

Czasopismo dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 1 (42) 2022

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 1 (42) 2022, 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. Witkowiec Nowe 7, 31-234 Kraków

Sekretariat-biuro:

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

Komitety naukowe 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 Manitus
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

Jesteśmy solidarni z Ukrainą

4 Listy znad morza

Polityce wstęp wzbroniony

– prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

5 W oczach lekarza

Zespół kruchałości u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek – dr hab. med. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

Hemodializa u noworodków

– prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk

10 Głos menagera

Po pierwsze pacjent – dr Tomasz Prystacki,
mgr Marta Andrzejewska

Hemodializoterapia w Polsce niedługo będzie potrzebować reanimacji – Krzysztof Hurkacz, dr hab. med. Szymon Brzósko

14 Wydarzenia

Światowy Dzień Nerek 2022 – Fundacja Amicus Renis

Komentarz Redakcji „Dializy i Ty” do tegorocznego Światowego Dnia Nerek

16 Dializy Wakacyjne

DIALIZY MUCARIA – Odkryj Sycylię z wczasami dla dializowanych

Wywiady DIALIZY MUCARIA ze swoimi gośćmi

Dializy wakacyjne w Ragusie

Sycylijskie wspomnienia – Andrzej Kandulski,
Wanda Maciaczyk

Luksusowe dializy wakacyjne w Grecji

24 Kącik fotograficzny

28 Poczta wybitnych nefrologów

Prof. dr hab. n. med. Władysław Grzeszczak

Mam wrażenie, że ostatnie dwa miesiące utkwiają w naszej pamięci w sposób szczególny. Jeszcze nie pokonailiśmy COVID-u, choć miłośniczynie rządzący nam minister zdrowia ogłosił sukces i luzowanie wszelkich obostrzeń pomimo, że statystyki śmiertelności napawają obawą a tu na nasze głowy zwała się trudna do zaakceptowania we współczesnym świecie wiadomość: – Wojna! Jeden człowiek dążąc do realizacji imperialnych marzeń o mocarstwowej Rosji rzuca wyzwanie wolnemu światu! Na Ukrainę spadają setki rakiet, tysiące pocisków. Zbombardowane miasta żywcem przypominają obrazy Coventry, Warszawy, Gdańska, Wrocławia, Drezna czy Berlina, przez które przetaczała się wojenna machina. To historia. A współczesność? Zburzone miasta, spalona ziemia, tysiące ofiar, miliony wojennych uchodźców w desperacji opuszczających swoją ojczyznę, szukających w Polsce bezpiecznego schronienia. Wojnę w jej nieprzewidywalnym wymiarze widzimy w telewizji. Kontakt z jej ofiarami mają tysiące wolontariuszy i ludzi dobrej woli, ofiarujący uchodźcom posiłek, łóżko do spania ale także ciepło domowego kąta. Dzieci tulą się do swoich zabawek i ratowanych z wojennej pożogi zwierzątek. Nikt nie wie, co się jeszcze zdarzy, jak długo potrwa ten konflikt i ile ofiar pochłonie? Słowo „pokój” nabiera ważnego i szczególnego znaczenia. Wiosenna okładka „Dializy i Ty” ma barwy Ukrainy. Solidaryzujemy się z walką naszych sąsiadów o prawo do wolności, demokracji i rozwoju. Trzymamy kciuki za zwycięstwo. Wspieramy i pomagamy jak możemy.

Na kanwie militarnego konfliktu toczącego się wokół nas pomyślałem sobie o ... nefrologii! O nerkach jako ofierze ataku bakterii, przeciwciał, kompleksów immunologicznych i toksyn, które pomimo wysiłków lekarzy w sposób odwracalny lub nieodwracalny prowadzą do ich przewlekłego uszkodzenia. O dializie, która jest nieustającą walką o utrzymanie w zdrowiu i życiu milionów ludzi w skali globu. O lekach immunosupresyjnych zwalczających ostre i przewlekłe odrzucanie przeszczepu i o przesłaniu tegorocznego Światowego Dnia Nerki, które jasno mówi, że katastrofy możnaby uniknąć pod warunkiem, że zbadamy stan swoich nerek zanim będzie

za późno. Walka o nerkę jest walką o zdrowie!

Zapraszam do lektury bieżącego numeru. W swoim „Liście znad morza” profesor Bolesław Rutkowski w gorzkich słowach podsumowuje aktualny stan starcia polskich polityków z ... COVIDEM! Docerńcie Drodzy Czytelnicy „Dializy i Ty” lekarski trud na tym polu walki z koronawirusem! Profesor Katarzyna Krzanowska dzieli się z nami swoim doświadczeniem o tzw. zespole kruchości, którego doświadczają starzy i schorowani pacjenci. Ja – w swoim artykule nt hemodializowania najmłodszych dzieci, noworodków i niemowląt z ostrą niewydolnością nerek, przedstawiam nowy oręż do walki o ich zdrowie: zminiaturyzowane i bezpieczne modele sztucznych nerek, które zrewolucjonizowały terapię nerkową w pediatrii. Rykoszetem post-covidowa rzeczywistość i wysoka inflacja uderzają w stacje dializ, które funkcjonują na granicy opłacalności. Stąd pytanie menedżerów: - Co dalej? Jak długo da się utrzymać tę sytuację bez pogorszenia jakości świadczonych usług? Mamy jeden z najniższych w Europie i na świecie poziom refundacji za dializę.

Sensowne są pytania postawione przez dr Marka Stankiewicza w ostatnim numerze „Pulsu Medycyny”: – Kto ma to wszystko ogarnąć i jak – choć na chwilę – wyzbyć się przekonania, że otaczający nas świat to teren zaciętej walki, świat w którym warto dostrzec istniejącą racjonalną mądrość i przyzwoitość? Czy ktoś dostrzega prawdziwy stan naszego systemu opieki zdrowotnej? Jak odmrozić ochronę zdrowia? Jak zwiększyć jej dostępność? Co z dramatycznym zadłużeniem niedofinansowanych placówek? Co z opieką nad seniorami? Co z nadzieją na zdrowie dla tych, którzy nie potrzęsają trzosem? Jaką odpowiedź na te pytania szykuje nam minister zdrowia? Co na to rządzący politycy?

W tym wszystkim ciepłe wspomnienia z sycylijskiej przygody z wakacyjną dializą, którymi dzielą się nasi czytelnicy stają się odskocznią od smutnej rzeczywistości i są przykładem, że może być lepiej, że można inaczej.

Redaktor Naczelny
Jacek Pietrzyk



Jesteśmy solidarni z Ukrainą

W związku z agresją zbrojną Rosji na Ukrainę i brutalnym złamaniem umów międzynarodowych oraz standardów obowiązujących w cywilizowanym świecie Redakcja „Dializy i Ty” oraz Fundacja Amicus Renis potępiają napad na naszego sąsiada i używanie wobec niego militarnej przemocy. Wyrażamy pełną solidarność z całym narodem ukraińskim i poparcie dla Ukrainy jako suwerennego państwa.

Dr inż. Anna Smoleńska
Prezes Zarządu
Fundacji Amicus Renis

Prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk
Redaktor Naczelny
„Dializy i Ty”

Polityce wstęp wzbroniony



**Prof. dr hab. med.
Bolesław Rutkowski**

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

Baner z powyższym napisem stał przez lata przy wejściu do Ministerstwa Zdrowia przy ulicy Miodowej. Oczywiście nie chodziło o brak wstępu dla dziennikarzy z poczytnego czasopisma „Polityka”, tylko o polityków niższego i wyższego szczebla. Natomiast w moim głębokim przekonaniu chodziło o to, aby polityka zdrowotna nie stała się zakładnikiem i podstawą gierki pomiędzy różnymi ugrupowaniami politycznymi. W ostatnich czasach wygląda na to, że albo ten baner został zdjęty lub też przysłonięty względnie zarzucony w kąt. Bowiem wyraźnym zaprzeczeniem braku wpływu polityki i polityków na zdrowie miały zdarzenia związane z pandemią koronawirusa. A zaczęło się tak pięknie!

Powołano do życia grupę doradczą przy Premierze RP złożoną z grona wysokiej klasy specjalistów z zakresu chorób zakaźnych, wirusologii, wakcynologii i epidemiologii. Pierwsze zalecenia ekspertów przyjmowano bez zmuszenia oka i były firmowane oraz ogłaszane przez ministra zdrowia i premiera. Niekiedy były one zbyt daleko idące, jak słynne zamykanie lasów państwowych i parków. Nawiasem mówiąc, mam kawałek prywatnego lasu kupionego kiedyś za śmieszne pieniądze i stąd moje dwa pieski miały gdzie się wyhasać. No, ale później wchodziły kolejne szczepionki i szeroko zakrojone szczepienia i tu już rządzący politycy nie byli zgodni w swoich wypowiedziach na temat ich pozytywnego działania. Oczywiście zdanie ekspertów w tym zakresie zaczęło coraz mniej znaczyć. Jeszcze bardziej ten rozróż między interesami zdrowia i polityki widać było, kiedy na ostrzu noża stanęła sprawa paszportów covidowych i ograniczeń w życiu codziennym, np. w korzystaniu z dóbr kulturalnych lub restauracji w przypadku braku ich posiadania. A przecież pozytywny wpływ tego typu postępowania na ograniczenie pandemii przećwiczono już wcześniej w wielu krajach europejskich.

Kompletne rozdarcie pomiędzy wiedzą medyczną a polityką nastąpiło w momencie przedstawienia przez ekspertów zaleceń dotyczących obowiązkowych szczepień. Początkowo miało to odnosić się do określonych zawodów (medycy, nauczyciele, mundurowi), a potem ten obowiązek miał objąć całe społeczeństwo! I tu zaczęły się schody, ponieważ z wymienionych powyżej zawodów ostali się tylko medycy. Pewnie na takiej zasadzie, że jak są tacy mądrzy, to niech eksperymentują na sobie. Natomiast co do pozostałych, rządzący politycy postavili stanowcze weto. Dotyczyło to w szczególności szczepień powszechnych. Okazało się



bowiem, że w gronie parlamentarzystów, stanowiących podstawę rządów obecnego obozu władzy, znajduje się spora grupa antyszczepionkowców, a jeszcze większa - tak zwanych „wątpiących”. To przecież oni, przymuszeni do szczepień, mogą przestać głosować w parlamencie tak jak chcą tego rządzący. A wtedy przecież władzę może objąć opozycja. Jeszcze większa grupa przeciwników szczepień jest pośród wyborców obecnego obozu władzy. Ich też nie można drażnić, bo w kolejnych wyborach zagłosują nie tak, jak trzeba! To typowy przerost formy nad treścią, czyli przewaga interesu politycznego nad wiedzą i zdrowym rozsądkiem ekspertów. Nic zatem dziwnego, że zdecydowana większość grupy doradców medycznych zrezygnowała z tej funkcji. No bo przecież trudno wykonywać pracę bez sensu i bez szans powodzenia. Można powiedzieć, że polityczne zainteresowanie pandemią w sposób znaczący zmniejszyło się w momencie inwazji Rosji na Ukrainę. Zresztą, szczęśliwie w tym czasie liczba zachorowań spowodowanych koronawirusem opadła znacząco i wygląda na to, że pandemia powoli zaczyna wygasać. Nie jest to jednak w żadnym przypadku zasługa polityków. Należy w tym miejscu podkreślić ogromne wysiłki dokonywane w walce ze skutkami pandemii podejmowane przez szeroko pojmowane środowisko medyczne. Z drugiej strony obserwowany spadek zachorowań jest zapewne spowodowany historią naturalnego przebiegu pandemii. Jakkolwiek dalej potoczy się ta historia naturalna pamiętajmy o konieczności trzymania polityków z dala od bezpośredniej ingerencji w ochronę zdrowia. Przypomnijmy raz jeszcze tu hasło: „Polityce wstęp wzbroniony!” Spójrzmy na liczbę nadmiarowych zgonów. Już wiemy, dlaczego?

Wasz Bolesław

Zespół kruchości u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek



Dr hab. med. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

Katedra i Klinika Nefrologii UJ
Collegium Medicum Uniwersytetu
Jagiellońskiego w Krakowie

Zespół kruchości (ang. frailty syndrome, FS) to określenie odnoszące się do wyczerpania rezerw fizjologicznych w odpowiedzi na procesy starzenia się, które manifestują się osłabieniem, wątłością, załamaniem się stanu równowagi ustroju oraz zaburzeniami funkcjonowania wielu narządów. „Wyeksploatowanie” organizmu” przekłada się u wielu osób na utratę samodzielności, co skutkuje zwiększonym odsetkiem upadków, złamań, hospitalizacji oraz wzrostem ryzyka zgonu. U pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, leczonych nerkozastępczo, objawy zespołu kruchości występują znacznie częściej oraz w znacznie młodszy wiek w porównaniu do ogólnej populacji. Powodem jest biologiczne wyniszczenie spowodowane przewlekłą i często długotrwałą chorobą. Stąd też aktualna definicja zespołu kruchości jest niezależna od wieku metrykalnego, a opiera się głównie na wieku biologicznym, który silnie wpływa na rokowanie.

Częstość występowania FS u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek objętych programem przewlekłego leczenia nerkozastępczego ocenia się na około 40–70%, podczas gdy w populacji ogólnej osób po 65. roku życia FS występuje tylko u około 7%, a po 80. roku życia — już u około 30%. Ta ocena nie jest dokładna i wynika z faktu, że stosowano różne narzędzia diagnostyczne ale także wyniki badań populacyjnych na podstawie których szacowano częstość istotnie się różniły.

Jak dotąd nie wypracowano porozumienia dotyczącego jednoznacznej definicji FS oraz jego jednolitej koncepcji (jednowymiarowej oraz wielowymiarowej). Nie wybrano też jednej, referencyjnej metody pozwalającej na ustalenie rozpoznania. Wykorzystuje się w tym celu różne narzędzia i skale, z których największym uznaniem cieszą się kryteria Fried i wsp. z 2001 roku. Skala ta zwraca uwagę na kilka objawów, m. innymi zmniejszenie masy ciała o co najmniej 4,5 kg w ciągu ostatnich 12 miesięcy, spowolnienie chodu, niską aktywność fizyczną, redukcję siły mięśniowej oraz niską wytrzymałość i poczucie wyczerpania. Wg 5-punktowej oceny można rozpoznać zespół kruchości przy obecności 3 z pośród 5 wymienionych wyżej objawów ale także ocenić ryzyko wystąpienia FS — przy obecności 1 lub 2 z wymienionych powyżej. Kryteria Frieda i wsp. pozwalają na identyfikację pacjentów narażonych na rozwój FS i wczesne wdrożenie działań zapobiegawczych.

Drugim często wykorzystywanym narzędziem służącym do rozpoznawania FS jest skala FRAIL, która jest skrótem od angielskich objawów: zmęczenia (F — Fatigue), odporności rozumianej jako możliwości wchodzenia po schodach (R — Resistance), zdolności chodu przez około 3 minuty (A — Ambulation), obecności chorób współistniejących (I — Illness) oraz utraty masy ciała (L — loss of weight). Obecność każdego z objawów punktowana jest jednym punktem, a wynik 3-5 pozwala na rozpoznanie zespołu kruchości. Punktacja 1-2 wskazuje na grupę ryzyka.

Kryteria Fried i wsp. oraz skala FRAIL to narzędzia pozwalające na rozpoznanie FS zgodnie z koncepcją jednowymiarową, uwzględniającą jedynie deficyty fizyczne. Wraz ze wzrostem liczby przypadków obserwacji pacjentów z FS oraz badań dotyczących populacji geriatrycznej coraz bardziej uwydatniła się konieczność spojrzenia na FS nie tylko przez pryzmat upośledzenia fizycznego, ale także uznania go za zaburzenie dotykające psychicznych i społecznych aspektów codziennego funkcjonowania pacjenta. Tak oto powstała koncepcja wielowymiarowa pojmowania zespołu kruchości. Narzędziem stosowanym w rozpoznawaniu FS zgodnie z koncepcją wielowymiarową jest Frailty Index (FI), znany również jako wskaźnik akumulacji deficytów, bardzo przydatny w ocenie aktualnego stanu zdrowia pacjentów w wieku podeszłym oraz do kalkulacji ryzyka pojawienia się dolegliwości związanych z wyczerpaniem rezerw na poziomie wielonarządowym. Lista powikłań obejmuje choroby towarzyszące, zaburzenia poznawcze, odchylenia w badaniach laboratoryjnych i obrazowych oraz niesprawności utrudniające codzienne funkcjonowanie chorego.

Także wskaźnik słabowitości Tilburga (Tilburg Frailty Index, TFI) umożliwia dokonanie oceny wielowymiarowej uwzględniając determinanty słabowitości/kruchości (tu: płeć, wiek, stan cywilny, miejsce urodzenia, wykształcenie, dochody, styl życia, obecność chorób towarzyszących, traumatycznych przeżyć i ogólnego zadowolenia z życia w środowisku domowym); składniki słabowitości/kruchości, zarówno fizyczne (niezamierzona utrata masy ciała trudności w chodzeniu, problemy z równowagą, słuchem, wzrokiem, siłą dłoni, fizyczne zmęczenie, ogólna ocena stanu zdrowia) jak i psychiczne (problemy z pamięcią, zaburzenia nastroju, chwiejność emocjonalna, umiejętność radzenia sobie z problemami) oraz składniki społeczne (samodzielność, samotność, wsparcie ze strony otoczenia). Indeks ten w przystępny sposób pozwala rozpoznać FS na podstawie wypełnionego w formie ankiety kwestionariusza. Jego wypełnienie zajmuje średnio kilkanaście minut i nie wymaga bezpośredniego kontaktu z badanym. Dostępna jest polska wersja TFI przygotowana przez dr Izabellę Uchmanowicz wraz z zespołem. Całkowity wynik może się mieścić w przedziale 0–15, a stopień słabości jest tym wyższy, im wyższa jest

punktacja. Zespół kruchości rozpoznaje się, gdy pacjent uzyska co najmniej 5 pkt. Diagnostyka FS przy użyciu TFI może być użyteczna w celach zapobiegawczych. Pamiętajmy, że zespół kruchości jest procesem o charakterze postępującym, który można spowolnić, a niekiedy nawet odwrócić dzięki zastosowaniu odpowiedniego harmonogramu ćwiczeń fizycznych, poprawie stanu odżywienia, skutecznemu leczeniu współchorobowości ale także odpowiedniemu bodźcowaniu psychologicznemu i poprawie środowiska społecznego, w którym funkcjonują pacjenci.

Przewlekła choroba nerek z następową ich niewydolnością predysponuje do występowania zespołu kruchości. W badaniu obejmującym pacjentów z zaawansowaną przewlekłą chorobą nerek, w którym porównywano użyteczność diagnostyczną, najlepszym testem przesiewowym okazał się pomiar prędkości chodu, natomiast najlepszym testem przesiewowym niewymagającym wykonywania prób fizycznych okazała się skala CFS – 7- stopniowa Clinical Frailty Scale, która klasyfikuje chorych na podstawie obecności chorób dodatkowych, zaburzeń poznawczych i niepełnosprawności. Najwyższa wartość punktacji w tym teście mówi o całkowitej zależności od innych i dobrze koreluje z ryzykiem zgonu zwłaszcza pacjentów dializowanych.

Czy wiedza o zespole kruchości jest potrzebna nefrologom i pacjentom? Całościowa opieka nefrologiczna, w tym – zintegrowana - powinna obejmować identyfikację pacjentów mogących odnieść korzyść z rehabilitacji. Najlepiej, aby taka ocena była dokonywana w okresie przeddializacyjnym lub zaraz po rozpoczęciu leczenia nerkozastępczego, co nie oznacza jednak, że testowanie pod kątem wystąpienia objawów typowych dla FS powinno się przeprowadzić u pacjentów we wcześniejszych stadiach PChN. Nefrolog powinien także wspomagać zespół rehabilitacyjny w ocenie i planowaniu celów leczenia, ponieważ lepiej rozumie specyfikę leczenia pacjenta z zaawansowaną niewydolnością nerek, scenariusze rokowania i naturalny przebieg choroby. Główną rolę w rozwoju FS u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek odgrywa niedożywienie białkowo-energetyczne ze współistniejącymi sarkopenią (zanikiem masy mięśni) i dynapenią (osłabieniem siły mięśni). Obie patologie wynikają bezpośrednio ze związanego z moczną zatruciem organizmu, ale mogą być również nasilane przez leczenie nerkozastępcze. Zespół kruchości oraz niedożywienie białkowo-energetyczne mają bardzo poważne konsekwencje u chorych z zaawansowaną niewydolnością nerek, przyczyniając się do rozwoju niepełnosprawności, spadku jakości życia oraz skróceniu czasu przeżycia. Już wiele lat temu niedożywienie uznano za czynnik złego rokowania pacjentów dializowanych, a jego rozpoznanie u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek opiera się na ocenie parametrów biochemicznych krwi oraz na pomiarach masy ciała i masy mięśniowej, a także - na ocenie ilości spożywanych pokarmów i ocenie zaburzeń łaknienia. Ważną rolę w rozpoznaniu niedożywienia mają lekarz prowadzący, dietetyczka i rehabilitant, a podstawą rozpoznania są m. innymi niskie stężenia albuminy w surowicy ($< 3,8$ g/dl), niska wartość wskaźnika masy ciała BMI poniżej 23 kg/m^2 , 10% utrata masy ciała w okresie ostatniego półrocza obserwacji,

obniżenie zawartości tkanki tłuszczowej, 10% redukcja masy mięśniowej w ostatnim półroczu, u podłoża których to zmian leży najczęściej zła dieta (niskobiałkowa i niskokaloryczna). Co ciekawe, zaburzenia odżywienia mogą być obserwowane u pacjentów już od 2 stadium przewlekłej choroby nerek i wynikać ze zwiększonego ubóstwa lub prozaicznej przyczyny, jaką jest utrata zębów, zaś w wyższych stadiach - z postępującego zatrucia mocznikowego, zmniejszonego łaknienia, czy postępującej z wiekiem demencji.

Podstawowe przyczyny niedoboru białkowo-kalorycznego u chorych dializowanych wynikają wprost z niewystarczającej podaży kalorii ale także zwiększonej utraty aminokwasów z płynem dializacyjnym u pacjentów dializowanych otrzewnowo i zwiększonego katabolizmu białka u hemodializowanych, który ma wiele przyczyn. U pacjentów w okresie przeddializacyjnym szczególną grupę stanowią pacjenci z zespołem nerczycowym, u których dochodzi do znaczącej utraty białka z moczem. Musimy pamiętać, że przewlekła choroba nerek przyspiesza procesy prowadzące do zaniku mięśni. Podobnie jest w przypadku dynapenii, która stanowi część obrazu mocznicy. Ubytek masy mięśniowej i narastająca słabość mięśni są procesami o charakterze postępującym i są ściśle powiązane z niedożywieniem białkowo-kalorycznym, a to z kolei wprost nasila spiralę zespołu kruchości.

Porównując wpływ metody dializoterapii na stan odżywienia chorych można stwierdzić, że zarówno hemodializa jak i dializa otrzewnowa oddziałują nań negatywnie. Ten negatywny efekt tworzy się na drodze odmiennych mechanizmów, niemniej efekt końcowy jest porównywalny w obu metodach. W przypadku hemodializy główny mechanizm wyniszczający chorego stanowią przewlekły stres oksydacyjny i nieswoisty stan zapalny, będące skutkiem długotrwałego kontaktu krwi pacjenta z błoną dializatora, która nie jest do końca biogodna. W przypadku dializy otrzewnowej głównym „winowajcą” jest zwiększona utrata albuminy przez błonę otrzewną. W obu metodach dializoterapii kluczową kwestią jest skuteczne wydializowanie (czyli optymalna dawka dializy), co może chronić chorych przed niedożywieniem i wyniszczeniem.

Czy zatem, mając podstawy do rozpoznania zespołu kruchości, powinniśmy preferować którąś z metod? W związku z utratą samodzielności wynikającą ze zmniejszenia masy mięśniowej i siły mięśni oraz zmniejszenia masy ciała z niedożywienia – co skutkuje spowolnieniem ruchowym i gorszą tolerancją wysiłku (często współwystępującymi z zaburzeniami równowagi oraz zaburzeniami funkcji poznawczych) musimy się zastanowić, czy takich pacjentów kwalifikować do dializy otrzewnowej? Problem jest powszechny, czego dowodzi stosunkowo niski odsetek seniorów rozpoczynających leczenie dializą otrzewnową. Wątpliwości pojawiają się także w przypadku pacjentów z objawami zespołu kruchości, którzy już rozpoczęli leczenie dializą otrzewnową. Czy będą w stanie podołać trudom samodzielnego dializowania otrzewnowo się, w którym wiodącą rolę odgrywają skrupulatność i systematyczność w postępowaniu zgodnie z założonym planem terapii? A może dla pacjenta byłaby lepsza przewlekła hemodializa,

w przypadku której obciążenia i obowiązki po stronie chorego są zdecydowanie mniej uciążliwe? Nie wspominam tu o problemie, jakim dla takich pacjentów jest sam transport na dializy. Kolejnym ważnym pytaniem, jakie musi sobie zadać lekarz nefrolog prowadzący pacjenta z zespołem kruchości i schyłkową niewydolnością nerek w programie dializoterapii otrzewnowej jest to, czy chory będzie w stanie spełnić wymogi kwalifikacyjne do przeszczepienia nerki oraz czy odniesie korzyść z przeszczepienia? Dobrym rozwiązaniem staje się otrzewnowa dializa asystowana, gdzie w warunkach domowych pacjent ma wsparcie osób trzecich, przeszkolonych w metodzie.

Popularyzacja asystowanej dializy otrzewnowej pozwoliłaby na poszerzenie potencjalnej grupy chorych dializowanych tą metodą jako PREFEROWANĄ, gdyż daje ona pacjentowi w podeszłym wieku większe szanse na uniknięcie wielu niedogodności związanych z programem przewlekłych hemodializ (konieczność transportu, uzależnienie od stacji dializ i samego szpitala, ostre powikłania śróddializacyjne i konieczność wytworzenia dostępu naczyniowego do hemodializy). Wiele danych wskazuje na to, że u wszystkich pacjentów z rozpoznaniem zespołem kruchości to właśnie dializa otrzewnowa powinna być preferowaną metodą leczenia nerkozastępczego: łagodna, ciągła, gwarantująca właściwe nawodnienie, redukująca zmęczenie, ułatwiająca rehabilitację.

Dodatkowym atutem dializoterapii otrzewnowej jest większa ilość wolnego czasu dla pacjenta, który może przeznaczyć go na stosowanie programu ćwiczeń pozwalających na spowolnienie postępu utraty sprawności fizycznej

i samodzielności, a także na czynne uczestnictwo w życiu społecznym. Może to także umożliwić pacjentowi wykonanie wszystkich wymaganych badań i konsultacji w toku kwalifikacji do przeszczepienia nerki, co bywa szczególnie trudne dla tych z objawami zespołu kruchości. Decyzję o kwalifikacji takich pacjentów do przeszczepienia nerki należy jednak zawsze dogłębnie przeanalizować, najlepiej wspólnie z bezpośrednio zainteresowanymi ale także ich najbliższymi, ponieważ przeżycie pacjentów z zespołem kruchości po przeszczepieniu nerki jest wyraźnie gorsze w porównaniu z chorymi po przeszczepieniu nerki bez FS, i to niezależnie od wieku. Z drugiej strony skuteczne przeszczepienie nerki u chorego z zespołem kruchości nadal wiąże się z lepszym rokowaniem w porównaniu do innych metod leczenia nerkozastępczego. Optymalizacja celów leczenia poprzez zbliżenie się do możliwości i oczekiwań chorego dializowanego otrzewnowo może mieć kapitalny wpływ na poprawę jego jakości życia. A – jak dobrze wszyscy wiemy – jest to jeden z najważniejszych celów leczenia nerkozastępczego, zwłaszcza u osób starszych.

Z roku na rok do leczenia nerkozastępczego kwalifikujemy coraz starszych pacjentów. Warto pamiętać, że u tych, zwłaszcza niedożywionych, wyniszczonych lub mniej sprawnych fizycznie, możemy mieć do czynienia z zespołem kruchości. Jego rozpoznanie umożliwi w wielu przypadkach spowolnienie, zahamowanie a być może nawet odwrócenie objawów poprzez wczesne wdrożenie postępowania rehabilitacyjnego. To zaś w istotny sposób może poprawić rokowanie.

Hemodializa u noworodków



**Prof. dr hab. med.
Jacek Pietrzyk**

Redaktor Naczelny „Dializy i Ty”

Wielu z Państwa przewlekle hemodializowanych zdążyło się przyzwyczaić do swojej stacji dializ, zna swoich sąsiadów na sali, pielęgniarki, które podłączają Was do maszyn, lekarzy, którzy się Wami opiekują. Dorośli pacjenci, duże maszyny, określone procedury tworzące swoisty, powtarzający się trzy razy w tygodniu rytuał. Przetoka albo cewnik, z reguły taki sam dializator, czas dializy (cztery godziny z „hakiem”), ten sam przepływ krwi w granicach 250-350 ml/min, linie krwi. Nie każdy zdaje sobie sprawę z tego, że w każdej chwili poza jego organizmem płynie około. 200-300 ml krwi stanowiącej 3-4% objętości krwi krążącej w organizmie. Wszystko wydaje się normalne, oczywiście.

A czy zastanawialiście się Państwo może, jak do takiej sztucznej nerki można by podłączyć małego, ba,

najmniejszego pacjenta, któremu nerki odmówiły posłuszeństwa, a którego z obiektywnych przyczyn nie można dializować otrzewnowo? Dializa otrzewnowa, jak pisaliśmy o tym w numerze 34 DiT w 2019 roku jest metodą leczenia nerkozastępczego z wyboru u najmniejszych dzieci. Ale – nie zawsze można ją zastosować. Co wtedy? Już od lat siedemdziesiątych ub. stulecia próbowano hemodializować dzieci, oczywiście na sprzęcie dedykowanym dorosłym. Trzeba było rozwiązać wiele problemów, od dostępu naczyniowego zacząwszy a na wypełnieniu linii układu pozaustrojowego i dializatora krwią albuminą lub mieszaniną soli fizjologicznej i krwinek czerwonych, by nie „skrwawić” małego pacjenta wyprowadzając z niego do dializatora objętości krwi mogące grozić wstrząsem. Problemem był „za duży” rozmiar wszystkiego. Z czasem pojawiły się linie i dializatory dedykowane dzieciom, zabiegi stały się bezpieczniejsze. Ale jak nawet na tym pediatrycznym sprzęcie dializować najmniejszych pacjentów, noworodki i niemowlęta ważące nierzadko po kilka kilogramów, lub mniej? Próbowaliśmy i wielokrotnie, wbrew wskazaniom, hemodializowaliśmy niemowlęta, potem hemofiltrowaliśmy je, ale już na sprzęcie przystosowanym dla potrzeb pediatrii. Mój przyjaciel i kolega po fachu z Instytutu Pediatrii w Prokocimiu, profesor Przemko

Kwinta, zawsze zwracał uwagę, że powierzając noworodka z niewydolnością nerek nefrologom miał wątpliwości, jak bezpiecznie przeprowadzić zabieg hemodializy u tak małego człowieka? Hemodializa pozwala oczyścić organizm ze szkodliwych toksyn mocznicowych i usunąć nadmiar wody. Problem w tym, że stosowanie standardowych aparatów było bardzo ryzykowne. Dlaczego? Bo noworodek czy niemowlę ma około 250 ml krwi w organizmie! Tyle mniej więcej wynosi objętość standardowego układu krążenia pozaustrojowego. A to oznacza, że aparatura przeznaczona dla dorosłego człowieka wyprowadza z organizmu dziecka zbyt dużo płynu. To bardzo ryzykowna sytuacja, bo każde zaburzenie krążenia, zakrzep, przedostanie się powietrza lub niesprawność mikroskopijnych cewników - może spowodować śmierć dziecka. Problemem staje się kontrola przepływów krwi: sztuczna nerka zapewni minimum 30-50 ml/min, ale to ciągle za dużo. A jak skutecznie kontrolować odwadnianie? Ubytek 150 gramów masy ciała w ciągu godziny (tak, tak, ... GRAMÓW!) już może prowadzić do poważnych zaburzeń sercowo-naczyniowych i spadku ciśnienia krwi. Doświadczenia z hemodializą u najmłodszych dzieci mówiły o parametrach bezpiecznej hemodializy. Przepływie krwi około 5 ml/min, ultrafiltracji poniżej 5% masy ciała w czasie zabiegu, objętości układu pozaustrojowego nie większej niż 1/3 objętości krwi krążącej, warunkom trudnym do spełnienia. Wyniki też były niezachęcające. Dysfunkcja (zakrzep/przemieszczenie) cewnika, niestabilność hemodynamiczna dzieci z towarzyszącym zespołem hipotonii śródodializacyjnej, konieczność przetaczania osocza, krwi, podawania leków ratujących ciśnienie, a także trudności w monitorowaniu krzepliwości krwi po podaniu heparyny skutkowały powikłaniami mózgowymi, niedokrwistością, bardzo niskimi stężeniami białka w surowicy. Nie wspomnę o olbrzymim stresie rodzin takich dzieci, niepewnych rokowania. Stres był także po stronie zespołu dializującego. Cokolwiek by nie mówić, śmiertelność była wysoka, 50-80%. Pierwsze próby dopasowania sztucznej nerki do najmniejszych pacjentów poczynili Anglicy. Zespół lekarzy i naukowców z Newcastle intensywnie pracując wprowadził do szpitala w 1995 roku system NIDUS (Newcastle Infant Dialysis and Ultrafiltration System), doskonaląc go z czasem. Urządzenie pracowało w systemie 2-strzykawkowych pomp ssąco-tłoczących, wyprowadzało na zewnątrz pacjenta tylko 10 ml krwi w cyklu pracy, gwarantowało przepływ krwi od 25-40 ml krwi/min, pozwalało na bezpieczne odwadnianie. Stosowane filtry miały powierzchnię 45 tysięcznych metra kwadratowego. Podsumowane w 2014 roku wyniki leczenia noworodków z ostrą niewydolnością krążenia i towarzyszącą niewydolnością nerek były zachęcające.

W latach dwutysięcznych w Stanach Zjednoczonych popularność zyskał system AQUADEX, miniaturowa sztuczna nerka konstrukcji firmy Baxter, system do ciągłej żyłno-żyłnej ultrafiltracji lub wolnej, ciągłej ultrafiltracji. Poza pacjentem znajdowało się 33 ml krwi, 2 pompy krwi i ultrafiltratu zapewniały maksymalny przepływ krwi na poziomie około 40 ml/min, ale także umożliwiały odfiltrowanie nawet 500 ml wody osocza krwi/godzinę. Polysulfonowy hemofiltr



System NIDUS dedykowany hemodializie noworodków i niemowląt.

1 – dwustrzykawkowy zestaw ssąco-tłoczący pracujący jako pompa krwi; 2 – dializator; 3 – pompa heparynowa; 4 – pompa dializatu; 5 – system pomiaru ciśnienia przezłożonowego; 6 – detektor powietrza; 7, 8 – linie krwi; 9 – port do pobierania próbek krwi w czasie dializy. (Coulthard i wsp. Paediatric Nephrology 2014)

miał powierzchnię 0,12 m². Pacjenci wymagali systemowej heparynizacji pod kontrolą aktywowanego czasu krzepnięcia. Aparaty mogły współpracować z systemami ECMO (zewnątruzustrojowymi natleniaczami krwi) i często ratowały najmłodszych pacjentów, zwłaszcza po skomplikowanych operacjach wrodzonych wad serca, po których czasowo załamywało się krążenie i dochodziło do ostrej niewydolności nerek. AQUADEX pozwolił na odwrócenie niekorzystnego rokowania. Teraz 60-80% dzieci przeżywało!

Europa nie mogła być gorsza. Począwszy od 2008 roku pojawiały się doniesienia o eksperymentalnym urządzeniu CARPE-DIEM, w powstawaniu którego czynnie uczestniczył prof. Claudio Ronco z Werony (Włochy) i inżynierowie ze znanej fabryki sprzętu dializacyjnego Bellco. Carpe diem, łacińskie „chwytaj dzień” – sentencja pochodząca z poezji Horacego, zawarta w jego Pieśniach. „- Chwytaj dzień, bo przecież nikt się nie dowie, jaką nam przyszłość zgotują bogowie...”. No cóż... Bogowie postavili przed



Miniaturowa sztuczna nerka AQUADEX (Baxter)

nami wyzwanie: - Noworodek z ostrą niewydolnością nerek! Powstał więc projekt CARPEDIEM: Cardio (sercowo) Renal (nerkowa) Pediatric (pediatryczna) Dialysis Emergency Machine (ratunkowa sztuczna nerka), która od 2011 roku działa, leczy, ratuje najmłodszych. Co jest szczególnego w tej maszynie i jakie są jej możliwości? CARPEDIEM jest miniaturową sztuczną nerką (maszyna waży tylko 13 kg), z możliwością prowadzenia terapii ciągłych u dzieci z masą ciała poniżej 10 kg. Układ krążenia pozaustrojowego zawiera się w przedziale od 27 do 41 ml, trójrolkowa pompa krwi gwarantuje przepływy krwi od 5 do 50 ml/min, a precyzyjne systemy kontroli ultrafiltracji (może nawet zbyt dokładne) pozwalają na odwadnianie od 1 do 4 ml/min.



Prof. Claudio Ronco i CARPEDIEM – miniaturowa sztuczna nerka dla najmłodszych dzieci

W urządzeniu można zastosować dializatory, hemofiltry, plazmafiltry lub filtry albuminowe o powierzchni w przedziale 0,075-0,245 m². Urządzenie CARPEDIEM pozwala na zastąpienie funkcji niewydolnych nerek i jednocześnie wspomaga także pracę serca dziecka. Jest urządzeniem niezwykle istotnym w intensywnej terapii i ratowaniu życia

bardzo małych pacjentów. W zależności od użytego filtra oferuje różne techniki nerkozastępcze, przede wszystkim jednak ciągłą żylną-żylną hemodializę lub ultrafiltrację, dzięki której noworodek może przeżyć krytyczny okres niewydolności nerek i uniknąć ryzyka zagrażającemu życiu przewodnieniu. Jak wspomniano, innowacyjne nerk-serce może być wykorzystywane do terapii nawet najmniejszych maluchów, ważących mniej niż 10 kg, w przypadku których nie sprawdzają się tradycyjne maszyny do dializ. Dzięki niemu udało się opanować ryzyko związane z usunięciem z organizmu zbyt dużej ilości zalegającego płynu i niebezpiecznego obniżenia ciśnienia krwi albo odwrotnie – pozostawienia nadmiaru wody. Skuteczne jest również usuwanie mocznicowych toksyn. Żadne z 8 leczonych w Instytucie Pediatrii w Prokocimiu dzieci w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka nie zmarło. Aparat pomógł noworodkom i niemowlętom z ciężką niewydolnością wielonarządową – dzieciom, które urodziły się z wadami serca, nerek, wątroby, ofiarom zatruc czy posocznicy – przeżyć krytyczny okres. Urządzenie okazało się bardzo pomocne w leczeniu dzieci, u których tuż po urodzeniu z powodu wrodzonych chorób metabolicznych doszło do tzw. przełomu metabolicznego – noworodek nie tolerował pokarmu matki i jego organizm został zatruty amoniakiem, a tylko szybkie usunięcie amoniaku z krwi dawało szansę na dalszy, prawidłowy rozwój. W Europie urządzenie to posiada zaledwie około 40 szpitali. Jego koszt to około 250-280 tys. zł. Aktualnie jest produkowane przez amerykańską firmę Medtronic.

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Prokocimiu, jest pierwszą jednostką w Polsce, która korzysta z pomocy nerk-serca. Maszyna trafiła do uniwersyteckiej placówki dzięki Fundacji Tesco. 1 września 2019 roku w Krakowie został zorganizowany 7. Charytatywny Bieg Tesco. Wzięło w nim udział ponad 3,2 tys. Zawodników, a zebrane przy tej okazji pieniądze zostały przeznaczone na zakup aparatu, który trafił do Szpitala i od 2 lat pomaga ratować dzieci.



Profesorowie: Przemko Kwinta, kierownik I Kliniki Pediatrii i Dorota Drożdż, kierownik Kliniki Nefrologii Dziecięcej i Nadciśnienia Tętniczego z miniaturową sztuczną nerką CARPEDIEM w USD w Krakowie

Po pierwsze pacjent



Dr Tomasz Prystacki
Prezes Zarządu Fresenius
Nephrocare Polska



Mgr Marta Andrzejewska
Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
Fresenius Nephrocare Polska

Stacje dializ FMC wspierają swoich pacjentów i reprezentują ich interesy przed instytucjami organizującymi opiekę zdrowotną w Polsce. Zapewnienie wysokiej jakości leczenia i nieograniczonego dostępu do dializ jest obecnie najważniejszym obszarem naszego działania.

Działanie stacji dializ reguluje prawo

Ochrona zdrowia w każdym państwie jest organizowana przez odpowiednie instytucje. W Polsce działanie podmiotów leczniczych określa Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dziennik Ustaw z 2021 r. poz. 711, z późniejszymi zmianami.). Działalność stacji dializ w Polsce jest regulowana dodatkowo przez rozporządzenia Ministra Zdrowia. Bardzo konkretnie określono tu warunki, jakie musi spełnić świadczeniodawca, żeby móc leczyć pacjentów. Wyraźnie zdefiniowano wymagania dotyczące pomieszczeń, sprzętu medycznego czy kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń. Sposób wykonywania świadczeń medycznych regulują także zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Spełnianie wszystkich warunków jest regularnie sprawdzane podczas kontroli obejmujących wszystkich świadczeniodawców.



Ważny głos świadczeniodawców

Świadczeniodawcy, a więc wszystkie stacje, ściśle przestrzegają wymogów nałożonych przez instytucje ustanawiające prawo. Ale nie znaczy to, że tylko biernie obserwują działania Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Wiele inicjatyw mających na celu polepszenie opieki nad pacjentami czy też zmianę błędnie zapisanych przepisów udało się wprowadzić właśnie dzięki świadczeniodawcom. Przykładem może być choćby niedawne wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw COVID-19 w stacjach dializ. Chodziło tu o pilne dodanie pacjentów dializowanych do pierwszej grupy osób, które szczepionkę powinny otrzymać ze względu na niższą odporność i konieczność regularnych wizyt w miejscu publicznym, jakim jest stacja dializ. Przychylenie się do apelu stacji dializ przez Ministra Zdrowia okazało się bardzo korzystnym rozwiązaniem dla pacjentów. Wygodne i sprawne akcje szczepień zapewniły bezpieczeństwo pacjentów i personelu ośrodków. Zminimalizowano liczbę zakażeń koronawirusem, co pozwoliło na powrót do prawie normalnego funkcjonowania stacji dializ.



Kilka lat temu środowisko nefrologiczne przygotowało koncepcję opieki koordynowanej nad pacjentami z chorobami nerek, której założenia poprawiające jakość i sprawność leczenia, są gotowe do wprowadzenia w naszym kraju. Od lat to właśnie stacje dializ postulują rozpoczęcie pracy według tego planu. Głównym założeniem jest wsparcie pacjenta w leczeniu wielu chorób i schorzeń przez jedną jednostkę prowadzącą i zapewnienie stałej, dwustronnej komunikacji pomiędzy lekarzami różnych specjalności, którzy leczą danego pacjenta.



Przedstawiciele stacji dializ wielokrotnie występowali także przed ogólnopolskimi instytucjami, przedstawiając nowoczesne rozwiązania, które pozwoliłyby na podniesienie jakości i standardów w opiece nefrologicznej. Wystarczy wspomnieć lutowe posiedzenie Rady ds. Ochrony Zdrowia, organizowane przez Biuro Prezydenta RP, podczas którego dr Tomasz Prystacki, prezes Zarządu Fresenius Nephrocare Polska i przewodniczący Sekcji Nefrologicznej „Nefron” Izby Gospodarczej Medycyna Polska wskazywał najlepsze i najszybsze rozwiązania dla polskich pacjentów.

Dializy finansowane przez NFZ

Obecnie bardzo ważnym czynnikiem, który ma niezwykle duże znaczenia dla działania stacji dializ i zapewniania jak najlepszej opieki jest finansowanie procedur dializacyjnych. Refundacja zapewniana przez NFZ należy się wszystkim ubezpieczonym pacjentom, a wycena świadczeń nie powinna być zmartwieniem chorych. Dochodzimy jednak do momentu, gdzie fakt, że w Polsce refundacja dializ jest jedną z najniższych w Europie i pomimo bardzo wysokiej inflacji nie zmieniła się od 2016 roku, powinien być dla wszystkich niepokojący. Ośrodki dializacyjne w całej Polsce borykają się z rosnącymi rachunkami za prąd i gaz oraz galopującym kosztami transportu. Narasta także presja na wyższe płace dla personelu medycznego, których wysokość uwzględniona w wycenie z 2016 roku nie ma nic wspólnego z rzeczywistością. Obowiązujące stawki refundacyjne zakładają na przykład wynagrodzenie personelu pielęgniarskiego na poziomie niewiele wyższym, niż obecnie określone przez Radę Ministrów wynagrodzenie minimalne, a ryczałtowy koszt transportu to 32,40 zł. Taka wycena jest w 2022 roku zupełnie nierealna. Coraz mniej ośrodków jest w stanie zbilansować rosnące koszty i wydatki przy

tej samej, niskiej kwocie refundacji. W Polsce w ostatnim czasie wstrzymało działalność kilka ośrodków dializujących pacjentów (m. in. w Wałczu, Opolu, Sopocie). Z powodu braku personelu chętnego do pracy wiele ośrodków ogranicza godziny działania i zmienia harmonogramy dializ. Świadczeniodawców po prostu nie stać na utrzymywanie ośrodków. Negatywne konsekwencje dla pacjentów są oczywiste – od zmian ich dotychczasowych grafików po konieczność szukania innego ośrodka dializ.



Dlaczego w Polsce tak nisko wyceniona jest opieka nad pacjentami dializowanymi? Dlaczego personel stacji dializ, który leczy pacjentów zakażonych koronawirusem nie otrzymuje tzw. dodatku covidowego, tak jak personel oddziałów szpitalnych? Tutaj pilnie potrzebne są decyzje, które pozwolą ośrodkom na normalne i sprawne funkcjonowanie przy zachowaniu jak najlepszej jakości świadczeń dla pacjentów i przyjaznego środowiska pracy dla personelu. Także w tym przypadku świadczeniodawcy apelują do odpowiednich instytucji: Ministra Zdrowia, prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji czy prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Jak na razie – bezskutecznie!

Co, jeśli refundacja nie wzrośnie?

Najnowsze wyliczenia pokazują, że obecne koszty leczenia pacjenta są o prawie 50% wyższe, niż obecna stawka refundacyjna. Eksperti finansowi wyraźnie wskazują, co i w jaki sposób drożeje i wpływa na funkcjonowanie stacji dializ. Przedstawiciele świadczeniodawców są gotowi do rozmów i stale wnioskuje o spotkanie i podjęcie dyskusji, jak tę sytuację zmienić i poprawić. Wszystko to po to, aby nie dochodziło do zamykania stacji dializ i zmniejszania liczby dostępnych stanowisk dializacyjnych. Jako świadczeniodawcy, organizacje, których celem i misją jest zapewnienie jak najlepszej opieki dializacyjnej dla chorych z przewlekłą niewydolnością nerek nie zgadzamy się na obniżanie jakości i dostępności leczenia. Naszym priorytetem jest pacjent i wszelkie działania, które podejmujemy, robimy właśnie dla Państwa. Liczymy na Państwa wsparcie w tej także potrzebnej kampanii.

Hemodializoterapia w Polsce niedługo będzie potrzebować reanimacji



Krzysztof Hurkacz
Dyrektor Generalny
DaVita Polska



Dr hab. med. Szymon Brzóska
Dyrektor Medyczny
DaVita Polska

Od dłuższego czasu słyszymy, że w Polsce potrzebna jest lepsza organizacja leczenia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN). No właśnie – słyszymy. O opiece koordynowanej dla osób z PChN mówi się od wielu lat, lecz nic się z nią nie dzieje. Tymczasem sytuacja, szczególnie w dializoterapii, nabrzmiewa. Stawka za leczenie pacjentów hemodializowanych w Polsce jest na tym samym poziomie od 10 lat. Potrzeba ją pilnie dostosować do realiów, ponieważ jest zbyt niska – a to zaczyna rzutować na dostępność świadczenia i jakość leczenia pacjentów. W Europie gorzej jest tylko na Litwie i na Węgrzech. O tym, jak zadbać o pacjentów poddawanych dializoterapii, rozmawiamy z Krzysztofem Hurkaczem i Szymonem Brzóska z DaVita Polska.

Czy naprawdę jest aż tak źle?

Krzysztof Hurkacz: Niestety tak. Pracuję dla pacjentów dializowanych od ponad 20 lat. Pamiętam czasy, gdy w Polsce zaczęły powstawać pierwsze nowoczesne stacje dializ. Był taki moment, że kolejne ośrodki wyrastały jak „grzyby po deszczu”. Wynikało to oczywiście z konieczności zbilansowania potrzeb pacjentów i poszerzenia dostępności do leczenia oraz z faktu, że poprawiła się diagnostyka i u coraz większej liczby osób wykrywano PChN.

Zorganizowanie leczenia dla tych pacjentów było czasochłonne. Szpitale nie mogły sobie na to pozwolić. W tej sytuacji do akcji wkroczył sektor prywatny, który na to zapotrzebowanie kompleksowo odpowiedział. Pierwszych kilka lat rozwoju sieci stacji dializ w Polsce było czasem wspólnego szukania dobrej formuły działania przez Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, dostawców publicznych oraz prywatnych. Ale ten dobry proces w którymś momencie wyhamował.

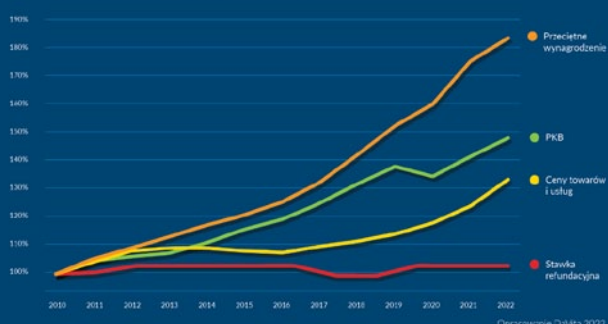
Od 10 lat ze strony państwa w dializoterapii nie było zasadniczych zmian, które usprawniłyby proces i organizację leczenia pacjentów. Obowiązująca wycena procedury, niestety, również odzwierciedla realia rynku sprzed 10 lat! Ten stan w naszej ocenie – i w opinii całej branży

nefrologicznej – nie może się dłużej utrzymywać. Sytuacja, w której się znaleźliśmy, grozi zamykaniem kolejnych ośrodków i brakiem poprawy oraz utrzymania jakości leczenia na dotychczasowym poziomie. Powiedzmy jasno – jeśli szybko się nie zmieni, pacjenci będą narażeni na medyczne wykluczenie.

A pacjentów ciągle przybywa i mają coraz bardziej złożone potrzeby. Zresztą, proces likwidacji stacji dializ, szczególnie w mniejszych miejscowościach, już się rozpoczął. W ostatecznym rozrachunku ucierpią, niestety, pacjenci. Ich życie raz wyrzucone do góry nogami przez przewlekłą chorobę, ponownie jest wywracane przez brak systemowego wsparcia. O ile chorzy z większych miejscowości, w których działa po kilka stacji, mają wybór, o tyle osobom z mniejszych miejscowości, gdzie zazwyczaj funkcjonuje jedna stacja dializ, grozi wspomniane medyczne wykluczenie. W ostatnim roku każda z dużych sieci stacji dializ w Polsce zamknęła po kilka swoich placówek albo jest w trakcie ich zamykania. To naprawdę niepokojące, ale ten trend można jeszcze odwrócić. Potrzebne są pilne zmiany o charakterze systemowym.

Wysokość stawki refundacyjnej na tle zmiany głównych wskaźników ekonomicznych w Polsce

Zmiana procentowa narastająco. Rok 2010=100%



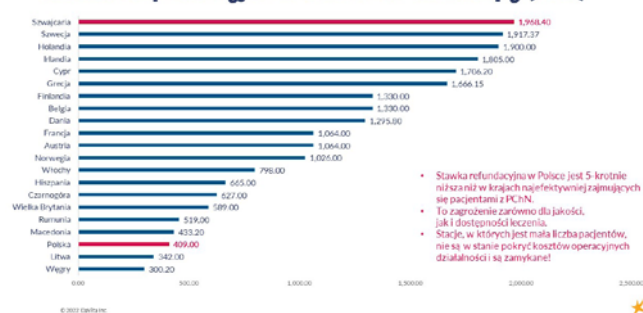
Opracowanie DaVita 2022

Decydenci nie widzą problemu?

K.H.: Wielokrotnie sygnalizowaliśmy problem. Jednak sytuacja ekonomiczna z początku tego roku – galopujące podwyżki cen i rozpędzająca się inflacja – drastycznie go zaogniły. Zdaje się też, że wśród części decydentów panuje mylne przekonanie, zbudowane 10–20 lat temu, że hemodializa są bardzo dobrze wycenioną procedurą. Niestety – jak wspominałem – już od dłuższego czasu jest to nieprawda.

Jak bardzo nierealistycznie system w Polsce na to spogląda, pokazują dane z innych krajów europejskich. Tylko na Litwie i na Węgrzech dializa są niżej wyceniane niż u nas. Lider w tym zakresie, Szwajcaria, ma stawki blisko 5-krotnie wyższe niż my.

Stawka refundacyjna w Polsce na tle Europy (PLN)



Pomijając względy ekonomiczne zasygnalizowane wcześniej, które wpływają na funkcjonowanie stacji dializ, ten brak urealnienia stawki wpływa przede wszystkim na jakość leczenia pacjentów. Doszliśmy do przysłowiowej ściany, kiedy to sektor prywatny nie jest w stanie konkurować poziomem wynagrodzenia z sektorem publicznym.

Przez wiele lat prywatne sieci stacji dializ inwestowały w rozwijanie umiejętności i kwalifikacje swojego personelu, ale te środki są teraz traczone, bowiem coraz więcej osób decyduje się na przejście do ośrodków państwowych, gdzie mogą zarobić więcej. Kolejną kwestią jest to, że medycyna cały czas się rozwija. Coraz więcej wiemy o istocie przewlekłej choroby nerek i lepiej rozumiemy, że aby efektywnie zadbać o pacjentów, potrzebne są im podczas leczenia hemodializami także porada dietetyka, często opieka kardiologa i diabetologa, nierzadko też konsultacja psychologa lub psychiatry, którzy muszą skutecznie rozwiązać problemy towarzyszącej PChN współchorobowości. Żadna z tych potrzeb nie jest jednak uwzględniona w obecnej wytycznej procedury leczenia.

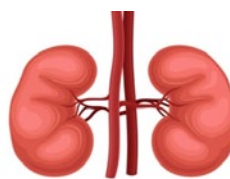
Owszem, pacjenci, jeśli są zaradni i zdeterminowani, zorganizują sobie odpowiednią pomoc. Ale bądźmy realistami – ogromna większość chorych z PChN to osoby w podeszłym wieku, które zwyczajnie mogą nie być w stanie o siebie zadbać. Ich opiekę powinien koordynować lekarz prowadzący ze stacji dializ jako ten, który spędza z nimi najwięcej czasu, najlepiej zna i rozumie ich potrzeby. To cały czas jest istotą pomysłu na opiekę koordynowaną w nefrologii w Polsce.

No właśnie, jak teraz realnie wygląda systemowe leczenie pacjenta chorego na PChN? Dializę „włączamy”, kiedy nie mamy już innego wyjścia. Co się dzieje w innych momentach choroby pacjenta?

Szymon Brzóska: W ostatnich latach pojawiło się wiele ciekawych rozwiązań, niektóre działają świetnie, inne wymagają dalszego rozwoju. Zaczynając od początku procesu diagnozy i leczenia – od jakiegoś czasu funkcjonują pakiety badań „40+”, w których znajdują się też badania przesiewowe w kierunku chorób nerek. To dobry pomysł, ale chyba nie dość dobrze nagłośniony, skoro nawet w środowisku lekarzy nie ma powszechnej wiedzy na ten temat, nie mówiąc już o pacjentach. W ostatnich latach

pojawiało się też kilka leków, które spowalniają postęp PChN, odraczają moment potrzeby leczenia nerkowego oraz poprawiają rokowanie sercowo-naczyniowe w tej grupie chorych.

Ciągle bardzo słabo wygląda polska transplantologia i jest tego wiele przyczyn. Największą jest brak systemowych rozwiązań zapewniających sprawną kwalifikację biorców, szczególnie wykonanie badań i konsultacji niezbędnych do wykluczenia przeciwwskazań do zabiegu przeszczepienia nerki. Gdyby nie prywatne zaangażowanie lekarzy, nie mogłoby się to odbywać. Kto doświadczył uciążliwości tego procesu, ten wie, że skompletowanie wszystkich potrzebnych badań, jeśli nie jest wspomagane przez życzliwość i koleżeńskość lekarzy prowadzących i ich znajomych po fachu, trwa dłużej (ponad rok) niż oczekiwanie na przeszczepienie nerki (średnio 6–7 miesięcy). Liczba przeszczepień, gdyby tylko zwiększyć dawstwo, mogłaby wzrosnąć kilkakrotnie. Odsetek dawców w Polsce jest na bardzo niskim poziomie, jednym z najniższych w Europie. Z kolei w zakresie dializoterapii powinna być sprawniejsza organizacja wytwarzania dostępów naczyniowych, która aktualnie jest bardzo zła. W wielu miejscach wręcz niedostępna, chorzy w Polsce nadal potrafią być dializowani z wykorzystaniem cewnika czasowego ponad dwa tygodnie.



Organizacja badań kwalifikujących i aktualizujących potrzebnych do bycia aktywnym na Krajowej Liście Oczekujących na Przeszczepienie

By urealnić szansę na dostanie się lub utrzymanie pacjenta na KLO lekarze, nie wspierani systemowo, samodzielnie organizują sieć wzajemnej pomocy pacjentowi:

94%

lekarzy korzysta z prywatnych kontaktów, by umówić pacjentowi planowaną hospitalizację na wykonanie badania

85%

lekarzy korzysta z prywatnych kontaktów, by umówić pacjentowi termin konsultacji specjalistycznych wiedząc, że to przyspieszy ich realizację

82%

lekarzy korzysta z prywatnych kontaktów, by umówić pacjentowi szybszy termin badania ambulatoryjnego, na które pacjent ma już skierowanie

Badanie przeprowadzone wśród lekarzy stacji dializ DaVita kierujących pacjentów do przeszczepienia nerki w dniach 21-25.01.2022, n=34

DaVita

Remedium to zmiana stawki i sukcesywne zmiany systemowe zmierzające w kierunku opieki koordynowanej?

K.H.: Tak. I to dokładnie w takiej kolejności, i trzeba dodać: niestety! Dializoterapia w Polsce jest na zakręcie. Jak tak dalej pójdzie, potrzebna jej będzie reanimacja. Jeśli stawki się nie zmienią, prywatni operatorzy będą zmuszeni zamykać kolejne, nierentowne stacje, bo nie będą mogli zrekomensować strat gdzie indziej. Jednostki państwowe oczywiście mogą sobie pozwolić na zadłużanie się, bo w końcu płatnik publiczny ureguluje ich zobowiązania.

Jednak, jeśli sektor prywatny będzie się kurczył, obowiązek opieki nad pacjentami wymagającymi zabiegów ratujących życie spadnie na sektor publiczny. A ten nie jest na to gotowy! Więc tak: najpierw zmiana stawki refundacyjnej. W następnym kroku powinniśmy natychmiast wrócić do lepszej organizacji całego procesu leczenia, by optymalnie dobierać metody leczenia do potrzeb pacjentów i by były to działania jak najbardziej efektywne z punktu widzenia finansowania ze środków publicznych.

Dużo mówimy dziś o ekonomicznej stronie leczenia pacjentów z PChN. Warunki są rzeczywiście wymagające. Jak w takim kontekście zadbać o jakość leczenia pacjenta?

Sz.B.: Rzeczywiście, formalne kwestie zdominowały dzisiaj myślenie o przyszłości leczenia. Dbanie o jakość leczenia staje się coraz trudniejsze. Odpyły wykwaliifikowanych kadr, o których mówił Krzysztof, i brak środków na ich rozwój, czy coraz bardziej złożone medyczne potrzeby pacjentów – to problemy, które – jeśli długofalowo nie zostaną rozwiązane – spowodują drastyczny spadek bezpieczeństwa i jakości leczenia nerkozastępczego.

A proszę pamiętać, że sektor prywatny przykład olbrzymią wagę do jakości leczenia. NFZ zobowiązuje swoich kontrahentów (w tym przypadku świadczących usługę dializoterapii) do śledzenia jedynie właściwego leczenia niedokrwistości i systemowo nie weryfikuje efektów.

Tymczasem prywatni usługodawcy mają wyznaczone cele medyczne leczenia, zgodne z zaleceniami klinicznymi, których jest zwykle kilkanaście, i je regularnie monitorują u każdego pacjenta. W DaVita monitorujemy 19 różnych wskaźników medycznych, wiele procesów klinicznych oraz dbamy o poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjentów. Nie wyobrażamy sobie już, by mogło być inaczej.

Czy wojna w Ukrainie wpływa na sytuację w rodzimej dializoterapii?

Sz.B.: Podobnie jak pandemia – uwypukla zdiagnozowane problemy. Dwie trzecie wszystkich osób uciekających z Ukrainy przed wojną kieruje się do Polski. Póki co, nic nie wskazuje na to, że ta proporcja się zmieni. Uciekły miliony osób, a kolejne będą jeszcze uciekać. Wśród tak dużej grupy osób sporo będzie potrzebować leczenia nerkozastępczego, są też nowe potrzeby w związku z barierą językową, zakwaterowaniem w Polsce itd. Jesteśmy w stanie im pomóc. Podobnie jednak, jak w przypadku rodzimych pacjentów, ta pomoc – aby mogła być bezpieczna i jakościowo dobra – musi być wyceniona adekwatnie do sytuacji ekonomicznej Polski w 2022 roku i aktualnych potrzeb pacjentów.

K.H.: Sektor prywatny rozmawia z decydentami i stara się uzmysłowić ten problem, by móc operacyjnie spełnić oczekiwania profesjonalistów. Pacjenci dializowani mogą poprzeć te starania podpisując odpowiednią petycję.

WYDARZENIA

Światowy Dzień Nerek 11 marca 2022



Dzięki inicjatywie Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologii i Międzynarodowej Federacji Fundacji Nerek od 2006 roku obchodzimy corocznie Światowy Dzień Nerek. Celem ŚDN jest uświadomienie ludziom znaczenia nerek dla stanu naszego zdrowia, ale także szeroko pojęta edukacja o chorobach nerek i sposobach ich zapobiegania, o znaczeniu wczesnej diagnostyki nefrologicznej – a także o powikłaniach towarzyszących wielu chorobom nerek. Działania te mają przede wszystkim aspekt społeczny, ale wymiar globalny. Organizowane w tym dniu bezpłatne badania profilaktyczne, różne konferencje prasowe, publiczne odczyty i imprezy mają charakter oświatowo-edukacyjny niezależnie od

miejsca na Ziemi, w którym się odbywają. Zwiększają wiedzę społeczeństw o problemach zdrowotnych, które towarzyszą chorobom nerek uświadamiając nam, że niesprawna nerka może być źródłem powikłań obserwowanych w wielu narządach. Wysyłają ważny sygnał, że takie choroby społeczne, jak cukrzyca czy nadciśnienie – mogą poważnie uszkadzać nerki.

Apelujemy do wszystkich Państw o zachęcanie swoich znajomych do dbania o własne nerki. Wykonajmy podstawowe badania moczu, zmierzmy stężenie kreatyniny we krwi, skontrolujmy ciśnienie. Już na podstawie tych trzech podstawowych i prostych rzeczy w wielu przypadkach można wykryć nieprawidłowości w funkcjonowaniu nerek pomimo, że nie towarzyszą im żadne dolegliwości ani objawy. Musimy być świadomi, że choroby nerek są powszechne, ale pamiętajmy również, że można je leczyć!

Fundacja Amicus Renis zachęca wszystkich

**BADAJMY SIĘ, ABY ZACHOWAĆ
NERKI W ZDROWIU!**

Komentarz Redakcji „Dializy i Ty” do tegorocznego Światowego Dnia Nerek

Zachęcanie wszystkich do zbadania stanu swoich nerek niesie w sobie głębokie, uniwersalne przesłanie niezależnie od miejsca czy państwa na świecie i ludzi, do których jest skierowane.

Z perspektywy możliwości oceny stanu nerek jesteśmy w bardzo uprzywilejowanej pozycji. Dlaczego? Mocz jest końcowym produktem czynności nerek. Używając przenośni, to taki nasz codzienny kosz pełen śmieci, który opróżniamy raz na jakiś czas, a dostęp do kosza jest w gruncie rzeczy łatwy i nieograniczony. Badając mocz możemy dowiedzieć się, czy same nerki są zdrowe i co takiego nerki wydalają do moczu, co przemawia, że to my jesteśmy chorzy? Bardziej szczegółowe badania pozwalają na rozpoznanie wielu schorzeń o podłożu zapalnym, autoimmunologicznym i metabolicznym, w następstwie których dochodzi do zmian objętości, ciężaru właściwego moczu lub pojawienia się w nim wielu związków nieobecnych w warunkach prawidłowych, do których zaliczamy przede wszystkim **białko, krwinki czerwone** (erytrocyty) i **krwinki białe** (leukocyty). Z perspektywy wielu chorych z cukrzycą dodajmy jeszcze **obecność cukru** (cukromocz), a u tych, którzy mają bakteryjne zapalenie nerek lub dróg moczowych – dodatni odczyn na tzw. **azoty**.

Mocz zdrowego człowieka może zawierać niewielkie ilości białka (do 150 mg/d), jednak obecność białka w moczu powyżej 300 mg/dobę jest traktowana jako patologia i wymaga diagnostyki. **Białkomocz** powyżej 3,5 g/dobę określany jest mianem nercycowego i jest dowodem na poważne uszkodzenie kłębuszków nerkowych. Najczęstszą postacią białkomoczu jest białkomocz przemijający (czynnościowy), towarzyszący gorączce, wysiłkowi fizycznemu, drgawkom lub tzw. białkomocz ortostatyczny, związany z pionową postawą ciała. Wydalanie białka w ilości 20-300 mg/dobę określa się mianem **mikroalbuminurii**, a jej wykrycie może nasuwać podejrzenie wczesnego uszkodzenia kłębuszków nerkowych, co jest typowe dla początków nefropatii cukrzycowej i nadciśnieniowej. Stały białkomocz powyżej 300 mg/dobę uznaje się za główny czynnik ryzyka postępu przewlekłej choroby nerek (PChN). Nerka jako źródło białkomoczu staje się jego ofiarą! **Podstawą do rozpoznania białkomoczu jest stwierdzenie białka w 4 niezależnie pobieranych próbkach moczu.**

Pojawienie się w moczu zwiększonej ilości erytrocytów w ilości powyżej 5 w polu widzenia w osadzie nie jest jeszcze groźne. Dopiero obecność w moczu co najmniej 0,5 ml krwi/l moczu prowadzi do zmiany jego zabarwienia (**krwimocz**), co odpowiada 300 lub więcej erytrocytom w polu widzenia. **Krwinkomocz** może być pochodzenia kłębuszkowego (towarzyszy zapaleniom kłębuszków nerkowych) i pozakłębuszkowego (związany przede wszystkim z kamicą, nowotworami nerek, pęcherza lub stanami pourazowymi). Obecność białkomoczu jako objawu towarzyszącego krwinkomoczowi nasuwa zawsze podejrzenie poważnego uszkodzenia kłębuszków nerkowych.

Podstawą rozpoznania krwinkomoczu jest stwierdzenie nieprawidłowej liczby erytrocytów w co najmniej 3 niezależnych badaniach moczu.

Przyjmuje się różne dopuszczalne liczby leukocytów w polu widzenia u osób zdrowych (kobiety 5-8, mężczyźni < 5). **Leukocyturia** może mieć podłoże nerkowe lub pozanerkowe, z dolnego odcinka dróg moczowych – w tym pęcherza i cewki moczowej oraz pozaukładowe (z pod napletka, z pochwy), ale także wynikać ze stanów zapalnych w narządach otaczających (ropnie jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, ostry wyrostek). Liczne leukocyty w moczu mogą być dowodem na zanieczyszczenie próbki, o ile nie zostały zachowane warunki właściwego pobrania. Leukocyturia najczęściej towarzyszy stanom zapalnym nerek i dróg moczowych o etiologii bakteryjnej. Masywną leukocyturię, bakteriurię i zmiany właściwości fizycznych moczu (zmętnienie, woń amoniakalna) określamy mianem **ropomoczu**. Obecność w moczu bakterii Gram-ujemnych, odpowiadających w 90% zakażenia układu moczowego, potwierdzi **dodatni wynik testu paskowego na obecność azotynów**.

Gdy stężenie cukru we krwi przekracza 180 mg% – cukier pojawi się w moczu. To ważny sygnał ostrzegawczy dla chorujących na cukrzycę, że nie jest ona właściwie kontrolowana. By zamknąć ocenę stanu naszych nerek w sytuacji stwierdzenia nieprawidłowych wyników badania moczu musimy oznaczyć stężenie kreatyniny w surowicy krwi, by na tej podstawie wyliczyć **czynność filtracyjną** nerek (glomerular filtration rate, GFR). A na końcu – **zmierzmy ciśnienie tętnicze krwi!** Nerka jest głównym narządem regulującym ciśnienie. Co drugi pacjent z przewlekłą chorobą nerek w stadium 3. ma je podwyższone, a prawie 80% tych z PChN w stadium 5. wymaga intensywnego leczenia nadciśnienia! Chronimy serce, chronimy naczynia, ale także chronimy nerkę!

Miejmy w pamięci, że ochrona nerek (tzw. „nefroprotekcja”) na drodze zmniejszania białkomoczu i właściwej kontroli ciśnienia tętniczego stwarza im komfort i bezpieczeństwo pracy. A to już wystarcza, by służyły nam dłużej i skutecznie! Zachęcamy wszystkich czytelników „Dializy i Ty” do bycia ambasadorami MĄDREGO DBANIA O ZDROWIE, a zwłaszcza tych, którym do dializy daleko! Polecajcie wszystkim wykonanie raz w roku badania ogólnego moczu. Skonsultujmy wynik z lekarzem rodzinnym. Tylko tyle i aż tyle!

Redakcja „Dializy i Ty”



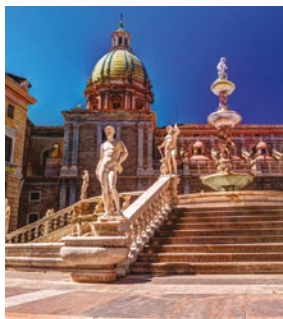
Test paskowy - współczesny „klucz” do diagnostyki schorzeń nerek, w tym krwinkomoczu, białkomoczu i wstępnej diagnostyki zakażeń układu moczowego.



DIALIZY MUCARIA
STACJE DIALIZ

Odkryj Sycylię z

WCZASAMI DLA DIALIZOWANYCH



NOWOCZESNE DIALIZY

- sztuczne nerki **Fresenius 5008**;
- najnowsze techniki dializacyjne:
- HD high-flux, HDF online;
- wykwalifikowany personel medyczny.



OFERTA WAKACYJNA Z NOCLEGIEM

- Trzy różne formuły noclegowe: - apartamenty, - rezydencje, - hotele;
- Noclegi dostępne w **TRZECH NADMORSKICH MIEJSCOWOŚCIACH** na Sycylii:
Trapani, Castellammare del Golfo, San Vito Lo Capo;



TRANSPORT NA DIALIZY



POMOC LINGWISTYCZNA W J. POLSKIM

Brak znajomości języka włoskiego to nie przeszkoda - od pierwszego telefonu, po rezerwację, a także podczas dializ, pomoże Państwu nasz **polskojęzyczny personel**.



RÓŻNE DODATKOWE USŁUGI

- Podczas dializ dostępne napoje oraz przekąska;
- Wygodne łóżka, Wi-Fi i smart TV podczas dializ;
- Rezerwacji transferu z/na lotnisko;
- Możliwość wypożyczenia auta;
- Informacja Turystyczna po polsku.

PAKIETY WAKACYJNE

www.offerte.dialisimucaria.it/pl/

2 TYGODNIE

Dializy - bezpłatne
z kartą EKUZ

Zwrot kosztów przelotu
50 €*



Nocleg
ceny od: **€ 140,00***

dla pacjenta i jego 1 os. towarzyszy.

1 MIESIĄC

Dializy - bezpłatne
z kartą EKUZ

Zwrot kosztów przelotu
100 €*



Nocleg
ceny od: **€ 0,00***

dla pacjenta i jego 1 os. towarzyszy.

Skontaktuj się z nami, aby
uzyskać szczegółowe informacje
o naszej ofercie na rok 2022
i związanych z nią warunkach.

Pomożemy Ci zorganizować wymarzone wakacje!



Z NASZYCH WAKACJI SKORZYSTAŁO
PONAD 1500 PACJENTÓW



ŁATWA I SZYBKA
REZERWACJA



EKSPERCI DIALIZOTERAPII
OD PONAD 45 LAT

SKONTAKTUJ SIĘ Z NAMI



+39 338 7103 285

Stacja Dializ Mucaria



+48 663 327 001

Przedstawiciel w Polsce



reservation@dialisimucaria.it

www.dialisimucaria.it/pl/

Wywiady DIALIZY MUCARIA ze swoimi gośćmi



Ze słonecznej Sycylii dzwoniemy do Polski. Pragniemy przeprowadzić nietypowe rozmowy. Kontaktujemy się z dializowanymi pacjentami, którzy skorzystali z dializ gościnnych w ramach programu „Dializy Wakacyjne” przy naszej Stacji Mucaria. Wywiady, które przeprowadziliśmy były całkowicie spontaniczne. Nikt nie spodziewał się od nas telefonu. W tych rozmowach, z perspektywy kilku miesięcy czy nawet roku, które minęły od wspólnego spotkania, chcielibyśmy dowiedzieć się o wrażeniach pacjentów przebywających w naszej Stacji. Intencją wywiadów było również zapytanie, jakich rad udzieliliby uczestnicy programu wszystkim tym, którzy planują skorzystać z Dializ Wakacyjnych na Sycylii?

Pani Zdzisława Ciechanowicz, Wrocław

DM: Czym są dla Pani Dializy Wakacyjne?

Z.C.: Dla mnie to wybawienie. Wiedziałam, że można wyjechać na dializy wakacyjne w Polsce, ale kiedy okazało się, że można również wyjechać za granicę, na Sycylię, to bardzo się ucieszyłam. Byłam wniebowzięta!

Czy miała Pani jakieś obawy?

Przed wszystkim bałam się bariery językowej. Myślałam, że na stacji dializ mówi się wyłącznie w języku obcym, więc poprosiłam córkę, by dowiedziała się o możliwości wyjazdu. Pamiętam, że byliśmy bardzo zaskoczone, kiedy po drugiej stronie telefonu odezwał się po polsku pan Przemek. Uzyskaliśmy informację o programie dializy oraz pomoc przy wyszukiwaniu biletów lotniczych. Bałam się, że sobie nie poradzę, jak się okazało – zupełnie niepotrzebnie.

A dzisiaj? Czy są jakieś obawy?

Dziś nie boję się wyjazdów. Dializa nie jest przeszkodą! Jak najbardziej można zorganizować wyjazd będąc dializowanym. Wielokrotnie korzystałam z dializ wakacyjnych w Polsce, m.in. w Kołobrzegu, a na Sycylii byłam już 5 razy. Mój ostatni pobyt spędziłam w dwóch miejscowościach – Trapani i Castellammare del Golfo.

Co sprawiło, że podjęła Pani decyzję o wyjeździe?

Cieplutki klimat, piękno Sycylii, wiele ciekawych miejsc... Sprawdziłam również opinie o takich wakacjach i nie było nikogo, kto by nie zachwalał tych wyjazdów na Sycylię.

A jak na urlopie radzi sobie Pani z językiem włoskim?

Korzystam z tłumacza w telefonie i jeśli coś potrzebuję, mogę zawsze sobie przetłumaczyć. Zapisuję wtedy wszystko na karteczce i mogę ją zawsze pokazać lub po prostu komunikujemy się na migi. Wszystko udaje się załatwić.

Jakiej rady udzieliłaby Pani innym pacjentom by najlepiej się przygotować się do takiego wyjazdu?

Ważne by pamiętać o odpowiednim zapasie leków na cały okres naszego pobytu zagranicą. Należy sobie również

zabezpieczyć pewną kwotę na wyżywienie, ale Sycylia nie jest droga. Świetną sprawą jest apartament z aneksem kuchennym, dzięki któremu można samemu sobie gotować. To pozwala też zakosztować produktów włoskich, które są wprost przepyszne i pachnące, a u nas w Polsce nie smakują tak samo.

Jak w kilku słowach opisałaby Pani Sycylię?

Po prostu bajka! Sycylia jest bajeczna, ciepła... Morze przepiękne, roślinność kwitnąca... (po chwili pani Zdzisia dodaje) - aż teraz na wspomnienie ciarki mnie przechodzą. Miło wspominać też wycieczki, które były rewelacyjne. Pamiętam wciąż wspaniałe krajobrazy, przepyszne jedzenie, miłych ludzi...

Gdyby mogła się Pani teraz teleportować na Sycylię, gdzie chciałaby się Pani znaleźć?

Z.C.: Na pierwszym miejscu – w San Vito lo Capo, a na drugim – w Castellammare Del Golfo. Uwielbiam takie piękne, spokojne i ciche miejsca.



Pani Zdzisia w ukochanym San Vito lo Capo

Aż wreszcie - co chciałaby Pani przekazać innym pacjentom dializowanym?

Trzeba odwagi na pierwszy taki wyjazd, ale za to łatwo zakochać się w Sycylii. Chciałabym zachęcić innych pacjentów, aby nie bali się języka czy finansów. Poradzą sobie. Można na taki wyjazd wyjechać z osobą towarzyszącą, z kimś kto nam jest bliski, kto nam pomoże, a zmiana klimatu jest bardzo pozytywna.

Pan Artur Grabowski, Olkusz

DM: Czym dla Pana są Dializy Wakacyjne?

A.G.: Dla mnie to swojego rodzaju odskocznia, radość. Dializy Wakacyjne pozwalają się odprężyć i oderwać od codzienności.

Jaka była Pana pierwsza myśl, kiedy dowiedział się Pan o naszych ofertach i o Dializach Mucaria?

Pamiętam, że pomyślałem: – To jest niemożliwe! Nie wierzyłem, że uda mi się jeszcze gdzieś daleko pojechać, polecieć samolotem... Kiedyś dużo podróżowałem.

Co sprawiło, że podjął Pan decyzję o wyjeździe?

Do wyjazdu przekonała mnie moja koleżanka ze stacji dializ, która dzisiaj jest już po przeszczepie. Otrzymanie informacji z pierwszej ręki, od kogoś kto już tam był – to mnie przekonało.

Jakie mogą mieć obawy przed wyjazdem dializowani?

Myślę, że wielu z nas obawia się zmiany. Dializowani nie mają nawyku wyjeżdżać i przyzwyczajeni są do swojego miejsca zamieszkania i swojej stacji dializ. Przez to zamykają się na nowe doświadczenia i nowych ludzi. Obawiają się także, że nie poradzą sobie w nowej stacji, gdzie nie ma ich doktora, oddziałowej, pielęgniarek, a także, że może być problem z dostępnością dializ.

Jak przygotować się do takiego wyjazdu?

Po wstępnej rezerwacji pobytu należy złożyć wniosek o kartę EKUZ, poprosić swojego lekarza prowadzącego o przygotowanie dokumentacji medycznej i nastawić się pozytywnie. I to tylko tyle! Wszystko się uda. To naprawdę nie jest takie trudne.

Z naszych dializ wakacyjnych korzystał Pan już kilkakrotnie. Czy moglibyśmy poprosić, by w kilku słowach opisać naszą stację dializ?

Wasza stacja dializ jest elegancka i oferuje wysokiej klasy sprzęt. Obsługa jest bardzo profesjonalna, a personel przyjazny i pomocny.

Dziękujemy za miłe słowa! A z czym kojarzy się Panu Sycylia?

Słońce. Dzikie plaże. Uśmiechnięci mieszkańcy.

Gdzie chciałby się Pan znaleźć, zakładając że możliwe by było teleportować się teraz z chłodnej Polski na Sycylię?

Erice. To magiczne miejsce, a widoki są przepiękne.

Co chciałby Pan powiedzieć innym pacjentom?

A.G.: Jeśli tylko zdrowie na to pozwala i mają chęć do przeżycia czegoś nowego, to należy skorzystać ze sposobności wyjazdu bez jakiegokolwiek wahania. Nie trzeba się więcej zastanawiać. Wszyscy pacjenci, których poznałem podczas wakacji, byli bardzo zadowoleni z tych wyjazdów. Dowodem na to jest, że chętnie wracają i ponownie korzystają z wakacyjnych dializ na Sycylii. Tak więc – koledzy i koleżanki, wyjeżdżajcie!



Erice - Pan Artur z żoną, panią Grażyną i Asią z Dializ Mucaria

Pana Pawła natomiast prosimy o udzielenie nam krótkiego wywiadu, podczas gdy jest tutaj z nami na Sycylii, w Trapani. Przyjechał do nas po raz pierwszy. Ponadto, to jego pierwsze wakacje jako pacjent dializowany i wybrał właśnie naszą stację na Sycylii.

Pan Paweł Kutny, Wrocław

Czym dla Pana są Dializy Wakacyjne?

Wybawieniem, mówiąc krótko. Każdy dializowany na pewno czuje się przywiązany do swojej stacji czy maszyny. Ja, z racji zawodu, wiele przemieszczałem się i podróżowałem w przeszłości.

Czy wie Pan, że inna pacjentka, z którą rozmawialiśmy, też nazwała wakacyjne dializy „wybawieniem”? To niezwykle, że użyli Państwo tego samego sformułowania. Czy brakowało Panu wakacji?

Tak, trochę tego brakowało. Gdy w Polsce jest jeszcze zima – a ta pora roku nie nastraja dobrze – Sycylia oferuje ciepło i słońce. Jako przewlekłe dializowani co drugi dzień jeździmy na dializy, niewiele można sobie zaplanować, spada codzienna motywacja. A tutaj – zmiana! Można pozwiedzać! A to bardzo wzmacnia, podnosi na duchu, motywuje. Człowiek czuje się lepiej, czuje się zdrowszy. Dodatkowo na Sycylii jest pięknie, jest pogoda i w tym okresie wyjątkowo ciepło.

A dlaczego Sycylia?

Zawsze chciałem pojechać na Sycylię. To było takie moje małe marzenie. I nagle się okazało, że akurat jest możliwość! Wiele o Sycylii słyszałem od mojego kolegi.

Wspaniale, że udało się zrealizować marzenie. W takim razie, czy wyobrażenia o Sycylii pokryły się z rzeczywistością, jaką u nas Pan zastał?

Nie spodziewałem się wielu rzeczy (pan Paweł śmieje się). Człowiek sobie coś faktycznie wyobraża, ale jak się jest już na miejscu i doświadcza samemu... to nie jest to samo! Jeszcze wiele miejsc muszę zobaczyć, odkryć, dobrze zwiedzić. Chociaż muszę przyznać, że wobec sycylijskiej przyrody, zabytki stawiam na drugi plan. Zachwyca mnie głównie różnorodność przyrody i bajkowe krajobrazy.

A jak w ogóle dowiedział się Pan o Dializach Mucaria?

Usłyszałem na stacji o takich dializach, ale na początku nie za bardzo w to wierzyłem. Nie chciałem wyjeżdżać. Ale w końcu pomyślałem sobie: - Może wakacje zmienią moje podejście? Wciąż byłem „świeży” na dializach i trudno mi było je zaakceptować. Przeczytałem w internecie, porozmawiałem z panem Przemkiem, z panią Asią i ... wyjechałem! Choć na początku nie wydało się to możliwe, realne, to jednak się zdecydowałem sprawdzić i jestem pozytywnie zaskoczony.

Panie Pawle, jakie obawy mogą mieć pacjenci przed pierwszym wyjazdem na takie dializy wakacyjne?

Myślę, że takich obaw jest trochę. Pacjenci mogą się pytać: - Czy tam będzie podobnie? W końcu, tutaj dobrze znam moje pielęgniarki, lekarza, innych pacjentów... Tutaj ludzie znają moją sytuację. Myślę, że są to obawy przed zmianą, nowym środowiskiem. Troszkę bezpodstawne, bo na miejscu także zostaną otoczeni opieką. Zawsze można o wszystko zapytać i problem – rozwiązać.

Jak się przygotować do takiego wyjazdu?

Nie trzeba się specjalnie przygotowywać. Ja jestem zapobiegliwy, ale okazało się to niepotrzebnie. Obsługa zarówno hoteli jak i dializ jest bardzo pomocna. Zaskoczeniem było, że podczas dializy był podawany posiłek i dostępna kawa.

Jak Pan myśli o powrocie, z czym będzie Panu się kojarzyć ta Sycylia? Jaki jest Sycylijczyk?

Z wyprawami i z dobrą fachową opieką, a Sycylijczycy są bardzo otwarci. Udało mi się nawet podróżować autostopem. To dopiero przygoda!

Pana wyjazd był zaplanowany na miesiąc, a jednak podczas urlopu zdecydował Pan przedłużyć swoje wakacje o dwa dodatkowe tygodnie. Dlaczego?

Trudno mi się było rozstać z Sycylią. To dlatego. Tutaj jest wspaniała pogoda, krajobrazy i bardzo smaczna kuchnia.

Co udało się do tej pory zobaczyć na Sycylii? I co planuje Pan zwiedzić podczas tego weekendu kiedy wypożyczy Pan samochód ze stacji dializ?

P.K.: Byłem w średniowiecznej Erice, na wyspie Favignana, w San Vito Lo Capo, Mazara del Vallo, Marsali, Palermo. Dotarłem też na drugą stronę Sycylii – do Katanii i na Etnę. Teraz wypożyczam samochód, będzie to wycieczka objazdowa do kilku miejsc – to dopiero będzie niespodzianka! Zaufam moim koleżankom z tutejszej stacji dializ. Ale na pewno zobaczymy Segestę – park archeologiczny. Mam nadzieję, że na wszystko starczy czasu, bo miejsc do zwiedzenia na wyspie jest wiele.

Tak więc, czy możemy powiedzieć śmiało innym pacjentom, że warto wyjeżdżać na dializy wakacyjne?

P.K.: Oczywiście, że tak! Oczywiście warto wyjeżdżać. Kiedy spadła na mnie informacja, że będę dializowany, niby byłem przygotowany na to mentalnie... że to będzie w kiedyś, w przyszłości. Z perspektywy czasu zderzenie się z tak trudną sytuacją nie wspominam mile. Wakacje pomagają wrócić do dawnej aktywności – a nie ma nic gorszego, niż bezczynność. Tutaj człowiek jakby zapomina, że się dializuje. Nie traktuje dializy jako najważniejszej rzeczy w życiu! Ja dializuję się jakby "przy okazji".

Ostatnie pytanie, co by Pan ze sobą do Polski przyniósł? Słońce!

To zapakujemy na powrót! Bardzo dziękujemy za poświęcony czas i możliwość przeprowadzenia wywiadu.



Antyczna świątynia w Segestie koło Trapani – arch. Dializ Mucaria

Drodzy Pacjenci,

Będąc dializowanym, podróżowanie jest możliwe.

Na dowód tego są właśnie te krótkie wywiady z panią Zdzisłą, panem Arturem i panem Pawłem (którym jesteśmy wdzięczni, że znaleźli czas, aby podzielić się swoimi wrażeniami i opinią). Istnieje wiele inicjatyw dla dializowanych. Pozwalają one na organizację wakacji dzięki, którym będziecie mogli Państwo odprężyć się, zrelaksować, zwiedzić nowe miejsca, **cieszyć się wolnością podróżowania**. Wakacje (te dializacyjne) nie tylko pozwalają spędzić urlop w przyjemnym, ciepłym klimacie, to też rodzaj terapii.

Oczywiście, należy się do takich wakacji odpowiednio przygotować.

W przeciwieństwie do wielu innych wyjazdów, wymagają nieco większego planowania, niż wakacje, które znaliście dotychczas. **Zapytajcie o opinię Waszego lekarza** by upewnić się, czy stan zdrowia pozwala na podróż? Kolejno skontaktujcie się z koordynatorem wakacyjnym/ wakacyjną stacją dializ.

W naszej Stacji Dializ Mucaria **język nie jest barierą**. Na miejscu pracujemy my – Polki – i przeprowadzimy Państwa **przez cały proces projektu**: od pierwszego telefonu zaczynając, poprzez przyjazd, pierwszą dializę, i na powrocie do kraju – kończąc. Wyjaśnimy wszystko, **krok po kroku**. Przeprowadzimy rezerwację, pomożemy w kompletowaniu potrzebnych dokumentów. **Podpowiemy**, jaki lot wybrać, a także - jak przygotować się do wyjazdu.

W naszym programie oferujemy gotowe pakiety w postaci **dializy, transportu i zakwaterowania**. A na miejscu – pomożemy językowo, podpowiemy, co warto zobaczyć, jakie wycieczki odbyć. Posiadamy bardzo różne promocje, i co ważne – jesteśmy otwarci przez cały rok. Praktycznie wszystko gotowe, prawda?

Więc skoro już wiecie, że zrealizowanie marzenia o pięknej podróży jest naprawdę możliwe i całkiem proste, to nie odkładajcie swojej decyzji na czas dalszy. To teraz jest Wasz czas, Twój czas, czas na Ciebie. Pamiętaj – dializy nie są przeszkodą!

Dializy Wakacyjne na Sycylii,

www.dialisimucaria.it/pl/

Informacje po polsku -

tel. +39 338 710 3285



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

Sycylijskie wspomnienia

Andrzej Kandulski
Poznań

Chciałbym przybliżyć i dedykować ją wszystkim dializowanym Państwu wiedzę o możliwości spędzenia świetnych wakacji na Sycylii. Razem z żoną miałem okazję skorzystać z takich pobytów dializacyjno-wypoczynkowych, i dlatego możemy Państwa do nich zachęcić.

Z perspektywy pacjenta najważniejszą rzeczą są zapewnione na wysokim standardzie opieka medyczna oraz transport do ośrodka dializ, ale także zakwaterowanie. Czas i okres pobytu na Sycylii można wybrać spośród wielu propozycji, według własnych upodobań. My wybraliśmy dwie lokalizacje. Byliśmy w Trapanii i w Marina di Ragusa, oczywiście w różnych terminach. Każde miejsce ma specyficzny charakter i warunki pobytu.

Trapani to miasto na północno-zachodnim wybrzeżu wyspy, pełne zabytków architektonicznych zlokalizowanych w obrębie pięknej starówki. W trakcie wycieczek zwiedziliśmy Erice, Marsalę, rozległe saliny, park architektoniczny Selinunte, cudne Castellammare del Golfo i wyspy Egadzkie.

Marina di Ragusa jest malowniczą miejscowością o charakterze turystycznym, na wybrzeżu południowym. Stąd pojechaliśmy do Modici, Ragusy, Noto, Syrakuz, Katanii i na Etnę.

Z każdego pobytu byliśmy bardzo zadowoleni. Dlatego namawiamy Państwa i dopingujemy do odpoczynku na Sycylii. To wspaniałe miejsce oferujące nie tylko doskonale zorganizowane dializy wakacyjne, ale też wiele atrakcji turystycznych: niezapomniane krajobrazy, fascynującą architekturę i ciekawą kulturę.



Wanda Maciaczyk
Bydgoszcz

Mam 82 lata, od 5 lat jestem dializowana. Choroba i dializy przewróciły moje życie całkowicie. Pomimo wieku całe życie byłam osobą aktywną, a dializy spowodowały, że wyłączyłam się z czerpania radości z życia.

Na z stacji dializ zauważyłam czasopismo „Dializa i Ty”, które przy każdej okazji czytam z wielkim zainteresowaniem. Zwróciłam uwagę na informację o dializach wakacyjnych na Sycylii. Zadzwoeniłam do pana Przemka Grabowskiego, który w sposób zrozumiały przedstawił mi zasady wypoczynku na Sycylii.

Pierwszy raz pojechałam na 2 tygodnie. Pomimo wielu wycieczek organizowanych przez panią Joasię, czułam ogromny niedosyt zwiedzania. Postanowiłam zatem, że muszę tam wrócić. Następny mój wyjazd zaowocował zwiedzeniem dużej, północno-zachodniej części Sycylii.

Dzięki wspaniałej opiece pani Joasi, która cały czas pobytu w Trapani troszczyła się o komfort pacjentów, dostarczając informacji co, gdzie i w jaki sposób trzeba zobaczyć! Personel Stacji Dializ Mucaria był przemiły. Na szczególną uwagę zasługiwał Mario, który -nie wiem jak to możliwe - każdego pacjenta zapamiętywał z imienia. Sympatyczne były także kolacje integracyjne z Dr Filippo Mucaria, które przy tradycyjnych potrawach sycylijskich upływały w miłej atmosferze.

Uwielbiam Trapani z jej barokową zabudową, wąskimi uliczkami, pięknymi parkami, a szczególnie park Villa Margherita z nadmorską promenadą, portem jachtowym i wieloma innymi obiektami.

Zachęcam wszystkie osoby dializowane do skorzystania z wakacji na Sycylii, życząc miłych wrażeń i cudownych przeżyć. Szczególnie dziękuję panu Przemkowi Grabowskiemu, który w sposób kompetentny doradził, jak przy normalnym trybie dializowania się zaplanować i miło spędzić niezapomniane wakacje!



LUKSUSOWE DALIZY WAKACYJNE W GRECJI

**ZAREZERWUJ JUŻ TERAZ DIALIZY
WAKACYJNE NAJWYŻSZEJ KLASY..**

*Odkryj bogatą kulturę Grecji i jej niezwykle
piękno natury...*

Poczuj gościnność jej mieszkańców...

*Doświadcza najbezpieczniejszych zabiegów
dializy na najwyższym poziomie...*

Najwyższej jakości usługi medyczne obejmują między innymi:

- Sztuczne nerki Fresenius Medical Care 5008S
- Wysoko wykwalifikowany wielojęzyczny personel medyczny i administracyjny
- 24-godzinne wsparcie medyczne
- Bezpłatny transfer na dializy
- Wyznaczone sektory dla pacjentów z WZW



Palaio Faliro

Ellinidon 18, Palaio Faliro, Ateny, 17564



Pallini

Pogoniou 54 & J. Karabini, Ateny, 15351



Kalamata

Fyties, Messenië, 24200



Thessaloniki

Dasyliou 8, Elaiones Pylaia, Thessaloniki, 55535



Kreta

Kalessa, Gazi, Heraklion, Kreta, 71500



Chaïdari

Korytsas 21A & Anexartias, Chaïdari, Ateny, 12461



Chalkida

3de km autosnelweg Chalkida-Thebe, Positie Fousazani, Gemeente Chalkida, 34100



Serres

Provinciale weg Oinoussa, Neo Souli, 62100

Skontaktuj się z naszymi specjalistami ds. dializ wakacyjnych Mesogeios:

☎ Telefon w Polsce: 663 327 001

☎ +30 2810 371560 ☎ +306946285615 @info@mesogeios.gr 🌐 www.mesogeios.gr

mesogeios⁺
DIALYSE CENTRA

ZAAWANSOWANA KONTROLA KRWAWIENIA

OPATRUNEK TAMUJĄCY ŚREDNIE
I OBFIGITE KRWAWIENIA TĘTNICZE I ŻYLNIE

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

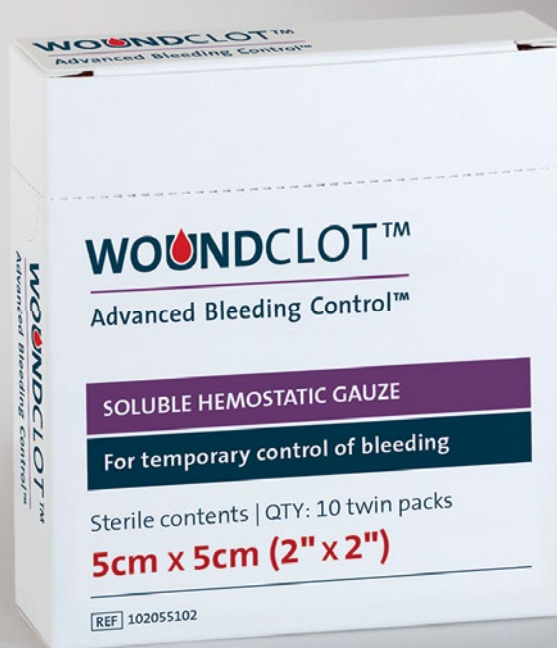
Dystrybutor produktu:

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



WOUNDCLOT™ Hemodialysis

Advanced Bleeding Control™



CE 0483

Nr artykułu: 38060102

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

KĄCIK FOTOGRAFICZNY

Dzisiejszy „Kącik fotograficzny” poświęcam żaglom. Zakochałem się w łódkach pół wieku temu, kiedy jako student medycyny zasiadłem po raz pierwszy w życiu na pokładzie Omegi, ale już w tydzień potem, w trakcie mazurskiego rejsu, miałem w ręce patent żeglarza jachtowego. I w każdej wolnej chwili trzymanie steru i umiejętność czucia wiatru, wody i jachtu sprawiało mi wiele radości. Niezależnie, czy było to moje Jezioro Rożnowskie, Bałtyk, Morze Jońskie czy Atlantyk u wybrzeży USA. Łacińska maksyma przypisana Pompejuszowi: *Navigare necesse est, vivere non est necesse* (żeglowanie jest koniecznością, życie nie jest...) wynikała ze specyficznej sytuacji, w której podjął on ryzyko wypłynięcia z portu na morze przy szalejącej burzy, by dostarczyć żywność głodującemu Rzymowi – ryzykując życiem żeglarzy. Żeglowanie współcześnie nie stawia takich wyzwań co nie oznacza, że jest tylko przyjemnością bez ryzyka. Dzielę się z Czytelnikami zdjęciami z żagli. Urokliwe jachty, keje, miejsca, ludzie... I myślę, że fakt posiadania patentu sternika jachtowego i morskiego daje mi poczucie dumy, ale także wielkiej radości z możliwości kontaktu z Przyrodą, Załogą, z akwenami po których pływam i Bliskimi, z którymi żegluję. Wierzcie lub nie – ale wtedy żeglowanie naprawdę staje się koniecznością

Pomyślcie o tym mając w perspektywie mały urlop, wakacje, a może choćby weekend nad wodą? W Polsce jest tyle pięknych miejsc do żeglowania, niekoniecznie zatłoczone w sezonie Wielkie Jeziora Mazurskie

J.P.









POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW



Prof. dr hab. n. med. Władysław Grzeszczak (1953 – 2022)

Profesor Władysław Grzeszczak urodził się 17 czerwca 1953 w Czechowicach-Dziedzicach, gdzie uczęszczał do szkoły podstawowej i liceum ogólnokształcącego. Po maturze rozpoczął studia medyczne na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach (obecnie Śląski Uniwersytet Medyczny), które ukończył w 1978 roku. Po uzyskaniu dyplomu podjął pracę w Klinice Chorób Wewnętrznych i Nefrologii w Katowicach, kierowanej ówczesnie przez prof. Franciszka Kokota, wybitnego klinicystę, naukowca i dydaktyka, specjalistę chorób wewnętrznych i nefrologii. Pod kierunkiem prof. F. Kokota zdobył specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych, a następnie z dziedziny nefrologii i transplantologii. W 1982 roku obronił rozprawę doktorską, w 1986 roku – rozprawę habilitacyjną, a w 1993 roku otrzymał tytuł naukowy profesora. Od 1991 roku pełnił funkcję Kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Szpitalu Nr 1 w Zabrze. W ramach nowej działalności organizacyjnej, przy znaczącym wsparciu ówczesnego konsultanta krajowego ds. nefrologii, prof. Bolesława Rutkowskiego, utworzył wraz z zespołem Oddział Nefrologii z Pododdziałem Hemodializ, a później Oddział Ciągłej Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej, głównie dla chorych z cukrzycową chorobą nerek.

Profesor Władysław Grzeszczak uczestniczył przy pierwszym przeszczepieniu nerki w Klinice Chirurgii w Katowicach, a później brał czynny udział w programie przeszczepiania nerek realizowanym wspólnie z Kliniką Chirurgii w Bytomiu oraz przeszczepów serca w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Obejmując kierownictwo Katedry i Kliniki postawił sobie za cel zorganizowanie bardzo dobrego ośrodka nefrodiabetologicznego, w którym chorzy osiągnąwszy terminalne stadium cukrzycowej choroby nerek mieli zapewnione leczenie nerkozastępcze. Pomysł na połączenie tych dwóch specjalności w obrębie jednego ośrodka można uznać za wielki osobisty sukces profesora Władysława Grzeszczaka. W zakresie działalności naukowej Profesor miał ogromne osiągnięcia. Był autorem i współautorem ponad 800 prac naukowych opublikowanych w krajowych i anglojęzycznych czasopismach, wielu prestiżowych. Był autorem 7 podręczników oraz 20 rozdziałów w podręcznikach z zakresu chorób wewnętrznych, nefrologii i diabetologii. Do Jego osiągnięć należy też dbałość o kształcenie kadry naukowej. Był promotorem 58 przewodów doktorskich, 6 przewodów habilitacyjnych.

Pod Jego kierunkiem 4 osoby uzyskały tytuł profesora. Był doskonałym wykładowcą akademickim oraz dydaktykiem. Wykształcił wiele pokoleń studentów, młodych lekarzy i specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych i nefrologii.

Pełnił wiele funkcji uczelnianych, między innymi był prorektorem ds. klinicznych w latach 1996-1999 i członkiem Senatu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Sprawował funkcję konsultanta regionalnego ds. diabetologii woj. śląskiego, zaś w latach 2007-2011 – był prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz członkiem Zarządu Głównego PTD. Był konsultantem w zakresie leczenia nerkozastępczego w Stacji Dializ Fresenius Medical Care w Zabrze od chwili jej założenia. Pełnił funkcję redaktora naczelnego czasopism naukowych: „Diabetologii Doświadczalnej i Klinicznej”, „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, „Diabetologii po Dyplomie”. Był członkiem Rady Naukowej „Przeglądu Lekarskiego”, „Nefrologii i Dializoterapii Polskiej”, „Dializy i Ty”, „Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego”, „Chorób Serca i Naczyń”, „Medycyny Praktycznej” oraz „Clinical Diabetology”. Współpracował naukowo z wieloma uczelniami zagranicznymi, w tym uniwersytetami w Bostonie, Waszyngtonie, Glasgow, doskonaląc swój warsztat naukowy i tworząc wspaniały dorobek. Otrzymał liczne nagrody Ministra Zdrowia, nagrody naukowe, dydaktyczne, rektorskie swej macierzystej Uczelni – Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Był odznaczany Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi oraz Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Przed trzema laty Profesor nagle zachorował na ciężką, nieuleczalną chorobę płuc. Jedynym sposobem leczenia okazał się być przeszczep płuc, na który wyraził zgodę. Zespół transplantologów ze Śląskiego Centrum Chorób Serca dokonał udanego zabiegu i Profesor po 3 tygodniach powrócił do pracy zawodowej, w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Sprawił wszystkim współpracownikom i przyjaciołom ogromną radość.

Oprócz intensywnej pracy naukowej i zawodowej Profesor miał wiele ciekawych zainteresowań i pasji, takich jak astronomia, historia religii oraz teatr czy podróże do dalekich krajów.

Niezlomnego i pracowitego Człowieka, wspaniałego Lekarza pełnego dalszych planów życiowych pokonał koronawirus. Profesor zmarł 22 grudnia 2022 roku. Został pochowany na cmentarzu parafialnym w Łaziskach Górnych, żegnany przez żonę, córkę, zięcia i ukochaną wnuczkę Gaję, a także uczniów, studentów, przyjaciół i Rektora SUM oraz przedstawicieli wielu towarzystw naukowych. Jego przedwczesne odejście jest ogromną, niepowetowaną stratą dla środowiska nefrologicznego, diabetologicznego i akademickiego. Zachowamy Go w pamięci jako wspaniałego naukowca, lekarza, klinicystę, nauczyciela akademickiego i wykładowcę o szerokich horyzontach i wizjach, o ogromnej kreatywności, oddanego nauce i pacjentom.

Prof. dr hab. n. med. Ewa Żukowska-Szczechowska