

עמוד 1

INKF

העמותה לקידום ושמירת זכויות חולי הכליות

חברת הסברה למטופלים

במרפאות פרה-דיאליזה ובמכוני הדיאליזה

מטופל/ת יקר/ה,

בעקבות אבחנה של מחלת כליות כרונית נשלחת למרפאת פרה- דיאליזה להמשך מעקב וטיפול. בחוברת זו, המוגשת לך כשירות מטעם "העמותה לקידום ושמירת זכויות חולי הכליות", נמצאות תשובות לשאלות רבות המטרידות מטופלים המגיעים למכוני פרה דיאליזה ולמכוני דיאליזה וכן מידע חיוני על אפשרויות הטיפול העומדות בפניך. אנו מקווים שהמידע המצורף יהיה לך לעזר ומזמינים אותך לפנות אלינו בכל שאלה או בקשה לעזרה.

קרדיטים:

יעוץ מקצועי-

- ד"ר פרחויקי ויקטור- מנהל המכון לנפרולוגיה ויתר לחץ דם, מרכז רפואי כרמל
- טל קמינסקי רוזנברג-דיאטנית קלינית, נפרומור-רשת מכונים נפרולוגיים, צוות ניהול פורום נפרולוגיה של עמותת עתיד-עמותת הדיאטנים בישראל

כתיבה ועריכה – סלעית כץ-אפודי, סלעית תקשורת שיווקית

מהו תפקיד הכליות?

הכליות אחראיות על סינון הדם. הן מסננות מהדם חומרי פסולת ומפנות עודפי מלחים ונוזלים, משתתפות בויסות לחץ הדם, איזון חומציות הדם ומייצרות הורמונים החיוניים לתפקוד הגוף ולשמירה על עצמות גופנו. למרבית האנשים יש שתי כליות מתפקדות, על אף שאפשר לחיות גם עם כליה אחת בלבד. גודל כל כליה הוא כגודל אגרוף. הכליות ממוקמות בתחתית הגב, מתחת לקשת הצלעות.

מהי מחלת כליות כרונית?

מחלת אי-ספיקת כליות כרונית מתפתחת על רקע מגוון של בעיות רפואיות (סוכרת, יתר לחץ דם, מחלות לב וכלי דם, הזדקנות הכליות, מחלות מולדות ועוד) הגורמות לפגיעה מתמשכת ובלתי הפיכה בתפקוד הכליות.

המחלה מתחילה משלב של אי-ספיקה חלקית ועלולה להדרדר עד למצב מתקדם של אי-ספיקה סופנית. במצב זה, בו רמת התפקוד של הכליות היא 15% או פחות, הנזק לכליות הוא בלתי הפיך ונשקפת סכנת חיים. כדי להאריך את החיים החולה מחוייב לקבל טיפול אשר מחליף את הפעילות התקינה של הכליות באמצעות דיאליזה או השתלת כליה.

מהם סימני האזהרה למחלת כליות?

למרובית האנשים הסובלים ממחלת כליות כרונית, אין תסמינים עד לשלב מתקדם, יחסית, של המחלה. סימני אזהרה לקיומה של מחלת כליות הם: דם ו/או חלבון בשתן, לחץ דם גבוה, רמת קריאטינין חריגה בבדיקת דם.

כיצד מודדים תפקודי כליה?

בדיקת קריאטינין בדם – בדיקה זו הנקראת eGFR - estimated Glomerular Filtration rate - משמשת להערכת התפקוד הכלייתי ע"י חישוב קצב הסינון הכלייתי. נוסחת החישוב של קצב הסינון הכלייתי מכילה את ערכי הקריאטינין, נתוני גיל, מין ומשקל. הקריאטינין הוא תוצר פירוק של קריאטין המהווה רכיב חשוב בשרירי הגוף. רמת הקריאטינין משתנה מאדם לאדם ותלויה גם במסת השריר. הקריאטינין עובר סינון בכליה ומופרש בשתן ולכן מהווה סמן לתפקוד הכליות. כאשר קיימת ירידה בתפקוד הכליות, פחות קריאטינין מופרש אל השתן וערכי הקריאטינין בדם יעלו. קצב הסינון הכלייתי יורד ככל שהתפקוד הכלייתי מתדרדר.

כיצד ניתן למזער את נזקי המחלה?

ניתן להאט ולעיתים אף לבלום את ההתדרדרות מאי ספיקת כליות כרונית לאי ספיקת כליות סופנית ע"י שמירה על העקרונות הבאים:

- מעקב רפואי וטיפול בתרופות המגנות על תפקוד הכליות
- שינוי באורחות החיים – הקפדה על דיאטה ייחודית לשמירה על התפקוד הכלייתי, הפסקת עישון, ביצוע פעילות גופנית
- איזון נמרץ של לחץ דם, רמת סוכר ושומנים בדם
- הימנעות מנטילת תרופות מקבוצות מסוימות העלולות לגרום נזק לכליות, למשל תרופות נוגדות כאבים או אנטי-דלקתיות. בשל המגבלות הרבות בטיפול התרופתי, חשוב להתייעץ עם הרופא לגבי כל תרופה באופן פרטני.

מהם יתרונות המעקב והטיפול דווקא במרפאה הטרומ-דיאליטית?

צוות המרפאה הטרומ-דיאליטית כולל רופאים, אחיות, דיאטנית ועובדת סוציאלית המתמחים בתחום הנפרולוגי, ואשר תפקידם לבצע מעקב נפרולוגי אחר מצבך הרפואי ולהתאים לך טיפול במטרה להאט את קצב התקדמות המחלה. המעקב כולל:

- בדיקות תקופתיות ע"י רופא ומעקב ע"י אחות
- ביצוע בדיקות מעבדה ומתן מענה תרופתי לבעיות כמו אנמיה, חוסר ברזל, עודף נוזלים וכו'
- יעוץ דיאטני והתאמת תפריט בהתאם לתוצאות בדיקות הדם.

- מפגשים עם עובדת סוציאלית לעזרה בפתרון בעיות סוציאליות וקבלת תמיכה רגשית.

חשוב לדעת כי שיתוף הפעולה שלך עם הצוות המטפל בך, תוך יישום המלצותיו, יכול לסייע לך למנוע או לכל הפחות לדחות את ההגעה שלך לטיפול בדיאליזה.

לתזונה נכונה תפקיד מרכזי בטיפול באי ספיקת כליות כרונית. הדיאטה מותאמת לפי שלב המחלה – טרום דיאליזה, דיאליזה פריטונאלית או המודיאלזה. קביעת הדיאטה מושפעת גם ממחלות רקע נוספות (כמו יתר לחץ דם, סוכרת ושומנים בדם), מצב תזונתי וטיפול תרופתי. מסיבה זו, אין דיאטה אחידה לכל הסובלים ממחלת כליות. יש לקבל ייעוץ ומעקב מדיאטנית מומחית למחלות כליות (דיאטנית נפרולוגית), על מנת להתאים את הדיאטה בכל שלב ושלב.

תזונה בשלב טרום דיאליטי

מטרות הדיאטה בשלב הטרם דיאליטי הן להפחית את הצטברות תוצרי מטבוליזם החלבון (אוראה, קריאטינין, חומצה אורית, זרחן ואשלגן), לשמור על מצב תזונתי תקין, ולהאט במידת האפשר את התקדמות המחלה. דיאטה נכונה עשויה לדחות את הצורך בטיפול בדיאליזה, אך אינה יכולה להוות תחליף לטיפול זה בעת הצורך.

בעת הרכבת תזונה נכונה, יש לשים לב בעיקר למרכיבים הבאים בתפריט:

- חלבון וקלוריות - חלבון הוא מרכיב חיוני לגוף, אך במצב של אי ספיקת כליות כרונית צריכה עודפת שלו עלולה לגרום להצטברות תוצרי הפירוק שלו ולהחמרת המחלה. ההמלצה היא להגביל את צריכת החלבון ל 0.6-0.8 גרם/ק"ג משקל גוף/ יום. מקורות החלבון בדיאטה הם מהחי (עוף, בשר, דגים, חלב ומוצריו, ביצים), ומהצומח (קטניות, לחם ודגנים, אגוזים וגרעינים). חלבון מהחי הוא איכותי יותר, ולכן צריך להוות לפחות מחצית מהחלבון בתפריט. הסיכון בדיאטה זו הוא התפתחות תת תזונה, ולכן יש להקפיד על צריכה קלורית מספקת, תחת מעקב דיאטטי צמוד. על מנת לצרוך די קלוריות ללא עודף של חלבון, יש להגדיל, ברוב המקרים, את צריכת השומנים והסוכרים בתפריט.

- נתרן (מלח) - צריכה עודפת של נתרן במצב של אי ספיקת כליות עלולה לגרום לעלייה בלחץ הדם ולהיווצרות בצקות. לעומת זאת, תפריט דל נתרן מוריד את הפרשת החלבון הלא רצוי בשתן. הנתרן מצוי במלח הבישול, אך מקורו העיקרי הוא במזונות מעובדים, כגון אבקת מרק, רטבים תעשייתיים, נקניקים, שימורים, גבינות מלוחות, דגים מלוחים, חטיפים ופיצוחים מלוחים. גם לחם ומוצרי מאפה מכילים כמויות לא מבוטלות של מלח. הצריכה היומית המומלצת היא 2300 מ"ג נתרן ליום (כ-6 גרם מלח). יש להיעזר בסימון התזונתי לבחירה במזונות מופחתי נתרן. אין להשתמש בתחליפי מלח ללא התייעצות עם רופא או דיאטנית.

- אשלגן - אשלגן הוא מינרל המצוי במזונות רבים, ובדרך כלל יש להגבילו באי ספיקת כליות, בשל ירידה בהפרשתו בשתן. קיימות גם תרופות המעלות את רמתו בדם. רמה נמוכה או

גבוהה מדי של אשלגן בדם פוגעת בין השאר בתפקוד השרירים, ובראשם שריר הלב. אשלגן מצוי בעיקר בירקות (כגון עגבניות, אבוקדו, תפוחי אדמה, בטטה, סלק, ארטישוק, דלעת), פירות (כגון בננה, מלון, משמש, פירות טרופיים, גויבה, רימון, פירות הדר, מיצי פירות טבעיים, פירות יבשים) ומוצרי חלב ניגרים (כגון חלב, לבן, יוגורט). צריכת האשלגן היומית המומלצת תקבע לפי רמת האשלגן בבדיקות הדם.

- זרחן - הזרחן גם הוא מינרל המצוי במזונות רבים, ויש להגבילו בדיאטה באי ספיקת כליות בשל הירידה ביכולת הגוף להפריש אותו. עודף זרחן בגוף גורם בין היתר לפגיעה בתפקוד הלב וכלי הדם, ולמחלת עצם. בין המזונות עתירי הזרחן ניתן למנות אברים פנימיים, דגים כמו סלמון, סרדינים וקרפיון, נקניקים, פיצוחים, קטניות, גבינות צהובות וקשות, מוצרי חלב ניגרים, חלמון הביצה, דגנים מלאים, משקאות קולה וקקאו. לעתים יש צורך להשתמש גם בתרופות קושרות זרחן עם האוכל על מנת להפחית את ספיגתו לגוף.

מהו טיפול בדיאליזה?

מכשיר הדיאליזה משמש ככליה מלאכותית לצורך הוצאת עודפי נוזלים מהגוף ולסילוק רעלים, תהליכים שמבצעות הכליות אצל אנשים בריאים. במהלך הטיפול החומרים הבלתי-רצויים עוברים בדיפוזיה (פעפוע) לנוזל הדיאליזה ומסולקים מהגוף. הטיפול הינו טיפול תומך, לצורך הארכת חיים, הוא אינו מרפא את הכליות. הטיפול בדיאליזה מיועד לחולים שהכליות שלהם חדלו לתפקד בפתאומיות (אי ספיקת כליות חריפה) או לחולים ששתי הכליות שלהם אינן מתפקדות באופן קבוע (אי ספיקת כליות כרונית).

את הטיפול בדיאליזה ניתן לבצע בשתי שיטות: בדיאליזה פריטוניאלית או בהמו-דיאליזה.

המו-דיאליזה

הטיפול בהמו-דיאליזה מתבצע בבית החולים או במכוני דיאליזה חיצוניים הנמצאים בהסדרים עם קופות החולים. תדירות הטיפול היא 3-4 פעמים בשבוע, כ- 4 שעות בכל פעם. שיטת טיפול זו מחייבת יצירת גישה לכלי הדם של המטופל באמצעות יצירת שאנט/פיסטולה. בהליך כירורגי מחברים מתחת לעור וריד לעורק כך שתתאפשר שאיבת דם ממחזור הדם אל מסנן המותקן במכשיר הדיאליזה. הדם עובר דרך המסנן והרעלים ועודפי הנוזלים מתפנים מהדם לדיאליזט וכך מסולקים מהגוף. הדם המטוהר מוחזר לגוף החולה דרך השאנט לוריד. בשיטת טיפול זו יש הגבלה על כמות השתיה המותרת לחולה וכן מגבלות תזונתיות.

מגבלות תזונה בהמו – דיאליזה

- ההבדל המרכזי בין הדיאטה המותאמת לשלב טרום דיאליזה לבין הדיאטה בדיאליזה הוא בכמות החלבון המומלצת. בעת הטיפול בדיאליזה הצורך של הגוף בחלבון עולה, והדיאטה

הינה עתירת חלבון (1.2-1.3 גרם /ק"ג משקל גוף/יום). יש לבחור מקורות חלבון דלים בזרחן ככל הניתן בעזרת הדיאטנית, ובדרך כלל יש צורך גם בתרופות קושרות זרחן.

- בשל הירידה בנפח השתן יש להגביל את כמות הנוזלים הנצרכת, על מנת להימנע מצבירת נוזלים עודפת בין טיפול לטיפול. במקרה שאין שתן כלל ניתן לשתות ליטר נוזלים ליום. בנפח הנוזלים יש לקחת בחשבון כל משקה או מזון נוזלי בטמפרטורת החדר, כולל קרח, קפה, תה, מוצרי חלב ניגרים, מרק, גלידה, ג'לי, סודה ומיצים.
- ההמלצות לגבי נתרן, אשלגן וזרחן דומות לטרומ דיאליזה, תוך התאמה אישית למצבו של כל מטופל.

דיאליזה פריטוניאלית (צפקית)

דיאליזה פריטוניאלית מתבצעת בבית המטופל ע"י המטופל עצמו, בן משפחה או מטפל. לוח זמני הטיפול גמיש יחסית ומותאם לשגרת יומו של המטופל ומצבו הבריאותי. אחת לחודש נדרש המטופל להגיע למעקב במכון הדיאליזה. בטיפול הביתי סינון הרעלים ועודפי הנוזלים מהדם מתבצע דרך קרום הצפק (הפריטונאום), קרום העוטף את האיברים הפנימיים בבטן ובעל חורים מיקרוסקופיים. לצורך ביצוע הטיפול מחדירים בפעולה כירורגית לתוך הבטן קטטר מסיליקון (צינור קטן ורך), דרכו מוזרמת תמיסת דיאליזה לחלל הפריטונאום. הדם שבא במגע עם קרום הפריטונאום מסנן דרכו את הרעלים ועודפי הנוזלים אשר עוברים אל נוזל הדיאליזה ומנוקזים החוצה באופן איטי ומתון דרך הקטטר. תהליך זה נקרא שיחלוף, יש לחזור עליו מספר פעמים ביום. הרופא המטפל קובע לכל מטופל את מספר השיחלופים הנחוצים ביום, מספר ימי הטיפול, סוג הנוזל הדיאליטי וכמות מומלצת לשימוש.

מגבלות תזונה בדיאליזה פריטוניאלית

- גם בדיאליזה הפריטוניאלית קיים צורך מוגבר בחלבון, לעתים אף יותר מאשר בהמודיאליה (1.2-1.4 גרם /ק"ג משקל גוף/יום).
- הגבלת הנוזלים והמינרלים עשויה להיות ליברלית יותר עקב הביצוע היומיומי של הטיפול.
- רוב התמיסות המשמשות לביצוע הדיאליזה הפריטוניאלית מכילות סוכר, שנספג בחלקו לדם. יש לקחת זאת בחשבון בחישוב סך הקלוריות היומי, וכן הדבר עלול להקשות על איזון שומני הדם ואיזון סוכרת.

מה הקשר בין מחלת כליות כרונית לאנמיה?

ירידה בתפקוד הכליות עלולה לגרום להתפתחות אנמיה המתבטאת בעייפות וחולשה כללית, סחרחורות, כאבי ראש, דופק מהיר, קשיי ריכוז, חירון של העור והקרניות וירידה בכושר גופני. האנמיה יכולה לפגוע גם בתפקוד הלבבי כי במצב של חוסר דם הלב צריך להתאמץ יותר. יש קשר

ישיר בין דרגת התפקוד הכלייתי לרמת ההמוגלובין בדם. הירידה בהמוגלובין מתחילה בדרך כלל כאשר פינוי הקריאטנין נמוך מ- 60 מ"ל/דקה. כאשר רמת ההמוגלובין של חולה באי ספיקת כליות כרונית שווה או נמוכה מ- 11 גרם/דצ מומלץ לשקול טיפול תרופתי באנמיה.

התפתחות אנמיה בקרב חולים עם אי ספיקת כליות כרונית עשויה לנבוע מסיבות שונות, אך הסיבה השכיחה ביותר היא חסר בהורמון האריטרופויטין המווסת את יצירת הכדוריות האדומות במוח העצמות. ע"פ שיקול דעת הרופא ניתן לטפל באריטרופויטין בזריקות במתן תוך ורידי או תת-עורי. כמחצית מהחולים באי ספיקת כליות סובלים גם מחוסר בברזל, על כן יש מקום לבדוק את משק הברזל ובמידת הצורך לתת תוספת ברזל ישירות לוריד.

חשוב להתחיל לטפל בשלב מוקדם באנמיה כי אנמיה שאינה מטופלת מגדילה את רמת הסיכון של החולה למחלות לב, פוגעת באיכות החיים שלו.

מה הקשר בין אי ספיקת כליות למחלת עצם?

אי ספיקת כליות עשויה לגרום לסוגים שונים של מחלות עצם על רקע עליה ברמות הזרחן וירידה ברמות הסיידן. מצב נפוץ קשור לפעילות מוגברת של בלוטת יותרת התריס (הפרא-תירואיד) הגורמת לעליה ברמת הזרחן בדם, ירידה ברמת הסיידן בדם, ירידה בפעילות של ויטמין D והפרשת יתר של הורמון אשר סופג את הסיידן מהעצמות. כתוצאה מכך נוצר מחסור של סיידן בעצמות המתבטא בכאבי עצמות ובשברים. לעיתים הכמויות העודפות של סיידן-זרחן בדם שוקעות ברקמות מחוץ לעצמות, כמו ריאות, לב, רקמה תת-עורית וכו'. כדי להוריד את רמת הזרחן חשוב להקפיד על דיאטה דלת זרחן ובמידת הצורך להעזר בתרופה קושרת זרחן אשר אינה מאפשרת לזרחן שמקורו במזון להיספג במעיים.

מהי השתלת כליה?

במקרים מסוימים של אי ספיקת כליות כרונית ניתן לבצע השתלת כליה במהלכה משתילים כליה בריאה בגופו של המטופל. בניגוד לאיברים אחרים הנלקחים אך ורק ממתים, ניתן לקחת כליה אחת גם מכל מתורם חי.

להשתלה מתורם חי יש יתרון על השתלה מן המת כיוון שניתן לבצע בדיקות התאמה יסודיות יותר. ע"פ הסטטיסטיקה סיכויי ההצלחה של תרומה מן החי גבוהים מסיכויי ההצלחה של תרומת כליה מתורם שנפטר. זאת ועוד, בבדיקת תוצאות השתלות נמצא שכליות שהושתלו מתורם חי תפקדו במשך שנים רבות יותר מאשר כליות מהמת.

מערך רישום חולים להשתלה

רישום המועמדים להשתלה מכל הארץ מתבצע בלעדית במרכז הלאומי להשתלות. לפני כל ניתוח השתלה בארץ, מתורם חי או מתורם נפטר, נדרש אישור פרטני של המרכז הלאומי להשתלות - משרד הבריאות.

על פי חוק, החולה יכול לבחור את בית החולים בו תתבצע ההשתלה וצוות יחידת רישום את החולה בהתאם. השתלות כליה מתקיימות כיום במרכזים הרפואיים הבאים: המרכז הרפואי תל אביב (איכילוב), הדסה, מרכז רפואי רבין (בלינסון), רמב"ם וסורוקה.

רשימת הממתינים להשתלה מתורם מת מנוהלת על ידי המרכז באופן ממוחשב. המיקום ברשימה נקבע על סמך קריטריונים אשר גובשו על ידי ועדת ההיגוי של המרכז והם כוללים את גיל החולה, דחיפות רפואית, התאמת רקמות בין התורם לחולה, זמן המתנה להשתלה וקריטריונים רפואיים נוספים. המיקום ברשימה משתנה באופן ממוחשב כל העת בהתאם לשינויים בנתונים, לדוגמה: החמרה במצבו הרפואי של הממתיין, גריעה או תוספת של ממתינים וכו'.

רשימת ממתינים

אין הגבלת גיל להשתלת כליה. ככלל הרישום להשתלת כליות מן המת אפשרי רק לאחר התחלת דיאליזה. כאשר חולה נרשם להשתלה, משך זמן ההמתנה ייחשב לו מיום התחלת טיפולי הדיאליזה (ולא לפי מועד הרישום להשתלה).

מטופל בדיאליזה שנכנס בגיל מסוים לרשימת הממתינים, ו"עבר" קבוצת גיל עקב ההמתנה הממושכת, ימשיך לקבל את ניקוד לפי קבוצת הגיל בו נכנס לרשימה (ככל שהממתיין יותר צעיר כך מקבל יותר נקודות).

שיטת ההקצאה

כאשר מתקבלת תרומת כליות, נלקחות בלוטות מגופו של התורם, ומועברות למעבדה הארצית לסיווג רקמות. במעבדה נמצאות דגימות הדם של כל המועמדים להשתלת כליה ולהשתלת כליה- לבלב (הדגימות נשלחות לשם אחת לחודש). מן הבלוטות מופקים תאים אשר נבדקים מול דגימות הדם של המועמדים להשתלה עם אותו סוג דם כמו לתורם. בדיקה זו נקראת "הצלבה". רק ממתינים להשתלה, שבדיקת הצלבה שלהם עם תאי התורם שלילית, יכולים לקבל כליה או כליה ולבלב מהתורם הזה. מבין אלו שנמצאו מתאימים הקדימות נקבעת לפי ארבעה קריטריונים: גיל, משך ההמתנה (שנספרת בחודשים מאז תחילת הדיאליזה), דמיון גנטי (HLA) ורמת נוגדנים (PRA).

כאשר התורם הוא ילד מתחת לגיל 18 תיבדק התאמה קודם כל בממתינים ילדים מתחת לגיל 18. כאשר התורם מעל גיל 60, יושתלו חולים מעל גיל 60.

תרומה מן החי - מי מתאים לתרום כליה?

תורם חי חייב להיות בן משפחה, בן זוג, קרוב או מכר.

התורם צריך להבדק ע"י רופא כדי לוודא שתפקוד הכליות שלו תקין ומצב בריאותו מאפשר לו לתרום. בדומה לכל ניתוח, גם בהשתלת כליה יש סיכון לתורם, אך אם התורם בריא הסיכון הוא מינימאלי. התפקוד של הכליה היחידה הנותרת אצל התורם מאפשר ניהול אורך חיים בריאים לחלוטין. אדם שתורם כליה להשתלה חוזר הביתה לאחר הניתוח להתאוששת ותוך זמן קצר חוזר לתפקוד מלא ללא צורך בקבלת תרופות.

כל תרומת איברים טעונה אישור של ועדה מטעם משרד הבריאות שתפקידה לוודא שהתרומה נעשית מתוך רצון חופשי ולא מלחץ כספי, משפחתי, חברתי או אחר.

מי מתאים להשתלה?

מועמד להשתלה צריך לעבור סידרת בדיקות כגון: תפקוד הלב, תפקוד הריאות, אקו קרדיולוגרפיה, בדיקת שיניים, בדיקת כלי דם בצוואר וברגליים, בדיקות של נגיפי צהבת מסוג B ו-C ונגיף איידס, הערכה רפואית ובדיקות התאמה בין תורם למושתל.

מהן בדיקות ההתאמה בין תורם חי ומושתל?

מידת ההתאמה בין הרקמות של התורם לרקמות של המושתל משפיעה באופן מכריע על תוחלת ההישרדות של הכליה המושתלת. התאמה זו מתייחסת לשתי מערכות: סוג הדם וסיווג הרקמות. בנוסף, מתבצעת בדיקה לרמת נוגדנים כדי לוודא שהנוגדנים של המושתל לא ידחו את רקמת האיבר המושתל.

כיצד מבוצעת ההשתלה?

הניתוח אורך בין 3-6 שעות, המנתח מחדיר את הכליה החדשה דרך הגב אל הבטן התחתונה, קרוב לכיס השתן. מחברים את הכליה החדשה לכלי דם גדולים העוברים באזור הבטן התחתונה והשופכן מחברים לכיס השתן. הדם זורם אל הכליה החדשה וכך נוצר השתן.

לא מוציאים את הכליות הטבעיות אלא אם יש מחלה שמצדיקה זאת כגון: זיהום, יתר לחץ דם, או כליות פוליציסטיות גדולות המקשות על מהלך תקין של הניתוח.

לאחר הניתוח המטופל מתאשפז ביחידת השתלות ונשאר במעקב במרפאת השתלות.

כמה זמן יכולה לתפקד הכליה המושתלת?

לאחר השתלה מתורם חי הכליה מתחילה לתפקד באופן מידי, לעומת זאת במקרים רבים של השתלה מתורם נפטר יש צורך בהמשך דיאליזה עד שהכליה מתאוששת ומתחילה לתפקד.

רוב הכליות המושתלות ממשיכות לתפקד שנים רבות, חלק קטן אינן מתפקדות כלל מייד לאחר ההשתלה או שמפסיקות לתפקד לאחר מספר חודשים בגלל דחייה חריפה קשה או מסיבות רפואיות אחרות. חלק מהמחלות שפגעו בכליות המקוריות יכולות להופיע גם בכליה המושתלת, בכל מקרה

רוב הכליות המושתלות אינן מתפקדות כל החיים, מספר שנים לאחר ההשתלה מתחיל תהליך דחייה איטי הנקרא "דחייה כרונית", בסופו יש צורך לשוב לטיפול בדיאליזה או לבצע השתלה שנייה.

על מנת למנוע את הדחייה יש צורך בנטילת תרופות נגד דחייה מאז ניתוח ההשתלה ולהמשיך כל עוד הכליה המושתלת מתפקדת.

עמוד אחרון (גב הברושור)

העמותה לקידום ושמירת זכויות חולי הכליות מייצגת משנת 1999 את החולים ובני משפחותיהם בנושאים רפואיים, סוציאליים ובתחומי החיים השונים. העמותה פועלת בנושאים להגנה על צרכיהם הבסיסיים, לשיפור מתמיד באיכות חייהם ובאופן תפקודם במעגל החיים והעבודה היומיומית.

העמותה פועלת בזירה התקשורתית להגברת מודעות בקרב הציבור הרחב לאיתור מוקדם של מחלות כליה והשלכותיהן, לעידוד תרומת כליה מן החי להשתלה ונאבקת למען הכנסת תרופות חיוניות למטופלי דיאליזה ולמושתלים לסל התרופות

העמותה פועלת מול הכנסת ומשרד הבריאות לקידום חקיקה שתשפר את בריאותם ורווחתם של חולי ומושתלי כליה בישראל.

העמותה מייצגת בישראל את הפדרציה הבינלאומית של ארגוני הכליות (IFKF)

מפעילויות העמותה:

- הפעלת מוקד טלפוני לפניות מטופלים - יעוץ וליווי לכל פונה לבירור זכויותיו בביטוח לאומי, קופות חולים, משרד הבריאות, מס הכנסה, רשויות מקומיות וכיו"ב
- סיוע משפטי לצורך מימוש זכויות המטופל
- ביקורי בית בהתאם לצורך
- ליווי משפחות תורמי כליה לקרוביהם מראשית התהליך ועד סיומו
- פורום למטופלי דיאליזה ומושתלי כליה באתר העמותה – אמצעי להחלפת מידע והתייעצות בין מטופלים
- העמותה עורכת ימי עיון והסברה למטופלים בנושאים שונים כמו תזונה, השתלות וזכויות סוציאליות
- העמותה יוזמת ומממנת פעילות אנארונית במהלך טיפולי דיאליזה, טיולים ופעילויות חברתיות למטופלים
- העמותה יוזמת פעילות לחיזוק הקשר ושיתוף הפעולה עם הצוותים המטפלים

בקרו אותנו באתר הבית: www.inkf.org.il

סניף ירושלים: 02-6730315, 050-8989398; סניף מרכז: 03-9341499, 052-3820433

החברות בעמותה הינה ללא תשלום - אתם מוזמנים להצטרף!