

Czasopismo dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 1 (44) 2023

DIALIZA i Ty



ISSN 1644-5139

Czasopismo ukazuje się pod patronatem
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

Dializa i Ty – Czasopismo dla chorych z niewydolnością nerek
NR 1 (44) 2023, 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. Marian Klinger
prof. dr hab. med. Andrzej Książek
prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko
prof. dr hab. med. Jacek Maniutis
prof. dr hab. med. Michał Myśliwiec
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 KMIEĆ

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

4 Listy znad morza

Hemodializa – hemodializie nierówna – prof. dr hab. med.
Bolesław Rutkowski

5 W oczach lekarza

Z wizyty na sali dializowanych: - A czy można coś poradzić
na ten świąd? – prof. dr hab. med. Mariusz Kusztal
Bolesne kurcze mięśni i zespół niespokojnych nóg –
lek. Marta Olszewska

8 Pielęgniarka radzi

Asystowana dializa otrzewnowa – dr med. Renata Klak

10 Ruch to zdrowie

Ile ruchu dla kogo - wysiłek fizyczny na dializie –
dr hab. med. Szymon Brzóska
Żywnienie pacjentów dializowanych poddawanych
rehabilitacji – dr med. Paulina Borek-Trybała

14 Głos Stowarzyszenia

Razem jesteśmy silniejsi. O bezcennym wsparciu bliskiej
osoby w chorobie – prof. dr hab. Rajmund Michalski,
Iwona Michalska

18 Wydarzenia

Światowy Dzień Nerek – Słowo od Fundacji Amicus Renis
Razem dla zdrowia nerek: Dbam - Badam - Chronię –
prof. dr hab. Rajmund Michalski
Moje Nerki

19 Nasze Ośrodki Dializ

Stacja Dializ w Świnoujściu uratowana – wywiad Joanny
Bernet z dr hab. prof. PUM Markiem Myślakiem
Fresenius Nephrocare Polska zaprasza do swoich ośrodków
podczas Twojego urlopu

22 Dializy Wakacyjne

Nowy system rezerwacji dializ wakacyjnych d.HOLIDAY
– Diaverum
Twoja podróż może rozpocząć się właśnie tutaj
We wrześniu wyruszamy do Amarante! – wywiad Joanny
Bernet z Martą Olim
Moje wakacje marzeń na południu Portugalii –
Janusz Łopucki
Grecja doskonałym kierunkiem turystycznym dla pacjentów
dializowanych – wywiad Joanny Bernet z Marią Melliou
Luksusowe dializy wakacyjne w Grecji
Dializy wakacyjne na Sycylii
Wakacje dializacyjne w Ragusa i Marina di Ragusa na Sycylii

31 Wspomnienia

Wspomnienie o Bardzo Szczególnym Pacjencie –
Zespół Oddziału Dializ USD w Krakowie

32 Poczty Wybitnych Nefrologów

Prof. dr hab. med. Kazimierz Ostrowski

SŁOWO OD REDAKCJI



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

Trudno powiedzieć, co staje się motywacją do działań na
końcu których stoi śmiertelnie chory pacjent, a lekarze i współ-
czesna ich czasom medycyna pozostają bezradni. Tego
uczucia mógł doświadczyć niemiecki lekarz, dr Georg Haas,
widząc setki żołnierzy umierających z powodu ostrej niewy-
dolności nerek w czasie I wojny światowej. Skonstruowana
przez niego pierwsza sztuczna nerka działała w ramach
eksperymentów medycznych, ale w 1928 roku, w akcie
desperacji Haas ustąpił. Wyzwanie przerastało możliwości.
10 lat później dr Willem Kolff był świadkiem śmierci młode-
go pacjenta na swoim oddziale w Uniwersyteckim Szpitalu
w Groningen, w Holandii. Niewydolność nerek. Całkowita
bezzadność. Kolff miał już wtedy w ręce 2 niezbędne rze-
czy, by móc przeprowadzić dializę: przeciwkrzepliwy lek
heparynę i celofanową półprzepuszczalną błonę dializacyj-
ną. Ale dopiero w 1943 roku skonstruowana przez niego
rotacyjna sztuczna nerka i pierwsze dializy udowodniły, że
to działa! I działało przez kolejne lata, do dziś! Pomimo, że
pomiędzy sztuczną nerką Kolffa a współczesnymi maszynami
do hemodializy dostrzegamy wielką przepaść, zasady ich
funkcjonowania pozostają niezmiennie, jak i prawa fizyki
i chemii leżące u podstaw mechanizmów oczyszczania
i odwadniania. W porównaniu do możliwości naszych wła-
snych nerek – każdej ze współczesnych, najdoskonalszych
„sztucznych” daleko jednak do doskonałości. Jako pacjenci
pamiętajmy, że wszystkie powikłania przewlekłej dializoterapii
wynikają z niedoskonałości oczyszczania, ale też z faktu, że
bez uzupełniających leków kompensujących brak czynności
hormonalnej naszych nerek, bez erytropoetyny i aktywnych
metabolitów witaminy D3, bez jelitowych wiążaczy fosforu,
diety ubogiej w potas i sód, ale także z ograniczeniem białka
i płynów przyjmowanych w ciągu doby – jako dializowani
– nie będziemy mogli funkcjonować normalnie. Choroby
każdej części nefronu: kłębuszków, kanalików, wrodzone

i nabyte – mogą prowadzić do ciężkich zmian w całym orga-
nizmie i kończyć się przewlekłą niewydolnością nerek, dializą.
Przewlekłej dializoterapii towarzyszą powikłania narządowe:
nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, mineralna choroba kości.
Dopiero przeszczepienie nerki znosi objawy mocznicowe,
przywraca zdrowie, ale nie cofa wielu z powikłań! Mnogość
chorób, złożona struktura anatomiczna nerek, brak począt-
kowych objawów mogą utrudniać wczesne rozpoznanie.
Wiodący temat tegorocznego Światowego Dnia Nerek,
o którym piszemy w tym numerze i jego hasło przewodnie:
„Przygotujmy się na nieoczekiwane” odczytuję osobiście jako
apel: – Nie dajmy się zaskoczyć chorobą naszych nerek!
Pamiętajmy, że je mamy i nie doprowadzajmy do sytuacji,
w której przypominamy sobie o własnych nerkach wtedy,
gdy tak naprawdę już ich nie ma! Stanowczo za późno.
Złe wyniki badania moczu czy stwierdzenie nadciśnienia
powinniśmy traktować jako ważny objaw ostrzegawczy,
którego nie wolno lekceważyć. Pamiętajmy, że na większość
powikłań towarzyszących dializie zapracowujemy sami.

Zachęcając do lektury bieżącego numeru „Dializy i Ty” je-
stem przekonany, że jako czytelnicy znajdą Państwo wiele
ciekawych artykułów i opinii: lekarzy, pielęgniarek i samych
pacjentów. Tych dializowanych, którzy dostrzegli urok i moc
wakacyjnych dializ spędzanych poza Polską. Dla wielu był
to powrót do normalności utraconej przez przewlekłą cho-
robę. Oczekujemy wakacji mając nadzieję, że zasłużyliśmy
na wypoczynek przeżywszy kolejny, trudny rok. Z wojną za
naszą wschodnią granicą, której końca nie widać, z gorącą
atmosferą polityczną, przy której 30 stopniowe upały wydają
się miłym chłodem. Z drożyzną zżerającą nasze dochody.
Pomyślmy jednak pozytywnie. Zachęcam do uśmiechu.
Damy radę! Bo jak nie my, to kto?

Redaktor Naczelny
Jacek Pietrzyk

Hemodializa – hemodializie nierówna



Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski
Były Konsultant Krajowy
w dziedzinie nefrologii oraz
były Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

Doszły do mnie wieści, że obecny numer poczytnego pisma „Dializa i Ty” ma być poświęcony hemodializie. Postanowiłem zatem podzielić się swoimi wspomnieniami i przemyśleniami na rzeczony temat. Jednym z powodów jest fakt, że można stwierdzić, iż jestem rówieśnikiem zastosowania hemodializy u człowieka. Wprawdzie w owym 1943 roku Willem Kolff, który tego dokonał nazywał swoją procedurę zabiegiem sztucznej nerki. Oczywiście przez wiele lat aparat do hemodializy zwano na wyrost aparatem sztucznej nerki. Tak czy inaczej przy pomocy tego typu zabiegów uratowano w ciągu pierwszych 15-20 lat wiele istnień osób z ostrą niewydolnością nerek. Dopiero lata sześćdziesiąte to stopniowy rozwój programu przewlekłej dializoterapii, to znaczy utrzymywania przy życiu osób ze schyłkową przewlekłą niewydolnością nerek. Na świecie był to początek lat sześćdziesiątych, a w Polsce koniec tego dziesięciolecia. Trzeba pamiętać, czym podówczas dysponowaliśmy. Dializatory były bowiem składane przez personel medyczny, a następnie sterylizowane przez kilkanaście godzin. Dotyczyło to zarówno dializatorów zwojowych typu Kolffa, jak też wprowadzonych nieco później dializatorów płytowych typu Killa. Na dodatek część tych dializatorów miała dużą pojemność (500-600 ml), co powodowało iż przed rozpoczęciem zabiegu trzeba było wypełniać je krwią, oczywiście zgodną grupowo. Płyn dializacyjny był przygotowywany także przez personel medyczny. W mojej pamięci pozostanie obraz pielęgniarek rozpuszczających odpowiednie naważki elektrolitów w pięćsetlitrowych zbiornikach wypełnionych wodą z kranu. Wszystkie te okoliczności sprawiły, że trudno było myśleć o szerokim rozpowszechnieniu programu przewlekłych dializ. Krokami milowymi stały się po kolei uzdatnianie wody do hemodializy oraz automatycznych aparatów wytwarzających płyn do hemodializy z koncentratu elektrolitów oraz uzdatnionej wody. Pierwsze uzdatniacze stanowiły demineralizatory, które oczyszczały wodę z zanieczyszczeń mineralnych. Kolejnym krokiem było włączenie elementów odwróconej osmozy oraz filtrów przeciwbakteryjnych. Warto wspomnieć, że obecnie w wielu przypadkach w szczególności do zabiegów hemodiafiltracji używa się wody ultraczystej pozbawionej bakterii, ale także pyrogenów pochodzących z ich rozpadu. Następny krok milowy to wprowadzenie dializatorów przygotowywanych fabrycznie (ang. disposable dialyzer). Dotyczyło to w szczególności dializatorów kapilarnych, które cechują się małą pojemnością przy zachowanej dużej powierzchni dializacyjnej. Wszystkie te

zmiany wraz z coraz większym unowocześnianiem aparatów do hemodializy spowodowały stopniowy rozwój programów przewlekłej dializoterapii. Początkowo dotyczyło to krajów rozwiniętych, a kolejno także obszarów biedniejszych i mniej zaawansowanych technologicznie. Trzeba w tym miejscu wspomnieć, że zabiegi hemodializy przez wiele lat były dobrem reglamentowanym. Podówczas o włączeniu chorego do dializy decydowały specjalne komisje. W Stanach Zjednoczonych dla przykładu w skład tych komisji poza lekarzami wchodził duchowni różnych wyznań. W Polsce od początku składały się one jedynie z doświadczonych lekarzy. Kryterium stanowiły: wiek, pierwotna przyczyna choroby nerek, współistniejące choroby, nawet stan rodzinny oraz odległość miejsca zamieszkania od stacji dializ. Stąd też chorzy z chorobami ogólnoustrojowymi (np. toczeniem trzewnym czy szpiczakiem mnogim), pacjenci ze współistniejącymi nowotworami czy też osoby z cukrzycą nie mogły liczyć na tego rodzaju terapię. Dotyczyło to również osób w podeszłym wieku, chociaż tzw. „podeszłość wiekowa” w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku oznaczała 50-55 lat, a odpowiednio w latach dziewięćdziesiątych już 60-65 lat. W naszym kraju powstanie kolejnych stacji dializ w ramach Programu Poprawy i Rozwoju Dializoterapii pozwoliło na zniesienie reglamentowania hemodializy oraz dializy otrzewnowej na przełomie wieków. Środowisko nefrologiczne weszło zatem w XXI wiek wolne od przykrych konieczności segregacji pacjentów oraz z możliwością oferowania przewlekłej dializoterapii wszystkim osobom, które wymagają tego leczenia. Mało tego, mogło się zająć opracowywaniem coraz bardziej biozgodnych płynów dializacyjnych oraz błon służących do produkcji dializatorów. Wszystko to wraz z wykorzystaniem możliwości technicznych coraz nowocześniejszej aparatury umożliwiło nie tylko wydłużenie życia osób dializowanych, ale także zapewnienie im odpowiedniej jakości życia. Przyczynia się do tego także rozwój farmakoterapii towarzyszącej, ale to już temat na odrębne opowiadanie. I tak to z prostego wykorzystania dwóch podstawowych praw fizyczno-chemicznych: prawa różnicy stężeń w mechanizmie dyfuzji oraz różnicy ciśnienia hydrostatycznego w mechanizmie ultrafiltracji działających w roztworach przegrodzonych błoną półprzepuszczalną – hemodializa stała się metodą terapii coraz bardziej personalizowaną, czyli dostosowaną do potrzeb konkretnych pacjentów. Ale o tym Szanowni Czytelnicy zapewne znajdą informację w innych artykułach w obecnym numerze czasopisma.

Wasz Bolesław



Z wizyty na sali dializowanych: - A czy można coś poradzić na ten świąd?



Prof. dr hab. med. Mariusz Kusztal
Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny
Transplantacyjnej, Uniwersytecki Szpital
Kliniczny we Wrocławiu;
Szpital św. Łukasza w Bolesławcu

Szacuje się, że świąd skóry występuje u 20% do nawet 80 % pacjentów dializowanych. U niektórych pacjentów utrzymujący się świąd może mieć duży wpływ na sen i jakość życia. Świąd jest objawem schyłkowej niewydolności nerek i prawie nie występuje w ostrym uszkodzeniu nerek. Może mieć charakter napadowy lub ciągły, uogólniony lub miejscowy. Jest zazwyczaj bardziej dokuczliwy w suchym środowisku zimą, w przegrzanych pomieszczeniach bez nawilżania powietrza i latem, a to prawdopodobnie z powodu wzrostu temperatury skóry powodującego obniżenie progu odczuwania swędzenia. Ważną rolę w powstawaniu świądu odgrywa suchość skóry obserwowana u osób z niewydolnością nerek. Szacuje się, że średnio lub mocno nasiloną suchość skóry powoduje wzrost nasilenia świądu mocznikowego do 50%-100%. Intensywny świąd może wynikać z nagromadzenia różnych czynników, które przedstawiono w tabeli 1. Do możliwych przyczyn można zaliczyć wysokie stężenie parathormonu (PTH - wtórna nadczynność przytarczyc) lub duże stężenie fosforanów we krwi. Świąd pojawia się podczas lub między dializami, a najbardziej nasilony jest w nocy. Połowa pacjentów ze świądem podaje trzy lub więcej lokalizacji, najczęściej wskazując plecy i kończyny dolne. Związek między nasileniem świądu a efektywnością dializy pozostaje przedmiotem dyskusji. Zaobserwowano powolne ustępowanie świądu po przeszczepie nerek, natomiast dializoterapia nie powoduje trwałego ustąpienia świądu.

Tabela 1. Czynniki wpływające na świąd mocznikowy

– Suchość skóry	– Nieprawidłowa proliferacja komórek tucznych
– Wtórna nadczynności przytarczyc	– Neuropatia obwodowa
– Zwiększone stężenie histaminy w surowicy	– Zwiększone stężenie magnezu, fosforanów, aluminium i czynników wydzielanych w przewodzie pokarmowym krążących we krwi
– Zwiększona zawartość witaminy A w skórze	
– Podwyższone stężenie serotonin	

W każdym przypadku występowania świądu u pacjentów dializowanych należy wykluczyć inne, poza mocznikowymi, potencjalne przyczyny świądu (tab. 2).

Tabela 2. Inne (poza mocznicą) potencjalne przyczyny świądu

– Zespół pierwszego użycia dializatora - reakcja alergiczna na błonę dializacyjną	– Zaburzenia endokrynne (choroby tarczycy, cukrzyca),
– Neurologiczne	– Choroby autoimmunologiczne – zesp. Sjögrena
– Hematologiczne: niedobór żelaza, białaczka, chłoniak, szpiczak	– Schorzenia wątroby i dróg żółciowych (szczególnie z żółtaczką)
– Choroby skórne, np. świerz, grzybica, ospa wietrzna/półpasiec	– Ciąża (z cholestazą)

Pośród kilku hipotez tłumaczących, jak powstaje dokuczliwe wrażenie świądu, najbardziej aktualną jest hipotezę opioidową z oddziaływaniem na ośrodkowy układ nerwowy. Najogólniej mówiąc chodzi o to, że pobudzenie receptorów μ -opioidowych powoduje powstanie świądu, natomiast aktywacja receptorów κ -opioidowych znosi jego odczucie. Dowodem na to jest znaczna redukcja świądu mocznikowego po zastosowaniu agonisty receptorów κ -opioidowych (nalfurafina), natomiast jego nasilenie obserwowano po użyciu agonistów receptorów opioidowych μ (morfina, fentanyl). Opioidy mogą modulować uczucie świądu oddziałując bezpośrednio na zakończenia nerwowe w skórze. Opioidy tylko pośredniczą w przekazywaniu impulsu świądowego do mózgu, nie są pierwotnymi mediatorami świądu mocznikowego. Występowanie świądu u dializowanych może być związane z nieprawidłowym unerwieniem skóry, w której stwierdzono zmniejszenie całkowitej liczby zakończeń nerwowych.

Tabela 3. Postępowanie w przypadku świądu mocznikowego u pacjentów dializowanych

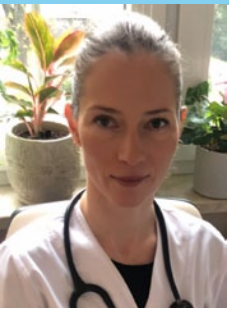
I linia Modyfikacja diety (niskofosforanowa) i dializoterapii (zwiększenie dawki dializy, zmiana dializatora, zmiana metody dializowania na hemodiafiltrację) Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc Miejscowe stosowanie emolientów (szczególnie przy suchej skórze) – preparaty zawierające 5 lub 10% mocznik – preparaty regenerujące lipidy naskórkowe – substancje nawilżające (kwas mlekowy 3–12%) – kąpiele olejowe (w naturalnych lub mineralnych olejach)

Anestetyki miejscowe – zimne okłady (lód, kompresy) – kąpiele lecznicze (płatki owsiane, soda oczyszczona, olejki eteryczne) – balsamy zawierające mentol (1/8–2%), fenol (1/8–2% i kamforę (0,1–3%) – substancje znieczulające (benzokaina, lidokaina, pramokaina) – krem kapsaicynowy – przy objawach świądu miejscowego
II linia Ogólne – leki antyhistaminowe II generacji, w razie słabego efektu I generacji lub dodanie ranitydyny – uspokajające z działaniem przeciwhistaminowym – hydroksyzyna – lek przeciwleukotrienowy – montelukast – Gabapentyna lub pregabalina
III linia – leki przeciwdepresyjne (np. mirtazapina, doksepina) – agonista receptorów opioidowych kappa – difelikefalina (w marcu 2023 lek nierefundowany)
Czynniki fizyczne/mechaniczne – fototerapia światłem ultrafioletowym UVB (przy nieskuteczności emolientów) – prędkość elektryczna stymulacja nerwów (TENS) – efekt krótkotrwały – masaż skóry – z użyciem delikatnych szczotek do skóry

Optymalne leczenie uogólnionego świądu opiera się na właściwej terapii choroby podstawowej np. leczeniu wtórnej nadczynności przytarczyc i doborze leków objawowych. Ważne jest nawilżanie suchej skóry (emolienty) i stosowanie leków przeciwświądowych, które zostały wymienione w tabeli 3. Ciepło, wilgotne warunki zewnętrzne nasilają swędzenie. Dlatego też lekka odzież, chłodna sypialnia, stosowanie lekkiej pościeli i utrzymywanie w pomieszczeniach możliwie niskiej temperatury mogą być pomocne w leczeniu świądu. Ulgę może również przynieść wzięcie prysznica przed snem, lecz należy unikać gorących kąpieli i stosowania mydła, które wysusza skórę. Konieczne jest **nawilżanie skóry po kąpieli**. Jeśli na skórze nie ma zmian zapalnych, nie stosuje się miejscowych kortykosteroidów. Główne sposoby postępowania w świądzie przedstawiono w tabeli 3. Balsamy zawierające mentol, kamforę, fenol powodują miłe uczucie łaskotania skóry, przynosząc ulgę i odciągając uwagę od

uczucia swędzenia. Podobny efekt daje **masaż skóry** na sucho, który należy wykonywać specjalnymi, miękkimi szczotkami z włosiem z agawy, z kokosa (najdelikatniejsza) lub z włosia końskiego. Nie dociskamy szczotki, tylko delikatnie pod jej własnym ciężarem masujemy ciało. Szczotkowanie powinno odbywać się w kierunku serca. Masaż szczotką na sucho rozpoczyna się zwykle od stóp i łydek – później należy kierować się w górę, szczotkując uda, pośladki i brzuch. Na koniec szczotkujemy ręce i ramiona, od nadgarstków w górę – nadal w stronę serca. Przeciwwskazaniami do szczotkowania są zmiany chorobowe na skórze, żylaki i naczyńki. Mechaniczne bodźce, nawet z lekkim poczuciem łagodnego bólu hamują zakończenia nerwów odpowiedzialnych za świąd. **Miejscowe środki znieczulające**, na przykład krem EMLA, mogą także powodować okresowe ustąpienie dolegliwości. W leczeniu nadmiernej suchości lub zapalenia skóry powinno się stosować preparaty z emolientami nawilżające, zawierające mocznik lub kwas mlekowy lub preparaty pokrywające, takie jak wazelina oraz emulsje wodno-olejowe. Spośród **leków antyhistaminowych** wybierane są głównie te II generacji (np. desloratydyna, cetyryzyna) ewentualnie stosuje się na wieczór hydroksyzynę o dodatkowym działaniu uspokajającym. Terapia promieniowaniem UVB może przynosić dobre efekty u pacjentów ze świądem towarzyszącym chorobom nerek i wątroby. Masaż wibracyjny i przezskórna stymulacja nerwów (TENS) – podobnie jak szczotkowanie skóry – są skuteczne, prawdopodobnie przez pobudzanie „zahamowania pobocznego” w rdzeniu kręgowym. Niestety, efekty nie są trwałe. W 2021 roku Agencje ds. Żywności i Leków (amerykańska FDA i europejska EMA) zatwierdziły difelikefalinę, agonistę receptora opioidowego kappa, do leczenia świądu, a jej skuteczność wykazano u około połowy pacjentów dializowanych ze świądem. W marcu 2023 roku lek ten nie był jednak objęty refundacją. Podsumowując, świąd u pacjentów dializowanych powinien być właściwie opisywany, a przyczyna na ile to możliwe – ustalona. Skuteczne uśmierzanie świądu ma na celu przede wszystkim poprawę jakości życia pacjentów. Leczenie świądu związanego z niewydolnością nerek i dializoterapią jest trudne z uwagi na mnogość potencjalnych czynników sprawczych, co utrudnia wybór skutecznego postępowania terapeutycznego na początku. Zalecane jest podejście etapowe. W każdym przypadku niezbędna jest indywidualizacja terapii.

Bolesne kurcze mięśni i zespół niespokojnych nóg



Lek. Marta Olszewska
Klinika Nefrologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych UMP

Obecnie spośród dializowanych w Polsce ponad 20 tys. pacjentów znacząca z nich większość jest hemodializowana. Z roku na rok kwalifikujemy do leczenia nerkozastępczego coraz starszych pacjentów, co ma poważne konsekwencje w postaci rosnącej liczby powikłań dializacyjnych oraz gorszego rokowania. Większość chorych rozpoczynających leczenie dializami to osoby w wieku 65 – 75 lat i więcej, a co za tym idzie - są to pacjenci ze znaczną współchorobowością: niewydolnością serca, chorobą wieńcową, miażdżycą naczyń obwodowych oraz cukrzycą i jej powikłaniami, często wyniszczeni, niedożywieni, u których wiek biologiczny może być wyższy niż metrykalny. Jeżeli na długotrwałą chorobę nałoży się leczenie nerkozastępcze, prowadzi to do znacznego wzrostu ryzyka sercowo-naczyniowego u tych pacjentów, wyższego niż u ich zdrowych rówieśników. Rokowanie dializowanych zależy ściśle od ich wcześniejszego dobrostanu, a śmiertelność wynika głównie ze współistniejących chorób - a nie z leczenia nerkozastępczego. Na rokowanie u osób młodszych lub bez dodatkowych obciążeń ogromne znaczenie ma jakość współpracy i przestrzeganie zaleceń dotyczących diety, ograniczenia soli i płynów oraz przyjmowania leków.

Powikłania hemodializy mogą mieć charakter:

- ostry (występują w czasie lub tuż po hemodializie) i są to przede wszystkim: spadek lub wzrost ciśnienia krwi, zespół niewyrównania, kurcze mięśni, krwawienia z miejsca wkłucia kaniul dializacyjnych, zaburzenia rytmu serca, hemoliza
- przewlekły: świąd skóry, amyloidoza dializacyjna, zespół cieśni nadgarstka, zespół niespokojnych nóg

Większość z nich ma charakter łagodny, a dzięki odpowiednio dobranym, indywidualnym schematom leczenia oraz dyscyplinie pacjenta - można zapobiec ich wystąpieniu. Poniższy tekst ma na celu przybliżyć problem dwóch z powikłań dotyczących pacjentów dializowanych, nie tyle groźnych, co odbieranych przez pacjentów jako bolesne lub przykre.

Bolesne kurcze mięśni

Bolesne kurcze mięśni są trzecim co do częstości ostrym

powikłaniem hemodializ. Pojawiają się najczęściej pod koniec zabiegu hemodializy w wyniku spadku perfuzji (ukrwienia) mięśni spowodowanej szybkim zmniejszeniem się objętości krwi, a ściślej mówiąc wody osocza i płynu pozakomórkowego. Bóle często towarzyszą spadkom ciśnienia tętniczego. Większe ryzyko pojawienia się kurczy występuje u osób starszych, ze zmianami miażdżycowymi, znaczną niedokrwistością i przy dużej ultrafiltracji przekraczającej 3 litry/sesję dializacyjną.

Postępowanie

- szybkie zwiększenie objętości krwi krążącej (w tym – osocza), podając we wlewie ciągłym 100 ml 0,9% NaCl lub 10 ml 10% NaCl albo 100 ml 5% glukozy lub 20 ml 40% glukozy
- jeśli dolegliwości utrzymują się przez dłuższy okres czasu można dodatkowo podać dożylnie 5–10 mg diazepam (Relanium).

Zapobieganie

- kluczowe znaczenie ma redukcja przyrostów masy ciała między zabiegami hemodializy, a co za tym idzie - mniej intensywna ultrafiltracja. Należy zachęcić chorych do zmniejszenia ilości wypijanych płynów i utrzymania stałej masy ciała.
- korekta tzw. „suchej” masy ciała
- u chorych z zachowaną diurezą resztkową (>100 ml/dobę) należy rozważyć stosowanie diuretyków pętlowych w celu jej zwiększenia
- należy zastosować profilowanie stężenia sodu w płynie dializacyjnym: na początku zabiegu stężenie sodu powinno wynosić 145–150 mmol/l, a na 30 min przed jego zakończeniem 135–138 mmol/l
- można rozważyć zastosowanie doustnie diazepam (Relanium) w dawce 5–10 mg lub siarczanu chinidyny (Chinidinum sulfuricum) w dawce 0,2 g na ok. 2 godziny przed zabiegiem, suplementację witaminy E, karbamazepinę lub amitrypylinę

Zespół niespokojnych nóg (ang. RLS – restless legs syndrome)

Zespół niespokojnych nóg jest częstym problemem u chorych leczonych hemodializami. Jest to nieprzyjemne, subiektywne odczucie w obrębie kończyn dolnych, zwykle nasila się w nocy i ustępuje przy poruszaniu nogami. Dotąd nie opracowano obiektywnych metod do jego oceny. Kliniczne kryteria diagnostyczne zostały ustalone przez International RLS Study Group (IRLSSG). Należą do nich:

1) konieczność poruszania kończynami dolnymi z powodu nieprzyjemnych doznań czuciowych, a zwłaszcza w łydkach
2) konieczność poruszania nogami lub nieprzyjemne odczucia w ich obrębie, które zaczynają się lub nasilają podczas okresów odpoczynku lub braku aktywności, jak leżenie lub siedzenie

3) konieczność poruszania kończynami dolnymi lub nieprzyjemne odczucia w ich obrębie, które są częściowo lub całkowicie usuwane przez ruch, jak chodzenie lub ćwiczenia rozciągające mięśnie nóg, przynajmniej tak długo jak trwa ruch

4) konieczność poruszania nogami lub nieprzyjemne odczucia w ich obrębie, które są silniejsze wieczorem lub w nocy niż w ciągu dnia lub występują tylko w ciągu nocy. Zespół niespokojnych nóg jest silnie skojarzony z bezsennością u chorych dializowanych oraz znacząco negatywnie wpływa na ich jakość życia. Występowanie zespołu niespokojnych nóg powiązane z mniejszą dawką dializy (niedodializowaniem) oraz z ciężkością współistniejących chorób, takich jak choroby serca, naczyń mózgowych, naczyń obwodowych, neuropatia obwodowa, mineralna

choroba kości, choroby układu oddechowego, zaburzenia widzenia, neuropatia autonomiczna, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, powikłania dializacyjne, cukrzyca i – z wieloma innymi.

Leczenie

- zwiększenie dawki dializy
- uzupełnienie niedoborów żelaza
- stosuje się klonazepam (0,1 mg na noc), klonidynę (0,05 mg), karbamazepinę (100 mg na noc w zwiększanych dawkach) i L-dopę (100-200 mg)

Dializoterapia nie zastępuje w pełni czynności nerek, a leczenie nerkozastępcze wymaga wielokierunkowego podejścia, które ma poprawić rokowanie pacjenta i nie tylko przedłużyć życie, ale także zwiększyć jego komfort i poprawić szeroko rozumianą jakość. Aby to osiągnąć kluczowa jest współpraca całego „nephro team’u”: lekarza prowadzącego, pielęgniarek, dietetyka, psychologa, ale także zdyscyplinowanie pacjenta, który musi wrócić do podstaw, czyli przestrzegać zaleceń w zakresie objętości spożywanych międzydializy płynów, ograniczenia spożycia soli i regularnego przyjmowania przepisanych leków.

PIELĘGNIARKA RADZI

Asystowana dializa otrzewnowa



Dr n. med. Renata Kłak

Specjalistka pielęgniarstwa nefrologicznego
Klinika Nefrologii i Medycyny
Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego
we Wrocławiu
Kierownik Ośrodka Dializy Otrzewnowej

Każdy pacjent ze schyłkową niewydolnością nerek staje przed dylematem, jaką metodę dializoterapii powinien wybrać? Decyzja co do formy leczenia nerkozastępczego traktowana jest bardzo indywidualnie i zależy od wielu czynników medycznych oraz psychosocjalnych. Kiedy nie ma ewidentnych wskazań do konkretnej metody terapii, pacjent ma możliwość wyboru.

Chorym ze schyłkową niewydolnością nerek proponuje się dwa sposoby dializowania: hemodializę lub dializę otrzewnową. Obie metody należy traktować jako równoważne w leczeniu nerkozastępczym - ale hemodializa jest bardziej popularna. Część pacjentów obawia się dializy otrzewnowej ze względu na konieczność samodzielnego

prowadzenia terapii. Pytanie, czy słusznie?

Obawy te są całkowicie nieuzasadnione. Każdy pacjent, który zdecyduje się na tę formę leczenia i zanim ją rozpocznie przechodzi odpowiednie szkolenie, podczas którego zdobywa umiejętności niezbędne do prowadzenia dializy otrzewnowej w domu oraz uczy się metod zapobiegania wystąpienia ewentualnych powikłań. Jeśli chory nadal jest niezdecydowany, możemy zaoferować asystowaną dializę otrzewnową.

Definicja asystowanej dializy otrzewnowej mówi, że wymiany płynu dializacyjnego w trakcie ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej (CADO) lub automatycznej dializy otrzewnowej (ADO) są prowadzone przez inną osobę w domu pacjenta lub w innych miejscach jego pobytu (hospicjum, zespół opiekuńczo-leczniczy, dom seniora). Najczęściej są to członkowie rodziny, a - w przypadku braku pomocy z ich strony - program dializ otrzewnowych prowadzi profesjonalny personel medyczny. W naszych warunkach z reguły opiekę nad chorym członkiem rodziny przejmują albo współmałżonkowie albo - w przypadku dzieci - rodzice lub odwrotnie - dzieci, gdy dializy wymagają rodzice.

Dla kogo dedykowany jest ten model dializy? Przede wszystkim dla pacjentów niesprawnych fizycznie lub mentalnie. Do tej grupy zaliczymy pacjentów w podeszłym wieku, którym samodzielne wykonanie wymian płynów uniemożliwia zniedołężnienie psychofizyczne, liczne choroby współistniejące, stany depresyjne lub deficyty umysłowe. Oprócz osób starszych należy również wymienić niepełnoletnie dzieci, którym program dializ otrzewnowych prowadzą rodzice lub opiekunowie. Inną grupą chorych są pacjenci z cukrzycą, u których w wyniku komplikacji choroby podstawowej mogą wystąpić zaburzenia widzenia (niedowidzenie, ślepotą). Innym powikłaniem może być nasilona polineuropatia w zakresie kończyn górnych uniemożliwiająca sprawne i bezpieczne podłączenie systemu lub inwalidztwo fizyczne spowodowane np. amputacją kończyny. Do programu asystowanej dializy otrzewnowej możemy też zakwalifikować pacjentów przeniesionych z hemodializy, u których wyczerpano możliwości wytworzenia dostępu naczyniowego. Ostatnią grupą chorych są pacjenci długotrwale leczeni dializą otrzewnową, u których w wyniku wystąpienia „zespołu wypalenia” dochodzi do licznych błędów technicznych oraz powikłań uniemożliwiających dalsze, samodzielne prowadzenie dializy otrzewnowej. Obiektywną, medyczną przyczyną wymuszającą zmianę metody dializowania jest także twardniejące zapalenie otrzewnej, rzadko obserwowane powikłanie u dializowanych przez wiele lat przez otrzewną pacjentów, których błona otrzewnowa traci zdolności do odwaniania i oczyszczania. Na czym polega dializa otrzewnowa? Istotą tej metody leczenia jest usuwanie z ustroju toksyn mocznicowych, nadmiaru wody i elektrolitów przez naturalną błonę półprzepuszczalną, jaką jest otrzewna. Proces ten indukowany jest obecnością tzw. płynu dializacyjnego o odpowiednio dobranym składzie jonowym w jamie otrzewnowej, do której przez umieszczony chirurgicznie cewnik Tenckhoffa, jest wpuszczana silastikowa rurka długości 20-30 cm wszyta przez powłoki brzuszne. Oprócz elektrolitów stosowane płyny dializacyjne zawierają glukozę, w różnym stężeniu, która jest związkiem osmotycznie czynnym i w procesie tzw. ultrafiltracji ułatwia przemieszczanie się wody z organizmu do dializatu, a następnie jej wydalenie. O skuteczności dializy otrzewnowej decyduje liczba wymian płynu dializacyjnego w ciągu doby, ich objętość i wspomniane już stężenie glukozy.

Jakie korzyści odnoszą pacjenci z zastosowania programu asystowanej dializy otrzewnowej? Pierwszą i podstawową zaletą tej formy leczenia jest możliwość wykonywania dializ w przyjaznych warunkach domowych, z pominięciem uciążliwego transportu do placówki medycznej. Jest to szczególnie ważne dla osób starszych lub z inwalidztwem,

ponieważ daje im to poczucie niezależności od ośrodka i lepszy komfort życia. Co jeszcze zyskują pacjenci stosując dializę otrzewnową? Przede wszystkim nie jest potrzebny dostęp naczyniowy, czyli nie zakładamy cewnika do żyły centralnej lub nie wytwarzamy przetoki tętniczo-żyłnej (dostępem otrzewnowym jest cewnik Tenckhoffa). Przekłada się to na brak nakłuć przy przetoce tętniczo-żyłnej, wykonywaniu zabiegów hemodializy lub zainfekowania centralnego cewnika stałego i na mniejsze ryzyko zakażenia krwi. W dializie otrzewnowej podłączenie systemu worków do cewnika Tenckhoffa jest proste i bezbolesne, co nie oznacza – że nie związane także z ryzykiem infekcji. Procedury wymiany worków z płynem dializacyjnym (CADO, 4-5 wymian ręcznych w ciągu doby) lub do cyklera (ADO, 5-6 wymian wykonywanych automatycznie przez cykler w okresie snu, w nocy) wymagają przestrzegania zasad aseptyki i higieny. Niestosowanie się do nich grozi ryzykiem wystąpienia dializacyjnego zapalenia otrzewnej. Poza tym przebieg dializy jest łagodny i nie powoduje gwałtownych spadków ciśnienia tętniczego krwi czy zaburzeń rytmu serca. Jednocześnie w wyniku wolnego i ciągłego transportu cząsteczek toksyn mocznicowych oraz wody występuje mniejsze ryzyko niedociśnienia, wobec tego jest mniej obciążająca dla układu krążeniowo-naczyniowego. Innym ważnym aspektem dializy otrzewnowej jest również to, że dłużej utrzymuje się resztkowa funkcja nerek, co pozwala na utrzymanie właściwego bilansu płynowego. Również dieta pacjentów dializowanych otrzewnowo jest bardziej liberalna z mniejszymi ograniczeniami żywieniowymi.

Asystowana dializa otrzewnowa z udziałem rodzinnych opiekunów lub profesjonalnych pracowników ochrony zdrowia stanowi optymalną opcję dializy domowej. Czy będzie prowadzona metodą ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej CADO, czy przy pomocy automatycznej dializy otrzewnowej ADO, wszystko zależy od możliwości opiekuna. Dla osób pracujących lepszą metodą będzie asystowana automatyczna dializa otrzewnowa niż ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa, ponieważ jej zaletą jest stosowanie u pacjenta dializ tylko w nocy. Natomiast jeśli opiekun stale przebywa z podopiecznym, optymalnym rozwiązaniem zarówno dla pacjenta jak i dla prowadzącego program będzie łatwa procedura ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej.

Zasadniczym celem leczenia nerkozastępczego powinno być uzyskanie wysokiej jakości życia chorych, a zatem dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego. Czy możemy go osiągnąć przy zastosowaniu asystowanej dializy otrzewnowej? Myślę, że jest to możliwe. Poniżej chciałabym przedstawić efekty leczenia tą metodą dializoterapii

u chorego, u którego wystąpił brak możliwości zastosowania innych opcji terapeutycznych.

Pacjent, o którym mówię, miał rozpoznaną chorobę nerek o gwałtownie postępującym przebiegu w wieku kilkunastu lat i w bardzo krótkim okresie doświadczył ich schyłkowej niewydolności. Z początku zastosowano hemodializę oraz trzykrotnie podjęto próby przeszczepienia nerki. Niestety, bez powodzenia. Przez 18 lat leczenia hemodializami pacjent doświadczył najcięższych powikłań wynikających z zastosowania tej metody terapii. Po wykorzystaniu wszystkich możliwych sposobów wytworzenia dostępu naczyniowego i braku innych alternatyw, zaproponowano choremu dializę otrzewnową. Terapia jest prowadzona od 16 lat bez większych powikłań związanych z techniką. Pacjent jest na automatycznej dializie otrzewnowej i przez pierwsze 3 lata sam prowadził program leczenia dializami. Niestety, w wyniku postępującej choroby doszło do trwałego inwalidztwa fizycznego, które uniemożliwiło choremu

samodzielne kontynuowanie leczenia. Ciągłość terapii i opiekę nad pacjentem od ponad 13 lat zapewnia jego mama. W tym miejscu należy podkreślić, że przez lata sprawowania opieki nad chorym nie wystąpiły żadne istotne powikłania medyczne, które mogłyby mieć wpływ na skuteczność leczenia. Dzięki ogromnemu zaangażowaniu bliskiej osoby pacjent może dalej funkcjonować. Na uwagę zasługuje fakt, że stopień motywacji do przestrzegania zasad prowadzenia dializy otrzewnowej zarówno przez pacjenta jak i opiekuna odgrywa decydującą rolę w przeżyciu techniki.

Asystowana dializa otrzewnowa jest metodą, która może być optymalną opcją terapeutyczną dla chorych z ograniczeniami do samodzielnej dializoterapii. Udział w tej formie leczenia nerkozastępczego członków rodziny lub profesjonalnych pracowników ochrony zdrowia pozwala na zapewnienie komfortu terapii w warunkach domowych i może być skuteczną formą dializoterapii nie tylko dla osób starszych, ale również dla młodych pacjentów z licznymi ograniczeniami.

RUCH TO ZDROWIE

Ile ruchu dla kogo - wysiłek fizyczny na dializie



Dr hab. med. Szymon Brzóska
I Klinika Nefrologii i Transplantologii
z Ośrodkiem Dializ UM w Białymstoku
DaVita

U osób z chorobami nerek, szczególnie u dializowanych, powikłania samej choroby nerek, dializoterapii, ograniczenia wynikające ze specyfiki leczenia (w tym - sedatywny tryb życia), osłabienie oraz nierzadko izolacja społeczna i problemy adaptacyjne do nowej rzeczywistości, spowodowanej dializoterapią prowadzą do postępującego pogorszenia funkcjonowania fizycznego, zespołu kruchości i pogorszenia jakości życia. Istotne pogorszenie sprawności fizycznej pacjentów ma miejsce znacznie wcześniej, już na etapie zaawansowanej przewlekłej choroby nerek. Często oznacza to, że takie osoby utraciły nie tylko zdolność, ale też motywację do jakiegokolwiek aktywności fizycznej. Niestety, przekłada się to na niekorzystne następstwa, zarówno somatyczne jak i psychologiczne. Pacjenci, którzy rozpoczynają dializoterapię jeszcze „na własnych nogach”, wkrótce - jadąc do stacji dializ - zaczynają zabierać kule, następnie chodzik, który w chwilę potem zamieniają na

wózek inwalidzki albo łóżko. Wydaje się, że zaakceptowanie pogorszenia funkcjonowania fizycznego dializowanych powinno być zastąpione aktywnymi działaniami i wdrożeniem znanych zaleceń klinicznych w tym zakresie. Poprawmy organizację leczenia, wprowadźmy standardy rehabilitacji (lub niektórych jej elementów) w ośrodkach dializ.

Tabela 1. Podstawowe definicje związane z wysiłkiem fizycznym.

Funkcjonowanie fizyczne: indywidualna zdolność do wykonywania aktywności fizycznej niezbędnej do codziennego funkcjonowania
Wydolność fizyczna: zestaw cech związanych ze zdolnością/ możliwością układu krążenia, oddechowego do utylizacji tlenu podczas aktywności fizycznej
Aktywność fizyczna: ruchy ciała wywołane pracą mięśni powodujące zużycie energii
Trening fizyczny (ćwiczenia fizyczne): planowy, strukturyzowany zestaw zwykle powtarzanych ruchów by poprawić wydolność fizyczną i osiągnąć korzyści zdrowotne

W populacji ogólnej zaleca się zadbanie o aktywność fizyczną i regularny trening fizyczny w celu zmniejszenia ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy, depresji i śmiertelności. Zaleca się przynajmniej 150 minut tygodniowo aerobowych

ćwiczeń fizycznych o umiarkowanym natężeniu lub 75 minut tygodniowo treningu aerobowego o dużym natężeniu. Te zalecenia trudno „dopasować” dla dializowanych, ponieważ istnieją zarówno bariery zdrowotne, organizacyjne jak i motywacyjne samych pacjentów (tab. 2). Podzielone zdania mają zarówno lekarze jak i pacjenci. Znaczna część nefrologów uważa, że większość pacjentów dializowanych, wbrew zaleceniom i tak nie zwiększy aktywności fizycznej. Sami pacjenci deklarują w większości, że tak, zwiększą aktywność, jeśli takie będą zalecenia lekarskie. Jak widać, rola personelu medycznego jest nie do przecenienia.

Tabela 2. Bariery w zwiększaniu aktywności fizycznej dializowanych

Postrzeganie znaczenia (wiedza) i możliwości aktywności/ treningu fizycznego

- ze strony pacjenta
- ze strony personelu medycznego

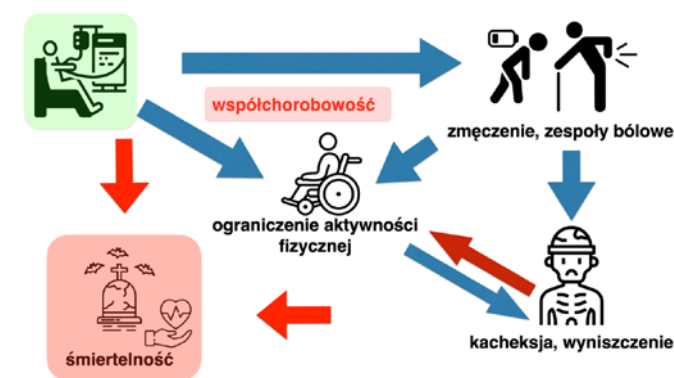
Czynniki obiektywne (fizyczne, psychosocjalne, praktyczne)

- współchorobowość
- zmęczenie (67%), „brak tchu” (48%), brak motywacji (42%)
- postrzeganie braku zainteresowania (35% - w opinii nefrologów vs 4% - w opinii pacjentów)

Czynniki systemowe i organizacyjne

- sprzęt, wykwalifikowany personel,

Z drugiej strony konsekwencje braku aktywności fizycznej dializowanych nasilają zmęczenie, prowadzą do zespołów bólowych bądź nawet do tycia, rozwoju cukrzycy, co wprost wiąże się z rozpoczęciem dializoterapii: ustąpieniem objawów mocznicowych, poprawą łaknienia i apetytu. Zaczyna robić się błędne koło: brak aktywności fizycznej nasila powikłania, ich rozwój przekłada się na brak aktywności fizycznej. Konsekwencją jest obniżenie siły mięśniowej, wydolności fizycznej, pogorszenie jakości życia pacjentów. Doświadczają ograniczeń zdolności do wykonywania codziennych czynności, pogorszenia samopoczucia i nastroju. Stąd tylko krok do utraty samodzielności – a nawet do izolacji społecznej (ryc. 1). Poczucie osamotnienia może prowadzić do rozwoju depresji.



Ryc. 1. Mechanizmy i konsekwencje braku aktywności fizycznej w okresie dializoterapii.

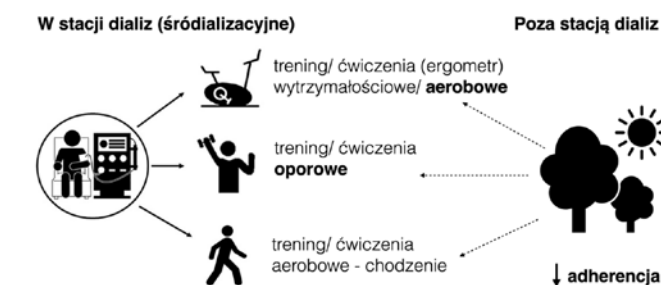
Wyniki dużych badań obserwacyjnych pokazują, że regularna aktywność fizyczna w okresie dializoterapii wiąże się z mniejszym ryzykiem zgonu. Co ciekawe, zwiększenie aktywności fizycznej prowadzi do poprawy rokowania chorych. W badaniach wykazano, że regularny, o umiarkowanym natężeniu trening oporowy prowadzi do poprawy masy i siły mięśniowej u chorych hemodializowanych, natomiast ćwiczenia aerobowe dodatkowo poprawiają funkcjonowanie fizyczne. Korzyści z ćwiczeń fizycznych dotyczą również serca. Już po pół roku ćwiczeń w trakcie hemodializy na ergometrze obserwowano zmniejszenie masy lewej komory serca. Jak wiemy, przerost lewej komory serca to jedna z najczęstszych przyczyn powikłań układu sercowo-naczyniowego towarzyszących PChN.

Przeciwwskazań do ćwiczeń fizycznych, wbrew pozorom, jest niewiele. Należą do nich:

- problemy sercowo-naczyniowe: ostry zespół wieńcowy i zawał serca
- niekontrolowane nadciśnienie tętnicze (zwykle >180/100 mmHg)
- niekontrolowane zaburzenia rytmu serca
- ostra infekcja
- problemy ortopedyczne (brak właściwego zaopatrzenia)
- głęboka niedokrwistość (stężenie hemoglobiny < 8.5 g/dl)

W dniu dializy nie powinno się przystępować do zaplanowanego treningu, gdy występują: objawowa hipotensja, hipoglikemia, problem z nakłuciem przetoki tętniczo-żylną lub pacjent ma zbyt duży przyrost masy ciała (jego odwodnieniu może towarzyszyć zespół hipotensji śródodializacyjnej i spadek ciśnienia tętniczego krwi wykluczające ćwiczenie).

Ze względu na specyfikę leczenia konwencjonalną hemodializą w stacji dializ organizacja programu ćwiczeń może przyjmować różne formy (ryc. 2). Regularna, cykliczna obecność chorego w stacji jest „szansą” na wygospodarowanie czasu na planowy trening fizyczny. Gdy za tym stoi fachowe wsparcie – korzyści są nie do przecenienia! Co szczególnie jest ważne dla bezpieczeństwa pacjenta oraz skuteczności działań. Program aktywności lub ćwiczeń fizycznych powinien być przeprowadzany na podstawie oceny indywidualnych potrzeb i możliwości pacjentów. Tę pracę wstępną musi wykonać zespół współpracujących ze sobą specjalistów.



Ryc. 2. Rodzaje aktywności/treningu fizycznego.

Organizacyjnie całość trzeba zaplanować tak, by działania były jak najbardziej skuteczne, a wdrażany program ćwiczeń fizycznych dla dializowanych bazował na współpracy lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, ale także psychologów. Ważne jest, aby zespół leczący pracował razem, zaoferował każdemu pacjentowi indywidualnie dobrany program ćwiczeń, który odpowiada ich konkretnym potrzebom. Należy postawić cel, budować motywację do ćwiczeń i udokumentować korzyści z uzyskanej poprawy. Warto również zwrócić uwagę na dostępność sprzętu i infrastruktury potrzebnej do wykonywania ćwiczeń, jak również na kwestie bezpieczeństwa pacjentów podczas ćwiczeń. Warto promować ćwiczenia poza ośrodkiem dializ i wspierać to dodatkowymi możliwościami (mobilne aplikacje telefoniczne, materiały informacyjne, angażowanie rodziny). Aktywność fizyczna pacjentów powinna stać się jednym z celów leczniczych i elementem pracy każdej stacji dializ, a my wszyscy powinniśmy umieć likwidować pojawiające się bariery.

W przypadku braku współpracy lub braku zainteresowania w zespole leczących specjalistów dializowani mogą mieć trudności z wdrożeniem programu ćwiczeń fizycznych i zwiększeniem swojej aktywności fizycznej. Zaniedbania lub zaniechanie programu ćwiczeń może prowadzić do niekorzystnych skutków zdrowotnych dla pacjentów. Program ćwiczeń i promocja aktywności fizycznej w ośrodku dializ powinny być opisane tak, jak inne procesy i procedury kliniczne. Należy określić zadania i role członków zespołu oraz fachowców (nie licząc personelu stacji dializ powinni to być: kardiolog, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk i inni - zgodnie z potrzebą). Co ważne, powodzenie projektu będzie zależało od przestrzegania kultury organizacyjnej ośrodka zgodnie z zasadą „wszyscy zaangażowani”. Doświadczenie pokazuje, że proste programy treningu fizycznego dla chorych dializowanych są łatwe do uruchomienia. Potrzebne jest jednak wsparcie liderów ośrodka/szpitala/organizacji. Program poprawy aktywności fizycznej dializowanych nie powinien być traktowany jako „dodatek” do terapii, a powinien stanowić jej ważny element.

Żywnienie pacjentów dializowanych poddawanych rehabilitacji



Dr n. med. Paulina Borek-Trybała
dietetyk kliniczny
Klinika Nefrologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych, UCK

Przewlekła choroba nerek dotyka coraz większej liczby pacjentów. Gdzieś w tle jest obecna choroba nerek, najczęściej charakteryzuje się postępującym przebiegiem. Z czasem dochodzi do objawów, tych klinicznych (nadcisnienie, niedokrwistość, niewydolność układu sercowo-naczyniowego, miażdżyca, zaburzenia odżywiania), jak i biochemicznych (niedobór wapnia, wysokie stężenia fosforu, potasu, kwasica metaboliczna, narastające stężenia toksyn mocznicowych: mocznika, parathormonu, kwasu moczowego). Pacjenci w stadium schyłkowym często wymagają leczenia dializacyjnego, które pomaga usunąć nagromadzone toksyny i nadmiar zatrzymanej w organizmie wody.

Jednym z wyzwań, przed którym stoją pacjenci dializowani jest konieczność utrzymania zdrowego stylu życia, w tym odpowiedniego żywienia. Gdy choroba nerek postępuje, pacjenci często muszą ograniczyć spożycie niektórych produktów spożywczych, aby uniknąć pogorszenia ich stanu zdrowia. Jedzone w nadmiarze, metabolizowane w organizmie są źródłem wielu trujących metabolitów i jonów, które – niewydalane przez nerki prowadzą do zatrucia mocznicowego. Długotrwałe stosowanie diety

niskobiałkowej przed rozpoczęciem dializoterapii oraz ograniczenia dietetyczne podczas leczenia nerkozastępczego mogą sprzyjać rozwojowi się niedożywienia, w tym niedożywienia energetyczno-białkowego (ang. PEW- protein energy wasting). Białko jest tu krytyczne. Jego nadmiar w diecie prowadzi do narastania tworzenia mocznika, zwiększa stężenie fosforu i potasu we krwi, nasila objawy choroby. Niedobór białka w diecie skutkuje wprost niedożywieniem. Oba te czynniki wpływają negatywnie na kondycję fizyczną pacjentów.

Pacjenci dializowani charakteryzują się wydolnością fizyczną na poziomie 62-64% normy dla zdrowych równolatków, ocenianą na podstawie pułapu tlenowego (VO2 max), uniwersalnego wskaźnika wydolności fizycznej. Określa on maksymalną ilość tlenu, jaką jest w stanie pobrać organizm podczas intensywnego wysiłku. W wielu badaniach naukowych wykazano niską samoocenę poziomu aktywności fizycznej wśród rozpoczynających dializoterapię. Niskie wyniki dotyczyły zwłaszcza starszych pacjentów, kobiet i chorujących na cukrzycę, cierpiących na miażdżycę.

Pacjenci dializowani borykają się dodatkowo z szeregiem chorób współistniejących. Obserwuje się u nich zmniejszenie wydolności i siły mięśniowej. Część z nich doświadcza zespołu niedożywienia, zapalenia i wyniszczenia (ang. MICS – malnutrition, inflammation, cachexia syndrome). To stan charakteryzujący się podwyższonym stężeniem cytokin prozapalnych (białka CRP, IL-6), nadmierną aktywnością przemian metabolicznych (hipermetabolizmem), obniżonymi stężeniami białek: albuminy, prealbuminy, transferryny we krwi oraz postępującą utratą komórek organizmu.

Przyczyny tego zespołu nie są znane. Przypuszcza się, iż

istotne znaczenie mogą mieć współistniejące choroby, procesy stresu oksydacyjnego, utrata substancji odżywczych w trakcie dializy, zmniejszone przyjmowanie pokarmów, toksyny mocznicowe, przewodnienie, zmniejszone wydalanie (klirens) prozapalnych cytokin i czynniki związane z samą dializą. W tabeli 1 przedstawiono najistotniejsze przyczyny obniżonej wydolności w tej grupie chorych.

Rehabilitacja może być kluczowa dla poprawy ich stanu funkcjonalnego i jakości życia.

Tabela 1. Przyczyny obniżonej wydolności fizycznej u chorych dializowanych

Przyczyny obniżonej wydolności fizycznej u chorych dializowanych
▪ Miopatia mocznicowa (konsekwencja nagromadzenia toksyn mocznicowych upośledzających czynność mięśni) ▪ Zaburzenia elektrolitowe (zwłaszcza niedobory wapnia, magnezu, kwasica metaboliczna) ▪ Hipofosfatemia ▪ Niedobór witaminy D ▪ Niedożywienie ▪ Depresja ▪ Przewlekły brak ruchu z powodu zabiegów hemodializy

Dieta dla pacjentów dializowanych

Pacjenci dializowani muszą przestrzegać specjalnej diety, która ma na celu utrzymanie równowagi elektrolitowej, minimalizowanie obciążenia nerek i ograniczenie poziomu toksyn w organizmie. Dieta dla pacjentów dializowanych nie powinna być bogata w białko, którego nadmiar, powyżej 1,2 g/kg masy ciała/dobę prowadzi do znaczącego wzrostu stężeń mocznika we krwi. Pacjenci powinni ograniczać spożycie sodu, potasu i fosforu. Pacjenci dializowani powinni również unikać produktów wysokowęglowodanowych, ponieważ zwiększają one ryzyko cukrzycy i pośrednio prowadzą do wzrostu stężenia lipidów. Często ograniczeniu powinny podlegać nasycone kwasy tłuszczowe, a to z powodu pogłębiających się zaburzeń lipidowych. Ważne jest, aby pacjenci unikali picia w nadmiarze płynów w celu uniknięcia przewodnienia, które towarzyszyć będzie zawsze zbyt dużym przyrostom masy ciała pomiędzy dializami (powyżej 5% masy ciała), a tym samym – nadciśnieniu, nadmiernemu obciążeniu serca i płuc, obrzękom kończyn.

Rehabilitacja dla pacjentów dializowanych

Rehabilitacja pacjentów dializowanych może pomóc poprawić ich zdolność do wykonywania codziennych czynności, takich jak chodzenie, wstawanie z łóżka i samodzielne wykonywanie czynności higienicznych. Ćwiczenia fizyczne mogą również poprawić samopoczucie, kondycję psychiczną i zmniejszyć ryzyko depresji. Rehabilitacja może pomóc pacjentom dializowanym poprawić ich jakość życia i dać poczucie niezależności.

Jak zadbać o optymalne odżywienie pacjentów dializowanych poddawanych zabiegom rehabilitacyjnym?

Pierwszym elementem na jakim należy się skupić jest oszacowanie odpowiedniej wartości energetycznej

diety, która powinna pokrywać zapotrzebowanie na całkowitą przemianę materii i uwzględniać wydatek energetyczny związany z zajęciami rehabilitacyjnymi. Średnie zapotrzebowanie mieści się w granicach 30-35 kcal/kg masy ciała/dobę.

Dieta dla pacjentów dializowanych poddanych rehabilitacji powinna zawierać optymalną ilość białka, tj. zwiększoną ponad minima zalecane większości dializowanym po to, by aby pomóc w odbudowie mięśni i poprawie siły mięśniowej. Uważa się, że to zwiększone zapotrzebowanie na białko mieści się granicach 1,2-1,5 g/ kg masy ciała/dobę. Jednak pacjenci powinni unikać jedzenia tych produktów wysokobiałkowych, które są również wysokofosforanowe (np. mięsa czerwonego – głównie przetworzonego czy serów twardych). Zamiast tego pacjenci powinni wybierać chude mięso. Ilość takich produktów jak ryby, jaja, mleko i produkty mleczne o niskiej zawartości tłuszczu powinna być zawsze skonsultowana z dietetykiem, gdyż produkty te są wprawdzie bogate w białko, ale zawierają nadal fosfor, aczkolwiek mniej niż ma go czerwone mięso. Należy zaznaczyć, że przyswajalność fosforu różni się w zależności od jego źródła pochodzenia. Najbardziej wchłaniany z przewodu pokarmowego i tym samym najmniej pożądany w diecie pacjenta jest fosfor nieorganiczny, który znajduje się w dodatkach do żywności. Z tego względu pacjent powinien wyeliminować słodczyce (czekoladę), wyroby wędliniarskie (konserwanty fosforanowe) czy zawierające w bardzo dużych ilościach fosforany napoje typu Pepsi-Cola lub Coca-Cola. Spożywanie warzyw i owoców jest także ważne dla pacjentów dializowanych poddanych rehabilitacji, ale powinni oni unikać tych o wysokiej zawartości potasu (takich jak przetwory pomidorowe, banany i pomarańcze). Zamiast tego powinno się wybierać owoce i warzywa o niskiej zawartości potasu (takie jak jabłka, jagody, kalafior i szparagi). W przypadku większych ograniczeń dietetycznych dotyczących potasu, warzywa i ziemniaki należy gotować w dużej ilości wody i wywary odlewać albo stosować podwójne gotowanie w wodzie w celu wypłukania jak największej ilości tego składnika. Duże spożycie warzyw i owoców ma również pozytywny wpływ na zmniejszenie kwasicy metabolicznej, co przekłada się na mniejszą męczliwość mięśni i lepszą jakość życia.

Ostatnio wiele uwagi poświęca się szczególnej grupie produktów spożywczych o potencjale przeciwzapalnym. W celu klasyfikacji takich produktów stworzona została skala ORAC, (ang. Oxygen Radical Absorbance Capacity), metoda pomiaru potencjału antyoksydacyjnego w próbkach biologicznych badana w warunkach laboratoryjnych, in vitro, w której to uszeregowano produkty spożywcze i przyprawy z uwagi na zawartość antyoksydantów.

Suplementacja odżywcza również może być stosowana w leczeniu pacjentów dializowanych poddanych rehabilitacji, zwłaszcza, gdy dieta nie dostarcza wystarczającej ilości składników odżywczych. Pacjenci powinni jednak skonsultować się z lekarzem lub dietetykiem przed rozpoczęciem jakiegokolwiek suplementacji odżywczej. Nadmiar suplementów nie zawsze jest bezpieczny, zwłaszcza

u dializowanych. Wiele cykli metabolicznych u pacjentów z mocnicą jest zaburzonych i suplementy diety mogą wręcz okazać się szkodliwe, trujące.

Zwiększenie podaży białka, tłuszczu i węglowodanów, co jest równoznaczne ze zwiększeniem podaży energii w porównaniu do podstawowej diety może dostarczać wszystkich lub wybranych składników odżywczych. Do zwiększenia podaży białka i podniesienia wartości energetycznej diety może sprawdzić się żywność specjalnego medycznego przeznaczenia (ang. FSMP – Food for Special Medical Purpose), która w małej objętości 125 ml dostarczy pacjentowi 250 kcal i około 10 g białka. Są to preparaty dedykowane dla pacjentów dializowanych, dlatego są bezpieczne pod względem zawartości fosforu, sodu i potasu. Jeśli zależy nam na podniesieniu wartości energetycznej diety bez wpływu na podaż białka, do diety pacjenta możemy włączyć tłuszcze: oleje roślinne, tran czy specjalistyczne emulsje tłuszczowe. Natomiast jeśli chcemy dostarczać w nadmiarze („fortyfikować”) jedynie białko, możemy wybrać skoncentrowane preparaty białkowe w proszku.

Świetnym rozwiązaniem może być leczenie za pomocą ketoanalogów aminokwasów – czyli związków, które strukturalnie odpowiadają aminokwasom, jednak pozbawione są w swojej budowie atomów azotu, którego nadmiar sprzyja zwiększeniu stężenia mocznika w surowicy. Suplementacja niskobiałkowej diety tak zbudowanym preparatem (w Polsce dostępny jest Ketosteril f-my Fresenius-Kabi) ma uzupełnić ewentualne niedobory białkowe bez ryzyka obciążenia organizmu nadmiarem reszt azotowych. Podaż ketoanalogów aminokwasów pozwala na zwiększenie beztłuszczowej masy ciała bez wpływu na pogorszenia pracy nerek i zwiększenie dawki

dializy. Podawanie ketoanalogów aminokwasów w grupie pacjentów dializowanych otrzewnowo z rozpoznaniem niedożywieniem może skutkować poprawą stanu odżywienia, poprawą apetytu oraz wpływać na poprawę składu ciała poprzez wzrost beztłuszczowej masy ciała.

Podsumowanie:

Dla pacjentów dializowanych poddanych rehabilitacji, odpowiednie żywienie jest kluczowe dla poprawy ich zdrowia i jakości życia. Dieta powinna być bogata w białko, ale pacjenci powinni ograniczać spożycie sodu, potasu i fosforu i bardzo uważać na wodę przyjmowaną w nadmiarze. Spożywanie warzyw i owoców o niskiej zawartości potasu jest ważne, a produkty przetworzone powinny być unikane. Pamiętajmy, że stan właściwego odżywienia to kompromis pomiędzy tym, ile można zjeść, aby uniknąć niedożywienia z jednej strony ale z drugiej – by nie nasilać objawów toksemii mocznikowej. Najważniejsza jest podaż energii i zachowanie właściwych proporcji pomiędzy jej źródłem w diecie: białkiem, węglowodanami i tłuszczami. Diety niedoborowe zmuszają nasz organizm do wykorzystania białka naszych mięśni jako materiału do produkcji energii. Chudniemy, wyniszczamy się. Nadmiar białka w diecie prowadzi do jego nadmiernego katabolizmu. Rośnie generacja toksyn mocznikowych, przede wszystkim mocznika. Stajemy się niedodializowani. Zwiększanie dawki dializy niekoniecznie będzie postrzegane przez pacjentów jako rozwiązanie najlepsze, choć czasami jedyne, skuteczne. Działania poprawiające stan odżywienia muszą być przemyślane i właściwe. Rehabilitacja może pomóc pacjentom dializowanym poprawić ich stan odżywienia, jakość życia i zdolność do wykonywania codziennych czynności.

GŁOS STOWARZYSZENIA

Razem jesteśmy silniejsi. O bezcennym wsparciu bliskiej osoby w chorobie



Prof. dr hab.
Rajmund Michalski
Iwona Michalska

Każda choroba przewlekła to ogromne obciążenie dla organizmu. By ciało mogło walczyć i w tej walce się nie poddawać, potrzeba nie tylko skutecznego leczenia i opieki specjalistów. W tym procesie ogromną rolę odgrywa także psychika. O tym, jak w walce z chorobą ważne jest wsparcie bliskiej osoby, w wywiadzie Agnieszki Radomskiej opowiadają prof. dr hab. Rajmund Michalski, prezes Ogólnopolskiego

Stowarzyszenia Moje Nerki, który od 20 lat cierpi na przewlekłą chorobę nerek oraz jego żona Iwona Michalska, która z troską i zaangażowaniem towarzyszy mężowi na tej drodze.

Agnieszka Radomska: Informacja o tym, że jest się przewlekle chorym, na każdego zwykle spada jak grom z jasnego nieba. Nikt się tego nigdy nie spodziewa, nie jest na to gotów, ponieważ na to przygotować się nie można. Dużo łatwiej przyjąć taką informację, gdy ma się obok siebie bliską osobę. Pan miał to szczęście?

Rajmund Michalski: Tak, zdecydowanie mogę mówić tu o szczęściu. My z żoną znamy się wiele lat, poznaliśmy się jeszcze w liceum. I od tego czasu trzymamy się razem. Wsparcie, jakie otrzymuję od żony, jest nie do przecenienia. Dokładnie pamiętam, jak ważna była dla mnie jej obecność,

gdy postawiono mi diagnozę. Człowiek, który się dowiaduje, że jest naprawdę ciężko chory, przeżywa ogromną traumę. Najpierw jest niedowierzanie, wstrząs, poczucie kompletnej bezradności. Potem w panice zaczyna się poszukiwanie wszelkich możliwych informacji na temat choroby, czytanie książek, artykułów. Te informacje zwykle nie napawają optymizmem, bo przecież o każdej chorobie przewlekłej można przeczytać, że w wielu przypadkach ma dramatyczny przebieg, że kończy się śmiercią. Łatwo po prostu się załamać i stracić wiarę w sens walki. W chwili tak silnych i skrajnych emocji właśnie bliska osoba staje się opoką, kimś, kto uspokaja, nie pozwala snuć bez końca negatywnych scenariuszy, po prostu jest obok, potrafi wysłuchać, wesprzeć, powiedzieć: – Na pewno damy sobie radę. Damy, a nie dasz! Poczucie, że nie jest się samemu, to moim zdaniem połowa sukcesu w walce z chorobą. To dodaje siły i energii. Ja taki prezent od mojej żony dostałem i dostaję do dziś.

Iwona Michalska: Diagnoza Rajmunda to był rzeczywiście trudny moment. Byliśmy siedem lat po ślubie, nasza córka miała dwa lata. Rutynowe badania wykazały obecność białka w moczu. Pomyślałam wtedy, że to nie może być nic poważnego. Gdy padły słowa „przewlekła choroba nerek”, też chyba nie do końca to do mnie dotarło. Tłumaczyłam sobie wtedy, że Rajmund weźmie po prostu jakieś leki i na pewno wszystko będzie dobrze. Ale potem trafił do szpitala. Biopsja nerki nie pozostawiła wątpliwości, że mąż choruje na kłębuszkowe zapalenie nerek. Najtrudniej było nam przyjąć informację, że nie będziemy mogli po raz kolejny zostać rodzicami. Zwyczajnie i po ludzku było nam z tym źle, bo chcieliśmy mieć liczną rodzinę. Chyba oboje na początku trochę się podłamałiśmy. Ale przecież jakoś musieliśmy dać radę. Wspólnie. I daliśmy! Myślę, że strach ma wielkie oczy, niemniej, gdy działa się razem, gdy można liczyć na wsparcie i dobre słowo, gdy przychodzi kryzys – te oczy robią się mniejsze.

A.R.: Bywa tak, że gdy kimś się opiekujemy, zapominamy o sobie. O swoich potrzebach. Całkowicie się poświęcamy drugiemu człowiekowi. Pani miała takie poczucie?

I.M.: Nie. Muszę uczciwie powiedzieć, że mąż nigdy mnie sobą nie obarczył. Jest bardzo odpowiedzialnym i zaangażowanym pacjentem. Teraz, gdy jest objęty programem leczenia ketoanalogami aminokwasów, pilnuje jak oka w głowie wszystkich terminów badań, nie trzeba mu o niczym przypominać. Niestety, jest tym wszystkim czasem aż za dużo przejęty. Bardzo przejmuję się swoim stanem zdrowia, więc każda wizyta u lekarza, każde badanie lekarskie – wiąże się u niego ze stresem, staje się nerwowo. Wtedy ja staram się go trochę uspokoić, bo stres w tym wszystkim niczemu nie służy, a pogarsza sprawę.

R.M.: To prawda, przeżywam nie tylko badania, ale najbardziej oczekiwanie na wyniki. Jestem bardzo niespokojny, ale żona zawsze działa na mnie kojąco. Widzi, że dzieje się ze mną coś niepokojącego, ale – jest wyrozumiała. Dla mnie bardzo ważne jest poczucie samodzielności. Nigdy nie chciałem być dla żony ciężarem, nie chciałem, by moja choroba determinowała nasze życie na każdym kroku.

W pewnym momencie znaleźliśmy się w naprawdę trudnym położeniu. Przez całe nasze życie po ślubie mieszkaliśmy razem z mamą Iwony, moją teściową, która potem bardzo długo zmagala się z chorobą Alzheimera. Ostatnie dwanaście lat życia spędziła leżąc w łóżku, potrzebowała pełnej i przewlekłej opieki. Wymagało to ogromnej siły fizycznej, miłością i troską, a ja sobie pomyślałem, że ona musi się opiekować nie tylko swoją mamą, ale jeszcze mną. Nie chciałem, żeby tak było. Chciałem jak najwięcej rzeczy robić sam, by jeszcze móc wspierać Iwonę w opiece nad mamą. Nie użalałem się nad sobą. Po prostu dzieliliśmy się obowiązkami na miarę naszych możliwości. Myślę, że na tym właśnie polega dobre małżeństwo, że ludzie potrafią się wspierać, bo znają się na wylot. Znają swoje mocne i słabe strony. My sobie nawzajem potrafiliśmy dodawać sił.

I.M.: Ja przecież też nie jestem aż taka niezłomna, jak każdy miewam gorsze momenty zmęczenia, zwątpienia, smutku. Ale mam wrażenie, że w naszym małżeństwie od lat działa zasada: – Ten, kto ma dobry czas ciągnie w górę tego, kto trochę podupada. Gdy Rajmund ma zły nastrój i podchodzi do życia optymistycznie, a ja akurat mam kryzys – to on ciągnie mnie w górę. I odwrotnie. To działa! Potrafimy się wzajemnie motywować, uspokajać, ale też zagrzewać do działania nawet w gorszych momentach.

A.R.: A znajdujecie Państwo czas tylko dla siebie? Żeby odpocząć od wszystkiego, od natłoku obowiązków, побыć tylko ze sobą, jakoś naładować baterie?

I.M.: Gdy mama była chora, oboje mieliśmy ogromne poczucie obowiązku, doglądaliśmy jej 24 godziny na dobę. Nie bardzo potrafiliśmy inaczej. Ciężko było wtedy o czas dla siebie. My chyba nawet nie bardzo przyznawaliśmy sobie do tego prawo. W wielu czynnościach bardzo pomagała nam córka, gdy już była dorosła, w wielu nas wyręczała. Mogliśmy czasem razem wyjechać, choćby na weekend, i to zawsze było wspaniałe, bo naprawdę łądowało baterie. Chyba byliśmy tym codziennym życiem trochę przytłumieni, więc te nawet krótkie chwile na oderwanie się były bezcenne, dawały oddech. Ale nie potrafiliśmy wszystkiego zostawić i wyrwać się na dłuższe wakacje. Choroba Rajmunda była wtedy w miarę okiełznana, nie cierpiał z powodu uciążliwych objawów, ale byliśmy trochę na własne życzenie uwiązani w domu. W którymś momencie ktoś ze znajomych podpowiedział nam, że można oddać mamę na czas wakacji do domu opieki. Dla mnie w pierwszej chwili to brzmiało jak herezja! Jak mogę własną matkę oddać do ośrodka, żeby sobie urządzić wakacje?! Byłabym po prostu wyrodną córką – myślałam. Ale właśnie ktoś z przyjaciół powiedział nam, że będzie grzechem, jeśli tego nie zrobimy. Bo jesteśmy zwyczajnie przemęczeni i odpoczynek należy nam się jak każdemu człowiekowi. Rzeczywiście, wyjechaliśmy na urlop. Do ośrodka zabroniono nam nawet dzwonić, zapewniając, że mama będzie mieć najlepszą opiekę, a my mamy tylko jedno zadanie: wreszcie porządnie odpocząć. To było wyjątkowe i bardzo nam wtedy potrzebne.

A.R.: Naprawdę wiele razem Państwo przeszli.

Diagnoza, trudne momenty w czasie dializ, przeszczep nerki. Teraz jest moment sporej ulgi, bo program leczenia ketoanalogami aminokwasów przyniósł dużą poprawę, ale przecież bieżące życiowe problemy nie zniknęły. Mimo tych trudnych doświadczeń, są Państwo uśmiechnięci, pełni energii, widać tę niezwykłą siłę i więź, która Was łączy. Aż chce się zapytać: jak to się robi?

R.M.: Na przekór wszystkiemu, mamy w sobie optymizm. Jasna strona życia wciąż wydaje nam się ciekawsza niż ta ciemna i w jej stronę patrzymy. Myślę, że my mamy dobre życie. Jesteśmy razem na dobre i na złe, mamy wspianą córkę, mamy dla kogo żyć. Poza tym mamy mnóstwo planów! Zawsze byliśmy aktywni, jeździliśmy po Europie, bo świat nas naprawdę ciekawił. Gdy spadła na nas moja choroba, przez chwilę baliśmy się, że to koniec. A okazało się, że wszystko jest możliwe. 10 lat po przeszczepieniu nerki żyję i mam się dobrze. W międzyczasie zostałem profesorem, jestem człowiekiem w dużym stopniu spełnionym. Wraz z żoną aktywnie działamy w Ogólnopolskim Stowarzyszeniu Moje Nerki, którego od niedawna mam zaszczyt być prezesem. Oboje mamy w sobie silny gen pomagania, więc to, co robimy dla innych pacjentów, daje nam ogromnie dużo satysfakcji. Jesteśmy i czujemy się potrzebni – i sobie nawzajem i tym, którzy potrzebują naszej pomocy. Żona bardzo mnie wspiera w tej pracy, jest moją prawą ręką. Myślę, że to też bardzo umacnia nasze małżeństwo. Może właśnie dlatego przez tyle lat razem jesteśmy szczęśliwi, że mamy wspólne cele? I przede wszystkim – bardzo sobie ufamy. I dbamy o siebie. Bo dla mnie najważniejsze jest, by nie stawiać siebie samego w centrum uwagi, pod hasłem: – Ja jestem chory, a więc najważniejszy! To tak nie działa. Słowo klucz do dobrego życia, to dla mnie spokój. A spokój zawdzięczam w ogromnej mierze właśnie mojej żonie.

I.M.: Myślę, że każdy człowiek ma w życiu wybór. Wybiera, jakimi wartościami będzie się kierował. Ja nigdy nie zadałam sobie wobec choroby męża pytania: – No i co ja teraz powinnam zrobić? Było, jest i będzie dla mnie oczywiste, że stoję zawsze obok człowieka, który jest dla mnie najważniejszy. Jestem, pomagam, wspieram. Nie potrafię sobie nawet wyobrazić, że ludzie odchodzą w takich momentach, zostawiając drugą osobę, bo jest za ciężko. Nie umiem myśleć w ten sposób. Ta choroba naprawdę mocno nas oboje doświadczyła, ale i wiele nauczyła. Na pewno tego, że razem jesteśmy silniejsi.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki zrzesza osoby z chorobami nerek na różnym etapie rozwoju choroby i ich opiekunów z całej Polski. Wspieramy pacjentów z Przewlekłą Chorobą Nerek (PChN) oraz ich bliskich, pomagamy im uporać się z przeciwnościami, jakie niesie konieczność leczenia zachowawczego, zmiany stylu życia czy terapii nerkozastępczej. Służymy im dobrym słowem, radą i pomocą w znajdowaniu rozwiązań ich problemów zdrowotnych. Promujemy wśród społeczeństwa ideę transplantacji jako najlepszą metodę ratowania życia ciężko chorych osób. Oferujemy wiedzę, wsparcie i inspiracje na temat życia z chorobą nerek.

Prowadzimy projekt edukacyjno-profilaktyczny MOJE NERKI. W ramach projektu zajmujemy się edukacją społeczeństwa i promowaniem badań profilaktycznych, by budować świadomość zagrożenia chorobami nerek. Staramy się docierać zwłaszcza do osób z grup ryzyka. Organizujemy bezpłatne badania profilaktyczne oraz otwarte wykłady dotyczące profilaktyki przewlekłej choroby nerek (PChN). Staramy się informować, inicjować i wspierać – wraz z wieloma partnerami – działania na rzecz profilaktyki i wczesnego, aktywnego wykrywania chorób nerek.

Do podstawowych celów działania Stowarzyszenia należą:

1. Konsolidacja środowiska osób z chorobami nerek i ich opiekunów dla wspólnej reprezentacji i obrony ich interesów wobec wszystkich władz, urzędów oraz osób na terenie Polski i poza jego granicami.

2. Podejmowanie wspólnych inicjatyw dla popularyzacji najnowszych osiągnięć nauki w zakresie profilaktyki, leczenia, rekonwalescencji i rehabilitacji.

3. Wzajemna pomoc i wymiana informacji związanych z chorobami nerek we współpracy z krajowymi, zagranicznymi i międzynarodowymi organizacjami i instytucjami, o tym samym lub podobnym profilu działania.

4. Wpływanie na poprawę jakości życia osób dotkniętych chorobami nerek oraz z grup ryzyka.

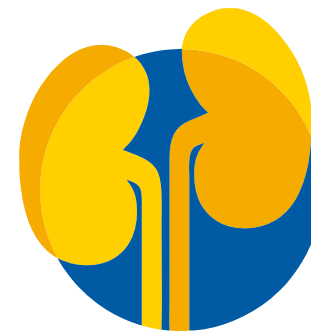
5. Promocja społecznej profilaktyki zdrowotnej w szczególności wśród osób z grup podwyższonego ryzyka zachorowania na przewlekłą chorobę nerek.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki

<https://moje-nerki.pl/>
rajmundm@poczta.fm
tel. 608 584 875



www.mojenerki.org



Jeśli szukasz informacji na temat:

- roli i funkcji nerek
- objawów niewydolności nerek
- możliwości terapii

Odpowiedzi znajdziesz na stronie www.mojenerki.org



Zaloguj się ➤

Sprawdź ➤

Pobierz ▼

- przewodnik dla pacjenta z PChN
- wskazówki dietetyczne i przykładowe jadłospisy
- webinary z ekspertami

FRESENIUS KABI
caring for life

AKADEMIA ŻYWIENIA
W NEFROLOGII



zajrzyj na stronę:



9 marca 2023

To dobrze, że światowa społeczność poświęca w tym szczególnym dniu uwagę nerkom. Używamy tu liczby mnogiej mówiąc o parzystym narządzie o łącznej masie nie przekraczającej 300 gramów, bez którego nasze życie było niemożliwe do czasu wynalezienia terapii nerkozastępczych, to jest dializy i przeszczepienia nerki.

Zdrowe nerki to przede wszystkim główny filtr i regulator homeostazy – równowagi ustrojowej naszego organizmu. Oczyszczają krew z toksycznych produktów przemiany materii, wydalają nadmiar wody, kontrolują stężenie jonów sodu, potasu, chloru, fosforu i wapnia. Odpowiadają za utrzymanie równowagi kwasowo-zasadowej. Dzięki ich prawidłowej pracy utrzymywane jest właściwe ciśnienie tętnicze krwi. Pełnią istotną rolę w metabolizmie witaminy D3, ale są także głównym narządem produkującym erytropoetynę – hormon odpowiedzialny za prawidłową liczbę erytrocytów w naszej

krwi.

Celem tego dnia obchodzonego na całym świecie jest podniesienie świadomości na temat znaczenia nerek w ludzkim organizmie, ale także o chorobach im towarzyszących i sposobom ich zapobiegania. Przypomnienia wszystkim, że wiele chorób nerek przebiega skrycie, bezboleśnie, bezobjawowo i podkreślenie, jak ważną rolę odgrywają badania profilaktyczne pozwalające na wczesne wykrycie problemu. Warto o nie zadbać. Warto także pamiętać o nie tracącej aktualności maksymie mówiącej o tym, że o zdrowych nerkach myślimy wtedy, gdy ich tak naprawdę już nie mamy! Nerek nie widać, nerki z reguły nie bolą mimo, że choroba atakuje przewlekle. Kiedy pojawiają się niepokojące objawy – jest już niestety za późno.

Wiodące hasło tegorocznego Światowego Dnia Nerek brzmi: „Zdrowe nerki dla wszystkich. Przygotowania na nieoczekiwane. Wspieranie pacjentów z grup ryzyka”. To mądre przesłanie. Bo tak naprawdę nikt nie zbadawszy uprzednio stanu zdrowia swoich nerek nie może być pewny, jakie ono jest? Jak działają?

Fundacja Amicus Renis zachęca wszystkich
**DBAJMY O ZDROWE NERKI, ABY SŁUŻYŁY NAM PRZECZ DŁUGIE LATA!
NIE POMIJAJMY OKAZJI, ŻEBY O NICH MÓWIĆ!**

**RAZEM DLA ZDROWIA NEREK: Dbam - Badam - Chronię
Kraków, Kopiec Kościuszki, 21 marca 2023**



Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki (OSMN) z okazji Światowego Dnia Nerek podjęło działania edukacyjne mające na celu uświadamianie społeczeństwa o znaczeniu profilaktycznych badań nerek. Według szacunkowych obliczeń, tylko 5% z nas zdaje sobie sprawę z ryzyka związanego z chorobami nerek i ich groźnymi następstwami. W ramach obchodów tegorocznego Światowego Dnia Nerek 21 marca zorganizowaliśmy w Krakowie na Kopcu Kościuszki (jako symbolu wierzchołka góry lodowej...) marsz pod hasłem: „RAZEM DLA ZDROWIA NEREK: Dbam-Badam-Chronię”. Wzięło w nim udział około 80 osób: pacjenci i ich opiekunowie, młodzież jednego z krakowskich liceów,

przedstawiciele seniorów oraz inni zainteresowani. Honorowy patronat objęli prof. dr hab. med. Katarzyna Krzanowska, kierownik Oddziału Klinicznego Nefrologii, Dializoterapii i Transplantologii w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, Polskie Towarzystwo Nefrologiczne, Kampania Dla Zdrowia Nerek, Kampania Społeczna „Otwórz Serce na Nerki”, Głos Seniora, Małopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz Wydawnictwo Medyczne „Termedia”.

Do dyspozycji uczestników były stoiska, na których można było sprawdzić swoje ciśnienie krwi, masę ciała, wskaźnik BMI czy zapisać się na bezpłatne oznaczenie stężenia kreatyniny w krwi z określeniem wartości wskaźnika GFR, w ramach dostępnego pakietu 1000 darmowych badań, w laboratoriach „Diagnostyki” w wybranych punktach tej firmy w Krakowie we współpracy z Hutniczą Fundacją Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej. Doradcy małopolskiego oddziału NFZ przy swoim stoisku rozdawali ulotki i materiały o zdrowiu oraz informowali o profilaktycznych programach zdrowotnych, w tym o profilaktyce 40 Plus. Z kolei przedstawiciele Wojewódzkiej

Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Krakowie przy pomocy narkogogli i alkogogli uświadamiali szczególnie zainteresowaną tym młodzież, czym grożą dopalacze i alkohol. W drugiej części spotkania, ubrani w specjalnie przygotowanych koszulkach z logo akcji uczestnicy wyruszyli na Kopiec Kościuszki. Marsz został celowo zaplanowany na pierwszy dzień wiosny z dwóch powodów. Po pierwsze – wiosna to symbol nadziei i nowych wyzwań, a po drugie – 21 marca to dzień wagarowicza. Być może były to pierwsze w historii prozdrowotne wagary młodzieży na Kopcu Kościuszki w 200. lecie jego powstania.

Niekończące się rozmowy odbywały się w bardzo miłej atmosferze, przy kawie, herbacie, pysznych ciasteczkach i pomysłowym jabłku, na którym wygrawerowane było logo akcji: „Otwórz serce na nerki”. Ponadto, wszyscy uczestnicy otrzymali po butelce „Muszynianki”, wody mineralnej bogatej w magnez i wiele innych, cennych pierwiastków i związków. Woda jest niezbędna do właściwego funkcjonowania organizmu, w tym – do prawidłowej pracy nerek. Szczególne podziękowania za bezpłatną możliwość zorganizowania imprezy należą się Panu Leszkowi Cierpiałowskiemu – dyrektorowi biura Komitetu Kopca Kościuszki.

Prof. dr hab. Rajmund Michalski
Prezes OSMN



Młodzież w koszulkach z logo MOJE NERKI



Organizatorzy i Uczestnicy na Kopcu Kościuszki

NASZE OŚRODKI DIALIZ

STACJA DIALIZ W ŚWINOUJŚCIU URATOWANA



Personel Stacji Dializ w Świnoujściu
prof. Marek Myślak, pierwszy od lewej

Rozmowa Joanny Bernet, dializywakacyjne.pl, z dr hab. med. prof. PUM Markiem Myślakiem, Ordynatorem Oddziału Nefrologii i Transplantacji Nerek w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie

J.B.: Parę miesięcy temu doszła do nas bardzo niepokojąca informacja, że właściciel stacji dializ w Świnoujściu, firma Fresenius postanowiła zamknąć jedyną w tym mieście stację dializ. Czym podyktowana była taka decyzja?

M.M.: Stacja dializ w Świnoujściu jest stacją niewielką, kameralną, dializującą 30-40 chorych z wyspy Uznam i nadmorskich okolic. W okresie wakacyjnym liczba chorych zwykle zwiększa się znacznie o pacjentów przyjeżdżających z Polski i z zagranicy, korzystających z dializ gościnnych. Okres pandemii w ostatnich dwóch latach bardzo ograniczył tę możliwość. Liczba stale dializowanych pacjentów przy obecnych stawkach NFZ (należących do jednych z najniższych w Europie) nie zaspokajała oczekiwań finansowych firmy, która stację dializ dotychczas prowadziła.

J.B.: Wiem, że sam Pan Profesor bardzo zaangażował się w ratowanie placówki, którą w zasadzie stworzył od samego początku. Prowadził Pan wiele rozmów z lokalnymi władzami Świnoujścia uzasadniając, że taka placówka jest

niezbędna w Świnoujściu i musi funkcjonować dalej dla dobra pacjentów.

M.M.: Tak, od samego początku nie wyobrażałem sobie, żeby stacja dializ przestała funkcjonować. Udało się pozyskać bardzo duże wsparcie i zrozumienie ze strony władz miasta i szybko przywrócić działalność leczniczą.

J.B. Nie mniej jednak stacja dializ została zamknięta na jakiś czas, na jak długo?

M.M.: Stacja nie funkcjonowała przez 1,5 miesiąca i nasi pacjenci byli przewożeni na dializy do stacji dializ oddalonych o 80-100 km od miejsca zamieszkania. Było to w sumie 30 pacjentów.

J.B.: Ilu pacjentów zostało zmuszonych dojeżdżać na dializy aż do Szczecina? Tak długi dojazd i same dializy na pewno spowodowały, że pacjentom zabierało to cały dzień. Trudno sobie wyobrazić, że na takie rozwiązanie pacjenci skazani byłiby w kolejnych latach.

M.M.: Tak duża odległość przekładała się na konieczność spędzania wielu godzin w transporcie, co zwłaszcza dla starszych pacjentów było wielką udręką. Pacjenci jednak cały czas żyli nadzieją, że „ich” świnoujska stacja dializ wznowi działalność. Ta nadzieja bardzo nas dopingowała i z wielką determinacją dążyliśmy, aby jak najszybciej przywrócić możliwość dializowania w Świnoujściu.

J.J.B.: Jak więc udało się „przywrócić” stację dializ do działania i kto teraz jest jej właścicielem?

M.M.: Po pierwsze, wszyscy pracownicy stacji dializ, lekarze i pielęgniarki, wyrazili gotowość do pozostania z naszymi pacjentami. Po drugie, władze miasta na czele z prezydentem Świnoujścia oraz prezesem Szpitala Miejskiego w Świnoujściu podjęli odważną decyzję o przejęciu stacji dializ wraz ze sprzętem pod skrzydła miasta. Kolejnym krokiem była decyzja NFZ, który w szybkim trybie podpisał niezbędny dla prowadzenia działalności kontrakt.

J.B.: Na ile zmian pracujecie obecnie i w jakie dni?

M.M.: Obecnie pracujemy na trzy zmiany 3 razy w tygodniu, ale już wkrótce ze względu na dużą liczbę zgłaszających się pacjentów gościnnych – otworzymy czwartą zmianę.

J.B.: Czy personel w stacji dializ pozostał ten sam czy też po decyzji firmy Fresenius o zamknięciu placówki poszukał innego miejsca pracy i trzeba było znaleźć i zatrudnić nowych pracowników?

M.M.: Wszyscy nasi pracownicy z zadowoleniem przyjęli decyzję o kontynuowaniu działalności i osobiście włożyli wiele wysiłku, żeby stało się to możliwe.

J.B.: Jak Pan ocenia pracę w nowej, „niekorporacyjnej” stacji dializ?

M.M.: Chyba największą zmianą jest poczucie wśród personelu, że stali się podmiotem swojej stacji dializ, że ich głos się liczy i pozwala na stworzenie przyjaznej atmosfery pracy. Wszystkie wysokie standardy medyczne stosowane w dotychczasowej działalności są utrzymywane, a do tego doszło poczucie sprawczości i radości, że pracujemy w „naszej stacji dializ”. Pacjenci, których powrót świętowaliśmy tortem i balonami, nie kryli łez wzruszenia i też mają poczucie, że jest to „ich” stacja dializ.

J.B.: Czy w najbliższej przyszłości przewidujecie również przyjmowanie pacjentów gościnnych?

M.M.: Tak, jest to bardzo ważna część naszej działalności. Walory Świnoujścia przyciągają wielu turystów z Polski i zagranicy, a my chcemy zapewnić im na czas odpoczynku możliwość dializ gościnnych. Bardzo mi też zależy na tym, żeby pacjenci z całej Polski mogli przez cały rok przyjeżdżać do Świnoujścia w ramach leczenia uzdrowiskowego. We współpracy z Uzdrowiskiem Świnoujście mamy specjalnie opracowany program rehabilitacyjny dostosowany do potrzeb i możliwości pacjentów dializowanych. Zapraszam i apeluję do pacjentów i lekarzy w ośrodkach dializ w całej Polsce o kierowanie na leczenie uzdrowiskowe do Świnoujścia w ramach NFZ. Chciałbym, aby nasz ośrodek stał się wiodącym w Polsce centrum rehabilitacji dializowanych pacjentów i wiem, że mamy w tym zakresie wsparcie ze strony Funduszu. Szczegóły, jak skierować pacjenta na bezpłatną rehabilitację do Uzdrowiska Świnoujście znajdują się na stronie Szpitala Miejskiego w Świnoujściu oraz Uzdrowiska Świnoujście. Stacja dializ oczywiście chętnie udzieli każdemu zainteresowanemu takich informacji.

J.B.: A jak zapatrujecie się na przyjmowanie pacjentów z pobliskich Niemiec? Czy personel posługuje się językami obcymi pozwalającymi na obsługę takich gości?

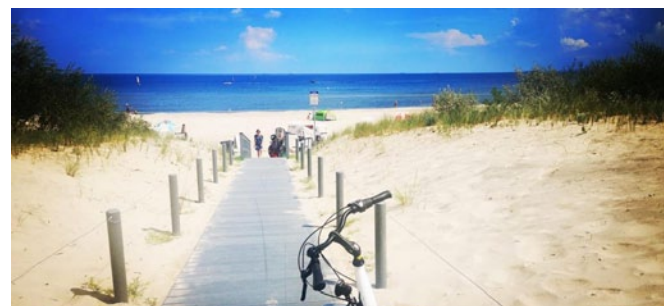
M.M.: Pacjenci z Niemiec często są naszymi gośćmi. Personel posługuje się językiem niemieckim i zapewnia profesjonalną obsługę pacjentów z zagranicy.

J.B.: Wiem od Pana Profesora, że dla pacjentów gościnnych planuje Pan również połączenie dializ z rehabilitacją i rekreacją pacjentów. Takie możliwości dają liczne ośrodki rehabilitacyjno-rekreacyjne w Świnoujściu, a sam Pan Profesor daje doskonały przykład propagowania takich działań.

M.M.: Jak zbierze się grupka pacjentów, którzy przyjadą do nas na rehabilitację połączoną z dializami gościnnymi, osobiście obiecuję przeprowadzenie sesji zajęć fitness na pięknej świnoujskiej plaży.

J.B.: Jestem przekonana, że pacjenci ze Świnoujścia odczuwają ogromną radość i zarazem ulgę, że mogą dalej w swoim mieście korzystać z dializ, natomiast pacjenci gościnni cieszą się na wiadomość, że mogą przyjechać na dializy wakacyjne nad morze do tak pięknego miejsca, jakim jest Świnoujście.

Dziękując za rozmowę, życzę Panu Profesorowi powodzenia w dalszym prowadzeniu stacji dializ!



Droga na plażę w Świnoujściu



FRESENIUS
MEDICAL CARE

Koszalin

Drawsko Pomorskie

Mrągowo

Fresenius Nephrocare Polska zaprasza do swoich ośrodków podczas Twojego urlopu

*Nasze ośrodki dializ położone są na Wybrzeżu, Mazurach i południu Polski
blisko popularnych miejscowości wypoczynkowych*



Bielsko-Biała
Nowy Targ

Kraków
Świdnica

Krosno
Zamość

Nowy Sącz
Żywiec

Więcej informacji: tel. 605 337 717
www.nephrocare.pl/dializa-wakacyjna

NephroCare



Nowy system rezerwacji dializ wakacyjnych d.HOLIDAY

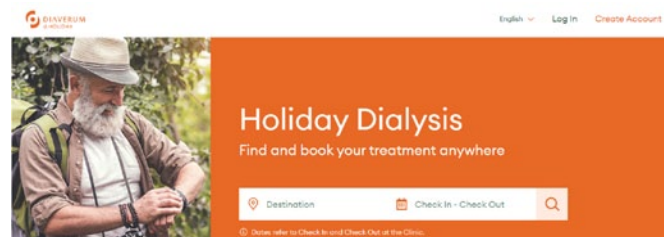
Dializy wakacyjne cieszą się coraz większą popularnością, choć jeszcze kilkanaście lat temu wakacyjna podróż, czy kilkudniowy wyjazd do rodziny, był dla osoby dializowanej niemalże nieosiągalnym.

Konieczność regularnych i częstych dializ znacząco wpływa na spadek wydolności fizycznej pacjentów, co z kolei niesie ryzyko niekorzystnych powikłań lub depresji. Dlatego wszelkie aktywności podejmowane przez osoby dializowane, wpływają na poprawę jakości ich życia. W Diaverum nieustannie poszukujemy rozwiązań, które ułatwią naszym pacjentom przełamanie rutyny regularnego leczenia i pozwolą realizować marzenia. Wiemy, że wakacyjny wypoczynek, zmiana środowiska, poznawanie nowych osób i miejsc, może mieć zbawienny wpływ na zmagania z codziennymi niedogodnościami choroby przewlekłej.

Staramy się pomagać naszym pacjentom żyć aktywnie, dlatego stworzyliśmy program dializ wakacyjnych d.HOLIDAY. Gwarantuje on łatwy dostęp do opieki nefrologicznej w miastach lub krajach innych, niż ich miejsce zamieszkania. Aby skorzystać z dializ wakacyjnych w jednym z naszych ośrodków, wystarczy skontaktować się z koordynatorem dializ wakacyjnych Diaverum Polska lub bezpośrednio z wybranym ośrodkiem dializ. Personel medyczny firmy poinformuje o rodzaju wymaganych dokumentów.

Z pomocą w tym zakresie przychodzą również technologie cyfrowe. Już od ponad roku działa nowa platforma rezerwacji dializ wakacyjnych www.d.holiday, która zapewnia łatwy sposób wyboru i rezerwacji miejsca na dializę. Platforma sukcesywnie rozszerza ofertę wprowadzając nowe funkcje. Użytkownik ma możliwość zastosowania szeregu filtrów wyszukiwania, wyboru opcji leczenia z wyprzedzeniem i wglądu w czasie rzeczywistym w dostępność sieci ośrodków Diaverum.

Za pośrednictwem platformy pacjenci mogą również przysłać i udostępniać dokumenty medyczne, które są wymagane przy rezerwacji dializy wakacyjnej. Może to znacznie skrócić czas akceptacji przyjęcia pacjenta.



Inne dodatkowe filtry umożliwiają odwiedzającym portal, sortowanie wyników wyszukiwania według nazwy ośrodka dializ, odległości, a także filtrowanie ośrodków po dostępnych dyżurach.

Strona jest w pełni responsywna, dzięki czemu można z niej korzystać także na smartfonach, czy tabletach. Bezpieczeństwo i prywatność naszych pacjentów jest dla nas sprawą najwyższej wagi, dlatego wszystkie funkcje platformy spełniają wymogi zapewniające prywatność danych.

Jak działa platforma rezerwacji dializ wakacyjnych d.HOLIDAY?

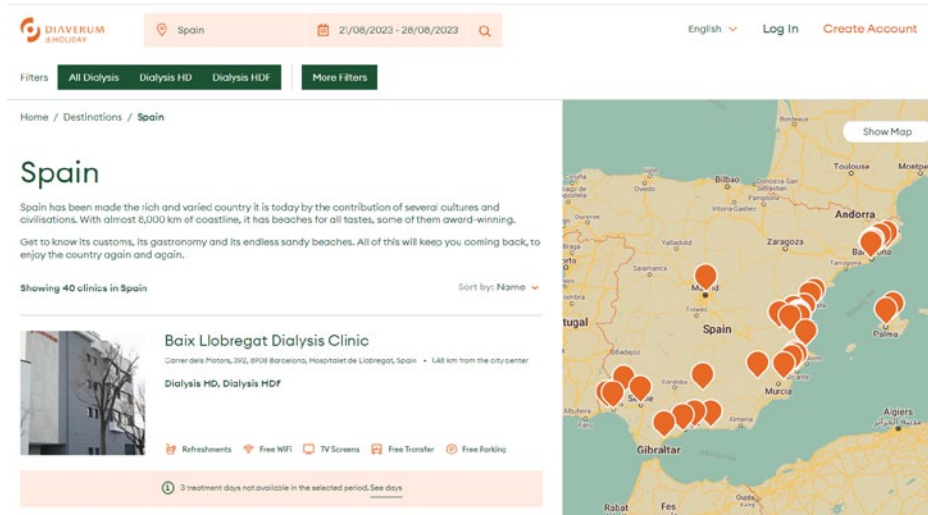
Platforma www.d.holiday umożliwia pacjentom i ich opiekunom, zarezerwowanie miejsca na dializę wakacyjną w zaledwie trzech prostych krokach:

- wprowadź lokalizację i termin podróży
- użyj filtrów wyszukiwania, wybierz opcje leczenia, wymagania medyczne i pożądaną dogodność
- wybierz ośrodek dializ, zarejestruj się i zarezerwuj miejsce, a dostępność zostanie potwierdzona na podany e-mail w ciągu 72 godzin roboczych.

Platforma oferuje jednak więcej niż tylko opcje rezerwacji online. Pacjenci znajdą tam także*:

- informacje o wakacyjnych kierunkach podróży, w tym przewodnik turystyczny
- wskazówki, jak zaplanować wakacje z uwzględnieniem ich potrzeb związanych z dializami
- wytyczne dotyczące dokumentacji i leków

*aktualnie: w języku angielskim lub hiszpańskim

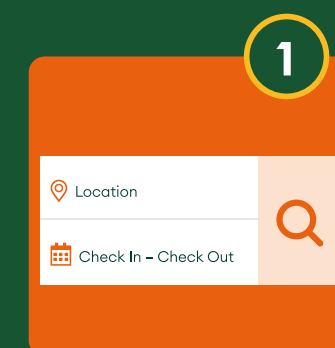


Tvoja podróż może rozpocząć się właśnie tutaj

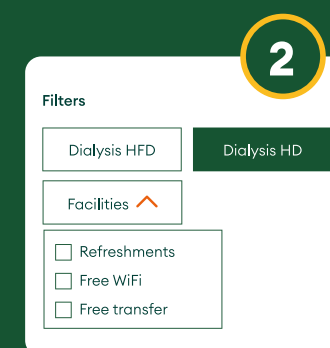
www.d.holiday



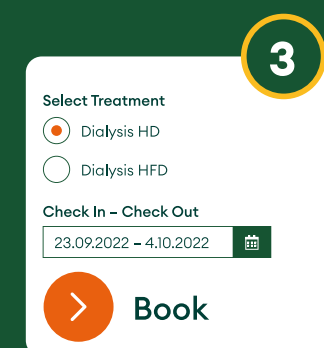
Odwiedź stronę **d.HOLIDAY** i zarezerwuj dializę wakacyjną w **trzech prostych krokach**



Wprowadź lokalizację i termin podróży



Użyj filtrów wyszukiwania, wybierz opcje leczenia i pożądaną dogodność



Wybierz ośrodek dializ, zarejestruj się i zarezerwuj miejsce (dostępność będzie potwierdzona w ciągu 72 godzin)

Skontaktuj się z nami:

✉ holiday@diaverum.com

✉ polska@diaverum.com

🇵🇱 +22 516 06 00

Aby otrzymywać najnowsze informacje, zapisz się do naszego **newslettera** na platformie rezerwacyjnej.

We wrześniu wyruszamy do Amarante!



Marta Olim
Diaverum Portugal

Wywiad Joanny Bernet, dializywakacyjne.pl z Martą Olim, koordynatorem dializ wakacyjnych w Diaverum Portugal

J.B.: O tym, jak w zeszłym roku spędziliśmy wspaniałe wakacje w Estoril w Portugalii zapragnęliśmy wrócić do niej ponownie. Tym razem wybieramy się we wrześniu na północ Portugalii, w okolice Porto, do miejscowości Amarante. Czy możesz nam powiedzieć parę słów o charakterze tej części Portugalii?

M.O.: Portugalia to mały kraj, ale pełen różnorodności. Północ jest zaskakująca, bardzo różniąca się od południa kraju. Jest bardziej zielona, pełna gór, parków przyrody, zamków, które opowiadają wielowiekową historię. To bogaty kulturowo obszar z licznymi zabytkami, które są bardzo reprezentatywne dla historii Portugalii. Kraina pełna rzek, które przecinają doliny i góry, gdzie można zachwycić się niezliczonymi winnicami i farmami, gdzie produkuje się najlepsze wina, a ich degustacja po zachodzie słońca dostarcza niesamowitych wrażeń. To ziemia pełna wiosen, w których turyści są witani uśmiechem i smakiem gastronomicznych przysmaków. Łatwo się tam zgubić w licznych zakamarkach i zainspirować się każdym szczegółem, czy to w domu, starym kościele, czy w punkcie widokowym, który zaprasza nas do kontemplacji zieleni krajobrazu zmieszanej z błękitem rzek.

J.B.: Jesteśmy bardzo podekscytowani wyjazdem do Amarante. Nawet sama nazwa miejscowości brzmi dla nas bardzo oryginalnie. Z czego znane jest to miasto?

M.O.: Amarante to piękne miasto położone nad brzegiem



Amarante, most São Gonçalo

rzeki Tamega, miejsce narodzin wybitnych poetów, pisarzy i malarzy, którzy zakochali się w tym miejscu, stworzyli piękne dzieła sztuki, które możemy oglądać do dziś. To romantyczne miasto pełne zakątków z pięknym kościołem São Gonçalo, a także ze wspaniałym lukowym mostem o nazwie São Gonçalo. W Amarante warto zagubić się w uliczkach, delektować się lokalnymi słodyczami i zrelaksować się w jego uzdrowiskach, gdzie woda ma ożywczą moc. Amarante pozostaje w pamięci wszystkich i przez wielu uważane jest za najpiękniejsze miasto Portugalii.

J.B.: Bardzo się cieszymy! A stacja dializ Diaverum, gdzie jest zlokalizowana i od kiedy przyjmuje pacjentów?

M.O.: Stacja dializ Diaverum Amarante to zupełna nowość, która została otwarta na początku 2022 roku. Klinika znajduje się zaledwie 5 minut od centrum miasta, jest bardzo dobrze zlokalizowana i łatwo dostępna w pięknym budynku dawnej szkoły, w której dzieci rozpoczynały swoją edukację. Jako taka jest częścią historii miasta XX wieku. Klinika jest nowym ośrodkiem medycznym z doskonałym wyposażeniem, z nowym sprzętem i oferuje znakomite warunki. W Diaverum wyznajemy kulturę „prawdziwej opieki”, dlatego w pełni angażujemy się w potrzeby pacjentów i ich rodzin. Interdyscyplinarny zespół kliniki, złożony z lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych, dietetyków i farmaceutów skupia się na zapewnieniu doskonałych warunków. Portugalia jest jednym z najlepszych krajów europejskich o świetnych wynikach medycznych, wyróżnia się doskonałością kliniczną i jakością opieki.

J.B.: Czy będziemy mieli polskiego tłumacza podczas dializ i głównych wycieczek? Jak wiesz, to bardzo ważne dla polskich pacjentów.

M.O.: Mamy już tłumacza, który będzie towarzyszył grupie podczas wycieczek i w trakcie sesji hemodializy przez pierwszą godzinę, aby odpowiedzieć na główne pytania. Zdobyliśmy to doświadczenie już w zeszłym roku i wszystko poszło bardzo dobrze, a grupa czuła się bardziej wspierana.

J.B.: A jeśli chodzi o wycieczki, zdradź nam proszę trochę szczegółów.

M.O.: Wszyscy uczestnicy będą mieli okazję zwiedzić Amarante, samo miasto i wszystkie jego najbardziej charakterystyczne punkty, aby poznać je jak najlepiej. Zadbamy o udostępnienie programu kulturalnego i socjalnego w Amarante, aby goście mogli w pełni korzystać z ofert miasta, zawsze bogatych w historię i kulturę. Kolejną wycieczkę planujemy do Porto, miasta symbolicznego, drugiego co do wielkości w Portugalii, pełnego historii i skąpanego w rzece Douro. Miasto Porto słynie również z imponujących mostów, które przecinają rzekę Douro, z których roztaczają się piękne widoki. Przy nabrzeżu Ribeira oraz w Vila Nova da Gaia, znajdziecie niezliczone restauracje i winiarnie, które są dla wielu gości największymi atrakcjami Porto. Przy okazji trzeba koniecznie spróbować samego wina Porto.

J.B.: Podczas ostatnich wakacji w Portugalii nie wszyscy mieli okazję posłuchać fado. Kiedy ostatni raz widziałyśmy się powiedziałaś mi, że wasze fado jest bardzo melancholijne, ale musimy go posłuchać, bo jest częścią waszej kultury. Prawdę mówiąc, trochę się obawiam, że możemy popaść w smutny nastrój.

M.O.: Fado to portugalski gatunek muzyczny powstały w XIX wieku nazywany portugalskim bluesem. Pochodzi z portugalskiej duszy. W istocie śpiewa się o uczuciach, spotkaniach i nieporozumieniach miłosnych, tęsknocie za kimś, o codzienności i podbojach. Fado to przede wszystkim aktorstwo głosowe, któremu towarzyszy portugalska gitara. Nie znam nikogo, kto nie byłby poruszony fado, ponieważ jest to coś bardzo pięknego, przejrzystego i bardzo intensywnego, co głęboko porusza każdego kto go słucha. Nie ma się czego obawiać, fado jest symbolem portugalskiej kultury i każdy, kto przejeżdża przez Portugalię powinien go posłuchać. Jednak dla tych, którzy słuchają fado pierwszy raz, polecam pokaz nie dłuższy niż godzinę.

J.B.: Chciałabym Cię również zapytać o typową kuchnię północnej Portugalii. Czy możesz nam polecić jakieś potrawy i napoje typowe dla tego regionu?

M.O.: Amarante jest bardzo znane z pysznych dań

i doskonałych słodczy. Ma również wyborne mięso „maronesa”, niezwykle smaczne i soczyste, wspaniałe sery i różne rodzaje kielbas. Do posiłków można podać czerwone wina z regionu Douro o niepowtarzalnym smaku, nie zapominając o winie białym dla smakoszy. Polecam dać się ponieść smakom północnej Portugalii, a jestem pewna, że nie pożałujecie.

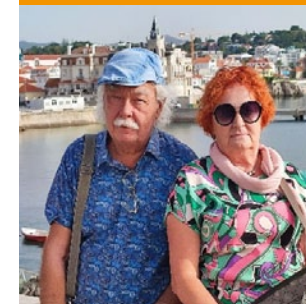
J.B.: Wracając do naszych wakacji w Estoril ostatniej jesieni, jak oceniasz polskich pacjentów w porównaniu do swoich, portugalskich? Czy bardzo się różnią?

M.O.: Było nam bardzo miło gościć grupę spokojnych, pełnych życzliwości Polaków. Tak jak wszyscy hemodializowani - potrzebują wsparcia i ciepła, aby czuć się bezpiecznie. Pod tym względem pacjenci polscy i portugalscy są do siebie bardzo podobni. Rozumiemy, że podczas podróży jeszcze bardziej potrzebne jest poczucie bezpieczeństwa, stąd dokładamy starań, aby zapewnić całodobowe wsparcie wszystkim osobom, które przyjeżdżają do nas na wakacje lub poddają się u nas leczeniu.

J.B.: Na koniec życzymy sobie i naszym pacjentom oraz ich rodzinom udanej wyprawy do Amarante. Jestem pewna, że to będą następne wakacje, które każdy zapamięta na długi czas!

M.O.: Dziękuję za rozmowę

Moje wakacje marzeń na południu Portugalii



Janusz Łopucki
z żoną Teresą
Chelmiec

Moją życiową pasją od zawsze było podróżowanie samochodem i z namiotem. Nagle, przed kilkoma laty jak grom z jasnego nieba choroba zmusiła mnie do rozpoczęcia dializ, pozbawiając mnie moich marzeń. I tak przypadkiem znalazłem czasopismo „Dializa i Ty”, a w nim artykuły o dializach wakacyjnych. Nawiązałem wtedy kontakt z panem Przemysławem Grabowskim, który zaproponował mi pierwszy wyjazd na Sycylię, do stacji dializ Mucaria. Dzięki p. Przemkowi spędziliśmy wraz z żoną wspaniałe wakacje: dwukrotnie w Trapani oraz w Marinie di Ragusa, w doskonałych warunkach i z profesjonalną opieką na stacji dializ. Jesienią 2022 roku dzięki pani Joannie Bernet wybraliśmy się z grupą pacjentów i ich rodzin do Portugalii, na dializy wakacyjne do Estoril. Ta propozycja spadła na mnie jak gwiazdka z nieba. Znam Portugalię od lat i jest to mój ukochany kraj. Doskonałe warunki w hotelu Clube do Lago, gdzie zapewniono nam pełen komfort, pozwoliły spełnić moje wielkie marzenie – wspaniałe wakacje z dziećmi. Obsługa medyczna na stacji dializ Diaverum była

na wysokim poziomie, a personel - bardzo sympatyczny. Zagwarantowano nam również tłumacza w czasie dializy, a po sali dializ nieustannie „krążył” lekarz. Gdybym chciał się rozpisywać na temat walorów turystycznych i kulinarnych, zabrakłoby stron. Nasz pobyt przypadł na pierwszą połowę października, pogoda dopisała. Temperatura była wprost doskonała do zwiedzania, a bryza Oceanu Atlantyckiego dawała ulgę, gdy słońce mocniej przygrzewało. Czas między dializami spędzaliśmy na zwiedzaniu wspaniałych zabytków. W oparach kawy i wina Porto oraz kosztując przy okazji znakomite lokalne ciasteczka zwiedzaliśmy Lizbonę (fot. 1), miasto ze snu, z żółtymi tramwajami i windami wywożącymi ludzi na wyższe poziomy w obrębie miasta. W Belem (fot. 2), siedząc na brzegu rzeki Tag pod Pomnikiem Odkrywców czuliśmy się jak w San Francisco spoglądając na wiszący most nad Tagiem, ale równocześnie jak w Rio de Janeiro, a to z powodu najbardziej rozpoznawalnego elementu wznoszącego się nad lizbońskim wybrzeżem Atlantyku – pomnika Chrystusa Króla, w sąsiedniej, leżącej na południowym brzegu rzeki miejscowości o nazwie Almada. Inspiracją dla tej budowli był posąg Odkupiciela z Rio. Kilka dni poświęciliśmy również na poznawanie kolorytu i atmosfery dzielnic: Baixa, Alfama i Graca zatopionych w staromiejskim zgiełku i przejmującej muzyce Fado. Zwiedziliśmy również wspaniałe okolice Lizbony: bajeczną, kolorową Sintrę (fot. 3) wraz z jednym z jej pałaców w Pena oraz Fatimę (fot. 4). Dotarliśmy także do najbardziej wysuniętego i spowitego mgłą skrawka kontynentu na zachodzie Europy, Cabo da Roca, zwanego potocznie „końcem świata”. Nie odbyło się też

bez odwiedzin w portugalskim sklepie „Biedronka”, zwanej w ojczyźnie tej firmy „Pingo Doce”, czyli „Słodka Kropelka”. Na koniec parę słów o portugalskich plażach. Piasek żółciutki, można powiedzieć – puder. W moim przypadku z kąpieli w oceanie wyszły nici. Atlantyk był baaardzo zimny! Brrr! Basen przy hotelu na szczęście rekompensował nam ten punkt wakacji. Na uwagę zasługuje również doskonała komunikacja w przystępnych cenach. Podsumowując, nasz wspólny wyjazd do Estoril to wakacje marzeń, za które cała moja rodzina dziękuje organizatorom i stacji dializ Diaverum. Ja, osobiście, jestem bardzo wdzięczny za stworzenie promyka nadziei dla ludzi chorych, chcących i mogących podróżować. Specjalne podziękowania należą się panu Bartkowi, przewodnikowi. Osoba Warty Polecenia!



Fot. 4. Fatima, figura Matki Boskiej



Fot. 1. Sintra, zabytkowe miasteczko wpisane na listę UNESCO



Fot. 2. Belem, Lizbona



Fot. 3. Lizbona, widok na miasto



Grecja doskonałym kierunkiem turystycznym dla pacjentów dializowanych

Maria Melliou
Mesogeios Dialysis Centers

Wywiad Joanny Bernet, dializywakacyjne.pl z Marią Melliou odpowiedzialną za Public Relations w stacjach dializ Mesogeios

J.B.: Od zawsze wiedzieliśmy, że Grecja jest świetnym kierunkiem wakacyjnym dla Polaków. Klimat, doskonała kuchnia, kultura, architektura,

a przede wszystkim gościnność samych Greków – turysta znajdzie tu wszystko, czego potrzebuje na wakacjach! Dodatkowo mamy to szczęście, że współpracujemy ze świetnym partnerem w Grecji, z Firmą Mesogeios. Jaka była historia Mesogeios, które stacje dializ powstały jako pierwsze?

M.M.: Przede wszystkim dziękujemy, że możemy zaprezentować nasze usługi polskim pacjentom dializowanym. Pierwsze centrum dializ Mesogeios zostało założone w 2000 roku w miejscowości Kalessa, w Heraklionie,

na Krecie, w celu służenia lokalnej społeczności dializowanych pacjentów oraz oferowania pacjentom z całego świata możliwości korzystania z bezpiecznych dializ wakacyjnych najwyższej jakości, z dala od ich macierzystej stacji dializ. Przez lata stworzyliśmy sieć nowoczesnych stacji dializ w całej Grecji, w sumie 11, w tym naszą nową stację dializ w Heraklionie, która będzie gotowa do końca roku (<https://www.mesogeios.gr/en>).

J.B.: Od kiedy działa Wasza wiodąca jednostka wakacyjna na Krecie? Ilu polskich pacjentów przyjęliście od początku jej działalności?

M.M.: Nasza pierwsza stacja dializ w Kalessa została założona 23 lata temu. Od tego czasu we wszystkich naszych stacjach dializ w całej Grecji obsługujemy rocznie ponad 700 dializowanych pacjentów w ramach programu dializ wakacyjnych. Wyspa Kreta stała się w ostatnich latach dość popularna wśród pacjentów, więc mieliśmy przyjemność gościć również dializowanych pacjentów z Polski, oferując im dializę i liczne atrakcje turystyczne. W ciągu ostatniego roku przyjęliśmy ponad 50 pacjentów dializowanych i mamy nadzieję, że wkrótce powitamy ich więcej.

J.B.: Polscy pacjenci chwalą doskonałą obsługę, życzliwość, pyszne greckie przekąski na dializie, ale przede wszystkim wysoki standard higieny i aseptyki podczas dializy.

M.M.: Po pierwsze – dziękujemy za miłe słowa. Mesogeios Dialysis Centres Group nieustannie stosuje surowe zasady higieny i czystości, ponieważ bezpieczeństwo naszych pacjentów i personelu jest dla nas najważniejsze. Chcemy, aby zarówno nasi pacjenci, jak i goście doświadczyli najwyższej jakości w każdej świadczonej przez nas usłudze, również poza dializami.

J.B.: Czy macie również udogodnienia dla osób towarzyszących, jeśli przyjadą razem z pacjentem na dializę? Proszę powiedz nam kilka słów o tych udogodnieniach.

M.M.: Zapewniamy wspaniałe otoczenie i bardzo duży ogród, z różnymi ziołami, kwiatami i drzewami, a także piękny basen z częścią wypoczynkową na zewnątrz i garderobami. Dodatkowo, przed pandemią COVID-19 osoby towarzyszące mogły również czekać na swoich bliskich na parterze stacji dializ, gdzie zapewniamy wysoką estetykę poczekalni z automatem do sprzedaży przekąsek i napojów. Od czasu pandemii COVID-19 przebywanie osób towarzyszących nie jest dozwolone w budynkach stacji dializ, a jedynie na zewnątrz.

J.B.: A co z innymi jednostkami Mesogeios w Grecji kontynentalnej? Czy do tej pory przyjmowali byli również goście z Polski?

M.M.: We wszystkich stacjach dializ Mesogeios co roku przyjmujemy dużą liczbę pacjentów dializowanych z całego świata, również z Polski. Chociaż Kreta wydaje się najbardziej atrakcyjna dla Polaków...

J.B.: Nie ukrywam, że chętnie poznalibyśmy lepiej kontynentalną Grecję i zorganizowali tam wakacyjny wyjazd z dializami. Które kierunki poleciłabyś szczególnie?

M.M.: Polecamy Ateny i Saloniki, ponieważ w tych rejonach można znaleźć pakiety wakacyjne z bezpośrednimi lotami z

Polski w połączeniu z zakwaterowaniem.

J.B.: W tym roku staraliśmy się znaleźć chętnych na wyjazd do Aten, ale pojawił się problem z frekwencją, w wyniku czego musieliśmy przełożyć ten wyjazd na jesień przyszłego roku. Nie wiem, czy naszych gości zniechęciły noclegi w hotelu, czy może sama wiosna nie była najszcześniejsza? Zwykle na wakacje wynajmujemy apartamenty z aneksem kuchennym, w których pacjenci i ich rodziny mogą samodzielnie przygotowywać posiłki według własnych potrzeb.

M.M.: Uważamy, że zarówno wiosna, jak i jesień to najlepszy czas na rezerwację wakacyjnego wyjazdu na dializy, ponieważ pogoda jest dość łagodna i przyjemna dla dializowanych pacjentów. Teraz parę słów o rodzaju zakwaterowania. Można powiedzieć, że Ateny i Saloniki to miejsca, w których znajdziecie raczej hotele, w których można zarezerwować HB, czyli śniadanie i obiadokolację lub samo śniadanie, a kolację zjeść w lokalnych restauracjach. W porównaniu do kontynentu, wyspiarska Kreta oferuje większy wybór apartamentów z aneksem kuchennym. Wielu turystów preferuje ten rodzaj zakwaterowania, a wyspa jest popularnym celem letnich wyjazdów turystycznych.

J.B.: Osobiście najbardziej żałuję fantastycznego programu w Atenach, ciekawych wycieczek z polskojęzycznym przewodnikiem i wielu wspólnych zabaw. Mam nadzieję, że uda nam się to zrealizować w przyszłym roku.

M.M.: Jestem pewna, że dasz radę zorganizować to ponownie i zaoferujesz nam możliwość powitania polskiej grupy również w Grecji! Pamiętaj, że zawsze możemy być dla Ciebie pomocni.

J.B.: O co musimy również zadbać, aby dotarcie do miejsca docelowego było mało problematyczne? Skądinąd wiesz, że sama podróż może na ogół być uciążliwa dla pacjentów.

M.M.: Na dzień dzisiejszy mamy bezpośrednie loty z Polski do Aten, Salonik i na Kretę ale być może w przyszłym roku znajdziemy więcej bezpośrednich kierunków. Chcielibyśmy zaproponować pacjentom pobranie od swojego lekarza zaświadczenia o zdolności do podróży. Ponadto, pacjenci powinni również zadbać o ubezpieczenie wakacyjne, kiedy rezerwują wakacje na wypadek nieprzewidzianych zdarzeń, które mogą wystąpić podczas podróży lub przed podróżą.

J.B.: Życzymy nam obu udanego wyjazdu do Grecji dla pacjentów i ich rodzin w przyszłym roku. Jestem pewna, że będzie to przeżycie, które każdy zapamięta na długo!

M.M.: Czekamy na was wszystkich i dziękujemy za zawsze doskonałą współpracę!

J.B.: Dziękuję za rozmowę i już nie mogę się doczekać wyprawy do Grecji!



LUKSUSOWE DIALIZY WAKACYJNE W GRECJI

ZAREZERWUJ JUŻ TERAZ DIALIZY
WAKACYJNE NAJWYŻSZEJ KLASY..

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

Poczuj gościnność jej mieszkańców...

*Doświadcz 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, 55535 Thessaloniki



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

MUCARIA
STACJE DIALIZ



STACJE DIALIZ

- Sztuczne nerki Fresenius 5008;
- Techniki dializacyjne: HD High-Flux i HDF-Online.
- 2 kliniki i 52 miejsca dializacyjne;



USŁUGI TURYSTYCZNE

- Pakiety dializa + nocleg (zakwaterowanie w apartamentach i hotelach);
- Transfer, wynajem auta, informacja turystyczna, wycieczki.



ASYSTA JĘZYKOWA W J. POLSKIM

Brak znajomości włoskiego, nie jest problemem!

Od pierwszego telefonu, po rezerwację, a także podczas dializ, będzie służyć Państwu pomocą nasz polskojęzyczny personel.

DIALIZY WAKACYJNE na Sycylii

NASZE PAKIETY



WAKACJE W TRAPANI Z OFERTĄ NOCLEGOWĄ

2 tygodnie



DIALIZA - bezpłatnie
z kartą EKUZ

Darmowy TRANSPORT
dializy-zakwaterowanie



Zwrot za bilety lotnicze
bonus do kwoty 50€*

NOCLEGI
oferta apartament



Ceny od:
140 €
pacjent + 1 os.

Oferta ważna przy pobytach
niekrótszych jak **min. 14 nocy.**

*Ta oferta przewiduje bonus
- zwrot kosztów za bilet lotniczy -
do maks. kwoty 50,00€.

**Zakwaterowanie w tej ofercie jest za opłatą
zgodnie z poniższym kalendarzem:

10€ / noc w styczniu, lutym, marcu oraz grudniu;
20€ / noc w kwietniu, listopadzie;
25€ / noc w październiku;
30€ / noc w maju, czerwcu;
40€ / noc w lipcu i wrześniu;
50€ / noc w sierpniu.

1 miesiąc



DIALIZA - bezpłatnie
z kartą EKUZ

Darmowy TRANSPORT
dializy-zakwaterowanie



Zwrot za bilety lotnicze
bonus do kwoty 100€*

NOCLEGI
oferta apartament



Ceny od:
GRATIS
pacjent + 1 os.

Oferta ważna przy pobytach
niekrótszych jak **min. 30 nocy.**

*Ta oferta przewiduje bonus
- zwrot kosztów za bilet lotniczy -
do maks. kwoty 100,00€
(50,00€ dla pacjenta oraz do 50,00€
dla osoby towarzyszącej).

**Zakwaterowanie w tej ofercie jest za opłatą
zgodnie z poniższym kalendarzem:

GRATIS w styczniu, lutym, marcu oraz grudniu;
10€ / noc w kwietniu, listopadzie;
12, 50 € / noc w październiku;
15€ / noc w maju, czerwcu;
40€ / noc w lipcu i wrześniu;
50€ / noc w sierpniu.

Powyższa kwota obejmuje pobyt dla 2 osób: pacjenta + 1 os. towarzyszącej.
Za pobyt dodatkowych osób przewidziana jest dopłata. Dzieci do lat 5 - bezpłatnie.
Oferty są ważne do wyczerpania miejsc.

PO WIĘCEJ INFORMACJI

+39 338 710 3285 +48 663 327 001
reservation@dialisimucaria.it

WWW.DIALISIMUCARIA.IT

Mucaria Dialysis Centers in Sicily



ISTNIEJEMY OD 1975 - OD 2016 ROKU PONAD 2000 PACJENTÓW ZORGANIZOWAŁO Z NAMI SVOJE WAKACJE

DIALIZY WAKACYJNE W RAGUSA I MARINA DI RAGUSA NA SYCYLII

Tak, wiemy, że wyjazd na wakacje, jeśli jesteś osobą dializowaną może być szczególnie trudny.

Z tego powodu Iblea Medica zdecydowała się zaoferować usługę, która pomoże Ci spędzić fantastyczne wakacje na Sycylii. Dzięki temu projektowi możesz spokojnie połączyć leczenie hemodializą z niezapomnianymi wakacjami w jednym z najpiękniejszych zakątków Sycylii: w Ragusie.

Nasz personel i nasi partnerzy zaopiekują się Tobą w pełnym zakresie!

Zadbamy o wszystko, czego potrzebujesz i zaplanujemy Twoje wakacje (znalezienie i rezerwacja hotelu, transfer z lotniska i na dializy, zorganizowanie wycieczek z przewodnikiem itp.).

WYCIECZKI:



MALTA



ETNA



TAORMINA



SIRACUSA

SICILIA TI AMO!

Promo 2 miesiące

Bezplatne zakwaterowanie i leczenie hemodializami w cenie.
Promocja ważna dla 1 pacjenta + 1 osoby towarzyszącej.

PROSZĘ O INFORMACJE



Kamena Residence

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ



Fenix House

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ



Mediterraneo Relax Houses

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ

W celu uzyskania informacji i rezerwacji prosimy o kontakt z naszym

POLSKIM PRZEDSTAWICIELEM: 663 327 001

Wspomnienie o Bardzo Szczególnym Pacjencie



Lutowe południe, przenikliwy chłód, krakowski cmentarz na Salwatorze. Żegnamy Roberta Słabosza, naszego szczególnego pacjenta, z którym byliśmy związani przez prawie 37 lat. Nie możemy uwierzyć, że odszedł, a z nim odeszła spora część naszego zawodowego życia. Rok 1986. Przed drzwiami Oddziału Dializ w Instytucie Pediatrii w Krakowie-Prokocimiu staje para smutnych ludzi w średnim wieku. Z pytaniem, czy coś jeszcze można zrobić dla ich dziecka? Robert urodził się z wynicowanym pęcherzem moczowym. Zespół urologów przeprowadził liczne operacje by zamknąć śluzówkę pęcherza, potem usuwał odlewowe kamienie z jego nerek jako powikłanie nieustającego zakażenia dróg moczowych. Nie do końca skuteczne okazały się próby rekonstrukcji zewnętrznych narządów moczowo-płciowych. Wystąpiły objawy przewlekłej, a następnie schyłkowej niewydolności nerek. W 1986 roku, jako 13-latek, w ciężkiej śpiączce mocznicowej, z mocznikiem 112 mmol/l, w trybie ratunkowym rozpoczął dializoterapię, najpierw otrzewnowo, potem – gdy dojrzała założona przetoka naczyniowa – hemodializę. W 1989 roku Robertowi musieliśmy usunąć lewą nerkę z powodu nawracających głębokich ropni tkanki podskórnej. Z uwagi na zaawansowaną nadczynność przytarczyc w 2002 roku trzeba było je usunąć. No cóż, jak się ma stężenia parathormonu rzędu 1500-2000 pg/ml i przytarczyc wielkości małych fasoli – trudno! Objawy zaawansowanej mineralnej choroby kości nie mogły być leczone inaczej. To była cena nierespektowania diety i braku przekonania do licznych ostrzeżeń, że fosfor szkodzi! W 2007 roku Robert doczekał się przeszczepu nerki. Moczowód wszczepiono do jelitowego pęcherza Bricker. Cały zespół dopingował go bardzo i liczył na sukces. Niestety, najpierw krwiał, potem martwica moczowodu i jelit, ropowica powłok i skóry jamy brzusznej. Przeszczepioną nerkę trzeba było usunąć. Ale także – zdyskwalifikować go do kolejnej próby transplantacji. Robert wrócił na dializę. Nie udało się do końca skutecznie zrekonstruować ubytków powłok brzusznych, ale sam pacjent dość skutecznie nauczył się zakładać opatrunki, po zdjęciu których można było uczyć

się na nim anatomii przewodu pokarmowego. Rok 2014, dwadzieścia siedem lat dializoterapii. Pojawiają się pierwsze objawy przewlekłej niewydolności krążenia, doskwiera niskorosłość, pojawia się osteodystrofia mocznicowa utrudniająca chodzenie. W 2014 roku pacjent przechodzi alloplastykę stawu biodrowego. Jego wieloletni niedosłuch, prawdopodobnie polekowy, wymaga aparatu. W 2021 roku, po krwawieniu z przetoki dializacyjnej działającej jako druga przez ponad 25 lat, założono cewnik permanentny. Przez 37 lat dializy w naszym ośrodku Robert nigdy nie wymagał erytropoetyny ani nagłych hospitalizacji w innych oddziałach. Dorastał w naszym Oddziale, stał się jego stałym elementem. Przeżył własnych rodziców. Był świadkiem naszej codziennej pracy i walki o życie kolejnych dzieci ze schyłkową niewydolnością nerek, które rozpoczynały dializę i które najczęściej opuszczały nas doświadczając dobrodziejstwa przeszczepienia nerki. W domu jego dobrym druhem i towarzyszem był jamnik, którym się opiekował. Do końca pozostawał samodzielny, zadbany, uśmiechnięty, wdzięczny za pomoc i związany z całym naszym zespołem mimo, że ktoś, kto przeżył blisko 5 700 dializ mógłby mieć tego wszystkiego dość! Boje toczone z NFZ o refundację jego dializy w pediatrycznej stacji dializ to temat na osobną historię. Mamy wielką satysfakcję, że nie odpuściliśmy! Roberta zapamiętamy też z wyjazdów na „Dializy pod Zagłami”, które przez kilkanaście lat organizowaliśmy rokrocznie dla naszych pacjentów zabierając ich nad Jezioro Rożnowskie. Na pokładzie jachtu, za sterem, trzymając szoty foka (za szotami grota nie przepadał, to był zbyt duży wysiłek, gdy wiało) stawał się jednym z nas, doświadczając nigdy nie danej mu normalności. To był inny Robert, ten z apetytem na kanapkę, lyczek Coca-Coli, 1,5 litrową butelkę wody mineralnej „na raz”...

W grudniu 2022 roku na Jego 50 urodzinach obchodzonych uroczystość w Oddziale Dializ był tort, baloniki, życzenia od nas wszystkich, uśmiechy, uściski! Robert nie krył wzruszenia. W 2 miesiące później zmarł w przebiegu leczenia złamania stawu biodrowego powikłanego ciężką posocznicą. Trudno uwierzyć, że na dializie można żyć tak długo, ale można! Warto pamiętać, że relacje pomiędzy pacjentem a leczącym go zespołem to wielka wartość o którą należy dbać, że szacunek dla pacjenta i wspieranie go w trudnych chwilach to obowiązek i przywilej dla wszystkich leczących.

Robertcie, jesteśmy dumni, że sprostaliśmy wielkiemu wyzwaniu, jakim była Twoja choroba i leczenie nerkozastępcze. Czujemy żal, że okazaliśmy się bezradni wobec jej śmiertelnych powikłań. Żegnamy Cię, Robi. Dziękujemy, że stałeś się kawałkiem naszej historii. Częścią każdego z nas.

Jacek Pietrzyk, Kasia Zachwieja, Paweł Dyras, Dorota Drożdż, Monika Miklaszewska, Terenia Smolnik, Lodzia Wilczyńska, Ela Dej, Irenka Bienias
i wszyscy, którzy towarzyszyli Ci w Oddziale Dializ w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w latach 1986-2023

POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW

Prof. dr hab. med. Kazimierz Ostrowski (1934 – 2022)



Profesor dr hab. nauk medycznych Kazimierz Ostrowski urodził się 19 kwietnia 1934 roku we wsi Zawady, powiecie płońskim. Z wyróżnieniem ukończył ciechanowskie liceum ogólnokształcące im. Z. Krasińskiego. Jako finalista olimpiady matematycznej został przyjęty bez egzaminów na wydział lekarski Akademii Medycznej w Warszawie, którą ukończył w 1958 roku, uzyskując dyplom lekarza medycyny. W rok później opublikował swoją pierwszą pracę naukową w Polskim Tygodniku Lekarskim. Po stażu prof. K. Ostrowski pracował w Państwowych Zakładach Teletransmisji jako lekarz zakładowy, będąc jednocześnie wolontariuszem w III Klinice Chorób Wewnętrznych warszawskiej AM, kierowanej ówczesnie przez prof. E. Kodejszko. W kolejnych latach pracy uzyskał specjalizację I i II stopnia z chorób wewnętrznych, a tytuł doktora nauk medycznych w 1967 roku na podstawie rozprawy „Hemodynamiczna ocena zmian naczyniowych u chorych na cukrzycę”, stając się od 1970 roku etatowym pracownikiem Kliniki. W tymże roku wyjechał na krótkie stypendium naukowo-szkoleniowe do Danii, zapoznając się tam z powikłaniami naczyniowymi u pacjentów z cukrzycą. W latach 1975-78 pracował w Kuwejcie, gdzie zorganizował specjalistyczną opiekę nad pacjentami z cukrzycą opartą na tzw. modelu polskim. Kontynuując wątek badawczy naczyniowych powikłań towarzyszących cukrzycy w 1983 roku pod kierunkiem prof. A. Czyżyka obronił pracę habilitacyjną pt. „Venopatia cukrzycowa”. Rok 1989 jest ważny dla prof. K. Ostrowskiego, rozpoczyna pracę w I Klinice Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie kierowanej przez prof. A. Sicińskiego, która ma profil nefrologiczny. Prof. K. Ostrowski w październiku 1990 roku objął kierownictwo Kliniki Chorób Wewnętrznych i Nefrologii AM i kierował nią aż do roku 2004. W 1996 roku uzyskał tytuł profesora nauk medycznych. W 1997 roku

jego Klinika została objęta programem International Society of Nephrology Renal Sister Center, którego inicjatorem był prof. Robert W. Schrier. W 1998 roku Rada I Wydziału Lekarskiego podjęła decyzję o zmianie nazw klinik Akademii Medycznej na Katedrę i Klinikę Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Profesor Kazimierz Ostrowski był opiekunem 16 doktoratów, 5 przewodów habilitacyjnych, 35 specjalizacji z chorób wewnętrznych i 11 z nefrologii. W okresie kierowania Kliniką prof. K. Ostrowski i Jego Zespół opublikowali 43 prace naukowe w renomowanych czasopismach zagranicznych i 173 w polskich. Wygłoszono 20 referatów na zjazdach zagranicznych (głównie nefrologicznych), a 30 przedstawiono w formie plakatu. Na zjazdach i konferencjach krajowych (nefrologicznych, diabetologicznych, internistycznych, a także z zakresu medycyny rodzinnej) wygłoszono 125 wystąpień referatowych i przedstawiono 86 plakatów. Pan Profesor Ostrowski był pomysłodawcą i współorganizatorem Zakładu Medycyny Rodzinnej w warszawskiej Uczelni. W tej placówce, w latach 1995-1998, 68 lekarzy uzyskało specjalizację z medycyny rodzinnej. Dzięki zaangażowaniu Pana Profesora i przy dużej pomocy dr Ireny Marcinek z Ministerstwa Zdrowia, a także Konsultanta Krajowego ds. Nefrologii, prof. dr hab. n. med. Bolesława Rutkowskiego – otworzono nową stację dializ w Szpitalu w Milanówku-Turczynku, która ściśle współpracowała z Kliniką, szkoląc personel lekarski i pielęgniarski. Za swoją działalność profesor Ostrowski został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Medalem 50-lecia Akademii Medycznej, Medalem 100-lecia Szpitala Dzieciątka Jezus i Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski. Jednak największą pasją Pana Profesora była dydaktyka. Był wychowawcą wielu pokoleń studentów i lekarzy, bardzo zresztą przez nich lubianym. W związku z przejściem na emeryturę profesora Kazimierza Ostrowskiego, w wyniku postępowania konkursowego, kierownikiem Kliniki od 2004 roku została prof. dr hab. n. med. Joanna Matuszkiewicz-Rowińska, ale prof. K. Ostrowski nadal, przez kolejne 10 lat, prowadził zajęcia z propedeutyki interny ze studentami III roku I Wydziału Lekarskiego WUM. W ostatnim czasie, gdy chorował, jako zespół Kliniki byliśmy przy Nim całym sercem, ofiarując najlepszą opiekę. Jego odejście w dniu 21 września 2022 nappełniło nas żalem i smutkiem. Zawsze będziemy wspominać Pana Profesora jako człowieka życzliwego, przyjaznego, otwartego na innych i zawsze oddanego pacjentom.

Prof. dr hab. med. Jolanta Małyszko