

Czasopismo dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 2 (47) 2024

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 2 (47) 2024, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:

Prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko

Zastępca redaktora naczelnego:

Dr med. Renata Kłak
Mgr Violetta Bielak

Sekretarz redakcji:

Dr Michał Śmigieński

Wydawca:

Fundacja Amicus Renis
Os. Witkowice Nowe 7, 31-234 Kraków

Komitet naukowy czasopisma:

Mgr Katarzyna Babska
Mgr Anna Balicka
Mgr Beata Białobrzeska
Mgr Anetta Cekała
Dr n. o zdr. fiz. Katarzyna Chojak-Fijałka
Prof. dr hab. med. Kazimierz Ciechanowski
Prof. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień
Mgr Katarzyna Kalista
Mgr Anna Kliś
Prof. dr hab. med. Magdalena Krajewska
Prof. dr hab. med. Katarzyna Krzanowska
Dr med. Jacek Lange
Prof. dr hab. Rajmund Michalski
Prof. dr hab. med. Beata Naumnik
Prof. dr hab. med. Michał Nowicki
Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski
Prof. dr hab. med. Tomasz Stompór
Mgr Aneta Trzcińska
Lic. diet. Małgorzata Szczypkowska

Rysunki: KRZYSZTOF KMIEĆ

Fotografia na okładce:

DOROTA LIGĘZA

<http://amicusrenis.pl/dializa-i-ty/>



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. Monika Lichodziejewska-Niemierko
-
- 4 List znad morza**
Zmiany klimatu – antropogeniczne czy nie? – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski
-
- 5 W oczach lekarza**
Dializa otrzewnowa - u wrót dalszej podróży przez życie – dr med. Ewa Suchowierska
-
- 6 Pielęgniarka radzi**
Ćwiczenia wspomagające dojrzewanie przetoki tętniczko-żylniej – mgr Anna Kliś
Szkolenia online dla pacjentów w leczeniu metodą dializy otrzewnowej – mgr Anna Balicka
Zakrętka butelki, na którą od dziś będziesz patrzył zupełnie inaczej – mgr Aneta Trzcińska
-
- 12 Nerki i Dusza**
Depresja - fakty i mity – dr med. Jacek Lange
-
- 14 Nerki i ruch**
Mięśnie - istotne źródło dobrostanu organizmu – prof. dr hab. med. Mariusz Kusztal, dr Katarzyna Bulińska
-
- 16 Dietetyk radzi**
Żywność przed i po przeszczepieniu nerki – dr med. Paulina Borek - Trybała
-
- 19 Pacjenci o sobie**
Historia mojego życia z dializoterapią – Ryszard Golinia
Życie z dializami – Teresa Guzewska
Wspomnienia wakacyjne – Piotr Maślanka
-
- 23 Wydarzenia**
30 lat dializoterapii minęło - Historia Pani Elżbiety – mgr piel. Sylwia Jarosz
XXVIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego w Lublinie – prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko
XVI Krakowskie Dni Dializoterapii – dr Michał Śmigieński
IV Ogólnopolski Dzień Osób Dializowanych – prof. dr hab. Rajmund Michalski
Ogłoszenie: Webinar edukacyjny dla chorych z przewlekłą chorobą nerek i ich rodzin
-
- 26 Nasze wywiady**
Jak pozostać dłużej w formie i poprawić komfort życia będąc dializowanym? – Agnieszka Patelka
-
- 29 Dializy wakacyjne**
d.HOLIDAY Fly Back: Bezpieczny powrót na przeszczep dla pacjentów dializowanych – Małgorzata Poźniak
Wakacje z dializami w Trapani z Mucaria Dialysis Center – Dorota Wolańska
-
- 32 FRESENIUS KABI** - Fresubin PLANT BASED Drink

SŁOWO OD REDAKCJI



Prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko

Z przyjemnością oddajemy w Państwa ręce kolejny numer Dializa i Ty. Dziękujemy za miłe słowa akceptacji dotyczące poprzedniego numeru czasopisma.

W jesiennym numerze usłyszycie Państwo głos lekarzy i pielęgniarek, dietetyka, fizjoterapeuty, psychoterapeuty i najważniejszy głos - Was samych.

Niezawodny jak zawsze prof. Bolesław Rutkowski pisze do Państwa List znad morza. Współczując poszkodowanym w ostatniej powodzi w Polsce, wspomina wcześniejsze katastrofy i zachęca do dbania o otaczający nas świat. Może nieco kontrowersyjnie brzmi propozycja zaprzestania produkcji mięsa i ryb, ale niewątpliwie zmiany klimatu przyczyniają się do nasilenia zjawisk pogodowych, które od zawsze nawiedzały naszą planetę. Dobrym przykładem są huragany na terenie południowo-wschodnich Stanów Zjednoczonych, takie jak niedawna Helena i Milton, które poprzez zmiany klimatu były tym razem bardziej wietrzne, deszczowe i destrukcyjne. Były one powodem ewakuacji wielu stacji dializ w USA, których pacjenci zmuszeni byli pokonywać ogromne odległości do działających ośrodków hemodializ. W tym kontekście warto przypomnieć o dializie otrzewnowej, która nie wymaga transportu do stacji dializ, może być prowadzona w domu, a w formie CADO nawet w czasie okresowych wyłączeń prądu. O tej metodzie wspomina dr med. Ewa Suchowierska, która kładzie nacisk na edukację przeddializacyjną i wybór metody leczenia przez samego chorego. Niestety w Polsce edukacja pacjentów o sformalizowanym charakterze, wspólne podejmowanie decyzji, z wzięciem pod uwagę jakości życia chorego, nie jest jeszcze standardem jak to ma miejsce w większości ośrodków nefrologicznych w Europie i Ameryce Północnej. W bieżącym numerze po raz pierwszy otwieramy dział Nerki i Ruch, w którym prof. Mariusz Kusztal i dr Katarzyna Bulińska omawiają znaczenie aktywności fizycznej jako niedocenianego przez chorych (ale i zdrowych!) sposobu leczenia przewlekłej choroby nerek.

W dziale Nerki i Dusza, tym razem dr med. Jacek Lange przybliży niezwykle ważny temat depresji, wbrew pozorom, bardzo częstej wśród pacjentów z niewydolnością nerek. W formie rozprawiania się z mitami na ten temat i przedstawiając fakty, dr Lange pomaga Państwu ocenić własny stan

ducha i zachęca do szukania pomocy w razie objawów. Dr med. Paulina Borek w tym numerze przedstawia praktyczne zasady leczenia dietą po zabiegu przeszczepienia nerki. Zwraca uwagę na interakcje produktów spożywczych z lekami immunosupresyjnymi, jak również na potężne działanie przypraw i ziół.

Mam nadzieję, że zaciekawia Państwa głosy pielęgniarek - mgr Anny Balickiej, mgr Anny Kliś i mgr Anety Trzcińskiej: o wykorzystaniu metod zdalnych do szkolenia chorych w procedurach dializy otrzewnowej, o praktycznych zasadach ćwiczenia nowo wytworzonej przetoki tętniczo-żylną i prostym sposobie postępowania w przypadku krwawienia z przetoki. O zaletach hemodializacji i o tym, którzy pacjenci odczuwają różnicę w porównaniu z tradycyjną hemodializą, dowiedzie się Państwo z ciekawego wywiadu z dr med. Wojciechem Marcinkowskim – dyrektorem medycznym Fresenius Nephrocare, Polska.

Cieszę się, że troje pacjentów zechciało podzielić się swoimi historiami, a w dziale Wydarzenia wspomniano piękny jubileusz kolejnej chorej. Polecam dział Dializy wakacyjne i zachęcam Państwa do wyruszenia w świat. To, co kiedyś było niemożliwe, obecnie jest opcją nie tylko dla dializowanych otrzewnowo, w tym również dla tych z Państwa, którzy oczekują wezwania na przeszczep.

I wreszcie w dziale Wydarzenia prof. Rajmund Michalski, Prezes OSMN pisze o tegorocznym Dniu Osób Dializowanych, a redaktor i sekretarz redakcji zapoznają Państwa z ogólnopolskimi konferencjami. W grudniu zachęcam do udziału w webinarze edukacyjnym, zwłaszcza osoby, które chorują na przewlekłą chorobę nerek i wkrótce staną przed decyzją, jaką formę dalszego leczenia wybrać.

Ci z Państwa, którzy nie otrzymają drukowanej wersji czasopisma, mogą odwiedzić stronę internetową <https://amicusrennis.pl/dializa-i-ty/> lub skorzystać z kodu QR zamieszczonego w numerze. Jak zawsze, proszę, dzielcie się swoimi doświadczeniami i bierzcie aktywny udział w tworzeniu czasopisma poprzez przesyłanie pytań i opinii, swoich pomysłów na artykuły na adres mailowy: nefron@interia.eu.

Tymczasem, wobec zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia, życzę wszystkim Państwu i Waszym bliskim, radosnych i spokojnych Świąt w gronie najbliższych osób, w miłości, radości i ciepłej atmosferze, a w Nowym Roku nadziei i realizacji planów, nawet tych najmniejszych.

Pozostając z wyrazami szacunku,

Monika Lichodziejewska-Niemierko
Redaktor Naczelny

Zmiany klimatu – antropogeniczne czy nie?



**Prof. dr hab. med.
Bolesław Rutkowski**

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

W ostatnich dniach wszyscy niewątpliwie śledzą wielką powódź, która przetacza się przez Odrę i jej dorzecze: Dolny Śląsk, Ziemię Lubuską aż do Szczecina. Cały czas się czyta porównania do pamiętnej powodzi w 1997 roku, kiedy zalany został Wrocław. Uświadamiam sobie, że wtedy szereg stacji dializ miało problemy z funkcjonowaniem, jak np. w Nysie została zalana, znajdująca się w przyziemnej części czyli suterenie, aparatura do uzdatniania wody, a w szpitalach miejskich we Wrocławiu pod wodą znalazła się, mieszcząca się na parterze, stacja hemodializ. Na dodatek w szeregu ośrodkach były problemy z transportem pacjentów do stacji i z powrotem. Tam, gdzie można pomagało wojsko lub policja. Pamiętam także, że wraz z nieodżałowanej pamięci dr Ireną Marcinek, pełniącą podówczas funkcję zastępcy dyrektora departamentu Polityki Zdrowotnej MZiOS, stworzyliśmy rodzaj małego sztabu kryzysowego pomagając w przesuwanie pacjentów dializowanych do innych stacji, nawet w sąsiednich województwach np. małopolskim i śląskim. Pomimo bardzo trudnych warunków nikt z dializowanych nie został pozbawiony pomocy i nie poniósł większego uszczerbku na zdrowiu. Natomiast bezpośrednio po ustąpieniu wielkiej wody wsiedliśmy z dr Marcinek w mój samochód i dokonaliśmy przeglądu sytuacji w stacjach dializ mieszczących się na zalanych terenach. Na podstawie tej swoistego rodzaju inspekcji połączonej z opinią Konsultanta regionalnego powstał błyskawicznie raport, który pozwolił na wystąpienie z wnioskiem o wyasygnowanie odpowiednich kwot z rezerwy ministra zdrowia na zakupy sprzętu, a także na przeprowadzenie błyskawicznych remontów w stacjach, które poniosły straty. Wszystko to, łącznie z zakupami i instalacją zostało przeprowadzone w błyskawicznym tempie i już w listopadzie wszystkie jednostki powróciły do regularnej działalności. We wspomnieniach pozostają jednak kompletnie zniszczone miasta jak Kłodzko czy po części Nysa i szkody popowodziowe, chociażby we Wrocławiu.

Przy tej wielkiej tragedii zdarzały się także nieco zabawne sytuacje. Pamiętam pacjenta dializowanego, który pracował jako leśniczy i mieszkał w leśniczówce w głębi lasu. Nie było tam żadnego transportu publicznego, stąd dojeżdżał on do rodzimego ośrodka dializ na motocyklu. Kiedy w trakcie powodzi, wszystkie pokonywane przez niego ścieżki i drogi leśne uległy podmoknięciu, zjawiał się w stacji dializ cały mokry i pokryty warstwą błota. Stąd musiał najpierw udać się w pełnym rynsztunku pod prysznic, a dopiero potem po umyciu udawał się na salę dializ. Można sobie wyobrazić kogoś, kto pędzi przez łąki, pola i lasy cały



ubłocony i jednocześnie rozpryskując wodę i błoto. W kilku wsiach, przez które przejeżdżał, krążyła opowieść, że to pewnie diabeł, który niewątpliwie był sprawcą powodzi. Większość jednak twierdziła, że to dopust boży, ale wzięwszy wszystkie obiektywne dowody, to niestety nie ma co zrzucić odpowiedzialności na siły wyższe. Wszystkie te coraz częściej zdarzające się ulewę, zawieruchy, trąby powietrzne, susze i powodzie są niestety działalnością człowieka. To wszystko wpisuje się w antropogeniczne zmiany klimatu, które są następstwem gromadzenia się nadmiaru gazów cieplarnianych w atmosferze. Ktoś mógłby powiedzieć, że gdyby nie kolderka wykonana z gazów cieplarnianych, to matka Ziemia byłaby skazana na całkowitą utratę ciepła, którym darzy nas Słońce i doszłoby do kolejnej epoki lodowcowej. Warto bowiem sobie uświadomić, że podówczas temperatura panująca na powierzchni Ziemi wynosiłaby -18 stopni. Bardzo dobrze jest też sięgnąć po przykład Marsa, który ma bardzo cieniutką powłokę gazów cieplarnianych, a średnia temperatura na jego powierzchni wynosi -50°C. Na odwrót, na Wenus, która posiada bardzo grubą powłokę gazów cieplarnianych składających się w 96% z CO₂, średnia temperatura wynosi +420°C. Jak wiadomo głównym gazem cieplarnianym jest bowiem dwutlenek węgla. W atmosferze ziemskiej mamy go 0,03% i zapewnia to średnią temperaturę +15°C. No i dosyć, ale my niestety spalając paliwa takie jak węgiel, pochodne ropy naftowej czy gazu ziemnego produkujemy go w nadmiarze. Prowadzi to do nadmiernego podgrzewania Ziemi, na której średnia temperatura wzrasta o 0,6°C rocznie. Jednocześnie prowadzi to do topnienia mniejszych lub większych lodowców i podwyższania się poziomu mórz i oceanów. Dla przykładu poziom ten wzrósł o 20 cm w stuleciu 1900-2000. Jeśli zatem nie weźmiemy tego pod uwagę i nie ogłosimy końca epoki węgla, ropy i gazu oraz nie wstąpimy w erę tak zwanej zielonej odnawialnej energii to przyszłość naszą i mateczki Ziemi widzimy raczej ponuro. Trzeba zatem sięgnąć szeroko po energię pochodzącą z wiatru, wody i atomu, a może także dla przykładu z wodoru, jak również zaprzestać przemysłowej produkcji mięsa, a nawet ryb. Inaczej pewnie trzeba myśleć o budowie symbolicznej arki, chociaż jedna oczywiście nie wystarczy. Dla dializowanych potrzeba

byłoby oczywiście arki wyposażonej w aparaturę dializacyjną. Może dałoby to asumpt do rozwoju dializy domowej, jeśli taką arkę można nazwać domem (sic!). A może w końcu upowszechni się dializa otrzewnowa. Trzeba jednak pamiętać o dużych arkach, w których mieściłyby się fabryki produkujące cały niezbędny osprzęt. To wszystko brzmi trochę bajkowo, ale jeśli nie pójdziemy jako ludzkość po rozum do głowy, to pewnie ten obraz z wieloma modyfikacjami, nie jest wcale taki nieprawdopodobny. Tym bardziej, że nie ma gdzie się ewakuować. Księżyc za mały, a na Marsa czy Wenus daleko, a na dodatek jak pisałem wyżej warunki niezbyt przychylne do życia. Czy nie prościej jednak pamiętać, że potrzebna jest nam cienka kołderka z gazów cieplarnianych, a nie gruba

pierzyna puchowa.

Na koniec chcę uprzejmie donieść, że prekursor hemodializy Belding Scribner większą część swego życia spędził mieszkając na barce przycumowanej na Zatoce Puget w jego rodzinnym Seattle. Można by wzorem bacy ze znanego dowcipu powiedzieć: „Prorok jaki czy co?”. A może zamiast dalej podcinać gałąź, na której siedzimy i szukać proroka, trzeba włączyć się w działania naprawcze zmniejszające negatywne skutki zmian klimatu w interesie własnym, a przede wszystkim naszych wnuków i prawnuków oraz dalszych pokoleń.

Do czego Was głęboko zachęca

Wasz Bolesław

W OCZACH LEKARZA

Dializa otrzewnowa – u wrót dalszej podróży przez życie



Dr med. Ewa Suchowierska

I Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dializa otrzewnowa jest metodą, która wykorzystuje błonę otrzewnową jako błonę dializacyjną. Błona ta pokrywa narządy jamy brzusznej i jest bardzo dobrze ukrwiona. Jej powierzchnia to prawie 1,3 metra kwadratowego bogatej w naczynia włosowate tkanki. Poprzez kontakt tej tkanki z odpowiednio przygotowanym płynem, odbywa się proces dializy, który pozwala usunąć z organizmu nadmiar wody i szkodliwe substancje. Aby móc wymieniać płyn w jamie otrzewnowej, niezbędne jest wszczęcie specjalnego miękkiego cewnika, który pozostaje w jamie brzusznej niejednokrotnie przez wiele lat. Co 6 miesięcy wymieniamy wyłącznie tak zwany dren pośredni.

Procedury dializy otrzewnowej wykonuje się w domu, po odpowiednim przeszkoleniu w ośrodku dializ. Wymiany płynu w dializie otrzewnowej, czy to ręczne (ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa CADO), czy to w nocy (automatyczna dializa otrzewnowa przy użyciu cyklera ADO) można dostosować do swojego planu dnia, pracy i szkoły. Dializa otrzewnowa jest również dobrym pomostem w oczekiwaniu na upragnione przeszczepienie nerki.

Ośrodki prowadzące dializę otrzewnową dysponują wyszkolonym personelem lekarskim i pielęgniarskim edukującym chorych we wszystkich aspektach tej formy leczenia. Do dializy otrzewnowej może być zakwalifikowany każdy pacjent, niezależnie od wieku, po wykluczeniu medycznych przeciwwskazań. Oczywiście dobrze jest zastosować dializę otrzewnową na początku leczenia nerkozastępczego, szczególnie wtedy, gdy pacjent jeszcze

oddaje mocz. Jednak przy braku przeciwwskazań możliwe jest jej prowadzenie również u chorego, który był dotychczas hemodializowany. Należy pamiętać, że każdy pacjent z przewlekłą chorobą nerek, powinien dokonać wyboru metody dializoterapii samodzielnie, na drodze przyjaznej dyskusji z personelem nefrologicznym. Obecnie istnieje i jest szeroko propagowana forma edukacji przeddializacyjnej, która umożliwia świadomy wybór metody leczenia, po otrzymaniu przez chorego szczegółowych informacji udzielonych przez personel, odwołujących się do celów i priorytetów pacjenta ze schyłkową niewydolnością nerek (SDM - shared decision-making). Każdy pacjent powinien oczekiwać od personelu nefrologicznego pełnej i szczegółowej edukacji w zakresie metod leczenia nerkozastępczego oraz wskazania najbliższego ośrodka, który prowadzi wybraną technikę leczenia. Chory rozpoczynający dializoterapię powinien być zawsze informowany o wszystkich metodach i dostępie do leczenia. Obecnie liczba chorych dializowanych otrzewnowo na świecie stale rośnie. Polityka wielu państw i sposób finansowania tej formy dializoterapii sprzyja jej rozwijaniu. W wielu krajach jest ona nawet stosowana jako forma priorytetowa, na zasadzie PD first (dializa otrzewnowa, jako pierwsza forma leczenia). W ośrodkach dializ w Polsce, dzięki dostępności pełnego spektrum aparatów i płynów do dializ, dysponujemy mnogością różnych rozwiązań i schematów dializoterapii otrzewnowej. Możemy również monitorować zdalnie (online) cały proces leczenia domowego, co daje poczucie bezpieczeństwa choremu.

Dializa otrzewnowa wykonywana w warunkach domowych nie wyklucza podróżowania, gdyż płyny mogą być dostarczone do wskazanego miejsca pobytu, nawet poza granicami naszego kraju.

U osób, które nie mogą wykonywać zabiegów samodzielnie, stosowana jest zazwyczaj tzw. dializa asystowana. Oznacza to, że do domu chorego przychodzi wykwalifikowany personel wykonujący zabiegi. Niestety w Polsce nie jesteśmy w stanie zaproponować tej formy leczenia, gdyż brakuje jej refundacji. Liczymy na to, że w najbliższej przyszłości, pielęgniarka lub

inna osoba do tego przeszkolona, będzie mogła przyjść do domu pacjenta i przeprowadzić zabieg. Na razie możliwe jest wykonywanie zabiegów przez odpowiednio wyszkolonych członków rodziny. Kandydatami do takiej formy leczenia są na przykład chorzy niepełnosprawni, dzieci lub pacjenci w wieku podeszłym. Dzięki temu możliwe staje się uniknięcie uciążliwego dla tych chorych transportu do Stacji Dializ na zabiegi hemodializ.

Pamiętaj:

1. Dializa otrzewnowa jest dobra na początek, ale można ją rozważyć również wtedy, gdy jesteś już hemodializowany.
2. O sposobie leczenia decyduje pacjent wspólnie z wykwalifikowanym zespołem nefrologicznym, po uzyskaniu wszystkich możliwych informacji o formach

leczenia. Takie jest obecnie najbardziej nowoczesne podejście i o tym należy pamiętać.

3. Obecnie, wobec mnogości rodzaju płynów do dializoterapii i specjalistycznej aparatury, jesteśmy w stanie zaprogramować indywidualny schemat leczenia dla każdego chorego, jak również monitorować zdalnie proces leczenia.
4. Rozpoczynając dializę otrzewnową nie jesteś „uwiązany” do miejsca zamieszkania. Możesz planować wyjazdy i podróże z wyprzedzeniem, a płyny mogą być dostarczone pod wskazany adres.
5. Jeżeli masz w domu chorego, niepełnosprawnego członka rodziny, który wymaga dializ, możesz mu pomóc w procesie leczenia dializując go w domu.

PIELĘGNIARKA RADZI

Ćwiczenia wspomagające dojrzewanie przetoki tętniczo-żylniej



Mgr Anna Kliś

specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Dyr. d/s Pielęgniarstwa DaVita Polska

Dobrze funkcjonujący dostęp naczyniowy stanowi kluczowy element w przewlekłej terapii nerkozastępczej, jaką jest hemodializa (HD) czy hemodiafiltracja (HDF). Podczas zabiegu HD lub HDF oczyszczaniu podlega krew osoby dializowanej, przepływając wielokrotnie przez filtr (dializator). Skuteczność i efektywność dializy uzależnione są od czasu trwania zabiegu oraz dużego przepływu krwi (>300ml/min), co jest możliwe i bezpieczne tylko po wytworzeniu stałego, trwałego i narażonego na jak najmniejszą liczbę powikłań dostępu naczyniowego. Za najlepszy z trzech wykorzystywanych w dializoterapii uważa się przetokę tętniczo-żylną z naczyń własnych pacjenta, gdyż mniejsza liczba infekcji i efektywne oczyszczanie wpływa na samopoczucie pacjenta, poprawiając nie tylko jakość życia, ale również wpływając na jego długość. Planując wytworzenie przetoki w pierwszej kolejności wybiera się przedramię w okolicy nadgarstka, a następnie, gdy pierwsza opcja jest niemożliwa ze względu na słabe bądź zniszczone naczynia krwionośne, wykorzystuje się naczynia w okolicy łokcia i ramienia. Wyboru dokonuje się podczas konsultacji z chirurgiem naczyniowym.

Wytworzenie przetoki dializacyjnej to nie koniec przygotowań do prowadzenia hemodializy. Po połączeniu tętnicy z żyłą zachodzi proces dojrzewania przetoki, czyli: wzrasta przepływ krwi, naczynie żyłne się poszerza, pogrubieniu ulegają ściany żyły. Do uzyskania optymalnych do nakłuwania parametrów potrzebny jest przede wszystkim czas, a pierwsze

nakłucie należy wykonać po kilku-kilkunastu tygodniach od wytworzenia. Nie powinno się podejmować prób nakłuwania, kiedy średnica żyły wynosi mniej niż 4 mm. O dobrze działającej przetoce mówimy, gdy zapewnia ona dostarczenie zaplanowanej dawki dializy (czas i przepływ krwi) przy nakłuwaniu z pomocą dwóch igieł, nakłuwanie przetoki nie sprawia trudności, a zabieg dializy nie jest zakłócany przez alarmy związane z przepływem krwi.

Wytworzenie przetoki tętniczo-żylniej najlepiej zaplanować jeszcze przed rozpoczęciem dializ, gdyż proces dojrzewania może być różnie długi u każdego pacjenta. Oczywiście, jest to możliwe wówczas, gdy pacjent odpowiednio wcześniej został objęty opieką nefrologiczną. Niestety, ciągle jeszcze świadomość dotycząca chorób nerek i rozwoju przewlekłej ich niewydolności jest niewystarczająca i zdarza się, że dializy rozpoczyna się w trybie pilnym bez przygotowania, a jedynym możliwym dostępem będzie wtedy cewnik naczyniowy.

Kiedy rozpoczyna się planowanie wytworzenia przetoki tętniczo-żylniej?

Planowanie rozpoczyna się już w chwili rozpoznania przewlekłej choroby nerek, choć do rzeczywistego wytworzenia może upłynąć nawet kilka-kilkanaście lat. Świadomość przyszłościowego leczenia nerkozastępczego powinna łączyć się z ochroną naczyń krwionośnych kończyn górnych, zwłaszcza kończyny, na której zaplanowane jest wytworzenie dostępu. Do działań protekcyjnych należy: unikanie nakłuc i zakładania kaniuli czy cewników do żył powierzchownych i centralnych, a krew powinna być pobierana z żył drugiej kończyny. **Osobą, która staje się najważniejszym opiekunem przetoki tętniczo-żylniej, jest PACJENT współpracujący z zespołem medycznym.**

Czy są sposoby wspomagające proces dojrzewania przetoki?

Za działania wspomagające proces dojrzewania przetoki

uważa się tzw. trening przetoki tętniczo-żylniej, który powinien się rozpocząć jeszcze przed zabiegiem połączenia naczyń krwionośnych. Zgodnie z najnowszymi zaleceniami grupy ekspertów, ćwiczenia powinny obejmować całą kończynę, a stopień trudności powinien być sukcesywnie zwiększany.

Jak wygląda trening przetoki tętniczo-żylniej i czy rodzaj wykonywanych ćwiczeń ma znaczenie?

Zarówno o czasie rozpoczęcia treningu, jak i indywidualnym doborze ćwiczeń decyduje lekarz, doświadczona pielęgniarka dializacyjna lub koordynator dostępu naczyniowego. Przebieg treningu przetoki tętniczo-żylniej powinien być dostosowany do stanu i możliwości pacjenta. **Podstawowa zasada (zwłaszcza gdy obecna już przetoka dializacyjna): w momencie uczucia zmęczenia lub bólu ręki ćwiczenia należy przerwać i ponowić je po ustąpieniu bólu.**

Niezależnie jednak od zakresu wykonywanych ćwiczeń, podstawę treningu, który prowadzi do przebudowy ściany naczyń, stanowi systematyczność, zwłaszcza po zabiegu wytworzenia. Dlatego warto wpisać sobie taką aktywność w planie każdego dnia. Zestawy ćwiczeń powinny być dostosowane do lokalizacji przetoki (w okolicy nadgarstka, w okolicy dołu łokciowego).

Trening przetoki tętniczo-żylniej

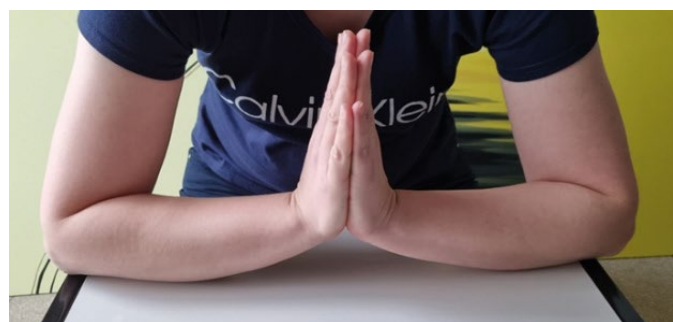
Zawsze przed rozpoczęciem ćwiczeń należy przeprowadzić badanie przetoki tętniczo-żylniej, które trwa nie dłużej niż minutę i powinno być standardowym postępowaniem każdego pacjenta, początkowo 2-3 razy dziennie. Każdy niepokojący objaw powinien być niezwłocznie zgłoszony personelowi ośrodka dializ lub poradni nefrologicznej.

Samoocena przetoki składa się z trzech elementów i polega na:

- ocenie wzrokowej – czy rana pooperacyjna dobrze się goi i czy nie występują niepokojące, jak zaczerwienienie, obrzęk, sączenie wydzieliny itp.;
- ocenie słuchowej – czy po przyłożeniu do ucha miejsca zespolenia naczyń słyszalny jest szmer przepływającej krwi (można użyć stetoskopu);
- ocenie dotykowej – czy pod palcami wyczuwalne jest drżenie i szmer przepływającej krwi, na całej długości naczyń żylnego kończyny z przetoką.

Najprostsze ćwiczenia, jakie można wykonywać to ściskanie w dłoni piłeczki, ściskanie do rąk czy używanie taśmy elastycznej.

Zestawy ćwiczeń dopasowuje się do lokalizacji przetoki,



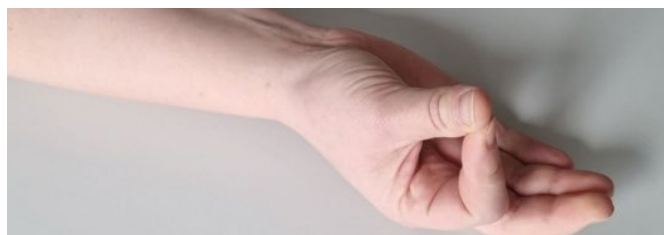
Ryc. 1. Nacisk na siebie złożonych dłoni

a zakres ćwiczeń rozszerza się po 4 tygodniach.

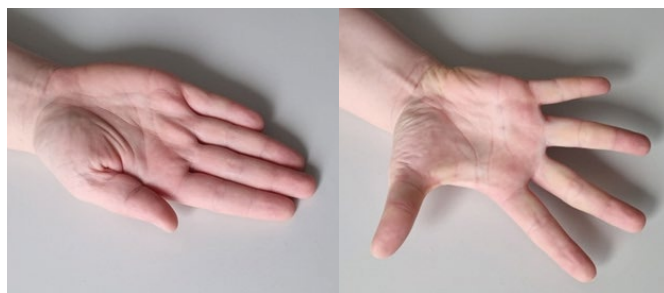
Przetoka w okolicy nadgarstka

Podstawowy zestaw ćwiczeń dla przetoki zlokalizowanej w okolicy nadgarstka obejmuje:

- ściskanie piłeczki,
- nacisk na siebie złożonych dłoni (ryc. 1),
- nacisk kciuka na palec wskazujący i kolejno na pozostałe palce (ryc.2),
- odwodzenie i przywodzenie palców (ryc.3),
- obracanie i nawracanie nadgarstka z zaciśniętą pięścią (ryc.4).



Ryc. 2. Nacisk kciuka na palec wskazujący



Ryc. 3. Odwodzenie i przywodzenie palców



Ryc. 4. Obracanie i nawracanie nadgarstka z zaciśniętą pięścią

Po miesiącu można dołożyć:

- opieranie się o ścianę na pięści oraz prostych palcach (ryc.5),
- ściskanie klamerki palcami (lub spinki do włosów z mechanizmem sprężynowym) (ryc.6),
- zginanie nadgarstka z niewielkim obciążeniem (można użyć ciężarka lub małej butelki z wodą mineralną) (ryc.7).



Ryc. 5. Opieranie się o ścianę na prostych palcach



Ryc. 6. Ściskanie mechanizmu sprężynowego palcami



Ryc. 7. Zginanie nadgarstka z niewielkim obciążeniem

Przetoka w okolicy dołu łokciowego

Podstawowy zestaw ćwiczeń dla przetoki zlokalizowanej w okolicy dołu łokciowego obejmuje:

- nacisk na stół dłonią i palcami (ryc.8),
- obracanie i nawracanie z obciążeniem (ryc.9),
- zginanie w łokciu z obciążeniem.



Ryc. 8. Nacisk na stół dłonią i palcami



Ryc. 9. Obracanie i nawracanie z obciążeniem

Po miesiącu można dołożyć:

- nacisk na ścianę palcami,
- zginanie w łokciu z użyciem elastycznej taśmy.

Warto pamiętać, że ćwiczenia nie powinny być wykonywane na czas, ale dokładnie, starannie i systematycznie, gdyż wtedy przynoszą najlepsze efekty i sprzyjają żywotności dostępu naczyniowego. Trening powinien być prowadzony przez co najmniej 3 miesiące. Przetoka wytworzona w okolicy nadgarstka zazwyczaj wymaga dłuższego czasu dojrzewania niż przetoka na ramieniu, gdzie z natury występują szersze naczynia i większy przepływ krwi.

W razie pytań i wątpliwości należy zwrócić się do personelu ośrodka dializ lub poradni nefrologicznej.

Szkolenia online dla pacjentów w leczeniu metodą dializy



Mgr piel. Anna Balicka
Clinical Supervisor PD Poland
Baxter Polska sp. z o.o.

Dializa otrzewnowa jest jedną z opcji leczenia nerkozastępczego. W dobie dostępności różnych metod leczenia to pacjent wraz z rodziną podejmuje decyzję o tym, w jaki sposób chciałby się leczyć.

Przewlekła choroba nerek, jak już nazwa wskazuje, jest chorobą przewlekłą, co oznacza, że chory będzie szedł z chorobą przez całe życie. Ważne zatem jest, aby jakość tego życia była jak najlepsza. Niezwykle przecież ważna

dla człowieka jest realizacja własnych celów zarówno tych osobistych jak i zawodowych.

Dzisiejsza medycyna stała się nowoczesna. Jest wiele cyfrowych rozwiązań dla zdrowia. Podobnie jest i w dializoterapii. Pacjent może wybrać (o ile nie ma przeciwwskazań klinicznych) metodę dializy otrzewnowej- aktualnie w Polsce jedyną metodę domowego leczenia nerkozastępczego. Obecne rozwiązania pozwalają na monitorowanie terapii domowej metodą zdalną. Chory prowadzący leczenie dializą otrzewnową w swoim domu, pozostaje pod kontrolą zespołu medycznego, co pozwala czuć się bezpiecznym i ograniczyć wizyty w ośrodku dializ. Wcześniej, również wykorzystując metodę zdalną, można przeprowadzić szkolenie pacjenta i/ lub rodziny z procedur dializy otrzewnowej. Chory przebywa w przyjaznych warunkach swojego domu, a czas i sposób edukacji można dostosować do jego potrzeb. Taki sposób szkolenia zaczęto wykorzystywać częściej w okresie epidemii

COVID-19, a główną korzyścią była możliwość izolowania chorych od potencjalnego ryzyka infekcji podczas pobytu w ośrodku dializ.

Rozwiązania cyfrowe zapewne nie zastąpią nam bezpośredniego kontaktu z chorym, natomiast mogą być jego doskonałym uzupełnieniem.

Jak obecnie wygląda takie szkolenie online?

Otóż pacjent, rozpoczynający leczenie w programie dializy otrzewnowej, pierwszą część szkolenia przechodzi w czasie pobytu w oddziale szpitalnym lub podczas wizyt w ambulatorium dializy otrzewnowej. Edukacja na tym etapie obejmuje: szkolenie teoretyczne, demonstrację zmiany opatrunku przy ujściu cewnika otrzewnowego, demonstrację wymiany Ciągłej Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej (CADO) i Automatycznej Dializy Otrzewnowej (ADO). To tam chory zapoznaje się z zespołem leczącym i odwrotnie- zespół leczący poznaje pacjenta. Dalszy etap treningu, zwłaszcza dotyczący szkolenia ADO (dializa za pomocą cyklera, która odbywa się podczas snu pacjenta) można już przenieść do warunków domowych pacjenta i rozpocząć szkolenie zdalne.

Aby przeprowadzić takie szkolenie, niezbędny jest sprzęt audiowizualny np. laptop lub smartfon, z podłączeniem do sieci internetowej, obecny w domu pacjenta. Fartuch treningowy, imitujący brzuch pacjenta oraz niezbędne materiały potrzebne do wykonania dializy ADO są dostarczane przez ośrodek dializ. Szkolenie odbywa się za pomocą platformy Teams, na której spotykają się pacjent i/lub jego rodzina z jednej strony i pielęgniarka szkoląca z drugiej. Edukacja obejmuje zazwyczaj 2-3 spotkania po około 3 godziny. Czas zależy od wieku pacjenta, jego percepcji, samopoczucia. Szkolenie zdalne jest postrzegane przez chorych, jako bardziej przyjazne, co wynika z pobytu we własnym domu, często z kubkiem herbaty; mogą towarzyszyć mu najbliżsi. Możliwe jest również dostosowanie odpowiedniej pory szkolenia, tak aby pacjent jak najlepiej mógł skupić swoje myśli na nauce.

Pierwsze spotkanie obejmuje omówienie organizacji miejsca wykonywania zabiegu, odpowiedniego stolika, omówienia jak działa zdalne monitorowanie terapii oraz przedstawienie zasad działania cyklera, czyli urządzenia do automatycznej dializy otrzewnowej (ADO). Chory ma możliwość przygotowania urządzenia powtarzając czynności za pielęgniarką prowadzącą szkolenie (ryc. 1).

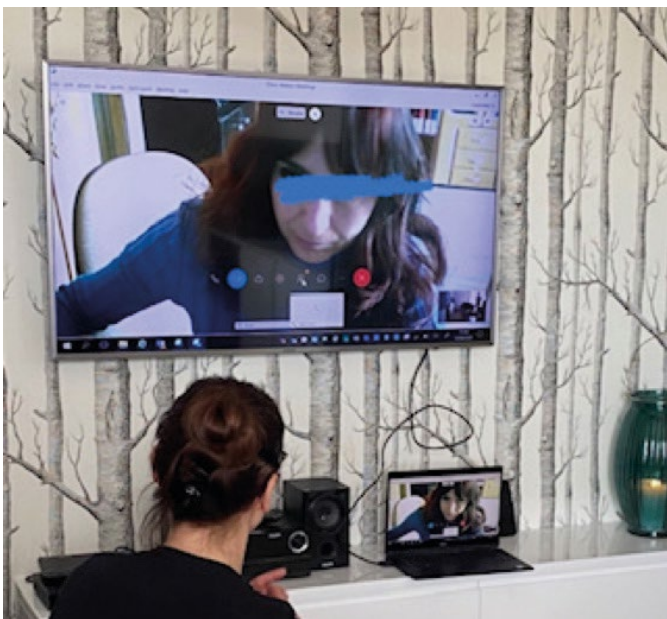
Drugie spotkanie obejmuje trening pacjenta, początkowo z pomocą pielęgniarki, aż do uzyskania samodzielności w prawidłowym podłączeniu i rozłączeniu systemu drenów z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki (ryc. 2).

Na trzecim spotkaniu, kiedy chory pozna już dobrze obsługę urządzenia, można przejść do omówienia sytuacji związanych z alarmami i nieprzewidzianymi sytuacjami. Chory dializuje się nocą, a wiedza jak postąpić w przypadku alarmów, komunikatów na urządzeniu, zmniejszy ewentualny niepokój. Komfort snu jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania w ciągu dnia.

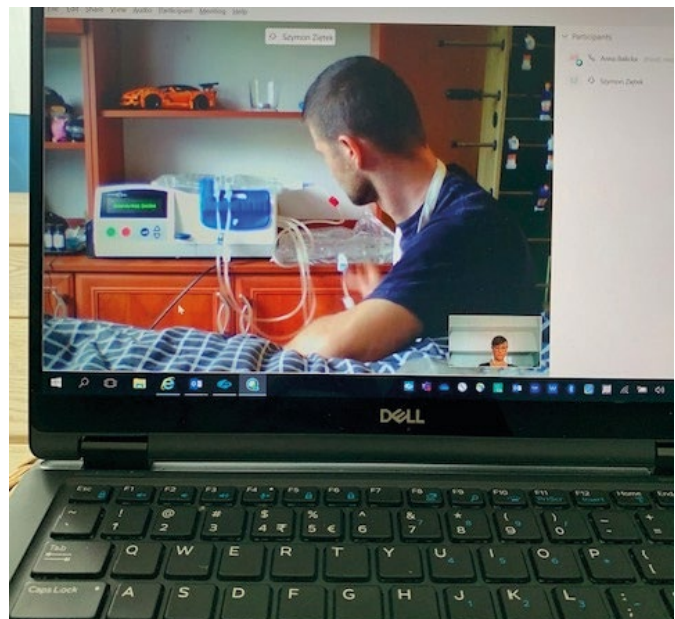
Tak przygotowany pacjent może rozpocząć samodzielne podłączanie się do automatycznej dializy otrzewnowej. Otrzymuje również kontakt telefoniczny do pielęgniarki szkolącej, która wspiera go w zakresie obsługi technicznej podczas całego okresu leczenia.

W związku z możliwością zdalnego monitorowania terapii, po skonfigurowaniu urządzenia z systemem, zespół medyczny ośrodka dializ może monitorować zleconą przez siebie terapię. Jeśli pojawiają się problemy lub powikłania w przebiegu leczenia ADO, istnieje możliwość zaplanowania kolejnego spotkania online i przeprowadzenia szkolenia przypominającego.

W dobie starzejącego się społeczeństwa, a w związku z tym przepełnionych szpitali wydaje się, że wykorzystanie cyfrowych rozwiązań do edukacji, reedukacji czy monitorowania chorego może być bardzo pomocne dla zespołów medycznych, a choremu dać poczucie bezpieczeństwa i kompleksowej opieki.



Ryc. 1. Omówienie - część teoretyczna



Ryc.2. Trening pacjenta

Zakrętka butelki, na którą od dziś będziesz patrzył zupełnie inaczej



Mgr Aneta Trzcicka
specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Pacjenci poddawani zabiegom hemodializy przy użyciu przetoki tętniczo – żyłnej to jedni z bardziej wyedukowanych i świadomych pacjentów. Już na etapie przygotowania do wytworzenia przetoki chorzy są uczeni zasad opieki nad przetoką, samoobserwacji i postępowania w razie wystąpienia powikłań. W myśl zasady – nikt nie zadba o ciebie tak dobrze, jak ty sam – pacjenci wiedzą, że na ręce z przetoką nie należy nosić zbyt ciasnych rękawów, podkładać ręki pod głowę czy nosić ciężkich przedmiotów. Doskonale radzą sobie także w czasie pobytów w szpitalach czy poradniach, uprzedzając personel medyczny, aby na ręce z przetoką nie mierzyć ciśnienia czy nie nakłuwać żył. W razie nagłego wypadku i braku możliwości komunikowania się wykorzystują silikonowe opaski z informacją: „jestem dializowany”, „mam przetokę na rękę prawej/lewej”, „nie należy nakłuwać żył”, „nie mierzyć ciśnienia na rękę z przetoką” (ryc. 1). Pacjenci z przetoką, do tamowania krwawienia po zabiegu dializy wykorzystują różne techniki i produkty – w zależności od preferencji pacjenta oraz ośrodka, w którym się dializują. Zwykle najlepszą i najbardziej polecaną techniką jest uściśnięcie jałowymi gazikami miejsc po usunięciu igieł. W wyjątkowych sytuacjach, gdy miejsca te są zbyt odległe lub gdy pacjent nie jest w stanie odpowiednio przytrzymać gazików – stosuje się różne opaski uciskowe lub klamry. Po kilku-kilkunastu minutach krwawienie ustaje, a rany zabezpiecza się jałowymi opatrunkami (ryc. 2, 3).



Ryc. 1 Różne rodzaje opasek noszone na rękach przez osoby dializowane

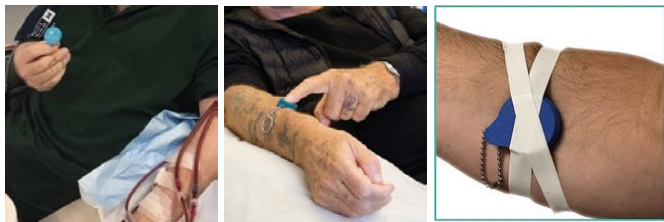


Ryc. 2. Przykładowe klamry stosowane do utrzymania opatrunków w miejscu usuniętych igieł dializacyjnych



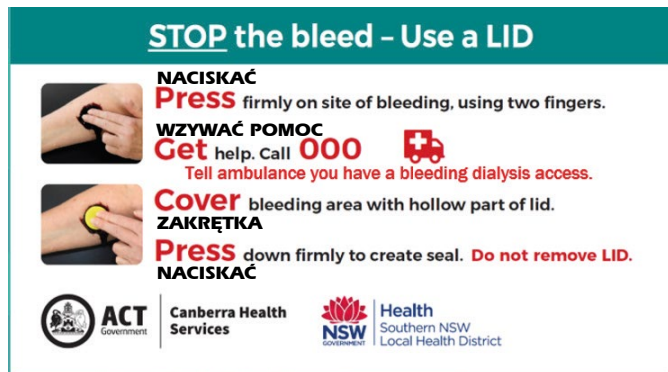
Ryc. 3. Zakrętka / zakrętka wisiorek – stosowane do tamowania krwotoku z przetoki dializacyjnej

O ile w ośrodku dializ pacjent pozostaje pod opieką personelu medycznego, to w warunkach domowych – w sytuacjach awaryjnych musi umieć poradzić sobie szybko, doraźnie sam. Krwotok z przetoki to zdarzenie bardzo niebezpieczne, a dochodzi do niego w 80% przypadków poza ośrodkami dializ. Ważne jest więc, aby pacjent potrafił udzielić sobie szybkiej pomocy i wezwał zespół ratownictwa medycznego. W wielu krajach (np. Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Australia), po takich dramatycznych wydarzeniach stworzono programy edukacyjne dla pacjentów, ich opiekunów, ale także dla ratowników medycznych. Zaleca się w tym celu użycie zakrętki z butelki lub specjalnego breloka w kształcie takiej zakrętki. Taki sposób tamowania krwawienia z przetoki został wymyślony w nagłej sytuacji przez lekarza, który został wezwany do pacjentki z krwotokiem z przetoki. Po odsłonięciu gazika, krew z przetoki pod dużym ciśnieniem trysnęła w górę, a lekarz nie wiedząc co robić, sięgnął do torby po butelkę z wodą, z której odkręcił zakrętkę i przyłożył ją w miejscu krwawienia. Przyłożona w miejscu krwawienia zakrętka wypełniła się krwią, która zaczęła krzepnąć i stanowiła naturalny korek – uciskając delikatnie przetokę – w ten sposób krwawienie zostało opanowane. Od tego czasu ta technika znalazła szerokie grono odbiorców na całym świecie (ryc. 4).



Ryc. 4. Poprawny sposób przyłożenia i mocowania zakrętki na krwawiącej przetoce

Zakrętka butelki, to coś co właściwie nic nie kosztuje i każdy ją może mieć przy sobie – a potrafi uratować życie. Wiele ośrodków dla swoich pacjentów zaprojektowało i stworzyło brelok do kluczy w kształcie zakrętki. Inne ośrodki rozdają woreczki/koperty, w których znajduje się zakrętka oraz instrukcja jak postępować w przypadku krwotoku z przetoki. W zależności od ośrodka, instrukcje dla pacjentów przyjmują różne formy – jednak zastosowanie zakrętki i jej skuteczność pozostają bez zmian. Przykłady różnych instrukcji dla pacjentów stosowanych na świecie przedstawiające sposób zachowania się w przypadku krwotoku z przetoki (ryc. 5, 6 7).



Ryc. 5. Zatamaj krwawienie - użyj zakrętki



Ryc. 6. Załóż zakrętkę na miejsce krwawienia



Ryc. 7. „Ratunkowy zestaw” dla pacjenta z krwotokiem z przetoki dializacyjnej

Jednym z ciekawych przykładów jest schemat FAST czyli SZYBKO (ryc. 8).



Ryc. 8. Schemat FAST – jedna z najprostszych instrukcji postępowania w przypadku krwotoku z przetoki dializacyjnej.

- F. Find your Kidney-CAP** on your keychain – **znajdź swoją zakrętkę/brelok z zakrętką**
 - A. Apply Kidney-CAP** to your bleeding fistula or graft – **przyłóż zakrętkę na krwawiące miejsce (pustym miejscem do skóry)**
 - S. Secure the Kidney-CAP with tape** – **umocuj zakrętkę plastrem**
 - T. Telephone** – **zadzwoń na numer alarmowy 112 – wezwij pomoc**
- Incydent krwotoku z przetoki należy zgłosić także w swoim ośrodku – przetoka będzie wymagała badania i oceny przez wykwalifikowany personel stacji dializ.

Sposób ten jest sprawdzony, bezpieczny i skuteczny – RATUJE ŻYCIE w przypadku krwotoku z przetoki.

Depresja – fakty i mity



Dr med. Jacek Lange

nefrolog, psychoterapeuta
Baxter Polska Sp. zo.o.
Nowowiejski Szpital Psychiatryczny,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
email: jacek_lange@baxter.com

Dlaczego piszę o depresji w czasopiśmie dla osób dializowanych?

Dlatego, że depresja:

1. towarzyszy wielu chorobom przewlekłym, także przewlekłej chorobie nerek (PChN), a konieczność zmiany stylu życia w momencie rozpoczęcia dializ jest jednym z czynników mogących ją nasilać,
2. jest niebezpieczna,
3. można ją diagnozować i leczyć.

Fakt 1. Depresja jest częsta u pacjentów z chorobami nerek.

Kilka liczb. Depresja u pacjentów z chorobami nerek jest częsta, a u dializowanych nawet bardzo częsta. Częstsza niż w chorobach serca, płuc, a nawet nowotworach. Powinna być traktowana jako cierpienie, którego objawy i nasilenie można zmniejszać. Dawno przestała być postrzegana jako wstydliva choroba psychiczna.

Na podstawie metaanalizy (1) obejmującej dane od ponad 55 tysięcy pacjentów stwierdzono, że depresja dotyczy prawie jednej czwartej pacjentów z chorobami nerek we wszystkich stadiach, podczas gdy jest to aż prawie połowa spośród pacjentów dializowanych lub tuż przed rozpoczęciem dializ. U pacjentów po przeszczepieniu nerki odsetek ten jest nieco niższy. Pacjenci dializowani otrzewnowo (DO) doświadczają jej nieznacznie rzadziej niż hemodializowani (HD). Jest tak pomimo, że wiele publikacji mówi o znacząco lepszej jakości życia na DO niż HD (2).

Fakt 2. Depresja w chorobach nerek jest częstsza niż w chorobach nowotworowych i chorobach serca. U osób dializowanych jest prawie dwukrotnie częstsza niż we wszystkich innych powyższych chorobach, w tym chorobach płuc.

Jak to wygląda w przypadku innych chorób? Choroby nowotworowe – jedna szóstą chorych, niewydolność serca – jedna piątą, przewlekła obturacyjna choroba płuc – prawie jedna trzecia. Przerażające. Co więcej, depresja i zespół wypalenia dotyczy także ponad jednej trzeciej lekarzy nefrologów i pielęgniarek. Dr Ewa Pawłowicz-Szklarska

(Polska) badała prawie 100 polskich lekarzy nefrologów pediatrików, dr Varun Agrawal (USA) prawie 350 młodych nefrologów amerykańskich w wieku od 30 do 34 lat. W obu tych grupach stwierdzono zwiększoną częstość mniej lub bardziej nasilonych objawów depresyjnych.

Fakt 3. Objawy. Na początek stwierdzenie ogólne. Diagnoza w psychiatrii nie opiera się zwykle na rodzaju objawów, ale na ich nasileniu. Każdy z nas bywa czasem smutny, miewa nastrój depresyjny, nie znaczy jednak, że można już u niego rozpoznać depresję i że trzeba to leczyć. Nie każdy jednak ma myśli rezygnacyjne („nie chce mi się żyć”), samobójcze („odbiorę sobie życie”), bądź takie próby podejmuje, a to już wymaga zdecydowanej pomocy specjalistycznej.

Depresja dezorganizuje życie. Wpływa na nasze relacje z rodziną i znajomymi, na życie zawodowe, na jakość leczenia innych chorób, w tym także chorób nerek. Obniża zdolność pacjenta do stosowania się do zaleceń personelu medycznego, tym samym bezpośrednio wpływa także na jakość dializoterapii. W skrajnej postaci jest przyczyną samobójstw.

Mit 1. Depresję może rozpoznać wyłącznie lekarz psychiatra.

Nieprawda. Może ją rozpoznać każdy lekarz, a nawet sam pacjent, stosując prostą skalę depresji Becka, dostępną nieodpłatnie w internecie.

Mit 2. Leczyć ją może jedynie psychiatra.

Nieprawda. Każdy lekarz ma prawo przepisać refundowane leki przeciwdepresyjne, o ile ma podpisaną umowę z NFZ. Także lekarz nieposiadający takiej umowy z NFZ ma prawo przepisać te leki, aczkolwiek nie będą wtedy refundowane. Lekarz rodzinny dodatkowo może wystawić skierowanie do leczenia psychoterapią.

Mit 3. Do psychiatry chodzą tylko wariaci.

Nieprawda. Po pierwsze, określenie „wariat” jest nieprecyzyjne, niemedyce, piętnujące a nawet obraźliwe. Po drugie, wśród wielu chorób leczonych przez psychiatrę, zaburzenia depresyjno-lękowe są jednymi z częstszych. To żaden jednak wstyd leczyć się na depresję tym bardziej, że na jej wystąpienie nie mieliśmy żadnego wpływu.

Mit 4. Leki przeciwdepresyjne uzależniają.

Nieprawda. Działają przez okres niewiele dłuższy niż trwa ich stosowanie, ale należy je indywidualnie dobrać. Nowoczesne leki przeciwdepresyjne zaczynają działać po około 2-4 tygodniach od włączenia, więc początkowo

należy uzbroić się w cierpliwość. Jeśli zachodzi konieczność zastosowania innego leku niż wcześniej przyjmowany, na przykład z powodu niewystarczających efektów, takie dobranie leku należy pozostawić psychiatrze.

Mit 5. Leki przeciwdepresyjne to ogłupiające psychotropy, robiące z pacjenta Zombie.

Nieprawda. Leki antydepresyjne poprawiają samopoczucie psychiczne, a czasem nawet fizyczne, stabilizują nastrój. Nowoczesne leki przeciwdepresyjne są dobrze tolerowane, przyjmując je można dobrze funkcjonować, lepiej niż bez nich, można prowadzić samochód i normalnie pracować, o ile depresja była głównym powodem trudności w podjęciu pracy.

Mit 6. Leczenie przeciwdepresyjne to tylko przyjmowanie leków psychiatrycznych.

Nieprawda. Konieczność przyjmowania takich leków zależy od ciężkości objawów depresyjnych. Leczenie to można albo połączyć, albo czasem zastąpić psychoterapią. Jest to metoda, z której mogą skorzystać osoby w prawie każdym wieku – od kilkuletnich dzieci do osób w wieku podeszłym. Istnieje wiele różnych tzw. nurtów psychoterapii: psychoanalityczny, psychodynamiczny, poznawczo-behawioralny, humanistyczny, Gestalt. Często jej skuteczność zależy od dobrej relacji z psychoterapeutą, za którą odpowiedzialne są obie strony – terapeuta i pacjent. Wypracowanie dobrej relacji i zaufania wymaga jednak pewnego czasu. Dlatego nie należy się zrażać, jeśli początkowo mamy wrażenie, że psychoterapia nie działa. Odrębną formą jest psychoterapia grupowa, gdzie pacjent w gronie kilku osób wspieranych przez dwóch terapeutów lub jednego (rzadziej) jest w stanie opowiedzieć o swoich problemach i usłyszeć, jak to widzą inni członkowie grupy. Muszą to być osoby, których pacjent nie znał wcześniej prywatnie ani zawodowo, co zapewnia odzwierciedlenie opinii otaczającego świata w tzw. mikrokosmosie, jakim jest grupa terapeutyczna. Komfortowe zwierzenie się ze swoich problemów wymaga najpierw nabrania zaufania i poczucia bezpieczeństwa, dlatego nie może to mieć miejsca w trakcie jednorazowych przypadkowych spotkań, jak np. w tzw. terapii ustawień metodą Hellingera.

Mit 7. Psychoterapia to metoda uzależniająca, prowadzona u każdego pacjenta przez wiele lat.

Nieprawda. Zwykle na początku procesu w ramach tzw. kontraktu, po kilku wstępnych konsultacjach z psychoterapeutą, uzgadniana jest długość terapii – w miesiącach, ilości sesji, bądź też bezterminowo, z zastrzeżeniem wspólnej (terapeuty i pacjenta) odpowiednio przygotowanej decyzji co do jej zakończenia.

Mit 8. Psychoterapia to leżenie na kozetce

i zwierzenie się terapeutycie.

Psychoterapia w pozycji leżącej była kiedyś i jest nadal prowadzona jedynie w nurcie psychoanalitycznym, chociaż nawet w nim już nie zawsze w tej formie. W pozostałych nurtach jest to rozmowa z psychoterapeutą komfortowo siedząc naprzeciw siebie.

Jeśli chodzi o formę rozmowy, to terapeuta nie „ciągnie za język”. To pacjent wnosi tematy, które są dla niego trudne emocjonalnie. Pacjentowi w trakcie rozmowy z terapeutą łatwiej jest zrozumieć ich przyczyny bądź powiązania i tym sposobem spróbować w krótszym lub dłuższym czasie sobie z nimi poradzić. W terapii możemy spróbować poradzić sobie jedynie z problemami pacjenta, a nie osób trzecich, bliskich, przyjaciół, rodziny. Pośrednio możemy jednak także na nich wpływać pokazując pacjentowi, jak poprawić komunikowanie się z tymi osobami bądź jak może on im pomóc.

Mit 9. Psychoterapia to wyłącznie nier refundowana i kosztowna metoda leczenia.

Nieprawda. Psychoterapia dostępna jest zarówno w formie pełnopłatnej (prywatne ośrodki psychoterapii), niskopłatnej (fundacje), jak i nieodpłatnej (fundacje, niepubliczne i publiczne ośrodki zdrowia psychicznego, publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne). Ta ostatnia opcja dostępna jest nadal w ograniczonym, ale coraz szerszym zakresie. By uzyskać nieodpłatną pomoc w formie psychoterapii wystarczy skierowanie od lekarza rodzinnego, bez konieczności konsultacji psychiatrycznej. Czasami lekarz rodzinny może jednak stwierdzić dodatkowo przydatność takiej konsultacji i na nią skierować.

Wnioski

Depresja to choroba, którą coraz łatwiej możemy rozpoznawać i leczyć, co poprawi nasze funkcjonowanie w wielu obszarach – życia prywatnego, rodzinnego i zawodowego, a także może mieć wpływ na leczenie chorób nerek, w tym dializoterapię. Pacjenci z leczoną depresją pełniej rozumieją zalecenia personelu medycznego i lepiej się do nich stosują. Mają też większą zdolność komunikowania swoich potrzeb. Nie bez znaczenia jest tu nieodrywanie pacjenta od środowiska rodzinnego, jak to ma miejsce w dializie otrzewnowej, ograniczenie przebywania w środowisku szpitalnym często nasilającym lęk i poczucie bycia ciężko chorym, a także dawanie pacjentowi do wyboru takiej bądź innej formy dializoterapii. Poradzenie sobie z depresją zwiększa zdolność odczuwania radości z rzeczy dużych, ale także tych drobnych.

Mięśnie - istotne źródło dobrostanu organizmu



Prof. dr hab. med. Mariusz Kusztal¹, dr Katarzyna Bulińska²

¹ Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Szpital św. Łukasza w Bolesławcu

² Akademia Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu

Ruch i ćwiczenia angażujące mięśnie wpływają na układ hormonalny (np. poziom testosteronu), odporność na zakażenia (układ immunologiczny), funkcje poznawcze, nastrój i objawy lękowe, a także chronią przed złamaniami. Poziom aktywności fizycznej wpływa na metabolizm węglowodanów i jest kluczowy we właściwym leczeniu cukrzycy typu drugiego.

Nie do przecenienia jest korzystne oddziaływanie regularnych ćwiczeń fizycznych na zmniejszenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych, głównej przyczyny zgonów w populacji chorych dializowanych. Mała aktywność fizyczna obok palenia tytoniu, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz hipercholesterolemii jest jednym z pięciu głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Nie jest też tajemnicą, iż w sytuacji stresowej (np. operacja, zakażenie, też zabieg dializy) organizm zużywa tkankę mięśniową do pokrycia potrzeb energetycznych i regeneracji – to swoisty „power bank”. Ciekawy jest również fakt, iż trening fizyczny wpływa na zmniejszenie ryzyka zachorowania na wiele nowotworów, takich jak np. rak jelita grubego, płuc oraz nerki.

Mięśnie to źródło dobrostanu, które musi być chronione u osób dializowanych, a szczególnie u osób starszych i tych z długą listą schorzeń. Przyspieszone „wysychanie” tego źródła występuje przy częstych pobytach w szpitalu, infekcjach i przy siedzącym trybie życia.

Wśród przyczyn zmniejszonej aktywności fizycznej osób dializowanych wymienia się mocznicową atrofię i dysfunkcję mięśni szkieletowych, niedokrwistość, a także nasilony stres oksydacyjny czy zaburzenia neurohormonalne. Depresja, stany lękowe, problemy psychospołeczne oraz postępujące starzenie się populacji chorych dializowanych nierzadko powodują izolowanie się chorego od świata zewnętrznego, co przyczynia się do tego, iż chorzy niechętnie podejmują wysiłek fizyczny. Ograniczenia te sprawiają, iż pacjenci dializowani wymagają wypracowania specjalnych programów, które mogłyby wpłynąć na zwiększenie aktywności fizycznej w tej grupie chorych.

Wydaje się to być celem priorytetowym, gdyż wykazano dodatnią korelację między stopniem aktywności fizycznej a przeżyciem chorych dializowanych.

Dla prawidłowego funkcjonowania mięśni i utrzymywania ich masy konieczne są właściwe odżywianie i dawka regularnej dodatkowej aktywności fizycznej (ćwiczeń fizycznych). Na początku warto zidentyfikować ograniczenia żywieniowe (np. trudności w gryzieniu pokarmu, dodanie enzymów trawiennych) i ruchowe (ograniczenia ruchomości stawów,

korekty ortopedyczne).

Zalecenia żywieniowe

Na temat żywienia u pacjentów dializowanych znajdziemy osobne opracowania na łamach „Dializy i Ty”. Przypomnieć jednak należy dwa aspekty.

U pacjentów hemodializowanych **nie ma potrzeby restrykcji podaży białka** tak jak to bywa w okresie przeddializacyjnym. Zawartość białka w diecie powinna wynosić 1,2 g białka/kg m.c./dobę, z czego przynajmniej 50% to białko wysokowartościowe. Głównym celem ograniczenia podaży białka jest zapobieganie niedożywieniu białkowo-kalorycznemu i stosowanie doustnych suplementów pokarmowych. Obecnie najważniejsze jest opracowanie **indywidualnych zaleceń dietetycznych** przez wyszkolonego w specyfice chorób nerek dietetyka, który pozna cechy każdego pacjenta (uwzględnienie cukrzycy, chorób przewodu pokarmowego, pobytu szpitalne, etc.) oraz określenie potencjału zwiększenia aktywności ruchowej (ograniczenia funkcji kończyn).

U starszych osób, w okresie zdrowienia po operacji i po zakażeniu wzrasta zapotrzebowanie na białka od 1,2 do 1,5 g/kg/m.c./dobę. Warto rozważyć specjalistyczne produkty żywieniowe dobrane do współchorobowości. Z uwagi na ograniczenia podaży w diecie potasu i fosforu dobór suplementów należy konsultować z dietetykiem i lekarzem prowadzącym.

Poza brakiem odpowiedniej diety oraz ilości i jakości ruchu także inne sytuacje i czynniki wpływają na zły stan mięśni. - Częste hospitalizacje (>1-2 rocznie). Z badań wynika, iż przy każdej hospitalizacji dochodzi do zubożenia organizmu o białko i masę mięśniową (badania na czczo – „nie jeść”, niedobór białka w diecie szpitalnej, brak ruchu, niewystarczająco efektywny sen). Wyliczono, że przeciętnie posiłek szpitalny zawiera mniej niż 20% białka. Podczas przeciętnej hospitalizacji trwającej 10-14 dni traci się do 1,5 kg mięśni. Odbudowa mięśni trwa przeciętnie 6 miesięcy. Po pobycie w oddziale intensywnej terapii sytuacja jest jeszcze trudniejsza.

- Współchorobowość. Z badań wynika, że stopień niedożywienia i utrata mięśni (sarkopenia) korelują z mnogością schorzeń. Im więcej rozpoznanych chorób (na karcie informacyjnej) tym większe ryzyko niedożywienia. Takie osoby muszą mieć indywidualny plan żywieniowy i rehabilitacji ruchowej.

- Zaburzenia snu. Zaburzenia w fazie snu głębokiego upośledzają regenerację organizmu. Sen staje się niewystarczający do walki ze zmęczeniem.

Prehabilitacja i rehabilitacja ruchowa osób dializowanych

Program ćwiczeń z odpowiednim programem żywieniowym może być rozpoczęty z wyprzedzeniem do spodziewanych zdarzeń lub operacji w tym np. przed przeszczepem nerki. Będzie to prehabilitacja.

Zabiegi przywracające stan mięśni i odżywienie, wpływające na poprawę ogólnej sprawności fizycznej po zdarzeniu np. hospitalizacji, urazie lub operacji to rehabilitacja.

Bez względu na to, czy ćwiczenia fizyczne podejmowane są przed czy po zaplanowanych czynnościach medycznych, regularne ich uprawianie prowadzi do zwiększenia masy, siły i wytrzymałości mięśniowej, poprawy ruchomości stawów, koordynacji ruchowej oraz zwiększenia wydolności fizycznej, wpływając tym samym na poprawę ogólnej sprawności fizycznej. Oprócz korzyści somatycznych, przynoszą efekty w postaci lepszego samopoczucia, zmniejszają ryzyko depresji oraz podnoszą ogólną jakość życia. Prehabilitacja przygotowuje organizm do szybszej regeneracji, wpływając na stopniowy powrót do sprawności, który realizowany jest podczas rehabilitacji.

Wśród osób dializowanych wprowadzane są programy ćwiczeń podczas sesji dializy (w ośrodku) i poza czasem zbiegu dializy – wykonywane indywidualnie lub grupowo. W obu przypadkach może to być trening o charakterze wydolnościowym, oporowym lub mieszanym w formie nadzorowanej przez fizjoterapeutę, trenera lub nienadzorowanej (samokontrola). Pośrednią formą nadzoru są wspólne sesje treningowe realizowane on-line z użyciem kamery lub bez niej. Prowadzone są zdalnie przez fizjoterapeutę lub wyszkolonego instruktora wykorzystując w tym celu platformy Zoom lub Teams.

„Dawka” i bezpieczeństwo ćwiczeń

Zalecenia WHO (2020 r.) oraz Brytyjskiego Towarzystwa Nerek (2022 r.) wskazują by dla utrzymania dobrostanu mięśni i zdrowia **wykonywać tygodniowo od 150 do 300 minut ćwiczeń aerobowych** (wpływających na wydolność organizmu) i **co najmniej 2 dni w tygodniu ćwiczenia oporowe**, wzmacniające mięśnie. Eksperti jednak dodają, że **każdy ruch jest lepszy niż żaden**. W celu uzyskania dodatkowych korzyści zdrowotnych należy zwiększać ilość aktywnych minut do 300 tygodniowo na umiarkowanym poziomie, czyli takim przy którym odczuwalne jest przyspieszenie oddechu i częstości skurczów serca (tzw. tętna). Dany poziom intensywności porównywany jest do takiego, przy którym ćwiczący jest jeszcze w stanie rozmawiać z drugą osobą bez zadyszki. Osoby dializowane raczej nie powinny zwiększać poziomu aktywności do wysokiego. Jednakże u młodszych osób po skutecznym przeszczepieniu nerki po pewnym czasie i odpowiednich badaniach bywa to osiągalne.

Wysoko intensywny trening zazwyczaj uniemożliwia rozmowę z drugą osobą ze względu na znacznie przyspieszony oddech i tętno.

Kolejne zalecenia dotyczą ćwiczeń oporowych oraz wieloskładnikowych, czyli składających się z różnych form ruchu wpływających m.in. na równowagę, koordynację, siłę.

▪ Dorośli, a szczególnie osoby 65+ oprócz ćwiczeń aerobowych powinny wykonywać również ćwiczenia wzmacniające mięśnie o umiarkowanej intensywności, obejmujące wszystkie główne grupy mięśni przez co najmniej

2 dni w tygodniu. Celem tych ćwiczeń jest m.in. wzrost siły mięśniowej, zmniejszenie uczucia zmęczenia i bólu mięśniowego.

▪ Osoby starsze (w wieku 65+) powinny dodatkowo podejmować aktywność fizyczną poprawiającą równowagę funkcjonalną i koordynację oraz wzmacniać mięśnie (trening siłowy o umiarkowanej intensywności). Celem tych ćwiczeń jest przede wszystkim zmniejszenie ryzyka upadków oraz urazowości.

Dodatkowo, w zaleceniach pojawia się informacja o tym, by:

▪ Osoby starsze oraz przewlekle chore powinny zacząć od podejmowania niewielkich aktywności fizycznej, a następnie wraz z czasem stopniowo zwiększać jej częstość, intensywność i czas trwania.

▪ Osoby starsze powinny być tak aktywne fizycznie, jak pozwala na to ich sprawność ruchowa i dostosowywać swój poziom wysiłku związanego z aktywnością fizyczną do poziomu własnej sprawności.

W przypadku schorzeń przewlekłych, a do nich niewątpliwie należy niewydolność nerek, nadciśnienie czy cukrzyca, warto zasięgnąć opinii lekarza prowadzącego odnośnie ograniczeń i ewentualnych modyfikacji farmakoterapii w celu zwiększenia bezpieczeństwa. Program ćwiczeń powinien być ustalony przez fizjoterapeutę w oparciu o stan zdrowia pacjenta, a dawka ruchu sukcesywnie modyfikowana do jego możliwości ruchowych.

Przed przystąpieniem do treningu fizycznego należy zwrócić uwagę na przeciwwskazania do jego realizacji lub kontynuacji: zawroty głowy, stan przedomdleniowy, ból zamostkowy, kołatanie serca, zimne poty, nagłe uderzenia gorąca, nudności, trudności z oddychaniem, duszności, ostry ból, narastający lęk, niepokój, inne niepokojące objawy. Korzyści regularnie uprawianego wysiłku fizycznego przeważają nad ryzykiem incydentów sercowo-naczyniowych, w tym zawału mięśnia sercowego czy udaru mózgu, a wręcz jemu zapobiegają. Nie ma zatem przeszkód, by wprowadzić aktywność fizyczną do swoich codziennych obowiązków, a nawet potraktować ją jako dawkę leku, bowiem jak mawiał lekarz Wojciech Oczko Ruch zastąpi prawie każdy lek, podczas gdy żaden lek nie zastąpi ruchu.



Zestawy ćwiczeń dla pacjentów dializowanych opracowane podczas sympozjum naukowo-szkoleniowego 15.09.2023 w Szpitalu św. Łukasza w Bolesławcu „Praktyczne aspekty zalecanej aktywności fizycznej i rehabilitacji u pacjentów dializowanych, z zespołem kruchości schorzeniami przewlekłymi”.



QR kod do linku z ćwiczeniami na YouTube

Żywnienie przed i po przeszczepieniu nerki



Dr med. Paulina Borek-Trybała
dietetyk nefrologiczny, bariatryczny,
psychodietetyk
Samodzielny Zespół Dietetyków, UCK Gdańsk

Przewlekła choroba nerek (PChN) prowadzi do licznych zmian metabolicznych, które sprzyjają procesom katabolicznym, czyli rozkładowi białek i innych składników odżywczych w organizmie. Katabolizm ten nasila się na każdym etapie dializoterapii, zwłaszcza w wyniku utraty białek i innych składników odżywczych przez dializat oraz przewlekłego stanu zapalnego wywołwanego samym procesem dializy. Dlatego sposób żywienia pacjentów nefrologicznych musi być dostosowany do typu i zaawansowania choroby, a także do rodzaju leczenia, w tym dializoterapii lub transplantacji nerki. Odpowiednie odżywianie jest kluczowym elementem leczenia pacjentów na różnych etapach choroby, a także po przeszczepieniu narządu, kiedy to należy uwzględnić dodatkowe czynniki wpływające na stan odżywienia.

Żywnienie pacjenta po przeszczepieniu nerki

Po przeszczepieniu nerki żywienie pacjenta zależy od kilku czynników. Należą do nich m.in.

- czas, jaki upłynął od operacji,
- funkcja przeszczepionej nerki (etapy przewlekłej choroby nerek w przeszczepie),
- działania niepożądane leków immunosupresyjnych,
- interakcje między lekami a składnikami żywności,
- potencjalne immunomodulacyjne działanie niektórych dodatków do żywności.

Żywnienie w okresie wczesnym po przeszczepieniu nerki

W pierwszych tygodniach po przeszczepieniu nerki odpowiednia dieta pełni kluczową rolę w zapewnieniu gojenia się ran, zapobieganiu infekcjom oraz korekcji zaburzeń elektrolitowych i metabolicznych, które mogą wynikać z przywrócenia funkcji nerek oraz działania leków immunosupresyjnych. Odpowiednia podaż energii i białka jest niezbędna do syntezy nowych białek, co przyczynia się do regeneracji tkanek i wspomaganie układu odpornościowego. Brak odpowiedniego bilansu energetyczno-białkowego może prowadzić do pogorszenia procesu gojenia ran oraz osłabienia odpowiedzi immunologicznej czy niedożywienia.

Długofalowe cele żywieniowe po przeszczepieniu

Na dalszych etapach, po stabilizacji funkcji przeszczepionej nerki, celem żywienia jest zapobieganie pogorszeniu funkcji narządu oraz powikłaniom metabolicznym, takim jak otyłość, dyslipidemia, anemia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca oraz choroby układu kostnego. Kluczowe znaczenie ma tutaj indywidualne podejście do pacjenta, które uwzględni

różne etapy po przeszczepie oraz zmieniające się potrzeby żywieniowe.

Wpływ leków immunosupresyjnych na stan odżywienia

Leki immunosupresyjne, stosowane w celu zapobiegania odrzucaniu przeszczepu, niosą ze sobą szereg działań niepożądanych, które mogą być modyfikowane przez odpowiednie żywienie. Na przykład, sterydy stosowane w terapii immunosupresyjnej mogą powodować zatrzymywanie płynów, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemię, osteoporozę oraz przyrost masy ciała poprzez zwiększenie apetytu. Ponadto, niektóre leki, takie jak inhibitory kalcyneuryny (takrolimus i cyklosporyna), są odpowiedzialne za dyslipidemię oraz cukrzycę po przeszczepie, zwaną NODAT (nowa cukrzyca po przeszczepie). Hipomagnezemia (niedobór magnezu) została opisana u pacjentów stosujących cyklosporynę, takrolimus oraz everolimus, natomiast hiperkaliemia (nadmiar potasu) może występować po cyklosporynie i takrolimisie. W związku z tym, dieta powinna być odpowiednio dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta, uwzględniając skutki uboczne stosowanych leków.

Znaczenie stanu odżywienia przed przeszczepieniem nerki

Stan odżywienia pacjenta przed przeszczepieniem ma istotny wpływ na wyniki pooperacyjne. Zarówno pacjenci z niedowagą (wskaźnik masy ciała, BMI <18), jak i otyli (BMI >35) narażeni są na większe ryzyko komplikacji i zwiększoną śmiertelność w porównaniu do pacjentów o prawidłowej masie ciała. Niedożywienie, prowadzące do ubytku białka i energii, może ograniczać zdolność do syntezy nowych białek, co z kolei wpływa na gojenie się ran i obronę immunologiczną. Otyłość zwiększa ryzyko opóźnionego działania przeszczepionej nerki oraz powikłań chirurgicznych. Dlatego też optymalny stan odżywienia powinien być utrzymywany u wszystkich pacjentów oczekujących na przeszczepienie.

ZALECENIA ŻYWIENIOWE PO PRZESZCZEPIENIU NERKI

W okresie tuż po i odległym po przeszczepieniu zalecane jest spożywanie 30–35 kcal/kg idealnej masy ciała dziennie, a białko powinno wynosić około 1,4 g/kg w fazie ostrej oraz 0,8–1,0 g/kg w fazie przewlekłej. Tłuszcze powinny stanowić mniej niż 30% całkowitej energii, z czego 8–10% powinno pochodzić z tłuszczów wielonienasyconych omega-6, a pozostała część z tłuszczów jednonienasyconych i omega-3, które znajdują się zarówno w olejach roślinnych i rybach morskich. Spożycie węglowodanów powinno wynosić około 50% całkowitej energii, z przewagą węglowodanów o niskim indeksie glikemicznym i bogatych w błonnik. Cukry proste należy ograniczyć.

Dzienna zalecana ilość wapnia wynosi 1000–1300 mg, fosforu 1000–1300 mg, sodu 80–100 mmol (bez dodatku soli), a potas powinien być ograniczany w przypadku hiperkaliemii. Podaż żelaza powinna wynosić 10–15 mg/d,

witamina D 5–15 µg/d, a błonnika 25–30 g/d. Witamina B6, B12, magnez oraz cynk powinny być dostarczane zgodnie z zaleceniami dla ogólnej populacji, z uwzględnieniem wieku, płci, masy ciała oraz poziomu aktywności fizycznej pacjenta. Podaż płynów powinna wynosić 2,0–2,5 litra dziennie.

Zwiększone zapotrzebowanie na białko po przeszczepieniu nerki

W pierwszych tygodniach po przeszczepieniu nerki organizm pacjenta przechodzi intensywny proces regeneracji, w tym gojenia ran i odbudowy układu immunologicznego. Procesy te wymagają zwiększonego dostarczenia białka, które jest kluczowym składnikiem odżywczym, niezbędnym do syntezy nowych tkanek, regeneracji mięśni oraz produkcji przeciwciał, co pomaga w prewencji niedożywienia. W tym czasie pacjenci mają także wyższe ryzyko katabolizmu, czyli rozkładu tkanki mięśniowej, szczególnie w wyniku działania leków immunosupresyjnych i stresu metabolicznego związanego z operacją. Dlatego w pierwszym okresie po transplantacji kluczowe jest zwiększenie podaży białka w diecie.

1. Ile białka jest potrzebne tuż po przeszczepieniu?

- Zalecane spożycie białka w okresie pooperacyjnym wynosi około **1,3–1,5 g białka na kilogram idealnej masy ciała na dobę (g/kg/d)**. Wysoka podaż białka w tym okresie jest kluczowa, aby zapewnić odpowiednią regenerację organizmu i zapobiec niedożywieniu białkowo-energetycznemu.

W miarę stabilizowania się funkcji nerki i poprawy stanu zdrowia, zapotrzebowanie na białko stopniowo spada, wynosząc w fazie przewlekłej około **0,8–1,0 g/kg/d**.

2. Źródła białka w diecie

- Najlepszym źródłem białka w diecie po przeszczepieniu są:
 - **rośliny strączkowe:** soczewica, ciecierzycyca, fasola – warto dodać je do diety, szczególnie w połączeniu z produktami zbożowymi (np. ryż, chleb pełnoziarnisty), co poprawia wartość biologiczną białka roślinnego.
 - **chude mięso:** kurczak, indyk, cielęcina, chuda wołowina.
 - ryby: szczególnie bogate w białko i nienasycone kwasy tłuszczowe, takie jak łosoś, pstrąg czy dorsz.
 - **jaja:** bogate źródło pełnowartościowego białka.
 - **nabiał:** chude mleko, jogurt naturalny, twaróg, serki wiejskie (najlepiej wybierać produkty pasteryzowane).

3. Wspomaganie diety przy pomocy preparatów FSMP (Food for Special Medical Purposes)

- W niektórych przypadkach, zwłaszcza jeśli pacjent ma trudności z przyjmowaniem odpowiedniej ilości białka w diecie lub pojawiają się objawy niedożywienia, można rozważyć suplementację specjalnymi preparatami medycznymi FSMP. Preparaty te są szczególnie przydatne, jeśli pacjent ma problemy z apetytem, wymaga większej podaży kalorii, białka lub innych składników odżywczych.
- Na rynku dostępne są różnorodne preparaty FSMP, które mogą zawierać białko zarówno pochodzenia zwierzęcego, jak i roślinnego. W przypadku pacjentów, którzy preferują lub potrzebują ograniczyć białko zwierzęce, można sięgnąć po preparaty na bazie białek roślinnych, np. z soi, grochu czy ryżu.
- **Odżywki białkowe na bazie roślin:** Są one doskonałą

alternatywą dla osób z nietolerancją laktozy lub preferujących produkty roślinne. Wysoka zawartość aminokwasów w połączeniu z niską zawartością tłuszczu czyni je dobrym uzupełnieniem diety.

- **Przykładowe preparaty FSMP:** można wybrać gotowe napoje białkowe, proszki białkowe do rozpuszczenia w wodzie lub w innym napoju, czy specjalne produkty wzbogacone w białko, jak jogurty medyczne.

Interakcje leków immunosupresyjnych z żywnością i praktyczne zalecenia dietetyczne

Po przeszczepieniu nerki pacjenci muszą przyjmować leki immunosupresyjne, aby zapobiec odrzucaniu przeszczepu. Jednak niektóre składniki żywności mogą wchodzić w interakcje z tymi lekami, wpływając na ich skuteczność lub wywołując działania niepożądane. Z tego powodu pacjenci po przeszczepieniu powinni być świadomi potencjalnych interakcji i unikać określonych produktów spożywczych.

1. Sok grejpfrutowy

- Sok grejpfrutowy i grejpfruty mogą znacząco zwiększać stężenie niektórych leków immunosupresyjnych we krwi, takich jak cyklosporyna, takrolimus i sirolimus. Jest to spowodowane hamowaniem enzymu CYP3A4 w wątrobie, co prowadzi do wolniejszego metabolizmu leków i ich nagromadzenia w organizmie. Nadmiar leków może powodować toksyczność, prowadząc do poważnych skutków ubocznych, takich jak uszkodzenie nerek lub wątroby.
- **Zalecenie:** pacjenci po przeszczepieniu nerki powinni unikać spożywania grejpfrutów i soku grejpfrutowego.

2. Granaty

- Granaty, podobnie jak grejpfruty, mogą wpływać na metabolizm leków immunosupresyjnych, szczególnie takrolimus i cyklosporyny. Zmniejszenie metabolizmu tych leków może prowadzić do ich nagromadzenia i toksyczności.
- **Zalecenie:** unikaj granatów i soku z granatów.

3. Żywność bogata w potas

- Niektóre leki immunosupresyjne, takie jak takrolimus i cyklosporyna, mogą powodować hiperkaliemię (nadmiar potasu we krwi). Wysoki poziom potasu może prowadzić do zaburzeń rytmu serca i innych poważnych komplikacji.
- **Zalecenie:** w przypadku utrzymywania się podwyższonego poziomu potasu, należy ograniczyć spożycie produktów bogatych w potas zwłaszcza żywności przetworzonej.

4. Produkty zawierające tyraminę (sery dojrzewające, wędliny)

- Niektóre rodzaje serów dojrzewających, wędlin oraz innych fermentowanych produktów spożywczych zawierają tyraminę, która w połączeniu z lekami immunosupresyjnymi, takimi jak cyklosporyna, może prowadzić do podniesienia ciśnienia krwi.
- **Zalecenie:** ogranicz spożycie produktów bogatych w tyraminę, takich jak sery dojrzewające, wędzone mięsa, a także niektóre produkty kiszzone.

5. Produkty bogate w magnez i wapń

- Leki immunosupresyjne, zwłaszcza inhibitory kalcyneuryny (takrolimus, cyklosporyna), mogą wpływać na poziom

magnezu i wapnia w organizmie. Zbyt niski poziom magnezu (hipomagnezemia) i wapnia (hipokalcemia) może prowadzić do zaburzeń metabolicznych, a także problemów z układem sercowo-naczyniowym i kostnym.

▪ **Zalecenie:** suplementacja magnezu lub wapnia powinna być dostosowana indywidualnie, ale warto włączyć do diety produkty bogate w te minerały, takie jak migdały, orzechy, produkty pełnoziarniste oraz warzywa liściaste (bogate w magnez) oraz nabiał i ryby (bogate w wapń). Warto jednak konsultować suplementację i zwiększone spożycie z lekarzem, aby uniknąć nadmiaru tych składników.

6. Alkohol

▪ Spożywanie alkoholu po przeszczepieniu nerki powinno być ograniczone, ponieważ może on wpływać na metabolizm leków immunosupresyjnych oraz uszkadzać wątrobę, która odpowiada za ich detoksykację. Ponadto alkohol może osłabiać układ odpornościowy i nasilać ryzyko infekcji.

▪ **Zalecenie:** spożycie alkoholu powinno być wyeliminowane lub ograniczone do maksymalnie 20 g na dobę i nie więcej niż 5 dni w tygodniu. Warto jednak omówić to z lekarzem, który oceni, czy jest to bezpieczne.

7. Napoje energetyczne i kawa

▪ Leki immunosupresyjne, takie jak takrolimus, mogą zwiększać wrażliwość na działanie kofeiny, co może prowadzić do nadmiernej pobudliwości, bezsenności oraz problemów z sercem.

▪ **Zalecenie:** ogranicz spożycie napojów energetycznych oraz kawy, zwłaszcza w dużych ilościach.

Przyprawy i zioła przeciwwskazane po przeszczepieniu nerki

Oprócz żywności, niektóre przyprawy i zioła również mogą wchodzić w interakcje z lekami immunosupresyjnymi, co może wpłynąć na ich skuteczność oraz bezpieczeństwo. Pacjenci po przeszczepieniu nerki powinni zachować szczególną ostrożność w stosowaniu określonych przypraw, ziół i suplementów ziołowych, ponieważ mogą one wpływać na metabolizm leków, wywoływać działania niepożądane lub zwiększać ryzyko odrzutu przeszczepu.

1. Kurkuma (*Curcuma longa*)

▪ Kurkuma jest znana ze swoich właściwości przeciwzapalnych i antyoksydacyjnych, głównie dzięki zawartości kurkuminy. Jednakże, kurkumina może wpływać na metabolizm niektórych leków immunosupresyjnych, takich jak cyklosporyna i takrolimus. Istnieją dowody na to, że kurkuma może hamować enzymy odpowiedzialne za metabolizm leków (CYP3A4), co może prowadzić do ich podwyższonego stężenia we krwi, a tym samym zwiększać ryzyko toksyczności.

▪ **Zalecenie:** unikaj stosowania dużych ilości kurkumy, zwłaszcza w formie suplementów, ponieważ może to prowadzić do interakcji z lekami. Sporadyczne stosowanie kurkumy jako przyprawy w kuchni może być bezpieczne, ale należy to skonsultować z lekarzem.

2. Zioła bogate w kumarynę (np. dziurawiec, mięta, rumianek)

▪ Zioła zawierające kumarynę, takie jak dziurawiec,

mięta, rumianek i inne rośliny lecznicze, mogą wpływać na metabolizm leków immunosupresyjnych poprzez indukcję lub hamowanie enzymów wątrobowych (CYP3A4 i P-gp). Dziurawiec (*Hypericum perforatum*) jest szczególnie niebezpieczny, ponieważ może znacząco zmniejszać stężenie leków immunosupresyjnych, takich jak cyklosporyna i takrolimus, co może zwiększać ryzyko odrzucania przeszczepu.

▪ **Zalecenie:** pacjenci po przeszczepieniu nerki powinni unikać dziurawca oraz ziół o działaniu podobnym, które mogą wchodzić w interakcje z lekami immunosupresyjnymi. Należy również zachować ostrożność w przypadku stosowania innych ziół leczniczych, zwłaszcza w formie herbat i suplementów.

3. Bazylija, szalwia, żeń-szeń

▪ Niektóre zioła, takie jak bazylija, szalwia i żeń-szeń, mogą mieć działanie immunostymulujące, co może kolidować z działaniem leków immunosupresyjnych. Przyprawy i zioła o działaniu wspomagającym układ odpornościowy mogą potencjalnie osłabiać skuteczność terapii immunosupresyjnej, zwiększając ryzyko odrzucania przeszczepu.

▪ **Zalecenie:** unikaj stosowania ziół o działaniu immunostymulującym w dużych ilościach lub w formie suplementów. Użycie ich jako przypraw w codziennej kuchni jest zazwyczaj bezpieczne, ale zawsze warto skonsultować się z lekarzem lub dietetykiem.

4. Aloes i inne zioła przeczyszczające

▪ Zioła o działaniu przeczyszczającym, takie jak aloes, mogą prowadzić do zaburzeń gospodarki elektrolitowej, co jest szczególnie niebezpieczne dla pacjentów po przeszczepieniu nerki, którzy są narażeni na zaburzenia poziomu potasu, magnezu i innych elektrolitów. Ponadto, aloes może wpływać na wchłanianie leków w przewodzie pokarmowym, co może prowadzić do zmniejszonej skuteczności leków immunosupresyjnych.

▪ **Zalecenie:** unikaj stosowania aloesu i innych ziół przeczyszczających w dużych ilościach lub w formie suplementów.

Wskazówki dotyczące prewencji zakażeń układu pokarmowego po przeszczepieniu nerki

Pacjenci po przeszczepieniu nerki są bardziej narażeni na infekcje, zwłaszcza w pierwszych tygodniach po operacji, z powodu osłabionego układu odpornościowego w wyniku stosowania leków immunosupresyjnych. Aby minimalizować ryzyko zakażeń ze strony układu pokarmowego, należy szczególnie dbać o higienę podczas przygotowywania posiłków oraz unikać określonych produktów spożywczych, które mogą być źródłem patogenów. Oto kluczowe wskazówki:

1. Higiena przygotowywania posiłków

▪ Przed przygotowaniem jedzenia oraz po kontakcie z surowymi produktami (mięso, ryby, warzywa) należy dokładnie myć ręce ciepłą wodą i mydłem.

▪ Naczynia, deski do krojenia oraz noże używane do surowego mięsa i ryb powinny być myte osobno i dokładnie dezynfekowane, aby uniknąć kontaminacji krzyżowej.

▪ Warzywa i owoce powinny być dokładnie myte przed

spożyciem, aby usunąć z nich ewentualne patogeny i resztki chemikaliów stosowanych w uprawach.

2. Unikanie surowego mięsa, ryb i jajek

▪ Surowe mięso, takie jak tatar, surowa ryba (sushi, sashimi) oraz surowe lub półsurowe jajka (np. w formie majonezu domowej roboty czy jajek na miękko) mogą zawierać bakterie, takie jak **Salmonella**, **Listeria** czy **E. coli**, które mogą prowadzić do ciężkich zakażeń u osób z osłabionym układem odpornościowym.

▪ **Zalecenie:** unikaj spożywania surowego mięsa, ryb i jajek, aż do momentu całkowitego powrotu do zdrowia i po konsultacji z lekarzem.

3. Eliminacja produktów niepasteryzowanych

▪ Produkty niepasteryzowane, takie jak niektóre mleka, sery, soki czy jogurty, mogą zawierać szkodliwe bakterie, w tym *Listeria*, która może prowadzić do poważnych infekcji. Produkty pasteryzowane są poddawane procesom obróbki cieplnej, które niszczą większość bakterii, co czyni je bezpieczniejszymi.

▪ **Zalecenie:** spożywaj wyłącznie produkty pasteryzowane, w tym sery, mleko, jogurty i soki.

4. Unikanie jedzenia z opakowań zbiorczych i barów sałatkowych

▪ Jedzenie przechowywane w opakowaniach zbiorczych (np. przetworzone wędliny sprzedawane luzem, gotowe sałatki, pieczywo) lub dostępne w barach sałatkowych (bufetach) może być narażone na kontakt z drobnoustrojami.

Takie produkty mogą być niedostatecznie chronione przed zanieczyszczeniem, a różnice w standardach higieny mogą sprzyjać rozwojowi bakterii.

▪ **Zalecenie:** unikaj jedzenia z barów sałatkowych, bufetów oraz produktów sprzedawanych luzem. Zamiast tego wybieraj zapakowane, hermetycznie zamknięte produkty.

5. Unikanie jedzenia z ulicznych stoisk

▪ Niski poziom kontroli higieny w niektórych restauracjach oraz stoiskach ulicznych może prowadzić do ryzyka zakażenia bakteriami chorobotwórczymi, takimi jak **Campylobacter**, **Salmonella** czy **Shigella**.

▪ **Zalecenie:** unikaj jedzenia z niepewnego źródła oraz ulicznych stoisk, zwłaszcza w pierwszych miesiącach po przeszczepieniu nerki. Zawsze wybieraj jedzenie przygotowane w domu lub w sprawdzonych restauracjach, które przestrzegają zasad higieny.

6. Kontrola temperatury przechowywania i przygotowywania żywności

▪ Surowe produkty mięsne, rybne oraz przetwory mleczne muszą być przechowywane w odpowiednich temperaturach, aby zapobiec rozwojowi bakterii. Ważne jest również, aby mięso, ryby oraz jaja były odpowiednio ugotowane, aby wyeliminować wszelkie patogeny.

▪ **Zalecenie:** upewnij się, że mięso, ryby i jaja są zawsze odpowiednio ugotowane. Używaj termometru kuchennego, aby sprawdzić, czy temperatura wewnętrzna mięsa osiągnęła co najmniej 75°C.

PACJENCI O SOBIE

Historia mojego życia z dializoterapią



Ryszard Golinia

Pacjent, Stacja Dializ
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1
im. N. Barlickiego w Łodzi

Problemy z nerkami w moim przypadku zaczęły się jeszcze przed 20 rokiem życia. Miałem złe wyniki badań moczu i krwi. Dopiero, gdy pojawiły się problemy z wysokim ciśnieniem to zaczęto szukać przyczyny. Postawiono diagnozę - kłębuszkowe zapalenie nerek.

Był to czas mojego powrotu z Francji, gdzie pracowałem w latach 1995-1997. Udało mi się zwiedzić wiele pięknych miejsc w tym kraju, ale problemy zdrowotne nie pozwalały mi na to, aby w pełni się tym cieszyć. Wróciłem w 1998 roku i to był początek złego. Lekarze uprzedzili mnie, że leczenie będzie polegało na dializach. Nie mogłem się z tym pogodzić. Chciałem przed tym uciec, nie rozumiejąc, że to jedyny ratunek. Zaczęłem stosować dietę ziemniaczaną, unikałem jedzenia wielu ulubionych produktów myśląc, że to mi pomoże uniknąć dializ. Z czasem jednak zacząłem

się oswajać z tym, że nie mam innego wyjścia, chociaż psychicznie czułem się bardzo źle. Byłem załamany. Na duchu podtrzymywała mnie żona z synem. Doszedłem do wniosku, że lekarze przecież chcą dla mnie jak najlepiej; miałem wtedy 43 lata.

W grudniu 1998 roku dializy stały się koniecznością. Trafiłem na Oddział Dializ w szpitalu im. Barlickiego w Łodzi. Na zmianie dializowało się 10 osób. W tym czasie był podział na tzw. sale „czyste i brudne”. Ja trafiłem na „salę czystą” (nie byłem zakażony wirusem zapalenia wątroby). Zaczęłem się pomału przyzwyczajać do innego trybu życia. Dużo mi dały rozmowy z innymi chorymi. Atmosfera przed dializami była bardzo przyjazna, rozmawialiśmy dużo czekając na podłączenie. Jednego razu byliśmy całą naszą grupą w restauracji przy ul. Piotrkowskiej, gdzie żona kolegi była kierowniczką. Był okres, że przynosiliśmy na dializy wino musujące i po lampce wypijaliśmy przed dializami, było fajnie i wesoło. Nie trwało to długo, bowiem zostaliśmy nakryci i był od razu zakaz. Byliśmy ze sobą zżyci i wspieraliśmy się wzajemnie. W sierpniu 1999 roku pojawiła się dla mnie możliwość przeszczepu nerki, ale byłem wtedy w szpitalu zakaźnym z podejrzeniem jakiegoś zakażenia. 13 lutego 2000 roku szczęście mi dopisało, przeszedłem operację przeszczepienia nerki w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Moja nowa nerka pracowała 23 lata. W 2023

roku okazało się, że praca nerki jest schyłkowa i trzeba było ponownie wrócić na dializy. Zgłosiłem się do szpitala im. Barlickiego, gdzie dializowałem się przed 25 latami, przyjęła mnie Oddziałowa, którą znałem z dawnych lat. Ustaliliśmy termin rozpoczęcia dializ i tak wróciłem 17 marca 2023 roku na dializy. Jak się okazało na oddziale pracuje kilka pielęgniarek z poprzednich lat, które miło wspomynam. Wszystkie panie pielęgniarki są zawsze pomocne, miłe i mają w sobie spokój i opanowanie. Na zmianie jest nas 20 dializowanych w różnym wieku. Dwóch młodych chłopców w wieku 20 i 30 lat, których najbardziej mi żal, staram się

ich pocieszyć, opowiadając swoją historię z przeszczepem, że będzie dobrze.

Jesteśmy grupą, która się świetnie porozumiewa, rozmawiamy na różne tematy, staramy się doradzić także innym. Atmosfera jest przyjazna, a to bardzo dużo znaczy, bo choroba nasza jest specyficzna i jesteśmy zdani na siebie. Personel lekarski jest na bardzo wysokim poziomie, dba niezmiernie o każdego chorego. Tak, że ja jako chory czuję się bezpieczny i pod bardzo dobrą opieką. Teraz wiem, że dializy to nie wyrok!

Życie z dializami



Teresa Guzewska

Pacjentka, Stacja Dializ
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1
im. N. Barlickiego w Łodzi

Problemy ze zdrowiem zaczęły się już, kiedy miałam 37 lat. Zwykle przeziębienie miało trwać wydawałoby się zazwyczaj nie dłużej niż 7 dni. Pierwsza dawka antybiotyku nie pomagała. Choroba wydłużała się do tygodni, a ja czułam się coraz bardziej słaba, zmęczona. Każdy wysiłek, nawet wejście na pierwsze piętro było problemem. Napady potów i duszności sprawiały dyskomfort mojego organizmu. Kuracja antybiotykowa trwająca kilka tygodni nie przynosiła efektu. Leczenie kardiologiczne i operacja tarczycy były na tyle skuteczne, że powoli odzyskiwałam siły.

Mijały lata uznane za dobre, szczęśliwe i radosne, a smutne zaczęły nadchodzić. Bóle międzybrowne pojawiały się znikąd i były na tyle bolesne, że stawałam w miejscu, żeby odpocząć i złapać oddech. Było to trudne do zrozumienia dla lekarzy, ponieważ wyniki badań nie wskazywały na przewlekłą chorobę. Czas nie zweryfikował choroby, dalej czułam się źle, byłam osłabiona, kołatanie serca i ciągle pocenie się zakłócały mój psychiczny spokój. Przeczynałam, że dzieje się ze mną coś niedobrego. Zaczęły mnie boleć nogi, głównie kolana, drętwiały ręce podczas każdej pracy ręcznej, nawet podczas pisania, przyszywanie guzika wykonywałam z przerwami. Było to bardzo uciążliwe szczególnie w pracy, kiedy ręce trzymałam dłużej w jednej pozycji. Nie była to choroba cieśni nadgarstka, która została wykluczona po przeprowadzonych badaniach. Lekarze szukali przyczyn, ale podczas pobytów w szpitalach nie zdiagnozowano konkretnej przyczyny. Seria zastrzyków w kolana również nie przyniosłażądanego efektu. Borykałam się z tym problemem szukając pomocy u specjalistów. Mijały kolejne miesiące, a ja byłam coraz słabsza, podatna na infekcje, które ciężko znosiłam. Każde

przeziębienie nawet katar kończył się przyjmowaniem antybiotyku.

Pewnego dnia przestałam chodzić, nogi zrobiły się jak szrudła, byłam cała drętwą. Miałam problem ze wstaniem z łóżka, krzesła, nie mogłam przejść kroku. Stało się to nagle i to jeszcze w czasie pobytu w sanatorium. Ze skierowaniem od lekarza, trafiłam do szpitala w Polanicy Zdroju. Zdiagnozowano sepsę i niewydolność nerek. Trafna diagnoza i dobrany bardzo dobrze antybiotyk uratował mi życie. Po czterech tygodniach wróciłam do domu. Uczyłam się od początku chodzić, poruszać rękoma, a szczęściem było przywrócenie pracy nerek. Kolejny etap w życiu, który wydawał się być ostatni i, że więcej już mnie nic nie spotka, powoli się zamykał. Właściwie myślałam, że już wszystkiego doświadczyłam i czarne chmury znad mojej głowy zwyczajnie znikną. Przez dwa lata byłam pod kontrolą lekarza chorób zakaźnych i nefrologa. Wyniki były dobre i wszystko wskazywało, że odzyskam nie tyle w całości zdrowie, ale siły. Pomimo wszelkich starań czułam się jakby ograniczona w podstawowym funkcjonowaniu organizmu. Szybko się męczyłam, pocilałam, a nade wszystko nogi odmawiały posłuszeństwa. Zrobiłam wskazane przez lekarza badania w tym moczu. Według lekarza parametry były w normie. Zrobiłam USG jamy brzusznej, łącznie z nerkami, żeby być pewną, że wszystko jest w porządku. Wyniki były na tyle dobre, że nie było powodu według lekarzy do dalszej hospitalizacji. Ogarniał mnie smutek i lęk ponieważ każdego dnia miałam problemy z chodzeniem. Nogi od kolan w dół podczas chodzenia były sztywne, a ciało jakby przybierało masy i byłam ociężała. Na zlecenie nefrologa wykonałam ponownie badanie moczu wraz z posiewem. Wkrótce dostałam telefon ze szpitala, że muszę natychmiast się zgłosić na izbę przyjęć z uwagi na wysoki poziom kreatyniny, zagrażający życiu. Okazało się, że mam nadmiar wody w organizmie wynikający z niewielkiej ilości oddawanego moczu. Po kilku dniach całkowicie zaprzestałam oddawania moczu. Przyczyną miało być śródmiąższowe zapalenie nerek. Wykluczono raka nerki, reumatoidalne zapalenie stawów. Nie było do końca pewne, jaka była

przyczyna utraty zdolności wytwarzania moczu. Zaczęłam być dializowana, ale nadzieja na powrót do normalności towarzyszyła mi każdej chwili. Czułam, że musi już być lepiej. Nie sądziłam, że ta przypadłość zostanie ze mną na dłużej. Tłumaczyłam sobie, że już tak wiele przeżyłam, a ktoś tam na górze daje mi wciąż szansę przeżyć kolejne dni, tak więc z tym mottem zaczęłam myśleć każdego dnia. Podałam się rygorom zalecanym przez lekarzy nefrologów, ponieważ osoby dializowane muszą prowadzić odpowiedni tryb życia, a szczególnie dietę ubogą w potas i fosforany. Przystosowałam się do zaleceń lekarzy i regularnie chodzę na dializy. Po pół roku dializowania pani doktor stwierdziła, że mogę być kierowana do przeszczepu nerki. Zaczęła się cała batalia robienia niezbędnych badań do tego rodzaju zabiegu. Wydawało się, że wszystko przebiega pomyślnie, aż tu nagle ostatnie badanie - zdjęcie rentgenowskiego żuchwy wykazało rozrzedzenie kości. Wykonany został proteinogram na podstawie którego stwierdzono szpiczaka mnogiego. Był to już zaawansowany rak. Według mojej oceny - subiektywne moje objawy miałam i czułam we wcześniejszych fazach choroby, jednak nie były one wówczas zdiagnozowane. No cóż straszna wiadomość przybiła mnie całkowicie. Czarna wizja świata przyniosła wówczas ponury sens jestestwa. Nie potrafiłam znaleźć odpowiedzi, dlaczego mnie to wszystko spotyka. Wszystkie najgorsze choroby są we mnie. Jak mam dalej żyć? Pytałam każdej nocy Pana Boga. Życie pisze własne scenariusze, ważne, że nie uległam całkowicie smutkowi i nie zalałam się goryczą, bo byłoby mi trudniej walczyć o każdy następny dzień. Natychmiastowa chemioterapia w sześciu cyklach uspiła rozwój komórek. Po niespełna roku tj. w 2023 roku przeszłam przeszczep komórek macierzystych. Było to bardzo duże przeżycie z dala od domu - w Warszawie. Osoby dializowane w tym przypadku mają większy problem, bowiem w międzyczasie przyplątały się inne dolegliwości: migotanie przedsionków, zapalenie płuc i straszny nieżyt dróg oddechowych. Nadmiar wody w organizmie spowodował opuchnięcie całego ciała. Ból niesamowity i długa droga do poprawy stopnia zdrowia. Sześć tygodni leczenia i w końcu wróciłam do domu. Znowu praca nad sprawnością fizyczną, do tego dializy i ogólne osłabienie. Jednak powoli wracałam do sił. Kontrola diety i przyjmowanie leków przynosiły znaczną poprawę. Rehabilitacja we własnym zakresie przynosiła

dobre efekty. Pomoc osób bliskich i wsparcie psychiczne oraz dowiezienie mnie w najtrudniejszych dniach, kiedy nie mogłam chodzić na dializy i do poradni była spełnieniem podstawowych potrzeb.

Jestem dializowana już trzy lata. Poznałam wielu ludzi borykających się z tą chorobą, dotyczy to również ludzi młodych. Choroba nauczyła mnie wiele, ale również zmieniła nastawienie do życia codziennego. Staram się robić wszystko w takim stopniu, na ile mam siły. Życie nabrało wolniejszego tempa, ale nie oznacza, że żyję biernie, siedząc w domu i czekając na dializy. Dużo spaceruję, odpoczywam na swojej ulubionej działce pielęgnując drzewa i rośliny. Uwielbiam ciszę i spokój, a obcowanie z przyrodą daje wielką satysfakcję. Dializy to nie jest nic strasznego, a cztery godziny leżakowania można traktować jak pewnego rodzaju relaks. Bywają dni, kiedy występują skurcze nóg, spada ciśnienie krwi, ale wszystko można przeżyć i wytrzymać mając wolę życia. Jedyne czego mi brakuje, to spontanicznych decyzji jak kiedyś np. wyjazdu nad morze czy w góry. Teraz muszę wszystko zaplanować i poruszać się tam, gdzie są wyznaczone miejsca dializowania. Nie czuję się zbyt komfortowo na drugi i trzeci dzień po dializie, ponieważ w moim przypadku cała woda, która się gromadzi uwidacznia się na twarzy i w okolicach oczu, na powiekach. Twarz wygląda, jakby była opuchnięta, a wzrok natychmiast się pogarsza. Zamiast nóg, czuję jakbym miała szcudła i poruszam się jak paralityk. Z chwilą rozpoczęcia dializy objawy ustępują. Czasem po dializie odczuwam wewnętrzne kołatanie, niepokój. Nauczyłam się opanować strach, lęk, choć bywa, że sięgam po tabletkę, kiedy pojawiają się wzmożone duszności i trzepotanie serca. Nie wiem jak ja to robię, ale nie myślę o chorobach, mam ich więcej niż jedną, więc o której miałabym myśleć. Każda z nich jest poważna i wiem jakie są konsekwencje tych chorób - więc nie myślę nadto o żadnej.

Żyję i cieszę się każdego poranka. Piję kawę w umiarkowanych ilościach. Nie piję alkoholu i nie stosuję żadnych używek. Wiem, że moje choroby są nieodwracalne, zatem nic innego nie pozostało mi robić, tylko żyć w pokorze z nadzieją i wiarą, oby życie trwało jak najdłużej. W szpitalu im Barlickiego w Łodzi, gdzie się dializuję jest wspólna personel medyczny, a lekarze dbają o nas kontrolując nasz stan zdrowia.

Wspomnienia wakacyjne



Piotr Maślanka

Brat Aleksy
Zgromadzenie Braci Albertynów w Krakowie

Z krakowskiego Kazimierza do Nowej Huty jest niespełna 11 km i ja tę trasę pokonuję trzy razy w tygodniu. Co dwa dni w Centrum Dializ Fresenius Nephocare Polska spędzam ponad cztery godziny, które dzięki życzliwości personelu mijają szybko i bezboleśnie. Od czasu, gdy 26 maja 2022 roku zacząłem tu dializy, udało mi się przez te wszystkie wizyty zbudować z pozostałymi 15 pacjentami na mojej

zmianie całkiem przyjazną ekipę.

Leżąc godzinami w trakcie dializ wiele razy myślałem sobie o planach wakacyjnych i wycieczkach, a w mojej głowie pojawiało się wiele pomysłów na spotkania z rodziną, przyjaciółmi i odwiedzenia miejsc poza pięknym Krakowem. Myślałem, że kilkudniowa wycieczka mogłaby być problemem, ale okazało się, że dzięki możliwościom dializ w innych ośrodkach dializ mogłem swoje marzenia spełnić. Pierwszym celem moich wakacji były rodzinne strony koło Żywca i tam udałem się w połowie roku. Czerwiec jest pięknym i ciepłym miesiącem, a moja rodzinna wieś Rybarzowice położona jest u stóp pasma Beskidu Żywieckiego oraz Małego, między szczytem Skrzyczne a Jeziorem Żywieckim. Jest to wieś tradycyjna i niewyróżniająca się w tych okolicach. Posiada niespełna 4000 mieszkańców, jeden Kościół parafialny, szkołę i dwa cmentarze. Z Rybarzowic do Żywca miałem kilka minut samochodem, więc mogłem wygodnie spędzać czas z rodziną, a co dwa dni jeździć na dializy do Centrum Dializ Fresenius w Żywcu. Tak więc miałem możliwość poznać innych pacjentów i zobaczyć tamtejszy personel w akcji.

Pobyty w rodzinnych stronach polegał głównie na sprawowaniu opieki nad starszym już wiekiem (lat 89) moim ojcem Julianem. Wykorzystując piękno naszego krajobrazu często organizowałem wycieczki samochodowe, zwiedzając z Tatą pasmo naszych gór oraz organizując wypadki nad pobliskie jezioro. Będąc na miejscu w domu, również aktywnie brałem udział w rodzinnych uroczystościach: urodzinach moich kuzynów czy roczek małego Bruna u siostrzeńca Łukasza. Oczywiście codziennych planowanych obiadów i podwieczorków oraz przygotowywanych spotkań przy grillu było znacznie więcej.

Inną formą wspólnego odpoczynku z moim kochanym Tatą były wypadki samochodowe do znanych nam pobliskich Sanktuariów. Zaczęliśmy od Sanktuarium Matki Bożej Królowej Polski w Szczyrku, które usytuowane jest na wysokości 670 m. n.p.m w północnej części tej miejscowości., w miejscu potocznie zwanym „Górką”, przy szlaku turystycznym ze Szczyrku na Klimczok. Jest to miejsce licznych pielgrzymek do cudownego obrazu Matki Bożej i cudownego źródła. Kolejną miejscowością naszych wspólnych podróży był Hałcnów, dzielnica zwyczajowa w północno-wschodniej części Bielska-Białej. Była to mała osada śródleśna założona pod koniec XIII wieku i aż do 1977 roku stanowiła odrębną wieś. Obecnie jest dzielnicą Bielska-Białej, położoną pomiędzy wzgórzami Bark i Hałcnowska Góra. Hałcnów w XV wieku stał się własnością szlacheckiego rodu Hałcnowskich, a potem byli m.in. Żydowscy, Prószyńscy i Czeczowie. To właśnie na tym terenie znajduje się późnobarokowy kościół Nawiedzenia N.M.P. z końca XIII wieku z cudowną figurą Matki Bożej Bolesnej. Powstanie kościoła, a następnie wyodrębnienie parafii wiąże się ściśle z kultem Matki Bożej Bolesnej. Następnym punktem naszej wspólnej trasy była wieś Rychwałd, w której znajduje się Bazylika Św. Mikołaja i Sanktuarium Matki Bożej Rychwałdzkiej. Obiekt kultu

stanowi XV-wieczny obraz Matki Bożej nieznanego autorstwa, podarowany miejscowej parafii w 1644 roku, który znajduje się w Bazylice mniejszej, która jest Kościołem Parafii pw. Świętego Mikołaja.

Drugi etap moich wakacyjnych wypadów polegał na wspólnym rodzinnym wyjeździe nad nasze piękne morze. Po kilku postojach na tankowanie i uzupełnienie kalorii, w godzinach wieczornych dotarliśmy do wsi Wicie, położonej koło Jarosławca. To mała rybacka wioska nad Bałtykiem, licząca niespełna 72 mieszkańców. W sezonie letnim przebywających w niej turystów jest około 5000. Nasz wspólny pobyt w domu wypoczynkowym „Bałtyk” minął szybko na spacerach wzdłuż brzegu morza, kąpielach słonecznych i morskich oraz na zabawach z dziećmi. Organizowaliśmy też wypadki rowerowe do Jarosławca na lody (fot. 1). Wszystkie te uciechy były co drugi dzień przerywane moimi wyjazdami na dializy do Koszalina. W tutejszym Centrum Dializ Fresenius byłem przyjęty z wielką życzliwością i otwartością. Pani Doktor Małgorzata wytłumaczyła mi na wstępie wszystkie procedury pracy tej stacji, więc dowiedziałem się wielu ciekawych rzeczy. Otrzymałem trzecią zmianę dializ, czyli od godziny 18:00 do 22:05. Nie przeszkadzało mi, że po dializach do ośrodka „Bałtyk” przyjeżdżałem blisko północy. Za to rano mogłem spać dłużej i wypoczywać po nocnych eskapadach, bo przecież byłem na urlopie.

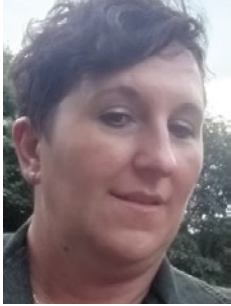
Moje wakacyjne podróże mogły odbyć się tylko dzięki możliwościom korzystania z gościnnych hemodializ w innych stacjach. Jeszcze raz chciałem podziękować całemu personelowi medycznemu Centrum Dializ Fresenius w Koszalinie, Krakowie i Żywcu, dzięki któremu mogłem spędzić piękne chwile z moją kochaną rodziną. Serdecznie z tęsknotą ją pozdrawiam, jak również moich Braci Albertynów oraz przyjaciół i znajomych.



Fot. 1. Nadmorskie wypadki rowerowe

WYDARZENIA

30 lat dializoterapii minęło ... Historia Pani Elżbiety

**Mgr piel. Sylwia Jarosz**

Pielęgniarka Zarządzająca
NZOZ Diaverum w Gdyni

22-lata temu rozpoczęłam swoją pracę na Stacji Dializ, 9 lat temu w Stacji Dializ NZOZ Diaverum w Gdyni, gdzie pacjenci poddawani są zabiegom hemodializy oraz dializy otrzewnowej. Pomimo, iż praca jest trudna i odpowiedzialna, to jednak daje bardzo dużą satysfakcję i pokazuje, że warto pomagać drugiemu człowiekowi. Na swojej drodze poznałam wielu pacjentów, w różnym stanie i z najróżniejszymi problemami. Dziewięć lat temu spotkałam Panią Elżbietę, niezwykłą pacjentkę dializowaną w naszej Stacji, która w tym roku obchodziła jubileusz 30-lecia dializoterapii. Pani Elżbieta jest osobą wielkiego serca, uśmiechniętą, pomimo iż w swoim życiu nie jeden raz zmagając się z wielkimi problemami. Po dziś dzień stawia czoła przeciwnościom losu, zachowując przy tym wielką odwagę. Zaakceptowała swoją chorobę i stara się przekazywać dobry nastrój, który udziela się pozostałym pacjentom. Jest też szczęśliwą babcią i prababcią.



Fot. 1. Dr med. Waldemar Ślizień wręcza Jubilatce szklane serce

Przyczyną rozpoczęcia hemodializ u naszej pacjentki było odmiedniczkowe zapalenie nerek oraz nadciśnienie tętnicze, z którymi to chorobami walczy od 1966 roku. I tu rozpoczyna się jej długa ścieżka zmagania, którą dzielnie pokonuje. Dla Pani Eli 1994 rok był bardzo ważny w życiu, bowiem w styczniu została zakwalifikowana do leczenia przewlekłymi zabiegami hemodializy i już 8 stycznia miała wykonany zabieg wytworzenia przetoki tętniczo-żylniej (przetoka Cimino-Bresci) na lewym przedramieniu. Pierwszą hemodializę odbyła 16 lutego w Akademii Medycznej w Gdańsku, a później była dializowana do listopada w Stacji Dializ w Słupsku, gdzie na podróżach dializacyjnych spędzała całe dni. Szczęśliwie, już od 14 listopada 1994 roku jest hemodializowana w Gdyni, będąc tu jedną z 14 pierwszych pacjentek. Cały Zespół Stacji Dializ uczcił 30 lat dializowania Pani Eli (fot. 1, 2). W tym dniu złożono Jubilatce życzenia, gratulacje i wypowiedziano wiele ciepłych słów, a Dyrektor Medyczny NZOZ Diaverum dr med. Waldemar Ślizień wręczył Jej szklane pamiątkowe serce z napisem:

Wytrwałości i siły w dalszym leczeniu oraz wielu powodów do uśmiechu życzą Pacjentce Elżbiecie Śmichurze
Pracownicy Stacji Dializ Diaverum w Gdyni



Fot. 2. Uśmiechnięta Jubilatka wśród zespołu medycznego Stacji Dializ Diaverum w Gdyni

XXVIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

**Prof. dr hab. Monika Lichodziejewska-Niemierko**

Kierownik Zakładu Medycyny Paliatywnej,
Gdański Uniwersytet Medyczny
Ordynator Ośrodka Dializy Otrzewnowej
Kliniki Nefrologii Transplantologii i Chorób
Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum
Klinicznego w Gdańsku

W czerwcu 2024 gościnnie Lublin w osobie prof. Wojciecha Załuski, Rektora Uniwersytetu Medycznego i Kierownika Katedry i Kliniki Nefrologii w Lublinie wraz ze współpracownikami zorganizował 28 już, Konferencję Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Wśród prezentacji mogliśmy usłyszeć o nowoczesnym spojrzeniu na żywienie pacjentów z chorobami nerek – wykład wygłosił prof. Kam Kalantar-Zadeh z Los Angeles jak również o zaletach

i niebezpieczeństwach sztucznej inteligencji – wykład prof. Petera Kotanko z Nowego Yorku. Usłyszeliśmy bardzo ciekawe wystąpienia naszych polskich ekspertów dotyczące nowych terapii leczących chorobę nerek i spowalniających postęp przewlekłej choroby nerek. Dyskutowaliśmy nad koniecznością sformalizowanej edukacji chorych z niewydolnością nerek i oferowaniem dializoterapii „na miarę”, przyjaznej, uwzględniającej cele i priorytety pacjenta. Ciekawa sesja dotyczyła postępów

w kwalifikacji chorych do przeszczepienia nerki i dawstwa żywego. Poruszono również aktualny temat leczenia dializami w czasie konfliktów zbrojnych i nasilonej migracji. W sesji plakatowej przedstawiono pracę o podróżowaniu pacjentów hemodializowanych, w której podkreślono konieczność dostępu do informacji na temat dializ gościnnych. Informacje na temat możliwości podróżowania i dializ gościnnych znajdziecie Państwo w każdym numerze Dializa i Ty.



XVI Krakowskie Dni Dializoterapii im. Profesora Olgierda Smoleńskiego 5-7 września 2024 r.



Dr Michał Śmigieński

Ordynator Stacji Dializ Fresenius Nephrocare w Krakowie

W dniach 5-7 września 2024 roku w Krakowie odbyły się po raz szesnasty Krakowskie Dni Dializoterapii, które są konferencją szkoleniową pod patronatem naukowym Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, a ich organizatorem była Fundacja Amicus Renis. Celem konferencji, w której uczestniczą lekarze nefrolodzy, pielęgniarki, dietetycy, fizjoterapeuci, psychologowie i technicy dializacyjni z całej Polski jest przekazanie aktualnych informacji na temat zagadnień dotyczących opieki nad pacjentami dializowanymi oraz po przeszczepieniu nerki, by pacjenci byli leczeni zgodnie z najlepszymi standardami.

Sesje poświęcone były wszystkim metodom leczenia nerkozastępczego. Istotną część wykładów dotyczyła hemodializoterapii, będącej główną metodą leczenia nerkozastępczego w Polsce. Ponadto omawiano kwestie dotyczące dostępu naczyniowego oraz metody dializoterapii w ujęciu alternatywnym, w tym metodę domowej dializoterapii.

Dializie otrzewnowej z udziałem lekarzy, pielęgniarek oraz fizjoterapeutów poświęcono dwie sesje, które obejmowały takie zagadnienia, jak szkolenie przeddializacyjne, dostęp do dializy otrzewnowej, opiekę nad pacjentami dializowanymi otrzewnowo z punktu widzenia pielęgniarki oraz rolę aktywności i ćwiczeń fizycznych u dializowanych otrzewnowo z uwzględnieniem barier i bezpieczeństwa programów treningowych. Nie zabrakło też zagadnień dotyczących przeszczepienia nerki, która jest najlepszą metodą leczenia nerkozastępczego. Pani prof. Alicja Dębska-Ślizień zaprezentowała poradnik dla pacjentów i ich bliskich

„Transplantacja nerki od dawcy żywego”.

Ponadto tematem dyskusji były takie problemy jak leczenie powikłań przewlekłej choroby nerek, otyłość i niedożywienie pacjentów dializowanych. Bardzo aktualną tematykę podjęto w sesji dotyczącej nefroprotekcji, czyli ochronnego działania na funkcję nerek m.in. poprzez zastosowanie nowych leków, czy ostrego uszkodzenia nerek u pacjentów kardiologicznych i onkohematologicznych.

Ważnym elementem praktycznym konferencji były warsztaty dotyczące dostępu naczyniowego, w których zapoznawano uczestników m.in. z nowymi technologiami w zakresie nakłucia przetok tętniczo-żylnych oraz opieki nad cewnikami tunelizowanymi do hemodializ.

Swój głos w programie konferencji mieli również pacjenci. Punkt widzenia pacjenta prezentował prof. Rajmund Michalski - pacjent i równocześnie prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki. Pragnę nadmienić, że podczas Gali otwarcia XVI Krakowskich Dni Dializoterapii Fundacja Amicus Renis doceniła ogromne zaangażowanie i nieocenioną pracę OS Moje Nerki we wspieraniu pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i ich bliskich, wpływając na poprawę jakości ich życia, edukowanie społeczeństwa oraz promowanie idei transplantacji i badań profilaktycznych. Na ręce Prezesa prof. Rajmunda Michalskiego został przekazany medal „Amicus Renis” (fot. 1). Redakcja „Dializa i Ty” składa serdeczne gratulacje i życzy dalszych sukcesów w działaniu na rzecz pacjentów.



Fot. 1. Dr A. Smoleńska - Prezes Fundacji Amicus Renis wręcza medal „Amicus Renis” prof. R. Michalskiemu



WEBINAR EDUKACYJNY DLA PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBAŁ NEREK I ICH RODZIN

12 grudnia 2024 godz. 18.00

Strona Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
w Gdańsku uck.gda.pl

Masz wpływ na sposób leczenia przewlekłej choroby nerek !

O tym jak spowolnić postęp przewlekłej choroby nerek i jaką metodę leczenia wybrać w przypadku schyłkowej ich niewydolności będzie można dowiedzieć się podczas webinaru w dniu 12 grudnia 2024 o godz. 18.00. Link do platformy internetowej będzie dostępny w grudniu na www.uck.gda.pl.

Szkolenie przeddializacyjne, nazywane szerzej edukacją w chorobach nerek jest w wielu krajach i ośrodkach standardem, a często również refundowaną procedurą. W Polsce, niestety, nawet program koordynowanej opieki nefrologicznej nie zawiera konieczności organizacji ośrodka edukacyjnego, a pacjenci otrzymują na ogół jedynie informacje, niewystarczające do przestrzegania zaleceń, dotyczących przyjmowania leków, odpowiedniej diety, stylu życia i aktywności fizycznej, tak istotnych dla spowolnienia progresji niewydolności nerek. Edukacja jest również niezbędna do podjęcia trudnych decyzji o sposobie postępowania w okresie schyłkowej niewydolności nerek. Decyzja o wyborze tzw. terapii nerkozastępczych takich jak dializa otrzewnowa, hemodializa, przeszczepienie nerki, czy utrzymanie leczenia zachowawczego, przy braku medycznych przeciwwskazań do każdej z nich, powinna należeć do chorego. Powinna być ona podjęta na podstawie dostępu do profesjonalnej edukacji oraz przy uwzględnieniu celów i priorytetów chorego.

Jako podstawową formę edukacji w chorobach nerek, Klinika Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku dwa razy w roku organizuje zdalne spotkania dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i ich rodzin. Celem jest omówienie możliwości spowolnienia postępu choroby oraz przedstawienie metod leczenia w okresie schyłkowej niewydolności nerek.

PROGRAM WEBINARU:

Moderator: prof. Monika Lichdziejewska-Niemierko

Przewlekła choroba nerek – podróż życia: prof. Monika Lichdziejewska-Niemierko, Klinika Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych UCK (14')

Dializa domowa, czyli leczenie dializą otrzewnową: lic. Ewa Malek, Klinika Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych UCK (7')

Sztuczna nerka, czyli leczenie hemodializą: mgr Beata Białobrzaska, Klinika Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych UCK (7')

Przeszczepienie nerki – korzyści i ograniczenia: prof. Alicja Dębska-Ślizień, Klinika Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych GUMed i UCK (7')

Dieta, ważny aspekt leczenia przewlekłej choroby nerek: dr Małgorzata Kaczkan, Zakład Żywienia Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (14')

Pytania i odpowiedzi (11')

IV Ogólnopolski Dzień Osób Dializowanych 8 listopada 2024 roku – Kielce



Prof. dr hab. Rajmund Michalski
Prezes OSMN

Ogólnopolski Dzień Osób Dializowanych (ODOD) został zainicjowany w 2021 roku przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki (OSMN www.moje-nerki.pl), a konkretnie Panią Dorotę Ligęzę, osobę hemodializowaną przez 20 lat, obecnie wiceprezes OSMN i 14 lat po przeszczepieniu nerki. Obchodzony jest co roku **8 listopada** i nawiązuje do dnia wykonania pierwszej hemodializy w 1958 roku w Poznaniu. Dzień ten jest okazją do zwrócenia większej uwagi na problemy pacjentów dializowanych oraz do podniesienia świadomości na temat chorób nerek jako globalnego problemu zdrowia publicznego.

Dializoterapia w znacznym stopniu wpływa na życie pacjenta, dlatego niezwykle ważne jest indywidualnie dostosowanie leczenia. Pacjent stojący przed wyborem metody dializoterapii powinien być świadomy wszystkich dostępnych metod leczenia oraz powinien wiedzieć, że jest w centrum procesu terapeutycznego. Każdy pacjent powinien mieć szansę stosowania takiej terapii, która będzie dla niego najbardziej skuteczna, ale też dzięki której, w miarę możliwości, nie będzie musiał rezygnować z dotychczasowego życia. Dlatego bardzo ważną jest możliwość spokojnej, przyjaznej rozmowy z lekarzem prowadzącym, aby mógł on zaproponować pacjentowi formę leczenia najbardziej wpisującą się w styl życia, priorytety oraz preferencje pacjenta. Lekarz

powinien w zrównoważony i jasny dla pacjenta sposób przedstawić plusy i minusy każdej z dostępnych metod terapii oraz wyjaśnić ewentualne wątpliwości. Dobrze dobrana dializoterapia to nie tylko poprawne parametry badań, ale przede wszystkim taka, która jest w miarę możliwości zgodna z preferencjami i życiowymi priorytetami pacjenta.

W tym roku Ogólnopolski Dzień Osób Dializowanych organizowany był w Świętokrzyskim Urzędzie Wojewódzkim w Kielcach, którego tematem przewodnim była „**Dializa: Jakość Życia, Integracja, Świadomość**”. Celem było zwrócenie uwagi na problemy osób zmagających się z chorobami nerek, podniesienie świadomości społecznej na temat dializoterapii oraz integracja pacjentów, ich rodzin i specjalistów. Chcieliśmy, aby wydarzenie było okazją do wspólnej refleksji nad jakością życia osób dializowanych oraz okazją do promowania zdrowia i działań na rzecz osób chorych na przewlekłą chorobę nerek.



NASZE WYWIADY

Jak pozostać dłużej w formie i poprawić komfort życia będąc dializowanym?



Agnieszka Patelka
Fresenius NephroCare Polska Sp. z o.o.

Świat osoby, która dowiaduje się, że musi rozpocząć leczenie nerkozastępcze, przewraca się do góry nogami. Na szczęście nie na zawsze. Wcześniej czy później każdy pacjent układa sobie życie na nowo. Od tego, jak będzie się czuł w trakcie leczenia dializami, zależy wiele czynników – dieta, styl życia, ale też metoda leczenia. Dlatego zapytałam lekarzy i pacjentów o to, jaki styl życia i jaka metoda leczenia sprzyja dobremu samopoczuciu pacjenta.

Agnieszka Patelka: Kto decyduje o metodzie leczenia nerkozastępczego?

Dr med. Wojciech Marcinkowski, dyrektor medyczny Fresenius Nephrocare Polska: Każda osoba skierowana na leczenie nerkozastępcze ma wykonywane badania i na ich podstawie lekarz uzgadnia z chorym optymalną metodę leczenia. Czasem stan zdrowia pacjenta predestynuje go do jednej konkretnej metody leczenia, ale często jest tak, że ma on wybór pomiędzy wyprzedzającym przeszczepem nerki, dializą otrzewnową (DO), hemodializą (HD) i hemodiafiltracją (HDF). Hemodializa i hemodiafiltracja są na pozór bardzo podobne – pacjent podpięty jest do tej samej maszyny dializacyjnej i czas dializy jest ten sam.

AP: Wyjaśnijmy więc, czym różnią się te dwie metody.

WM: Obecnie, przy zastosowaniu nowoczesnych aparatów do dializy, z technicznego punktu widzenia wykonanie hemodiafiltracji nie różni się w istotny sposób od klasycznej hemodializy. Wprawdzie nie wszystkie stacje dializ w Polsce dysponują takimi aparatami, jednak ośrodki Fresenius Nephrocare wyposażone są w nie w 100 procentach. Oczywiście w trakcie zlecenia zabiegu oraz podczas jego wykonywania należy zwrócić uwagę na nieco inne parametry, jednak w ogólnym przebiegu oba rodzaje zabiegów mają podobne wymagania. Różnica pomiędzy nimi sprowadza się do procesów, które zachodzą w dializatorze. Dializa jest procesem mającym na celu usunięcie z organizmu pacjenta nadmiaru płynu oraz tak zwanych toksyn mocznicowych, czyli produktów przemiany materii, które ulegają nagromadzeniu z powodu schyłkowej niewydolności nerek. W hemodiafiltracji wysokoobjętościowej, dzięki usunięciu znacznie większej ilości płynu, zabieg staje się bardziej wydajny. Aby odnieść korzyści z zastosowania hemodiafiltracji, w trakcie zabiegu należy usunąć przynajmniej 21 litrów płynu co oznacza, że taką samą ilość, pomniejszoną o różnicę wagi, jaką chcemy uzyskać, należy podać pacjentowi. Jednocześnie dzięki kontroli podaży płynu, uzyskujemy większą stabilność hemodynamiczną chorego, czyli lepszą kontrolę ciśnienia tętniczego krwi oraz obciążeń mięśnia sercowego.

AP: Czy pacjent czuje się tak samo po zabiegu HD i HDF?

WM: Dializa jest zabiegiem ratującym życie, jednak pomimo tego często po jej zakończeniu pacjent odczuwa szereg dolegliwości, które ustępują dopiero następnego dnia, albo kolejnego, kiedy trzeba się poddać ponownemu zabiegowi. Hemodiafiltracja łagodzi te dolegliwości, pacjenci lepiej tolerują taki zabieg, szybciej „wracają” do pełni formy. Wiemy o tym zarówno z piśmiennictwa, jak i z naszych własnych doświadczeń. Jeśli natomiast mówimy o samym przebiegu dializy, to obie jej odmiany praktycznie się pomiędzy sobą nie różnią.

AP: Skoro pacjenci lepiej tolerują hemodiafiltrację, to czy u każdego pacjenta można ją stosować?

WM: Aktualnie wiemy, że hemodiafiltracja

wysokoobjętościowa wykazuje przewagę nad klasyczną hemodializą w praktycznie wszystkich grupach chorych. Niestety w Polsce zastosowanie tej metody jest zarezerwowane dla pacjentów z nadciśnieniem opornym na leczenie, dla chorych z niestabilnością hemodynamiczną i występującymi spadkami ciśnienia tętniczego krwi, dla chorych z rozpoznaną amyloidozą i u hemodializowanych kobiet w ciąży.

Mamy jednak nadzieję, że jest to sytuacja przejściowa i w niedalekiej przyszłości będzie można zaproponować tę odmianę dializoterapii wszystkim pacjentom.

AP: Czy pacjent spełniający wymienione kryteria może prosić lekarza o zastosowanie HDF?

WM: W zasadzie w chwili obecnej mamy dwa elementy warunkujące zastosowanie HDF: kryteria włączenia przyjęte przez NFZ oraz jakość dostępu naczyniowego.

Jeśli pacjent spełnia kryteria przyjęte przez NFZ, a jego dostęp naczyniowy rokuje na uzyskanie optymalnego przepływu krwi, w każdej chwili można wdrożyć hemodiafiltrację. Dlatego nic nie stoi na przeszkodzie, aby hemodializowany pacjent zapytał lekarza o możliwość zastosowania tej odmiany dializoterapii.

AP: Pacjent korzystający z hemodiafiltracji powinien mieć przetokę czy cewnik?

WM: Według ostatnich badań, hemodiafiltracja wykazuje przewagę nad hemodializą, jeśli objętość substytucji wynosi przynajmniej 23 litry/zabieg. Jedynie dostęp naczyniowy gwarantujący odpowiednio duży przepływ krwi pozwala na osiągnięcie takiej objętości substytucji. W pierwszym rzędzie mówimy więc o przetoce tętniczo-żylniej, jednak u niektórych chorych również cewnik tunelizowany pozwala na uzyskanie optymalnych przepływów. Należy jednak pamiętać o zagrożeniach związanych ze stosowaniem cewników, szczególnie o zakażeniach odcewnikowych i powikłaniach zakrzepowych. Stąd zdecydowanie lepszym dostępem jest przetoka a-v.

AP: Czy HDF zwiększa szansę na przeszczep?

WM: Nie ma badań, które pozwoliłyby jednoznacznie to stwierdzić, ale można przypuszczać, że skoro pacjent hemodiafiltrowany czuje się lepiej i jest w lepszej kondycji, to ma większe szanse na udany przeszczep.

AP: Dziękuję za przybliżenie metody HDF. Badanie Convince Study, którego wstępne wyniki opublikowano w czerwcu 2023 r. w czasopiśmie New England Journal of Medicine, wskazało szereg korzyści, jakie pacjenci mogą uzyskać przy użyciu hemodiafiltracji o dużej objętości substytucji w porównaniu do standardowego leczenia hemodializą. Najbardziej wymowna jest redukcja śmiertelności u chorych hemodiafiltrowanych w porównaniu do chorych HD o 23%.

Opinia lekarza stosującego metodę hemodiafiltracji

Dr Bartosz Kaźmierczak

ordynator Ośrodka Dializ w Gnieźnie

Z mojego doświadczenia wynika, że największą korzyść

z hemodiafiltracji odczuwalną od pierwszego zabiegu uzyskują chorzy z częstymi spadkami ciśnienia tętniczego krwi (RR) w czasie i po zabiegach hemodializy, z czym wiąże się złe samopoczucie, osłabienie, epizody zasłabnięć i omdleń. Ci pacjenci, zmieniając hemodializę na hemodiafiltrację, odczuwają znaczną poprawę samopoczucia w trakcie i po zabiegu, więc ich komfort życia istotnie rośnie.

Druga ważna grupa chorych, u których warto stosować hemodiafiltrację to młodzi dializowani – szczególnie ci z wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego krwi, którzy z różnych powodów nie są kwalifikowani do przeszczepienia nerki. Wiemy z badań, że dzięki HDF u takich chorych znacznie rosną szanse na długoletnie, lepsze życie z dializami. Trzecia grupa pacjentów, u których staram się wdrożyć hemodiafiltrację, to chorzy z wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego krwi niezależnie od wieku. Dzięki HDF mamy możliwość stabilizacji u nich całego układu sercowo-naczyniowego (układu krążenia), stabilizacji wartości RR, a to przekłada się na znacznie mniejsze ryzyko powikłań nadciśnienia tętniczego – udaru mózgu, zawału serca, niewydolności serca. Każdy pacjent ma indywidualne potrzeby, każdy jest inny, ale doświadczenie pokazuje, że każdy pacjent, u którego wdramy leczenie HDF, prędzej czy później odniesie korzyść. Efekt nie musi być spektakularny i widoczny od razu, ale w perspektywie długoterminowej HDF daje perspektywę dłuższego życia.

Moim obowiązkiem jest dostarczenie leczenia, które zapewni pacjentowi wyższy komfort życia. Jeżeli mam do dyspozycji takie leczenie, a pacjent spełnia kryteria narzucone przez NFZ, to moją powinnością jest zaoferowanie hemodiafiltracji, która najlepiej rokuje.

HDF to również korzyść farmakoekonomiczna dla płatnika. Mniej powikłań sercowo-naczyniowych (udar mózgu, zawał serca, niewydolność serca) to mniejsze koszty leczenia i hospitalizacji pacjenta. Również personel stacji dializ, prowadząc stabilny i spokojny zabieg HDF, odnosi korzyści ze stosowania tej metody.

Reasumując, hemodiafiltracja jest sposobem leczenia, który przynosi wymierne korzyści wszystkim uczestnikom leczenia nerkozastępczego, z czego możliwość dłuższego i lepszego życia pacjenta jest kluczowa!

Wypowiedzi pacjentów

Tadeusz Dąbrowski

Na początku dializoterapii czułem się fatalnie. W trakcie zabiegów hemodializy miałem dreszcze. Na szczęście lekarze zastosowali hemodiafiltrację, po zastosowaniu której wszystko się uspokoiło i teraz zabieg odbywa się bezproblemowo.

Jednym z podstawowych zaleceń, jakie otrzymałem od lekarza jest to, żeby zdrowo się odżywiać. Nie mam z tym problemu, ponieważ żona o to dba. Ona jest główną sprawczynią tego, że chodzę i żyję. Kolejnym zaleceniem jest higieniczny tryb życia. Taki właśnie prowadzę. Nie palę, nie używam alkoholu, wysypiam się i unikam stresu. Mam

pieska, z którym dużo spaceruję i on na pewno utrzymuje mnie w formie.

Dzięki temu, że stosowana jest u mnie hemodiafiltracja, a ja stosuję się do zaleceń lekarza, wszystko jest z moim leczeniem w porządku. Atmosfera na dializach w ośrodku jest bardzo dobra, co również ma duże znaczenie dla mojego samopoczucia. Jedyną uciążliwość to czas, który trzeba spędzić na dializach. Ale i do tego można się przyzwyczaić.

Dariusz Ignaczak

Po zabiegu hemodializy czułem się źle, nie miałem na nic sił. Po zmianie metody na hemodiafiltrację nie odczuwam zmęczenia, nie mam problemów ze wstawianiem i utrzymaniem diety. Właściwie mogę powiedzieć, że teraz czuję się tak dobrze, jak przed dializami. Najbardziej cieszy mnie to, że mogłem wrócić do pracy za kierownicą! Kiedyś jeździłem po Europie. Dziś rozwożę dzieci po całym powiecie. Ale czerpię od nich pozytywną energię. Jedynym mankamentem dializoterapii jest czas, który muszę spędzić na fotelu dializacyjnym. Z mojego doświadczenia wynika, że jak się nie stosuje zaleceń lekarskich to nie ma efektów. Trzeba stosować dietę, nie spożywać fosforanów i starać się, aby cukier był stabilny. Dostałem w ośrodku dializ rozpiszkę, według której sam przygotowuję sobie jedzenie. Dzięki temu, że jestem na dializach i mam robione systematycznie najważniejsze badania, jestem spokojny o to, że wszystko, co powinno być pod kontrolą, jest na bieżąco weryfikowane przez lekarza.

Uważam, że w trakcie dializoterapii trzeba żyć normalnie. Cieszę się, że mam stosowaną hemodiafiltrację i nie myślę o tym, co mnie spotkało. Stosuję się do zaleceń lekarza i skupiam się na codziennym życiu.

Wiesław Baranowski

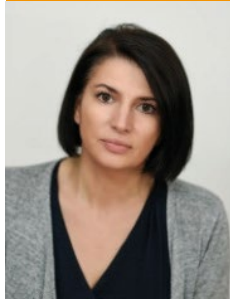
Pierwszą dializę zapamiętam do końca życia. Przyjechałem do domu, zapaliłem papierosa i zadzwoniłem do żony, która była w tym czasie u córki. W trakcie rozmowy zemdlałem. Obudziłem się po 8 minutach. To mnie tak przeraziło, że tego samego dnia rzuciłem palenie. Mogę więc podziękować dializom za to, że już nie palę.

Po pół roku hemodializy przeszedłem na hemodiafiltrację. Zmiana metody dializy nie wpłynęła na zmianę zaleceń lekarskich.

Po hemodiafiltracji, ogólnie czuję się dobrze. Moje życie zmieniło się o tyle, że muszę godzinami siedzieć na fotelu będąc podłączonym do maszyny dializacyjnej. Wychodząc na dializy z domu, mówię do żony, że idę do pracy. Przychodzę na zabieg, „robię swoje” i wracam. Nie odczuwam żadnych dolegliwości, więc nawet o tych dializach dużo nie myślę. Cieszę się, że lekarze na stacji dializ mają wspaniałe podejście do pacjentów - podniosą na duchu i nie ukryją gorzkiej prawdy kiedy trzeba. Życzę wszystkim takim lekarzy i wsparcia rodziny, na którą ja mogę zawsze liczyć. Razem patrzymy optymistycznie w przyszłość.

DIALIZY WAKACYJNE

d.HOLIDAY Fly Back: Bezpieczny powrót na przeszczep dla pacjentów dializowanych



Małgorzata Pożniak
Specjalista ds. Komunikacji
Diaverum Polska



d.HOLIDAY
FLY BACK
programme



Diaverum uruchomiło pionierski program d.HOLIDAY Fly Back, który zapewnia powrót lub pokrywa jego koszty w sytuacji, gdy pacjent musi pilnie wrócić z wyjazdu na ratujący zdrowie i życie przeszczep. Pacjenci poddawani dializoterapii wciąż często uważają leczenie za barierę przed prowadzeniem aktywnego trybu życia. Jednak dzięki nowoczesnym rozwiązaniom, dializy, a od niedawna także oczekiwanie na przeszczep nerki, nie stanowią już przeciwwskazania, by podróżować, odwiedzać bliskich czy wyjeżdżać na służbowe delegacje. To właśnie dla pacjentów oczekujących na przeszczep Diaverum uruchomiło pionierski program d.HOLIDAY Fly Back, który zapewnia powrót lub pokrywa jego koszty w sytuacji, gdy pacjent musi pilnie wrócić z wyjazdu na ratujący zdrowie i życie przeszczep.

Obecnie ponad 20 tys. osób w naszym kraju poddawanych jest dializoterapii. Konieczność częstych zabiegów, wymagających regularnej obecności w stacji dializ, sprawia, że pacjenci mają poczucie ograniczenia swobody. Efektem jest niska mobilność pacjentów, którzy rezygnują z wielu życiowych planów, w tym m.in. z aktywności społecznej, zawodowej oraz podróżowania. W szczególności dotyczy to pacjentów oczekujących na przeszczep nerki, którzy żyją ze świadomością, że w każdej chwili mogą otrzymać ratujący życie telefon, po którym niezwłocznie powinni stawić się w szpitalu.

- W Polsce na przewlekłą chorobę nerek (PChN) cierpi ponad 4,5 miliona osób, jest to jedno z najczęstszych schorzeń przewlekłych - występuje częściej niż cukrzyca typu pierwszego i drugiego razem. Leczenie nerkozastępcze, czyli między innymi dializoterapia, czy ratujący życie i zdrowie przeszczep nerki – to słowa, które zmieniają dotychczasowy tryb życia pacjentów, wpływają na relacje rodzinne i społeczne. To są elementy, które również należy uwzględnić w procesie leczenia. – podkreśla prof. Jan Duława, nefrolog, Krajowy Dyrektor Medyczny Diaverum Polska.

Specjaliści, którzy na co dzień opiekują się pacjentami nefrologicznymi, starają się wspierać ich w osiągnięciu możliwie satysfakcjonującego życia pomimo choroby – także w aspektach społecznych.

Dializy wakacyjne dają poczucie wolności

Istniejącym już od pewnego czasu rozwiązaniem są programy dializ wakacyjnych. Pozwalają one pacjentowi na skorzystanie z dializoterapii w innej stacji niż ta, z której korzysta na co dzień. Może to być np. miejsce wakacyjnego wypoczynku lub na trasie dalekiej podróży czy nieodległe miasto, w którym mieszkają dzieci pacjenta (fot. 1).

- Gdy rozpoczynałam leczenie dializami 9 lat temu, myślałam, że to koniec moich podróży. Znajdowałam się wtedy w kiepskiej kondycji fizycznej i psychicznej. Nie wyobrażałam sobie łączenia podróży z obowiązkowym leczeniem. Kiedy jednak lekarz rozwiał moje wątpliwości znowu zaczęłam o nich myśleć. Dializy wakacyjne dają poczucie wolności i możliwość oderwania się od choroby, choćby na chwilę –

mówi Joanna Bernet, pacjentka korzystająca z dializoterapii, właścicielka agencji turystycznej, organizującej wyjazdy dla osób dializowanych.

Jeden z pierwszych takich programów, pod nazwą d.HOLIDAY realizowany jest przez Diaverum, jednego z największych na świecie dostawców usług nefrologicznych. W jego ramach pacjenci mają łatwy dostęp do opieki nefrologicznej w ponad 450 ośrodkach dializ Diaverum w miastach i krajach innych niż ich miejsce zamieszkania. Programy takie jak FLY BACK otwierają przed pacjentami na liście do przeszczepu nie tylko nowe możliwości, ale także dają nadzieję na życie pełne aktywności mimo trudnej sytuacji zdrowotnej. Świadomość, że mogą podróżować, odwiedzać bliskich czy kontynuować swoje pasje wiedząc, że w razie potrzeby mogą bezpiecznie i szybko wrócić na przeszczep, jest nieoceniona (fot. 2, 3). To właśnie dzięki odpowiedniej edukacji pacjenci zyskują pewność siebie, która pozwala im żyć pełnią życia, niezależnie od wyzwań, jakie stawia przed nimi choroba – mówi Dyrektor Joanna Borczak odpowiedzialna w Diaverum za Globalny Marketing. W Unii Europejskiej polscy pacjenci mogą skorzystać z dializ zagranicznych rozliczając je bezgotówkowo w ramach karty EKUZ. Można więc zaplanować wakacje życia lub odwiedzić zagranicą rodzinę, nie wspominając o podróżach służbowych pacjentów czynnych zawodowo.

Najważniejsza rzecz, którą chciałabym przekazać innym pacjentom, to po prostu: jedź dokąd chcesz! Kiedy już się zdecydujesz, to planowanie podróży stanie się przyjemnością. Obserwuję, że z roku na rok przybywa coraz więcej rezerwacji dializ zagranicznych. Pacjenci coraz odważniej podróżują, głównie po krajach basenu Morza Śródziemnego, do Włoch, Grecji i Hiszpanii. Moim ulubionym kierunkiem podróży jest Hiszpania. W tym roku wyjeżdżam na całą zimę w okolice Malagi, aby tam cieszyć się słońcem i korzystać z przyjaznego klimatu. Dla osoby dializowanej, jaką jestem, to prawdziwe błogosławieństwo. Będę mogła zdalnie pracować, korzystać z dializ w ośrodku Diaverum oraz wypoczywać w przepięknym miejscu. I do tego również zachęcam innych pacjentów, zorganizujcie wyjazd na miarę Waszych możliwości i po prostu cieszcie się życiem! – przekonuje Joanna Bernet.

Teraz specjaliści z Diaverum udostępnili nowe unikalne rozwiązanie dla pacjentów, oczekujących w całej Europie, w tym w Polsce, na przeszczep nerki. Tegoroczne wakacje były pierwszymi, podczas których pacjenci nefrologiczni mogli skorzystać z programu powrotnego Diaverum d.HOLIDAY Fly Back.

Program d.HOLIDAY Fly Back pozwala na najszybszą i bezpłatną podróż powrotną z pobytu za granicą w sytuacji, gdy pacjent korzystający z dializ wakacyjnych (programu d.HOLIDAY) otrzyma pilne wezwanie do przeszczepu. Diaverum w takiej sytuacji organizuje na własny koszt najlepszą dostępną opcję podróży z miejsca wypoczynku, aby pacjent mógł bezpiecznie i na czas wrócić do domu na zabieg. Program dostępny jest obecnie na rynku

europejskim dla każdego pacjenta podróżującego po Europie i otrzymującego leczenie w klinikach Diaverum. Ma możliwość wspierania tysiąca pacjentów oczekujących na przeszczep nerki – wyjaśnia Elenor Mårtensson, d.HOLIDAY Global Customer Manager w Diaverum, odpowiedzialna w centrali firmy za program Fly Back.

Tylko w Polsce pacjentów, znajdujących się na liście oczekiwania na przeszczep, jest ponad tysiąc. Jak podkreśla doktor Domingos Machado, nefrolog i globalny ambasador transplantacji Diaverum, pacjenci oczekujący na przeszczep są pod telefonem 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu. Ponieważ poszukiwanie zgodnego dawcy może trwać od kilku miesięcy do nieraz kilku lat, jest to długoterminowe ograniczenie możliwości podróżowania pacjenta.

Rozłąka z rodziną i przyjaciółmi, brak możliwości odwiedzenia dzieci, czy wnuków, niemożność zmiany otoczenia, uczestniczenia w wydarzeniach, czy choćby krótkiego weekendowego wypadu oznacza ogromne koszty społeczne i negatywnie wpływa na dobrostan pacjenta. Program wychodzi naprzeciw tym potrzebom pacjentów i znacząco zwiększa ich mobilność. Dzięki niemu pacjenci mogą podróżować, nie obawiając się o najszybszy możliwy powrót, gdyby zaszła taka potrzeba – dodaje doktor Machado.

Chcąc skorzystać z uruchomionego przez Diaverum programu wystarczy spełnić trzy proste warunki. Pacjent w czasie swojego wyjazdu powinien korzystać z dializ wakacyjnych w jednej z klinik Diaverum (nie jest wymagane, by pacjent był pacjentem Diaverum w swoim macierzystym kraju), powinien powiadomić klinikę wakacyjną, że jest aktywny na liście przeszczepów oraz przebywać w jednym z 42 krajów Europy, w których działa program.

Skorzystanie z programu jest bardzo proste, wystarczy skontaktować się z europejskim call center programu pod nr **+46 10 334 05 61** (w dni powszednie od 8:30 do 16:30 CET). Następnie konsultanci przygotowują plan podróży i zarezerwują bilety na pierwszy i najszybszy dostępny środek transportu (samolot, pociąg, autobus itp.), a także zajmą się



Fot. 1 Przyjazd do dzieci

wszystkimi dodatkowymi ustaleniami dotyczącymi transferu – gdyby np. pacjent w drodze do szpitala musiał odebrać z domu dokumentację medyczną. W programie istnieje też możliwość, by pacjent sam dokonał odpowiednich rezerwacji, otrzyma wtedy pełny zwrot kosztów podróży od Diaverum.

Więcej informacji w języku polskim na temat programu d.HOLIDAY Fly Back znaleźć można na stronie Diaverum Polska: <https://bit.ly/PROGRAM-DIAVERUM-FLY-BACK>



Fot.2. Urlop z rodziną



Fot.3 Kajakarstwo to moja pasja

Wakacje z dializami w Trapani z Mucaria Dialisis Center



Dorota Wolańska

Ośrodek Dializ Fresenius w Piasecznie

Nie było mi łatwo zdecydować się na ten wyjazd. Cały czas myślałam: - co będzie jak stanie się coś z przetoką, czy pielęgniarki poradzą sobie z wkłuwaniem, a jak porozumiem się w obcym kraju, bo nie znam języka. Na szczęście Mucaria Dialisis Center na Sycylii organizuje prawie wszystko (noclegi, przejazd na miejsce zakwaterowania, dojazdy na dializy..). Oferta jest specjalnie przegotowana pod daną osobę. Byłam z rodziną i mieszkaliśmy w 2-pokojowym apartamencie. Nie chciałam płacić za wyżywienie, co okazało się słuszne. Dzięki temu mogliśmy próbować lokalne specjały na obiad, czy też przeróżne wspaniałe desery do aromatycznej kawy. Spacerowałam codziennie po 2-3 razy, moczyłam nogi w jeszcze niezbyt ciepłym morzu, co podniosło moją kondycję i wzmocniło odporność (fot. 1). A najważniejsze - nie czułam się tu jako osoba chora. Oderwanie się od monotonii i codzienności pozytywnie wpłynęło na moją psychikę. Codzienne odkrywanie nowych terenów, spokojne

spacery, jazda rowerem elektrycznym czy podróż statkiem pozwoliły mi zapomnieć o chorobie. Nawet nie zdawałam sobie sprawy, że jestem tak zmęczona codziennym życiem. Uwielbiam morze i mogłam nad nim siedzieć godzinami. Co do stacji dializ, to już na początku miłe byłam zaskoczona. Pani Ania bardzo serdecznie otoczyła mnie wszechstronną opieką, przekazując materiały dotyczące ważnych miejsc do zwiedzenia w okolicy, a co najważniejsze zaprowadziła mnie na pierwszą dializę i wszystko dokładnie wytłumaczyła. Była też zawsze na miejscu i w każdej chwili służyła pomocą. A co mnie jeszcze zaskoczyło – to posiłek w czasie dializ: kanapka, woda, kawa i herbata. Na łózkach koldra i poduszki. Personel bardzo miły i życzliwy.

Polecam Wszystkim niezdecydowanym taki wyjazd, by oderwać się od choroby, od codziennej monotonii, aby nabrać energii i zacząć żyć inaczej.



Fot. 1. Relaksacyjne brodenie w przejrzystym morzu



Fresubin® PLANT-BASED Drink

Żywność medyczna zawierająca w 100% roślinne składniki.

Dieta wysokoenergetyczna (1,5 kcal/ml), wysokobiałkowa, o wysokiej zawartości witaminy D, przeznaczona do postępowania dietetycznego w niedożywieniu lub ryzyku niedożywienia w szczególności u pacjentów ze zwiększonym zapotrzebowaniem białkowo-energetycznym. Zawiera 100% białka roślinnego (soja) oraz błonnik. Nie zawiera białka mleka i laktozy, bezglutenowa.

Odpowiednia dla wszystkich rodzajów diet roślinnych; fleksitarian, wegetarian i wegan.

Materiał przeznaczony dla personelu medycznego.



Wysoka zawartość białka (20% energii = 15 g/butelka) pozyskiwanego z wysokiej jakości białka sojowego, co zapewnia korzyści kliniczne, funkcjonalne i odżywcze¹³

Wysoka zawartość witaminy D (7,5 µg na butelkę) przez co wspiera zdrowie kości i pomaga zmniejszyć ryzyko złamań⁴

Dieta kompletna pod względem odżywczym* zawierająca witaminy, minerały i pierwiastki śladowe odpowiednie dla wegan⁵

Z błonnikiem aby wspomagać pracę jelit⁶

www.zywieniemazaczenie.pl

*zawiera wszystkie makro i mikrośladki

**nie zawiera składników pochodzenia zwierzęcego