



Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 2-3 (28-29) 2016

# DIALIZA i Ty



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 (27) 2016, ISSN 1644-5139

## Redaktor naczelny:

prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk

## Zastępca redaktora naczelnego:

dr n. med. Adam Markiewicz

## Sekretarz redakcji:

lek. med. Michał Śmigielski

## Wydawca:

Fundacja Amicus Renis  
os. Złotej Jesieni 1; 31-826 Kraków  
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych  
ul. Wilczy Stok 12; 30-237 Kraków

## Sekretariat-biuro:

Danuta Maliszewska  
tel. 12 642 49 48  
faks 12 642 49 31  
e-mail: danuta.maliszewska@amicusrenis.pl  
Michał Dębski-Korzec  
kom. 691 586 848  
tel. 12 625 46 13  
e-mail: osod@osod.info

## Komitet naukowy 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

## Rysunki: KRZYSZTOF KMIĘĆ

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

## W numerze:

- 
- 3 Słowo od Redakcji** – prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk  
Kolęda – Leszek Aleksander Moczulski
- 
- 4 Ludzie listy piszą**  
Pacjent dializowany – Piotr Strężalski  
Chce mi się chcieć – Małgorzata Rakowska
- 
- 6 Listy znad morza**  
Pierwsza z pięknych panien, czyli Sycylia – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski
- 
- 7 Moim zdaniem**  
Mam marzenie... – dr Teresa Dryl-Rydyńska
- 
- 10 Kącik Literacki**  
Wiersze wybrane – Renata Szubert-Zarębska
- 
- 13 W oczach lekarza**  
Hemodiafiltracja szansą na poprawę skuteczności dializy? – prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk  
Kwalifikacja do przeszczepienia nerki – dr med. Ewa Ignacak  
Ciepłe spojrzenie na przetokę naczyniową – prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk, dr inż. Przemysław Korohoda
- 
- 22 Pielęgniarka radzi**  
Dbaj o swoje bezpieczeństwo w stacji dializ – mgr piel. Małgorzata Liber  
Edukacja Pacjenta sieci stacji dializ Diaverum – mgr piel. Anetta Cekała
- 
- 26 Głos Stowarzyszenia Pomocy Dializowanym**  
Osoba z niepełnosprawnością – ulgi i uprawnienia – Ewa Szymczuk  
KREW Camp – Michał Dębski-Korzec  
List do Ministra Zdrowia
- 
- 37 Wydarzenia**  
XII Krakowskie Dni Dializoterapii – mgr piel. Małgorzata Liber
- 
- 38 Nasz chleb powszedni**  
Wkrótce Świąta... – mgr Małgorzata Pach, mgr Małgorzata Szczypkowska
- 
- 40 Nasze lektury**  
Kobieta z męskim sercem – recenzja – Izabela Franik
- 
- 41 Ruch to zdrowie**  
9. Mistrzostwa Europy dla Osób po Transplantacji i Dializowanych – Krystyna Murdzek  
9 Bieg po nowe Życie PZU – Krystyna Murdzek
- 
- 47 Jesteśmy na wczasach**  
Hemodializy wakacyjne na Sycylii  
– Nasz pobyt na Sycylii, czyli o tym, jak wyrosły nam skrzydła i zamieniły marzenia w rzeczywistość – Małgorzata i Jacek Rąb  
– Buongiorno Sicilia, czyli jesienne wakacje na plaży – Andrzej Lewicki  
– Sycylia- lazurowe morze, oliwne gaje i drzewka cytrusowe – Maciej Kunicki  
– Bezcenne wakacje na Sycylii – Jan Jędruch
- 
- 52 Kącik fotograficzny**  
Czy pamiętacie takie zimy?
- 
- 54 Poczet wybitnych nefrologów**  
Prof. dr hab. med. Kazimierz Trznadel

# SŁOWO OD REDAKCJI

Czy zastanawialiście Państwo kiedyś, czym jest tradycja? Pomyślałem sobie o tradycji w chwili, kiedy witając we wrześniu ponad 1200 uczestników XII Krakowskich Dni Dializoterapii mówiliśmy wprost, iż w zmieniającym się świecie medycyny wydarzenie powtarzane przez ćwierć wieku co 2 lata i dedykowane wszystkim odpowiadającym za terapie nerkozastępcze – to już tradycja!

Tradycja, przekazywane z pokolenia na pokolenie obyczaje, wierzenia, zachowania, normy społeczne, poglądy a nawet sposoby myślenia, które – jako społeczeństwa – uznajemy za znaczące dla ich współczesności i przyszłości i które tworzą wspólny obszar naszej kultury.

Tradycja spotkań rodzinnych, tradycja św. Mikołaja obdarowywania się prezentami, tradycja świąt Bożego Narodzenia z opłatkiem, szopką, pasterką i kołędowaniem. Tradycje przekazywane rodzinie, z pokolenia na pokolenie. Zawodów, wartości, umiejętności... O ile bylibyśmy ubożsi, gdyby nie tradycja?

Zawartość „Dializy i Ty” też jest tradycyjna, choć tak naprawdę tylko prof. Bolesław Rutkowski w swoich „Listach z nad morza” systematycznie (i tradycyjnie) inspiruje naszą wyobraźnię, wzbogacając nas swoimi przemyśleniami. Tym razem o Sycylii – ale nie tylko o niej! Bardzo cieszy mnie fakt, że kilka osób skorzystało z zaproszenia dr Filippo Mucarii i podjęło ryzyko wyprawy na tę piękną wyspę oraz podzieliło się z nami swoimi wrażeniami. Zachęcam tych wszystkich, z których ducha podróżnika nie udało się skutecznie wydializować, by skorzystali i rozejrzeli się wokół. Może nie od razu Sycylia albo Londyn. Tyle pięknych miejsc można odwiedzić w Polsce, zmieniając na kilka dni miejsce swojej dializy. Niech to stanie się nową, optymistyczną tradycją.

A ja, w grudniowe popołudnie wybrałem się na krakowski Rynek. Tradycyjny świąteczny kiermasz, konkurs szopek, wielka (niestety, sztuczna...) ozdobiona tysiącami światełek choinka. Czuje się nadchodzące Święta, tylko czy tradycyjne ma się sprawdzić, że jak Barbórka po lodzie, to święta po...wodzie?

Choinka nie od zawsze była symbolem świąt Bożego Narodzenia. Pierwotnie związana była z przedchrześcijańską tradycją ludową i kultem wiecznie zielonego drzewka. Tradycja bożonarodzeniowej choinki narodziła się w Alzacji, w Niemczech, gdzie wstawiano do domów drzewka i ubierano je ozdobami z papieru i jabłkami, nawiązując do biblijnego rajskiego drzewa. W XIX wieku choinka zawitała do Anglii i Francji, a potem na południe Europy. Do Polski przenieśli ją niemieccy protestanci na przełomie XVIII i XIX. Dawnymi, tradycyjnymi zdobieniami choinkowymi były ciasteczka, pierniczki, orzechy i rajske jabłuszka i oczywiście – wykonywane z bibuły, kolorowych

papierów, piórek, wydmuszek, słomy i żdzbeł traw ozdoby. W wigilijny wieczór na choinkach zapalano świece, wieszano zimne ognie, które dodawały drzewkom magicznego uroku. Współcześnie dekorujemy choinkę bombkami, cukierkami, czekoladkami, dziesiątkami ozdób a nierzadko barwnymi lampkami. Bezpieczniej oświetlają choinkę elektryczne światełka, kiedyś żaróweczki, teraz diody LED. Nie zużywają wiele energii, a świecą pięknie! Czy wiecie Państwo, że tradycja dekorowania lampkami naszych choinek datuje się od 1882 roku, a to za sprawą ich wynalazcy i konstruktora, nijakiego Edwarda Johansona, asystenta Thomasa Edisona, wielkiego wynalazcy, jednego z ojców współczesnej energii elektrycznej.

Z życzeniami Świątecznymi i Noworocznymi najlepszego zdrowia nam wszystkim. Podjęcia działań, które może w przyszłości inni uznają za tradycję i pochwałą, że to co zrobiliśmy i nadal robimy jest dobre i ważne. Pomyślimy, co fajnego robić, by stało się to tradycją?

Jacek Pietrzyk  
Redaktor Naczelny

## Kolęda

Zawieja i beznadzieja  
Złota Jerozolima  
A w biednym Betlejem Pani  
Syneczka swego powiła

Zima się ludzi trzyma  
Złote denary wszędzie  
Bieda straszna w Betlejem  
Tam tylko Pan przybędzie

Do szopy, do szopy wszyscy  
Kto ogrzać pragnie ręce  
Z darami, z darami, z darami  
By odtajało serce

Nie do złota i mirry  
Nie do różnych pachnidel  
Ale do szopki – w zawieję  
Tej nocy do nas Pan przybył

Nie do wieży z księgami  
Gdzie mędracy świata najwięksi  
Ale w szopie – w zawieję  
Tam pastuszkowie są pierwsi

Do szopy, do szopy wszyscy  
Kto ogrzać pragnie ręce  
Z darami, z darami, z darami  
By odtajało serce

Leszek Aleksander Moczulski

## Pacjent dializowany

**Piotr Strężalski**

pacjent z Łodzi



W dniach od 5 do 14 lipca bieżącego roku wyjechałem na urlop do Polanicy-Zdroju uzdrowiska położonego w województwie dolnośląskim.

Piszę ten artykuł, ponieważ chciałbym przekazać innym osobom chorym na nerki i dializowanym, że mimo problemów zdrowotnych można praktycznie normalnie żyć, funkcjonować społecznie oraz spełniać swoje marzenia i życiowe plany.

Będąc na urlopie w Polanicy-Zdroju zwiedziłem okoliczne, interesujące miejsca położone w Sudetach. Byłem m. innymi w Kudowie Zdroju, Dusznikach Zdroju, Świeradowie Zdroju, Łądku Zdroju, Lewinie Kłodzkim (mieszkała tam znana artystka i aktorka Violetta Villas), a także w Kłodzku, Wambierzycach (słynne sanktuarium), Bystrzycy Kłodzkiej, Międzygórzu z pięknie położonym wodospadem Wilczki, Zieleńcu, i w czeskim Náchodzie, z zamkiem na wzgórzu.



W trakcie swojego pobytu odbyłem również wycieczki autokarowe do zamku Książ i Palmiarni położonych w Wałbrzychu, a także do Wrocławia – stolicy i największego miasta województwa dolnośląskiego. We Wrocławiu zobaczyliśmy słynne na całą Polskę Panoramę Raclawicką i Afrykarium oraz inne liczne zabytki tego pięknego miasta.

Pod koniec swojego wyjazdu pojechaliśmy na wycieczkę autokarową do stolicy Republiki Czeskiej – Pragi.

W trakcie pobytu w Pradze zwiedzaliśmy Hradczany wraz z katedrą Świętego Wita, ogrody senatorskie, zegar Orloj, kościół husycki, żydowską dzielnicę Josefov, Małą Stranę, Stare Miasto, Plac Wacława i Most Karola.

W trakcie urlopu dializowany byłem w szpitalu SCM w Polanicy-Zdroju położonym przy ul. Jana Pawła II 2.

Pododdział dializ jest położony w łatwo dostępnym miejscu dla chorych, na pierwszym piętrze w budynku szpitala, który jest nowocześnie wykończony.

Stacja dializ jest schludna, nowocześnie wykończona z dużą ilością miejsca i sprzętu m.in. następujących marek: Fresenius i Nikisso.

Personel stacji dializ m.in. lekarze, pielęgniarki, salowe



jest bardzo miły, życzliwy, kompetentny oraz chętny do udzielenia pomocy.

Procedura zamówienia zabiegów hemodializ była bardzo prosta; nie było problemów z zamówieniem miejsca.

Wystarczył jeden telefon do miłej pielęgniarki oddziałowej oraz wysłanie faksem dokumentacji historii choroby wraz z parametrami hemodializy oraz skierowaniem.

Reasumując powyższy artykuł, bardzo miło wspominam mój wyjazd wraz z rodziną do Polanicy-Zdroju.

Polecam osobom leczonym terapiami nerkozastępczymi wszelkie wyjazdy, ponieważ można zwiedzić, zobaczyć różne ciekawe, interesujące miejsca,

Dla każdego dobra jest zmiana otoczenia. Można również poznać ciekawych ludzi.

# CHCE MI SIĘ CHCIEĆ.....

**Małgorzata Rakowska**

Pacjentka z Krakowa

Gdy przez cztery godziny leżę podłączona do aparatury ratującej mi życie, mam wiele czasu na rozmyślanie. Obserwując pracę pielęgniarek i parę sprząających zazdroszczę im. Chciałabym być na ich miejscu – zdrowa, czynna – mogłabym nawet sprzątać, myć okna, aby tylko nie leżeć. Trudno, tak się stało, że trzy razy w tygodniu muszę być dializowana, lecz nie poddaję się. Przede wszystkim, wyjazd na dializę traktuję jak pracę. Cieszę się, że nie muszę wstawać o czwartej, piątej rano (tak jak nasze pielęgniarki, aby zdążyć na siódmą do pracy). Jestem wożona i to punktualnie – pan kierowca przyjeżdża i czeka na mnie przed domem. W czasie dializy staram się czytać, często oczy mi się zamykają, ale szkoda mi czasu na bezmyślne leżenie. Oprócz tego ruszam się, „uprawiam gimnastykę”. Przecież obie nogi i jedną rękę mam wolne. Można też ruszać głową. Jest to korzystne, gdyż podnosi się ciśnienie i dzięki temu łatwiej wstaję po czterech godzinach z łóżka. Pamiętam słowa profesora Smoleńskiego, który zalecał i myślał o wprowadzeniu rehabilitacji podczas dializ. Niestety, jego śmierć przerwała te plany. Może któryś z lekarzy pomyśli o tym. Przygotowując się do dializ, a trwało to ponad dwa lata, nie wyobrażałam sobie dalszego życia, zwłaszcza że byłam dosyć ruchliwa. Często wyjeżdżałam do moich ukochanych teatrów operowych. Słuchanie muzyki „na żywo”, spotkania z artystami operowymi, zbieranie autografów, wyjazdy na wieś, w góry – to było moje życie na emeryturze. Ograniczenia związane z dializami przerażały mnie, ale spróbowałam, nie dałam się. Pierwszy wyjazd na dializę to trzy dni w Londynie, potem Wiedeń. Były to tylko trzydniówki pomiędzy dializami, ale potem dowiedziałam się o dializach gościnnych. Dlaczego nie skorzystać? Już nie miałam przeszkód. Wprawdzie trzeba trochę cierpliwości, telefonów, przypilnowania wykonania potrzebnych badań, ale jaka radość i przyjemność być w innym miejscu. Gościnnie dializowałam się w Limanowej, Kołobrzegu, Bytomiu, Nowym Targu. Była to okazja do poznania wielu innych chorych, gościnnych stacji dializ. Trzeba przyznać, że wszędzie spotykałam się z życzliwością. Po prawie czterech latach dializowania wiele się nauczyłam, głównie dzięki naszym pacjentom, którzy dzielili się swoimi doświadczeniami podczas dializ. Powinno to być obowiązkiem każdego dializowanego, gdyż jak zauważyłam wiele nowych osób nie wie, jak można żyć z dializą, zwłaszcza jeżeli chodzi o przestrzeganie diety, higieny, ruchu. Niestety, nie wszyscy chcą się dzielić swoimi doświadczeniami. Ja się chętnie nimi dzielę, ale

spotykam się z tym, że moje rady odbierane są niezbyt życzliwie, że się wymądrzam, ale to ich strata. Po czasie może zrozumieją. Również nasze zdrowe „otoczenie” nie zna naszej choroby, dlatego też musimy edukować społeczeństwo na temat tego, jak bardzo jest ona niebezpieczna. Gdy byłam z koleżanką w operze nie mogła się ona doczekać przerwy, żeby wyjść do toalety. Pytając mnie „A Ty nie musisz?”, usłyszała negatywną odpowiedź. Skomentowała: „Ale Tobie dobrze”. W późniejszym czasie wytłumaczyłam jej, w czym rzecz.

Niedawno wpadła mi w ręce książeczka „Gimnastyka izometryczna” Ilse Buck.

Są to rady i ćwiczenia dla osób niemogących za bardzo się ruszać. Idealna dla nas, dializowanych. Leżąc przez cztery godziny możemy „uprawiać” gimnastykę. Krótko opiszę, w czym rzecz. Izometria to pewien system treningu fizycznego bez zmęczenia, pocenia i wysiłku, wymagający jedynie trochę konsekwencji i dobrej woli. Ćwiczenia izometryczne można wykonywać wszędzie i o każdej porze dnia, nawet w łóżku.

Izometria to równomierność, napinamy mięśnie, lecz ich nie rozciągamy. Metoda polega na następującej zasadzie: ćwiczymy mięsień tym intensywniej im większy opór stawiamy. Siła rośnie wraz z oporem. Napinając mięśnie (wystarczy 90 sekund), a potem rozluźniając je, już wykonujemy ćwiczenie. Tak możemy ćwiczyć poszczególne części ciała.

Izometrię zawdzięczamy pewnej żabie, której badacze skrępowali jedną nogę. Po pewnym czasie stwierdzili, że noga ta jest lepiej rozwinięta od drugiej. Żaba, chcąc się uwolnić, naprężała mięśnie i w ten sposób je ćwiczyła. Późniejsze badania wykazały, że to samo dzieje się u ludzi. W książeczce tej jest 107 różnych przykładów ćwiczeń polegających na naprężaniu mięśni w bezruchu. Być może jest jeszcze osiągalna w księgarniach medycznych lub we wszystkich internetach. Naszym zadaniem jest tylko chcieć, czego życzę wszystkim dializowanym.



## Pierwsza z pięknych panien, czyli Sycylia

**prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski**

Jak wynika z powyższego tytułu, wracamy do wątku podróży, które kształcą. Zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami, tym razem rzecz będzie o przepięknych wyspach wchodzących w skład państwa włoskiego, czyli Sycylii a następnie Sardynii. Warto bowiem uświadomić sobie, że Włochy to nie tylko Półwysep Apeniński, ale także wiele wysp i wysepek rozsianych na Morzu Jońskim i Morzu Tyrreńskim. Największą z tych wysp jest niewątpliwie Sycylia z powierzchnią ponad 25000 kilometrów kwadratowych i ponad 5-milionową populacją mieszkańców. Historia Sycylii jest dosyć skomplikowana, jako że około 8 wieków przed naszą erą została ona skolonizowana przez Greków i stanowiła część tak zwanej Magna Graecia. Stolicą tej kolonii były Syrakuzy, które konkurowały podówczas z Atenami. Warto wspomnieć, że Syrakuzy to miasto Archimedes, który zginął z rąk rzymskiego żołnierza broniącego swego grodu przed Rzymianami. Później najeżdżali Sycylię Kartagińczycy, Barbarowie i Saraceni. Ci ostatni zostali przepędzeni przez Normanów, a z kolei po Normanach przyszedł czas na potomków Fryderyka Barbarossy, i tym sposobem Sycylia stała się częścią Świętego Cesarstwa Rzymskiego. Potem Sycylią zarządzili przedstawiciele rodu Aragonów i Anjou. Poprzez kolejne mariaże stała się ona częścią Królestwa Neapolu rządzonego przez Burbonów

i w końcu roku 1860 została przez wojska Garibaldiego przyłączona do odradzającego się państwa włoskiego. Te skomplikowane losy pięknej wyspy zadecydowały, iż stała się ona swoistym muzeum Europy. Znaleźć w niej można bowiem doskonale zachowane świątynie i teatry z czasów greckich, rzymskie mosty i akwedukty, arabskie meczety, domy i wieże, a także zabytki przypominające o rządch Normanów. Także ludność zamieszkująca Sycylię jest doskonałą mieszanką wymienionych powyżej ras i ludów. Podobnie w dialekcie, którym posługują się jeszcze ciągle sycylijscy wieśniacy odnaleźć można słowa mające swoje korzenie w wielu językach od greckiego poczynając na arabskim kończąc. Kuchnia Sycylijska jest także odmienna od tej, którą spotyka się w kontynentalnej części Włoch. Jest ona znacznie bardziej pikantna i składa się w dużej mierze z owoców morza oraz warzyw. Czuje się w niej wpływy greckie, arabskie, normańskie, hiszpańskie, a także po części angielskie. Słynne na cały świat sycylijskie słodczyce, w tym lody cassata oraz smażone ciasto nadziewane słodkim serem ricotta i polane czekoladą, które nazywa się cannoli. Do tego dochodzą dobre jakościowo wina – zarówno czerwone i białe Corvo oraz białe Regaleali. No ale dosyć tych rozważań o kuchni – pora pozwiedzać, bo jak wspomniałem wyżej, jest w tym względzie na tej pięknej wyspie wielki dostatek zabytków. Trzeba zatem zrobić pewien wybór. Jeśli ktoś lubi muzea, to niewątpliwie warto odwiedzić stolicę Sycylii, czyli Palermo. Miasto to w początkach ubiegłego wieku było jednym z najpotężniejszych w Europie. Natomiast zgodnie z moim wyborem, dokonany zresztą z polecenia moich przyjaciół z Sycylii, koniecznie trzeba odwiedzić trzy charakterystyczne miejsca. Pierwsze to wspomniane już wcześniej Syrakuzy z pozostałościami greckiej świetności założycieli tego miasta. Kolejny punkt na mapie, do którego koniecznie trzeba zawitać to Agrigento. W przewodnikach można wyczytać, że w tym miejscu znajdują się najbardziej fascynujące ruiny greckie na Sycylii. Odnosi się to do Doliny Świątyń (Valle Dei Templi), w której wyróżniają się ruiny świątyni Herkulesa, Junony-Hery, Zeusa Olimpijskiego czy świątynia Kastora i Polluksa. Natomiast dla mnie najpiękniejszym miastem stanowiącym swoisty konglomerat różnych wpływów historycznych i stylów architektonicznych jest Taormina. Miasto położone na wysokich skałach, z którego z jednej strony rozpościera się widok na morze, a z drugiej na Etnę, która wielokrotnie dawała się we znaki mieszkańcom Sycylii. Zresztą wyprawa na Etnę też powinna stanowić jeden z celów podróży, ponieważ można przekonać się naocznie, iż wciąż pod ziemią coś się dzieje. Ogólnie rzecz biorąc, Sycylia warta jest odwiedzenia, a nawet wskazane są powroty, ponieważ nie da się jej całej zwiedzić w trakcie jednej podróży. Uznane przewodniki radzą poświęcić na zwiedzanie tej pięknej wyspy 3-4 tygodnie. Natomiast

moi sycylijscy przyjaciele twierdzą, że aby dobrze poznać Sycylię należałoby poświęcić przynajmniej rok. Na koniec sycylijskich rozważań warto poruszyć jeszcze dwie sprawy. Pierwszą z nich stanowi oczywiście mafia sycylijska. W moich wielokrotnych powrotach na Sycylię szczęśliwie nie miałem okazji doznać obecności mafii. Nie oznacza to, że ona nie istnieje i lepiej mieć się na baczności szczególnie w okolicach Katanii czy Palermo. Natomiast miasteczko Corleone tak rozślawione w literackiej i filmowej wersji „Ojca chrzestnego” to maleńka zapyziała miejscina, w której mieszkają głównie starzy ludzie. Być może wszyscy młodzi mafiosi wyjechali za chlebem do Ameryki. Drugą istotną sprawą, na którą starałem się zwracać uwagę podczas wycieczek po Włoszech, to polskie ślady pozostawione przez naszych rodaków. Warto w tym miejscu wspomnieć, że podczas Wiosny Ludów dowódcą dywizji, która broniła wschodniej Sycylii przed wojskami neapolitańskimi, był Ludwik Mierosławski. Niestety, po krwawych bitwach pod Taorminą i Katanią wojska neapolitańskie odniosły zwycięstwo, a ranny Mierosławski złożył dymisję z pełnionej

funkcji. Natomiast w późniejszej wyprawie Garibaldiego na Sycylię w roku 1860 brało udział kilkudziesięciu Polaków i był wśród nich także Marian Langiewicz, późniejszy dyktator powstania styczniowego.

Mam nadzieję, że zachęciłem Szanownych Czytelników do odwiedzenia tej pięknej wyspy. W powyższych rozważaniach udało mi się opisać tylko mały wycinek z atrakcji turystycznych, dla których warto przybyć na Sycylię i spędzić tam trochę czasu. Dodatkową atrakcją może być podróż promem z Messyny do Reggio Calabria promem. Przepływa się bowiem wówczas przez Cieśninę Messyńską pomiędzy znaną z antycznych opowieści Scyllą i Charybdą, przed którymi drżeli żeglarze.

Pora zakończyć tę opowieść o wyspie, o której znany awanturnik D. H. Lawrence pisał: „Niezwyczajnie lubię Sycylię, to bardzo miłe uczucie – jeden skok i jesteś poza Europą...”

Zachęcam raz jeszcze, aby się o tym przekonać osobiście.

Wasz Bolesław

## MOIM ZDANIEM

### Mam marzenie...

**dr Teresa Dryl-Rydyńska**  
**Dyrektor Generalna**  
**Fresenius Medical Care Polska.**



„Cokolwiek zamierzasz zrobić, o czymkolwiek marzysz, zacznij działać. Śmiałość zawiera w sobie geniusz, siłę i magię.” - Johann Wolfgang Goethe.

Na czwartym roku studiów, pracując w kole naukowym, po raz pierwszy zetknęłam się z osobami dializowanymi. To młodzińcze doświadczenie znalazło swój finał w doktoracie poświęconym tematyce toksyn mocznicowych. Przez ponad dwadzieścia lat, aż do dziś, mam szczęście obserwować i współuczestniczyć, już jako pracownik Fresenius Medical Care, w rozwoju dializoterapii w Polsce.

#### **Dializa stała się w naszym kraju procedurą medyczną dostępną dla każdego pacjenta.**

Fundamentem dostępu do limitowanej wcześniej hemodializy i oferowanej w bardzo ograniczonym zakresie dializy otrzewnowej, stał się zapoczątkowany przez rząd Tadeusza Mazowieckiego, a realizowany pod kierunkiem profesora Bolesława Rutkowskiego „Program rozwoju dializoterapii”. Pojawiły się leki i technologie, które zapoczątkowały nową jakość do leczenia dializami. Erytropoetyna, kontrolowana objętościowo ultrafiltracja, wysoko biozgodne dializatory, koncentrat wodorowęglanowy i automatyczna dializa otrzewnowa – to tylko kilka kamieni milowych na drodze postępu technologicznego w dializoterapii.

Obecnie każdy pacjent ze schyłkową niewydolnością nerek ma dostęp do leczenia nerkozastępczego. Co więcej, hematokryt chorego dializowanego nie waha się w granicach 20% jak wiele lat temu, tylko wyżej, a kwasica metaboliczna i śróddializacyjne spadki ciśnienia krwi są już

zdecydowanie mniejszym problemem. Dzięki programom lekowym lepiej korygowane są zaburzenia metabolizmu kostnego.

Pamiętam wiele rozmów z pacjentami, w których słyszałam: – Chcę dożyć matury lub ślubu mojego dziecka albo narodzin wnuka! Dzięki dializoterapii wiele z tych osób doczekało szczęśliwej chwili, o której marzyli, ale... Pewnie nadszedł moment, aby zadać sobie pytania: Czy tylko o przedłużenie życia nam chodzi? Czy współczesna medycyna może dać chorym dializowanym coś więcej? Co jest wartością dla pacjentów leczonych powtarzanymi dializami? Z pozoru wydaje się, że odpowiedź jest prosta – minimalizacja fizycznych skutków przewlekłej, nieuleczalnej choroby, zapobieganie wykluczeniu społecznemu, a więc szeroko rozumiana poprawa jakości życia. Łatwo zdefiniować, ale jak to osiągnąć?

### Więcej przeszczepień nerek

Pierwsza odpowiedź, jaka się nasuwa, to zwiększenie liczby transplantacji nerki. Tak, bez wątplenia to najbardziej biozgodna metoda leczenia nerkozastępczego. Niestety, w tym obszarze jest wiele zaniedbań, zwłaszcza organizacyjnych i edukacyjnych, które mają wpływ na pobieranie narządów do przeszczepów. Niska liczba pobrań narządów przekłada się bezpośrednio na ograniczone możliwości leczenia tą metodą. Są pacjenci, którzy żyją z przeszczepioną nerką nawet 20 lat i dłużej, ale średnio w Polsce czas życia pacjenta po przeszczepie to około 10 lat. Co z pozostałymi osobami z niewydolnością nerek, które z powodu wieku, chorób współtowarzyszących, odrzuconych przeszczepów lub otyłości, muszą być dializowane, aby żyć?

Ponad 44% wszystkich dializowanych przekroczyło 65. rok życia, a aż 26% ma powyżej 75 lat, około 30% ma cukrzycę i prawie 40% schorzenia sercowo-naczyniowe. Co możemy dać tym ludziom zmęczonym życiem i chorobą?

### Lepsza edukacja społeczna o chorobach nerek

W tym miejscu pojawia się moje osobiste marzenie. Skoro zrobiliśmy już tak wiele, to dlaczego nie pokusić się o więcej? Polacy żyją średnio dłużej, coraz częściej w lepszym zdrowiu i aktywności społecznej. Osoby chore na nerki stanowią tę grupę obywateli, która potrzebuje specjalnego podejścia i w sposób szczególny wpisuje się w politykę senioralną naszego państwa. Marzę o lepszej edukacji społecznej na temat chorób nerek. Dla osób we wczesnych stadiach choroby nerek marzę o powszechnej, a nie limitowanej dostępności do specjalistów w poradniach nefrologicznych. Dalej snując marzenia, myślę o skoordynowanej opiece, która obejmuje nie tylko leczenie chorób towarzyszących niewydolności nerek, ale także o opiece dietetyków, psychologów i fizjoterapeutów oraz pracowników opieki społecznej.

Dieta jest lekarstwem

Złe nawyki żywieniowe, brak ruchu, nadciśnienie, cukrzyca nie znikną wraz z włączeniem chorego do dializ. Poza skutecznym leczeniem dializami, prawidłowa, spersonalizowana dieta, wsparcie psychologa i rehabilitacja ruchowa to jedyna droga do osiągnięcia celu, jakim jest utrzymanie dobrej kondycji chorego i ograniczenie społecznych skutków przewlekłej choroby nerek. Przy całym szacunku dla wysiłku lekarzy i pielęgniarek, którzy tłumaczą i przypominają o zasadach prawidłowej diety, kontrolowaniu masy ciała i aktywności ruchowej, te działania nie zastąpią dietetyków, psychologów i fizjoterapeutów. Specjalista dietetyk ma wiedzę, która w praktyce pomoże pacjentowi przygotować smaczny, zaspokajający potrzeby żywieniowe posiłek, mimo drastycznych ograniczeń w diecie wynikających z charakteru choroby. Nie bez znaczenia jest fakt, że z powodu wieku emerytalnego lub renty chorobowej zasoby finansowe, jakimi dysponują chorzy dializowani, są ograniczone. Dietetyk w oparciu o aktualny stan zdrowia, preferencje żywieniowe pacjenta, jego sytuację rodzinną i materialną opracuje taki zestaw posiłków, który będzie można łatwiej zrealizować. Właściwa dieta w chorobach nerek, podobnie jak w cukrzycy, jest nieodzownym elementem procesu leczenia. Skoro w leczeniu cukrzycy jest dostępny program edukacji i wsparcia dietetycznego, to dlaczego pacjenci chorzy na nerki mieliby być takiej opieki pozbawieni?

### Rehabilitacja i aktywność fizyczna

Podobnie sprawa wygląda z brakiem rehabilitacji osób chorych na nerki, która pozwalałaby przywracać utracone lub osłabione funkcje organizmu. W przypadku osób dializowanych, u których bardzo często występują powikłania sercowo-naczyniowe niezwykle istotna jest regularna aktywność ruchowa. Dzięki odpowiednio zaplanowanym i dostosowanym do indywidualnych potrzeb oddziaływaniom rehabilitacyjnym można w znacznym stopniu poprawić jakość życia pacjenta oraz usprawnić jego funkcjonowanie w życiu codziennym. Regularne ćwiczenia pod opieką fizjoterapeuty pozwolą poprawić wydolność fizyczną organizmu chorego i zmniejszyć ryzyko zgonu z powodów sercowo-naczyniowych. Osoby chore na serce mają możliwość korzystania z rehabilitacji kardiologicznej, ale nie jest ona dostępna dla osób dializowanych. Innym częstym powikłaniem dializoterapii są zaburzenia gospodarki mineralno-kostnej i w tym przypadku oprócz diety oraz leczenia farmakologicznego, istotnym elementem terapii jest aktywność ruchowa chorego.

### Wsparcie psychologiczne

Niewydolne nerki to nie tylko chore ciało, ale również przygnębienie, depresja, zaburzenie relacji społecznych.

Począwszy od pierwszej diagnozy, do decyzji o wyborze rodzaju leczenia nerkozastępczego i przez wszystkie lata dializowania pacjent powinien otrzymać fachowe wsparcie psychologa. Każda diagnoza, która brzmi – nieuleczalna choroba – jest szokiem dla chorego i jego rodziny. Pacjenci często powtarzają, że to moment w, którym zawalił się im świat. Marzę, aby pomoc psychologa, która jest konieczna w momencie rozpoczęcia leczenia była dostępna także w trakcie całej dializoterapii. Codzienne życie pacjenta dializowanego poddawane jest licznym ograniczeniom. Potrzebne jest fachowe wsparcie, aby chory wytrwał w zaleceniach medycznych, nie stracił motywacji do przestrzegania zaleceń dietetycznych i podjął wyzwanie, jakim są stałe i systematyczne ćwiczenia ruchowe. Przewlekła choroba rujnuje relacje rodzinne i społeczne, chory potrzebuje mądrej rady, jak nie utracić więzi ze światem zewnętrznym. Wszystkie te działania mogą być skutecznym sposobem zapobiegania depresji, która jakże często występuje u chorych dializowanych. Osoby z chorobą nowotworową w ramach terapii mają zapewniony dostęp do psychologa, a pacjenci dializowani muszą sobie radzić z nieuleczalną chorobą sami.

**Cokolwiek zamierzasz zrobić, o czymkolwiek marzysz, zacznij działać.**

Pewnie zaraz usłyszę, że te marzenia są nierealne,

stawka refundacyjna będzie od nowego roku, najniższa w Europie, a opieka dietetyka, fizjoterapeuty i psychologa to „luksus”, na który nie stać naszego systemu ochrony zdrowia. Dializoterapia pochłania spore środki finansowe, ale jest szansą na życie dla tysięcy osób. Warto więc przyrzeć się, jakie są skutki finansowe i społeczne leczenia powikłań dializoterapii wynikających ze złej diety, powikłań sercowo-naczyniowych i ortopedycznych, depresji oraz pogłębiającej się niepełnosprawności ruchowej. Być może, wprowadzając dodatkowe elementy opieki nad osobami z przewlekłą chorobą nerek jesteśmy w stanie opóźnić włączenie do leczenia nerkozastępczego. Pacjent bez otyłości, z mniejszymi powikłaniami sercowo-naczyniowymi, w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, będzie lepszym kandydatem do przeszczepienia nerki. Wreszcie, nawet jeśli z jakichś powodów nie uda się, albo nie można przeszczepić nerki, jego wieloletnie leczenie w ujęciu globalnym może kosztować mniej.

Najważniejszym celem tych wszystkich dodatkowych działań będzie zmniejszenie skutków ciężkiej choroby i poprawa jakości życia. Może warto sięgnąć po nowoczesne rozwiązania technologiczne, np. telemedyczne, które znacznie poprawiłyby efektywność ekonomiczną dodatkowej opieki dietetycznej, psychologicznej i rehabilitacji.



**Z przykrością informujemy, że ten rok pomimo wielu pozytywnych rzeczy w Stowarzyszeniu przyniósł również dużo smutku. Pożegnaliśmy w tym roku Panią Elżbietę Kaczmarczyk, która była od lat związana z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Osób Dializowanych zasiadając w komisji rewizyjnej. Zawsze wspierała nas dobrym słowem i ujmowała swoją życzliwością. Pani Elu będzie nam wszystkim brakować Pani ciepłego uśmiechu.**

**Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób  
Dializowanych**



## Niebieskie zauroczenie .....

Zakwitły w ogródku niezapominajki  
niebieskie, śliczne kwiatki z bajki  
budząc na twarzach naszych zachwyty  
wiosenny pejzaż jest w błękit spowity  
Spogląda niebo z zazdrością w ich oczy  
bo tyle błękitu potrafi zaskoczyć  
i tak nawzajem się podziwiają  
innych barw wokół nie dostrzegają

I twoje oczy są pełne błękitu  
od chabrow, lazurów aż do grafitów  
gdy patrzysz na świat jak urzeczony  
widzę w nich wszystkie miłości kolory

Słońce maluje ci uśmiech na twarzy  
nim szepniesz słowo coś się wydarzy  
zabije serce czułością wzruszone  
wyruszysz w nieznaną świata stronę

Spójrz na ten kwiatek bładoniebieski  
na jego listki jak srebrne łezki  
on się spod trawy wychyla skromnie  
i cicho szepcze...pamiętaj o mnie ...

## Wiersze Wybrane

Poniżej publikujemy kolejny fragment twórczości  
poetyckiej Pani Renaty Szubert-Zarębskiej – córki pacjentki  
dializowanej z Rzeszowa

### Na szczególnie deszczową niedzielę

Rozmarzyłam się..  
poczułam ten zapach letniego poranka  
kiedy słońce zagląda przez okno  
lśni złotymi promieniami firanka  
a sen unosi mnie w obłoki wysoko

zapach kawy już pieści mi nozdrza  
zaraz budzić mnie będziesz całusem  
jak to dobrze że jest niedziela  
i niczego dzisiaj nie muszę

ale jutro dzień nowy nas czeka  
i dziś nie wiem co nam przyniesie  
ty pić kawę będziesz daleko  
a ja z lękiem i nadzieją czekać

na kolejne wspólne niedziele  
i poranki gdy słońce i ty  
znów będziecie me serce rozgrzewać  
roziewając smutki... złe sny

### Takie tam refleksje w kolorze czerwonym

Zmierzch jak czarny kruk za oknem cicho siada powoli  
kończy się dnia barwna maskarada na palecie moich  
uczuć kolor czerwony lśni w tym kolorze ostatnio noc  
maluje mi sny

Czerwona sukienka wśród maków czerwonych  
wschodzące latem słońcem i zapach piwonii soczysty  
smak czereśni w czereśniowych sadach i my – wędrownie  
ptaki na szlakach gdzieś w Bieszczadach

Obrazy wciąż czerwone w moim sercu i głowie rozpalają  
w duszy tęsknotę jak piekielne ognie lecz gasi je zaraz  
chłód górskiego strumyka co falą rwącą porwya sen i za  
horyzontem znika  
Budzę się do życia za oknem deszcz pada  
zaczyna się kolejna codzienna maskarada

marzec 2014



### ŻYCIE JEST PODRÓŻĄ...

Podróżą życie jest człowieka  
nie spóźnij się wciąż tyle nas czeka  
jedź prostą drogą omijaj rozstaje  
póki Bóg bilet na kredyt ci daje

weź tylko grosik i swoje marzenia  
bagaż doświadczeń nie ma znaczenia  
nie myśl co jeszcze masz do zabrania  
nowy dzień nowe przyniesie doznania

ściskam więc w dłoni kamyczek zielony  
i płynę marząc że nic mnie nie boli  
tam gdzie jest słońce błękit i chmury  
żyję nadzieją i ruszam znów w góry

nikt nie wie ile drogi jeszcze zostało  
jednemu dużo drugiemu zbyt mało  
zanim powiemy sobie do widzenia  
zbierajmy te chwile i małe wzruszenia

bo każda chwila – ten dar od Pana  
nigdy nie wróci bo raz jest nam dana

wrzesień 2013





### Odpowiedzialna firma

Jako firma zajmująca się ochroną zdrowia, staramy się wyjść naprzeciw oczekiwaniom wszystkich interesariuszy, przede wszystkim pacjentów i lekarzy. Dostarczamy pacjentom nowoczesne rozwiązania diagnostyczne i leki, umożliwiające leczenie choroby, przedłużenie życia i poprawę jego jakości oraz łagodzące cierpienia chorych. Koncentrujemy się na chorobach nowotworowych, metabolicznych, ośrodkowego układu nerwowego, zapalnych i wirusowych. Działając zgodnie z zasadą medycyny personalizowanej, która mówi, że „każdy człowiek jest inny”, dążymy do tego, aby każdy pacjent otrzymał leczenie dopasowane do swoich potrzeb.

### Odpowiedzialność społeczna

Dla Roche to miara zaangażowania firmy w problematykę zdrowia publicznego oraz szeroko rozumianej profilaktyki i promocji zdrowia. Firma wspiera liczne akcje edukacyjne mające na celu wzrost świadomości prozdrowotnej. W trosce o poprawę zdrowia Polaków, we współpracy z wieloma instytucjami i organizacjami społecznymi, współorganizuje badania przesiewowe w kierunku wykrywania poważnych chorób. Roche pracuje nad trwałą poprawą funkcjonowania opieki zdrowotnej, m.in. poprzez prowadzenie rzetelnego dialogu i długoterminowego współdziałania ze wszystkimi partnerami, mając na uwadze przede wszystkim dobro społeczne.

**Roche Polska angażuje się w wiele inicjatyw społecznych mających na celu edukację oraz zwiększenie świadomości zdrowotnej Polaków.**

Więcej informacji o działalności Roche Polska znajduje się na stronie [www.roche.pl](http://www.roche.pl)



## Hemodiafiltracja szansą na poprawę skuteczności dializy?

**prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk**

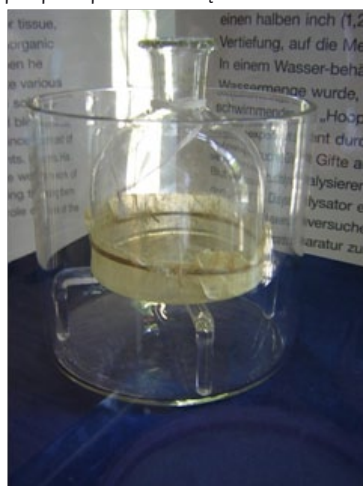
Fundacja „Amicus Renis”

Przeglądając się przez wiele lat powikłaniom towarzyszącym przewlekłej hemodializoterapii zastanawiałem się zawsze, ilu z nich można by uniknąć, gdybyśmy potrafili dializować naszych pacjentów skuteczniej? Skuteczniej, to znaczy jak? Spoglądamy z dumą na sztuczne nerki i uczciwie mówimy: Szczyt techniki! Doskonałe i bezpieczne konstrukcje, w których „upchano” najnowocześniejszą elektronikę, trwałą i raczej mało awaryjną hydraulikę, całość sprytnie oprogramowano, by systemy maszyny kontrolowane przez układy zbliżone do tych, które na co dzień spotykamy w komputerach, były bezpieczne. Czujniki ciśnień panujących w liniach krwi przed i za dializatorem oraz systemy kontroli ultrafiltracji pozwolą na dokładne zaprogramowanie odwadniania w czasie dializy, o ile maszyna wcześniej będzie „wiedziała”, ile wynosi czas dializy i ile wynosi wartość współczynnika ultrafiltracji dializatora. Wiele z maszyn może zrealizować także program odwadniania korzystając ze zmiennych stężeń sodu w dializacie (stałego, zmniejszającego się liniowo albo wykładniczo, nieliniowo) oraz sposobu odwadniania (stałego lub sekwencyjnego). Czujniki przewodnictwa w obwodzie dializatu kontrolują na bieżąco, czy skład dializatu odpowiada przyjętym założeniom. Czujniki temperatury kontrolują, by nie doszło do obniżenia lub podwyższenia temperatury dializatu, na co dializowani w przypadku zbyt niskiej temperatury zareagowaliby dreszczami – ale w przypadku wysokiej, powyżej 43-45 stopni Celsjusza – hemolizą, czyli pękaniem własnych erytrocytów i niekontrolowanym uwalnianiem z nich hemoglobiny. Czujnik powietrza w obwodzie żylnym linii krwi dializatora zabezpiecza pacjenta przed przypadkowym przedostaniem się powietrza do układu żylnego, co mogłoby się skończyć nagromadzeniem się powietrza w prawym przedsionku, w prawej komorze i zatorom powietrznym w naczyniach płucnych – z medycznego punktu widzenia sytuacją skrajnie niebezpieczną. Sytuacje alarmowe powodują zatrzymanie pompy krwi, ale też równocześnie skierowanie płynącego dializatu poza dializator, „ominięcie go”, by nie narażać krwi pozostającej w dializatorze na niekorzystnie działający dializat. Sam dializator też przeszedł znacząca ewolucję. Jest mały, jego przedział krwi ma stosunkowo niewielką pojemność, jest

biozgodny (czyli kontakt krwi pacjenta z błoną dializacyjną nie powoduje negatywnych reakcji ze strony układu odpornościowego chorego, jest sterylizowany parą lub promieniami gamma – więc nie uwalnia toksycznych związków, takich jak np. stosowany przed laty tlenek etylenu (ETO), nierzadko wywołujący tak zwany „zespół pierwszego użycia”. Charakteryzuje go stosunkowo wysoka sprawność oczyszczania. Pytanie, czy wystarczająca?

No właśnie! Przyjrzyjmy się aspektowi skutecznego oczyszczania naszej krwi (a tak naprawdę wody osocza naszej krwi), która odbiera toksyny mocznicowe zawarte w całkowitej wodzie naszego ustroju. To całkiem spora objętość, licząca sobie ok. 60% masy ciała dorosłego mężczyzny i 55% masy ciała dorosłej kobiety, średnio od 30-50 litrów. W stanie zdrowia woda osocza krwi jest wstępnie filtrowana przez kłębuszki nerkowe (nerki produkują tego „przesączu” około 180 litrów na dobę) a następnie kanaliki nerkowe „odzyskują” ją z ultrafiltratu, wchłaniając zwrotnie prawie 99% wody. Następuje „upakowanie” zbędnych i trujących produktów przemiany materii do ok. 2 litrów ostatecznego moczu, i wydalenie go na zewnątrz. Zdrowa nerka w ciągu doby czterokrotnie oczyszcza swoim klirenssem naszą całkowitą wodę ustroju. A jak to robi dializator?

Może to robić na dwa sposoby. Tak, jak podpatrzył to człowiek, obserwując fizyczny proces dyfuzji, który pierwszy, w XIX wieku opisał szkocki uczony Thomas Graham (1805-1869). Kto był (a może kiedyś będzie?) w Glasgow, w Szkocji, na pewno w rogu rynku tego pięknego miasta (odkąd wyniósł się z niego ciężki i zanieczyszczający środowisko przemysł), zobaczyć może pomnik stosunkowo młodego człowieka, profesora chemii i fizyki miejscowego Uniwersytetu. W trakcie obrad Światowego Kongresu Nefrologii w 2009 r w Mediolanie, na wystawie poświęconej historii dializoterapii mogliśmy z bliska przyjrzeć się modelowi jego komory dyfuzyjnej, praprzodkowi dializatora, dzięki której Graham opisał proces przemieszczania się cząsteczek przez błonę półprzepuszczalną.



Model komory dyfuzyjnej  
Thomasa Grahama.  
Pierwowzór współczesnego  
dializatora

Upraszczając, po jednej stronie półprzepuszczalnej błony, którą są ściany tysięcy kapilar „upchanych” w korpusie dializatora mamy krew (dokładnie zaś wodę osocza krwi), płynącej przez ich wnętrza. Po drugiej – wodny roztwór dializatu, o jonowym składzie zbliżonym do składu ludzkiego osocza (no, może poza o wiele niższym stężeniem potasu, brakiem fosforanów i wyższym stężeniem wodorowęglanów). Dializat zawsze płynie przeciwpłądowo w stosunku do krwi po to, by na całej długości kapilary zachować największą różnicę (gradient) stężeń. I w zależności od tego „gradientu” to, czego więcej we krwi (mocznika, kreatyniny, kwasu moczowego, potasu, fosforu i kilkuset innych związków, rzeczywistych i domniemyanych toksyn mocznicowych) przechodzi z wody osocza krwi do wody dializatu. To, czego więcej w dializacie – a czego nie zawiera woda osocza krwi dializowanego pacjenta, przede wszystkim wodorowęglany (których brak odpowiada za ciężką kwasicę metaboliczną) – przechodzi z dializatu do pacjenta, uzupełniając braki. O skuteczności tego procesu decyduje wiele czynników, między innymi różnica stężeń we krwi i w dializacie poszczególnych związków lub jonów ale także opór, jaki stawia procesowi przemieszczania się cząsteczek w obu kierunkach sama błona, tak zwana oporność dyfuzyjna, opisana bardzo często przez producentów dializatora wartością współczynnika przepuszczalności masowej (ang. mass transfer coefficient, membrane permeability coefficient, często podana jako skrót KoA, wyrażona w ml/min), dostępna w każdej ulotce dołączanej do opakowania z dializatorami. Dyfuzję jako mechanizm oczyszczania krwi wykorzystali wszyscy wielcy pionierzy dializoterapii, z Willemem Kollfem, twórcą nowoczesnej sztucznej nerki, włącznie.



Model sztucznej nerki Willema Kollfa: po raz pierwszy wykorzystano zjawisko fizyczne dyfuzji do ratowania chorych zagrożonych mocznicą

Można śmiało powiedzieć, że dyfuzyjny dializator rządzi niepodzielnie od ponad siedemdziesięciu lat współczesną hemodializoterapią. Ale czy rządzi mądrze?

Drugim sposobem jest *konwekcja*, ruch strumienia cieczy przez błonę półprzepuszczalną wymuszony naciskiem (ciśnieniem hydrostatycznym) od strony, od której rozpoczyna się proces filtrowania tej cieczy, w tym przypadku wody osocza krwi. Zjawisko konwekcji wykorzystuje nasza nerka, filtrując wodę osocza krwi przez miliony kłębuszków nerkowych pod ciśnieniem wytwarzanym przez serce. Jeżeli gradient ciśnień pomiędzy kłębuszkiem (sieć pętli naczyń krwionośnych, właściwy filtr) a torebką Bowmana, kulistym zbiornikiem otaczającym każdy kłębuszek stanowiący początek nefronu („jednostki oczyszczająco-regulującej”) będzie zbyt niski, by przepchnąć ciecz przez trójwarstwową ścianę filtra, proces filtracji ustaje. Załamuje się mechanizm oczyszczania, woda i rozpuszczone w niej toksyny nie są wydalone.

Gdyby porównać skuteczność obu procesów okaże się, że konwekcja i filtracja biją na głowę dyfuzję. To nie żart, ale Natura zdecydowała, który z tych mechanizmów wykorzystać, by skutecznie oczyszczać każdy organizm zaopatrzonego w mniej lub bardziej doskonałą nerkę.

Prowadząc przez wiele lat ćwiczenia ze studentami w stacji dializ i tłumacząc im mechanizmy działania sztucznej nerki wskazywałem na ograniczenia dyfuzji, jako mechanizmu oczyszczającego, podając następujący przykład. Zatłoczona sala dializ, pacjenci, pielęgniarki, studenci.... Jednym słowem – tłok! Tuż za drzwiami – pusto. Aż by się chciało wyjść, by odetchnąć. Napór na zamknięte drzwi nic nie da, musimy je otworzyć, by wyjść na korytarz i się rozgęścić. Wychodziłem pierwszy. Blokowałem stopą uchylone drzwi uświadamiając naocznie, czym jest opór dyfuzyjny i mówiłem moim studentom: – Spróbujcie wyjść. Szczupłe i drobne, najczęściej filigranowej budowy osoby bez trudu przeciskały się przez niedomknięte drzwi. Ale większym, grubszym było już trudniej. Sforsowanie niedomkniętych drzwi na końcu, przeze mnie, było prawie niemożliwe. No cóż, moje 90 kg masy było przeszkodą nie do pokonania. Piękny model oporności dyfuzyjnej. Przez błonę klasycznego dializatora przejdą swobodnie tylko najmniejsze cząsteczki toksyn, te średnie – w ograniczonym zakresie. Te duże – zostaną! Czy pamiętamy, że zatrucie mocznicowe jest zatruciem przede wszystkim wywołanym przez średnie cząsteczki, toksyny o masie cząsteczkowej od 1000 do kilkunastu tysięcy daltonów (Da, jednostka masy współcześnie równa 1/12 masy atomu węgla C12). Klasyczny dializator dyfuzyjny doskonale radzi sobie z cząsteczkami o małej masie: z mocznikiem (60 Da, kreatyniną – 113 Da czy kwasem moczowym – 163 Da), ale znacznie gorzej mu idzie z toksynami o masie powyżej 2 500 daltonów. W stosunku do tych powyżej 10 000 Da (a masę 11 800 Da ma cząsteczka beta2-mikroglobuliny,

głównego sprawcy amyloidozy dializacyjnej) – staje się praktycznie bezradny. Gdyby nasze nerki pracowały na zasadzie dyfuzji, nasze życie kończyłoby się prawdopodobnie po kilkudziesięciu godzinach...

Opis modelu konwekcji przyszedł mi do głowy w chwili, gdy obserwowałem rozładunek wózka, którym na sale dializ wyjeżdżały kanistry z koncentratem. Blisko 200 kg płynów zostało szybko rozładowane, wózek został. Transporter, nośnik! Poprosiłem moich studentów: – Moi drodzy! Wsiadajcie! Konsternacja. Wsiadajcie! 6 osób, duzi i mali, opuścili salę nawet nie zauważwszy uchylonych drzwi, które nie stanowiły żadnego oporu dla masy pchanej z niewielką, ale skuteczną siłą. Wózek wrócił za chwilę ponownie na sale zabierając pozostałych studentów. Zadałem im pytanie: – Czy możemy wywieźć innych, z innych sal, niezależnie od tego, ile ważą, czy jak są duzi? Oczywiście, pod warunkiem, że będziemy mieli ...wózek! Ten wózek to nośnik. Jest nim woda osocza krwi zabierająca wszystkie toksyny, małe, średnie i duże, gdziekolwiek byłyby one gromadzone w naszym organizmie, pod warunkiem, że dociera tam krew, a z miejsc magazynowania, w których osiagają duże stężenia – mogą zostać przekazane wodzie osocza krwi. Granicą przepuszczalności przy wydalaniu toksyn do dializatu jest odpowiednia konstrukcja błony dializacyjnej filtra, nie zezwalająca na swobodne przemieszczanie się cząsteczek o masach powyżej 25 000 – 30 000 Da. I jeszcze jeden, elementarny warunek! Nośnik musi być dostępny, co oznacza: – Odfiltrowałeś wodę – oddaj wodę! Nerka radzi sobie z tym doskonale odzyskując wodę w systemie kanalików dystalnych nefronu. A sztuczna nerka? Tu z pomocą przyszli inżynierowie znacznie modyfikując konstrukcję maszyny dializacyjnej.



Sztuczna nerka Fresenius 5008, właściwe narzędzie do przeprowadzenia sesji hemodiafiltracji u każdego pacjenta ze schyłkową niewydolnością nerek

Umieszczając w obwodzie dializatora filtr (hemodiafiltr) o bardzo wysokim współczynniku ultrafiltracji, wynoszącym kilkadziesiąt mililitrów/godzina na każdy milimetr słupa rtęci (mm Hg) ciśnienia hydrostatycznego (ciśnienia przez błonowego, TMP) musieli, po pierwsze, skonstruować

system precyzyjnie mierzący wartość TMP, ale także kontrolujący odfiltrowane objętości wody osocza krwi i po drugie: rozwiązać problem uzupełniania pacjentowi odfiltrowanej objętości, by nie doszło w krótkim czasie do dramatycznego zmniejszenia objętości krążącej krwi, wstrząsu i śmierci pacjenta podłączonego do sztucznej nerki.



Hemodiafiltry, niestety droższe od klasycznych dializatorów

Bardzo skutecznym rozwiązaniem okazała się produkcja „na bieżąco”, on-line, płynu odtwarzającego (restytucyjnego) objętość z produkowanego przez maszynę dializatu. Warunkiem wstępnym było jednak zastosowanie do jego produkcji tzw. wody ultraczystej, jałowej i apirogennej, dostarczanej przez stację uzdatniania wody wyposażonej w generator ultrafioletu zabijającego bakterie i dodatkowe przefiltrowanie dializatu przez system ultragęstych filtrów zamontowanych bezpośrednio w korpusie maszyny, przez które filtrowany był dializat po to, by wychwycić z dializatu obecne w nim bakterie lub pirogeny.



Generator promieniowania ultrafioletowego (UV) w pętli wody po odwróconej osmozie gwarantuje jej jałowość



Ultragęste filtry w korpusie maszyny pozwalają na produkcję na bieżąco, on-line, niezbędnych ilości płynu restytucyjnego ultrafiltrat

Teraz potrzeba tylko jednej więcej, dodatkowej pompy, która poda tę objętość do pacjenta, by nie doszło do niedoboru nośnika niezbędnego do usuwania kolejnych porcji toksyn.



Praca na dwie pompy... Ta górna, pompa krwi. Ta dolna – pompa restytucyjna ultrafiltratu. Ich równoczesna praca oznacza istotną, jakościową poprawę skuteczności dializowania dzięki uruchomieniu klirensu konwekcyjnego i wspierającego go klirensu dyfuzyjnego

Hemodiafiltr usuwa konwekcyjnie wodę z rozpuszczonymi w niej toksynami zaś maszyna oddaje pacjentowi wodę (w roztworze wieloelektrolitowym) pozbawioną toksyn. Oczywiście, przepływający przez hemodiafiltr dializat usuwa również toksyny na drodze dyfuzyjnej, więc sumują się klirensy konwekcyjny z dyfuzyjnym. Skuteczność oczyszczania rośnie. Markerem skuteczności tej metody niech będą niskie stężenia beta-2 mikroglobuliny u hemodiafiltrowanych chorych. Ale czy tylko? Spójrzmy na korzystne efekty zastąpienia konwencjonalnej hemodializy hemodiafiltracją. Z poprawą usuwania średnich cząstek można powiązać ustępowanie przynajmniej części objawów mocznicowych, w tym między innymi objawów polineuropatii i poprawę ogólnego samopoczucia, lepszą kontrolę niedokrwistości i zmniejszenie dawek erytropoetyny, lepsze, o wiele skuteczniejsze usuwanie fosforanów, których podwyższone stężenie oznacza zwiększone ryzyko śmiertelności ogólnej i sercowo-naczyniowej, ale obniżenie stężenia korzystnie wpływa na stan kości dializowanych chorych, niższe ryzyko wystąpienia u nich mineralnej choroby kości związanej najczęściej z wysokimi stężeniami fosforu i wysokimi stężeniami parathormonu (PTH). Wreszcie – ultraczysta woda w dializacie wyraźnie zmniejsza aktywację reakcji zapalnych i obniża stężenie markerów zapalnych. Wiele z przeprowadzonych w Europie i na świecie wielośrodkowych badań wykazało, że pacjenci hemodiafiltrowani przewlekłe w schematach dializ podobnych klasycznej hemodializie (a więc 3 razy tygodniowo po 4 godziny) uzyskali lepszą stabilność hemodynamiczną, mieli mniej epizodów hipotensyjnych i udało się u nich skuteczniej kontrolować ciśnienie tętnicze. Co więcej, u wielu z nich dłużej utrzymywała się resztkowa czynność nerek, poprawił się stan odżywienia, poprawił się profil lipidów w surowicy. To wszystko przełożyło się na poprawę przeżywalności chorych. Korzyści ze

zmiany dializowania odnieść by mogli pacjenci niestabilni krążeniowo i ci dializowani chorzy, którzy są zagrożeni wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, pacjenci ze skłonnością do powtarzających się epizodów hipotonii śródodializacyjnej i przewlekłe niższymi ciśnieniami krwi, chorzy na cukrzycę, chorzy w podeszłym wieku, chorzy z dużymi międzodializacyjnymi przyborami masy ciała czy też ci, u których istnieją trwałe przeciwwskazania do przeszczepienia nerki, dla których dializa staje się terapią ostateczną, docelową. Ale czy tylko oni?

Negatywne doświadczenia amerykańskich lekarzy nabyte po programie HEMO Study z intensyfikacją dializy na drodze wzrostu klirensu dyfuzyjnego i klirensu z wysoką ultrafiltracją (high-flux dialysis, HFD), która nie miała wpływu na odległe rokowanie dializowanych pacjentów, z pewnością zwróciły uwagę na dwa aspekty problemu. Pierwszy, czas zabiegów dializy, średnio 4 godziny, okazał się zbyt krótki, by bardzo wysokim dyfuzyjnym klirensem poprawić stan zdrowia. Drugi, że zastosowanie „wsparcia” w postaci wyższego przepływu ultrafiltratu (to właśnie high-flux) w celu poprawy klirensu średnich cząstek nie był najlepszym rozwiązaniem. (Cheung i wsp., NEJM 2002). Pikanterii sprawie dodał fakt, że w badaniu tym nie zrezygnowano z reutilizacji dializatorów, a co – jak wiemy dziś – mogło wpływać na zmniejszenie klirensu wielu toksyn mocznicowych wraz ze wzrostem krotności użycia dializatorów.

Zastosowana podczas zabiegu hemodiafiltracji (HDF) biogodna błona dializacyjna i ultraczysty dializat pozwalają na usunięcie cytokin prozapalnych (TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-8, IL-12, IL-18) i skutkują niższymi stężeniami wolnych rodników oraz jonu nadtlenkowego, a także obniżeniem generacji AGEs – zaawansowanych czynników glikacji – redukują stres oksydacyjny i zmniejszają odpowiedź prozapalną. Dowodem na to były wyniki badań Locatelli i wsp. 2010, w których potwierdzono lepszą stabilność hemodynamiczną pacjentów hemodiafiltrowanych (łącznie 12 godzin w tygodniu), a także 30% obniżenie śmiertelności i 33% obniżenie ryzyka zgonów sercowo-naczyniowych i 55% obniżenie śmiertelności pozapalnej, infekcyjnej (Turkish HDF Study 2013, ESHOL 2013). Maduell i jego zespół także potwierdzili, że hemodiafiltracja on-line zmniejsza śmiertelność chorych dializowanych przewlekłe tą metodą (Maduell i wsp., 2013). Warunkiem sukcesu jest jednak dokonanie obrotu wodą, „ultrafiltrowanie” w czasie każdego zabiegu hemodializy objętości rzędu 22-23 l, co wynikało z badania CONTRAST w 2012 r. Fenomenalne zjawisko! W czasie oczyszczania wymieniamy całkowicie choremu prawie połowę jego całkowitej wody ustroju i pozbawiamy go zawartych w niej toksyn mocznicowych. Maszyna i hemodiafiltr wykonują w krótkim czasie kapitalną pracę, która przekłada się na poprawę stanu zdrowia. A gdyby zabiegi hemodiafiltracji trwały dłużej, albo

gdybyśmy mogli je stosować częściej? Są dowody, że i jeden i drugi sposób rzeczywiście przynosi nadspodziewanie dobre rezultaty. Dowodów dostarczyli pediatrzy, hemodiafiltrując długo dzieci (3 razy w tygodniu, tzw. nocne, długie hemodiafiltracje (zespół dr Julii Tumfart z berlińskiego szpitala Charite; Thumfart i wsp. 2014) i dr Michela Fischbacha ze Strasburga, który zaoferował wchodzącym w etap pokwitania dzieciom program codziennej, krótkiej, trwającej ok. 3 godziny hemodiafiltracji (Fischbach i wsp. 2010). Lekarze niemieccy wykazali, że hemodiafiltrowane dzieci w czasie programu nie wymagały stosowania jelitowych wiążaczy fosforu, jadły i piły bez ograniczeń, a mimo to większość z nich, mimo istotnie większego współczynnika katabolizmu białka, nie miała wyższych przeddializacyjnych stężeń mocznika, a u większości odstawiono leki nadciśnieniowe i nie obserwowano epizodów hipotonii śróddializacyjnej. Oczywiście, przyzwolenie na zmianę sposobu dializy dzieci, która łącznie trwała 24 godziny w tygodniu było niewątpliwie wyzwaniem nie tylko dla rodziców, ale stanowiło także problem organizacyjny dla leczących, o kosztach nie mówiąc. Francuzi, po wieloletnich obserwacjach, wykazali, że codzienna, 6 razy tygodniowo powtarzana HDF on-line jako metoda przewlekłej hemodializoterapii dzieci okazała się na tyle skuteczna, że po raz pierwszy byliśmy świadkami trwałego efektu przyśpieszenia wzrostu u dializowanych, który docelowo powinien być zbliżony do średniego wzrostu rodziców (przy zachowaniu trendu wzrostowego). Oczywiście, być może wpływ na to miała sama terapia hormonem wzrostu, ale jej efekty były nikłe, gdy uprzednio hemodializując te dzieci stosowano schemat 3 hemodializ tygodniowo. Oznaczałoby to także przełamanie pewnej oporności w stosunku do rekombinowanego hormonu wzrostu, która mogła mieć związek z niedodializowaniem, kwasicią metaboliczną, stanem zapalnym oraz niedożywieniem – a także – co istotne w trakcie HDF – z normalizacją stężeń PTH. Regularne modelowanie kinetyczne sesji HDF u dzieci, przy wykorzystaniu do tego celu mocznika i wodorowęglanów, potwierdziło skuteczność kontroli toksemii niskich cząsteczek i pełnej kontroli kwasicy – ale – odniesione do równoczasowo obserwowanych niskich stężeń beta-2 mikroglobuliny (uznane za dopuszczalne stężenie < 25 mg/l, uzyskane w badanej grupie – 15,3 mg/l) było dowodem na skuteczne usuwanie przez HDF również toksyn średnicząsteczkowych. Stosunkowo dużej objętości ultrafiltracji, 18-27 l/m<sup>2</sup>/sesję nie towarzyszyła istotna klinicznie utrata białka (aminokwasów) do dializatu, skoro przy dobrym apetycie przekładało się to na wysokie wartości podaży białka i współczynnika katabolizmu białka. Różnica w wartościach tych parametrów potwierdziła także trwały efekt anaboliczny, na co wskazywał wzrost wskaźnika masy ciała BMI dzieci z 16,5 do 18,0 kg/m<sup>2</sup>.

Rzadko w przeszłości byliśmy odbiorcami tak pozytywnych wiadomości – zabiegi dializy realizowane jako codzienna HDF pozwalają trwale przenieść pacjentów z pogranicza przewlekłej choroby nerek w stadium 4 (ciężkie upośledzenie filtracji kłębuszkowej) na 5 (schyłkowa niewydolność nerek) do początków stadium 3, klinicznie nierzadko bezobjawowego!

Nieuzasadnione są obawy przed wysokimi przepływami krwi w czasie zabiegów hemodiafiltracji. Wykazano, że przepływ krwi nie wpływa na hemodynamikę, rytm serca, ciśnienie tętnicze ani jego spadki w czasie dializy; nie powoduje hemolizy ani hiperkaliemii. Uważa się, że przepływ krwi warunkujący skuteczną HDF to co najmniej 300-350 ml/min. Zaleca się zachowanie proporcji między szybkością podawania płynu substytucyjnego a przepływem krwi, tak aby frakcja filtracyjna wynosiła maksymalnie 20-30%. I pamiętajmy jeszcze o jednym. Hemodiafiltracja to metoda dializowania zalecana w ostatniej aktualizacji europejskich wytycznych European Best Practice Guidelines (wytyczna 2.2). Wątpliwości może budzić jedynie fakt, że nawet tak skuteczną dializą uzyskamy tygodniowy efekt równy dwóm dobom pracy naszych własnych, zdrowych nerek. Ale to i tak doba więcej niż efekt uzyskany klasyczną dializą dyfuzyjną...

Na koniec pytania. Jak zintensyfikować dializę, by poprawić wyniki leczenia? Czy zgadzamy się na wydłużenie czasu dializy? Gremialnie wszyscy pacjenci odpowiedzą: – NIE! Czy zgadzamy się na zwiększenie liczby dializ w tygodniu? Płatnik (NFZ) i większość pacjentów zdecydowanie odpowiedzą: – NIE! No to może warto powiedzieć wreszcie: – Żegnaj DYFUZJO, witaj KONWEKCJO! To może być początek jakościowej zmiany w polskiej hemodializoterapii. Prawdziwej DOBREJ ZMIANY! Tylko proszę, bez żadnych politycznych kontekstów.

## Kwalifikacja do przeszczepienia nerki

**dr n. med Ewa Ignacak**

Klinika Nefrologii Collegium Medicum  
Uniwersytet Jagielloński  
Kraków

W porównaniu do leczenia hemodializami przeszczepienie nerki poprawia jakość życia oraz przede wszystkim wiąże się z 3 do 7-krotnym zmniejszeniem śmiertelności. Odpowiednie przygotowanie pacjenta do zabiegu transplantacji ma na celu zminimalizowanie powikłań zarówno we wczesnym okresie potransplantacyjnym jak i w okresie późniejszym, często związanych ze stosowanym leczeniem immunosupresyjnym. Zgodnie z obowiązującym prawem (Ustawa Transplantacyjna z dn. 1 lipca 2005 roku) przeszczepienie narządu może być wykonane jedynie u pacjenta umieszczonego na Krajowej Liście Oczekujących na przeszczepienie (KLO). Listę prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant. Na KLO może zostać umieszczony każdy chory przewlekłe dializowany lub przygotowujący do leczenia nerkozastępczego ze schyłkową niewydolnością nerek (z klirensiem kreatyniny poniżej 15 ml/min/1.75 m<sup>2</sup>, a w cukrzycy < 20 ml/min/1.75 m<sup>2</sup>). Z uwagi na fakt że przeszczepienie nerki odbywa się w tym ośrodku który dokonał pobrania nerki, a nie zawsze jest to ośrodek w którym chory został zakwalifikowany do przeszczepienia konieczne stało się ujednolicenie systemu kwalifikacji potencjalnych biorców we wszystkich ośrodkach kwalifikujących.

Badania i konsultacje niezbędne do wykluczenia przeciwwskazań bezwzględnych i względnych do przeszczepienia nerki zleca i wykonuje lekarz Stacji Dializ. Następnie wypełnia Kartę Zgłoszenia i wysyła ją drogą elektroniczną do Ośrodka Kwalifikującego. Równocześnie z wykonywaniem badań i konsultacji u każdego potencjalnego biorcy należy w Regionalnej Pracowni Typowania Tkankowego oznaczyć antygeny zgodności tkankowej (HLA) oraz wysłać surowicę do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Poznaniu celem jej rozdzielenia i wysłania do wszystkich Regionalnych Pracowni HLA gdzie oznaczane są przeciwciała limfocytotoksyczne z dawcami panelowymi (PRA), próbki surowicy zostają zamrożone i przechowywane celem typowania tkankowego (służą do wykonania próby krzyżowej bezpośrednio przed przeszczepieniem). Po okresie 6 tygodni surowica traci ważność, a jej brak automatycznie zawiesza chorego w typowaniu. W związku z tym istnieje konieczność pobrania kolejnych próbek krwi

co 6 tygodni celem ponownej aktywacji na KLO.

Przeciwwskazania bezwzględne do przeszczepienia obejmują: chorobę nowotworową i okres karencji po leczeniu nowotworu, uogólnioną miażdżycę, marskość wątroby, choroby układu sercowo-naczyniowego w trakcie leczenia lub niemożliwe do wyleczenia, aktywne lub nie poddające się leczeniu zakażenia, uzależnienia, psychozy oraz brak współpracy ze strony chorego. Brak wykrycia przeciwwskazań przed przeszczepieniem związany jest z dużym ryzykiem niepowodzenia, a więc utratą przeszczepu i bezpośrednim zagrożeniem wystąpienia śmiertelnych powikłań u biorcy. Wykonanie zalecanych badań i konsultacji przed przeszczepieniem mimo, że jest uciążliwe zarówno dla pacjentów jak i lekarzy Stacji Dializ jest zatem niezbędne.

Wytyczne Poltransplantu dotyczące wykonania badań niezbędnych do zakwalifikowania chorego do przeszczepienia nerki obejmują informacje podstawowe, które musi zawierać Karta Zgłoszenia takie jak: dane osobowe, wzrost, waga, BMI, rodzaj i pilność przeszczepienia, informacje dotyczące choroby nerek: rozpoznanie choroby podstawowej, data rozpoczęcia i rodzaj dializy, posiew moczu, eGFR jeżeli chory jest zgłaszany do przeszczepienia wyprzedzającego tj. przed rozpoczęciem leczenia dializami. Informacje dotyczące innych narządów i układów które są niezbędne do oceny stanu zdrowia przed podjęciem decyzji o zakwalifikowaniu chorego do zabiegu przeszczepienia nerki obejmują: ocenę narządów jamy brzusznej i klatki piersiowej (RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, gastroskopię, badanie kału na krew utajoną), badanie układu krążenia (USG Doppler tętnic biodrowych, EKG, ECHO serca, badanie dna oka), badania wirusologiczne (HBs, anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV, HIV), badania laboratoryjne (morfologia, AST, ALT, GGTP, bilirubina, cholesterol trójglicerydy, białko, albumina, PTH, APTT, protrombina), konsultacja stomatologa i laryngologa, kardiologa, informacja o chorobach współistniejących i przyjmowane aktualne leki, PSA, badanie urologiczne u mężczyzn i badanie ginekologiczne wraz z mammografią u kobiet. U wszystkich chorych niezbędna jest również kwalifikacja chirurga transplantologa, która jest szczególnie istotna u chorych ze zwyrodnieniem wielotorbielowatym nerek, niektórzy z tych chorych mogą bowiem wymagać wykonania nefrektomii przed kwalifikacją do przeszczepienia. Powyższe badania i konsultacje muszą zatem zostać wykonane i umieszczone w Karcie Zgłoszenia u każdego chorego kwalifikowanego do przeszczepienia nerki. Stanowią one niezbędne minimum zalecane przez Poltransplant dla zapewnienia bezpieczeństwa całej procedury.

W szczególnych sytuacjach niektórzy chorzy wymagają bardziej wnikliwej diagnostyki i uzupełnienia informacji celem podjęcia decyzji o kwalifikacji. I tak np. koronarografia

wymagana jest rutynowo u pacjentów po 60-tym roku życia lub z chorobą niedokrwienną serca jak również w przypadku wieloletniej cukrzycy czy nieprawidłowych badaniach EKG czy ECHO serca. W tych sytuacjach zwiększa się bowiem istotnie ryzyko sercowo-naczyniowe, a wykonana wcześniej koronarografia pozwala na uniknięcie niebezpiecznych powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego w okresie potransplantacyjnym, a niejednokrotnie pozwala na wykrycie zwężeń wymagających doraźnej interwencji.

W niektórych sytuacjach klinicznych mogą być także wymagane inne badania jak np. USG żył, USG Doppler tętnic szyjnych czy też tętnic kończyn dolnych, cystoskopia, badania hematologiczne czy też inne konsultacje takie jak onkologiczna, neurologiczna, chirurga naczyniowego czy

też kardiochirurga. Wykonanie tych badań w niektórych sytuacjach klinicznych pozwala na odpowiednie leczenie i przygotowanie chorego do przeszczepienia nerki.

W trudnych przypadkach w naszej klinice wykonujemy tzw. kwalifikacje zespołowe w których uczestniczą lekarze różnych specjalności (chirurg, nefrolog, urolog, anestezjolog itp), kwalifikacje takie pozwalają na indywidualną ocenę pacjenta i ryzyka zabiegu transplantacji.

Kolejnym problemem związanym z długim czasem oczekiwania na przeszczepienie nerki jest konieczność aktualizacji badań. Większość badań i konsultacji wymaga aktualizacji co 12 miesięcy. Niestety ale brak aktualnych badań może być przyczyną dyskwalifikacji chorego od przeszczepienia przez zespoły transplantacyjne.



## Ciepłe spojrzenie na przetokę naczyniową

**prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk**  
Fundacja Amicus Renis

**dr inż. Przemysław Korohoda**  
Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie

Przetoka naczyniowa, która od drugiej połowy lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku stała się podstawowym dostępem naczyniowym hemodializowanych przewlekle chorych. Zespoleń chirurgiczne tętnicy promieniowej z żyłą odpromieniową na przedramieniu niedominującej ręki – to szczególne miejsce dla każdego pacjenta. Pionierami wytworzenia tego dostępu byli dwaj

amerykańscy lekarze: James E. Cimino i Michael J. Brescia z Nowego Jorku, którzy eksperymentowali z przetokami naczyniowymi już w 1962 roku, a sukces opisali w 1966. Czy każdy pacjent pamięta, jaki typ zespolenia u niego wykonano? - Bok tętnicy do boku żyły przypominający literę X? - A może koniec tętnicy do boku żyły, w kształcie odwróconej o 90 stopni litery T? Czy wreszcie zdecydowano się na zespolenie koniec do końca, łącząc ze sobą przecięte tętnicę i żyłę, których odwodowe odcinki zamknięto? Taka przetoka przypomina literę U. Można dyskutować, który typ zespolenia jest najlepszy. U dzieci preferowaliśmy zawsze typ trzeci. Wielu chirurgów naczyniowych wykonujących te zabiegi - też. Dlaczego?

Jest wiele przyczyn ale najważniejszą chyba jest fakt stosunkowo najmniejszej liczby powikłań zakrzepowych obserwowanych w trakcie dializ ale także najlepsza sprawność takiej przetoki. A wszyscy hemodializowani dobrze wiedzą: - Jaka przetoka – taka dializa!

Po wykonaniu zespolenia przetoka „dojrzeła”. Oznacza to, że prąd krwi z tętnicy kierowany wprost do naczynia żylnego powoduje stopniowo przebudowę ściany żyły. Dochodzi do jej pogrubienia, poszerzenia, w warstwie środkowej przybywa włókien sprężystych. Ściana żyły upodabnia się do ściany tętnicy ale także dochodzi do przerostu błony wewnętrznej żyły. Proces ten nazywa się arterializacją. Stały, zwiększony napływ krwi do przetoki umożliwia jej pobranie przez kaniulę tętniczą do sztucznej nerki, niemniej prowadzi do wyraźnego wzrostu ciśnienia krwi w układzie żylnym przedramienia. Krew szuka możliwości opuszczenia obszaru, w którym jest jej za dużo i pod zwiększonym ciśnieniem. Czy jest to groźne? W zasadzie nie, i o ile nie dojdzie do utrudnienia odpływu krwi z przetoki (a może być to następstwem zrostów po wcześniejszym nakłuwaniu żył i powstałych tam zrostów, krwaków w miejscach wkłucia kaniuli, nadmiernego ucisku na przetokę po zakończeniu dializy, tworzenia się zakrzepów powyżej zespolenia – a co nierzadko może w ogóle odwrócić przepływ). Częste nakłuwanie przetoki w tzw. „okienka” może doprowadzić do znaczącego przewężenia przetoki pomiędzy okienkami. Krew recyrkułuje (krąży) wewnątrz przetoki, skuteczność dializy dramatycznie spada.

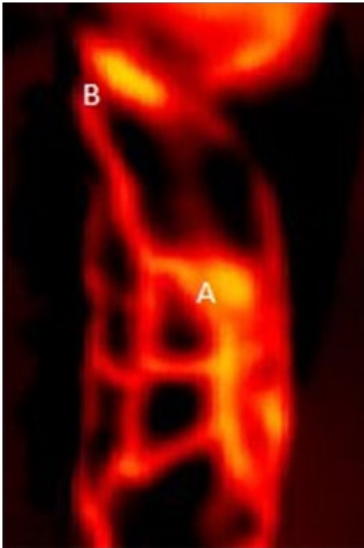
Do diagnostyki zaburzeń krążenia krwi w przetoce sięgamy obecnie po metody ultrasonograficzne, z wykorzystaniem technik dopplerowskich i kodowania kolorem. Ale na przetokę można spojrzeć inaczej, wykorzystując do tego kamery termowizyjne, które rejestrują ciepło wydzielane przez krew płynącą pod skórą przez naczynia. Termografia jest metodą obrazowania w paśmie podczerwieni o długości fali od 9 do 14 mikrometrów i pozwala na dokładne zmierzenie temperatury badanego obiektu. Badania termograficzne są jedną z nielicznych, nieinwazyjnych i całkowicie bezpiecznych dla pacjenta metod diagnostycznych. Ale – bywają traktowane jako pomocnicze w stosunku do ultrasonografii, badań rentgenowskich, mammograficznych, tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego. Dobrą wiadomością jest fakt, że rosnąca rozdzielczość obrazów termowizyjnych i zastosowanie technik komputerowych do analizy termogramów umożliwia coraz częstsze wykorzystywanie termografii w diagnostyce klinicznej. Wyjątkowa czułość profesjonalnych kamer stosowanych w termowizji medycznej pozwala na wykrycie stanów zapalnych lub zaburzeń przepływu krwi wcześniej, niż wystąpią objawy kliniczne.

Kilkanaście lat temu, dysponując niedoskonałą jeszcze

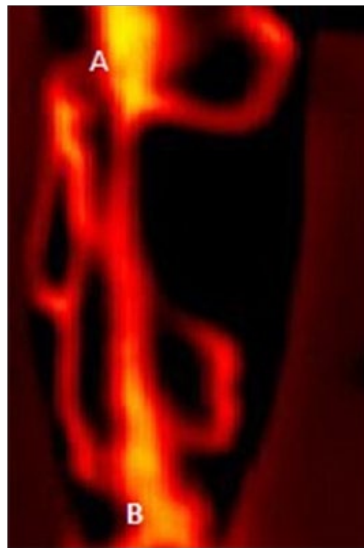
kamerą termowizyjną, we wspólnie prowadzonych badaniach z inżynierami z Katedry Elektroniki AGH w Krakowie, za zgodą dr Andrzeja Miłkowskiego i doc. Olgierda Smoleńskiego - ale także prof. Władysława Sułowicza - poprosiliśmy hemodializowanych przewlekłe pacjentów ze Stacji Dializ w Szpitalu Rydygiera i z Kliniki Nefrologii UJ Collegium Medicum w Krakowie, by pozwolili obejrzeć swoje przetoki w podczerwieni. Zastosowaliśmy metodę termografii dynamicznej, schładzając najpierw całe przedramię z przetoką w wodzie o temperaturze wody kranowej i patrząc, jak ociepla się kończyna i co kamera „widzi” pod skórą. Dr inż. Przemysław Korohoda dobrał właściwą paletę barw (czerni - zimno, czerwień - ciepłej, żółto - jeszcze ciepłej, jasno-żółto-biało – najcieplej, ok. 37 stopni Celsjusza). I co zobaczyliśmy? Naszym oczom ukazały się przetoki, jakich nie znamy! To nie pojedyncze naczynia, ale skomplikowane sieci naczyń żylnych, komunikujące się między sobą, tworzące kręte meandry, ze zwężeniami i poszerzeniami. Zaskoczone były również pielęgniarki. To tak wygląda przetoka? A gdzie powinnyśmy się wkłuwać z kaniulami? U wielu pacjentów po wstępnej diagnostyce obrazowej wyliczyliśmy tzw. procent recyrkulacji krwi w przetoce, wychodząc z założenia, że badana przez nas przetoka nie zapewnia skutecznej dializy. W wielu przypadkach obliczenia to potwierdziły!

Dzielimy się tymi obrazami, by uzmysłowić wszystkim pacjentom, że dbanie o przetokę, jej systematyczne ćwiczenie z opaską uciskową, moczenie w ciepłej wodzie, masowanie i trening, unikanie spania na zgiętej w łokciu ręce, czy upieranie się na klucie w „okienka” – stale w te same miejsca - to niewłaściwe działania. Krew napotykając na opór w głównym naczyniu żylnym znajdzie sobie oboczną drogę ominięcia przeszkody. A to, wcześniej czy później prowadzi do komplikacji w dializie. Nierzadko pod skórą przedramienia pojawiają się kręte, żyłakowato zmienione naczynia, sama przetoka stanie się cichsza, dłoń zacznie brzęknąć, dojdzie do niewydolności systemu zastawek żylnych. Badanie USG może nie pokazać obrazu w całości. Oko kamery termowizyjnej pokazuje nam obraz, który odniesiony do objawów, mówi dużo. Lekarzowi, pielęgniarkie dializacyjnej. A może także pacjentom?

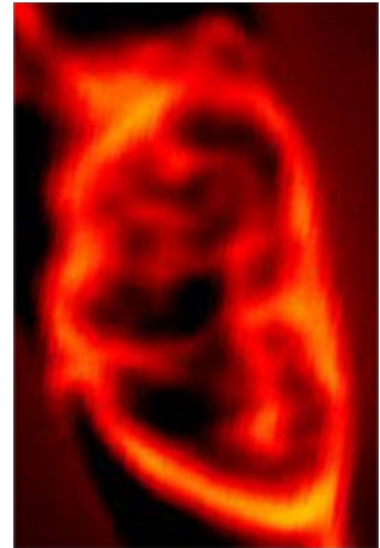
Niech nasi pacjenci popatrzą na swoje” żyły życia” Inaczej. Ciepłej. Niech pamiętają, że sprawna przetoka to hemodializa o zakładanej skuteczności. A o to przecież chodzi!



Ryc. 1. Przykład przewężenia przetoki przed łokciem. Krew omija przeszkodę tworząc złożoną sieć żylną. Pacjent nakłuwany w dwa, jaśniejsze miejsca: pobór (punkt A, wysokie przedramię; zwrot – dół łokciowy (punkt B)



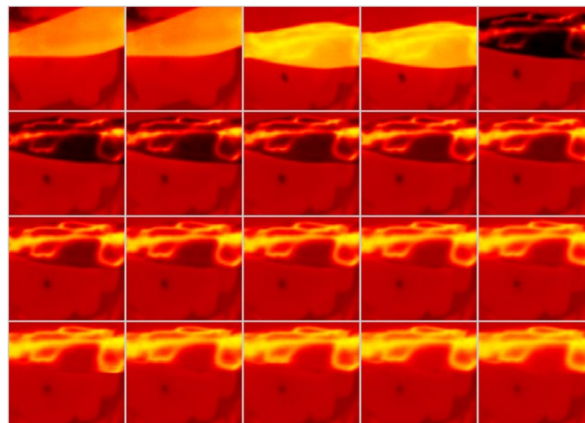
Ryc. 2. Niewielkie przewężenie przed punktem zwrotu (A) w dole łokciowym, który ze względu na stałe nakłuwanie uległ wyraźnemu poszerzeniu. Dolne poszerzenie (punkt B) ma cechy żyłakowato-rozdętej żyły, co mogło wynikać niewydolności aparatu zastawkowego powyżej zespolenia tętniczko-żylnego



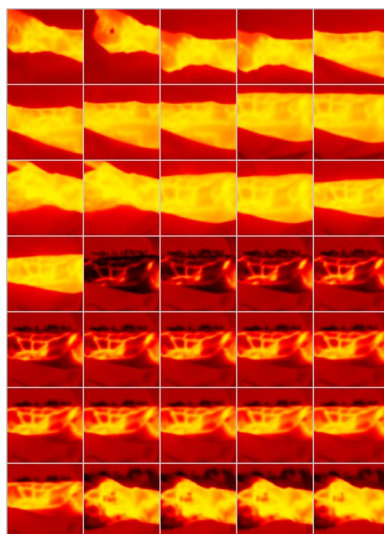
Ryc. 3. Gdzie nakłuć tak wyglądająca przetokę? U tego pacjenta doszło do komunikacji pomiędzy żyłami powierzchownymi i głębokimi (potwierdzone badaniem dopplerowskim USG) ale procent recyrkulacji był wysoki - a skuteczność dializy - obniżona



Ryc. 4. Dobra przetoka? Tak! 2 proste, szerokie żyły, charakteryzujące się dobrym przepływem



Ryc. 5. Całość badania termograficznego przetoki z ryc. 2. Pierwsze 2 obrazy w lewym górnym rogu – to obraz bez schładzania kończyny. Po czasie uwidacznia się sieć naczyń żylnych tworzących przetokę. Dopiero po schłodzeniu ręki napływ strumienia krwi i towarzyszący wzrost temperatury uwidaczniają złożoną strukturę sieci i punkt przewężenia, odpowiadający za krążenie oboczne



Ryc. 6. Obraz lewego przedramienia pacjenta przedstawionego na ryc. 1. W prawym dolnym rogu uwidoczniono termograficznie olbrzymi zastój żylny i prawdopodobnie znaczną niewydolność zastawek żylnych ręki. Na przedramieniu – gęsta sieć krzyżujących się i komunikujących naczyń żylnych. Przewężenie przetoki nieco poniżej dołu łokciowego, prawdopodobny „sprawca” zastój.

## Dbaj o swoje bezpieczeństwo w stacji dializ

**mgr piel. Małgorzata Liber**

Dyrektor ds. Pielęgniarstwa  
Fresenius Nephrocare

Osoby dializowane trzy razy w tygodniu przez kilka godzin przebywają w stacji dializ. Poddawane są zabiegowi, który pomimo zastosowania nowoczesnego sprzętu i wdrożenia skomplikowanych procedur nadal niesie ryzyko wystąpienia różnych powikłań, takich jak: zakażenie, uszkodzenie dostępu naczyniowego, utrata znacznej ilości krwi, urazu związanego z upadkiem pacjenta itd.

Lekarze, pielęgniarki są zobowiązani zapewnić pacjentowi bezpieczeństwo podczas każdej dializy. Jednak najlepsze rezultaty uzyskuje się, gdy do tworzenia bezpiecznego i przyjaznego miejsca leczenia włączają się również pacjenci.

Oto kilka wskazówek, na co zwracać szczególną uwagę w czasie dializy, jak się zachować w określonych sytuacjach w stacji dializ, aby każda dializa była nie tylko skuteczna, ale również bezpieczna.

### Co zrobić, aby uchronić się przed zakażeniem w stacji dializ?

Pacjenci leczeni dializami są szczególnie narażeni na zakażenia ze względu na osłabiony system immunologiczny. W stacji dializ spotykają się zarówno pacjenci o zwiększonej podatności na zakażenie, jak również osoby z infekcjami i nosiciele różnych drobnoustrojów. Drobnoustroje przynoszone przez pacjentów potrafią przetrwać wiele dni, a nawet miesiące, na powierzchniach lub przedmiotach, które są dotykane przez wiele osób, np. na klamce, pilocie do telewizora, poręczy schodów czy krzesła. Bakterie i inne zarazki przenoszone na rękach mogą wywoływać poważne infekcje, dlatego wszyscy pacjenci powinni wiedzieć, kiedy myć ręce podczas pobytu w stacji dializ.

#### Pamiętaj:

- **Przed wejściem na salę dializ pozostaw w szatni odzież wierzchnią i obuwie;** dbaj, aby odzież, w której będziesz przebywał w sali dializ, była regularnie prana.
- **Umyj ręce wodą i mydłem przed wejściem do sali dializ,** aby uniknąć przenoszenia drobnoustrojów z otoczenia zewnętrznego do sali dializ.
- **Przed położeniem się na fotelu – umyj okolicę przetoki ciepłą wodą i mydłem,** osusz jednorazowym ręcznikiem. Mydło usuwa większość

bakterii znajdujących się na skórze. Bezpośrednio przed wkłuciem pielęgniarka dodatkowo zdezynfekuje przetokę preparatem alkoholowym. Dezynfekcja musi być ostatnią czynnością przed nakłuciem.

- **Do tamowania krwawienia z przetoki używaj jednorazowej rękawicy.**
- **Zakładaj maseczkę osłaniającą usta i nos,** podczas otwierania cewnika lub zmiany opatrunku na cewniku. Bakterie, które znajdują się w nosie mogą spowodować zakażenie cewnika.
- **Umyj ręce wodą i mydłem przed wyjściem z sali dializ,** aby zapobiec wynoszeniu bakterii z sali dializ do szatni, jadalni oraz do domu.
- **Umyj ręce wodą i mydłem przed wejściem do toalety szpitalnej,** aby nie przenieść na rękach groźnych bakterii na swoje ciało. Umyj ręce również po skorzystaniu z toalety, aby zapobiec przenoszeniu bakterii do sali dializ czy jadalni.
- **Upewnij się, że lekarz i pielęgniarka,** którzy wykonują wkłucie kaniul, opatrunki, iniekcje lub inne zabiegi, zdezynfekowali ręce bezpośrednio przed wykonaniem tych czynności.
- **Unikaj przebywania w pobliżu osób,** które kaszlą, kichają (zachowaj odstęp 1 m)
- **Przy kaszlu osłaniaj usta jednorazową chusteczką, nie ręką.**

Dokładne mycie rąk może zmniejszyć ryzyko zachorowania na wiele chorób: żółtaczka typu B, grypa, zakażenie gronkowcem MRSA, paciorkowcem



### Jak zapobiegać stratom krwi podczas hemodializy?

Każda hemodializa prowadzi do niewielkiej utraty krwi, związanej z pozostawianiem krwi w liniach dializacyjnych oraz dializatorze i nie jest niebezpieczna dla pacjenta.

Podczas dializy mogą zdarzyć się również krwawienia niebezpieczne dla zdrowia lub życia pacjenta.

Najczęstszą przyczyną dużej utraty krwi podczas dializy jest wypadnięcie kaniuli żyłnej lub odłączenie linii żyłnej od cewnika centralnego. Zdarzenie to może nie być wykryte przez maszynę lub alarm maszyny włączy się zbyt późno. Jeśli przetoka lub cewnik jest zakryty kocem lub odzieżą pacjenta, krwawienia może nie zauważyć również pielęgniarka. Przytoczony poniżej przykład wskazuje, jak ważna jest obserwacja dostępu naczyniowego w czasie dializy.

Wypadnięcie igły żyłnej gdy przepływ krwi wynosi 300 ml/min grozi pacjentowi utratą 1200 ml krwi w czasie 4 minut.

### Pamiętaj

- Zapobiegaj wypadnięciu igieł dializacyjnych, rozłączeniu cewnika poprzez:

- dokładne mycie okolicy przetoki bezpośrednio przed dializą, jeśli skóra będzie tłusta to właściwości przyklepne plastra będą obniżone;

- sprawdzenie, czy kaniule zostały dobrze oklejone (co najmniej dwoma paskami plastra);

- sprawdzenie, czy linie krwi zostały umocowane do ciała, a nie do fotela (przy zmianie pozycji fotela możesz je wyrwać lub przeciąć);

- dbanie, aby **przetoka oraz cewnik były widoczne** – jest to bezdyskusyjna, obowiązkowa praktyka bezpieczeństwa podczas dializy.

- Nie wyłączaj alarmu maszyny do dializy, nie zmieniaj parametrów maszyny – pielęgniarka musi rozpoznać i usunąć przyczynę alarmu. Tylko personel może kasować alarm maszyny.

- Upewnij się, czy po dializie cała krew zastała zwrócona, a dializator oraz linie dokładnie wypłukanie. Jeśli po kolejnej dializie w liniach lub dializatorze zauważysz krew lub skrzepy porozmawiaj o tym z pielęgniarką i lekarzem.

- Jeżeli przy kolejnej dializie krwawienie po usunięciu kaniul utrzymuje się powyżej 10 minut, zgłoś problem lekarzowi.

### Przykład bezpiecznego mocowania kaniul oraz drenów



Kaniula jest przyklejona dwoma paskami plastra



Linie są umocowane do ręki pacjenta

### Jak zapobiegać urazom związanym z upadkami?

Niestety, upadki w stacji dializ zdarzają się często, choć tylko niewiele z nich powoduje poważne obrażenia i urazy. Do większości upadków dochodzi podczas wykonywania prostych czynności takich jak wstawanie, siadanie, pochylanie się czy chodzenie. Upadki pacjentów dializowanych mogą być spowodowane nadmiernym odwodnieniem, lekami, zaburzeniami równowagi, niewłaściwym obuwiem, słabym wzrokiem lub czynnikami zewnętrznymi takimi jak: mokra podłoga, złe oświetlenie pomieszczeń, nierówne powierzchnie, wycieraczka.

### Pamiętaj:

- Podczas siedzenia na fotelu nie wychylaj się po przedmioty leżące na podłodze.

- Wstawaj powoli. Usiądź na brzegu łóżka/krzesła do czasu, gdy poczujesz, że nie kręci ci się już w głowie.

- Noś stabilne obuwie z cienkimi, przeciwpoślizgowymi podeszwami; nie używaj kłapek.

- Nie noś odzieży, która jest zbyt długa lub zbyt luźna.

- Wchodząc po schodach trzymaj się przynajmniej jedną ręką poręczy.

- Przy wystąpieniu zawrotów głowy powiadom pielęgniarkę, poproś o pomoc.

- Unikaj śliskich i mokrych powierzchni. Zwracaj uwagę na znaki ostrzegawcze wskazujące mokrą podłogę.

- Jeżeli masz trudności z poruszaniem się, pamiętaj o kulach, balkoniku. Jeśli czujesz się niepewnie, poproś o pomoc.

- Jeśli korzystasz z wózka inwalidzkiego, aktywuj hamulec przed powierzchniami, które mają spadek, przed schodami. Blokuj wózek, jeżeli chcesz wstać.

- Zadbaj o ocenę wzroku, w razie potrzeby noś okulary.

- Po dializie pozostań w łóżku/fotelu aż do ustania krwawienia z przetoki i założenia opatrunku.

### Jak współpracować z personelem medycznym?

Gotowość pacjenta do współpracy z personelem medycznym jest niezbędna, aby rozpocząć leczenie dializami; pacjent nie może sam się wyleczyć – lekarz

i pielęgniarka potrzebują informacji od pacjenta, aby mogli szybko i skutecznie mu pomóc.

Podstawowym obowiązkiem pacjenta dializowanego jest regularne przyjmowanie leków, stosowanie odpowiedniej diety, przestrzeganie planu dializ. Kolejnym bardzo ważnym zadaniem pacjenta jest obserwowanie swojego samopoczucia między dializami oraz podczas zabiegu i zgłaszanie wszystkich niepokojących objawów lekarzowi. Chory powinien pamiętać, że wszystkie dolegliwości, które wystąpiły po ostatniej dializie należy zgłaszać przed rozpoczęciem kolejnej dializy, aby w razie potrzeby lekarz mógł zmienić zlecenia, wykonać badania lub czasowo odstąpić od dializy. Dolegliwości, które wystąpią po włączeniu dializy powinny być zgłaszane na bieżąco pielęgniarce prowadzącej dializę.

### **Pamiętaj, aby zgłaszać:**

- Zaburzenia w działaniu przetoki cewnika: brak szmeru, krwawienie, obrzęk, zaczerwienienie, wyciek ropny, ból przetoki, krwawienie w okresie między dializami, wysunięcie cewnika, ból w okolicy cewnika.
- Zaburzenia oddychania – duszność, kaszel obrzęki.
- Objawy infekcji – gorączka, dreszcze.
- Krwawienia: z nosa, krwawienie z dróg rodnych, krwawienie z odbytu, krew w stolcu.
- Dolegliwości bólowe – ból brzucha, ból głowy, ból w klatce piersiowej.
- Zaburzenia mobilności – zawroty głowy, osłabienie, omdlenia, mrowienie, drętwienie kończyn.
- Zaburzenia ze strony układu pokarmowego: brak apetytu, mdłości wymioty, biegunki, zaparcia.
- Zmiany na skórze – zaczerwienienie, wysypka, ropnie.
- Zaburzenia nastroju – przygnębienie, niepokój, bezsenność, inne zaburzenia.

### **Jak uniknąć podania niewłaściwego leku?**

Informowanie lekarza o wszystkich przyjmowanych lekach jest zawsze bardzo istotne, gdyż niektóre leki zastosowane łącznie z innymi mogą być szkodliwe dla zdrowia. Jeśli lekarz prowadzący dializę nie będzie wiedział, jakie preparaty pacjent przyjmuje w domu, może zlecić podanie nieodpowiednich leków.

### **Pamiętaj:**

- Informuj lekarza w stacji dializ, jakie leki lub suplementy, witaminy lub zioła zażywasz.
- Zgłoś lekarzowi uczulenia lub niepożądane reakcje na leki.
- Korzystając z pomocy medycznej w innych placówkach zawsze informuj, że jesteś dializowany.
- Korzystając z usług w gabinecie kosmetycznym informuj, że bierzesz leki zmniejszające krzepliwość.

## **Edukacja Pacjenta sieci stacji dializ Diaverum**

### **mgr piel. Anetta Cekała**

Dyrektor ds. Pielęgniarstwa  
Diaverum

Przewlekła choroba nerek (PChN) to schorzenie, które wymaga od pacjenta nie tylko regularnych wizyt w placówce medycznej, ale także prowadzenia systematycznej samokontroli oraz obserwacji stanu zdrowia.

Nadal w społeczeństwie jest zauważalny niewystarczający poziom wiedzy o chorobach nerek, o ich profilaktyce oraz o leczeniu nerkozastępczym. Najwyraźniej to widać, gdy pacjent i/lub jego rodzina zostaje objęty specjalistyczną opieką nefrologiczną. W praktyce oznacza to potrzebę opracowania specjalistycznych programów edukacyjnych, przygotowanych zarówno dla pacjenta jak i dla jego rodziny.

Przewlekła choroba nerek ma charakter postępowy, ale niemal na wszystkich jej etapach można ten postęp w miarę kontrolować, zapobiegając tym samym dalszym powikłaniom czy progresji choroby.

Edukacja ma zatem z jednej strony cele doraźne – dostarczenie pacjentowi informacji o zachowaniach chorego na PChN, istocie choroby czy sposobach leczenia, z drugiej zaś cele długoterminowe takie jak poprawa jakości życia, likwidowanie barier, czy wytworzenie mechanizmów adaptacyjnych, życia w i z chorobą przewlekłą.

Należy mieć świadomość, że edukacja ma szersze znaczenie niż tylko przekazanie wiedzy czy zdobycie nowych umiejętności. Znaczenie jej głębsze polega także na wyrobieniu motywacji do aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia oraz przyjęcia odpowiedzialności za własne życie i zdrowie. U pacjentów, którzy uczestniczyli w programach edukacji obserwuje się mniejszą liczbę powikłań, lepszą jakość życia i samodzielność.

W zetknięciu z diagnozą, tak bardzo zmieniającą życie, jaką jest przewlekła choroba nerek, świat pacjenta również się zmienia. Lęk o przyszłość i pojawiające się znaki zapytania są naturalną i całkowicie zrozumiałą reakcją. Kluczem do podejmowania mądrych decyzji i prowadzenia aktywnego trybu życia jest zrozumienie, jaki wpływ na organizm ma przewlekła choroba nerek, jak również zdobycie jak najszerszej wiedzy o życiu z tą chorobą.

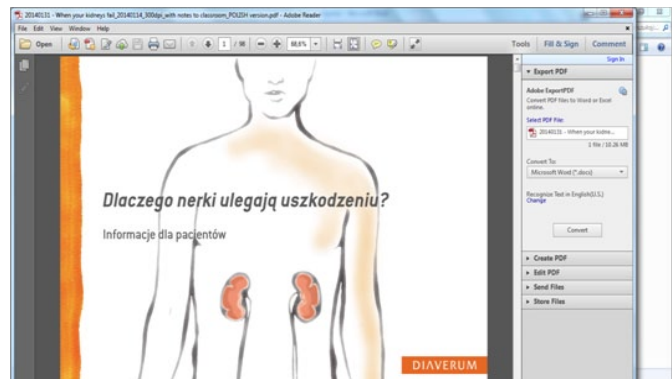
Od grudnia 2014 roku firma Diaverum oferuje pacjentom możliwość udziału w specjalnie przygotowanym programie edukacyjnym. Program Edukacji Pacjentów

zatytułowany „Sztuka Życia” jest opracowany i skierowany do wszystkich pacjentów objętych opieką przez firmę Diaverum, zarówno w stacjach dializ, poradniach, jak i oddziałach nefrologicznych. Udział w nim może wziąć również rodzina i bliscy pacjenta, oczywiście jeżeli wyrażą taką chęć. Program ten pomaga zrozumieć czym jest niewydolność nerek, poznać zasady dializoterapii oraz przybliżyć rozmaite aspekty dotyczące zastosowanego leczenia.

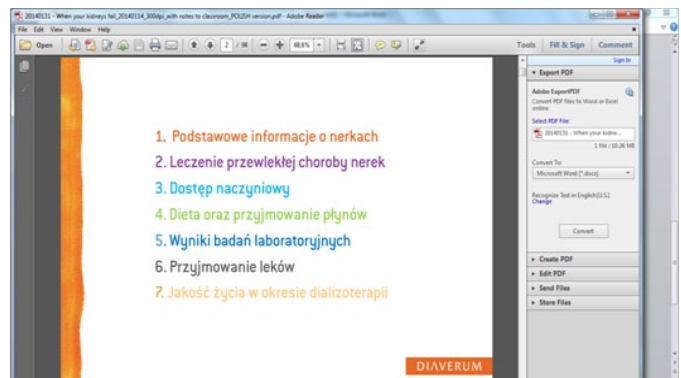
Każdy uczestnik programu ma możliwość wyboru formy edukacji w jakiej chciałby realizować program. Dostępne są zarówno formy nowoczesne jak i tradycyjne. W pierwszej z nich oferowane są interaktywne prezentacje multimedialne pod postacią e-learningu oraz prezentacje PowerPoint. Dla osób ceniących tradycję, program dostępny jest przy użyciu tradycyjnych narzędzi, takich jak podręcznik, notatnik i plansze. Oczywiście, niezależnie od wybranej formy cały proces przebiega pod nadzorem i z pomocą specjalistów, którzy wraz z pacjentem oceniają przebieg i długość szkolenia.

Każdy z uczestników otrzymuje notatnik, który będzie zapisem postępów poczynionych w zakresie zdobywanej wiedzy. Pacjenci przed przystąpieniem do programu

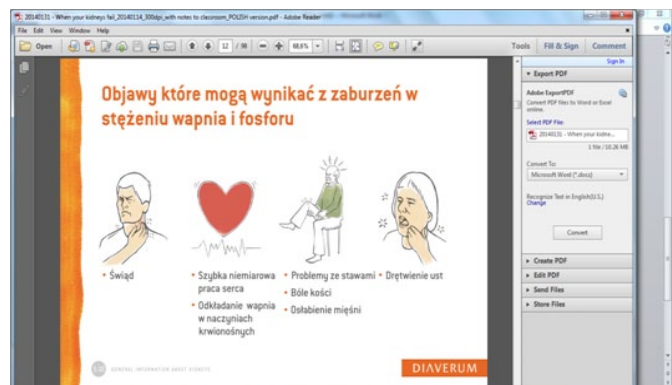
życia w okresie dializoterapii.



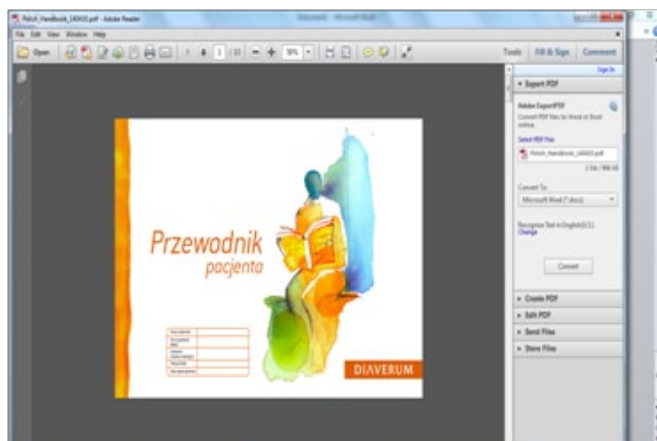
1. Program w formie prezentacji PowerPoint



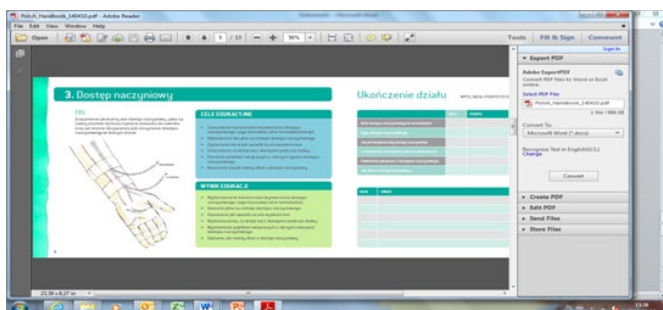
2. Treści programu „Dlaczego nerki ulegają uszkodzeniu”



3. Dział pierwszy – Podstawowe informacje o nerkach

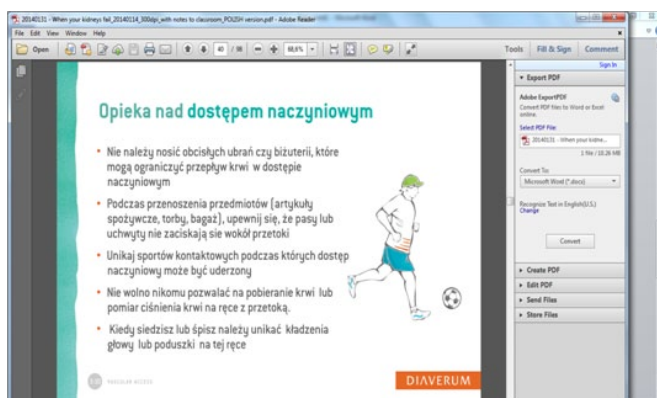


wypełniają ankietę, po analizie której instruktor określa priorytety w edukacji.

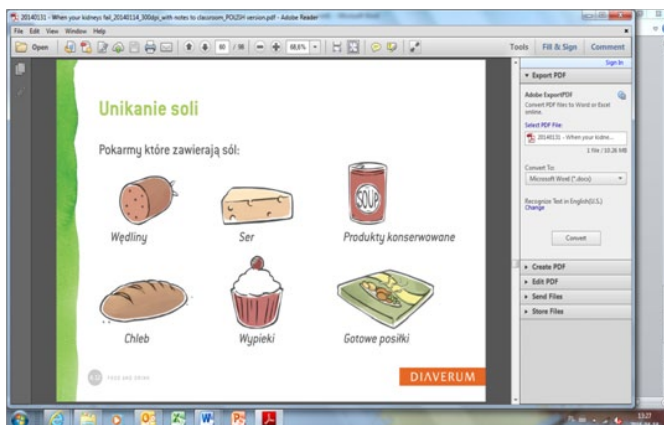


Program edukacji w formie prezentacji zawiera 7 działów omawiających takie zagadnienia jak: podstawowe informacje o nerkach, leczenie PChN, dostęp naczyniowy, dieta, wyniki laboratoryjne, leki czy informacje o jakości

#### 4. Dział drugi – Leczenie przewlekłej choroby nerek



#### 5. Dział trzeci – Dostęp naczyniowy



#### 6. Dział czwarty – Dieta oraz przyjmowanie płynów

Bardzo interesująca jest forma e-learning jako aktywna multimedialna prezentacja, podczas której uczestnik programu na bieżąco ma okazję do sprawdzenia poziomu swojej wiedzy oraz weryfikacji prawidłowych odpowiedzi na zadane przez przewodnika pytania.

Zachęcamy wszystkich nowych pacjentów Diaverum oraz ich rodziny do aktywnego uczestnictwa w programie. Tym pacjentom, którzy już ukończyli program dziękujemy za chęć i czas spędzony wspólnie z instruktorami, zachęcając jednocześnie do uczestnictwa następnym zaawansowanym programie na platformie d.Academy, który będzie dostępny pod koniec tego roku.

## GŁOS STOWARZYSZENIA

### Osoba z niepełnosprawnością – ulgi i uprawnienia

**Ewa Szymczuk**

Centrum Integracja  
Warszawa

W obiegowym rozumieniu osoba z niepełnosprawnością to jest osoba przewlekle chora. Jednak w rozumieniu prawa za osobę z niepełnosprawnością uważamy osobę, która posiada orzeczenie o niepełnosprawności, albo orzeczenie o niezdolności do pracy. W myśl przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej, społecznej (...) „Niepełnosprawność – oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.”

W Polsce obecnie obowiązuje dwutorowy system orzekania o niepełnosprawności:

1. Orzecznictwo do celów rentowych, które prowadzą

lekarze orzecznicy ZUS oraz komisje lekarskie ZUS. Szczególnymi grupami są rolnicy i ich rodziny – podlegają oni lekarzom rzeczoznawcom i komisjom lekarskim Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), a także tzw. służby mundurowe (policjanci, żołnierze, celnicy) i ich rodziny – podlegają one komisjom lekarskim MON lub MSWiA.

2. Orzecznictwo do celów pozarentowych – prowadzone przez powiatowe lub miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Wyżej wymienione orzeczenia są wydawane na podstawie różnych ustaw i do różnych celów, dlatego można mieć dwa orzeczenia. Orzeczenia mogą także różnić się, np. można otrzymać orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym a orzeczenie „zusowskie” o częściowej niezdolności do pracy.

Wniosek wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoba zainteresowana składa w miejskim/powiatowym zespole orzekania o niepełnosprawności właściwym ze względu na miejsce zamieszkania. W orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności, poza m.in. danymi osobowymi, datą powstania niepełnosprawności, terminem ważności, orzeczeniem czy stopniem niepełnosprawności są umieszczone także inne zapisy m.in. symbol przyczyny niepełnosprawności oraz wskazania. We wspomnianym

dokumentach mogą być zawarte maksymalnie trzy symbole przyczyny niepełnosprawności, które jednak nie odpowiadają określonym jednostkom chorobowym, a jedynie grupom uszkodzonych narządów. Obecnie przyczyny niepełnosprawności oznacza się następującymi symbolami:

- 01-U – upośledzenie umysłowe, nazywane dziś raczej niepełnosprawnością intelektualną
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O – choroby narządu wzroku
- 05-R – upośledzenie narządu ruchu
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne schorzenia, w tym: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, choroby układu krwiotwórczego i inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe, powstałe przed 16. rokiem życia

Częste pytania dotyczą także informacji zawartych w części „wskazania w orzeczeniu”. Dla osób dorosłych istotne są zapisy potwierdzające skierowanie do warsztatów terapii zajęciowej, uprawnienie do karty parkingowej czy konieczności korzystania z prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju. Uzyskanie w orzeczeniu tego ostatniego wskazania ma wpływ wyłącznie na jedno z kryteriów (powierzchnia lokalu) przy ubieganiu się o dodatek mieszkaniowy.

Więcej informacji dotyczących uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności można uzyskać w miejskim/powiatowym zespole w miejscu zamieszkania lub np. na stronie:

<http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/204914>

Warto także zauważyć, że w prawie Unii Europejskiej nie ma regulacji prawnych dotyczących wzajemnego „przekładania” orzeczeń o niepełnosprawności, a Polska nie jest stroną umowy międzynarodowej pozwalającej na wzajemne uznawanie dokumentów potwierdzających status osoby niepełnosprawnej innych krajów członkowskich Unii Europejskiej. Systemy orzekania o niepełnosprawności w poszczególnych krajach są różne, a każde państwo stosuje własne kryteria orzekania o niepełnosprawności. Osoba legitymująca się dokumentem potwierdzającym niepełnosprawność, wydanym przez jedno z państw członkowskich Unii Europejskiej, nie może być traktowana jak osoba niepełnosprawna w Polsce, a osoba posiadająca orzeczenie wydane w Polsce nie ma statusu osoby z niepełnosprawnością w innym kraju UE. Jedynym dokumentem obowiązującym we wszystkich krajach UE jest karta parkingowa.

Z ulg i uprawnień przysługujących osobom z niepełnosprawnością mogą korzystać wyłącznie osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności. Ulgi i uprawnienia zależą przede wszystkim od stopnia

niepełnosprawności, a tylko w szczególnych przypadkach od przyczyny niepełnosprawności. I tak, najwięcej uprawnień mają osoby posiadające znaczny stopień niepełnosprawności, a najmniej osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności. W przypadku większości uprawnień nie ma znaczenia, którym z orzeczeń legitymuje się osoba. Jednak w przypadku niektórych uprawnień i ulg ustawodawca dokładnie sprecyzował, które orzeczenie jest niezbędne do skorzystania z nich. Poniżej zostaną omówione najważniejsze ulgi uprawnienia, jednak w sprawie szczegółowych informacji należy udać się do instytucji przyznających uprawnienia; można także skorzystać z ogólnopolskiej Infolinii Integracja – tel. 801 801 015 – lub sprawdzić informacje na rozmaitych portalach np. [www.niepelnosprawni.pl](http://www.niepelnosprawni.pl)

#### 1. Ulgi w komunikacji

##### a. Ulgi w komunikacji PKP/PKS

Ulgi w komunikacji PKP/PKS zależą przede wszystkim od stopnia niepełnosprawności. Osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji) mogą korzystać z ulgowych przejazdów w komunikacji PKP/PKS:

- 49% ulgi na przejazdy w pociągach PKP – tylko w klasie 2. pociągów osobowych (warto zaznaczyć, że pociągami osobowymi są np. wszystkie pociągi Przewozów Regionalnych),
- 37% ulgi tylko w klasie 2. w pociągach pośpiesznych, TLK, ekspresowych, IC i EC.

Osoby niewidome, posiadające orzeczenie o stopniu znacznym, mają natomiast prawo do:

- 93% ulgi w przejazdach w pociągach PKP – tylko w 2. klasie pociągów osobowych (warto zaznaczyć, że pociągami osobowymi są np. wszystkie pociągi Przewozów Regionalnych),
- 51% ulgi – tylko w 2. klasie w pociągach pośpiesznych, TLK, ekspresowych, IC, EC.

Opiekun lub przewodnik towarzyszący osobie posiadającej stopień znaczny lub osobie niewidomej posiadającej stopień znaczny (lub całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji) ma prawo do 95% zniżki w pociągach osobowych, pośpiesznych, ekspresowych, IC, EC.

Natomiast osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności nie mają ulg w komunikacji PKP/PKS. Są jednak wyjątki:

- osoby z dysfunkcją narządu wzroku (symbol przyczyny niepełnosprawności 04-O), posiadające umiarkowany stopień niepełnosprawności, mają prawo do ulgi 37% w przejazdach,

Osoby posiadające lekki stopień niepełnosprawności nie posiadają zniżek w komunikacji PKP/PKS.

Natomiast emeryci i renciści oraz ich współmałżonkowie, na których pobierane są zasiłki rodzinne, mają prawo do dwóch przejazdów w roku ze zniżką 37% na podstawie zaświadczenia wydawanego przez Związek Emerytów i Rencistów.

Dzieci posiadające orzeczenia o niepełnosprawności oraz ich opiekunowie także mogą korzystać ze zniżek w komunikacji PKP/PKS. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością do ukończenia 24. roku życia oraz studenci z niepełnosprawnością do ukończenia 26. roku życia – wyłącznie przy przejazdach w celach określonych przepisami, m.in. do szkół, placówek szkolno-wychowawczych, na turnusy rehabilitacyjne itp. – mają prawo do ulgi 78%.

Informacje dotyczące zniżek w przejazdach oraz dokumentów wymaganych do ich potwierdzenia można znaleźć na stronach:

- PKP Intercity (tabela ulg ustawowych – plik PDF, 419 KB)
- Przewozów Regionalnych (tabela uprawnień – plik PDF, 88 KB)

#### b. Ulgi w komunikacji miejskiej

Ponieważ ulgi w komunikacji miejskiej ustalane są w drodze uchwały rady miasta/gminy, dlatego są różne w poszczególnych miastach. W wyżej wymienionych uchwałach ustalony jest także sposób dokumentowania ulg. Wybierając się do innego miasta należy sprawdzić, jakie przysługują ulgi oraz jakie dokumenty należy posiadać by potwierdzić prawo do ulgi. Informacje dotyczące ulg w przejazdach można znaleźć na stronach informacyjnych poszczególnych miast oraz w punktach informacyjnych. W wielu miastach osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności korzystają z przejazdów bezpłatnych, a osoby z umiarkowanym mogą korzystać z ulgi np. 50%.

#### 2. Karta parkingowa

Od 1 lipca 2014r. obowiązują nowe przepisy dotyczące wydawania kart parkingowych. Karty parkingowe wydane przed tą datą utraciły ważność 30 czerwca 2015 r.

Obecnie karta przysługuje osobie niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności mającej znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się oraz osobie niepełnosprawnej, która nie ukończyła 16. roku życia mającej znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się –

przy czym w przypadku osób zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, wskazanie do karty parkingowej mogą uzyskać wyłącznie osoby mające zarówno znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się jak i przyczynę niepełnosprawności oznaczoną symbolem 04-O (choroby narządu wzroku), 05-R (upośledzenie narządu ruchu) lub 10-N (choroba neurologiczna).

Wniosek o wydanie karty parkingowej należy złożyć osobiście w powiatowym zespole orzekania o niepełnosprawności. Za wydanie karty parkingowej wnosi się opłatę w wysokości 21 zł. Od stycznia 2017 r. będzie pobierana również opłata ewidencyjna. Więcej informacji dotyczących karty parkingowej można znaleźć

na stronie:

<http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/203735>

Natomiast aby uzyskać szczegółowe informacje oraz druki należy zgłosić się do miejskiego/powiatowego zespołu orzekania o niepełnosprawności w miejscu zamieszkania.

#### 3. Ulgi w abonamencie RTV

W ostatnim czasie można często usłyszeć o planowanych zmianach w opłatach za abonament RTV. Niestety, ciągle nie wiadomo, jakie będą zmiany, kto będzie uprawniony do zwolnienia z opłat itp. Dlatego podajemy stan prawny obowiązujący w dniu powstania tego artykułu.

Obecnie rozmaite grupy osób mogą korzystać ze zwolnienia z wnoszenia opłat abonamentowych m.in.

- Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności
- Osoby całkowicie niezdolne do pracy
- Osoby niewidome, których ostrość wzroku nie przekracza 15%
- Osoby niesłyszące, u których stwierdzono całkowitą głuchotę lub obustronne upośledzenie słuchu (mierzone na częstotliwości 2 000 Hz o natężeniu od 80 dB)
- Osoby otrzymujące świadczenie pielęgnacyjne lub rentę socjalną
- Osoby, które ukończyły 75 lat

Pełną listę osób uprawnionych do zwolnienia z wnoszenia opłaty abonamentowej można znaleźć na stronie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji:

<http://www.krrit.gov.pl/abonament/infolinia-wydzialu-abonamentu-rtv/>

Warunkiem koniecznym do uzyskania zwolnienia od opłat abonamentowych jest dopełnienie formalności w placówce pocztowej tj. przedstawienie dokumentów potwierdzających uprawnienie do zwolnienia od opłat oraz złożenie oświadczenia o spełnianiu warunków do korzystania z tego zwolnienia (formularz oświadczenia jest dostępny w placówkach pocztowych).

Natomiast od 9 października 2015 roku tj. od dnia wejścia w życie przepisów ustawy osoby, które ukończyły 75 lat są zwolnione z obowiązku składania w urzędzie pocztowym oświadczenia o spełnianiu warunków do korzystania ze zwolnienia od opłat abonamentowych oraz przedstawiania dokumentu (dowodu osobistego) potwierdzającego uprawnienie do tego zwolnienia.

#### 4. Podatki

Osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne mogą w ramach rocznego rozliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych (PIT) korzystać z tzw. ulgi rehabilitacyjnej. Ulga rehabilitacyjna przysługuje w związku z faktycznie poniesionymi wydatkami przez osobę z niepełnosprawnością lub osobę, na której utrzymaniu ona pozostaje. W rozumieniu przepisów osobą niepełnosprawną pozostającą na utrzymaniu podatnika jest osoba niepełnosprawna, której roczne dochody nie przekraczają kwoty 9 120 zł, która jest dla podatnika: współmałżonkiem, dzieckiem własnym, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem obcym przyjętym na wychowanie, pasierbem, rodzicem, rodzicem

współmałżonka, rodzeństwem, ojczymem, macochą, zięciem lub synową.

Prawidłowość skorzystania z ulgi może zostać sprawdzona przez urząd skarbowy w ciągu 5 lat, licząc od końca roku, w którym ulga została wykazana w zeznaniu podatkowym, dlatego wszelką dokumentację dotyczącą rozliczeń podatkowych należy przez ten czas przechowywać.

W przepisach określone są wydatki, które mogą być odliczone:

1. Adaptacja i wyposażenie mieszkań oraz budynków mieszkalnych stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.

2. Przystosowanie pojazdów mechanicznych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności tj. montaż specjalistycznego sprzętu umożliwiającego prowadzenie pojazdu osobie z różnego rodzaju ograniczeniami.

3. Zakup i naprawę indywidualnego sprzętu, urządzeń i narzędzi technicznych, niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności (z wyjątkiem sprzętu gospodarstwa domowego).

4. Zakup wydawnictw i materiałów (pomocy) szkoleniowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.

5. Odpłatność za pobyt na turnusie rehabilitacyjnym.

6. Odpłatność za pobyt związany z leczeniem w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne (udokumentowana fakturą za pobyt w ośrodku, który może świadczyć usługi leczniczo-uzdrowiskowe).

7. Opłacenie przewodników osób niewidomych I lub II grupy inwalidztwa oraz osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, zaliczonych do I grupy inwalidztwa, w kwocie nieprzekraczającej w roku podatkowym 2 280 zł.

8. Utrzymanie przez osoby niewidome i niedowidzące, zaliczone do I lub II grupy inwalidztwa, oraz osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu, zaliczone do I grupy inwalidztwa, psa asystującego, o którym mowa w tzw. ustawie o rehabilitacji zawodowej, w kwocie nieprzekraczającej w roku podatkowym 2 280 zł.

9. Opiekę pielęgniarstwa w domu nad osobą z niepełnosprawnością w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się oraz usługi opiekuńcze świadczone dla osób z niepełnosprawnością, zaliczonych do I grupy inwalidztwa.

10. Opłacenie tłumacza języka migowego (dokumenty potwierdzające wykonanie usługi przez firmę bądź osobę fizyczną).

11. Kolonie i obozy dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością oraz dzieci osób z niepełnosprawnością, które nie ukończyły 25. roku życia.

12. Leki – w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy faktycznie poniesionymi wydatkami w danym miesiącu a kwotą 100 zł, jeśli lekarz specjalista potwierdzi

zaświadczeniem, że leki muszą być stosowane stale lub czasowo.

13. Odpłatny, konieczny przewóz na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne:

a) osoby z niepełnosprawnością – karetką transportu sanitarnego,

b) osoby z niepełnosprawnością, zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa, oraz dzieci niepełnosprawnych do lat 16 – również innymi środkami transportu niż wymienione w lit. a. Dokumentujemy to fakturami.

14. Używanie samochodu osobowego, stanowiącego własność (współwłasność) osoby z niepełnosprawnością, zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa, lub podatnika mającego na utrzymaniu osobę z niepełnosprawnością, zaliczoną do I lub II grupy inwalidztwa albo dzieci z niepełnosprawnością, które nie ukończyły 16. roku życia – dla potrzeb związanych z koniecznym przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne, w wysokości nieprzekraczającej w roku podatkowym kwoty 2 280 zł.

15. Odpłatne przejazdy środkami transportu publicznego związane z pobytem:

- na turnusie rehabilitacyjnym,
- w zakładach, o których mowa w p. 6,
- na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży, o których mowa w p. 11.

Poniesienie wydatków należy dokumentować fakturami, w niektórych jednak przypadkach nie jest wymagane posiadanie dokumentów stwierdzających wysokość wydatków, ale na żądanie organów podatkowych lub organów kontroli skarbowej podatnik jest obowiązany przedstawić dowody niezbędne do ustalenia prawa do odliczenia, w szczególności:

- wskazać z imienia i nazwiska osoby, które opłacono w związku z pełnieniem przez nie funkcji przewodnika, (opłacenie przewodników osób niewidomych I lub II grupy inwalidztwa oraz osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, zaliczonych do I grupy inwalidztwa)
- okazać certyfikat potwierdzający status psa asystującego,
- okazać dokument potwierdzający zlecenie i fakt odbycia niezbędnych zabiegów leczniczo-rehabilitacyjnych (w przypadku odliczenia użytkowania samochodu osobowego).

W myśl interpretacji organów podatkowych katalog wydatków podlegających odliczeniu w ramach ulgi rehabilitacyjnej jest katalogiem zamkniętym, co oznacza, że można odliczać wyłącznie wydatki wymienione w przepisach.

Szczegółowe informacje dotyczące ulgi rehabilitacyjnej można uzyskać w urzędzie skarbowym lub w Krajowej Informacji Podatkowej:

<http://www.mf.gov.pl/administracja-podatkowa/kontakt/krajowa-informacja-podatkowa>

5. Inne ulgi

a. Wstęp do muzeum

W myśl obowiązujących przepisów osoby niepełnosprawne są uprawnione do korzystania z ulgowych biletów do

muzeów państwowych. Wysokość ulgi ustala dyrektor danego muzeum. Osoba z niepełnosprawnością, która chciałaby skorzystać z ulgi musi posiadać legitymację: rencisty, inwalidy, czy osoby niepełnosprawnej.

**b. Pierwszeństwo w kolejkach**

Bardzo często osoby z niepełnosprawnością pytają, czy jest przepis na mocy którego mogłyby być obsługiwane w urzędzie, na poczcie, w sklepie bez kolejki. W obowiązującym od 2004 r. systemie prawnym nie ma zapisów, które gwarantowałyby osobom z niepełnosprawnością takie uprawnienie. Ustawodawca zapewne uznał, że umożliwienie osobom z niepełnosprawnością obsługi poza kolejnością jest kwestią kultury, a nie przepisów.

Jednak wiele instytucji, urzędów, banków czy sieci handlowych wprowadziło takie uprawnienie do swoich regulaminów. Tam też osoby z niepełnosprawnością mogą korzystać z przywileju obsługi poza kolejnością.

**c. Udogodnienia na poczcie**

W Ustawie Prawo pocztowe jest przepis na mocy którego osoby korzystające z wózka, niewidome, ociemniałe posiadające znaczny stopień niepełnosprawności mają prawo do tego, by listy, paczki i przekazy pocztowych były im doręczane bezpośrednio do domu. Jest też możliwe, by listonosz przyjął od takiej osoby zwykły, opłacony (tj. z naklejonym znaczkiem) list i wrzucił go do skrzynki. Zapotrzebowanie na tę usługę wraz z wymaganymi dokumentami należy zgłosić na poczcie w miejscu zamieszkania lub u listonosza obsługującego dany rejon.

Osoby niewidome mają dodatkowo prawo do całkowitego zwolnienia z opłat za przesyłki nadawane do innej osoby niewidomej, biblioteki lub organizacji, które działają na rzecz osób z takim rodzajem niepełnosprawności, oraz przesyłek adresowanych przez te instytucje do osób niewidzących.

**d. Ulga paszportowa**

Osoby z niepełnosprawnością, które ubiegają się o wydanie paszportu są uprawnione do ulgi, która wynosi 50 procent (czyli trzeba zapłacić 70 zł). Ulga przysługuje po okazaniu odpowiednich dokumentów m.in.:

- emerytom, rencistom, osobom niepełnosprawnym i współmałżonkom tych osób, pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu,
- osobom przebywającym w domach pomocy społecznej lub w zakładach opiekuńczych, albo korzystających z pomocy społecznej w formie zasiłków stałych.

Natomiast opłata za wydanie paszportu nie jest pobierana od osób przebywających w domach pomocy społecznej lub w zakładach opiekuńczych albo korzystających z pomocy społecznej w formie zasiłków stałych, jeżeli ich wyjazd za granicę następuje w celu długotrwałego leczenia lub w związku z koniecznością poddania się operacji.

**6. Dofinansowania ze środków PFRON.**

Wnioski o środki należy składać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w miejscu zamieszkania.

Przy ubieganiu się o dofinansowanie ze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych obowiązuje kryterium dochodowe i wynosi ono:

- 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

W myśl obowiązujących przepisów w poszczególnych powiatowych centrach pomocy dla danej rodziny mogą zostać ustalone dodatkowe kryteria czy np. katalog sprzętu, na który jest przyznawane dofinansowanie itp. albo krąg osób, którym przede wszystkim będą przyznawane środki, dlatego szczegółowe informacje dotyczące możliwości ubiegania się o dofinansowanie można uzyskać w powiatowym centrum pomocy rodzinie w miejscu zamieszkania.

Do wniosku o przyznanie dofinansowania należy zwykle dołączyć rozmaite dokumenty np. kopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności, oświadczenie o dochodach, zaświadczenie lekarskie czy – w przypadku ubiegania się o środki na likwidację barier architektonicznych – dokumenty potwierdzające prawo do lokalu. Informacje o dokumentach, które wraz z wnioskiem należy złożyć, można otrzymać w powiatowym centrum pomocy w miejscu zamieszkania.

Decyzja o przyznaniu lub nieprzyznaniu środków nie jest wydawana w trybie decyzji administracyjnej.

Informacje dotyczące dofinansowań ze środków PFRON można znaleźć m.in. na portalu niepełnosprawni.pl:

<http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/203732>

**a. Udział w turnusach rehabilitacyjnych**

Osoby z niepełnosprawnością mogą ubiegać się o dofinansowanie do udziału w turnusie rehabilitacyjnym. Turnus rehabilitacyjny jest formą aktywnej rehabilitacji, połączoną z elementami wypoczynku, mającą na celu przede wszystkim ogólną poprawę sprawności, wyrobienie zaradności, pobudzanie i rozwijanie zainteresowań. Program turnusu powinien zawierać elementy rehabilitacji zgodnej z rodzajem schorzenia osoby niepełnosprawnej oraz obejmować zajęcia kulturalno-oświatowe, sportowo-rekreacyjne oraz inne, wynikające ze specjalistycznego rodzaju turnusu, z uwzględnieniem zajęć indywidualnych i grupowych.

Celem turnusu rehabilitacyjnego jest ogólna poprawa sprawności psychofizycznej oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, między innymi poprzez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.

Turnusy rehabilitacyjne organizowane są przy udziale środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i mogą być one realizowane jedynie w ośrodkach znajdujących się w rejestrze prowadzonym przez wojewodów. Turnus odbywa się w zorganizowanej grupie, liczącej nie mniej niż 20 uczestników i trwa nie

krócej niż 14 dni. Do liczby tej dolicza się także uczestników, którzy nie korzystają z dofinansowania Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Osoba z niepełnosprawnością samodzielnie decyduje gdzie i w jakim terminie chciałaby uczestniczyć w turnusie, a następnie załatwia wszelkie związane z tym formalności. Aktualny spis ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych można znaleźć na stronie:

<https://empatia.mpips.gov.pl/>

Osoba niepełnosprawna, która chciałaby wziąć udział w turnusie rehabilitacyjnym może ubiegać się o dofinansowanie. Wniosek należy złożyć w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w miejscu zamieszkania.

Można ubiegać się także o dofinansowanie do udziału w turnusie opiekuna osoby z niepełnosprawnością. W takim przypadku konieczne jest uzyskanie zalecenia lekarza wskazującego na konieczność obecności opiekuna na turnusie. Opiekun nie może także pełnić roli opiekuna na turnusie, nie może także być osobą wymagającą opieki innej osoby oraz musi mieć ukończone 18 lat lub ukończone 16 i wspólnie zamieszkiwać z osobą z niepełnosprawnością.

Kwota dofinansowania zależy od stopnia niepełnosprawności i wynosi:

- 30% przeciętnego wynagrodzenia dla osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności, osoby niepełnosprawnej w wieku do 16. roku życia oraz osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej, bez względu na stopień niepełnosprawności;
- 27% przeciętnego wynagrodzenia dla osoby niepełnosprawnej z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności;
- 25% przeciętnego wynagrodzenia dla osoby niepełnosprawnej z lekkim stopniem niepełnosprawności;
- 20% przeciętnego wynagrodzenia dla opiekuna osoby niepełnosprawnej;
- 20% przeciętnego wynagrodzenia dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności.

Ponadto należy wiedzieć, że skierowanie do sanatorium jest czymś innym. Pobyt w sanatorium jest jednym ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Pacjent, który chciałby skorzystać z leczenia uzdrowiskowego w sanatorium, składa odpowiedni wniosek w oddziale NFZ, a następnie czeka (obecnie ok. 2 lata) na przydzielenie leczenia sanatoryjnego. O miejscu pobytu i terminie wyjazdu oraz zasadności samego leczenia uzdrowiskowego decydują lekarze NFZ. Pacjent ponosi także częściową odpłatność za pobyt w sanatorium. Jedynie dzieci do 6. roku życia mogą jechać do sanatorium z opiekunem, dorosłe osoby już nie.

b. Sprzęt rehabilitacyjny, sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze

Wiele osób musi korzystać z zaopatrzenia w sprzęt

ortopedyczny czy środki pomocnicze. Każdej ubezpieczonej osobie przysługuje zaopatrzenie w wyżej wymieniony sprzęt w ramach NFZ. Odpowiednie Rozporządzenie Ministra Zdrowia określa, jaki sprzęt można otrzymać bezpłatnie, a do jakiego i w jakiej wysokości należy dopłacić. Osoba z niepełnosprawnością może także ubiegać się o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych. Wniosek o dofinansowanie do zaopatrzenia należy złożyć do miejskiego/powiatowego centrum pomocy rodzinie w miejscu zamieszkania.

Wysokość dofinansowania do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o jakie osoba z niepełnosprawnością może się starać w PCPR, wynosi:

- do 100 proc. kosztów udziału własnego osoby z niepełnosprawnością w limicie ceny, jeżeli taki udział jest wymagany,
- do 150 proc. kwoty limitu na dany sprzęt, jaki został wyznaczony przez NFZ, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit.

Przy ubieganiu się o dofinansowanie należy pamiętać, że nie można uzyskać dofinansowania na zakup innego sprzętu niż wymieniony w rozporządzeniu ministra zdrowia. I tak w ramach tych środków nie można uzyskać dofinansowania do zakupu np. koncentratora tlenu.

Natomiast przy ubieganiu się o dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego można otrzymać do 80% kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Wymagany jest udział własny, minimum 20% kosztów sprzętu rehabilitacyjnego. Właściwy procent wysokości dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego oraz udziału środków własnych wnioskodawcy w danym roku i górne limity kwot dofinansowania są ustalane w oparciu o posiadane środki finansowe, na posiedzeniu komisji po otrzymaniu środków PFRON.

c. Likwidacja barier technicznych i w komunikowaniu  
Barier w komunikowaniu się mają na celu całkowicie/ częściowo zlikwidować problem w przekazywaniu informacji oraz porozumiewaniu się z otoczeniem.

O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby, które mają trudności w komunikowaniu się/porozumiewaniu się poświadczone orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności oraz aktualnym zaświadczeniem lekarskim, zawierającym informację o problemach w komunikowaniu się, wynikających ze schorzenia.

Barier techniczne mają na celu ułatwienie osobom niepełnosprawnym wykonanie podstawowych codziennych czynności poprzez montaż lub zakup sprzętu technicznego.

Maksymalna wartość dofinansowania do mającego na celu pomoc w przezwyciężaniu barier w komunikowaniu się i technicznych wynosi do 95% wartości wnioskowanych usług lub sprzętów, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Nie ma zamkniętego katalogu sprzętu, który może być

dofinansowany w ramach tych środków. Może to być zakup np. specjalistycznej sygnalizacji świetlnej, budzików świetlnych, wideotelefonu, laryngofonu, syntezy mowy, materiałów elektrooptycznych, podnośnika wannowego czy systemu automatycznego otwierania drzwi garażowych.

Wnioski są przyjmowane przez cały rok, a decyzje o przyznaniu lub odmowie przyznania dofinansowania podejmowane są w kolejności napływania kompletnych wniosków, aż do momentu wyczerpania środków finansowych z PFRON na dany rok kalendarzowy. Zwykle w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wnioski, które z powodu wyczerpania środków na dany rok nie uzyskały dofinansowania, przechodzą na następny rok.

#### d. Likwidacja barier architektonicznych

Likwidacja barier architektonicznych polega na podejmowaniu inwestycji, których celem jest udostępnienie osobie z niepełnosprawnością przestrzeni architektonicznej zarówno wewnątrz mieszkania, jak i w budynku czy najbliższej okolicy. Maksymalna kwota dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych może wynosić do 95% kosztów przedsięwzięcia jednak nie więcej niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Jednak jeśli wiele osób złożyło wnioski o likwidację barier komisja może ustalić, że kwoty dofinansowania będą niższe, a co za tym idzie wymagany wkład własny będzie wyższy. Dofinansowanie jest udzielane na mocy umowy zawartej pomiędzy PCPR a osobą niepełnosprawną. Dofinansowanie obejmuje koszt zakupu urządzeń, materiałów budowlanych oraz budowy lub robót budowlanych albo innych usług z zakresu likwidacji barier, zakupionych bądź wykonanych po przyznaniu środków finansowych i zawarciu przez wnioskodawcę umowy. Zakres rzeczowy i finansowy prac w zakresie likwidacji barier architektonicznych określa zweryfikowany kosztorys. Wykonane prace muszą być zgodne z ustalonym zakresem prac.

Przy ubieganiu się o środki nie obowiązuje kryterium dochodowe, chociaż sytuacja materialna osób ubiegających się o dofinansowanie może być brana pod uwagę.

#### e. Program „Aktywny samorząd”

Od kilku lat osoby z niepełnosprawnością mogą ubiegać się o środki w ramach programu „Aktywny samorząd”. Program ten jest realizowany przez powiatowe centra pomocy rodzinie. O tym, z jakich form wsparcia można korzystać w ramach tego programu zależy z jednej strony od decyzji Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z drugiej zaś strony od zakresu umowy, zawartej pomiędzy powiatem a PFRON. Dlatego szczegółowe informacje, dotyczące programu „Aktywny samorząd”, można uzyskać w PCPR w miejscu zamieszkania, ponieważ poszczególne samorządy mogą nie tylko zawierać odmienne umowy, ale też mogą ustalać dodatkowe kryteria przyznawania środków, co jest zgodne

z obowiązującymi przepisami.

Informacje dotyczące programu „Aktywny samorząd” można również znaleźć na stronach Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

<https://www.pfron.org.pl/>

#### 7. Dodatek a zasiłek pielęgnacyjny

Zasiłek pielęgnacyjny i dodatek pielęgnacyjny to dwa rodzaje świadczeń, które bardzo często są mylone. Różne organy wypłacają je na podstawie innych przepisów. Nie można pobierać dwóch świadczeń równocześnie.

Zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Jest jednym ze świadczeń wypłacanych na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych. Wypłacany jest przez jednostki urzędu miasta lub gminy.

Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje:

- niepełnosprawnemu dziecku;
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia, legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21. roku życia;
- osobie, która ukończyła 75 lat.

Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie umieszczonej w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie.

Natomiast dodatek pielęgnacyjny wypłacany jest przez ZUS na podstawie przepisów ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

W myśl przepisów wypłacany jest:

- osobie całkowicie niezdolnej do pracy i samodzielnej egzystencji pobierającej rentę lub emeryturę
- osobie, która ukończyła 75 lat i jest emerytem lub rencistą

Dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, która przebywa w zakładzie opiekuńczo leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

#### 8. Świadczenia dla opiekunów

Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy – ciąży obowiązek alimentacyjny, a także małżonkom, jeżeli nie podejmują zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania stałej opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz

## ZAAWANSOWANA KONTROLA KRWAWIENIA

**OPATRUNEK ZABEZPIECZAJĄCY ŚREDNIE  
I OBFITE KRWAWIENIE TĘTNICZE I ŻYŁNE**

Czas, po jakim pacjent może opuścić stację dializ, zależy od szybkości tworzenia się skrzepu w miejscu nakłucia. U niektórych pacjentów skrzepy tworzą się dość szybko, u innych zaś trwa to dłużej, czasami nawet kilka godzin.

Rozwiązaniem jest opatrunek **WOUNDCLOT**, który:

- zmniejsza czas krwawienia po wyjęciu igły,
- nie wymaga mocnego uciskania,
- eliminuje uszkodzenie naczyń,
- powoduje utworzenie biologicznego skrzepu (krwawienie nie powraca).

Dystrybutor produktu:

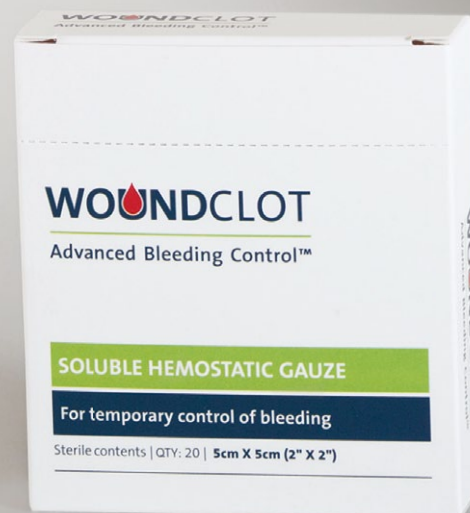
Lock Pharma Sp. z o.o.  
Adamówek, ul. Prosta 33  
05-152 Czosnów



# WOUNDCLOT

## Dializa

**Advanced Bleeding Control™**



CE 0483

Nr artykułu: 38060102



Szczegółowe informacje o produkcie: +48 500 166 951, lockpharma@lockpharma.pl, www.lockpharma.pl

konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji. Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje, jeżeli łączny dochód rodziny osoby sprawującej opiekę oraz rodziny osoby wymagającej opieki w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty kryterium dochodowego wynoszącego 764 zł netto (na podstawie dochodów z roku poprzedzającego okres zasiłkowy z uwzględnieniem utraty i uzyskania dochodu). Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje w kwocie 520 zł miesięcznie.

Oddawna opiekunowie dorosłych osób niepełnosprawnych postulują zrównanie wysokości świadczeń jakie otrzymują opiekunowie dzieci z niepełnosprawnością oraz opiekunowie osób dorosłych.

Świadczenia nie mogą otrzymywać m.in. osoba sprawująca opiekę mająca ustalone prawo do: emerytury, renty, renty rodzinnej z tytułu śmierci małżonka przyznanej w przypadku zbiegu prawa do renty rodzinnej i innego świadczenia emerytalno-rentowego, renty socjalnej, zasiłku stałego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego. Więcej informacji dotyczących zasad wypłacania świadczenia, kryteriów dochodowych itp. można uzyskać w urzędzie miasta lub gminy oraz m.in. na stronie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej:

<https://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/swiadczenia-rodzinne/rodzaje-i-wysokosc-swadczen-rodzinnich-kryteria-uzyskania-/test-swadczenia-pielegnacyjne/test-specjalny-zasilek-opiekunczy/>

## KREW Camp



**Michał Dębski-Korzec**

OSOD

W ubiegłym roku razem z Iwoną Mazur udaliśmy się do Aviados w Hiszpanii. Nazwa nic nie mówiąca przeciętnemu Polakowi, zresztą Hiszpanowi również. Jest to bardzo mała miejscowość położona 40 km na północ od León. Na miejscu czekali na nas gospodarze – przedstawiciele hiszpańskiego stowarzyszenia osób dializowanych. Znaleźli się tam również przedstawiciele holenderskiej, portugalskiej oraz irlandzkiej organizacji pacjentów. Nasi amigos zaprosili nas, aby pokazać (a jak wiadomo najlepiej to robić na przykładzie) jak funkcjonuje letni obóz dla młodzieży z PChN. Nasi przyjaciele, jak się okazało, mają w tej dziedzinie ogromne doświadczenie,



jako że organizują tego typu wydarzenia od 30 lat.

To spotkanie było na pewno inspirujące. Wszyscy obecni stwierdzili, że chcieliby również coś takiego zorganizować w swoim kraju. Widok tych dobrze bawiących się dzieci napawał nas dużym optymizmem. Dalsze wydarzenia możemy streścić w dialogu, który rozpoczął Hans z Holandii:

- A może zorganizujemy międzynarodowy obóz dla młodzieży?
- Świetny pomysł, to może się udać, jest tylko małe „ale” – kto pierwszy się tym zajmie? – zapytali Portugalczycy.
- Może Polska? – zaproponował Colin z Irlandii
- Chętnie, ale nasza organizacja ma dość mizerne środki finansowe i brak doświadczenia w tego typu przedsięwzięciach – niepewnie odpowiedziała Iwona.
- Głosujemy, kto za Polską? – zarządził Colin.

I tak oto w demokratyczny sposób w głosowaniu przy czterech głosach „za” i jednym „wstrzymującym” OSOD zgłosił się na „ochotnika” do organizacji pierwszego międzynarodowego obozu dla młodzieży cierpiącej na PChN.

Po powrocie do kraju od razu zabraliśmy się do pracy. Należało przygotować ramowy program oraz przybliżony kosztorys. Musieliśmy również poznać nasze obowiązki określone prawem jako organizatorów wypoczynku dla dzieci. Żeby tego było mało musieliśmy pamiętać, że organizujemy wypoczynek dla dzieci chorych. Na szczęście



prace naszego międzynarodowego zespołu pozwoliły nam określić dokładne potrzeby naszych przyszłych gości i to nie tylko ze względu na chorobę, ale również różnice kulturowe. Postanowiliśmy wspólnie, że w pierwszej edycji obozu może wziąć udział młodzież po przeszczepie lub w okresie predializy w wieku 12-17 lat.

Kiedy już powstał plan, musieliśmy omawiać każdą atrakcję, ponieważ młodzież z jednego kraju może się bawić w parku linowym, natomiast rodzice z innego kraju definitywnie się na to nie zgodzą. Podobnie było z basenem. Ponadto ustaliliśmy menu – w jednym kraju je się obfite kolacje, w innym skromne, nasunęło się pytanie dotyczące finansów. Ponad połowa kosztów składała się na transport oraz zakwaterowanie i wyżywienie. Bez tego, niestety, ani rusz. W tym miejscu chciałbym podziękować firmie Diaverum, która nie tylko umożliwiła nam spotkania w międzynarodowym gronie jak również zdecydowała się zostać strategicznym sponsorem projektu, przekazując 10 tys. euro na jego realizację.

Dobrze, mamy plan, mamy pieniądze, większość jest ustalona, jednak pojawiły się problemy ze znalezieniem beneficjentów projektu. Niestety, dzień przed rozpoczęciem naszego obozu rozpoczynały się również IX Mistrzostwa Europy dla Osób po Transplantacji i Dializowanych. Z tego powodu Irlandia wycofała się z tegorocznej edycji projektu, ponieważ dzieci jak i opiekunowie startowali w zawodach. W pozostałych krajach również nie było łatwo, jednak znaleźli się chętni i tak ostatecznie w projekcie wzięło udział siedmioro dzieci z Polski, z Holandii – pięcioro, podobnie jak w przypadku Hiszpanii oraz Portugalii. Łącznie 22 dzieci z czterech europejskich krajów.

Jednym z wymagań, które Kraków musiał spełnić, aby mógł być miastem-gospodarzem pierwszej edycji projektu, była odległość miejsca pobytu dzieci od szpitala posiadającego oddział nefrologii dziecięcej. W grodzie Kraka znajduje się znany wielu Uniwersytecki Szpital Dziecięcy posiadający Oddział Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego. Kierownikiem rzeczonego oddziału był wtedy Pan Profesor Jacek Pietrzyk. Pan Profesor przychylnie odniósł się do naszej prośby o zabezpieczenie medyczne obozu.





Formalności wobec kuratorium dopełniliśmy w wymaganym terminie podając jako miejsce lokalizacji obozu ośrodek „Zielony Dół” w Krakowie. Miejsce piękne, położone na skraju Łasku Wolskiego w połowie drogi pomiędzy lotniskiem a centrum miasta. Nie bez przyczyny Steven Spielberg zamieszkał w tym ośrodku w czasie, kiedy kręcił w Krakowie „Listę Schindlera”. Pozostało już tylko odliczać czas do 11 lipca 2015 roku.

W dniu „zero” przed południem przyjechali opiekunowie grupy czyli Basia – kierownik obozu – Ania i Monika, które były wychowawcami oraz Joanna, która jako pielęgniarka odpowiadała za zdrowie dzieci. Zaraz potem rodzice zaczęli przywozić uczestników z Polski. Droga lotniczą, przed kolacją, dotarła do nas grupa z Holandii. W wyniku opóźnienia na lotnisku grupy z Hiszpanii oraz Portugalii przybyły kilka minut po północy.

Pierwszy dzień zaczął się dość intensywnie, ponieważ po śniadaniu grupa ruszyła zdobyć pieszo Kopiec Piłsudskiego. Niestety, nie mogę napisać, że pogoda dopisała, jednak aż tak bardzo nie padało. Nie było to łatwe zadanie i kosztowało wiele wysiłku, ale młodzież była wyraźnie zadowolona z tego co zobaczyła na szczycie – panoramę Krakowa i okolic. Po powrocie i obiedzie odbyły się warsztaty mające na celu zintegrowanie grupy. Czas ten pozwolił również na opowiedzenie o kraju swojego pochodzenia, swoim języku i kulturze. Po kolacji był czas na zabawę i rozmowy. Kolejne dni były podobnie zorganizowane.

Pobyty zaplanowany został na 7 dni, zatem musieliśmy się śpieszyć, żeby pokazać uczestnikom jak najwięcej. Punktami których nie mogło zabraknąć był krakowski Rynek oraz Zamek na Wawelu. Była to spora dawka informacji o Polsce i jej historii. Młodzież również odwiedziła muzeum, które znajduje się w fabryce Oskara Schindlera. W Krakowie i okolicach jest wiele pięknych ciekawych miejsc, ale mając tylko tydzień trudno jest zwiedzić je wszystkie. Najciekawszą atrakcją naszego obozu była noc spędzona w kopalni soli w Wieliczce, poprzedzona zwiedzaniem. Młodzież była zachwycona i doskonale się bawiła na wieczornej podziemnej dyskotekie. Po zabawie wszyscy zasnęli

kamiennym snem, ponieważ dwugodzinne zwiedzanie oraz późniejsza zabawa wyczerpały ich pokłady energii.

Trudno wyrazić słowami te wszystkie pozytywne emocje oraz entuzjazm, które towarzyszyły uczestnikom i organizatorom. Dzieci zgodnie z planem – i co najważniejsze – bezpiecznie wróciły do domów w dniu 18 lipca. Pierwsza edycja Projektu KREW (Kidney Recreation nad Education Camp) dobiegła końca. Następna, mamy nadzieję w zwiększa ilością uczestników, odbędzie się przyszłym roku w Portugalii.

Jako organizatorzy chcielibyśmy podziękować osobom i instytucjom zaangażowanym w projekt. Szczególne podziękowania należą się: Basi, Ani oraz Monice za opiekę nad dziećmi i dołożenie wszelkich starań, aby były bezpieczne i wróciły do domu z dobrymi wspomnieniami, Pani Joannie Ulińskiej – pielęgniarkę, która z poświęceniem opiekowała się dziećmi przez cały okres trwania obozu, dr Jackowi Rubikowi, który przekonał rodziców, że warto wziąć udział w tego typu wydarzeniu i pomógł nam znaleźć uczestników. Gorące podziękowania również należą się firmie Diaverum, bez której wsparcia ta inicjatywa najprawdopodobniej nawet by nie powstała.

## List do Ministra Zdrowia

Poniżej publikujemy list, który został przesłany do Ministra Zdrowia, dotyczący powołania grupy roboczej przy Ministrze Zdrowia, zajmującej się profilaktyką przewlekłej choroby nerek. List podpisały cztery stowarzyszenia reprezentujące pacjentów dializowanych. Miło nam również poinformować, że Ministerstwo zdecydowało się spotkać z sygnatariuszami listu 2 sierpnia w Warszawie. Podczas rozmów interesy chorych reprezentowali:

- 1) prof. dr hab. med. Ryszard Gellert – Kierownik Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych CMKP
- 2) prof. dr hab. med. Irena Pietrzak – Poradnia Nefrologiczna, Centrum Dializ Fresenius, Ośrodek Dializ nr 12 w Poznaniu
- 3) dr hab. prof. UZ Bogumiła Burda – Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia „Nerka”
- 4) Iwona Mazur – Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych
- 5) Jarosław Wilczek – Przewodniczący Zarządu Zgierskiego Stowarzyszenia Dializowanych
- 6) Ewa Rzepkowska – V-ce Przewodniczący Zarządu Zgierskiego Stowarzyszenia Dializowanych

O pozytywnych efektach rozmów mamy nadzieję napisać w kolejnych numerach „Dializy i Ty”.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych  
ul. Wilczy Stok 12, 30-237 Kraków

Kraków, 14 kwietnia 2016

Stowarzyszenie Dializowanych „Nephros”  
aleja Jana Pawła II 7, 44-335 Jastrzębie Zdrój

Ogólnopolskie Stowarzyszenie „Nerka”  
ul. Lisowskiego 1-3, 65-001 Zielona Góra

Zgierskie Stowarzyszenie Dializowanych  
ul. Parzęczewska 35, 95-100 Zgierz

**Minister Zdrowia**  
Konstanty Radziwiłł  
Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

### **WNIOSEK**

#### **O POWOŁANIE GRUPY ROBOCZEJ PRZY MINISTERSTWIE ZDROWIA, ZAJMUJĄCEJ SIĘ PROFILAKTYKĄ PRZEWLEKŁEJ CHOROBY NEREK (PChN)**

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych, Stowarzyszenie Dializowanych „Nephros”, Ogólnopolskie Stowarzyszenie „Nerka” oraz Zgierskie Stowarzyszenie Dializowanych wnoszą o powołanie grupy roboczej działającej przy Ministerstwie Zdrowia, której zadaniem będzie stworzenie programu profilaktyki Przewlekłej Choroby Nerek.

W Polsce na chorobę nerek cierpi około 12% społeczeństwa, co stanowi niemal 4,5 miliona osób. Co 10. Polak nie wie, że ten problem dotyczy również jego, ponieważ choroba nerek przebiega bezobjawowo. Niska wykrywalność PChN rodzi konieczność wdrożenia natychmiastowych działań profilaktycznych pozwalających na zatrzymanie procesu rozwoju tej choroby cywilizacyjnej. W obliczu powyższego problemu wnioskujemy o:

- Dołączenie badania diagnostycznego poziomu stężenia kreatyniny we krwi z wyliczeniem wskaźnika eGFR oraz ogólnego badania moczu do pakietu obowiązkowych wstępnych, okresowych i kontrolnych badań lekarskich dla pracowników;
- Uznanie badania poziomu stężenia kreatyniny we krwi oraz ogólnego badania moczu za obowiązkowe, zlecane raz do roku przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej pacjentom z grupy ryzyka, tj. osobom po 60 roku życia oraz pacjentom z cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym;
- Edukację lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu konieczności rozpoznawania PChN we wczesnych stadiach, co pozwoli na znaczne spowolnienie rozwoju choroby;
- Umożliwienie pacjentom, których wyniki badań odbiegają od normy, konsultacji z lekarzem nefrologiem.

Konieczność zmiany dotychczasowego sposobu działania została zauważona i jest skutecznie podkreślana niemal we wszystkich wysoko rozwiniętych krajach europejskich. Przedstawiciele tych krajów zwracają uwagę na szerokie korzyści, jakie niesie za sobą zastąpienie obowiązującej polityki zdrowotnej strategią opartą na działaniach profilaktycznych.

Wartość nowego podejścia do problemu PChN tkwi przede wszystkim w ocaleniu wielu ludzi od długotrwałych problemów zmagania się z chorobą, które nierzadko niosą za sobą konieczność rezygnowania przez nich z pracy, czy utratę możliwości normalnego życia. Co więcej, program daje możliwość ogromnych oszczędności finansowych dla systemu opieki zdrowotnej w przyszłości. Zainwestowanie w profilaktykę chorób nerek pozwoli na znaczne zmniejszenie wydatków, które w tym momencie w dużej części przeznaczone są na terapie nerkozastępcze.

Mamy nadzieję, iż dzięki podjętym przez Ministerstwo Zdrowia działaniom, Polska szybko dołączy do grupy krajów pojmujących we właściwy sposób profilaktykę chorób społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem PChN. Świadoma i dostępna profilaktyka jest podstawowym założeniem największych europejskich stowarzyszeń nefrologicznych, jak np. EKHA, ERAVEDTA. Niżej podpisane Stowarzyszenia wnoszą o podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia równie wyraźnych kroków i powołanie Grupy Roboczej, której zadaniem będzie wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych.

Prezes OSOD  
Iwona Mazur

Przewodniczący Stowarzyszenia  
Dializowanych „Nephros”  
Ryszard Witek

Prezes Ogólnopolskiego  
Stowarzyszenia „Nerka”  
dr hab. prof. UZ Bogumiła Burda

Przewodniczący Zgierskiego  
Stowarzyszenia Dializowanych  
Jarosław Wilczek

Szanowni Państwo,

Jak widać powyżej, istnieje w Polsce kilka stowarzyszeń pacjentów reprezentujących chorych na Przewlekłą Chorobę Nerek, są one aktywne i ukierunkowane na pomoc. Zachęcamy wszystkich w fazie predializy, osoby dializowane, osoby po przeszczepie oraz opiekunów pacjentów do kontaktu. Wspólnie możemy dużo więcej. Gdyby mieli Państwo pytania dotyczące życia z chorobą, poszukiwali informacji na temat diety lub chcieli po prostu porozmawiać, zachęcamy do skorzystania z przedstawionych obok kontaktów.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych  
ul. Wilczy Stok 12, 30-237 Kraków  
tel. 12 625 46 13

Stowarzyszenie Dializowanych „Nephros”  
aleja Jana Pawła II 7, 44-335 Jastrzębie Zdrój  
tel. 663 356 203

Ogólnopolskie Stowarzyszenie „Nerka”  
ul. Lisowskiego 1-3, 65-001 Zielona Góra  
tel. 503 096 984

Zgierskie Stowarzyszenie Dializowanych  
ul. Parzęczewska 35, 95-100 Zgierz  
tel. 660 498 919

## WYDARZENIA

### XII Krakowskie Dni Dializoterapii



#### mgr piel. Małgorzata Liber

W dniach 8 – 10 września 2016 roku w Krakowie odbyło się już po raz dwunasty największe w Polsce interdyscyplinarne spotkanie wszystkich odpowiadających za terapie nerkozastępcze. Organizatorem wydarzenia była Fundacja Amicus Renis, pieczę merytoryczną i nadzór nad programem naukowym pełnili prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk, prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski oraz mgr Małgorzata Liber. Wydarzenie to powtarzane co dwa lata jest tradycją piękną i potrzebną, bo z jednej strony promującą wiedzę i postęp w sztuce, którą uprawiamy, a z drugiej pozwalającą na osobiste spotkania, wymianę doświadczeń i chwilę refleksji o naszych Pacjentach, ale także o nas samych. Pomysł twórcy tych Dni Profesora

Olgerda Smoleńskiego – na zorganizowanie spotkania ludzi, których pasją i codziennością jest dializoterapia – okazał się strzałem w dziesiątkę! Kraków jak katalizator pogodził żywioły i stworzył nową wartość, która daje satysfakcję wszystkim, bo bycie wykładowcą na KKD nobilituje, a uczestnictwo – cieszy i inspiruje.

Gala otwarcia XII KDD kolejny raz odbyła się w Starej Zajezdni na Krakowskim Kazimierzu pod honorowym Patronatem Prezydenta Miasta Krakowa prof. dr hab. Jacka Majchrowskiego, a Komitet Honorowy zaszczylił: J.M. Rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego – prof. dr hab. med. Wojciech Nowak, Przewodniczący Małopolskiej Izby Lekarskiej – prof. dr hab. Andrzej Matyja oraz Przewodniczący Izby Pielęgniarek i Położnych mgr Tadeusz Wadas. W atmosferę konferencji wprowadził uczestników prof. B. Rutkowski krótkim wspomnieniem o Twórcy Krakowskich Dni Dializoterapii pt. „Przypomnienie o pewnym Krakusie, któremu coś jesteśmy winni”. Intrygujący wykład inauguracyjny, pt.: O „sztuce cierpienia” na „wyspach ascezy”, czyli dlaczego wspinamy się tak wysoko? wygłosił dr Wojciech Swędzioł z Zakładu Alpinizmu i Turystyki Kwalifikowanej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie. Ważnym punktem tej uroczystości było wręczenie nagrody „Pro augmenis nephrologiae” za najlepszą polską pracę opublikowaną w ostatnich 2 latach z zakresu nefrologii ze szczególnym uwzględnieniem problemów dializoterapii. Nagrodę ufundowaną przez Fundację Amicus Renis otrzymała Pani mgr Paulina Borek – dietetyk z Uniwersytetu Gdańskiego, za pracę „Ryzyko utraty masy ciała i stan odżywienia pacjentów hemodializowanych”. Ponadto po raz pierwszy przyznano medal „Amicus Renis” Pani mgr Małgorzacie Liber pielęgniarkie z Krakowa za zasługi dla nefrologii i dializoterapii oraz wieloletnią działalność na rzecz Fundacji.



Tradycją krakowskich spotkań jest promowanie nowych podręczników, książek o tematyce nefrologicznej. Stąd i tym razem zarekomendowano Poradnik dla pacjentów po przeszczepieniu nerki - wydanie III, którego autorami są : Alicja Dębska-Ślizień, Zbigniew Śledziński i Bolesław Rutkowski, oraz podręcznik dla pielęgniarek Dostęp naczyniowy – opieka i nakłuwanie przetoki AVF - autorami, którego są Maria Teresa Parisotto, Jitka Pancirova. Wyróżnione pielęgniarki: Aneta Trzcńska, Anna Wruk, Marzena Krupińska, Anna Kliš, Aneta Cekała - otrzymały książkę z dedykacją od autorów.

W obradach, które miały miejsce w Nowohuckim Centrum Kultury, wzięło udział 1221 osób reprezentowanych przez lekarzy – wybitnych specjalistów z dziedziny nefrologii, transplantologii, urologii, reumatologii i chorób wewnętrznych, pielęgniarki dializacyjne, dietetyków,

psychologów, techników, rehabilitantów oraz liczną grupę pacjentów leczonych nerkozastępczo. W 30 sesjach wygłoszonych zostało 127 referatów dotyczących aktualnych problemów dializoterapii. Ponadto w trzech sesjach odbyły się zajęcia warsztatowe dotyczące zasad korzystania z dostępu naczyniowego do dializy oraz prezentacja maszyny do zewnątrzustrojowego oczyszczania krwi. Dopelnieniem XII KDD była decyzja Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego o objęciu stałym patronatem Krakowskich Dni Dializoterapii oraz nadanie temu wydarzeniu nazwy „Krakowskie Dni Dializoterapii imienia Profesora Olgierda Smoleńskiego” dla uczczenia pamięci twórcy i wieloletniego organizatora KDD.



## NASZ CHLEB POWSZEDNI

### „WKRÓTCE ŚWIĘTA.....”

**mgr Małgorzata Pach**

**mgr Małgorzata Szczypkowska**

Centrum Dializ Fresenius Nephrocare - Kraków

Przy wigilijnym stole,  
łamiąc opłatek święty,  
Pomnijcie, że dzień ten radosny  
W miłości jest poczęty;

Że, jako mówi wam wszystkim  
Dawne, prastare orędzie,  
Z pierwszą na niebie gwiazdą  
Bóg w waszym domu zasiądzie.

Sercem Go przyjąć gorącym,  
Na ścieżaj otworzyć wrota –  
Oto co czynić wam każe  
Miłość – największa cnota.

Jan Kasprowicz

Już kolejny rok powoli mija, kolejne święta Bożego Narodzenia nadchodzą. Jak zawsze zaczyna nas ogarniać panika dotycząca porządków, przygotowań, zakupów. Oczywiście co roku obiecujemy sobie, że do następnych świąt przygotowania rozpoczniemy o wiele wcześniej niż poprzednio. Czy tym razem nam się to uda? Oby tak się stało :) !

Święta to czas magiczny, skłaniający do refleksji, zadumy, a także radości i spotkań rodzinnych. Wspólne życzenia, łamanie się opłatkiem pozwala na zanurzenie się w świątecznej atmosferze, która udziela się każdemu z nas. Czymże jednak byłyby święta bez jedzenia? To przecież nasza polska tradycja!

Przygotowanie 12 dań na wieczerzę wigilijną to dopiero wstęp do wielkiej uczty smaków. Zgodnie z tradycją, należy spróbować wszystkiego na wigilijnym stole. Ma to zapewnić dostatek i szczęście na nadchodzący Nowy Rok. Nie oszukujmy się – to także trudny czas dla osób dializowanych, które stale muszą kontrolować swoje jedzenie. Od tego zależy przecież ich zdrowie, a nawet życie. Jednak od czego mamy mądre głowy i twórczą wyobraźnię. Trzeba podumać, pomyśleć,

poeksperymentować z przepisami i rozwiązanie gotowe. I nie jest wcale takie trudne!

To właśnie z myślą o osobach dializowanych przypominamy kilka przepisów, które powinny sprawdzić się w święta, jak i podajemy nowe propozycje na świąteczny obiad.

## PRZEPISY

### WIGILIJNA KAPUSTA Z KASZĄ

(zamiast kapusty z grzybami)

Składniki:

- 300 g kapusty kiszzonej
- 1 duża marchewka (albo od razu kapusta kiszona z marchewką)
- 6 czubatych łyżek kaszy jęczmiennej typu mazurska lub 1 woreczek
- 1/2 łyżeczki kminku w ziarenkach
- 1 duży liść laurowy
- 2 x ziele angielskie
- 2 łyżki masła

Sposób przygotowania:

Kapustę drobno posiekać, zalać w garnku wodą tyle, żeby była przykryta. Dodać liść laurowy, ziele angielskie i kminek, dusić ok. 15 minut. Marchewkę oczyścić, zetrzeć na jarzynowej tarce, podsmażyć na maśle aż zmięknie, dodać do kapusty. Następnie dodać przepłukaną na sicie kaszę oraz lubczyk. Dolać wody i dusić, aż kasza napęcznieje i zmięknie czyli ok. 20-30 min. Potrawa ma być gęsta, zatem trzeba uważać, żeby nie przypalić i ew. dolewać po troszeczkę wody. Nie solić, bo kapusta kiszona jest wystarczająco słona.

Wartość odżywcza: kcal 463, białko 11 g, fosfor 293 mg, potas 1181 mg – minus utrata potasu z podwójnego gotowania

### PIEROGI Z KASZY JĘCZMIENNEJ I TWAROGU

(zamiast pierogów z grzybami i kapustą)

Składniki:

Farsz:

- Kasza jęczmienna ok. 50g – w woreczku
- cebula 30 g
- ser biały półtłusty 50 g
- sól
- pieprz

Ciasto:

- woda (do wyrobienia)
- szklanka mąki (ok. 120 g)
- jajka

Sposób przygotowania:

Mąkę wsypać do miski, dodać jajko, sól i stopniowo dolewać odpowiednią ilość wody, aby składniki się połączyły. Zagnieść ciasto, tak by było gładkie i jednolite. Ciasto nie może się kleić do rąk, ale musi być miękkie, żeby

dało się łatwo rozwałkować. W osolonej wodzie ugotować kaszę, wystudzić. Cebulę zeszklić i dodać do kaszy. Połączyć z pokruszonym serem. Doprawić i wymieszać. Gotowe ciasto rozwałkować, wycinać kółka. Nadziewać farszem i skleić. Gotować w osolonej wodzie.

Wartość odżywcza: 708kcal, białko: 30 g, fosfor: 375 mg, potas: 424 mg

### FASZEROWANE KIESZONKI Z KURCZAKA

Składniki:

- Pierś z kurczaka 150 g
- Marchewka 40 g
- Pietruszka 40 g
- Kukurydza 30 g
- Cebula 30 g
- Listki bazylii
- Łyżka oleju
- Przyprawy do smaku

Marynata:

oliwa z oliwek

tymianek

przyprawy

Sposób przygotowania :

Mięso opłukać, naciąć i marynować w oliwie, tymianku oraz soli i pieprzu. Odstawić do lodówki na ok. 2 godziny. Na rozgrzany olej wrzucać pokrojoną cebulę, marchewkę, pietruszkę. W przypadku wysokiego poziomu potasu zastosować wstępnie „podwójne gotowanie”. Chwilę dusić, doprawić do smaku. Z filetu formować kieszonkę i nadziewać warzywami, spiąć wykałaczką. Piec w piekarniku ok. 30 minut w temperaturze 180 °C

Wartość odżywcza: 338 kcal, białko: 38 g, fosfor: 466 mg, potas: 1003 mg – minus utrata potasu z podwójnego gotowania

### JABŁKA PIECZONE Z CYNAMONEM

(lekka i aromatyczna propozycja deseru)

Składniki:

- Jabłko ok. 250 g
- Cynamon
- Miód do smaku (15 g)

Sposób przygotowania:

Jabłko umyć, odkroić górną część jabłka. Wydrążyć miąższ tak, aby zostało około 1 cm. Wydrążoną część kroimy w kostkę, mieszamy z cynamonem (opcjonalnie można dodać miód). Napelnić jabłka, przykryć odciętą częścią. Piec w piekarniku około 20-30 minut w temperaturze 180-200 °C.

Wartość odżywcza: 166 kcal, białko: 1g, fosfor: 25 mg, potas: 342 mg

### BISZKOPT (bez żółtek)

Składniki:

- 5 białek
- 5 łyżek cukru
- 5 łyżek maki ( trzykrotnie przesianej)
- skórka z cytryny
- 3-4 krople aromatu cytrynowego lub migdałowego

Sposób przygotowania:

Białka jaja ubić na sztywną pianę, dodając powoli cukier puder. Do ubitej piany dodać skórkę z cytryny i aromat. Mąkę przesiać, wymieszać delikatnie z białkami. Gotową masę przełożyć do formy o średnicy 17 cm (może być silikonowa). Piec w temperaturze 160-180 °C około 20 minut.

W celu uzyskania żółtego koloru ciasta można dodać szczyptę szafranu lub kurkumy.

Wartość odżywcza ciasta: 522 kcal, białko: 22 g, fosfor: 66 mg, potas: 300 mg

W święta nie może zabraknąć najważniejszego wypieku, który powinniśmy powtarzać co roku i wypiekać w dużych ilościach. Z pewnością nikomu nie zaszkodzi a może przynieść tylko same pozytywne rezultaty :)

### PRZEPIS NA SZCZĘŚCIE

- Cztery filiżanki miłości,
- Dwie filiżanki lojalności,
- Trzy filiżanki przebaczenia,
- Filiżanka przyjaźni,
- Dwie łyżeczki czułości,
- Cztery kwarty wiary,
- Beczka śmiechu

Sposób przygotowania :

Miłość połączyć z lojalnością i starannie mieszać z wiarą.

Przyprawić dobrocią, czułością i wyrozumiałością.

Dodać przyjaźń i miłość. Obficie spryskać śmiechem.

Wypiekać w słońcu.

Serwować codziennie w obfitych porcjach!!!!

Najbardziej radosnych, najpiękniejszych,  
najsmaczniejszych Świąt Bożego Narodzenia oraz  
szczęśliwego Nowego Roku  
Życzy

Zespół Dietetyków

## NASZE LEKTURY

### Kobieta z męskim sercem Adriana Szklarz

#### Recenzja

Izabela Franik

[www.zakurzonapolka.pl](http://www.zakurzonapolka.pl)



Sięgając po tego typu książkę, gdzie fabuła opiera się na historii, która wydarzyła się naprawdę, zazwyczaj wiemy, co nami kieruje.

Dla jednych taka książka będzie motywacją, dla innych wstrząsem, a dla jeszcze innych kolejną odhaczoną pozycją na liście książek do przeczytania, którą ktoś polecał.

Dla mnie, takie książki to zawsze wielkie przeżycie; ta całkowicie mnie zaskoczyła, ale wiem, że jeżeli jest ktoś, kto czyta moją recenzję i potrzebuje motywacji do walki z chorobą, czytając historię tej kobiety, na pewno ją znajdzie.

„Kobieta z męskim sercem” to prawdziwa historia, która pokazuje, że nawet z najgorszą chorobą można wygrać.

Ale to nie wszystko. To także kompendium wiedzy na temat transplantacji, w którym sporo miejsca poświęcono kwestii oddawania narządów.

Książka ma tylko dwa rozdziały, ale bardzo obszerne. Jeden rozdział, to historia choroby, natomiast drugi w całości poświęcony został odnajdywaniu się w chorobie, znalezieniu motywacji, a także różnym terapiom, które pozwolą przeżyć trudny moment w życiu.

Jest to rozdział, który być może nieco wesprze osoby, które błądzą po omacku, próbując się jakoś odnaleźć na przewlekłej drodze choroby i powracania ku zdrowiu.

W książce są także materiały dodatkowe, w których są wspaniale opracowane różne zagadnienia z dziedziny transplantologii i ta wiedza przyda się nie tylko osobom, które oczekują na przeszczep, ale także tym, którzy są dawcami lub w rodzinie mają kogoś, kto z takim problemem się zmagają.

Do tego książka jest naprawdę fachowo wydana i myślę, że będzie niosła pociechę wielu osobom, które takiego rodzaju wsparcia potrzebują.

## 9. Mistrzostwa Europy dla Osób po Transplantacji i Dializowanych 10-17 lipca 2016 r. Helsinki-Vantaa, Finlandia Przygotowania do mistrzostw – obóz sportowy

**Krystyna Murdzek**

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji

### 51 medali polskich zawodników po transplantacji narządów



Po raz pierwszy w historii startów w mistrzostwach międzynarodowych, poza granicami kraju, polscy zawodnicy zdobyli tak dużą liczbę medali.

W dniach od 10 do 17 lipca 2016 r. polska reprezentacja



Reprezentacja Polski – Helsinki-Vantaa 2016, Finlandia

pacjentów po transplantacji brała udział w 9. Mistrzostwach Europy Osób po Transplantacji i Dializowanych (European Transplant and Dialysis Sports Championships) w Helsinki-Vantaa w Finlandii.

W zawodach startowało 17 pacjentów po transplantacji narządów, w tym: 11 po przeszczepieniu nerki i 6 wątroby. Zawodnicy rywalizowali w: darcie, lekkiej atletyce, mini-maratonie, pływaniu, tenisie ziemnym i stołowym. Na startach w poszczególnych konkurencjach stanęło 370

uczestników z 23 krajów, w tym 91 kobiet.

Kolejny start naszych zawodników został uwieńczony dużym sukcesem. Reprezentacja Polski zdobyła 51 medali w tym: 17 złotych, 15 srebrnych i 19 brązowych.

Pierwsze miejsce w klasyfikacji krajów zajęła Finlandia przy liczbie 104 medali (67 zawodników), drugie – Węgry: 95 medali (51 zawodników), trzecie – Wielka Brytania: 63 medale (26 zawodników). Polacy: 51 medali (17 zawodników) – VI miejsce.

Warto wspomnieć, że pierwszym polskim zawodnikiem, który osiągnął ten zaszczyt był Andrzej Lewandowski, w roku 2014, w czasie 8. Mistrzostw Europy w Krakowie.

Wszyscy walczyli bardzo ambitnie o każdą sekundę, centymetr czy piłkę. Atmosfera w czasie zawodów była bardzo przyjazna, ponieważ przez lata wspólnych startów nawiązują się międzynarodowe przyjaźnie.



Najlepszym zawodnikiem mistrzostw po raz drugi w historii startów został Polak, Dawid Zimkowski z Zabrze, który zdobył 7 złotych medali. 5 indywidualnie i 2 w sztafetach w pływaniu z kolegami.

Udział w zawodach międzynarodowych jest dla osób po przeszczepieniu wydarzeniem szczególnym. Każda z osób, które wzięły udział w rywalizacji ma swoją historię. Niejednokrotnie otarliśmy się o śmierć – bez przeszczepionego narządu nie byłoby nas wśród żywych – mówi Jan Stępnia z Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji, 9 lat po transplantacji nerki.

Ja jeszcze sześć miesięcy przed startem w ogóle nie brałam pod uwagę startu w mistrzostwach. Owszem, pociąga mnie bakcyl zdobywania medali, ale jesienią bardzo pogorszył się stan funkcjonowania mego

organizmu i przeszczepionej nerki. Parametry krwi – stężenie hemoglobiny – były w granicach 6,3 mg/dl, a parametry nerki też były bardzo podwyższone. Byłam hospitalizowana. Zaczęto nawet sugerować dializę. Nie chciałam tego zaakceptować i rozpoczęłam za zgodą lekarza badania do przeszczepienia drugiej nerki. W swojej podświadomości nie poddałam się i po serii badań oraz wprowadzeniu odpowiedniego leczenia stan zdrowia zaczął się poprawiać, a tym samym przybliżyła się perspektywa startu w zawodach. Półroczna przerwa w treningach i bóle kręgosłupa bardzo zmniejszyły moje możliwości wytrzymałościowe i siłowe, ale i tak cieszę się, że zdobyłam 4 medale: złoty w darcie i 3 brązowe w rzutach. Gdyby nie łączenie kategorii wiekowych z powodu małej liczby startujących, spokojnie miałabym na koncie jeszcze 2 złote medale w rzutach zamiast brązowych. Mimo to cieszę się, że pokonałam o 10 lat młodsze rywalki, nie będąc w pełni przygotowana do startów – powiedziała Krystyna Murdzek, prezes stowarzyszenia, 15 lat po transplantacji nerki.

Artur Zychowicz, po przeszczepie wątroby, dodał, że bardzo jest zadowolony ze swoich startów, ponieważ tak na serio rozpoczął je dopiero w lutym. Związane to było z końcowymi egzaminami na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi (od czerwca 2016 r. jest absolwentem medycyny). Ponadto miałem problemy z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Ciągłe biegunki i brak apetytu mocno mnie osłabiały. Nie poddawałem się. Postanowiłem obserwować swój organizm i modyfikować leczenie. Udało się. Przybrałem 10 kg na wadze i pełen nadziei rozpocząłem treningi. Bardzo dużo dał mi obóz sportowy w Kościelisku-Kirach. Na zawodach zdobyłem 3 medale i pobiłem swoje rekordy życiowe w biegu na 5000 m oraz w pływaniu na 50 m stylem motylkowym i 400 m zmiennym.

Klasyfikacja medalowa polskich zawodników po transplantacji narządów:

1. Dawid Zimkowski, Zabrze: 7 złotych medali w pływaniu w stylach: 50 m motylkowym, 50 m i 100 m grzbietowym, 200 m zmiennym, 50 m dowolnym) i 2 złote w sztafetach 4 x 50 m dowolnym i 4 x 50 m zmiennym z kolegami: Andrzejem Lewandowskim, Jarosławem Mazurowskim i Jakubem Janczewskim).
2. Andrzej Haj, Oświęcim: 5 medali: 3 złote (bieg 200 m, skok wzwyż, skok w dal), srebrny w pchnięciu kulą i brązowy w rzucie dyskiem.
3. Monika Bielik, Bydgoszcz: 4 medale: 2 złote: bieg na 100 m, darts, srebrny w rzucie piłeczką palantową i brązowy w biegu na 200 m
4. Andrzej Lewandowski, Jabłonna: 7 medali: złoty w pływaniu na 50 m stylem klasycznym i 4 srebrne w pływaniu w stylach: 50 m grzbietowym, 100 m klasycznym, 50 m i 100 m stylem dowolnym i brązowy na

50 m stylem dowolnym oraz 2 złote medale w sztafetach 4 x 50 m dowolnym i 4 x 50 m zmiennym z kolegami: Dawidem Zimkowskim, Jarosławem Mazurowskim i Jakubem Janczewskim.

5. Krzysztof Górski, Lubartów: 4 medale: złoty w rzucie piłeczką palantową, srebrny w rzucie oszczepem i 2 brązowe w: pchnięciu kulą i rzucie dyskiem.

6. Krystyna Murdzek, Iwonicz-Zdrój: 4 medale: złoty w darcie, 3 brązowe w rzucie: oszczepem i piłeczką palantową oraz w pchnięciu kulą.

7. Damian Królewicz: 3 medale: złoty w chodzie sportowym na 5000 m i 2 brązowe: w biegu na 5000 m oraz drużynowo w biegu na 5000 m z kolegami: Zbigniewem Błońskim oraz Arturem Zychowiczem

8. Piotr Chojnacki, Kruszwica: 1 medal złoty w tenisie ziemnym

9. Jakub Janczewski, Ostrołęka: 7 medali: 5 srebrnych w pływaniu stylami: 50 m klasycznym, 50 m i 100 m dowolnym, 50 m motylkowym, brązowy: 100 m klasycznym oraz 2 złote w sztafetach 4 x 50 m dowolnym i 4 x 50 m zmiennym z kolegami: Dawidem Zimkowskim, Jarosławem Mazurowskim i Andrzejem Lewandowskim

10. Łukasz Bojanowski, Katowice: 3 medale: srebrny w tenisie ziemnym i w biegu na 100 m oraz brązowy w skoku w dal.

11. Andrzej Marciniak, Bydgoszcz: 2 medale: srebrny w chodzie sportowym na 5000 m i brązowy w darcie.

12. Jarosław Mazurowski, Gdańsk: 3 medale: srebrny w pływaniu na 400 m stylem dowolnym i 2 złote w sztafetach 4 x 50 m dowolnym i 4 x 50 m zmiennym z kolegami: Dawidem Zimkowskim, Jakubem Janczewskim i Andrzejem Lewandowskim

13. Zbigniew Błoński, Wodzisław Śląski: 3 medale: brązowe w biegu na 5000 m i 1500 m oraz drużynowo w mini-maratonie na 5000 m z kolegami: Damianem Królewiczem i Arturem Zychowiczem.

14. Artur Zychowicz, Chmielnik: 3 medale: 2 brązowe w pływaniu w stylach: 50 m motylkowym i 400 m zmiennym oraz brązowy drużynowo w mini-maratonie na 5000 m z kolegami: Damianem Królewiczem i Zbigniewem Błońskim.

15. Robert Serejko, Ostrołęka: 1 medal brązowy w pływaniu na 50 m stylem klasycznym

16. Jan Stępnia, Września: 1 medal brązowy w pływaniu na 50 m stylem klasycznym/

17. Grzegorz Bleharczyk, Sanok: 1 medal: brązowy w tenisie ziemnym w debla z Łukaszem Bojanowskim.

Klasyfikacja wg złotych, srebrnych i brązowych zdobytych indywidualnie medali, poniżej w Tabeli 1.

Klasyfikacja wg złotych, srebrnych i brązowych zdobytych indywidualnie, w sztafetach, grze podwójnej i drużynowo, poniżej w Tabeli nr 2. Sukces ten byłby niemożliwy do osiągnięcia, gdyby nie sponsorzy. Dziękujemy bardzo

Tab. nr 1. Klasyfikacja medalowa zawodników wg złotych, srebrnych i brązowych zdobytych indywidualnie medali.

|    | <b>Klasyfikacja medalowa</b>                                                                             | <b>ZŁOTO</b>  | <b>SREBRO</b> | <b>BRAZ</b> | <b>Razem</b> |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|-------------|--------------|
|    | Nazwisko i imię                                                                                          | Indywidualnie |               |             |              |
| 1  | Dawid Zimkowski                                                                                          | 5             |               |             | 5            |
| 2  | Andrzej Haj                                                                                              | 3             | 1             | 1           | 5            |
| 3  | Monika Bielik                                                                                            | 2             | 1             | 1           | 4            |
| 4  | Andrzej Lewandowski                                                                                      | 1             | 3             | 1           | 5            |
| 5  | Krzysztof Górski                                                                                         | 1             | 1             | 2           | 4            |
| 6  | Krystyna Murdzek                                                                                         | 1             |               | 3           | 4            |
| 7  | Piotr Chojnacki                                                                                          | 1             |               |             | 1            |
| 8  | Damian Królewicz                                                                                         | 1             |               | 1           | 2            |
| 9  | Jakub Janczewski                                                                                         |               | 4             | 1           | 5            |
| 10 | Łukasz Bojanowski                                                                                        |               | 2             | 1           | 3            |
| 11 | Andrzej Marciniak                                                                                        |               | 1             | 1           | 2            |
| 12 | Jarosław Mazurowski                                                                                      |               | 1             |             | 1            |
| 13 | Artur Zychowicz                                                                                          |               |               | 2           | 2            |
| 14 | Zbigniew Błoński                                                                                         |               |               | 2           | 2            |
| 15 | Robert Serejko                                                                                           |               |               | 1           | 1            |
| 16 | Jan Stępnik                                                                                              |               |               | 1           | 1            |
| 17 | Grzegorz Blecharczyk                                                                                     |               |               | 0           | 0            |
|    | Pływanie 4 x50 m s. dowolny (Andrzej Lewandowski, Dawid Zimowski, Jarosław Mazurowski, Jakub Janczewski) | 1             |               |             | 2            |
|    | Pływanie 4x50 m s. zmienny (Andrzej Lewandowski, Dawid Zimkowski, Jarosław Mazurowski, Jakub Janczewski) | 1             |               |             |              |
|    | Mini - maraton - drużynowo 5000 m (Zbigniew Błoński, Artur Zychowicz, Damian Królewicz)                  |               |               | 1           | 1            |
|    | Tenis ziemny – gra podwójna (Łukasz Bojanowski, Grzegorz Blecharczyk)                                    |               |               | 1           | 1            |
|    | <b>Razem</b>                                                                                             | <b>17</b>     | <b>15</b>     | <b>19</b>   | <b>51</b>    |

firmom farmaceutycznym: FRESINIUS MEDICAL CARE, ASTELLAS PHARMA, ROCHE POLSKA, Urzędowi Miast z Zabrze, Wrześni, Kruszwicy, Wodzisławia Śląskiego, Ostrołęki, Gminie Iwonicz-Zdrój, OTBS Ostrołęka, ŚUKS w Ostrołęce oraz Darczyńcom darowizn 1%.

Dziękujemy także bardzo Ministerstwu Sportu i Turystyki za otrzymane środki finansowe na obóz sportowy, który odbył się w dniach od 23 czerwca do 3 lipca 2016 r. w Kościelisku-Kirach koło Zakopanego. Zawodnicy mogli doskonalić swoją formę startową w obiektach Centralnego Ośrodka Sportu w Zakopanem w towarzystwie znakomych olimpijczyków: Pawła Kszczota, Tomasza Majewskiego czy Eweliny Ptak.

Trening obok olimpijczyków był wspierany szkołą dla naszych aktualnych i przyszłych reprezentantów Polski. Fachowej konsultacji udzielał nam także specjalnie zaproszony na obóz olimpijczyk Grzegorz Sudoł, w chodzie sportowym.

Zawodnicy po transplantacji i dializowani trenowali w trzech grupach: lekkoatletycznej, pływackiej i ogólnorozwojowej. Uzupełnieniem treningów był

biathlon letni (nauka i doskonalenie strzelania z karabinu biathlonowego kbks) i darts. Trenerami byli: pływanie: Marek Błaszczyk i Marek, lekkoatletyka: Grzegorz Sudoł, Krystyna Murdzek, Witold Tomkiewicz i Anna Pitoń oraz biathlon letni: Jan Murdzek – były wicemistrz świata w biathlonie zimowym.

Tab. nr 2. Klasyfikacja wg złotych, srebrnych i brązowych zdobytych indywidualnie, w sztafetach, grze podwójnej i drużynowo.

|    | Klasyfikacja medalowa | ZŁOTO                                              |          | SREBRO | BRĄZ |                  | Razem |
|----|-----------------------|----------------------------------------------------|----------|--------|------|------------------|-------|
|    | Nazwisko i imię       | Indywidualnie, sztafety, gra podwójna i drużynowo. |          |        |      |                  |       |
|    |                       | Ind.                                               | Sztafeta |        |      | Drużynowo, debel |       |
| 1  | Dawid Zimkowski       | 5                                                  | 2        |        |      |                  | 7     |
| 2  | Andrzej Lewandowski   | 1                                                  | 2        | 3      | 1    |                  | 7     |
| 3  | Jakub Janczewski      |                                                    | 2        | 4      | 1    |                  | 7     |
| 4  | Andrzej Haj           | 3                                                  |          | 1      | 1    |                  | 5     |
| 5  | Monika Bielik         | 2                                                  |          | 1      | 1    |                  | 4     |
| 6  | Jarosław Mazurowski   |                                                    | 2        | 1      |      |                  | 3     |
| 7  | Krzysztof Górski      | 1                                                  |          | 1      | 2    |                  | 4     |
| 8  | Krystyna Murdzek      | 1                                                  |          |        | 3    |                  | 4     |
| 9  | Damian Królewicz      | 1                                                  |          |        | 1    | 1                | 3     |
| 10 | Piotr Chojnacki       | 1                                                  |          |        |      | 1                | 1     |
| 11 | Łukasz Bojanowski     |                                                    |          | 2      | 2    |                  | 4     |
| 12 | Andrzej Marciniak     |                                                    |          | 1      | 1    |                  | 2     |
| 13 | Artur Zychowicz       |                                                    |          |        | 2    | 1                | 3     |
| 14 | Zbigniew Błoński      |                                                    |          |        | 3    | 1                | 3     |
| 15 | Robert Serejko        |                                                    |          |        | 1    |                  | 1     |
| 16 | Jan Stępiak           |                                                    |          |        | 1    |                  | 1     |
| 17 | Grzegorz Bleharczyk   |                                                    |          |        |      | 1                | 1     |



Trening na siłowni w towarzystwie Tomasza Majewskiego, olimpijczyka w pchnięciu kulą. Przygotowanie do 9. Mistrzostw Europy w Helsinkach.



Zawodnicy po TX na stadionie COS Zakopane z olimpijczykami: Adamem Kszczotem (piąty od lewej) i Grzegorzem Sudołem (pierwszy od prawej)



Grupa zawodników po TX i D, po treningu biathlonowym, w czasie obozu sportowego w Kirach.

Należy podkreślić, że polscy zawodnicy startując w mistrzostwach w dofinansowywali swój udział w imprezie z własnych środków, a niektórzy pokrywali go w pełnej kwocie kosztów.

Ponadto zawodnicy poza obozem sportowym przygotowują się do zawodów indywidualnie ponosząc wszelkie koszty związane z treningiem. Trzeba naprawdę prawdziwej pasji i zaangażowania, aby przyjąć taki styl życia, zamiast wygodnie siedzieć w fotelu, oglądać telewizję i koncentrować się na liczeniu spożywanych tabletek.

Mamy nadzieję, że w przyszłości pozyskamy życzliwych sponsorów, którzy sfinansują starty polskich pacjentów po transplantacji narządów i dializowanych w szerszym i większym wymiarze.

Sportowcy po transplantacji narządów to grupa ludzi bardzo ambitnych i zaangażowanych w popularyzację aktywności fizycznej oraz ideę świadomego dawstwa narządów. Każdego dnia poza pracą zawodową pokonują słabości związane z chorobą, aby przygotowywać się do udziału w zawodach i zdobywania medali. Zdobyte medale są wymiernymi efektami możliwości i rozwoju polskiej medycyny transplantacyjnej. To właśnie Pacjenci swoją osobą dają żywe, prawdziwe świadectwo, że warto oddawać narządy do przeszczepienia, w kraju i za granicą.

## 9. PZU Bieg po nowe Życie, 17 września 2016 r. Warszawa – Łazienki Królewskie

### Krystyna Murdzek

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Sportu po Transplantacji

Największa masowa impreza w kraju popularyzująca świadome dawstwo narządów.

Organizatorem jest Promocja AK-POI Arkadiusz Pilarz z Bielska-Białej, patronem tytularnym jest PZU ŻYCIE, a współorganizatorem – Polskie Stowarzyszenie Sportu po Transplantacji. Bardzo ważną rolę odgrywają Partnerzy imprezy i media, bez których organizacja imprezy i przekaz medialny byłyby niemożliwe.

Pacjenci po transplantacji narządów: nerek, serca, wątroby i trzustki oraz Dawcy Rodzinni wraz z prof. Andrzejem Chmurą, chirurgiem, transplantologiem, wiceprezesem i prezesem Zarządu PSST i mgr Krystyną Murdzek (15 lat po przeszczepie nerki) po raz kolejny wystartowali w 9. PZU Biegu po Nowe Życie w Warszawie.

Pacjenci po transplantacji narządów: nerek, serca, wątroby i trzustki oraz Dawcy Rodzinni wraz z prof. Andrzejem Chmurą, chirurgiem, transplantologiem, wiceprezesem i prezesem Zarządu PSST i mgr Krystyną Murdzek (15 lat po przeszczepie nerki) po raz kolejny wystartowali w 9. PZU Biegu po Nowe Życie w Warszawie.

Bardzo cieszymy się, że Gwiazdy Kina, Teatru, Sportu, Dziennikarstwa i konkursów piękności oraz pracownicy POLTRANSPLANTU z Panem Dyrektorem, prof. Romanem Danielewiczem i wicedyrektorem dr hab. n. med. Jarosławem Czerwińskim chcą osobistym udziałem dać swoje poparcie dla ratowania życia ludzkiego poprzez świadome dawstwo narządów.

Bardzo doceniamy poparcie sponsorów dla organizacji tej imprezy i oczywiście ogromny wysiłek organizacyjny firmy Promocja AK-Pol Arkadiusza Pilarza.

Polskie Stowarzyszenie Sportu po Transplantacji, jako współorganizator, poprzez swój udział daje żywe świadectwo dla polskiej medycyny transplantacyjnej, że warto poświęcać się tej dziedzinie medycyny. Nasi wolontariusze rozdawali Oświadczenia Woli, ulotki z POLTRANSPLANTU i opaski gumowe na rękę z napisem: „Nie zabieraj swoich narządów do nieba...”

Ponadto udzielali informacji nt. znaczenia Oświadczenia Woli i odpowiadali na pytania. Sylwetki naszych pacjentów-zawodników promował niezastąpiony człowiek i nasz przyjaciel, Krzysztof Głombowicz.

Na starcie stanęło 60 pacjentów. Były w tej grupie także osoby po 2. i 3. przeszczepach narządów. Żyjemy

dzięki darowi rodzin, które podjęły decyzję o darowaniu życia, już od 2 do 19 lat.

Dzięki życzliwości PZU S.A. ŻYCIE ustawione zostały maszyny do biegania i rowerki i za każdy 1 km Stowarzyszenie otrzymało 10,00 zł. Zebrano środki finansowe w kwocie 8570,00 zł

Była to akcja: „Podziel się kilometrem...”

Pozyskane środki przeznaczymy dla członków naszego stowarzyszenia na konsultację zimową: naukę biegania na nartach i zawody narciarskie w marcu 2017 r. w Zakopanem.

Dziękujemy mediom za przekaz i całą obsługę imprezy za uświetnienie naszego pobytu w Łazienkach Królewskich.



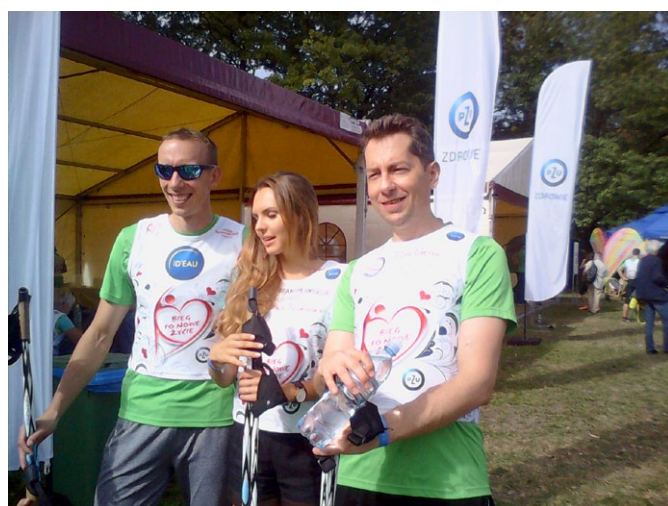
**„PZU Bieg po Nowe Życie to projekt społeczny na rzecz promocji działań prozdrowotnych, edukacji w zakresie transplantacji narządów oraz aktywizacji społeczeństwa do świadomego oddawania narządów do przeszczepu i przeszczepu rodzinnego. Od sześciu lat w Wiśle i Warszawie spotykają się gwiazdy ekranu, dziennikarze i sportowcy oraz osoby po transplantacji, którzy startując w marszu nordic walking wspierają tę szlachetną inicjatywę. Ambasadorem wydarzenia jest Przemysław Saleta. Wsparcie merytoryczne i promocyjne zapewnia od początku prof. Andrzej Chmura z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego im. Dzieciątka Jezus w Warszawie”.**



od lewej: dr hab. n. med. Jarosław Czerwiński,  
prof. dr hab. n. med. Roman Danielewicz



od lewej: dr hab. n. med. Jarosław Czerwiński,  
prof. dr hab. n. med. Roman Danielewicz



od lewej: Grzegorz Pilarz – siatkarz, Magdalena Bieńkowska – Miss Polski  
2016, Piotr Urban TX nerka z Krakowa

## Hemodializy wakacyjne na Sycylii

Klinika Dialisi Mucaria na Sycylii przyjęła pacjentów ze stacji dializ na dwutygodniowy wypoczynek z możliwością dializ gościnnych. Poniżej zamieszczamy relacje pacjentów.

### Nasz pobyt na Sycylii, czyli o tym, jak wyrosły nam skrzydła i zamieniły marzenia w rzeczywistość

Całe życie przypomina kasyno. Niektórzy ludzie wygrywają przy życiowych hazardowych stołach, inni nie. Od tych, którym się powiodło należałoby oczekiwać, że podzielą się wygraną z tymi, co mieli mniej szczęścia. Stosując się do tej zasady, czując wygraną, piszę ten list, by dać wyraz wdzięczności za szansę pobytu na Sycylii, za możliwość wypoczynku w Trapani, za dwa tygodnie swobody, niezależności i radości z przeżywania życiowej przygody.

Mąż dializowany jest od roku, jest osobą niepełnosprawną, a lista zdiagnozowanych chorób jest dość długa. Jesteśmy małżeństwem z 35-letnim stażem. Nasze życie niestety nie było usłane różami. W najgorszych snach nie przypuszczaliśmy, że tak będzie wyglądała nasza przyszłość; żywiecka stacja dializ stała się drugim domem. Mąż twierdzi, że jego tydzień trwa 4 dni. Trzy pozostałe są wyjęte z życiorysu ze względu na dializy. Tu podziękowania dla całego personelu stacji dializ. Pełna świadomość, że życie – nie takie o jakim marzyliśmy, ale jednak życie przez duże Ż – jest w rękach sztucznych nerek i ludzi, którzy je uruchamiają i zatrzymują. To wszystko powoduje, że nasza egzystencja nabiera innego wymiaru. Mimo ograniczeń życie trwa. W tym chaosie nieszczęść, chorób i – wydawałoby się – beznadziei, zapala się światełko w tunelu – możliwość wyjazdu na

Sycylię. Pominę tutaj nasze rozterki i wątpliwości związane z decyzją o wyjeździe. Bo jak z wózkiem inwalidzkim, kulami i walizką leków wybrać się za granicę i to na dwa tygodnie. A jednak, mimo wszelkich wątpliwości, gdzieś tkwił głęboki sens słusznie podjętej decyzji, ale wnioski były jeszcze przed nami.

Na trzy tygodnie przed planowanym wyjazdem zaczęły się prawdziwe problemy. Mąż czuł się coraz gorzej. Skaczące temperatury do 40 stopni, infekcja związana z wymianą cewnika, nasilające się bóle nie wróżyły nic dobrego. Efekt? Po kilku interwencjach lekarzy, tydzień przed wylotem mąż bezpośrednio ze stacji dializ został przewieziony do szpitala. Jego stan był na tyle poważny, że nikt nie wierzył w to, by wyjazd na Sycylię był realny. Właściwie to już pożegnaliśmy się z Sycylią. Przyjeliśmy, że wszystkie nasze starania należy spisać na straty. Byliśmy już pogodzeni z myślą, że Trapani nie jest nam pisane, bo zdrowie na to nie pozwala. Nagle w tych chwilach zwątpienia nastąpił pierwszy optymistyczny przełom: mąż zaczął zażywać antybiotyk. Jego stan w ciągu kilku dni poprawił się na tyle, że lekarka prowadząca zaczęła widzieć możliwość podróży. Ostateczną decyzję miał podjąć ordynator stacji dializ i to on zapalił zielone światło uznając, że nie ma przeciwwskazań do wyjazdu. Dla mnie ryzyko było zbyt duże, dlatego skonsultowałam się jeszcze raz z naszym lekarzem rodzinnym, który zapewnił mnie, że z medycznego punktu widzenia mąż znajduje się obecnie w dobrej kondycji, jest przeleczony z dobrym efektem i tym samym jest to najlepszy moment, by wyjechać na wakacje. Dodał jeszcze prywatnie od siebie, że stawiając się w naszej sytuacji on sam nie zrezygnowałby z takiej szansy. Jednak ostateczną decyzję zostawił nam. I tym oto sposobem mąż wrócił w sobotę wieczorem ze szpitala, a w poniedziałek siedzieliśmy już w samolocie.

**„Największą rzeczą, którą człowiek może osiągnąć na tym świecie to maksymalne**



## **spożytkowanie tego, co nam dane. To właśnie i nic innego, stanowi prawdziwy sukces” (O. S. Mandes).**

Dane nam było przeżyć piękne chwile w egzotycznym klimacie, w przepięknej historycznej scenerii z ludźmi takimi jak my – naznaczonymi wyrokiem z klauzulą odroczonej wykonalności – bo wraz z nami z szansy na dializy w Trapani skorzystały jeszcze trzy osoby dializowane w Żywcu ze swoimi opiekunami.

Lot z Krakowa do Trapani trwał trochę więcej niż dwie godziny. Zaliczamy go do bardzo przyjemnych przeżyć, tym bardziej, że był to nasz pierwszy w życiu lot.

Zamieszkaliśmy w Trapani przy Via Illo w miłym, czystym, wygodnym hotelu należącym do Dialisi Mucaria w dzielnicy portowej. Z okna naszego apartamentu widzieliśmy przybijające do portu statki handlowe i promy turystyczne. Pokoje wyposażone w klimatyzację pozwalały na wytchnienie w porze sjeisty. Temperatury (nasz pobyt trwał od 10 do 24 października) w dzień oscylowały w granicach 24-30 stopni, w nocy było około 20 stopni. Tylko nad ranem, około godziny 4:00, temperatury były niższe aż do wschodu słońca.

Trapani jest otoczone morzem, więc plaże są w zasięgu ręki. Spacer po przepięknym starym mieście, szczególnie wieczorem, kiedy tętnią życiem liczne puby, kawiarenki i pizzerie, są nie lada atrakcją. Kręte, wąskie uliczki, zabytkowe kamienice, katedry i kościoły, stary targ rybny i deptak wzdłuż wybrzeża nie pozwalały na nudę. Pyszna pizza i CUDOWNE LODY, pieczone kasztany i rurki z kremem dodawały smaku całej przygodzie.

Nad zatoką Trapani, na szczycie San Giuliano położone jest przepiękne średniowieczne miasteczko ERICE (dawny Eryks, założony przez syna Wenus i Butasa). Erice charakteryzuje nie tylko położenie 751 m n.p.m., ale także potężne mury obronne, wypolerowany butami pieszych bruk kamiennych uliczek, placyki, podwórka, kamienne domy i liczne kościoły. Jest coś jeszcze – zapierające dech w piersiach widoki. Erice zbudowane jest na niedostępnej górze, która wyrasta tuż nad morzem. Jadąc kolejką gondolową można podziwiać niezwykle widok rozciągający się na Trapani i okoliczne wysepki, kolory morza i saliny. A po wjeździe na szczyt dopiero zaczynają się emocje ...widoki, widoki, widoki... w cztery świata strony. Nie ma tam miejsca, którego nie warto by sfotografować. A wszystko to stłoczone w pradawnych saraceńskich murach. Erice ma też własny mikroklimat. Jest tu chłodniej, a miasto często spowijają chmury. Podobno przy sprzyjającej widoczności można z Erice dostrzec zarys Etny na przeciwległym dalekim brzegu wyspy.

Innymi miejscami do zwiedzania są wyspy EGADY: FAVIGNANA, LEVANZO i MARETTIMO, na które codziennie,

systematycznie kursują promy. Można także z Trapani ruszyć do Marsali lub Mazary, można pojechać do Palermo i wielu innych, ciekawych miast sycylijskich. To tylko mała cześć atrakcji, w jakie obfituje ta włoska wyspa. Dlatego my już dziś marzymy o tym, by móc powtórzyć taki wyjazd, na co jest szansa. Przeżyliśmy i zobaczyliśmy wiele, ale jeszcze więcej przed nami...

## **„Prawdziwe spotkania z innymi ludźmi nie tylko są jednym z najlepszych leków przeciwdepresyjnych, jakie istnieją, lecz także wydłużają życie” (M. A. Puig).**

W pełni zgadzamy się z tą sentencją. Dzięki wspaniałym ludziom, których tu spotkaliśmy i których nie sposób wymienić z imienia i nazwiska, poszerzyliśmy swoje horyzonty i nabraliśmy apetytu na życie.

## **„Tam gdzie jest akceptacja, czujemy się jak u siebie..**

Tak, czuliśmy się jak w domu, a nawet dużo lepiej. Zapomnieliśmy o chorobie i naładowaliśmy nasze życiowe baterie. Bardzo, bardzo chcemy tam wrócić, tęsknimy za Trapani...

## **„Gdy na czymś nam naprawdę zależy, musimy wierzyć w to, że gdy uczynimy krok naprzód, to mimo obaw przed rzuceniem się w pustą, bo nieznaną przestrzeń – zacząć nam wyrastać skrzydła” (M. A. Puig)**

Chcielibyśmy, by i inni mogli poczuć, jak wyrastają im skrzydła, które pozwolą na zmianę marzeń w rzeczywistość. A sobie życzymy, by skrzydła, które zaniósł nas do Trapani nie opadały, lecz szeroko rozwarte, lekko zaniósł nas po raz wtóry na bajeczną Sycylię.



Z serdecznymi pozdrowieniami i głębokimi ukłonami w stronę tych wszystkich ludzi i instytucji, które realizują tak wspaniałą akcję i tym samym podnoszą poziom życia ludzi dializowanych przekazujemy nasze osobiste wrażenia, by dać świadectwo jak wielkie korzyści ona przynosi.

Dziękujemy.  
Małgorzata i Jacek z Żywca

PS. Wędkarze mogą zabrać kije ze sobą, nie potrzeba żadnych pozwoleń.

## Buongiorno Sicilia, czyli jesienne wakacje na plaży

Kąpiel w ciepłym morzu i gorący piasek plaży w październiku? Dlaczego nie? Tak pomyślałem po przeczytaniu folderu o jesiennych wakacjach na Sycylii, który dostałem na swojej stacji dializ. Już parę dni później miałem zarezerwowane bilety lotnicze dla mnie i mojej żony Anny.

W pierwszych dniach października wylądowaliśmy w Trapani, mieście na zachodnim krańcu Sycylii. Okazało się, że Polacy nie są jedynymi przybyszami – byli tam także goście z Litwy, Niemiec i Holandii. Zauważalna różnica to zupełnie inny klimat, temperatura około 25-28 st. C, a w morzu woda idealna do kąpiei.

Klucze do apartamentu w Palazzo Mucaria, gdzie zamieszkaliśmy, przekazała nam Pani Rosaria z administracji stacji dializ. To nowy budynek należący do ośrodka dializ Mucaria. Posiada w pełni wyposażone apartamenty łącznie z klimatyzacją.

Stacja dializ, której szefem jest dr Mucaria, to nowoczesny ośrodek, w którym pracują najnowsze maszyny Fresenius 5008, a personel pielęgniarski to właściwie sami mężczyźni! Super mili, uprzejmi i zawsze uśmiechnięci! Czterogodzinne dializy wydawały się znacznie krótsze za sprawą pielęgniarzy, którzy byli ciekawi nas i rozmów z nami. Pomimo że niekiedy występowała między nami bariera językowa, zawsze jakoś się dogadaliśmy. Dodam, że każda dializa rozpoczynała się od... kawy, typowo włoskiej, mocnej i słodkiej, podawanej przez pielęgniarza. Ale nie tylko dializami tam żyliśmy. Mieszkaliśmy w pobliżu centrum Trapani i wszędzie mieliśmy blisko: do starożytnej części miasta, do portu, do głównej ulicy skupiającej niezliczoną ilość kawiarenek, pizzerii i sklepów każdej branży oraz oczywiście do plaży z czystą i ciepłą wodą.

Trapani to miasto leżące u podnóża góry San Giuliano, na szczycie której znajduje się Erice – miasteczko z potężnymi murami obronnymi, wypolerowanym brukiem kamiennych uliczek, placami, podwórkami i kamiennymi domami – po prostu cud! To trzeba zobaczyć! Jest też wiele innych miejsc w pobliżu, które warto obejrzeć, a to między innymi: San Vito lo Capo z piękną plażą, archipelag Egady, który tworzą wyspy Favignana, Levanzo i Marettimo, czy Marsala – miasto znane między innymi z produkcji wina.



Oczywiście warto pojechać też do Palermo, największego miasta Sycylii, z bardzo ciekawą architekturą, wieloma ciekawymi miejscami i pysznymi lodami. Wracając z Palermo warto zahaczyć o Mondello, nadmorski kurort, znany między innymi z plenerów do wielu filmów, plaży i krystalicznej wody.

Szkoda tylko, że te dwa tygodnie tak szybko minęły, ale już dziś myślimy o przyszłym roku i wakacjach. Być może znów na Sycylii, bo w Polsce o tej porze roku zimno, brrr! Polecam!

Andrzej Lewicki

## Hemodializa wakacyjna na Sycylii

Tak zatytułowaną ulotkę znalazłem w tym roku na półeczce z informacjami w Ośrodku Dializoterapii Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie. Ośrodek prowadzi pani dr Agnieszka, która oprócz profesjonalizmu i pełnego empatii podejścia do pacjenta dba o to, aby bywalcy ośrodka mieli stały dostęp do nowości z tej dziedziny.

Zainteresowałem się znalezioną tam informacją celem zajęcia uwagi czymkolwiek, co pozwoliłoby mi wypełnić czas oczekiwania na swoją kolejną dializę. Nie był to czas stracony. Z ulotki dowiedziałem się na przykład, że na Sycylii od 40 lat działa Centrum Hemodializ doktora Filippo Mucarii w Valderice i Alcamo i że w okresie od października do marca tego i przyszłego roku ośrodek ten przygotował promocyjne sesje dializ dla pacjentów z krajów Unii Europejskiej. Są one realizowane pod chwytliwym hasłem „hemodializy wakacyjne na Sycylii” – nowość dla pacjentów, którzy przy okazji odbywanych hemodializ pragną spędzić czas w atrakcyjnym turystycznie regionie miasta Trapani. Jak podaje ulotka, rejon ten „oferuje możliwość zróżnicowanego spędzania wakacji w opowie przyjemnego klimatu o każdej porze roku”. Postanowiłem na sobie sprawdzić siłę tej reklamy i rozpocząłem działania. Pierwsze rozmowy, prowadzone w języku włoskim, angielskim i polskim, doprowadziły mnie niemalże „po omacku” do Joanny Bernet, która w końcu skutecznie porozumiała się z doktorem Mucarią. Postawił on jednak warunki: pacjent musi być dializowany, mieć wypełnione druki badań od nefrologa, europejską kartę ubezpieczenia

zdrowotnego (do odebrania w NFZ) i zarezerwowany lot tanimi liniami lotniczymi na Sycylię. Inne koszty (zakwaterowanie, dializy, dowóz 10 km do miejsca dializ) centrum bierze na siebie, wspólnie z polskim NFZ.

Zbliżał się koniec wakacji. Gwarantowało to znośne temperatury na Sycylii, co jest równie ważne jak koszty utrzymania... Potrzebne dokumenty załatwiłem w tydzień i znalazłem lot z Krakowa do Trapani liniami Ryanair na dzień 2 września. Mój pobyt miał trwać 2 tygodnie (czasowy warunek tych dializ), ale w przypadku spędzenia 1 miesiąca z hemodializami, osoba towarzysząca pacjentowi otrzymuje darmowe zakwaterowanie. Warto więc jechać we dwójkę na taki miesiąc. Pozostaje jeszcze kwestia kosztów wyżywienia i programu turystycznego, ale to da się ustalić dopiero na miejscu... Z pobieżnych informacji dowiedziałem się, że koszty utrzymania są zbliżone do tych w Polsce. Teraz mogę powiedzieć, że to stanowczo nieprawda! Są niższe! A owoce i warzywa dużo lepsze... Za kwotę 820 złotych (lot w obie strony z Krakowa) wylądowałem po 2,5 godzinie na lotnisku w Birgi pod Trapani. Autobus do miasta już stał pod halą przylotów i za cenę niespełna 5 euro po pół godzinie jazdy wysiadłem pod sześciopiętrowym apartamentowcem o wdzięcznej nazwie Palazzo Caruso. Z nazwą o wydźwięku muzycznym miał on tyle wspólnego, że usytuowano go tuż przy samej hałaśliwej ulicy portowej. Spotkałem się tu z czekającą na mnie Rosarią Oddo, tłumaczką języka angielskiego, skierowaną przez centrum do obsługi dializowanych cudzoziemców.

Dwuosobowy apartament, który został mi przydzielony, posiadał aneks kuchenny i standardowe hotelowe wyposażenie. Kolejny przejaw komfortu stanowiła wygodna łazienka i obszerny balkon. Poinformowano mnie też, że w dni dializ, około godziny 7 rano, będzie przyjeżdżał po mieszkających w obiekcie pacjentów (również i mnie) ambulans. Stąd jeździliśmy na zabiegi do odległego o 10 km Valderice.

Sala dializ w ośrodku w Valderice mieści 20 elektronicznych łóżek. Każdy pacjent jest tu obsługiwany przez wykwalifikowanych, uważa, pielęgniarzy. Mężczyźni są uprzejmi, delikatni, widocznie dobrze opłacani!

Wskazano mi łóżko przy maszynie do dializy, a następnie „pani porządkowa” przyniosła pacjentom śniadanie – bagietkę z serem i pomidorami lub z szynką oraz wodę mineralną i kawę. Po dializie ambulans zawiózł nas z powrotem do apartamentu i mieliśmy czas wolny. Do następnej dializy... Przed wyjazdem na Sycylię przygotowałem na swój użytek program zwiedzania, w którym głównym punktem było miasto-port Trapani. Tutejsze plaże, porty, obiekty obronne, parki, muzea i pomniki zajęły moją uwagę przez kilka dni. Potem zwiedziłem nieodległe solanki i znajdującą się na górującej ponad miastem skale średniowieczną miejscowość Erice, do której jedzie się powietrzną gondolą (9 euro w obie strony). Jednak najbardziej atrakcyjne w tej okolicy są wyspy Egady: Favignana, Levanzo i Marettimo, na które codziennie mówi się o nich „skalne klejnoty zanurzone



w turkusowym morzu”, więc kąpiel w takim otoczeniu ma działanie silnie terapeutyczne.

Rejs turystycznym statkiem w połączeniu ze zwiedzaniem wysp

(w lokalnym porcie można wypożyczyć rower i zagłębnić do nadmorskich jaskiń) oraz obiadem na pokładzie: kanapka, makaron, pesto, owoce i wino, warte są 40 euro, które trzeba zapłacić za 8-godzinną wyprawę. W Polsce za te pieniądze nie weźmiesz udziału w tak atrakcyjnej imprezie.

Możliwości wypełnienia programu turystycznego jest oczywiście więcej. Zależą one od długości pobytu, a także od przeznaczonych na ten cel środków. W skrócie wymienię tylko kilka: Scopello (ruiny zamku i morskie turnie), Segesta (przykład miejscowej cywilizacji), Motya (osada fenicko-punicka), Selinunte (sanktuarium i obiekty z VI w. p.n.e), Dolina Świątyń w Agrigento, Cefalu (zabytki z XII w. i magiczne położenie), Palermo czy nawet nieco odległa Etna. Dla turysty niebagatelne znaczenie ma miejscowa gościnność, pomocna dłoń i tradycyjna muzyka... Może ktoś zechce się dołączyć, bo ja wybieram się do Trapani w marcu przyszłego roku.

Andrzej Śmiały



## Sycylia – lazurowe morze, oliwne gaje i drzewka cytrusowe



Pobyt na Sycylii – w Trapani, zwiedzanie Erice, Favignany, Monreale, Palermo i Mondello – stał się możliwy tylko dzięki zaproszeniu dr Mucarii na wakacyjny pobyt wraz z możliwością leczenia hemodializami w ośrodku dializ w Valderice.

Był to nasz pierwszy tak długi pobyt zagraniczny związany z leczeniem i wypoczynkiem jednocześnie. Na początku przerażała nas odległość Sycylii od Polski, ale po wylądowaniu zmieniliśmy zdanie na temat przemieszczania się samolotami – szybko i wygodnie.

W Trapani zamieszkaliśmy w starym mieście i do wszystkich jego zabytków mieliśmy parę kroków. Dostęp do wszechobecnej kultury i architektury z poprzednich stuleci wzbudzał szacunek i podziw dla wielu pokoleń ludzi, którzy budowali i utrzymywali te dobra w stanie użyteczności. Zewsząd wiało historią i klimatycznym odzwierciedleniem tradycji i obyczajów ludzi tam zamieszkujących. Choć kultura ta tak bardzo różni się od naszej, jest ona przyjazna i otwarta dla cudzoziemców. Panuje swoboda i wyjątkowe przesłanie, że wszystko ma służyć człowiekowi, a nie odwrotnie. Piękne widoki u nas niespotykane – morze wśród gór, oliwne gaje, pomarańczowe i cytrynowe drzewa oraz mnóstwo kwitnących krzewów. Zachwyt wzbudziło w nas Morze Śródziemne – woda krystalicznie czysta, ciepła, przybierająca wszelkie odcienie błękitu w zależności od pory dnia.

Z zaangażowaniem poznawaliśmy smaki kuchni śródziemnomorskiej dzięki jej oryginalnym produktom kupowanym na targu i w małych sklepikach. Ich smak różnił się znacznie od towarów dostępnych w sieciówkach i dużych sklepach w Polsce, już nie wspominając o niezapomnianym smaku owoców prosto z drzewa.

Wiele zobaczyliśmy, ale przecież nie wszystko – za mało

czasu i zdrowia...

Serdeczność, troskliwa opieka oraz radość niesiona z pomocą na długo zostaną w naszych sercach i pamięci. Na pewno będziemy tęsknić i przygotowywać się do kolejnych odwiedzin!

Maciej Kunicki

## Bezcenne wakacje na Sycylii



W październiku tego roku miałem okazję wyjechać na urlop na Sycylię do miejscowości Trapani. Nie byłoby w tym nic nadzwyczajnego, wyjazd zagraniczny jakich wiele, gdyby nie pewne „ale”.

Otóż od pewnego czasu jestem pacjentem stacji dializ. Dlatego też każdy dalszy wyjazd jest zarówno dla mnie jak i dla mojej rodziny problemem. I oto nadarzyła się okazja wyjazdu, który umożliwiła mi klinika Dialisi Mucaria, właśnie na Sycylii. Ww. klinika pokryła koszty przelotu samolotem wynoszące 100 EUR oraz darmowy pobyt w pięknym apartamentowcu, gdzie miałem wraz z żoną do dyspozycji takie atrakcje jak np. sauna, jacuzzi oraz siłownia. Żona natomiast opłaciła sobie tylko przelot samolotem, a za 2-tygodniowy pobyt zapłaciła jedyne 100 EUR, a więc była to super okazja.

Miasto Trapani okazało się piękne, a pogoda wspaniała. Można było się opalać i kąpać w morzu. Na dializy, podczas których panowała prawdziwie rodzinna atmosfera, byliśmy dowożeni samochodem.

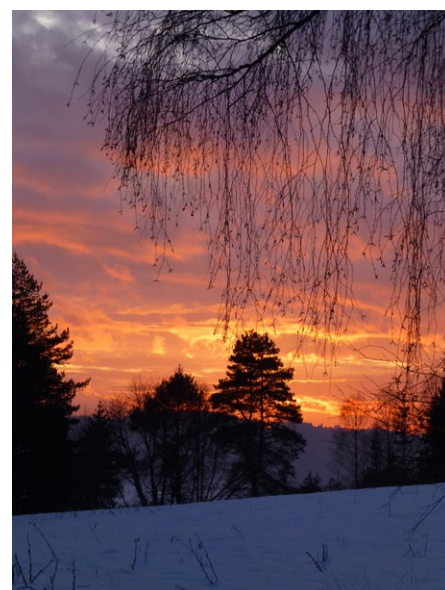
Oprócz zwiedzania Trapani byliśmy również na wycieczce autokarowej w Palermo, na którą wraz z nami udał się sam właściciel stacji dializ, dr Filippo Mucaria. Zorganizowano nam również wieczorek pożegnalny.

Najważniejsze jednak i zdumiewające zarazem było to, że w czasie pobytu na Sycylii przybór wagi pomiędzy dializami bardzo się zmniejszył i szczęśliwie utrzymuje się do dnia dzisiejszego.

Jednym słowem pobyt w Trapani wspominamy razem z żoną bardzo ciepło i myślimy o powtórce już wiosną 2017 roku.

Jan Jędruch

## Czy pamiętacie takie zimy?





---

## 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 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](http://www.osod.info)**

# POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW



**Prof. dr hab. med. Kazimierz Trznadel  
(1926-2016)**

Profesor Kazimierz Trznadel urodził się w Borkach Nizińskich w Małopolsce. Po ukończeniu w 1949 r. Szkoły Oficerów Rezerwy w Szczecinie rozpoczął naukę na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego, którą kontynuował w Łódzkiej Akademii Medycznej w ramach Fakultetu Wojskowo-Medycznego. Dyplom lekarza uzyskał w 1954 r. rozpoczynając trwającą 37 lat karierę lekarza wojskowego, m. in. w 10. Pułku Łączności we Wrocławiu. Z tego okresu datują się pierwsze kontakty z Kliniką Nefrologiczną wrocławskiej Akademii Medycznej, gdzie początkowo, jako wolontariusz, a następnie etatowy asystent pracował pod kierownictwem cenionego internisty i nefrologa, profesora Zdzisława Wiktora. W 1959 r. kapitan-lekarz medycyny Kazimierz Trznadel został asystentem w III Klinice Chorób Wewnętrznych WAM w Łodzi kierowanej przez prof. Andrzeja Himmla. W 1961 r. Profesor, wówczas nadal kapitan-lekarz, zorganizował w Klinice ośrodek dializacyjny. W tym okresie była to pierwsza w wojskowej służbie zdrowia, a trzecia w Polsce stacja hemodializ. Stacja wyposażona była w cztery aparaty dializacyjne produkcji niemieckiej, skonstruowane w oparciu o model tzw. nerki freiburskiej. Ośrodek świadczył usługi lecznicze nie tylko dla wojskowych i ich rodzin, ale również dla cywilów z obszaru 1/3 Polski. Leczono przypadki ostrej i przewlekłej niewydolności nerek, a także wiele ostrych zatrueń.

Na przełomie lat 70. i 80. ośrodek, dzięki staraniom Profesora, wyposażony został w wielofunkcyjne aparaty dializacyjne firmy Gambro, wówczas jedne z najnowocześniejszych w Europie. Stale śledzący postępy dializoterapii Profesor doprowadził również do wyposażenia stacji w zestawy do hemofiltracji, umożliwiającej usuwanie z organizmu nadmiaru wody, oraz hemoperfuzji, który to zabieg polegał na przepuszczaniu krwi przez kolumnę ze specjalnie spreparowanym węglem aktywowanym i oczyszczaniu jej z niepożądanych substancji metodą absorpcji. Profesor był pionierem tych nowoczesnych metod leczniczych w Polsce. W 1965 r. Prof. Trznadel obronił pracę doktorską. Jej tematem była organizacja nowego modelu polowego szpitala wewnętrznego. Wkrótce potem uzyskał stypendium naukowe w Klinice Nefrologicznej w Glasgow, kierowanej przez profesora Kennedy'ego. Tam właśnie zrodziło się Jego zainteresowanie powikłaniami dializoterapii, co zaowocowało badaniami i obronioną w 1972 r. rozprawą habilitacyjną pt. „Kliniczne i doświadczalne

badania nad patogenezą dializacyjnego zespołu zaburzeń równowagi biologicznej”.

W 1975 r. wprowadzono w WAM reorganizację instytutową, w ramach której Profesor został kierownikiem nowopowstałej II Kliniki Chorób Wewnętrznych WAM, przemianowanej następnie na II Klinikę Chorób Wewnętrznych, Interny Polowej i Toksykologii. Profesor nawiązał niezwykle owocną współpracę naukową z Zakładami Fizjologii i Patofizjologii WAM, której efektem były dalsze badania nad ubocznymi skutkami dializoterapii. Dorobek naukowy oraz działalność dydaktyczno-organizacyjna Profesora zwieńczone zostały tytułem profesora nadzwyczajnego w 1978 r., a siedem lat później – tytułem profesora zwyczajnego. Dorobek naukowy profesora Kazimierza Trznadla to 210 publikacji naukowych, których był autorem i współautorem. Wiele z nich ukazało się w znaczących czasopismach zagranicznych, takich jak „Clinical Nephrology”, „Nephron”, „Kidney International”, „Free Radical Biology” and „Medicine”. Za osiągnięcia naukowe Profesor Trznadel był wyróżniany nagrodami ministra obrony narodowej I i II stopnia i Nagrodą Miasta Łodzi. Został również odznaczony wieloma odznaczeniami, w tym Krzyżem Kawalerskim i Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz Medalem Komisji Edukacji Narodowej. Był aktywnym członkiem wielu gremiów doradczych i towarzystw naukowych, m. in. Komisji Mieszanej MON-PAN ds. Współpracy Wojska z Trzema Wydziałami PAN, Rady Naukowej MON ds. Medycyny i Farmacji Wojskowej, Rady Wyższego Szkolnictwa Wojskowego i Nauki, Sekcji Medycznej Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego, Nauki i Techniki.

Profesor Trznadel był również wielce zasłużonym na polu organizacyjnego rozwoju nefrologii polskiej. Był członkiem Komisji Nefrologicznej Wydziału Nauk Medycznych PAN, Przewodniczącym Sekcji Nefrologicznej Towarzystwa Internistów Polskich oraz jednym z ojców-założycieli i pierwszym prezesem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, które to Towarzystwo w 1992 r. nadało mu tytuł honorowego członka. Ponadto był członkiem Zarządu Głównego Towarzystwa Internistów Polskich, a od 1992 r. jest honorowym członkiem tego Towarzystwa i członkiem Europejskiego Towarzystwa Dializ i Transplantacji.

W macierzystej uczelni, Wojskowej Akademii Medycznej, profesor Kazimierz Trznadel, członek Senatu, doszedł do godności Dziekana Wydziału Lekarskiego, a następnie Prorektora, zastępcy Komendanta WAM ds. Klinicznych. Był również Prezesem Wydziału IV Łódzkiego Towarzystwa Naukowego. W latach 1982-1991 pełnił funkcję Głównego Specjalisty Wojska Polskiego ds. Toksykologii. Był promotorem dwunastu doktorów medycyny i czterech doktorów habilitowanych, późniejszych profesorów nauk medycznych.

W czerwcu 2016 roku prof. Kazimierz Trznadel był gościem honorowym 12. Zjazdu Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, którego był twórcą. Zapamiętamy Go jako wielkiego lekarza i naukowca, a także wspaniałego człowieka pełnego pasji poznawczej, pioniera polskiej nefrologii.

prof. dr hab. med. Michał Nowicki