

Czasopismo dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 1 (48) 2025

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 (48) 2025, 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

Komitet redakcyjny:

Mgr Katarzyna Babska
Mgr Anna Balicka
Mgr Beata Białobrzaska
Mgr Anetta Cekała
Dr n. kf. 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 Szczyrkowska

Rysunki: KRZYSZTOF KMIĘĆ

Fotografia na okładce:

AGNIESZKA MICHALSKA

<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 List znad morza

Wędrówki dializowanych – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

5 W oczach lekarza

Zakażenia układu moczowego - dodatni posiew moczu to nie choroba! – prof. dr hab. med. Tomasz Stompór
Fosfor – pierwiastek niezbędny dla życia, który staje się szkodliwy z powodu kumulacji w organizmie osób z niewydolnością nerek – prof. dr hab. med. Michał Nowicki
Płodność i ciąża u pacjentek dializowanych – lek. med. Karolina Sęk-Szczepanowska, dr Sławomir Chrul

12 Pielęgniarka radzi

Czy warto zrobić sobie tatuaż? – mgr Beata Białobrzaska
Praca zarobkowa podczas dializ – Czy można? Czy warto? – mgr Katarzyna Kalista

15 Nerki i dusza

Nie mogę spać! Co robić?! – dr med. Jacek Lange

17 Nerki i ruch

Upadki u pacjentów dializowanych - jak zmniejszyć ryzyko niepomyślnych zdarzeń – dr hab. Bożena Ostrowska, prof. AWF

18 Dietetyk radzi

Praktyczne aspekty prowadzenia dietoterapii pacjentów dializowanych – dr med. Paulina Borek - Trybała

21 Pacjenci o sobie

Dziecko po przeszczepieniu nerki - to jest możliwe! – Anna Kalisz
Urodziłam córeczkę będąc dializowaną otrzewnowo! – Beata Ciabiada-Bryła

23 Wydarzenia

Kampania medialna na rzecz dostępu do edukacji dla chorych z przewlekłą chorobą nerek – prof. dr hab. Rajmund Michalski, mgr Dorota Ligęza
Światowy Dzień Nerek – Słowo od Fundacji Amicus Renis

25 Dializy wakacyjne

Castellammare del Golfo - Zakątek Sycylii, gdzie dializa staje się tylko małą częścią podróży – Joanna Naroźniak
Niezapomniany urlop – Tadeusz Grapa
MUCARIA – Podróże z dializą są możliwe.
Wybierz się na wakacje na Sycylii
MESOGEIOS – Ekskluzywne, luksusowe wakacje z dializą w Grecji
Portugalia: bezpieczny, gościnny i niezapomniany cel podróży – Marta Olim
DIALISIRAGUSA – Wakacje na Sycylii

32 FRESENIUS KABI – Fresubin PLANT BASED Drink

SŁOWO OD REDAKCJI



Prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko

Szanowni Czytelnicy

Kolejny numer, a zarazem pierwszy w 2025 roku jest już w Waszych rękach. Cieszę się bardzo, bo chyba po raz pierwszy, ogromna część artykułów powstała jako odpowiedź na Państwa oczekiwania. Jest to wynik aktywnej działalności Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki (OSMN) oraz niezwyklej pracy prezesów prof. Rajmunda Michalskiego i mgr Doroty Ligęzy, ale też Osób, które coraz częściej chcą dzielić się swoimi wątpliwościami, czerpać wiedzę i wyrażać swoje potrzeby. Dzięki doskonałej współpracy OSMN z Fundacją Amicus Renis, wydawcą czasopisma Dializa i Ty, można było uzyskać informacje i opublikować w tym numerze artykuły, które są odpowiedzią na pytania nurtujące Pacjentów kierowane do Stowarzyszenia. Tak właśnie powinno być! W Polsce jeszcze często pacjent uważa, że „ma się słuchać”, bo lekarz wie lepiej. Niewątpliwie ma na to wpływ, wciąż jeszcze nierzadkie, patriarchalne zachowanie personelu medycznego. Często, przerażeni swoją chorobą i oszołomieni sposobem leczenia, boicie się zapytać o sprawy dla Was ważne i wymagające wyjaśnienia. Zachęcam do pytań, które możecie zadawać indywidualnie lub poprzez Wasze Stowarzyszenie, także w czasie edukacyjnych webinarów i szkoleń przeddializacyjnych, organizowanych przez niektóre ośrodki. Bądźcie aktywni, bo czas - kiedy dializa była jedynie metodą, aby przeżyć, a przeszczepienie nerki było rzadkością - dawno minął. Wybór metody leczenia należy w dużej mierze do Państwa, bo najlepiej wicie, co dla Was ważne w życiu codziennym, jak dostosować sposób leczenia do wykonywanej pracy i nauki, czy ulubionych zajęć. Obecnie w Polsce jest dostęp do wszystkich sposobów leczenia funkcjonujących na świecie, ale może informacje i edukacja nie są tak powszechne jak w wielu innych krajach. Cieszę się, że poprzez OSMN Państwa głos jest słyszany przez Rzecznika Praw Pacjenta, tak w zakresie dostępu do edukacji (obecnie jeszcze niepowszechnej i nierefundowanej przez NFZ), jak również informacji i dostępu do wszystkich metod leczenia schyłkowej niewydolności nerek. Chciałabym, aby Państwa głos był słyszalny również na konferencjach gromadzących nefrologów czy pielęgniarki nefrologiczne. Podczas wszystkich konferen-

cji oraz kongresów europejskich i światowych towarzystw nefrologicznych, w wielu sesjach uczestniczą pacjenci, niejednokrotnie również ich rodziny, które przedstawiają swoje preferencje, często pokazując pożądany kierunek zmian w postępowaniu. W Polsce, w tym zakresie mamy jeszcze sporo do nadrobienia. Tymczasem zachęcam do lektury obecnego numeru, z jak zawsze dowcipnym listem z nad morza prof. Bolesława Rutkowskiego, zachęcającego do nauki języków (lub korzystania ze smartfownego tłumacza!) i podróżowania. Te ostatnie przybliżają nam artykuły dotyczące możliwości dializ w Portugalii i we Włoszech, a także Pacjenta, który podkreśla jak bardzo w różnych sprawach pomógł mu translator głosowy. Dwoje łódzkich nefrologów (dr Karolina Sęk-Szczepanowska i dr Sławomir Chrul) odpowiadają na pytania dotyczące płodności i ciąży u pacjentek ze schyłkową niewydolnością nerek, a dwie pacjentki dzielą się swoim doświadczeniem w tym zakresie. Również na Państwa zapotrzebowanie powstały artykuły na temat zakażeń dróg moczowych (prof. Tomasz Stompór) i „tych niedobrych fosforanów” (prof. Michał Nowicki). Z kolei, mgr Beata Białobrzeska, stara się przedstawić wątpliwości dotyczące wykonywania tatuaży u chorych z niewydolnością nerek, a mgr Katarzyna Kalista pisze o utrzymaniu aktywności zawodowej podczas dializ. Ufam, że zainteresują Państwa nasze stałe działy: w Nerki i dusza dr Jacek Lange omawia problem bezsenności, w Nerki i ruch prof. Bożena Ostrowska pisze o upadkach mogących prowadzić do niepełnosprawności i praktycznych możliwościach ograniczenia ich ryzyka. Z kolei w dziale Dietetyk radzi nasza ekspert - dr Paulina Borek-Trybała, daje praktyczne wskazówki dotyczące diety osób dializowanych. Właściwa dieta jest niezwykle istotną częścią leczenia! Zachęcam zatem Państwa do przysyłania interesujących tematów bezpośrednio do Fundacji Amicus Renis (nefron@interia.eu) lub do OSMN (osod@osod.info), które w sposób wyczerpujący będą mogły być omówione przez specjalistów. Pragniemy bowiem, aby czasopismo w pełni spełniało Państwa oczekiwania. Zapraszam też do korzystania z kodu QR, dzięki któremu Dializa i Ty może być dostępna dla Państwa w odpowiednim dla Was czasie i porze.

Tradycyjnie już, życzę Radosnych Świąt Wielkanocnych i przeniesienia tej radości na kolejne dni wiosny i lata. Każdy, nawet niepogodny dzień, jest wiele wart !

Do zobaczenia i usłyszenia jesienią
Pozdrawiam serdecznie
Monika Lichodziejewska-Niemierko
Redaktor Naczelny

Wędrówki dializowanych



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

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

Jak powszechnie wiadomo początki przewlekłej dializoterapii to przełom lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Natomiast pełne pokrycie zapotrzebowania na leczenia dializami to przełom stuleci. W pierwszym okresie rozwoju tego typu terapii pacjenci byli przywiązani do swojej stacji dializ i trudno było nawet pomyśleć o podróżach, nie tylko zagranicznych, ale także w kraju. Staraliśmy się wprawdzie przyjmować w naszej stacji pojedynczych pacjentów tęskniących za polskim morzem, ale możliwości w tym zakresie były niewielkie. Dopiero w latach osiemdziesiątych XX wieku stworzona została pierwsza lista gościnnych stacji dializ, to znaczy takich, które po wcześniejszym porozumieniu przyjmowały pacjentów na kilka dializ. Pozwalało to osobom leczonym nerkozastępczo odwiedzać rodziny żyjące w innych częściach kraju, a także spędzić z rodziną wczasy nad morzem, czy też w okolicach podgórskich albo nad pięknymi jeziorami na Warmii i Mazurach. Kolejnym etapem było utworzenie dwóch stacji dializ w ośrodkach sanatoryjnych. Pozwalało to naszym pacjentom skorzystać z zabiegów oferowanych przez sanatoria. Pierwszym takim ośrodkiem była stacja dializ powstała w Szpitalu Uzdrawiskowym „Beskid” w Wysowej. Stworzyliśmy ją razem z prof. Franciszkiem Kokotem, który od wielu lat wraz ze swoim zespołem prowadził w Wysowej badania nad zdrowotnymi właściwościami tamtejszych wód zdrojowych. Jednocześnie z NFZ udało się uzyskać określoną liczbę skierowań sanatoryjnych i tak to się toczyło. Po kilku latach prof. Władysław Grzeszczak utworzył w sąsiadującym ośrodku sanatoryjnym „Biawena” pododdział dializy otrzewnowej, co z kolei umożliwiło przyjazdy na wczasy lecznicze osobom poddawanych dializom otrzewnowym. Poza zabiegami sanatoryjnymi pacjenci mogli skorzystać z wycieczek do pobliskich uroczych miejscowości, a także z wypraw do Lwowa. Kolejną stacją hemodializy utworzoną w dużym centrum sanatoryjnym był ośrodek utworzony w Szpitalu Chirurgii Plastycznej i Regeneracyjnej w Polanicy Zdroju. Działo się to wciąż na zasadzie porozumienia z naszym szanownym płatnikiem, który wydawał skierowania do jednego z dwóch pięknych sanatoriów. Także z Polanicy organizowano dla pacjentów wycieczki, w tym jednodniowe wypadki do Pragi. Na tym kończyły się w tym czasie możliwości wyjazdów zagranicznych dla naszych dializowanych. Dopiero w ostatnich latach rozbudowana sieć stacji dializ umożliwia coś, co można wręcz określić jako „wczasy z dializą”. Na stronach naszego czasopisma „Dializa i Ty” można znaleźć informacje jak skorzystać z pobytu



na pięknej Sycylii, w Grecji czy Portugalii, a także opowieści osób, które skorzystały z nich skorzystały. Osobiście zawsze byłem zwolennikiem krótszych lub dłuższych wypadów naszych podopiecznych, co wpływało na poprawę ich dobrostanu, czyli jak to się określa bardziej fachowo jakości życia. Zachęcam zatem gorąco do takich wypraw, a jednocześnie uprzedzam, że wybierając się na wojaże zagraniczne warto zapoznać się chociaż z podstawowymi zwrotami z języka obcego. Mam nadzieję, że ta ostatnia rada zostanie przyjęta z należytą powagą po zapoznaniu się z następującą historyjką. Rzecz rozgrywała się w latach siedemdziesiątych zeszłego stulecia. Otóż do naszej Kliniki przyjęty został w ramach ostrego dyżuru związający się z bólu marynarz ze statku, który zawiął do portu w Gdańsku. Wszystko byłoby dobrze, ale okazało się, że nie mówi on żadnym z cywilizowanych języków, a jedyne słowo, które wypowiadał brzmiało „tojlet”. Szef prof. Andrzej Manitius zdecydował, żeby delikwenta, któremu bóle wyraźnie zelały po lekach przeciwbólowych i rozkurczowych należy zaprowadzić do toalety. Następnego dnia nasz pacjent uporczywie powtarzał: „tojlet, tojlet” i szef zaordynował, aby uraczyć go lekami przeczyszczającymi. Kiedy kolejnego dnia nasz delikwent z uporem maniaka powtarzał swoje, zaordynowano mu lewatywę. Wykonała ją bardzo solidnie nieodżałowanej pamięci siostra Tosia. Następnego dnia pojawił się agent z tłumaczem i okazało się, że nasz pacjent jest Kurdem i po prostu chciał poprosić, żeby ktoś go ogolił. No proszę jaki elegancik. Jednocześnie stwierdził stanowczo, że czuje się znakomicie i musi wracać na statek, który miał odpływać niebawem. Trudno powiedzieć czy naprawdę pomogła mu lewatywa czy obawiał się dalszej eskalacji terapii. Tak czy inaczej potwierdza to tezę, że jednak lepiej posiadać w swoim repertuarze troszkę więcej słówek niż tylko „tojlet”. No i oczywiście umieć się posługiwać swoim iphonem czy też smartphonem, w którym znajdziecie odpowiednie słowniki albo wręcz aplikacje, przy pomocy których można tłumaczyć całe zdania lub teksty. No to ruszajcie w Polskę i świat, czego Wam życzy serdecznie

Wasz Bolesław

Zakażenia układu moczowego – dodatni posiew moczu to nie choroba!



**Prof. dr hab. med.
Tomasz Stompór**

Kierownik Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii
i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Zakażenia układu moczowego (ZUM) są zdecydowanie najczęstszą grupą chorób układu moczowego i nerek. Wiedza na temat ZUM powinna być popularyzowana wśród lekarzy wszystkich specjalności, szczególnie – specjalistów medycyny rodzinnej (POZ) ponieważ w rozpoznawaniu i leczeniu ZUM popełnia się wiele błędów. Ocenia się, że nawet 2% ogółu wizyt w praktyce POZ ma związek z ZUM. ZUM można podzielić ze względu na lokalizację na zakażenia dolnego piętra dróg moczowych (zapalenie cewki moczowej i pęcherza moczowego) oraz górnego piętra (ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek (OOZN), powikłania OOZN, takie jak ropnie nerek, ropnie okołonerkowe i inne). Drugie kryterium podziału to ZUM niepowikłane i powikłane. Pierwsza kategoria jest reprezentowana wyłącznie przez zapalenie cewki moczowej i pęcherza moczowego u kobiet bez chorób towarzyszących. Za powikłane uważa się zatem wszystkie pozostałe, w tym w szczególności:

- każde ZUM u mężczyzny
- ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek
- ZUM u pacjenta z: cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek, poddawanego immunosupresji, cewnikiem moczowym
- ZUM po pobycie w szpitalu i/lub po leczeniu antybiotykiem z dowolnego powodu i wiele innych

Należy wskazać, że kluczowym czynnikiem ryzyka powikłanych ZUM są czynnościowe, a zwłaszcza ANATOMICZNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI W ZAKRESIE UKŁADU MOCZOWEGO, prowadzące do zaburzeń odpływu moczu. ZUM w >90% mają charakter wstępujący (cewka – pęcherz – moczowody – miedniczki nerkowe – miąższ nerkowy), dlatego najważniejszym zabezpieczeniem przed rozwojem zakażeń jest swobodny odpływ moczu. Jest to doskonale odzwierciedlone w epidemiologii ZUM: pierwszy szczyt zachorowań to dzieciństwo – co wiąże się z wrodzonymi wadami układu moczowego i dotyczy obu płci. We wczesnej dorosłości następuje drugi szczyt, dotyczący jednak wyłącznie kobiet i wiążący się z podjęciem aktywności seksualnej (długość cewki moczowej zabezpiecza mężczyzn przed rozwojem ZUM). Trzeci szczyt to wiek >50 roku życia: dotyczy obu płci i wiąże się z przerostem prostaty u mężczyzn (wiodąca przyczyna zaburzeń odpływu moczu) i nietrzymaniem moczu u kobiet (ułatwienie dla wstępującej inwazji bakteryjnej). W każdym wieku wystąpieniu ZUM sprzyja kamica. Warto także pamiętać, że niektóre zakażenia sprzyjają powstawaniu kamieni moczowych, co prowadzi do powstania błędnego koła: bakterie promują krystalizację substancji mineralnych tworzących

kamienie, a w porowatej strukturze kamieni „ukrywają się” bakterie, które są w ten sposób chronione przed antybiotykami. Objawy ZUM są zapewne doskonale znane Czytelnikom i obejmują:

- częste oddawanie moczu
- ból w okolicy nadłonowej
- dysuria (dyskomfort, pieczenie przy oddawaniu moczu)
- zmiana wyglądu moczu (podbarwiony krwiciście i/lub mętny)
- nieprzyjemny zapach moczu.

W przypadku ZUM powikłanych, szczególnie ostrego odmiedniczkowego zapalenia nerek dołączają się zwykle objawy ogólne (gorączka, dreszcze, złe samopoczucie) oraz ból w okolicy lędźwiowej z gwałtowną reakcją bólową przy wstrząsaniu tej okolicy – delikatnym uderzeniu pięścią). Mogą być obecne objawy wynikające z innych chorób mających związek z ZUM, np. klasyczna kolka nerkowa wywołana kamicą. Podstawowe badania dodatkowe to:

- badanie ogólne moczu: stwierdza się wówczas zwiększoną liczbę czerwonych i białych krwinek w osadzie moczu oraz dodatnie AZOTYNY (te ostatnie są produktem metabolizmu bakterii i są uważane za najbardziej specyficzny wskaźnik ZUM w badaniu moczu); co ciekawe, obecność bakterii w osadzie nie ma wartości diagnostycznej

- wskaźniki stanu zapalnego we krwi – np. wzrost białka C - reaktywnego (CRP) we krwi w ZUM powikłanych
- posiew moczu
- posiew krwi (który powinien być pobrany w ciężkich ZUM – jak wskazują statystyki, ZUM są drugą po zakażeniach układu oddechowego przyczyną SEPSY).

Na szczególny komentarz zasługuje kwestia interpretacji posiewu moczu. To kluczowa informacja dla lekarzy, ale także i pacjentów: **DODATNI POSIEW MOCZU NIE JEST DOWODEM CZYNNEGO ZUM**. O rozpoznaniu ZUM decydują objawy. To oznacza, że u osób bez objawów nie wykonujemy posiewów (także wówczas, gdy należą do grup ryzyka rozwoju powikłanych ZUM – nie wykonuje się np. posiewów moczu „z ciekawości” lub „na wszelki wypadek” u bezobjawowych osób cewnikowanych, nawet gdy mocz jest mętny). Dodatni posiew moczu bez objawów (tzw. bezobjawowy bakteriomocz) ma znaczenie tylko w dwóch sytuacjach klinicznych:

- u kobiet w ciąży, gdzie udowodniono, że bezobjawowy bakteriomocz może sprzyjać porodom przedwczesnym i wpływać niekorzystnie na rozwój płodu
- u osób przygotowywanych do endoskopowych zabiegów urologicznych.

W powyższych sytuacjach (tylko i wyłącznie) należy leczyć antybiotykami obecność bakterii w posiewie przy braku objawów. W każdym innym przypadku leczenie bakteriomoczu bezobjawowego JEST BŁĘDEM. I tu wracam

do zasygnalizowanego w pierwszych zdaniach artykułu problemu: w naszym kraju (ale także na świecie) LECZY SIĘ CHOROBE, KTÓREJ NIE MA – a mianowicie przepisuje się antybiotyków u pacjentów bez objawów dlatego, że mają białe i/lub czerwone krwinki i bakterie w badaniu ogólnym moczu, a szczególnie wówczas, gdy mają dodatni posiew. Dodatni posiew i zmiany w moczu nie są podstawą do rozpoznania ZUM. LECZY SIĘ PACJENTA, A NIE JEGO BADANIE MOCZU LUB WYNIK POSIEWU. Nierozsądne przepisywanie antybiotyków sprzyja rozwojowi antybiotykooporności – kiedy pacjent rozwinię prawdziwe ZUM, szczególnie powikłane, nie będzie antybiotyków, które pozwolą wyeliminować uodpornione wcześniej bakterie. Leczenie ZUM, których nie ma to jedna z ważnych przyczyn narastającej antybiotykooporności populacyjnej – zwiększa się liczba zakażeń, na które nie ma antybiotyków. Oczywiście od reguły są wyjątki, np. pacjenci z porażeniami (w tym zaburzeniami unerwienia pęcherza moczowego) lub osoby starsze z otępieniem, które nie odczuwają lub nie są w stanie opisać objawów – wówczas do rozpoznania ZUM konieczna jest kompleksowa ocena kliniczna. ZUM mają najczęściej podłoże bakteryjne i są leczone antybiotykami. W przypadku niepowikłanego zapalenia pęcherza moczowego często wystarczy podanie pojedynczej dawki antybiotyku. Większość ZUM powikłanych można leczyć w domu, antybiotykami doustnymi, o ile jesteśmy pewni, że pacjent nie ma zaburzeń odpływu moczu i jest w stanie przyjmować płyny doustnie (nawadnianie w ZUM to istotna metoda leczenia – mocz „splukuje” drobnoustroje). W przypadku wystąpienia objawów ogólnych wskazana jest hospitalizacja – często wdraża się antybiotyk na 3 – 4 dni i przechodzi na terapię doustną już w domu. W cięższych postaciach leczy się ZUM przez 7 dni dożylnie w szpitalu. ZUM należy leczyć natychmiast po wystąpieniu objawów,

niezależnie od tego, co pokazują badania dodatkowe – OBJAWY DECYDUJĄ! W niepowikłanych ZUM posiew moczu jest zbędny. W ZUM powikłanych zawsze należy pobrać mocz na posiew przed podaniem pierwszej dawki antybiotyku – po uzyskaniu wyniku posiewu z określeniem wrażliwości na antybiotyki (co trwa 48 – 72 godziny) lekarz ocenia, czy antybiotyk podany w pierwszym rzucie działa na określony szczep bakteryjny. Jeżeli tak nie jest, zmienia się antybiotyk. Przy silnie wyrażonych objawach ogólnych (gorączka, dreszcze) pobiera się także posiew krwi. ZUM to spektrum chorób – od niegroźnej infekcji pęcherza moczowego, którą się leczy pojedynczą dawką antybiotyku do zagrażających życiu ciężkich postaci odmiedniczkowego zapalenia nerek, mogącego skutkować sepsą. Należy jednak pamiętać, że niejałowy mocz (a więc taki, z którego hodują się bakterie) nie musi oznaczać choroby. Wytyczne postępowania w tych przypadkach są jasne, a jednak nagminnie lekceważone. Zapewne jest to w relacji lekarz – pacjent kłopotliwa sytuacja: pacjent pyta „Panie Doktorze, w moim moczu rosną bakterie, proszę coś z tym zrobić” – trudno się dziwić, że nieprawidłowy wynik budzi niepokój. Lekarz często poddaje się presji i oczekiwaniu, aby podjął działanie. Czyli wbrew wytycznym przepisuje antybiotyk na bezobjawowy bakteriomocz, zamiast wytłumaczenia pacjentowi tego, o czym piszę powyżej. Z jednej strony prowadzi to do narastania ryzyka antybiotykooporności, z drugiej – narusza równowagę pomiędzy rozlicznymi drobnoustrojami kolonizującymi różne okolice naszego ciała, a więc promuje kolejne zakażenia w różnych lokalizacjach. Bywam lekarzem odstawiającym kolejny antybiotyk z serii stosowanych bez przerwy przez np. dwa lata – lekarz i pacjent wspólnie dążyli do „wyjałowienia moczu”, a posiew nadal jest dodatni, zmieniają się tylko szczepy bakteryjne i stają się one coraz bardziej odporne na antybiotyki.

Fosfor – pierwiastek niezbędny dla życia, który staje się szkodliwy z powodu kumulacji w organizmie osób z niewydolnością nerek



**Prof. dr hab. med.
Michał Nowicki**

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

Zwiększone stężenie fosforu w surowicy krwi (hiperfosfatemia) i wtórna nadczynność przytarczyc stanowią dwa najważniejsze zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej występujące w przewlekłej chorobie nerek. Zaburzenia te stanowią równocześnie główne cele naszego obecnego leczenia. Korekcja tych zaburzeń ma na celu utrzymanie „zdrowia” kości i zapobieganie powstawaniu zwapnień w tętnicach oraz rozwojowi niekontrolowanej nadczynności przytarczyc. Leczenie zaburzeń wymaga kompleksowego postępowania opartego zarówno na ograniczeniach

dietetycznych jak i podawaniu leków. Modyfikacja diety ma na celu zmniejszenie spożycia fosforu do 800-1000 mg/dobę. Szczegółowe zalecenia dietetyczne omówiono w innej części Dializa i Ty. Pomimo, że leczenie dietetyczne jest kluczem do skutecznej kontroli zaburzeń w zakresie zawartości w organizmie wapnia i fosforu, zdecydowana większość pacjentów wymaga dodatkowego podawania leków. Dobór leków jest w przypadku tych zaburzeń trudny i często, aby osiągnąć założone cele leczenia, musimy równocześnie podawać nie jeden, ale skojarzenia dwóch lub więcej leków. Kluczowymi lekami stosowanymi w leczeniu zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej są podawane pod ścisłym nadzorem nefrologa witamina D i jej pochodne, tzw. kalcyminy (cynakalcet) oraz **doustne leki wiążące fosfor w przewodzie pokarmowym**. Związanie spożywanego wraz z pokarmami fosforu już w przewodzie pokarmowym jest najbardziej skuteczną metodą leczenia hiperfosfatemii, gdyż poprzez ściany jelit wchłania się nawet 60-70% spożytego z pokarmami fosforu.

Zestawienie głównych zalet i wad poszczególnych preparatów wiążących wapń w przewodzie pokarmowym przedstawia poniższa tabela.

Lek	Dobowa dawka	Wpływ na gospodarkę wapniowo-fosforanową	Wady	Zalety
węglan wapnia	500-1250 mg	stężenie fosforanów w surowicy obniża się średnio o 0,9 mg/dl, podczas gdy wapnia o 0,5 mg/dl	może powodować hiperkalcemię, nasilać zwapnienie naczyń; świąd; suchość w jamie ustnej	niedrogi, skuteczny
octan wapnia	667 mg	obniżenie fosforanów w surowicy jest nieznacznie większe niż przy węglanie wapnia, natomiast średnie stężenia wapnia są podobne	wady podobne jak w przypadku węglanu wapnia	niedrogi, skuteczny
wodorotlenek magnezu	311 mg	zdolność do obniżania stężenia fosforanów podobna jak w przypadku związków wapnia	często biegunka; hipermagnezemia może sprzyjać depresji oddechowej; upośledza wchłanianie doustnych preparatów żelaza	niedrogi, skuteczny
węglan magnezu	63 mg	zdolność do obniżania stężenia fosforanów podobna jak w przypadku związków wapnia	wady podobne jak w przypadku węglanu magnezu	niedrogi, skuteczny
wodorotlenek sewelameru	800 mg	stężenie fosforanów jest niższe przy stosowaniu związków wapnia, natomiast stężenia wapnia jest niższe w przypadku sewelameru	niekorzystny wpływ na przewód pokarmowy; kwasica metaboliczna u 34% chorych	skuteczny, nie zawiera wapnia, obniża LDL
węglan sewelameru	800 mg	wpływ podobny jak w przypadku wodorotlenku sewelameru	podobnie jak w przypadku wodorotlenku sewelameru	mniejsze ryzyko kwasicy metabolicznej w porównaniu z wodorotlenkiem sewelameru
węglan lantanu	250-1000 mg	wpływ podobny jak w przypadku związków wapnia, natomiast rzadziej występuje hiperkalcemia	możliwa akumulacja lantanu, zwłaszcza w kościach; bóle mięśniowe; skurcze mięśni	skuteczny, nie zawiera wapnia
preparaty żelaza - cytrynian żelaza i kompleksu oksywodorotlenku żelaza i sacharozy	1500-6000 mg, zależnie do preparatu	wiążą fosfor w przewodzie pokarmowym w podobnym stopniu jak inne preparaty, zawarte w nich żelazo częściowo się wchłania ze światła jelit (w istotnym stopniu w przypadku cytrynianu żelaza)	możliwe zwiększenie wchłaniania glinu z przewodu pokarmowego, a w przypadku cytrynianu żelaza dość duże wchłanianie żelaza, częste zaburzenia żołądkowo-jelitowe (nawet u 80% chorych)	wydaje się być podobnie skuteczny jak tradycyjne leki, może ułatwiać równoległe uzupełnianie niedoborów żelaza (wspomagać leczenie niedokrwistości)
tenapanor - inhibitor wymiennika Na/H typu 3	100 mg (2 x 50 mg)	hamuje wymianę sodowo-wodorową 3 (NHE3), zmniejszając w ten sposób wchłanianie fosforanów przez szlak parakomórkowy w ścianie jelit, będący głównym szlakiem wchłaniania fosforanów	przewlekła biegunka występuje u połowy osób stosujących ten lek. W UE zarejestrowany obecnie tylko w leczeniu zespołu „krótkiego jelita”	szczególnie przydatny u chorych nieodpowiadających na standardowe leki wiążące fosfor

Poniżej przedstawiono odpowiedzi na najważniejsze pytania dotyczące praktycznych aspektów leczenia preparatami wiążącymi fosforany w przewodzie pokarmowym.

1. W jakiej dawce zastosować leki wiążące fosforany?

Dobór dawek leku wiążącego fosforany musi uwzględniać nie tylko skuteczne obniżenie stężenia fosforu w surowicy, ale też ryzyko potencjalnych działań niepożądanych. Przy doborze dawki obowiązuje zasada jej zwiększania aż do najskuteczniejszej i wciąż dobrze tolerowanej. Przy rozpoczynaniu leczenia należy przestrzegać zaleceń producenta, który najczęściej uzależnia początkową dawkę leku od wyjściowego stopnia hiperfosfatemii.

2. Czy wszystkie stosowane obecnie leki są w podobnym stopniu skuteczne?

Obecnie wybór leków wiążących fosforany ograniczony jest do związków wapnia, węglanu lantanu i sewelameru. Podawanie leków zawierających wapń, może zwiększać ryzyko wysokiego stężenia wapnia we krwi, co sprzyja powstawaniu zwapnień w ścianie tętnic i w zastawkach serca. Obecnie zaleca się zmniejszenie doustnej podaży wapnia ze wszystkich źródeł (pokarm + leki) do 2 g/dobę, co nakazuje ograniczyć znacznie dawkowanie preparatów wiążących fosforany zawierających wapń. Takie zmniejszone dawkowanie jest często niewystarczające, aby skutecznie zmniejszyć stężenie fosforanów. Wówczas wyborem

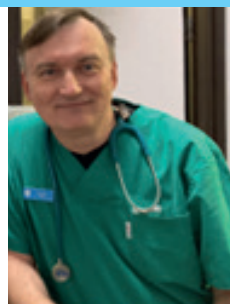
w leczeniu hiperfosfatemii stają się preparaty niezawierające wapnia. Obecnie dostępne są dwa takie preparaty tj. węglan lantanu i sewelamer. Podawanie sewelameru prowadzi do obniżenia stężenia fosforu jak również cholesterolu o kilkanaście procent, zmniejszenia zawartości wapnia w ścianie tętnic i w obrębie zastawek serca, w konsekwencji mając korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy. Problem mogą stanowić występujące u chorych objawy żołądkowo-jelitowe. Po podawaniu preparatów wapnia najczęstsze są zaparcia a przy podawaniu zarówno sewelameru jak i węglanu wapnia wzdęcia, bóle brzucha,

zaparcia lub biegunki, nudności i wymioty. Przy stosowaniu standardowych dawek częstość i nasilenie występowania tych objawów jest na ogół nieduże, a w przypadku podawania sewelameru zmniejsza się z czasem stosowanie leku. Częściej opisywano takie zaburzenia natomiast u chorych stosujących węglan lantanu i związku żelaza. **Reasumując**, dążenie do prawidłowych stężeń fosforanów jest niezwykle ważne, ale często niełatwe. Wymaga wspólnego ustalenia celów leczenia i współpracy pacjenta, nefrologa i dietetyka.

Płodność i ciąża u pacjentek dializowanych



Lek. med. Karolina Sęk-Szczepanowska
Kierownik Zespołu Domowej
Dializy Otrzewnowej
Stacja Dializ, USK nr1 w Łodzi



Dr med. Sławomir Chrul
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Większość kobiet w pewnym okresie życia pragnie zostać matkami. Nie inaczej jest wśród chorych na przewlekłą chorobę nerek, także w bardzo zaawansowanym stadium. Kobiety dializowane próbują ułożyć sobie życie zawodowe i osobiste, żyjąc w przekonaniu, że zagadnienie ciąży i antykoncepcji ich nie dotyczy. W tym artykule staramy się pokazać złożoność aspektów medycznych związanych z płodnością i ciążą u pacjentek dializowanych.

Dlaczego tak trudno zająć w ciążę będąc dializowaną?

Wiemy, że nerki oprócz funkcji usuwania większości toksycznych „odpadów” przemiany materii oraz odwadniania organizmu posiadają wiele innych ról w skomplikowanych układach regulatorowych. Na przykład biorą udział w przemianach witaminy D, regulują ciśnienie tętnicze czy wpływają na układ hormonalny. Właśnie w zaburzeniach hormonalnych towarzyszących głębokiej dysfunkcji nerek upatruje się powodu dla zaburzeń miesiączkowania, miesiączek bez owulacji i zaniku miesiączki w ogóle u około 75% pacjentek dializowanych. Prawidłowym cyklem miesiączkowym steruje tzw. oś podwzgórze-przysadka-jajniki. Hormony wydzielane przez pewne części mózgu regulują pracę jajników tak, żeby w cyklu miesiączkowym dochodziło do uwolnienia komórki jajowej i jej wędrowki do macicy celem zapłodnienia. W przypadku przewlekłego, zaawansowanego zniszczenia miąższu nerek dochodzi m.in. do spowolnienia wydalania hormonów z moczem, które kumulują się we krwi zaburzając układy sprzężeń zwrotnych. Nie dochodzi do owulacji, zmieniają się odstępy między miesiączkami, w końcu precyzyjna cykliczność zmian hormonalnych zanika w ogóle. Same jajniki ulegają uszkodzeniu przez co zmniejsza się wydzielanie estrogenów i tzw. rezerwa jajnikowa,

czyli ilość potencjalnie prawidłowych komórek jajowych. Dodatkowo hormon o nazwie prolaktyna, prawidłowo pobudzający gruczoły piersiowe do produkcji mleka, również ulega kumulacji i dodatkowo zaburza regulację cyklu. Oczywiście fakt, że zajście w ciążę podczas terapii dializami jest rzadkością, ma o wiele więcej przyczyn. Zaburzenia hormonalne wpływają bezpośrednio na libido i to zarówno kobiet jak i mężczyzn. Większość pacjentek skarży się na suchość pochwy, ból w trakcie stosunku. Nierzadkie bywają stany depresyjne, negatywne postrzeganie własnego ciała zwłaszcza w obecności przetoki tętniczo-żylnnej, cewnika do hemodializ lub dializ otrzewnowych. Niebagatelnym obciążeniem są też choroby współistniejące, głównie cukrzyca, a także objawy uboczne terapii wielolekowej. Także menopauza w grupie pacjentek dializowanych pojawia się około 4-5 lat wcześniej niż w populacji ogólnej. W przypadku dializ otrzewnowych dodatkowo winą za małe prawdopodobieństwo ciąży obarcza się hipertoniczny płyn w jamie otrzewnej utrudniający migrację komórki jajowej. Pierwszą ciążę u chorej hemodializowanej opisano w 1971 roku – zakończyła się ona sukcesem. Następnie przez kolejne dziesięciolecia obserwowano poprawiające się statystyki ciąż i porodów u pacjentek dializowanych, co należy przypisać postępowi technik dializacyjnych i wdrożeniu preparatów krwiotwórczych – erytropoetyn. Nadal jednak prawdopodobieństwo ciąży w trakcie hemodializ to najwyżej 2,4%, zaś podczas dializ otrzewnowych jest jeszcze dwa razy mniejsze. Większość ciąż notuje się w ciągu 1-2 lat od rozpoczęcia dializ, a szanse wzrastają im większa jest zachowana dłużej diureza resztkowa (ilość wydalanego moczu). Okazało się również, że wpływ na płodność ma przyczyna niewydolności nerek – częściej w ciążę statystycznie

zachodzą pacjentki z agenezją nerki/po nefrektomii, kłębuszkowymi zapaleniami nerek, zapaleniem naczyń niż chore z cukrzycową chorobą nerek czy wielotorbielowatością.

Powikłania ciąży u pacjentki dializowanej

U zdrowej kobiety podczas ciąży zachodzi wiele fizjologicznych zmian: między innymi zwiększenie przepływu krwi przez nerki (GFR), zwiększenie objętości krwi krążącej, względna niedokrwistość, zwiększa się ryzyko białkomoczu i rozwoju nadciśnienia tętniczego. Te dwa ostatnie powikłania mogą doprowadzić do tzw. rzucawki porodowej, będącej zagrożeniem życia dla matki i płodu, a przecież większość kobiet dializowanych wyjściowo

już choruje na nadciśnienie tętnicze i ma białkomocz. Niestety nie wyczerpuje to listy możliwych powikłań ciąży u pacjentek dializowanych, którą opracowali m.in. francuscy badacze w oparciu o doniesienia naukowe w latach 2010-2020. Spośród 2754 ciąż 92,6% stanowiły kobiety hemodializowane, pozostałe 7,4% pacjentek dializowało się otrzewnowo. W 16,9% doszło do samoistnych poronień (dotyczy I trymestru ciąży), 8,3% to martwe urodzenia i 7,6% to zgony noworodków w 1. miesiącu życia. Nie zanotowano śmierci matki. Ogólnie żywe urodzenia stanowią w tej obserwacji 71,4% wyników ciąż.

Tabela 1. Powikłania w ciąży

Powikłania ze strony matki		Powikłania ze strony płodu	
stan przedrzucawkowy (nadciśnienie, białkomocz) po 20 tyg. ciąży	11,9%	poród przedwczesny (przed 37 tyg.)	82,8%
nadciśnienie tętnicze de novo	7,7%	niska masa urodzeniowa < 2500 g	32%
niedokrwistość	3,9%	niewydolność oddechowa	2,4%
rzucawka (drgawki, nadciśnienie, białkomocz)	0,7%	wielowodzie	17,7%
zespół HELLP (hemoliza, podwyższone enzymy wątrobowe, małopłytkowość)	0,7%		
cholestaza (zahamowanie wydzielania żółci z wątroby ze świądem skóry)	0,7%		

Badacze z Włoch analizowali wyniki ciąż kobiet dializowanych i po transplantacji nerki w zestawieniu z wynikami w populacji ogólnej (obserwacja krajowa w latach 2000-2012). Oceniając odsetek żywych urodzeń sprowadzili wyniki do liczby na 1000 kobiet w przedziale wiekowym 20-45 lat.

Tabela 2. Odsetek ciąż zakończonych porodem

	Populacja ogólna	Po transplantacji nerki	Dializowane
Liczba żywych urodzeń na 1000 kobiet w wieku 20-45 lat	72,5	5,5-8,3	0,7-1,1

Wśród dzieci matek dializowanych odnotowano najwięcej porodów przedwczesnych (90,5%), najniższy średni wiek urodzeniowy (30 tyg. ciąży) i najniższą średnią masę urodzeniową (1200 g). Dr Giorgina Piccoli, podsumowała wyniki w syntetyczny sposób: **chora dializowana ma 10 razy mniejszą szansę na urodzenie żywego dziecka niż pacjentka po transplantacji nerki, a z kolei chora po przeszczepieniu nerki 10 razy mniejszą szansę niż kobieta z populacji ogólnej.**

Opieka nad ciężarną pacjentką dializowaną

Problemy zaczynają się już na etapie stwierdzenia ciąży u dializowanej – otóż testy ciążowe opierają się na badaniu stężenia hormonu beta-HCG (gonadotropina kosmówkowa), który w rosnących stężeniach występuje we krwi i w moczu kobiety ciężarnej. U chorych z niewydolnością nerek ulega on kumulacji i jest znamienne podwyższony. Podobnie niespecyficzne są objawy jak

osłabienie, nudności, brak miesiączki, których doświadcza wiele dializowanych kobiet. Jedyne pewnym dowodem ciąży jest zatem wykrycie pęcherzyka ciążowego w jamie macicy. To sprawia, że ciąża u dializowanych wykrywana jest późno – średnio dopiero około 16 tygodnia. Ze względu na zmienione wydalanie różnych białek, nie są także wiarygodne przesiewowe testy prenatalne np. PAPP-A. A ponieważ diagnostyczne nakłucie jamy owodniowej celem pobrania DNA płodu stanowi duże ryzyko, jedynym sposobem na jego zbadanie pod kątem wad genetycznych jest oznaczenie go czułymi metodami w krwi krążącej matki tzw. free DNA (NIPT). Fundamentalną decyzją po rozpoznaniu ciąży jest wybór optymalnej metody dializacyjnej. Obecnie preferuje się indywidualne podejście do każdej z dializowanych pacjentek ciężarnych. Oznacza to, że na przykład po stwierdzeniu ciąży u chorej dializowanej otrzewnowo nie ma konieczności natychmiastowej zmiany metody na hemodializę/hemodiafiltrację.

Tabela 3. Korzyści i ryzyko obu metod dializoterapii w okresie ciąży

Dializa otrzewnowa		Hemodializa	
za	przeciw	za	przeciw
Stabilne ciśnienie tętnicze matki=zachowany przepływ w krążeniu płodowym	Z czasem objętości wymian ulegają zmniejszeniu poprzez rosnącą objętość macicy, musi być zatem wydłużony czas zabiegu	Krótkie (3-4h) dializy 5-6 razy w tygodniu umożliwiają „łagodne” odwadnianie	Spadki ciśnienia krwi na/po hemodializie zaburzają przepływ łożyskowy
Brak nagłych przesunięć elektrolitowych - dializa ciągła	Uzyskanie odpowiednio niskich stężeń mocznika warunkuje duża diureza resztkowa	Możliwość uzyskania niskich stężeń mocznika niezależnie od diurezy resztkowej	Restrykcyjne podejście do diety i reżim płynowy
Liberalna dieta matki- rzadka skłonność do hiperkalemii w DO	Powikłania związane z dysfunkcją cewnika, krwawieniem do otrzewnej	Ścisła kontrola lekarska	Prawie codziennie nakłuwana przetoka przez kilka miesięcy
Ochrona diurezy resztkowej (ilości wydalanego moczu)	Możliwość typowych powikłań takich jak dializacyjne zapalenie otrzewnej – leczenie jest trudne, wymaga hospitalizacji i może zagrozić ciąży	Łatwe pobieranie krwi do badań – bez dodatkowych nakłuć żył obwodowych	Zaburzenia związane z krzepnięciem krwi – podawanie heparyny, możliwość wykrzepiania i utraty krwi
Matka pozostaje w domu zamiast 6 razy w tygodniu być na hemodializie – mniejszy stres, zmęczenie, szansa na infekcje zakaźne	Statystycznie częściej notuje się niską masę urodzeniową dziecka niż u matek hemodializowanych		W przypadku dializ z cewnika możliwość groźnych infekcji krwiopochodnych. Narażenie na infekcje zakaźne typu COVID, grypa etc.
			Codziennie hemodializy mogą być psychicznie i fizycznie dewastujące dla ciężarnej

Zasadniczo niezależnie od techniki dializacyjnej dąży się do stężeń mocznika zawsze poniżej 100 mg/dl (w niektórych zaleceniach nawet <75mg/dl) – w przypadku hemodializy ma być to oznaczenie przynajmniej przed rozpoczęciem środkowej sesji w tygodniu. Wyjątkową trudność sprawia także ocena stanu nawodnienia chorej. Wiadomo, że w prawidłowej ciąży przyrost masy ciała kobiety w pierwszym trymestrze to około 1,0-1,5 kg, zaś w drugim i trzecim 0,5 kg/tydzień. Przy prawidłowym rozwoju ciąży tyle właśnie powinniśmy dodawać do tzw. „suchej masy ciała” pacjentki. Z drugiej strony objaw obrzęków kończyn dolnych może być tu mylący i związany z zaburzeniami powrotu żylnego, a nie przewodnictwem. W przypadku ciąży pacjentek hemodializowanych istnieje bogate piśmiennictwo i doświadczenie dużych ośrodków, także w Polsce. Opisy ciąży u chorych dializowanych otrzewnowo są wciąż rzadkością i sprowadzają się zwykle do opisu pojedynczych przypadków. Zwykle w III trymestrze chora zaczyna być hemodializowana lub – rzadziej – dializom otrzewnowym towarzyszą 1-2 zabiegi hemodializ w tygodniu (technika hybrydowa). Duże nadzieje wiąże się z codzienną, domową hemodializą jako leczeniem optymalnym także w ciąży. Opieka nefrologiczna nad chorą dializowaną w ciąży poza właściwą eliminacją toksyn mocznicowych oraz dążenia do właściwego stanu nawodnienia musi obejmować jeszcze wiele innych istotnych zagadnień. Oto najważniejsze z nich:

- natychmiast po stwierdzeniu ciąży należy odstawić leki potencjalnie uszkadzające płód np. z grupy inhibitorów konwertazy

- leki preferowane w kontroli nadciśnienia tętniczego w ciąży powinny utrzymywać je w wartościach maksymalnych: skurczowe < 140 mmHg i rozkurczowe < 90 mmHg
 - uzupełnianie obecnych i przewidywanych niedoborów żelaza, kwasu foliowego, witamin z grupy B, witaminy C i mikroelementów
 - suplementacja witaminy D czyli cholekalcyferolu – łożysko ma zdolność konwersji do aktywnej formy - oraz wapnia (dieta bogatowapniowa, płyn dializacyjny o wyższym stężeniu wapnia)
 - zwiększanie dawki erytropoetyny dożylnie lub podskórnie (o 50-100 %) tak, aby docelowe stężenie hemoglobiny wynosiło około 11,0 g/dl
 - adekwatne spożycie białka – większe niż zwykle zalecane dializowanym oraz większa kaloryczność posiłków rosnąca odpowiednio do wieku ciąży
 - mała dawka kwasu acetylosalicylowego np. 75-100 mg/d ze względu na status „ciąży zagrożonej” stanem przedrzucawkowym
 - monitorowanie stężenia hormonów tarczycy – TSH nie powinno przekraczać zalecanych norm dla poszczególnych trymestrów ciąży
 - zalecane szczepienia np. przeciwko grypie
- Wyżej opisane złożone cele opieki nad chorą dializowaną w ciąży wymagają częstych wizyt u ginekologa - położnika oraz badań kontrolnych w Stacji Dializ oraz - w idealnej sytuacji - współpracy Lekarzy Prowadzących z zespołem specjalistów z zakresu endokrynologii, dietetyki czy psychologii.

Doświadczenia własne

W historii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP) w Łodzi znajdziemy niejedno rozwiązanie ciąży u chorej hemodializowanej bądź leczenie hemodializami chorej ciężarnej. Różnica polega na tym, że można włączyć do programu hemodializ pacjentkę w ciąży, która wymaga wsparcia nerkozastępczego lub opiekować się chorą, która zaszła w ciążę w trakcie dializ. Przykładem pierwszego rodzaju była 42-letnia pacjentka z genetycznie uwarunkowaną chorobą – wielotorbielowatością nerek, u której czwarta ciąża pogorszyła ich wydolność na tyle, że tylko intensywne hemodializy mogły utrzymać stężenie mocznika poniżej 80 mg/dl. Chora była dializowana 6 razy w tygodniu okresowo w ICZMP oraz w Stacji Dializ w Częstochowie, blisko miejsca zamieszkania. Po 20 tygodniach hemodializoterapii 13.05.2024 roku urodziła synka o masie 3040 g i Apgar 10 (maksymalna ocena w skali stanu noworodka tuż po urodzeniu).

Dziecko przyszło na świat zdrowe i z prawidłową masą urodzeniową w 38 tygodniu ciąży, czyli o czasie!

W Zespole Domowej Dializy Otrzewnowej Uniwersyteckiego Szpitala nr 1 w Łodzi opiekowano się 38-letnią chorą z nefropatią refluksową, która zaszła w ciążę po 4 miesiącach dializ otrzewnowych metodą automatyczną. Zdarzenie to miało miejsce w trakcie pierwszego roku pandemii SARS-Cov-19, więc po rozmowach z pacjentką i według jej życzenia, starano się jak najdłużej utrzymać metodę dializy otrzewnowej, gdyż zachorowalność i śmiertelność COVID wśród pacjentów hemodializowanych była wówczas przerażająco wysoka. Chora pozostawała pod ścisłą kontrolą ginekologa-położnika, zaś w ośrodku dializacyjnym pojawiała się co około 2 tygodnie - w niedziele, aby zminimalizować kontakt z innymi pacjentami. Z biegiem czasu, gdy powiększająca się macica zmniejszała komfortową objętość wpustów konieczne było wydłużenie czasu zabiegu aż do 12 godzin na dobę w III trymestrze. Ponieważ w polskim piśmiennictwie znaleziono tylko dwa przypadki ciąży u chorej dializowanej otrzewnowo (obie chore były hemodializowane pod koniec ciąży), istotne okazały się konsultacje zarówno z lokalnym jak i z gdańskim ośrodkiem klinicznym. Opieki ze strony ginekologiczno-położniczej podjęła się Klinika Położnictwa i Neonatologii ICZMP w Łodzi. Należy podkreślić również niezwykłą skrupulatność pacjentki, która rozsądnie i cierpliwie poddawała się wymagającej terapii. Wszystkie te okoliczności oraz wyjątkowo duża diureza resztkowa chorej (2-3 l/d) umożliwiły donoszenie ciąży tylko i wyłącznie z pomocą dializ otrzewnowych. 28.12.2020 roku w 39-tym tygodniu ciąży pacjentka urodziła siłami natury córeczkę o masie ciała 2540g i APGAR 10. Dializy otrzewnowe zostały wznowione u chorej 48 godzin po porodzie. Pacjentka karmiła piersią przy dokarmianiu sztucznym około 5 miesięcy. Po 2 latach od urodzenia dziecka przeszczepiono jej nerkę od dawcy zmarłego. 82,8% ciąży u chorych dializowanych kończy się przedwcześnie, około 65% przez cesarskie cięcie. W przypadku dializ otrzewnowej korzystniejszy jest

poród drogami natury - można wznowić dializy w ciągu 48 godzin. Cesarskie cięcie z kolei wymusza w tym przypadku konwersję do hemodializ na co najmniej 4-6 tygodni i regularną wielogodzinną rozłękę matki z noworodkiem. Poza tym nadmierne odwodnienie w czasie hemodializ po porodzie może zniweczyć szansę na karmienie piersią – nie ma do tego przeciwwskazań o ile matka czuje się na siłach i jest pokarm. Oczywiście nad właściwym odżywieniem noworodka czuwa już neonatolog-pediatra i zwykle potrzebne jest żywienie hybrydowe. Wydaje się, że **wśród procedur przyjmowania do programu dializ przewlekłych kobiet w wieku rozrodczym, powinna znaleźć się obligatoryjnie rozmowa na temat planów prokreacyjnych.**

Chore te muszą być świadome, że pomimo zaburzeń miesiączkowania albo nawet zaniku miesiączki ciąża nie jest wykluczona. Powinny znać podwyższone ryzyko takiej ciąży zarówno dla matki jak i dziecka i jeśli się na nią zdecydują, to planowo należy je do tego przygotować np. niwelując cechy niedożywienia, ustalając dawkę dializy z docelowym stężeniem mocznika < 100 mg/dl, wyrównując niedobory żelaza, kwasu foliowego oraz odstawiając teratogenne leki.

Antykoncepcja u pacjentek dializowanych

Jeżeli pacjentka nie planuje ciąży należy doradzić chorej metody skutecznej antykoncepcji, z których żadna nie jest idealna. W badaniu amerykańskim obejmującym lata 2005-2014 tylko 5,3% pacjentek dializowanych w wieku prokreacyjnym przyznawało się do stosowania antykoncepcji. Aktualnie do metod rozważanych w tej grupie chorych zalicza się:

- sterylizacja, która jest tyleż skuteczna co nieodwracalna
- wkładki domaciczne z jonami miedzi

- są przeciwwskazane przy wadach układu moczowego, nawracających infekcjach dróg moczowych, immunosupresji i dializie otrzewnowej

- jednoskładnikowe środki antykoncepcyjne zawierające pochodną progesteronu- gestagen.

W formie doustnej POP (Progestin-Only Pills) muszą być przyjmowane regularnie z dokładnością do 3 godzin, mogą wchodzić w interakcje np. z lekami immunosupresyjnymi, ale wiążą się ze znacznie mniejszym ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych niż preparaty złożone z estrogenami. POP mogą występować także w formie samoaplikowalnych krążków dopochwowych, iniekcji domięśniowej lub implantu podskórnego - wówczas działanie jest długotrwałe i skuteczne. Ponieważ brak jest efektu „pierwszego przejścia przez wątrobę” nie wchodzi one wtedy w konflikt metaboliczny z innymi lekami, zaś poboczny objaw zaniku miesiączki (często obfite u dializowanych) może okazać się bardzo korzystny - także dla kontroli niedokrwistości. Niestety nawet środki tylko z gestagenem (pochodnymi progesteronu) mają obostrzenia np. nie są polecane w zespole antyfosfolipidowym czy toczeniu. Choć formy długodziałające nie wymagają dyscypliny od pacjenta i są stosunkowo tanie, mogą sprzyjać osteoporozie i otyłości.

- metody barierowe- najczęściej stosowane; prezerwatywy męskie i żeńskie, kapturki, gąbki-są też najmniej skuteczne

i nie powinny być używane jako jedyna metoda antykoncepcji. Należy również omówić antykoncepcję awaryjną, czyli po niezabezpieczonym stosunku, jeśli kobieta nie chce zajść w ciążę. Składa się na nią pojedyncza duża dawka gestagenu podana w ciągu 72 godzin doustnie jednorazowo (jeśli wystąpią wymioty w czasie < 3 godziny należy dawkę powtórzyć) lub założenie domacicznej wkładki miedzianej w ciągu 120 godzin (5 dni) od stosunku. Im późniejsza interwencja tym mniejsza szansa na powodzenie antykoncepcji. Zasadniczo forma doustna nie jest przeciwwskazana u chorych na przewlekłą chorobę nerek niezależnie od przyczyny choroby i jej stadium - o ile stosowana jest rzadko! W podsumowaniu warto zaznaczyć praktyczne wnioski dotyczące tematu płodności i ciąży u pacjentek dializowanych, ale adresowane do nich samych.

1. Jeżeli wiesz o swojej chorobie nerek i planujesz ciążę

- koniecznie poproś swojego nefrologa i ginekologa o rozmowę na ten temat! Pogarszanie się wydolności nerek przybiera różne tempo i dlatego czas ma tutaj duże znaczenie - nie należy tej rozmowy odkładać.

2. Jeżeli jesteś już dializowana i planujesz ciążę

- warto umówić się razem z partnerem na dłuższą rozmowę z nefrologiem: istnieje niewielka szansa na to, że zajdziesz w ciążę, jeśli jednak się uda, musisz wiedzieć, że masz 100 razy mniejszą szansę na urodzenie zdrowego dziecka niż kobiety zdrowe. Na tej podstawie i w oparciu o Twoją własną sytuację zdrowotną PODEJMIESZ ŚWIADOMĄ DECYZJĘ na temat ciąży.

3. Jeżeli jesteś już dializowana i nie chcesz zajść w ciążę

- pamiętaj, że ani zaawansowana choroba nerek, ani nieregularne miesiączki lub ich brak nie wykluczają możliwości zajścia w ciążę! Jeśli jesteś aktywna seksualnie, konieczne jest stosowanie skutecznej antykoncepcji - nefrolog i ginekolog dopasują metodę do twojego stanu zdrowia, ALE NIE OBAWIAJ SIĘ ROZMAWIAĆ NA TEN TEMAT Z LEKARZAMI.

4. Jeżeli jesteś już dializowana i zaszłaś w ciążę

- GRATULACJE - masz spore szanse urodzić zdrowe dziecko, choć musisz znać ryzyko dla siebie i płodu, przygotować się na intensywne dializy (nie zawsze trzeba zmieniać otrzewnowe na hemodializy), skupić całą uwagę na sobie oraz ścisłej współpracy z wielospecjalistycznym zespołem lekarzy, którzy będą Ci pomagali w przygotowaniu do narodzin Twojego dziecka.

PIELĘGNIARKA RADZI

Czy warto zrobić sobie tatuaż?



Mgr Beata Białobrzaska

Pielęgniarka Oddziałowa
Klinika Nefrologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
w Gdańsku

Wstęp

To nie jest nowa moda - tatuaż znany jest już od tysięcy lat, choć zmieniała się jego funkcja i postrzeganie. Nie zawsze kojarzył się pozytywnie, bo na przestrzeni wieków tatuowano m.in. niewolników czy skazańców. Ale mógł oznaczać też np. przynależność do jakiejś grupy, społeczną pozycję czy po prostu ozdabiał ciało. To coś w rodzaju biżuterii umieszczonej na ciele. Dzisiaj artyści tatuażu mają do dyspozycji wielokolorowe barwniki i nowoczesne maszyny. Z ich pomocą potrafią tworzyć na skórze małe dzieła sztuki. Czy posiadanie takiej ozdoby jest jednak w pełni bezpieczne?

Dlaczego ludzie chcą mieć tatuaż?

W oparciu o dane statystyczne (CBOS) ocenia się, że w naszym kraju tatuaż jest popularną metodą ozdabiania ciała, ponieważ jedna na osiem dorosłych osób

(10 % mężczyzn i 6 % kobiet) ma tego rodzaju rysunek. Na świecie odsetek ten jest jeszcze wyższy. W Polsce ciało tatuują głównie ludzie młodzi, najczęściej w wieku 25-34 lata. Niejednokrotnie taką ozdobę ludzie robią sobie na ramieniu (37 %). Popularne są też inne części rąk oraz plecy. Ponad 60 % osób ozdabiających permanentnie skórę robi to, ponieważ chce zwrócić na siebie uwagę. Niecała połowa kieruje się modą i chce być na czasie. Zwolennicy tatuaży często chcą także podkreślić własną indywidualność.

Jak wykonuje się tatuaż i jak wpływa on na organizm?

Obecnie tworzy się je z pomocą specjalnego urządzenia, która działa trochę jak maszyna do szycia. Mała igła przebija skórę od 50 nawet do 3 000 razy na minutę, ale zamiast nici niesie małe kropelki tuszu i zostawia pigment w skórze właściwej. Fakt ten nie pozostaje bez śladu na równowadze wewnętrznej ludzkiego organizmu, a nawet stawia w stan ostrzeżenia układ odpornościowy wysyłając wyspecjalizowane komórki, które pochłaniają tusz. Jednak, kiedy już to robią, to z tuszem w środku pozostają na miejscu. Łatwo się domyślić, że wielokrotne przebijanie skóry i co więcej wprowadzanie do niej obcej substancji może stwarzać zagrożenie. Badający reakcję na tatuaż w Langone Medical Center odkryli, że zrobienie sobie tatuażu może powodować wysypkę, silne swędzenie czy obrzęk. Niektóre dolegliwości utrzymują się przy tym przez kilka miesięcy. Mogą pojawiać się też krótkotrwałe problemy takie jak wydłużone gojenie, ból, utrzymujący się obrzęk czy infekcje. Dotyczą one aż 10 % wytatuowanych osób. Jednocześnie

badacze zauważyli, że najdłużej utrzymujące się powikłania pojawiały się najczęściej przy dwóch kolorach tuszu - czerwonym i czarnym. Czerwony tusz może powodować aż 44 % przypadków komplikacji, chociaż był stosowany tylko w 36 % tatuaży. Ponadto, samo użycie tych pigmentów niesie za sobą znaczne ryzyko nowotworów. Najczęściej używany kolor czarny zawiera produkty sadzy, która jest wymieniana przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem jako produkt rakotwórczy dla ludzi. W wyniku niepełnego spalania wykorzystywanego do produkcji sadzy powstają produkty o silnym działaniu rakotwórczym (benzopiren). Inną bardzo niebezpieczną substancją występującą w kolorowych tuszach (czerwony) są związki azotowe, które mogą uwalniać rakotwórcze aminy pod wpływem promieni słonecznych lub laserowego usuwania. Dlatego używanie kolorowych tuszów w dużych ilościach (gęstsze wzory i na większych powierzchniach ciała) może stanowić zagrożenie dla zdrowia.

Czy istnieje jakiegokolwiek ryzyko powikłań po wykonaniu tatuażu?

Zagrożenie wynika z przebijania skóry. W tym czasie mogą do niej wniknąć bakterie (np. gronkowiec złocisty), wirusy czy grzyby. Same tusze mogą zawierać różne potencjalnie szkodliwe substancje. Działanie salonów tatuażu podlega regulacjom Sanepidu, ale zawsze warto pytać o stosowane procedury zapewnienia bezpieczeństwa. Wiele salonów zdaje sobie sprawę z ryzyka związanego z możliwością zakażenia wirusem B i C zapalenia wątroby, czy HIV i nie podejmuje koniecznych działań, aby temu przeciwdziałać. Skład tuszów nie jest również na razie w Polsce w pełni uregulowany. Nie są one bowiem uznawane ani za kosmetyki lub wyroby medyczne i nie muszą podlegać reżimom specyficznej produkcji. Prawo międzynarodowe zobowiązuje jednak właścicieli gabinetów tatuażu do posiadania karty charakterystyki produktu dla każdego ze stosowanych tuszów zgodnie z przepisami Unii Europejskiej.

Czy tatuaże działają tylko w miejscu ich umieszczenia?

Podczas wykonywania tatuażu toksyczne substancje mogą też uwalniać się z samej igły, gdyż w trakcie nakłuwania z igły uwalniają się niewielkie cząstki metalu, z którego jest zrobiona. Zawierają one nikiel i chrom, często powodujące alergię. Dlatego uważa się, że w przypadku wykonywania samego tatuażu dzieje się znacznie więcej niż widać. Nie chodzi tylko o zasady higieny panujące w salonie, sterylizację sprzętu czy nawet pigmenty. Zaobserwowano, że nie tylko tusz, ale także ścierająca się igła oddziałuje na organizm. Uwalniające się z igły cząstki, podobnie jak pigmenty, przemieszczają się do węzłów chłonnych. Naukowcy odkryli jednocześnie, że igła ulega zniszczeniu pod wpływem dwutlenku tytanu dodawanego często w celu rozjaśniania kolorowych tuszy, np. zielonego, niebieskiego czy czerwonego. Gromadzenie się pigmentów i cząstek z igły w węzłach chłonnych wymaga szczególnej uwagi ze względu na możliwość powodowania alergii. Wpływ ścierającej się igły na zdrowie człowieka jest obecnie

na etapie badań epidemiologicznych. Badania udowodniły, że osoby posiadające tatuaż o powierzchni większej niż ludzka dłoń, mają większą skłonność do nowotworów skóry.

Kto nie powinien robić sobie tatuażu?

Biorąc pod uwagę powyższe analizy, należy szczególnie rozważyć wykonanie tatuażu u osób, które są lub będą kandydatami do transplantacji nerki. Poza ryzykiem infekcji, jest to o tyle ważne, że użycie pigmentów w połączeniu z lekami immunosupresyjnymi oraz promieniami UV może spowodować skłonność do rozwoju nowotworów skóry i/lub chłoniaka. Pacjenci będący po transplantacji nerki są w szczególny sposób narażeni na powikłania dermatologiczne i w przypadku obecności licznych tatuaży trudniej wykryć i zdiagnozować zmiany skórne. Ponadto, po dokonanym przeszczepieniu nerki istnieje konieczność częstego pobierania krwi do analiz laboratoryjnych i zakładania wkłuc obwodowych (wenflony), a liczne tatuaże na przedramionach utrudniają znalezienie odpowiednich naczyń do tego rodzaju działań.

Czy osoba dializowana może zrobić sobie tatuaż?

Osoby dializowane są narażone na liczne pobyty w szpitalu i dokonywane na skórze działania medyczne. Upośledzona odporność ogólna u osób dializowanych może dodatkowo sprzyjać powikłaniom infekcyjnym związanym z wykonaniem tatuażu. Obecność tatuażu na kończynach górnych może powodować utrudnienia w znalezieniu odpowiedniej żyły do założenia wenflonu, jak również maskować objawy stanu zapalnego wokół wkłuc obwodowych, czy przetoki tętniczko-żylniej wykorzystywanej do hemodializy. Wobec powyższego oraz w związku z ryzykiem zakażenia, wykonanie tatuażu powinno być starannie przemyślane.

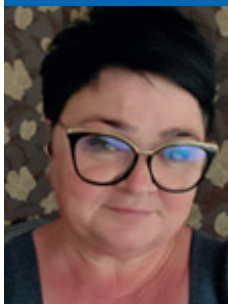
Jak bezpiecznie usunąć tatuaż?

Usuwanie tatuażu jest również niebezpiecznym zabiegiem. Laserowe usuwanie tatuażu uważane jest za najbezpieczniejsze, jednak może prowadzić do powstania dolegliwości bólowych, strupów i owrzodzeń oraz długotrwałych problemów, takich jak zmiany w zabarwieniu skóry, blizny czy odczyny alergiczne. Badania dodatkowo potwierdzają rozpad składników tuszu w czasie laserowego usuwania tatuażu. Analiza najczęściej stosowanych 36 pigmentów wykazała uwalnianie szkodliwych substancji (aminy aromatyczne, cyjanowodor) o charakterze rakotwórczym.

Podsumowanie

Tatuaż jest obecnie uważany za symbol wolności i indywidualności. Jest rodzajem biżuterii zdobiącej skórę. Wykonanie tego rodzaju ozdoby może wywoływać jednak negatywne reakcje i powikłania. Z tego ważnego powodu przed wykonaniem tatuażu warto się dobrze zastanowić, czy jest to naprawdę niezbędne.

Praca zarobkowa podczas dializ – Czy można? Czy warto?



Mgr piel. Katarzyna Kalista

Specjalista ds. wdrożeń
Pielęgniarka ds. dializy otrzewnowej
Fresenius Medical Care Polska SA

Choroby nerek to poważne schorzenia, które mogą prowadzić do konieczności regularnych dializ. Osoby poddające się hemodializie lub dializie otrzewnowej często zastanawiają się, czy mogą kontynuować pracę zawodową. Choć dializa wiąże się z ograniczeniami, wiele osób nadal pozostaje aktywnych zawodowo, dostosowując swoją pracę do nowych warunków zdrowotnych. Praca to nasza codzienność. Pracujemy, aby spełniać swoje pasje i marzenia, aby rozwijać swoją karierę. Pracujemy, aby posiadać środki na utrzymanie siebie i rodziny. Czy myślimy jednak o tym, czy będziemy mogli pracować zawsze. To takie oczywiste. Uczymy się. Znajdujemy pracę, gdy mamy szczęście to kochamy swoją pracę i spełniamy się w niej. Już Konfucjusz mówił o tym: „Wybierz pracę, którą kochasz, a nie przepracujesz ani jednego dnia w swoim życiu.” Pracujemy i w pracy spędzamy znaczną część naszego życia. Nikt nie myśli jednak na co dzień, że może mieć tę pracę utrudnioną lub może ją stracić. Dopiero, gdy pojawia się problem – w tym przypadku choroba przewlekła pojawiają się obawy. Pracuję z pacjentami chorującymi przewlekłe już od 34 lat. Rozmawiam z nimi na różne tematy, również o pracy. Wielu z nich chce pracować, ale wielu musi pracować, aby utrzymać swoje rodziny. Często pacjent zakłada rodzinę ze współmałżonkiem lub partnerem, powołują do życia dzieci, i to wszystko dzieje się zanim dowiadują się o swojej chorobie przewlekłej. Faktem jest, że w dzisiejszych czasach rozwój medycyny i metod dializoterapii umożliwia bardziej niż kiedykolwiek pracę zarobkową naszych pacjentów. Pacjenci zderzają się jednak z wieloma problemami: godziny pracy, zmianowość, pracodawca i współpracownicy nieczuli na nasze nieobecności w pracy, na brak sił i energii. Hemodializy wymuszają dostosowanie się do godzin sesji dializacyjnych – hemodializa 3 razy w tygodniu, jeden zabieg trwa około 4-4,5 godziny, plus transport w obie strony, czas oczekiwania na podłączenie i odłączenie sesji dializacyjnej. Wiele zależy od systemu pracy – czy jest to praca jedno - czy wielozmianowa. Znam pacjentów, którzy pracują i dializują się w stacji dializ na tzw. trzecią zmianę, czyli po swojej pracy zawodowej. Ale pacjenci mają przecież różne samopoczucie po hemodializie. Znam też takich, którzy po zabiegu hemodializy muszą odpocząć. Oczywiście samopoczucie zależy

od wielu czynników i współchorobowości pacjentów. Pacjenci leczenia metodami dializy otrzewnowej mają trochę łatwiej. Mogą dopasować swoje sesje dializ do systemu pracy. Znam wielu pacjentów dializowanych otrzewnowo, którzy pracują. Dostosowują dializy do swojego rytmu dnia. Uczymy, aby w dializach CADO czyli ręcznych, wykonywać je 4 razy na dobę. Płyn dializacyjny w jamie otrzewnej powinien wtedy zalegać – leżakować około 4-5-6 godzin plus przerwa nocna około 8-10 godzin. Dopasowujemy wymiany do rytmu dnia pacjenta: pierwsza wymiana po wstaniu, druga w porze lunchu, trzecia popołudniu i czwarta przed snem. Jeśli pacjent pracuje od rana to drugą wymianę może wykonać po pracy, a trzecią i czwartą rozłożyć równo na godziny wieczorne i przed snem. W przypadku metody ADO – gdzie wymiany wykonuje się przy pomocy zaprogramowanego cyklera i jest to jedna 8-10 godzinna sesja na dobę jest trochę łatwiej. Moi pacjenci, którzy pracują w nocy podłączają się do cyklera po powrocie z pracy. Ci którzy pracują w ciągu dnia podłączają się do cyklera na noc. Reasumując, chcę przedstawić, jakie są główne wyzwania związane z pracą pacjenta dializującego się:

- **czasochłonność dializ** – hemodializa wymaga regularnych wizyt w stacji dializ, co może kolidować z pracą na pełny etat. Dializa otrzewnowa daje większą elastyczność, ale wymaga codziennych zabiegów w domu;
- **zmęczenie i osłabienie** – osoby dializowane często doświadczają przewlekłego zmęczenia, które może wpływać na ich efektywność zawodową. Ważne jest dostosowanie tempa pracy do własnych możliwości;
- **ograniczenia fizyczne** – niektóre prace wymagające dużego wysiłku fizycznego lub narażenia na toksyny mogą być niewskazane dla osób dializowanych. Warto skonsultować się z lekarzem i pracodawcą w celu dostosowania obowiązków zawodowych. Jakimi możliwościami kontynuowania pracy ma dializujący się pacjent:
- **praca zdalna** – w dobie cyfryzacji coraz więcej zawodów można wykonywać z domu, co ułatwia godzenie pracy z dializami;
- **elastyczny czas pracy** – niektóre firmy oferują elastyczny grafik lub możliwość pracy w niepełnym wymiarze godzin, co może być dobrym rozwiązaniem;
- **dostosowanie stanowiska pracy** – warto porozmawiać z pracodawcą o dostosowaniu obowiązków lub stanowiska pracy oraz ewentualnych przerw na odpoczynek. Wsparcie osób dializujących się jest kluczowe, aby poprawić ich jakość życia i pomóc im w codziennym funkcjonowaniu. Istnieje wiele form wsparcia, które mogą obejmować zarówno pomoc medyczną, społeczną, pomoc instytucji oraz wsparcie rodziny.
- **Orzeczenie o niepełnosprawności** – może dawać prawo do dodatkowych przerw lub skróconego czasu pracy.
- **Pomoc prawna i socjalna** – istnieją

programy wsparcia dla osób przewlekle chorych, które ułatwiają łączenie pracy z leczeniem.

▪ **Wsparcie psychologiczne** – dializa to proces, który może być bardzo obciążający emocjonalnie. Wsparcie psychologiczne, zarówno indywidualne, jak i grupowe, pomaga pacjentom radzić sobie ze stresem związanym z leczeniem, a także z lękiem o przyszłość zdrowotną. Często organizowane są grupy wsparcia, gdzie pacjenci mogą wymieniać się doświadczeniami.

▪ **Pomoc ze strony rodzin i bliskich** – rodzina odgrywa ogromną rolę w procesie leczenia. Ich wsparcie emocjonalne oraz pomoc w codziennych obowiązkach (np. dojazdy do ośrodków dializacyjnych) może znacznie poprawić komfort życia osoby dializowanej.

▪ **Programy rehabilitacyjne i edukacyjne** – osoby dializowane mogą uczestniczyć w programach rehabilitacyjnych, które pomagają w utrzymaniu aktywności fizycznej, poprawiają kondycję i zmniejszają ryzyko powikłań. Współczesne ośrodki dializacyjne oferują także programy edukacyjne dotyczące diety, stylu życia i zarządzania chorobą.

▪ **Wsparcie społeczne i zawodowe** – istnieją programy wspierające powrót do aktywności zawodowej osób dializowanych. Przykładem może być zatrudnianie pacjentów dializowanych w roli pracowników socjalnych lub doradców w stacjach dializ, co daje im poczucie spełnienia zawodowego i możliwości wsparcia innych.

▪ **Inicjatywy lokalne i organizacje charytatywne** – w wielu krajach i miastach działają organizacje, które oferują pomoc finansową, społeczną oraz edukacyjną osobom dializowanym. Są to fundacje, które organizują zbiórki, zapewniają transport do ośrodków medycznych czy organizują różne formy wsparcia. Osoby dializowane mogą i często chcą kontynuować pracę zawodową, ale wymaga to dostosowania warunków zatrudnienia do ich stanu zdrowia. Kluczowe jest znalezienie harmonii między obowiązkami zawodowymi a leczeniem. Pozwala to na zachowanie aktywności zawodowej i dobrej jakości życia. Istnieją przykłady osób, które pomimo dializ prowadzą aktywne życie zawodowe.

Pan Mirosław od 10 lat jest poddawany dializom.

Największą satysfakcję czerpie z możliwości bycia wśród ludzi i poczucia, że jest komuś potrzebny. Od 6 lat pracuje jako portier, co pozwala mu na utrzymanie aktywności zawodowej i społecznej. Zaczerpnięte z niepelnosprawni.pl

Pani Ania pracuje jako specjalista ds. HR oraz angażuje się w działalność kooperatywy spożywczej. Po dwóch latach korzystania z hemodializy zdecydowała się na dializę otrzewnową, co umożliwiło jej lepsze dostosowanie leczenia do trybu pracy i codziennych obowiązków. Zaczerpnięte z zyciezdializa.pl

Dodatkowo, istnieją inicjatywy mające na celu wspieranie pacjentów dializowanych w powrocie do aktywności zawodowej. Przykładem jest projekt „Opiekun socjalny na każdej stacji dializ”, który promuje zatrudnianie pacjentów dializowanych lub po przeszczepie jako pracowników socjalnych w stacjach dializ. Taka rola pozwala im nie tylko na integrację zawodową, ale także na udzielanie wsparcia innym pacjentom, dzieląc się własnym doświadczeniem i pomagając w procesie adaptacji do choroby. Zaczerpnięte z osod.info

Ważne jest, aby osoby dializowane miały dostęp do odpowiedniego wsparcia, zarówno medycznego, jak i psychologicznego, co może znacząco wpłynąć na ich zdolność do kontynuowania pracy zawodowej. Przykładem dobrej praktyki jest współpraca między uczelnią a stacją dializ, gdzie studenci psychologii udzielają wsparcia pacjentom, co pozytywnie wpływa na ich jakość życia i możliwości zawodowe. Zaczerpnięte z journals.viamedica.pl

Podsumowując – Czy można? Czy warto?

Dializoterapia to wyzwanie zarówno logistyczne, psychologiczne, dietetyczne i społeczne, ale moi pacjenci pracują i z powodzeniem, chociaż nie bez trudu, łączą leczenie z aktywnością zawodową i życiem rodzinnym. Chociaż nie jest to łatwe, to jednak osoby dializowane mogą prowadzić aktywne życie, zarówno zawodowe, jak i społeczne, co wpływa na ich ogólne samopoczucie i jakość życia. A to najważniejszy cel leczenia. „Nic nie jest podawane na tacy – każdy zawsze trafia na jakieś przeszkody po drodze. Kiedy się pojawią, zastanów się, jak je pokonać, a nie myśl o tym, że to już koniec drogi” (Michael Jordan)

NERKI I DUSZA

Nie mogę spać! Co robić?!



Dr med. Jacek Lange

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

Rola snu

Wszyscy wiemy, że sen służy odpoczynkowi, wyłączeniu się z aktywności fizycznej. Aktywność psychiczna natomiast przebiega w czasie snu nadal, ale nieco inaczej. Dochodzi wtedy do różnorodnego odtwarzania faktów bądź odczuć doświadczonych zwykle w niedalekiej lub bardzo dalekiej przeszłości, często uświadomionych, ale czasem z obszaru nieświadomości. Stąd słusznie Miron Białoszewski w książce „Tajny dziennik” pisze, że „sny to są właściwie filmy na własny użytek”. Sen służy też odsunięciu nas od natłoku bodźców, którymi bombarduje nas życie. Tak więc jest on bardzo potrzebny, w odpowiedniej liczbie godzin w ciągu doby.

Dla osoby dorosłej mówi się o 7-8 godzinach na dobę. Małe dzieci wymagają dużo więcej snu, nawet do kilkunastu godzin. Sen ma ogromny wpływ na jakość naszego życia. Brak odpowiedniej ilości snu dobrej jakości skutkuje zmęczeniem, ale także zakłóceniem naszego dobrostanu zarówno psychicznego, jak i fizycznego. Może powodować stan niepokoju, depresję, potencjalne konflikty z bliższymi bądź dalszymi osobami. Negatywnymi skutkami zdrowotnymi mogą być także: zespół metaboliczny, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia pracy serca i układu nerwowego.

Dializa a sen

Pacjenci z przewlekłą chorobą nerek, a szczególnie pacjenci hemodializowani, a także dializowani otrzewnowo, chociaż ci ostatni w mniejszym stopniu, zgłaszają różne aspekty zaburzeń snu - od trudności z zasypianiem, poprzez płytki sen, częste przebudzenia, aż do nadmiernej senności w ciągu dnia, wynikającej z przesunięcia trybu dziennie-nocnego. Rozważając przyczyny tych zaburzeń należy stwierdzić, że jest ich wiele. W przewlekłej chorobie nerek dochodzi do zaburzeń neurologicznych obecnych z powodu podwyższonego poziomu toksyn mocznicowych, częstszych na hemodializie niż na dializie otrzewnowej. Może to skutkować tzw. polineuropatią, czyli zaburzeniami funkcji nerwów obwodowych, ale także mózgu. Wpływ na to mogą mieć także wahania stanu nawodnienia, szczególnie obecne u osób nieoddających już moczu, gdy przed zabiegiem hemodializy osoby te bywają często przewodnione nawet o 3-6 litrów, a z kolei przez czas nawet do 10 godzin po hemodializie ma miejsce odwodnienie i zespół niewyrównania. Powodem tego są toksyny i płyn, które zostały tylko częściowo usunięte z krwi, ale zalegały także w innych przestrzeniach organizmu i wędrują pomiędzy nimi dążąc do wyrównania stężeń. W dializie otrzewnowej, ze względu na większą łagodność i dłuższy czas procesu transportu toksyn i płynu, wahania te mają w mniejszym stopniu miejsce. Spowodowane jest to tym, że dializa zachodzi w jamie otrzewnej, gdy pacjent nie wykonuje żadnych czynności z nią związanych.

Co mogę zrobić żeby spać lepiej?

Mamy ogromny wpływ na jakość naszego snu. Pacjent dializowany ma możliwość zapobiegania nadmiernemu przewodnieniu czy odwodnieniu, lepiej stosując się do zaleceń. Podobnie sprawa ma się z możliwością wpływania na produkcję toksyn mocznicowych, w większości powstających z przyjętego pokarmu. Zacytuje tu Aleksandra Fredrę, a za nim Pana Profesora Bolesława Rutkowskiego z Gdańska: „Czuj proporcjum Mocium Panie”. Produkty odżywcze są potrzebne do funkcjonowania naszego organizmu, ale ich nadmiar może szkodzić. Przykładem mogą tu być nadmiernie spożywane ilości białka (mięso, sery), fosforanów (ser żółty, warzywa strączkowe), potasu (owoce, warzywa). Nic z tych produktów nie jest całkowicie zakazane, gdyż niemożliwe byłoby wtedy stworzenie diety pacjenta dializowanego, ale ich nadmiar szkodzi, także pogarszając jakość snu. Późne jedzenie posiłków wieczorem może także powodować uczucie ciężkości, a jednocześnie aktywuje ono nasz układ

pokarmowy do trawienia wtedy, gdy powinniśmy mu już dać odpocząć. Duże znaczenie ma też stosowanie używek – palenie tytoniu i picie alkoholu, zwłaszcza wieczorem. Część osób ma kłopoty ze snem także po wypiciu kawy lub mocnej herbaty nawet, gdy to nastąpi przed godziną 15. Kawa i herbata pobudzają układ nerwowy, przyspieszają pracę serca i podnoszą ciśnienie, chociaż co do utrudnień związanych ze snem ich związek nie jest regułą. Ogromny wpływ na jakość snu ma nasze zachowanie w godzinach wieczornych. Chodzi tu o aktywność psychofizyczną, oglądanie telewizji i słuchanie radia do późna, przeglądanie informacji w komputerze czy telefonie komórkowym. Oprócz czysto emocjonalnego wprawiania się w pewien stan napięcia w czasie, gdy powinniśmy się wygaszać przed snem, mają tu też znaczenie czynniki fizyczne. Nasz mózg bywa oszukiwany światłem ekranu telefonu komórkowego błędnie uznając, że światło to świadczy o porze dziennej i wymaga jego aktywności. Tym sposobem zamiast przestawić go w tryb wyciszenia przed snem, pobudzamy mózg do większej aktywności i wytrącamy z naturalnego rytmu. Podobnie ma się sprawa z przeglądaniem telefonu komórkowego bądź komputera w nocy, gdy wybudzimy się, a chcielibyśmy później jeszcze zasnąć. Powrót do wyciszenia wskutek takiej aktywności jest dla mózgu bardzo trudny. Tak więc stan emocjonalny ma duże znaczenie, ale nie zawsze mamy na niego wpływ. Zasadne jest powiedzenie: „jeszcze nie widziałem osoby, która by się wyciszyła po usłyszanym słowie – uspokój się”. Oprócz higieny zachowań, wspomnianych powyżej, możemy sobie także pomóc pewnymi substancjami. Mogą to być środki roślinne dostępne bez recepty w aptece. Tu zgodnie z treścią usłyszaną z radia i telewizji „zapytaj swojego lekarza bądź farmaceutę”. Ważnym jest, by stosować się do dawek zaleconych w ulotkach. Jeśli są one nieskuteczne, należy się zwrócić z tym problemem do lekarza rodzinnego, internisty, nefrologa, a gdy pomoc tamtych nie odnosi wymaganego efektu – do psychiatry. Nie bójmy się tego. Zaburzenia snu, zwłaszcza ciężkie, mogą leżeć w gestii psychiatrii bądź psychoterapii. Mogą też być objawem często nieuświadomianej depresji. Ewentualnie następnym etapem, przy niedostatecznej skuteczności substancji ziołowych, są leki uspokajająco-nasenne na receptę. Podobnie jak przy substancjach ziołowych, stosujemy gradację – zaczynamy od słabszych leków i mniejszych dawek, a dopiero gdy one nie działają – pod kontrolą lekarza zwiększamy dawki lub zamieniamy na silniejsze. Część leków uspokajająco-nasennych może uzależniać, część jest przeciwwskazana u osób starszych. Zapytajmy o te aspekty lekarza. Warto zadbać o jakość snu. Jeśli poprawa higieny snu nie zadziała, to warto zwrócić się do lekarza. Sen bowiem wpływa na funkcjonowanie fizyczne człowieka, między innymi na mniejsze nasilenie zmęczenia oraz psychiczne – polepszając funkcje poznawcze i minimalizując lęk. Podsumowując SEN poprawia jakość życia.

Życzę Państwu dobrego snu wtedy, gdy chcielibyście taki mieć.

Upadki u pacjentów dializowanych - jak zmniejszyć ryzyko niepomyślnych zdarzeń



Dr hab. Bożena Ostrowska, prof. AWF

Katedra Podstaw Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej
Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

Upadki w chorobach przewlekłych stanowią poważny problem medyczny i społeczny, związany niejednokrotnie z utratą niezależności funkcjonalnej i pogorszeniem jakości życia. Osoby poddawane dializie, kilkakrotnie częściej (od 20% do 75% pacjentów rocznie) doświadczają upadków, w odniesieniu do populacji ogólnej. Pacjenci dializowani są również 2-4-krotnie częściej narażeni na urazy i złamania. Zagrożenie to wzrasta aż 14-krotnie w przypadku złamania bliższego końca kości udowej u osób powyżej 65. roku życia. Badania obserwacyjne wykazały, że najwięcej upadków ma miejsce wewnątrz budynków, około 80% przydarza się we własnym domu lub mieszkaniu. Najczęściej do upadków dochodzi podczas wstawania z łóżka (ok. 40%), korzystania z łazienki (16%) oraz transportu (ok. 30%). Ponieważ upadki odpowiadają za większość urazów, znajomość czynników ryzyka ma zasadnicze znaczenie dla ich ograniczania.

Główną przyczyną upadków u pacjentów dializowanych jest:

- osłabienie mięśni i utrata masy mięśniowej (sarkopenia),
- spadki ciśnienia powodujące zawroty głowy i omdlenia (hipotonia ortostatyczna),
- zaburzeń czucia i równowagi (neuropatia obwodowa występująca u pacjentów z cukrzycą),
- działania uboczne leków (np. leki przeciwnadciśnieniowe, uspokajające czy przeciwdepresyjne),
- ogólne osłabienie i większa męczliwość (zaburzenia elektrolitowe, anemia),
- zaburzenia widzenia (np. retinopatia cukrzycowa - pogorszenie percepcji otoczenia)
- osteodystrofia nerkowa, niedobór witaminy D (osłabienie kości).

Do czynników ryzyka upadków związanych z otoczeniem zalicza się:

- przeszkody na podłożu - luźne dywaniki, progi, kable, śliskie powierzchnie,
- brak lub nieodpowiednie oświetlenie,
- brak uchwytów w łazience i przy schodach,
- niestabilne meble itp.

Wyniki badań pokazują, że wieloczynnikowa interwencja ukierunkowana na zapobieganie upadkom może zminimalizować ryzyko upadków u pacjentów dializowanych oraz konieczność hospitalizacji z powodu doznanych urazów. Kluczowym elementem interwencji jest odpowiednio dobrana aktywność ruchowa zorientowana na poprawę mobilności,

równowagi posturalnej oraz siły i masy mięśniowej, czyli ogólnej sprawności fizycznej. Korzyści zdrowotne z podjętej aktywności ruchowej zostały potwierdzone w wielu badaniach interwencyjnych. Wykazano wysoką korelację siły mięśni, w tym mięśnia czworogłowego uda, z wieloma czynnikami istotnie wpływającymi na sprawność jednostki, szczególnie na: szybkość chodu, zaburzenia równowagi, ryzyko upadków i złamań oraz częstość hospitalizacji. W kilku badaniach zaobserwowano, że połączenie ćwiczeń oporowych, utrzymania równowagi, treningu funkcjonalnego czy thai chi, może zredukować o 1/3 liczbę upadków oraz zmniejszyć o ponad 1/4 liczbę osób, u których doszło do złamań. Korzystne efekty w redukcji upadków uzyskano również z połączenia ćwiczeń oporowych z wykorzystaniem małych obciążeń z ćwiczeniami wytrzymałościowymi i rozciągającymi. Przykładem odpowiedniego programu ćwiczeń dla pacjentów dializowanych jest połączenie ćwiczeń aerobowych (np. chodzenie > 30 minut, pięć razy w tygodniu), treningu oporowego (np. 10-20 minut) i treningu równowagi (np. minimum przez 5 minut 3-5 razy w tygodniu). Poniżej przedstawiono najważniejsze zalecenia dotyczące zapobiegania upadkom w kontekście aktywności fizycznej oraz otoczenia i stylu życia pacjenta poddanego dializie.

1. Aktywność fizyczna - zaleca się ćwiczyć w dni wolne od dializy, rozpoczynając od prostych ćwiczeń, takich jak unoszenie nóg w pozycji siedzącej lub marsz w miejscu, zwiększając po stopniowo kilku tygodniach rodzaj i intensywność ćwiczeń.

Ćwiczenia oporowe – siłowe (przynajmniej 2x w tygodniu) - głównym celem jest wzmocnienie mięśni kończyn dolnych, w szczególności mięśni czworogłowych uda.

Przykłady:

- unoszenie palców stóp – stanie przy krześle i podnoszenie palców u stóp, utrzymując pięty na podłodze (10-15x)
- wspięcia na palce - stanie na palcach i powolne opuszczanie pięt (10-15x)
- lekkie przysiady - uginanie kolan z trzymaniem się stabilnego mebla lub krzesła (5-10x)
- lekkie przysiady z piłką gimnastyczną

Ćwiczenia równowagi – (3-5x w tyg. po 5 min) - należy wykonywać w miejscu wolnym od przeszkód, z możliwością podparcia (np. przy ścianie lub z pomocą stabilnego krzesła), unikać śliskich powierzchni i nagłych zmian pozycji.

Przykłady:

- siad na krześle - unoś na przemian nogi, próbując dotknąć palcem stopy przeciwnej ręki, następnie wykonuj to ćwiczenie w postawie stojącej, starając się utrzymać równowagę (8-10x na każdą nogę)
- stanie na jednej nodze – przytrzymaj się oparcia krzesła i unieś jedną nogę na kilka sekund, a następnie zmień stronę (5x na każdą nogę)
- stanie na jednej nodze na niestabilnej powierzchni

np. poduszce sensomotorycznej - można wspomagać się trzymaniem krzesła (jw.)

- pozycja tandemowa – jedna stopa przed drugą w linii, utrzymanie równowagi przez 10–20 sekund (można wspomagać się trzymaniem krzesła (jw.))
- chodzenie po linii – stawianie stóp jedna za drugą, jak po linii (10 kroków w przód i w tył)

Ćwiczenia poprawiające elastyczność mięśni

– celem jest utrzymania zakresu ruchu i zapobiegnie sztywności.

Przykłady:

- delikatne skłony w przód siedząc na krześle, powolne pochylanie się w stronę kolan (10x)
- obrót tułowia na siedząco - skręcanie ciała w lewo i prawo trzymając się oparcia krzesła (10 x na stronę)
- krążenie stopami - wykonywanie kółek stopami w powietrzu (10 x każda stopa)

Ćwiczenia aerobowe – celem jest poprawa ogólnej sprawności oraz wzmocnienie mięśni kończyn dolnych.

Przykłady:

- chodzenie (najlepiej 30 minut dziennie, jeśli stan zdrowia pozwala)
- jazda na rowerze stacjonarym
- nordic walking

2. Zalecenia dotyczące codziennych nawyków

- powolne wstawanie z łóżka lub fotela, aby uniknąć nagłych spadków ciśnienia
- ustalenie z lekarzem dawkowania leków powodujących działania niepożądane (np. zawroty głowy)
- noszenie dopasowanego, wygodnego obuwia o dobrej przyczepności, z antypoślizgową podeszwą, unikanie kapci bez wsparcia stopy
- odpowiednia dieta i podaż płynów
- monitorowanie ciśnienia tętniczego

3. Bezpieczne otoczenie w domu

- usunięcie przeszkód, np. luźnych dywaników, progów, kabli
- dobre oświetlenie, zwłaszcza w nocy (lampki nocne)
- montaż poręczy i uchwytów w łazience, przy schodach oraz przy łóżku
- stabilne meble, na których można się oprzeć
- wykorzystanie balkonika, laski lub innego wsparcia w razie potrzeby
- stosowanie alarmów osobistych dla pacjentów wysokiego ryzyka

Regularna kontrola stanu zdrowia, dostosowanie ćwiczeń domowych, otoczenia i trybu życia do możliwości pacjenta może znacząco zmniejszyć ryzyko upadków, a tym samym podnieść jakość życia nie tylko w aspekcie fizycznym, ale również psychospołecznym.

DIETETYK RADZI

Praktyczne aspekty prowadzenia dietoterapii pacjentów dializowanych



Dr med. Paulina Borek-Trybała
dietetyk nefrologiczny, bariatryczny,
psychodietetyk
Samodzielny Zespół Dietetyków,
UCK Gdańsk

Dieta pacjentów dializowanych odgrywa kluczową rolę w ich samopoczuciu oraz skuteczności leczenia. Zarówno hemodializa (HD), jak i dializa otrzewnowa (DO) wpływają na gospodarkę wodno-elektrolitową i metabolizm, dlatego sposób odżywiania powinien być dostosowany do rodzaju terapii i indywidualnych potrzeb pacjenta. Odpowiednia dieta pomaga kontrolować poziom elektrolitów, zapobiegać niedożywieniu i wspierać ogólną kondycję organizmu. Pacjenci dializowani są szczególnie narażeni na niedożywienie białkowo-energetyczne, które zwiększa ryzyko powikłań zdrowotnych. Kluczowym aspektem edukacji pacjentów dializowanych jest zmiana podejścia do spożycia białka. W okresie przeddializacyjnym często stosowano dietę niskobiałkową, aby spowolnić progresję choroby. Jednak w trakcie leczenia nerkozastępczego zalecenia

ulegają zmianie – pacjent musi przyjmować więcej białka, aby zrekompensować straty związane z dializą. Odpowiednia podaż białka wspiera regenerację tkanek, poprawia stan odżywienia i pomaga utrzymać masę mięśniową, co ma kluczowe znaczenie dla jakości życia. Kolejnym istotnym aspektem jest kontrola masy ciała, zwłaszcza u osób oczekujących na przeszczep nerki. Nadwaga może utrudniać kwalifikację do transplantacji oraz zwiększa ryzyko powikłań metabolicznych. Z kolei niedożywienie może prowadzić do osłabienia organizmu i pogorszenia wyników leczenia. Dlatego niezbędne jest monitorowanie stanu odżywienia i dostosowanie diety do indywidualnych potrzeb pacjenta. Odpowiednio zbilansowana dieta, dostosowana do rodzaju dializy i stanu zdrowia pacjenta, może znaczenie poprawić jakość życia oraz skuteczność terapii.

Praktyczne aspekty prowadzenia dietoterapii pacjentów dializowanych

1. ENERGIA I WĘGLOWODANY

Wytyczne KDOQI dla pacjentów dializowanych zalecają codzienne spożycie energii na poziomie:

- < 60 lat: 35 kcal/kg m.c./dobę
- > 60 lat: 30–35 kcal/kg m.c./dobę

Pacjenci poddawani dializie otrzewnowej otrzymują **dotatkowe 500–1000 kcal dziennie** z wchłanianej glukozy, co wymaga odpowiedniej modyfikacji spożycia

energii. W związku z tym zaleca się **ograniczenie podaży węglowodanów**, zwłaszcza tych o wysokim indeksie glikemicznym, aby uniknąć nadmiernego przyrostu masy ciała i zaburzeń metabolicznych. Główne źródła energii powinny stanowić **produkty zbożowe, bogate w błonnik**, takie jak pełnoziarniste pieczywo, kasze, makarony oraz warzywa o (w razie potrzeby) niskiej zawartości potasu.

Zalecenia dietetyczne:

- ograniczenie węglowodanów o wysokim indeksie glikemicznym (np. cukier, słodycze, mód, soki owocowe);
- główne źródła energii: pełnoziarniste pieczywo, kasze, makarony, warzywa o niskiej zawartości potasu.

Błonnik:

- spożywanie warzyw i owoców o niskiej zawartości potasu (np. sałata, jabłka, maliny),
- wprowadzenie siemienia lnianego i nasion babki płesznik.

2. BIAŁKO

Zalecana podaż białka jest dwu a nawet trzy krotnie więcej niż w okresie leczenia zachowawczego, ponieważ zabieg dializy powoduje utratę białka, które musi zostać uzupełnione.

- Hemodializa (HD): 1,2–1,4 g/kg m.c./dobę
- Dializa otrzewnowa (DO): 1,3–1,5 g/kg m.c./dobę

Zalecenia dietetyczne:

- wybieranie **pełnowartościowego białka**, takiego jak chude mięso (kurczak, indyk, wołowina), ryby, jajka i nabiał o niskiej zawartości fosforu;
- spożywanie **białka roślinnego** w postaci np. tofu, ale z uwzględnieniem ograniczeń dotyczących fosforu i potasu;
- w przypadku niedostatecznej podaży białka – rozważenie **suplementacji odżywkami białkowymi** po konsultacji z dietetykiem lub lekarzem;

3. TŁUSZCZE

Ze względu na częste występowanie zaburzeń profilu lipidowego zaleca się ograniczenie tłuszczów zwierzęcych na rzecz tłuszczów roślinnych, takich jak olej słonecznikowy, rzepakowy, oliwa z oliwek oraz margaryna z tłuszczami nieutwardzonymi. W umiarkowanych ilościach warto spożywać tłuste ryby morskie (łosoś, makrela, halibut, tuńczyk), które są cennym źródłem korzystnych kwasów omega-3.

Zalecenia dietetyczne:

- dodawaj tłuszcze na zimno – stosuj oleje roślinne (np. oliwa z oliwek, olej rzepakowy) do sałatek i potraw na zimno, aby zachować ich cenne właściwości odżywcze;
- spożywaj orzechy w umiarkowanych ilościach – są one bogatym źródłem zdrowych tłuszczów, ale należy kontrolować ich spożycie ze względu na zawartość potasu;
- zamień tłuszcze zwierzęce na roślinne – stosuj margarynę z tłuszczami nieutwardzonymi zamiast masła i wybieraj produkty pochodzenia roślinnego, aby wspierać zdrowie sercowo-naczyniowe.

4. POTAS

Potas jest jednym z najważniejszych elektrolitów w organizmie, a jego nadmiar we krwi może prowadzić do groźnych zaburzeń rytmu serca,

osłabienia mięśni (uczucie „nóg jak z waty”), a w skrajnych przypadkach – nagłego zatrzymania krążenia. U pacjentów poddawanych hemodializie poziom potasu jest regularnie kontrolowany, a jego podaż często wymaga ograniczenia. W przypadku **dializy otrzewnowej ryzyko hiperpotasemii jest mniejsze**, nawet u pacjentów nieoddających moczu. Częściej obserwuje się niedobór potasu, co wymaga dostosowania diety do indywidualnych wyników badań laboratoryjnych. Owoce i warzywa bogate w potas, np. pomidory, banany, ziemniaki czy suszone owoce, powinny być ograniczone. Należy podkreślić, że zmniejszenie podaży potasu **nie oznacza całkowitej eliminacji**, nie istnieje dieta „bez-potasowa”. Także odpowiednio skomponowane posiłki mogą zawierać kontrolowane porcje warzyw czy owoców nawet tych bogatopotasowych.

Normy:

- **HD:** do 2000 mg/dobę,
- **DO:** do 4000 mg/dobę.

Jak kontrolować poziom potasu?

- ograniczenie produktów bogatych w potas (np. pomidory, banany, ziemniaki, suszone owoce);
- stosowanie techniki podwójnego gotowania (namaczanie i gotowanie warzyw w dużej ilości wody);
- regulacja rytmu wypróżnień (błonnik 20–30 g/dobę, probiotyki).

5. FOSFOR

Fosfor jest pierwiastkiem niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania organizmu, jednak jego nadmiar może prowadzić do poważnych powikłań zdrowotnych. W warunkach fizjologicznych fosforany są wydalane niemal wyłącznie z moczem. U osób dializowanych proces ten jest znacznie ograniczony, co sprzyja ich kumulacji w organizmie i negatywnie wpływa na układ sercowo-naczyniowy.

Nadmiar fosforu może powodować:

- miażdżycę i zwapnienia naczyń krwionośnych,
- osteoporozę i osłabienie kości,
- świąd skóry i osłabienie mięśni.

Norma: 800–1000 mg/dobę.

Szczególną uwagę należy zwrócić na **fosforany dodawane do żywności przetworzonej**. Fosfor w postaci dodatków do żywności jest przyswajany przez organizm w **70–100%**, podczas gdy fosfor naturalnie występujący w żywności wchłania się w około **40–60%**. Kluczowe jest świadome wybieranie produktów i czytanie etykiet, aby unikać ukrytych źródeł fosforu.

Zalecenia dietetyczne:

1. **unikanie wysoko przetworzonej żywności** i produktów zawierających dodatki fosforanowe (**E338, E339, E340, E341, E450, E540, E543, E544**);
2. **wyberanie produktów świeżych i naturalnych**, preferując gotowanie, pieczenie i duszenie zamiast smażenia;
3. **ograniczanie spożycie produktów mlecznych**, zastępując je mniejszymi ilościami białka zwierzęcego i roślinnego o niższej zawartości fosforu;
4. **stosowanie leków wiążących fosfor**, zgodnie z zaleceniami lekarza;
5. **monitorowanie poziom fosforu we krwi**

i dostosowywać dietę do wyników badań.

6. SÓD

Dieta powinna być niskosodowa < **2000 mg/dobę**, aby zapobiec nadciśnieniu tętniczemu i nadmiernemu zatrzymywaniu płynów w organizmie. Warto zrezygnować z dosalania oraz unikać gotowych dań, przetworzonej żywności i słonych przekąsek.

Zalecenia dietetyczne:

- ograniczenie soli kuchennej – zastąpienie jej ziołami, czosnkiem, cytryną, imbirem;
- unikanie gotowych dań, konserw, wędlin i słonych przekąsek;
- spożywanie świeżych produktów i przygotowywanie posiłków w domu.

7. PŁYNY

Zarządzanie spożyciem płynów stanowi istotny element terapii pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, szczególnie tych poddawanych dializoterapii. Regularna kontrola masy ciała, monitorowanie diurezy oraz stosowanie się do zaleceń dietetycznych pozwala na lepsze zarządzanie ilością spożywanych płynów i poprawę jakości życia pacjentów dializowanych. Właściwa kontrola podaży płynów jest kluczowa dla utrzymania równowagi wodno-elektrolitowej i zapobiegania powikłaniom.

Nadmiar płynów może powodować:

- przewodnienie,

- obrzęki,
- nadciśnienie,
- przeciążenie serca.

Jak obliczyć dopuszczalną ilość płynów?

▪ **Pacjenci oddający moc:** ilość wydalanego moczu + 500 ml;

▪ **Pacjenci dializowani otrzewnowo:** w bilansie płynów należy dodatkowo uwzględnić ilość wody usuniętej podczas dializy, czyli **dobową ultrafiltrację**;

▪ **Pacjenci bez diurezy:** przyrost masy ciała między dializami nie powinien przekraczać 1,5–2 kg.

Płyny dostarczane są nie tylko w postaci napojów, ale również wraz z pożywieniem. W bilansie płynów należy uwzględnić:

- **produkty suche**, takie jak chleb, ryż czy makaron, które mogą dostarczać około **400–500 ml wody dziennie**,
- **potrawy o wysokiej zawartości wody**, np. zupy, kisiele, budynie, galaretki,
- **świeże owoce i warzywa**, które również dostarczają znaczną ilość płynów.

Jak radzić sobie z pragnieniem?

- ssanie kostek lodu,
- płukanie ust wodą z miętą,
- unikanie słonych i słodkich potraw,
- picie małymi łykami z mniejszych naczyń.

Tabela: Porównanie zaleceń żywieniowych w DO i HD

Składnik	Hemodializa (HD)	Dializa otrzewnowa (DO)
Białko	1,2–1,4 g/kg m.c./dobę	1,2–1,5 g/kg m.c./dobę
Energia	30–35 kcal/kg m.c./dobę	30–35 kcal/kg m.c./dobę
Sód	< 2000 mg/dobę	< 2000 mg/dobę
Potas	< 2000 mg/dobę	< 4000 mg/dobę
Fosfor	800–1000 mg/dobę	800–1000 mg/dobę
Płyny	ilość wydalanego moczu + 500 ml	ilość dostosowana do diurezy i ultrafiltracji

Wsparcie psychodietetyczne – jak radzić sobie z ograniczeniami żywieniowymi?

Zmiana nawyków żywieniowych może być trudna zwłaszcza, gdy dieta staje się restrykcyjna. Warto pamiętać, że zdrowe odżywianie to nie kara, ale sposób na poprawę jakości życia. Wsparcie psychodietetyczne może pomóc w dostosowaniu się do nowego stylu życia i zmniejszeniu frustracji związanej z ograniczeniami. Rozmowa z dietetykiem, psychodietetykiem lub psychologiem i udział w grupach wsparcia mogą pomóc w znalezieniu praktycznych rozwiązań i motywacji do dbania o zdrowie.

Znaczenie prawidłowej masy ciała oraz wskazania do redukcji w przypadku pacjentów dializowanych

Zarówno nadwaga, jak i niedożywienie mają poważne konsekwencje dla zdrowia pacjentów dializowanych. Otyłość nie tylko utrudnia kwalifikację do przeszczepienia, ale także zwiększa ryzyko nadciśnienia tętniczego, insulinooporności i stanów zapalnych, które mogą wpłynąć na efektywność leczenia dializami. Dlatego w przypadku pacjentów z nadwagą często zaleca się stopniową redukcję masy ciała pod kontrolą specjalisty, unikając jednocześnie

niedoborów składników odżywczych. Z kolei niedożywienie u pacjentów dializowanych może prowadzić do osłabienia organizmu, zwiększonej podatności na infekcje i utraty masy mięśniowej, co negatywnie wpływa na jakość życia.

Wytyczne dotyczące redukcji masy ciała u pacjentów dializowanych

Wskazania do redukcji masy ciała u pacjentów dializowanych:

- BMI > 30 kg/m² u pacjentów kwalifikujących się do przeszczepienia nerki,
- obecność powikłań metabolicznych, takich jak insulinooporność, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze,
- nadmierne przyrosty masy ciała między dializami, prowadzące do przewodnienia i powikłań sercowo-naczyniowych,
- utrudnienia w prowadzeniu skutecznej dializoterapii (np. zmniejszona efektywność dializy z powodu nadmiernej masy ciała),
- ograniczenia ruchowe wynikające z nadwagi i otyłości, obniżające jakość życia.

Bezpieczne metody redukcji masy ciała u pacjentów dializowanych:

- stopniowa redukcja kalorii – **zaleca się obniżenie podaży energii o około 500–700 kcal dziennie, co umożliwi utratę 0,5–1 kg masy ciała tygodniowo bez ryzyka niedożywienia;**
- zachowanie wysokiej podaży białka – **pacjenci dializowani nie powinni obniżać spożycia białka. Zalecana podaż to 1,2–1,4 g/kg m.c./dobę w HD i 1,3–1,5 g/kg m.c./dobę w DO;**
- monitorowanie spożycia płynów – **pacjenci dializowani powinni kontrolować ilość przyjmowanych płynów, aby uniknąć przewodnienia i nadmiernych przyrostów masy ciała między dializami;**
- ograniczenie spożycia cukrów prostych – **należy unikać słodzonych napojów, słodczy oraz produktów wysokoprzetworzonych, które mogą przyczynić**

się do zwiększenia masy ciała.

- wprowadzenie aktywności fizycznej – **zaleca się dostosowaną do stanu zdrowia aktywność fizyczną, np. spacer, ćwiczenia oporowe, pływanie (jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych), w celu utrzymania masy mięśniowej i poprawy metabolizmu;**
- unikanie restrykcyjnych diet – **gwałtowne ograniczenie kalorii może prowadzić do niedożywienia i osłabienia organizmu, co jest szczególnie niebezpieczne dla pacjentów dializowanych;**
- regularne monitorowanie masy ciała i składu ciała – **pacjenci powinni być pod stałą opieką dietetyka i nefrologa, aby uniknąć niedoborów składników odżywczych i dostosować strategię redukcji masy ciała do ich indywidualnych potrzeb.**

PACJENCI O SOBIE

Dziecko po przeszczepieniu nerki – to jest możliwe!



Anna Kalisz
Gdynia

W wieku 22 lat usłyszałam diagnozę, która odmieniła moje życie – schyłkowa niewydolność nerek. Było to ogromne zaskoczenie, ponieważ nie odczuwałam wcześniej poważniejszych objawów i czułam się stosunkowo dobrze. Przez rok pozostawałam pod opieką Poradni Nefrologicznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, ale stan mojego zdrowia stopniowo się pogarszał. Coraz częściej trafiałam do szpitala, aż w końcu nadszedł moment, w którym musiałam podjąć najważniejszą decyzję dotyczącą mojego leczenia. Pamiętam rozmowę z prof. dr hab. med. Bolesławem Rutkowskim, który spokojnie i rzeczowo wyjaśnił, że nadszedł czas na podjęcie decyzji o dializach. Zdecydowałam się na dializę otrzewnową (CADO), dającą mi poczucie większej niezależności. Ta forma terapii pozwoliła mi kontynuować w miarę normalne życie – nadal studiowałam i pracowałam zawodowo, mimo trudności związanych z chorobą. Jednym z jej atutów była też możliwość podróżowania – dializowałam się nawet podczas wyjazdów, zabierając ze sobą cały zapas worków dializacyjnych, co stanowiło nie lada wyzwanie logistyczne i pakunkowe. Ogromnym wsparciem w tym czasie był dla mnie wprost cudowny zespół medyczny CADO na czele z prof. dr hab.

med. Moniką Lichodziejewską-Niemierko. Mogłam liczyć na ich pomoc w każdej sytuacji – to dawało mi poczucie bezpieczeństwa, nawet w nieprzewidzianych sytuacjach. I tak jest do dziś, za co z całego serca bardzo dziękuję. Po roku codziennego dializowania, zaledwie miesiąc po ślubie, w środku nocy zadzwonił telefon, była dla mnie nerka. Bez wahania pojechałam do szpitala, pełna nadziei i oczekiwania. Przeszczep zakończył się sukcesem, a organ podjął pracę natychmiast po operacji. To był początek nowego etapu w moim życiu. Od tamtej chwili minęły już niemal 24 lata, a przeszczepiona nerka wciąż funkcjonuje. Dziś, patrząc wstecz, widzę nie tylko walkę i trudne chwile, ale także największy dar, jaki mogłam otrzymać – moje dziecko. Macierzyństwo po przeszczepieniu było czymś, o czym zawsze marzyłam, ale jednocześnie wiązało się z dużymi obawami. Byłam świadoma, że to pewne ryzyko, zwłaszcza jeśli chodzi o funkcjonowanie nerki i ogólny stan zdrowia. Na szczęście, mimo strachu, sama ciąża przebiegała świetnie. Czułam się dobrze, regularnie monitorowałam parametry nerkowe, będąc pod ścisłą opieką zarówno nefrologiczną, jak i ginekologiczną. Cały czas pozostawałam w kontakcie z lekarzami, żeby upewnić się, że zarówno moje zdrowie, jak i rozwój dziecka są w najlepszym możliwym stanie. Kilka tygodni przed porodem lekarze zdecydowali, że dla bezpieczeństwa lepiej będzie, jeśli trafię do szpitala na obserwację. Na szczęście wszystko przebiegało bardzo dobrze – zarówno ja, jak i moja nerka dawałyśmy radę. W 38. tygodniu urodziłam zdrową córeczkę, co było dla mnie największym zwycięstwem. Wszystkie wcześniejsze obawy okazały się niepotrzebne – ciąża, mimo wyzwania, zakończyła się szczęśliwie, a dziś Rozalka ma już 19 lat. Patrząc wstecz, wiem, że choć diagnoza była trudnym

doświadczeniem, dializa otrzewnowa i przeszczepienie pozwoliły mi na normalne życie, a nawet spełnienie wielkiego marzenia – zostania mamą. Wiele lat temu bałam się, że choroba przekreśli moją przyszłość. Dziś wiem, że nie tylko dałam radę, ale też udowodniłam sobie, że nawet z przewlekłą chorobą można prowadzić dobre, pełne życie.



Szczęśliwa mama z córeczką Rozalką.

Urodziłam córeczkę będąc dializowaną otrzewnowo!



Beata Ciabiada-Bryła
Łódź

Zostałam przez panią Doktor poproszona o napisanie wspomnień o tym jak to będąc dializowana otrzewnowo urodziłam córeczkę. Było to dla mnie wielkie wyzwanie, gdyż po pierwsze – jak przy mojej racjonalności pisać o emocjach..., a po drugie – przecież to było epokę temu... Zaczniemy więc od uporządkowania faktów. O chorobie nerek dowiedziałam się we wrześniu 2018 roku, dializy otrzewnowe rozpoczęłam w listopadzie 2019 roku, w grudniu 2020 roku urodziłam dziecko, a w styczniu 2023 roku otrzymałam przeszczep nerki. Podczas jednej z wizyt ginekologicznych zapytałam mojej ówczesnej lekarki, czy mam szansę na dziecko. Ona bez zastanowienia odpowiedziała, że muszę mieć wydolne nerki. Gdy podczas kolejnej wizyty okazało się, że jestem w ciąży, odniosłam wrażenie, że pani Doktor jest przerażona zaistniałą sytuacją. Zatem szybko zmieniałam lekarza na takiego, który bez wahania podjął się opieki nad ciążą i doprowadził do szczęśliwego rozwiązania – do narodzin cudu o imieniu Ania. Ten cud nie miałby miejsca, gdyby nie zaangażowanie wielu osób – najbliższej rodziny, lekarzy i personelu medycznego. Jestem wdzięczna za profesjonalną opiekę lekarzom ze szpitala im. Barlickiego w Łodzi – Profesor Ilonie Kurnatowskiej i Doktor Karolinie Sęk-Szczepanowskiej. Podczas ciąży nieocenioną pomoc w postaci konsultacji okazała także Profesor Monika Lichodziejewska-Niemierko z Gdańska. Słowa wdzięczności należą się również Profesorowi Mariuszowi Grzesiakowi z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Moja ciąża z całą pewnością nie była standardowym

przypadkiem, ale mając świadomość, iż otacza mnie opieką grono tak wspaniałych specjalistów, mogłam być spokojna. Nie myślałam o tym co może się wydarzyć (w teorii zawsze może wydarzyć się wszystko), tylko kroczyłam dzień po dniu aż do rozwiązania. W życiu (zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie) najważniejsze jest to co mamy w głowie – nasze myśli. To one kształtują nasze samopoczucie i nasze działania. I tu chciałabym podziękować jeszcze jednej osobie – niesamowitej Pielęgniarce ze Stacji Dializ w Łodzi – Mgr Beacie Nalbert – właściwej osobie na właściwym miejscu. Pani Beata jest nieocenionym wsparciem dla wszystkich pacjentów. Jak tylko zaczęłam dializy, powiedziała mi, że „mogę wszystko”, że choroba mnie w niczym nie ogranicza. I ja w to uwierzyłam. Dziś mogę powiedzieć, że człowiek zdeterminowany jest w stanie osiągnąć wszystko. Nigdy nie skupiałam się na chorobie, zawsze na życiu i na tym co jest do zrobienia. Oczywiście stosuję się do zaleceń lekarskich, regularnie przyjmuję wszystkie leki i poddaję się procedurom, ale nie czynię z choroby centrum życia. Wracając jednak do tematu ciąży... jakie emocje mi towarzyszyły? Starłam się zachować spokój i pozytywne nastawienie. Obawy o dziecko pojawiły się podczas badań prenatalnych, na których wyliczono wysokie ryzyko choroby genetycznej. W związku z tym zostałam skierowana do szpitala celem wykonania amniopunkcji, by potwierdzić lub wyeliminować podejrzenia. Amniopunkcja wiąże się z przekłuciem brzucha, a to z potencjalnym uszkodzeniem otrzewnej. Po szeregu konsultacjach zdecydowałam się na badanie z krwi, które wykluczyło chorobę genetyczną. Ciekawa była sama wyprawa (inaczej nazwać tego nie można) do szpitala – walizka, cykler, kartony z płynami, wiadro, pozostałe elementy niezbędne przy dializie. Okres pandemii – rodzina nie ma wstępu do szpitala, więc może jedynie pozostawić wszystko za drzwiami. Następnie trzeba się mierzyć z różnymi reakcjami typu „to wszystko jest pani?!?!”, ale jak ja to mówię „wszystko jest do przeżycia”. Najważniejsze to się nie poddawać. W okresie ciąży generalnie czułam się dobrze. Pewną uciążliwość były dializy (w pewnym momencie 13-godzinne) i wizyty kontrolne co dwa tygodnie na stacji dializ. Pewnego wieczoru, gdy miałam się podłączać do cyklera, „odeszły mi wody”, a więc szybko skontaktowałam się z Profesorem i pojechałam do szpitala (kolejna wyprawa). Dzięki wspaniałemu zespołowi z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, urodziłam Anię. Poród odbył się siłami natury, a więc już następnego dnia w szpitalu mogłam wykonać dializę. Poród miał miejsce w wyznaczonym terminie. Na pewno połączenie dializ i opieki nad dzieckiem nie jest łatwe, ale na pewno warto. Obok łóżka miałam stolik z cyklerem, a zaraz obok łóżeczko dziecka. Dobrze, że przewody między maszyną a brzuchem były dość długie, bo bez problemu mogłam w nocy wstać do dziecka tyle razy, ile trzeba. Wszystko można sobie zorganizować i przetrwać. Gdy w szpitalu przyniesiono mi Anię, miałam wrażenie, że jest taka malutka (ważyła 2540 g i miała 53 cm). Teraz ma

4 lata. Waży 16 kg i mierzy 104 cm. Jest wspaniała i cudowna, rozwija się prawidłowo. Ma własne zdanie na każdy temat, jest bardzo aktywna, niezwykle sprawna i kreatywna. Przed

nami na pewno jeszcze niejedyn trud do pokonania, ale na pewno warto wytrwać. Warto wytrwać, bo nie ma nic piękniejszego niż doświadczenie bezwarunkowej miłości.

WYDARZENIA

Kampania medialna na rzecz dostępu do edukacji dla chorych z przewlekłą chorobą nerek



Prof. dr hab. Rajmund Michalski
Prezes OSMN



Mgr Dorota Ligęza
Wiceprezes OSMN

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki (OSMN) jest największą organizacją zajmującą się problemami pacjentów z chorobami nerek w Polsce. Od lat nieustrudzenie działa na rzecz poprawy jakości życia chorych i podnoszenia świadomości na temat zdrowia nerek. Wykorzystujemy różnorodne kanały komunikacji, aby dotrzeć do jak najszerszego grona odbiorców (ryc. 1).

szuka tam informacji o zdrowiu, a wśród osób z przewlekłą chorobą nerek (PChN) 25% korzysta z sieci, aby dowiedzieć się więcej o leczeniu lub znaleźć wsparcie. Media społecznościowe to potężne narzędzia, które pozwalają nam dotrzeć do różnych grup odbiorców i angażować ich w działania edukacyjne. Kluczowym elementem naszej działalności edukacyjnej jest strona internetowa www.moje-nerki.pl, gdzie publikujemy aktualności, informacje o Stowarzyszeniu oraz co najważniejsze - materiały edukacyjne. Można stamtąd pobrać broszury, ulotki i informatory (ryc. 2).



Ryc. 2. Strona główna serwisu www.moje-nerki.pl

Do komunikowania się z pacjentami i innymi zainteresowanymi osobami wykorzystujemy również platformy takie jak Facebook, Instagram, LinkedIn, X (Twitter) i YouTube. Robimy to po to, aby:

- **dostarczać rzetelne informacje** – publikujemy informacje o przyczynach, objawach i profilaktyce PChN, a także o opcjach leczenia, diecie, transplantacji i zmianach stylu życia. Propagujemy aktywność fizyczną, która nawet w niewielkim zakresie, może znacząco poprawić samopoczucie i kondycję.
- **dzielić się historiami pacjentów** – osobiste relacje chorych budują empatię i zrozumienie, a także dają nadzieję innym. Na naszej stronie można znaleźć poruszające historie dorosłych i rodziców dzieci z PChN. Nagrywamy również filmy na YouTube, które pokazują życie z tą chorobą.
- **organizować wydarzenia online** – webinaria oraz sesje pytań i odpowiedzi z ekspertami to okazja do bezpośredniego kontaktu z pacjentami i odpowiedzi na ich pytania. W ostatnim półroczu zorganizowaliśmy kilka webinarów, w tym na temat: edukacji pacjentów z PChN i ich rodzin; przeszczepiania nerek, czy cewników do dializy otrzewnowej i dostępuów naczyniowych do hemodializ.
- **tworzyć grupy wsparcia** – internetowe grupy wsparcia to bezpieczna przestrzeń, w której pacjenci i ich rodziny mogą dzielić się doświadczeniami i wzajemnie się wspierać. Na Facebooku prowadzimy dwie takie grupy: „**Kocham Swoje Nerki**” (ok. 5500 członków) (ryc. 3) i „**Wielotorbielowatość Nerek u Dzieci**” (600 członków).



Ryc. 1. Schemat działań oraz narzędzi wykorzystywanych przez OSMN

Internet i media społecznościowe – okno na wiedzę

W dzisiejszych czasach pacjenci coraz częściej poszukują informacji zdrowotnych w internecie, a media społecznościowe stały się nieocenionym źródłem wiedzy. Statystyki pokazują, że aż 80% internautów

▪ **prowadzić kampanie informacyjne** – media społecznościowe ułatwiają nam dotarcie do szerokiego grona odbiorców z naszymi kampaniami.



Ryc. 3. Baner i logo grupy wsparcia „Kocham Swoje Nerki” na Facebooku. Projekt: Łukasz Maj

Działania OSMN poza wirtualnym światem OSMN angażuje się również w szereg działań w realnym świecie:

▪ **organizujemy konferencje i akcje edukacyjne** – „Marsz po zdrowie nerek na Kopiec Kościuszki” to nasza coroczna inicjatywa z okazji Światowego Dnia Nerek. Aranżujemy również Ogólnopolski Dzień Osób Dializowanych, aby podnosić świadomość na temat leczenia nerkozastępczego (fot. 1).



Fot. 1. IV Ogólnopolski Dzień Osób Dializowanych – Kielce, 8 listopada 2024

▪ **prowadzimy badania przesiewowe** – wczesne wykrycie choroby to klucz do skutecznego leczenia. Co roku organizujemy co najmniej 1000 bezpłatnych badań kreatyniny z krwi oraz badania moczu metodą paskową. Współpracujemy z innymi organizacjami, aby dotrzeć do grup ryzyka PChN (m.in. Głos Seniora, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, EcoSerce).

▪ **reprezentujemy interesy pacjentów** – aktywnie uczestniczymy w spotkaniach z przedstawicielami rządu i instytucji medycznych, zabiegając o poprawę warunków leczenia i dostępu do transplantacji. Z naszej inicjatywy powołany został Parlamentarny Zespół ds. Nefrologii. Jego pierwsze spotkanie miało miejsce 10 lipca 2024 roku, a drugie poświęcone problemom dializoterapii – 4 marca 2025 roku.

▪ **wspieramy pacjentów i ich rodziny** – dążymy, aby nasi pacjenci mieli możliwość spotkania się poza murami szpitala, dlatego organizujemy wycieczki i spotkania integracyjne. To doskonała okazja do nawiązania nowych znajomości, wymiany doświadczeń i oderwania się od codziennych trosk. Organizujemy telefon zaufania - wsparcie Pacjent-Pacjent, pomagamy w organizacji wakacji dla dzieci z niewydolnością nerek (CREW Camp) oraz wyjazdów na Sycylię dla osób dializowanych. Prowadzimy projekt „Pomoc w Szpitalu” dla pacjentów po transplantacjach. W akcję włączyła się rzesza bezinteresownych wolontariuszy, dzięki którym pacjenci czują

się bezpieczniej i pewniej w trudnym okresie pooperacyjnym.

Jak możesz pomóc?

- Udostępniaj informacje o PChN w mediach społecznościowych.
- Wspieraj działania OSMN.
- Dbaj o swoje nerki – zdrowo się odżywiaj, regularnie się badaj i unikaj czynników ryzyka.
- Stosuj się do zaleceń lekarskich i aktywnie uczestnicz w procesie leczenia.
- Zdobądź wiedzę na temat dawstwa organów i dziel się nią z innymi.

PAMIĘTAJ:

jesteśmy organizacją dla pacjentów, tworzoną przez pacjentów. Dołączając do nas spotkasz osoby, które rozumieją Twoje problemy zdrowotne, dzięki czemu poczujesz się mniej samotnie i znajdziesz siłę do zmagania się z chorobą.

Światowy Dzień Nerek



13 marca 2025

Dnia 13 marca obchodzony był Światowy Dzień Nerek, który w 2006 roku został zainicjowany przez Międzynarodowe Towarzystwo Nefrologiczne i Międzynarodową Federację Fundacji Nerek. Liczne badania w Polsce wykazują nadal niską świadomość społeczną na temat roli jaką odgrywiają nerki w naszym życiu i codziennym funkcjonowaniu organizmu. Organizowany co roku Światowy Dzień Nerek jest okazją do zwiększenia wiedzy społeczeństwa na temat znaczenia w organizmie ludzkim nerek. Dlatego w tym Dniu organizowane były konferencje i webinary edukacyjne oraz bezpłatne badania profilaktyczne zachęcające do ich regularnego wykonywania. Fundacja Amicus Renis nakłania też wszystkich Czytelników „Dializy i Ty” do włączenia się w tę akcję nie tylko w tym dniu, ale do nieustającego uświadamiania znajomym jak ważne jest dbanie o zdrowe nerki, regularnego wykonywania prostych badań, takich jak ogólne badanie moczu z oceną albuminurii, ocena stężenia kreatyniny i glukozy oraz pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Należy podkreślać, że wczesne wykrycie nieprawidłowości w funkcjonowaniu nerek i wdrożenie odpowiedniego leczenia może uchronić przed niewydolnością nerek. Nagłaśnianie tych informacji nie wymaga wielkiego wysiłku, a może bardzo zaprocentować u wielu osób w PRZYSZŁOŚCI!

Fundacja Amicus Renis zachęca Czytelników
**ROZPOWSZECHNIAJCIE WIEDZĘ DOTYCZĄCĄ
CELOWOŚCI DBANIA O NERKI**

Castellammare del Golfo

Zakątek Sycylii, gdzie dializa staje się tylko małą częścią podróży



Joanna Narożniak
Stacja Dializ Mucaria

Castellammare del Golfo - malownicze miasteczko z dala od turystycznego zgiełku na północno-zachodnim wybrzeżu Sycylii - to jedna z trzech lokalizacji, w jakich nasi pacjenci mogą spędzić swoje wczasy z dializami. I choć nie jest to miejsce odwiedzane przez tłumy, ma w sobie coś magicznego. Już od pierwszego spojrzenia miasto zaczyna urzekać swoją prostotą i autentycznym urokiem. Jest w nim coś, co przyciąga tych, którzy szukają spokoju, piękna, ale także odrobiny codziennej radości, nawet jeśli podczas swojej podróży konieczne są regularne wizyty w stacji dializ.

Miasto, które zachwyca od pierwszego wejrzenia

Zainteresowanym naszymi wyjazdami opowiadamy o Castellammare del Golfo, że wygląda dokładnie tak, jak zazwyczaj wyobrażamy sobie typowe włoskie miasteczko (fot. 1).



Fot. 1. Panorama Castellammare Del Golfo

I faktycznie, nasi goście potwierdzają, że Castellammare nie zawodzi. Jest piękne w dzień i w nocy - jak z pocztówki, natychmiast urzeka swoimi urokliwymi zakątkami, które ciągle chciałoby się fotografować (fot. 2, 3) Niezwykle jest też położenie miasteczka – Castellammare wyrasta na zboczach masywu o nazwie Inici, zsuwając się swoimi zabudowaniami aż do morza, aż po port i rozległą zatokę otwierającą się na Morze Tyrreńskie. Kolorowe uliczki starego miasta prowadzą zawsze do portu, który jak lustro odbija błękit morza, otulony przez zbocza gór. A nad samym miasteczkiem dumnie wznosi się średniowieczny zamek od którego pochodzi nazwa miasta. Ta forteca z XII wieku to świadek historii, ale także symbol tej spokojnej, niezmiennie nieśpiesznej atmosfery, która sprawia, że każdy krok w tym miejscu ma swój właściwy moment..

Gdzie czas koi i płynie własnym rytmem

W Castellammare każdy dzień ma swój rytm, niezależnie



Fot. 2. Jedna z urokliwych uliczek miasteczka



Fot.3. Widok na stare miasto nocą

od tego, czy to poranek z delikatnym szumem morza, czy wieczór, kiedy zachodzące słońce maluje niebo w pastelowych odcieniach. To miejsce, gdzie czas zdaje się płynąć jakoś wolniej: nie wstaje się za wcześnie rano, nie biegnie gorączkowo do pracy. Wystarczy usiąść na plaży, poczuć zapach soli w powietrzu i pozwolić, by otaczający krajobraz otulił nas swoim ciepłem. Ten spokój, który otacza całe miasteczko, zachęca do odpoczynku, oderwania się od codziennych trosk. Tutaj, podczas swojej podróży możesz spacerować po nabrzeżu, jak prawdziwy Włoch zatrzymywać się w kawiarniach na filiżankę espresso i tak chłonąć ten wakacyjny spokój, który przenika każdy zakamarek miasta. Śmiało możemy powiedzieć, że w Castellammare pośpiech jest surowo zabroniony! Każdy dzień należy przeżyć w pełni, ciesząc się chwilą, spacerami po starych uliczkach, podziwianiem widoków i smakowaniem miejscowej kuchni.

Początek niezapomnianej podróży...

Castellammare del Golfo to nie tylko miejsce, w którym można odpocząć – to także punkt wyjścia do odkrywania tej części Sycylii, która jeszcze nie zdążyła zostać skradziona przez masową turystykę. To również dobra baza do odkrywania piękna Sycylii, dlatego podczas pobytu warto sięgnąć po kolejne skarby, które czekają w okolicach miasteczka. W pobliżu znajdują się Palermo, nieskazitelnie piękny Rezerwat Zingaro czy też Park Archeologiczny Segesta – miejsca pełne historii, kultury

i naturalnego piękna, które urozmaica wrażenia z wakacji. W tym miasteczku, pełnym ciepła, słońca i spokoju, podróż staje się dla pacjenta jednak czymś więcej niż tylko przemieszczaniem się z miejsca na miejsce – staje się podróżą do samego siebie.

Odpoczynek i regeneracja

Podróżowanie i zmiana otoczenia może przynieść ogromne korzyści pacjentom poddawany dializie. Nowe środowisko daje szansę na odpoczynek i relaks. Również, dzięki regularnym spacerom i aktywnościom na świeżym powietrzu, pacjenci dializowani mogą poprawić swoją kondycję fizyczną, co jest istotne dla utrzymania ogólnej wydolności organizmu. W przypadku tej miejscowości, nasza stacja dializ znajduje się 15 minut samochodem od serca miasteczka. Tak jak w przypadku Trapani, tak też w Castellammare del Golfo zawsze dążymy, aby każdy zabieg odbywał się w przyjaznej atmosferze, aby dializa była tylko częścią podróży, a nie jej

centralną częścią. Staramy się maksymalnie ułatwić naszym pacjentom organizację wyjazdów, tak aby w pełni mogli cieszyć się pobytem na Sycylii, nie martwiąc się o swoje leczenie i wszystkie szczegóły. Choć nasze oferty różnią się, to i w przypadku tej miejscowości, możemy zagwarantować przejazd na dializy, przedstawić ofertę noclegową, jak i zarezerwować przejazd z lotniska i podpowiedzieć, jak najlepiej zorganizować dla siebie taki wyjazd. Wakacje w takim otoczeniu pozwalają na regenerację, zmniejszenie stresu, który często na codzien towarzyszy pacjentom dializowanym, ale i pozwalają na poprawę ogólnego samopoczucia, co ma istotny wpływ na proces leczenia i ogólną jakość życia.

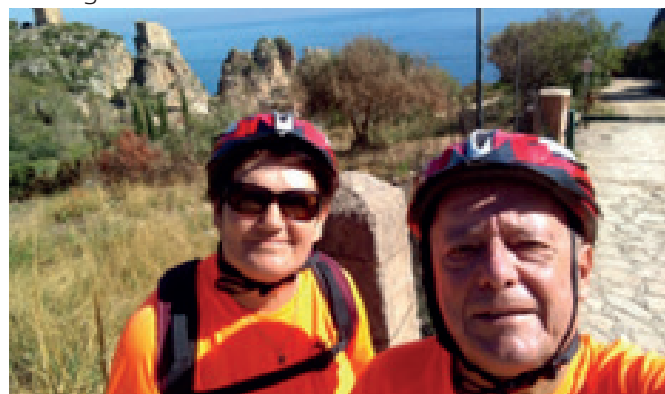
Niezapomniany urlop



Tadeusz Grapa
Kraków

Pragnę wraz z żoną przekazać Państwu wspaniałe wspomnienia z naszego drugiego pobytu na wakacjach z dializami, które spędziliśmy na Sycylii, tym razem w Castellammare del Golfo. To malownicze miasteczko wciśnięte w zbocze góry z widokiem na Morze Tyreńskie zachwyciło nas swoją wyjątkową atmosferą. W zasięgu wzroku góry i morze, świetny klimat, urokliwa zabudowa, przyjaźni ludzie oraz piękna przyroda. Dializowałem się trzy razy w tygodniu w Alcamo. Sympatyczny pan przyjeżdżał po mnie i zawoził do stacji dializ, gdzie atmosfera dawała poczucie bezpieczeństwa i spokoju. Odczuwałem duży profesjonalizm wśród pracowników oraz ich troskę o zdrowie i dobre samopoczucie pacjentów. Ponadto kawa i pyszna kanapka stanowiły miły dodatek po dializie. W przypadku jakichkolwiek problemów podczas czasu wolnego od dializ mogliśmy się zawsze skontaktować z personelem stacji, ponieważ telefon alarmowy był aktywny przez całą dobę. Czas wolny wykorzystałem w pełni, spacerując wraz z żoną po urokliwych uliczkach miasteczka i jego okolicach. Wynajmowaliśmy elektryczne rowery, które umożliwiały nam dalsze wyprawy. Zwiedzaliśmy m.in. Scopello oraz przepiękny rezerwat przyrody Zingaro. Oczywiście najwięcej czasu spędziliśmy nad morzem, zażywając kąpeli morskich oraz spacerując po pięknych plażach. Mimo, że nie znamy włoskiego, w załatwianiu różnych spraw pomógł nam translator głosowy, począwszy

od formalności związanych z wynajmem motorówki i miejsca na dużej żaglówce, aż po zabiegi protetyczne. Dzięki translatorowi głosowemu udało nam się nawiązać kontakt z lokalnymi mieszkańcami. Spotkaliśmy osoby, które do tej pory są zafascynowane osobą papieża Jana Pawła II. Mieliliśmy również przygodę podczas wędrówki w górach, podczas której doznałem takiego bólu w krzyżach, który uniemożliwił mi dalszą marszrutę. Poprosiliśmy o pomoc strażaka, który pełnił dyżur w punkcie obserwacyjnym. Zorganizował samochód terenowy, który odwiózł nas do naszej Rezydencji Itaka w miasteczku, gdzie mieszkaliśmy. Strażacy nie chcieli przyjąć zapłaty, gdy dowiedzieli się, że jestem, dializowany w Alcamo i wyrazili ogromne uznanie dla doktora Mucarii. Rezydencja Itaka jest godna polecenia. Oferuje taras widokowy, z którego rozciąga się wspaniała panorama na morze, góry i miasteczko. W pobliżu znajduje się pizzeria prowadzona przez Polkę, która oferuje zniżki dla rodaków. W naszym zakwaterowaniu mieliśmy możliwość gotowania, co pozwoliło korzystać ze świeżych ryb, które kupowaliśmy bezpośrednio od rybaków w porcie. Tak pysznych ryb jeszcze nigdzie nie jedliśmy! Cudowna magia Castellammare Del Golfo zauroczyła nas na długo.





MUCARIA
STACJE DIALIZ

WWW.DIALISIMUCARIA.IT

PODRÓŻE Z DIALIZĄ SĄ MOŻLIWE!

WYBIERZ SIĘ NA WAKACJE *na Sycylii*

Oderwij się od rutyny, zregeneruj siły i ciesz się podróżą marzeń!

Odkryj urokliwe miasteczka, zanurz się w lokalnych tradycjach i pozwól, aby ten pobyt stał się niezapomnianym doświadczeniem pełnym radości i relaksu.

Zachodnia Sycylia z pewnością Cię zachwyci!

To miejsce łączy błękitne morze, malownicze plaże, historyczne zabytki, widoki, słoneczny temperament mieszkańców i wyśmienita kuchnia...

**NOWOCZESNE
HEMODIALIZY
BEZPŁATNE Z EKUZ**



**PAKIETY WAKACYJNE
Z NOCLEGIEM**

**TRZY PRZEPIĘKNE
NADMORSKIE
MIEJSCOWOŚCI**



DIALIZY + NOCLEG + TRANSPORT NA DIALIZY

Przykładowa oferta

Pakiet 2 tygodnie dla 2 osób: 1 pacjent + 1 os. towarzysząca

Formuła: Apartament - nocleg z aneksem kuchennym

**Castellammare del Golfo
od 340,00 euro**

**Trapani
od 280,00 euro**

Podczas rezerwacji i pobytu możesz liczyć na wsparcie naszego **polskojęzycznego personelu** – zarówno w kwestiach medycznych, jak i organizacyjnych.

Oferujemy **kompleksową organizację wyjazdu**: zarezerwujemy dla Ciebie: dializy, noclegi, przejazd na stację dializ oraz taksówkę z/na lotnisko.

KONTAKT W J. POLSKIM



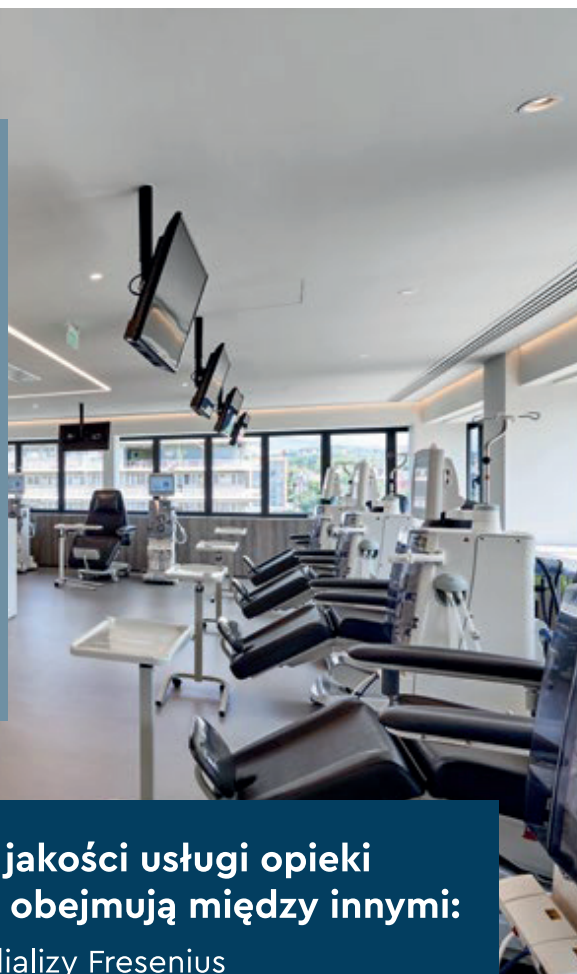
+39 0923 836 440

+39 338 710 3285

RESERVATION@DIALISIMUCARIA.IT

EKSKLUZYWNE LUKSUSOWE WAKACJE Z DIALIZĄ W GRECJI

Zarezerwuj teraz pierwszą
klasę i beztrudnie wakacje
dializacyjne



Najwyższej jakości usługi opieki zdrowotnej obejmują między innymi:

- + Sprzęt do dializy Fresenius Medical Care 5008S
- + Najlepszy wielojęzyczny personel naukowy i administracyjny
- + 24-godzinne wsparcie medyczne
- + Wyznaczone obszary dla pacjentów z zapaleniem wątroby
- + Bezpłatny transfer na dializy
- + Wsparcie finansowe dla grupowych wakacji

Kreta (Kalessa, Heraklion, Ierapetra)
Ateny (Palaio Faliro, Chaidari, Pallini)
Peloponez (Kalamata i Messini)
Chalkida (Wyspa Evia – Grecja Środkowa)
Serres (Północna Grecja)
Saloniki (Pylaia i Evosmos)

**Skontaktuj się ze specjalistami ds. obsługi gości
Mesogeios pod adresem:**
T: +30 2810 371560
M: +30 694 628 5615
E: info@mesogeios.gr
W: www.mesogeios.gr

Portugalia: bezpieczny, gościnny i niezapomniany cel podróży



Marta Olim

Koordinator ds. dializ wakacyjnych
Diaverum Portugal

Klaudiusz Papież-Pędziszczak, dializywakacyjne.pl przeprowadził rozmowę z Martą Olim, koordynatorką dializ wakacyjnych w Diaverum Portugalia, dotyczącą możliwości wyjazdu chorych dializowanych we wszystkich polskich stacjach do Estoril w Portugalii.

Korzystając z okazji niniejszej rozmowy pragnę serdecznie podziękować pomysłodawczyni i założycielce firmy „Dializy wakacyjne” pani Joannie Bernet za 7 lat niezwykle oddanej działalności na rzecz pacjentów dializowanych. Przyjaźnimy się od połowy lat osiemdziesiątych i wiem ile serca wkładała, by stworzyć pacjentom jak najlepsze możliwości korzystania z pełni życia. Z przyjemnością przejmuję obecnie tę dobrze przemyślaną działalność.

K.P-P.: Bardzo cieszę się z wyjazdu pacjentów do Estoril, gdzie będą mogli być dializowani. Czy możesz opowiedzieć o tym mieście?

M.O.: Estoril, położone w gminie Cascais, stanowi elegancki kurort na Riwierze Portugalskiej, w południowo-zachodniej części Półwyspu Iberyjskiego nad Oceanem Atlantyckim, w odległości 30 km od Lizbony. Od dawna jest miejscem wypoczynku dla członków rodziny królewskiej i pisarzy. Posiada liczne zabytki: forty, zamki i kościoły oraz liczne eleganckie wille (fot. 1) Znane jest przede wszystkim z największego w Europie kasyna Estoril, a fanów sportu przyciągają wyścigi Formuły 1 i turniej tenisowy Estoril Open. Miasto łączy w sobie przepych z urokiem nadmorskim. Jego złote plaże, takie jak Tamariz zapraszają na spokojne spacery, a Estoril Circuit (portugalski tor wyścigowy) zachwyca fanów sportów motorowych. Tutejsze plaże są mniej zatłoczone niż te w pobliskim Cascais, z którym Sintra i Estoril tworzą tzw. Złoty Trójkąt.



Fot. 1. Estoril, widok na miasto

K.P-P.: Trzy lata temu dla polskich pacjentów była organizowana wycieczka do miejscowości Cascais, która pozostawiła niezapomniane wspomnienia. Czy możesz przybliżyć Czytelnikom, dlaczego polecasz zobaczyć właśnie tę miejscowość i jej okolice?

M.O.: Cascais to piękne miasteczko położone około 5 km od Estoril. Zostało przekształcone z niewielkiego portu rybackiego w popularny kurort Riwier Portugalskiej, przy jednoczesnym zachowaniu swojego tradycyjnego i urokliwego wyglądu. Wyróżnia go piękne, historyczne centrum o tradycyjnym portugalskim charakterze. W obrębie brukowanych uliczek znajdują się wille z XIX wieku, imponujący fort, fascynujące muzea, a także różnorodne, tętniące życiem bary i restauracje. Wszystko to nadaje miastu żywą atmosferę. Wielką zaletą Cascais są piękne, piaszczyste plaże zachęcające nie tylko do wypoczynku, ale też do spacerowania wzdłuż nich wybrukowaną ścieżką, ciągnącą się na długości 2,5 km, przy której znajdują się liczne kawiarenki. Położenie Cascais pozwala na wycieczki do wyjątkowych miejsc takich jak Park Przyrodniczy Sintra-Cascais oraz imponujące skalne klify wybrzeża, czy zwiedzanie Lizbony.

K.P-P.: Przejdźmy teraz do ośrodka dializ Diaverum, w którym pacjenci będą mogli być dializowani. Gdzie się znajduje?

M.O.: W całej Portugalii znajduje się 27 nowoczesnych klinik dializ, (fot. 3) w których hemodializy prowadzone są przy użyciu sztucznej nerki Nikkiso DBB-EXA oraz Nipro SURDIAL. W ośrodkach tych oferowana jest najwyższą jakość opieki medycznej, a profesjonalne zespoły specjalistów indywidualnie podchodzą do każdego pacjenta. Jednym z nich jest ośrodek dializ w klinice Estoril w miejscowości Estoril, który działa od 2022 roku. Jest ona położona w centrum Estoril, a jednocześnie niedaleko od plaż (fot. 2) i uroczych kawiarni, umożliwiając spokojną rekonwalescencję w pięknym, nadmorskim otoczeniu. Doskonale wykwalifikowany zespół zapewnia fachową opiekę, prowadząc Państwa z czułością, serdecznością i profesjonalizmem na każdym kroku. Klinika jest zaprojektowana z myślą o pacjentach z zagranicy, oferuje przestronne, dobrze wyposażone pokoje, zapewniające prywatność i spokój podczas leczenia. W celu ułatwienia dojazdu na dializy z miejsca zamieszkania zapewniamy bezpłatny transport, co pozwoli skupić się na tym, co naprawdę ważne - swoim zdrowiu i dobrym samopoczuciu.

K.P-P.: Czy podróż z Polski jest uciążliwa?

M.O.: Dzięki bezpośrednim lotom z Polski oraz lotniskom położonym blisko głównych kurortów podróży do Portugalii jest prosta, wygodna i bezstresowa. Do naszego ośrodka w Estoril z lotniska w Lizbonie jest zaledwie 40 minut drogi samochodem, który na Państwa będzie czekał. Oczywiście ten transport jak też dostęp do dializ jest bezpłatny dzięki Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego

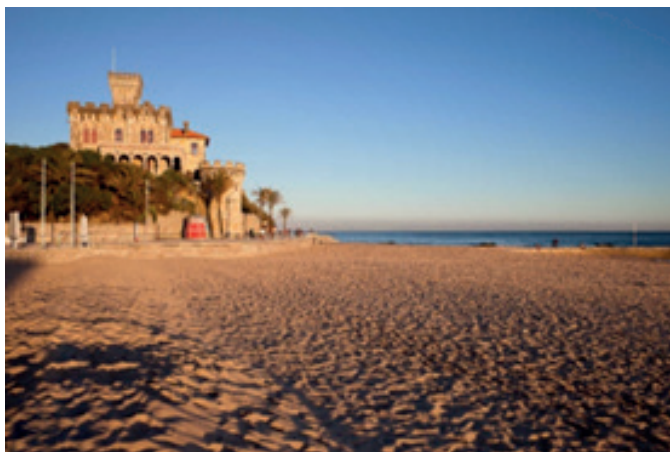
(EKUZ). Zapewnia ona komfort i spokój podczas pobytu.

K.P-P.: A jak jest z zakwaterowaniem?

M.O.: Proponujemy Państwu zakwaterowanie w zaufanych hotelach, z którymi współpracujemy. Stąd oferują one atrakcyjne zniżki dla naszych pacjentów, a portugalskie biuro podróży przygotowuje spersonalizowane pakiety pobytowe dostosowane do Państwa potrzeb. Hotele współpracujące z nami w najbliższej okolicy to między innymi: Vila Galé w Cascais, Vila Galé w Sintra, Vila Galé Ópera i Lumen w centrum Lizbony.

K.P-P.: Jakie są możliwości wycieczek, kto je organizuje?

M.O.: Będąc w Portugalii należy pomyśleć nie tylko o odpoczynku na uroczych plażach, ale także pokusić się o zwiedzanie. Można skorzystać z wycieczek organizowanych lub wędrować samemu wypożyczając samochód lub komunikacją miejską. W Cascais warto zanurzyć się w nadmorskim uroku tej miejscowości, zwiedzić port jachtowy lub pospacerować malowniczą Passeio Marítimo. Następnie, po krótkiej podróży samochodem lub pociągiem,



Fot. 2. Plaża miejska Tamariz w Estoril

można dotrzeć do Sintry, bajkowego miasta mglistych lasów i romantycznych pałaców, takich jak Pałac Pena i Quinta da Regaleira. Oczywiście czeka na Państwa Lizbona ze swoimi ponadczasowymi uliczkami, muzyką fado i bogatą historią, od Belém po tętniącą życiem dzielnicę Alfama.

K.P-P.: Na końcu chciałbym zaznajomić Czytelników z kuchnią portugalską, o której tak wiele słyszałem. Czy możesz parę słów o niej powiedzieć i czy warto kosztować nowych potraw?

M.O.: Jedzenie posiłków jest dla Portugalczyków prawdziwym rytuałem dostosowanym do godzin spożywania śniadania, obiadu i kolacji. Jednak kolacja jest najważniejszym posiłkiem dnia. To właśnie przy suto zastawionym stole zbiera się cała rodzina, rozkoszując się posiłkiem, rozmawiając i niespiesznie wymieniając doświadczenia minionego dnia. Kuchnia portugalska jest niezwykle różnorodna, aromatyczna i oparta na świeżych, lokalnych produktach. Mieszkańcy uwielbiają oliwę, wino, ryby i owoce morza,

ale w ich menu nie brakuje również różnego rodzaju mięs, szczególnie wieprzowiny i wołowiny. Narodowa potrawa kraju to bacalhau, czyli suszony i solony dorsz. Spośród warzyw lubiane są przede wszystkim: kapusta, sałata, papryka, pomidory, czosnek i cebula oraz jadalne kasztany. Dla Portugalczyków posiłek to nie tylko smaczne potrawy, ale też i dobre wino. Na uwagę zasługują również portugalskie desery oraz napoje. Najpopularniejszymi portugalskimi słodkościami są babeczki Pasteis de Nata wykonane z ciasta filo lub ciasta francuskiego, które są wypełnione masą budyniową, a następnie zapiekane. Sangria to kultowy hiszpański napój uwielbiany nie tylko w Portugalii, ale też na całym świecie. Kuchnia portugalska uważana jest za przykład kuchni śródziemnomorskiej, która uznawana jest za jedną z najzdrowszych. Jednak nie wszystkie jej aspekty są tak samo zdrowe. Portugalczycy lubują się w słodkich deserach i spożywają sporo tłuszczów, co nie jest zalecane przez dietetyków. Warto jednak sięgać głównie po ryby i owoce morza, które stanowią podstawę kuchni portugalskiej.

K.P-P.: Jak pracuje się z polskimi pacjentami?

M.O.: Pacjenci z Polski stanowią bardzo miłą i zdyscyplinowaną grupę. Personel stacji dializ dba o to, aby na hemodializach czuli się bezpiecznie, wszystko mieli podane w odpowiednim czasie i czuli się domowo. Dowodem tego, że pacjenci mile wspominają u nas pobyt są otrzymywane od nich kartki z podziękowaniami i pozdrowieniami z Polski.

K.P-P.: Bardzo dziękuje za przekazanie obszernej informacji na temat wyjazdu do Estoril, które niewątpliwie zachęca pacjentów do podjęcia decyzji. Wierzę, że jeżeli zdecydują się na wyjazd to nie pożałują, a po powrocie będą gorąco namawiać innych.

M.O.: Dziękuję za rozmowę i zachęcam wybrać Portugalie na wakacje z hemodializą. Przekonacie się o tym sami, że to doby wybór.

Portugalia zaprasza! Portugalia zatroszczy się o Ciebie. Portugalia pozostanie w Twoim sercu.

Kontakt z przedstawicielem w Polsce: telefon +48 663 327 001; e-mail: biuro@dializywakacyjne.pl



Fot. 3. Stacja dializ Diaverum w Estoril

Wakacje na Sycylii!!!

Wiemy, że dla osób korzystających z dializ planowanie wakacji może być wyjątkowo trudne. Z tego powodu Iblea Medica postanowiła stworzyć ofertę spędzenia fantastycznych wakacji na Sycylii. Dzięki temu nowemu projektowi nie będziesz musiał się o nic martwić, będziesz mógł połączyć dializę z niezapomnianymi wakacjami w jednym z najpiękniejszych zakątków Sycylii- Ragusie.

STACJA DIALIZ

Iblea Medica- stacja dializ w Ragusie jest akredytowana i i włączona w krajowy system opieki zdrowotnej, świadcząc spersonalizowane usługi ambulatoryjne.

Akceptuje także europejską kartę ubezpieczeniową (EHIC) uprawniającą do opieki zdrowotnej w przypadku pobytu czasowego w jednym z 28 krajów Unii Europejskiej, na Islandii, w Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii.

ODKRYJ NASZE OFERTY WAKACYJNE!!!!

Transfer lotnisko – zakwaterowanie – lotnisko + transfer na stację dializ + wycieczki zorganizowane (minimum 5 osób).
Krótko mówiąc, bezproblemowe wakacje!!!



Taormina



Etna



Catania



Siracusa



Noto



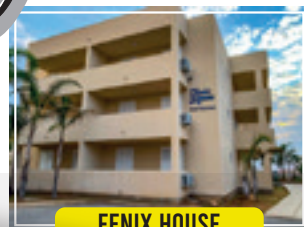
Ragusa Ibla



Modica



Scicli



FENIX HOUSE



MEDITERRANEO RELAX HOUSE



KAMENA RESIDENCE



WAKACJE
MARZEŃ...

Sicilia Man Amour!

ORGANIZOWANE WYCIECZKI

Od października 2025 do maja 2026

będą organizowane szczególne wycieczki tematyczne: -produkcja wina i zwiedzanie winnicy -produkcja oleju i zwiedzanie olejarni + degustacja lodów przygotowywanych metodą tradycyjną-Zafferana Etna, jarmark kasztanów, miodu, grzybów+ zwiedzanie pasieki produkującej miód
(październik 2025) - Etna+ karnawał w Acireale
(luty 2026).

Kontakt w Polsce:

Tel: 663 327 001

email: rezerwacja@dializywakacyjne.pl

W celu uzyskania wszelkich informacji odwiedź naszą stronę internetową lub napisz.
Nasz personel udzieli wszelkich informacji i wyjaśnień.

www.dialisiragusa.it

YouTube

 dialisiragusa

 Ulica Beato Angelico 16
97100 Ragusa – Sycylia

 Dializa Ragusa Hemodializa na wakacjach

 info@dialisiragusa.it



Fresubin® PLANT-BASED Drink

Żywność medyczna zawierająca w 100% roślinne składniki.

Dieta wysokoenergetyczna (1,5 kcal/ml), wysokobiałkowa, o wysokiej zawartości witaminy D, przeznaczona do postępowania dietetycznego w niedożywieniu lub ryzyku niedożywienia w szczególności u pacjentów ze zwiększonym zapotrzebowaniem białkowo-energetycznym. Zawiera 100% białka roślinnego (soja) oraz błonnik. Nie zawiera białka mleka i laktozy, bezglutenowa.

Odpowiednia dla wszystkich rodzajów diet roślinnych; fleksitarian, wegetarian i wegan.

Material przeznaczony dla personelu medycznego.

Wysoka zawartość białka (20% energii = 15 g/butelka) pozyskiwanego z wysokiej jakości białka sojowego, co zapewnia korzyści kliniczne, funkcjonalne i odżywcze^{1*}

Wysoka zawartość witaminy D (7,5 µg na butelkę) przez co wspiera zdrowie kości i pomaga zmniejszyć ryzyko złamań⁴

Dieta kompletna pod względem odżywczym⁵ zawierająca witaminy, minerały i pierwiastki śladowe odpowiednie dla wegan⁵

Z błonnikiem aby wspomagać pracę jelit⁶

www.zywieniemazaczenie.pl

*Zawiera wszystkie makro i mikroskładniki

**nie zawiera składników pochodzenia zwierzęcego