

Czasopismo dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 1 (46) 2024

DIALIZA i Ty



ISSN 1644-5139



DIALIZA i Ty

Czasopismo ukazuje się pod patronatem
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

Dializa i Ty – Czasopismo dla chorych z niewydolnością nerek
NR 1 (46) 2024, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:

Prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko

Zastępca redaktora naczelnego:

Dr med. Renata Kłak
Mgr Violetta Bielak

Sekretarz redakcji:

Dr Michał Śmigieński

Wydawca:

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

Komitety naukowe czasopisma:

Mgr Katarzyna Babska
Mgr Anna Balicka
Mgr Beata Białobrzeska
Mgr Anetta Cekała
Dr n. o zdr. fiz. Katarzyna Chojak-Fijałka
Prof. dr hab. med. Kazimierz Ciechanowski
Prof. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień
Mgr Katarzyna Kalista
Mgr Anna Kliś
Prof. dr hab. med. Magdalena Krajewska
Prof. dr hab. med. Katarzyna Krzanowska
Dr med. Jacek Lange
Prof. dr hab. Rajmund Michalski
Prof. dr hab. med. Beata Naumnik
Prof. dr hab. med. Michał Nowicki
Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski
Prof. dr hab. med. Tomasz Stompór
Mgr Aneta Trzcińska
Lic. diet. Małgorzata Szczypkowska

Rysunki: KRZYSZTOF KMIĘĆ

Fotografia na okładce:

RAJMUND MICHAŁSKI

<http://amicusrenis.pl/dializa-i-ty/>



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. Monika Lichodziejewska-Niemierko

4 Listy znad morza

Wiatr od morza czyli bryza – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

5 W oczach lekarza

O przeszczepianiu nerek – prof. dr hab. med. Alicja Dębska - Ślizień
Nowe doustne leczenie niedokrwistości w przewlekłej chorobie nerek – już dostępne w Polsce! – prof. dr hab. med. Edyta Gołembiewska

8 Pielęgniarka radzi

Jak prowadzimy program edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i ich rodzin w Gdańsku? – Ewa Malek, Grażyna Szyszka
Społeczny wymiar choroby problemy i możliwości ich rozwiązania – dr med. Renata Kłak

13 Nerki i Dusza

Pacjent z przewlekłą chorobą nerek – reakcja na trudne informacje. O lęku. – dr med. Jacek Lange

15 Dietetyk radzi

Praktyczne aspekty prowadzenia dietoterapii u pacjentów z PChN leczonych zachowawczo – dr med. Paulina Borek-Trybała

18 Głos Stowarzyszenia

Pacjenci Pacjentom – Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki: Działalność, plany na przyszłość i zaproszenie do współdziałania – prof. dr. hab. Rajmund Michalski, Dorota Ligęza

21 Pacjenci o sobie

Jesteś moim życiem – Joanna La Rosa
Hemodializa czy dializa otrzewnowa – Bolesław Lenczewski

23 Wydarzenia

14 marca – Światowy Dzień Nerek – prof. dr hab. med. Ryszard Gellert
Wspomnienia z XVI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego w Gdańsku i Biegu po Nowe Życie – Pomorze na Tak – prof. dr hab. med. Alicja Dębska - Ślizień

26 Dializy Wakacyjne

Rozmowa Joanny Bernet dializywakacyjne.pl z Rosarią Oddo, koordynatorem ds. dializ wakacyjnych w Diaverum we Włoszech – Joanna Bernet
Dializy gościnne w Portugalii - Paweł Mierzejewski

32 Poczty Wybitnych Nefrologów

Prof. dr hab. med. Irena Pietrzak

SŁOWO OD REDAKCJI



**Prof. dr hab. med. Monika
Lichodziejewska-Niemierko**

Drodzy Czytelnicy,

Z wielką przyjemnością chciałabym przywitać Państwa w pierwszym numerze roku 2024 *Dializa i Ty* - czasopisma dla osób z zaawansowaną chorobą nerek, poddawanych dializom, z czynnym przeszczepem nerki, ale również tych, którzy stoją przed trudnymi decyzjami i wyborem dotyczącym sposobu leczenia niewydolności nerek.

Chciałabym wyrazić wdzięczność Fundacji Amicus Renis i jej Prezesowi w osobie dr Anny Smoleńskiej za propozycję objęcia stanowiska redaktora naczelnego oraz za nieustający entuzjazm i ogromny wysiłek, które umożliwiają kontynuację działalności pierwszego redaktora naczelnego i pomysłodawcy pisma skierowanego do chorych – nieodżałowanego śp. prof. Olgierda Smoleńskiego. Pragnę podziękować mojemu poprzednikowi, prof. Jackowi Pietrzykowi za Jego wspierającą pracę i zaangażowanie w rozwój czasopisma. Mam nadzieję, że utrzymamy wysoki poziom merytoryczny i nadal będziemy się cieszyć Państwa uznaniem. Tym razem redaktor naczelny przybywa z Gdańska: jestem nefrologiem z ponad 40-letnim stażem pracy w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym i Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku, od zawsze zainteresowanym zapewnieniem dobrej jakości życia chorym na nerki i ich rodzinom poprzez całościowe spojrzenie na potrzeby fizyczne, psychologiczne, socjalne i duchowe. Moimi zastępcami będą pielęgniarki dr Renata Kłak z Wrocławia i mgr Violetta Bielak z Krakowa – obie z ogromnym doświadczeniem w opiece nad pacjentami z niewydolnością nerek, a sekretarzem redakcji pozostaje nieoceniony dr Michał Śmigieński z Krakowa. Zaczynający komitet redakcyjny pochodzi z różnych stron Polski; są w nim lekarze, pielęgniarki, psychoterapeuta, dietetyk, fizjoterapeuta i przedstawiciel pacjentów, których różnorodne doświadczenie i wiedza, mam nadzieję, będą niezwykle cenne dla Państwa – naszych czytelników.

W niniejszym numerze znajdą Państwo wiele ciekawych artykułów dotyczących różnych aspektów chorób nerek i ich leczenia. Prof. Bolesław Rutkowski – mój były szef i mentor w Klinice Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych w Gdańsku swoje cykliczne Listy znad morza poświęca kobietom, w tym redaktorowi naczelnemu :), jak zawsze

z lekkością i dużą dozą dowcipu. Prof. Alicja Dębska-Ślizień dzieli się wiedzą na temat przeszczepiania nerek, a prof. Edyta Gołembiewska przedstawia nowe możliwości leczenia niedokrwistości w przewlekłej chorobie nerek, już dostępne w Polsce. Pielęgniarki Ewa Malek oraz Grażyna Szyszka omawiają program edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i ich rodzin w Gdańsku, wspierający wspólne podejmowanie decyzji i optymalny indywidualny wybór sposobu leczenia, a dr Renata Kłak analizuje społeczny wymiar choroby oraz problemy i możliwości ich rozwiązania. W dziale „Nerki i Dusza” dr Jacek Lange zajmuje się reakcją pacjentów na trudne informacje, a dr Paulina Borek-Trybała dzieli się praktycznymi aspektami leczenia dietą pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Głos Stowarzyszenia zabierają prof. Rajmund Michalski oraz Dorota Ligęza, opowiadając o działalności i planach na przyszłość Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki. Ponadto, w sekcji „Pacjenci o sobie” znajdą Państwo poruszające historie życia oraz doświadczenia pacjentów związane z leczeniem chorób nerek. Dzień Nerki 2024 przedstawi konsultant Krajowy ds. Nefrologii prof. Ryszard Gellert, a o wydarzeniach podczas Zjazdu Transplantacyjnego w Gdańsku opowie prof. Alicja Dębska-Ślizień. W Poczcie Wybitnych Nefrologów, zgodnie z tradycją, sylwetkę nieżyjącej prof. Ireny Pietrzak przedstawi prof. Andrzej Oko. Oprócz tego, zapraszam do zapoznania się z artykułami dotyczącymi dializ wakacyjnych – wspaniałego przykładu możliwości spędzenia urlopu, któremu nie przeszkadza konieczność prowadzenia dializ. Tych z Państwa, którzy nie otrzymają drukowanej wersji czasopisma, serdecznie zachęcam do odwiedzenia strony internetowej <http://amicusrenis.pl/dializa-i-ty/>, a wszystkich do aktywnego udziału w tworzeniu czasopisma poprzez przysyłanie pytań i opinii, swoich pomysłów na artykuły, dzielenia się własnymi doświadczeniami, na adres mailowy: nefron@interia.eu. Chciałabym, aby artykuły zawarte w czasopiśmie, choć w części, odpowiadały na Państwa potrzeby.

Tymczasem, wobec zbliżających się Świąt Wielkanocy, życzę wszystkim Państwu i Waszym bliskim, radosnych, ciepłych i pełnych nadziei dni świątecznych i pozostaję z wyrazami szacunku,

Monika Lichodziejewska-Niemierko
Redaktor Naczelny

Wiatr od morza czyli bryza



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

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

Moi Drodzy,

Tym razem, to właściwie powinienem zatytułować ten list za znakomitym pisarzem Stefanem Żeromskim: „Wiatr od morza”. No bo co to się porobiło, że po raz pierwszy od czasu powstania czasopisma „Dializa i Ty”, funkcja redaktora naczelnego trafia w ręce kobiety. Na dodatek nowa szefowa redakcji nie wywodzi się z królewskiego grodu Krakowa, a z odległego o blisko 600 kilometrów Gdańska. Wprawdzie Gdańsk ma godną ponadtyścioletnią historię, no i szkuty płynęły z Krakowa do Gdańska transportując zboże i wszelkie inne towary, ekspediowane później przez morze do innych krajów. Mamy poza tym w Gdańsku Drogę Królewską na którą składa się ulica Długa i Długi Targ, a Złota Brama była tradycyjną siedzibą królów polskich wizytujących Gdańsk. Mamy także na szczycie Ratusza wykonaną ze złota (obecnie chyba tylko pozłacaną) statuę króla Zygmunta Augusta, który był twórcą pierwszej polskiej floty wojennej. No i oczywiście pomnik króla Jana III Sobieskiego, wprawdzie przeniesiony ze Lwowa, stojący w samym centrum naszego grodu. A już wracając do bardziej współczesnych czasów, to wiatr wiejący od Gdańska przyniósł radykalne zmiany, ważne nie tylko dla Polski, ale także dla całej Europy i świata.

No ale dosyć tych rozważań historycznych, które miały na celu jedynie uświadomienie, że nowa pani redaktor nie wypadła sroce spod ogona. Na dodatek wiadomo, że to właśnie z Gdańska ruszyło tsunami, który spowodowało dynamiczny rozwój dializoterapii i to zarówno hemodializy jak i dializy otrzewnowej. W tym ostatnim zakresie niepomiaralny udział miała także nowa szefa redakcji „Dializy i Ty”. Nie mam zresztą wątpliwości, że zaprezentuje się sama w swoim pierwszym wstępniku, ja natomiast udzielam jej pełnych rekomendacji i nie wątpię, że poradzi sobie doskonale z zadaniami wynikającymi z nowej funkcji. A wiem co mówię, bo to czołowa postać w mojej kompanii kadrowej. Moja pierwsza doktorantka (z 26), druga habilitantka (z 15) i 3 osoba z tytułem profesorskim (z 10). Mam nadzieję, że Szanowni Czytelnicy przyjmą ją z życzliwością i udzielą należnego nowej naczelnej, kredytu zaufania. Oczywiście mam głębokie przekonanie, że tym razem nie będzie to tsunami ani wichura, ale ożywcza bryza znad morza.

A w ogóle, to jak tak się rozejrzeć po kraju, feminizacja w nefrologii, która w końcu też jest rodzaju żeńskiego, to dosyć powszechne zjawisko. Wystarczy bowiem spojrzeć wstecz, to w czasach kiedy rozpoczynałem swój flirt z nefrologią, szefami wszystkich klinik nefrologicznych dla dorosłych, byli mężczyźni. Kiedy obejmowałam kierownictwo kliniki, była jedna osoba



plci żeńskiej, kierująca ośrodkiem nefrologicznym w CSK WAM - podówczas docent Zofia Wańkowicz. Wykonałem natomiast obecnie przegląd szefostwa w polskiej nefrologii i okazało się, że w sześciu na jedenaście ośrodków rządzą damy. Czyli płec żeńska górą. Jedynie w ośrodkach nefrologii dziecięcej, w których dawniej na stanowiskach kierowniczych były same kobiety, obecnie udało się wybić na prowadzenie czterem mężczyznom. Można powiedzieć chłopaki tak trzymać, w końcu równouprawnienie powinno działać w obie strony. Jak popatrzeć w innych dziedzinach to także dominacja płci żeńskiej zaznacza się coraz bardziej. Nie wiem tylko po co naszym damom potrzebne podkreślanie swojej roli poprzez wprowadzanie tak zwanych feminatywów. Dla mnie bowiem określenie pani profesor niesie ze sobą zdecydowanie więcej szacunku i podkreślenia godności aniżeli profesorka. Nie mówiąc już, że zdecydowanie wolalibyśmy być operowani przez panią chirurg w towarzystwie pani anestezjolog, a nie przez chirurgkę w towarzystwie anestezjolożki. Wyobrażam też sobie, że pacjent z depresją lepiej się czuje w obecności pani psycholog, a nie psycholożki lub pani psychiatry, a nie psychiatrki. Tego typu czasami z czeska brzmiących feminatywów jest więcej. Już przecież nieoceniony Andrzej Rosiewicz śpiewał, że nie ożeni się z Czeszką, „bo pękłby ze śmiechu”. Na całe szczęście nowa pani redaktor ma podobne poglądy na ten temat. Pozwolę sobie zacytować w tym miejscu fragment jej wypowiedzi, która ukaże się w marcowym numerze naszego miesięcznika uczelnianego Gazeta GUMed, w którym mam przyjemność pełnić funkcję przewodniczącego Rady Programowej. Cytuję: „Jednocześnie jednak nie jestem zwolenniczką wprowadzania sztucznie brzmiących feminatywów czy parytetów, z których pierwsze są śmieszną atrapą podnoszenia wartości kobiety, a drugie mogą wręcz podważać kompetencje kobiet.”

Tak czy inaczej drogie i szanowne Panie, pragnę Wam wszystkim życzyć wszelkiej pomyślności z okazji Dnia Kobiet, a także, a może głównie z powodu nadchodzącej wiosny. Obyście były zawsze wiosną naszego życia, tak jak jedna Pani dla mnie (imię i nazwisko znane autorowi, a pozostali mogą się tylko domyślać).

Na koniec apeluję, aby w tym świecie coraz częściej rządzonym przez kobiety pamiętać, że mężczyzna to też człowiek.

Wasz Bolesław

O przeszczepianiu nerek



Prof. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień

Kierownik Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Gdański Uniwersytet Medyczny

Dlaczego transplantacja?

Przeszczepienie nerki jest najlepszą metodą leczenia chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. Przeszczepiona nerka zastępuje wszystkie funkcje zniszczonych nerek własnych. Udane przeszczepienie nerki umożliwia pacjentom prowadzenie dotychczasowego trybu życia, w tym normalnej aktywności zawodowej. Dzieciom i osobom młodym daje szansę na prawidłowy wzrost, rozwój, na ukończenie szkoły i rozpoczęcie normalnego życia. Dla wielu kobiet jest to szansa na zajście w ciążę i urodzenie dziecka.

Czas życia osoby przeszczepionej jest znacznie dłuższy niż gdyby została na dializie, dotyczy to zwłaszcza młodych chorych i pacjentów chorych na cukrzycę. Dializa pozwala na długie życie, ale nie zastępuje wszystkich funkcji niewydolnych nerek. Choroby serca i naczyń, które są najczęstszą przyczyną zachorowalności i śmiertelności, postępują szybciej u pacjentów dializowanych niż po transplantacji nerek.

Nerkę można przeszczepić osobie, która spełnia kryteria zgłoszenia. Jeśli ryzyko zabiegu i leczenia immunosupresyjnego jest zbyt duże, to pacjent powinien być dalej dializowany.

Nerka może być przeszczepiona po jakimś czasie leczenia dializami, jak również wyprzedzająco, czyli zanim jeszcze będzie taka konieczność.

Dlaczego przeszczepienie wyprzedzające?

Wyprzedzające przeszczepienie nerki to zabieg transplantacji wykonany przed rozpoczęciem leczenia dializami. Nerki przeszczepione wyprzedzająco funkcjonują lepiej i dłużej, tym samym zapewniają lepsze przeżycie biorcy. Proces zgłoszenia na listy oczekujących jest szybszy u pacjenta nie obciążonego uciążliwościami dializ.

Pacjent może uniknąć wielu chorób i powikłań związanych z dializoterapią. Zazwyczaj nie ma też konieczności wytworzenia dostępu naczyniowego do celów hemodializy (wykonania przetoki tętniczo-żylniej lub założenia cewnika naczyniowego) lub implantacji cewnika do dializy otrzewnowej.

Nerka może pochodzić od dawcy zmarłego lub żywego. W tym pierwszym przypadku nie ma gwarancji, że znajdzie się odpowiedni dawca i system alokacji wskaże biorcę

zgłoszonego wyprzedzająco. Jednak rozpoczęcie dializ będąc już na liście oczekujących wyraźnie skraca oczekiwanie o cały proces zgłaszania, który pacjent ma już za sobą. W przypadku obecności dawcy żywego wszystko można zaplanować tak, aby nie było konieczności przerwania aktywności takich jak nauka czy praca zarobkowa, co jest bardzo ważne z punktu widzenia jakości życia.

Dlaczego przeszczepienie nerki od dawcy żywego?

Oczekiwanie na przeszczepienie nerki można wyraźnie skrócić w przypadku obecności dawcy żywego. U osób jeszcze nie dializowanych można zaplanować przeszczepienie wyprzedzające.

Przeszczepienie od dawcy żywego jest również szansą dla chorych oczekujących na drugie przeszczepienie, ponieważ czas oczekiwania na narząd od dawcy zmarłego w tym przypadku jest znacznie dłuższy z powodu trudniejszego doboru immunologicznego.

Warto dodać, że nerki od dawców żywych funkcjonują lepiej i dłużej w porównaniu z nerkami pobranymi od osób zmarłych. Nerka pobrana od dawcy żywego jest w lepszym stanie, bo nie jest uszkodzona przez jej przechowywanie bezpośrednio po pobraniu. W większości przypadków przeszczepienie od dawcy żywego spokrewnionego daje możliwość dobrego doboru immunologicznego, co zmniejsza ryzyko odrzucania nerki. Wszystko to powoduje, że nerki pobrane od dawców żywych funkcjonują lepiej i dłużej niż nerki pobrane od dawców zmarłych.

Kto może zostać dawcą żywym?

Dawcą żywym może zostać osoba zdrowa, dla której oddanie nerki nie będzie stanowiło zagrożenia.

Podstawową zasadą kwalifikacji dawcy żywego jest jego bezpieczeństwo. Dotyczy to funkcjonowania z jedną nerką po oddaniu drugiej komuś z najbliższych. Dlatego potencjalni dawcy przechodzą cykl bardzo wnikliwych badań. Nie wszyscy potencjalni dawcy mogą być zakwalifikowani jako dawcy. Czasami w procesie badań, przez które przechodzą, wykrywane są niezdiagnozowane wcześniej choroby, których wczesne leczenie pozwala na wyleczenie. Ponadto nie wszyscy spokrewnieni dawcy mogą nimi zostać ze względu na ryzyko choroby, która była przyczyną niewydolności nerek u biorcy.

Z jedną nerką można żyć, ale jednocześnie dawca staje się naszym, nefrologicznym pacjentem. Nasza specjalistyczna opieka oraz zdrowy tryb życia pacjenta pozwalają na dalsze bezpieczne z punktu medycznego życie. Należy podkreślić, że 96% procent ludzi, którzy zostali dawcami żywymi, zrobiłoby to ponownie. Radość z patrzenia na osobę bliską, która realizuje się w życiu, dodaje skrzydeł.

Zabieg pobrania nerki od dawcy żywego może być

wykonany metodą klasyczną lub laparoskopową. Nefrektomia laparoskopowa wiąże się z mniejszymi bliznami, mniejszym bólem i krótszym czasem rekonwalescencji niż otwarta operacja usunięcia nerki.

W Polsce w porównaniu z niektórymi innymi krajami liczba transplantacji od dawcy żywego jest niewielka i wynosi aktualnie około 10% wszystkich transplantacji (nieco powyżej 2 na milion mieszkańców). Dla porównania w Szwecji i Norwegii przeszczepień od dawcy żywego jest znacznie więcej - około 11 transplantacji na milion populacji i stanowią one znaczny odsetek w ogólnej liczbie transplantacji w tych krajach.

Dokładne informacje o transplantacji nerek od dawców żywych można znaleźć w niedawno wydanym informatorze „Transplantacja nerki od dawcy żywego. Poradnik dla pacjentów i ich bliskich”.

Transplantacja w liczbach

W Polsce z przeszczepioną nerką żyje około 15 tysięcy pacjentów. Dla porównania dializowanych jest około 20 tysięcy. W transplantacjach narządów dokonał się znaczny postęp. Są pacjenci żyjący z dwoma, a nawet trzema przeszczepionymi narządami np. nerką i trzustką, nerką i wątrobą, nerką i sercem, nerką i płucem. Chorzy otrzymują je zwykle jeden po drugim, gdy np. dojdzie do niewydolności nerek u chorego po transplantacji serca lub wątroby. Możliwe jest nawet jednoczesowe przeszczepienie dwóch narządów np. wątroby i nerki, serca i nerki, płuca i serca.

W Polsce pod względem liczby transplantacji 2023 rok był wyjątkowy. Przeszczepiono 1805 narządów od dawców zmarłych oraz 105 od dawców żywych (nerka i fragment wątroby). Takiej liczby transplantacji wszystkich narządów w Polsce jeszcze nie było. Wśród tych transplantacji było 977 nerek od dawców zmarłych i 78 od dawców żywych.

Jak długo czeka się na przeszczep nerki w Polsce?

Na listach oczekujących znajduje się około 1000 chorych

spełniających kryteria zgłoszenia do transplantacji. Czas oczekiwania na pierwszą transplantację od zgłoszenia na listę wynosi około 400 dni. Jednak od rozpoczęcia dializ znacznie dłużej, średnio około 900 dni. Istotne jest, aby proces zgłaszania rozpocząć jak najszybciej, najlepiej jeszcze przed rozpoczęciem dializ.

W przypadku dostępności dawcy żywego czas oczekiwania może być bardzo krótki, tylko taki jaki potrzebny jest do wykonania badań kwalifikujących dawcę.

Podsumowanie

Przeszczepienie nerki poprawia jakość życia i umożliwia dłuższe przeżycie.

Przeszczepienie wyprzedzające pozwala na uniknięcie leczenia dializami.

Przeszczepienie od dawcy żywego skraca oczekiwanie i umożliwia zaplanowanie transplantacji wyprzedzającej.

Podstawową zasadą kwalifikacji dawcy żywego jest jego bezpieczeństwo, a po oddaniu nerki skrupulatna opieka medyczna.

Bibliografia

1. Transplantacja nerki od dawcy żywego. Poradnik dla pacjentów i ich bliskich, Alicja Dębska-Ślizień, Andrzej, Maciej Śledziński, Justyna Kostro, Grażyna Anna Milecka, Alicja Patola, Konrad Piątkowski, Beata Białobrzaska, Magdalena Durlik, Jolanta Gozdowska, Magdalena Krajewska, Dorota Kamińska, Ewa Król, Warszawa 2022

<https://p-t-t.org/aktualnosc/transplantacja-nerki-od-dawcy-zywego>

2. Co powinieneś wiedzieć O WYPRZEDZAJĄCYM PRZESZCZEPIENIU NERKI? Alicja Dębska-Ślizień, Magdalena Durlik, Dorota Kamińska, Magdalena Krajewska, Ewa Król, Warszawa 2022

<https://p-t-t.org/aktualnosc/co-powinienes-wiedziec-o-wyprzedzajacym-przeszczepieniu-nerki>



Nowe doustne leczenie niedokrwistości w przewlekłej chorobie nerek – już dostępne w Polsce !

Prof. dr hab. n. med. Edyta Gołembiewska

Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Przewlekła choroba nerek, będąca następstwem zmniejszenia się liczby czynnych nefronów wskutek różnych procesów toczących się w miąższu nerki, to wieloobjawowy zespół chorobowy, w którego skład wchodzi niedokrwistość. Stan ten, nazywany inaczej anemią, definiuje się jako stężenie hemoglobiny-białka odpowiedzialnego za transport tlenu

przez krwinki czerwone -we krwi poniżej 13g/dL u mężczyzn oraz chłopców powyżej 15 roku życia i 12g/dL u kobiet oraz dziewczynki powyżej 15 roku życia. Częstość występowania niedokrwistości u osób z przewlekłą chorobą nerek dochodzi do 15% całej populacji chorych i jest zależna od stadium choroby – w początkowych stadiach wynosi 8%, ale już u osób poddawanych dializoterapii powyżej 50%. Anemia nie tylko wywołuje osłabienie i pogorszenie tolerancji wysiłku, ale przyczynia się również do dalszego postępu choroby nerek i większej śmiertelności chorych.

U osób zdrowych nerki biorą udział w produkcji krwinek czerwonych i hemoglobiny poprzez hormon białkowy

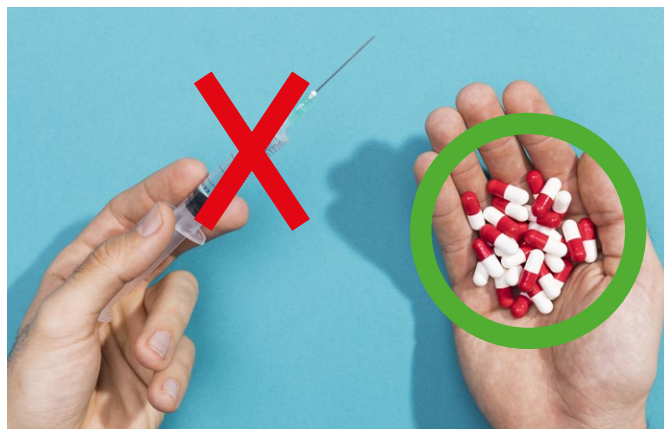
o nazwie erytropoetyna, który jest produkowany w ich korze. Do czynników zwiększających produkcję erytropoetyny należy wymienić wcześniej wspomnianą niedokrwistość, jak i również wynikające z niej niedotlenienie na poziomie komórkowym. U pacjentów z przewlekłą chorobą nerek dochodzi do zmniejszenia produkcji erytropoetyny na tle uszkodzenia nefronów. Innym czynnikiem odpowiedzialnym za wystąpienie anemii jest dostępność żelaza, która szczególnie wśród pacjentów hemodializowanych w wielu przypadkach jest zbyt niska. Ta grupa chorych traci dodatkowo żelazo z organizmu z powodu pobierania krwi do badań, krwawień z przewodu pokarmowego oraz na skutek samej procedury hemodializy.

Z powodu złożonych przyczyn, leczenie niedokrwistości u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, a szczególnie dializowanych, napotyka trudności. Powinno być ono poprzedzone wnikliwą diagnostyką u chorych i polega ono zasadniczo na usunięciu wszelkich podlegających skorygowaniu czynników, suplementacji preparatów żelaza oraz podawaniu czynników stymulujących erytropoezę (ESA). W przypadkach opornych na leczenie istnieje konieczność przetaczania preparatów krwi. Należące do ESA epoetyna alfa i beta, darbepoetyna czy glikol metoksypolietylenowy epoetyny beta to leki, które mogą być podawane zarówno podskórnie jak i dożylnie, i cechuje je stopniowo wydłużający się okres półtrwania, dający możliwości ich stosowania w terapii podtrzymującej nawet tylko raz w miesiącu. Leczenie ESA rozpoczynamy u chorych w okresie przeddializacyjnym i leczonych dializami, gdy stężenie hemoglobiny wynosi 9-10 g/dL. Co ważne, aby uniknąć powikłań terapii, nie należy korygować stężeń hemoglobiny całkowicie, nie powinno ono przewyższać wartości 12-13 g/dL. Do takich powikłań zaliczamy pogorszenie kontroli ciśnienia tętniczego, udar mózgu, powikłania zakrzepowe, w tym zakrzepicę przetoki tętniczo-żylną u hemodializowanych. Innym zagadnieniem pozostają przypadki niewystarczającej lub braku odpowiedzi na stosowane ESA w dużej dawce; do tego stanu przyczyniać się może niedobór żelaza, istniejący stan zapalny czy sama mocznica.

Odpowiedzią na rosnące potrzeby terapii stała się nowa grupa leków, której działanie okazało się być niezależne od wielu zmiennych czynników klinicznych, w szczególności zaś stanu zapalnego. Odbywa się ono na poziomie komórkowym. W reakcji na niedotlenienie organizm produkuje czynniki indukowane niedotlenieniem (HIF), które w przypadku braku tlenu nie wchodzi w reakcję hydroksylacji reszt prolilowych przy udziale alfa-ketoglutaranu, i dzięki temu nie podlegają degradacji. Nowe leki działają na zasadzie antagonizmu alfa-ketoglutaranu – jednego z substratów reakcji hydroksylacji – imitując niejako warunki niedotlenienia, – powodują akumulację i stabilizację czynników HIF. Prowadzi to do ekspresji wielu genów, w tym genu dla erytropoetyny, jak również genów regulujących stężenie i metabolizm żelaza niezbędnego do produkcji hemoglobiny i krwinek czerwonych. W porównaniu do

stosowanych powszechnie ESA, leki te wykazują wiele zalet: są one podawane doustnie, produkcja endogennej erytropoetyny jest zbliżona do fizjologicznej, a obniżając stężenie hepcydyny – substancji, której stężenie wzrasta w przewlekłej chorobie nerek – poprawiają dostępność żelaza w przewodzie pokarmowym. Na marginesie należy tu dodać, że odkrycie mechanizmu stabilizacji i degradacji HIF było wydarzeniem przełomowym – a jego odkrywcy – William Kaelin, Peter Ratcliffe i Gregg Semenza w 2019 roku otrzymali Nagrodę Nobla.

Odkryty w 2004 roku i zatwierdzony do leczenia już w 2018 roku w Chinach roksadustat, jest jednym z najlepiej zbadanych leków z tej grupy (obejmującej także m.in. vadadustat, daprodustat, molidustat i inne). Jest to też, jak dotąd, jedyny lek z tej grupy zatwierdzony do stosowania u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, w tym hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo, w Polsce. Z dniem 1 września 2023 r. został on objęty finansowaniem w ramach Programu Lekowego B.37: Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek (ICD-10:N18) umożliwiając jego przyjmowanie pacjentom w okresie przeddializacyjnym (eGFR < 30 ml/min). Co więcej, w przypadku roksadustatu, chorzy nie muszą spełnić warunku niskiego stężenia białka CRP we krwi, gdyż lek ten wykazuje swoje działanie niezależnie od istniejącego stanu zapalnego. Lek dostępny jest w opakowaniach zawierających po 12 tabletek – co wystarcza na miesiąc terapii, gdyż należy go przyjmować 3 dni w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni. Zalecaną dawką początkową, dla wszystkich chorych o masie ciała poniżej 100 kg, jest 70 mg. Lek skutecznie i przewidywalnie podnosi stężenie hemoglobiny we krwi, nie ustępując innym dotychczasowym preparatom stymulującym erytropoezę, co więcej, przynosi efekty u chorych z niską odpowiedzią na ESA. Wykazuje dobrą tolerancję, co ma kluczowe znaczenie w stosowanej terapii, należy jednak wspomnieć, że ze względu na swoje podobieństwo strukturalne do cząsteczki trójiodotyroniny, może on spowodować zaburzenia funkcji gruczołu tarczycowego, stąd zalecane jest monitorowanie funkcji tarczycy. Inne, ogólnoustrojowe efekty stabilizacji HIF w leczeniu prowadzonym długofalowo, podlegają cały czas badaniom, tak by chorym zapewnione zostało pełne bezpieczeństwo.

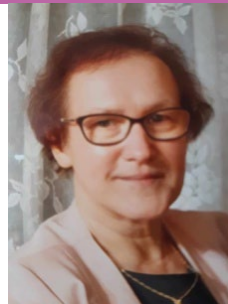


Jak prowadzimy program edukacji dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i ich rodzin w Gdańsku?



Ewa Malek

Klinika Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku



Grażyna Szyszka

Klinika Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Szacuje się, że 10% naszego społeczeństwa choruje na przewlekłą chorobę nerek (PChN), a tylko u 4% z nich choroba została rozpoznana. Od momentu usłyszenia diagnozy PChN będzie ona towarzyszyć pacjentom do końca ich życia, mając ogromny wpływ nie tylko na jakość ich życia, ale także na życie ich najbliższych i rodziny. Początkowo brak przykrych objawów chorobowych sprawia, że pacjenci bagatelizują rozpoznanie i nie zdają sobie sprawy z konsekwencji zdrowotnych, jakie niesie za sobą ta choroba. Obecnie medycyna może zaproponować pacjentom postępowanie zachowawcze, które odsunie w czasie zastosowanie inwazyjnego leczenia nerkozastępczego, takiego jak hemodializa, dializa otrzewnowa, przeszczepienie nerki lub leczenie zachowawcze u pacjentów, którzy nie wyrażają zgody na leczenie nerkozastępcze.

Na spowolnienie progresji PChN i poprawę jakości życia ma wpływ nie tylko leczenie farmakologiczne, ale także edukacja pacjentów, opiekunów i ich rodzin, która ułatwi pacjentom zarządzanie chorobą. Pacjent staje się partnerem działań zespołu medycznego, a nie tylko obiektem działań medycznych.

Sposób edukacji zależy od stopnia zaawansowania PChN. Składa się z trzech etapów:

1. szkolenie grupowe dla pacjentów i ich rodzin (webinar)
2. szkolenie indywidualne pacjentów i rodzin
3. wspólne podjęcie decyzji

W Polsce niewiele ośrodków nefrologicznych oferuje edukację pacjentom z PChN na każdym etapie choroby. We wczesnych stadiach choroby mogą być to spotkania

Etapy edukacji przeddializacyjnej



Webinar

- Szkolenie grupowe dla pacjentów i ich rodzin



Szkolenie indywidualne

- pacjent
- rodzina



Wspólne podjęcie decyzji

grupowe lub w formie webinarów, co jest bardzo wygodną formą szczególnie dla zainteresowanych pacjentów i rodzin. W bardziej zaawansowanej PChN powinny to być spotkania indywidualne pacjenta i jego rodziny z członkami interdyscyplinarnego zespołu edukacyjnego. Efektem takiego szkolenia jest świadoma decyzja pacjenta/opiekuna, rodziny i całego zespołu interdyscyplinarnego dotycząca dalszego leczenia nerkozastępczego lub zachowawczego.

W Gdańsku, Ośrodek Edukacji w Chorobach Nerek szkoli nie tylko pacjentów z przyklinicznej poradni nefrologicznej i innych okolicznych poradni nefrologicznych, ale także pacjentów poradni diabetologicznych, kardiologicznych, jak i pacjentów hospitalizowanych, którzy będą wymagać leczenia nerkozastępczego przewlekłe. Koordynatorem edukacji jest pielęgniarka nefrologiczna, a cały zespół to lekarz nefrolog, dietetyk, psycholog i fizjoterapeuta.

Pierwsze spotkania dla chorych PChN w stadiach 2, 3, 4 i ich rodzin organizowane są w formie szkolenia grupowego lub webinaru trwającego zwykle około 60-90 minut. Poszczególni członkowie zespołu omawiają sposób, w jaki można spowolnić progresję PChN, czyli styl życia pacjenta, rodzaj pracy, aktywność fizyczną, stosowanie leków, używek, odpowiedniej diety, kontrolę ciśnienia tętniczego/glikemii oraz ocenę skuteczności leczenia i progresji PChN poprzez monitorowanie badań kontrolnych. Przedstawiane są także metody leczenia schyłkowej PChN, takie jak hemodializa, dializa otrzewnowa, przeszczepienie nerki lub postępowanie zachowawcze. Jest również czas na pytania pacjentów i odpowiedzi ekspertów.

Możemy polecić Państwu cykliczne webinary edukacyjne „Wszystko, co powinienesz wiedzieć o przewlekłej chorobie nerek i sposobach jej leczenia” oraz strony internetowe z informacjami dla chorych i ich rodzin m.in.: Życie z dializą, Zrozumieć dializy, Edukacja o zdrowiu nerek, OSMN - <https://moje-nerki.pl/>. Wkrótce będzie można również zasięgnąć szczegółowych informacji w języku polskim na stronie edukacyjnej „My Kidney Journey”, która obecnie dostępna jest w większości języków europejskich.

Kolejnym etapem edukacji pacjentów są dwa indywidualne spotkania chorych z PChN w stadium 4 i 5, ich rodzin/opiekunów z lekarzem nefrologiem, pielęgniarką nefrologiczną, dietetykiem i psychologiem. Celem spotkań jest przede wszystkim omówienie metod leczenia schyłkowej PChN oraz istotnych elementów życia ze schyłkową PChN, takich jak styl życia, praca, szkoła, ćwiczenia fizyczne, radzenie sobie z emocjami, dieta oraz kontrola ciśnienia tętniczego/glikemii i objawów choroby.

Pierwsze spotkanie edukacyjne to spotkanie z nefrologiem i pielęgniarką nefrologiczną. W czasie tego spotkania lekarz

przeprowadza kliniczną ocenę pacjenta na podstawie badania fizykalnego oraz wywiadu, rozważając ewentualne możliwości asystowanej terapii. W razie potrzeby zaleca konsultację chirurgiczną dotyczącą wytworzenia dostępu do hemodializy, dializy otrzewnowej lub przeszczepienia nerki. Celem tych działań jest ocena potencjalnych przeciwwskazań do poszczególnych terapii schyłkowej niewydolności nerek oraz omówienie ogólnego postępowania właściwego dla indywidualnego pacjenta, w tym dalszego postępowania zachowawczego.

Z kolei, pielęgniarka nefrologiczna ocenia klinicznie sprawność mentalną i fizyczną pacjenta, szczególnie pod kątem stosowania domowych terapii, aby określić wskazania i przeciwwskazania do poszczególnych rodzajów terapii schyłkowej choroby nerek. Następnie przedstawia zasady domowej terapii dializą otrzewnową, prezentując sprzęt używalny, taki jak worki z płynem dializacyjnym do wykonania dializy otrzewnowej, dreny, korki oraz cyklery - urządzenia, które po przygotowaniu przez pacjenta wykonują wymiany płynu dializacyjnego podczas snu chorego.



Fot. 1. Wymiana CADO płynu dializacyjnego na fartuchu treningowym.



Fot. 2. Cykler do ADO

Demonstruje sposób wykonania dializy otrzewnowej ręcznej (ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa - CADO) (fot. 1) oraz automatycznej dializy otrzewnowej (ADO) (fot. 2). Pacjent może spróbować samodzielnie wykonać wymianę

na fartuchu treningowym lub przygotować cykler. Pielęgniarka omawia również z pacjentem zagadnienia dotyczące:

- organizacji pomieszczenia do wykonywania wymian (stolik do wykonywania wymiany ręcznej lub postawienia cyklera, wieszak na płyny dializacyjne, pojemnik na dializat),
- zasad dotyczących zwierząt żyjących w domu,
- organizacji dystrybucji i przechowywania płynów do dializy otrzewnowej,
- wszczepienia i opieki nad dostępem do dializy otrzewnowej,
- organizacji wizyt kontrolnych w Ambulatorium Dializy Otrzewnowej,
- możliwości kontynuacji zatrudnienia i szkoły, jak również wyjazdów krajowych i zagranicznych

Następnie demonstruje zabieg hemodializy wraz z aparatem do hemodializy i dostępem naczyniowym oraz omawia je z pacjentem (fot.3 i 4):



Fot. 3. Aparaty do hemodializy



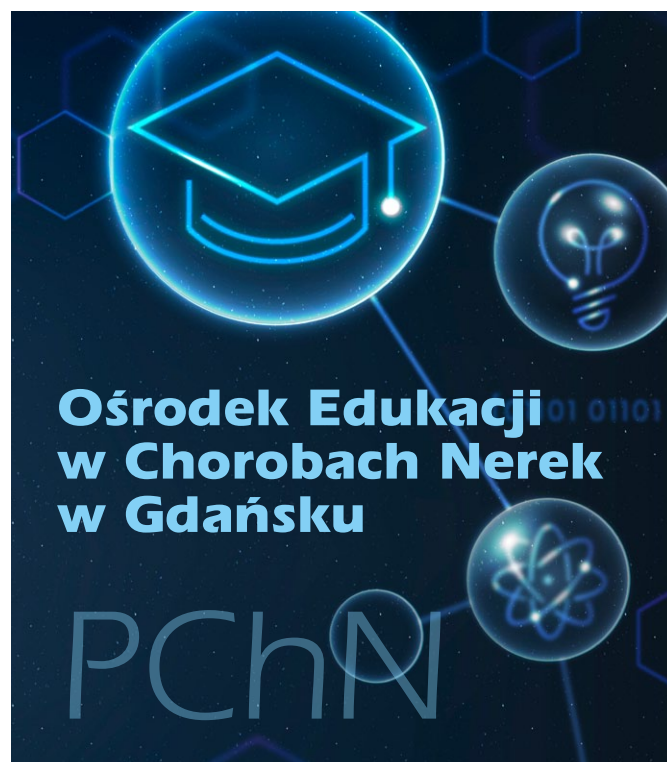
Fot. 4. Dostępy naczyniowe do hemodializy: a - przetoka, b – cewnik

- sposób, w jaki następuje „oczyszczanie” organizmu z toksyn,
- rodzaje i organizację wytworzenia dostępu naczyniowego do leczenia hemodializą (przetoka, cewnik czasowy, stały),
- czas trwania jednego zabiegu,
- organizację transportu na sesję dializacyjną,
- możliwości kontynuacji zatrudnienia / szkoły, organizację wyjazdów krajowych i zagranicznych.

Każdy pacjent po tym spotkaniu otrzymuje materiały pisemne lub na nośniku elektronicznym dotyczące wyboru opcji leczenia oraz kontaktowe numery telefonów i adres e-mail do Ośrodka Edukacji w Chorobach Nerek, aby wyjaśnić kwestie, których być może nie zrozumiał lub ma inne pytania czy wątpliwości.

Drugie indywidualne spotkanie, które odbywa się raz na dwa miesiące, to spotkanie z pielęgniarką, psychologiem, dietetykiem i fizjoterapeutą. Na tym spotkaniu pacjent wspólnie z zespołem podejmuje decyzję, jaką formę leczenia/postępowania nerkozastępczego wybiera. Psycholog ocenia stan psychiczny, by omówić, w jaki sposób radzić sobie z emocjami, styl życia, wsparcie rodziny, pracę, szkołę. Dietetyk ocenia nawyki żywieniowe pacjenta i ustala zindywidualizowane przykładowe jadłospisy. Fizjoterapeuta ocenia stan fizyczny i tryb życia pacjenta, by przedstawić plan dotyczący ruchu i ćwiczeń. Ta wizyta to także możliwość spotkania i rozmowy z pacjentami już leczącymi się nerkozastępczo.

Decyzja o wyborze sposobu leczenia schyłkowej niewydolności nerek powinna być świadomą decyzją chorego, podejmowaną na podstawie rzetelnego dostępu do informacji i uwzględniającą priorytety i cele pacjenta. Wiadomo, że pacjenci, którzy wybrali sposób leczenia nerkozastępczego mają lepszą jakość życia i dłużej żyją. Dla podjęcia decyzji o optymalnej formie leczenia nerkozastępczego, niezbędny jest dostęp chorych do sformalizowanych programów edukacyjnych, prowadzonych przez kompetentny wielodyscyplinarny zespół.



Spółeczny wymiar choroby – problemy i możliwości ich rozwiązania



**Dr med. i n. o. zdrowiu
Renata Kłak**

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

Jedną z najbardziej cenionych przez ludzi wartości w życiu jest zdrowie. Żyjemy w przekonaniu, że jest ono najważniejsze i stanowi warunek do osiągnięcia szczęścia. Jednak wiadomo, że życie to nie tylko radości i sukcesy, ale również smutki, porażki oraz choroby. W ocenie społecznej choroba chorobie nie jest równa. Inaczej postrzegani są ludzie chorujący np. na schorzenia układu krążenia niż osoby, u których stwierdzono zaburzenia neurologiczne. Funkcjonowanie w społeczeństwie osoby przewlekłe chorej zależy od wielu czynników tj.: istoty choroby, czasu jej pojawienia się w życiu, indywidualnych cech osobowości pacjenta. Zatem każda choroba, szczególnie, gdy jest nieuleczalna i wymaga przewlekłego leczenia zmienia sposób patrzenia na siebie oraz na własne możliwości.

Choroba przewlekła zazwyczaj zakłóca lub burzy ustalony porządek i styl życia człowieka. Zmusza go do przeprowadzenia licznych zmian, które nie zawsze są łatwe do zaakceptowania i zrealizowania ze względu na dotychczasowe wartości życiowe, przyzwyczajenia, poziom sprawności, sytuację materialną oraz mieszkaniową. Poza tym, charakteryzuje ją zwiększona zależność od innych ludzi oraz zmiana form i liczby dotychczasowych kontaktów społecznych. Dlatego w trakcie trwania choroby pojawia się u pacjenta nie tylko tzw. lęk „biologiczny” przed kalectwem, zniechęceniem, śmiercią, ale również lęk „społeczny”. Występuje on wówczas, gdy istnieje zagrożenie odrzucenia, zerwania więzi ze środowiskiem rodzinnym, pracy i towarzyskim w skutek ograniczeń związanych z chorobą. W przewlekłej chorobie nerek, która rozwija się przez wiele lat, w miarę jej postępu pacjent oswaja się z zaistniałą sytuacją, aż do momentu potrzeby podjęcia decyzji o sposobie dializoterapii. Etap rozpoczęcia dializ jest kolejnym czynnikiem, który może wpłynąć na funkcjonowanie społeczne i rodzinne pacjenta. Adaptacja do życia ograniczonego przez leczenie nerkozastępcze, może być bardziej trudna niż pogodzenie się z długotrwałą chorobą. Pacjenci przed dializą zazwyczaj są leczeni ambulatoryjnie, rzadziej lub częściej hospitalizowani. Pomimo tego, w tym okresie nie przeszkadza być im, mniej

lub bardziej aktywnym zawodowo, rodzinie i społecznie. Jednak w momencie konieczności rozpoczęcia dializ zmienia się radykalnie tryb życia i możliwości pacjenta. W ramach kilku spotkań edukacyjnych, rozmowa chorego i jego rodziny z zespołem leczącym (lekarz, pielęgniarka) pozwala dokonać odpowiedniego wyboru rodzaju terapii nerkozastępczej. Pacjent ze schyłkową niewydolnością nerek ma do wyboru dwie opcje dializoterapii, które różnią się między sobą koncepcją leczenia: dializę otrzewnową oraz hemodializę. Dializa otrzewnowa jest domową formą terapii, z okresową kontrolą personelu medycznego. Taki system leczenia zapewnia znaczną swobodę chorego. Ma to szczególnie duże znaczenie w przypadku osób aktywnych zawodowo, ale również dzieci, które mogą uczestniczyć w zajęciach przedszkolnych i szkolnych. Niezależność wynikająca z metodyki dializy otrzewnowej, obarczona jest większą odpowiedzialnością i koniecznością samodzielnego wykonywania wymian płynu dializacyjnego, w przypadku dzieci przez jednego z rodziców. Metoda ręcznej wymiany płynu dializacyjnego nazywana jest ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową (CADO). Część chorych, w tym dzieci, dializowanych jest przy pomocy urządzenia zwanego cyklerem. Przejmuje on część czynności wykonywanych przez samego pacjenta lub rodzica, umożliwiając dializowanie w nocy, podczas snu. Tę formę leczenia nazywamy automatyczną dializą otrzewnową (ADO).

W przypadku hemodializ chory leczony jest podczas sesji dializacyjnej odbywającej się dwa lub trzy razy w tygodniu i trwającej od czterech do pięciu godzin. Wszelkie zabiegi wykonywane są w ośrodku dializ przez personel medyczny. Skutkuje to, zmniejszeniem liczby obowiązków obciążających pacjenta, ale jednocześnie powoduje ograniczenie jego swobody, konieczność transportu do i ze stacji dializ i uzależnienie od osób trzecich. Dla chorych aktywnych zawodowo może to stanowić problem. Można go rozwiązać próbując dostosować sesje dializacyjne tak, aby nie kolidowały z pracą.

Zatem wybór metody leczenia nerkozastępczego musi być głęboko przemyślaną decyzją podejmowaną wspólnie przez pacjenta i zespół leczący.

Przytaczając metody leczenia nerkozastępczego, wspomnieć należy o zabiegu przeszczepienia nerki –na pewno najlepszej metodzie postępowania, dostępnej jednak dla pacjentów bez przeciwwskazań do tej formy leczenia. O przeszczepianiu, przeczytacie Państwo w artykule prof. Alicji Dębskiej-Ślizień.

Kolejny, niezwykle ważny element sytuacji społecznej chorego, to pomoc jaką pacjent otrzymuje od swojego bliższego i dalszego otoczenia czyli od rodziny oraz najbliższych przyjaciół, znajomych. Jest to tzw. wsparcie społeczne, które zaspakaja podstawowe potrzeby społeczne człowieka. Udzielana tu pomoc jest o charakterze emocjonalnym (uczucie sympatii, zrozumienia i akceptacji) lub instrumentalnym (porady, informacje, wyjaśnienia, pomoc materialna itp.).

Ważną rolę w procesie radzenia sobie w sytuacji choroby odgrywa rodzina. Jej jednym z podstawowych, instytucjonalnych zadań jest zapewnienie bytu i opieki tym członkom rodziny, którzy ze względu na wiek i stan zdrowia nie są w stanie samodzielnie zaspokoić własnych potrzeb. Wiadomo jest, że przewlekła choroba i różne metody leczenia nerkozastępczego wymuszają zmianę stylu życia całej rodziny. Ma to różny wpływ na jej funkcjonowanie. Najczęściej wymieniana negatywna zmiana jaka dokonuje się w rodzinie dotyczy sytuacji finansowej. W wielu przypadkach choroba przewlekła współwystępuje z niedostatkiem i ograniczeniem potencjału materialnego. Stanowi, więc poważne źródło zagrożenia bytowych podstaw funkcjonowania rodziny, ogranicza jej opiekuńczo-pielęgnacyjną wydolność w opiece nad osobą chorą. Warto zwracać się o pomoc do ośrodków pomocy społecznej, ośrodków opieki wytchnieniowej, coraz szerzej oferujących wsparcie chorym i ich rodzinom.

Kolejna sytuacja rodzinna podlegająca zmianie to strefa emocjonalna. Reakcje mentalne związane z faktem choroby są zjawiskiem powszechnym. Świadomość chorego, że jest potrzebny i akceptowany, pomaga mu walczyć z gwałtownie obniżającym się poczuciem własnej wartości, a także daje poczucie bezpieczeństwa.

Członkowie rodziny na ogół dostarczają choremu wsparcia emocjonalnego i sprawują nad nim bezpośrednią opiekę. Można jednak zaobserwować także zjawiska destrukcji rodziny, nasilenia stresu i dystansu. Chory, który ma wsparcie i jest akceptowany przez najbliższych, pomimo utrudnień, jakie choroba stwarza rodzinom, lepiej ją toleruje i poddaje się leczeniu. Natomiast pacjent mający problemy i konflikty w rodzinie trwa w reakcjach depresyjnych, trudnych lub wręcz niemożliwych do skorygowania.

Choroba wpływa również na udział pacjenta w życiu społeczno-zawodowym, ograniczając zdecydowanie jego aktywność w tych dziedzinach. Wielu z nich przechodzi na rentę tracąc w ten sposób satysfakcjonującą dotychczas pracę i część swoich zarobków. Optymalnym rozwiązaniem jest możliwość kontynuowania pracy w zawodzie lub podjęcia jakiegokolwiek innej formy aktywności, ponieważ pacjent aktywny lepiej znosi ograniczenia, jakie niesie ze sobą

choroba. Czuje się wówczas potrzebny i dowartościowany. Odrębnym problemem jest to, czy i jak informować swojego pracodawcę o chorobie. Niestety nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Szczera rozmowa chorego ze swoim zwierzchnikiem pozwoli mu, zaprezentować się jako osoba odpowiedzialna i dojrzała, dbająca zarówno o swoje dobro jak i pracodawcy. Ponadto, wyjaśniając na czym polega schorzenie, pracodawca może będzie mógł przystosowywać miejsce i warunki pracy do potrzeb chorego pracownika np. dostosuje godziny pracy do zabiegów hemodializy, przygotuje miejsce do wykonania wymiany CADO, bądź zaoferuje innego rodzaju wsparcie.

Coraz rzadziej podzielenie się informacją o chorobie może mieć negatywne skutki, wynikające z faktu, że nie każdy pracodawca jest osobą otwartą i chętną do współpracy z osobami mającymi problemy zdrowotne. Szczerość w tej kwestii może się skończyć niekorzystnie (brak zatrudnienia). W takim przypadku, jeśli nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do pracy, decyzja o jej pozabawieniu, może nieść znamiona dyskryminacji. Można wówczas zastosować odpowiednie kroki prawne.

Natomiast, jeśli chory zachowa dla siebie informacje o swojej chorobie, uniknie być może społecznej stygmatyzacji i będzie mógł pełnić dotychczasową rolę. Jednak taka postawa zamyka jednocześnie możliwość dostosowania pracy do specyficznych potrzeb chorego oraz naraża go na niebezpieczeństwo w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia. Warto rozmawiać na temat warunków i możliwości pracy z członkami zespołu leczącego (lekarzem, pielęgniarką), a nawet prosić o wsparcie przy rozmowie z pracodawcą. Żyjemy w społeczeństwach, coraz bardziej otwartych, również na niepełnosprawność, w których coraz więcej osób z chorobami przewlekłymi, w tym osoby dializowane, pracuje i realizuje się w swoich pasjach i zawodach.

Dzisiaj zasadniczym celem w sytuacji choroby powinno być osiągnięcie wysokiej jakości życia pacjentów, a zatem dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego będącego następstwem powrotu do pełnionych ról społecznych.

Pacjent z przewlekłą chorobą nerek – reakcja na trudne informacje. O lęku.



Dr med. Jacek Lange

nefrolog, psychoterapeuta
Baxter Polska Sp. z o.o.
Nowowiejski Szpital Psychiatryczny,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
email: jacek_lange@baxter.com

Wielu z Państwa, jeśli nie wszyscy czytający ten artykuł, mają przewlekłą chorobę nerek, a wielu z Was jest leczonych dializami. Pewnego dnia dowiedzieli się Państwo o tej chorobie i o możliwościach jej leczenia, u części na początku farmakologicznie i dietetycznie, u części konieczne było szybkie rozpoczęcie dializ. Z mojego nefrologicznego doświadczenia była to dla Państwa trudna informacja, zderzenie z trudną nową rzeczywistością, koniecznością zmiany nawyków, dostosowania stylu życia.

Jeśli choroba jest bardzo zaawansowana, konieczne jest rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego. Obejmuje ono trzy formy szeroko dostępne na świecie, ale i w Polsce: przeszczepienie nerki, dializę otrzewnową, hemodializę. Niezwykle rzadko zdarza się, by z przyczyn medycznych u danej osoby możliwa była jedynie jedna z nich. Podjęcie decyzji wymaga oczywiście spojrzenia medycznego, ale dużo szerzej, wzięcia pod uwagę stylu życia i preferencji pacjenta, co w obecnej literaturze określane jest jako „wspólne podejmowanie decyzji” (ang. shared decision making). Jeśli proponowana jest Państwu jedynie jedna forma – nie obawiamy się zadawać pytania o dwie pozostałe. Rzadko takie informacje przyjmujemy z całkowitym spokojem. Często reagujemy lękiem. „Jakim lękiem?? Przecież ja się niczego nie boję!”. Czasem tak myślimy. To ciekawe, bo odsuwanie od siebie lęku stanowi mechanizm obronny – jeden z wielu – mniej zaawansowany czyli wyparcie, bądź głębszy – zaprzeczenie. Ale o mechanizmach obronnych szerzej kiedy indziej. Chociaż już widzimy, że lęk jest z nimi ściśle powiązany. Zgodnie z trójkątem wewnętrznego konfliktu opisanym w 1979 roku przez Davida Malana, lęk jest naszą odpowiedzią na trudne uczucia, a z kolei by się przed nimi ochronić – używamy mniej lub bardziej dojrzałych, mniej lub bardziej zaawansowanych mechanizmów obronnych osobowości.

Istotne jest rozróżnienie strachu i lęku. Obydwa są odpowiedzią na trudny bodziec z zewnątrz i uczucia, jakie spowodował. Przykładem takiego bodźca są informacje,

jakie dostajemy ze świata zewnętrznego bądź informacje z wewnątrz. Te zewnętrzne to na przykład informacje o naszych bliskich, członkach naszej rodziny, partnerach, ale i szerzej – naszych znajomych, współpracownikach, naszej pracy, stanie zdrowia – wynikach badań i rozpoznaniu medycznym. Informacje ze świata wewnętrznego dotyczą także naszego stanu zdrowia bądź stanu emocjonalnego – to nasze samopoczucie fizyczne bądź psychiczne. Wszystkie te bodźce mogą powodować zarówno strach, jak i lęk. Strach jest odpowiedzią na uświadomiony bodziec. Jest naszym uczuciem odnoszącym się do konkretnej sytuacji – gdy boimy się czegoś. Lęk jest dużo głębszy, często nieuświadomiony, jako reakcja na bodźce, ale często spotęgowana naszymi wyobrażeniami. Z obecności lęku często zdajemy sobie sprawę dopiero, gdy rozpoznajemy, że spowodował on naszą reakcję obronną.

Reakcje na otrzymanie trudnej informacji porównać można do żałoby. Często proces ten ma mniejsze nasilenie, niż wtedy, gdy dowiadujemy się o stracie osoby bliskiej bądź przyjaciela, ale mogą one wyglądać podobnie. Elisabeth Kubler-Ross podzieliła żałobę bądź reakcję na stratę na pięć faz. Pierwsza to zaprzeczenie. Odsuwam od siebie trudną informację. Po pewnym czasie zaczyna do mnie docierać, że ta informacja nie tylko była prawdziwa, ale właśnie bardzo trudna. Pojawia się druga faza – gniew. Jeśli informacja dotyczy choroby bądź rozpoczęcia dializ, to trudno się gniewać na chorobę czy dializę. To może być gniew na lekarza który to zakomunikował, pielęgniarkę, innych członków personelu medycznego leczących mnie wcześniej. Czasem to złość na Boga, los, czasem na członka rodziny. Trzecia faza to targowanie się. Już częściowo przyjmujemy tę trudną informację, ale czasem staramy się o niej zapominać, łamiąc narzucone ograniczenia lub zalecenia – np. dietetyczne lub lekowe. Czwartą fazą jest nastrój depresyjny bądź głęboki smutek. Kolejną i ostatnią jest akceptacja, wiążąca się z zyskaniem wewnętrznej energii czy siły na przystosowanie się do nowej sytuacji. Fazy mogą następować po sobie w powyższej kolejności, ale także przeplatać się bądź cofać do poprzedzających.

Warto uświadomić sobie obecność lęku, bo być może w przyszłości moglibyśmy zareagować bardziej adaptacyjnie, nie tak destrukcyjnie, bądź mniej panicznie. Lęk w zdecydowanej większości sytuacji objawia się w naszym ciele. Co więcej, od jego nasilenia zależy, jak on się objawia. Zgodnie z Jonem Fredericksonem, w zależności od nasilenia lęku nieświadomie umiejscawiamy go w naszym

ciele w trzech obszarach. Lęki o niskim i umiarkowanym nasileniu odczuwamy w postaci reakcji mięśni poprzecznie prążkowanych lub szkieletowych, bardziej nasilone – mięśni gładkich, m.in. przewodu pokarmowego czy układu oddechowego, także mięśni sercowym, a najsilniejsze – w postaci dysregulacji poznawczo-percepcyjnej.

Co to oznacza, że odczuwamy lęk poprzez reakcję mięśni poprzecznie prążkowanych? Najczęściej będzie to niecelowe i częściowo nieuświadomione zaciskanie dłoni, wykręcanie palców, wiercenie się na krześle, mimika twarzy. Także wzdychanie, gdyż wtedy uruchamiamy przeponę i mięśnie międzyżebrowe. Możemy odczuwać zwiększone napięcie mięśni nóg, zmuszające do poruszania nogą, napięcie mięśni grzbietu, szyji, mogące powodować bóle karku i głowy, także zaciskanie żuchwy, zagryzanie zębów, marszczenie czoła bądź ziewanie. To ostatnie może wcale nie być skutkiem niewyspania czy niedotlenienia, ale właśnie złości bądź lęku. Możemy te reakcje zaobserwować u siebie, ale także u naszego rozmówcy, a warto, by nas to skłoniło do zastanowienia, co było takie trudne przed chwilą, że je wywołało. U nas albo gdy obserwujemy je u rozmówcy. A jeśli u rozmówcy, to jaki był nasz udział w tej trudnej dla niego sytuacji.

Druga grupa to reakcje mięśni gładkich i mięśnia sercowego. Mięśnie gładkie budują ściany narządów wewnętrznych jak na przykład przewodu pokarmowego czy oddechowego, ale także ścianę naczyń krwionośnych. Mamy tu takie odczucia jak suchość w jamie ustnej i oczach, podwyższenie tętna i/lub ciśnienia tętniczego, migreny, zaczerwienienie bądź zblednięcie twarzy, chłodne dłonie i stopy, ale też mniej oczywiste – konieczność nagłego oddania moczu lub wręcz przeciwnie – niemożność oddania moczu. Z innych to dreszcze, zaciśnięcie krtani, skurcz oskrzeli, niespowodowane wysiłkiem szybkie i głębokie oddychanie – tzw. hiperwentylacja mogąca skutkować zasłabnięciem. Z reakcji znanych z młodości to bóle brzucha, zaparcia, biegunki, nudności bądź wymioty niespowodowane zatruciem pokarmowym, ale właśnie reakcją emocjonalną. Lęk szkolny czy przedszkolny jest tu dobrym przykładem, aczkolwiek takie objawy mogą też występować też w wieku dorosłym.

Trzecia grupa to objawy najsilniejszego lęku. Trudna nazwa „dysregulacja poznawczo-percepcyjna” oznacza, iż w sytuacji ogromnego stresu mamy do czynienia z zaburzeniami rozpoznawania sytuacji, przedmiotów bądź ludzi. Do tej grupy zaliczane są halucynacje, czyli odczuwanie bodźców, których nie spostrzegają inni – wzrokowych, słuchowych, dotykowych. W cięższej postaci dysocjacja, czyli szeroko pojęte psychiczne oddzielenie się od otaczającego świata, o bardzo różnym nasileniu i zaawansowaniu, od łagodnego „wymazania” z pamięci trudnego zdarzenia

(choć w rzeczywistości głęboko ukryte w niej pozostanie), do ciężkiej i długotrwałej fugi bądź katatonii – całkowitego wyłączenia z interakcji ze światem zewnętrznym.

Reasumując, nie ma osób, które w ogóle nie odczuwają lęku. Przez jakiś czas, w różnym nasileniu, odczuwamy go wszyscy. Odczuwanie lęku to nie patologia. Po drugie, by go zmniejszyć, co pomoże nam w funkcjonowaniu, warto zdać sobie z niego sprawę. Jest to możliwe przy dwóch pierwszych stopniach nasilenia – reakcjach z mięśni poprzecznie prążkowanych bądź mięśni gładkich. Trzeba „tylko” (a może „aż”) połączyć odczuwane objawy z ewentualną przyczyną ze sfery psychiki, a przynajmniej wziąć pod uwagę taką możliwość. Dlaczego nagle zaczęło mi szybko bić serce pomimo, że nie doznałem żadnego wysiłku? Jakoś szybko poruszam nogą, bądź ni z tego ni z owego w trakcie trudnej rozmowy zaczynam ziewać mimo, że na pewno nie jest nudno ani nie jestem niewyspany. Już samo zauważenie objawów może zmniejszyć lęk. Warto te objawy też zauważać u innych, by pomóc drugiej osobie – rozmówcy, osobie bliskiej, współpracownikowi. W sytuacji ich zauważenia nie obawiamy się o nich powiedzieć rozmówcy, w sposób delikatny i nieoskarżający go o ich spowodowanie. Co zrobić, jeśli te objawy bądź sam niepokój zaobserwujemy u siebie? Czasami samo zauważenie potrafi zmniejszyć jego nasilenie. Jeśli jest umiarkowany lub bardzo silny, spróbujmy porozmawiać z lekarzem prowadzącym lub psychologiem, który mógłby nas wesprzeć. Coraz częściej pacjenci z nasilonym niepokojem lub lękiem decydują się na psychoterapię. Niekiedy wystarczy kilka sesji, w ramach tzw. terapii krótkoterminowej, a niekiedy trwa ona dłużej. Długość terapii proponowana jest przez psychoterapeutę i uzgodniana z pacjentem na podstawie zebranych informacji w czasie jednej bądź kilku konsultacji wstępnych, po wspólnym ustaleniu możliwych do osiągnięcia celów terapii, wchodzących w skład określenia ram terapii, zwanych kontraktem, na który obie strony wyrażają dobrowolną zgodę. Terapia może być prowadzona albo bezkosztowo dla pacjenta w ramach NFZ, niskokosztowo poprzez różne fundacje, bądź za pełną odpłatnością w gabinetach prywatnych. Informacje o możliwościach terapii uzyskać możemy w Poradniach Zdrowia Psychicznego. Pamiętajmy, że korzystać z niej może znacznie szersza gama osób, niż jedynie chorzy psychicznie. Coraz częściej z terapii korzystają osoby, u których nie jest rozpoznawana choroba psychiczna, ale różne formy trudności emocjonalnych, w których pomoc taka bywa potrzebna i najczęściej jest skuteczna.

Artykuł ten rozpoczyna serię dotyczącą psychonefrologii. Gorąco zachęcam do podzielenia się ze mną na podany powyżej adres mailowy pytaniami bądź zagadnieniami z tego obszaru, o jakich chcieli by Państwo przeczytać.



Praktyczne aspekty prowadzenia dietoterapii u pacjentów z PChN leczonych zachowawczo

Dr med. Paulina Borek-Trybała

dietetyk nefrologiczny, bariatryczny,
psychodietetyk
Samodzielny Zespół Dietetyków, UCK Gdańsk

Niniejsze opracowanie stanowi pierwszą część kompleksowego przeglądu trzech istotnych obszarów wsparcia żywieniowego pacjenta, skoncentrowanych na różnych etapach leczenia choroby nerek. Celem opracowań jest pomoc pacjentom w skutecznym wprowadzaniu zmian dietetycznych, które to przyczynią się do poprawy funkcji nerek. Mnie, jako autorce i dietetyczce pracującej w swoim zawodzie, zależy na aktualnych zaleceniach i kładę nacisk na praktyczne podejście do ich wprowadzania. Współczesna dietetyka nefrologiczna wymaga holistycznego spojrzenia, które nie tylko uwzględnia aspekty medyczne, ale także angażuje aktywnie pacjentów w proces leczenia. Przedstawione opracowanie, oparte na aktualnych badaniach i praktyce klinicznej, ma na celu być nie tylko źródłem wiedzy, ale również praktycznym narzędziem wspierającym w złożonym temacie żywienia nefrologicznego.

I. Wprowadzenie

Przewlekła choroba nerek (PChN) to poważne wyzwanie zarówno dla osób dotkniętych nią, jak i dla specjalistów. Stopniowe pogarszanie się funkcji nerek wymaga kompleksowego podejścia, gdzie kluczową rolę odgrywa dietetyk. Jego zadaniem nie jest tylko opracowanie spersonalizowanego planu żywieniowego, ale także edukacja pacjenta i regularne monitorowanie postępów terapeutycznych.

Dlaczego właściwe odżywianie jest tak ważne dla zdrowia twoich nerek?

- Po pierwsze modyfikacja żywienia i stylu życia w chorobie zależy od Ciebie masz na to bardzo duży wpływ.
- Po drugie to, co jesz, ma ogromny wpływ na funkcjonowanie twojego organizmu, zwłaszcza jeśli masz przewlekłą chorobę nerek może skutecznie poprawiać jakość Twojego życia i spowalniać postęp choroby.

Dlaczego zdrowe nerki są ważne?

Twoje nerki pełnią wiele istotnych funkcji w organizmie. Pomagają one usuwać toksyny i nadmiar płynów z krwi, regulować poziom elektrolitów, takich jak potas i fosfor, oraz produkcję hormonów, które kontrolują ciśnienie krwi i produkcję czerwonych krwinek. Gdy nerki są chore, mogą mieć trudności z wykonywaniem swoich zadań, co prowadzi do poważnych problemów zdrowotnych.

II. Diagnostyka i ocena stanu pacjenta

Skuteczna diagnostyka opiera się na bieżącej analizie wyników badań laboratoryjnych, które precyzyjnie oceniają funkcje nerek. Ważne aby pamiętać, że plan żywieniowy

dostosowuje się do aktualnych wyników i zmieniającej się sytuacji klinicznej.

Badania, na które należy zwrócić uwagę:

- Kreatynina i eGFR (szacowany wskaźnik filtracji kłębuszkowej)
- ACR (albumina/kreatynina w moczu)
- Potas, Fosfor
- Żelazo i ferrytyna
- nPNA (znormalizowany stosunek azotu białkowego) i albumina

III. Indywidualizacja diety w zależności od stadium PChN

W przypadku pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN) to kluczowy element skutecznej terapii. Jednym z istotnych aspektów jest odpowiednie zarządzanie spożyciem białka, uwzględniając stopień zaawansowania choroby.

Ogólne zalecenia dotyczące spożycia białka:

- Stadium G1-G3 (eGFR 30-90 ml/min/1,73m²): w tym stadium zaleca się umiarkowane spożycie białka, utrzymując je na poziomie **0.6-0.8 g/kg masy ciała dziennie + rozważyć ketoanalogi aminokwasów.**
- Stadium G4 (eGFR 15-29 ml/min/1,73m²): na tym etapie, ze względu na zaawansowanie choroby, zaleca się ograniczenie spożycia białka do **0.4-0.6 g/kg masy ciała dziennie + rozważyć ketoanalogi aminokwasów.**
- Stadium G5 (eGFR <15 ml/min/1,73m²): w zaawansowanej fazie choroby, kiedy funkcje nerek są znacznie upośledzone, zaleca się bardzo ograniczone spożycie białka na poziomie **0.3-0.4 g/kg masy ciała dziennie + jeśli możliwe, wprowadzić ketoanalogów aminokwasów.**

Ważne: Powyższe zalecenia, zwłaszcza ze znaczną redukcją białka muszą być konsultowane z prowadzącym nefrologiem, aby nie dopuścić do niedożywienia chorego. Najnowsze badania wskazują na lepsze tolerowanie i mniejsze obciążenia nerek przy spożywaniu białka roślinnego, wobec tego takie źródła białka jak fasola, groch, hummus czy soczewica mogą stanowić wartościowy dodatek do codziennej diety. Kontrola spożycia sodu, potasu i fosforu stanowi kluczowy element indywidualizacji diety dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN). Ograniczenie spożycia tych składników ma istotne znaczenie w utrzymaniu równowagi metabolicznej i zmniejszeniu obciążenia nerek.

IV. Sód, fosfor, potas, białko - podsumowanie

Stadium PChN	Sód	Potas	Fosfor	Białko
G1-G3 (eGFR 30-90 ml/min/1,73m ²):	2-2,5 g	3-3,5 g	800-1000 mg	0,6g-0,8 g

G4 (eGFR 15-29 ml/min/1,73m ²)	1,5-2 g	2-3 g	600-800 mg	0,4g-0,6g + KA
G5 (eGFR <15 ml/min/1,73m ²)	<1,5 g	2 g	<600/800 mg	0,3g-0,4 g do 0,6 +KA
	Obejmuje to unikanie soli kuchennej i świadome wybieranie produktów spożywczych o niskiej zawartości sodu. W tym stadium, w miarę postępu choroby, ograniczenie sodu powinno być jeszcze bardziej restrykcyjne.	Spożycie potasu powinno być dostosowane do poziomu laboratoryjnego. Wraz z postępowaniem choroby, konieczne jest bardziej rygorystyczne kontrolowanie spożycia potasu. Należy uwzględnić straty potasu zależne od podwójnego gotowania.	W miarę postępu choroby, ograniczenie fosforu jest bardziej restrykcyjne. Należy uwzględnić różnice we wchłanianiu fosforu w zależności od źródeł.	

1. Ilość i rodzaj białka

Jednym z istotnych kroków w leczeniu jest kontrolowanie ilości białka w zależności od stadium choroby. Warto podkreślić, że białko znajduje się nie tylko w produktach pochodzenia zwierzęcego - mięsie, nabiale czy rybach, ale także w produktach roślinnych takich jak: rośliny strączkowe, orzechy, nasiona, zboża. Nie oznacza to jednak, że wymienione produkty trzeba wyeliminować, nadal można je spożywać uwzględniając zalecane porcje. Stosunkowo niedawno dużą popularność w Polsce zyskały diety roślinne. W efekcie czego na rynku pojawiło się wiele wegańskich odpowiedników produktów takich jak: mleko, sery czy wędliny. Z uwagi na obniżoną zawartość białka, zbliżoną kaloryczność i smak przypominający produkty tradycyjne mogą one stanowić cenne uzupełnienie diety pacjenta. Wadą tych produktów może być wyższa cena oraz to, że niektóre z nich są bardzo bogatym źródłem sodu. Porównanie produktów niskobiałkowych oraz roślinnych z tradycyjnymi zawiera poniższa tabela. Proszę zrobić pionowe kreski w tabelce interlinie mają być pojedyncze

Porównanie ilości białka w produktach wegańskich i niskobiałkowych oraz tradycyjnych. (opracowanie własne)

Produkt niskobiałkowy/ roślinny	Białko na 100 g	Białko na 100 g	Produkt konwencjonalny
Makron niskobiałkowy	<0,3 g	15,2 g	Makron pełnoziarnisty
Chleb	0,9 g	8,3 g	Chleb graham
Napój owsiany	< 0,5 g	3,4 g	Mleko krowie 1,5%
Plastry wegańskie	4,2 g	19,9 g	Półdewica sopocka

Poniżej znajduje się przykładowy dzienny jadłospis z ilością białka 0,6g na kg masy ciała dla pacjenta o masie 70kg.

I Tosty z mozzarella rzodkiewką + sok (561kcal, B 7,6g)

- 120g Chleb nieskobiałkowy (6 kromek)
- 20g Mozzarella (3 cienkie plastry)
- 12g Oliwa (1 łyżka)
- 5g Rzodkiewka (1 -2 szt)
- 125g Sok wiśniowy + woda 125ml łącznie -1 szklanka

Chleb skropić oliwą, upiec na patelni z dodatkiem sera.

II Jogurt z wiśniami + kanapka z szynką drobiową (442kcal, B 14g)

- 150g Jogurt grecki 7,5% (1/2 szklanki)
- 150g Wiśnie, mrożone (1 szklanka)
- 80g Chleb pszenno-żytni (2 kromki)
- 5g Masło (1 łyżeczka)
- 20g Szynka z kurczaka (2 plasterki)

III Krupnik na udku z kurczaka (651kcal, B 18,4g)

- 250g Włoszczyzna (seler, marchew, pietruszka, por) podwójne gotowanie
 - 50g Udko z kurczaka mięso bez skórki - trybowane (1 małe udko)
 - 30g Kasza krakowska, gryczana niepalona (1/3 woreczka po ugotowaniu)
 - 50g Śmietana, 18% (2 pełne łyżki)
 - 5g Mąka pszenna (1 łyżeczka)
 - 22g Olej rzepakowy (2 łyżki)
 - 200g Ziemniaki (2-3 szt)
 - Pieprz, natka pietruszki, koperek
- Warzywa ugotować podwójnie, następnie dodać podsmażone mięso, kaszę i ziemniaki (wcześniej podwójnie obgotowane), całość zabielić mąką ze śmietaną.

IV Jabłko pieczone z syropem klonowym i orzechami + wafle (308kcal, B 6g)

- 250g Jabłko (1 duża szt lub 2 mniejsze)
- 50g Wafle ryżowe (4-5 szt)
- 30g Orzechy nerkowca (2 łyżki)
- 40g Syrop klonowy (2 pełne łyżki)

+ Przekąska: Wafle ryżowe (105kcal, B 2,1g) 30g Wafle ryżowe (3 szt)

Wskazówka 1

Ograniczenie białka może jednak skutkować zwiększeniem spożycia węglowodanów lub tłuszczu. Dla osób z dodatkowym ryzykiem cukrzycy, może być korzystne zwiększenie ilości zdrowych tłuszczów w diecie (oleje roślinne, orzechy, awokado, pestki i nasiona, a także dobrej jakości margaryny ze sterolami roślinnymi).

Wskazówka 2

W sytuacji, gdy ograniczenie spożycia białka może prowadzić

do niedoborów odżywczych, rozważa się wprowadzenie ketoanalogów aminokwasów. Ketoanalogi mogą być włączone, zwłaszcza w stadium zaawansowanym (3-5) PChN, aby zminimalizować ryzyko utraty masy mięśniowej przy jednoczesnym utrzymaniu niskiego obciążenia nerek. Przed zastosowaniem takiego leczenia zawsze wskazana jest konsultacja z nefrologiem i indywidualna ocena sytuacji pacjenta.

2. Kontrola spożycia soli, potasu i fosforu

To również bardzo ważne...ale pamiętaj, że ograniczenie fosforu czy potasu dotyczą tych osób, u których lekarz stwierdził zawyżone poziomy w badaniach!

Wskazówka 1

Ale jedna rzecz jest super ważna i zawsze pomocna. To unikanie produktów przetworzonych, takich, w których dodatkami są fosforany, bowiem fosfor w formie nieorganicznej wchłania się w niemal w 90%. Dodatkowo, te produkty, to zwykle przetworzone wędliny, które dodatkowo są źródłem sodu i nadmiaru białka.

Wskazówka 2

Jeśli zajdzie potrzeba zmniejszenie ilości potasu w Twojej diecie na początek zastosuj podwójne gotowanie. Polega to na gotowaniu składników (ziemniaków, warzyw korzeniowych, suchych nasion roślin strączkowych) w wodzie, a następnie odlaniu tej wody. Dzięki temu możemy zmniejszyć zawartość potasu i częściowo fosforu w naszych posiłkach.

3. Unikaj soli

Dodatkowo, warto od samego początku stopniowo ograniczać spożycie soli i przyzwyczaić swoje kubki smakowe do dań bez nadmiernego dodatku soli. Pierwszym krokiem może być unikanie solenia potraw na talerzu. Kolejnym krokiem, czytanie etykiet produktów spożywczych, aby świadomie wybierać te, które zawierają mniej soli. Następnie stopniowe ograniczanie soli podczas gotowania posiłków.

4. Zasada 4/12

Kolejną wskazówką jest regularne spożywanie czterech posiłków dziennie w ciągu 12h i unikanie podjadania między nimi. Bardzo dobrze, jeśli możesz przeznaczyć 12 godzin na jedzenie i 12 godzin na post. Oczywiście, nie pomijaj w tym czasie przyjmowania płynów! Taki rytm wpłynie pozytywnie na Twoje samopoczucie oraz pomoże w utrzymaniu prawidłowej masy ciała.

5. Ruch, ruch, ruch...

Ostatnią wskazówką dotyczy aktywności fizycznej. Regularne ćwiczenia są jak darmowy lek, który przepisuję wszystkim swoim podopiecznym. Może to być tani spacer, pływanie, siłownia, lub nawet intensywne sprzątanie czy prace ogródkowe - ważne jest, aby wykonywać aktywność przez co najmniej 30 minut każdego dnia.

Oto pięć korzyści dla Ciebie płynących z dietoterapii w okresie leczenia zachowawczego przewlekłej choroby nerek:

1. Kontrola ciśnienia krwi
Odpowiednio zbilansowana dieta może pomóc w regulacji ciśnienia krwi, co jest kluczowe dla utrzymania zdrowia nerek oraz zapobiegania powikłaniom sercowo-naczyniowym.
2. Ochrona nerek
Specjalnie dostosowana dieta może pomóc w zmniejszeniu obciążenia nerek poprzez ograniczenie spożycia substancji, które mogą przyczynić się do ich dalszego uszkodzenia.
3. Kontrola poziomu elektrolitów
Poprzez odpowiednie dostosowanie spożycia sodu, potasu i fosforu, dieta może pomóc w utrzymaniu równowagi elektrolitowej.
4. Poprawa stanu odżywienia
Odpowiednio zbilansowana dieta może zapewnić niezbędne składniki odżywcze, które mogą być trudniejsze do przyswojenia w przypadku przewlekłej choroby nerek, co pomaga w utrzymaniu odpowiedniej masy ciała i stanu zdrowia.
5. Zmniejszenie objawów towarzyszących
Poprzez eliminację lub ograniczenie spożycia niektórych substancji, takich jak nadmiar białka, sodu czy fosforu, dieta może pomóc w zmniejszeniu nieprzyjemnych objawów towarzyszących przewlekłej chorobie nerek, takich jak zmęczenie, nudności czy pogorszenie apetytu.



Pacjenci Pacjentom Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki: działalność, plany na przyszłość i zaproszenie do współdziałania



Prof. dr hab. Rajmund Michalski
Prezes OSMN



Dorota Ligęza
Wiceprezes OSMN

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki (OSMN) powstało w miejsce Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych (OSOD), którego działalność znamy od 2004 roku. Pierwszy raz w 2022 roku w 43 numerze czasopisma „Dializa i Ty” podaliśmy informację o zmianie nazwy, jak też o nowym prezie. Strona internetowa (www.moje-nerki.pl) naszego Stowarzyszenia jest często odwiedzana przez pacjentów, czy też liczne wpisy na facebooku świadczą o potrzebie takiej działalności. Ale nie wszyscy chorzy lubią takie źródła informacji, natomiast wolą je przeczytać. Stąd postanowiliśmy w tym artykule zaznajomić tę część pacjentów z naszą działalnością.

Podstawowym celem naszej aktywności jest pomoc pacjentom, między innymi poprzez edukację. Aby skutecznie funkcjonować i realnie pomagać pacjentom oraz rozwiązywać ich problemy współpracujemy z lekarzami, władzami wykonawczymi, jak i firmami działającymi w obszarze nefrologii oraz uczestniczymy w konferencjach. Stowarzyszenie w 2023 roku brało udział w XXVII Konferencji Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego (PTN) w Szczecinie i w XVI Kongresie Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego w Gdńsku, na którym odbyła się sesja pt. „Działalność OSMN w roku 2023 – czyli, co można poprawić z punktu widzenia pacjenta nefrologicznego”.

W trosce o poprawę jakości opieki zdrowotnej pacjentów z chorobami nerek skutecznie walczymy o większą dostępność do leczenia między innymi ketoanalogami, flozynami czy lekami zapobiegającymi anemii. 27 października 2023 odbyła się w Warszawie Konferencja „NEFRO 2023 – Razem dla nerek” podczas której został udostępniony apel OSMN w sprawie uproszczenia kryteriów i tym samym poszerzenie dostępu do programu leczenia ketoanalogami. Udało się i od tego roku lek ten jest dostępny dla znacznie szerszej grupy pacjentów!!! Ponadto apelujemy do decydentów i prowadzimy usilne rozmowy o pilne wprowadzenie sprawnej i szybszej ścieżki badań diagnostycznych, przygotowujących chorych do przeszczepu nerki, która umożliwi skrócenie czasu oczekiwania.

W ramach edukacji szczególną uwagę zwracamy pacjentom na regularne wizyty u lekarza i wykonywanie badań: krwi, moczu i pomiaru ciśnienia krwi co najmniej raz na dwa lata, a co roku u osób z grup ryzyka. Mówimy o ważnej roli diety w chorobach nerek, o szybkim i kierunkowym leczeniu infekcji dróg moczowych oraz o dobrej kontroli cukrzycy, o roli utrzymania prawidłowego poziomu cholesterolu, prawidłowej masy ciała i picia odpowiedniej ilości płynów. Nawołujemy do unikaniu przyjmowania dużej ilości, często



Biegniemy dla Bogusi w Gdańsku



Przedstawicielki OSMN z lekarzami na XXVII Konferencji PTN w Szczecinie



Umowa PTN – OSMN podpisana w Szczecinie



Uczestnicy sesji OSMN w Gdańsku



Biegniemy z DaVita dla OSMN w Szczecinie

zbędnych leków, palenia nikotyny i stosowania wszelkich używek, np. dopalaczy czy płynów wysokoenergetycznych. W ramach edukacji pacjentów i ich opiekunów, a także osób z grupy ryzyka zorganizowaliśmy w ubiegłym roku kilka webinarów, które cieszyły się dużym zainteresowaniem i wciąż są dostępne na naszej stronie OSMN. Były to między innymi: webinar na temat: „Dializa otrzewnowa i hemodializa – dieta, leki, suplementacja”; „Leczenie immunosupresyjne w chorobach nerek – powikłania i jak im zapobiegać” oraz „Cukrzycowa choroba nerek”. Jednym z ważnych celów działalności OSMN jest wspieranie pacjentów z Przewlekłą Chorobą Nerek (PChN) oraz ich bliskich. Staramy się pomagać 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. Osoby, którym staramy się pomóc można umownie podzielić na trzy zasadnicze grupy.

Pierwsza grupa to osoby zdrowe oraz osoby zapadające na różne choroby nerek na wczesnych ich etapach, zazwyczaj będące pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej, a w okresie bardziej zaawansowanej choroby pacjentami poradni nefrologicznych. Staramy się o to, aby pacjenci na swojej indywidualnej ścieżce leczenia nie byli skazani na przypadek czy preferencje lekarza, ale poznali

wszystkie możliwości leczenia przed i w trakcie dializ oraz po przeszczepieniu nerki. Chodzi przede wszystkim o odpowiedni do stanu zdrowia tryb życia, który może opóźnić o wiele lat konieczność leczenia nerkozastępczego. Wiemy, że przewlekła choroba nerek (PChN) dotyka w Polsce aż 4,7 mln dorosłych osób, a co roku umiera w naszym kraju z powodu różnych chorób nerek prawie 100 000 osób!!!!

Do drugiej grupy należą osoby już dializowane, których w Polsce jest ponad 21 000. To oni są najbardziej „potrzebujący”, ich bezpośrednio dotyka pogarszająca się jakość usług związana z niskim refinansowaniem dializoterapii, czy ryzyko zamykania stacji dializ. Dane pokazują, że w naszym kraju leczenie dializami rozpoczyna rocznie około 6 tysięcy osób, czyli dziennie 16 osób.

Ostatnia grupa pacjentów, to osoby po przeszczepieniu narządu. Wydawać by się mogło, że to szczęśliwcy, którzy wszystkie problemy mają już za sobą. Do tej grupy od kilkunastu już lat należę też ja i Dorota, v-ce prezes OSMN. Bierzymy leki immunosupresyjne, które powodują, że jesteśmy bardziej niż ludzie zdrowi narażeni na różnego rodzaju infekcje. Podkreślamy, że to wielki dar życia, ale pamiętamy, że nie dostajemy „nowej nerki”, lecz zazwyczaj nerkę od kogoś kto miał już swoje lata i „historię”.

Drugą naszą wielką nadzieją są floczyny, znane i stosowane od wielu już lat w leczeniu chorych kardiologicznie i cukrzyków. Chorzy nefrologicznie często mają takie właśnie choroby współistniejące. Zastosowanie leków z tej grupy odracza czas do dializoterapii nawet o 7 lat. To przełom, na który zarówno lekarze, jak i pacjenci czekali od 20 lat. Poszerza się także liczba dostępnych floczyn pochodzących od różnych producentów, co nas bardzo cieszy. Dotychczasowa refundacja jednej z floczyn została przerwana jesienią 2023 roku, ale bardzo zabiegaliśmy wraz z innymi stowarzyszeniami o jej powrót. Stało się to od stycznia tego roku, za co szczególne podziękowania należą się Panu ministrowi Maciejowi Miłkowskiemu.

Dużo uwagi poświęcamy bliskim kontaktom z pacjentami i ich opiekunami. Pandemia wiele zmieniła, zabrakło wtedy możliwości spotkań i bezpośredniej rozmowy, co jest konieczne potrzebne każdemu z nas, a szczególnie osobom chorym. Świat wirtualny tego nie zastąpi. Po kilku latach

przerwy zorganizowaliśmy dla naszych pacjentów wycieczkę po Krakowie. Przyjechały tu osoby z całej Polski. Zobaczyliśmy wielką radość z bycia razem i możliwość bezpośredniego dzielenia się swoimi problemami i doświadczeniami. To rzecz bezcenna, której świat wirtualny nie zastąpi.

Postanowiliśmy pamiętać i świętować ważne daty dla naszych Pacjentów. Z inicjatywy Doroty Ligęzy w 2021 roku ustanowiony został Ogólnopolski Dzień Osób Dializowanych. To święto po raz trzeci odchodziliśmy w ubiegłym roku 8 listopada w Warszawie, a szczegóły są na naszej stronie. Tradycją stały się już w pierwszy dzień wiosny w Krakowie na Kopcu Kościuszki spotkania z młodzieżą, pacjentami i wszystkimi, którym choroby nerek nie są obojętne. Spotkaniom, oprócz edukacji towarzyszą stanowiska medyczne, proponujące wstępne badania. Dzięki takim akcjom w minionym roku kilkanaście osób dowiedziało się, że powinni udać się do nefrologa.

Współpracujemy z wieloma stowarzyszeniami, fundacjami i firmami. Należy do nich między innymi fundacja Witting Trust, z którą współdziałanie rozpoczęło jeszcze OSOD. Fundacja Witting Trust sponsoruje bony podarunkowe dla dzieci chorych na nerki. Stowarzyszenie Moje Nerki pośredniczy w zakupach nie pobierając z tego tytułu żadnych opłat. Dzięki naszej obecności w organizacji European Kidney Patients' Federation (EKPF) oraz we współpracy z dr Jackiem Rubikiem z Instytutu Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka mieliśmy możliwość wysłania piątki młodych osób w wieku 12-16 lat w lipcu 2023 roku do Madrytu na obóz integracyjny. Współpracujemy ze Stowarzyszeniem Manko, wydającym między innymi „Głos Seniora”, które z naszym aktywnym udziałem zorganizowało Międzynarodowe Senioralia w Krakowie. Podczas nich, uczestnicy mieli możliwość skorzystania z bezpłatnych badań i porad oraz konsultacji medycznych, także na naszym stoisku. Pomaga w tym Hutnicza Fundacja Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej w Krakowie, która współpracuje z nami i współfinansuje co roku badanie przesiewowe nerek z okazji Światowego Dnia Nerek.

Do ważnych wyzwań i zadań na przyszłość z punktu widzenia pacjentów ma kluczowe znaczenie dostęp do lekarza, leków, terapii, a w przypadku osób dializowanych położenie stacji dializ w pobliżu ich miejsca zamieszkania. Obawiamy się, że

utrzymywanie stawki za leczenie dializami na jej aktualnym poziomie może doprowadzić w krótkiej perspektywie do zamykania stacji, szczególnie w mniejszych miejscowościach oraz obniżania jakości usług w stacjach działających. W celu sprawnego i efektywnego leczenia pacjentów z chorobami nerek konieczne jest wprowadzenie opieki koordynowanej, która ma na celu poprawę zdrowia pacjenta i komfortu jego życia, optymalizowanie kosztów takiej opieki oraz jej wyższą jakość. Kolejnym problemem, który staramy się poruszać przy różnych okazjach, to czas trwania i dostęp do badań przed przeszczepieniem nerki, który w obecnym systemie trwa nawet 15 miesięcy. W tym okresie część badań zrobionych na początku procesu przedawnia się i cały proces się zapętla, a biorca traci status oczekującego na przeszczepienie. W tym zakresie miniony rok przyniósł wiele zmian i nadzieję dla zainteresowanych.

W imieniu swoim, jak i całego Zarządu OSMN dziękujemy Wam drodzy PACJENCI za to, że jesteście z nami, za wszelką pomoc, sugestie i aktywność, szczególnie w ramach grupy wsparcia „Kocham Swoje Nerki” prowadzonej na Facebooku przez Dorotę Ligęzę. Liczymy na Was, tak jak Wy liczycie na nas – postaramy się także w tym roku zrobić wszystko co w naszej mocy, aby życie z chorobą było dobre, a radość z niego przysłała trudności, o których doskonale wiemy. Jesteśmy świadomi, że nie rozwiążemy wszystkich problemów z jakimi borykają się pacjenci nefrologiczni. Poświęcamy na to swój prywatny czas, a jak mówi stare przysłowie „Czas to pieniądź”. Kierując się tą maksymą, mogę napisać, że wydaliśmy już bardzo dużo naszych „pieniędzy”, ale to nasza misja, wybór i zadowolenie, że możemy pomagać innym.

Cieszymy się z tego co już udało nam się zrobić, ale bez Waszego wsparcia nie rozwinie my skrzydeł. W nazwie mamy Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki i aby funkcjonować w tej skali, a o to nam chodzi, musimy mieć więcej wolontariuszy z całej Polski wspierających nas na co dzień, jak też reprezentujących w różnych wydarzeniach.

Czy jesteś zdrowy, chorujesz na nerki, czy jesteś dializowany lub po przeszczepieniu nerki – czekamy na Ciebie w naszym Stowarzyszeniu. Razem można zrobić więcej, pomagając chorym w zbliżeniu ich życia do normalnego, by mogli jak najdłużej cieszyć się każdą jego chwilą.



Senioralia w Krakowie



Stoisko OSMN na Senioraliach w Krakowie



Jesteśmy dla Was Pacjenci – (od lewej) Iwona i Rajmund Michalscy oraz Dorota Ligęza

Jesteś moim życiem



Joanna La Rosa z mężem
Pacjentka z Wrocławia

Jesteś moim życiem. Jak wiele razy wypowiedziane i zasłyszane są te słowa. Dla mnie od teraz mają szczególnie wyjątkowy wydźwięk. Są dosłowne. Gdyby nie poświęcenie mojego męża, moje życie byłoby inne: zależne od obcych mi ludzi, od dializ i czekania na telefon, pełne smutku i niepewności.

Kiedyś miałam w portfelu oświadczenie woli, że po mojej śmierci wyrażam zgodę na przekazanie organów. Nie sądziłam, że mogę znaleźć się po drugiej stronie. Moja historia życia z chorobą nerek zaczyna się, gdy miałam 25 lat. Biopsja nerki i diagnoza: nefropatia IgA, brak skutecznego leczenia, dializy, przeszczep. Cięża była również zakazana przez lekarzy nefrologów, gdyż mogłaby się skończyć śmiercią dziecka lub pogorszeniem mojego stanu zdrowia. Dla młodej dziewczyny taka diagnoza to jak koniec świata. Rozpoczęły się badania kontrolne w Przychodni Nefrologicznej. Okres ten nie trwał długo, raptem 6 lat, niełatwych 6 lat. Wiedziałam, że jestem chora, wiedziałam, co przede mną i to mnie martwiło. Nie potrafiłam cieszyć się życiem i tym co mam, gdyż wiedziałam, że czeka mnie bardzo trudny i bolesny czas, a czułam, że się zbliża.

Gdy w styczniu 2020 r. kreatynina wyniosła 1,9, a w lutym została zrobiona kolejna biopsja nerki i okazało się, że niestety funkcja nerek była znikoma, zrozumiałam, że ten czas nadszedł. Po takiej diagnozie decyzja lekarzy była jedna: przygotowywanie do przeszczepu wyprzedzającego - dawcą nerki miał być członek rodziny.

W marcu miałam wrócić na badania kwalifikacyjne do przeszczepu, niestety zapanował COVID-19, a wraz z nim przyjęcia na oddział nefrologiczny zostały wstrzymane. W tym czasie pojawiałam się tylko na badaniach, by sprawdzić aktualny stan zdrowia. Zaczął się czas niepewności, irytacji i oczekiwania, aż przyjęcia zostaną wznowione. Nasuwały się kolejne pytania: co dalej?

"I wtedy przyszedł maj" - jak w słowach piosenki Varius Manx, był dla mnie nadzieją na lepsze wiadomości. W maju rozpoczęłam badania kwalifikujące do przeszczepu oraz musiałam podjąć decyzję odnośnie sposobu dializ, a także wskazać członków rodziny jako potencjalnych dawców. W dniu przyjęcia lekarz dokładnie przedstawił

mi plusy i minusy hemodializ i dializy otrzewnowej, ale decyzja należała już tylko do mnie. W trakcie pobytu na oddziale nefrologii miałam również spotkanie z pielęgniarką nefrologiczną w Stacji Dializ CADO (Dializy Otrzewnowej). Zostałam dokładnie zapoznana z taką formą dializy. Do ostatecznego wyboru dializy otrzewnowej przekonało mnie: że robię ją sama w domu, że jest bezbolesna, że jest bardziej zbliżona do funkcjonowania swoich nerek oraz że cewnik Tenckhoffa jest wyjmowany po przeszczepie. Później, gdy dowiedziałam się, że nie każdy pacjent ma możliwość wyboru formy dializy uznałam, że powinnam się cieszyć i docenić, że ja taki wybór mam. W trakcie pobytu miałam wykonanych większość badań kwalifikujących do przeszczepu. Lekarze zdecydowali, że pierwszą osobą do kwalifikacji będzie mój mąż. Po wyjściu ze szpitala kontynuowałam badania w możliwie jak najszybszych terminach. U ginekologa natrafiłam na małe przeciwności i czekał mnie zabieg. Pozostałe badania były wszystkie w porządku. 1 lipca byłam przyjęta na oddział chirurgii małoinwazyjnej na wszczepienie cewnika Tenckhoffa. Wydawało mi się to wcześnie, ale z drugiej strony poczułam na chwilę wewnętrzny spokój, że nic złego mi się nie przydarzy. Pod koniec lipca odbył się zabieg ginekologiczny, w sierpniu otrzymałam wynik histopatologiczny: nie było przeciwwskazań do przeszczepu. We wrześniu zrobiono mi badanie PRA, a na początku października zostałam wpisana na listę oczekujących na przeszczep. Jednocześnie trwały badania mojego męża. Wpierw próba krzyżowa - najważniejsze badanie kwalifikujące i największy stres. Wynik negatywny. Wzruszenie ogromne, że mogę mieć nerkę właśnie osoby, którą kocham najbardziej. Każde kolejne badanie było niepewnością, a każdy dobry wynik był krokiem zbliżającym mnie do przeszczepu, ale nie potrafiłam się jeszcze cieszyć. Dopiero jak zapadła ostateczna decyzja, że mój mąż będzie dawcą, spowodowała wzruszenie i radość, ale niepewność nadal została, bo pandemia trwała.

Data 26.10.2020 r. oznaczała dzień przeszczepu. Był to bardzo radosny moment. Wraz z tym dniem miało poprawić się nasze życie. Miał wrócić spokój, szczęście, plany życiowe, siły witalne i psychiczne. Bardzo czekaliśmy na ten moment. Niestety COVID-19 dotknął medyków i pacjentów szpitala, a my musieliśmy poczekać. Kolejne "okienko" z terminem na przeszczep pojawiło się w połowie listopada i niestety również z powodu pandemii przeszczep się nie odbył. W tamtym momencie nie wymagałam jeszcze dializ, ale kreśliło się pytanie jak długo wytrzymam i jak długo trzeba będzie jeszcze czekać. Było tak dużo niewiadomych. Podczas kolejnej kontroli nefrolog poinformował mnie, że pod koniec grudnia rozpocznę dializy. W domu wybuchnęłam płaczem, gdyż oznaczało to kolejny etap choroby. Cały

grudzień był dla mnie bardzo ciężkim miesiącem. Czułam się bardzo zmęczona, straciłam apetyt, przespiałam całe noce i większą część dni. Święta Bożego Narodzenia zapowiadały się bez rodziny z obawy przed zakażeniem wirusem, co tylko potęgowało stany depresyjne. W tym czasie zmieniłam się z osoby o pozytywnym nastawieniu do życia na osobę posępną i zrezygnowaną. Chciałam, żeby 2020 rok zakończył się jak najszybciej i rozpoczął nowy – 2021 - lepszy. S

W dniu 04.01.2021r. zaczęłam dializy otrzewnowe, ostatecznie okazały się nie takie straszne, bo poczułam się w końcu lepiej. Tego samego dnia otrzymałam telefon od Pani koordynator od przeszczepów z krótką informacją: 18 albo 25 styczeń. Od razu wybrałam pierwszy termin jako termin przeszczepu. Mieliśmy się zgłosić na oddział 5 dni wcześniej, więc to było jakby już. Codziennie dializowałam się w domu, będąc pod opieką Stacji Dializ CADO. Dzień przed przyjęciem na oddział uzyskaliśmy negatywny wynik testu na COVID-19, więc zgodnie z planem stawiliśmy się do szpitala. Dostaliśmy salę tylko dla nas. Oboje mieliśmy robione badania, a mój rytm dnia był „wzbogacony” o 4 wymiany płynów dializacyjnych. Czas na oddziale mijał bardzo szybko, a my mimo wszystko staraliśmy się zachować spokój i optymizm. 17 stycznia zostaliśmy już rozdzieleni. Mąż został przewieziony na oddział urologiczny, a ja na oddział chirurgii naczyniowej i transplantacyjnej. Spotkaliśmy się późnym wieczorem na mojej przedostatniej dializie. Długo rozmawialiśmy, wspieraliśmy się i z ogromnym trudem rozstaliśmy się.

18 stycznia około godziny 8-ej rano otrzymałam od męża smsa, że to już. Pojechał. Trzymałam za niego kciuki i czekałam na moją kolej. Po około dwóch godzinach też pojechałam. W trakcie przygotowań do operacji powiedziano mi, że z mężem wszystko dobrze i że zaraz

się zobaczymy. Był to dla mnie niezwykle wzruszający moment. Rzeczywiście zawieźli mnie na salę wybudzeń, widziałam go, dotknęłam, powiedziałam mu, że wszystko jest dobrze. Chciałam się rozplakać, ale obiecaliśmy sobie, że płakać nie będziemy. Mimo wszystko byłam spokojna, wiedziałam, że mogę się oddać w opiekę lekarzy specjalistów i zasnąć, a jak się obudzę, to będzie już po wszystkim. I tak też było. Kolejnego dnia zobaczyłam się z mężem. Był taki szczęśliwy, a ja jeszcze nie do końca świadoma tego co się stało. Mąż wrócił do domu już po dwóch dniach. Obolały, ale zdrowy i na własnych nogach. Miałam robione badania, podawane leki i kroplówki. Na drugi dzień po operacji zostałam pionizowana, a leki przeciwbólowe nie były już potrzebne. Bardzo szybko dochodziłam do siebie. Kreatynina spadała, a w dniu wypisu wynosiła 0,95. Do domu wyszłam po sześciu dniach od operacji robiąc całą rodzinie niespodziankę. Mijały kolejne dni, a ja czułam się coraz lepiej, wrócił uśmiech, plany: te bliskie i dalekie oraz spokój, na który tak czekałam. Czułam ogromną wdzięczność do męża, lekarzy, pielęgniarek, którzy mi pomogli.

Podsumowując, 2020 rok nauczył mnie cierpliwości i tego, żeby nie tracić nadziei. Poznałam wspaniałych lekarzy i pielęgniarki: profesjonalnych, zdolnych, empatycznych, serdecznych, z sercem na dłoni do drugiego człowieka. Dziękując się moimi przeżyciami jednocześnie chcę podziękować za wszystko to co dla mnie zrobili.

Historia przedstawia jak dar mojego męża dał mi szansę na lepsze życie. Jest to najpiękniejszy podarunek jaki mogłam sobie wymarzyć. Ani złoto, ani diamenty nie dałyby mi tyle szczęścia. A on czuje się spełniony i zrealizowany w swoim życiu, że dokonał słusznej decyzji.

Hemodializa czy dializa otrzewnowa



Bolesław Lenczewski
Pacjent z Gdańska

Właśnie przed takim wręcz „hamletowskim” dylematem stanąłem w 2011 roku, kiedy to moje wyniki nerkowe jasno wykazały, iż konieczne jest leczenie nerkozastępcze. Wiedziałem mniej więcej, co to jest hemodializa, ale o dializie otrzewnowej nie miałem zielonego pojęcia.

Na szczęście znajoma moich przyjaciół, lekarz-nefrolog,

szybko zorientowała mnie jak takie dializy otrzewnowe przebiegają no i „wpadłem” w kolejny dylemat: czy ręczne dializy otrzewnowe (CADO – ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa) czy z użyciem cyklera (ADO – automatyczna dializa otrzewnowa). Ten z kolei dylemat pomogli mi rozwiązać w gdańskim ośrodku, o czym piszę poniżej.

Cykler daje poczucie wolności za dnia, pracuje podczas snu pacjenta, ale jednak przez 8-9 godzin w nocy człowiek jest przywiązany rurkami do maszyny, a cykler „mrucząc” pracowicie wpompowuje i wypompowuje dializat. To na pewno dobre rozwiązanie dla pracujących oraz uczących się i niemogących wykonać dializy w czasie dnia w miejscu pracy, w szkole lub nie mogących „wyskoczyć” w tej sprawie do domu (jeśli jest w pobliżu). Dodatkowo, jak dla mnie,

w kontekście częstego i samodzielnego podróżowania, cykler gabarytowo i wagowo to dość ciężka walizka.

W przeciwieństwie do cyklera, worki z płynem dializacyjnym do wymian CADO to 2 litry płynu, które stosuje się 4 – 5 razy dziennie, a sama dializa (wymiana płynu) tym sposobem trwa około 20-30 minut. W razie chęci wyjazdu poza dom, można zabrać ze sobą do auta worki, podgrzewacz, a także resztę „utensyliów” i pojechać np. do rodziny na wieś albo na wycieczkę do innego miasta. Jedyny warunek, to w docelowym gościnnym miejscu musi być przygotowane czyste pomieszczenie.

Wypróbowałem, że spokojnie można wyjechać na około 7 dni planując trasę i pobyty pod kątem dializ i pojemności bagażnika, bo 7 dni wożowania to 7-8 kartonów, które zajmują sporo miejsca.

Dłuższe pobyty też są możliwe, bo dostawcy sprzętu do dializy otrzewnowej oferują dostarczenie ich pod wskazany adres krajowy lub nawet, po wcześniejszych uzgodnieniach, zagraniczny.

Właśnie ze względu na tę mobilność i niezależność, wybrałem ręczne dializowanie otrzewnowe zwłaszcza, iż po zawale w 2010 roku, byłem już na rencie i nie mogłem pracować.

W gdańskim UCK laparoskopowo „zainstalowano” mi cewnik, a dwa tygodnie później, zostałem przeszkolony w procedurach CADO, czyli właśnie w wymianach ręcznych. Nie mogę tu nie wspomnieć, iż zlokalizowany w gdańskim UCK, Ośrodek Dializy Otrzewnowej Kliniki Nefrologii Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, do którego trafiłem pod opiekę, to taki mój „szpital w Leśnej Górze”, gdzie pod kierownictwem prof. Moniki Lichodziejewskiej-Niemierko już 13 lat (minie w lipcu br.) dbali i dbają o mnie dr Dorota Bielińska-Ogrodnik i dr Piotr Jagodziński, a także panie pielęgniarki Ewa Malek i Grażyna Szyszka... Dzięki nim stałem się „nestorem” czyli najdłużej ręcznie dializowanym otrzewnowo pacjentem w gdańskim UCK.

Nie zapominam także o mojej żonie Alicji oraz o córkach Annie i Oli, które we trzy dzielnie wspierają swojego męża i tatę. Dzięki temu wsparciu, szara codzienność „dializowa” może być bardziej urozmaicona zwłaszcza, gdy tatę jego dziewczyny ogrywają w kości, Scrabble czy Rummy. To właśnie dzięki mojej rodzinie i dobremu wyborowi terapii domowej, mogę cieszyć się aktywnościami w domu wśród bliskich mi osób, podróżowaniem, jednocześnie prowadząc leczenie niewydolnych nerek. Takich dobrych wyborów życzę wszystkim czytającym ten tekst.

WYDARZENIA

ŚWIATOWY DZIEŃ NEREK 2024 świętujemy długo oczekiwany przełom w nefrologii



**Prof. dr hab. n. med.
Ryszard Gellert**

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii
Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia
Podyplomowego w Warszawie

Światowy Dzień Nerek jest obchodzony na całym świecie w każdy drugi czwartek marca już od roku 2006 – w tym roku obchodzimy je więc po raz dziewiętnasty. To wspólne święto wszystkich nefrologów i wszystkich pacjentów z chorobami nerek zainicjowały dwie organizacje - Międzynarodowe Towarzystwo Nefrologiczne (ISN - International Society of Nephrology) i Międzynarodowa Federacja Fundacji Nefrologicznych (IFKF). Obie te organizacje nadal patronują obchodom tego święta, choć od kilku lat obchody organizuje wyspecjalizowana agencja IFKF – WKA (International Federation of Kidney Foundations – World Kidney Alliance).

Misją tej organizacji jest „zdrowie nerek dla wszystkich” (ang. Kidney Health for all).

W Polsce obchodzimy Światowy Dzień Nerek od samego początku. Z tej okazji na całym świecie organizowane są bardzo różne wydarzenia – prelekcje, badanie stężenia kreatyniny w surowicy, wykrywanie białka w moczu, czy pomiary ciśnienia tętniczego krwi. Odbývają się też spotkania, prelekcje, wizyty środowisk pacjenckich w urzędach publicznych, wyścigi, biegi, marsze, spotkania z władzami i organizacjami wspierającymi pacjentów. Szczególnym wydarzeniem wieńczącym obchody Światowego Dnia Nerek w Polsce jest konferencja naukowo - szkoleniowa organizowana pod patronatem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego przez Krajową Fundację Nefrologiczną oraz Stowarzyszenie Nefrologia Polska. W tym roku obchody święta poświęcone są wyrównywaniu dostępu do leczenia nerek i leczenia nerkozastępczego.

Przewlekła choroba nerek, jest najczęstszym schorzeniem tego narządu na całym świecie. W Polsce choruje na nią 4,7 miliona dorosłych, a liczba ta stale rośnie – co roku o około 100 000 osób. Choroba ujawnia się zwykle po czterdziestym roku życia, a zatem można przyjąć, że co trzeci dorosły w tym wieku ma chore nerki. Zwykle jest to jednak choroba wtórna do cukrzycy, chorób układu sercowo - naczyniowego, a także przewodu pokarmowego. Glomerulopatie pierwotne, czyli pierwotne choroby kłębuszków nerkowych, to choroby rzadkie i ultrarządki. Nieco częściej występują choroby wrodzone, jak wielotorbielowatość nerek, i śródmiąższowe zapalenia nerek, w tym głównie bakteryjne śródmiąższowe zapalenie nerek, popularnie zwane odmiedniczkowym zapaleniem nerek.

U większości pacjentów z przewlekłą chorobą nerek występuje nadciśnienie tętnicze, ale nie do końca wiadomo czy częściej pojawia się ono jako wyraz uszkodzenia nerek czy też uszkodzenie nerek jest następstwem wysokiego ciśnienia tętniczego. Bardzo wielu pacjentów z przewlekłą chorobą nerek ma równocześnie choroby serca. Wiemy też, że choroby nerek są częstsze u pacjentów z chorobami serca. Mając to na uwadze, kilkanaście lat temu zdefiniowano odrębną jednostkę chorobową – zespół sercowo-nerkowy, który ma 5 różnych postaci. Od listopada zeszłego roku mamy też nową formę tego zespołu – zespół sercowo-nerkowo-metaboliczny, czyli uszkodzenie serca i nerek u pacjentów z cukrzycą typu drugiego. Zwykle towarzyszy on otyłości. Sama otyłość też czasem powoduje uszkodzenie kłębuszków nerkowych, takie jak pierwotne ogniskowe kłębuszkowe zapalenie nerek, i to przed rozwinięciem się cukrzycy. Na szczęście coraz lepiej potrafimy z tymi schorzeniami walczyć. Poprzedni, 2023 rok, przyniósł przełom w nefrologii - wprowadzono kilka nowych leków do leczenia pierwotnych i wtórnych chorób nerek. Jednak największym wydarzeniem było nowe podejście do zapobiegania progresji choroby nerek. W roku 2022 okazało się, ku powszechnemu zaskoczeniu, że floszyny - leki stosowane od 10 lat celem kontrolowania stężenia glukozy u osób z cukrzycą, bardzo skutecznie zapobiegają progresji przewlekłej choroby nerek u pacjentów bez cukrzycy. Było to odkrycie na miarę wcześniejszego stwierdzenia, że wiagra - lek badany do leczenia choroby wieńcowej skutecznie pomaga w zaburzeniach potencji u mężczyzn. Floszyny to grupa kilku leków, które mają podobne działanie ochronne i dla serca i dla nerek. Ich skuteczność jest tak duża, że zmieniły one leczenie niewydolności i nerek i serca ponieważ wydłużają życie chorych. Każdego dnia dowiadujemy się o nowych zastosowaniach tej grupy leków w kolejnych jednostkach chorobowych. Leki te mają bardzo mało działań ubocznych i są świetnie tolerowane. To prawdziwa rewolucja, także w Polsce, poprawiająca rokowanie pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. Leki te już zostały objęte refundacją.

W zeszłym roku opublikowano też niezwykle obiecujące wyniki badań o skuteczności innej grupy leków – antagonistów receptora dla aldosteronu. Leki te dodawane do inhibitorów konwertazy angiotensyny drugiej (ACEi) lub blokerów receptora dla angiotensyny drugiej (sartanów) stosowanych od 20 lat w nefroprotekcji, potrafią przyhamować progresję choroby nerek do takiego stopnia, jaki obserwuje się w następstwie ich fizjologicznego starzenia się. To prawdziwa rewolucja w leczeniu milionów pacjentów. Warunkiem szczególnie dużej skuteczności leczenia tymi nowymi lekami jest wczesne wykrycie choroby nerek. Z tym nie jest niestety najlepiej – nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Tylko 10% dorosłych wie o swojej chorobie. W Polsce spośród tych, którzy wiedzą o swojej chorobie, tylko połowa jest pod opieką nefrologów. Dotyczy to w takim samym stopniu mężczyzn i kobiet, osób młodszych i starszych, mieszkańców dużych miast i mniejszych miejscowości. Światowy dzień nerek jest świetną okazją by przekonywać zarówno dorosłych jak i władze, a także z całą pewnością lekarzy rodzinnych, diabetologów, i kardiologów, do tego by sprawdzanie czynności nerek było rutynowym postępowaniem – na wzór wczesnego wykrywania chorób nowotworowych.

Badania wykrywające choroby nerek nie są ani kosztowne, ani skomplikowane. Zwłaszcza badania moczu. Duże nadzieje wiąże się w tej sprawie z programem koordynowanej opieki nefrologicznej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), w tym u lekarzy rodzinnych. Od listopada zeszłego roku uzyskali oni prawo zlecania badania UACR, które wykrywa wczesne stadia choroby nerek – zanim jeszcze dojdzie do podwyższenia stężenia kreatyniny w surowicy krwi. Te dwa proste badania pozwalają na wcześniejsze wdrożenie właściwego postępowania i ochronę nerek. Dzięki temu wiele osób może dużo dłużej i lepiej żyć. Bowiem obecnie przewlekła choroba nerek jest jak nowotwór – tak samo wykrywa się ją zbyt późno. Z powodu przewlekłej choroby nerek i nowotworów umiera też przedwcześnie co roku podobna liczba osób.

Choroby nerek są częste, ale łatwe do wykrycia i – dzięki postępowi w medycynie – coraz łatwiejsze do zatrzymania. Krewni osób z chorobami nerek, zwłaszcza dzieci i rodzeństwo mają większe ryzyko zachorowania niż inni członkowie rodziny. A wraz z pacjentem choruje cała rodzina i każdy członek tej rodziny, także zdrowy, płaci za tę chorobę jakością swojego życia. Zachęcenie bliskich do wykonywania badań wykluczających chorobę nerek – stężenia kreatyniny i badania ogólnego moczu, może zatem przynieść korzyści i zdrowym. Wczesne wykrycie choroby lub jej zatrzymanie u osoby bliskiej przyniesie korzyści nam samym, reszcie rodziny, a także i przyjacielom, których obecnością będziemy się cieszyć mocniej i dłużej. Nie chorujmy bardziej niż musimy!

Wspomnienia z XVI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego w Gdańsku i Biegu po Nowe Życie – Pomorze na Tak



Prof. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień

Kierownik Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Gdański Uniwersytet Medyczny

Co dwa lata środowisko osób związanych z transplantacjami narządów spotyka się, aby wymienić doświadczenia, zapoznać się z nowymi osiągnięciami i zaprezentować wyniki swoich badań. Należy podkreślić, że nie ma transplantacji bez zespołu ludzi mających różnego rodzaju kwalifikacje i zaufanie do siebie.

Blisko 600 osób takich osób uczestniczyło w XVI Kongresie Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, który miał miejsce w Gdańsku w dniach 19-21 października 2023 r. Odebyły się 34 sesje plenarne, w tym sesje powołanych w trakcie tej kadencji dziewięciu Grup Roboczych oraz nowoutworzonego Klubu Młodego Transplantologa. Odebyły się również tematyczne sesje ważnych dla środowiska transplantacyjnego organizacji tj. Poltransplantu, Stowarzyszenia Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej, Polskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Transplantacyjnych oraz Stowarzyszenia Banków Tkanek i Komórek.

W programie Kongresu cała sesja została poświęcona stricte pacjentom, przewodniczyli jej profesor Rajmund Michalski (Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki) i Grzegorz Perzyński (Prezes Fundacji Transplantacja LIVERstrong). Sesja została zatytułowana „Problemy i wyzwania w transplantacji narządów – oczami pacjenta”. W prelekcjach oraz debatach uczestniczyli przede wszystkim pacjenci, w tym jeden z nich jako założyciel Fundacji Transplantacja LIVERstrong – Grzegorz Perzyński. Podniesiono kwestię działalności Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki w roku 2023 – czyli, co można poprawić z punktu widzenia pacjenta nefrologicznego (D. Ligęza, R. Michalski, I. Dymek), przedstawiono wielowymiarową działalność pacjenta na rzecz środowiska transplantacyjnego na przykładzie 22-letniego biorcy wątroby i brata pacjenta po transplantacji nerki (G. Perzyński), debatowano o problemach biorców narządów oraz ich rodzin. W debacie oprócz wyżej wymienionych uczestniczyła profesor Beata Naumnik (Redaktor Naczelna projektu Moje Nerki, Członkini Honorowa Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki), i profesor Maciej Kosieradzki (aktualny Prezes PTT).

Odebyła się także sesja pielęgniarska pod wiodącym tematem „Pielęgniarstwo w transplantacji”, przewodniczyła

jej mgr Beata Białobrzaska. Omówiono tematykę opieki pielęgniarskiej w oddziałach transplantacyjnych w Polsce (T. Piątek, M. Hreńczuk), zaburzenia depresyjne u pacjentów po transplantacji nerki (A. Trzcińska, A. Kliś), opinie pracowników ochrony zdrowia na temat przeszczepiania narządów (A. Kliś, A. Trzcińska), a także ocenę świadomości zdrowotnej pod kątem nowotworów u pacjentów po transplantacji nerki (B. Białobrzaska).

Oprócz polskiego środowiska transplantacyjnego na XVI Kongres PTT zaproszeni zostali również goście zagraniczni. Podczas uroczystej Gali wręczono dyplomy Honorowego Członka PTT oraz nagrody Insigne Decorum Pro Transplantantibus Fovendis. Nagroda ta wręczana jest za wybitny wkład w badania nad przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów, ważne wdrożone rozwiązania organizacyjne w dziedzinie przeszczepiania lub wybitne osiągnięcia kliniczne w tej dziedzinie lub istotny wkład w popularyzację wiedzy o transplantologii oraz podnoszenie świadomości społecznej w zakresie potrzeby rozwoju leczenia transplantacyjnego.

Nagrania z XVI Kongresu znajdują się na stronie Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego (<https://p-t-t.org/>).

Bieg po Nowe Życie - Pomorze na TAK

W trakcie trwania Kongresu odbył się także „Bieg po Nowe Życie - Pomorze na TAK”. W wydarzeniu udział wzięli m.in. lekarze, pielęgniarki, koordynatorzy transplantacyjni i ci, którzy w wydarzeniu są najważniejsi – osoby po przeszczepieniu. Nie zabrakło także osobowości sportu. Impreza ta miała za zadanie promowanie działań prozdrowotnych, upowszechnianie świadectw woli, a także edukację w zakresie transplantacji narządów oraz aktywizację społeczeństwa do świadomego oddawania po śmierci narządów do przeszczepu oraz przeszczepiania od dawców żywych. Na trasie marszu w formule nordic walking pojawiło się ponad 270 uczestników, którzy pokonali kilometrową trasę uliczkami starówki Gdańska.

W mediach krążą również poruszające serce i duszę filmiki z nagraniami wywiadów od pacjentów i dawców żywych. Mają tysiące odsłon i polubień.

Polecane linki:

<https://p-t-t.org/aktualnosc/xvi-kongres-polskiego-towarzystwa-transplantacyjnego-juz-za-nami>
<https://transplantologia.info/bieg/bieg-po-nowe-zycie-po-raz-pierwszy-w-gdansk-2/>
<https://p-t-t.org/aktualnosc/bieg-po-nowe-zycie-po-raz-pierwszy-w-gdansk-specjalna-edycja-pomorze-na-tak-relacja>
<https://transplantologia.info/bieg/kronika-biegu-po-nowe-zycie-pomorze-na-tak/>

Rozmowa Joanny Bernet dializywakacyjne.pl z Rosarią Oddo, koordynatorem ds. dializ wakacyjnych w Diaverum we Włoszech



Rosario Oddo

Koordynator ds. dializ wakacyjnych
Diaverum

Bardzo się cieszę, że za pośrednictwem Rosarii Oddo mogę przedstawić nowe, fantastyczne miejsca naszym polskim pacjentom. Jestem pewna, że docenią „prawdziwą opiekę” Diaverum i spędzą w tych miejscach niezapomniane wakacje.

Joanna Bernet:

Wielu polskich pacjentów zna Cię od wielu lat, pomagając nam w koordynacji dializ wakacyjnych w Centrum Dializ Mucaria. Od czerwca 2023 roku pracujesz w Diaverum jako koordynator dializ wakacyjnych Diaverum. Jaka jest Twoja rola na nowym stanowisku?

Rosaria Oddo:

Krótko mówiąc, próbuję stosować wartości „prawdziwej opieki” (mottem Diaverum jest TRUE CARE) wobec pacjentów, którzy chcą podróżować. Kliniki Diaverum skupiają się bowiem na jak najlepszej opiece. Jeśli pacjent wie, że rozpoczyna wakacje w doskonałej placówce w zakresie dializ, może podróżować z pewnością i spokojem ducha. Skoro dializy są dla osób cierpiących na niewydolność nerek leczeniem zastępczym, niezbędnym do normalnego życia, to przecież wakacje i podróże są tego ważną częścią. Moją pracą jest spełniać marzenia pacjentów dializowanych i ich bliskich oraz również w jakimś stopniu pomagać im utrzymać motywację do życia na poziomie sprzed zdiagnozowania niewydolności nerek.

JB:

Obie mamy długą historię współpracy, która rozpoczęła się w 2017 roku, kiedy zaczęłam współpracować z Mucarią a Ty właśnie byłaś osobą koordynującą wyjazdy wakacyjne dla osób dializowanych począwszy od rezerwacji dializ, zakwaterowania dla pacjentów i ich rodzin, poprzez transfery z lotniska i do stacji dializ aż po organizację spotkań integracyjnych i wycieczek. Twoją nieocenioną rolą była także pomoc pacjentom na miejscu. Teraz możemy „wykorzystać” Twoje cenne doświadczenie do promowania nowych kierunków, które oferuje Diaverum, gdyż otrzymujemy wiele pytań o nowe miejsca turystyczne.

RO:

Osobiście wiem, jak trudno jest stworzyć nowe, ciekawe miejsce, w którym będzie na pacjenta czekał kompletny

serwis: leczenie dializami, zakwaterowanie i transfery. Zwłaszcza polscy pacjenci chcieliby mieć wszystko zorganizowane i nie martwić się o szczegóły swoich wyjazdów. Do moich obowiązków będzie należało zapewnienie pacjentom chcącym podróżować do Włoch wszelkiej możliwej pomocy – od sugerowania rozwiązań w zakresie podróży i zakwaterowania po doradzanie im w sprawie miejsc wartych odwiedzenia. Co najważniejsze, będę ułatwiać pacjentom rezerwację dializ, pomagając połączyć potrzeby leczenia z marzeniami o podróży, a także w razie potrzeby udzielając porad i sprawiając, aby czuli się pewnie.

JB:

Obserwuję przez ostatnie lata, że nasi pacjenci ewoluowali od odwiedzania tylko jednej stacji dializ, do której byli przywiązani i gdzie czuli się bezpiecznie, do innych miejsc, które również teraz chcą odwiedzić.

RO:

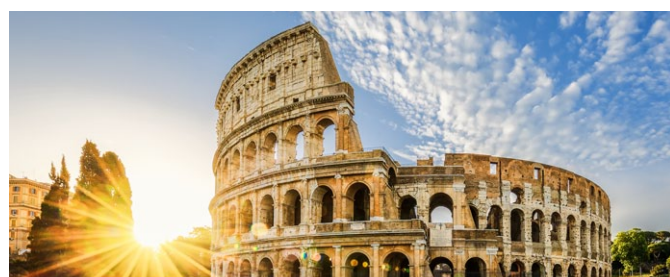
Z tego właśnie powodu chciałbym zaproponować polskim pacjentom nowe kierunki turystyczne we Włoszech, w regionie Lacjum i w Apulii oraz po wschodniej stronie Sycylii. We wszystkich tych miejscach mamy doskonałe kliniki, które zapewniają pacjentom najlepszą obsługę.

JB:

Czy możesz mi w skrócie powiedzieć, dlaczego wybrałaś dla nas właśnie te miejsca?

RO:

Zacznijmy zatem od **Rzymu***, wiecznego miasta. Jest zawsze warte odwiedzenia nawet jeśli byłeś tam kilka razy. Jest to miasto, które zawsze tętni życiem i zasługuje na krótką lub długą wizytę przez cały rok. Stolica Włoch jest uważana za jedno z najpiękniejszych starożytnych miast na świecie i zawiera ogromną ilość bezcennych dzieł sztuki, pałaców, muzeów, parków, kościołów, ogrodów, bazylik, świątyń, willi, placów, teatrów i innych magicznych miejsc. Nie będziesz mógł się zdecydować, co zobaczyć w pierwszej kolejności: Watykan, Fontanna di Trevi, Plac Świętego Piotra, Schody Hiszpańskie, Koloseum... itd. W Rzymie przeszłość i teraźniejszość „idą” cały czas obok siebie. Miasto w bardzo



Rzym, Koloseum

uroczy sposób łączy starożytną architekturę, bogatą historię, nowoczesne życie miejskie i włoski styl życia. Odkryj wieczne miasto i ciesz się niezapomnianymi wakacjami o każdej porze roku, od zimy do lata!

Fondi* to ważna gmina w prowincji Lacjum, licząca około 40 000 mieszkańców. Położone około 60 km na południe od stolicy, w połowie drogi między Rzymem a Neapolem, ma piękne wybrzeże. W historycznym centrum miasta znajdują się ważne zabytki z okresu przedrzymskiego, rzymskiego i średniowiecznego, a także duża liczba budynków sakralnych. Szczególnie bogate w sztukę i kulturę Fondi oferuje 15 km plaży i wspaniałe morze, zdobywcy nagrody Błękitnej Flagi. Plaża rozciąga się od Sperlonga na południowym wschodzie do Terracina na północnym zachodzie i leży wzdłuż Zatoki Gaeta, z widokiem na piękne Wyspy Poncjańskie. Charakteryzuje się dobrze zachowanym, typowym śródziemnomorskim krajobrazem wydm przybrzeżnych. Terytorium Fondi jest częściowo objęte Regionalnym Parkiem Przyrody Monti Aurunci. Do głównych atrakcji Fondi należą: zamek z XIII wieku, przyległy Palazzo del Principe („Pałac Książęcy”), katedra św. Piotra, Collegiata di Santa Maria Assunta, średniowieczne kościoły San Domenico i San Francesco.



Fondi, Zamek z XIII w

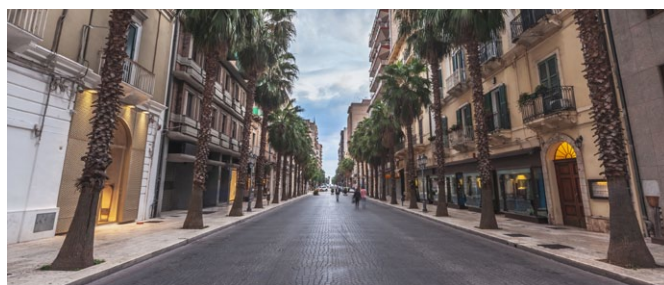
Katania* to starożytne miasto portowe na wschodnim wybrzeżu Sycylii. Znajduje się u podnóża Etny, aktywnego wulkanu, którego ścieżki prowadzą na szczyt. Miasto Katania to duży kompleks miejski z pięknym historycznym centrum, idealny na kulturalne i rozrywkowe wakacje. Urocze i nieco chaotyczne to energetyczne miasto, prawdopodobnie ze względu na masową obecność populacji studenckiej, jest pełne barów, klubów i restauracji, oferujących wiele możliwości spotkań towarzyskich, a także zwiedzania kulturalnego. Często nazywana „miastem, które powstało z popiołów”, Katania zawdzięcza swoją obecną świetność dwóm klęskom żywiołowym, które miały miejsce pod koniec XVII wieku: niszczycielska erupcja Etny w 1669 roku. pokryła miasto lawą, a następnie trzęsienie ziemi w 1693 roku zrównało miasto z ziemią. Po tych wydarzeniach Katania musiała zostać całkowicie odbudowana. Dla wspaniałego historycznego centrum podjęto wszelkie środki antysejsmiczne: proste i szerokie ulice, duże place jako kryjówki na wypadek kolejnego trzęsienia ziemi oraz solidne i mocne budynki. Chroniony przez UNESCO wulkan Etna – największy i najbardziej aktywny w Europie – od

wieków jest przekleństwem i błogosławieństwem Katanii ze względu na powtarzające się erupcje i żyzną glebę na jej zboczach. W Katanii warto odwiedzić Katedrę, arcydzieło architektury normañskiej i barokowej oraz Zamek Ursino, zabytek z XIII wieku, który został zbudowany w ramach Królestwa Sycylii przez cesarza Fryderyka II. Prawdziwie oszałamiającym dziełem architektury jest natomiast położony w centrum miasta zespół klasztoru benedyktynów, jeden z najważniejszych i największych przykładów tego typu w Europie. Klasztor ten, wpisany na Listę Światowego Dziedzictwa UNESCO, został założony w 1558 roku.



Katania, Plac Katedralny

Taranto* to stolica prowincji Taranto, nadmorskie miasto służące jako ważny port handlowy, a także główna baza włoskiej marynarki wojennej. Założone przez Spartan w VIII wieku p.n.e. w okresie greckiej kolonizacji, Taranto było jednym z najważniejszych poleis w Wielkiej Grecji, stając się potęgą kulturową, gospodarczą i militarną, która dała początek filozofom, strategom, pisarzom i sportowcom. Taranto jest podzielone na dwie części: Stare Miasto położone na niskiej skalistej wyspie z najstarszymi budynkami, połączone mostem obrotowym z Borgo, dzielnicą przemysłową i handlową. Taranto jest dobrze znane ze swojej bogatej historii, kuchni z owocami morza i naturalnego piękna. Możesz zwiedzić starożytne ruiny cywilizacji greckiej i rzymskiej, takie jak Świątynia Posejdon i Zamek Aragoński lub odwiedzić imponujące Narodowe Muzeum Archeologiczne w Tarencie, które prezentuje artefakty od epoki brązu do średniowiecza. Taranto słynie również z małży, które hoduje się w dużej lagunie otaczającej miasto. Możesz spróbować lokalnych przysmaków w jednej z wielu restauracji położonych wzdłuż nabrzeża lub wybrać się na wycieczkę łodzią, aby zobaczyć hodowle małży i delfiny żyjące w zatoce. Taranto to miejsce oferujące wyjątkowe połączenie kultury, przyrody i gastronomii.



Taranto, Centrum Historyczne

Mesagne* to miasto w prowincji Brindisi położone również w regionie Apulii we Włoszech. Miasto jest obecnie ważnym ośrodkiem handlowym i rolniczym, który ma ogromne znaczenie w uprawie winogron, oliwek, zbóż, owoców i tytoniu. Mesagne jest pełne pamiątek swojej przeszłości. Wśród nich znajduje się Wielka Brama, główne świadectwo dawnych murów miejskich, wraz z wieżami i chodnikami. Prawdziwą atrakcją jest stare miasto, czyli centrum historyczne. Czyste, dobrze utrzymane i jasne, zwykle bardzo wąskie uliczki często otwierają się na małe otwarte przestrzenie z różnymi budynkami i ciekawymi miejscami, dzięki czemu mają swoisty klimat. Istnieje kilka ważnych kościołów, takich jak Santa Maria degli Angeli, budynek sakralny pochodzący z XIII wieku i średniowieczny zamek, który dominuje nad miastem. Duża liczba doskonałych restauracji i barów zapewni Ci możliwość skosztowania wyśmienitego jedzenia.



Mesagne, Zamek z XII w

Barcellona Pozzo di Gotto*, choć nazwa jest myląca, miasteczko nie znajduje się w Hiszpanii, ale w prowincji Mesyna, na Sycylii. Według niektórych pochodzenie nazwy wywodzi się z podobieństwa położenia geograficznego miasta katalońskiego i tyrrzeńskiego. Te bardzo urokliwe i malownicze miasteczko znajduje się na przeciwko Wysp Liparyjskich. Znajduje się w pobliżu pięknego wybrzeża z plażami do wyboru w odległości od 12 km do 25 km. Pierwsze osady Barcellona Pozzo di Gotto sięgają epoki brązu i żelaza. To małe miasteczko miało ogromne znaczenie w czasie dominacji Normanów. Faktycznie Normanowie zbudowali słynny Klasztor Matki Bożej, który uważany jest za jedną z najważniejszych starożytnych budowli na terenie



Barcellona Pozzo di Gotto, Widok na miasto i zatokę

całej Messyny. Jednym z najciekawszych zabytków wsi jest Teatr Mandanici, zbudowany w 1844 roku. Był to drugi najważniejszy teatr w całej okolicy, a jego nazwa pochodzi od słynnego muzyka Placido Mandanici, który urodził się i wychował w mieście. W Barcellona Pozzo di Gotto znajduje się wiele obiektów sakralnych i ważnych, charakteryzujących się imponującym stylem barokowym z pięknymi dekoracjami. Warto odwiedzić też Muzeum Etnohistoryczne Nello Cassata, nazwane na cześć najważniejszego poety i historyka miasta. W półtorej godziny jazdy możesz odwiedzić piękną Taorminę w kierunku Katanii lub niesamowite Cefalu w kierunku Palermo.

Brucoli* lub **Bruca** to nadmorska wioska, część gminy Augusta. Plaża Brucoli położona jest wzdłuż wschodniego wybrzeża Sycylii, około 40 km na północ od Syrakuz. Brucoli to szczególnie idealne miejsce dla miłośników skał i nurkowania z maską. Ta starożytna i urzekająca nadmorska wioska w prowincji Syrakuz to wspaniały obszar, bogaty w notowania historyczne i krajobrazy o rzadkiej urodzie. Położona pomiędzy Katanią i Syrakuzami, zaledwie 7 km od Augusty na wybrzeżu Morza Jońskiego, może być dobrą bazą wypadową do zwiedzania pobliskiej okolicy z pięknymi plażami. Zamek Brucoli to aragoński zamek zbudowany w 1467 roku przez Giovanniego Cabasrtidę z Barcelony, który wykorzystywał ten budynek jako straszne więzienie. W promieniu 40 km można podziwiać Syrakuzy, ponadczasowe piękno Sycylii. Ruiny starożytnej Grecji wznoszą się wśród bujnych sadów cytrusowych, kawiarniane stoły rozciągają się na olśniewających barokowych placach, a średniowieczne boczne uliczki w kolorze miodu prowadzą w dół do błyszczącego błękitnego morza. Jej „dawno, dawno temu” rozpoczyna się w roku 734 p.n.e., kiedy to koloniści korynccy wylądowali na wyspie Ortygia i założyli osadę, zakładając cztery lata później miasto na kontynencie. Prawie trzy tysiące lat później ruiny tego wówczas nowego miasta tworzą Parco Archeologico della Neapolis, jedno z największych stanowisk archeologicznych na Sycylii.

JB: Dziękuję za rozmowę.

*Informacje o miejscowościach zostały zaczerpnięte z: Diaverum Touristic guide for renal patients (przewodnik turystyczny Diaverum dla pacjentów z chorobami nerek)



Brucoli, Latarnia Morska

Dializy gościnne w Portugalii



Paweł Mierzejewski

Pacjent z Czarnolasu
woj. mazowieckie

Od trzech lat jestem osobą dializowaną. Pierwsza informacja o konieczności dializ była dla mnie ogromnym ciosem. Musiałem przeorganizować swoje życie oraz przyjąć do wiadomości, że hemodializa utrudni mi podróżowanie i zwiedzanie, które uwielbiam. Z racji wykonywanego zawodu skorzystałem z kilku dializ gościnnych w kraju. Przekonałem się, że jest możliwe połączenie przyjemności z koniecznością. Zatem zacząłem myśleć o takiej możliwości za granicą. Poszukiwania doprowadziły mnie do Pana Przemka Grabowskiego, który organizuje dializy wakacyjne za granicą. W 2023 roku skorzystałem z pobytu w Trapani na Sycylii, a w styczniu tego roku odwiedziłem Portugalię - Estoril położony w aglomeracji lizbońskiej. Spędziłem tam razem z żoną tygodniowy urlop.

Po wylądowaniu na lotnisku i odprawie, dotarliśmy do hotelu „Clube do Lago” w niespełna 40 minut. Estoril to piękny kurort położony na Riwierze Portugalskiej, zaledwie 30 km od Lizbony. Hotel był doskonale zlokalizowany, bo bardzo blisko stacji dializ i komunikacji miejskiej. W pobliżu niego znajdował się urokliwy park wypełniony piękną zielenią, a aleje w nim wytyczone prowadziły nad brzeg oceanu. Wspaniałe miejsce na wypoczynek przy temperaturach w styczniu w granicach 15-20 stopni. Standard hotelu spełniał wszystkie nasze oczekiwania: wygodny duży pokój z aneksem kuchennym i łazienką.

Krótki nasz pobyt zaplanowaliśmy tak, aby zobaczyć jak najwięcej atrakcji w okolicy „mojej” stacji dializ w Estoril. Stąd każdy dzień z góry był zaplanowany: odpoczynek, dializa i zwiedzanie. Już pierwszego dnia rozpoczęliśmy pieszą wędrówkę zwiedzając miasteczko w jego części blisko oceanu oraz pobliskie Cascasis, do którego dotarliśmy promenadą wzdłuż brzegu oceanicznego (fot. 1).

W stacji dializ zostałem serdecznie przyjęty. Bariera językowa nie stanowiła najmniejszego problemu. Stacja dializ jest dość duża; znajduje się w niej kilka sal: dla 10 pacjentów w każdej. Do dyspozycji każdego

z nich był telewizor, wygodny fotel z prześcieradłem i kocem, serwowano kanapki oraz kawę i herbatę.

Mimo krótkiego czasu, udało się nam jednak zwiedzić wiele ciekawych miejsc w okolicach Lizbony, bowiem poruszanie się w jej obrębie jest dosyć proste. Zaletą była możliwość zakupu karty oraz biletu za 10 Euro, który pozwolił podróżować przez dobę wszystkimi środkami komunikacji publicznej: metrem, autobusem i zabytkowym tramwajem. Podczas pobytu odwiedziliśmy jeszcze Cabo da Roca, najbardziej wysuniętą na zachód część Europy, leżącą tuż obok urokliwej dzikiej plaży Praya de Ursa. Zawdzięcza ona swoją nazwę jednemu z dwóch klifów-olbrzymów, górujących w północnej części plaży. Miejscowi nazywali ją Niedźwiedzią Skałą (Rocha da Ursa), ponieważ swoim kształtem przypomina niedźwiedzia z niedźwiadkiem. (fot. 2) Około 17 km od Estoril położona jest Sintra, do której dojechalibyśmy również posługując się biletem komunikacji miejskiej. To wspaniałe portugalskie miasteczko, położone wśród wzgórz Serra de Sintra, pełne fascynujących zabytków i atrakcji turystycznych. Jednak z powodu ograniczonego czasu nie mogliśmy z nich skorzystać.

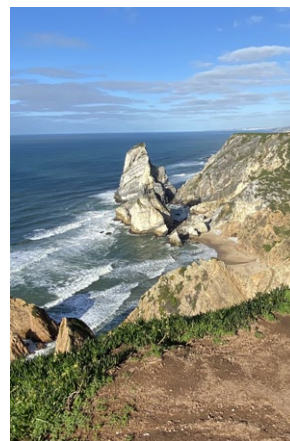
Kuchnia portugalska to bogactwo owoców morza, niestety w przypadku osób dializowanych niekoniecznie możliwe do pełnego wypróbowania. Moja żona natomiast mogła w pełni korzystać z portugalskich smakolepsów. Nie zmienia to faktu, że i dla osoby dializowanej można było znaleźć pyszne dania regionalne.

Tygodniowy wyjazd był bardzo intensywny i pełen doznań wizualnych. Sprawiał, że zbliżając się do końca pobytu zacząłem już tęsknić za tą okolicą. Postanowiłem zatem wrócić w to miejsce i zwiedzić wszystko to co tym razem nie udało się z powodu ograniczonego czasu.

Chciałbym bardzo serdecznie podziękować Panu Przemysławowi Grabowskiemu za świetną organizację mojego pobytu. Do zobaczenia na kolejnych dializach wakacyjnych.



Fot. 1. Cascasis – promenada wzdłuż brzegu oceanu



Fot. 2. Niedźwiedzia Skała

LUKSUSOWE DALIZY WAKACYJNE W GRECJI

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

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

Poczuj gościnność jej mieszkańców...

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

Najwyższej jakości usługi medyczne obejmują między innymi:

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



Palaio Faliro

Ellinidon 18, Palaio Faliro, Ateny, 17564



Pallini

Pogoniou 54 & J. Karabini, Ateny, 15351



Kalamata

Fyties, Messenië, 24200



Thessaloniki

Dasylliou 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



Zapraszamy na dializy gościnne we Fresenius Nephrocare

Planujesz urlop? Skorzystaj z gościnnej dializoterapii w ośrodkach Fresenius Nephrocare, gdzie otoczymy Cię fachową opieką. Naszą sieć tworzy 71 stacji dializ, jest więc szansa, że gdziekolwiek zdecydujesz się wypocząć w te wakacje, będziemy na tyle blisko, aby wesprzeć Cię w dializoterapii.

Nasi pacjenci, którzy spędzają urlop na Wybrzeżu, Mazurach bądź południu Polski, najchętniej wybierają ośrodki w Mrągowie, Koszalinie, Drawsku Pomorskim, Nowym Targu, Bielsko-Białej, Krakowie, Krośnie, Nowym Sączu, Świdnicy i Żywcu. Serdecznie zapraszamy do nich również Ciebie!

Więcej informacji: www.nephrocare.pl/dializa-wakacyjna

POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW

Prof. dr hab. med. Irena Pietrzak (1936 – 2023)



Profesor dr hab. nauk medycznych Irena Pietrzak urodziła się 8 października 1936 roku w Poznaniu, z którym związała całe swoje życie rodzinne i zawodowe. Po ukończeniu studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu uzyskała w 1961 roku dyplom lekarza medycyny. Praktykę lekarską doskonaliła początkowo w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojskowego w Poznaniu, a od 1971 roku kontynuowała w Klinice Nefrologii PSK nr 2 pod kierownictwem prof. dr hab. med. Kazimierza Bączyka. W tym czasie uzyskała kolejne szczeble w rozwoju zawodowym do stanowiska adiunkta. W 1979 roku uzyskała stopień naukowy doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy doktorskiej pt. Bezpośredni wpływ hemodializ na stężenie w surowicy krwi związków guanidynowych, kreatyniny i mocznika u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek.

Równolegle w latach 1970-1971 pogłębiała swoją wiedzę i praktykę kliniczną szkoląc się m.in. w Instytucie Hematologii oraz Endokrynologii w Warszawie. Działalność ta zaowocowała powstaniem kilku doniesień naukowych z zakresu zaburzeń koagulologicznych u chorych z mocnicą. Wielką fascynacją Pani Profesor była nefrologia, która od początku działalności klinicznej znajdowała się na pierwszym miejscu zainteresowań, już w trakcie realizacji specjalizacji z chorób wewnętrznych. W 1965 roku uzyskała pierwszy, a w 1973 roku drugi stopień specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych, a w 1990 roku specjalizację z nefrologii. W kolejnych latach całą swoją aktywność naukową oraz kliniczną poświęciła chorobom nerek, szczególnie schyłkowej niewydolności nerek i powikłaniom leczenia nerkozastępczego. W 1987 roku otrzymała stypendium

w Uniwersytecie Bethesda Maryland USA, gdzie poszerzyła znacząco swój dorobek naukowy. Dzięki swojej działalności, aktywności i kreatywności w pracach realizowanych w USA miała wielkie uznanie u tamtejszych naukowców, co zaowocowało wieloletnią współpracą i dało szansę na rozwój naukowy kolejnych lekarzy. Tytuł doktora habilitowanego uzyskała w 1997 roku, a następnie w krótkim czasie tytuł profesora w 2003 roku.

Pani Profesor była główną autorką lub współautorką kilkudziesięciu prac oryginalnych, referatów oraz streszczeń naukowych opublikowanych w czasopismach zarówno polskich jak i zagranicznych. Jako uznana i wybitna specjalistka w dziedzinie nefrologii wygłaszała liczne wykłady i prelekcje na konferencjach i zjazdach w Polsce, Europie i USA. Jej zainteresowania naukowe głównie skupiały się na badaniu mechanizmów powstawania i leczenia niedokrwistości oraz polineuropatii u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. Pani Profesor była propagatorką rozwoju dializy otrzewnowej oraz nowoczesnych metod leczenia nerkozastępczego, w tym hemodiafiltracji. Wiele jej działań miało charakter społeczny, a pomoc niesiona chorym była nie tylko medyczna, ale często też wsparciem w życiu osobistym. Jako wieloletni kierownik Pracowni Hemodializ w Klinice Nefrologii SPSK nr 2 w Poznaniu oraz współtwórczyni Ośrodka Dializoterapii Fresenius Nephrocare w Poznaniu, a potem dyrektor do 2009 roku dała się poznać nie tylko jako wybitny lekarz i specjalista, ale też jako przyjaciółka współpracowników i chorych. Należy podkreślić, że Pani Profesor miała niezwykłą moc i umiejętność skupiania wokół siebie życzliwych ludzi, a spotkania i konferencje, które organizowała były nie tylko wartościowe merytorycznie, ale też pełne radości, życzliwości i dobrej energii. Nad tym wszystkim panował uśmiech Pani Profesor. Mimo tych licznych pasji najważniejsze miejsce w sercu Pani Profesor zajmowali jej bliscy i rodzina, o których troszczyła się i otaczała ich opieką.

Pani Profesor była niezwykle cenionym i lubianym nauczycielem akademickim, wychowawcą wielu pokoleń lekarzy i pielęgniarek. Edukując przyszłych medyków szczególny nacisk kładła na etykę zawodową. Zawód lekarza i pielęgniarki traktowała przede wszystkim jako powołanie, a dobro pacjenta jako wartość nadrzędną. Wykazywała się niezwykłymi zdolnościami organizatorskimi, była m.in. sekretarzem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego oraz sekretarzem Rady Fundacji Stowarzyszenia Nefrologia Polska. Przez wiele lat współpracowała z National Kidney Foundation.

Jej wieloletnią aktywność zawodową przerwała pandemia w 2020 roku. Zmarła dnia 9.10.2023 w wieku 87 lat.

Prof. dr hab. med. Andrzej Oko