



ДИАВЕРУМ

№2, июнь 2019



ВОЗВРАЩЕНИЕ К ЖИЗНИ



КОМПЕТЕНТНОСТЬ
ВДОХНОВЕНИЕ
УВЛЕЧЕННОСТЬ



СОДЕРЖАНИЕ

НАШИ КЛИНИКИ	стр. 4
НОВОСТИ / СОБЫТИЯ	стр. 6
ИСТОРИЯ ПАЦИЕНТА	стр. 8
К ДНЮ МЕД. РАБОТНИКА	стр. 10
КУРЕНИЕ	стр. 12
ПИТАНИЕ	стр. 14
ФИЗАКТИВНОСТЬ	стр. 16
ВОПРОС / ОТВЕТ	стр. 18

Друзья и коллеги, дорогие пациенты!

Июньский выпуск особенный. Начало лета – напряженная и радостная пора, время активной работы, подведения предварительных итогов, обретения новых планов, консолидации творческих усилий, время наград, в предвкушении отдыха и ... время праздника. Исключительно значимого для всего человечества, зародившегося в нашей стране в далеком 1980 г. и отмечаемого в третье воскресенье июня - Дня медицинского работника!

Медицина – одна из древнейших областей человеческих знаний, где идеальным образом сочетаются ментальность и духовность с практикой и интеллектом.

Наши предки были мудры. Не обладая современными возможностями, уникальными достижениями науки и техники, они определяли медицину как искусство врачевания, понимая не только важность предмета, но и избранность тех, кто может быть допущен на эту стезю. Ведь знание, развиваясь вместе с человеком, ставит не только интеллектуальные задачи, но и морально – этические. Об этом всегда помнят в «Диаверум». Внимание к пациенту, искренняя вовлеченность в каждого, постоянное совершенствование характерны для каждого сотрудника компании. Мы не перестаем радоваться той эмоциональной отдаче, которую получаем от пациентов.

Говоря о профессиональном празднике всех медиков, нельзя не вспомнить еще одну знаменательную дату - 12 мая – Международный День медицинской сестры. Труд этих специалистов - компетентность и опыт, редкое жизнелюбие и отзывчивость – бесценны!

Компания «Диаверум» поздравляет всех своих сотрудников, партнеров и, конечно, пациентов, с замечательными профессиональными праздниками! Пусть в жизни каждого будут лишь одни теплые солнечные дни, наполненные радостью свершений, удачей, любовью и здоровьем!

*Габриелян Владимир Георгиевич
Генеральный Директор ООО «Диаверум Русс»
Региональный Директор «Диаверум Евразия»*

V. Gueorgievich

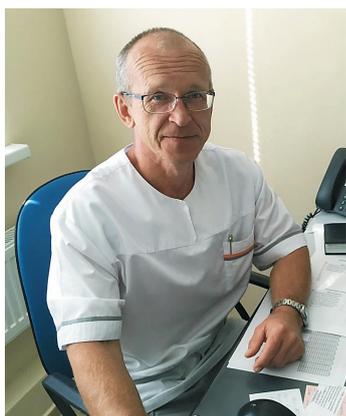


ЦАД г. Первоуральска

КЛИНИКА ПЕРВОУРАЛЬСКА В ТЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ДЕМОНИСТРИРУЕТ САМЫЕ ВЫСОКИЕ СРМ ПОКАЗАТЕЛИ* ПО СТРАНЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕРОМ ЭФФЕКТИВНОЙ И СЛАЖЕННОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ КОМАНДЫ И В ЦЕЛОМ РАБОТЫ КЛИНИКИ. ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ ЗАВЕДУЩЕГО ЦЕНТРОМ КАК ГРАМОТНОГО РУКОВОДИТЕЛЯ, ПРЕКРАСНОГО СПЕЦИАЛИСТА СВОЕГО ДЕЛА, ВЕЛИКОЛЕПНОГО НАСТАВНИКА И ПРИМЕРА ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ.



ВАДИМ ЛЕОНИДОВИЧ ОНУЧИН «МЫ С ПАЦИЕНТОМ В ОДНОМ ОКОПЕ...»



В диализное дело приходят врачи разных специализаций, но очень многие, особенно те, кто впоследствии становятся заведующими центром, имеют внушительный опыт работы в реанимационных отделениях. Опыт этот, как правило, начинается еще со студенческой скамьи и во многом характеризует человека.

Необходимость действовать быстро, принимая на себя полную ответственность за жизнь пациента, обширные технические знания, способность к анализу множества данных в экстренной обстановке и, конечно, неравнодушные – качества, закладывающие прочную основу для успешной работы с диализными пациентами.

Вадим Леонидович Онучин, заведующий центром в г. Первоуральск, закончил Пермский государственный медицинский институт в 1987 г. по специальности педиатрия, параллельно изучая реаниматологию и анестезиологию и работая в реанимационном отделении с 1984 г. Как бы сложилась профессиональная жизнь молодого врача, какое бы направление стало «делом жизни», если бы не началась перестройка, изменившая «под корень» жизнь миллионов, сказать сложно. Но нестабильная экономическая обстановка, пересмотр социальных приоритетов не могли не сказаться и на здравоохранении. Проблемы, ранее считавшиеся «не нашими» потребовали срочного решения.

– Вадим Леонидович, как Вы пришли в нефрологию, в диализное дело?

– После института я совмещал два направления в работе: педиатрию и реаниматологию - анестезиологию. Недолго. Помните 90 – ые? Нестабильность, потеря работы и сбережений, отсутствие перспектив на будущее привели к угрожающему числу суицидов (люди травились даже домашними лекарствами), росту алкоголизма, стали широко распространяться наркотики. В связи с этим по всей стране стали экстренно открывать токсикологические центры, только в Свердловской области их было восемь. В каждом из них ставили аппараты «Искусственная почка», немного, как правило, три. Мы занимались экстренным диализом и параллельно хронической почечной недостаточностью. «Хронических» пациентов тогда было мало, их не умели вовремя выявлять, а оборудование ... оставляло желать лучшего.

Никогда не забуду 16 октября 1992 г. Я открывал такой центр. Полгода выходил из диализного зала в холодном поту. Колоссальная ответственность за жизнь людей, а проблемы были то с водой, то с электричеством, расходника не хватало, диализ ацетатный... Зачастую приходилось самим что – то ремонтировать «на коленке». А федеральный бюджет ведь нас не поддерживал, только областной. Все держалось на энтузиазме, и так все работали. Но людей – то спасали.

Позже, когда острая необходимость в токсикологических центрах стала отпадать, их стали перепрофилировать в отделения хронического диализа, а реанимацию реорганизовали в отдельную структурную единицу. Материально - техническая база улучшалась очень постепенно... Помимо гемодиализа мы занимались гемосорбцией, плазмаферезом, криоплазмасорбцией, УФО крови. Все от бедности. Но появились опыт, наработки, стали активнее заниматься профилактикой, выявлением пациентов с ХБП,

* СРМ (Clinic Performance Measures) – показатели клинической эффективности, которые оценивают качество оказания медицинской помощи и работы медицинской команды.

Система оценки клинической эффективности включает наиболее значимые и весомые для пациента показатели (их всего 11), характеризующие качество проводимой заместительной терапии. Все показатели в совокупности влияют на общее состояние пациентов и их адаптацию в социуме.

СРМ ПОКАЗАТЕЛИ:

1. Распространённость артерио-венозной фистулы в %
2. Недельное время лечения ≥ 720 мин в %
3. Kt/v (однопуловый по Daugirdas) $\geq 1,4$ в %
4. Альбумин ≥ 35 г/л в %
5. Гемоглобин ≥ 10 г/дл ≤ 12 г/дл в %
6. Ферритин ≥ 200 нг/мл ≤ 800 нг/мл в %
7. Фосфор сыворотки крови $\geq 2,5$ мг/дл $\leq 5,5$ мг/дл в %
8. Кальций-фосфорный продукт < 55 мг²/дл²
9. Паратиреоидный гормон ПТГ ≥ 155 пг/мл ≤ 600 пг/мл
10. Среднее артериальное давление САД < 105 мм.рт.ст
11. Междиализная прибавка массы тела $< 4\%$

стала доступна специальная литература, прибавилось финансирование. Да, из реанимации «вышло» все мое поколение. Работаем...

– Какие качества Вы считаете необходимыми «молодому специалисту», приходящему в диализное дело?

– Хорошо знать предмет своей профессии. А он включает в себя и медицинскую составляющую, и техническую. Ведь мы занимаемся протезированием функции почек. Хорошая аппаратура защищает от плохого оператора процентов на 95, но случиться может всякое! Как какое оборудование работает, что делать, если оно неисправно, как реагировать на сигналы тревоги? Все это необходимо знать и уметь применять на практике. За водоподготовкой надо следить очень тщательно, от качества воды зависит состояние пациента, вся процедура гемодиализа. Вентиляция – очень важный момент. У нас приточно – вытяжная во всех центрах. Должна функционировать идеально, иначе неблагоприятная сан – эпидемиологическая обстановка приведет к инфекционным осложнениям. Очень важно: диализный врач обязан постоянно бывать в диализном зале, каждую смену контактировать с каждым пациентом, заниматься санитарно – просветительской работой. Только так можно предотвратить, минимизировать возможные осложнения.

– А какой он, диализный пациент? Сложный психологически ... по объективным причинам?

– Я не считаю нашего пациента сложным. Человек всегда остается человеком. К нему надо найти подход, и в 99 процентов случаев нам это удастся. Но иногда проходит до полутора лет, пока наладишь такой контакт, который приносит желаемый результат. Я пациентам сразу даю понять: «Мы в одном окопе... в другом – болезнь, противник у нас один!». Считаю, что диализному специалисту в каком – то смысле даже легче, чем, например, терапевту. Ведь мы пациента наблюдаем годами, регулярно три раза в неделю. Знаем о нем все. По сути своей – учим здоровому образу жизни! Мы с коллегами пришли к одному выводу: наш пациент, соблюдающий все рекомендации, при прочих равных условиях выглядит и чувствует себя лучше здоровых в своей возрастной популяции.

– Существует популярное мнение, что здоровый образ жизни – дорогое удовольствие. Среди диализных пациентов очень много пенсионеров, людей с ограниченной функцией движения, не у всех есть состоятельные родственники или родственники вообще. Доступны ли им все врачебные рекомендации, например, в том, что касается питания?

– Вполне. Мы живем в небольшом провинциальном городке. Из магазинов тут все «пятерочки» да «магниты», есть один или два, которые подороже, там побольше деликатесов... Только ведь наши пациенты во многом ограничены. Консервы, колбасы, выпечка магазинная с большим сроком хранения, полуфабрикаты им строго запрещены. И запрещены, я считаю, должны быть и для детей! Я призываю людей готовить самостоятельно. Разнообразить блюда при помощи приправ, проявить немножко фантазии, интернет сейчас есть, где можно подсмотреть. Правильно и доступно питаться можно!

И с физической активностью также. Обязательно, не смотря на осложнения, сопутствующие заболевания, иногда через боль. Прогулки по четыре километра в день минимум, доступная гимнастика – это каждому полезно.

– Многие уже испытали на себе все соблазны майских выходных. Какие рекомендации Вы и Ваши специалисты даете пациентам перед началом дачного сезона?

– Актуальная тема. Пациенты разные есть. И алкоголь есть, и с другими пагубными привычками...Законом все защищены. Но всем настоятельно советуем, напомним, что нужно поберечь сосудистый доступ, нельзя перетруждаться и перегреваться на солнце. Тепловой удар, обезвоживание очень опасны при нашем заболевании. Все должно быть по силам. Умеренные физические нагрузки очень нужны пациентам. Но это не означает, что нужно машину дров перерубить и машину угля перетаскать. На тачке! Все разумно должно быть. В питании тоже многие себе позволяют расслабиться. Приносят после праздников большие фосфаты, соли наедаются, отсюда вода, высокое АД. Предупреждаем постоянно!

– Вадим Леонидович, а как Вы сами отдыхаете? Что наилучшим образом помогает снять стресс? Что советуете пациентам, коллегам из личного опыта?

– На даче провожу много времени, строю и на земле работаю. Весной, летом – на рыбалке. Это еще со времен реанимации пошло. Там энергетика у людей тяжелая, особенно, когда сам реанимацию осуществляешь при клинических смертях – выматывает... А уйдешь на водоем, с поплавком посидишь в одиночестве – отпускает. Этим многие мои коллеги спасались – «охотники» и «рыболовы» – гуляли по лесу, «чистились».

Физическую форму поддерживаю обязательно. Когда – то увлеченно в зал ходил, теперь хватает перекладины и гантелей.

Очень много читаю специальной литературы, ведь раньше ее совсем не было, а из художественной – классику перечитывал, историко – приключенческую, Пикуля тут вот вспоминал. Одно время увлекался детективами, но ничего не запомнил (смеется), кроме Акунина.

– С семьей сейчас много времени проводите?

– Сейчас – да ... Мы с женой учились в одной группе.

Она – педиатр – фтизиатр. Я двадцать шесть лет на работе проводил почти все время, по четыре дежурства в неделю. Как она все это выдержала? Она замечательная! Сыну сейчас 29 лет, я не видел, как он вырос. Зато сейчас навестываю с внуком. Вот это счастье! Дети рядом живут, тоже много работают, помогаем друг-другу, видимся каждый день.

– Вадим Леонидович, что Вы считаете наиболее важным в жизни человека?

– Важно делать «свое дело». Неважно кем человек работает – токарем, пекарем, инженером, врачом. Делай свое дело и делай хорошо! И к людям относись с пониманием и терпением. Но и сдачи умей давать. Если ко мне кто – то «поворачивается филейной частью», я не стану его переубеждать ... один раз (смеется).

ЖИЗНЕННЫЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ВАДИМА ЛЕОНИДОВИЧА ОНУЧИНА, ЕГО МНОГОЛЕТНЯЯ БЕЗУПРЕЧНАЯ ПРАКТИКА, МУДРОСТЬ РЕШЕНИЙ И НАСТАВНИЧЕСТВО ВЫСОКО ЦЕНЯТСЯ РУКОВОДСТВОМ КОМПАНИИ И ВСЕМИ СОТРУДНИКАМИ. ПОБЕДА В НОМИНАЦИИ «ОПЫТ» СТАЛА ТОМУ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ 24 ИЮНЯ 2018 Г., КОГДА «ДИАВЕРУМ» ОТМЕЧАЛА ЛУЧШИХ СВОИХ СПЕЦИАЛИСТОВ!

Международный День Медицинской сестры

МИР ТАК УСТРОЕН, ЧТО НЕКОТОРЫЕ ПРОФЕССИИ ИСЧЕЗАЮТ, ИХ ЗАМЕНЯЮТ КОМПЬЮТЕРЫ ИЛИ МАШИНЫ. ОДНАКО ЕСТЬ ТЕ, КОТОРЫЕ БЫЛИ И БУДУТ ВСЕГДА. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ЭТО ПРОФЕССИЯ МЕДСЕСТРЫ.

ТРУД МЕДСЕСТРЫ СЛОЖЕН И ФИЗИЧЕСКИ, И МОРАЛЬНО. ТОЛЬКО ПО-НАСТОЯЩЕМУ ТЕРПЕЛИВЫЕ, ДОБРЫЕ, ЧУТКИЕ И ОТЗЫВЧИВЫЕ ОСТАЮТСЯ В ЭТОЙ ПРОФЕССИИ. НЕ ЗРЯ ВЕДЬ МЕДСЕСТЕР РАНЬШЕ НАЗЫВАЛИ СЕСТРАМИ МИЛОСЕРДИЯ. ИСТОРИЯ ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО ОТ РАБОТЫ МЕДСЕСТЕР ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИТ НЕ МЕНЬШЕ, ЧЕМ ОТ ВРАЧА.

ЕЖЕГОДНО 12 МАЯ МЫ ОТМЕЧАЕМ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ. ЭТО ОТЛИЧНЫЙ ПОВОД ПОБЛАГОДАРИТЬ ВСЕХ, КТО ВЫБРАЛ СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО ПРОФЕССИЕЙ НА ВСЮ ЖИЗНЬ.

*Поздравляем медсестер с чудесным днем,
С праздником, что полон пожеланий
Оставаться солнечным лучом,
Избавлять от боли и страданий!
Крепкого здоровья вам, добра,
Множества спасенных вами жизней,
Благодарности и просто лишь... тепла,
Чтобы с гордостью служить своей профессии!*

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

12 мая 1820 года родилась добрая и сильная женщина Флоренс Найтингел. Ее можно назвать первооткрывателем сестринского дела.

Флоренс Найтингел росла в состоятельной семье и с детства стремилась к знаниям, а ее доброе сердце жаждало помогать беспомощным. В XIX веке врачебной деятельностью могли заниматься только мужчины, но несмотря на это юная девушка уехала в Германию, где вступила в ряды сестер милосердия и начала изучать медицинское дело. После возвращения в Лондон, мисс Найтингел стала управляющей в частной клинике. Во время Крымской войны она, уже опытная и уважаемая медсестра, вместе с военным министром Англии и 38 добровольцами-медсестрами, отправилась в Турцию, чтобы помогать больным и раненым.

Выдающиеся организаторские способности, лидерские качества, опыт и знания мисс Найтингел помогли внедрить новую систему санитарного ухода. Она убедила власти, что банальная вентиляция, канализация и простые нормы санитарии в больнице – это не роскошь, а насущная необходимость. Именно благодаря ее методике, сортировать больных по отделениям и особому уходу за больными, смертность в военных лазаретах в период Крымской войны снизилась с 44% до 5%.

После возвращения в Англию, Флоренс Найтингел занялась благотворительностью и стала одним из организато-

ров школы по подготовке младшего медицинского персонала.

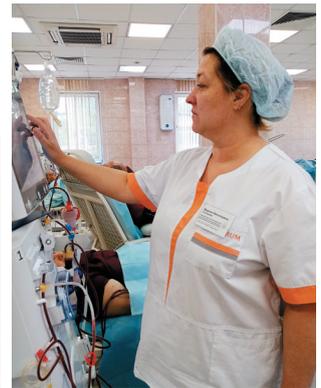
В России профессию медсестры основал еще Петр I. Царь подписал указ «О назначении монахинь в госпитали», после чего женщины добровольно вступали в ряды сестер милосердия. Во времена правления императрицы Екатерины II указ был отменен, и только врач Михаил Пальцев в 1860 году попросил власти создать штаб медсестер в помощь хирургам. Через несколько лет эта профессия появилась в каждом военном госпитале, а позже – во всех больницах и поликлиниках.

В современной России праздник отмечают с 1993 года, с тех пор, как была создана Ассоциация медицинских сестер, которая поддерживает и контролирует работников этой профессии.

ТРАДИЦИИ

Ежегодно в День медицинской сестры во всех странах мира проводятся круглые столы, заседания, мастер-классы. К этой дате приурочены основные просветительские мероприятия.

Каждые два года международная организация Красный крест вручает медали им. Флоренс Найтингел. Ею награждают только самых лучших специалистов сестринского дела. Это медаль, на которой изображена женщина со светильником, как символ добра, света, милосердия и надежды. На оборотной стороне надпись: «За истинное милосердие и заботу о людях, вызывающие восхищение всего человечества».



Лобова Светлана, более 11 лет на диализе

ИСТОРИЯ НАШЕЙ ПАЦИЕНТКИ, КОТОРАЯ, НЕСМОТРЯ НА ПЕРЕЖИТЫЕ ТРУДНОСТИ, СМОГЛА СОХРАНИТЬ СТРЕМЛЕНИЕ ЖИТЬ ПОЛНОЦЕННО, СИЛЫ ПРЕОДОЛЕВАТЬ ПРЕПЯТСТВИЯ, ПРИ ЭТОМ СОХРАНИВ СЕБЯ, СВОЮ ЛИЧНОСТЬ И ВЕРУ В ЖИЗНЬ. ИСТОРИЯ О ВАЖНОСТИ САМОВЫРАЖЕНИЯ ЛЮБОГО ЧЕЛОВЕКА И ПОИСКЕ СВОЕЙ МОТИВАЦИИ. ДО ДИАЛИЗА СВЕТЛАНА ВЕЛА АКТИВНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: ЗАНИМАЛАСЬ СПОРТОМ (ФИГУРНЫМ КАТАНИЕМ, ПЛАВАНЬЕМ, КОНЬКОБЕЖНЫМ СПОРТОМ), РИСОВАЛА, ВЯЗАЛА. ЗА ВЕСЬ ПЕРИОД ДИАЛИЗА ПЕРЕНЕСЛА 5 ОПЕРАЦИЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ФИСТУЛ. РАССКАЗЫВАЯ СВОЮ ИСТОРИЮ, СВЕТЛАНА НЕ МОГЛА СДЕРЖАТЬ СЛЕЗ ОТ ПЕРЕЖИТЫХ ВОСПОМИНАНИЙ, КАК НЕ МОГЛА СКРЫТЬ И УЛЫБКУ ПРИ РАССКАЗЕ О СВОИХ РОДНЫХ И БЛИЗКИХ ЛЮДЯХ, КОТОРЫЕ ЕЙ ПОМОГАЛИ.



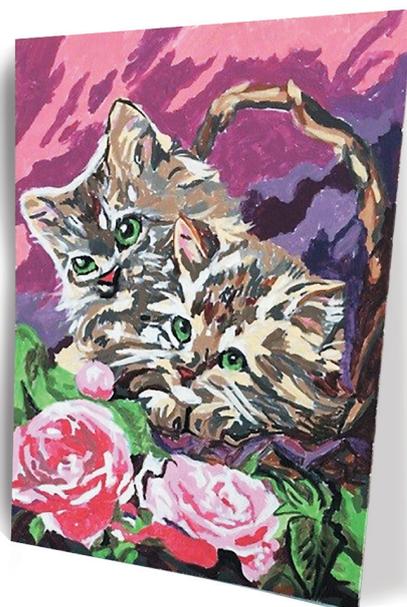
Светлана, 42 года. 12 лет на диализе. «В 30 лет мне был поставлен диагноз – быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Через полтора месяца после обследований, начался оттек легких и меня увезли в реанимацию, где я провела две недели. Врачи говорили, что я могу не выжить, но оказалось, что сердце у меня сильное спустя 13 дней я пришла в сознание. Все это происходило в новогодние праздники. У меня было трое детей, в тот момент я думала только о них. Я не могла ходить, и сама себя обслуживать, приезжали родные и помогали мне. Однажды мама сказала мне: «Ты должна жить ради своих детей!» и это заставило меня шевелиться – вырастить, выучить, любить! Я не догадывалась о том, что диализ является пожизненной процедурой, я только надеялась, что когда-нибудь это все закончится, и я вернусь к полноценной жизни. Пыталась всеми силами заставить свои почки работать (пила таблетки, специально привезенную для меня воду, вводила поправку в питание), но все оказалось

безуспешным. Спустя время, я смогла адаптироваться и принять диализ, но на этом мои испытания не закончились. Далее шла череда операций и больших стрессов, связанных с семейными проблемами, мой организм не выдержал и в июне 2015 года у меня случился первый инсульт, а через год еще два подряд. Сначала я оглохла, а потом начались проблемы со зрением, я практически не могла говорить и ничего не понимала, просто ходила по палате из угла в угол, состояние было очень подавленное. Родные забрали меня домой, два месяца я просто лежала и чувствовала себя овощем. Дочь узнала, что в центре диализа работают психологи, и я решила прийти на консультацию, потому что понимала, что одной мне не выкарабкаться. Поначалу я просто ходила и не осознавала, чего от меня хотят, а потом я начала потихонечку разговаривать и вдруг поняла, что мне становится лучше, мне нужно было выговориться и я выговаривалась. После десяти сеансов, мы сделали перерыв и придя через три месяца на встречу, психолог меня не узнал: я начала вновь краситься, подстриглась, и я вновь понимала, чего хочу, стала осознавать свои потребности. Я вдруг поняла, что такая «вакуумная» жизнь мне не нужна и нужно что-то делать. Потом я начала заниматься с другим психологом по восстановлению моих нарушенных функций (памяти, внимания и пр.) и арт-терапией. Поначалу было очень тяжело, но тогда я не знала, как это окажется для меня интересным. Мне становилось легче, я поняла, что мне очень нравится рисовать, это дает мне спокойствие и возможность самовыражения, меня радует, что люди замечают мои эмоции на рисунках. Безусловно, сейчас не все так гладко как хотелось бы, но я ни в коем случае не опущу руки, поскольку вижу прогресс.

ОДНО ИЗ НЕДАВНИХ ТВОРЕНИЙ СВЕТЛАНЫ



|| Я вдруг поняла, что такая «вакуумная» жизнь мне не нужна и нужно что-то делать



«КОТЯТА»
длительность
выполнения -
2,5 недели

Мне бы хотелось рассказать одну историю, которая ярко отложилась в моей памяти и возможно поможет другим пациентам. В 2008 году рядом со мной в палате лежала женщина, она была образованна и работала экономистом и тоже оказалась на диализе. Она никого не хотела видеть, бросала трубки, выгоняла родственников из палаты, полностью замкнулась в себе и на своей болезни. Через два месяца я узнала, что она умерла...Человек просто замкнулся в себе, нельзя так! Сейчас я считаю, что нужно заставлять себя

жить еще лучше, чем до диализа, решать свои проблемы, не бояться просить и получать поддержку со стороны, не нужно заикливаться на диализе! Сейчас я знаю, что я не одна, что у меня есть дети, родственники, врачи и это самое главное».

На данный момент Светлана активно сотрудничает с врачами, учитывает все рекомендации, ведет активную социальную жизнь, посещает психолога 2 раза в неделю, занимается психокоррекционными упражнениями по восстановлению высших психических функций дома, также занимается арт-терапией, развивает моторику, внимание, восстанавливает эмоциональное равновесие. Она нацелена на позитивное будущее, строит планы и позволяет себе мечтать. На картинах вы можете наблюдать ее настроение и прогресс.



«ЦВЕТЫ» длительность
выполнения - 2,5 месяца



«СОБАКА» длительность
выполнения - 1,5 месяца



«БАБОЧКИ» длительность
выполнения - 3 недели



«ПАНТЕРА» длительность
выполнения - 3 недели



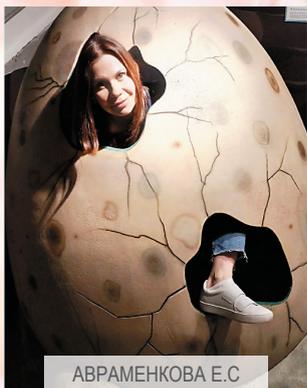
НАШИ ВРАЧИ САМЫЕ ЛУЧШИЕ!

Труд людей в белых халатах - это высокое служение на благо народа. Верность своему делу, самоотверженность, высокий профессионализм и милосердие – отличительные черты медицинских работников. Нелегким повседневным трудом они охраняют величайшие ценности, дарованные человеку - его жизнь и здоровье.

Компания Диаверум сердечно поздравляет всех медицин-

ских работников с профессиональным праздником! Желаем вам успехов в вашем нелегком труде, благодарных пациентов, стойкости и оптимизма, крепкого здоровья, счастья и благополучия в ваших семьях!

Наши врачи не просто профессионалы своего дела, но и разносторонние увлеченные личности. Мы хотим показать вам моменты их жизни за дверями диализного центра.



АВРАМЕНКОВА Е.С.



АЛЕКСАНДРОВА Т.С.



АСТРАХАНЦЕВ А.С.



БАЛДИН А.И.



БЕРЕСТОВА Ю.А.



БЛАГОДАТСКИХ О.Л.



БОГУНОВ Н.Ю.



ВАЛИКОВА И.Д.



ВОЛКОВА К.Р.



ВОЛЫНЕЦ А.С.



ПОДПЕСНОВА А.Р.



ДЕГТЯРЕВ Д.Г.



ДУДИНА Т.В.



ЖЕЛЕЗНОВА Ю.Л.



ЗАХАРОВ С.В.



ИЛЬЯСОВА Ю.А.



КАТЕГОРЕНКО Е.А.



КЕКСЕЛЬ В.А.



КЕРИМОВ Р.Р.



КИМАЕВА М.Х.



КОНОВАЛОВ Е.С.



ЛОЗНОВЕНКО Е.С.



МАГОМАДОВА Л.С.



МАЛЬЧИХИН А.Г.



МАРЦИНОВСКИЙ Д.А.



МАХОВ И.Б.



НИГМАТУЛЛИНА А.М.



ОНУЧИН В.Л.



ОСТЯКОВ А.А.



РОМАШОВА Е.Н.



СПИРИН А.И.



ЕМАКЕВА Т.Н.



ТАРАСЮК Д.А.



ТУРКО Х.Р.



ХАЙРУЛИНА В.М.



ХМЫЛЬНИНА Е.В.

Пагубное воздействие никотина на почки

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1988 году объявила 31 мая Всемирным днем без табака. Глобальной целью Всемирного дня без табака является содействие защите нынешнего и будущих поколений не только от разрушительных последствий для здоровья, но также и от социальных, экологических и экономических бедствий, связанных с употреблением табака и воздействием табачного дыма.

Об опасности курения известно всем. Если изменения в легких можно оценить по наличию кашля и его выраженности, то процессы, протекающие внутри организма, часто проявляют себя уже на поздних стадиях. Редко озвучивается пагубное воздействие курения на почки.

Назначение почек – освобождение организма от продуктов обмена веществ. Под действием никотина возбуждается симпатическая нервная система, что приводит к повышению артериального давления, тахикардии, выбросом катехоламинов в кровеносное русло, большинство кровеносных сосудов сужаются. Это же происходит и в почках, что приводит к повышению сопротивления кровотоку в почках и снижению почечной фильтрации.

Если имеется повреждение почечных сосудов по причине какого-либо заболевания (гломерулонефрит, сахарный диабет и др.), то под действием никотина процесс повреждения почечных сосудов ускоряется в разы. Кроме того, никотин значительно снижает иммунитет.

ДЫМ ОТ СИГАРЕТ ИМЕЕТ В СВОЕМ СОСТАВЕ НИКОТИНОВЫЕ СМОЛЫ, МЫШЬЯК, СИНЬЮ КИСЛОТУ, ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ (СВИНЕЦ, АЛЮМИНИЙ И ПР.), АММИАЧНЫЕ ПРИМЕСИ, ФЕНОЛ И Т.П. ВСЕ ЭТО ЧАСТИЧНО ОСТАЕТСЯ ВО РТУ, ПОЧКАХ, ПЕЧЕНИ, А ТАКЖЕ НАПРАВЛЯЕТСЯ В ДРУГИЕ ОРГАНЫ ЧЕРЕЗ КРОВЕНОСНОЕ РУСЛО.

Для пациентов, получающих заместительную почечную терапию гемодиализом никотин не благоприятно влияет на течение артериальной гипертензии и может стать причиной невосприимчивости к гипотензивным препаратам или вынужденного повышения их доз.

Для пациентов, планирующих трансплантацию почки крайне важен отказ от курения. Так как суженные сосуды могут стать причиной неудачной пересадки. И риск потери трансплантата тоже возрастает у пациентов, страдающих никотиновой зависимостью.

Берегите своё здоровье!

Врач-нефролог Дудина Т.В.



Психология курения

НИ ДЛЯ КОГО НЕ СЕКРЕТ, ЧТО ПОМИМО ФИЗИЧЕСКОЙ ТЯГИ КУРЕНИЮ, СУЩЕСТВУЕТ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СИГАРЕТЫ.

КАК ФОРМИРУЕТСЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ:

Любая зависимость, как правило, формируется незаметно. Каждый курильщик понимает вредность данной привычки, но мысленно говорит себе – «Да, я выкуриваю пачку в день.... Но если захочу, в любой

момент брошу». Но проходит год, два, три... Желание курить отодвигает мотив бросить. Посмотрим на этот процесс формирования психологической зависимости наглядно:



ОСНОВА



ТОЛЧОК



КРЮЧОК



ОРАЛЬНАЯ ФИКСАЦИЯ



ИМИДЖ КУРИЛЬЩИКА

ОСНОВА. Желание курить всегда имеет за собой какую-то основу. Например, курящие родители, курящее окружение, либо наличие других зависимостей. Можно иметь какую-то основу для начала курения, но для того, чтобы процесс запустился, требуется «Толчок».

ТОЛЧОК. Это тот момент, когда человек начинает курить, как правило, это случайность, стечение обстоятельств («покурить за компанию», произвести впечатление).

КРЮЧОК. Не будь этого этапа, человек начинающий курить просто бы «побаловался» и забыл об этой привычке, но данный этап – это важнейшая психологическая причина, почему люди начинают курить и впоследствии становятся зависимыми от сигареты. Суть этой причины, состоит в том, что сигарета приносит человеку удовлетворение, возможность расслабиться, сконцентрироваться, дает ему нечто ценное от чего трудно отказаться и всегда хочется еще. Это может быть: оральная фиксация (когда человек нервничает, ему обязательно нужно чем-то занять рот. Кто-то переедает, кто-то грызет карандаш, а кто-то тянет в рот сигарету), расслабление (это относится к тем, кто часто находится в ситуации стресса), концентрация (пара эпизодов взяты сигарету в качестве способа обдумать ситуацию, формируют устойчивую схему), имидж (часть людей воспринимают имидж курильщика как нечто обольстительное, привлекательное.) Каким бы ни был «Крючок», он удерживает человека и заставляет курить все больше и больше.

Многие курящие люди часто пробовали бросать эту ненавистную привычку, но спустя неделю, месяц, а то и полгода, снова начинают курить. Почему же так происходит? На самом деле, очищение организма от никотина полностью осуществляется спустя пару дней, физическая зависимость отступает, а причиной срывов становится именно зависимость психологическая. Причинами этого являются:

- 1. Ритуал.** Для человека с никотиновой зависимостью, желание покурить связано с ритуальными действиями – это способ расслабиться, подумать, отвлечься. А еще частым проявлением ритуала является потребность «вознаградить» себя за выполненное действие.
- 2. Потребность в постоянной стимуляции чувств.** Желание чем-то занять руки и рот, вдыхать дым. Виной этому скрытое напряжение, которое часто не показывается окружающим, но глубоко сидит в психике человека.

Проблемы в социальном контакте. В общении с малознакомыми людьми, курильщику бывает трудно выдержать

возникающие паузы в разговоре, он часто чувствует себя неловко и робеет, а сигарета успокаивает и заполняет эти тягостные минуты молчания.

Неумение справляться со стрессом. Единственный способ снять напряжение – сигарета.

Присущее человеку чувство скуки. Что делать, когда скучно? Конечно, покурить!

Слабо развитая сила воли и сниженная мотивация. Зависимому человеку трудно отказаться от своих желаний, ему трудно подолгу терпеть голод, сексуальные влечения, трудно бороться с ленью, потребности должны быть удовлетворены как можно скорее. Человек следует на поводу желаний своего тела и не знает в них меры.

Страх. Курящий не помнит себя без сигареты, никотин – это часть его жизни, часть его личности и внешнего вида. Он не знает себя другим и от этого появляется страх изменений: изменить себя, изменить свою жизнь... Но на самом деле, эти изменения не так уж серьезны, и бросив курить вы вдруг понимаете, что все находится на своих местах – и вы, и ваша жизнь, просто вы слишком большое внимание отдавали роли сигареты в своей жизни.

Итак, мы разобрались в том, как формируется зависимость от курения, и выяснили ее причины. Открытым остается вопрос – «Что же делать и как бросить?» Ответ, очень прост – поймите причину, по которой вы курите, осознайте вашу истинную потребность, которая скрывается за каждой выкуренной вами сигаретой. Если это потребность в снятии напряжения, значит, найдите другие способы снять это напряжение, если это средство борьбы от скуки, подумайте, как еще можно себя развлечь. Очень важно внедрять новые установки и приучать себя к позитивным «ритуалам». Работайте над мотивацией и своей силой воли, попросите друзей, близких вам помочь и оказать поддержку, займите все свое свободное время и мысли чем-нибудь приятным и полезным. Освойте дыхательные техники на расслабление, занимайтесь физической активностью, выбросьте из дома все, что связано с курением. Если для вас это кажется трудным, обратитесь к врачам, работайте с психологом, исследуйте авторские методики!

БУДЬТЕ СВОБОДНЫ И НЕЗАВИСИМЫ!

Медицинский психолог
Ускова Екатерина Вячеславовна

Растительный белок. В чем опасность?

БЕЛОК НЕОБХОДИМ ДЛЯ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТА С ХБП. В ДОДИАЛИЗНЫЙ ПЕРИОД ВРАЧИ НАСТОЯТЕЛЬНО РЕКОМЕНДУЮТ МБД (МАЛОБЕЛКОВУЮ ДИЕТУ), КОТОРАЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ БОЛЕЗНИ, ПРЕДПОЛАГАЕТ РАЗНОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ В СУТОЧНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ БЕЛКА. ПОСЛЕ ПЕРЕХОДА НА ДИАЛИЗ МБД ЗАМЕНЯЕТСЯ НА ДИЕТУ С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ БЕЛКА (1.2 НА КГ. ВЕСА ЧЕЛОВЕКА). ЭТО НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РАБОТЫ ОРГАНИЗМА НА ДОЛЖНОМ УРОВНЕ, УЧИТЫВАЯ ЕЩЕ И ТОТ ФАКТ, ЧТО САМА ПРОЦЕДУРА ДИАЛИЗА СПОСОБСТВУЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПОТЕРЕ ЭТОГО ЭЛЕМЕНТА.



Но, ключевым моментом в данном вопросе является то, что больной ХБП должен получать непременно качественный, легкоусвояемый животный белок. Это связано с тем, что только животный белок содержит незаменимые аминокислоты, которые не при каких условиях не могут синтезироваться организмом, а могут быть только получены извне.

Бобовые продукты крайне разнообразны. Они распространены по всему миру. Обладают ценными питательными свойствами. Однако, не для больных с ХБП! Дело в том, что наиболее популярные продукты (фасоль, горох, чечевица, соя, арахис и др.) по содержанию белка на много превосходят мясные продукты, а сушеная фасоль еще и богатейший источник калия. Для здорового человека – это ценные показатели, стимул к употреблению которых, усиливается еще и невысокой стоимостью многих из них, связанными с ним культурными традициями, этическими и религиозными мотивами.

Для больного с ХБП ситуация выглядит наоборот. Организм такого человека получает критическое количество неполноценного белка, который не несет ценности по причине отсутствия незаменимых аминокислот, но энергии и побочных эффектов от его переработки, будет не меньше, а больше.

Особое место в этом «опасном, красном» списке с большим отрывом занимает соя. И не только из – за критически высокого (34.2 – 52 – в зависимости от вида продукта) содержания белка. А из – за широкого (не всегда законного) применения сои в пищевой промышленности. Замена, подмена особенно часто встречаются в молочной промышленности, что требует особого внимания. Молочные продукты для пациентов с ХБП ограничены или запрещены по большей части, по крайней мере в додиализный период. Употребляя в пищу творог, сливки и другие продукты на растительном белке, человек с ХБП подвергается опасности, критически нарушая все рекомендации по питанию.

Кроме этого, бобовые продукты содержат и значительное количество мочевой кислоты.

Редким исключением из общего списка запрещенных бобовых культур является зеленая стручковая фасоль. Ее иногда можно употреблять в пищу в качестве гарниров. В остальных случаях следует внимательно, тщательно изучать состав продуктов. Растительный белок может использоваться там, где это кажется маловероятным.

МОЖНО:

- Говядина, индейка, свинина, курица, яйца;
- Жирные сливки, жирная сметана, сливочное масло, растительное масло (рафинированное);
- Белый шлифованный рис, низко белковые макароны, крупа саго, хлеб белый;
- Практически ВСЕ овощи, если НЕТ индивидуальных ограничений, соблюдая рекомендации по приготовлению (вымачивание картофеля, варка репчатого лука, использование верхней части зелени без кореньев и стеблей, прочее - по рекомендации врача);
- Яблоки, груши, гранаты, черника, брусника, клюква, черешня, вишня, слива, виноград, белая и красная смородина, крыжовник, черная рябина, малина, клубника, цитрусовые (кроме грейпфрута), арбуз, дыня. Все с одобрения лечащего врача;
- Домашняя выпечка (особенно бисквиты), пироги и десерты на основе низко белковой (или 1 – ого сорта муки) с ягодами, фруктами, овощами, небольшим количеством творога, взбитых сливок;
- Домашнее варенье, соусы, приправы, приготовленные согласно индивидуальным рекомендациям врача;
- Мед натуральный при отсутствии противопоказаний и дозировано.

ОСТОРОЖНО:

- Другие виды мяса и птицы;
- Рыба;
- Творог, белый несоленый сыр (адыгейский, моцарелла), простокваша, ряженка, варенец;
- Хлопья «Геркулес», крупы, хлеб из муки более грубого помола;
- Зеленая стручковая фасоль, помидоры, чеснок, зелень;
- Чай, кофе;
- Шоколад и конфеты;
- Соленья.

НЕЛЬЗЯ:

- Сухофрукты, бананы, абрикосы;
- Твердые (зрелые) сыры;
- Плавленный сыр;
- Соевый белок;
- Бобовые;
- Грибы;
- Концентрированные продукты;
- Колчености;
- Промышленный майонез.

РЕДКО:

- Молоко;
- Мороженое (только пломбир без растительных сливок с наибольшим % жирности);
- Промышленные соки;
- Икра;
- Алкоголь (символически).

Корзина диализного пациента



СОДЕРЖИМОЕ КОРЗИНЫ: яйцо куриное 2 шт., молоко, масло сливочное, сок яблочный, капуста белокочанная, яблоко 2 шт., 1 груша, сметана, картофель 3 шт., свекла крупная 1 шт., луковица, морковь 1 шт., суповой набор куриный или бедро куриное, филе индейки 500 гр., сливки 20% жирности, мука пшеничная, горчица столовая или в порошке, черный перец, зелень, капуста цветная

НА ЗАВТРАК:

- ▶ Омлет приготовленный на сковороде или в духовке
- ▶ Салат из капусты и яблок со сметаной
- ▶ Сок яблочный 1 стакан



Если цветную капусту сначала отварить до полуготовности в большом количестве воды, а затем обжарить на сливочном масле в ней будет меньше калия.

НА ОБЕД:

- ▶ Борщ из свежей капусты и картофеля, 1 ложка сметаны, хлеб из пшеничной муки, 1 груша, кисель плодово-ягодный.



ПЕРЕКУС:

- ▶ Йогурт 6% жирности или творог 18% жирности.

Если в 100 г продукта содержится более 240 мг калия, то это продукт с высоким содержанием калия. Старайтесь избегать таких продуктов.

НА УЖИН:

Филе индейки в сливочном соусе

Для приготовления филе индейки в сливочном соусе вам понадобится мука, филе индейки, укроп, перец чёрный молотый, соль, горчица, масло сливочное.

Сначала промываем филе индейки под проточной водой и нарезаем небольшими кубиками.

Обжариваем мясо, добавив подсолнечное масло, до золотистого цвета, а затем тушим на медленном огне в течение 30-35 минут. Мясо подсаливаем.

Готовим соус. Наливаем сливки 20% в глубокую кастрюльку. Добавляем горчицу и на медленном огне помешиваем венчиком.

Добавляем чёрный молотый перец. Перца молотого должно быть достаточно.

Добавляем сливочное масло.

Медленно, помешивая всыпаем муку. Солим.

Соединяем сливочный соус с мясом и готовим на среднем огне ещё 5-10 минут.

Подавать на стол можно как в качестве отдельного блюда, так и с гарниром. В качестве гарнира можно подать цветную капусту.

На десерт чай, пастила.



СОДЕРЖАНИЕ ВЕЩЕСТВ В СУТОЧНОМ НАБОРЕ:

- Белки – 78,2 г (суточная норма для пациента с весом 65 кг)
- Жиры – 27,7 г
- Углеводы – 92,1 г
- Калорийность – 2115 (суточная норма для пациента с весом 65 кг)
- Фосфор – 984 мг (98,4 % от суточной нормы)
- Калий – 1998 мг (99% от суточной нормы)

Дачные сезоны

ПОЕЗДКИ НА ДАЧУ ИЛИ ПЕРЕЕЗД ЗА ГОРОД НА ЛЕТНЕЕ ВРЕМЯ МОГУТ СТАТЬ НЕ ТОЛЬКО ПРИЯТНЫМ ВРЕМЯПРЕПРОВОЖДЕНИЕМ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ХБП, НО И ЗАНЯТЬ ЗНАЧИМОЕ МЕСТО В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО - ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.

Если для человека, уже получающего гемодиализ, временная смена места жительства может быть связана с некоторыми затруднениями, то для больных с ХБП, еще не перешедших на процедуру, долговременное пребывание на свежем воздухе (за пределами города), дозированный, размеренный и регулярный физический труд являются мощными лечебно – восстановительными факторами. Они позволяют в значительной мере оттянуть наступление терминальной стадии ХБП.

ПАЦИЕНТЫ, ПЕРЕЕЗЖАЮЩИЕ ЗА ГОРОД НА ЛЕТНЕЕ ВРЕМЯ, ОТМЕЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

- ▶ нормализуется артериальное давление;
- ▶ уходят отеки;
- ▶ улучшается аппетит;
- ▶ стабилизируются показатели анализов.

Следует отметить, что строгое соблюдение рекомендаций по питанию в значительной степени усиливают положительную динамику в состоянии здоровья. А для многих пациентов переезд «в деревню» означает и возможность получать более качественные, натуральные продукты питания из «зеленого» и «желтого» списков.



СУЩЕСТВУЮТ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ СТАТЬ ВАМ «СКОРОЙ ПОМОЩЬЮ» ПРИ ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ КАЛИЯ И ДАДУТ ВАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ДОБРАТЬСЯ ДО ДИАЛИЗНОГО ЦЕНТРА. ОБ ЭТОМ ВАМ ПОДРОБНЕЙ РАССКАЖЕТ ВАШ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ.





ВРАЧИ РЕКОМЕНДУЮТ НЕ ЗАБЫВАТЬ О СЛЕДУЮЩИХ ВАЖНЫХ ПРИНЦИПАХ ПРИ ПЕРЕЕЗДЕ НА ДАЧУ:

- ▶ соблюдать режим дня, не злоупотребляя поздними вставаниями и пропусками приемов пищи (не менее 5 – 6 в день);
- ▶ строго дозировать «рабочую» нагрузку на участке, помня, что «спортивные» рекорды на грядках часто приводят к госпитализации даже здоровых людей;
- ▶ отдыхать в течение дня столько, сколько потребуется, игнорируя «местные» традиции и мнение окружающих;
- ▶ категорически избегать работы с механической садовой техникой;
- ▶ не перегреваться и не переохлаждаться;
- ▶ купаться, плавать только в очень чистых водоемах (природных и искусственных) во избежание инфекций;
- ▶ для пациентов с катетером купание в водоемах категорически запрещено;
- ▶ не «сидеть в четырех стенах» - совершать длительные (индивидуально) пешие прогулки в лесу, поле, ходить в гости и пр.

Для пациентов, уже перешедших на процедуру гемодиализа, переезд за город также перестает быть глобальной проблемой в связи с открытием множества новых центров. Все рекомендации, перечисленные выше, актуальны для и для них. Но есть особенности. Пациент, получающий гемодиализ, может позволить себе некоторые «вольности» в плане соблюдения диеты, однако, в том, что касается отдыха, дозированной физической нагрузки, возможного переохлаждения и перегрева – следует быть крайне аккуратными. Как самим пациентам, так и их родным.

Какую «летнюю работу» пациентам с ХБП рекомендуют врачи? Конечно, учитывая степень ХБП, общего состояния больного, его физическую форму и исходный диагноз.

ЭТО МОЖЕТ БЫТЬ:

- ▶ легкая работа в саду/огороде, избегая резких движений, поднятия тяжестей, работы на открытом солнце и пр.;
- ▶ легкая работа по дому, включая приготовление еды и домашних заготовок;
- ▶ прогулки регулярные пешие, велосипедные, в хорошей компании, с детьми и домашними питомцами;
- ▶ спокойные занятия/игры с детьми.

Пациента с ХБП следует максимально оградить от бытовых проблем, требующих физической силы и нервной энергии. В этом случае он сможет не только поддержать собственное здоровье, но и помочь семье, что является важнейшим фактором для очень многих наших соотечественников. Даже короткие, гостевые, «курортные» выезды на природу крайне благотворны для пациентов с ХБП. А те, кто может проводить на даче от 3 до 5 месяцев, соблюдая медицинские предписания и не пренебрегая обследованиями и консультациями, значительно замедляют ход течения болезни, поддерживают качество жизни, улучшают его!

И ПОМНИТЕ: ВСЕГДА ДОЛЖНА БЫТЬ ДОСТУПНА СОТОВАЯ СВЯЗЬ НА СЛУЧАЙ РЕЗКОГО УХУДШЕНИЯ САМОЧУВСТВИЯ. НЕ ДОПУСТИМЫ ПРОПУСКИ ПРОЦЕДУР ГЕМОДИАЛИЗА!





Есть ли ограничения по возрасту при пересадке почки?

Отвечает врач-нефролог диализного центра
Дудина Т.В.

Трансплантация донорской почки производится пациентам в возрасте до 70 лет. В редких случаях трансплантация производится и в более старшем возрасте, всё зависит от наличия/количества сопутствующей патологии. В каждом конкретном случае, решение о возможности трансплантации органа принимается индивидуально группой специалистов после тщательного и обстоятельного обследования реципиента. Важно помнить, что оптимальным для пересадки почки является период нахождения на гемодиализе не более 5-и лет, ввиду того, что в более поздние сроки развиваются различные осложнения, которые могут повлиять на результат операции не лучшим образом.

Почему гепарин вводят сразу, а не дозированно через аппарат?

Отвечает директор по организации сестринского дела Бураков А.Г.

Гепарин на процедуре диализа используется для разжижения крови и предотвращения образования тромбов в экстракорпоральном контуре. Это способствует повышению качества очистки крови и позволяет избежать таких проблем, как тромбоз контура или диализатора.

Гепарин активен в течение четырех часов после введения в организм человека. При введении полной дозы гепарина перед началом процедуры, к ее завершению в организме пациента активный гепарин отсутствует. При дозированном введении через аппарат, продолжающемся в течение всей процедуры, на момент завершения сеанса диализа в крови пациента сохраняется активный гепарин. А это приводит к ряду проблем, угрожающих здоровью и жизни пациентов. Например, к увеличению времени остановки кровотечения после извлечения фистульных игл; создается риск возобновления кровотечения из фистулы после диализа; в случае получения травмы в ближайшие часы после диализа создается высокий риск кровотечений с серьезной кровопотерей и летальным исходом.

Вот почему введение сразу всей дозы является наиболее безопасным для пациентов.

Почему меряют давление АД каждый час, хочется спать?

Отвечает директор по организации сестринского дела Бураков А.Г.

Гемодиализ - это серьезная процедура, в течение которой происходят перепады давления как в сторону увеличения, так и уменьшения. При выходе цифр давления за индивидуальные рамки могут возникнуть угрожающие жизни состояния. Чтобы своевременно заметить такие изменения и не допустить ухудшения самочувствия пациента, нами производится ежечасный контроль витальных функций и уровня сознания пациентов, включая АД и пульс.

Как подсчитать «сухой вес»? (Вес до гемодиализа 66,70, после- 64,6 кг. На табло аппарата: убрано 2,3 кг. Каким должен быть вес после диализа?)

Отвечает врач-нефролог диализного центра Дудина Т.В.

Если вес до гемодиализа составил 66,7, а на аппарате был выставлен уровень ультрафильтрации (объем удаляемой жидкости за время процедуры) 2,3 кг, ожидаемый вес после процедуры 64,4-64,6, т.к. стоит учитывать уровень физиологического раствора, который использован в процессе подключения/отключения от аппарата. Так же стоит учитывать количество съеденной пищи и- или выпитой жидкости за время процедуры. Конечно же данные расчеты верны только для исправных аппаратов, если вес после процедуры не совпадает с подсчитанным, это необходимо донести до медицинского персонала или обсудить с вашим лечащим врачом.

При «сухом» весе 64,5 кг, рекомендуемый объем междуализной прибавка жидкости должен составлять 1,6-1,9 кг.



Должны ли выдаваться на руки результаты анализов?

Отвечает врач-нефролог диализного центра Дудина Т.В.

Пациент имеет право получать в доступной для него форме, имеющуюся в диализном центре, информацию о состоянии своего здоровья (в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи). Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту (или законному представителю) в доступной для него форме лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении в пределах их компетенции.

Какие иглы (размер) должны использоваться при раскалывании свежих мест на вене?

Отвечает врач-нефролог диализного центра Дудина Т.В.

На начальных этапах пункции постоянного сосудистого доступа рекомендовано применять иглы меньшего диаметра (например, 17-16 G) Для исключения баротравмы эритроцитов (повреждение, вызванное разницей давления) необходимо использовать фистульные иглы, соответствующие предписанному врачом кровотоку.

В последующем, когда доступ созрел, для обеспечения адекватного кровотока (более 350 мл/мин) и высокой эффективности диализа, требуются иглы большего диаметра (например 15-14G).

Скорость кровотока (мл/мин)	Номер игл	Внутренний диаметр(мм)
<200 и меньше	17 G	1.5
200-280	16 G	1.6
280-400	15 G	1.8
> 400	14 G	2.0

*Чем больше номер иглы, тем меньше её диаметр.

Если пункция в «новое» место сопровождается выраженной болью возможно использование местного анестетика - это облегчит боль во время пункции и снизит тревожность.

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИГЛ МЕНЬШЕГО ДИАМЕТРА НЕВОЗМОЖНО ДОСТИГНУТЬ БОЛЬШИХ СКОРОСТЕЙ, А ЗНАЧИТ И АДЕКВАТНОСТИ ДИАЛИЗА.

Группа компаний «Диаверум Русс»:

Центральный офис

119034 Москва, Турчанинов переулок, 6 стр2

ООО «Уральский медицинский центр»

620102 г. Екатеринбург, ул. Волгоградская 189/11

620023 г. Екатеринбург, ул. Щербакова, 77

620137 г. Екатеринбург, ул. Ирбитская, 68

624070 г. Среднеуральск, ул. Парижской коммуны, д. 1

624260 г. Асбест, Больничный городок, д.1

622002 г. Нижний Тагил, ул. Фрунзе, д.27 б

622007 г. Нижний Тагил, ул. Ильича, д.1

624440 г. Краснотурьинск, ул. Ленинского Комсомола, д.41

623106 г. Первоуральск, ул.Металлургов, д.3а

623428 г. Каменск-Уральский, пр-кт Победы, д.97б

623300 г. Красноуфимск, ул. Буденного, д. 7

ООО «Диасан»

364013 г. Грозный, А.Айдамирова, д.133 б

618900 г. Лысьва, пр-кт Победы, д.48, литер А

ООО «Сфера Эстейт»

450039 г. Уфа, Ферина, д. 13

450105 г. Уфа, ул. Юрия Гагарина, д. 64/2 *(скоро открытие)*

