarze trzeba dobrać prawidłowy, odpowiedniej szerokości i długości mankieta:

Rozmiar mankieta	w centymetrach		
obwód ramienia	< 32	32-44	45-52
szerokość mankieta	12	16	20
długość mankieta	26	38	42

W przybliżeniu szerokość mankieta powinna wynosić 0,4 obwodu ramienia, natomiast długość mankieta - około 0,75 obwodu ramienia.

Do wykonania prawidłowego pomiaru powinny być zapewnione odpowiednie warunki:

- pomieszczenie o temperaturze pokojowej, bez hałasu
- pacjent nie wyziębiony, nie rozgrzany
- badany po co najmniej 5 minutowym wypoczynku
- pomiar przed przyjęciem leków. Uwaga: 30 minut przed pomiarem nie należy jeść, pić kawy, palić papierosów
- badany w wygodnej pozycji siedzącej: stopy oparte o podłogę, plecy proste
- rękaw ubrania luźny, nieuciskający ramienia
- przedramię podparte, ręka lekko zgięta w łokciu, rozluźnione mięśnie, wnętrze dłoni odwrócone ku górze
- mankieta aparatu powinien znajdować się około 2 cm nad zgięciem łokciowym, na wysokości serca, założony tak, aby przewód powietrza biegł po wewnętrznej stronie ręki, a materiał ciasno przylegał do ramienia
- kolejne dwa pomiary w odstępie 1-2 minut powinny odbywać się w zbliżonych warunkach, 2 razy w ciągu doby, o stałej porze, w tej samej pozycji, na tym samym ramieniu z wykorzystaniem mankieta tej samej wielkości. Podczas diagnostyki nadciśnienia lub w celu oceny skuteczności terapii pomiarów należy dokonywać przez 7 kolejnych dni poprzedzających wizytę u lekarza. Natomiast w obserwacji długoterminowej zaleca się dokonywanie 1-2 pomiarów na tydzień,

- warto porównać wyniki na obu kończynach, a uwzględnić wyższy.
- pomiary powinny być zapisywane w dzienniczku kontroli RR

Różne czynniki mogą zmienić dokładność pomiaru. Na wzrost ciśnienia mogą wpłynąć:

- efekt "białego fartucha". Ciśnienie tętnicze mierzone w domu jest zazwyczaj niższe od wartości zmierzonych w gabinecie medycznym lub w przychodni, średnio o około 12 (skurczowe) / 7 (rozkurczowe) mmHg
- chłodne pomieszczenie, nieszczelna zastawka w mankiecie, zbyt mały mankieta
- niedowład ramienia (udar), ramię poniżej poziomu serca
- stres, ból, lęk, pełny pęcherz
- pomiar „po papierosie”, po spożyciu kofeiny, po alkoholu
- mówienie, pisanie w trakcie pomiaru
- zbyt krótki czas odpoczynku przed pomiarem
- brak podparcia ramienia i pleców, pomiar w pozycji leżącej

Obniżenie ciśnienia może być spowodowane przez:

- głośnie otoczenie, uszkodzoną poduszkę gumową, zbyt duży mankieta
- długi odpoczynek, pomiar tuż po posiłku
- uniesione ramienia z mankiem powyżej poziomu serca w trakcie pomiaru

Nerki są sprawcą i ofiarą nadciśnienia. Długotrwałe NT prowadzi do zmian określanych jako łagodne stwardnienie nerek. Zmiany w naczyniach obejmują pogrubienie błony wewnętrznej naczynia, zwężenie światła naczyń dużych i małych tętnic nerkowych oraz tętniczek kłębuszka nerkowego. Tylko połowa pacjentów jest świadoma swojej choroby.

Nadciśnienie tętnicze występuje u ponad 80% pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i u ponad 76% pacjentów z cukrzycą. U chorych na cukrzycę nadciśnienie tętnicze występuje częściej niż w populacji ogólnej, a skuteczna kontrola ciśnienia jest trudna. Często stwierdza się tzw. ukryte nadciśnienie tętnicze, szczególnie nocne i nieprawidłowy dobowy rytm ciśnienia non-dipper (obniżenie ciśnienia w nocy nie przekracza 10% w stosunku do wartości dziennych). U pacjentów z cukrzycą, w przypadku wystąpienia objawów wskazujących na hipotonię (stan zmniejszonego napięcia mięśniówki naczyń) w czasie intensyfikacji farmakoterapii, pomiarów ciśnienia należy dokonywać także w pozycji stojącej.

Nadciśnienie tętnicze lub wysokie prawidłowe ciśnienie stanowią częstą składową zespołu metabolicznego. Występuje on u około 10 milionów Polaków, zwiększa ryzyko wystąpienia miażdżycy, cukrzycy typu 2 oraz powikłań sercowo-naczyniowych.

Sukces w normalizowaniu ciśnienia zależy od wielu czynników. Postępowanie nefarmakologiczne, polegające na zmianie stylu życia, stanowi pierwszy element terapii, do której zalicza się: normalizację masy ciała, zachowanie odpowiedniej diety ze zmniejszeniem spożycia tłuszczów (zwłaszcza nasyconych – zwierzęcych), zwiększeniem spożycia warzyw i owoców, ograniczenie spożycia alkoholu i soli, zaprzestanie palenia tytoniu oraz zwiększenie systematycznej,

adekwatnej do wieku i kondycji, aktywności fizycznej.

I na koniec kilka słów o normach, czyli jakie wartości CTK uznajemy za prawidłowe i w ogóle, jak klasyfikujemy podwyższone CTK. O nadciśnieniu mówimy, gdy **w dwóch pomiarach, wykonanych podczas co najmniej dwóch różnych wizyt, wartości ciśnienia tętniczego są równe lub wyższe niż 140 mm Hg / 90 mm Hg albo, gdy średnie wartości ciśnienia tętniczego wyliczone z dwóch pomiarów dokonanych podczas jednej wizyty są równe lub wyższe niż 180 mm Hg / 110 mm Hg** (zakładając, że pomiar był wykonany prawidłowo i nie miała miejsca sytuacja lub zdarzenie w istotny sposób podwyższające CTK). Ważne, by pacjenci pamiętali jedną z najważniejszych zasad charakteryzujących NT – a mianowicie, że nadciśnienie tętnicze nie boli – niemniej brak objawów nie oznacza braku choroby! Przypomnijmy więc najważniejsze objawy nadciśnienia tętniczego, którymi są:

- bóle i zawroty głowy
- uczucie kołatania serca
- potliwość
- bezsenność
- zaczerwienienie twarzy i uderzenia fali gorąca
- obniżenie sprawności psychicznej i fizycznej

W miarę upływu czasu i rozwoju choroby nadciśnieniowej może dojść do uszkodzeń narządowych. Pojawiają się objawy, których lekceważyć nie można, między innymi:

- zaburzenia widzenia
- obniżenie sprawności intelektualnej
- deficyty czuciowe lub ruchowe
- obrzęki kończyn
- zimne kończyny
- zaburzenia funkcji nerek

Dodajmy, że u pacjentów dializowanych podwyższone ciśnienie tętnicze może wynikać z przewodnienia. Nadmiar wody w organizmie przekłada się na zwiększenie objętości krwi krążącej i nadciśnienie. Dopóki nie odwodzi się skutecznie pacjentów i nie osiągnie ustalonej metodą „prób i błędów” tak zwanej suchej masy ciała, leczenie nadciśnienia może być trudne.

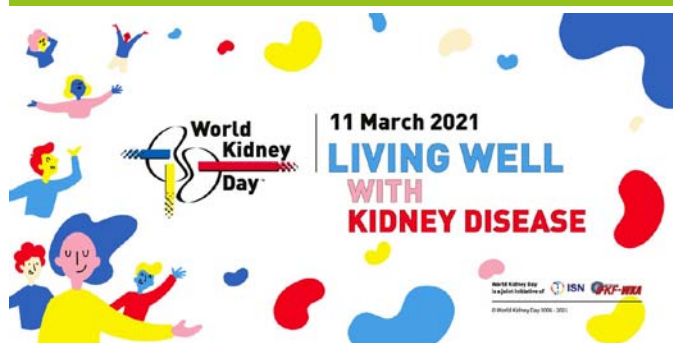
I na koniec, o klasyfikacji nadciśnienia tętniczego. Aktualne normy zaakceptowane przez Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego przedstawiono w tabeli poniżej. Wartości ciśnienia podano zwyczajowo w mm Hg.

Wartości ciśnienia	Skurczowe		Rozkurczowe
Optymalne	< 120	i	< 80
Prawidłowe	120 – 129	i / lub	80 – 84
Wysokie prawidłowe	130 – 139	i / lub	85 – 89
Nadciśnienie tętnicze 1. stopnia	140 – 159	i / lub	90 – 99
Nadciśnienie tętnicze 2. stopnia	160 – 179	i / lub	100 – 109
Nadciśnienie tętnicze 3. stopnia	≥ 180	i / lub	≥ 110
Izolowane nadciśnienie tętnicze skurczowe	≥ 140	i	< 90

W razie wątpliwości lekarz zawsze może zlecić 24-godzinny pomiar wartości ciśnienia tętniczego, określany angielskim skrótem ABPM (ambulatory blood pressure monitoring). Pomiar ten w wielu przypadkach może potwierdzić skuteczności leczenia lub pozwala na wykrycie czynników ryzyka chorób układu krążenia, na jakie może być narażony pacjent.

WYDARZENIA

Światowy Dzień Nerek – 11 marca 2021 roku



Światowy Dzień Nerek powstał z inicjatywy Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego oraz Międzynarodowej Federacji Fundacji Nerek i jest obchodzony od 2006 roku. W Polsce koordynatorem obchodów Światowego Dnia Nerek jest Stowarzyszenie Nefrologia Polska, a w organizacji różnorodnych imprez i realizacji przedsięwzięć pomagają Stowarzyszenie Uronef-Nasze Dzieci oraz Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób

Dializowanych. Wiodący temat tegorocznego Światowego Dnia Nerek „Jak dobrze żyć z chorobą nerek?” został wybrany w celu zwrócenia uwagi na plany i działania zorientowane na szeroko rozumiany dobrostan pacjentów z chorobami nerek, które – bez względu na wyjściową przyczynę choroby – klasyfikujemy jako „przewlekłą chorobę nerek” (PChN). Przypomnijmy Czytelnikom „Dializy i Ty”, że wg definicji przyjętej w 2002 roku przez Kidney Diseases Outcome Quality Initiative (K/DOQI), przewlekła choroba nerek, PChN to wieloobjawowy zespół chorobowy, który jest następstwem zmniejszenia się liczby czynnych nefronów lub trwałego ich uszkodzenia przez proces chorobowy toczący się w mięszu nerki. Według definicji Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) z 2012 roku jest to utrzymująca się ponad 3 miesiące nieprawidłowość budowy lub czynności nerki, mająca znaczenie dla zdrowia. Szacuje się, że dotyka ona nawet 600 milionów ludzi na całym świecie, w tym około 4,3 mln w Polsce. Wszyscy jesteśmy zgodni, że jest to choroba cywilizacyjna.

Objawy kliniczne zależą od stadium PChN, których mamy 5. Stadia pierwsze i drugie bywają bezobjawowe. Problemy pojawiają się w stadium trzecim, określanym mianem umiarkowanego upośledzenia czynności nerek, z filtracją kłębuszkową w zakresie GFR 59-30 ml/min/1,73m². Okres czwarty, ciężkiego upośledzenia czynności nerek wymaga stałej i systematycznej kontroli lekarskiej i w większości przypadków wiąże się z istotnym pogorszeniem się stanu zdrowia pacjentów. Pojawia się nadciśnienie, niedokrwistość, zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej, mineralna choroba kości, przyspiesza miażdżycy naczyń, pojawiają się zaburzenia odżywiania. Wszystkie (o ile nie leczone) wpływają na istotny sposób na pogorszenie się stanu zdrowia pacjentów. Okres piąty – to schyłkowa niewydolność nerek i konieczność leczenia nerkozastępczego.

W definicji wg K/DOQI nie wymienia się żadnych objawów podmiotowych (tych z wywiadu) i przedmiotowych (tych w badaniu fizykalnym). W większości przypadków PChN rozwija się skrycie, bezbólowo i często bezobjawowo. Objawy kliniczne pojawiają się w miarę pogarszania się czynności nerek i są mało charakterystyczne, w związku z czym – niezauważone lub lekceważone przez pacjentów. To zaś, jak szybko pogarsza się czynność nerek zależy od wieku czynników. Alarmującym objawem uszkodzenia nerek uzasadniającym podejrzenie PChN jest stałe obniżenie filtracji kłębuszkowej GFR poniżej 30 ml/min/1,73 m² lub postępujące pogorszenie czynności nerek (spadek GFR większy niż 15% w ciągu 3 miesięcy, niezależnie od wartości wyjściowej). Także białkomocz powyżej 1 g/dobę i krwinkomocz pochodzenia kłębuszkowego. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym trudnym do kontroli i pacjenci z cukrzycą i GFR < 60 ml/min/1,73 m² stanowią tę grupę chorych, u których choroba podstawowa prowadzi do nefropatii nadciśnieniowej i nefropatii cukrzycowej, dwóch, głównych przyczyn PChN u dorosłych!

Świat rozgląda się za skutecznymi strategiami, które pacjentom z PChN i ich opiekunom pozwolą uwierzyć w siebie w zmaganiach z dalekosiężnym celem, jakim jest zmniejszenie ciężących nad chorymi powikłań towarzyszących chorobie ich nerek. Wszystko zaś po to, by poprawić szeroko pojęte samopoczucie pacjentów, poczynając od zwiększenia satysfakcji z życia, aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym aż po poprawę jakości życia. Na całym świecie dostrzegany jest ten problem i dlatego organizowana jest akcja promocyjno-oświatowa polegająca między innymi na przeprowadzaniu badań profilaktycznych nerek, konferencji oraz akcji edukacyjnych, które mają na celu podniesienie wśród ludzi świadomości znaczenia nerek oraz informowanie o tym, że choroby nerek są powszechne i – że można je leczyć.

Wiodący temat tegorocznego Światowego Dnia Nerek „Jak dobrze żyć z chorobą nerek?” został wybrany w celu zwrócenia uwagi na plany i działania zorientowane na szeroko rozumiany dobrostan pacjentów z chorobami nerek. Międzynarodowe Towarzystwo Nefrologiczne i Międzynarodowa Federacja Fundacji Nerek w ramach tegorocznych obchodów wyeksponowały 4 obszary, na które chorzy z chorobami nerek - ale także wszyscy inni - powinni zwrócić uwagę.

Pierwszy - są objawy choroby i ich wpływ na życie pacjentów. Zmęczenie, ograniczenie aktywności ruchowej,

ból, stres, zwiększone napięcie nerwowe, depresja, pogorszenie funkcji poznawczych, problemy ze snem, bolesne kurcze mięśni, zespół niespokojnych nóg, czy zaburzenia odżywiania – to codzienność wielu pacjentów z PChN. **Drugim** – codzienne życiowe problemy pacjentów związane z edukacją, zaangażowaniem społecznym i utrwalaniem wiary we własne siły. Krytycznym pozostaje problem zdolności do pracy ale także nauki i podróżowania. Choroba wywiera negatywny wpływ na relacje rodzinne, stosunki międzyludzkie, ale też przekłada się na pogorszenie sytuacji finansowej chorych leczonych przewlekłe. Wynika to wprost z dodatkowych kosztów leczenia uzupełniającego lub z niskich emerytur lub rent, zwłaszcza osób starszych. Część leków, zwłaszcza immunosupresyjnych, ma objawy uboczne. Dodajmy do tego konieczność ułożenia sobie życia pod dyktando dializy, ograniczenia dietetyczne, zmiany stylu życia czy rezygnację z aktywności społecznej. To olbrzymi balast, z którym zmagają się na co dzień pacjenci dializowani. Nie wszyscy doświadczają wsparcia instytucjonalnego. Nie wszyscy o należnym wsparciu wiedzą.

Trzecim obszarem jest budowanie i umacnianie pozycji społecznej pacjentów, co w sumie prowadzi do ich aktywnego uczestnictwa w życiu na wielu płaszczyznach. Jeszcze raz warto podkreślić rolę wykształcenia i umiejętności komunikowania się, by na ich podstawie budować wytrzymałość psychiczną i wzmacniać odporność na przeciwności losu, które gotuje choroba. Powinniśmy zadbać o większą świadomość i wiedzę o chorobie, by pacjenci lepiej rozumieli jej przebieg i powikłania, ale też umieli sami zadbać o stan swojego zdrowia, będąc za nie odpowiedzialnymi. Ale – obszar tych działań wymaga nierzadko wsparcia z zewnątrz, a pacjenci powinni mieć do tego wsparcia łatwy dostęp.

Wreszcie obszar **czwarty**, to strategię kliniczne. Zarówno te, które z szerszej perspektywy pozwalają na ochronę czynności nerek w ramach działań profilaktycznych, ale także te, które w ramach nefroprotekcji zapobiegają spadkowi filtracji kłębuszkowej u tych, którym choroba już zdążyła uszkodzić nerki. Zaoferujemy pacjentom z chorobami nerek styl życia im przyjazny, przepiszymy optymalne leczenie farmakologiczne. Jeżeli ich stan kliniczny na to pozwala – odłożymy w czasie decyzję o rozpoczęciu dializoterapii, ale pamiętajmy, by stopniowo do tej decyzji pacjentów prowadzić. By stacja dializ, w której się znajdują była dla nich miejscem znanym, przyjaznym i zawsze „zorientowanym na pacjenta”, oferującym indywidualnie dobrany „przepis dializy”: czas, częstość, dawkę. Dializy, która nie zabierze szybko resztkowego klirensu własnych nerek pacjentów. Przed nami wiele pracy: skoordynowania opieki wielospecjalistycznej, włączenia w proces leczenia instytucji powołanych do udzielania wsparcia chorym, w tym – psychologicznego, ułatwień w dostępie do pracy (w tym pracy chronionej), edukacji i poprawieniu komunikacji społecznej, ułatwienia dostępu do specjalistycznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej, i wielu, wielu innych – o czym wspomniano.

Spełnienie tych działań pozwoli pacjentom z chorobami nerek żyć lepiej.

Redakcja „Dializy i Ty”

Nefrologia – czego uczy nas pandemia koronawirusa?



Żyjemy już rok w pandemii, która mocno poturbowała system opieki zdrowotnej. O tym, jakie lekcje z opieki nad pacjentami nefrologicznymi możemy wyciągnąć z tego okresu i dlaczego pacjenci stacji dializ potrzebują szczególnej ochrony, rozmawiamy z **dr. hab. med.**

Szymonem Brzóska, dyrektorem medycznym DaVita Polska, nefrologiem i adiunktem I Kliniki Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ UM w Białymstoku.

Redakcja: Szacuje się, że w ciągu ostatniego roku, od kiedy zmagamy się z pandemią, świat znacząco przyspieszył technologicznie. Czy to samo możemy powiedzieć o nefrologii, że pandemia stała się bodźcem do zmian, np. procedur bezpieczeństwa i lepszego jakościowo zaopiekowania się pacjentem dializowanym?

Szymon Brzóska: Tak, sytuacja związana z koronawirusem spowodowała przymus, ale i również zrozumienie potrzeby praktycznej realizacji zasad higieny i kontroli zakażeń. Niektóre tradycyjne metody, które były stosowane w trakcie ostatniej pandemii, czyli grypy hiszpanki, nadal się sprawdzają, tj. dystans, dezynfekcja, maska. Oczywiście rozwój technologii znacząco nam pomaga, bo sto lat temu nie było masek filtrujących, a dzisiaj są.

Pandemia koronawirusa spowodowała, że zmieniło się podejście do rozumienia powagi zasad higieny i bezpieczeństwa pacjenta w miejscach udzielających świadczeń medycznych, takich jak szpitale, poradnie, ambulatoria czy w szczególności stacje dializ. Widać ważną zmianę – bezpieczeństwo stało się naszą wzajemną odpowiedzialnością.

Okazało się, że lekarz czy pielęgniarka może zakażać i może też zostać zakażony od pacjenta, więc pandemia pokazała, że bezpieczeństwo jest wspólną wartością. Zarówno pacjent, jak i personel medyczny dzisiaj w stacji dializ rozumieją, że odpowiedzialność za bezpieczeństwo dotyczy każdego indywidualnie i stało się wspólnym celem – to ważna zmiana w kulturze bezpieczeństwa. Dlatego mam wrażenie, że ta zmiana, która jest tak trudna, bo jest zmianą kulturową, zostanie z nami na dłużej.

Jak szybko stacje dializ musiały przystosować się do nowej sytuacji epidemicznej i jak szybko zrobiła to sieć stacji dializ DaVita? Przecież leczenia dializami nie można przerwać...

To, co obserwowałem, co działo się w polskiej przestrzeni publicznej i zdrowotnej rok temu, pozwala mi stwierdzić, że byliśmy jedną z pierwszych organizacji medycznych w Polsce, która realnie wprowadziła procedury w odpowiedzi na zagrożenie płynące z szerzenia się wirusa SARS-CoV-2.

Pamiętam, że po raz pierwszy temat wzmocnienia procedur bezpieczeństwa w stacjach dializ został podniesiony w naszej organizacji już w drugiej połowie stycznia. Pierwsze

informacje, że nadchodzi zagrożenie i że są potrzebne zmiany w sposobie pracy stacji dializ, dostaliśmy od kolegów z DaVita z Dalekiego Wschodu, z ośrodków w Chinach, Malezji i Singapurze.

Rozumieliśmy skalę zakażenia, bo w dotychczasowych procedurach kontroli higieny zakażeń mieliśmy opisany schemat działania na wypadek zakażenia wirusami MERS i SARS. Jesteśmy firmą, która ma stacje dializ na całym świecie i na bieżąco aktualizujemy procedury dotyczące kontroli higieny zakażeń. Mogliśmy zatem bardzo szybko przebudować procedury i dostosować je do specyfiki sytuacji, która nie była obecna w Polsce, a zaistniała rok temu i osiągnęła skalę pandemii. Pierwsze procedury wobec zagrożenia wysoce zakaźnymi drobnoustrojami wdrożyliśmy w DaVita Polska pod koniec stycznia. Wtedy wydawało się nam niewyobrażalne, że ten wirus ma do nas dotrzeć. Międzynarodowa dyrekcja medyczna DaVita podchodziła do sprawy bardzo poważnie, z rekomendacją, że każdy kraj na świecie powinien się przygotować, bo ryzyko szerzenia się infekcji koronawirusa jest ogromne.

Przyjęliśmy procedury i zaczęliśmy wprowadzać je po polsku, odwiedzać stację za stacją i informować nasze zespoły medyczne, co się dzieje, z zaleceniem wdrożenia punktów selekcjonowania pacjentów (tzw. triaż) przy wejściu do stacji dializ. Nie ukrywam, że początkowo spotykaliśmy się ze sceptycyzmem: „Jaki punkt triażowy? Miejsce, gdzie ktoś ma badać temperaturę i pytać pacjenta, czy ostatnio podróżował? Przecież nasi chorzy nie podróżują zagranicę”. Nie była to łatwa sprawa. Ludziom wydawało się, że to nas nie dotyczy.

Trudno się dziwić, skoro za naszego życia nie było pandemii...

Tak, to prawda, nie mamy doświadczenia, do którego moglibyśmy sięgnąć, gdyż ostatnia pandemia, grypy hiszpanki, wydarzyła się sto lat temu. Natomiast cały czas bardzo skrupulatnie przestrzegamy wdrożonych procedur, łącznie ze śledzeniem kontaktów w przypadku każdego zakażenia. To tak ważne, bo ludzie w stacji dializ gromadzą się, proces śledzenia kontaktów powinien być rzetelny i skrupulatny. Kluczowa jest izolacja zakażonych, ale również szybka analiza formy kontaktu i separacja narażonych od nienarażonych i z tego rodzaju lekcji powinniśmy wyciągać wnioski. Dzisiaj obserwujemy efekty takiego działania w postaci skutecznego zapobiegania szerzeniu się zakażeń w ośrodku, co chroni pacjentów, ich rodziny i personel.

Dlaczego zakażenie w stacji dializ jest tak niebezpieczne?

Pacjenci dializowani są szczególnie wrażliwi na zakażenie i jego konsekwencje, dlatego powinni być szczególnie chronieni. W literaturze jest to opisane, ale również polskie dane to potwierdzają, osoby te są najbardziej narażone na poważne konsekwencje COVID-19 – należą do grupy o najcięższym przebiegu choroby i najwyższej śmiertelności. Wśród pacjentów dializowanych umiera co czwarty zakażony koronawirusem. Mówię o tym, dlatego, abyśmy wszyscy zdawali sobie sprawę, dlaczego musimy chronić pacjentów

dializowanych. Dla DaVita to jest niezwykle ważne, bo mocno rezonuje z pojęciem kultury bezpieczeństwa pacjenta, o którą dbamy i rozwijamy.

Jak w rzeczywistości działają te procedury, jeśli chcemy chronić tak szczególną grupę pacjentów?

Nasze procedury, zgodne i spójne z zaleceniami towarzystw nefrologicznych i krajowego konsultanta ds. nefrologii, służą temu, by przede wszystkim nie dopuścić do tego, by w stacji dializ doszło do zakażenia. Wiemy co to za wirus. Jeśli dostanie się do stacji dializ, to robimy wszystko, żeby uniemożliwić szerzenie się wirusa w ośrodku. Nadrzędnym celem jest chronić osoby, które nie miały kontaktu z wirusem. Szybko je zidentyfikować, odizolować od tych, którzy są rozpoznani jako chorzy i od tych, którzy mieli bliski kontakt z osobą zakażoną.

To nie było dla nas łatwe logistycznie i organizacyjnie, lecz jest niezbędne, żeby zapobiegać szerzeniu się zakażenia. Proces wdrażania procedur na wypadek zakażenia koronawirusem oparliśmy równolegle na przestrzeganiu instrukcji postępowania i wyjaśnianiu znaczenia tych procesów, zarówno dla członków zespołów medycznych, pielęgniarskich i transportowych, jak i pacjentów, ich rodzin i opiekunów.

Nasza procedura mówi, że chcemy, żeby pacjent, który ma dzień wolny od dializy i źle się czuje, aktywnie wykonał do nas telefon i powiedział, że ma gorączkę czy kaszel. Uczymy naszych pacjentów odpowiedzialności, by taki pacjent, kiedy gorzej się czuje, nie pojawił się w stacji dializ, a szukał pomocy już w dniu, w którym swojej dializy jeszcze nie ma. W DaVita dbamy o siebie nawzajem. Prosimy, by kierowca, lekarz, pielęgniarka, którzy, jeśli źle się czują lub mają chorego na COVID-19 w domu, zachowywali się odpowiedzialnie, by poinformowali ośrodek, pozostali w domu, i myśleli tak: „Nie powinienem/powinnam iść do pracy, bo stanowią zagrożenie”. W ten sposób personel medyczny pomaga chronić siebie i innych. Nie wspominam o dostarczeniu, i stosowaniu zgodnie z ryzykiem, odpowiednich środków ochrony indywidualnej przez personel, ograniczeniu aktywności socjalnej w trakcie pracy, kontroli ruchu pacjenta, zachowaniu dystansu w szatni, na korytarzu, zasadach sprzątnięcia, wymiany powietrza i innych.

Niedobór personelu jest największą bolączką w czasie pandemii. Brakuje nie tylko lekarzy, lecz także pielęgniarek i personelu technicznego. Jak stacje dializ radzą sobie z taką sytuacją?

Po pierwsze, braki personelu istnieją bez pandemii. W czasie pandemii bardzo nieszczęśliwie się złożyło, że Ministerstwo Zdrowia nie uwzględniło personelu stacji dializ jako personelu zwalczającego COVID-19. W związku z tym pracownikom stacji dializ nie przysługiwał dodatek pieniężny. Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że część personelu rezygnowała z pracy w stacji dializ i wybierała pracę w szpitalu z powodów ekonomicznych. Niektórzy lekarze i pielęgniarki czują żal, bo wykonywali czynności w pełni spełniające kryteria opieki nad pacjentami chorymi na COVID-19, pracując w stacjach dializ niededykowanych, ale zmuszonych niewydolnością systemu do dializ covidowych.

Kiedy mieliśmy pierwszą falę zakażeń w Polsce (wiosną), pojawiły się zakażenia personelu. Powstawały braki w obsadzie zespołów. Dobrą odpowiedzią na taką sytuację było między innymi to, że zmodyfikowano opis procedury

hemodializy. Ministerstwo Zdrowia zrobiło to jeszcze późną wiosną, dopuszczając telenadzór – to pomocne rozwiązanie.

Widzi Pan długofalowe rozwiązanie problemu braku personelu w stacjach dializ?

Przez braki osobowe w trakcie pandemii zrozumieliśmy, że warto przyjrzeć się zasadom obsady personelu w stacji dializ. Czy na pewno potrzebujemy fizycznej obecności lekarza przez sto procent czasu pracy stacji dializ czy też nefrologa w wysokości jednego, pełnego etatu? Dzisiaj wiemy, że to może być również specjalista chorób wewnętrznych, który ma doświadczenie.

Wysłaliśmy także z propozycją, żeby stworzyć i dopuścić do pracy w stacji dializ asystenta dializacyjnego, kogoś, kto nie jest pielęgniarką, ale może wykonywać sporo czynności uzupełniających do tych, które wykonuje pielęgniarka. Chodzi między innymi o to, by nie było obowiązku zapewnienia jednej pielęgniarki na pięciu pacjentów – dzisiaj, w erze medycyny opartej na wartości, miarą powinny być realne wskaźniki jakości. Zasada jedna pielęgniarka na pięciu pacjentów pochodzi z obserwacji sprzed kilkunastu, jeśli nie ponad dwudziestu lat, kiedy to technologia dializoterapii i sztucznej nerki była inna, i nakład pracy i ilość powikłań śróddializacyjnych były dużo większe niż dzisiaj.

Asystent dializacyjny to nowe stanowisko w stacji dializ dla osoby, która po usystematyzowanym kursie dializoterapii mogłaby zostać takim asystentem. W wielu krajach, np. w Stanach Zjednoczonych istnieje stanowisko technika dializacyjnego (ang. Patient Care Technician), który wykonuje te czynności, które dzisiaj leżą w kompetencji pielęgniarki w Polsce, np. nakłucia przetoki tętniczo-żylną czy podłączenia pacjenta do sztucznej nerki.

Wróćmy do jednoimiennych stacji dializ dla osób zakażonych koronawirusem. Mimo że stacji już nie mamy, czy Pańskim zdaniem to było dobre rozwiązanie? Pozwalało chronić niezakażonych pacjentów?

Zorganizowanie stacji covidowych tak, by zakażeni pacjenci mogli być leczeni w ośrodku do tego dedykowanym, uważam za dobre rozwiązanie dla pacjentów niezakażonych. Idea była spójna z tym, co powiedziałem, że chcemy chronić ludzi, którzy nie byli narażeni. W ramach jednego budynku, jednej stacji dializ, jest to utrudnione.

Miało to także znaczenie dla pracowników stacji dializ. Dlaczego? Bo nie mieli u siebie pacjenta zakażonego i szybko taki pacjent był przekazywany do jednoimiennej stacji. A w stacji covidowej pracownicy wiedzieli i rozumieli ryzyko z definicji przyjsia do pracy, byli jeszcze bardziej skupieni na wykonywaniu swojej pracy z należytą rzetelnością i jednolitą procedurą do pracy z zakażonym. Jeśli jeżdżę na rowerze górskim, wybieram się w trudny teren, to wiem, że muszę mieć założony porządną kask i ochraniacze.

A egzekucja tego rozwiązania działała dobrze?

Nie do końca, bo stacja jednoimienna czasem była daleko od domu pacjenta. Nie wszędzie otwarto tak zwane izolatoria, czyli miejsce, w którym pacjent nie musiał przebywać w szpitalu, a mógł być poddawany dializoterapii w bezpiecznych warunkach. Dochodził problem transportu pacjentów z COVID-19 do stacji jednoimiennych, transport sanitarny był niewydolny, odmawiano transportu chorych. Były problemy z przyjęciem objawowych chorych do szpitala, wtedy taka sytuacja wymuszała dializy zakażonego w stacji

niededykowanej COVID-19.

Dzisiaj każda ambulatoryjna stacja dializ jest zobowiązana zapewnić swoim niehospitalizowanym, zakażonym koronawirusem pacjentom leczenie dializami. Zakażonych koronawirusem dializujemy w stacji dializ zgodnie z zasadami separacji przestrzennej czy czasowej.

Zatrzymajmy się chwilę przy transporcie pacjentów na zabiegi dializ. Czy zmieniona w styczniu wycena zabiegu hemodializy dla pacjenta z SARS-CoV-2 została na tyle podwyższona, że uwzględni realne koszty transportu takiego pacjenta?

Wycena procedury hemodializy, która uwzględnia w Polsce transport pacjenta na zabieg do stacji dializ i po zabiegu do domu, nie pokrywa realnych kosztów związanych z nakładem na zakażonego pacjenta i jego transport. To nie tylko transport, lecz także dodatkowe nakłady na środki ochrony indywidualnej, ale też kwestie innej logistyki – dodatkowy personel, czasami dla jednego chorego.

Oczywiste jest, że pacjenta trzeba przywieźć. Skoro jest zakażony, to nie powinien być wieziony razem z innymi pacjentami. Taki transport, który leży po stronie stacji dializ, musi być wykonany specjalnym transportem, żeby był bezpieczny. Usługa wychodzi więc sporo drożej, często to dodatkowy samochód. To jest bardzo trudna kwestia zarówno pod względem finansowym, jak i logistycznym, bo brakuje firm, które taki transport chcą zapewnić.

Warto powiedzieć, że są kraje, np. Niemcy, gdzie refundacja dializy polega na refundacji dializy, natomiast jeśli istnieją powody i potrzeby medyczne do dowożenia na dializy, jest to organizowane przez rodzinę lub opiekę społeczną. U naszych zachodnich sąsiadów transport nie jest traktowany jako usługa medyczna dla chorego ambulatoryjnego.

Czy to oznacza, że poziom opieki medycznej, który jest dostarczany w stacji dializ, wykracza poza to, co opisuje procedura hemodializy?

Często tak, lekarz stacji dializ to nierzadko w praktyce lekarz rodzinny dla chorego dializowanego. Jako środowisko nefrologiczne doskonale rozumiemy, że zmierzamy w Polsce w kierunku zintegrowanej opieki nefrologicznej, takiej opieki, w której będzie pula środków na realizację potrzeb dializowanego, dająca realne możliwości zaopiekowania dziś „wyjętych” z procedury czynności, np. wytworzenia dostępu naczyniowego. Oczywiście nadal częścią „pakietu opieki” może być organizacja transportu. Zależy nam na tym, by za workiem potrzeb, które są ważne dla pacjenta dializowanego, poszły pieniądze, które dzisiaj są wydawane w innym miejscu w systemie a w rzeczywistości w tamtym miejscu nierealizowane.

Pandemia to jeszcze bardziej utrudniła?

Oczywiście, że tak. Przykładowo cewnik bądź przetoka tętniczko-żylna może być dysfunkcyjna, może przestać działać na skutek na przykład powstania zakrzepu, zwężenia w przetoce. Sytuacja wymusza albo korektę chirurgiczną przetoki (najczęściej), albo założenie nowego cewnika. Dostęp do szpitala w trakcie pandemii był utrudniony, a chory dializowany jak traci dostęp naczyniowy, to traci linię życia – to zagrożenie dla życia nie zawsze rozumiane przez zespoły SOR i szpitali.

Obserwowaliśmy w pandemii wiele dramatycznych sytuacji, problemów z dostępnością realizacji tej usługi. Szpital, który został zamieniony na covidowy, po prostu nie realizował

tej usługi.

Co działa się z takimi pacjentami?

Lekarz tracił czas na to, żeby obdzwaniać kolejne oddziały szpitalne, szukając miejsca, gdzie można taką usługę zapewnić lub wykonać usługę nieoptymalną, czyli założyć ostry cewnik. Musiał to zrobić, by ratować życie tego człowieka, bo bez dializy w ciągu dnia, dwóch, trzech on może umrzeć. Problem był tak rozwiązywany, że zamiast usługi, która powinna być udzielona za ścianą, w tym samym szpitalu, ta usługa była udzielana na przykład 100 km dalej.

Pandemia pokazała zatem, że dostęp naczyniowy powinien także stanowić element zintegrowanej opieki nefrologicznej?

Tak. Gdyby stacja dializ dysponowała pieniędzmi, które dzisiaj przeznaczone są w systemie zdrowotnym na ten zabieg, byłoby łatwiej porozumieć się stacji dializ czy ośrodkowi nefrologicznemu z oddziałem chirurgii. Dzisiaj odpowiedź odmowna, jaką często słyszę z dyrekcji szpitala, jest taka, że wykorzystany został ryczałt. Ruch jest po stronie Ministerstwa Zdrowia, jeśli mówimy o wprowadzeniu modelu zintegrowanej opieki medycznej w nefrologii.

Inne z rozwiązań jest takie, żeby płatnik, czyli NFZ, który jest odpowiedzialny za umożliwienie realizacji procedur szpitalnych gwarantowanych, zechciał usłyszeć głos ze strony środowiska nefrologicznego i dializoterapii, że istnieje realny problem z wytworzeniem dostępu naczyniowego w Polsce. Wszyscy to powtarzają, zarówno nefrologiczne ośrodki akademickie, jak i mniejsze, nieakademiczne. Natomiast perspektywa stacji dializ, która jest w oddaleniu od większego ośrodka, który zakłada dostęp naczyniowy, często jest wręcz dramatyczna. W efekcie pacjenci mają nieoptymalny dostęp naczyniowy, odbija się to na ich zdrowiu, jakości życia, ryzyku powikłań.

W styczniu br. Ministerstwo Zdrowia przychyliło się do Państwa apelu, żeby pacjentów dializowanych włączyć do I etapu szczepień przeciw COVID-19. Odetchnął Pan z ulgą, przede wszystkim jako nefrolog, że ta grupa pacjentów, którzy potrzebują w czasie pandemii COVID-19 szczególnej ochrony i poczucia bezpieczeństwa, została szybciej objęta szczepieniami? Kiedy mogą tak naprawdę ruszyć szczepienia pacjentów dializowanych? W drugim kwartale?

Nie jest aż tak źle, dlatego że wśród pacjentów dializowanych mamy sporo osiemdziesięcio- i siedemdziesięciolatek – ich szczepienia rozpoczęły się równolegle z grupą seniorów niedializowanych. Mocno zachęcaliśmy pacjentów do tego, by zgłaszali się do szczepień i chcieli się szczepić. W tej chwili mamy zaszczepionych kilkuset pacjentów.

Natomiast równolegle występowałam z jasnym przekazem, że to jest grupa wysokiego ryzyka, że szczepienia tych pacjentów warto zorganizować wcześniej. Z ogromną dumą chcę powiedzieć, że Polska zdecydowała się na krok wyodrębnienia grupy pacjentów dializowanych jako grupy priorytetowej, zostali włączeni do grupy 1b. W Portugalii przykładowo udzielono logistycznej pomocy w tym, żeby personel stacji dializ zaszczepił pacjentów dializowanych i tam jest już zaszczepionych 90 proc. pacjentów dializowanych w stacjach DaVita. Takie rozwiązanie na pewno byłoby przyjęte z zadowoleniem również w Polsce.

Jakie są zatem szanse, że Ministerstwo Zdrowia

przychyli się do prośby DaVita, by zorganizować w stacjach dializ niedzielne punkty szczepień dla pacjentów dializowanych?

Zaproponowaliśmy Ministerstwu, że wesprzemy system szczepień przeciw COVID-19, by usprawnić proces. Skoro mamy zdefiniowaną grupę pacjentów, moglibyśmy jak najszybciej zaszczepić ponad 20 tysięcy dializowanych pacjentów. Proces szczepień można prowadzić w niedziele, kiedy zwykle stacja dializ nie jest czynna. My jako sieć stacji dializ DaVita zaproponowaliśmy, że zapewnimy personel, bezpieczny transport pacjentów na szczepienie i z niego, i rozłożymy terminy szczepień od rana do nocy, tak żeby nie przyjmować wszystkich pacjentów naraz. Mamy duże sale dializ, fotele dializacyjne są oddalone od siebie o dwa metry, więc to jest dobre miejsce do tego, żeby podać szczepionkę i po podaniu dawki obserwować pacjenta w komfortowych warunkach.

Sytuacja z dostępnością szczepionek ma zacząć poprawiać się w ciągu najbliższych dni, więc liczymy na przychyłność Ministerstwa Zdrowia do naszej propozycji. Kolejki w punktach szczepień są zajęte do końca marca. Pacjent dializowany ma już teraz wystawione skierowanie w systemie, czyli teoretycznie mógłby pójść się zaszczepić. Natomiast punkty szczepień odpowiadają: nie mamy kiedy, termin dopiero na kwiecień. Apelujemy zatem do Ministra Zdrowia, idąc za wspomnianym włączeniem pacjentów dializowanych do I etapu szczepień, by można było skorzystać z naszych stacji i zorganizować szczepienia w niedziele.

Ostatnia nefrologiczna lekcja, która płynie z pandemii?

Wprowadzenie i skrupulatne przestrzeganie procedur bezpieczeństwa związanych z kontrolą i higieną zakażeń doprowadziła do zmniejszenia liczby także innych

infekcyjnych powikłań w dializoterapii. Są już publikacje, które pokazują, że w czasie pandemii znacząco spadła liczba tych powikłań; tego, czego tak bardzo boimy się u pacjenta dializowanego z cewnikiem naczyniowym, czyli bakterii i zakażeń odcewnikowych. To jest poboczny i pozytywny efekt tego, na co działają zasady kontroli higieny i kontroli zakażeń.

Myśli Pan, że zmiany związane z bezpieczeństwem pacjenta i kontrolą zakażeń zostaną z nami na dłużej?

Mam taką nadzieję, bo to jest niezbędne minimum do tego, żeby bezpieczeństwo pacjenta było respektowane, weszło w życie, aby realizacja procesów takich, jak raportowanie i analizowanie zdarzeń niepożądanych stało się częścią dobrej i standardowej praktyki.

Równolegle częściej mówi się o systemie „no fault” (promowanie dochodzenia przyczyn źródłowych szkody, którą doznał chory, a nie poszukiwanie „kto zawinił” oraz ułatwienie i urealnienie wypłaty odszkodowań pacjentom). Minister Zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta zaczynają podnosić ten temat, jeśli zaczynamy o tym częściej mówić w sferze publicznej, to jest szansa na to, że element bezpieczeństwa pacjenta i kultury bezpieczeństwa w medycynie zostanie na trwałe wprowadzony w praktyki medyczne. Umiejętne wprowadzenie systemu „no fault” może promować procesy poprawy jakości, identyfikację i eliminację błędów, poprawę systemów i procesów, na końcu realnie zmieniając jakość polskiej medycyny.

Dziękujemy za rozmowę.

Rozmawiała: Agnieszka Madej

Sklep internetowy dla osób dializowanych – rozmowa z Joanną Bernet



DIT: Jak to się stało, że otworzyła Pani sklep dla osób dializowanych?

Sama jestem osobą dializowaną i jako taka szukałam w internecie produktów poprawiających jakość życia. Niestety, produkty które mnie interesowały, były dostępne jedynie za granicą. Już dwa lata temu zaświtała mi myśl o utworzeniu takiego sklepu ale

plany przerwała pandemia. Miałam obawy, czy w tak trudnym czasie przedsięwzięcie się powiedzie? – i sklep uda się otworzyć. Równocześnie byliśmy świadkami bardzo szybkiego wyhamowywania dotychczasowej działalności w sektorze dializ wakacyjnych, mimo, iż cieszyła się ona wielką popularnością przed pandemią. Tylko nieliczni pacjenci decydowali się na wyjazd za granicę. W związku z tym podjęłam decyzję, aby swoją energię przekierować na rozwinięcie sklepu. Pomyślałam, że wspaniale byłoby dostarczać produkty spełniające wyjątkowe potrzeby osób dializowanych i tym samym przyczynić się do podniesienia

jakości życia pacjentów. Bardzo ważnego aspektu funkcjonowania tysięcy osób, których życie codzienne zmienia istotnie proces dializy.

DIT: Jak pacjenci przyjęli nowy sklep?

Nadspodziewanie dobrze. Pacjenci ucieszyli się, że w końcu powstał sklep specjalnie dla nich. Otrzymałam wiele podziękowań oraz sugestii odnośnie asortymentu. To „dodało mi skrzydeł” do dalszego działania.

DIT: Co można znaleźć w Pani sklepie?

Przede wszystkim oferujemy profesjonalną odzież dla osób dializowanych, zarówno dla osób z przetoką jak i cewnikiem. Na chwilę obecną posiadamy kolekcję ciepłych bluz rozpinanych i lekkich bluz przez głowę dla kobiet i mężczyzn. Każda bluza wyposażona jest w wielofunkcyjny zamek, aby jak najlepiej dopasować odzież do indywidualnych potrzeb osoby dializowanej. Zamki pozwalają na wygodny dostęp do cewnika lub przetoki podczas podłączenia do sztucznej nerki oraz na utrzymywanie ciepła podczas całego zabiegu. Jako osoba z cewnikiem wiem, jak niekomfortowe było korzystanie ze zwykłej odzieży podczas dializy. Ten dyskomfort nasza specjalnie zaprojektowana odzież redukuje do minimum. Dodatkowym problemem było też uczucie

chłodu podczas długich godzin spędzanych na dializie, ze względu na rozpięte ubranie. Ten problem również został rozwiązany. A wesoła i różnorodna gama kolorystyczna po prostu poprawia nastrój i sprawia, że człowiek czuje się komfortowo i godnie.

DIT: Co jeszcze oprócz specjalistycznej odzieży oferuje Pani sklep?

Oprócz bluz w sklepie można znaleźć wesołe T-shirty, zarówno dla pacjentów jak i ich rodzin i przyjaciół. Największą popularnością cieszą się koszulki z humorystycznym z napisem „I love my dialysis nurse” czy „I love my nephrologist” („Kocham swoją pielęgniarkę dializacyjną”, „Kocham swojego nefrologa”).

Poza odzieżą oferujemy produkty typu komfort, jak ciepłe rękawiczki dla osób, którym marzną ręce w czasie dializy, kolorowe poduszeczki z wyhaftowanym imieniem pacjenta oraz przytulne kocyki. W swojej ofercie mamy również różne poradniki dla pacjentów, które cieszą się coraz większą popularnością.

DIT: Czy zamierza Pani rozszerzyć asortyment sklepu w przyszłości?

Jak najbardziej. Bardzo cieszy mnie, że pacjenci sami piszą do mnie ze swoimi potrzebami i dzielą się pomysłami, które produkty chcieliby widzieć w sklepie. Proszą na przykład o wprowadzenie artykułów medycznych. Obecnie nawiązałam współpracę z firmami, które produkują zabezpieczenia dla cewników umożliwiających kąpiel, a nawet pływanie w basenie. Pacjenci pytają również o opaski zaciskowe, które jednak planujemy wprowadzić z dużą ostrożnością. Nie wszystkie bowiem modele są do końca rekomendowane pacjentom ze względów bezpieczeństwa utrzymania przetoki w dobrym stanie. Na rynku dużo jest bowiem różnych produktów, nie do końca

spełniających te wymagania. Podejmując decyzję o ich wprowadzeniu musimy kierować się dużą ostrożnością, po zasięgnięciu opinii profesjonalistów na temat przydatności danego asortymentu dla pacjenta, a przede wszystkim – by stosowane produkty nie robiły krzywdy pacjentom.

Dużym zainteresowaniem cieszy się też tematyka przeszczepów. Na wiosnę planujemy wprowadzenie koszulek promujących transplantację.

Na dniach zaś wprowadzamy silikonowe opaski z napisami: „Jestem dializowany” czy „Podziel się nerką – zostań przyjacielem na całe życie” oraz dla osób z przetoką: „Mam przetokę. Bez wkluc i ciśnieniomierza na tej ręce”, o które też prosili pacjenci.

DIT: Odzież w Pani sklepie produkowana jest na indywidualne zamówienie. Czy w związku z tym istnieje możliwość zwrotu produktów?

Oczywiście, to nasza podstawowa zasada. Misją sklepu jest dostarczanie produktów spełniających oczekiwania pacjenta. Jeżeli z jakichś powodów pacjent rozmyśli się z zakupu bądź z jakichś względów nie będzie z niego zadowolony - może go zwrócić w ciągu 14 dni. Dodatkowo, każdy produkt objęty jest 2-letnią rękojmią w razie wad stwierdzonych podczas użytkowania.

Do każdego zamówienia podchodzimy z sercem mając na uwadze dobro i zadowolenie pacjentów. Zdajemy sobie sprawę, że każdy pacjent wymaga wyjątkowej troski i próbujemy ją okazać naszym serwisem. Od siebie mogę dodać, że moje doświadczenia ze współpracą z osobami dializowanymi nieustannie potwierdzają, że mimo choroby, są to osoby wyjątkowe, dla których miło i warto jest pracować.

DIT: Życzymy sklepowi dużo sukcesu!

Dziękuję i zapraszam na stronę www.dialysisclub.pl

RUCH TO ZDROWIE

Fizjoterapia chorych z COVID-19 oraz rehabilitacja po przebyciu COVID-19



Dr Tomasz Włoch

Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych,
Instytut Rehabilitacji Klinicznej,
AWF w Krakowie
Oddział Kliniczny Pulmonologii i
Alergologii, Szpital Uniwersytecki
CMUJ

Choroba zakaźna COVID-19 u około 80% chorych przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo. W pozostałym odsetku przypadków może jednak powodować zapalenie płuc i niewydolność oddechową oraz zajmować inne narządy i układy, takie jak serce, nerki, przewód pokarmowy, układ nerwowy i mięśnie, prowadząc do różnych, niekiedy bardzo

poważnych zaburzeń fizycznych i psychicznych. Na przykład, powikłania zakrzepowo-zatorowe mogą uszkadzać nerki w istotny sposób upośledzając ich funkcję, prowadząc do ostrej niewydolności nerek. Mechanizm zakrzepowo-zatorowy jest przyczyną wielu udarów mózgu, ale także pogorszenia czynności płuc poprzez upośledzenie ukrwienia w naczyniach płucnych. Sytuację komplikuje fakt, że cięższe przebiegi COVID-19 dotyczą najczęściej osób z istniejącymi już wcześniej przewlekłymi chorobami i spowodowaną nimi niepełnosprawnością. Dodatkowo, chorzy bardzo ograniczają swoją aktywność ruchową, a w najcięższych stanach pozostają w beczynności ruchowej, co nie pomaga w okresie zdrowienia.

Korzyści ze stosowania fizjoterapii i rehabilitacji u osób z zaburzeniami oddychania są dobrze znane. W przypadku chorych z COVID-19 brak jest jak dotąd opracowanych na podstawie badań naukowych zaleceń dotyczących

fizjoterapii i rehabilitacji. Postępowanie opiera się na udokumentowanych wskazaniach do prowadzenia fizjoterapii i rehabilitacji w innych chorobach, przebiegających z podobnymi jak w COVID-19 zaburzeniami oraz na opiniach ekspertów i gromadzonym doświadczeniu klinicznym. Indywidualnie określone cele fizjoterapii i rehabilitacji muszą być bezpieczne.

Osobno należy zaplanować postępowanie u chorych przebywających w oddziałach szpitalnych w ostrym okresie choroby, u chorych wypisanych ze szpitala po COVID-19 o ciężkim przebiegu oraz u chorych z tzw. „zespołem pocovidowym”, czyli sytuacji, w której dolegliwości i objawy rozwijające się w trakcie lub po COVID-19 trwają powyżej 12 tygodni oraz nie wynikają z innego rozpoznania.

Około 20% chorych hospitalizowanych, odsetek stosunkowo wysoki, wymaga leczenia w oddziałach intensywnej terapii. Ostry stan zapalny wywołany wirusem oraz stosowanie przedłużonej wentylacji mechanicznej (przez podłączenie do respiratora), przymusowe unieruchomienie i stosowane leki niosą za sobą zwiększone ryzyko występowania zaburzeń i powikłań pogarszających stan chorego. Dotyczy to także chorych nie wymagających respiratora, ale pozostających w łóżku z powodu gorączki, osłabienia i ciągłego podawania tlenu. W tym okresie, z punktu widzenia fizjoterapii i rehabilitacji, największe zagrożenie dla pacjenta mają znaczna duszność i zmęczenie, ogólne osłabienie, obniżona saturacja (niskie wysycenie krwi tlenem), nieefektywny kaszel, zaleganie wydzieliny w oskrzelach, osłabienie mięśni (w tym także mięśni oddechowych), zakrzepica żył głębokich, zaburzenia przyjmowania pokarmów. Dołączają się do tych objawów zmniejszona ruchomość i sztywność stawów, ból szyi i ramion, trudności w staniu, upośledzenie równowagi i chodu, upadki, zaburzenia poznawcze i problemy psychologiczne (pogorszenie nastroju, depresja, lęk, zespół stresu pourazowego).

Działania fizjoterapeuty polegają przede wszystkim na systematycznym układaniu chorych na brzuchu, prowadzeniu ćwiczeń biernych i czynno-biernych dla zachowania zakresu i ruchomości w stawach, ćwiczeniach przeciwzakrzepowych, ćwiczeniach oddechowych i oczyszczaniu dróg oddechowych z zalegającej tam wydzieliny. W kolejnych etapach następuje stopniowa pionizacja i uruchamianie chorego. Fizjoterapeuta uczestniczy w pielęgnacji chorego (niedopuszczenie do odleżyn, otarć, ran, przykurczów, zesztywnień, itp.).

Rehabilitacja w pierwszej kolejności polega na stopniowym uruchamianiu chorych z uwzględnieniem ich współchorobowości. Szczególną uwagę poświęcamy pacjentom nadal wymagającym tlenoterapii, asekuracji (balkonik z butlą tlenową), kontroli saturacji (pulsoksymetri), kontroli tętna i ciśnienia tętniczego oraz tym po drenażu oskrzeli.

Po wyprowadzeniu chorego ze stanu zagrożenia życia rozpoczyna się rehabilitacja, która ma nadal przeciwdziałać powikłaniom, usprawnić chorego i przygotować go do wypisania ze szpitala.

Szeroko rozumianymi celami postępowania są przeciwdziałanie powikłaniom, zmniejszenie objawów duszności, poprawa wentylacji płuc i zwiększenie pojemności życiowej płuc i maksymalne dla danego chorego

usprawnienie, które pozwoli na częściową lub całkowitą samodzielność. Poprawa tolerancji wysiłkowej poprzez zwiększenie aktywności pacjenta przełoży się na poprawienie jego samopoczucia.

Chory musi być stopniowo mobilizowany ruchowo i odpowiednio do aktualnych możliwości podejmować aktywności samoobsługi i innych czynności dnia codziennego. Ćwiczenia muszą być prowadzone z przerwami na odpoczynek i pod kontrolą fizjoterapeuty lub ewentualnie pielęgniarki.

Wczesna mobilizacja jest ważna dla poprawy siły mięśni, promowania lepszej mobilności po wypisaniu pacjenta ze szpitala i lepszej jakości życia poza szpitalem. Przyspiesza powrót do zdrowia, a także skracza czas hospitalizacji.

Ze względu na duże osłabienie mięśni oddechowych spowodowane wyłączeniem ich funkcji w trakcie stosowania leczenia kortykosteroidami – rozważa się zastosowanie treningu mięśni wdechowych, procedury znanej w rehabilitacji pulmonologicznej. Przed wypisaniem chorego ze szpitala konieczna jest ocena jego stanu zdrowia i opracowanie odpowiednich programów rehabilitacji z uwzględnieniem kontynuacji dotychczasowego postępowania. Istotnym czynnikiem będzie ocena zapotrzebowania na tlenoterapię.

Mając na uwadze chorobę współistniejącą i sytuację społeczną chorego musimy zdecydować, czy w jakim zakresie taki pacjent będzie wymagał wsparcia psychicznego. Należy pamiętać, że im dłużej pacjent był leczony szpitalnie, a szczególnie na oddziale intensywnej terapii, tym większe jest ryzyko długotrwałych powikłań fizycznych i psychicznych. Tym większe będą ograniczenia w codziennych czynnościach (ograniczenie samoobsługi), pogorszenie jakości życia i tym dłuższy będzie okres zdrowienia oraz koniecznej rehabilitacji. Nie jest jeszcze jasne, w jakim stopniu osoby z COVID-19 są narażone na długotrwałe ograniczenia oddechowe, niepełnosprawność fizyczną, zaburzenia funkcjonalne, emocjonalne i poznawcze. Ograniczenia czynności oddechowej i wymiany gazowej będą prawdopodobnie bardziej wyraźne w podgrupie osób, które wymagały intensywnej terapii. Nie wiadomo także, jakie będą inne, długoterminowe skutki infekcji wirusem SARS-CoV-2? Przeżycie krytycznego stanu choroby powoduje często pogorszenie nastroju, depresję, lęk, zespół stresu pourazowego, które utrzymują się przez wiele miesięcy od zakończenia hospitalizacji. Ponadto wykazano, że pacjenci z COVID-19 są podatni na zmęczenie ruchowe nawet jeśli nie doszło do ciężkiego przebiegu choroby.

Duża grupa pacjentów nie uzyskuje wystarczającej sprawności w momencie opuszczania szpitala, a więc konieczne jest zaplanowanie rehabilitacji poszpitalnej. Konieczne może okazać się sformułowanie odpowiednich zaleceń dla chorego wypisywanego do domu, a – w przypadkach większego stopnia nasilenia objawów i niepełnosprawności – przeniesienie chorego na oddział rehabilitacji. Niestety, liczba takich specjalistycznych oddziałów jest niewystarczająca.

Niektórzy pacjenci z COVID-19 bez trudności podejmą codzienne czynności w okresie po hospitalizacji. To może być trudniejsze dla osób po ciężkim przebiegu choroby,



Wsparcie w samodzielnej rehabilitacji po COVID-19. Pozycje łagodzące duszność i techniki oddechowe. Wsparcie w samodzielnej rehabilitacji po przebyciu COVID-19. Ćwiczenia po opuszczeniu szpitala. Wsparcie w samodzielnej rehabilitacji po przebyciu COVID-19. Powrót do życia codziennego.

Samodzielna rehabilitacja po COVID-19

Projekt zrealizowany przez
Krajową Izbę Fizjoterapeutów we
współpracy ze Światową
Organizacją Zdrowia (WHO)

E-book
Pobierz e-book z ćwiczeniami

Pobierz tu

	Postępowanie w przypadku duszności	2	☐
	Ćwiczenia fizyczne po opuszczeniu szpitala	4	☐
	Postępowanie w razie problemów z głosem	15	☐
	Porady dotyczące przyjmowania pokarmów, płynów oraz przelżykania	16	☐
	Postępowanie w razie problemów ze skupieniem uwagi, pamięcią oraz logicznym myśleniem	17	☐
	Radzenie sobie z codziennymi aktywnościami	18	☐
	Radzenie sobie ze stresem oraz wahaniem nastroju	19	☐
	Kiedy należy skontaktować się z personelem medycznym	21	☐

po dłuższym pobycie w szpitalu lub u których utrzymywały się objawy niewydolności oddechowej. Takie osoby zachęca się, w ciągu pierwszych 6-8 tygodni po opuszczeniu szpitala, do wznowienia codziennej aktywności i wykonywania regularnych, codziennych czynności fizycznych, pamiętając jednak o poświęceniu odpowiedniego czasu na regenerację i odpoczynek. Zwłaszcza, gdy dominującym objawem obserwowanym po COVID-19 jest utrzymujące się zmęczenie! Infekcja COVID-19 wiąże się z dużym obciążeniem zapalnym. Jest to jednak burza cytokinowa z wysoką aktywnością mediatorów zapalnych, która może jeszcze utrzymywać się przez jakiś czas po wypisie ze szpitala i dlatego nie zaleca się w tym okresie ćwiczeń o większej intensywności. Bardziej preferowane jest wykonywanie ćwiczeń o małej i średniej intensywności. Wysiłek powinien być prowadzony interwałowo, z przerwami na odpoczynek, na krótkich dystansach, unikając pośpiechu. Pamiętajmy, by podzielić aktywność „na mniejsze porcje”. Zaleca się stosowanie różnego rodzaju ćwiczeń oddechowych z pogłębianiem wdechu (w pozycji leżącej na plecach lub w pozycji siedzącej), gimnastyki ogólnousprawniającej połączonej

z ćwiczeniami oddechowymi (najlepiej na leżąco i siedząco), spacerów na wolnym powietrzu, chodu z kijkami „Nordic Walking”. Przydatna może okazać się wiedza na temat pozycji łagodzących duszność i odpowiednich technik oddychania.

Wszystkich zainteresowanych zachęcam do odwiedzenia strony internetowej Krajowej Izby Fizjoterapeutów (<https://fizjoterapiaporusza.pl>). To strona dla pacjentów, na której znajduje się poradnik video do samodzielnej rehabilitacji po przebyciu COVID-19. Na trzech filmach przedstawiamy zbiór ćwiczeń i wskazówek dla wszystkich, którzy mają za sobą zakażenie koronawirusem. Pierwotny materiał w wersji drukowanej został przygotowany przez Biuro Regionalne WHO dla Europy a eksperci KIF przetłumaczyli i dostosowali go dla polskich pacjentów. Przedstawiciele WHO zachęceni sukcesem dystrybucji poradnika i zaangażowaniem KIF w ten projekt poprosili o nakręcenie filmów z ćwiczeniami i zaleceniami. Zarówno filmy jak i e-book są bezpłatnie dostępne na podanej stronie. W poradniku WHO (w zakładce – Pobierz e-book z ćwiczeniami) pt. „Wsparcie w samodzielnej rehabilitacji po przebyciu choroby związanej z COVID-19” przedstawiono podstawowe ćwiczenia oraz porady dla osób dorosłych, które doświadczyły poważnego pogorszenia stanu zdrowia i zostały przyjęte do szpitala z rozpoznaniem infekcji COVID-19. Zawiera ona informacje dotyczące następujących zagadnień: postępowania w przypadku duszności, ćwiczeń fizycznych po opuszczeniu szpitala, postępowania w razie problemów z głosem, porad dotyczących przyjmowania



Wsparcie w samodzielnej rehabilitacji po przebyciu choroby związanej z COVID-19



Imię:

Data wypisu ze szpitala:

Szpital, w którym przeprowadzono leczenie:

Pracownik ochrony zdrowia przekazujący ulotkę:

Nazwisko i dane kontaktowe miejscowego pracownika ochrony zdrowia:

pokarmów, płynów oraz przelżykania, postępowania w razie problemów ze skupieniem uwagi, pamięcią oraz logicznym myśleniem, radzeniem sobie z codziennymi aktywnościami, radzeniem sobie ze stresem oraz wahaniem nastroju oraz informację, kiedy należy skontaktować się z personelem medycznym.

Aktywność fizyczna w pandemii a samopoczucie i kondycja, czyli jak zostać Kubusiem Puchatkiem i cieszyć się każdego dnia



Agata Dratwińska
Pacjentka Kraków, Gdańsk

„Kubuś Puchatek: - Prosiaczku, jaki mamy dziś dzień?
Prosiaczek: - Dzisiaj mamy dziś.
Kubuś Puchatek:- Ojej, to mój ulubiony dzień!”

Każde stworzenie (większość ludzi też) dąży do harmonii, spokoju i poczucia bezpieczeństwa. Woli się cieszyć, śmiać, zachwycać, odczuwać euforię niż katować czarnymi myślami oraz stałym lękiem - wielkim hamulcem wszelkiego działania, niszczycielem zdrowia psychicznego i fizycznego.

Czy jest możliwe opanowanie negatywnych emocji, cieszenie się, jak Kubuś Puchatek, dniem dzisiejszymi, każdą chwilą, drobnymi rzeczami? I to w sytuacji, gdy wokół nas szaleją sprzeczne informacje na temat obecnej pandemii, szczepień i nadchodzących groźniejszych chorób, gdy nie wiemy, gdzie prawda a gdzie fałsz, i czujemy się jak byśmy siedzieli na minie z podpalonym lontem? Gdy na dodatek walczymy z różnymi przypadłościami zdrowotnymi, jesteśmy na dializach lub po przeszczepie, a więc w grupie wysokiego ryzyka? Twierdzę, że opanowanie negatywnych emocji jest możliwe, skoro mnie się to udaje od około osiemnastu lat. Odczuwam radość życia każdego dnia i to pozwala mi z jednej strony zachować spokój w obecnej sytuacji, a z drugiej strony nie tracić jakże cennej energii. Wręcz przeciwnie, świadomie buduję energię, by mieć siłę stawiać czoła różnym wyzwaniom, przede wszystkim zdrowotnym, które pojawiają się co jakiś czas i będą się pojawiać, ponieważ takie właśnie jest życie, a po przeszczepie szczególnie.

Po „Dializę i Ty” nie sięgają ludzie zdrowi, lecz najczęściej osoby po przejściach zdrowotnych. Poszukujemy tu wiedzy o naszych chorobach, a także inspiracji, przykładu, jak lepiej sobie radzić z naszymi problemami zdrowotnymi, z negatywnymi myślami i złym samopoczuciem. Ja również poszukuję wiedzy, inspiruję się osiągnięciami innych osób i wdrażam u siebie to, co mi odpowiada. I również jestem pacjentką „po przejściach”. Do 2002 roku cieszyłam się świetnym zdrowiem i samopoczuciem pomimo zdiagnozowanych dziesięć lat wcześniej początków niewydolności nerek. Jako osoba bardzo aktywna, do owego roku byłam przekonana, że moje ciało, mój organizm zrobią wszystko, co każe. I tak było. Do czasu, gdy w 2002 roku przeszłam zawał serca powikłany wstrząsem kardiogennym („Cud boski panią uratował”, skomentował

kardiochirurg) oraz krótko po tym by-passy. Z tej katastrofy zdrowotnej wychodziłam mozolnie kilka lat. W latach 2002 – 2016 zaliczyłam pięć różnych zabiegów i operacji, w 2016 roku rozpoczęłam dializy, w tym samym roku szczęśliwie przeszczepiono mi nerkę i mniej już szczęśliwie nabawiłam się cukrzycy polekowej. Na bieżąco radzę sobie z pojawiającymi się co jakiś czas skutkami ubocznymi leków immunosupresyjnych. Wreszcie 2020 rok, w którym przeżyłam COVID- 19 (tak przynajmniej wykazał test).

Ciężki zawał uświadomił mi dwie istotne rzeczy – na ówczesną chwilę i na przyszłość. Po pierwsze, ciało to nie mój niewolnik i nie robię wszystkiego, co mu każe, o czym byłam święcie przekonana przez pierwsze czterdzieści dwa lata życia. Po drugie, składałam się z dwóch bytów współpracujących, a jednak rządzących się swoimi prawami: umysł z jednej strony, ciało wraz z podświadomością z drugiej strony. Ciało współpracuje świetnie z umysłem pod warunkiem, że umysł dba o jego potrzeby (innymi słowy ja dbam o świadomie). Główne potrzeby ciała to właściwe odżywienie oraz obowiązkowo ruch, ponieważ do tego zostało stworzone.

„Ciało to pojazd, którym poruszamy się przez życie.” Swego czasu natrafiłam na tę jakże celną definicję i od tej pory przypomina mi ona każdego dnia, że aby pojazd jeździł, należy o niego dbać.

Do dziś po każdym zawirowaniu zdrowotnym i spadku nastroju moim priorytetem jest jak najszybsze doprowadzenie mojego „pojazdu” do możliwie jak najlepszego stanu. Wysoka sprawność fizyczna przekłada się u mnie bowiem – jak u większości osób – na poczucie dużej mocy sprawczej, na pewność siebie, odwagę, ochotę do działania, optymizm i radość życia.

W okresie powrotu do zdrowia po zawale i by-passach wypracowałam sobie metodę odzyskiwania dobrej kondycji psycho-fizycznej, a potem jej utrzymywania. A ponieważ metoda okazała się skuteczna, to stosuję ją do dziś.

Oto główne jej zasady:

1. Nic nie spada z nieba ani samo się nie robi. Panu Bogu oraz lekarzom trzeba dopomóc, co znaczy, że robię wszystko, co w mej mocy, dla ciała i dla ducha.
2. Ćwiczyć, najlepiej aerobowo (tzn. aby podnieść tętno i choć trochę się spocić, czyli jeśli spacer, to szybkim krokiem), 5-6 razy w tygodniu, zalecane jest minimum 30 minut. Ja poświęcam na to 1-3h dziennie lub więcej, szczególnie jeśli jest to jazda na rowerze. Wysoka sprawność fizyczna wpływa na dobry stan emocji, one zaś, będąc „zadowolone”, mają ochotę ćwiczyć z ciałem i troszczyć się o organizm pod każdym względem. Chory duch odpuszcza sobie wszystko, nic mu się nie chce. Ciało i umysł to jakby dwa oddzielne mechanizmy, mają swoje odrębne prawa, ale są uzależnione od siebie, oddziałują na siebie, mogą się wzajemnie napędzać jak i hamować.
3. Dążyć do spokoju i harmonii, tzn. unikać długotrwałych stresów rujnujących zdrowie, unikać czarnowidztwa

i zamartwiania się na zapas, a koncentrować na szeroko pojętych pozytywach. Rzeczywistości często nie możemy zmienić, ale możemy kontrolować nasze myśli o tejsze rzeczywistości. Myśli zaś tworzą emocje, a te z kolei wpływają na stan psycho - fizyczny.

4. Dzielić się sobą. Dla mnie oznacza to szeroko pojętą i pod każdą postacią działalność na rzecz innych (ludzi, zwierząt), na ile kto ma ochotę. Dobrze to robi psychice, dodaje energii.

5. Aktywność intelektualna to wg psychologii jedno z pięciu źródeł naszej energii (ruch to kolejne źródło), jakże koniecznej do stawiania czoła życiowym wyzwaniom. Czytanie, nauka, krzyżówki, cokolwiek. Moją najważniejszą aktywnością intelektualną była i jest nauka języka obcego. W pół roku nauczyłam się języka niemieckiego pod kątem planowanej w 2020 roku zagranicznej wyprawy rowerowej. Uczyłam się codziennie, na początku bardzo miło ani łatwo nie było, ale dało się. Mimo że wyprawa nie doszła do skutku, kontynuuję naukę. Jestem bardzo zadowolona i o to zadowolenie z siebie również mi chodzi.

6. Odżywiać się zdrowo. Już dawno wykluczyłam cukier, sól, wszelkie wędliny, mięsa, konserwy, mąkę, sklepowe mleko (czasem piję kefir), słodczy i alkoholu nie lubię. Zachowuję przy tym zalecane proporcje białko/węglowodany/tłuszcze. Odżywianie to również nawadnianie, piję około 2.5 litra wody dziennie, w miarę równo rozłożone w ciągu dnia. Oczywiście czasem muszę „zaszaleć” z czymś niewskazanym, ponieważ bycie idealną to wątpliwa przyjemność.

7. Znaleźć sobie pasję życiową, czyli coś, co będzie nas napędzało, dawało radość każdego dnia, najlepiej hobby wymuszające ruch (czyli dwa w jednym). Jeśli żaden pomysł sam się nie pojawia, to można wymyślić sobie pasję, rozpocząć, a następnie podsycać ją świadomie. Potem już samo będzie się kręciło. Ja na przykład postanowiłam, że moją, celowo prozdrowotną, pasją będzie jazda na rowerze (wcześniej rower stał przez 15 lat w piwnicy), na początku świadomie ją rozwijałam (na przykład myśląc, mówiąc o jeździe jako o mojej pasji, zmieniając rower na nowy, organizując pierwszą wyprawę), potem ona sama już mnie nakręcała. Pasją może stać się cokolwiek, przykładowo u mojej znajomej to ogród kwiatowy, a u znajomego fotografia. Pasja, której nierzadko poświęcamy się bez reszty, daje radość i potężną energię. Mieć pasję to skarb.

Wszystkie powyższe reguły są ważne, lecz moim zdaniem najważniejsza jest ta druga. Wierzę, że ruch, aktywność i sprawność fizyczna mają największy wpływ na zdrowie i samopoczucie. Jak zacząć ćwiczyć?

Z doświadczenia wiem jak ciężko jest rozpocząć jakiejkolwiek ćwiczenia, choćby spacer, jak wielki swój własny opór trzeba pokonać. Na dodatek u osób po przeszczepie leki immunosupresyjne osłabiają mięśnie i tym samym utrudniają wysiłek. Wiele razy miałam wielotygodniowe/wielomiesięczne przerwy (urazy, choroby), wiele razy z trudnością zaczynałam aktywności od nowa. Mam więc wypracowany skuteczny schemat postępowania zgodnie z powiedzeniem „Stonia można zjeść po kawałku”. Oto on:

– na początku naszym głównym celem powinno być wypracowanie nawyku (również gdy wracamy do aktywności po długiej przerwie). Na jego wytworzenie potrzeba około sześciu tygodni i trzeba ten czas przetrzymać. Po tym czasie ćwiczenie staje się przyjemnością, mamy chęć na aktywność,

tworzy się mini uzależnienie (coś jak palenie papierosów). Po sześciu tygodniach już poprawia się stan naszych mięśni, kondycja, lepiej się czujemy, mamy ochotę się wysilać, nie zmuszamy się tak jak na początku

– rozpoczynamy od krótkiej aktywności. Jej startowa długość oraz intensywność powinna być dostosowana do naszego stanu zdrowia. Dla zachęcenia naszego ciała zaczynamy z niższego, bardzo łatwego poziomu. Na przykład spacer 15 minut, rower 30 minut, najlepiej codziennie.

– aktywność ruchową zwiększamy stopniowo – nie oznacza to jednak podnoszenia sobie poprzeczki każdego dnia, lecz co kilka lub nawet kilkanaście dni, jeśli tak czujemy. Gdy rozpoczynałam bieganie po by-passach, zwiększałam dystans ostrożnie co tydzień, czasem co dwa tygodnie. Po przeszczepie również. W niczym nie przesadzamy, inaczej odechce nam się wszystkiego, same zakwasy i ból mięśni potrafią skutecznie zniechęcić. Na dodatek możemy sobie zaszkodzić, szczególnie jeśli nie jesteśmy przyzwyczajeni do wysiłku

– gdy nie mamy czasem ochoty i siły, by odbyć regularną godzinną aktywność, dobrze jest zrobić krótką, nawet dziesięciominutową. Mózg nie zauważa, że go... hm... oszukujemy (ale jednorazowo!) i notuje tę krótką aktywność jako cały trening. Efektem jest satysfakcja, że jednak poćwiczyliśmy. W ten sposób motywacja zostaje podtrzymana. Przetestowane, działa

– dobrze jest różnicować aktywności, lecz nie jest to konieczne. Przykładowo moje formy ruchu w tygodniu to jazda na rowerze, intensywny spacer, bieganie, a czasem przez wiele tygodni wyłącznie rower. Wskazane jest również rozciąganie. Na You Tube znajdziemy wiele filmików z różnymi ćwiczeniami o różnym stopniu intensywności. Mało przekonujące byłoby pisanie o wpływie aktywności fizycznej na zdrowie i samopoczucie bez twardych, mierzalnych dowodów. Mam takie, oto one:

1. Zawał był na tyle poważny, że byłam przekonana, iż jestem już warzywem. Dolegliwości bólowe pojawiały się okazjonalnie jeszcze przez kilka lat po by-passach. Po dziesięciu latach kardiolog orzekł, że wyniki są w normie, a wydolność serca jak u sportowca. Wynik próby wysiłkowej sprzed kilku lat to 200% mojej normy wiekowej. Dziś nie mam żadnych dolegliwości, a jedyny ślad po zawale to mała blizna na ścianie serca.

2. Mimo przeszczepu, czyli poważnej operacji, wszystkie wyniki badań laboratoryjnych mam w normie. Wyniki badań czynnościowych nerek - kreatyniny i GFR – mieszczą się również w granicach normy i, co ważne, są stabilne.

3. COVID przeszedł jak grypę. Jestem pewna, że bardzo dobry stan organizmu mocno temu pomógł.

4. Około 6-7 lat temu pojawiły się u mnie zmiany zwyrodnieniowe stawów. Po dwóch godzinach siedzenia w kinie lub w samochodzie czułam ból w kolanach i stawach biodrowych. Musiałam powoli przejść kilkanaście metrów, by rozruszać stawy i pozbyć się bólu. Po rozpoczęciu regularnej jazdy na rowerze i spokojnego biegania wszystko zniknęło bez śladu. Stawy chodzą jak u dwudziestolatki. Wystarczy jednak kilkumiesięczna przerwa w ćwiczeniach, aby niewielkie bóle pojawiły się znowu. Znikają, gdy wracam do aktywności.

5. Pomimo wieku emerytalnego nie mam żadnych

problemów z kręgosłupem ani innych dolegliwości. Elastyczność ciała jakbym miała trzydzieści lat. Nie mam również osteoporozy, co wykazały badania dwa lata temu. Czytałam i wiem już dlaczego - mikro wstrząsy powstałe podczas chodzenia/biegania są przenoszone na szkielet i pobudzają komórki kości do wzrostu oraz regeneracji.

6. Po przekroczeniu magicznych pięćdziesięciu lat u niektórych par pojawiają się kłopoty z utrzymaniem moczu. Zauważyłam to zagrożenie u siebie zaraz po przeszczepie. Widocznie podczas operacji jakieś mięśnie brzucha zostały osłabione i po wyjściu ze szpitala zdarzało się czasem, że przy mocnym kaszlu czułam niebezpiecznie mocne parcie na pęcherz, dosłownie „na krawędzi”. Bardzo mi pomogły długie, intensywne spacer, a dolegliwość zniknęła całkowicie, gdy rozpoczęłam codzienną jazdę na rowerze. I tak jest do dziś. Jak rozumiem, wzmocniły się konkretne mięśnie brzucha.

7. O mojej bardzo dobrej kondycji oraz gotowości do długotrwałego wysiłku świadczą wyprawy rowerowe z sakwami. W latach 2017-2019 odbyłam każdego roku wyprawy trwające 3-4 tygodnie, każda z nich to dystans około 1000 kilometrów. O dwóch wyprawach pisałam w „Dializie i Ty” w ubiegłych latach. W 2020 roku infekcja oraz uraz uniemożliwiły mi przygotowanie się kondycyjne, dlatego nie zaryzykowałam długiej wyprawy. Ale w tym roku planuję miesięczną lub dłuższą przygodę na siodełku. Dlatego od stycznia 2021 r. pracuję nad formą.

Tak, aktywność i sprawność fizyczna mają bardzo duży wpływ



na nasze samopoczucie. Gdy do tego dodamy świadome kierowanie uwagi na drobne, codzienne przyjemności, na piękno natury, towarzystwo pozytywnych ludzi, na życie tu i teraz, zaczniemy żyć jak w innym wymiarze. Będziemy budzić się rano z radością w sercu, dziękować siłom wyższym za dobre samopoczucie właśnie w tej chwili, za możliwość widzenia nieba, zieleni lub bieli śniegu (a przecież nie każdemu to jest dane), będziemy cieszyć się, że mimo zdrowotnych przypadłości akurat w tej chwili nic nas nie boli, nie jesteśmy głodni, jest nam ciepło, ciało słucha naszej woli, i tak nakręcać się dobrymi myślami i obrazami, aż energia zacznie buzować gdzieś głęboko w ciele. Doświadczam powyższego codziennie. Czuję się wtedy radośnie i błogo jak Kubuś Puchatek, gdy leży sobie z baryłką miodu na brzuchu lub wędruje przez las z przyjaciółmi. Takiego samopoczucia życzę szczerze wszystkim Czytelnikom.

LUDZIE LISTY PISZĄ

Koronawirus. Jak żyć będąc dializowanym?



Ewelina Górecka
 Pacjentka, Pabianice

Wspominam Sylwestra 2019 roku. Jak co roku wszyscy życzymy sobie zdrowia, miłości i lepszego roku, a przede wszystkim - oby nie był gorszy...! Kiedy zaczynał się rok 2020 nikt z nas nie spodziewał się, co nas czeka, jak bardzo zmieni się nasze życie. Koronawirus to temat znany dzisiaj praktycznie każdemu. O chorobie, którą wywołuje, tj. COVID-19 i o związanych z nią obostrzeniach słyszymy od ponad roku. Niestety, jak życie pokazuje, nastały szczególnie czasy, czasy wymagające wielu poświęceń. Także od nas, cierpiących na schorzenia nerek i nie tylko, pacjentów należących do grupy wysokiego ryzyka zakażenia. Dla nas oznacza to ograniczenie naszej aktywności, czyli tak zwane dystansowanie społeczne i ograniczanie kontaktów do minimum, nieodwiedzanie innych osób, unikanie dużych skupisk ludzi. Jeszcze rok

temu nikt z nas by nie pomyślał, że szczególny czas Świąt spędzi w bardzo ograniczonym gronie. I wtedy nasunęła mi się myśl, że tak dużo mieliśmy i tak naprawdę nikt tego nie doceniał. Ani chwil spędzonych w rodzinnym gronie, uśmiechu na twarzy naszych dzieci, rodziców czy dziadków. Po tych wyjątkowo innych Świątach Wielkanocnych na wiosnę 2020 roku przyszedł czas zastanawiania się: - A co będzie z naszymi wakacjami? - Czy uda nam się gdziekolwiek wyjechać? Co z dializami wakacyjnymi? Przecież to tak ważne dla każdego dializowanego pacjenta – oderwać się od codziennych problemów, nie tylko zdrowotnych, których jest nie mało. Jak wiemy, zdrowie psychiczne każdego z nas jest równie ważne i ma wpływ na nasze choroby, samopoczucie i sposób, w jaki zmagamy się z kolejnymi wyzwaniem. Nie jest to łatwe na co dzień. Niestety, mnie nie udało się nigdzie wyjechać. O cudownych wakacjach na Sycylii przestałam marzyć. Pozamykane granice, brak lotów... Pojawiła się isierka nadziei – Świnoujście nad naszym polskim morzem – fajna stacja dializ polecona przez mojego kolegę, który tam odpoczywał na wakacjach. Niestety wirus nie dawał za wygraną i wszystkie dializy gościnne zostały zawieszone. Widziałam, że nie uda się nigdzie wyjechać i czekają mnie kolejne smutne święta.

Pomimo wszelkich starań, dbania o siebie, noszenia maseczek, ciągłego odkażania, unikania wszelakich kontaktów przyszedł

listopad. Jak ja nie lubię tego miesiąca! Pewnego popołudnia poczułam, że strasznie mi zimno. Dostałam wysokiej gorączki, oczywiście wysłano mnie na test i - jak się domyślicie - był pozytywny. Powiem wam, że nie było fajnie. Dwa tygodnie wysokiej, 39. stopniowej gorączki, dreszcze, biegunka, nudności, zaburzenia smaku, wszystko słone, nie mogłam nic jeść. Bardzo osłabłam, o spaniu nie było mowy. Na koniec kaszel, duszności i przerażenie: - Co dalej? Strach przed szpitalem Ciężki czas ale od czego ma się wspaniałych przyjaciół i znajomych oraz mojego już dużego Trutnia (córkę), którzy wszyscy, solidarnie w tym ciężkim czasie stanęli na wysokości zadania. Robili zakupy, pomagali, jak tylko mogli, a nawet załatwili mi inhalator z tlenem dosłownie w ciągu godziny! Moi Drodzy – jeszcze raz bardzo Wam Wszystkim dziękuję!

Tak jak pisałam wcześniej, kolejne, ubiegłoroczne święta Bożego Narodzenia były inne, z przemyśleniami, że jednak mogę usiąść z córką przy wigilijnym stole (ciągle mieszkamy

razem), przełamać się opłatkiem, bo niestety moja koleżanka i koledzy z dializ nie mieli tyle szczęścia i już nie zasiedli przy swoich rodzinnych stołach... Brak słów, bo to moja druga, dializacyjna rodzina: moje koleżanki i koledzy z dializ oraz kochane pielęgniarki i lekarze z Pabianic! Dziękuję Wam, z Wami wszystko jest łatwiejsze!

Zaczyna się 2021 rok, a przekłeta pandemia trwa w najlepsze. Pomimo rozpoczęcia szczepień – końca zachorowaniom nie widać! Nikt jednak nie chce rezygnować z marzeń. Może doczekamy szczepień i przyjdzie czas zastanowić się nad kolejnymi wakacjami. Po rozmowie z panem Przemkiem rozważam, czy znowu nie pojechać na Sycylię? Mam wielką nadzieję, że w tym roku może w końcu uda się wyjechać, odpocząć, naładować akumulatory na kolejne dni i miesiące. Czego i Wam Kochani również życzę z całego serduszka ... Bądźcie dzielni. Nie dajcie się, mimo tak bardzo ciężkich czasów!

NERKI W PANDEMII



Dr Jacek Zawierucha

Dyrektor Sprzedaży i Marketingu
Fresenius Medical Care Polska



Mgr Marta Andrzejewska

Kierownik PR
Fresenius Medical Care Polska

Licznik zakażeń publikowany codziennie o 10.30 na większości stron internetowych od blisko roku przyciąga uwagę wszystkich nas. Ilu ludzi się zaraziło, ilu choruje ciężko, a ilu zmarło? Pandemia dotknęła nas wszystkich, zmusiła do zmiany zachowań, przestrzegania szeregu ograniczeń czy porzucenia pewnych nawyków. Jednocześnie codziennie, od 11 marca 2020 roku, kiedy ogłoszono pierwsze ograniczenia związane z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 zadawaliśmy sobie pytanie: – Kiedy to wreszcie się skończy? Liczyliśmy dni, tygodnie, miesiące – ale końca nie było widać. Drugim pytaniem było: – Jak będzie wyglądał świat po pandemii? – Czy wszystko wróci na stare tory, czy może przyjdzie nam zmierzyć się z zupełnie innym, może mniej przyjaznym i nieznanym światem? Dziś jednego możemy być pewni – świat po pandemii będzie zupełnie inny. Być może, że dzięki programowi szczepień i wprowadzeniu pacjentów dializowanych do priorytetowej grupy Narodowego Programu Szczepień nieco szybciej niż pozostała część Polaków będą oni zabezpieczeni przed zakażeniem. To jednak radykalnie nie zmieni otoczenia, w którym przyjdzie nam żyć. Pewne zmiany pozostaną z nami dłużej niż rządowe zakazy i obostrzenia, czy nawet sam wirus.

Nowe reguły higieniczne

Jedną z pierwszych zmian, jakiej doświadczyliśmy w okresie po ogłoszeniu pandemii, było zwiększenie świadomości o roli i znaczeniu higieny w zapobieganiu zakażeniom. Noszenie maseczek i dezynfekcja rąk stały się nieomal rutynową czynnością, do której zobowiązani byli zarówno pacjenci i personel medyczny ale także kierowcy dowożący dializowanych. Drugą zasadą było odizolowanie pacjentów zakażonych od zdrowych. Skutkowało to szeregiem niedogodności, jak zmiana sal dializ lub grafików zabiegów, ale te działania zapewniły ciągłość leczenia wszystkim potrzebującym. Zapewne, po pomyślnie przeprowadzonej akcji szczepień przeciwko COVID-19, część tych ograniczeń zostanie zniesiona, choć ciągle warto pamiętać o noszeniu maseczki, gdy przebywamy w dużych skupiskach ludzkich, w zamkniętych pomieszczeniach lub gdy jesteśmy przeziębieni.

Komunikacja i telemedycyna

Pandemia skutecznie rozerwała sieć naszych kontaktów społecznych. Uniemożliwiono nam uczestniczenie w spotkaniach towarzyskich, uroczystościach rodzinnych czy w życiu kulturalnym. Chyba najbardziej z powodu pandemii ucierpiała nasza społeczna natura. Tu z pomocą przyszły w sukurs technologie informatyczne, które zastąpiły nam inne możliwości bezpośredniego kontaktu.

Bardzo wiele osób odkryło nieznane dotąd lub zaczęło intensywniej korzystać z różnego rodzaju komunikatorów internetowych, które pozwalały na rozmowy wideo, przysyłanie zdjęć i stały kontakt z bliskimi lub współpracownikami. Dla osób, które nie są na co dzień zaznajomione z internetem i nowinkami technologicznymi był to dobry moment, by nadrobić zaległości i nauczyć się czegoś nowego. Wykorzystując platformy internetowe pozwalające na organizację wirtualnych spotkań i konferencji zorganizowaliśmy na samym początku pandemii serię webinarów, w których specjaliści Fresenius Medical Care

Polska podpowiadali dializowanym, jak radzić sobie z wieloma, nowymi wyzwaniem. W czasie tych kameralnych wydarzeń można było się dowiedzieć, jak dbać o higienę, aby uniknąć zakażenia, jak radzić sobie w domu i w stacji dializ z codziennymi czynnościami.

Wielu pacjentów zapisało się także to naszej grupy sms-owej. Dwa razy w tygodniu wysyłamy chętnym osobom z ośrodków Centrum Dializ Fresenius krótkie porady sms-em, dotyczące zdrowia, higieny i bezpieczeństwa. Dzięki korzystaniu z telefonu nie przekazujemy drukowanych materiałów i unikamy zbędnego, osobistego kontaktu.

Tę samą zasadę bezpieczeństwa wykorzystują użytkownicy aplikacji „myCompanion”, którą opisano niedawno na łamach „Dializa i Ty”, nr 3(33) 2020, w artykule „Mobilny towarzysz życia”. To specjalna aplikacja na smartfony stworzona dla pacjentów ośrodków FMC Polska. Jest połączona z firmową bazą danych klinicznych i dzięki temu pacjenci mają wgląd do swoich danych medycznych, wyników badań czy informacji o zapisanych lekach. Bardzo istotną rolę w pandemii przypisujemy sekcji edukacyjnej „myCompanion”, w której zawarto porady dotyczące diety, higieny, aktywności fizycznej i pielęgnacji. Dodaliśmy tutaj także obszerną sekcję dotyczącą informacji nt koronawirusa. Pacjenci bez wychodzenia z domu mogą dotrzeć do sprawdzonych i rzetelnych porad dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa na dializie.

Czy nowe technologie przeznaczone są tylko dla najmłodszych pacjentów, którzy w internecie czują się swobodnie? Zdecydowanie nie. Pandemia uczy nas wszystkich, jak bezpiecznie zastępować kontakty osobiste wirtualnymi i w jaki sposób korzystać z gotowych narzędzi informatycznych. Wśród użytkowników aplikacji mamy pacjentów starszych, często po 80. roku życia. Chwalą sobie używanie „myCompanion”, często przy okazji ucząc się korzystania ze smartfona i innych aplikacji. Ta dodatkowa wiedza i otwartość na poznawanie nowych metod komunikacji z pominięciem barier związanych z lokalizacją i czasem zostanie z nami nawet wtedy, kiedy koronawirus będzie tylko wspomnieniem.

Nowe terapie

Wirus lubi duże skupiska ludzkie i zamknięte przestrzenie. Wtedy znajduje możliwości rozprzestrzeniania się wśród ludzi. Aby uchronić się przed potencjalnym zakażeniem powinno unikać się skupisk, przebywać w określonym (tzw. bezpiecznym) dystansie od innych. Z drugiej strony trudno wyobrazić sobie leczenie dializami w ośrodku z zachowaniem bezpiecznego dystansu – pacjenci dializowani spotykają się podczas transportu, spędzają razem kilkanaście lub kilkadziesiąt minut w samochodzie, a w końcu spotykają się i przebywają wiele godzin na wspólnej sali dializ. Między innymi dlatego pacjenci hemodializowani byli i są bardziej narażeni na zakażenie COVID-19. W wielu krajach Europy Zachodniej oraz w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie coraz popularniejszą metodą leczenia schyłkowej niewydolności nerek jest hemodializa domowa. Pozwala ona na ograniczenie kontaktu z innymi chorymi do niezbędnego minimum, zmniejszając tym samym ryzyko zakażenia nie tylko korona wirusem, ale również innymi patogenami. O hemodializie domowej szeroko pisze prof. Marek Myślak w bieżącym numerze „Dializy i Ty”.

Dbłość o środowisko

Pandemia uświadomiła wszystkim jeszcze jeden fakt. Mimo olbrzymiego skoku cywilizacyjnego i coraz to nowych

rozwiązań technologicznych, rewolucji informatycznej na niespotykaną dotąd skalę, postępu w medycynie i rozwoju wielu obszarów ludzkiej aktywności okazało się, że jedna mała cząsteczka białka i kwasu nukleinowego, którą jest wirus, może błyskawicznie to wszystko zmienić! Uprzytomniłoby sobie w globalnej skali, że z jednej strony próbujemy być niezależni od sił przyrody, a z drugiej – że silnie jesteśmy z nią związani, a ingerencja w ekosystem może prowadzić do trudnych do przewidzenia następstw! Być może, gdyby ludzie nie zajęli siedlisk nietoperzy, które są naturalnym rezerwuarem koronawirusa, pozostałby on obiektem badań nielicznych biologów. Dziś to już wiemy ale nie jest to jedyny obszar działań człowieka nierozmyślnie wkraczającego do królestwa przyrody. Dlatego tak ważne jest podniesienie naszej świadomości o roli i znaczeniu środowiska naturalnego w naszym życiu i rozwijanie zachowań proekologicznych. Dializoterapia jest jedną z technologii medycznych najbardziej obciążających środowisko. Każdego dnia dziesiątki tysięcy stacji dializ na całym świecie produkują tysiące ton odpadów medycznych, które muszą zostać zebrane i prawidłowo zutylizowane. Podczas każdego zabiegu hemodializy zużywa się sto kilkadziesiąt litrów wody, która jako agresywny chemicznie roztwór dializatu trafia do ścieków. Warto być tego świadomym. Warto również wiedzieć o rozwiązaniach, które pomagają zmniejszyć obciążenie środowiska odpadami. Jednym z nich są systemy oszczędzania płynu dializacyjnego i automatyczna regulacja przepływu dializatu w stosunku do przepływu krwi pacjenta. Rozwiązania te, znane choćby z aparatów Fresenius 5008 i Fresenius 6008, pozwalają zaoszczędzić kilka tysięcy litrów dializatu rocznie, bez wpływu na jakość leczenia pacjenta. Zmniejszenie ilości i masy odpadów medycznych może być jednym z elementów wsparcia przyrody przez społeczność nefrologiczną na całym świecie. Wystarczy sumiennie sortować odpady na te, które nadają się do ponownego przetworzenia (np. opakowania po materiałach jednorazowych), odpady komunalne i odpady medyczne. Pozwala to, zdaniem niektórych badaczy, na zmniejszenie masy odpadów medycznych wytwarzanych w czasie jednego zabiegu dializy nawet o kilkaset gramów. Pomnożmy to przez miliony sesji dializacyjnych wykonywanych na świecie w skali tygodnia, miesiąca, roku... Nie bez znaczenia pozostaje też masa samego dializatora. Analiza masy dostępnych na rynku dializatorów wskazuje różnicę ok. 0,1 kg pomiędzy najcięższym a najlżejszym dializatorem o tej samej powierzchni. A mówiąc dokładniej – te drobne, wydawałoby się niewiele znaczące 95 g przekłada się na dodatkowe 296 ton odpadów wyprodukowanych przez stacje dializ w Polsce w ciągu jednego roku! Dobór odpowiedniego dializatora należy oczywiście do personelu stacji dializ, ale warto mieć świadomość, że niewiele przekłada się na bardzo wiele! A co robić z setkami ton polistyrenu, polisulfonu czy poliuretanu, traktowanych jako materiał zakaźny???

Wyniki ostatnich badań wskazują na rolę zanieczyszczenia powietrza, szczególnie pyłów zawieszonych PM_{2,5} i PM₁₀ na rozprzestrzenianie się wirusa. Okazuje się, że unoszące się w powietrzu pyły pochodzące z zanieczyszczeń mogą być znakomitym „transporterem” i umożliwiać przemieszczanie wirusa nawet na duże odległości. Może właśnie dlatego największą liczbę zachorowań odnotowywano w regionach wysoko uprzemysłowionych (i zanieczyszczonych). Nie trzeba przy tym powtarzać, że pyły PM₁₀ i PM_{2,5} dodatkowo mogą uszkadzać nasz układ oddechowy i być może ułatwiać infekcję koronawirusem. Dlatego też warto brać pod to

uwagę i być świadomym, że wiele czynników, niekoniecznie związanych z kontaktem bezpośrednim, może mieć wpływ na rozwój pandemii.

Dobrze wykorzystajmy zmiany

Pandemia zmieniła nasze życie. Zmusiła do zmiany naszych codziennych nawyków, ba – wręcz rytuałów. Wprowadziła poczucie zagrożenia i nieufności. Zapewne to ostatnie pozostanie z nami najdłużej. Nawet, gdy przeminie – nikt nie zagwarantuje, że za rok albo za dekadę nie pojawi się nowa odmiana jakiegoś wirusa i ponownie zagrozi ludzkości zmieniając styl życia każdego z nas. Z drugiej strony aktualna sytuacja przyspieszyła rozwój szeregu rozwiązań, które z pozoru niezauważane, czekały za drzwiami. To przede wszystkim rozwiązania informatyczne (aplikacje dla pacjentów, spotkania w internecie, powiadomienia za pośrednictwem komunikatów sms-owych) oraz telemedycyna – zarówno ta znana pod nazwą teleporady, jak i te bardziej rozwinięte, czyli przesyłanie danych leczenia w czasie rzeczywistym czy możliwość zdalnego reagowania na zakłócenia przebiegu terapii. W niektórych państwach dynamicznie rozwinęły się nowe techniki leczenia, np. hemodializa domowa, która dla wybranej grupy pacjentów może być alternatywą zapewniającą ograniczenie kontaktów

i skuteczną izolację. Wreszcie szczepionki – w ciągu kilkunastu miesięcy naukowcy i przemysł farmaceutyczny opracowali i wyprodukowali szczepionki, które mogą dać wszystkim szansę na powrót do względnej normalności. Skorzystajmy z tej szansy, jak tylko się pojawi. Zaszczepmy się! Dla nas, dla naszych bliskich, dla świata.

Zwróciliśmy również uwagę na konieczność przestrzegania zaleceń higienicznych – dezynfekcja rąk i zasłanianie ust i nosa stały się naszą codziennością, która powinna pozostać z nami jak najdłużej.

O ekologii już mówiliśmy, ale jeszcze raz warto uświadomić wszystkim, że dzięki pandemii możemy (a może zostaliśmy zmuszeni?) spojrzeć szerzej na otaczający nas świat i uzmysłowić sobie, że każde nasze działanie ma jakiś, niestety najczęściej negatywny, wpływ na środowisko. Wyciągnijmy wnioski. Zwracamy uwagę na niepotrzebnie marnowane zasoby, na wielkie ilości wytwarzanych odpadów czy wreszcie gigantyczną w skali globu emisję pyłów do atmosfery. Ograniczmy to, co można. Chrońmy Ziemię. W wielu przypadkach to jest często niewielki wysiłek dla nas, a wielki dar dla ludzkości i ulga dla naszej planety. W końcu mamy ją jedną i musi nam jeszcze wystarczyć na długo.



Nowe technologie stały się coraz bardziej osiągalne i dostępne



Aparaty Fresenius 5008 wspierają dbałość o środowisko naturalne

Twój komfort podczas dializy!

Pomysłowa, modna i praktyczna odzież,
która złagodzi stres i uprzyjemni dni dializy.
Poczuj się pewnie i komfortowo!



Przemyślane szczegóły, które robią różnicę!

- dwustronny zamek pozwala otworzyć i zamknąć miejsce dostępu tak, aby zminimalizować ekspozycję ciała i utrzymywać ciepło podczas zabiegu
- dostęp do podłączenia jest dyskretny i schowany przed widokiem publicznym
- nowoczesne wzornictwo, piękne kolory i przyjazne materiały, z których wykonana jest odzież poprawią Ci nastrój w dniach dializy

KUPUJ BEZ OBAW! Możliwy zwrot w ciągu 14 dni!



I ❤️ MY
DIALYSIS NURSE



Doskonały pomysł na prezent!

Wesołe koszulki z krótkim rękawem dla osób dializowanych, ich rodzin i przyjaciół. Wprawiają w dobry nastrój i pozwalają zachować dystans do choroby.

DOŁĄCZ DO NASZEGO KLUBU!

www.dialysisclub.pl
mail: kontakt@dialysisclub.pl