

Czasopismo dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 3 (41) 2021

DIALIZA i Ty

ISSN 1644-5139





DIALIZA i Ty

Czasopismo ukazuje się pod patronatem
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

Dializa i Ty – Czasopismo dla chorych z niewydolnością nerek
NR 3 (41) 2021, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:

prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk

Zastępca redaktora naczelnego:

dr med. Adam Markiewicz

Sekretarz redakcji:

lek. med. Michał Śmigieński

Wydawca:

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

Sekretariat-biuro:

Danuta Maliszewska
tel. 788 684 234
e-mail: danuta.maliszewska@amicusrenis.pl

Komitet naukowy czasopisma:

dr med. Wacław Bentkowski
dr med. Krzysztof Bidas
prof. dr hab. med. Stanisław Czekalski
prof. dr hab. med. Alicja 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. 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

Rysunki: KRZYSZTOF KMIĘĆ

Fotografia na okładce:

JACEK PIETRZYK

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 Pietrzyk

Listy znad morza

- 4 Przewlekła choroba nerek pandemią XXI wieku
– prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

W oczach lekarza

- 6 Katastrofa klimatyczna a choroby nerek
– prof. dr hab. med. Michał Nowicki
Alkalizacja to nie tylko nefroprotekcja
– prof. dr hab. med. Kazimierz Ciechanowski
Bezpieczeństwo pacjenta w jego rękach
– prof. dr hab. med. Tomasz Hryszko, dr med. Katarzyna Kakareko
Dekalog farmakoterapii u starszych chorych z przewlekłą chorobą nerek, czyli o dwóch stronach pewnego medalu
– dr med. Małgorzata Stompór

Pielęgniarka Radzi

- 15 Opieka nad cewnikiem dializacyjnym
– mgr piel. Joanna Babińczuk

Szczepimy się

- 17 Czy pacjent z chorobą nerek powinien się szczepić przeciw SARS-CoV-2 – prof. dr hab. med. Krzysztof Simon
Szczepienie przeciwko grypie a dializoterapia
– dr med. Estera Jachowicz, prof. dr hab. med. Jadwiga Wójkowska-Mach

Głos menegera

- 19 Opieka koordynowana, perspektywy – dr Tomasz Prystacki
Kolejna ankieta czy szansa na ulepszenia?
– mgr Marta Andrzejewska

Wydarzenia

- 22 XIV Krakowskie Dni Dializoterapii
– dr med. Ewa Benedyk-Lorens
Jubileusz Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej
– prof. dr hab. med. Marcin Tkaczyk

Dializy wakacyjne w Ragusie na Sycylii

- 26 Rozmowa z Alessio Scafidi, kierownikiem projektu „Dializy wakacyjne” w stacji dializ DIALISI RAGUSA na południu Sycylii

Jesteśmy na wczasach

- 30 Moje wspomnienie z Sycylii – Krzysztof Cybulski
Wjazd rodzinny do Marina di Ragusa. Etna zdobyta! – Mariusz Wyszkowski
Jak wyjazd na Sycylię do Trapani pomógł w zaakceptowaniu hemodializy – Małgorzata Szot

- Profesor Bolesław Rutkowski Honorowym Profesorem
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk

SŁOWO OD REDAKCJI

Tegoroczna jesień, poza paletą przepięknych kolorów, przyniosła nam także sporo nefrologii. We wrześniu mogliśmy spotkać się na 14. Krakowskich Dniach Dializoterapii, które w zeszłym roku ze względu na sytuację epidemiczną związaną z COVID-19 nie mogły się odbyć. Tym razem szkoleniowo spotkaliśmy się w wirtualnej przestrzeni, co było – nie powiem – doświadczeniem ciekawym. Z drugiej strony o atmosferze bezpośrednich spotkań możemy na razie pomarzyć, z niepokojem przyglądając się czwartej fali pandemii, która dopada nas poniekąd na własne życzenie. Zasady zachowania dystansu społecznego odstawiliśmy na bok, maseczek generalnie nie nosimy, rzadko kto – wchodząc do byle sklepu czy galerii handlowej dezynfekuje ręce. O szczepieniach nie wspomnę, bo kompletnie nie rozumiem, dlaczego odwróciliśmy się plecami do najskuteczniejszego sposobu zabezpieczenia się przed ciężką chorobą a nierzadko śmiercią. Tak zrobił co drugi Polak!. Więc się nie dziwmy, że przy zachowawczej, ba, bierniej postawie rządzących, którzy dali przyzwolenie: – Nie chcesz się szczepić? – cóż, trudno...zmusić cię nie zmusimy ...– czekamy na skutki takiego postępowania. Przełom września i października to kolejny czas nefrologów, tym razem dziecięcych i 9. Zjazd Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej organizowany też wirtualnie przez prof. Andrzeja Brodkiwicza ze Szczecina. A przy okazji – 25 lecie Towarzystwa! Wreszcie –10. Top Nephrological Trends w Poznaniu i stojący na czele tej konferencji prof. Andrzej Oko. Też wirtualnie.

Czasem zastanawiam się, co można dziś robić w prawdziwej rzeczywistości, czyli w „realu”? Pogoda zachęcała do aktywności na świeżym powietrzu. Licznik mojego roweru wyświetlił w 2 miesiące ponad 600 przejechanych kilometrów, co jak na pana po 70-ce jest wynikiem niezłym. Ale też wiele razy wraz z żoną maszerowaliśmy z kijkami po podkrakowskim Lesie Zabierzowskim. Spacerowetrasy od Skąły Kmity przez Dolinę Grzybowską, albo od radaru w Zabierzowie, na zachód, do Kleszczowa. Trasy młodości, spacerów z dziećmi, z wnukami – a teraz nasze, „emerytalne”. Po raz pierwszy – na przekór złotej jesieni i cudownym kolorom – bardzo smutne i skłaniające do refleksji. Las przepiękny był obcym dźwiękiem, jakim było wycie pił spalinyowych. Potem porażający łoskot walących się, ciężkich pni i trzask łamanych gałęzi. I martwa cisza... Z ostępów leśnych wielkie traktory wywlekały dorodne buki, dęby, sosny. Setki pni poukładanych przy drodze. Martwe drzewa. W najbliższej okolicy Krakowa przeprowadzano zabieg wycinania płuc miastu. Czy wiecie, że 1 hektar lasu w ciągu 24 godzin wytwarza około 700 kilogramów tlenu? Zaspokaja to dobowe zapotrzebowanie 2,5 tysiąca osób. Do drzew dostarczających największe ilości tlenu należą pospolity buk, klon i robinia akacjowa (po 1, 1 kg każde), dąb (0,8 kg) oraz lipa i jesion (po 0,7 kg). Jeden duży buk produkuje tyle tlenu, co mniej więcej tysiąc siedemset 10-letnich małych buków! Równolegle z produkcją tlenu drzewa pochłaniają ogromne ilości dwutlenku węgla. Hektar lasu pochłania go tyle, ile produkuje samochód, który przejechał 100 tys. kilometrów. Ktoś z głupoty albo z pogoni za pieniądzem pozbawia nas szansy na zdrowie. Zabiera nam najcenniejsze fabryki tlenu i naturalne pochłaniacze toksycznego dwutlenku węgla i dziesiątek innych zanieczyszczeń przemysłowych. Pod piłami znikają duże drzewa, tak potrzebne w miastach i okolicach zagrożonych

smogiem. Na 10 najbrudniejszych miast w Europie, siedem jest z Polski. A w pierwszej pięćdziesiątce – 33 najbrudniejsze miasta Europy, to polskie miasta! Aż dziw, że nam nie wstyd – ale wycinamy! Drzewa to tlen, tlen to życie. Drzewa to doskonałe klimatyzatory, regulatory klimatu, pochłaniacze tego, co w swojej bezmyślności człowiek wypuszcza do atmosfery bez opamiętania! Efektu cieplarnianego doświadcza już cała planeta.

Kolejny spacer, znowu dźwięk pił. Na kilku drzewach zafoiowane kartki A-4. Anonimowy autor umieścił na nich Requiem dla Lasu Zabierzowskiego. Pozwólcie, Drodzy P.T. Czytelnicy „Dializy i Ty”, że się nim z Wami podzielę:

*Od Skąły Kmity aż po Zbrzę, gdy idę lasem, cały drzę,
Ze drzew prastarych tartaczny los, marzeniom o puszczy zada cios.
Niech bezmiar liści nie zwiedzie Was. Ani młodników letni czar.
I na nie przyjdzie smutny czas, ich przeznaczeniem kominków żar!
Gdzie gniazdo uwić? – myśli kruk, a zając – umknąć między pnie?
Gdy słyszysz maszyn leśnych huk wśród stosów drewna, na runa dnie.
Smutno pomyśleć – a przyjdzie pora, przy założeniu, że przetrwa las,
Że najstarsze drzewo z tego boru jest młodsze, od niejednego z nas...*

Deklaracja w sprawie lasów była pierwszym ważnym porozumieniem ogłoszonym w czasie jesiennej, tegorocznej, ONZ-owskiej konferencji klimatycznej w Glasgow. Podpisało ją ponad 110 krajów, na obszarze których znajduje się 85 % światowych lasów, które określono mianem wspaniałych, tętniących życiem ekosystemów składających się z blisko trzech bilionów zielonych, kolumnowych katedr natury. To płuca naszej planety. Bez nich nie mamy szans. Spójrzmy przyjaźnie na każde drzewo. Rosnące bliżej lub dalej. I zastanówmy się, co się stanie, jak wytniemy kolejne? To przemyślenia na nadchodzące Święta, podczas których zachwycimy się zapachem choinki. Trudno pogodzić tradycję z faktem, że przed nami stoi niedoszła, najwspanialsza fabryka tlenu, którego właśnie co rozpoczętą produkcję – przerwaliśmy... Ale co tam drzewa. Przecież wszyscy martwimy się naszymi chorymi nerkami. Albo dializą. Albo covidem. No cóż, czasem trzeba spojrzeć szerzej. I nie być obojętnym. Nawet EPO nie pomoże, jak tlenu zabraknie.

Redaktor Naczelny
Jacek Pietrzyk



Z okazji zbliżających się
Świąt Bożego Narodzenia oraz Nowego 2022 Roku
składamy najserdeczniejsze życzenia.
Dziękujemy Wszystkim, którzy brali udział we współ-
redagowaniu naszego pisma, a wiernym Czytelnikom
życzymy przede wszystkim zdrowia,
rodzinnej atmosfery pełnej ciepła, życzliwości i miłości
oraz spełnienia marzeń



Zespół Redakcyjny „Dializy i Ty”



Przewlekła choroba nerek pandemią XXI wieku



Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

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

Moi Drodzy,

Tym razem pragnę się z Wami podzielić skondensowaną postacią wykładu inauguracyjnego, który miałem przyjemność wygłosić podczas uroczystej inauguracji roku akademickiego 2021/22 w mojej macierzystej, gdańskiej Alma Mater. W swojej prezentacji starałem się udowodnić, że przewlekła choroba nerek jest niedocenioną pandemią XXI wieku.

Praktyczne wprowadzenie pojęcia i klasyfikacji przewlekłej choroby nerek (PChN) zawdzięczamy amerykańskiej grupie roboczej Kidney Disease Outcome Quality Initiative (K/DOQI), działającej pod kierownictwem Andrew Leveya w ramach National Kidney Foundation w Stanach Zjednoczonych. Stało się to przed blisko 20 laty, w 2002 roku. Prosta w założeniu definicja PChN i 5-stopniowa klasyfikacja, oparta na dwóch powszechnie dostępnych wskaźnikach: szacowanej filtracji kłębuszkowej (eGFR, estimated glomerular filtration rate) i białkomoczowi (albuminurii), stały się rodzajem wspólnego języka dla środowiska nefrologicznego na całym świecie. Klasyfikacja ta została dodatkowo upowszechniona z drobnymi uzupełnieniami przez międzynarodowe gremium Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) działające pod auspicjami Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego. Definicja i klasyfikacja przewlekłej choroby nerek jest stosunkowo prosta. Definicja mówi wprost, że jest to wieloobjawowy zespół chorobowy powstały w wyniku uszkodzenia lub zmniejszenia liczby czynnych nefronów niszczonych przez różnorodne procesy chorobowe toczące się w miąższu nerki. Ważne jest kryterium czasu: uszkodzenie struktury lub funkcji muszą trwać dłużej niż 3 miesiące. Wskaźnikiem uszkodzenia struktury nerki jest białkomocz, albuminuria, oceniana ilościowym ilorazem albumina/kreatynina w moczu powyżej 30 mg/g, zaś wskaźnikiem uszkodzenia funkcji jest obniżenie szacowanego wskaźnika filtracji kłębuszkowej eGFR poniżej 60 ml/min/1,73 m². Pamiętajmy, że dodatkowymi markerami uszkodzenia nerek mogą być albo nieprawidłowości w osadzie moczu albo nieprawidłowa struktura nerek w badaniach obrazowych



(np. USG, tomografii komputerowej lub w rezonansie magnetycznym). Szybko też okazało się, że używając tych wskaźników można było przeprowadzić badania epidemiologiczne w różnych częściach globu. Wynikało z nich niezbicie, że niezależnie od szerokości geograficznej, klimatu, rasy badanych, ich nawyków i obyczajów – wszędzie częstość występowania PChN w badanych populacjach wynosiła ok. 10%. Oczywiście, mowa tu o różnych stadiach zaawansowania choroby, ale – tak czy inaczej – z pełną odpowiedzialnością twierdzę, że PChN jest chorobą społeczną. Na całym świecie w początkach tego wieku cierpiało na nią 600 milionów, a w Polsce ponad 4 miliony osób. Działania środowisk nefrologicznych w wielu krajach (w tym w Polsce) doprowadziły do sytuacji, w której u każdego, kto oznacza sobie stężenie kreatyniny we krwi, niemal wszystkie liczące się laboratoria analityczne podają równocześnie wartość szacowanej filtracji kłębuszkowej eGFR. Wskaźnik ten stał się popularny także w innych niż nefrologia specjalnościach medycznych, między innymi w diabetologii, kardiologii czy transplantologii. Co więcej, wręcz zaleca się wyliczanie eGFR w celu monitorowania terapii. Nie wypada mi mówić o ogromnym wysiłku edukacyjnym, które wzięło na siebie środowisko nefrologiczne na całym świecie, w tym w Polsce, i o tym, że to w Gdańsku nasze laboratorium kliniczne jako pierwsze w kraju wprowadziło automatyczną prezentację eGFR. W Polsce

95% laboratoriów podaje ten wynik, a dla porównania – w Japonii jedynie 75%. Oznacza to, że przynajmniej w tym zakresie przegoniliśmy Japonię, co obiecał kiedyś jeden z klasyków, nota bene też z Gdańska!

Chciałbym w tym miejscu wspomnieć o badaniach epidemiologicznych przeprowadzonych przez ośrodek gdański w 2004 roku w Starogardzie Gdańskim. Zaproszono podówczas do badań 9 700 osób zarejestrowanych w miejscowym POZ, a na badanie zgłosiło się prawie 2 500 chętnych. U 16% z nich stwierdzono białkomocz, będący podstawą do rozpoznania PChN! Także wiek okazał się czynnikiem ryzyka PChN, ponieważ w grupie badanych poniżej 65 roku życia albuminuria występowała rzadziej niż u osób w wieku podeszłym. Publikacja naszych spostrzeżeń w poczytnym czasopiśmie *American Journal of Nephrology* spotkała się ze sporym zainteresowaniem, a wyniki są cytowane po dziś dzień, jako że były jedynym pilotażem epidemiologicznym przeprowadzonym w krajach Europy Środkowej i Wschodniej. W ślad za nefrologami również hipertensjologdy potwierdzili występowanie PChN u ponad 11% pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, wykorzystując inne wzory do wyliczenia eGFR, tj. wzór MDRD i CKD-EPI, a kolejne programy badawcze, między innymi Wobasz Senior i PolSenior Study potwierdzały zwiększoną częstość rozpowszechnienia PChN od 27% w populacji osób powyżej 75 roku życia do 40-55% u osób powyżej 90 roku życia. Ogromnie ważne przesłanie dla całego środowiska medycznego, a także do instytucji zajmujących się organizacją ochrony zdrowia niosą podsumowania i wnioski z tych badań. Stajemy przed wielkim problemem, jakim jest starzenie się społeczeństwa. Według prognoz demograficznych w 2030 roku 65-latkowie będą stanowić 1/3 społeczeństwa i znaczący odsetek z nich będzie miał upośledzoną funkcję nerek.

Warto także w tym miejscu wspomnieć o badaniu Sopkard 15 przeprowadzonym w latach 2006-2010 na zdrowych 14-15-latkach zamieszkujących Sopot. Przebadaliśmy około tysiąca uczniów. Na dodatek 1/4 z nich to byli uczniowie klas sportowych. Obecność białkomoczu stwierdzono u 11% uczestników badania. Ponadto, u blisko 8% tych młodych ludzi stwierdzono nadciśnienie! Biorąc to pod uwagę można śmiało powiedzieć, że prawdziwe jest w tym przypadku znane stwierdzenie, iż „czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci”, ale jakoś trudno żartować z faktu, że średnio co 10-ty „zdrowy” nastolatek nie do końca był zdrowy! Podobne do wyników badań epidemiologicznych z ośrodka gdańskiego przeprowadzanych na dorosłych opublikowali w kolejnych latach amerykańscy i europejscy badacze, a ostatnio także chińscy nefrologdy. Na jednym z niedawnych kongresów *American Society of Nephrology* (ASN) przedstawiono aktualne szacunki dotyczące liczby osób z PChN na świecie. Liczby są bardzo wymowne, powiedziałbym – zasmucające. Obecnie na świecie żyje ponad 850 mln osób z PChN w różnych stadiach. Warto nadmienić, że równolegle w tym samym czasie 420 mln osób cierpi na cukrzycę, 24 mln – na chorobę nowotworową, a 37 mln – jest zakażonych HIV/AIDS. Przechodząc zatem do

tezy postawionej w tytule mogę śmiało twierdzić, że PChN to zespół chorobowy, którego postęp przebiega w sposób pandemiczny. Wiadomo bowiem, że pandemia, jak wynika z definicji zaczerpniętej ze słownika PWN, to nic innego jak „epidemia obejmująca swym zasięgiem bardzo duże obszary”. Zresztą żyjąc tu i teraz mamy pełną świadomość, czym jest pandemia. Mamy bowiem do czynienia z kolejną falą pandemii zakażeń wirusem SARS-CoV-2, a liczba zakażonych COVID-19 na świecie przekroczyła 240 mln osób. Patrząc na obie współlistniejące ze sobą pandemie możemy stwierdzić, że mamy do czynienia ze zjawiskiem syndemii. Syndemia to inaczej epidemia syndemiczna stanowiąca połączenie dwóch lub więcej równoległych epidemii, które poprzez obciążenie dodatkową chorobą pogarszają rokowanie. Taką właśnie sytuację mamy w przypadku współlistnienia pandemii PChN i SARS-CoV-2. Dzisiaj wiadomo, że zakażenie SARS-CoV-2 poza płucami i innymi narządami może uszkadzać nerki. Zidentyfikowano i opisano cały łańcuch patogenetyczny prowadzący do rozwoju PChN w trakcie zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Z drugiej strony osoby z zaawansowaną postacią PChN oraz leczone nerkozastępczo są znacznie bardziej narażone na ciężki przebieg choroby COVID-19, a także na zgon. Dzieje się tak dlatego, że chorzy z krańcową postacią PChN mają w znaczący sposób upośledzoną odporność. Jeśli na dodatek weźmie się pod uwagę zmiany klimatu i zaburzenia struktury oraz funkcji nerek z tym związane, to sytuacja epidemiologiczna i społeczna robi się coraz bardziej skomplikowana. Syndemia COVID-19 i PChN i związane z nimi powikłania doprowadziły – jak dotąd – do blisko 5 mln zgonów. Natomiast jedynie w 2020 roku na schyłkową niewydolność nerek (PChN w stadium 5) zmarło blisko 7 mln chorych. Działo się to oczywiście w rejonach, w których nie było możliwości zastosowania leczenia nerkozastępczego. Były to w głównej mierze ubogie kraje położne w Afryce i Azji oraz częściowo w Ameryce Południowej. Jest rzeczą oczywistą, że jak nie wiadomo o co chodzi, to chodzi o pieniądze. W krajach o bardzo niskim dochodzie na głowę mieszkańca i przy ograniczonych nakładach na ochronę zdrowia będziemy nadal świadkami wysokiej śmiertelności towarzyszącej przewlekłej chorobie nerek. Efekt syndemii może tylko pogarszać sprawę.

Na koniec chciałbym przypomnieć Czytelnikom dane z „Aforyzmów” Hipokratesa, który częstość występowania „objawów nerkowych” oceniał na 3,5% u swoich pacjentów, a częstość „zaburzeń układu moczowego” – na 7,52%, co łącznie daje 11,02%! To wynik bliski współczesnym szacunkom częstości występowania PChN w populacji. I jak tu nie odnosić się z należytym szacunkiem do zdania klasyków medycyny?

Podsumowując powyższe rozważania czuję się upoważniony, by z pełną odpowiedzialnością stwierdzić, że PChN istotnie stanowi pandemię XXI wieku i musimy podjąć szeroko zakrojone działania, aby zapobiec jej skutkom.

Wasz Bolesław

Katastrofa klimatyczna a choroby nerek



Prof. dr hab. med. Michał Nowicki

Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
Centralny Szpital Kliniczny

Zanieczyszczenie środowiska powstałe wskutek działalności człowieka i rozwoju naszej cywilizacji stało się paradoksalnie największym zagrożeniem współczesnego świata. Stawką w walce z zanieczyszczeniem środowiska jest przyszłość naszej planety, zdrowie i życie jej mieszkańców – naszych potomków.

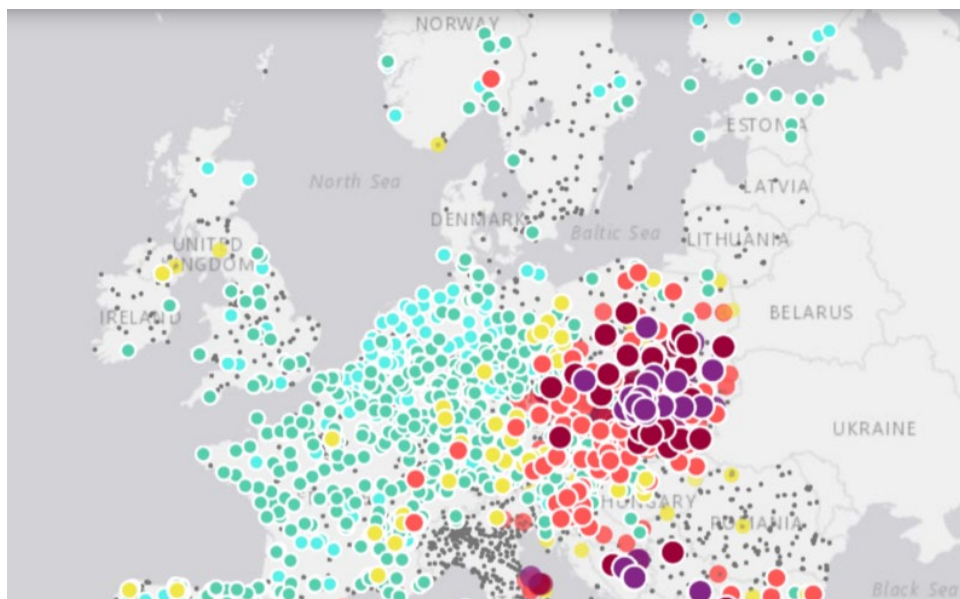
Zapewne wielu z nas słyszy powyższe stwierdzenia w mediach tak często, że już na nie zobojętniało. Nie możemy jednak przyjmować takiej postawy wobec czekającej nas katastrofy klimatycznej. A wszelkie zmiany na rzecz środowiska musimy zaczynać od siebie. Wspólnym wysiłkiem możemy wiele zdziałać, zanim przekroczymy punkt, poza którym od katastrofy klimatycznej nie będzie ucieczki. Wielu naukowców twierdzi, że jesteśmy już na krawędzi katastrofy. Do niedawna większość z Polaków zapewne nie zdawała sobie sprawy, że żyjemy w jednym z najbardziej zanieczyszczonych krajów świata. W sezonie jesienno-zimowym mapy zanieczyszczeń powietrza niemal codziennie pokazują przekroczenia bezpiecznych poziomów zanieczyszczeń (rycina) i to pomimo tego, że polskie normy są średnio dwa razy mniej restrykcyjne niż europejskie. Przyczyną tej sezonowości zanieczyszczeń jest spalanie węgla i innych paliw stałych o złej jakości (np. słynny „ekogroszek”) i to głównie w domach, a nie w wielkich elektrowniach czy zakładach przemysłowych. Ponad połowa zanieczyszczeń powietrza w Polsce pochodzi z domowych palenisk. Oczywiście, do tego dokłada się zanieczyszczenie powietrza z wielkich elektrowni opalanych węglem kamiennym i brunatnym uważanymi za „brudne” paliwo w innych krajach świata, które dawno odeszły od ich używania

do spalania na potrzeby energetyczne. W krajach tych dokonała się transformacja energetyczna ze wzrastającym udziałem źródeł tzw. energii odnawialnej np. z turbin wiatrowych czy elektrowni słonecznych. Dużo mniej zanieczyszczeń daje też spalanie gazu ziemnego, który ma także bardzo wysoką wartość energetyczną. Podobnie jak elektrownie jądrowe, które są niezwykle wydajne – chociaż nierozwiązanym pozostaje wciąż problem składowanych odpadów radioaktywnych, które generują.

Polska elektrownia Bełchatów położona w południowej części województwa łódzkiego opalana węglem brunatnym jest największym „trucicielem” powietrza w Europie, emitując 33 megatony dwutlenku węgla rocznie! To ponad połowę więcej niż największa elektrownia węglowa w Niemczech w Neurath. Na 10. miejscu w rankingu europejskich zakładów-trucicieli znalazła się jeszcze elektrownia Kozienice na węgiel kamienny. Jest ona jednak dużo mniejsza, gdyż wprowadza do atmosfery niecałą jedną trzecią dwutlenku węgla emitowanego przez elektrownię Bełchatów.

Skutki tych wszystkich zmian środowiska spowodowanych przez człowieka są już katastrofalne. Ocenia się, że corocznie z powodu zanieczyszczenia powietrza umiera w Polsce co najmniej 50 tysięcy osób (dane z 2017 roku). Przyczyną tego są zwłaszcza zawarte w powietrzu cząstki o bardzo małej średnicy 2,5 mikrometra, tzw. PM_{2,5}, które wdychane mogą docierać do najdalszych części płuc i stąd rozprzestrzeniać się poprzez krew po całym organizmie. Docierają one między innymi do nerek i ocenia się, że samo tylko zanieczyszczenie powietrza jest przyczyną już ponad 11 mln przypadków przewlekłej choroby nerek w ciągu każdego roku wśród ludności całego świata.

Jak już wspominałem, świadomość zbliżającej się katastrofy



Mapa zanieczyszczeń powietrza na podstawie pomiarów z lokalnych czujników w Europie w dniu 17. stycznia 2020 roku (na podstawie <https://notesfrompoland.com/2020/01/17/>)

klimatycznej jest coraz większa, również i w naszym kraju. Z raportu „Ziemia atakuje” opublikowanego w 2020 roku wynika, że aż 78% Polaków uważało w 2020 roku, że stan w jakim znalazła się Ziemia jest poważny i wymaga szybkich działań. To wzrost o 6% w porównaniu z 2019 rokiem. Nadzieją na pozytywną zmianę jest tu zwłaszcza poprawiająca się edukacja ekologiczna młodego pokolenia. To, że przy obecnym wzroście emisji zanieczyszczeń i zwiększaniu się średniej temperatury na Ziemi (proces „globalnego ocieplenia”) grozi nam zagłada, a właściwie samozagłada, stało się już powszechnie uznaną opinią olbrzymiej części naukowców. Oczywiście, istnieje też grono sceptyków negujących zmiany klimatyczne spowodowane przez człowieka – ale jest już ono w istotnej mniejszości. Poczucie zagrożenia powoduje, że zmienia się też określenie tego, co nam zagraża. Proces zmian klimatycznych jest obecnie nazywany „apokalipsą klimatyczną”. Apokalipsa klimatyczna nazywana również dystopią klimatyczną i zapaścią wywołaną klimatem ogólnie oznacza przewidywany scenariusz, który obejmuje globalny upadek cywilizacji ludzkiej i potencjalne wyginięcie człowieka – jako bezpośredni lub pośredni skutek antropogenicznej (a więc zależnej od człowieka) zmiany klimatu. Wielu naukowców i badaczy uważa, że w rzeczywistości, o ile nie zostanie nieuchronnie wdrożona poważna korekta naszej działalności, część lub cała Ziemia stanie się niezdatna do zamieszkania w wyniku ekstremalnie wysokich temperatur, ciężkich zjawisk pogodowych, niezdolności do uprawy roślin i zmienionego składu atmosfery Ziemi. Oczywiście, nie da się przewidzieć, czy stanie się to za 10, 20 czy 50 lat? – ale jeśli nic nie zmienimy – stanie się na pewno!

Na stan zdrowia organizmu człowieka zmiany klimatyczne oddziałują na kilka sposobów. W szczególności jest to efekt ocieplania się klimatu, ze wzrostem globalnej temperatury i zwiększającą się częstość fal upałów i związanych z nimi klęsk żywiołowych, takich jak huragany, ulewne deszcze i powodzie czy pożary lasów.

W przypadku zanieczyszczenia powietrza głównymi ofiarami tego zjawiska będzie układ oddechowy człowieka, gdzie dochodzić może do rozwoju obturacyjnych chorób płuc i zwiększona częstość występowania nowotworów różnych narządów (poprzez wdychanie pyłów i dymów zawierających rakotwórcze substancje, takie jak np. benzopiren).

W przypadku chorób nerek związek ich występowania z zanieczyszczeniem powietrza i globalnym ociepleniem jest mniej oczywisty, chociaż też został on już dobrze dowiedziony.

W szczególności ocieplenie klimatu i fale niespotykanych dotąd upałów powodują takie choroby nerek, jak ostre uszkodzenie nerek i kamicę nerkową oraz prawdopodobnie tzw. CINAC (chronic interstitial nephritis in agricultural communities – przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek w społecznościach rolniczych). Ta ostatnia choroba staje się coraz bardziej powszechna w krajach o tropikalnym klimacie, takich jak Indie, Ameryka Łacińska oraz Bliski Wschód i Azja Południowo-Wschodnia.

Zmiana klimatu pogarsza też jakość i dostępność do czystej wody pitnej oraz powoduje jej zanieczyszczenie i zakłóca procesy uzdatniania wody. Ułatwia to transmisję różnych zakażeń, w tym np. leptospirozy czy schistosomiozy oraz

infekcyjnych biegunek powodujących odwodnienie i ostre uszkodzenie nerek.

Należy też pamiętać, że leczenie chorób nerek jest kosztowne dla systemu opieki zdrowotnej, (najdroższa bywa dializoterapia), a w krajach rozwiniętych choroby nerek wymagają nakładów sięgających około 2% całego budżetu systemu ochrony zdrowia. Dodatkowo, proces leczenia i działalność placówek opieki zdrowotnej zużywa duże ilości energii i wody oraz generuje dużo odpadów. Ocenia się, że leczenie produkuje około 4,4% całej emisji gazów cieplarnianych przez działalność człowieka na Ziemi. Z punktu widzenia nefrologa ważnym czynnikiem jest ponadto niedobór wody, sprzyjający odwodnieniu organizmu i wystąpieniu ostrego pogorszenia czynności nerek. Już obecnie 1,1 miliarda ludzi na całym świecie nie ma dostępu do wody, a 2,7 miliarda odczuwa niedobór wody przez co najmniej jeden miesiąc w roku. Do 2025 roku, dwie trzecie ludności świata może stanąć w obliczu niedoboru wody. Nie należy zapominać, że populacja ludzka przyrasta w niespotykanym dotąd tempie, co zwiększa jej zapotrzebowanie na wodę. Przykładowo, jeśli ktoś ma obecnie 60 lat to urodził się wtedy, kiedy na Ziemi żyło niecałe 3 miliardy ludzi, a obecnie żyje na niej prawie 8 miliardów, czyli prawie 3 razy więcej!

W Polsce deficyt wody jest szczególnie dotkliwy z uwagi na uwarunkowanie geograficzne. Dotyczy to zwłaszcza tradycyjnie najbardziej suchych części Polski, tj. Wielkopolski i Ziemi Łódzkiej oraz części Kujaw. Polska ma w efekcie jedno z najmniejszych zasobów wody w Europie. Mamy jej np. ponad 6 razy mniej niż Austria, czy niecałe 10% tego, ile ma Szwecja. Wyrazem deficytu wody był np. szeroko raportowany w mediach brak wody pitnej w wodociągach miejskich, jaki wystąpił latem 2019 w Skierniewicach w województwie łódzkim.

Wszystko to zapewne powoduje, że sytuacja zdrowotna polskiego społeczeństwa stała się tragiczna, i to jeszcze przed pandemią COVID-19, która, niestety zebrała swoje śmiertelne żniwo wśród Polaków. W 2020 roku w Polsce, czyli w czasie pandemii, zmarło 485 tysięcy osób, a urodziło się 359 tysięcy, czyli ubyło nas 129 tysięcy. Ale już wcześniej, w latach 2017 i 2018 po raz pierwszy od II Wojny Światowej średnia długość naszego życia skróciła się, zamiast jak co roku wcześniej – wydłużyć! Dla porównania, we wszystkich krajach zachodniej, północnej i południowej Europy – średnia życia ich mieszkańców w tym samym czasie wydłużyła się.

Co możemy zrobić, aby przeciwdziałać tym zgubnym dla ludzkości procesom? Po pierwsze, emitować mniejszy „ślad węglowy” i to nie tylko poprzez zmianę rodzaju ogrzewania w domu, ale też np. poprzez zmianę sposobu podróżowania (np. pociągiem zamiast samochodem), recykling odpadów domowych, zmianę diety na bardziej roślinną (hodowla zwierząt generuje bardzo dużo dwutlenku węgla i metanu), ochronę lasów. Czyli należy, cytując znaną ekologiczną aktywistkę ze Szwecji Gretę Tunberg, „oszczędzać energię w domu i w pracy oraz zmienić egoistyczny, konsumpcyjny tryb życia na oszczędny, ekologiczny”.

Pamiętajmy, że wszelkie działania podjęte na rzecz ochrony środowiska i klimatu Ziemi, to nasze być albo nie być. Ostatni dzwonek ostrzegawczy już się włączył.

Alkalizacja to nie tylko nefroprotekcja



Prof. dr hab. med. Kazimierz Ciechanowski
Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych PUM

Życie wyszło z wody (słonej!) i jest możliwe dzięki wodzie zawartej w organizmie oraz rozpuszczonych w niej składnikach. W organizmie człowieka woda stanowi około 60% masy ciała – dzieci mają więcej wody, osoby starsze mniej (zwłaszcza osoby otyłe). Woda organizmu człowieka rozmieszczona jest w dwóch przedziałach (określanych często mianem kompartmentów) jako woda wewnątrzkomórkowa (40% masy ciała) i woda pozakomórkowa (20% masy ciała). Woda pozakomórkowa to woda osocza krwi (jej płynny składnik), około 2 – 3 litrów oraz tak zwany płyn śródmiąższowy. Jedną z wielu ról nerek jest pilnowanie objętości i składu płynów ustrojowych – przede wszystkim osocza, ale także pozostałego płynu pozakomórkowego. A od składu tego ostatniego będzie zależał również skład płynu wewnątrzkomórkowego. Nerka jest głównym regulatorem, utrzymującym właściwą objętość oraz skład płynu pozakomórkowego i również skład płynu wewnątrzkomórkowego – narządem, od pracy którego zależy nasze życie! Nasz płyn pozakomórkowy odzwierciedla praocean, z które wyszło życie i jest równocześnie środowiskiem życia naszych komórek. Nerki działają zgodnie z zasadą „litanii do św. Izy” (jest to oczywiście żart, gdyż w języku greckim „izo-” oznacza „równy”, „taki sam”). Kolejność zawołań naszej „litanii” i tym samym mechanizmów działania nerek jest następująca: najpierw izowolemia, potem – izojonia, w końcu – izohydria:

- 1. Izo-wolemia** – oznacza, że pierwszym zadaniem nerek jest utrzymywanie stałej objętości płynów pozakomórkowych naszego organizmu
- 2. Izo-jonia** – oznacza, że suma stężeń kationów (jony o dodatnich ładunkach np. sodu, potasu) jest równa sumie stężeń anionów (jonów o ładunkach ujemnych np. chlorków i wodorowęglanów) – jest to zasada elektroobojętności
- 3. Izo-hydria** – oznacza stałe stężenie jonów wodorowych decydujące o odczynowości, czyli pH płynów ustrojowych. Przyjrzyjmy się teraz bliżej temu trzeciemu zawołaniu, czyli izohydrii – stałemu pH naszych płynów ustrojowych. Wiemy, że życie jest szeregiem skoordynowanych (następujących po sobie) procesów biochemicznych katalizowanych przez

enzymy (biokatalizatory). Każdy enzym działa w zakresie pewnego optymalnego pH, przy którym jest najbardziej sprawny. Dla zapewnienia ciągłości i koordynacji procesów życiowych niezbędne jest „kompromisowe” pH, przy którym będzie możliwe utrzymanie ciągu życiodajnych reakcji. Takie pH dla naszych płynów pozakomórkowych mieści się w wąskim przedziale: 7,35–7,45 (w komórkach jest nieco niższe). To stałe pH zapewnia głównie bufor wodorowęglanowy – mieszanina składająca się z wodorowęglanu i węglanu, których bezwodnikiem jest dwutlenek węgla. Wodorowęglan (HCO_3^-) występuje w stężeniu 22–28 mmol/l – jest to składowa metaboliczna bufora, a dwutlenek węgla (CO_2) – składowa oddechowa o ciśnieniu parcjale 35–45 mm Hg. Obie te dane mamy z badania gazometrycznego („gazometrii”). **Właściwe stężenie wodorowęglanu zapewniają nerki, a prawidłowe ciśnienie parcjale dwutlenku węgla – płuca.** Jeżeli pH krwi spada poniżej 7,35 to takie zmiany pH nazywamy kwasicą, jeżeli pH wzrasta powyżej 7,45 – mówimy o alkalozie albo zasadowicy. Jeżeli zmiany pH wynikają pierwotnie ze zmian stężenia wodorowęglanu, to nazywamy je metabolicznymi (kwasica – za mało, alkaloz – za dużo), a jeżeli ze zmian ciśnienia parcjale dwutlenku węgla – oddechowymi, odwrotnie niż w zaburzeniach metabolicznych (za wysokie, za dużo dwutlenku węgla – to kwasica oddechowa, zbyt niskie, za mało – alkaloz oddechowa). U osób z niewydolnymi nerkami rozwija się kwasica metaboliczna – w ich krwi dochodzi do obniżenia stężenia wodorowęglanów. Przypomnijmy jeszcze o jednej, krytycznie ważnej rzeczy, czyli o granicach życia wyznaczonych przez pH krwi: 95% ludzi nie przeżywa pH krwi poniżej 6,8 lub powyżej 7,8, czyli - odpowiednio - ciężkiej kwasicy i ciężkiej alkalozy metabolicznej.

Jak wspominałem uprzednio, prawidłowe pH krwi w przedziale 7,35–7,45 jest utrzymywane dzięki sprawnej pracy nerek i płuc. Na przeciętnej, mieszanej diecie, każdej doby nasza wątroba wytwarza z tego co zjadamy około 50 mmol kwasów, które są neutralizowane przez 50 mmol wodorowęglanów. W wyniku procesów metabolicznych związanych z produkcją energii i budową tkanek powstaje dwutlenek węgla, który jest wydalany przez płuca, a zneutralizowane kwasy są wydalone przez nerki, które jednocześnie odtwarzają 50 mmol zużytych wodorowęglanów. I tak się dzieje każdej doby. Muszę dodać, że w naszym organizmie w wyniku metabolizmu powstają mocne kwasy, takie jak kwas siarkowy i kwas fosforowy oraz zasady, czyli wodorowęglan. Kwasy po zneutralizowaniu wydalone są przez nerki w dwóch postaciach: jako **kwaśność miareczkowa** – głównie fosforany (mniejsza ilość wydalanego kwasu) oraz **jony amonowe** (większa ilość wydalanego kwasu). Natomiast nadmiar wodorowęglanów jest wydalany bez zmian –

jako wodorowęglany. Żeby wydalić nadmiar kwasów powstających głównie z białek zwierzęcych bogatych w aminokwasy siarkowe, takie jak cysteina i metionina – nerki muszą wytwarzać duże ilości amoniaku. Nerki wytwarzają amoniak z glutaminy – aminokwasu uwalnianego z mięśni. Jeśli – z różnych powodów mamy do czynienia z długotrwałą kwasicią, doprowadzi to do:

1. Uszkodzenia mięśni (uwalnianie glutaminy w celu wytworzenia w nerkach amoniaku)
2. Uszkodzenia nerek – powstający w nerkach amoniak nasila proces zapalny
3. Uszkodzenia kości – nadmiar kwasów jest neutralizowany w kościach, co prowadzi do „wyplukiwania” z nich wapnia. Nawet, jeżeli nerek już „nie ma” (4 i 5 stadium przewlekłej choroby nerek), to i tak dochodzi do kwasowego uszkodzenia mięśni, a kości uszkodzane są tym bardziej.

Wróćmy do jedzenia, jako źródła białka i tym samym źródła kwasów. W poniższej tabelce przedstawiłem kilka przykładów produktów spożywczych i zawartego w nich białka w odniesieniu do wartości kalorycznej i tworzenia kwasów, w różnych ujęciach.

Źródło białka	Białko/100 kcal	Kwasy/100 kcal	Kwasy/1 g białka
Jaja	8,3 g	7,3 mmol	0,88 mmol
Ryby	16,8 g	14,6 mmol	0,87 mmol
Mięso	18,4 g	12,4 mmol	0,67 mmol
Sery	7,1 g	3,3 mmol	0,46 mmol
Zboża	3,2 g	1,1 mmol	0,34 mmol
Strączkowe	10,6 g	- 0,4 mmol	-0,04 mmol

Produkty spożywcze, których metabolizm daje netto więcej kwasów niż zasad określamy jako zakwaszające (duża dodatnia liczba przy kwasach), a te które dają więcej zasad – jako alkalizujące (liczby ujemne przy kwasach). Z tych produktów najbardziej zakwaszające są jaja i ryby, natomiast rośliny strączkowe mają właściwości alkalizujące (ujemne wartości dla kwasów).

Rośliny spożywcze mają właściwości alkalizujące, gdyż mają mało aminokwasów siarkowych, z których powstaje kwas siarkowy, a dużo innych związków organicznych dających wodorowęglan. Zawierają niedużo fosforanów (to dobrze!), ale zawierają dużo potasu, stąd zalecana ostrożność przy spożywaniu większych ilości niektórych produktów roślinnych. Działanie alkalizujące oraz zawartość potasu w produktach roślinnych przedstawiono w poniższej tabelce.

Produkt	Ładunek alkaliczny (mmol wodorowęglanu/100 kcal)	Potas (mmol/100 kcal)
Owoce świeże	5,2	9,4
Owoce suszone	26,0	47,0
Ziemniaki	5,4	11,8
Warzywa korzenne	17,1	34,3
Owoce warzyw	17,5	35,5
Warzywa liściaste	23,4	43,5
Warzywa łodygowe	24,9	54,8

Przykładowo:

1 kg ziemniaków – 100 mmol potasu (ok. 4,0 g)

1 kg bananów – 60 mmol potasu (ok. 2,5 g)

1 kg pomidorów – 60 mmol potasu (ok. 2,5 g).

Właściwa alkalizacja nie tylko chroni mięśnie i kości, ale ma również działanie nefroprotektoryjne – działa ochronnie na nerki, nawet u osób już z zaawansowaną chorobą nerek, czyli z eGFR poniżej 30 ml/min/1,73 m², co odpowiada stadium 4 PChN. Badania naukowe dowodzą, że u takich osób podawanie 2 g wodorowęglanu sodowego dziennie (ok. 40 mmol) prawie ośmiokrotnie zmniejsza ryzyko schyłkowej niewydolności nerek (co najmniej opóźnia potrzebę dializoterapii). Osoby, u których stężenie potasu w osoczu nie przekracza 5 mmol/l mogą alkalizować się za pomocą odpowiedniej diety. Zwiększenie spożycia warzyw i owoców (3 razy więcej warzyw niż owoców!), z ograniczeniem spożycia produktów zbożowych, pozwala na zmianę ładunku kwasowego diety z przeciętnego – 50 mmol/dobę kwasów do wartości alkalicznych – 50 mmol/dobę wodorowęglanów. Taka modyfikacja diety jest bardzo korzystna zdrowotnie, ale wymaga konsultacji dietetycznej. Osoby z tendencją do hiperkalemii, wyższych stężeń potasu we krwi, wymagają częstszego oznaczania stężenia potasu i jego monitorowania (właściwym badaniem będzie jonogram krwi).

Osoby ze stałą hiperkalemią (powyżej 5,0 mmol/l) mogą (i powinny!) alkalizować się przyjmując doustnie wodorowęglan sodu („sodka”, „soda oczyszczona”, Alkala) w ilości 2 – 4 g/dobę.

Dobrze odżywiani dializowani pacjenci powinni spożywać 1,2–1,5 g białka/kg masy ciała/dobę. Pozwala to na osiągnięcie dobrych parametrów dializacyjnych, np. wartości wskaźnika dializy Kt/V dla mocznika rzędu 1,39–1,61 w modelu jednoprzeciętowym (spKt/V), ale jednocześnie prowadzi do wytwarzania kwasów w ilości 1,15–1,25 mmol/kg m.c./dobę, czego niewydolne nerki nie są w stanie usunąć.

W czasie hemodializy dochodzi do gwałtownej alkalizacji, gdyż pH płynu dializacyjnego mieści się w przedziale 32–38 mmol/l (pamiętajmy, że większość dializowanych pacjentów ma stężenie wodorowęglanów przed hemodializą

mniejsze niż 22 mmol/l, czyli ma kwasicę metaboliczną). Wiąże się to z przesunięciem potasu do komórek, stąd stężenie potasu po dializie jest niższe, niż wynikałoby z jego stężenia w płynie dializacyjnym. Takie duże wahania kalemii znacznie zwiększają ryzyko groźnych dla życia zaburzeń rytmu. Dla bezpieczeństwa doraźnego, ale również dla długotrwałych korzystnych skutków zdrowotnych, należałoby alkalizować się w okresie między dializami odpowiednio skonstruowaną dietą zawierającą dużo warzyw, a mało zbóż. Chorzy dializowani wydają nawet 2–3 razy więcej potasu przez przewód pokarmowy, niż ludzie z wydolnymi nerkami. Powinniśmy zatem wszyscy zmienić podstawę

piramidy dietetycznej. **Źródłem błonnika pokarmowego powinny być warzywa, a nie zboża!** Zwłaszcza, że zboża rosnące w naszym klimacie (i w klimacie chłodniejszym od naszego) przed zbiorem dosuszane są „Roundupem”, a ten – niekorzystnie wpływa na naszą florę jelitową! Sprzyja rozwojowi *Clostridium difficile* (bakterii odpowiedzialnej za ciężkie biegunki). A nawet bez tego, ryzyko zapalenia jelit i biegunek u pacjentów nefrologicznych (w tym dializowanych) jest 4 razy większe, niż na innych oddziałach. Zadbajmy wszyscy o nasze wspólne zdrowie! Alkalizujmy się dietetycznie! Jedzmy warzywa!

Bezpieczeństwo pacjenta w jego rękach



**Dr med.
Katarzyna Kakareko**

II Klinika Nefrologii z Oddziałem Leczenia Nadciśnienia Tętniczego
i Pododdziałem Dializoterapii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**Prof. dr hab. med.
Tomasz Hryszko**

Schyłkowa niewydolność nerek wiąże się z występowaniem wielu powikłań, będących konsekwencją głębokich zaburzeń funkcjonowania organizmu. Osłabienie układu odpornościowego u pacjentów dializowanych przekłada się na zwiększoną podatność na zakażenia. Są oni – w porównaniu do osób z prawidłowo funkcjonującymi nerkami – zdecydowanie bardziej narażeni na rozwój bakteryjnych zakażeń krwiopochodnych (posocznicy albo inaczej sepsy), zapalenia płuc, grypy oraz COVID-19, a przebieg tych infekcji jest zdecydowanie cięższy. U wielu pacjentów dializowanych jako dostęp naczyniowy do dializ często wykorzystuje się czasowe lub stałe cewniki dwukanałowe, które sprzyjają wtargnięciu bakterii do krwiobiegu i rozwojowi sepsy – ogólnoustrojowej reakcji zapalnej w odpowiedzi na obecność drobnoustrojów we krwi. Statystyki wyraźnie wskazują na zakażenia, które – obok chorób serca i naczyń – stanowią wiodącą przyczynę hospitalizacji i zgonów osób dializowanych.

Każdy pacjent przygotowywany do programu leczenia powtarzanymi hemodializami wymaga wytworzenia dostępu naczyniowego. Najlepszą opcją jest przetoka tętniczo-żylna, czyli chirurgiczne połączenie naczyń własnych pacjenta na przedramieniu niedominującej ręki, wykorzystując do tego tętnicę promieniową i żyłę odpromieniową w kilku modyfikacjach (dawnej – bok do boku, w kolejnych latach – koniec do boku, obecnie – koniec do końca). Nawrót krwi tętniczej do żyły prowadzi do jej poszerzenia, pogrubienia ściany i zwiększenia sprężystości oraz elastyczności. Ta

tak zwana arterializacja żyły umożliwia jej wielokrotne nakłuwanie, jest obciążona niewielką ilością powikłań i umożliwia sprawny przebieg zabiegu dializy. W przypadku, gdy naczynia własne są nieodpowiednie do wytworzenia przetoki, możliwe jest wykonanie jej z użyciem protez syntetycznych, czyli sztucznego materiału, którym pomostuje się naczynia tętnicze z żylnymi, a sama proteza (graft naczyniowy) zlokalizowana jest tuż pod powierzchnią skóry i także możliwa do nakłuwania. Natomiast, gdy z powodu braku odpowiednich naczyń nawet taka opcja nie jest możliwa, zachodzi konieczność założenia tunelizowanego cewnika dwukanałowego do dializ. Tak zwane cewniki „ostre” są wykorzystywane jako dostęp w nagłych przypadkach u pacjentów z ostrą niewydolnością nerek, ale także u tych z niewydolnością schyłkową, gdy dializy trzeba rozpocząć bezzwłocznie. Zakładane są z wklucia i z założenia wykorzystywane przez krótki okres czasu, niezbędny do wyrównania objawów mocznicy. Cewniki tunelizowane z mułką znane są i stosowane od ponad 30 lat. Dzięki podskórnemu tunelowi zapewniającemu wydłużoną drogę od końcówki zewnętrznej cewnika do wejścia do naczynia oraz dakronowemu mankietowi udało się znacząco zmniejszyć liczbę zakażeń odcewnikowych. Są zdecydowanie trwalsze, wygodniejsze i bezpieczniejsze w porównaniu z cewnikami ostrymi. Jak uczy życie, cewniki tunelizowane szybko stały się powszechnym rodzajem stałego dostępu naczyniowego do hemodializ, chociaż nie do końca udało się wyeliminować największe ryzyko z nim związane, to jest zakażenie. Ryzyko zakażenia – porównując te trzy rodzaje dostępu naczyniowego – jest najniższe w przypadku przetoki tętniczo-żytnej, wyższe – w przypadku protezy syntetycznej, a najwyższe – przy zastosowaniu cewnika.

Najczęstszą postacią zakażenia związanego z dostępem naczyniowym jest bakteriemia, czyli obecność bakterii we krwi, do której przedostały się z zewnątrz na skutek zadziałania różnych czynników. Objawy, jakie mogą towarzyszyć bakteriemii to: gorączka, dreszcze oraz niskie ciśnienie tętnicze krwi. Jak wspomniano, grupą szczególnie narażoną na rozwój bakteriemii są pacjenci mający jako dostęp naczyniowy cewnik dializacyjny. Bakteriemia może u nich prowadzić do rozwoju sepsy. Na szczęście istnieją sposoby umożliwiające zmniejszenie częstości występowania

tego powikłania.

Bardzo istotnym sposobem zapobiegania zakażeniom odcewnikowym jest przestrzeganie procedur zapewniających bezpieczne i jałowe funkcjonowanie cewnika, za które odpowiada personel medyczny stacji dializ. Natomiast równie ważny jest sam pacjent i jego świadomy udział w tym procesie. Mówimy o procesie, a więc o zbiorze czynności powiązanych wzajemnie ze sobą, których realizacja jest konieczna by dializy przebiegały bezpiecznie i skutecznie. By tak się stało, pacjent wpierw musi zdobyć wiedzę, jak ma się zachowywać i jak postępować, by ryzyko infekcji zmniejszyć do minimum. Dodatkowo, pacjent powinien otrzymać jak najwięcej informacji na temat dializoterapii oraz zasad postępowania w stacji dializ, co pozwoli mu zrozumieć – a tym samym świadomie i aktywnie uczestniczyć w działaniach zmniejszających ilości zakażeń, ale także wykluczających samo ich ryzyko. Wyedukowany pacjent będzie znał – na przykład – schemat postępowania personelu stacji dializ w opiece nad dostępem naczyniowym i jeżeli zdarzy się sytuacja, która będzie naruszała zasady bezpieczeństwa – bez obaw wyrazi swoje wątpliwości. Z perspektywy pacjenta warto na samym początku uświadomić sobie fakt, że wraz

z personelem stacji dializ stanowi ON, PACIENT – część zespołu, a zapobieganie infekcjom musi potraktować jako wysiłek wspólny. W wielu stacjach dializ można zobaczyć plakaty informujące o tym, ile dni minęło od rozpoznania ostatniej infekcji odcewnikowej w danym ośrodku. Zwiększają one świadomość zarówno personelu jak i pacjentów, dotyczącą problemu zakażeń oraz stanowią doskonałą informację o jakości opieki i skuteczności podjętych działań. Stanowi to motywację do nieustannego starania, aby uniknąć kolejnego zakażenia.

Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, że stosując się do niżej wymienionych zasad ogólna liczba zakażeń w stacjach dializ zmalała o jedną trzecią, a częstość zakażeń związanych z dostępem naczyniowym zmniejszyła się o połowę. Warto zatem podjąć wysiłek i nie bać się zabrać głosu jako pacjent w sytuacjach budzących niepokój. W ten sposób zwiększa się bezpieczeństwo dializ i poprawia rokowanie pacjentów! Co może zrobić samodzielnie pacjent, żeby zwiększyć bezpieczeństwo względem powikłań infekcyjnych? Przestrzegać kilku podstawowych zaleceń i zasad. Przedstawiamy je poniżej, mówiąc wprost:

1. Myj często ręce i je dezynfekuj
2. Kaszląc lub kichając – zakrywaj usta i nos
3. Dowiedz się, jak wygląda zabieg dializy i czego można się spodziewać w trakcie jej trwania
4. Dowiedz się, jak wyglądają działania zapobiegające zakażeniu prowadzone przez personel stacji dializ
5. Codziennie sprawdzaj swój dostęp

naczyniowy i powiadom personel, jeśli zauważysz, którykolwiek z następujących objawów zakażenia w okolicy ujścia cewnika, tj. zaczerwienienia skóry wokół ujścia tunelu, wycieku ropnej lub surowiczoro-ropnej treści, obrzęku, bolesności miejscowej wokół cewnika i nad przebiegiem tunelu pod skórą

6. Jeżeli opatrunek zabezpieczający cewnik zabrudzi się lub zamoczy – powiadom personel
7. Jeżeli hemodializujesz się przy użyciu cewnika stałego (permanentnego), zapytaj personel o możliwość wytworzenia przetoki tętniczo-żylną
8. Zwracaj uwagę, czy wszyscy pracownicy medyczni myją ręce przed- i po- bezpośrednim kontakcie z tobą lub twoim dostępem naczyniowym w stacji dializ, ale także poza nią.
9. Stosuj się do dodatkowych zaleceń w szczególnych sytuacjach epidemiologicznych, jak np. w trakcie pandemii COVID-19

Na podstawie CDC, Be a safe patient,
<https://www.cdc.gov/dialysis/patient/>

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM ZWIĄZANYM Z HEMODIALIZAMI

CEWNIK



zapytaj o możliwość wykonania przetoki



dbaj o cewnik w domu, unikaj zamoczenia cewnika



często myj ręce zwłaszcza przed i po dializie



poznaj schemat opieki nad cewnikiem w stacji dializ



znaj objawy infekcji oraz sposób postępowania



wiedz co zrobić w razie problemów z cewnikiem

PRZETOKA



dbaj o przetokę w domu, unikaj drapania



często myj ręce zwłaszcza przed i po dializie



umyj przetokę przed zabiegiem dializy



poznaj schemat opieki nad przetoką w stacji dializ



znaj objawy infekcji oraz sposób postępowania



wiedz co zrobić w razie problemów z przetoką



**PAMIĘTAJ, ŻE TY I PERSONEL STACJI
TWORZycIE JEDEN ZESPÓŁ!**

Na podstawie CDC, 6 tips to prevent dialysis infections

Dekalog farmakoterapii u starszych chorych z przewlekłą chorobą nerek, czyli o dwóch stronach pewnego medalu



Dr n. med. Małgorzata Stompór, geriatra

Katedra Medycyny Rodzinnej i Chorób Zakaźnych
Wydział Lekarski, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Nerki znacząco cierpią w rękach starości ... Starość wiąże się z postępującym bliznowaceniem kory i rdzenia, ubytkiem czynnych nefronów, spadkiem filtracji kłębuszkowej (GFR) i pewnymi systemowymi konsekwencjami hemodynamicznymi. Zmiany zaczynają się w 4 dekadzie życia i narastają w 5. i 6. dekadzie, z następowymi zmianami klinicznymi. Makroskopowo nerki zmniejszają się, cienieje kora. Czynnościowo - zmniejsza się klirens, co jednak nie jest równoznaczne z niewydolnością nerek. Zmniejsza się także rezerwa czynnościowa, co oznacza, że każdy dodatkowy stres dla nerki może pogarszać jej funkcję. Począwszy od 5 dekady życia jesteśmy świadkami ilościowego spadku filtracji kłębuszkowej o 0,75 ml/min/1.73m²/rok i dalej, w kolejnych latach. Starsze osoby są bardziej podatne na efekt nefrotoksyczności leków, zaburzeń elektrolitowych, pojawia się i z wiekiem zwiększa ryzyko zaburzeń homeostazy, zwłaszcza w związku z niewłaściwym leczeniem.

Leki mogą indukować chorobę nerek, a ryzyko rośnie wraz z wiekiem. Starsi pacjenci przyjmują nierzadko wiele leków, które mogą wywierać niekorzystny wpływ na poszczególne struktury nerki. Mogą zaburzać krążenie krwi w kłębuszkach, wywoływać ich choroby, uszkadzać kanalikuli nerkowe - co znacząco pogarsza ich czynność, ale także nasilać stres oksydacyjny i uszkadzać komórki. Nadmiar niektórych leków może prowadzić do nadmiernej krystalizacji w moczu i prowokować kamicę.

U ludzi w starszym wieku często jesteśmy świadkami zwiększonej współchorobowości. Doświadczają oni problemów ze strony wielu narządów: niewydolności krążenia, chorób wątroby, trzustki, stawów, tkanki łącznej, zespołów bólowych. Towarzyszy im nadciśnienie, nierzadko cukrzyca, ale też – przewlekła choroba nerek będąca następstwem zmniejszającej się ilości nefronów w nerkach i gorszej filtracji kłębuszkowej – a ogólnie rzecz mówiąc – gorszego oczyszczania i nie do końca skutecznej kontroli równowagi ustrojowej. Wątroba, nerki i przewód pokarmowy są głównymi narządami, które metabolizują leki i je wydalać. Od ich pracy zależy, jakie stężenie osiąga dany lek we krwi i czy nie jest ono toksyczne. Jeżeli bowiem dojdzie do wzrostu skumulowanego stężenia w czasie lek może zamieniać się

w truciznę. Różne leki uszkadzają różne struktury nerki. Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) uszkadzają system podocytów w kłębuszku i mogą prowadzić do białkomoczu. Sterydy anaboliczne i lek stosowany u pacjentów po transplantacji, sirolimus, mogą prowadzić do ogniskowego szkliwienia kłębuszków, popularny lek nadciśnieniowy kaptopryl może wywołać nefropatię błoniastą, a leki przeciwplatekcyjne obniżające krzepliwość krwi (klopidogrel, tilkolidyna) uszkadzają śródbłonek naczyń i mogą dawać objawy zmian zakrzepowych w naczyniach kłębuszków nerkowych. Większość z leków nadciśnieniowych z grupy inhibitorów enzymu konwertującego i blokerów receptora angiotensyny w istotny sposób modyfikuje (zaburza) przepływ krwi przez kłębuszki nerkowe. Wiele antybiotyków jest silnie nefrotoksycznych (antybiotyki: amfoterycyna B, wankomycyna) i tak, jak większość leków stosowanych w chorobach nowotworowych może doprowadzać do ostrej martwicy kanalikowej, czego skutkiem będzie ostre uszkodzenie nerek.

Farmakoterapia osób w starszym wieku powinna być bezpieczna. Czy można zatem pokusić się o stworzenie prostego dekalogu zaleceń dla pacjentów, ale także dla lekarzy leczących seniorów, zwłaszcza tych z nerkowymi problemami? Z perspektywy lekarza wygląda to inaczej niż z perspektywy pacjenta. Lekarz przepisując lek pacjentowi z PChN musi zawsze zadać sobie następujące pytania:

1. Czy wykorzystano wszystkie możliwości postępowania nefarmakologicznego? - np. w leczeniu objawów takich, jak zaburzenia snu, zaparcia itp.

2. Jakie leki, łącznie z tymi bez recepty przyjmuje pacjent? Przeglądaj leki systematycznie, zaangażuj w nadzór opiekunów chorego. Kto jeszcze przepisuje leki pacjentowi?

3. Jaki jest ogólny stan zdrowia mojego pacjenta? Czy ma niewydolność wątroby lub nerek?

Lekarz musi pamiętać o regularnym wykonywaniu badań kontrolnych w pacjenta. Stan narządów chorego, który przyjmuje leki przewlekłe mógł się zmienić (poprawić/pogorszyć). Regularna ocena filtracji kłębuszkowej (wartość szacowana, e-GFR) z wykorzystaniem odpowiedniego wzoru jest godna polecenia. Zawsze przepisując lek osobie starszej pamiętajmy o zespole kruchości (frailty syndrome), którego wiodącym objawem jest sarkopenia, ubytek masy mięśniowej pacjenta. Do wyliczenia eGFR warto sięgnąć po wzór uwzględniający masę ciała chorego.

4. Czy jest jasne wskazanie dla stosowania każdego z leków? Czy nie da się zmniejszyć liczby preparatów? O ile to możliwe unikajmy polifarmakoterapii – zbyt dużej liczby leków!

Unikajmy przede wszystkim leków o działaniu antycholinergicznym (u osób starszych powodują pogorszenie czynności poznawczych, tachykardię, zatrzymanie moczu, zwiększenie ciśnienia w gałce ocznej, suchość w ustach, zaparcie), przedłużających odstęp QT w zapisie EKG) i działających nefrotoksycznie lub wymagających zmniejszenia dawki w niewydolności nerek. Unikajmy stosowania leków nie poprawiających rokowania lub nie zmniejszających nasilenia objawów (unikanie tzw. polipragmazji). Warto opierać się na zaleceniach międzynarodowych i krajowych towarzystw naukowych, u podstaw których leży medycyna oparta na dowodach (EBM). Używajmy specyficznych narzędzi, np. kryteriów STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions), The FORTA List (Fit for The Aged), Beer's criteria.

5. Czy wszystkie choroby pacjenta są odpowiednio leczone?

Lekarze powinni pamiętać o wielochorobowości i zadać sobie pytanie: - Czy pacjent ma włączone wszystkie leki, które mogą mu poprawić rokowanie lub zmniejszyć objawy? Opierajmy się przy podejmowaniu decyzji na zaleceniach międzynarodowych i krajowych towarzystw naukowych. Używajmy odpowiednich narzędzi, np. kryteriów START and STOPP (Screening Tool to Alert to Right Treatment). Unikając polifarmakoterapii musimy też starać się unikać zjawiska underprescribing – „niedoprecypisania” leku, niewystarczającej ich liczby. Lekarz nie powinien dyskwalifikować a priori chorego z przewlekłą chorobą nerek od stosowania leku, który mógłby przedłużyć mu życie.

6. Czy przepisany lek jest w odpowiedniej i docelowej dawce i czy wymaga kontynuacji podawania?

Chcę wszystkim przypomnieć zasadę stosowania leków w geriatric: - Zaczynj od małych dawek, nie śpiesz się, kontynuuj leczenie!, co po angielsku zabrzmi: - Start low, go slow - but go! Zwykle na początku leczenia przewlekłego schorzenia stosujemy zmniejszone dawki, starając się jednak dążyć do dawek zalecanych w wytycznych. Oceniamy rokowanie pacjenta. Czy z uwagi na krótkie prognozowane przeżycie pacjenta i zaawansowanie chorób przewlekłych postępowanie nie powinno ograniczać się do leczenia paliatywnego? W podejmowaniu decyzji pomocne mogą okazać się wytyczne, np. The Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidelines.

7. Czy istnieją potencjalne interakcje lek-lek i lek-choroba oraz lek-pokarmy?

Upředźmy pacjenta, których leków/potraw bezwzględnie powinien unikać (np. acenokumarol i zielone warzywa, kardioprotekcyjna dawka kwasu acetylosalicylowego i ibuprofen).

8. Czy pacjent ma wystarczające wskazówki co do sposobu przyjmowania leków? A może nie umie ich przyjmować prawidłowo?

Np. bisfosfoniany, iniekcje, leki wziewne. Pamiętajmy

o zaburzeniach połykania u chorych, zwłaszcza z chorobami neurologicznymi, z otępieniem. Wielkość tabletek ma znaczenie, stosujemy leki w syropach, formach rozpuszczalnych w jamie ustnej. Pamiętajmy, że nie wolno rozkruszać leków o przedłużonym uwalnianiu. Poinformujmy o tym pacjenta!

9. Czy schemat dawkowania można uprościć (leki 1x dziennie)?

10. Czy niektóre z objawów z którymi zgłosił się pacjent mogą być wywołane przez leki, które przyjmuje?

Mamy tu do czynienia z tzw. kaskadą zapisywania, która może doprowadzić do niepokojących objawów, jak spadki ciśnienia (hipotonia ortostatyczna), upadki, zaparcia/biegunki, pogorszenie pamięci, zatrzymanie moczu, obrzęki. Starajmy się rozpoznawać potencjalne kaskady zapisywania np. leki hipotensyjne – zawroty głowy – betahistyna, amlodypina – obrzęki podudzi – diuretyk pętlowy, np. furosemid.

A czy można mówić o swoistym dekalogu dla pacjentów? Oczywiście, że tak, pamiętając tylko o jednym. Dla wielu z nich będzie to trudny do zaakceptowania spis poleceń, nie zawsze zapamiętanych i realizowanych na co dzień. Z różnych powodów. Niewiedzy ale także niechęci do realizowania zaleceń lekarza lub dietetyczki lecz także z braku woli współpracy. Często będzie to jednak zmęczenie, gorsza sprawność umysłowa, kłopoty z pamięcią, depresja. Spójrzmy na ten swoisty **DEKALOG pacjenta** i odpowiedzmy sobie jako pacjenci.

1. Czy zamiast przyjmować tabletki nie można by spróbować zastosować diety, zmiany codziennego postępowania?

Np. w leczeniu zaparc spróbować zastosować błonnik, w przypadku bezsenności wyeliminować drzemki w ciągu dnia? Zapytajmy lekarza, co możemy poprawić w naszym codziennym postępowaniu, aby uniknąć następnej tabletki?

2. Czy idąc na wizytę do lekarza zawsze mamy przy sobie pełną listę przyjmowanych leków na receptę i bez recepty? (na liście wpisujemy leki od wszystkich specjalistów, z których porad korzystamy!)

Jest to niezmiernie ważne, ponieważ lekarz, do którego idziemy na wizytę, może przepisać nami dokładnie ten preparat, który już zażywamy, tylko pod inną nazwą. Często też przeciwwskazane jest łączenie pewnych leków – jeśli lekarz nie wie co przyjmujemy, łatwo może popełnić błąd i zapisać coś, co ostatecznie pogorszy stan naszego zdrowia. Przeglądajmy własne leki systematycznie, sprawdzajmy daty ich ważności. Zawsze nośmy ze sobą w portfelu listę przyjmowanych leków – w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia, np. omdlenia, wypadku - personel medyczny szybko będzie w stanie zorientować się w naszych konkretnych problemach zdrowotnych.

3. Jaki jest ogólny stan naszego zdrowia? Czy chorujemy na niewydolność wątroby lub nerek?

Regularnie wykonujemy badania kontrolne. Stan narządów odpowiedzialnych za metabolizm leków może mógł się zmienić (poprawić/pogorszyć). W zależności od wydolności narządu i wyników badań lekarz podejmuje decyzje o wielkości dawki poszczególnych preparatów. Spytajmy lekarza prowadzącego, jaka jest optymalna częstość wykonywania badań kontrolnych, które powiedzą wiele na temat stanu naszego zdrowia? Bądźmy przygotowani, aby na wizycie znać swoją aktualną masę ciała albo wartość wskaźnika masy ciała BMI – to ważne przy obliczeniu odpowiedniej dla nas dawki leku.

4. Czy musimy przyjmować wszystkie przepisane leki? Czy nie da się zmniejszyć liczby preparatów? O ile to możliwe, przede wszystkim unikając leków bez recepty

Starajmy się, aby jeden z naszych lekarzy, najlepiej nefrolog, który leczy naszą przewlekłą chorobę nerek (lub lekarz rodzinny) miał nadzór nad wszystkimi naszymi lekami, także tymi przepisywanymi przez innych specjalistów (np. urologa, ortopeda, neurologa, reumatologa). Często niektóre leki są przeciwwskazane w przypadku choroby nerek, pomimo, że działają korzystnie w innych chorobach.

Nie stosujemy bez konsultacji z lekarzem prowadzącym żadnych leków bez recepty, np. przeciwbólowych, czy preparatów ziołowych. Dowiedzmy się od lekarza prowadzącego, który lek możemy bezpiecznie zastosować w przypadku najczęstszych problemów zdrowotnych, takich jak ból głowy czy stawów albo przeziębienie (np. paracetamol dostępny bez recepty jest przeciwwskazany w chorobach wątroby, ibuprofenu nie powinni przyjmować pacjenci po zawale serca). Często nie wolno łączyć ze sobą leków na receptę i preparatów bez recepty (np. zioła np. Ginkgo biloba – miłorząb japoński lub żeń-szeń zaburzają metabolizm wielu leków i mogą nawet spowodować niewydolność wątroby). Im mniej leków, tym lepiej dla naszej wątroby i nerek.

5. Czy wszystkie nasze choroby są odpowiednio leczone?

Skonsultujmy z lekarzem przyjmowane leki w przypadku rozpoznania u nas kolejnego, nowego problemu medycznego. Być może leki dotychczas przyjmowane przewlekłe w tej sytuacji mogą przestać przynosić dobre efekty? Dobrze jest prowadzić zeszyt/książeczkę zdrowia/notatki, gdzie poszczególni specjaliści wpisują rozpoznawane u nas choroby i zalecone leczenie. To proste rozwiązanie może znacznie skrócić czas wizyty i poprawić wyniki leczenia.

6. Czy przepisany lek jest w odpowiedniej i docelowej dawce i czy wymaga kontynuacji podawania?

Jeśli nawet lekarz przepisuje nam leki na kilka miesięcy, starajmy się zgłaszać co najmniej raz na trzy miesiące na kontrolną wizytę. Upewnijmy się, czy leki, które przepisał lekarz nadal musimy stosować i czy ich dawka nie powinna być zmniejszona/zwiększona? Starajmy się nie podejmować takich decyzji samodzielnie, ponieważ pewnych leków nie można odstawiać nagle.

Często może się nam wydawać, że dany lek nie zmienił w sposób zauważalny stanu naszego zdrowia i nie zmniejszył uciążliwych objawów. Wykażmy cierpliwość, niektóre leki rozwijają korzystne efekty dopiero po tygodniach lub miesiącach stosowania i mogą przedłużyć nam życie.

Jeśli opiekujemy się osobą w starszym wieku, niedołązną, z trudnościami z połykaniem, znajdującą się u schyłku życia, która nie może sama o sobie decydować – tym bardziej porozmawiajmy z lekarzem na temat korzyści z przyjmowania zaleconych takiemu pacjentowi leków. Często ich stosowanie może w sytuacji znacznego pogorszenia się stanu zdrowia nie przynosić już pacjentowi żadnych korzyści.

7. Czy istnieją potencjalne interakcje lek-pokarmy?

Czy nie powinniśmy unikać pewnych produktów spożywczych? Na przykład, jeśli przyjmujemy niektóre leki rozrzedzające krew - nie powinniśmy jeść zielonych warzyw? A jeśli chorujemy na cukrzycę i przyjmujemy leki, to czy nie powinniśmy ograniczać spożycia owoców? Zawierają dużo cukru! Jeśli przyjmujemy leki obniżające poziom cholesterolu - nie możemy spożywać grejpfrutów. Porozmawiajmy tym z lekarzem.

8. Czy zawsze zwracamy uwagę na prawidłowy sposób przyjmowania zaleconego leku?

Zapoznajmy się z ulotką leku. Są praktycznie w każdym opakowaniu. Wiem, mamy zawsze argument przeciw, bo „mały druk” – ale sprawdźmy, czy lek ma być przyjmowany na czczo, czy po posiłku, czy można rozkruszać/dzielić tabletki? Pamiętajmy, że leków z dopiskiem XR, SR nie wolno dzielić ani rozkruszać. Czym popijać tabletkę? Czy pamiętamy, że najlepiej popijać leki czystą wodą?

9. Zapytajmy lekarza, czy schemat dawkowania można uprościć, aby był dla nas łatwy i zrozumiały?

Udowodniono, że więcej pacjentów stosuje leki zalecone 1 x dziennie w porównaniu do tych, którzy muszą to robić 4 x dziennie. Wtedy oczywiście łatwiej zapomnieć o którejś z dawek.

10. Czy niektóre z objawów, z którymi zgłaszamy się do lekarza, nie mogą być wywołane przez leki, które przyjmujemy?

Uważnie czytamy ulotki, w których wymieniane są objawy uboczne zażywanych leków. Niektóre leki mogą powodować np. nudności, zaparcia, obrzęki, nawet zaburzenia pamięci czy skoki ciśnienia. Zamiast realizować kolejną receptę na leczenie powyższych objawów przedyskutujmy z lekarzem, czy nie lepiej będzie odstawić „podejrzany” lek, po wprowadzeniu którego nie nastąpiła oczekiwana poprawa, a pojawiły się kłopotliwe problemy.

Swoisty dekalog dla lekarza i dla pacjenta to medal o dwu stronach. Nie ma strony ważniejszej. Obie zawierają przekaz, który decyduje o naszym zdrowiu, obie mają wspólny priorytet - dobrostan pacjenta. Pamiętajmy o tym przepisując leki naszym pacjentom albo – jako pacjenci - sięgając celowo lub niecelowo po kolejną tabletkę... i koniecznie – współpracujmy!

Opieka nad cewnikiem dializacyjnym



Mgr piel. Joanna Babińczuk
I Klinika Nefrologii i Transplantologii
z Ośrodkiem Dializ USK w Białymstoku

W Polsce jest obecnie dializowanych około 19 tysięcy pacjentów, w zdecydowanej większości leczonych powtarzanymi hemodializami. Połowa z nich ma dostęp naczyniowy w postaci stałego (permanenta) cewnika dwukanałowego. Opiekę nad nim sprawuje pacjent wspólnie z zespołem lekarsko-pielęgniarskim.

Nie ma hemodializy bez dostępu naczyniowego. Optymalnym dostępem jest przetoka tętniczo-żylna wytworzona chirurgicznie na przedramieniu niedominującej kończyny górnej. W przypadku braku możliwości jej wytworzenia najlepszą alternatywą pozostaje dwukanałowy cewnik tunelizowany. Cewniki te upowszechnione zostały w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku, co poniekąd wymuszone zostało sytuacją. Późne kierowanie do dializ, brak czasu na wytworzenie przetoki naczyniowej, konieczność rozpoczynania terapii nerkozastępczej ze wskazań życiowych - stresowało tak pacjentów jak i personel medyczny. Cewnik wydawał się być rozwiązaniem idealnym. Gwarantował natychmiastową możliwość dializowania się! Paradoksalnie, ratując życie pacjentów dostrzegaliśmy z czasem pewne pogorszenie jakości ich życia i codziennego komfortu, poprzez pewne ograniczenia zdolności ruchowej, nierzadko konieczność rezygnacji z pracy zawodowej czy pełnienia ról społecznych. Cewnik był kłopotliwym dostępem postrzeganym przez pacjentów jako ciało obce, był przyczyną niepokoju, smutku, depresji, jak również obniżenia samooceny. Sytuacja zmieniała się z czasem. Zmodyfikowano konstrukcję cewników, wprowadzono nowe materiały (silikon, elastomer silastykowy i kopolimery poliuretanowo-poliwęglanowe), mufki zapewniają bezpieczeństwo bakteriologiczne i stabilizację mechaniczną. Tunelizacja cewnika w tkance podskórnej chroni pacjenta przed zakażeniem. Gabaryty zewnętrznych opatrunków uległy wyraźnemu zmniejszeniu a założenie samego cewnika przez doświadczonego lekarza z następową kontrolą rentgenowską lokalizacji końcówki stało się bezpieczną procedurą. Dostrzeżono pewne korzyści z cewnika stałego. Zabieg hemodializy można było rozpoczynać prawie zaraz po założeniu dostępu. Pacjenci nie wymagali nakłuwania przetoki, dbania o nią, ćwiczenia, nie doświadczali bólu – co nie oznacza, że w przypadku posiadania tego rodzaju dostępu można było zachowywać się biernie. Zasada pewnej „aktywności” ze strony pacjenta obowiązywała i nadal obowiązuje.

Hemodializowani przewlekłe na stałym cewniku

dwukanałowym pacjenci muszą być czynnie zaangażowani w proces diagnostyczno-leczniczy oraz znać i rozumieć istotę mocznicy ale muszą także znać podstawowe zasady funkcjonowania samego cewnika i – co najważniejsze – być świadomi czynników ryzyka z nim związanych. Zespół pielęgniarski dba o cewnik. Na dializie. Lekarze w każdej chwili są w stanie ocenić sprawność hemodynamiczną jego działania ale także wykryć objawy dysfunkcji, czy groźnych dla życia powikłań. Praktyka i doświadczenie podpowiadają jednak, że prosty dostęp wymaga szczególnej dbałości. Pacjent z cewnikiem dwukanałowym musi mieć wsparcie osób bliskich, partnera, opiekuna, również psychologa. Ale – o cewnik musi dbać też sam!

Prawidłowo funkcjonujący cewnik gwarantuje każdemu pacjentowi skuteczne zabiegi hemodializy, a tym samym uzyskanie optymalnych parametrów dializacyjnych i w rezultacie maksymalny stopień wydializowania. Aby to uzyskać konieczne jest zapobieganie ewentualnym powikłaniom, jak na przykład zakrzepicy wewnątrz kanałów cewnika, ale także tworzeniu się skrzepów na jego końcówce czy rozwojowi zakażeń, zarówno ogólnoustrojowych jak i miejscowych. Do powstania powyższych powikłań może dochodzić zarówno na skutek niezachowania procedur w trakcie wykorzystywania cewnika przez personel medyczny, jak również w wyniku błędów popełnianych przez samego pacjenta, gdy nieprzestrzegane są zalecenie dotyczące tzw. samopielęgnacji.

Każdy hemodializowany pacjent z cewnikiem stałym musi posiadać podstawową wiedzę dotyczącą zagrożeń wynikających z nieprawidłowego postępowania z cewnikiem i złej opieki nad nim. Wszyscy powinniśmy mieć świadomość, że cewnik dializacyjny może być używany tylko i wyłącznie do zabiegów hemodializy i dostęp do niego może mieć tylko doświadczony personel stacji dializ. Pacjent ma prawo zabronić wszystkim innym wykorzystywanie cewnika np. do pobierania krwi, wykonywania wlewów kroplowych czy przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych. Jego asertywność w tych sytuacjach jest podyktowana dbałością o swoje zdrowie i życie.

Do prawidłowej, wizualnej oceny ujścia cewnika, zlokalizowanego najczęściej na przedniej ścianie klatki piersiowej, pacjent musi znać objawy świadczące o zakażeniu, czyli: bólesności miejscowej w okolicy implantacji cewnika, zaczerwienieniu skóry, obrzęku, wysięku surowiczym lub ropnym i podwyższonej temperaturze ciała. Powinien mieć świadomość, że w sytuacji pojawienia się któregośkolwiek z powyższych objawów należy natychmiast skontaktować się ze swoim ośrodkiem dializ i pamiętać, że czas jest niezwykle istotnym czynnikiem sprzyjającym rozwijaniu się zakażenia a szybka interwencja medyczna pomoże zapobiec groźnym powikłaniom.



Obrzęk ujścia i tunelu cewnika



Zaczerwienienie ujścia cewnika

Cewnik może być problemem u osób z alergią. Pacjenci, u których pojawiają się reakcje uczuleniowe powinni umieć określić okoliczności wystąpienia zmian skórnych i świądu. Alergia najczęściej pojawia się po zastosowaniu środków dezynfekujących, takich jak np. benzyna lub kleju użytego w samoprzylepnych opatrunkach, tzw. opatrunków przezroczystych lub syntetycznej włókniny wchodzącej w skład opatrunków. Zdiagnozowanie alergenu pozwala na szybką eliminację dolegliwości. Na rynku istnieje cała gama produktów zastępczych, hipoalergicznym, które są alternatywą dla tradycyjnych środków stosowanych w stacjach dializ, a mogą skutecznie zapobiegać reakcjom alergicznym.

Na szkolenie przed założeniem cewnika stałego z reguły nie ma czasu. Ale potem, po ustąpieniu objawów mocznicowych i uzyskaniu poprawy stanu zdrowia warto pacjentom przekazać podstawowe wiadomości i zalecenia nt. wspomnianej już samopielęgnacji. Dotyczą one przede wszystkim:

- wzmożonej dbałości o higienę całego ciała, a w szczególności higienę rąk,
- używania mydła o odczynie kwaśnym, co zapobiega wysuszeniu skóry,
- częstej zmiany bielizny osobistej,
- zachowywania szczególnej ostrożności podczas kąpieli, by nie doszło do zamoczenia lub odklejenia opatrunku zabezpieczającego cewnik i zacieku do wnętrza kanału na skórze,
- kontroli szczelności opatrunku,
- zakazu długich, gorących kąpieli (zaleca się mycie pod prysznicem), nawet po właściwym zabezpieczeniu ujścia cewnika opatrunkiem wodoszczelnym,
- zakazu korzystania z ogólnodostępnych akwenów wodnych, saun, jacuzzi,
- zakazu wykonywania samodzielnej zmiany opatrunku, a w sytuacji jego odklejenia – konieczności kontaktu z ośrodkiem dializ,
- zakazu chodzenia bez opatrunku,
- zakazu manipulowania przy kanałach cewnika, skubania go, podciągania lub pociągania, zginania lub przekręcania
- kontroli szczelności zamknięcia zacisków na kanałach i obecności obu koreczków (czerwonego i niebieskiego),
- unikania noszenia odzieży zbyt dopasowanej do ciała,

powodującej otarcia, wywołującej świąd skóry lub uczulenie (syntetyczna bielizna),

- ostrożnego nakładania i zdejmowania odzieży, by nie naruszyć prawidłowo ustabilizowanego cewnika,
- nienoszenia plecaków, toreb, torebek - po stronie założonego cewnika,
- unikania nadmiernego obciążania wysiłkiem fizycznym lub ruchomością obręczy barkowej i kończyny górnej, zwłaszcza po stronie cewnika

Odpowiednia wiedza pozwala budować właściwą postawę pacjenta i jego opiekuna. Wiedza jest podstawą nabywania umiejętności samoobserwacji, samopielęgnacji oraz wczesnego wykrywania powikłań. To zaś umożliwia prawidłowe funkcjonowanie cewnika, sprawne zabiegi hemodializy i dobre samopoczucie pacjenta. Praca edukacyjna pielęgniarki dializacyjnej i/lub lekarza przekłada się na poprawę bezpieczeństwa dializy i lepszą jakość życia pacjentów. Pacjenci z cewnikiem dwukanałowym muszą mieć wsparcie osób bliskich, partnerów, opiekunów a nierzadko również psychologa. Jeżeli ten rodzaj dostępu zostaje przez nich wszystkich zaakceptowany a pacjenci otrzymają pomoc osób bliskich przy wykonywaniu niektórych czynności pielęgnacyjnych (np. podczas mycia się, kąpieli lub oceny ujścia pod kątem ewentualnych powikłań zapalnych) – to jest to niezwykle istotne działanie w budowaniu poczucia bezpieczeństwa i samoakceptacji.

Cewnik permanentny, zadbany, właściwie wykorzystywany może służyć długo i bezpiecznie, nawet do 2 lat lub dłużej. Ale – pamiętajmy, nie jest to dostęp bezpieczny na dłużej. Do długoterminowych powikłań po jego założeniu najczęściej do prawej żyły szyjnej wewnętrznej należy zwężenie lub zakrzepica prawej żyły podobojczykowej, które - w zależności od okresu obserwacji - mogą występować u 40-60% chorych. Do najczęstszych przyczyn dysfunkcji cewnika należy zakrzepica wewnątrz- lub około-cewnikowa, odpowiadająca za 1/3 przypadków utraty dostępu naczyniowego. O czym powinniśmy wiedzieć to to, że nie do końca możemy tym sytuacjom skutecznie zapobiegać, a leczenie przeciwkrzepliwe stanowi metodę uznaną jedynie w profilaktyce wtórnej zakrzepicy. O tym co robić w danym, konkretnym przypadku decyduje jednak lekarz.

Czy pacjent z chorobą nerek powinien się szczepić przeciw SARS-CoV-2



Prof. dr hab. med. Krzysztof Simon

Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii
Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

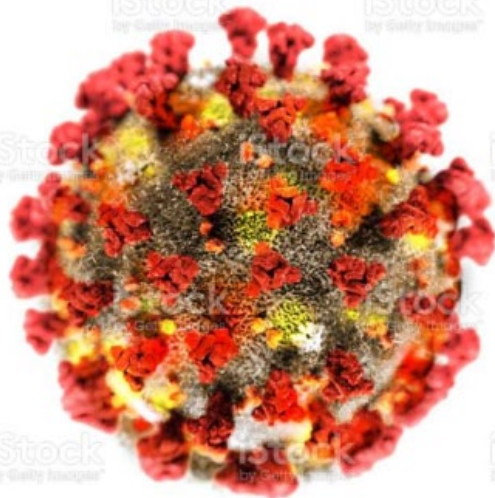
Odpowiadając na pytanie w tytule – **oczywiście tak!** Liczba potwierdzonych zakażeń SARS-CoV-2 w świecie osiąga 230 mln. W Polsce zarejestrowano do chwili obecnej około 3 mln zakażeń, choć uważam, że ta liczba jest znacznie większa. Z powodu COVID-19 zmarło 76 tys. osób, jednocześnie doszło około 120 tys. tzw. nadwymiarowych zgonów z powodu problemów z uzyskaniem właściwej pomocy medycznej w okresie epidemii (niewydolna służba zdrowia lub lęk przed kontaktem ze służbą zdrowia z uwagi na ryzyko zakażenia). Pomimo, iż zakażenie SARS-Cov-2 dotyczy osób ze wszystkich grup wiekowych, to objawowo choruje około 25 % osób zakażonych. Głównie są to osoby po 50. roku życia i młodsze wiekowo, obciążone przewlekłymi chorobami.

Do grupy zwiększonego ryzyka nabycia zakażenia cięższego i długiego trwania COVID-19 oraz istotnie zwiększonego ryzyka zgonu jak i długotrwałych powikłań (ang. long-Covid) należą niestety pacjenci nefrologiczni, szczególnie z cukrzycą

i dializowani – co obserwujemy w bieżącej praktyce klinicznej. Niestety SARS-CoV-2 wykazuje silne powinowactwo do receptora angiotensyny drugiej (ACE2), który to receptor w dużej gęstości występuje nie tylko w płucach, ale też w nerkach jak i śródbłonku naczyniowym, a jak wiemy sprawne naczynia są podstawą sprawnych procedur dializacyjnych. O ile śmiertelność u osób młodszych wiekowo nie przekracza 0,2% spośród zakażonych, to u osób po 70. roku życia to już około 9%, a po 80. roku - aż 20%. Niestety, ludzie młodzi wiekowo są istotnymi przenosicielami zakażenia na osoby starsze, także na te, które nie mogą się szczepić albo szczepienia są u nich nieefektywne. Dodatkowym zagadnieniem staje się tzw. „długi ogon COVID”, czyli zespół pochorobowych problemów zdrowotnych, który może przytrafić się każdemu, kto chorował na COVID-19, nawet jeśli choroba była łagodna lub nie mieli żadnych objawów.

Bez wyszczepienia całej populacji i przy trwającym nadal braku skutecznych leków przeciwwirusowych, nie jest możliwe pokonanie tej epidemii i uniknięcie tysięcy niepotrzebnych zgonów, szczególnie pacjentów obciążonych innymi chorobami, do których należy zaliczyć pacjentów przewlekle dializowanych. Stąd gorący apel do nadal nie zaszczepionych pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Zaszczepcie się!

Szczepionki są ogólnie dostępne, choć oczywiście nie w 100% skuteczne i co najważniejsze bezpieczne wbrew negatywnym opiniom i public relation wygłaszanym w mediach i kanałach internetowych w związku z ich stosowaniem.



Wirus SARS
(Wikipedia)

Szczepienie przeciwko grypie a dializoterapia



Mgr Estera Jachowicz



**Prof. dr hab. med.
Jadwiga Wójkowska-Mach**

Katedra Mikrobiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

Grypa jest ostrą chorobą zakaźną, wywoływaną przez wirusy, trwa zazwyczaj około 7 dni. Jednak kaszel i złe samopoczucie mogą utrzymywać się nawet ponad 2 tygodnie.

Najważniejsze typy wirusa grypy, które mają największe znaczenie epidemiologiczne wśród zakażeń u ludzi to typ A i typ B. Wirus grypy atakuje komórki nabłonka dróg oddechowych, następnie namnaża się w nich i powoduje ich obumieranie. Od roku 2009/2010 najczęściej powodującym zachorowania w Polsce jest wirus grypy typu A, natomiast w okresie od lat 2010/2011 coraz częściej pojawiają się zakażenia mieszane, tak zwane koinfekcje, wywołane różnymi wariantami nie tylko dwóch głównych typów wirusa grypy, ale również wirusa grypy i wirusami grypopodobnymi. Okres wylegania grypy wynosi zazwyczaj od 1 do 4 dni. Wirus grypy przenosi się głównie drogą kropelkową podczas kaszlu, mówienia czy wydychania nosa, ale również poprzez ręce. Zakażona dorosła osoba może być źródłem zakażenia dla innych na 2 dni przed wystąpieniem u niej objawów choroby oraz do 7 dni po wystąpieniu objawów. Niestety, u dzieci zakaźność jest dużo dłuższa. Mogą one zakażać innych już 6 dni przed pojawieniem się objawów i nawet do 10 dni po ich pojawieniu się, łącznie ponad 2 tygodnie!

Główne objawy grypy to przede wszystkim wysoka gorączka, ból mięśni, kaszel, katar, dreszcze, a także ból głowy, bóle w klatce piersiowej, a czasem nudności i wymioty (częściej obserwowane u dzieci niż dorosłych). Podobne objawy mogą wywoływać również inne wirusy oddechowe. Ze względu na możliwe poważne powikłania grypy bardzo ważne jest, aby nie pomylić jej z przeziębieniem. Powikłania w przebiegu grypy najczęściej pojawiają się u osób chorych na przewlekłe schorzenia układu oddechowego, osób z chorobami serca, krążenia i nerek, osób po przeszczepach narządowych, u osób starszych i o obniżonej odporności.

Ciężki przebieg grypy i powikłania pogrypowe mogą prowadzić do stałego inwalidztwa lub zakończyć się śmiercią. To dlatego osoby najsłabsze oraz obciążone innymi chorobami – powinny corocznie zostać zaszczepione przeciwko grypie.

Do najczęstszych powikłań pogrypowych zalicza się:

- zapalenia płuc i oskrzeli oraz wtórne bakteryjne zapalenia płuc
- zaostrzenie astmy
- zapalenie mięśnia sercowego
- zapalenie opon mózgowych i mózgu
- u dzieci, dodatkowo zapalenie oskrzelików, w tym wtórne zakażenia wywołane przez paciorkowca (*Streptococcus pneumoniae*) oraz dwóinkę zapalenia opon mózgowych (*Neisseria meningitidis*) i zapalenie ucha środkowego
- mioglobiniurię, mogącą prowadzić do niewydolności nerek

Należy wiedzieć, że w związku z obniżoną odpornością osoby cierpiące na przewlekłą niewydolność nerek należą do grupy szczególnie narażonych na wystąpienie ciężkich zakażeń wirusowych o powikłanym przebiegu. Pacjenci ci wykazują słabszą odpowiedź immunologiczną na szczepienie, jednak poziom przeciwciał przeciwko grypie jest wystarczający, aby ochronić przed zachorowaniem.

Szczepienia przeciw grypie są najskuteczniejszą strategią zapobiegania chorobie, a także chronią przed powikłaniami pogrypowymi. W sezonie 2021/2022 w Polsce dostępne są cztery szczepionki przeciw grypie, w tym trzy podawane w postaci zawiesiny wstrzykiwanej domięśniowo lub podskórnie (Influvac Tetra, Vaxigrip Tetra, Fluarix Tetra) oraz jedna podawana donosowo dla dzieci i młodzieży (Fluenz Tetra). W sezonie 2021/2022 bezpłatne szczepionki przeciw grypie, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. są dostępne m.in. dla osób urodzonych nie później niż w 1946 roku. Dodatkowo, dla osób w wieku 18-65 lat chorujących na niewydolność nerek, następujące 2 szczepionki przeciw grypie są objęte 50% refundacją, to jest VaxigripTetra (Sanofi Pasteur Sp. z o.o.) i Influvac Tetra (Mylan Ireland).

Pamiętajmy! Jedna osoba chora na grypę zakaża średnio 4 osoby z bliskiego otoczenia.

Dlatego szczepmy się i nie chorujmy!

Opieka koordynowana w Polsce jest potrzebna i możliwa. Podsumowanie panelu dyskusyjnego XIV Krakowskich Dni Dializoterapii: „Opieka koordynowana, perspektywy”



Dr Tomasz Prystacki

Prezes Zarządu Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o.

Tegoroczne Krakowskie Dni Dializoterapii jak zwykle po części skupiły się na kwestiach związanych z organizacją i leczeniem pacjentów nefrologicznych, a także na najnowszych trendach medycznych i postępach w terapii. Miałem niezwykle zaszczyt i prawdziwą przyjemność uczestniczenia w panelu dyskusyjnym, zatytułowanym „Opieka koordynowana, perspektywy” w pierwszym dniu konferencji. Razem z prof. Ryszardem Gellertem, krajowym konsultantem w dziedzinie nefrologii oraz prof. Wojciechem Załuską, rektorem Uniwersytetu Medycznego w Lublinie rozmawialiśmy o tym, czym jest opieka koordynowana, dlaczego od tylu lat o niej mówimy i - co najważniejsze - co dobrego wniesie dla pacjentów dializowanych i leczonych nefrologicznie w całej Polsce?

Czym jest koordynacja opieki nad pacjentem nefrologicznym?

Często mówimy o tej jakże ważnej kwestii, zarówno dla pacjentów jak i całego systemu ochrony zdrowia. W najprostszym ujęciu, opieka koordynowana polega na wyznaczeniu jednej jednostki koordynującej (np. poradni nefrologicznej wraz ze stacją dializ), która odpowiada za kompleksowe leczenie pacjenta. Dzięki temu pacjent nie jest pozostawiony sam sobie w gąszczu specjalistycznych przychodni, lekarzy, którzy leczą jego poszczególne choroby w oderwaniu od siebie. Opieka nad pacjentem jest skoordynowana, a jednostka koordynująca ma kompetencje, które pozwalają jej organizować opiekę nad danym, przewlekle chorym od momentu wystąpienia problemu z nerkami poprzez leczenie zachowawcze, wyprzedzający przeszczep, aż po leczenie nerkozastępcze dializami.

Jakie korzyści dla dializowanych?

Podczas Krakowskich Dni Dializoterapii mówiliśmy o tym, że należy spojrzeć na leczenie pacjenta inaczej niż przez pryzmat procedur rozliczanych przez NFZ. Najwyższy czas zacząć widzieć człowieka, a nie poszczególne jednostki rozliczeniowe dla NFZ. Każdy pacjent wymaga potraktowania całościowego, uwzględniającego jego

wszystkie schorzenia, ze szczególnym uwzględnieniem jakości życia. W Polsce opieka zdrowotna jest mocno sfragmentaryzowana, podzielona na odrębne kawałki. Wiele lekarzy specjalistów leczy pacjentów tylko w zakresie swojej specjalności, często nawet nie wiedząc, że dana osoba leczy się także gdzieś indziej. Sytuację zmieniliby koordynowanie opieki nad pacjentem nefrologicznym od początku przez jeden ośrodek. Od momentu rozpoznania i wejścia w określone stadium przewlekłej choroby nerek i ich niewydolności, chory pozostawałby pod opieką ośrodka tak, aby jak najlepiej dostosować leczenie do jego potrzeb i stanu zdrowia.

Propozycja środowiska nefrologicznego polega na tym, by stworzyć centra nefrologiczne dysponujące środkami na finansowanie wizyt pacjentów u innych specjalistów wtedy, kiedy tego potrzebują, a nie kiedy uda im się dostać. To koordynowanie opieki pozwoliłoby kierować pacjentów do właściwych specjalistów, zapewniających najlepszy standard opieki i szybkie wykonanie świadczenia. Pozwoliłoby to w odpowiednim czasie zacząć leczyć niedokrwistość, korygować zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej, porozmawiać z psychologiem i dietetykiem w tych ciężkich chwilach po to, by pacjent, często wspólnie z rodziną mógł podjąć najlepszą dla siebie decyzję o dalszym sposobie leczenia. Żeby nie był ograniczony terminami, miał szybką ścieżkę badań przygotowujących do przeszczepu co sprawi między innymi, że niektórych badań nie trzeba będzie wykonywać ponownie, bo straciły ważność. W Polsce mamy takie rozwiązania i wiemy, że musimy o nie walczyć dla naszych pacjentów.

Dzięki wprowadzeniu opieki koordynowanej pacjenci dializowani mieliby od razu ułatwione wytworzenie dostępu naczyniowego, którego jakość jest kluczowa dla efektywnej dializy i długiego życia na dializach. Podobnie byłoby w zakresie badań potrzebnych do kwalifikacji do przeszczepienia nerki. Obecnie stacja dializ nie ma w swoich kompetencjach organizacji badań dla pacjenta ani także nie ma wpływu na to, czy pacjent na krajową listę oczekujących na przeszczep zostanie wpisany, czy nie i jak szybko? Jak wspomniałem, często czas realizacji badań niezbędnych do przeszczepu przedłuża się tak bardzo, że niektóre trzeba wykonywać ponownie.

Kolejną zaletą odczuwaną przez samych pacjentów byłyby przede wszystkim sprawniejsze harmonogramy, które pozwoliłyby chorym lepiej wykorzystać swój czas. W modelu opieki koordynowanej pacjenci borykający się z chorobą nie są obarczeni koniecznością umawiania i uzgadniania wizyt oraz udawania się do wielu świadczeniodawców. Różni specjaliści mają natomiast wgląd do ich całościowej

dokumentacji medycznej i znają ich historię leczenia. Walczymy także o większy dostęp do dializy otrzewnowej, o wprowadzenie hemodializy domowej jako równoprawnej metody leczenia dla każdego, który wyrazi taką wolę i będzie spełniał kryteria.

Podczas panelu dyskusyjnego, razem z prof. Gellertem i prof. Załuską zwróciliśmy uwagę także na to, że jako świadczeniodawcy odpowiadamy za jakość leczenia, ale nie zawsze mamy wpływ na inne procedury medyczne, które tę jakość warunkują. Wspomniane zmiany, bez dodatkowych kosztów dla systemu opieki zdrowotnej, dałyby pacjentom i nam, lekarzom – obopólne korzyści.

Marzy mi się osobiście system, w którym każdy świadczeniodawca pokaże wyniki leczenia i pacjent sam zadecyduje na podstawie wiarygodnych danych, gdzie się chce leczyć. Tak proszę państwa – marzy nam się rejestr nefrologiczny jasno wskazujący ale i piętnujący słabych świadczeniodawców. Tylko dobre wyniki leczenia obronią się same!

Modele opieki koordynowanej już działają

Dyskusja podczas Krakowskich Dni Dializoterapii zwróciła uwagę także na bardzo ważną, kolejną kwestię. Model opieki koordynowanej nad pacjentem nefrologicznym nie jest tylko teoretycznym tworem ale funkcjonuje z powodzeniem

w innych krajach. Przykładowo, w Holandii stosowany jest system płatności pakietowych, w których organizacja leczenia chorób przewlekłych jest skupiona na tworzeniu tzw. „grup opieki”. W ich skład wchodzi zarówno lekarze pierwszego kontaktu jak i lekarze innych specjalizacji, czy dietetycy. Model opieki koordynowanej w Polsce został już wprowadzony w kilku dziedzinach, m. innymi w opiece nad kobietami w ciąży i w kardiologii (KOS-zawał), a jego korzyści są odczuwalne zarówno dla pacjentów jak i systemu ochrony zdrowia.

Gotowe rozwiązania

Program opieki koordynowanej został szczegółowo opracowany przez ekspertów ze środowiska nefrologicznego i jest gotowy do wprowadzania w naszym kraju. Został przesłany do wszystkich interesariuszy. Mam nadzieję, że oczywiste zalety programu będą wzięte pod uwagę przez instytucje podejmujące decyzje w zakresie ochrony zdrowia w Polsce. Wprowadzenie go w opisanym kształcie pomoże usprawnić organizowanie opieki nad chorymi, a korzyści i ułatwienia odczuwają wszyscy – przede wszystkim pacjenci. Głęboko wierzę, że nawet najdłuższa podróż zaczyna się od pojedynczego kroku, a my ten krok wspólnie uczyniliśmy i nie pozostało nic innego – jak tylko maszerować w dobrym kierunku.

ZAAWANSOWANA KONTROLA KRWAWIENIA

**OPATRUNEK TAMUJĄCY ŚREDNIE
I OBFITE KRWAWIENIA TĘTNICZE I ŻYŁNE**

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

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).

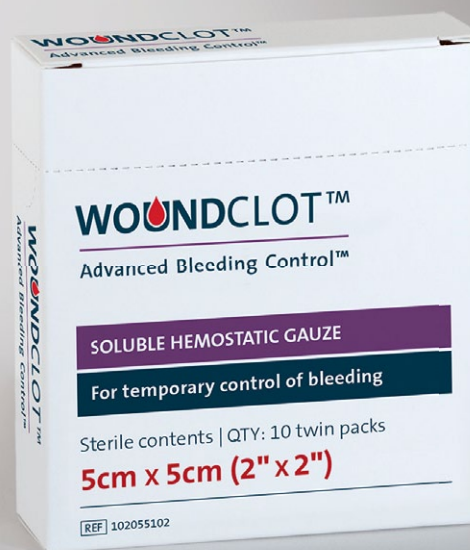
Dystrybutor produktu:

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



WOUNDCLOT™ Hemodialysis

Advanced Bleeding Control™



Nr artykułu: 38060102



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

Kolejna ankieta czy szansa na ulepszenia?



Mgr Marta Andrzejewska

Kierownik PR
Fresenius Medical Care Polska

W ośrodkach Centrum Dializ Fresenius zakończyliśmy cykliczne badanie zadowolenia wśród naszych pacjentów. Dziękujemy wszystkim za udział. To bardzo ważne abyśmy wiedzieli, jaka jest Państwa opinia i aby tych głosów było jak najwięcej. Za każdym razem, gdy przyjmujemy pacjenta do naszych ośrodków dializ, chcemy mieć pewność, że jego doświadczenia są tak dobre, jak to tylko możliwe. Jako świadczeniodawcy dokładamy wszelkich starań, aby opieka była zgodna z wymaganiami polskiego prawa, międzynarodowymi wytycznymi Fresenius Medical Care i oparta na aktualnej wiedzy medycznej wytycznych tworzonych na podstawie wyników badań naukowych. To dzięki nim możliwe jest podejmowanie lepszych decyzji klinicznych, lepsze funkcjonowanie szpitali, oddziałów i ambulatoriów. Poprawia się jakość opieki, a pacjenci mają lepszy dostęp do świadczeń. Opinie dializowanych pacjentów, ich perspektywy i doświadczenia są dla nas kluczowe w ocenie tego, co robimy. Dlatego regularnie przeprowadzamy ankietę dotyczącą doświadczeń pacjentów z leczenia w naszych ośrodkach.

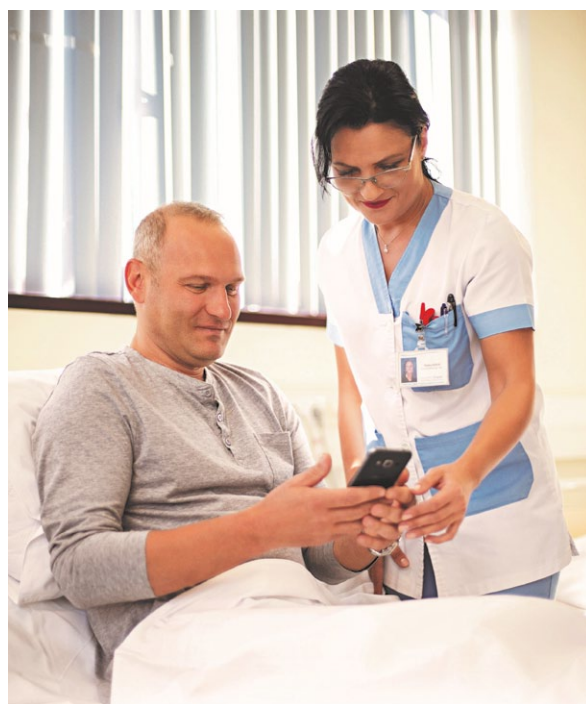
Niezwykła ankieta

Każdy z nas kiedyś wypełniał jakąś ankietę i wiemy, o co w niej chodziło. W przypadku ankiety nt dializy zazwyczaj musieliśmy określić czy byliśmy zadowoleni z jej przebiegu? My również w przeszłości stworzyliśmy ankietę, ale okazało się, że jej wyniki zwykle odzwierciedlały tylko to, co ludzie o nas myślą, a nie to, jak nas doświadczają. Państwa odczucia wobec naszej instytucji jaką jest Fresenius Medical Care Polska są ważne – ale jeszcze chętniej dowiedzielibyśmy się, jak się Państwo u nas czują, co podoba się w naszych ośrodkach, a co wymaga poprawy? Dlatego w przeprowadzonej we wrześniu i październiku ankiecie zapytaliśmy naszych Pacjentów więcej niż tylko o wysokiej jakości zabiegi dializy. Mimo, że różnica w podejściu do ankiet wydaje się niewielka, ma ona duże znaczenie w interpretacji wyników. Wszak wiadomo, że jeśli dwie osoby zostaną potraktowane identycznie, niekoniecznie ich doświadczenia będą takie same. Wiele zależy od innych czynników, wewnętrznych i zewnętrznych.

Nowoczesność dla każdego

Tegoroczna ankieta była wyjątkowa także z innego względu. Po raz pierwszy przeprowadziliśmy ją całkowicie on-line i zrezygnowaliśmy z papierowych formularzy. Było to spowodowane kilkoma czynnikami. Po pierwsze, ze względu

na pandemię nie chcieliśmy wysłać i przekazywać pacjentom kwestionariuszy, które mogłyby być nośnikami koronawirusa. Przenoszone między domem a stacją dializ dokumenty są niepotrzebnym, potencjalnym źródłem zakażenia. Rezygnacja z papierowych kwestionariuszy podyktowana była także naszą troską o środowisko. Papier w stacjach dializ zastąpiły tablety i to na ich ekranach, w czasie dializy wypełnialiśmy kwestionariusze. Udało się to nawet osobom, które nie korzystają na co dzień z internetu i nie są do końca zaznajomione z nowoczesnymi technologiami. Elektroniczna forma znacznie uprościła i skróciła czas udzielania odpowiedzi, który nie przekraczał kilkunastu



Tegoroczna ankieta w ośrodkach Centrum Dializ Fresenius przeprowadzona była wyłącznie w formie elektronicznej



Zmiany i usprawnienia możliwe są dzięki opiniom pacjentów

minut. Ankieta była dostępna wszędzie. Można ją było wypełnić w domu, na ulicy, w trakcie zabiegu dializ – tam, gdzie Państwu było wygodnie. Dzięki zastosowaniu nowoczesnych narzędzi analiz, anonimowe wyniki ankiety i odsetek uczestnictwa można było śledzić i interpretować w czasie rzeczywistym, szybko porównać ośrodki i kraje. Mogłoby się wydawać, że brak papierowego kwestionariusza mocno zaniżyło uczestnictwo w ankiecie. Jednak w ciągu kilku tygodni ankietę wypełniło 70 % naszych pacjentów. Dziękujemy!

Wiarygodne wyniki i możliwość ich porównania

Każdego roku Fresenius Medical Care przeprowadza ankietę jednocześnie w ponad połowie z 30 krajów, w których działa, a każdy kraj uczestniczy w badaniu co najmniej raz na dwa lata. Tegoroczna ankieta zaprojektowana wiosną i latem została przeprowadzona w Polsce i kilkunastu innych krajach jesienią. Teraz rozpoczyna się proces analizowania wyników.

Anonimowe dane były przysyłane do siedziby głównej. Wnioski będą wyciągane na poziomie każdego kraju i każdej stacji tak, aby można było wprowadzić zmiany na

poziomie regionalnym i lokalnym. Ważne jest, aby planowane zmiany były realne, możliwe do wprowadzenia i przyniosły oczekiwane efekty.

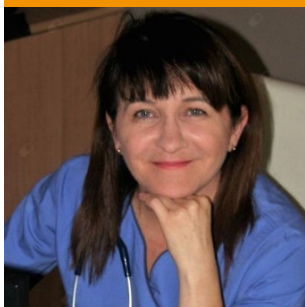
Efekty widoczne gołym okiem

Ostatnia ankieta przeprowadzana w Polsce w 2019 roku jeszcze przed pandemią COVID-19 była podstawą do wprowadzenia kilku istotnych zmian. Jednym z wniosków w skali międzynarodowej była konieczność ulepszenia systemu zarządzania skargami. W konsekwencji uruchomiono specjalną procedurę rozpatrywania skarg i ustalono określone kanały kontaktu dla pacjentów, którzy wnosili zastrzeżenia do funkcjonowania stacji, w której się dializowali. Kolejnym ustaleniem była potrzeba większej ilości informacji i wskazówek nt samej dializy. Podjęto decyzję o zainicjowaniu programu edukacji pacjentów w naszej sieci w Europie, na Bliskim Wschodzie i w Afryce.

Liczymy, że wyniki tegorocznej ankiety przełożą się bezpośrednio na poprawę funkcjonowania naszych stacji dializ na wielu płaszczyznach, a w dalszej kolejności będą miały wpływ na zwiększenie satysfakcji pacjentów i poprawę ich jakości życia.

WYDARZENIA

XIV Krakowskie Dni Dializoterapii imienia Profesora Olgierda Smoleńskiego Kraków, 2 – 3. 09. 2021 on-line



Dr n. med. Ewa Benedyk-Lorens
Ordynator Centrum Dializ
Fresenius Nephrocare
w Krakowie

Fundacja Amicus Renis, w ramach swojej działalności upowszechniania najnowszych osiągnięć wiedzy nefrologicznej, organizuje od 29 lat Krakowskie Dni Dializoterapii, których celem jest podwyższanie standardów leczenia nerkozastępczego pacjentów. Po trzech latach przerwy, spowodowanej pandemią infekcji COVID-19, zorganizowano w dniach 2-3 września 2021 roku XIV Krakowskie Dni Dializoterapii, które - nadal z uwagi na sytuację epidemiczną - miały formę wirtualną i transmitowane były w sieci internetowej. Konferencja odbyła się w krakowskim hotelu „Mercure”, gdzie przeprowadzono wykłady, a uczestnicy słuchali prelegentów on-line. Tematem przewodnim DNI była i jest zawsze troska o jakość życia pacjentów. Stąd założeniem tegorocznego spotkania była możliwość przekazania przez znamienitych Wykładowców

wyników najnowszych badań i doświadczeń praktycznych z zakresu leczenia pacjenta z przewlekłą chorobą nerek, dializowanego i po transplantacji oraz doświadczeń praktycznych, które wpłyną zarówno na poprawę jakości opieki jak i wyników leczenia. Wiedza pozyskana przez lekarzy i zespoły pielęgniarskie będzie przydatna w pracy z pacjentami nefrologicznymi.

Merytoryczną część konferencji rozpoczął panel dyskusyjny prowadzony przez dr Tomasza Prystackiego - prezesa Fresenius Medical Care Polska, prof. dr hab. med. Ryszarda Gellerta – konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii oraz prof. dr hab. med. Wojciecha Załuskę – rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Dotyczył on tak zwanej opieki koordynowanej i jej perspektyw nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek. Celem dyskusji była wymiana zdań na temat poprawy jakości opieki i wyników leczenia oraz poprawa dostępności świadczeń niezbędnych do zmniejszenia liczby powikłań w zaawansowanych stadiach przewlekłej choroby nerek oraz – co ważne – optymalizacja kosztów.

Podczas konferencji odbyło się 10 ciekawych sesji, w których wygłoszono 44 wykłady. Wszyscy uczestnicy konferencji mieli możliwość wymiany poglądów i podzielenia się

wynikami własnych badań i doświadczeń. Autorów kilku ciekawych wystąpień poprosiliśmy, by przedstawili w tym numerze „Dializa i Ty” niektóre, ważne dla pacjentów z PChN problemy.



Panel dyskusyjny: od lewej dr T. Prystacki, prof. W. Załuska, prof. R. Gellert

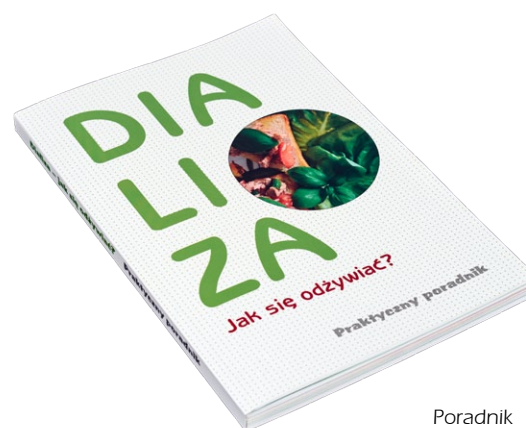


Wykład prowadzi dr hab. E. Gołembiewska, prof. PUM



Wykład on-line dr hab. med. T. Nieszporek

Dla pacjentów interesującym punktem programu był zarekomendowany przez dr hab. med. Magdalenę Jankowską z Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych GUM i prof. dr hab. med. Sylwię Małgorzewicz z Katedry Żywienia Klinicznego GUM oraz Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku praktyczny poradnik pt. „Dializa – jak się odżywiać”. Książka zawiera wiele cennych porad, które mogą uchronić pacjentów z przewlekłą chorobą nerek przed wieloma niekorzystnymi następstwami niewłaściwego odżywiania się. Ponadto zaproponowane przepisy pochodzące z kuchni śródziemnomorskiej zostały zaadaptowane do potrzeb chorych dializowanych.



Poradnik

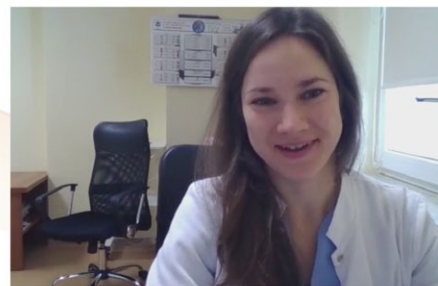
Tradycją Krakowskich Dni Dializoterapii jest uhonorowanie medalem Fundacji Amicus Renis osoby wyróżniającej się zasługami na rzecz upowszechniania nowoczesnej wiedzy o chorobach nerek, popularyzującej naukę i pomagającej chorym. W tym roku medal wręczono dr med. Waldemarowi Letachowiczowi z Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej we Wrocławiu.



Dr W. Letachowicz z medalem Fundacji

Fundacja wspiera również młodych naukowców zajmujących się problematyką jakości życia wśród chorych leczonych nerkozastępczo. Jest fundatorem nagrody „Pro Augmenis Nephrologiae” Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego za najlepszą pracę w ostatnich 2 latach, której pierwszy autor nie przekroczył wieku 40 lat. W drodze konkursu nagrodę pieniężną wraz ze statuetką Fundacji otrzymała dr Beata Bulwin za pracę „Migotanie przedsionków u chorych hemodializowanych – czy skale oceny ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych i krwotocznych są przydatne w tej grupie chorych?”, której współautorami byli K. Białowas, M. Nowicka, P. Stróżecki i J. Manitiusz. Publikacja była efektem pracy Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, co docenili członkowie jury konkursowego.

XIV Krakowskie Dni Dializoterapii
im. Profesora Olgierda Smoleńskiego



Dr B. Bulwin – laureatka nagrody „Pro Augmenis Nephrologiae”



Statuetka nagrody „Pro Augmenis Nephrologiae”

Jubileusz Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej



Prof. dr hab. med. Marcin Tkaczyk

Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej

Polskie Towarzystwo Nefrologii Dziecięcej obchodzi 25 lat swojego istnienia. To piękny jubileusz dla nas i dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia związanych z leczeniem dzieci z chorobami nerek. Celem założenia PTNFD było zintegrowanie środowiska lekarskiego, stałe podnoszenie poziomu i rozpowszechnianie wiedzy z zakresu nefrologii dziecięcej, podnoszenie kwalifikacji zawodowych lekarzy, prowadzenie wielośrodkowych badań klinicznych i naukowych, dbanie o właściwą rangę i autorytet społeczny tej dyscypliny lekarskiej oraz organizowanie współpracy z zagranicznymi ośrodkami oraz stowarzyszeniami nefrologii dziecięcej. Pozwólcie Państwu, że z tej okazji przedstawię kilka informacji o Towarzystwie oraz o tym, czego dokonaliśmy na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza tak dla pacjentów, lekarzy jak i polskiej nauki oraz współpracy krajowej i międzynarodowej.

W dniach 30. 09 - 02. 10. 2021 r. odbył się IX Zjazd Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej pod przewodnictwem naukowym prof. Andrzeja Brodkiwicz (Szczecin) i moim, jako urzędującego przewodniczącego PTNFD. Głównym tematem Zjazdu były problemy związane z ostrym uszkodzeniem nerek oraz zatruciami u dzieci. Z powodu epidemii COVID-19 zjazd miał wirtualną formę, jak większość naukowych spotkań obecnie. Wystąpiło 30 wykładowców z Polski i zagranicy, a w obradach wzięło udział ponad 200 uczestników. Walne Zgromadzenie Członków wybrało nowe władze na kadencję 2021-2024, powierzając mi ponownie zaszczyt bycia Przewodniczącym Towarzystwa. Wiceprzewodniczącą została prof. Dorota Drożdż z Krakowa, sekretarzem – prof. Maria Szczepańska z Zabrze, skarbnikiem – dr Wioletta Jarmużek z Warszawy, a członkami Zarządu – doc. Piotr Skrzypczyk z Warszawy i dr med. Ilona Zagożdżon z Gdańska. W związku z jubileuszem Towarzystwo przyznało srebrne medale honorowe wybitnym nefrologom dziecięcym, profesorom: Ryszardowi Grendzie, Aleksandrze Żurowskiej, Danucie Zwolińskiej i Januszowi Feberowi.

Spotkanie on-line pozwoliło przedyskutować uczestnikom Zjazdu aktualne możliwości leczenia ostrej niewydolności nerek u dzieci, odnieść się do współcześnie obowiązujących standardów leczenia zakażeń układu moczowego i zespołu nerczykowego u dzieci oraz zaplanowania współpracy w trwających aktualnie, ale i przyszłych badaniach naukowych

w dziedzinie nefrologii dziecięcej. Znaleźliśmy też czas na wspomnienia o historii naszego Towarzystwa, na sesję plakatową poświęconą ośrodkom regionalnym i wybitnym postaciom nefrologii dziecięcej, do których należały między innymi prof. Teresa Wyszyńska, współzałożycielka i pierwsza Przewodnicząca Towarzystwa w latach 1994-1997 oraz prof. Maria Sieniawska (przewodnicząca w latach 1997-2000). Sylwetki obu pań były przedstawiane na łamach „Dializy i Ty” w poczcie wybitnych nefrologów.



Zdjęcie z Walnego Zgromadzenia Członków PTNefD. W studiu zjazdowym stoją od prawej: prof. Marcin Tkaczyk, prof. Maria Szczepańska, prof. Małgorzata Pańczyk-Tomaszewska, sekretarz Walnego Zgromadzenia - dr Anna Rogowska-Kalisz, dr Ilona Zagożdżon, przewodniczący Walnego Zgromadzenia - prof. Ryszard Grenda i dr Wioletta Jarmużek

Miłośnicy historii medycyny powinni zanotować, że Towarzystwo zostało formalnie zarejestrowane w 1994 roku, z inicjatywy środowiska lekarzy-pediatrów zajmujących się leczeniem schorzeń układu moczowego u dzieci, skupionych w Sekcji Nefrologicznej Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Powołany uchwałą walnego zebrania członków Sekcji Nefrologicznej PTP Komitet Założycielski Towarzystwa utworzyli: Ryszard Grenda i Anna Jung (Warszawa), Jacek Pietrzyk (Kraków) oraz Józef Stachowski i Elżbieta Bortkiewicz (Poznań). Jak wspomniałem, pierwszą Przewodniczącą PTNefD została prof. Teresa Wyszyńska. W okresie 25 lat działania Towarzystwa byliśmy świadkami bardzo istotnego postępu w zakresie wiedzy o chorobach nerek u dzieci oraz postępów w ich leczeniu. Członkowie Towarzystwa zaangażowani byli w rozwój dializoterapii otrzewnowej i wprowadzenie do standardów leczenia automatycznej dializy otrzewnowej u dzieci we współpracy z nieocenioną Wielką Orkiestrą Świątecznej Pomocy. Nastąpił też istotny rozwój transplantacji nerek u dzieci z coraz bardziej zwiększającym się udziałem transplantacji rodzinnych. Wprowadzono do ratowania dzieci z ostrą niewydolnością nerek ciągle techniki nerkozastępcze, a do dializoterapii przewlekłej – hemodiafiltrację, co wydatnie podniosło jakość leczenia. Otwarto też drogę do ratowania życia coraz mniejszych pacjentów z ostrą i przewlekłą niewydolnością nerek. Obecnie jest to możliwe nawet u przedwcześnie urodzonych noworodków. Promowaliśmy właściwe postępowanie dietetyczne u dzieci z niewydolnością nerek, angażując się w powstawanie specjalnych programów żywieniowych i szkoleń z nowoczesnych metod żywienia.

Nefrolodzy dziecięcy aktywnie postulowali o zwiększenie dostępności do nowoczesnej diagnostyki i leczenia dzieci w najcięższych i rzadkich chorobach, takich jak atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy, cystynozą i inne rzadkie kłębuszkowe i cewkowe choroby nerek.

Jednym z kluczowych zdarzeń mijającego ćwierćwiecza było powołanie specjalizacji z nefrologii dziecięcej oraz pierwszego konsultanta krajowego w tej dziedzinie. Jest nim od 7 lat prof. Danuta Zwolińska z Wrocławia. Dotychczas tę specjalizację uzyskało ponad 120 osób. Pracując w klinikach, szpitalach i poradniach zapewniają specjalistyczną pomoc małym pacjentom w całym kraju. Pod auspicjami PTNefD powstały zalecenia dla nefrologów dziecięcych i pediatrów dotyczące postępowania w najczęstszych problemach medycznych u dzieci z chorobami nerek, takich jak zakażenia i wady wrodzone układu moczowego, nadciśnienie tętnicze i zespół nerczycowy. Rozpoczęto programy wieloośrodkowych badań naukowych, a wiele z nich, np. związane z diagnostyką genetyczną zespołu nerczycowego czy tubulopatii jest nadal kontynuowanych, również we współpracy międzynarodowej. Towarzystwo promuje młodych, aktywnych lekarzy, którzy zrzeszeni są w Forum Młodych Nefrologów. PTNefD współpracowało i nadal współpracuje aktywnie z innymi towarzystwami naukowymi: Polskim Towarzystwem Nefrologicznym, Polskim Towarzystwem Pediatrycznym oraz Polskim Towarzystwem Urologii Dziecięcej w promowaniu zaleceń, programach terapeutycznych oraz wspólnym podnoszeniu jakości opieki zdrowotnej. Współdziałamy także z konsultantami krajowym i wojewódzkim oraz stowarzyszeniami pacjentów w organizacji opieki nefrologicznej dla dzieci. Od kilku lat przy udziale Wittig Trust z Niemiec organizujemy wsparcie i pomoc dla najbardziej potrzebujących dzieci z chorobami nerek i ich rodzin.

Wszystkich, którzy chcieliby dowiedzieć się więcej o wydarzeniach organizowanych przez nasze towarzystwo zapraszamy do odwiedzenia strony www.ptndf.org



Credo polskich nefrologów dziecięcych zapisane na rewersie medalu PTNefD: mądry lekarz, zdrowe nerki, uśmiechnięte dzieci. - Sposób na medycynę? - Powód do dumy? - Czy wspólnym wysiłkiem stać nas na więcej?



DIALIZY WAKACYJNE W RAGUSIE

Spędź niezapomniane wakacje w jednym z najpiękniejszych regionów Sycylii!

Wiemy, że wyjazd wakacyjny dla osoby dializowanej to prawdziwe wyzwanie.

Stąd nasza stacja dializ Iblea Medica w Ragusie oferuje wysokiej jakości usługi, które pozwolą takim osobom spędzić fantastyczne wakacje na Sycylii.

Dzięki naszej ofercie każdy pacjent może doskonale połączyć dializy ze wspaniałym wypoczynkiem w jednym z najpiękniejszych zakątków południowej Sycylii: Ragusie.

Nasz zespół w pełni zaopiekuje się każdym pacjentem.

Zadbamy o wszystko, czego potrzebujesz, łącznie z zakwaterowaniem w hotelu i wycieczkami. W czasie Twojego pobytu zaoferujemy Ci pełen serwis, nie martw się więc o nic, po prostu przyjeźdź!

Nasze oferty są bardzo atrakcyjne a ich cena uzależniona jest jedynie od klasy hotelu i długości Twojego pobytu.



www.dialisiragusa.it

Przykładowe oferty:

- wakacje 1-miesięczne w hotelu o standardzie ekonomicznym: pobyt bezpłatny
- wakacje 3-miesięczne w hotelu o standardzie ekonomicznym: pobyt bezpłatny plus dofinansowanie do biletów lotniczych.



Wulkan Etna



Katania



Syrakuzy



Noto



Taormina



Ragusa Ibla



Modica

**Sicilia
Amore Mio!**



dialisiragusa



**Skontaktuj się z nami w celu poznania szczegółów
i dostosowania oferty do Twoich potrzeb**

Kontakt w Polsce:

Tel.: 663 327 001

Email: rezerwacja@dializywakacyjne.pl



Dialisi Ragusa

Rozmowa z Alessio Scafidi, kierownikiem projektu „Dializy wakacyjne” w stacji dializ DIALISI RAGUSA na południu Sycylii



Alessio Scafidi

Czy zechciałby Pan w kilku zdaniach przedstawić swoją stację dializ?

Nasza stacja dializ, Iblea Medica w Ragusie (potocznie: DIALISI RAGUSA) jest placówką nastawioną na leczenie przewlekłej niewydolności nerek, z możliwością wykonywania dziennych i nocnych zabiegów hemodializy.

Gwarantujemy stałą opiekę medyczną i pielęgniarską 24 godziny na dobę.

Infrastrukturę stacji dializ tworzą kolejno:

1. Recepcja. W godzinach otwarcia ośrodka nasz personel będzie do Państwa dyspozycji i udzieli wszelkiej informacji o usługach świadczonych przez nas oraz o pozostałych kwestiach, które mogą być przydatne dla pacjenta.
2. Poczekalnia. To miejsce tworzące wygodne, komfortowe otoczenie dla pacjenta.
3. Przebiegarnia. Każdy pacjent może korzystać z własnej szafki oraz toalety, również dla osób niepełnosprawnych.
4. Sala dializ. Wyposażona w łóżka i fotele, przy każdym z nich znajduje się telewizor, Wi-Fi dostępne dla pacjenta. Wszystkie sale są klimatyzowane. Ze względów bezpieczeństwa epidemiologicznego posiadamy dodatkową salę dla osób zakażonych wirusem HBV.
5. Laboratorium analityczne. W nim kontrolujemy stężenia markerów mocznicowych, co pozwala m.in. na kontrolę skuteczności dializy.

Jak długo zajmujecie się dializami wakacyjnymi dla obcokrajowców?

Nasze centrum od zawsze gościło obcokrajowców, zwłaszcza w okresie letnim.

W październiku tego roku pierwsza grupa 20 polskich pacjentów wraz z osobami towarzyszącymi miała okazję skorzystać po raz pierwszy z Państwa oferty promocyjnej. Czy w przyszłym roku planujecie Państwo oferować w swoim ośrodku dializy wakacyjne polskim pacjentom na równie atrakcyjnych warunkach?

Pierwsza grupa polskich pacjentów przyjechała do nas w październiku 2021 roku i to było wielkie przeżycie! W przyszłym roku będą nowości: nowe oferty, nowe wycieczki, jednym słowem - wiele rzeczy rozwinemy, a także usprawnimy.



Pacjenci z Polski po kolacji integracyjnej



Tort powitalny

Czy miał Pan już wcześniej okazję spotykać polskich pacjentów w Państwa stacji dializ? A jeżeli tak, to czy sądzi Pan, że są oni bardziej czy mniej wymagający niż pacjenci z innych krajów?

Polscy pacjenci, którzy przyjechali do nas w październiku i których miałem okazję poznać to fantastyczni ludzie, bardzo uprzejmi i bez szczególnych potrzeb. Ogromnie się więc cieszę i jestem bardzo dumny z tego, że mieliśmy takich gości. Żywię głęboką nadzieję, że odwiedzą nas ponownie.

Polscy pacjenci, którzy skorzystali z Państwa oferty październikowej bardzo sobie chwalili umiejscowienie hoteli, w których mieszkali. Znajdują się one w odległości około 20 km od stacji dializ w kurorcie wakacyjnym Marina di Ragusa położonym przy pięknych plażach nadmorskich. Jak Pan zachwalałby naszym pacjentom ten kurort?

Marina di Ragusa to znany nadmorski ośrodek turystyczny zamieszkiwany przez ok. 3.500 mieszkańców, będący częścią miasta Ragusa. W okresie letnim, ze względu na duży napływ turystów oraz mieszkańców z sąsiednich obszarów, liczba ludności znacznie wzrasta, osiągając w szczycie sezonu nawet 60.000 osób. Miejscowość położona jest około 25 km od miasta Ragusa na południowym wschodzie Sycylii, nad samym morzem i charakteryzuje się piękną i długą piaszczystą plażą, która na zachodzie kończy się przy porcie, a na wschodzie tuż przed rezerwatem Irminio. Marina di Ragusa sąsiaduje z takimi miejscowościami jak Santa Croce Camerina, Donnalucata, Scicli i Punta Secca (ta ostatnia, to wioska nadmorska, słynąca obecnie dzięki telewizyjnym epizodom serialu kryminalnego „Komisarz Montalbano”). Płytkie i piaszczyste dno morskie sprawia, że obszar Mariny di Ragusa jest idealnym miejscem wypoczynku dla rodzin i dzieci. Śródziemnomorski klimat, łagodny i słoneczny przez większość roku sprawia, że ten zakątek Sycylii jest relaksującym, ale i tętniącym życiem kurortem wakacyjnym. Na uwagę zasługuje fakt, że Marina Di Ragusa została wyróżniona Błękitną Flagą, nagrodą przyznaną przez Fundację na rzecz Edukacji Ekologicznej tym kurortom nadmorskim, które spełniają wysokie kryteria jakościowe dotyczące parametrów wody w kąpieliskach, czystości plaż i przystani jachtowych oraz jakości usług turystycznych.

Ragusa, małe miasteczko na południu Sycylii, w którym znajduje się stacja dializ jest mało znane albo raczej wcale nie znane Polakom. Okazuje się jednak, że jest to miasteczko zabytkowe wpisane na listę światowego dziedzictwa Unesco ze wspaniałą architekturą i zabytkami. Które



Wycieczka naszych pacjentów do Ragusa Ibla



Wesoły autobus

miasta i atrakcje turystyczne - oprócz Ragusy a położone w pobliżu - poleciłby Pan jako ważne do zwiedzania?

Jeśli przyjeżdżasz na Sycylię nie możesz przegapić wulkanu Etna, Katanii, Taorminy, Syrakuz, Noto, Caltagirone, Agrigento z jego wspaniałymi świątyniami oraz stolicy Sycylii, Palermo. Oprócz nich znajdziesz też wiele małych, uroczych miejsc warty odwiedzenia.



Na wulkanie Etna

Czy pacjent może samodzielnie przy użyciu miejscowego autobusu dojechać do jakieś innej zabytkowej miejscowości ?

Tak, jeśli pacjent może podróżować sam, z Marina Di Ragusa kursują regularnie autobusy do różnych miejscowości na wyspie

A gdzie Pana zdaniem najlepiej się stołować podczas wakacji?

Trudno wskazać jedno takie miejsce, gdyż Marina di Ragusa ma wiele dobrych restauracji i pubów, gdzie można zjeść potrawy naprawdę wysokiej jakości. Kuchnia włoska zaskoczy i zachwyci bogactwem swoich smaków.

Czy polscy pacjenci mogą zawsze liczyć na pomoc i obsługę w języku polskim tak, jak to było w październiku?

Polscy pacjenci zawsze znajdą u nas pomoc osoby mówiącej po polsku, a ponadto pomożemy rozwiązać każdy problem.

Od naszych pacjentów wiem, że jest Pan zagorzałym fanem piłki nożnej i że zawsze kibicuje Pan pełnym sercem i głosem włoskiej drużynie narodowej. A czy ma Pan też jakąś ulubioną drużynę klubową na Sycylii? Mówiąc krótko, któremu klubowi kibicuje Pan na co dzień?

To dobre pytanie, kibicuję przede wszystkim naszej narodowej reprezentacji i klubowi AC Milan. Kiedy jest mecz piłki nożnej mój dom zamienia się w stadion.

Wiemy, że dializy u Państwa są rozliczane w oparciu o kartę EKUZ. Jaki dodatkowy serwis oferujecie swoim gościom wakacyjnym?

Zapewniamy naszym pacjentom różne usługi, a mianowicie: bezpłatny transport na dializy, transfer z lotniska do hotelu i z powrotem, ciekawe wycieczki, spotkania integracyjne i maksymalne wsparcie w przypadku każdej konkretnej potrzeby.

Jakie środki ostrożności stosujecie Państwo w stacji dializ w dobie koronawirusa? Czy pacjenci mogą czuć się bezpiecznie?

Jako stacja dializ przestrzegamy wszystkich przepisów wydanych przez włoskie Ministerstwo Zdrowia, co pozwala nam pracować w poczuciu bezpieczeństwa i tym samym zapewniać takie bezpieczeństwo naszym pacjentom.

Czy infrastruktura stacji dializ i współpracujących z Państwem hoteli przystosowana jest do obsługi osób niepełnosprawnych, na przykład tych poruszających się na wózkach inwalidzkich?

Zarówno nasze Centrum Dializ jak i obiekty noclegowe są odpowiednio wyposażone pod kątem obsługi osób niepełnosprawnych.

Podsumowując, dlaczego pacjenci dializowali powinni wybrać właśnie Dialisi Ragusa jako punkt docelowy do skorzystania z wakacyjnej dializy?

Dialisi Ragusa ma ponad 30-letnie doświadczenie w obsłudze pacjentów dializowanych, wysoko wykwalifikowany personel oraz zapewnia fachową pomoc w języku ojczystym naszych gości. Mamy tu również przez cały, okrągły rok doskonałą pogodę, słońce i morze, a więc wszystko co jest potrzebne każdemu do wspaniałego wypoczynku. Dlaczego więc nie przyjechać do nas i samemu się o tym nie przekonać?

**Rozmawiał: Przemysław Grabowski
(www.dializywakacyjne.pl)**



Alessio Scafidi z rodziną i Przemysławem Grabowskim



Moje wspomnienie z Sycylii

Krzysztof Cybulski
Gliwice

Człowiek w obliczu diagnozy przewartościowuje swoje życie i nagle zdaje sobie sprawę, że każdy dzień jest wyjątkowy, na wagę złota. Kiedy w 2017 roku dowiedziałem się, że moje nerki pracują na niespełna 6% i będę musiał zostać poddany dializom, świat się na chwilę zatrzymał. Dla mnie, aktywnie funkcjonującego mężczyzny, który większość swojego życia przebiegł, było to dość trudne do zaakceptowania.

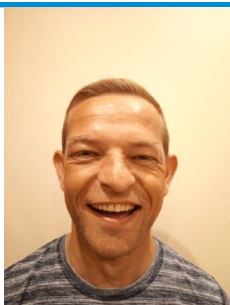
Nie sądziłem jednak, że tak szybko los się do mnie uśmiechnie. A wówczas podczas jednej z dializ w Zabrzeńskiej stacji dializ, dojrzałem ulotkę, z której wynikało, że jest możliwość wylotu na Sycylię w celu leczenia. I tak przygoda się rozpoczęła. Wszystko poszło bardzo sprawnie. Żona skontaktowała się z Panem Przemkiem, organizatorem, który przedstawił ofertę i bardzo szybko i pręźnie rozpoczął działania, aby sycylijskie słońce nie było tylko marzeniem. I stało się – wyleciałem, pierwsze uderzenie ciepła, gorącego powietrza było szokiem dla organizmu, ale było to bardzo przyjemne doznanie. Dużo czasu nie potrzebowałem, by się zaklimatyzować, sycylijskie promienie słońca od początku zaczęły mi służyć. I tak obecnie mija czwarty rok wylotów w celu leczenia dializacyjnego na Sycylii. Za pierwszym razem mój pobyt trwał 4 miesiące i każdy kolejny trwał podobną ilość czasu. Łącznie spędziłem tam półtora roku, a ostatnim razem wracałem w styczniu 2021 roku – nie do wiary i chce się więcej!!!

Mieszałem w urokliwym mieście Trapani, pierwszy raz w kamienicy opodal targu rybnego i blisko morza. Trapani zwiedziłem wzdłuż i wszerz, co prawda biegać nie mogę, ale miesięcznie udawało mi się zrobić w granicach 100–120 km. Głównie spacerowałem do parku – dokarmałem ptaki i kaczki. Odwiedzałem targ i próbowałem okolicznych

specjałów. Sycylijskie owoce są soczyste i słodkie. Oprócz tego nie obeszło się bez codziennego wyjścia na plażę i podziwiania fal, morza oraz chłonięcia jodu. Miałem szansę zwiedzić nie tylko Trapani, ponieważ każdy uczestnik miał możliwość uczestniczenia w zorganizowanych wycieczkach, którymi przewodziła Joanna i za które jestem bardzo wdzięczny – opowieści nie było końca w trakcie trwania wycieczek. Rok później podczas mojego wakacyjnego pobytu odwiedziła mnie córka, z którą weszliśmy na górę Erice. Widoki z góry zapierały dech w piersiach. Byliśmy również w Palermo, które zrobiło na mnie duże wrażenie pod kątem zabytków i krajobrazów. Z dworca autobusowego do centrum miasta było bardzo blisko. Wszystkie godne zobaczenia zabytki ulokowane były w centrum, połączone długimi uliczkami, które zbiegały się ze sobą, więc nie było prawa się zgubić. Palermo jest potężnym miastem, wartym zobaczenia.

Dializy na Sycylii są pod okiem bardzo dobrych lekarzy, dzięki którym zawsze czułem się zaopiekowany i zadbany. Personel w postaci pielęgniarek i pielęgniarzy tryskał optymizmem, gościł u nich uśmiech na twarzy, mogłem liczyć na dobre słowo, a to sprawiało, że dializy przebiegały milej. Czas leciał szybciej i po skończonych dializach miało się siły, by skorzystać z uroków sycylijskiego słońca. Uważam, że na Sycylii sprzęt medyczny jest wyższej jakości, łóżka bardzo wygodne co sprawiało, że po dializach czułem się naprawdę dobrze. Sycylię miałem okazję i przyjemność zobaczenia nie tylko w okresie letnio-wiosennym, ale również jesienno-zimowym. Sycylia ma to do siebie, że ciepło utrzymuje się cały rok, co sprawia, że pobyt tu w każdym okresie jest dobry, piękny i godny zobaczenia. Wyjazd na sycylijskie dializy zawsze napawa mnie po powrocie do kraju lepszym samopoczuciem, energią i wdzięcznością, że mogę zobaczyć inny, odległy kawałek świata.

Z całego serca dziękuję wszystkim zaangażowanym w projekt dializy na Sycylii za możliwość przeżycia takiej przygody. To dla mnie ogromne wyróżnienie.



Wyjazd rodzinny do Marina di Ragusa. Etna zdobyta!

Dializa i Ty ■ nr 3 (41)/2021
Mariusz Wyszowski
Radzymin

W sierpniu 2021 roku otrzymałem od p. Przemysława Grabowskiego propozycję październikowego wyjazdu leczniczego na Sycylię. Tym razem kierunek Katania. Po otrzymaniu oferty od razu wykupiłem bilety lotnicze dla całej mojej rodziny, która mogła ze mną jechać. Wcześniej, kiedy

próbowałem organizować wyjazdy zagraniczne na własną rękę zawsze napotykałem na trudności związane z rezerwacją dializy wakacyjnej i podróż rodzinna była niemożliwa. Po przylocie do Katanii czekał na nas kierowca, który zawiózł nas do malowniczego miasteczka Marina di Ragusa. Na miejscu poznaliśmy Alessio – naszego włoskiego opiekuna oraz Gabriellę – Polkę, która towarzyszyła nam i wspierała nas jako tłumaczka do końca pobytu na Sycylii. Zostaliśmy zakwaterowani w fantastycznym apartamencie Kamena Residence. Cudowne mieszkanie z własnym ogródkiem oraz widokiem na basen hotelowy. Mieszkaliśmy się niezwykle

komfortowo. Codziennie spacerkiem wędrowaliśmy na pobliski plac z restauracjami, kawiarniami oraz na piękną piaszczystą plażę z lazurową wodą.

Wszyscy pracownicy stacji dializ w Ragusie wykazali się nie tylko pełnym profesjonalizmem, ale i wielką serdecznością, poczynawszy od Alessio, Gabrieli, po cały personel stacji dializ: pielęgniarzy, lekarzy jak również osoby dowożące pacjentów na dializy. Wróciłem z nowym bagażem doświadczeń i informacjami pozyskanymi od personelu medycznego oraz innych polskich pacjentów stacji dializ na temat schyłkowej niewydolności nerek. Bardzo cennymi!

Dopełnieniem naszego szczęścia były fantastyczne wycieczki autokarowe dla chętnych pacjentów dializowanych oraz ich rodzin. Zwiedziliśmy Katanię, Ragusę Iblę, Modicę, Scicli oraz zdobyliśmy Etnę. Była to niezwykła okazja, aby zobaczyć piękne, zapierające dech w piersiach widoki i zabytki wpisane na światową listę UNESCO. Otworzyła się możliwość wymiany swoich doświadczeń związanych z chorobą przy pysznej, włoskiej kawie.

Wróciliśmy wypoczęci z głową pełną wspaniałych wspomnień i wiarą w ludzi. Dziękujemy organizatorom za dobro, które

przekazujemy dalej. Takie inicjatywy dają nam siłę do stawiania czoła codziennej rzeczywistości i przypominania naszym kochanym dzieciom: Oliwii i Aleksandrowi, że w życiu nie wolno się poddawać. Warto marzyć, wyznaczać sobie nowe cele i walczyć z wszelkimi przeciwnościami losu.



Mariusz i Dorota Wyszokwscy
z Oliwią i Aleksandrem



Jak wyjazd na Sycylię do Trapani pomógł w zaakceptowaniu hemodializy

Małgorzata Szot
Poznań

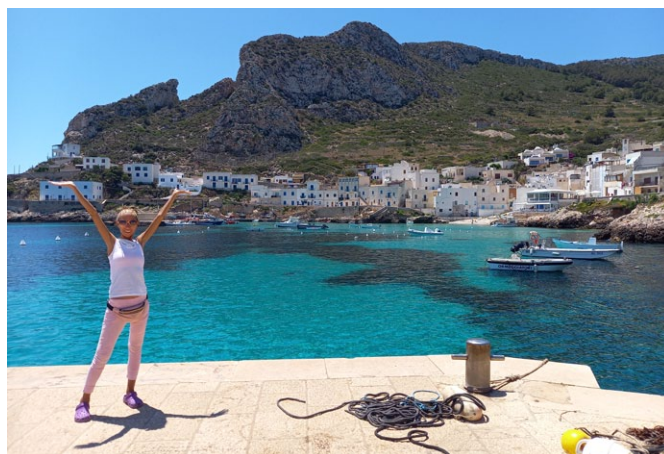
Rok 2019. Zapadła decyzja: - Zaczynamy dializy! Do Pani należy wybór: hemodializy czy dializy otrzewnowe? - Tylko nie hemol - pomyślałam. Świat mi się zawalił. Czy mogło mnie spotkać coś gorszego?

Rok 2020, 30 stycznia. Oddział intensywnej Opieki Medycznej. - Uległa pani wypadkowi samochodowemu. Była pani tydzień w śpiączce. Ma pani połamane nogi, zebra, miednicę. Czeka panią długa rehabilitacja. Dla pani dobra, pomimo iż cewnik do dializy otrzewnowej nie uległ uszkodzeniu - wykonujemy obecnie hemodializy. Z szyi wystawał mi cewnik, który bardzo ograniczał mnie podczas dializy. Musiałam leżeć nieruchomo przez 4 godziny, co tylko utwierdziło mnie w przekonaniu, iż hemodializy - to terapia nerkozastępcza nie dla mnie!

Rok 2020, lipiec. Powróciłam w końcu do dializy otrzewnowej, jednak nie trwało to długo. W styczniu, pół roku wcześniej, w prawym płucu pojawił się płyn. To wszystko było konsekwencją wypadku. Ponownie zdecydowano o hemodializie. Założono mi cewnik permanentny i ustalono harmonogram dializ: 3 razy w tygodniu po 4 godziny. Początkowo znosiłam to bardzo ciężko, zwłaszcza psychicznie. Pocieszała mnie pacjentka, pani Maria z mojej stacji dializ, opowiadając mi o swoim pobycie na dializach wakacyjnych na Sycylii. Pojawiło się więc „światelko w tunelu”. Bardzo mnie to podekscytowało. Na stronie internetowej znalazłam kontakt do organizatora

projektu „Dializy wakacyjne” i od razu zadzwoniłam. Przesympatyczny człowiek, pan Przemek, powiedział mi: - Owszem, takie wakacje są jak najbardziej dla pani, o ile oczywiście poddawana jest pani zabiegom hemodializy. - Jestem, oczywiście! To rozpało to we mnie ogromne pragnienie skorzystania z interesującej oferty. O niczym innym nie potrafiłam już myśleć.

W ciągu dwóch tygodni udało się załatwić wszystkie formalności. Zabrałam ze sobą siostrę. Organizatorzy perfekcyjnie się nami zajęli. Kontakt całodobowy, rzetelny. Wyjazd zorganizowany wręcz doskonale. Na miejscu pełna obsługa, apartamenty na wysokim poziomie. Transport na- i z dializ, personel medyczny profesjonalnie przeszkolony. I nic tylko.... plaża, lody, rejsy statkiem po Morzu Śródziemnym... i gdzieś tam, z tyłu głowy, jedno ciche pytanie: - Czy aby na pewno hemodializy nie są dla mnie ?



Profesor Bolesław Rutkowski Honorowym Profesorem Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Aesculapius Gedanensis



JM Rektor, prof. Marcin Gruchala wręcza
prof. Bolesławowi Rutkowskiemu
dyplom Honorowego Profesora GUMed
(fot. J. Ostrowski)

11 października 2021 roku w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym odbyło się uroczyste posiedzenie Senatu, inaugurujące rok akademicki 2021/2022, na którym w sposób szczególny wyróżniono profesora Bolesława Rutkowskiego w uznaniu za jego wybitny dorobek naukowy i zasługi dla rozwoju gdańskiej Uczelni. Dedykowany nowy tytuł to Aesculapius Gedanensis – Honorowy Profesor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Nazwisko Profesora zostało zamieszczone jako czwarte na tablicy laureatów.

Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski jest specjalistą z zakresu chorób wewnętrznych, nefrologii, transplantologii klinicznej i hipertensjologii. W latach 1992-2015 był kierownikiem Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych GUMed, a w kadencji 2000-2005 sprawował godność prorektora ds. dydaktyki i spraw studenckich.

W czasopiśmie „Dializa i Ty” Profesor znany jest wszystkim Czytelnikom z przepięknych „Listów z nad morza”. Píše je z wielkim zaangażowaniem, bo kocha PACJENTÓW. Zawsze traktował ich życzliwie i przyjaźnie. Walczył dla nich, aby dializoterapia stała się w Polsce powszechnie dostępna, z czego jest teraz najbardziej dumny. Nie bez powodu jest przez pacjentów nazywany „gdańskim biskupem od nerek”. W imieniu Redakcji „Dializy i Ty” oraz Czytelników składamy Panu Profesorowi serdeczne gratulacje oraz życzymy dużo zdrowia, uśmiechu i radości każdego dnia.

Prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk



Prof. Bolesław Rutkowski odsłania swoje nazwisko na tablicy laureatów (fot. J. Ostrowski)