

Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 1(19) 2013

DIALIZA i Ty



Wydanie zawiera materiały edukacyjne
dla pacjenta z wtórną nadczynnością przytarczyc

ISSN 1644-5139



DIALIZA i Ty

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

Dializa i Ty – Kwartalnik dla chorych z niewydolnością nerek
NR 1(19) 2013, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:

prof. dr hab. med. Olgierd Smoleński

Zastępca redaktora naczelnego:

dr n. med. Adam Markiewicz

Sekretarze redakcji:

lek. med. Michał Śmigieński

lek. med. Monika Stojak-Zemlik

Wydawca:

Fundacja Amicus Renis

os. Złotej Jesieni 1; 31-826 Kraków

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych

ul. Wilczy Stok 12; 31-237 Kraków

Sekretariat-biuro:

Danuta Maliszewska

tel. 12 646 85 65

faks 12 646 88 02

e-mail: olgierd.smolenski@fmc.pl

Michał Dębski-Korzec

kom. 691 586 848

faks 12 625 46 13

e-mail: osod@osod.info

Komitety naukowe kwartalnika:

dr med. Wacław Bentkowski

dr med. Krzysztof Bidas

prof. dr hab. med. Stanisław Czekalski

prof. dr hab. med. Alina Dębska-Ślizień

prof. dr hab. med. Ryszard Gellert

prof. dr hab. med. Ryszard Grenda

prof. dr hab. med. Władysław Grzeszczak

prof. dr hab. med. Marian Klinger

prof. dr hab. med. Andrzej Książek

prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko

prof. dr hab. med. Jacek Mannitius

prof. dr hab. med. Michał Myśliwiec

prof. dr hab. med. Kazimierz Ostrowski

prof. dr hab. med. Irena Pietrzak

prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

prof. dr hab. med. Władysław Sułowicz

dr med. Antoni Sydor

prof. dr hab. med. Zofia Wańkowicz

prof. dr hab. med. Andrzej Więcek

dr med. Rafał S. Wnuk

prof. dr hab. med. Danuta Zwolińska

dr Iwona Mazur

Zdjęcie na okładce: JOANNA KULAWIK

Rysunki: KRZYSZTOF KMIEĆ

W numerze:

3 Słowo od Redakcji – prof. dr hab. med. Olgierd Smoleński
„Dzień” – Bogusława Wyporska

4 Ludzie listy pisać

Koleje losu pacjenta nefrologicznego – Rajmund Michalski

Odpowiedź na list Pani Ani Andrzejewskiej –

dr med. Dorota Lewandowska

Podziękowania – Sylwia Rodak

6 Diariusz chorego

Alina Brożkiewicz-Ster

8 Listy znad morza

Kuszenie i kusiciele –

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

10 Kącik literacki

Nie odchodź Julio (cz. II) – Ewa Barańska

Wiersze – Jerzy Hyska

14 W oczach lekarza

Dlaczego przewodnienie jest groźne u chorych

dializowanych (cz. I) –

prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk

Solić czy nie solić? – oto jest pytanie –

prof. dr hab. med. Jerzy Gluszek

18 Pielęgniarka radzi

Gdzie jesteś? – czyli cztery etapy adaptacji do choroby –

Anna Bolek

19 Nasz chleb powszedni

Co na naszym stole? Zalecenia dietetyczne dla pacjentów

hemodializowanych – mgr Sylwia Rodak

22 Głos Stowarzyszenia

Światowy Dzień Nerek w Małopolsce –

Michał Dębski-Korzec

VII Mikołajkowa Konferencja dla Pielęgniarek

Dializacyjnych – Michał Dębski-Korzec

Niech celem mojego życia nie będzie dializa –

Ryszard Witek

Obchody Światowego Dnia Chorego –

Magdalena Mazurek

27 Ruch to zdrowie

Po transplantacji na narty biegowe... a na dializach? –

Krystyna Murdzek

Informacja na temat Konferencji

„Rehabilitacja w chorobach nerek”

34 Nasze ośrodki dializ

Piękny Beskid z dializami

32 Nasze lektury

„Z nefrologią przez świat” – autobiografia

prof. Zbysława Twardowskiego

34 Słowniczek pacjenta dializowanego

36 Poczet wybitnych nefrologów polskich

Profesor Andrzej Steciwko

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych materiałów.

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

SŁOWO OD REDAKCJI

Każdy, kto odwiedził Londyn pamięta czerwone, piętrowe autobusy. Stały się one symbolem miasta prawie takim jak Big Ben. Z czerwonymi autobusami związane jest pewne odkrycie medyczne. Lekarze zajmujący się pracownikami obsługującymi autobusy zauważyli ciekawe zjawisko. Kierowcy, którzy siedzieli w czasie pracy, zapadli znacznie częściej na schorzenia krążenia w porównaniu do konduktorów chodzących cały czas po piętrowym pojeździe. W ten sposób przekonano się, że ważnym czynnikiem (może nawet lekiem, jak mówią niektórzy) jest ruch. Wiele obserwacji potwierdziło jego zbawienny wpływ na układ krążenia. Tak zrodziła się rehabilitacja, bez której nie wyobrażamy sobie obecnie kardiologii, usprawnienia chorych po zabiegach, czy unieruchomieniu.

Dializoterapeuci przestali się dziś cieszyć z faktu, że ich chorzy żyją dziesiątki lat. Dziś naszą troską jest jakość ich życia. Powszechnie wiadomo, że przewlekłe choroby nerek wywołują miopatię mocznicową, która wraz z postępem niewydolności nerek obniża wydolność fizyczną. W chwili rozpoczęcia dializ wynosi ona ok. 50% sprawności ludzi prowadzących siedzący tryb życia. A dializy jeszcze pogłębiają ten stan, bowiem chorzy dializowani 5 godzin trzy razy w tygodniu są dodatkowo unieruchomieni w łóżku ok. 720 godzin; w roku daje to więc cały miesiąc.

Nasuwa się więc logiczny wniosek, że należy im zalecić najlepszy lek na ten stan – RUCH. Tak zrodziła się myśl wdrożenia rehabilitacji u chorych dializowanych. Mogą oni do tego wykorzystać czas zabiegu. Skonstruowano specjalne cykloergometry (stabilne rowerki), które są umieszczane przy łóżku czy fotelu dializacyjnym i chorzy pedałuja przez 30 minut. Ćwiczenia te mają dodatkowy walor – urozmaicają monotonię dializy. Przez długie lata choroby wielu pacjentów przyjmuje pasywną postawę do życia „Jestem ciężko chory i dajcie mi święty spokój”. Postawę tę można przezwyciężyć uświadamiając sobie, jak bardzo zachęcające są wyniki rehabilitacji dializowanych. Proponowane są też jej bardzo rozmaite formy. Podawani jej są chorzy w okresie predializy, dializowani hemo- i otrzewnowo oraz po przeszczepieniu nerki. Szeroką dyskusję nad tymi problemami przeprowadzimy na I Ogólnopolskim Sympozjum w Schorzeniach Nerek i Układu Moczowego, które organizuje nasza fundacja Amicus Renis we wrześniu w Krakowie. Możecie spodziewać się, że Was na pewno rozruszamy.

Olgierd Smoleński

DZIEŃ

Niebo utkane gwiazdami.
Nad górami księżyc zawieszony.
Morza, Oceany, Bory pełne zwierza.
Ukwieczone łąki, zbóż łany.
Piękna jest nasza Planeta Ziemia.
Odchodzi Księżyc, znikają gwiazdy,
Wschodzi Słońce.
Budzą się ptaki
Tajemniczo szumią drzewa
Poranny koncert rozbrzmiewa
A Słońce?
Pieści, całuje, ziemię otula szalem.
Wypędza smutki i niepokoje
Miłością napęłnia duszę człowieka.
Witaj dzień z uśmiechem.
Wybaczać bądź gotowy.
Kochaj człowieka!
Tyle się zmienia. Odchodzi.
Ginie jak igła w stogu siana
Jak poranna rosa na łące
Jak marzeń tysiące.

Bogusława Wyporska

Koleje losu pacjenta nefrologicznego

Tak się złożyło, że w ciągu zaledwie roku pisać trzeci już artykuł do czasopisma „Dializa i Ty”. Pierwszy zatytułowany *Kolejny etap mojego pięknego życia* ukazał się w numerze 2(17) w roku 2012 i dotyczył 20 lat mojego świadomego chorowania na przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek. Z kolei drugi artykuł, zatytułowany *My ludzie z cmentarza*, zamieszczony w numerze 3(18) z tego samego roku, dotyczył już etapu leczenia nerkozastępczego, czyli dializ. Minął rok od czasu, kiedy z pacjenta poradni nefrologicznej chorego na przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek zostałem pacjentem dializowanym otrzewnowo, zakwalifikowanym do przeszczepu i... pisząc te słowa jestem już po przeszczepie.

Co roku w Polsce nowe życie w postaci sprawnie funkcjonującej nerki otrzymuje około 1000 osób, a więc jest nas już kilkadziesiąt tysięcy. W tym miejscu mała dygresja – zastanawiałem się, czy w takim artykule wypada bez zgody podawać nazwiska konkretnych osób, którym tak wiele zawdzięczam, ale po przemyśleniu dochodzę do wniosku, że gdyby nie ci wspaniali ludzie to nie byłbym teraz w tym miejscu i w tym stanie, jakim jestem. A więc, jeżeli tylko redakcja czasopisma „Dializa i Ty” pozwoli, to będzie po nazwiskach.

Moja historia związana z nocnym telefonem informującym mnie o możliwości przeszczepu nerki jest klasyczna. Była sobota, 26 stycznia 2013 roku, godz. 23.10. Być może data ta była przypadkowa, ale przecież 26 stycznia to Światowy Dzień Transplantacji! Byłem już po dializie otrzewnowej w wersji ADO. Szczęśliwy, że dializę mam już za sobą i przede mną jedna z nielicznych nocy bez alarmów, nagle dzwoni telefon. Zadzwoniła Pani dr Katarzyna Gosek – mój lekarz prowadzący z Kliniki oraz Międzynarodowego Centrum Dializ w Zabrze. Z perspektywy minionego czasu mogę napisać, że to dzięki jej trosce i wspaniałemu wyczuciu moich potrzeb i możliwości trafiłem szybko na dializy otrzewnowe (których nie zamieniłbym na nic innego) i zostałem przygotowany mentalnie oraz merytorycznie do przeszczepu. Telefon odebrała moja żona, a ja w jej oczach odczytałem

jednoznaczne błaganie „Nie zgódź się na przeszczep teraz. Za kilka dni masz 50. urodziny. Wszystko już przygotowane, goście zaproszeni, lokal wynajęty”. Ale ja byłem zdeterminowany, więc podjąłem błyskawicznie jedynie słuszną decyzję. Jadę!!! Najpierw do kliniki w Zabrze, gdzie po wstępnych badaniach karetką pogotowia pojechałem do dalekiej Bydgoszczy. Na miejscu w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dra A. Jurasza byliśmy w niedzielę, 27 stycznia o godz. 7.30. Po kolejnych badaniach, myciu i goleniu czekała mnie rozmowa z Panią dr Marią Tomczak. Pierwsze moje spojrzenie i od razu byłem absolutnie pewien – „Będzie dobrze”. Pani dr Tomczak to osoba, która nie musi absolutnie nic powiedzieć, aby działać kojąco na zestresowanego kandydata do przeszczepu. Jej spokój i delikatność zadziałały na mnie chyba lepiej niż pełne znieczulenie, którego doświadczyłem dwie godziny później już na bloku operacyjnym. Wybudziłem się na sali pooperacyjnej otoczony wianuszkiem życzliwych mi ludzi, w którym był również dr hab. n. med. Maciej Słupski – chirurg, który mnie operował.

Wtedy dotarło do mnie, co się naprawdę dzieje, że jest dobrze i że warto było jechać tak daleko, ponieważ Bydgoszcz to jeden z najlepszych ośrodków transplantacyjnych w Polsce. Kierownikiem Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej jest prof. dr n. med. Zbigniew Włodarczyk, Prezes Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego, którego najbliższy XI Kongres odbędzie się właśnie w Bydgoszczy w dniach 28–30 listopada 2013 roku. Pierwszy zabieg przeszczepienia nerki od dawcy zmarłego został wykonany w Klinice w Bydgoszczy 8 maja 2000 roku, a dwa dni później przeszczepiono pierwszą nerkę pobraną od dawcy żywego. W roku 2002 ośrodek należał już do najaktywniejszych w Polsce, a w roku 2003 wykonał największą liczbę transplantacji nerek w Polsce – 114, uzyskując jednocześnie znakomite wyniki kliniczne wykonywanych zabiegów.

Nie wspominałbym tak dobrze tego miesiąca spędzonego w szpitalu, gdyby nie konkretnie ludzie tworzący miłą „rodzinną” atmosferę. Nie sposób wszystkich wymienić, ale poczynawszy od Panów Tomka

i Piotra, którzy wydawali posiłki, poprzez przesympatyczne Panie pielęgniarki (niestety nie pamiętam wszystkich imion i nazwisk), Panie z administracji, aż do lekarzy, w tym dr. Masztalerza, dr Tomczak i prof. Włodarczyka – dziękuje Wam bardzo za wszystko!!!

Moje 50. urodziny miały miejsce w klinice 6 dni po przeszczepie. Czy można sobie wyobrazić lepszy prezent niż nowa nerka na taki jubileusz? Leżąc na sali pooperacyjnej, nieco ubezwłasnowolniony (cewnik, dreny Redona, wenflony), po kilku dniach picia niegazowanej wody mineralnej marzyłem, aby napić się mojej ulubionej herbaty z cytryną. Tylko skąd tu wziąć herbatę, nie mówiąc o cytrynie? A jednak cuda się zdarzają – wieczorem w dniu swoich urodzin dostałem od Pani doktor trzy butelki wody mineralnej, dwie cytryny oraz bardzo mi potrzebną książkę o tym, jak żyć z przeszczepioną nerką. Tak jak napisałem powyżej – są lekarze, którzy wyczuwają potrzeby pacjentów, nawet ich o to nie pytając. To było bardzo miłe.

W ciągu 4 tygodni pobytu w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej miałem okazję doświadczyć, jak precyzyjnie to wszystko funkcjonuje. Wszystkim tym, którzy czekają na przeszczep, a także tym, którzy mają obiekcje, czy warto, piszę: „Nie wahajcie się, być może nie wszędzie jest tak jak w Bydgoszczy, ale naprawdę warto – przed wami nowe życie, bez dializ, bez wielu dotychczasowych ograniczeń”. Jak długo to potrwa to w dużym stopniu zależy od nas samych, naszego zdyscyplinowania i współpracy z lekarzami. A określenie, że przeszczep to nowe życie jest jak najbardziej prawdziwe i uzasadnione.

Rajmund Michalski, Zabrze

Odpowiedź na list Pani Ani Andrzejewskiej

Szanowna Pani Anno,

faktycznie w naszym kraju nie wykonujemy przeszczepień nerek od żywych dawców z niezgodną grupą krwi, gdyż jest to obciążone zwiększonym ryzykiem dla biorcy. Biorca taki wymaga dodatkowych zabiegów pozbawiających go przeciwciał i większej immunosupresji, która też nie jest obojętna. Poltransplant podjął się zatem doboru par spośród takich przypadków jak Państwa, czyli tzw. wymiany. Pani mogłaby oddać nerkę innej osobie, a potencjalny dawca dla tamtej osoby, który z podobnych względów nie może być dawcą, oddałby nerkę Pani bratu. W celu uzyskania bardziej wyczerpujących informacji proszę o podanie numeru telefonu – oddzwonię.

Warto chyba też zaznaczyć, że pierwszym etapem poszukiwania dawcy, czy to żywego, czy zmarłego, jest zgłoszenie brata do KLO (w Poltransplancie), po zakwalifikowaniu w Ośrodku Kwalifikacyjnym, o czym KLO powiadamia każdą nowo zgłoszoną osobę listem poleconym.

Pozdrawiam

dr Dorota Lewandowska
KLO, POLTRANSPLANT
dlewandowska@poltransplant.pl

PODZIĘKOWANIA

Chciałam bardzo serdecznie podziękować Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Osób Dializowanych, Pani Prezes Iwonie Mazur oraz wszystkim współpracownikom za okazane mi wsparcie i pomoc w trakcie odbywających się we wrześniu 2012 roku X Krakowskich Dni Dializoterapii. Moja czteroletnia współpraca z OSOD zaowocowała zaproszeniem mnie do Krakowa i wygłoszeniem krótkiego wykładu nt. „Nasza codzienność – dializa widziana oczami pielęgniarki dializacyjnej” w sesji pacjentów dializowanych, co było dla mnie dodatkowym wyróżnieniem. Zaskoczenie faktem nagrodzenia mnie wystąpieniem u boku słynnych i wspaniałych ludzi zasłużonych dla dializoterapii, prof. Smoleńskiego i prof. Rutkowskiego było ważnym momentem w mojej zawodowej karierze.

Pracując z pacjentami dializowanymi i tymi przygotowywanymi do zabiegu transplantacji nerki (od ponad 11 lat), często słyszałam pochwały z ich strony, jednak to dopiero OSOD nagrodził moje starania w opiece nad przewlekle chorymi na uroczystej gali. Z całego serca szczerze dziękuję, ponieważ gdyby nie pomoc Pani Prezes Iwony Mazur, której byłam gościem po zakończonej konferencji oraz Pana Michała Dębskiego-Korzec, nigdy nie miałabym możliwości uczestnictwa w tak doniosłym wydarzeniu oraz zwiedzeniu zaułków Krakowa.

Niskie ukłony dla OSOD

Sylvia Rodak

DIARIUSZ CHOREGO

ALINA BROŻKIEWICZ-STER

Drogi Czytelniku!

W poprzednim DIARIUSZU zazaczyłam, że chętnie podzielę się z Czytelnikami własną metodą na „oswojenie” tego niezbyt przyjemnego procederu, jakim jest dializa w wydaniu HEMO.

Otóż jak już wcześniej napisałam – nie jest to proces leczenia całkowicie niezależny od pacjenta. Ma on – pacjent – duże szanse wpływać na niego i jego skuteczność poprzez ilość i jakość spożywanego pokarmu. Wiadomo, że należy ograniczać ilość jedzenia, pilnując tzw. suchej wagi i jakości tegoż – unikając przede wszystkim potraw z potasem i fosforem. Bardzo trudna rzecz do wykonania – wymagająca samodyscypliny w samoograniczaniu się. Tę walkę codziennych pokus żywieniowych z własnym ciałem zna każdy pasibrzuch. Boje są nierówne i z reguły skazane na przegraną. Gdyby było mi dane poznać tajemnicę sukcesu w tej materii, byłabym zapewne osobą niezwykle znaną i szanowaną. Niestety, tak nie jest. Dlatego przedmiotem moich tu rozważań będzie: jak uporać się z psycho-fizycznym cierpieniem dializacyjnym związanym z utratą kilku godzin, w co drugi dzień tygodnia. Trwający minimum trzy i więcej godzin proces dializacyjny przy zminimalizowanym ruchu własnego ciała jest przecież – nie okłamujmy się – rodzajem wysublimowanej tortury.

Jak przytłumić swoją świadomość powyższego?

Myślę, że każdy z nas winien wypracować sobie własną, najbardziej dla siebie korzystną metodę. Ja podzieliłabym ją na dwa rodzaje. Pierwszą łagodną zwaną *lightową*. Pomysł na nią powstał po mojej wizycie u bardzo sprawnej masażystki, kobiety o potężnej posturze, która skutecznie masując mnie swymi okazałymi dłońmi, a widząc równocześnie moją pokiereszowaną lewą

rękę, zadała mi pytanie: „To znaczy, że chodzi pani na dializkę!”, „Tak!” odparłam – „na dializkę”. I musicie mi uwierzyć, że od tamtej chwili zmiękczenie groźnego słowa DIALIZA w malutką, słodką DIALIZKĘ spowodowało, że ta właściwa stała się mniej groźna, wręcz przyjazna.

Idąc dalej tym tropem proponuję tym systemem złagodzić następujące groźno brzmiące słowa: szpital na szpitalik, nerkę na nerekę, chorobę na chorobkę, lekarstwo na lekarstewko itd., itp.

Stosując te nazwy – nie tylko wyrzykowo – sami Państwo zauważycie zmianę w poważnym podejściu do swojego schorzenia na łagodne, pełne samowyzwalającego się uśmiechu! Kilkogodzinne leżenie na dializacyjnym łożu (łóżeczku) wyda Wam się odpoczynkiem (odpoczyneczkiem).

Drugą metodę nazwałam *hardcore’ową*, albowiem wymaga ona od pacjenta niezwyklego i niezwiązanego bezpośrednio z chorobą przede wszystkim fizycznego, wyczerpującego na miarę swoich możliwości wysiłku. Uwaga! Ta metoda skierowana jest do osób posiadających silną wolę i radość w samoumartwianiu się. Podejrzewam, że niewielu więc będzie mieć zwolenników. Gwarantuję za to, że jest niezwykle skuteczna, co sprawdziłam i sprawdzam na bieżąco właśnie na sobie.

Skuteczność metody pierwszej do drugiej ma się tak, jak kilka do kilkudziesięciu procent. Pierwsza jest niezwykle ulotna, jak każde słowo, a druga bardziej trwała – im większy jest Twój włożony weń wysiłek. A więc *ad rem*, Drogi Pacjencie.

Po pierwsze – musisz sobie zdać sprawę z konieczności wykonania różnych domowych prac, za którymi nie przepadasz, a które przede wszystkim lub wyłącznie musisz wykonać sam, niczym np. pójście do dentysty. Proponuję zatem: wymycie okien, niekoniecznie przedsięwzięte, poukładanie ubrań w szafie, wykonanie porządku w/i na biurku, wreszcie zrobienie segregacji w produktach spożywczych w/i na półkach kuchennych, segregacja bielizny pościelowej w tzw. bielizniarce itd., itp.

Dla panów szczególnie polecam: posprzątanie w garażu, wyrzucenie zbędnych rzeczy z ogródkowej szopy lub/i garażu itp., itd.

Po drugie – ambitny plan wykonania tego wszystkiego wdrażasz najpóźniej, Drogi Pacjencie, na drugi (wolny) dzień po dializie, tak, aby udanie się na następną dializę i sama dializa wydała Ci się błogosławieństwem w bezruchowym nareszcie wielogodzinnym wypoczynku!

Zaiste, powiadam Wam ta metoda zwana również „na Szekspira”, czyli – według jego słów – „w tym szaleństwie jest metoda” – przynosi niezwykle udany efekt. Zachowawczy proces leczeniowy określany dializą wydaje Ci się wówczas oczekiwanym zbawieniem, wypoczynkiem, odreagowaniem, spokojem ducha i ciała. Systematycznie i sumiennie wdrażając ją w życie, najprawdopodobniej, będziesz mógł na dializie skorzystać z trzeciej, pośredniej metody jej osławiania, tzn. podczas HD bardzo szybko i spokojnie zapadniesz w sen, wykorzystując w tzw. międzyczasie spadające podczas jej trwania Twoje ciśnienie krwi.

W tym miejscu, dla złagodzenia powyższej metody i uświadomienia sobie celowości naszego systemowego leczenia, nie mogę nie opisać pozornie nieprzylegającej do naszej leczeniowej traumy kontrowersyjnej postaci artystki, zwanej babcią *performance’u* – niejakiej Mariny Abramović. Jest ona z pochodzenia Serbką, a zbieżność nazwisk z rosyjskim multimilionerem, przyjacielem prezydenta Putina, jest zupełnie przypadkowa.

Otóż kobieta ta, dobrowolnie i dla dobra sztuki (!) poddaje się systematycznie bólowi i nicnierobieniu. Uprawia, bowiem tzw. *body-art*, czyli sztukę ciała. Publicznie zadaje sobie ból np. podgrzewając ranę, aby bardziej krwawiła, lub stosując okłady z żywych węży, czy też podpalając własne ciało.

Uważa bowiem, że zadawanie swojemu ciału bólu jest sztuką. Podobnie z nicnierobieniem. Potrafi więc przesiedzieć w nowojorskim Muzeum Sztuki Nowoczesnej (MOMA) przez trzy miesiące. Zupełnie nieruchomo przez 786 godzin łącznie, tj. przez sześć dni w tygodniu po siedem godzin dziennie. Naprzeciw ustawia drugie krzesło, na którym siadają odwiedzający wystawę goście, którzy mogą siedzieć tam, ile chcą. Niektó-

rzy od trzech minut do kilku godzin. Odwiedziło ją już pół miliona ludzi, czekając niekiedy przez całą noc, aby móc dotrzeć do jej stołu.

Nie dane jest mi oceniać celowości tego typu sztuki. Samorzutnie jednak nasuwa się porównanie naszych leczniczych działań z pracą artystyczną przedstawionej tu artystki.

Wniosek – nie mamy, my Pacjenci, powodów, aby nie móc nazwać się artystami! Liczbę podaną wyżej osiągamy co prawda dopiero po ponad półrocznym okresie dializowania się, ale niejednokrotnie łącznie z bólem, nie wspominając już o wcześniejszych umartwianiach naszych ciał, celem umieszczenia w nich a to cewnika, a to przetoki...

Ponadto celowość naszego leczenia nie ulega dyskusji, czego nie można powiedzieć o *body-artcie*, ponieważ udowadnianie moim zdaniem, że ból i nicnierobienie jest wyrzeczeniem i sztuką (chyba sztuką przetrwania) jest truizmem. My przecież wiemy to najlepiej...

Kończąc, pragnę w tym miejscu, sięgając pamięcią, przytoczyć słowa jednej z Pań oddziałowych przekonujących mnie na początku do opisywanego tu leczenia.

„Dializę trzeba pokochać” – powiedziała mi wówczas. Słowa te zrobiły na mnie ogromne wrażenie, ponieważ zabrzmiały wręcz ewangelicznie! Inaczej – Jezusowe – pokochaj swego wroga! Rany Boskie! – pomyślałam – zadanie przecież nadludzkie.

Niekoniecznie. Czas pokazał, że ja i dializa to nierozdzielna więź wcale nie z wrogiem. Z uzdrowiaczem. Nie zawsze przyjaznym, ale związek ten jest jak małżeństwo, tylko trochę toksyczne, typu: kocham cię i nienawidzę...

Składałam, więc teraz nieco z sarkazmem małżeńską przysięgę, „... że będę ci (dializo) wierna i nie opuszczę cię (chyba) do końca swych dni”.

W tym miejscu pragnę podzielić się z Państwem moimi wątpliwościami dotyczącymi jednakowoż traktowania każdego pacjenta pod względem częstotliwości i czasu trwania zabiegu. Przecież każdy pacjent różni się między sobą choćby genezą nefrologicznej choroby. Ja, jako laik, znam sześć różnych przyczyn powstania naszego schorzenia. Czy dawka tego samego leku, czas trwania dializy i jej częstotliwość ma być jednakowa dla każdego pacjenta?!



Prof. dr hab. med. BOLESŁAW RUTKOWSKI
Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
Gdański Uniwersytet Medyczny

Kuszenie i kusiciele

Kuszenie jest dość powszechnym zjawiskiem stosowanym w szczególności przez szatana lub jego pobratymców. W końcu skuteczne kuszenie naszej pra-mamy Ewy spowodowało wypędzenie z raju, na który teraz musimy ciężko pracować całe życie. W niedawnych czytaniach Ewangelii przedstawiano sceny bezskutecznego kuszenia Chrystusa podczas czterdziestodniowego postu na pustyni. Ale ostatnio głośno było także o dwóch kusicielach, którzy dokonywali tych czynności jako reprezentanci porządku prawnego. Mowa tu oczywiście o dwóch Tomkach – „małym” i „dużym”. Ten pierwszy za dużą skuteczność wykazaną w kuszeniu został nawet wybrany posłem do Sejmu RP. Można zatem przypuszczać, że ten „duży” Tomek wystartuje w najbliższych wyborach na senatora. A był on przecież małym trybikiem uczestniczącym w doprowadzeniu do procesu i skazania doktora G. Sprawa ta nie tak dawno rozgrzewała i podzieliła polskie społeczeństwo i społeczność medyczną. A przecież tak naprawdę to doktor G. był jedynie nie do końca zamierzonym celem trafionym właściwie drobnym odłamkiem podczas salwy wymierzonej w środowisko transplantologiczne. A zaczęło się to w sumie niewinnie. Otóż trzech poważnych i ważnych chirurgów transplantologów ze stolicy bardzo pogniewało się na jednego docen-

ta chirurga transplantologa, który na dodatek był dyrektorem jednego ze szpitali resortowych. Rzeczą dotyczyła podbierania albo wręcz podkupowania przez rzeczonoego chirurga dyrektora potencjalnych dawców narządów do przeszczepienia. Z góry należy uprzedzić, iż ów sprawny organizator nie popełnił żadnego przestępstwa, jedynie wypłacał szpitalowi, który prowadził potencjalnego dawcę nerki nieco większą kwotę aniżeli mający węza w kieszeni dyrektorzy szpitali, w których pracowali wymienieni wcześniej profesorowie. Na dodatek nasz docent chirurg dyrektor dysponował wolnymi miejscami w doskonale wyposażonym oddziale intensywnej terapii, co pomagało mu w przejmowaniu potencjalnych dawców do swojego szpitala. Raz jeszcze trzeba podkreślić, że wszystko to było legalne, chociaż nie do końca eleganckie, ponieważ lepiej trzeba było ustalić zdrowe zasady współpracy wzajemnej. Najważniejszy z rozgniewanych warszawskich chirurgów transplantologów napisał list do Ministra Zdrowia, którym był wówczas sławny nieżyjący kardiolog-chirurg-transplantolog. W piśmie tym zawarta była prośba o interwencję w sprawie podkupowania potencjalnych dawców. Rzeczony minister podzielił się treścią tego listu ze swoim kolegą z rządu, który zawiadywał sprawiedliwością. No i się zaczęło. Albowiem mini-

ster Z. wraz ze swym kolegą K., szefem Centralnego Biura Antykorupcyjnego, poczuli „świeżą krew”, jak dwa rasowe charty. No bo przecież, jak ktoś podkupuje, to drugi sprzedaje, a ktoś inny jeszcze płaci. No zdecydowanie jest to wszystko nielegalne, korupcyjne i paskudne. Na dodatek minister Z. miał na pieńku ze środowiskiem lekarskim z przyczyn osobistych i zatem każdy pretekst, by się na nim odegrać, był dobry. I tak zaczęła się operacja „Bazalt”. Ruszyły do działania całe oddziały wiernych agentów i w sposób daleki od metod cywilizowanych zaczęły wzywać i przesłuchiwać dziesiątki, a może setki pacjentów po przeszczepieniu różnych narządów. Główne pytania dotyczyły: ile?, komu?, kiedy?, sam pacjent lub jego rodzina zapłaciła za przeszczep. Na dodatek przeczesywano mniej lub bardziej nielegalnie zdobytą dokumentację lekarską. Tu działał właśnie wspomniany „duży” Tomek. A zgodnie z informacjami od moich własnych pacjentów przesłuchania nie tylko odbywały się o różnych porach, ale także w najmniej spodziewanych miejscach, bo dla przykładu w stojącym na skraju lasu samochodzie. Uruchomiono armię ludzi, wydano masę pieniędzy, zakłócono spokój setkom niewinnym osobom i nie wykazano dosłownie nic. Okazało się bowiem, że dobór dawca-biorca w Polsce jest zgodny z najlepszymi wzorcami światowymi i nie

idą za tym żadne pieniądze. No i jakby dla uciechy okazało się, że doktor G. dostawał jakieś pieniądze. Wprawdzie oskarżenia i scenaria były też znacznie bardziej huczne niż ostateczny wynik, ale chociaż coś znaleziono, mimo że sędzia T. uznał, że doktor G. pieniądze brał, ale niczego od tego nie uzależniał. A na dodatek jeszcze rzeczony sędzia zganiał panów Z. i K. oraz ich agentów za stosowane metody śledcze, które jako żywo zaczerpnięte były ze znanej szkoły „krwawego Feliksa”. W efekcie tych wszystkich działań doszło jedynie do zachwiania zaufania społecznego do środowiska transplantologicznego, co doprowadziło do kilkuletniego regresu w liczbie przeszczepień narządowych w Polsce. Nic dziwnego, że zjawisko to w środowisku medycznym nosi miano „efektu Ziobry”. Trzeba było bowiem kilku lat nasilonych działań, aby doszło do ponownego systematycznego wzrostu liczby przeszczepień w naszym kraju. Osobiście uważam, że stosowna dokumentacja, nawet ta zgromadzona w procesie doktora G., winna być dołączona do wniosku o odpowiedzialność polityczną dla byłego ministra Z. przedstawionego Trybunałowi Stanu. A z drugiej strony opisana historia poucza, iż nadal lepiej trzymać się zasady: „Jak pomyślałeś, to nie pisz, jak napisałeś, to nie podpisuj, jak podpisałeś, to nie wysyłaj, jak wysłałeś, to się nie dziw!”.

Wróćmy jednak do problemu kuszenia i kusicieli, albowiem miałem również taki epizod w swoim życiu. Nie dotyczy on kusicieli płci odmiennej, które wypróbowywały na mnie siłę swych kusicielskich spojrzeń, kiedy byłem piękny i młody. Rzecz bowiem dotyczy, tak jak uprzednio, kusicielskiego agenta ze służb specjalnych, ale tym razem tych z poprzedniego reżimu. Otóż na czwartym roku studiów zachciało mi się pojechać na wakacyjną praktykę studencką do Wielkiej Brytanii. Kusila mnie ta tajemnicza wyspa ze względu

na język, a po drugie miał to być pierwszy mój wyjazd za „żelazną kurtynę”. Na dodatek z dzieciństwa pamiętałem, że mieliśmy zamiar wraz z całą rodziną wymknąć się do Anglii od władzy Bolesława Bieruta i jego współpracowników, ale niestety nic z tego nie wyszło. Miałem wszelkie atuty w postaci dobrych wyników nauczania oraz dobrze zdanego egzaminu z angielskiego i stosowna komisja zakwalifikowała mnie do wyjazdu. Złożyłem zatem odpowiednie dokumenty w celu uzyskania paszportu i oczekiwałem na wyjazd. A tu pewnego dnia w akademiku rozlega się raptem krzyk: „Rutkowski do telefonu”. Dla wyjaśnienia telefon mieliśmy wtedy w domu studenckim jeden, na portierni. Okazało się, że dzwoni do mnie niejaki kapitan A. ze Służby Bezpieczeństwa, który chce się spotkać w sprawie mojego wyjazdu do Wielkiej Brytanii. Cóż miałem zrobić, umówiłem się na spotkanie, chociaż zdziwiło mnie zaproponowane miejsce naszej „randki”. Nie miał to być bowiem urząd jako taki, ale popularna wówczas kawiarnia „Monopol”. No i tam właśnie doszło do kuszenia na zasadach, że jak pan nam pomoże, to my panu pomożemy. No bo przecież samo uzyskanie paszportu nie było w owych czasach łatwą sprawą. Kapitan A. wielokrotnie podkreślał przy tym, że jest on bardzo dobrze płatnym pracownikiem, dając przy tym do zrozumienia, iż ja także mógłbym odnieść z dalszej znajomości konkretne korzyści finansowe. Zdałem sobie sprawę, że jestem łakomym kąskiem dla mojego rozmówcy. Należy bowiem dodać, że w tym czasie pełniłem funkcję (z wyboru) Przewodniczącego Rady Mieszkańców naszego akademika. Moje argumenty, że nie mam zamiaru zostać agentem, a jedynie lekarzem, nie robiły na kapitanie A. żadnego wrażenia. Doszło do następnego spotkania, na którym po kolejnej porcji kuszenia oświadczyłem, że oczywiście zależy mi na wyjeździe do

Anglii, ale nie jest to cel mojego życia. Kapitan A. przyjął te słowa niechętnie i z dużym niedowierzaniem. Zapewne nie mógł zrozumieć, że odrzucam tak, z jego punktu widzenia, kuszącą i korzystną propozycję. W ostatecznym uwolnieniu się od kapitana A. pomógł mi, co może wydawać się paradoksalne, kontrwywiad wojskowy. Zostaliśmy bowiem wraz z grupą kolegów starających się o wyjazd na zagraniczne praktyki wakacyjne wezwani przez majora z kontrwywiadu wojskowego. Tym razem spotkanie było na terenie garnizonu wojskowego, gdzie umundurowany major pouczał nas, co należy zrobić, gdybyśmy spotkali się z propozycją współpracy z obcym wywiadem. W czasie dyskusji przy piwie powiedziałem rzeczonemu majorowi o moim zdziwieniu dwutorowością działań służb specjalnych i próbach kuszenia przez kapitana A. z SB. Major dał mi wówczas słowo, iż doprowadzi do zaprzestania molestowania mojej skromnej osoby przez agenta A. Słowa dotrzymał, a co więcej, kapitan A., którego spotkałem po wielu miesiącach w poczekalni dyrekcji naszej uczelni, wręcz udawał, że w ogóle mnie nie zna. Okazało się bowiem, że był on „opiekunem” naszej Akademii Medycznej ze strony tego ważnego urzędu. Do Wielkiej Brytanii pojechałem, a jak tam było i co zobaczyłem, pewnie może być przedmiotem osobnego opowiadania. A mego kusiciela ani też wybawiciela na całe szczęście już więcej nie spotkałem. Jak widać z przedstawionych powyżej opowieści kuszenie, szczególnie przez agentów służb specjalnych jest nieodłącznym atrybutem służb niezależnie od systemu politycznego jako obowiązujące w naszym kraju.

Przed czym ostrzegam wszystkich

Wasz Bolesław

PS. A tak w ogóle, to chyba wolę kusicieli, szczególnie te z szarozielonymi oczami.

EWA BARAŃSKA



NOWE PROBLEMY JULII

Julia bez względu na to, czy przebywała w szpitalu, czy w domu musiała trzy razy w tygodniu poddawać się zabiegowi dializy. Zdaniem lekarzy przetoka goiła się prawidłowo, chociaż rwący ból promieniował od nadgarstka aż po łokieć, niekiedy do pachy, a ręka była obrzęknięta. Jednak Julia sama mogła sprawdzić,

że wszystko jest w porządku: wystarczyło przyłożyć przetokę do ucha, by usłyszeć charakterystyczny, jakby dochodzący z morskiej muszli szum. Dość szybko nauczyła się spać tak, aby nie uciskać lewej ręki, oraz pamiętać, by nie nosić na niej zegarka ani bransoletki i nie mierzyć ciśnienia. Musiała też sześć razy dziennie zakładać na przedramię opaskę uciskową i ścisnąć w dłoni gumową piłeczkę – ale to ćwiczenie często zaniedbywała lub wykonywała byle jak. Jego cel był znaczący: chodziło o rozszerzenie żył, lecz wiedziała, że w przyszłości będą one przypominać ohydne, nabrzmiałe, przebijające przez skórę żyłaki. Ale żeby tylko to. Z czasem żółknie i zszarzeje jej cera, a z każdym dniem coś się będzie w niej psuło, rozpadało, deformowało... W szpitalu obserwowała starszych pacjentów, a nocami płakała na myśl o swojej przyszłości*. Wybawieniem był przeszczep, ale można się było na niego nie doczekać.

Państwo Medyńscy również o tym wiedzieli. Z jednej strony starannie ukrywali, jak głęboko przeżywają dramat Julii, z drugiej wszelkimi kanałami szukali ratunku. Kiedy lekarze uświadomili im, że niewydolność nerek jest chorobą nieuleczalną, zdecydowali się na przeszczep rodzinny. Jednakże szczegółowe badania, które miały określić lepszego dawcę, rozwiały wszelkie nadzieje. Panią Medyńską wykluczał piasek w nerkach, pana Medyńskiego – niska zgodność tkankowa. Kaliny nie zamierzali okaleczać, ona jednak jakimś sposobem dowiedziała się o wszystkim.

– Nie rozumiem, dlaczego pominęliście mnie w tych badaniach. Mam miks waszych genów, tak jak

* Nerki nie tylko oczyszczają krew, lecz wpływają na skład i ilość płynów ustrojowych, regulują ciśnienie, pobudzają szpik do produkcji czerwonych ciałek krwi i wydzielają rozliczne hormony, które utrzymują równowagę w organizmie. Sztuczna nerka tego nie potrafi.



Julka, więc będę dla niej lepszym dawcą niż każde z was osobno.

– Ależ Kalinko, oboje z ojcem oddalibyśmy za Julkę życie, ale musimy myśleć racjonalnie.

– Czyli?

Zaskoczona tym krótkim pytaniem, pani Medyńska poszukała spojrzeniem wsparcia u męża.

– Posłuchaj, na razie mamy tylko jedną córkę chorą. Zanim narazimy na szwank zdrowie drugiej, spróbujemy poszukać innego rozwiązania – wyjaśnił spokojnie.

– Więc szukajcie, a ja równolegle się przebadam. W razie potrzeby będzie jak znalazł.

– Nie szalej, dziewczyno, proszę cię, nie szalej! – pani Medyńska nagle podniosła głos.

– Mamo, zrobię tylko test zgodności tkanek, czy jak tam to się zwie... Nikt mi przecież zaraz nie wytnie nerki. Zrozumcie, Julka czasem bywała niezdolna, ale to przecież moja siostra. Na dodatek jedyna. Czułabym się jak ostatnia świnka, gdybym nie próbowała jej ratować.

Już następnego dnia Kalina z silnym poczuciem misji udała się do laboratorium medycznego, by wykonać podstawowe badanie. Kilka dni później przeżyła szok – grupa krwi już na wstępie wykluczała ją z grona dawców.

★

Julia wciąż przebywała na zwolnieniu lekarskim i coraz mniej myślała o powrocie do szkoły. Największe ukojenie sprawiało jej wspomnianie przeżyć z pogranicza śmierci. To tęskniła do tamtego ciepłego światła, to znów miała wrażenie, że nabyła nową wrażliwość, która każe jej darowaną resztę życia poświęcić na rozwój duchowy i pomoc innym. Tymczasem gorące lato wraz ze zwiastunami nowej pory roku dotarło do progu jesieni. Na straganach pojawiły się astry, wrzosa i pierwsze grzyby, niebem przelatwały wędrownie kaczki, gęsi i żurawie, a liście coraz odważniej zmieniały barwę z zielonej na złotą lub czerwoną. W dniach między dializami wychodziła do parku, by szukać ukojenia w łagodnym cieple babiego lata.

★

„Szok ma chyba właściwości znieczulające” – pomyślał Wiktor, gdy nazajutrz przyszedł do pracy. Zamęt w głowie sprawiał, że nie docierały do niego polecenia szefa. Podnosił maskę samochodu i chwilę później zapominał, w jakim celu, a jak już sobie przypominał, miał kłopot ze skoncentrowaniem się na wykonywanej czynności. Jego myśli obsesyjnie krążyły wokół Idy, a wyobrażenia maniacko wracała do sceny w *Live Clubie*, w której kleiła się do jakiegoś dupka z Warsza-

wy. Miał pretensje do siebie, że zamiast rozkwasić facjetowi facjatę, podkulił ogon i odszedł jak zmyty. „Nie zrobiłem nic, żeby pokazać dziewczynie, że mi na niej zależy” – zarzucał sobie. Raz po raz wyjmował komórkę, żeby przez telefon naprawić błąd, lecz górę brały resztki zdrowego rozsądku – do kolejnej rozgrywki o serce Idy musiał przygotować się bardzo starannie.

Po pracy, korzystając z pięknej pogody, postanowił wrócić do domu piechotą przez park, żeby się uspokoić oraz przemyśleć swój problem. Minął fontannę, skręcił w boczną alejkę i ujrzał siedzącą samotnie na ławce Julię, jak z odchyłoną do tyłu głową przez prześwity w koronie rozłożystego jaworu obserwuje płynące po niebie chmury. Prawą ręką podtrzymywała spoczywającą na kolanach otwartą książkę, lewą, zabandażowaną w nadgarstku, bawiła się gumową piłeczką. Gdy podszedł na odległość pięciu kroków, dostrzegł, że spod jej bluzki ponad prawe ucho wystaje coś białego. Zanim zdążył ustalić, co to jest, spłoszonym ruchem podniosła wysoko kołnierzyk i nagarnęła włosy na ramiona.

– Cześć, co za spotkanie – zagaił, siadając obok niej.

– Cześć.

– Podobno byłaś chora. Już lepiej?

– Oczywiście – powiedziała, ale w jej oczach czaiło się coś tak bezdennie smutnego, że Wiktor przypomniał sobie słowa Kaliny, że z Julią jest źle.

– Skaleczyłaś się w rękę?

– Nie. Mam na niej założoną przetokę. Jak twój egzamin z algorytmów rozproszonych? – zmieniła nagle temat.

– Zdaję dwudziestego września. Jestem obkuty, więc chyba zdam.

– To już pojutrze. Przeprosiłeś się z kumplami?

– O tak, nawet popracowaliśmy razem nad programem.

– Czyli nad wykorzystaniem fraktali do zarządzania wielkimi skupiskami. Dobrze pamiętam?

– Doskonale. Czy wiesz, że istnieje fraktal Julii?

Uśmiechnęła się blade.

– Czyżby stworzył go jakiś romantycznie zakochany matematyk?

– Nie wiem nic o jego* problemach sercowych, wiem natomiast, że badał iteracje wymiernych funkcji zespolonych i... Zagalopowałem się?

– Ależ skąd. Opowiadasz bardzo interesująco.

– Otóż wpadłem na pomysł, żeby wprowadzić do programu zmienną konfiguracyjną i chyba to będzie to, co popchnie pracę do przodu. Wiesz coś o zmiennych konfiguracyjnych?

– Nic.

* Wiktor mówi o Gastonie Julii (1893–1978), francuskim matematyku, który w swojej najbardziej znanej pracy opisał własności fraktala nazwanego zbiorem Julii.

– Jeśli zacznę o nich rozprawiać, zanudzę cię na śmierć.

– Wszystko zależy od sposobu rozprawiania – zapewniła Julia i jednocześnie pomyślała, że o czymkolwiek będzie mówił w jakimkolwiek języku, będzie słuchać jego głosu jak najpiękniejszej muzyki.

Wiktor natomiast stwierdził, że kiedy opowiada o sobie, błędnie wspomnienie Idy. Był wdzięczny Julii za umiejętność słuchania. Konwersacja z nią tak bardzo odbiegała od jałowej paplaniny, w jakiej zazwyczaj uczestniczył, by uchodzić za faceta trendy, cool i jazzy, że nagle cena płacona za zażyłość z królową najseksowniejszych lasek wydała mu się zbyt wygórowana. Zwłaszcza że tuż obok siedziała dziewczyna, w obecności której doznawał czegoś znacznie cenniejszego niż fizyczne obcowanie. Więcej, utożsamiał się z nią jak z nikim innym dotąd, i ta duchowa więź sprawiła, że po raz pierwszy w życiu doświadczał tak silnego pragnienia bliskości. Miał przeczucie, że dzie-

ki Julii dane mu będzie poczuć pełnię, za którą od zawsze tęsknił.

Powoli pod drzewami zbierało się coraz więcej cieni, mrok brał w posiadanie miasto, a park powoli pustoszał. Oni jednak, pochłonięci rozmową, jakby tego nie zauważali. Dopiero wieczorny chłód uzmysłowił, że pora się rozstać.

Pod domem Julii Wiktor przypomniał sobie o drugiej książce kupionej z myślą o niej.

– Mam dla ciebie coś, co z pewnością cię zainteresuje. Moglibyśmy umówić się na jutro?

– Jutro nie mogę.

– A pojutrze?

– Pojutrze masz przecież egzamin.

– O dziesiątej. Po południu będę wolny. Siedemnaście może być?

– Jak najbardziej.

– W takim razie czekam w parku na tej samej ławce. Bez względu na pogodę – dorzucił.

JERZY HYSKA

Piękna kobieto

Kobieto dumna, kobieto piękna
Ja jestem poeta ubogi
Nie mogę nosić Cię na rękach
Nie rzucę Ci świata pod nogi

Nie mogę dać Ci pereł świata
Złota i drogich kamieni
Chciałbym jedynie ujrzeć Cię w kwiatach
W ogrodzie, wśród świeżej zieleni

Chcę widzieć w Twojej, białej dłoni
Róże perłami zroszone
I wianek kwietny na Twej skroni
Jak piękną złotą koronę

Chcę, żeby złotem Twoje ciało
Słońce przybrało w promienie
I żeby serce Twe zadrżało
Wzruszone miłości pragnieniem

Chcę, byś uniosła się ponad kwiaty
Jak piękne wiosenne motyle
Świat ubarwiła wdziękiem bogatym
I odnalazła na chwilę

Pełne zachwyty sny i marzenia
Zmieniała swe życie szare
Znalazła w świecie zła i cierpienia
Miłość, nadzieję i wiarę

Samotnej

Gdy wraca nadzieję przestraszona cieniem
Kochasz i bładzisz, gasząc swe pragnienie
Emocje do bólu, i znów przerażenie
Zostajesz sama wiedziona marzeniem

Marzysz i czekasz, drżysz, wyciągasz dłonie
Rozrywasz szaty z bólu i cierpienia
I chociaż ogień w duszy twojej płonie
Wciąż los złośliwy spycha cię do cienia

Samotna, jak róża zraniona w ogrodzie
Płoniesz, choć cień smutku w twoim sercu gości
Walczysz wciąż z losem na wietrze i chłodzie
Szukasz nadziei, ciepła i miłości

Biegniesz, przyspieszasz, bo życia ci mało
Ciągłe przed siebie, nie szukając drogi?
Lecz czy ci na dalszą drogę sił zostało?
Gdzie w tej wędrówce zanosą cię nogi?

Chcesz dogonić słońce, chwytasz się promienia
Słońce znów zachodzi, ty zostajesz w mroku
Znów zostają przy tobie wyblakłe wspomnienia
I wolne miejsce u twojego boku

A więc powracasz do domu ze smutkiem
Wspominasz dni miłe, wracają wspomnienia
I myślisz, że życie, choć trudne trwa krótko
A czas przepływa, chłodem je odmienia

Pełne miłości

Kobieto piękna, zdjęta już z traktora
Dziś mogę podziwiać twe wdzięki
Ugory kiedyś musiałaś orać
A dziś cię sławia piosenki

Dzisiaj prześliczna muzo poety
Kwitnąca, jak kwiat białogłowo
Jesteś wciąż wzorcem pięknej kobiety
Nawet, gdy jesteś teściową

Kwitłaś, jak róża, przez pokolenia
Tworząc historię ludzkości
Ty niebo, ziemię, cały świat zmieniasz
I robisz to wszystko z miłości

Ty namawiając w raju Adama
Stworzyłaś nas, ludzką rasę
Życ nie potrafisz na świecie sama
Dlatego cierpisz czasem

Chwila uniesienia

Chcę, byś był ze mną we śnie i na jawie
Był mym przewodnikiem, życiowym motorem
Byśmy przeżyli swe życie ciekawie
Zauroczeni jak Wenus z Amorem

Chcę by nasz związek pełen stabilności
Był dla nas pięknym obrazem marzenia
By został wzorcem wielkiej namiętności
I serce twoje chcę wydobyć z cienia

Od lat mnie dręczą przykre sny, koszmary
I żyć samotnie nie jestem już w stanie
Czuję się dziwnie, jak but nie do pary
Jak rzecz zgubiona w wielkim bałaganie

Chcę byś mnie zerwał, jak samotna różę
Odnalezioną wśród cierni w ogrodzie
Wziął w swe ramiona i uniósł ku górze
I niósł przez życie w miłości i zgodzie

Wierzę, że znajdziesz chwilę uniesienia
I z namiętnością wyciągniesz swe dłonie
Jeśli nie jesteś człowiekiem z kamienia
Przyjdź, ...ja tu czekam, ...stoję na balkonie

Julia

Tobie dziewczyno

Dziś słońce wstało zbudzone o świcie
Rozwiał promienie, jak cudowne włosy
Przywitało ludzi, obudziło życie
Na drzewach zawiesiło złote krople rosy

A tobie dziewczyno serce raźniej bije
Jak lilia rozkwitasz w cudownym ogrodzie
A ja życiem zmęczony, jak powój się wiję
Zbieram z drzew krople rosy, zbudzony o wschodzie

Dziś tą jedną kroplę chcę Ci podarować
Jak nektar niech ożywi Twoje serce młode
Żebyś mogła świat cały pięknem oczarować
Żebyś, lśniąc zachowała radość i urodę

Błask

Jeśli o tobie nikt dziś nie pamięta
To wiersz ten przesyłam ci... na pocieszenie
Bo czasem bywa lepsza cisza święta
Niż cień obłudnych snów pokryty cieniem

Dzielę się z tobą dzisiaj blaskiem, słońcem
Wiatrem nadziei, co piękne sny niesie
A te słowa serdeczne, szczere i gorące
Niech wrócą ci nadzieję zagubioną w czasie

ROZSTRZYGNIECIE NOWOROCZNEGO KONKURSU LITERACKIEGO

Zwycięzczykami konkursu zostały:

EMILIA BONA
MAŁGORZATA MERCZYŃSKA
ANITA KAFEL

Nagrodami są książki Slavenki Drakulić
pt. *Ciało z jej ciała*.
Redakcja kwartalnika „Dializa i Ty”
serdecznie gratuluje zwycięzczykom.

Prof. dr hab. med. JACEK A. PIETRZYK

Kierownik Kliniki Nefrologii Dziecięcej i Stacji Dializ Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie

Dlaczego przewodnienie jest groźne u chorych dializowanych?

Część I

Kiedy przed 30 laty pobierałem swoje pierwsze nauki dializy w Oddziale Dializ Bostońskiego Szpitala Dziecięcego, musiałem zapamiętać dwa prawa rządzące hemodializą, o których lapidarnie powiedział wtedy dr William Harmon, szef dializ, mój bezpośredni przełożony.

– Jacek, pamiętaj, skuteczność dializy zależy od ciśnienia dializatora, skuteczność odwadniania zależy od ciśnień panujących w dializatorze. O pozostałych szczegółach dowiesz się od pielęgniarek dializacyjnych...

Wracam po latach do tych słów poproszony przez profesora Olgierda Smoleńskiego o skomentowanie na łamach „Dializy i Ty” problemu, który dotyczy większości naszych dializowanych pacjentów, a mianowicie przewodniania. Przewodniania, czyli zatrzymywania w organizmie nadmiaru wody, którego za pomocą technik dializacyjnych – czy to dializy otrzewnowej, czy to hemodializy – skutecznie usunąć nie możemy. Problem był postrzegany od dawna i wiązał się przede wszystkim z nadciśnieniem i niewydolnością krążenia.

Z perspektywy 30 lat pracy w oddziale dializ chciałbym też jasno powiedzieć: Nie ma gorszej toksyny mocznicowej niż woda! To ona zabija naszych pacjentów. Podstępnie, przewlekle. To woda w głównej mierze dewastuje układ sercowo-naczyniowy, prowadzi do nieodwracalnych zmian w mięśniu serca, odpowiada za niekontrolowane nadciśnienie, obrzęk płuc, i wreszcie – za powikłania towarzyszące próbom jej zbyt skutecznego albo nieskutecznego usuwania. Woda jest jak powódź. Niszczy, zabija...

Sporo w ostatnich latach mówiliśmy o tym, jak zabiegi dializy uczynić bardziej skutecznymi. Wymyśliśmy różne sposoby poprawy adekwatności zarówno dializy otrzewnowej, jak i hemodializy, mając na uwadze przede wszystkim poprawę skuteczności usuwania toksyn mocznicowych. Okazało się, że bez istotnej poprawy stanu odżywienia wielu naszych pacjentów ta droga nie do końca była właściwa. Analiza dostępnych danych nt. przeżywalności pacjentów dializowanych nie napawa optymizmem. Statystycznie co piąty diali-

zowany w Polsce pacjent umiera w ciągu roku, mimo że oferuje mu się terapię nerkozastępczą na przyzwoitym poziomie. Jest pod opieką wykwalifikowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. W czym więc tkwi problem? Może w wodzie? Wodzie, której wcale tak łatwo i prosto nie jesteśmy w stanie usunąć, mimo że „ultrafiltracja zależy tylko od ciśnień...”

Z własnego doświadczenia oraz z rozmów z koleżankami i kolegami pracującymi w stacjach dializ dla dorosłych wiem, że pacjenci się przewodniają. Ci dializowani otrzewnowo, bo najczęściej źle oceniono ich suchą masę ciała, w ich otrzewnej stale obecny jest płyn dializacyjny, nadal niewielu z nich nie przestrzega ograniczenia podaży soli w diecie lub ograniczeń podaży płynów w ogóle, część z nich – wolno bo wolno – traci resztkowy klirens swoich własnych nerek, który wprowadzie wiele nie oczyszcza, ale pozwala na spożywanie większych objętości płynów. Wreszcie – po latach dializy otrzewnowej również własna błona otrzewnowa traci zdolności przepuszczania wody, mimo że wymuszamy zwiększenie ultrafiltracji poprzez podawanie coraz wyższych stężeń glukozy w dializacie lub płynów zawierających ikodekstrynę. U pacjentów hemodializowanych problemy z przewodnianiem są podobne. Nierzadko mają oni błędnie ocenioną suchą masę ciała, również i oni nie są w stanie zapanować nad wzmożonym pragnieniem i przyjmują znaczne objętości płynów. Sodem w diecie niewielu się przejmuje, tym bardziej, że sól to nie tylko sól kuchenna, ale także wiele związków używanych jako środki konserwujące w pieczywie lub wędlinach. W tej grupie chorych pojawia się również istotny problem skracania czasu hemodializy, szybko postępujący spadek klirensu resztkowego własnych nerek i indywidualnej tolerancji odwadniania, która – jeżeli przekroczona – natychmiast kończy się zespołem hipotonii śródodializacyjnej. Jej głównym objawem jest nagły spadek ciśnienia krwi i zapaść sercowo-naczyniowa (wstrząs).

W przeszłości, mówiąc o adekwatności zabiegów dializy, myśleliśmy i mówiliśmy przede wszystkim o daw-

ce dializy, która odpowiadała ilości usuniętych toksyn mocznicowych ocenianej na podstawie zachowania się stężeń markerów (mocznika, kreatyniny, beta-2-mikroglobuliny, potasu, fosforu) w surowicy krwi. Jednak już wtedy – mówiąc o dializie optymalnej (najlepszej z możliwych) – zwracaliśmy uwagę na znaczenie właściwego odwadniania. Istniało wiele dowodów na to, że nadmierne odwadnianie w czasie dializy, któremu towarzyszyły częste epizody hipotonii śróddializacyjnej, wiązało się z pogorszeniem rokowania, częstymi hospitalizacjami, zwiększoną chorobowością. Niektórzy wspominali nawet o niedodializowaniu takich chorych. Musiało upłynąć wiele lat, by na problem przewodnienia się, ale także odwadniania chorych dializowanych popatrzono inaczej. Okazało się, że za nieprzestrzeganie elementarnych praw fizjologii znowu przyszło nam zapłacić wysoki rachunek, którym jest zwiększona chorobowość (zwłaszcza sercowo-naczyniowa) i śmiertelność dializowanych pacjentów. O co więc chodzi?

By odpowiedzieć sobie na to pytanie i zrozumieć istotę problemu, musimy przypomnieć sobie pewne informacje na temat wody w naszym organizmie i cofnąć się do podstaw fizjologii. Organizm człowieka zawiera wodę w ilości od 50 do 70% masy ciała, w zależności od tego, czy jesteśmy otyli (mniej wody, więcej tkanki tłuszczowej), czy szczupli lub umięśnieni (więcej wody stanowiącej głównie masę komórek naszych mięśni). Woda w naszym organizmie gromadzi się w dwóch dużych przedziałach: wewnątrzkomórkowym (którego ułamkiem jest tzw. woda międzykomórkowa) i zewnątrzkomórkowym. Woda wewnątrzkomórkowa stanowi ok. 60% całkowitej ilości wody naszego ustroju. Drugim przedziałem jest woda zewnątrzkomórkowa. W jej skład wchodzi woda śródtkankowa i woda osocza krwi, stanowiące łącznie ok. 40% ilości wody całkowitej. Dlaczego te informacje są tak ważne? Otóż dlatego, że woda wewnątrzkomórkowa praktycznie nie podlega zmianom objętości, a równowaga wodna ustroju zależy przede wszystkim od zmian objętości wody zewnątrzkomórkowej. Zwiększenie objętości wody osocza krwi, związane głównie z nadmierną podażą wody i soli, intensywnym nawadnianiem kroplówkami dożylnymi, ale także z pogorszeniem wydalania wody przez nerki lub otrzewną skutkuje zwiększeniem objętości krwi krążącej (hiperwolemią), ale również przemieszczaniem się wody z naczyń krwionośnych do przestrzeni śródtkankowej (zwnętrznacyniowej). Klinicznie te sytuacje związane są z nadciśnieniem i obrzękami. Zmniejszenie objętości wody osocza krwi (niedowodnienie, następstwo stosowania leków moczopędnych, nadmierna ultrafiltracja w czasie dializy) wiąże się przede wszystkim ze zmniejszeniem objętości krwi krążącej (hipowolemią), spadkiem ciśnienia krwi, przyspieszeniem akcji serca, narastającą dusznością i objawami wstrząsu. Hipowolemii towarzyszy naprędce uruchamiany mechanizm ratunkowy przemieszczania się wody śródtkankowej do łożyska naczyniowego. Klinicznie możemy zaobserwować następstwa tego przemieszczenia. Elastyczność naszej skóry wyraźnie

spada, pojawia się suchość śluzówek, napięcie gałek ocznych wyraźnie się zmniejsza, zanika tętno na obwodowych tętnicach, słabniemy, rośnie pragnienie. Jeżeli ten mechanizm ma ograniczony zakres, łożysko naczyniowe pozostaje niewypełnione i nasilają się objawy wstrząsu.

Nerki filtrując wodę osocza krwi w kłębuszkach nerkowych produkują ultrafiltrat (ok. 180 l/dobę) a kontrola objętości krwi krążącej jest jednym z najdokładniejszych mechanizmów gwarantujących równowagę (homeostazę) ustrojową. Woda z ultrafiltratu podlega zwrotnemu wchłanianiu w kanalikach nerkowych w blisko 99%. Produktem końcowym tego nieustająco trwającego procesu jest mocz, zawierający „upakowane” w 1,5 do 2 litrach objętości liczne końcowe produkty przemiany materii. Nerki mając stały kontakt z wodą zewnątrzkomórkową po pierwsze – „dbają” i kontrolują jej stałą objętość, po drugie – kontrolują skład chemiczny całej wody ustroju. Dzieje się to dzięki wodzie osocza krwi, która dociera praktycznie do każdego miejsca naszego organizmu siecią naczyń krwionośnych. Najdrobniejsze z nich, kapilary, penetrują każdy narząd naszego ciała i umożliwiają dostarczenie z prądem krwi tlenu i substancji odżywczych do tkanek i komórek, ale także odbiór z nich toksycznych produktów przemiany materii. Skuteczność tego procesu zależy w znacznym stopniu od prawidłowego ukrwienia (ale również nawodnienia) organizmu, od właściwej objętości krążącej krwi i prawidłowego ciśnienia krwi w kapilarach. Każda sytuacja, która prowadzi do zmniejszenia objętości krwi krążącej lub pogarszająca ukrwienie tkanek, przekłada się na gorszy odbiór z nich toksyn (np. dwutlenku węgla, jonu wodorowego, odpowiadających za kwasicę; mocznika, kreatyniny – markerów niewydolności nerek). Prowadzi to albo do przejściowego, albo przewlekłego gromadzenia się ich w tkankach. Jeżeli nerki nie poradzą sobie z ich wydalaniem, rośnie także ich stężenie we krwi. Całkowita woda ustroju zamienia się w jeden wielki zbiornik trucizn. Dzieje się to u każdego, kto ma przewlekłą chorobę nerek, kto ma niewydolne nerki, u kogo rozpoznajemy narastające objawy zatrucia mocznicowego. Dopóki nerki – utraciwszy wprawdzie zdolność zagęszczania moczu („upakowywania” dużej ilości toksyn w małej objętości) – radzą sobie z wydalaniem wody i toksycznych produktów w stałym stężeniu, proporcjonalnym do objętości moczu, tzw. „diureza osmotyczna”, której towarzyszy poliuria – zwiększenie objętości moczu wydalanej w ciągu doby – nie przewodnimy się. Ale, co wie dobrze każdy, kto zbliżając się ku końcowi czwartego stadium przewlekłej choroby nerek nagle zauważa spadek objętości wydalanego moczu – do problemów wynikających ze słabnącego wydalania (narastanie stężeń mocznika, kreatyniny, potasu i fosforu we krwi) dochodzi zatrzymanie wody (nadciśnienie, obrzęki, wodobrzusze, duszność, kaszel związany z początkami obrzęku płuc). W sukurs niewydolnym nerkom musi przyjść mechanizm poprawiający usuwanie toksyn i wody: dializa otrzewnowa lub hemodializa albo przeszczepienie nerki.

Prof. dr hab. med. JERZY GŁUSZEK

Katedra i Klinika Nadciśnienia Tętniczego, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych
Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Solić czy nie solić? – oto jest pytanie

Jedną z podstawowych zasad diety chorego z niewydolnością nerek jest ograniczenie spożycia soli kuchennej. Ścisłe przestrzeganie tego wskazania nie tylko nasuwa szereg kłopotów zaopatrzeniowych, lecz jest także przez wiele osób trudno akceptowalne. Większość bowiem gotowych produktów spożywczych zawiera dużą ilość soli kuchennej, a poza tym przyzwyczailiśmy się do „pikantnych” i słonych potraw i nie smakują nam mdłe i bezsolne dania. Czy zatem przestrzeganie zaleceń dietetycznych i ograniczanie soli kuchennej w codziennej diecie chorego z niewydolnością nerek jest konieczne? Czy może grozić dieta wysokosodowa (z dużą ilością soli kuchennej)? Czy każda choroba nerek wymaga stosowania diety ubogosodowej?

Człowiek pierwotny nie dodawał soli do spożywanych pokarmów. Ilość soli znajdująca się w naturalnych składnikach jego diety wynosiła zaledwie 0,5 g/dobę. Około 3000 lat temu Chińczycy jako pierwsi zauważyli, że dodanie soli kuchennej do potraw zapobiega procesom gnilnym i można wówczas potrawy przechowywać znacznie dłużej w stanie pozwalającym na ich spożycie. Od tego czasu stopniowo coraz szerzej stosowano sól kuchenną w celu konserwacji potraw i takie jej zastosowanie upowszechniło się na całym świecie. Początkowo sól kuchenna była drogą, sprowadzana z nielicznych kopalni i warzelni. Znaczące miejsce w wydobywaniu soli w naszym kraju ma Wieliczka i Bochnia, później także Inowrocław. Bloki soli (tzw. „bałwany” solne) z Wieliczki eksportowane były nie tylko do różnych regionów naszego kraju, lecz także przewożone do licznych krajów Europy. Wynalezienie lodówek i wprowadzenie do przemysłu przetwórczego zamrażarek nieco ograniczyło dodawanie soli do produktów spożywczych. W ostatnim okresie jednak masowa produkcja przetworzonych, gotowych do szybkiego przyrządzenia potraw spowodowała ponownie dodawanie dużej ilości soli kuchennej. W prowadzonych obecnie badaniach wykazano, że mieszkańiec naszego kraju zjada przeciętnie w ciągu doby około 12–16 gramów soli kuchennej. Sól kuchenna znajduje się nie tylko w wędlinach czy mięsie, lecz także w maśle, mleku, chlebie. Producenci bardzo chętnie dodają sól kuchenną do wytwarzanych przez siebie produktów spożywczych, gdyż bardzo znacznie podnosi to ich zyski. Część konsumentów chętnie kupuje takie produkty, bo przyzwyczaiła się do ich smaku. Spożycie słonych potraw zwiększa też sprzedaż słodkich napojów, co z zadowoleniem jest przyjmowane przez producentów np. Pepsi czy Coca Coli. Wreszcie, dodatek soli wiąże pewną ilość wody, co zwiększa wagę np. wędlin i oczywiście bardzo zwiększa zyski wytwórców.

Od dawna już wiadomo, że spożycie diety wysokosodowej (zawierającej dużo soli kuchennej) prowadzi do nadciśnienia tętniczego. Udowodniono to podając zwiększone ilości soli w karmie różnych zwierząt i zawsze obserwowano u nich wzrost ciśnienia tętniczego. Podobnie badania epidemiologiczne wykazały, że w krajach o dużym spożyciu soli kuchennej częściej występuje nadciśnienie tętnicze i częstsze są (jako powikłanie nadciśnienia) udary mózgu. W kontrolowanych obserwacjach klinicznych potwierdzono, że ograniczenie soli w diecie obniża ciśnienie tętnicze, co prawda tylko o kilka milimetrów słupa rtęci, lecz spadek ciśnienia jest tym większy, im wyjściowe wartości ciśnienia były wyższe.

Wzrost ciśnienia tętniczego po jednorazowej zwiększonej podaży soli kuchennej jest niejednakowy u poszczególnych ludzi. Osoby reagujące znacznym wzrostem ciśnienia na podanie soli nazwano sodowrażliwymi, osoby słabo reagujące – sodoopornymi. Około 25% zdrowych ludzi i około 50% chorych z nadciśnieniem tętniczym jest sodowrażliwych. Szczególnie często sodowrażliwe są osoby w uszkodzeniu nerek. W kolejnych badaniach zaobserwowano, że przewlekłe długotrwałe zwiększone spożycia soli kuchennej prowadzi do nadciśnienia niezależnie od tego, czy badana osoba jest sodowrażliwa, czy sodooporna.

Nadciśnienie tętnicze występuje u około 90% chorych z niewydolnością nerek i spożywanie zwiększonych ilości soli jeszcze bardziej podnosi wartości ciśnienia i dodatkowo zmniejsza skuteczność leków obniżających ciśnienie. Dieta wysokosodowa powoduje niekorzystny przerost lewej komory serca, zależny nie tylko od większego ciśnienia tętniczego, lecz wykazano także bezpośredni wpływ sodu na niepożądaną przebudowę ścian serca. Dalsze badania pokazały, że dieta z dużą zawartością soli kuchennej sprzyja rozwojowi niewydolności lewej komory serca, a także chorobie niedokrwiennej serca. A wiadomo przecież, że chorzy z niewydolnością nerek najczęściej umierają nie z powodu uszkodzenia nerek, lecz z powodu powikłań sercowo-naczyniowych. Kolejne zagrożenie, jakie niesie dieta bogata w sól kuchenną, to zwiększona częstość udarów mózgu. Pouczające są tutaj m.in. spostrzeżenia japońskie. W kraju tym spożywano duże ilości soli, obecnie spożycie to zmniejszyło się w wyniku intensywnej akcji uświadamiającej szkodliwość takiego postępowania. Zmniejszyła się tam częstość udarów, ale nadal zaznacza się różnicowanie częstości występowania tego groźnego schorzenia, w zależności od regionalnych różnic spożycia soli kuchennej. Chorych z niewydolnością nerek zainteresują dane

dotyczące wpływu diety wysokosodowej na przebieg tej choroby. Jak wiadomo markerem uszkodzenia nerek jest często białkomocz. Dieta niskosodowa istotnie zmniejsza ilość wydalanego z moczem białka. Co więcej, dodanie soli kuchennej do diety zmniejsza lub nawet znosi korzystne działanie inhibitorów konwertazy angiotensyny, które to leki podaje się między innymi celem redukcji wydalania białka. W badaniach doświadczalnych obserwowano wzrost syntezy angiotensynogenu w nerce w wyniku spożywania soli kuchennej. Związek ten jest odpowiedzialny za wzrost ciśnienia tętniczego, a także sprzyja zmianom w kłębuszkach nerkowych prowadzących do ich zwłóknienia, zeszkliwienia i obumarcia. Badania naukowe przekładają się na obserwacje kliniczne. Jak wiadomo w niewydolności nerek nadciśnienie tętnicze nie zawsze łatwo poddaje się leczeniu, a u wielu chorych rozwija się tzw. nadciśnienie tętnicze odporne na terapię. Pimenta i wsp. obserwowali spadek ciśnienia skurczowego z 145 mm Hg (w badaniu ABPM) do 122 i ciśnienia rozkurczowego z 84 na 75 mm Hg w wyniku przestrzegania diety z ograniczeniem sodu u chorych, u których poprzednio trzy leki hipotensyjne nie normalizowały ciśnienia tętniczego. McCauland i wsp. ogłosili w tym roku wyniki retrospektywnego badania 1770 chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, w których wykazali, że wyższe spożycie soli kuchennej istotnie koreluje z większą ogólną śmiertelnością obserwowanych chorych. Jak dotychczas brakuje jednak randomizowanego badania klinicznego potwierdzającego związek ograniczenia spożycia soli kuchennej z przedłużeniem życia dializowanych chorych.

Już w roku 2001 ukazały się wyniki badań Tuomilehto i wsp., którzy śledzili losy 1173 mężczyzn i 1263 kobiet osób pozostających na diecie o różnej zawartości soli kuchennej. Po kilku latach obserwacji cytowani autorzy zauważyli, że osoby spożywające zwiększone ilości soli kuchennej nie tylko charakteryzowały się zwiększoną ilością zawałów serca, lecz także zwiększoną ogólną śmiertelnością. Według metaanalizy He i wsp. redukcja spożycia soli kuchennej o 5 gramów/dobę zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca aż o 20%. W badaniu TOHP zmniejszono ilość spożywanej soli kuchennej do 10 gramów na dobę. Po 10–15 latach u osób ograniczających w ten sposób spożycie soli w tych badaniach ryzyko wystąpienia schorzeń sercowo-naczyniowych było o 25% mniejsze niż w grupie kontrolnej osób pozostających na diecie z większą zawartością soli. Nie tylko choroby serca i naczyń są częstsze u osób preferujących słone potrawy. Duże ilości soli kuchennej w diecie istotnie zwiększają ryzyko raka żołądka, sprzyjają wystąpieniu cukrzycy typu 2 oraz kamicy nerkowej.

W ostatnich latach pojawiły się badania kwestionujące niekorzystny wpływ diety wysokosodowej na częstość powikłań sercowo-naczyniowych. W wyniku dyskusji związanej z tymi niespodziewanymi spostrzeżeniami utrwała się obecnie pogląd, że bardzo znaczne ograniczenie spożycia soli kuchennej do wartości 2–3 gramów na dobę może być niewłaściwe. Prawdopodobnie optymal-

na ilość soli kuchennej u osób zdrowych to 4–5 gramów na dobę, natomiast wyższe ilości spożywanej soli, jak to wcześniej wykazano, są niekorzystne. Trwa obecnie dyskusja, jakie są optymalne ilości spożywanej soli. Są one różne u osób zdrowych i chorych z nadciśnieniem, inne u osób młodych i osób w wieku podeszłym. Niemniej jednak te optymalne wartości są niższe, niż ilości soli codziennie przez nas spożywane. Przypomnę, że przeciętne spożycie soli w naszym kraju znacznie przekracza 10 gramów na dobę, a dieta bez ograniczenia soli u chorych z przewlekłą zaawansowaną niewydolnością nerek jest szczególnie niebezpieczna. Z tego też powodu wytyczne Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, podobnie jak wytyczne Polskiego Towarzystwa Hipertensjologicznego i analogiczne wytyczne towarzystw zagranicznych, zalecają znaczne ograniczenie soli kuchennej w diecie chorych z niewydolnością nerek. Zalecenia te warto skonsultować z prowadzącym lekarzem, gdyż w nielicznych przypadkach chorób nerek ze wzmożoną utratą sodu z moczem dieta musi zawierać odpowiednio większą ilość soli kuchennej. Przestrzeganie diety ze znacznym ograniczeniem soli kuchennej napotyka na znaczne trudności z uwagi na fakt, że sól dodawana w domu stanowi zaledwie 20–30% tej ilości soli, jaka znajduje się w kupowanych przez nas produktach spożywczych. Pierwszym krajem, w którym prowadzono ogólnonarodową kampanią na rzecz ograniczenia ilości soli kuchennej w produktach spożywczych, była Finlandia. Zaowocowało to spadkiem przeciętnego spożycia soli z 14 g/dobę w 1972 roku do 9 g w 2002 roku. Autorzy fińscy twierdzą, że spowodowało to średni spadek ciśnienia skurczowego populacji tego kraju o prawie 10 mm Hg i istotne zmniejszenie ilości udarów i zawałów serca. W celu ułatwienia przestrzegania diety niskosodowej w Anglii wprowadzono obowiązek informowania na etykiecie, jaka jest zawartość soli kuchennej w 100 gramach produktu spożywczego. Ponadto zobowiązano producentów do stopniowego zmniejszania ilości soli kuchennej w oferowanych do sprzedaży spożywczych produktach. W 2005 roku powstało międzynarodowe towarzystwo o akronimie WASH (World Action on Salt and Health), które stara się wpłynąć na producentów żywności, a także stymuluje poszczególne państwa do szerokiej akcji uświadamiania społeczeństwa o korzyściach wynikających z ograniczenia spożycia soli, a także promuje zmiany w ustawodawstwie, mające ułatwić przestrzeganie takiej diety. Na apele WASH odpowiedział burmistrz Nowego Yorku, wprowadzając w 2008 roku plan ograniczenia dodawania soli kuchennej do produktów spożywczych o 20% w ciągu 5 lat. W styczniu 2010 roku związek 40 miast w Stanach Zjednoczonych ogłosił zamierzenia redukcji soli w pożywieniu o 20% w ciągu 5 lat i o 40% w kolejnych 5 latach. W ślad za tym 16 dużych firm spożywczych (np. Kraft Foods, Heinz) zobowiązało się do stopniowej redukcji ilości soli kuchennej w wytwarzanych produktach spożywczych. Podobne zamierzenia ma federalny rząd Kanady, planując znaczne ograniczenia spożycia soli kuchennej do 2016 roku.

ANNA BOLEK

Centrum Dializ Fresenius Nephrocare, Kraków

Gdzie jesteś? – czyli cztery etapy adaptacji do choroby

Bez względu na wiek czy płeć, każdy człowiek w obliczu przewlekłej choroby staje przed takimi samymi dylematami. Zdaje sobie wówczas sprawę, iż nie wszystko zależy od niego samego. Przyjmuje on rolę pacjenta, staje się małą częścią otaczającego go przerażającego „systemu medycznego”. Zostaje również podporządkowany jego przedstawicielom, tj. lekarzom i pielęgniarkom. Całe życie zaczyna toczyć się wokół instytucji, z którą tak naprawdę nie chce mieć nic do czynienia, gdyż zaczyna ona radykalnie zmieniać jego dotychczasowe życie. Wpływa na ograniczenie pełnienia określonych (w sposób pełny) ról społecznych, zawodowych, jak również na życie osobiste i rodzinne.

Każda choroba ma ogromny wpływ na psychikę człowieka. Doprowadza ona do zakłócenia wewnętrznej równowagi. Według teorii Lazurusa może ona stanowić:

- a) zagrożenie – jest obiektywną przeszkodą w realizowaniu własnych wartości i celów,
- b) stratę – choroba powoduje wystąpienie jakiejś szkody, np. upośledza funkcjonowanie narządu,
- c) wyzwanie – choroba zmusza do zmiany dotychczasowego sposobu funkcjonowania.

Przystosowaniu się i adaptacji do choroby towarzyszą najczęściej cztery etapy bądź inaczej zwane „fazy adaptacji do choroby”. Czas trwania oraz intensywność każdej z nich jest zależna od cech osobowościowych danego pacjenta, jak również od jego dojrzałości psychicznej.

Faza pierwsza: ZAPRZECZENIE

Cechuje się ona silnym wybuchem emocji, pojawia się uogólniony lęk oraz przygnębienie. Pomimo dostępnych informacji, które otrzymuje chory od lekarza bądź w wyniku przeprowadzonych badań diagnostycznych, nie przyjmuje do wiadomości faktu zachorowania. Odrzuca informacje w sposób całkowicie nieświadomy. W ten sposób uruchamia obronę na zaistniałe zagrożenie. Na tym etapie rozpoznanie choroby przez samego pacjenta może mieć bardzo powierzchowny

charakter. Może on nie chcieć angażować się w proces leczenia. Działania personelu medycznego mające na celu odzyskanie zdrowia bądź jego utrzymanie są dla chorego zupełnie niezrozumiałe, a nawet zbędne. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż w „okresie zaprzeczenia” chory jest skłonny do podejmowania działań, które mogą jeszcze bardziej pogorszyć jego stan zdrowia, np. nie przyjmuje do wiadomości konieczności wprowadzenia zmian w dotychczasowej diecie, nie widzi potrzeby zażywania przepisywanych mu leków.

Faza ta jednak nie trwa zbyt długo. Po kilku bądź kilkunastu dniach chory zaczyna prawidłowo odczytywać przekazane mu wcześniej informacje. Dopuszcza do siebie rzeczywistość oraz stan, w którym obecnie się znajduje.

Faza druga: ZŁOŚĆ

Po zaprzeczeniu chorobie pojawia się złość na wszystko i wszystkich, którzy otaczają chorego. Na tym etapie stara się on odnaleźć przyczyny, które doprowadziły do powstania choroby. Zaczynają pojawiać się pytania:

- Dlaczego to mnie spotkało?
- Za co?
- Dlaczego teraz?
- Dlaczego ja, a nie Pan X, przecież on...

Chory szuka odpowiedzi na wszystkie nurtujące go pytania. Złość staje się naturalną reakcją na wyżej wymienioną sytuację i równocześnie daje czas, który jest potrzebny człowiekowi, aby mógł on zaadaptować się w nowej sytuacji. Każdy człowiek ma potrzebę kontrolowania sytuacji, w jakiej się znajduje, a złość, gniew jest szczególnym jej wyrazem. Na tym etapie chory zdaje sobie sprawę z tego, iż jest pozbawiony możliwości wpływania na rozwój choroby oraz jej przebieg. Ma świadomość utraty kontroli. Negatywne bodźce zewnętrzne oraz czynniki stresogenne są dla chorego (w tym okresie) źródłem frustracji. Pojawiająca się złość może być też wyrazem braku pewności dotyczącej słuszności własnych poglądów. Rozwiązywanie problemów przez chorego jest teraz niemożli-

we. Złość, jako reakcja emocjonalna, wpływa teraz na chorego w sposób blokujący.

Faza trzecia: DEPRESJA

Jest ona składową dwóch wcześniej wymienionych faz. Na tym etapie zaczyna chory prowadzić dialog z samym sobą, bądź ucieka się do tzw. „negocjacji z Bogiem”. Rozpoczyna się wówczas składanie sobie bądź innym obietnic:

- Jeżeli przeżyję, to...
- Jeśli wyzdrowieję, to...

Przygnębienie chorego i obniżenie nastroju, to w tym okresie stan fizjologiczny. Jest on zrozumiały, gdyż dopiero teraz chory w pełni pojmuje sytuację, w jakiej się znalazł. Ma świadomość, że prowadzone działania medyczne nie są w stanie w 100% przywrócić mu utraconego zdrowia. Wszystko to powoduje wycofanie się, zmniejszenie aktywności, apatię oraz obniżenie nastroju.

Fakt uświadomienia sobie, że choroba nie ma charakteru przejściowego, a jest przewlekłą, doprowadza do pojawienia się niepokoju emocjonalnego. Jest źródłem cierpienia, wywołuje negatywne emocje, odbiera nadzieję i radość życia. Chory przestaje wierzyć we własne siły, jest pasywny. Ma poczucie, że inni odsuwają się od niego, co z kolei prowadzi do izolacji nawet w stosunku do najbliższych mu osób.

Szczególnie na tym etapie, mogą pojawić się szkodliwe zachowania, które doprowadzają do pogorszenia przebiegu choroby przewlekłej. Należą do nich: palenie papierosów, picie alkoholu, stosowanie narkotyków, nadmierne zażywanie leków uspakajających.

Faza czwarta: AKCEPTACJA

Jest to etap, w którym występuje tzw. „uwolnienie od choroby”. Depresja, która towarzyszyła we wcześniejszym etapie, zaczyna ustępować. Przekłada się to na sposób myślenia i działania chorego. Jest bardziej twórczy, rozpoczyna walkę o życie. Pojawia się wiara, że ma on wpływ na stan swojego zdrowia.

Na tym etapie, chory rozpoczyna współpracę z personelem medycznym. Potrafi przyjąć do świadomości konieczność wprowadzenia zmian, np. w sposobie odżywiania czy zmianie aktywności fizycznej.

Człowiek cierpiący na chorobę przewlekłą zmuszony jest do weryfikacji swoich życiowych planów. Dostosowuje się do zaistniałej sytuacji. Od nowa układa sobie plan dnia codziennego. Choroba nadal mu towarzyszy, ale teraz jest „przeciwnikiem”, z którym wie, jak walczyć.

Stres, choroba oraz sposób radzenia sobie w trudnej sytuacji pozostają w bardzo silnym związku. Odczuwany lęk przed utratą zdrowia staje się często motywem działania, mającym na celu jego poprawę.

XVIII-wieczny brytyjski filolog William Jones powiedział: „Nie bój się życia. Spróbuj uwierzyć, że warto żyć, a ta wiara sprawi, że stanie się to faktem”.

NASZ CHLEB POWSZEDNI

Mgr SYLWIA RODAK

NZOZ Centrum Dializa – Oddział w Sopocie

CO NA NASZYM STOLE?

Zalecenia dietetyczne dla pacjentów hemodializowanych

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

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

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

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

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

POTAS

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

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

Objawami wysokiego poziomu potasu we krwi mogą być:

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

Produkty zawierające potas:

- **świeże owoce:** agrest, banany, porzeczki czerwone i czarne, winogrona, wszystkie owoce pestkowe (truskawki, wiśnie, czereśnie, brzoskwinie, morele), koncentraty owocowe, soki, kompoty;
- **owoce suszone i oleiste:** rodzynki, daktyle, figi, orzechy;
- **świeże warzywa:** młode ziemniaki, buraki, pomidory, szpinak, zielony groszek, fasola szparagowa;
- **zupy i wywary z warzyw;**
- **produkty zbożowe:** kasza gryczana i jaglana, otręby pszenne, płatki kukurydziane i owsiane, pieczywo żytnie, chrupkie oraz pumpernikiel;
- **suche nasiona roślin strączkowych:** groch, fasola, soja;
- **mleko w proszku, zagęszczone;**
- **produkty tzw. dietetyczne bez soli:** sery, wędliny, sole zastępcze;
- **wyroby cukiernicze:** czekolada, kakao, chałwa, orzeszki solone, chipsy kartoflane.

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

Metody przyrządzania obniżające zawartość potasu

1. **Przyrządzanie ziemniaków:**

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

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

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

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

2. **Używanie owoców** – zalekowane owoce lub owoce w puszkach zawierają mniej potasu, gdy odlewamy sok.
3. Przy głęboko zmrożonych warzywach i owocach zawartość potasu maleje do 30%, jeżeli przedtem owoce i warzywa zostały wymyte i sparzone.
4. Oszczędnie używać świeżych i suszonych ziół, np. pietruszki.
5. Środki zastępujące sól kuchenną są zabronione ze względu na wysoką zawartość potasu.
6. Należy zwrócić uwagę na dużą zawartość potasu w gotowych produktach ziemniaczanych, np. 100 g puree kartoflanego – 1150 mg potasu, 100 g frytek – 1000 mg potasu.

FOSFOR

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

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

- obniżenie stężenia wapnia we krwi poprzez wytrącanie się soli wapniowo-fosforanowych, odkładających się w postaci złogów w sercu, mięśniach i naczyniach krwionośnych;

- postępujące odwapnienie kości prowadzące do osteoporozy, której towarzyszą patologiczne złamania lub skrzywienia kości – jako następstwo wtórnej nadczynności przytarczyc – związane jest z niedobórem wapnia, mogącym być przyczyną bolesnych skurczów mięśni i dolegliwości bólowych ze strony kości;

- swędzenie skóry, wysypka na skórze;
- nudności;
- bezsenność.

Produkty szczególnie bogate w fosfor:

- **produkty mleczne:** mleko (!);
- **ryby:** świeże, solone, wędzone, konserwy rybne;
- **podroby:** wątroba, mózdzek, nerki;
- **indyk, kaczka, pasztety drobiowe;**
- **gotowe wędliny:** kabanosy, szynka mielona, itd.;
- **żółtka jaj, ser żółty i topiony (!);**
- **grzyby;**
- **nasiona roślin strączkowych:** fasola, groch, soja;

- **produkty zbożowe (!)** (kasza gryczana, jęczmienia, makarony, otręby, płatki owsiane, mąka kukurydziana, chleb chrupki, bułki graham);
- **wyroby cukiernicze (!)** (kakao, czekolada, orzechy, migdały);
- **napoje** (Coca-Cola, Pepsi).

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

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

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

Zalecenia dietetyczne w celu obniżenia poziomu fosforanów:

- Unikanie substancji spożywczych bogatych w fosforany, jak: orzechy, wszelkiego rodzaju potrawy zawierających serki topione, sery gotowane, sery twarde, mleko sproszkowane, mleko kondensowane.
- Nie pić więcej niż 1/8 litra mleka, maślanki lub jogurtu dziennie.
- Zamiast mleka do gotowania stosować mieszankę wody ze śmietaną (1 litr śmietany rozcieńczony w 2/3 l wody). Naturalnie według zapotrzebowań kalorycznych można użyć mniej lub więcej wody. Zależnie od przeznaczenia można śmietanę rozcieńczyć wodą, np. do przygotowania budyniu, kleiku mlecznego lub ziemniaków puree.
- Wybierać sery o niskiej zawartości fosforanów, jak: ser biały, sery młode, camembert, brie, mozzarella i inne.
- Unikanie pokarmów i napojów z dodatkami fosforanów. Dodatki fosforanowe można rozpoznać pod następującymi numerami klasyfikacji E: E338, E339, E340, E341, E450a, E450b, E450c, E540, E543, E544.
- Rozważenie przyjmowania środków wiążących fosforany, przede wszystkim do pokarmów zawierających fosforany.

SÓD = SÓL

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

Produkty szczególnie bogate w sód:

- przetwory rybne: głównie ryby wędzone, konserwy rybne;

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

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

WODA

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

Możemy temu zapobiec, przy jednoczesnym ograniczeniu płynów poprzez:

- stymulowanie produkcji śliny: ssanie kwaśnych cukierków, żucie gumy, ssanie zamrożonego plasterka cytryny czy kostki lodu;
- częste płukanie jamy ustnej wodą – bez połykania;
- przyjmowanie leków z posiłkiem, o ile nie ma przeciwwskazań;
- ograniczenie spożycia soli kuchennej i słonych potraw, np. konserw;
- codzienną kontrolę wagi ciała – przyrosty ciężaru ciała pomiędzy dializami nie powinny przekraczać 2 kg.

Przykładowe zawartości płynu w żywności:

100% – owoce, warzywa surowe i gotowane, jogurt, lody, zupy, sosy, rosoly i czyste płyny np. kawa, herbata i soki;

75% – puree z ziemniaków;

50% – gotowane ziemniaki, makaron gotowany, ryż gotowany;

25% – ziemniaki pieczone;

0% – potrawy mięsne bez sosów.

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

Powodzenia!

W kolejnym numerze zamieścimy przykładowe przepisy i jadłospisy

MICHAŁ DĘBSKI-KORZEC
(OSOD)

Światowy Dzień Nerek w Małopolsce

Siedem lat temu, czyli w 2006 roku, Międzynarodowe Towarzystwo Nefrologiczne oraz Międzynarodowa Federacja Fundacji Nerek zainicjowały Światowy Dzień Nerek. Z perspektywy lat inicjatywa niezwykle istotna i potrzebna. Przyjmuje się, że jedna na dziesięć osób na świecie jest zagrożona chorobami nerek. W Polsce jest to ok. 4 mln naszych rodaków. Z tego powodu co roku w drugi czwartek marca w wielu krajach na świecie przypomina się o konieczności profilaktyki chorób nerek.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych od lat aktywnie bierze udział w obchodach wspomnianego święta. Od trzech lat wspólnie z Małopolskim Urzędem Marszałkowskim organizujemy Małopolski Dzień Nerek. W tym roku w przygotowanie obchodów włączyło się również Stowarzyszenie MANKO. Wspólnie udało nam się zorganizować Małopolskie Forum Zdrowia – „Myśl Zdrowo”. Hasłem tegorocznego dnia nerek (14 marca) była profilaktyka chorób nerek. Jak wszyscy doskonale wiemy, aby walczyć z chorobami nerek należy, najprościej rzecz ujmując, regularnie wykonywać badania profilaktyczne oraz zdrowo żyć.

Iwona Mazur – Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych – podkreśla, że „Przewlekła Choroba Nerek bardzo długo nie daje żadnych objawów. Według danych statystycznych jedynie 5% chorych zdaje sobie z tego sprawę. Gdy pacjent przychodzi do lekarza z poważnymi objawami, częstokroć pozostają już jedynie dializy oraz propozycja przeszczepu narządu. Dlatego też lekarze i specjaliści powinni zachęcać, aby badać się każdego roku, gdyż już rutynowe badania mogą wskazać na problem związany z nerkami. Wczesne wykrycie choroby może dać szansę na wyleczenie lub opóźnić wystąpienie jej skrajnego stadium o kilka do kilkunastu lat”.

Łukasz Salwarowski – Prezes Stowarzyszenia MANKO – jeden z inicjatorów wydarzenia podsumowuje – Małopolskie Forum Zdrowia – „Myśl Zdrowo” odbyło się po raz pierwszy i zgromadziło w jednym miejscu przedstawicieli sektora pozarządowego,

publicznego i biznesowego. Mimo tego, że z pozoru wiele nas dzieli, łączy nas wspólny cel – profilaktyka i promocja zdrowego trybu życia. Mamy nadzieję, że wydarzenie odbędzie się również w przyszłym roku. Jednak o zdrowiu powinniśmy myśleć każdego dnia i regularnie prowadzić badania profilaktyczne.

Stwierdzenie „zdrowo żyć” mówi tak naprawdę wszystko i nic. Co to znaczy? Teoretycznie każdy z nas to wie, jednak w praktyce w naszym życiu to różnie wychodzi. Wiadomo – od teorii do praktyki droga daleka i wielu z nas powtarza sobie podobnie „od jutra się odchudzam”, „od jutra zaczynam ćwiczyć” oraz „no to czas rzucić palenie”. Pomimo postanowień wszystko i tak pozostawało po staremu. Podczas Małopolskiego Forum Zdrowia – „Myśl Zdrowo” pokazano, dlaczego warto zdrowo żyć. Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA, Pogotowie Dietetyczne, Fundacja Europejskie Centrum Etyki i Bioetyki im. Dobrego Pasterza, Stowarzyszenie MANKO, Ogólnopolska Federacja Pomocy Dzie-



Marek Thier (fot. Jacek Ulicki)

ciom i Młodzieży Chorym na Cukrzycę, Stowarzyszenie Chorych na Boreliozę, Krakowskie Towarzystwo Amazonek, Inspektorat Ratowniczy ZHP, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Pure Jatomi Fitness Bonarka, Uzdrowisko Rabka-Zdrój SA, Farmona, Biopton, Nefron oraz Vigget wykonywali proste badania profilaktyczne, pokazywali, jak ćwiczyć oraz przedstawiali nowatorskie urządzenia diagnostyczne oraz produkty kosmetyczne. Można było nawet wypełnić PIT razem z firmą Finerio.

Jak powiedziała Anita Orzeł-Nowak – p.o. Dyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego – „Do akcji przyłączyły się również Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza w Tarnowie, gdzie wykonano prawie 200 badań laboratoryjnych 40 pacjentom, oraz Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu, gdzie na badania przyszło około 20 osób. Wszyscy pacjenci po otrzymaniu wyników badań laboratoryjnych zostali skonsultowani przez lekarzy Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nefrologii. Oferta diagnostyczno-konsultacyjna szpitali kierowana była do wszystkich zainteresowanych, którzy nie kontrolowali wcześniej funkcji swoich nerek, a szczególnie do osób z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą. Każde takie działanie, pobudzające do chwili refleksji nad zdrowiem własnym i zdrowiem bliskich osób, jest zawsze wydarzeniem pozytywnym i być może początkiem systematycznej profilaktyki”.

Nie zawiedli również zaproszeni goście. Podczas Forum można było wysłuchać wykładu dra hab. med. Marka Kuźniewskiego z Katedry i Kliniki Nefrologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, na temat zapobiegania chorobom nerek. Na co zwracać uwagę, kiedy należy zgłosić się do lekarza oraz jak żyć, aby nasze nerki były zdrowe. Drugim tematem oprócz profilaktyki były przeszczepienia nerek od żywego dawcy. Obecni wysłuchali świadectwa Pana Marka Thiera – pacjenta cierpiącego na PChN, który w swoje 40. urodziny otrzymał nerkę od swojej mamy. Na zaproszenie organizatorów w Forum wzięła również udział Pani Aleksandra Tomaszek, koordynator transplantacyjny, współrealizująca Projekt Żywy Dawca Nerki, prowadzony w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Jak wspomina: „W przypadku przeszczepień rodzinnych jest jeszcze dużo do zrobienia w naszym kraju. Projekt Żywy Dawca Nerki zakłada bezpośrednią edukację chorych na schyłkową niewydolność nerek oraz ich bliskich. Przeszczepienia od żywego dawcy pozwalają znacznie skrócić czas oczekiwania chorego na przeszczepienie. Umożliwiają również dużo łatwiejszy dostęp do przeszczepień wyprzedzających, czyli przekazania nowego narządu biorcy zanim ten rozpocznie dializy”.

MICHAŁ DĘBSKI-KORZEC
(OSOD)

VII Mikołajkowa Konferencja dla Pielęgniarek Dializacyjnych

Tradycją stało się już, że w grudniu pielęgniarki dializacyjne z Podkarpacia spotykają się w Rzeszowie na konferencji organizowanej przez Centrum Medyczne „Medyk”. Nie inaczej było w minionym roku. 16 grudnia pielęgniarki ze stacji dializ z całego województwa spotkały się, aby wymienić się doświadczeniami, uzupełnić swoją wiedzę oraz zapoznać się z nowymi możliwościami w leczeniu pacjentów chorych na Przewlekłą Chorobę Nerek.

„Co roku podczas konferencji poruszane są tematy bliskie temu, co robimy. Organizatorzy dbają, aby spotkanie nie zostało zdominowane całkowicie przez aspekty medyczne dializoterapii. Rozmawiamy również o tym, jak pomóc pacjentom z depresją, jak efektywnie współpracować z pacjentami oraz jakie są prawa i obowiązki pielęgniarki.” – mówi Bernadeta Kowalska, pielęgniarka oddziałowa stacji dializ w Jaśle.

Przedstawiciele Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych na zaproszenie organizatorów również wzięli udział w konferencji. „Uważam, że tego typu spotkania są bardzo potrzebne, a tematy realizowane pozwalają pielęgniarkom uzupełnić wiedzę oraz w niektórych dziedzinach ją odświeżyć. Zagadnienia podejmowane są od strony praktycznej, codziennej pracy pielęgniarek. Jestem pewna, że tego typu spotkania podnoszą kompetencję oraz pozytywnie wpływają na relację na stacjach dializ, szczególnie pomiędzy pielęgniarką a pacjentem” – podkreśla Iwona Mazur, Prezes OSOD.

Warto dodać, że konferencje w Rzeszowie są jedynymi na Podkarpaciu cyklicznymi tego typu spotkaniami edukacyjnymi dla pielęgniarek.

„Niech celem mojego życia nie będzie dializa”

„Stowarzyszenie Dializowanych Nephros z siedzibą w Jastrzębiu Zdroju” zostało powołane do życia w 1996 roku.

Stowarzyszenie stawia sobie za cel integrację środowiska chorych dializowanych, a także udzielanie wzajemnej pomocy i wsparcia swoim członkom i ich rodzinom. Organizujemy wyjazdy rehabilitacyjno-terapeutyczne oraz spotkania integracyjne, dokonujemy darowizn sprzętu medycznego dla Stacji Dializ i Oddziału Nefrologicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Jastrzębiu Zdroju.

„Niech celem mojego życia nie będzie dializa”, hasło to przyświecało naszej działalności w 2012 roku. W niedzielę 8 marca po raz kolejny obchodziliśmy Światowy Dzień Nerek, który skupiał się wokół hasła „Chroń nerki – ocal swoje serce!” Stowarzyszenie Dializowanych Nephros wystawiło swój punkt informacyjny w budynku Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Jastrzębiu Zdroju, gdzie wraz z personelem medycznym Stacji Dializ udzielało informacji na tematy chorób nerek, dializ i leczenia przez przeszczep. Była to też okazja propagowania kampanii społecznej na rzecz transplantacji nerek. Akcja ta cieszyła się dużym zainteresowaniem osób, a także mediów prasowych i lokalnej telewizji.

Przewodniczący Stowarzyszenia zorganizował dwa spotkania informacyjno-edukacyjne z młodzieżą Zespołu Szkół Zawodowych, na których omówiono metodę zapobiegania chorobom nerek, w skrócie naświetlono codzienne życie osoby dializowanej oraz jakie korzyści dla osoby dializowanej daje przeszczep nerki. Przeprowadzono również kampanię na rzecz transplantologii poprzez rozdawanie oświadczeń woli. Na spotkania tego typu zapraszani są współpracujący ze Stowarzyszeniem lekarze nefrologicy: Pani doktor Marzena Żelaźnicka oraz dr n. med. Pan Adam Riemel. Przekazując swoją wiedzę w znaczący sposób przyczyniają się do wzrostu świadomości w środowisku młodzieży na tak trudne i skomplikowane tematy.

24 czerwca 2012 roku Stowarzyszenie zorganizowało wyjazd integracyjno-rehabilitacyjny do Wisły, gdzie chorzy wraz ze swymi opiekunami mogli spędzić wolny czas w plenerze. Zwiedzono Galerię Małysza, gdzie zobaczyć można wszystkie otrzymane przez Adama puchary, medale, kryształowe kule oraz wiele pamiątek związanych z jego karierą sportową. Dumą Wisły jest dzisiaj nowa Skocznia im. Adama Małysza w Wiśle-Malinie. Druga największa skocznia w Polsce jest jedynym na świecie obiektem, pod którym



Wyjazd integracyjny do Wisły – Muzeum Adama Małysza

w tunelu przebiega trasa samochodowa. Uczestnicy wyjazdu postanowili zobaczyć nową skocznnię. Na skocznnię można było wyjechać wygodnym wyciągiem krzesełkowym i podziwiać widok okolicy. Na samej górze, w budynku, w którym przygotowują się do skoków zawodnicy, można było kupić sobie pamiątkę lub zdjęcie związane ze skokami narciarskimi. W drodze powrotnej zwiedzono jedno z najbardziej atrakcyjnych miejsc w okolicach Szczyrku, a mianowicie Przełęcz Salmopolską, zwaną także Białym Krzyżem. Na przełęczy znajduje się bowiem kilkumetrowej wysokości krzyż, a najbliższy szczyt w okolicy nosi właśnie nazwę Biały Krzyż. Krótka, ale pełna wrażeń wyprawa pozwoliła nie tylko zintegrować się członkom z Wodzisławia i Jastrzębia Zdroju, ale również na chwilę zapomnieć o chorobie, bólu i cierpieniu. Naładowani pozytywną energią pacjenci wrócili do codziennego życia.

W sierpniu, w Zawadzie, niedaleko Wodzisławia Śląskiego, dla członków Stowarzyszenia i ich rodzin odbyły się V Zawody Wędkarskie o Puchar Prezesa. Zawody te co roku cieszą się wielkim zainteresowaniem członków Stowarzyszenia. Mają one duże znaczenie dla chorych dializowanych, ponieważ pozwalają chociaż na chwilę zapomnieć o problemach i uciążliwościach powtarzających się dializ.

W niedzielę 2 września w Parku Zdrojowym w Jastrzębiu Zdroju odbył się Festyn Zdrowia. Przedstawiciele Stowarzyszenia propagowali kampanię na rzecz transplantacji nerek, rozdając foldery i oświadczenia woli. Materiały były współfinansowane z dotacji Urzędu Miasta, przeznaczonej na realizację zadania publicznego. W tym roku pogoda była wspaniała, toteż zainteresowanie festynem było duże. Także stowarzyszenie cieszyło się dużym zainteresowaniem.



V Zawody Wędkarskie o Puchar Prezesa

We wrześniu odbyło się również spotkanie integracyjno-edukacyjne dla chorych z Jastrzębskiej i Wodzisławskiej Stacji Dializ, a także dla osób po przeszczepie nerki. Spotkanie to było współfinansowane z dotacji Urzędu Miasta przeznaczonej na realizację zadania publicznego. Cieszyło się sporą frekwencją; uczestniczyły w nim osoby dializowane oraz po przeszczepie nerki wraz z osobami towarzyszącymi. Zarząd Stowarzyszenia szczególną uwagę przywiązuje do tego rodzaju spotkań. Na jednym z nich gościł dr n. med. Adam Riemel, który wygłosił prelekcję na te-



XIV Jastrzębskie Dni Zdrowia

mat dializy otrzewnowej (którą coraz częściej stosuje się u chorych), a w czasie przerwy udzielał porad medycznych osobom chorym. Zaproszone pielęgniarki także wspierały duchowo swych pacjentów, a Pani Asia Skupień w swej prelekcji omówiła zasady diety w okresie dializacyjnym. Po wysłuchaniu jakże ważnych dla chorych informacji odbył się konkurs, polegający na podaniu odpowiedzi na pytania z wcześniej przedstawionych prezentacji. Wszyscy byli zaskoczeni dokładnością odpowiedzi, co oznacza, że osoby bardzo uważnie słuchały przedstawionych tematów. Wszyscy uczestnicy konkursu otrzymali nagrody przekazane Stowarzyszeniu przez Urząd Miasta Jastrzębie Zdrój. Oprócz poważnej rozmowy na nurtujące tematy był też czas na uśmiech, żarty czy wspólne śpiewy. Na spo-



Spotkanie integracyjne na Ogródkach Działkowych w Jastrzębiu Zdroju

tkaniu nowi pacjenci, którym wydawało się dotychczas, że dializy to tylko ból i monotonia zobaczyli, że można żyć inaczej, normalniej, że nie jest się skazanym wyłącznie na ciągłe wizyty w szpitalu.

20 września 2012 roku, w budynku Centrum Dializ Fresenius Nephrocare w Wodzisławiu Śląskim odbyło się spotkanie zarządów Stowarzyszeń OSOD i NEPHROS. Jego celem było szukanie możliwości współpracy w zakresie kampanii społecznej na rzecz transplantacji pod nazwą „Drugie Życie” oraz wzajemna wymiana doświadczeń w zakresie działalności obu Stowarzyszeń. Spotkanie odbyło się w bardzo miłej i sympatycznej atmosferze i jest przykładem, że razem można osiągnąć więcej.

Redakcji „DIALIZA i Ty” dziękujemy za udostępnienie swoich łamów dla naszego Stowarzyszenia

Pozdrawiam serdecznie

Ryszard Witek

Przewodniczący Stowarzyszenia Dializowanych Nephros

Obchody Światowego Dnia Chorego

W dniach 11–12 lutego br. odbyło się VII Forum Liderów Organizacji Pacjentów oraz uroczysta gala wręczenia Nagród św. Kamila. A wszystko to z okazji obchodów Światowego Dnia Chorego. Tegorocznymi organizatorami byli: Instytut Praw Pacjenta oraz Edukacji Zawodowej wraz z Zakonem Posługujących Chorym Ojców Kamilianów.

W wydarzeniu – oczywiście – udział wzięło Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych, którego celem jest niesienie pomocy pacjentom z przewlekłą niewydolnością nerek, dializującym się oraz po przeszczepach. A reprezentowane było przez Panią Prezes Iwonę Mazur. Nagrodę specjalną za wybitne



Nagrody im. św. Kamila (fot. M. Ankiersztejn)



Profesor Wojciech Rowiński (fot. M. Ankiersztejn)

osiągnięcie w służbie zdrowia otrzymał prof. dr hab. med. Wojciech Rowiński – lekarz, chirurg, transplantolog – za swój wkład w rozwój transplantologii w naszym kraju. Brał on udział w pierwszym udanym przeszczepieniu nerki w Polsce w 1966 roku.

Tematem debaty była polska onkologia. Dyskutowano na temat chorób nowotworowych. Omówiono przyczyny ciągłego wzrostu zachorowań na nowotwory w Polsce, zwracając uwagę na problem zdrowotny, społeczny, jak również ekonomiczny. Bardzo dużo czasu poświęcono również ocenie działania resortu zdrowia i poprawy jakości leczenia oraz problemom związanym dostępem do lekarzy specjalistów oraz badań.

Pierwszego dnia obchodów wręczono Nagrody św. Kamila. Św. Kamil jest patronem chorych i pracowników służby zdrowia, a nagroda ta jest przyznawana od 2007 roku z inicjatywy Zakonu Posługujących Chorym, który był również tegorocznym organizatorem.

„Główną ideą Nagrody jest okazanie wdzięczności tym, którzy z wielką troską i bezinteresownością budują kulturę miłosierdzia, akceptacji chorych i ich rodzin, stając się głosem tych, którzy sami nie są w stanie domagać się przestrzegania swoich praw. Nagroda jest symbolem pomocy niesionej każdemu choremu, bez względu na jego światopogląd, wyznawaną wiarę, czy rodzaj choroby” – wyjaśnia ks. abp Władysław Ziółek, Metropolita Archidiecezji Łódzkiej, członek Kapituły Nagrody św. Kamila.

KRYSTYNA MURDZEK

Polskie Stowarzyszenie Sportu po Transplantacji

Po transplantacji na narty biegowe... a na dializach?

Profilaktyczne znaczenie narciarstwa biegowego dla pacjentów po transplantacji

Historia biegów narciarskich sięga bardzo odległych czasów. Już 5–7 tysięcy lat temu mieszkańcy Ziemi poruszali się ślizgowym ruchem po śniegu na nartach. Świadczą o tym rysunki naskalne odkryte w Rosji w rejonie Morza Białego i w Norwegii na wyspie Rodoy. Narciarstwo biegowe miało wtedy charakter użytkowy i służyło ludziom dla łatwiejszego poruszania się. Era biegów narciarskich, jak i narciarstwa zjazdowego rozpoczęła się w Norwegii. Pierwszy bieg publiczny odbył się w tym kraju w 1843 roku. Zwycięzca pokonał dystans 5 km w czasie 29 minut. Zawodnik w czasie biegu używał dwóch kijków. Drugi na finiszu biegał z jednym kijem, natomiast trzeci na mecie pobiegł bez kijków. Po raz pierwszy w programie zimowych igrzysk olimpijskich biegi narciarskie odbyły się w Chamonix we Francji, w 1924 roku.

Na przestrzeni dziesiątek lat technika biegów narciarskich ulegała daleko idącym zmianom. Obecnie stosuje się technikę klasyczną (biegi po torach narciarskich) i łyżwową (biegi na twarde ubitej trasie, bez torów). Bieg techniką łyżwową nazywa się także dowolną. Oznacza to, że zawodnik może w takim biegu biegać także

techniką klasyczną. W tym celu na trasie do stylu łyżwowego przygotowano jest także tor do stylu klasycznego.

Narciarstwo biegowe jest konkurencją wytrzymałościową i wymaga śnieżnych warunków.

Ostatnie wspaniałe sukcesy Justyny Kowalczyk powinny zachęcić nas do uprawiania tej dyscypliny sportu.

Ma ono duże znaczenie profilaktyczne także dla pacjentów po transplantacji, zarówno dorosłych, jak i dzieci.



Prawie każdy sport można uprawiać rekreacyjnie, ale „narty biegowe” mają dużo walorów. Można je uprawiać nawet przy niewielkich opadach śnieżnych. W górach i na nizinach. Biegi

narciarskie kompensują się z biegami przełajowymi, z marszem z kijkami *nordic walking*. Uczą nas koordynacji ruchowej. Wzmacniają mięśnie całego tułowia, nóg i ramion. Dzięki temu zwiększamy siłę naszych mięśni oraz wydolność tlenową, poprzez zwiększenie pojemności płuc i lepsze funkcjonowanie układu krążenia.

Jest bardzo dobrą formą spędzania czasu wolnego na świeżym powietrzu i krajobrazowo pięknych trasach w blasku słońca i puszystym śniegu. Sprzyja to poznawaniu piękna przyrody. Piszę o biegach, ale dla początkujących będzie to marsz na nartach. Dlatego nie należy się zniechęcać do tej propozycji spędzania czasu wolnego. Powinniśmy pamiętać, że uprawianie każdej technicznej aktywności fizycznej wymaga czasu. Dla każdego początkującego w narciarstwie biegowym wydatkowanie energii jest większe niż u zaawansowanych rówieśników.

Dla wyjazdów rekreacyjnych polecam narciarskie trasy biegowe w Jakuszycach i Zieleńcu czy w lasku obok Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Jak przygotować się kondycyjnie do uprawiania narciarstwa w terenie?

Do sezonu narciarskiego najlepiej przygotowywać się już w okresie letnio-jesiennym. Nie oznacza to, że nie możemy rozpocząć uprawiania narciarstwa w okresie

* Krystyna Murdzek (10 lat po transplantacji nerki – trener I klasy narciarstwa klasycznego)

zimowym. Oczywiście, że tak. Musimy jednak wiedzieć, że będziemy odczuwać większe zmęczenie, które doznają nasze mięśnie.

Do środków treningowych należą: długie marsze z uwzględnieniem terenów o urozmaiconej konfiguracji terenu (wskazane marsze pod górę, np. od 30 do 50 m wchodzimy pod górę z naprzemienną pracą ramion (RR), z obszernym ruchem do przodu i tyłu – imitacja pracy RR jak w czasie biegu narciarskiego). To samo możemy powtórzyć z kijkami *nordic walking*. Jeżeli mieszkamy na terenach nizinnych, możemy to samo ćwiczenie wykonywać na schodach (nawet w bloku).

Stosujemy marsze, marszobiegi i biegi o różnym stopniu intensywności. Osoby mające w miarę zdrowy układ kostno-stawowy mogą wykonywać ćwiczenia skocznościowe: skoki jedno- i obunóż, wieloskoki (skoki z naprzemienną pracą ramion i nóg) oraz wyskoki w górę. Bardzo dobrym treningiem jest jazda na rowerze i pływanie. Można siłą RR i NN ćwiczyć nawet w domu z zastosowaniem długich gum. Wszystkie te ćwiczenia zwiększają u nas wytrzymałość i wzmacniają siłę mięśni osłabionych przez wieloletnie przyjmowanie leków w czasie przewlekłej niewydolności narządów i po ich przeszczepieniu.

Wskazane są również ćwiczenia ogólnorozwojowe, które rozwijają ogólną sprawność fizyczną.

Narciarstwo biegowe sprzyja wszechstronemu rozwojowi fizycznemu u dzieci i podnosi go u dorosłych. Systematyczne wykonywanie ćwiczeń kształtuje nawyki ruchowe, które w pracy treningowej i w czasie startów w zawodach kształtują układ nerwowy. Układ ten w czasie ciężkiej choroby, w oczekiwaniu na przeszczep i w czasie rekonwalescencji po operacji, został emocjonalnie osłabiony. Wielokrotność wykony-

wanych ćwiczeń przyczynia się do równowagi pomiędzy procesami pobudzania i hamowania oraz zmniejsza napięcie mięśniowe. Zwiększa to możliwość panowania nad stanami zachowań emocjonalnych. Może otaczający świat zobaczymy w „różowych kolorach”.

Dodatkowym bardzo ważnym elementem jest wykonywanie tych ćwiczeń na świeżym powietrzu w warunkach zimowych, co sprzyja prawidłowej wentylacji płuc.

Gdy oglądamy narciarskie zawody biegowe w telewizji (co czyni TVP 2 za sprawą wspaniałej Justyny Kowalczyk), wydaje się nam, że bieganie jest bardzo proste.

To prawda, ale musimy wcześniej wyszkolić umiejętności techniczne i przygotować się kondycyjnie oraz mieć odpowiedni sprzęt.

Po zdobyciu umiejętności biegu na nartach, możemy przygotować się do udziału w zawodach biathlonowych.



Zawodniczka po transplantacji w czasie zawodów biathlonowych

Jeżeli nie mamy narciarskiego sprzętu biegowego, należy go zakupić lub wypożyczyć.

Jaki wybrać narciarski sprzęt biegowy?

Gdy planujemy włączyć tylko po lesie, to wybieramy narty śladowe. Są one szersze i solidniejsze. Buty do tych nart bardziej zabezpieczają nogi.

Typowe narty biegowe są węższe i szybciej zapadają się pod warstwą puszystego, mokrego i zmrożonego śniegu. Na takich nartach dobrze można się poruszać na specjalnie przygotowanych trasach. Buty do tych nart są delikatniejsze i w związku z tym bardziej jesteśmy narażeni na przenikanie zimna. Można je zabezpieczyć specjalnymi pokrowcami.

Na tereny nizinne, gdy wybieramy nieprzetarte trasy, dobra jest narta lekko okantowana, co poprawia skuteczność prowadzenia narty i hamowania pługiem przy przemrożonym i zalodzonej podłożu. Szerokość tych nart jest nieco większa od typowej narty biegowej. Problemy mogą powstać przy silniejszym zaśnieżeniu. Taka narta mocno się zapada.

Do rekreacyjnego uprawiania narciarstwa biegowego należy wybrać narty, które mają łuskę na ślizgach. Ułatwiają one poruszanie się w terenie pofałdowanym.

Narty profesjonalne mają bardzo gładkie ślizgi. Bieganie na takich nartach wymaga odpowiedniego przygotowania, tzn. smarowania specjalnymi smarami (szczególnie narty do stylu klasycznego). Przy przygotowanych trasach bieganie na lekkim sprzęcie jest świetnym przeżyciem i daje dużo przyjemności.

Jakim stylem będziesz biegać?

Bieganie „łyżwą” pięknie wygląda w relacjach z zawodów, ale jest możliwa tylko na mechanicz-

nie przygotowanych, równych trasach. Niestety takich miejsc w Polsce jest bardzo mało.

Bieganie „klasycznym” jest łatwiejsze. Można biegać nawet na trasach samodzielnie przygotowanych. Jak to zrobić? Należy znaleźć prosty odcinek w lesie, na boisku czy łące. Potem maszerując na nartach, bez ich odrywania od podłoża, założyć ślad na szerokość bioder. Przechodzimy po przygotowanych torach np. 2 razy. Jeżeli śnieg jest głęboki, powinniśmy przejść ukosem do przygotowanego toru, w obie strony, aby „zaszatkować” naszą trasę (szerokość 30 cm jedna narta od drugiej). Trasa będzie twardsza, śnieg nie będzie wysypywał się nam do butów, kijki nie będą zapadać się w śniegu. Wymaga to trochę pracy, ale za to daje większą przyjemność w czasie biegu na nartach. Na początek proponuję odcinek ok. 200 m, w miejscach mało uczęszczanych przez ludzi. A to z powodu, by nie wykorzystywano naszej ścieżki do spacerów.

Oznaczenia nart

Spotyka się liczbowe oznaczenia twardości według zasady: im twardsze, tym wyższy numer. Stosowane są też oznakowania literowe: „S” (*soft*) – miękkie; „M” (*medium*) – średnie; „H” (*hard*) – twarde. Osoby o większym ciężarze ciała powinny wybierać narty twardsze,

Narty biegowe podzielono się na cztery grupy, według kryterium ich zastosowania:

- S – narty wyczynowe;
- A – narty sportowe;
- L – narty turystyczne, śladowe (inaczej *backcountry*)
- I – narty o specjalnym przeznaczeniu.

Narty do uprawiania techniki łyżwowej są twardsze i posiadają wzmocnione krawędzie. Oznaczone są zwykle napisem „skating”.

Bardziej elastyczne narty klasyczne mają napis „classic”.

Napisy te dotyczą jednak tylko nart wyczynowych i sportowych.

Dobór długości nart biegowych

Styl klasyczny: Narty powinny sięgać do początku nasady kciuka, przy wyciągniętej do góry ręce. Dopuszczalna różnica (–5 cm) dla wyczynu oraz nie mniej niż 10 cm powyżej wzrostu dla początkujących.

Styl dowolny – łyżwowy (zwany też *skating*): Stosuje się narty o długości 10–15 cm powyżej wzrostu. Dopuszczalne odchylenie na minus do 5 cm w zależności od budowy i stopnia wytrenowania narciarza.

Przy doborze długości nart należy uwzględnić wagę narciarza, korzystając z tabel odpowiednich dla danej narty, wg zasady:

długość nart = wysokość narciarza + 1/2 ciężaru ciała – (8–12) cm

Na przykład przy wzroście 170 cm i wadze 60 kg otrzymujemy:

$170 + 30 - (8-12) = 192-188$ cm (taka powinna być długość naszych nart). Dla początkujących zawsze lepsze są narty krótsze).

Smarowanie nart

Oczywiście najlepiej powierzyć profesjonalnym serwisom. Narty biegowe do klasyka smaruje się dwojako:

1) pod wiązanie mniej więcej na długości buta nakłada się smar „hamujący” – ma za zadanie umożliwienie wybicia się przy robieniu kroku,

2) na pozostałe narty nakłada się smar „przyspieszający” – profesjonalnym smarem, a po amatorsku można także świeczką.

Wiązania i buty

Najbardziej rozpowszechniony jest system wiązań SNS Salomon.

Do tych wiązań produkowanych jest większość modeli butów.

Buty – oczywiście tylko nowe, ponieważ wtedy dopasowują się do indywidualnego kształtu stopy. Buty do biegania poza trasami profesjonalnie przygotowanymi, generalnie im wyższe, tym lepsze, dobrze, żeby miały plastikowe usztywnienie kostki i powinny pasować do wiązań. Buty turystyczne w modelach najcięższych przypominają skórzany but trekkingowy mocowany do narty, dodatkowo docieplony, np. Thinsulatem. Jest także gama modeli pośrednich z dociepleniem, lżejszych, przypominających biegowe. Modele sportowe, biegowe, klasyczne i do techniki łyżwowej są sztywne.

Pamiętajmy, że nowe buty dobrze jest rozchodzić w domu przed wyjściem na narty.

Kijki

Przy zakupie kijków należy zwrócić uwagę na:

1) budowę rączki. Uchwyt może być plastikowy lub skórzany,

2) pasek na nadgarstek powinien być regulowany z prostym paskiem lub specjalną paskiem podpierającym śródreżce.

3) końcówki na dole kijków. Typowe kijki biegowe mają małe talerzyki do biegania w lesie, a poza przygotowanymi trasami powinny być jak największe. Można zmieniać końcówki, tzw. „talerzyki”, ale należy pamiętać, aby miały taką samą średnicę jak dolna część kijka.

4) wysokość kijka musimy dopasować mniej więcej do naszego barku (do „łyżwy” używa się jeszcze dłuższych).

Bielizna termoaktywna

Wszystko uzupełnij zakupem termoaktywnej bielizny. Jest przewiewna i utrzymuje ciepło.

Z kart historii...

Oficjalnie w Polsce pierwsze treningi i zawody z narciarstwa biegowego rozpoczęły się w roku 2005 w Zakopanem. Odbyły się

Zawody poprzedzone były nauką biegu na nartach.

Polskie dzieci zdobyły wtedy 9 medali, w tym 5 w biegach narciarskich. Medale zdobyli: Dominik Majerczak, Monika Babuśka,

W międzynarodowych imprezach zimowych dorośli i dzieci zdobyli łącznie 47 medali.

Bohaterem dzieci był 10-letni Marek Husar ze Słupska, który wygrał zawody alpejskie w kategorii dzieci do 18 lat. Otrzymał z rąk Prezydenta Światowej Federacji pamiątkowy Puchar.

Czy można biegać na nartach w czasie dializ?

Tak, można i nie tylko Ci pacjenci, którzy wcześniej umieli chodzić czy biegać na nartach, ale także początkujący. Dobór sprzętu i nauka techniki powinny być takie same, jak u pacjentów po transplantacji narządów. Zalecane trasy łatwe i płaskie, aby nie narażać się na upadki i ewentualne komplikacje z przetoką.

Aby przekonać pacjentów do spotkania z nartami biegowymi, trochę moich osobistych, ekstremalnych refleksji z pobytu w Alpach, z czasów dializowania się:

„Przyznam, że wypoczęłam wspaniale. Wysoko w Alpach, śnieg i mróz był jak w styczniu, ale słońko jeszcze nisko, tak jak w Polsce bywa zawsze w listopadzie. Były dni, że temperatura spadała do 20 stopni poniżej zera. Czasami wiał jeszcze silny wiatr i otulała nas mgła. Warunki atmosferyczne na pewno nie jak dla chorego z niewydolnością nerek i na dodatek dializującego się. Ja jednak lubię taką ekstremalną pogodę. Bywały dni, że trzeba było zakrywać prawie całą twarz, ponieważ silny wiatr i zawierucha śnieżna nie tylko kłuły w twarz, ale było także trudno oddychać. Wtedy musiałam cały czas poruszać się na nartach biegowych, aby nie wyziębnić organizmu. W takich warunkach trudno było prowadzić trening kontrolowany. Dla zawodników sprowadzało się to do walki z żywiołem, kształtowało ich wytrzymałość i odporność psychiczną. Ja z kolei hartowałam nie tylko swo-



Reprezentacji Polski dzieci po transplantacji narządów

wtedy IV Mistrzostwa Świata dla Dzieci po Transplantacji Narządów pod nazwą Puchar Nicholasa. Startowało 50 dzieci z: Wielkiej Brytanii, Węgier, Kanady, Australii i oczywiście z Polski (10 dzieci).

Michał Paszkiewicz i Damian Paczkowski.

W tym wszystkim nie najważniejsze były jednak wyniki sportowe, lecz szczytna idea i przesłanie zawodów „Nicholas Cup” 2005 – „Nie zabieraj swoich narządów do nieba... niebo wie, że są potrzebne na ziemi”. I dla organizatorów najważniejsze były nie czasy przejazdów, lecz oznaki radości i szerokie uśmiechy wszystkich dzieci, które dzięki przeszczepom, wygrały swoją szansę w walce o nowe życie.

Od 2006 roku dzięki działalności Polskiego Stowarzyszenia Sportu odbywają się Ogólnopolskie Igrzyska dla Osób po Transplantacji w narciarstwie biegowym, alpejskim i biathlonie. Pacjenci-zawodnicy startowali 3 razy w Zimowych Światowych Igrzyskach w Rovaniemi w Finlandii w 2009 roku, we Francji w 2010 roku i w Anzère w Szwajcarii w 2012 r.



Dzieci oczekujące na start do biegów narciarskich



Wolontariusz pokonuje trasę biegu z małym Nicholasem Powellem z Australii, który nie był w stanie samodzielnie pokonać wyznaczonej w czasie zawodów trasy



Autorka tekstu w czasie pobytu w Alpach, w Austrii na lodowcu Dachstein.

je ciało, ale i ducha. Bardzo mnie to ekscytowało. Kiedy natomiast panowała cisza i świeciło słońko, mogłam trochę czasu w trakcie treningu przeznaczyć na narciarstwo alpejskie.

Narty i jeszcze raz narty. Wkoło piękne górskie krajobrazy i bezkres wolności, a nie uwiązanie na odległość 1,5 m od sztucznej nerki.

Na wysokości 2600 m n.p.m. czułam się naprawdę wolna. Nikt w białym fartuchu nie czyhał na mnie z igłami.

Kiedy tak stałam sobie na nartach, na samym szczycie góry, miałam tylko jedno marzenie – unieść się w inny świat, gdzie nie będzie dializ”. (Fragment książki *Moje drugie narodzenie*)

Czy wiesz, że

w Krakowie, w dniach 12–13 września 2013 r.
po raz pierwszy odbędzie się

**Ogólnopolskie Sympozjum
„REHABILITACJA W SCHORZENIACH NEREK
I UKŁADU MOCZOWEGO”**

Organizatorami są:

**Wydział Rehabilitacji Ruchowej AWF w Krakowie,
Grupa Inicjatywa ds. Rehabilitacji przy ZG Polskiego
Towarzystwa Nefrologicznego,
Fundacja Amicus Renis oraz Fresenius Medical Care**

WSPOMNIENIA Z WAKACJI

Szanowni Państwo

zapraszamy do wzięcia udziału w konkursie
na opowiadanie „Wspomnienia z wakacji*”.
Na zgłoszenia czekamy pod adresem mailowym
osod@osod.info do 31 lipca 2013 roku.

Zgłoszenie powinno zawierać dane uczestnika
(imię i nazwisko, adres, telefon)
Nagrodą za najlepszą pracę w konkursie jest tygodniowy
pobyt dla dwóch osób w sanatorium w Wysowej.

* Organizator zastrzega sobie prawo do opublikowania imion
i nazwisk oraz przedruku nadesłanych prac na łamach czasopi-
sma „Dializa i Ty”.

JESTEŚMY NA W CZASACH

Piękny Beskid z dializami

Wysowa-Zdrój to wyjątkowa miejscowość o unikatowych walorach krajobrazowych. Wszechobecna cisza i kontakt z nieskażoną przyrodą sprzyja odzyskaniu sił i zdrowia. Znakomity klimat Wysowej-Zdroju porównywany jest do słynnego włoskiego uzdrowiska Merano.

Uzdrowisko Wysowa-Zdrój oferuje liczne atrakcje: park zdrojowy po rewitalizacji (z pijalnią, widowiskową fontanną, parkiem wodnym, amfiteatrem, atrakcjami dla dzieci), baseny rehabilitacyjne, jaskinię solną, korty tenisowe, kręgielnię. W miejscowych karczmach można skosztować potraw kuchni łemkowskiej i pogórzańskiej.

Wysowa-Zdrój słynie z wspa-
niałych wód mineralnych. Jak
mało które uzdrowisko, zarówno
w Polsce, jak i Europie, posiada

tak liczne ich bogactwo. W Pija-
lni Zdrojowej można skorzystać
z kuracji tymi wodami. Spośród
wszystkich cztery najbardziej cha-
rakteryistyczne dla Wysowej-Zdro-
ju („Józef”, „Henryk”, „Franci-
szek”, „Wysowianka”) są kon-
fekcjonowane w Rozlewni Wód
Mineralnych i dostępne w sprze-
daży w całym kraju, a nawet w od-
ległych i dla nas egzotycznych
Chinach. Dzięki temu każdy z go-
ści Wysowej-Zdroju może mieć
w domu część uzdrowiska.

Wokół Wysowej-Zdroju wyty-
czono liczne trasy rowerowe,
szlaki turystyczne, m.in. szlak
architektury drewnianej z pięknymi
zabytkowymi cerkwiemi. W Wysowej-Zdroju, jak i nieod-
ległej stadninie koni huculskich
Gładyszów w Regietowie istnieje
możliwość nauki jazdy i turystyki



Szpital Uzdrowiskowy „Beskid”

konnej. Organizowane są liczne
wycieczki, np. do zabytkowego
Biecza, Krynicy-Zdrój czy Bar-
dejovskich Kupeli. Od przejścia
granicznego ze Słowacją w Ko-
nieczonej wiedzy najkrótsza trasa
z Polski na Węgry. Dzięki temu
kuracjusze mogą korzystać z wy-
cieczek do węgierskiego Miskolca.
Odległe o 12 km jezioro w Klim-
kówce to raj dla wędkarzy i miło-
śników sportów wodnych. Tereny
leśne to prawdziwe wyzwanie dla
grzybiarzy. Wyciągi narciarskie
w okolicznych miejscowościach (w
Krynicy-Zdroju, Magurze Mała-
stowskiej, Regetovce na Słowacji)
zachęcają do zimowych szaleństw.

Pobyt w Uzdrowisku to szansa
na zmianę otoczenia i wypoczy-
nek. To możliwość wszechstronnej
rehabilitacji, skorzystania z zabie-
gów z zakresu lecznictwa uzdrowi-
skowego. Wysowa-Zdrój to miej-
sce, w którym udało się połączyć
zdobycze współczesnej medycyny
z możliwościami nefarmakolo-
gicznego leczenia uzdrowiskowego.

W tym roku mija już 20 lat, od
kiedy w Szpitalu Uzdrowiskowym
„Beskid” w Wysowej-Zdroju utwo-
rzono oddział hemodializy. Inicja-



Pijalnia wód mineralnych

torem jego powstania był prof. dr hab. n. med. Franciszek Kokot, który objął nad nim merytoryczny nadzór. To pierwszy w Polsce oddział przyjmujący osoby dializowane w warunkach uzdrowiskowych. Od 1995 roku „Uzdrowisko Wysowa” SA wykonuje także dializę otrzewnową.

„Uzdrowisko Wysowa” SA gwarantuje dializę na najwyższym poziomie wykonywaną przez wysoko wykwalifikowaną kadrę medyczną. Wniosek na leczenie w Szpitalu Uzdrowskim „Beskid” wypisuje lekarz prowadzący w macierzystej stacji dializ lub lekarz rodzinny.

Procedura dializ jest bezpłatna – finansowana przez NFZ. „Uzdrowisko Wysowa” SA po wcześniejszym uzgodnieniu organizuje dowóz osób dializowanych.

Osoby dializowane mogą skorzystać z następujących pobytów:

- bezpłatnie, ze skierowaniem z Narodowego Funduszu Zdrowia do Szpitala Uzdrowskiego, turnus 21-dniowy;

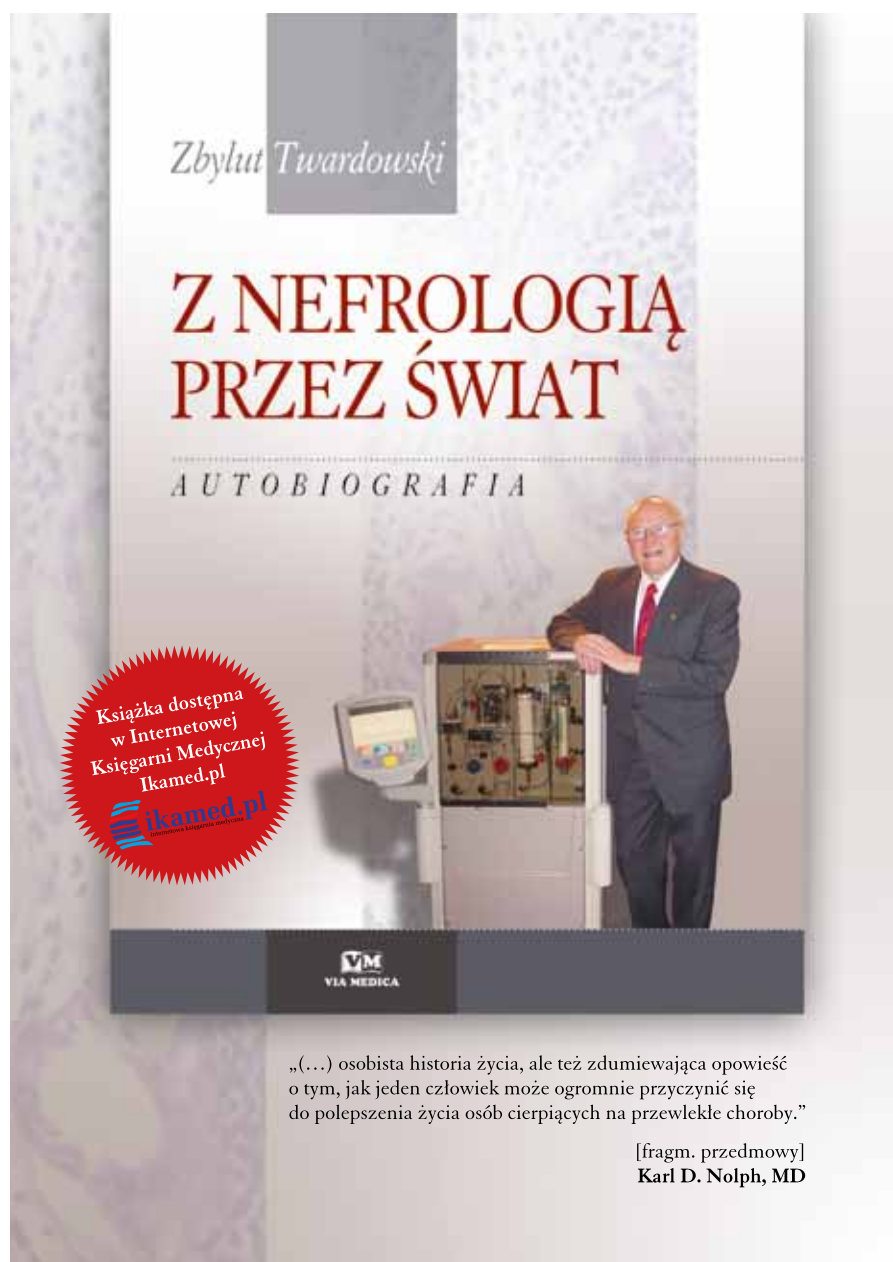
- za częściową odpłatnością turnusy rehabilitacyjne 14-dniowe – dofinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) zarządzanych przez ośrodki pomocy społecznej np.: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR), Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS);

- pełnopłatne wczasy lecznicze lub wypoczynkowe, termin i długość pobytu do uzgodnienia z ośrodkiem.

Dzięki doskonalej bazie leczniczej „Uzdrowisko Wysowa” SA oferuje leczenie:

- cukrzycy,
- układu moczowego,
- układu pokarmowego,
- układu oddechowego,
- układu kostno-stawowego, mięśniowego.

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



To osobista historia życia, ale też zdumiewająca opowieść o tym, jak bardzo jeden człowiek może się przyczynić do polepszenia życia osób cierpiących na przewlekłe choroby. Jest to też historia postępu dializoterapii w ciągu ostatnich 60 lat, obrazująca olbrzymi wkład dokonany w tej dziedzinie przez pomysły i działanie Autora. Lektura książki niewątpliwie przyczyni się do poszerzenia wiedzy Czytelnika o historii, jest to jednak przede wszystkim opowieść o wytrwałości i życiu poświęconym poszukiwaniu wiedzy – triumfie ludzkiego ducha. O autorze mówi się: „Jeśli spytasz dr. Twardowskiego o czas, on nauczy cię, jak zrobić zegarek”.

Karl D. Nolph, MD (z Przedmowy)

SŁOWNICZEK PACJENTA DIALIZOWANEGO

Wtórna nadczynność przytarczyc

Definicja: Zwiększenie produkcji parathormonu (PTH) spowodowane zaburzeniami gospodarki wapniowo-fosforanowej w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek. Wiąże się z przerostem i autonomizacją gruczołów przytarczycznych.

Epidemiologia: Choroba dotyczy 25–40% pacjentów poddawanych leczeniu nerkozastępczemu.

Objawy kliniczne: Bóle kostne, złamania patologiczne, nadciśnienie tętnicze źle reagujące na leki, oporność na leczenie preparatami stymulującymi erytropoezę.

Diagnostyka: Zwiększone stężenie PTH, które dla pacjentów bez choroby nerek w wywiadzie wynosi 10–65 pg/ml, w okresie przeddializacyjnym przewlekłej niewydolności nerek do 150 pg/ml, natomiast w okresie dializoterapii powinno zawierać się pomiędzy 150 a 600 pg/ml.

Leczenie: Przede wszystkim należy dążyć do normalizacji zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej. Aktywna postać witaminy D₃ hamuje wytwarzanie PTH, jednocześnie może zwiększać stężenie fosforanów poprzez intensyfikację wchłaniania z przewodu pokarmowego. Agoniści receptora wapniowego (zobacz: cinacalcet) powodują normalizację stężenia PTH poprzez wysycenie receptora wapniowego (mogą spowodować hipokalcemię). W przypadkach niereagujących na leczenie, konieczne jest dokonanie chirurgicznej resekcji przytarczyc z pozostawieniem połowy jednego narządu,

Cinacalcet

Inne nazwy: Mimpara, Parareg, Sensipar.

Definicja: Agonista receptora wapniowego wpływający na zmniejszenie stężenia parathormonu.

Wskazania: Stosowany w leczeniu wtórnej nadczynności przytarczyc oraz hiperkalcemii w przebiegu raka przytarczyc. W terapii należy uważać na możliwość wystąpienia hipokalcemii. Lek stosuje się raz dziennie, stopniowo zwiększając dawkę co –2 tyg. pod kontrolą parathormonu (PTH). Wapń oznacza się regularnie do czasu ustalenia dawki, następnie raz w miesiącu.

Cewnik do dializy – czasowy

Definicja: Dwukanałowy, rzadziej jednokanałowy cewnik naczyniowy zakładany „na ostro” w przypadku ostrej niewydolności nerek lub przy afunkcji stałego dostępu naczyniowego do dializy. Zakładany w znieczuleniu miejscowym do dużych naczyń żylnych – najczęściej do żyły szyjnej, podobojczykowej, w wyjątkowych przypadkach do żył udowych. Wymaga wypełniania środkami hamującymi krzepnięcie – heparyną lub cytrynianem. Cewnik ten nie powinien być utrzymywany dłużej niż 4 – 6 tyg. Długie utrzymywanie tego typu dostępu naczyniowego zwiększa ryzyko zakrzepicy (zwłaszcza w żyłach podobojczykowej) oraz infekcji okolicy ujścia lub też zakażenia krwi. W przypadku konieczności utrzymania dłuższego dostępu do dializy bez możliwości założenia przetoki z naczyń własnych lub protezy naczyniowej wskazane jest założenie cewnika stałego.

Cewnik do dializy – stały

Inne nazwy: Permcath, cewnik permanentny

Definicja: Dwukanałowy, rzadziej jednokanałowy elastyczny cewnik z mufką do założenia z wykorzystaniem tunelu podskórnego. Zakładany jako stały dostęp naczyniowy w przypadku braku możliwości wykorzystania naczyń własnych lub protezy naczyniowej. Podobnie jak cewnik czasowy, zakładany do żyły szyjnej, podobojczykowej lub wyjątkowo udowej. Alternatywnym miejscem założenia tego typu cewnika jest żyła główna dolna. Cewnik stały może być utrzymywany miesiącami a nawet latami. Przy prawidłowej opiece ryzyko infekcji oraz zakrzepicy jest niewielkie. Podobnie jak w przypadku cewnika czasowego, wymagane jest regularne wypełnianie środkami hamującymi krzepnięcie – heparyną lub cytrynianem.

Materiał pochodzi z książki: *Leksykon chorób nerek i terapii nerkozastępczej* autorstwa prof. dra hab. med. Bolesława Rutkowskiego i dra hab. med. Przemysława Rutkowskiego. Przedruku dokonano za zgodą autorów oraz Wydawnictwa Medycznego Termedia.

FIRMY WSPÓŁPRACUJĄCE



1% dla OSOD

Szanowni Państwo,

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych podejmuje szereg inicjatyw mających na celu pomoc pacjentom cierpiącym na Przewlekłą Chorobę Nerek oraz edukację społeczną z zakresu profilaktyki chorób nerek oraz idei transplantacji.

Dla pacjentów wydajemy kwartalnik „Dializa i Ty”, który jest jedynym regularnie wydawanym od kilku lat czasopismem docierającym do ponad 18 tys. pacjentów dializowanych w całej Polsce. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom odpowiada na ich pytania w sposób rzetelny i wyczerpujący. Podobną rolę spełnia również nasza strona internetowa.



Organizujemy również spotkania integracyjne i ułatwiamy kontakt nowym pacjentom stacji dializ z osobami już doświadczonymi, którzy pomagają im się odnaleźć w nowej rzeczywistości.

Prosimy Państwa, Państwa Rodziny oraz znajomych o przekazanie 1% na rzecz OSOD

Wpisz numer KRS 0000186438 w odpowiednią rubrykę oraz podaj wysokość przekazywanej kwoty (nie większej niż 1% podatku)

Program do rozliczenia PIT znajduje się na stronie Stowarzyszenia www.osod.info

POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW POLSKICH



Prof. dr hab. ANDRZEJ FRANCISZEK STECIWKO

30 grudnia 2012 odszedł od nas nagle wspaniały człowiek – profesor Andrzej Steciwko. Był specjalistą chorób wewnętrznych, nefrologii, balneologii, bioklimatologii i fizjoterapii oraz medycyny rodzinnej.

W latach 1990–2002 był kierownikiem Stacji Dializ z Oddziałem Nefrologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Legnicy oraz specjalistą wojewódzkim ds. nefrologii i dializoterapii województwa legnickiego, a przez część tego okresu pełnił również funkcję specjalisty regionalnego ds. nefrologii i dializoterapii (dla regionu obejmującego obszar dzisiejszego Dolnego Śląska).

Prof. Andrzej Steciwko był twórcą i pionierem medycyny rodzinnej w Polsce i na Dolnym Śląsku. W latach 1994–1996 zorganizował od podstaw Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej i Regionalny Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych we Wrocławiu.

W roku 1999 utworzył Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, którego do końca swych dni był Prezesem. Od roku 1999 do ostatnich chwil pełnił funkcję Redaktora Naczelnego kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review”. Był promotorem 15 prac doktorskich. Pod jego kierownictwem 22 lekarzy uzyskało specjalizację I stopnia z zakresu chorób wewnętrznych, 6 – II stopnia z chorób wewnętrznych, 5 lekarzy – II stopnia z zakresu nefrologii, 724 lekarzy uzyskało specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej.

W 2005 roku został odznaczony przez Kapitułę Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego najwyższym wyróżnieniem tego towarzystwa – Honorową Odznaką „BENE MERITUS”.

Był autorem lub współautorem 1075 publikacji (835 prac pełnych oraz 240 streszczeń), w tym artykułów, zarówno polskich, jak i anglojęzycznych. Był autorem i redaktorem kilkudziesięciu książek z dziedziny nefrologii i medycyny rodzinnej.

Profesor Andrzej Steciwko był Człowiekiem niezwykle aktywnym, twórczym, otwartym i życzliwym. Człowiekiem renesansu. Lubił dobrą książkę i muzykę klasyczną.