

Czasopismo dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 2 (49) 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 2 (49) 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

Wydawca:

Fundacja Amicus Renis
os. Witkowiec Nowe 7
e-mail: nefron@interia.eu

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 Kłis
Prof. dr hab. med. Magdalena Krajewska
Prof. dr hab. med. Katarzyna Krzanowska
Dr med. Jacek Lange
Prof. dr hab. Rajmund Michalski
Prof. dr hab. med. Beata Naumnik
Prof. dr hab. med. Michał Nowicki
Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski
Prof. dr hab. med. Tomasz Stompór
Mgr Aneta Trzcińska
Lic. diet. Małgorzata Szczypkowska

Rysunki: KRZYSZTOF KMIĘĆ

Fotografia na okładce:

Pexels-olivers 29370841

<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

Ku pokrzepieniu serc – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

5 W oczach lekarza

Choroba Fabry'ego – rzadka przyczyna niewydolności nerek z dostępnym celowanym leczeniem – dr med. Jakub Ruszkowski
Pacjent po transplantacji narządu a zabiegi medycyny estetycznej – dr hab. med. Beata Imko-Walczyk, dr med. Adrianna Marquardt-Feszler
Dziecko na dializie otrzewnowej: wybory, problemy, rozwiązania – prof. dr hab. med. Maria Szczepańska
Odwadnianie na dializie – lek. med. Paulina Gołasa-Szczepaniak, prof. dr. hab. med. Katarzyna Krzanowska

12 Pielęgniarka radzi

Co pacjent dializowany powinien wiedzieć o leczeniu uzdrowskim – mgr Anetta Cekała

14 Nerki i dusza

Jak budować „pozytywne” emocje? – dr med. Jacek Lange

15 Nerki i ruch

Aktywność fizyczna u pacjentów z wielotorbielowatością nerek – prof. dr hab. med. Mariusz Kusztal, dr med. Hanna Augustyniak-Bartosik

17 Dietetyk radzi

Dieta wegetariańska po przeszczepieniu nerki – dr med. Paulina Borek - Trybała

19 Pacjenci o sobie

Od dializ do przeszczepu – moja droga z chorobą Fabry'ego – Bartosz Morzyński

20 Wydarzenia

Słowo od Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii – prof. dr hab. med. Magdalena Krajewska
Miłe chwile wzruszeń – prof. dr hab. Rajmund Michalski
Sto lat i... jeszcze więcej! Setne urodziny pana Wiesława w bydgoskiej stacji dializ – mgr Arleta Cyrankiewicz

24 Dializy wakacyjne

Hemodializy i wypoczynek są możliwe w kraju! – Elżbieta Koterba
Od wizji do misji – historia, która trwa – Joanna Narożniak
MUCARIA – Dializy Wakacyjne na Sycylii
MESOGIOS – Ekskluzywne, luksusowe wakacje z dializą w Grecji
Cieszcie się Państwo życiem na Costa del Sol – również podczas dializ – Paulina Wolkowiak
FESENIUS KABI – Fresubin PLANT-BASED Drink

32 Poczut Wybitnych Nefrologów

Prof. dr hab. med. Ewa Żukowska-Szczechowska

SŁOWO OD REDAKCJI



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

Drodzy Czytelnicy,

Z radością przekazuję Państwu najnowszy numer naszego czasopisma, w którym - jak zawsze - spletają się ze sobą nauka, praktyka i osobiste historie. Każdy z autorów wnosi do tego numeru coś wyjątkowego, a razem tworzą oni wielobarwną opowieść o życiu z chorobą nerek, o wyzwaniach medycyny, ale też o sile i nadziei.

Rozpoczynamy „Listem znad morza” prof. Bolesława Rutkowskiego - jak zawsze pełnym refleksji i ciepłego spojrzenia na naszą codzienność zawodową. Prof. Rutkowski wspomina również prof. Ewę Żukowską-Szczechowską - wybitnego śląskiego nefrologa, która odeszła nagle w dniu 7 sierpnia.

W części **„W oczach lekarza”** dr Jakub Ruszkowski przybliży nam chorobę Fabry’ego - rzadką, ale coraz lepiej rozpoznawaną i możliwą do skutecznego leczenia. Doc. Beata Imko-Walczyk podejmuje temat, z którym pacjenci po przeszczepieniu często się mierzą: jak bezpiecznie korzystać z zabiegów medycyny estetycznej. Prof. Maria Szczepańska dzieli się doświadczeniami w opiece nad dziećmi dializowanymi, a prof. Katarzyna Krzanowska zwraca uwagę na bardzo praktyczny, ale kluczowy aspekt dializoterapii - właściwy stan nawodnienia.

Nie zabrakło też porad specjalistów innych dziedzin: w dziale **„Pielęgniarka radzi”** mgr Anetta Cekała pokazuje, jak wiele mogą zyskać pacjenci dializowani dzięki leczeniu uzdrowiskowemu. W części **„Nerki i Dusza”** dr Jacek Lange podpowiada, jak pielęgnować pozytywne emocje, a w dziale **„Nerki i ruch”** prof. Mariusz Kuszta i dr Katarzyna Bulińska wyjaśniają, jak bezpiecznie uprawiać aktywność fizyczną, gdy towarzyszy nam wielotorbielowatość nerek. Z kolei w **„Dietetyk radzi”** dr Paulina Borek-Trybała odpowiada na pytanie, czy wegetarianizm i weganizm po przeszczepieniu nerki są możliwe - i jak to robić mądrze.

Cenny jest głos pacjentów, dzięki któremu możemy spojrzeć na życie z chorobą Fabry’ego z perspektywy osoby, która codziennie się z nią mierzy, jak również dzielenie się praktycznymi wskazówkami dotyczącymi miejsc wypoczynku w Polsce i za granicą.

W części **„Wydarzenia”** znajdą Państwo słowo od prof. Magdaleny Krajewskiej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii, bieżące informacje środowiskowe przygotowane przez zespół OSMN w osobie Prezesa prof. Rajmunda Michalskiego, a także niezwykle historię pacjenta dializowanego, który dożył stu lat.

A dla tych, którzy planują podróż, szczególnie inspirujący będzie tekst Joanny Narożniak o dializach wakacyjnych w słonecznej Mucarii oraz Pauliny Walkowiak w Hiszpanii.

Wierzę, że każdy z Państwa znajdzie w tym numerze coś dla siebie - praktyczną wskazówkę, naukową inspirację albo po prostu ludzką historię, która doda otuchy.

Dziękuję wszystkim Autorom za ich czas, zaangażowanie i otwartość, a naszym Czytelnikom życzę, aby ta lektura była nie tylko źródłem wiedzy, ale i wsparcia.

Z serdecznymi pozdrowieniami,

Monika Lichodziejewska-Niemierko

Redaktor Naczelny

Ku pokrzepieniu serc



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

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

Moi drodzy,

Postanowiłem tak właśnie zatytułować swój kolejny list, bo opowieść o dotychczasowych losach jednego z moich pacjentów powinna na wszystkich działać krzepiąco. A rzecz zaczęła się, kiedy to jeden z moich współpracowników powiadomił mnie, że w Klinice leży pacjent, który ciągle się o mnie wypytuje i chciałby się ze mną zobaczyć. Sprawa dotyczyła 72-letniego obecnie Franciszka H., którego miałem przyjemność po raz pierwszy spotkać przed 47 laty. Miał podówczas 25 lat i trafił do nas z kwitnącą mocznicą z kreatyninemią powyżej 20 mg/dl. Był to młody rolnik z Redy, który zdecydowanie nie miał dotąd czasu ani ochoty odwiedzać lekarzy. Przyczyną schyłkowej niewydolności nerek było zapewne kłębuszkowe zapalenie nerek. Nieoceniony świętej pamięci doktor Piotr Tomaszewski założył mu przetokę Scribnera na nodze w okolicach kostki i tak w 1977 roku rozpoczęło się leczenie powtarzanymi hemodializami. Należy wyjaśnić, że podówczas nie było jeszcze cewników dwukanałowych. Natomiast przetoka Scribnera polegała na włożeniu do wypreparowanej żyły i tętnicy teflonowych cewniczków, które były na czas pomiędzy dializami połączone ze sobą przęsłami z silastiku. Na okres dializy rozłączano przęsła i w ten sposób uzyskiwano podłączenie do aparatu do hemodializy. Franciszek zaraz po wypisaniu założył na nogi gumki i z tak zaopatrzonym Scribnerem poszedł wyrzucać gnój z obory. Na moją reprimendę odpowiedział ze spokojem, że przecież ktoś to musiał zrobić. Pamiętam, że kolejne próby założenia stałej przetoki Cimino-Brescii nie powiodły się. Okazało się bowiem, że nasz Franuś, mimo że był ciężko pracującym człowiekiem, żyły na przedramionach miał jak nie przymierzając dama. Stąd też został zgłoszony na pilną listę oczekujących na przeszczepienie nerki. Zaowocowało to przeszczepieniem nerki w Warszawie w 1978 roku. Historia z tym związana wymaga krótkiego opowiedzenia. Otóż wysłana po Franciszka karetka wróciła bez niego, bo oświadczył kierowcy, że on teraz nie ma czasu. Kiedy udało się go ściągnąć do Kliniki, pomimo tłumaczenia, że taka okazja może się szybko nie trafić, nasz Franuś odpowiedział, że on ma teraz żniwa i jest bardzo zajęty. W końcu przy pomocy będącego podówczas



po przeszczepieniu nerki Janusza Brewki, szefa Klubu Dializowanych, a jednocześnie naszego pracownika, Franek uległ i pozwolił się odesłać do Warszawy. Sam opowiadał później, że pamięta, iż operował go sam prof. Jan Nielubowicz, a opiekował się nim w Warszawie prof. Tadeusz Orłowski. Miał zatem szczęście trafić na pionierów polskiej transplantologii. Przeszczepiona nerka funkcjonowała doskonale przez 10 lat, ale w końcu w 1988 roku doszło do jej niewydolności i nasz bohater trafił ponownie na hemodializę. W 2001 roku podjęto u niego kolejną próbę przeszczepienia nerki, ale po 3 tygodniach trzeba było ją usunąć z powodu zakrzepicy żyły nerkowej. I znowu Franciszek na kolejne trzy lata (2001-2004) trafił na leczenie powtarzanymi hemodializami. Trzecie przeszczepienie nerki wykonano u niego w 2004 roku, a przeszczep funkcjonował przez 4 lata. Obecnie od 2008 roku Franek jest nadal hemodializowany w Stacji Dializ w Wejherowie. Do kliniki trafił z powodu powikłania związanego z cewnikiem tunelizowanym, ponieważ nadal próby założenia przetoki tętniczo-żylną okazały się bezskuteczne. Z przyjemnością odwiedziłem Franciszka, odnajdując go w doskonałej kondycji. Pomimo upływu 47 lat nie zmienił się bardzo i nadal jest czynny zawodowo. Powspominaliśmy stare dzieje i Franek sam się śmiał ze swojej historii związanej z pierwszym przeszczepieniem nerki. Zresztą tym razem nasz bohater nie miałby nic przeciwko kolejnemu przeszczepowi. Uważam, że powyższa powiastka powinna krzepić serca wszystkich osób trafiających na leczenie nerkozastępcze, którym wydaje się, że to jest już koniec świata. Należy także wziąć pod uwagę fakt, że technika leczenia hemodializą poszła daleko do przodu, a po przeszczepieniu stosuje się coraz nowsze leki umożliwiające dłuższe przeżycie przeszczepionego narządu.

Pamiętajcie, że nefrologia jest jedyną dziedziną medycyny umożliwiającą przy pomocy terapii nerkozastępczej wielokrotnie przeżycie w doskonałej formie osobom ze schyłkową niewydolnością tak ważnego narządu jakim są nerki.

A zatem „Sursum corda”!

Wasz Bolesław

Choroba Fabry'ego – rzadka przyczyna niewydolności nerek z dostępnym celowanym leczeniem



Dr med. Jakub Ruszkowski

Klinika Nefrologii, Transplantologii
i Chorób Wewnętrznych,
Gdański Uniwersytet Medyczny

Czy wiesz, że:

- ponad 20% osób dializowanych w Polsce nie zna przyczyny swojej choroby
- choroba Fabry'ego może dotyczyć 3 na 1000 pacjentów z niewydolnością nerek
- od 2019 roku leczenie jest w pełni refundowane przez NFZ
- wczesne rozpoznanie może uratować nerki i serce oraz poprawić jakość życia

Lista ośrodków diagnozujących i leczących chorobę Fabry'ego:

- <https://fabry.org.pl/leczenie-choroby-fabryego>

Dane z Polskiego Rejestru Nefrologicznego dotyczącego leczenia nerkozastępczego wskazują, że **przyczyna niewydolności nerek jest nieznana w przypadku ponad 20% osób dializowanych w Polsce**. Szacuje się, że u 3 na 1000 osób wymagających leczenia nerkozastępczego w Europie przyczyną niewydolności nerek może być choroba Andersona-Fabry'ego (częściej nazywana krócej: chorobą Fabry'ego). Jest to choroba uwarunkowana genetycznie, która może powodować stopniowe uszkodzenie nerek, serca, układu nerwowego i innych narządów (co utrudnia diagnostykę: objawy mogą być ograniczone jedynie do jednego narządu). Od 2019 roku polscy pacjenci mają dostęp do celowanego leczenia dzięki programowi lekowemu NFZ, ale kluczem do skuteczności terapii jest wczesne rozpoznanie choroby. Niestety większość osób z chorobą Fabry'ego w Polsce nie ma postawionego rozpoznania.

W niniejszym artykule przedstawione zostaną najważniejsze informacje o rozpowszechnieniu, objawach, konsekwencjach klinicznych, możliwościach diagnostycznych i leczeniu tej choroby.

Czym jest choroba Fabry'ego i dlaczego dotyka nerek

Wyobraź sobie, że komórki w twoim organizmie mają małe centra recyklingu zwane lizosomami, które używają specjalnych narzędzi - enzymów - do rozkładania odpadów. W chorobie Fabry'ego organizm nie produkuje wystarczającej ilości enzymu zwanego alfa-galaktozydazą A (lub produkuje nieprawidłowo działający enzym). **Gdy tego enzymu brakuje, substancje, które powinny ulec rozkładowi przez brakujący enzym**

(sfingolipidy, głównie Gb3 i Gb2) gromadzą się wewnątrz komórek w całym organizmie.

Nagromadzone substancje uszkadzają komórki i utrudniają przepływ krwi przez małe naczynia krwionośne. Narządy zbudowane z długożyjących, niepodlegających regularnej wymianie na nowe, komórek (nerki, serce, układ nerwowy) są szczególnie narażone na uszkodzenie, ponieważ nieusuwane śmieci kumulują się wewnątrzkomórkowo przez wiele lat. Zwykle ciężiej chorują mężczyźni. Wynika to z położenia genu kodującego alfa-galaktozydazę A na chromosomie X - mężczyźni posiadają tylko jeden taki chromosom, przez co wszystkie komórki organizmu korzystają z nieprawidłowego wariantu genu. Kobiety mają dwa chromosomy X, w tym jeden z prawidłową kopią genu, co może łagodzić objawy choroby.

Uszkodzenie nerek rozwija się stopniowo:

- **w dzieciństwie** dochodzi do bezobjawowego gromadzenia Gb3 w komórkach nerkowych (głównie w podocytach – komórkach występujących w kłębuszkach nerkowych).

- **w wieku nastoletnim/u młodych dorosłych** uszkodzone podocyty trafiają do moczu, w konsekwencji czego rozwija się białkomocz (zwykle < 3,5 g/dobę; z powodu braku badań przesiewowych białkomocz często pozostaje przez lata niewykryty).

- **w wieku 30-50 lat** postępuje spadek czynności nerek (eGFR).

Wielu chorujących mężczyzn wymaga leczenia nerkozastępczego (dializoterapii lub przeszczepienia nerki) przed 50. rokiem życia.

Objawy choroby

Najwcześnieszą wykrywaną nieprawidłowością nefrologiczną jest obecność białka w moczu. Uszkodzeniu nerek może towarzyszyć występowanie pojedynczych torbieli okołomiedniczkowych (nie należy ich mylić z zdecydowanie częstszymi torbielami korowymi, które jednak nie są typowe dla choroby Fabry'ego). **Na trop choroby Fabry'ego zwykle kierują jednak objawy pozanerkowe:**

- akroparestezje – napadowy ból rąk lub stóp, często występujący już od dzieciństwa i zmniejszający się u osób starszych, zwykle towarzyszący gorączce (infekcjom), wysokiej temperaturze otoczenia (lato, ciepłe buty zimowe) lub stresowi
- zmniejszona potliwość – patologia rzadko postrzegana negatywnie przez chorych (pozornie ułatwia funkcjonowanie w wysokich temperaturach), ale prowadząca do przegrzewania organizmu i ograniczenia wydolności fizycznej
- niedosłuch – zwykle asymetryczny o nagłym początku
- problemy z przewodem pokarmowym – przewlekła skłonność do luźnych wypróżnień, wzdęcia, bóle brzucha, szybkie poczucie sytości

Do typowych nieprawidłowości należą również:

- mnogie rogowce krwawe (angiokeratoma) – punktowe, ciemnoczerwone naczyniaki w powierzchownych warstwach skóry, lekko uniesione lub płaskie, nie blednące pod naciskiem, typowo występujące między pępkiem a kolanami
- koncentryczny przerost mięśnia lewej komory serca (przy braku typowych przyczyn przerostu, takich jak nadciśnienie tętnicze)
- zaburzenia rytmu serca (w EKG: skrócenie odstępu PQ, wolna akcja serca, bloki przedsionkowo-komorowe)
- przebyte udaru mózgu (przy wykluczeniu typowych przyczyn udaru)
- keratopatia wirowata – zmiany rogówki oka wykrywane w specjalistycznym badaniu okulistycznym

Występowanie tych objawów i nieprawidłowości u krewnych również może skłonić do rozważenia diagnostyki w kierunku choroby Fabry'ego. **Wyżej wymienione objawy i powikłania kliniczne rzadko występują jednocześnie** u osób z chorobą Fabry'ego. Nawet chorzy w obrębie jednej rodziny mogą chorować odmiennie. Skąpo objawowy przebieg utrudnia postawienie prawidłowego rozpoznania.

Diagnostyka - kiedy podejrzewać chorobę Fabry'ego

Pacjenci z przewlekłą chorobą nerek o nieznanym

przyczynie, w przypadku współwystępowania wyżej wymienionych nieprawidłowości, powinni rozważyć badania w kierunku choroby Fabry'ego.

Bezpłatna diagnostyka jest najłatwiej dostępna w ośrodkach prowadzących leczenie choroby Fabry'ego (lista placówek: <https://fabry.org.pl/leczenie-choroby-fabryego/>). Polega ona na pobraniu kilku kropel krwi z opuszki palca na specjalny papier, który po wysuszeniu (test suchej kropli krwi, ang. dried blood spot, DBS) wysyła się do specjalistycznego laboratorium. W pobranym materiale można oznaczyć aktywność enzymu alfa-galaktozydazy A (obniżona w chorobie) i stężenie lyso-Gb3 (podwyższone w chorobie), a także wykonać badanie genetyczne potwierdzające rozpoznanie.

Leczenie dostępne w Polsce przez NFZ

Od grudnia 2019 roku polscy pacjenci mają dostęp do refundowanego leczenia choroby Fabry'ego w ramach programu lekowego NFZ. **Dostępne są dwa główne rodzaje terapii: enzymatyczna terapia zastępcza** (podawane dożylnie co 2 tygodnie) oraz **terapia farmakologicznym szaperonem** (leczenie doustne co drugi dzień, działające jedynie u pacjentów z określonymi wariantami genetycznymi i możliwe do stosowania w pewnym zakresie eGFR). Tak prowadzone leczenie przyczynowe istotnie zmniejsza postęp choroby. W przyszłości spodziewamy się nowych możliwości leczenia, których skuteczność i bezpieczeństwo jest aktualnie weryfikowana w badaniach klinicznych.

Podsumowanie

Choroba Fabry'ego nie jest już uważana za skrajnie rzadką chorobę. **Może dotyczyć nawet 3 na 1000 pacjentów z niewydolnością nerek**, a wielu z nich nie wie o swojej diagnozie. Dzięki dostępności leczenia przez NFZ od 2019 roku, polscy pacjenci mają szansę na skuteczną terapię, która może zatrzymać postęp choroby i poprawić jakość życia.

Najważniejsze to wczesne rozpoznanie.

W przypadku niewyjaśnionych problemów z nerkami i innych objawów sugerujących chorobę Fabry'ego, nie wahaj się porozmawiać z lekarzem o możliwości przebadania. Diagnostyka jest dostępna, leczenie jest refundowane, a wczesne rozpoczęcie terapii może znacząco zmienić przebieg choroby. Choroba Fabry'ego to już nie wyrok - to wyzwanie, z którym można żyć dzięki nowoczesnej medycynie i wsparciu społeczności pacjentów. Kluczem jest świadomość choroby, wczesna diagnoza i dostęp do odpowiedniego leczenia.

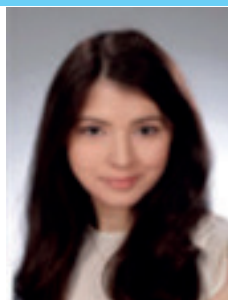
Więcej informacji: <https://fabry.org.pl/> - strona Stowarzyszenia Rodzin z Chorobą Fabry'ego

Pacjent po transplantacji narządu a zabiegi medycyny estetycznej



**Dr hab. med.
Beata Imko-Walczyk**

Przychodnia Skórno-Wenerologiczna
Copernicus
Podmiot Leczniczy Sp. z o. o., Gdańsk



Dr med. Adrianna Marquardt-Feszler

Poradnia Skórno-Wenerologiczna
Podmiot Leczniczy Sp. z o. o., Gdańsk
Borås, Szwecja

Medycyna estetyczna wpisuje się najczęściej w szereg nieinwazyjnych i mało inwazyjnych zabiegów, mających na celu poprawienie wyglądu skóry - odmłodzenie, ujędrnienie, wyrównanie kolorytu i niedoskonałości, a także spowolnienie procesu starzenia, czasami również korektę wyglądu niektórych elementów twarzy i ciała.

Starzenie się skóry

Skóra, jak wszystkie narządy, podlega procesowi starzenia. Największe znaczenie ma promieniowanie słoneczne, które w skórze powoduje powstanie stanu zapalnego, co w konsekwencji przyczynia się do uszkodzenia DNA. Naprawa DNA przebiega sprawnie w młodej, zdrowej skórze. Niestety z wiekiem, a także pod wpływem leków immunosupresyjnych, naprawa DNA jest zaburzona, co może prowadzić do szybszego starzenia się skóry oraz do powstawania nowotworów. Właśnie dlatego tak ważna jest ochrona przeciwsłoneczna - unikanie słońca, noszenie odzieży zakrywającej jak największe obszary skóry oraz stosowanie kremów fotoprotekcyjnych, chroniących przed promieniami UVA (docierające do ziemi) i UVB (penetrujące powierzchowne warstwy skóry). Najczęstszymi objawami starzenia się skóry z perspektywy medycyny estetycznej są: powstawanie zmarszczek i przebarwień, nieprawidłowe rogowacenie naskórka, wiotkość, ścieńczenie skóry, a także występowanie wspomnianych wcześniej stanów przednowotworowych oraz nowotworów skóry.

Czy stosowanie zabiegów medycyny estetycznej po przeszczepieniu narządu jest bezpieczne?

Bezpieczeństwo przeprowadzania zabiegów medycyny estetycznej w grupie pacjentów po przeszczepieniu narządu jest tematem mało poznanym i wieloaspektowym. Przed decyzją o wykonaniu danego zabiegu należy bardzo ostrożnie i wnikliwie rozważyć wszelkie ewentualne czynniki ryzyka w kontekście możliwych do uzyskania korzyści. Szeroki wachlarz oferowanych zabiegów estetycznych i kosmetologicznych umożliwia bezpieczny wybór odpowiedniego zabiegu, dobranego do problemu pacjenta.

Pacjenci po przeszczepieniu narządu poddawani są zwykle wielolekowej immunosupresji mającej na celu

zapobieganie odrzuceniu narządu przeszczepionego. Leki te mogą potencjalnie wchodzić w interakcje z substancjami stosowanymi w medycynie estetycznej. Istotnym aspektem jest też potencjalny toksyczny wpływ wprowadzanych substancji na narząd przeszczepiony. Leki immunosupresyjne, obniżając odporność, zwiększają ryzyko infekcji w miejscu iniekcji. Wpływają też na przedłużone gojenie skóry po zabiegu. Ze względów bezpieczeństwa planowany zabieg powinien być skonsultowany z lekarzem prowadzącym - transplantologiem. Ważne też, aby wybierać doświadczonych lekarzy medycyny estetycznej, nie korzystać z inwazyjnych zabiegów w salonach kosmetycznych oraz zawsze informować lekarza przed zabiegiem o wszystkich stosowanych lekach. Oprócz leków immunosupresyjnych, grupą leków, o której osoba wykonująca zabieg musi wiedzieć są leki przeciwkrzepliwie. Ich stosowanie może prowadzić do częstszych działań niepożądanych takich jak krwawienie, powstawanie wylewów krwawych i siniaków po zabiegach oraz dłuższy czas gojenia.

Jaki zabieg medycyny estetycznej wybrać?

Wybór procedury zależy od przeprowadzonej konsultacji ze specjalistą, podczas której omawia się główne cele, potrzeby i oczekiwania pacjenta, a także ewentualne ryzyko zabiegu. Poniżej przedstawiamy charakterystykę najpopularniejszych zabiegów, z uwzględnieniem wskazań, zaleceń pozabiegowych oraz ewentualnych działań niepożądanych.

Toksyna botulinowa – tzw. „botox”

Zabieg ten jest mało ryzykowny, polega na wstrzykiwaniu niewielkich ilości płynnej toksyny, która działa relaksująco na mięśnie i tym samym zmniejsza widoczność zmarszczek mimicznych. Efekty widoczne są po kilku dniach od zabiegu i utrzymują się do 6 miesięcy, choć jest to sprawa indywidualna. Wchłanianie toksyny z miejsca podania jest na tyle małe, że nie podejrzewa się interakcji z przyjmowanymi lekami ani toksycznego działania na narządy wewnętrzne. Przeciwwskazania do zabiegu to leczenie niektórymi antybiotykami, zaburzenia krzepnięcia krwi, leki na spastyczność mięśni, niektóre choroby neurologiczne, nerwowo-mięśniowe i autoimmunologiczne. Po zabiegu należy unikać

przez kilka godzin schylania głowy, intensywnego wysiłku fizycznego, sauny i basenu, picia alkoholu. W dniu zabiegu nie są zalecane loty samolotem. W przypadku nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu czy zbyt dużych zastosowanych dawek, możliwe jest opadnięcie powieki lub brwi, asymetria w obrębie twarzy, podwójne widzenie. Działania niepożądane po toksynie botulinowej są przemijające.

Kwas hialuronowy

W zależności od wskazań i sposobu usieciowania (wiązań), substancja wykorzystywana jest jako wypełniacz zmarszczek albo jako mezoterapia w celu przywrócenia gęstości tkanek i rewitalizacji skóry na danym obszarze. Preparat nie wchłania się do układu krążenia i nie wpływa na funkcję narządu przeszczepionego. Względny przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu jest przyjmowanie leków obniżających krzepliwość krwi. Preparaty wypełniające utrzymują się kilka - kilkanaście miesięcy w zależności od rodzaju preparatu i lokalizacji ich podania na twarzy.

Mezoterapia igłowa/mikroigłowa

Metoda polega na dostarczaniu substancji aktywnych prosto do naskórka lub skóry właściwej za pomocą drobnych igieł w powtarzalnych, płytkich iniekcjach na danym obszarze. Zabieg ten skutkuje nawilżeniem, regeneracją i stymulacją produkcji kolagenu, a także redukcją zmarszczek czy zmniejszeniem blizn. Ze względu na dużą ilość iniekcji i związane z tym ryzyko infekcji zabieg ten jest ogólnie odradzany w grupie pacjentów po przeszczepieniu narządów.

Stymulatory tkankowe to szereg substancji, które po iniekcji do tkanek mają odbudować, regenerować, stymulować skórę do wytwarzania większej ilości nowych jej elementów, a przez to redukować objawy starzenia. Jednym z najsilniejszych stymulatorów kolagenu jest **kwasy polimlekowe**,

dający efekt dopiero po 6-8 tygodniach po zabiegu.

Polikaprolakton używany jest zarówno jako stymulator kolagenu jak i wypełniacz. Ulega wolniejszemu procesowi biodegradacji co sprawia, że efekt może utrzymywać się nawet do 4 lat. **Osocze bogatopłytkowe - tzw. „wampirzy lifting”** jest zabiegiem polegającym na iniekcji w skórę osocza bogatopłytkowego, przygotowanego z poprzednio pobranej od pacjenta próbki krwi. Według wielu źródeł, stosowanie tej metody w przypadku leczenia immunosupresyjnego powinno być bardzo ostrożne, lecz nie jest całkowicie wykluczone.

Lasery

W medycynie estetycznej znajduje swoje zastosowanie kilka różnych laserów. Poprzez absorbowanie emitowanych fal wytwarzana jest znaczna ilość ciepła, która skutkuje zniszczeniem docelowych struktur lub tkanek. Zabiegi nie są ogólnie przeciwwskazane w grupie pacjentów po transplantacji, lecz należy operować początkowo niższymi dawkami energii podczas zabiegu ze względu na możliwe uwrażliwienie skóry przez leki.

Nici liftingujące

Zabieg polega na wprowadzaniu pod skórę specjalnych nici, które dają uniesienie, napięcie skóry oraz wizualne odmłodzenie. Ze względu na wprowadzanie obcego materiału w skórę i idące za tym ryzyko infekcji, zabieg ten jest ogólnie odradzany w grupie pacjentów po transplantacji, choć równocześnie zaznacza się tę metodę jako bezpieczniejszą alternatywę dla chirurgicznego liftingu twarzy.

Mnogość proponowanych w obecnych czasach zabiegów medycyny estetycznej sprawia, że możliwe jest dobranie zabiegu, który spełni oczekiwania pacjenta, a jednocześnie będzie bezpieczny dla ogólnego stanu zdrowia.

Dziecko na dializie otrzewnowej: wybory, problemy, rozwiązania



**Prof. dr hab. med.
Maria Szczepańska**

Katedra i Klinika Pediatrii, WNM w Zabrze
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Dializa otrzewnowa (DO) jest jedną z form leczenia nerkozastępczego i metodą dializoterapii najczęściej stosowaną u dzieci. DO można wykorzystać w leczeniu dzieci ze schyłkową niewydolnością nerek jak i również dzieci z ostrym uszkodzeniem nerek.

Dializa otrzewnowa u dzieci z przewlekłą chorobą

nerek (PChN) różni się od tej wykonywanej u dorosłych, co w połączeniu z innymi aspektami opieki nad dziećmi z pewnością przyczynia się do obciążenia opiekunów i potencjalnego ich wypalenia.

DO wykorzystuje półprzepuszczalne właściwości błony otrzewnowej pokrywającej jelita i w procesach dyfuzji, konwekcji i ultrafiltracji pozwala na oczyszczenie organizmu z toksyn mocznicowych i usuwanie wody z organizmu. W tym celu przez założony do jamy otrzewnej cewnik (cewnik Tenckhoffa) podaje się płyn dializacyjny i po okresie leżakowania wypuszcza w sposób manualny (ręczny) lub przy zastosowaniu odpowiednio zaprogramowanego przenośnego urządzenia (cyklera). Zestawy linii i specjalne płyny

są produkowane fabrycznie. Dla małych dzieci potrzebne są mniejsze cewniki pediatryczne jak też aparaty do automatycznej dializy otrzewnowej (ADO) z oprogramowaniem pediatrycznym, które pozwalają na prowadzenie DO mniejszymi objętościami płynów. Objętość pojedynczego wpustu płynu dializacyjnego u dzieci trzeba dostosować do powierzchni ciała (od 600ml aż do 1400 ml/1m² u dzieci najstarszych) tak, aby wykorzystać całą powierzchnię błony otrzewnowej. Do wykonywania DO w trybie przewlekłym zostaje przeszkolony opiekun prawny, dializę mogą również wykonywać samodzielnie pod jego opieką nastolatki.

Należy pamiętać, że zwierzęta domowe nie mogą przebywać w pomieszczeniu, w którym odbywają się wymiany dializ otrzewnowych oraz w którym przechowywany jest sprzęt do dializy.

Rodzaje DO ze względu na technikę prowadzenia:

1. Ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa: CADO – wymiany wykonuje się ręcznie 4-6 razy na dobę (nocna wymiana jest dłuższa od pozostałych wymian); zwykle ten sposób prowadzenia DO u dzieci stosuje się przy rozpoczynaniu leczenia oraz u najmłodszych dzieci, kiedy automatyczna DO nie zapewnia odpowiedniego odwodnienia (ultrafiltracji).

2. Automatyczna dializa otrzewnowa: ADO – wymiany są wykonywane przez przystosowany do tego celu aparat (cykler), który zostaje zaprogramowany indywidualnie dla leczonego pacjenta (objętość płynu, czas leżakowania w jamie otrzewnej, liczba wymian) z ogrzewaniem dializatu do temperatury ciała.

- nocna dializa otrzewnowa – (NDO) – wymiany płynu odbywają się w nocy; w dzień jama otrzewnej jest pusta

- ciągła cykliczna dializa otrzewnowa – (CCDO) – wymiany płynu odbywają się w nocy, a na cały dzień pozostaje dodatkowo płyn w jamie otrzewnej. ADO pozwala dzieciom na wykonywanie w ciągu dnia, w wolnym czasie normalnych aktywności przedszkolnych i szkolnych.

Zalety prowadzenia dializy otrzewnowej:

- możliwość prowadzenia w domu pacjenta przez przeszkolonego opiekuna
- możliwość prowadzenia dializy u niemowląt i małych dzieci
- brak konieczności założenia dostępu naczyniowego (cewnika centralnego)
- brak narażenia na leki przeciwzakrzepowe, zwykle wymagane podczas hemodializy.
- ciągłość (24 godziny) wykonywania zabiegu
- mniejsze obciążenie układu sercowo-naczyniowego
- utrata resztkowej diurezy przebiega wolniej niż u dzieci leczonych powtarzanymi hemodializami

- bardziej liberalna dieta i możliwość spożywania większej ilości płynów

- rzadsze wizyty w szpitalu prowadzącym leczenie w porównaniu do pacjentów leczonych hemodializą

- mniejsze zapotrzebowanie na leki stymulujące erytropoezę.

Wady dializy otrzewnowej:

- mniejsza efektywność w oczyszczaniu z toksyn mocznicowych

- możliwe problemy z ultrafiltracją u dzieci bez własnej diurezy

- zagrożenie zapaleniem otrzewnej

- stała utrata białka w płynie dializacyjnym

- narażenie na zawierający glukozę płyn dializacyjny – przewlekłe uszkodzanie błony otrzewnowej, gorsze łaknienie, nasilenie insulinooporności, nasilenie hiperlipidemii.

Przeciwwskazania do dializy otrzewnowej:

- obecność ubytku ściany jamy brzusznej lub błony otrzewnowej, np. przepuklina pępowinowa (omphalocele), wytrzewienie, nieskorygowane wycieranie pęcherza moczowego, przepuklina przeponowa

- rozległe blizny na błonie otrzewnowej po wcześniejszych zabiegach wewnątrzbrzusznych, z następową niewydolnością błony otrzewnowej

- brak zdolności nauczenia się techniki i sposobu prowadzenia DO przez rodzica lub opiekuna

Względne przeciwwskazania obejmują obecność ileostomii i kolostomii. Przeciwwskazaniem nie jest obecność gastrostomii. Najlepiej ją założyć jeszcze przed rozpoczęciem dializy otrzewnowej.

Cewnik do dializy otrzewnowej w trybie przewlekłym powinien być wyposażony w podwójny mankiet (mufkę) i należy zapewnić skierowanie ujścia zewnętrznego w dół lub bocznie. Sugeruje się, aby technika zakładania cewnika do dializy otrzewnowej (operacyjna klasycznie lub laparoskopowa) była dostosowana do stanu pacjenta i doświadczenia operującego chirurga.

Płyny dializacyjne:

Zwykle są stosowane gotowe fabrycznie płyny zawierające glukozę: 1,36%, 2,27%, 3,86% - od stężenia glukozy zależy siła (objętość) ultrafiltracji. U dzieci zalecane są płyny buforowane wodorowęglanami (zamiast mleczanami), składające się z worków dwukomorowych. Biozgodne płyny dializacyjne należy stosować zwłaszcza u chorych, u których przewiduje się długi czas prowadzenia dializoterapii. Dostępne są też płyny zawierające 7,5% ikodekstrynę – polimer glukozy oraz płyny zawierające aminokwasy w stężeniu 1,1%. Miejsce do przechowywania płynów dializacyjnych musi być czyste, suche, nie nasłonecznione, płyny nie mogą ulec zamrożeniu.

Sposoby monitorowania efektywności dializy otrzewnowej u dzieci ze schyłkową niewydolnością nerek:

- regularna ocena, zwykle co 4 tygodnie stężenia kreatyniny i mocznika (u najmłodszych co 2 tygodnie), stanu klinicznego, przewodnienia, wartości ciśnienia tętniczego, stanu odżywienia i tempa wzrastania
- ocena transportu otrzewnowego (oznaczenie kreatyniny i glukozy w płynie dializacyjnym), co pozwala na wyodrębnienie pacjentów z szybkim i wolnym transportem cząsteczek – służy to do określenia codziennego czasu dializy
- ocena adekwatności dializy otrzewnowej (wyliczana z oznaczeń z dobowej zbiórki płynu dializacyjnego, z dobowej zbiórki moczu oraz badań krwi):
 - klirens mocznika
 - tygodniowy klirens kreatyniny.

W prowadzeniu dializy otrzewnowej coraz częściej korzysta się z telemonitoringu. Polega on na tym, iż cykler do ADO łączy się zdalnie z ośrodkiem dializ poprzez zaszyfrowane połączenie co pozwala na bieżąco sprawdzenie aktualnych przebiegów wymian ADO przez personel ośrodka prowadzącego leczenie. Można w ten sposób zapobiec błędom np. niedodializowaniu, przewodnieniu pacjenta oraz zdalnie zmienić plan dializy po dokonaniu analizy adekwatności i wprowadzić zmiany w programie.

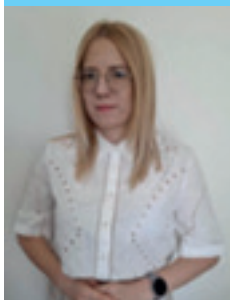
Powikłania dializy otrzewnowej:

- nieinfekcyjne – nieprawidłowe położenie cewnika, niedrożność cewnika, zacieki płynu dializacyjnego w powłoki brzucha, przepukliny, zarostowe stwardnienie otrzewnej, powikłania metaboliczne
- infekcyjne – zapalenie ujścia zewnętrznego

cewnika, zapalenie kanału cewnika, zapalenie otrzewnej. Dializacyjne zapalenie otrzewnej (DZO) jest najcięższym powikłaniem infekcyjnym, spowodowanym obecnością bakterii, najczęściej G(+) lub rzadziej G(-) w jamie otrzewnej. Przyczyną najczęściej jest zakażenie „dotykowe” wynikające z niedostatecznego przestrzegania zasad aseptyki przy wykonywaniu wymian płynu dializacyjnego. Do objawów DZO należą: zmętnienie płynu dializacyjnego, bóle brzucha, gorączka. Objawy te wymagają pilnego zgłoszenia się do szpitala. Wykonuje się wówczas ocenę cytozy (liczby) komórek w płynie dializacyjnym. Wartość powyżej 100 komórek/ μ l z przewagą granulocytów powyżej 50% świadczy o zapaleniu otrzewnej. Preparat bezpośredni z barwieniem metodą Grama umożliwia wstępną identyfikację patogenu. Ostateczną identyfikację dokonuje się po wykonaniu posiewu płynu dializacyjnego. Leczenie antybiotykiem włącza się od razu po potwierdzeniu DZO a następnie modyfikuje po otrzymaniu wyniku badania bakteriologicznego.

W podsumowaniu przeglądu informacji na temat dializy otrzewnowej u dzieci należy podkreślić, że ta forma dializoterapii pozwala na swobodny tryb życia z możliwością normalnego kontaktu z rówieśnikami. Dziecko może się uczyć, uczęszczać do szkoły i realizować swoje cele życiowe. Także dla rodziców jest to wygodna forma terapii, w której mogą czynnie współuczestniczyć. Oczywiście dializa otrzewnowa jest tylko pomostem do transplantacji nerki i równolegle z jej prowadzeniem kontynuuje się przygotowanie dziecka do przeszczepu od dawcy żywego (najczęściej rodzica) lub zmarłego.

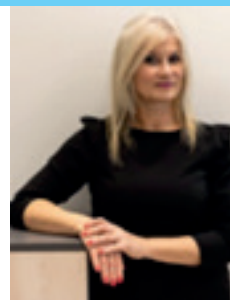
Odwodnienie na dializie



Lek. Paulina Gołasa-Szczepaniak

Katedra i Klinika Nefrologii i Transplantologii
Klinicznej UJ Collegium Medicum w Krakowie

Zawartość wody w organizmie człowieka zależy od płci, wieku i ilości tkanki tłuszczowej. Woda stanowi około 60% masy ciała, a pozostałe 40% to sucha masa tkanek. W związku z mniejszym uwodnieniem tkanki tłuszczowej zawartość wody jest nieco mniejsza u kobiet i osób z otyłością. Woda w naczyniach krwionośnych (w osoczu; około 5%), pomiędzy tkankami i komórkami oraz w ich wnętrzu stanowi wodę ustroju.



Prof. dr hab. med. Katarzyna Krzanowska

Katedra i Klinika Nefrologii i Transplantologii
Klinicznej UJ Collegium Medicum w Krakowie

Nerki stanowią ważny element biorący udział w utrzymaniu równowagi wodnej organizmu. Przepływ krwi przez nerki wynosi aż 20% krwi wyrzucanej przez serce w ciągu każdej minuty. U osób z prawidłowo działającymi nerkami i mięśniem sercowym nadmiar wody jest sprawnie usuwany z moczem. Oznacza to, że gdy zdrowa osoba przyjmie nawet zbyt dużo płynów w stosunku do zapotrzebowania zwykle nie spowoduje to powstania

obrzęków, duszności czy wzrostu ciśnienia tętniczego. Wymienione cechy są wykładnikami nadmiaru wody w organizmie i mogą pojawić się w razie przyjmowania nadmiernej ilości płynów u osoby z chorobą nerek – uszkodzone nerki „nie radzą” sobie z produkcją adekwatnej ilości moczu, gdy tracone są zdolności filtrowania przez nie odpowiedniej ilości krwi. Za proces filtracji odpowiada zewnętrzna część nerek zwana korą, która w przewlekłej chorobie nerek zostaje uszkodzona, włóknieje i traci swoją funkcję. Z tego powodu u pacjentów chorujących na choroby nerek, w tym hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo bardzo ważna jest wiedza dotycząca prowadzenia bilansu płynowego. Oznacza to, że ilość przyjmowanych płynów powinna być ściśle kontrolowana zależnie od tego ile wynosi szacunkowa ich utrata, która stopniowo zmniejsza się w miarę trwania choroby z powodu zmniejszania diurezy (ilości oddawanego moczu). Nadmierna podaż płynów w pokarmach i napojach będzie prowadziła do stanu przewodnienia czyli nadmiaru wody w organizmie, której uszkodzone nerki nie będą w stanie usunąć w postaci odpowiedniej ilości moczu. Nadmierne przyjmowanie wody może być również szkodliwe dla osób z niewydolnym sercem czy bardzo poważnymi chorobami wątroby.

Wracając do bilansu płynowego z definicji jest to różnica między ilością płynów przyjętych a wydalonych w ciągu doby. Bilans dodatni oznacza, że ilość przyjętych płynów jest większa w stosunku do ich utraty. Bilans ujemny to stan odwrotny, czyli utrata jest większa od podaży, natomiast bilans wynoszący 0 to podaż równa stratom wody. Celem wyliczenia ilości przyjętych płynów należy dodać szacunkową objętość spożytych napoi (np. woda, kawa, herbata, soki, leki rozpuszczane w wodzie), półpłynnych pokarmów (jogurty, musy owocowe) oraz wody zawartej w pokarmach (np. owoce, warzywa). W czasie pobytu w szpitalu personel uwzględnia również podawane kroplówki, żywienie przez sondę/dojelitowe, żywienie podawane dożylnie, czy np. przetaczane preparaty krwiopochodne. Należy wziąć pod uwagę możliwość niedoszacowania zawartości płynów w pokarmach.

Drogi utraty wody przez organizm to oddawanie moczu (objętość tę można ocenić zbierając wszystkie porcje moczu z doby do słoja z podziałką lub u chorych zacewnikowych sprawdzając oznaczenia na worku), stolec (uformowany zawiera niewielką ilość wody, ok. 100-150 ml), duża natomiast ilość wody może być tracona w razie wystąpienia biegunki. Kolejna droga usuwania płynów przez organizm to pocenie i parowanie przez skórę, drogi oddechowe – szacunkowo około 0,5 l na dobę. Przy gorączce tracone jest dodatkowo **0,5 l wody na każdy wzrost temperatury o 1°C** przy temperaturze powyżej 37°C. U niektórych chorych dodatkowymi

źródłami utraty wody mogą być dreny po operacjach czy treść odciągana przez sondę w żołądku.

Prowadzenie dokładnego bilansu płynowego wymaga od pacjenta skrupulatności, ale pomaga w ustaleniu jaka ilość przyjmowanych płynów będzie odpowiednia. Zarówno nadmiar płynów jak i niedobór są szkodliwe. Nadmiar płynów u chorych z niewydolnością nerek, w tym dializowanych będzie prowadził do pojawienia się obrzęków – najpierw zgodnie z grawitacją na stopach, podudziach (u chorych leżących w okolicy pleców, łędźwi), a później całego ciała, wzrostu wartości ciśnienia tętniczego krwi, wzrostu masy ciała, duszności (związanej z płynem w jamach opłucnowych, jamie otrzewnowej). Nadmierne odwodnienie może wiązać się z osłabieniem, skurczami mięśni, niskim ciśnieniem tętniczym. Chorzy hemodializowani mają ustaloną przez lekarza prowadzącego tzw. „suchą masę ciała” – docelową masę ciała, przy której jest dobrze kontrolowane ciśnienie tętnicze i chory nie ma ani stanu przewodnienia, ani odwodnienia. W jej ustaleniu może pomóc dostępne w niektórych stacjach hemodializ urządzenie do analizy składu ciała lub specjalną wagę wykorzystującą metodę bioimpedancji elektrycznej.

Niemniej jednak wspomniane wcześniej wskaźniki takie jak wartości ciśnienia tętniczego, zmiany osłuchowe nad płucami, obecność obrzęków, ocena wilgotności śluzówek jamy ustnej również pozwalają na ustalenie odpowiedniej „suchej masy ciała”, do której chory jest odwadniany podczas każdego zabiegu hemodializy. Przybór masy ciała pomiędzy zabiegami hemodializy – tj. różnica od ostatniego zakończonego zabiegu hemodializy do początku następnego – jest wskaźnikiem kontroli bilansu płynowego przez pacjenta. **Optymalnie przybór ten nie powinien przekraczać 4-4,5% masy ciała** (przykładowo u osoby ważącej 70 kg maksymalnie 2,8-3,15 kg). Jeśli występują jakieś dodatkowe okoliczności związane z nadmierną utratą płynów – tj. wysoka gorączka, biegunka, wymioty, znaczne pocenie ilość przyjmowanych płynów powinna być nieco wyższa, tak aby rekompensować te straty. Zbyt duże przybory masy ciała pomiędzy zabiegami hemodializy i konieczność gwałtownego odwadniania niekorzystnie oddziałują na mięsień sercowy (powodując między innymi przerost mięśnia lewej komory serca lub zastoinową niewydolność krążenia), zwiększają ryzyko udaru, pogarszają kontrolę ciśnienia tętniczego. Ponadto konieczność wykonywania dodatkowych zabiegów hemodializy wiąże się z dyskomfortem dla chorego, angażuje dodatkowo jego czas wolny. Zalecana jest codzienna kontrola masy ciała przez pacjenta w domu, aby szybciej wyłapać nadmierny jej wzrost.

Wyższe stężenie sodu w dializacie, mimo iż w czasie zabiegu hemodializy może pomóc w uzyskaniu

wyższych wartości ciśnienia tętniczego u chorych z tendencją do jego spadków, zwiększa również pragnienie w okresie między dializami. Chorzy dializowani często odczuwają uczucie pragnienia i suchości w jamie ustnej (kserostomia). W utrzymaniu restrykcji płynowych mogą pomóc „tricki” mające na celu zwiększenie wydzielania śliny i uczucia nawilżenia w jamie ustnej - żucie gumy, dodawanie cytryny do wody, spraye nawilżające do ust z gliceryną, witaminą C, akupunktura/akupresura, unikanie pokarmów słonych i słodkich, ssanie kostek lodu/mrożonych truskawek, przepłukiwanie jamy ustnej wodą, stosowanie miętowego płynu do płukania ust, używanie małych kubków/szklanek, pomadki nawilżającej usta. Pomocne w dostosowywaniu się do zaleceń może być wsparcie psychologiczne.

Ilość spożywanej soli w ciągu dnia nie

powinna przekraczać 2,0-2,5 g (pół łyżeczki) – należy wziąć pod uwagę, że do większości gotowych produktów dodawana jest sól, dlatego najlepiej dodatkowo nie dosalać posiłków. Orientacyjnie zalecaną podaż płynów można wyliczyć dodając 500 – 1000 ml do ilości moczu oddanego za poprzednią dobę (objętość ta uwzględnia szacunkowo pozostałe straty). Płyny zalecane u chorych hemodializowanych to: wody mineralne niskozmineralizowane, słaba herbata, kompoty niskosłodzone oraz soki owocowe i warzywne (z wyłączeniem chorych z tendencją do podwyższonego stężenia potasu we krwi), mleko i napoje mleczne w niewielkich ilościach z powodu dużej zawartości fosforu. W razie trudności z dobraniem odpowiedniej diety i wyliczenia w niej zawartości płynów warto skorzystać z porady dietetyka klinicznego.

PIELĘGNIARKA RADZI

Co pacjent dializowany powinien wiedzieć o leczeniu uzdrowiskowym



Anetta Cekała
Dyrektor ds. Pielęgniarstwa
Diaverum Polska

Wypoczynek w sanatorium to cenny relaks oraz możliwość spędzenia czasu w przyjemny sposób. Kuracja uzdrowiskowa jest jednak przede wszystkim cennym wsparciem dla osłabionego organizmu oraz szansą na poprawę sprawności, który może być też traktowany jako element walki z chorobą przewlekłą. To odpoczynek dla ciała i ducha, tak potrzebny każdemu z nas. **Warto zadbać o siebie i połączyć wypoczynek z leczeniem – doskonałym rozwiązaniem jest wyjazd do sanatorium lub szpitala uzdrowiskowego.** W ramach oferty sanatorium pacjenci mogą korzystać ze stacjonarnych, całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej i realizować program leczenia zabiegami przy równoczesnym dostępie do całodobowej opieki pielęgniarskiej i lekarskiej.

Wyjazd do sanatorium dla pacjenta dializowanego do jednej z 44 miejscowości, które mają status uzdrowiska to rodzaj wyjazdu wakacyjnego, który pozytywnie wpływa na samopoczucie i motywację do walki z chorobą. Często pacjenci dializowani zastanawiają się, czy taki wyjazd jest odpowiedni dla nich oraz czy da się go pogodzić z dializami.

Oczywiście że jest możliwe, ale podróżowanie osób dializowanych wymaga precyzyjnego planowania. W przypadku pacjentów hemodializowanych trzeba znaleźć ośrodek dializ w pobliżu miejsca pobytu oraz zarezerwować terminy zabiegów. Pacjenci dializowani otrzewnowo nie muszą rezerwować wizyt w innym ośrodku, ale muszą pamiętać o zabezpieczeniu wystarczającej liczby zestawów do dializy.

W Polsce funkcjonuje ponad 260 stacji dializ, których lokalizacje umożliwiają kontynuację leczenia i poddanie się dializom w bliskiej odległości do uzdrowiska. Warto zwrócić uwagę na to, że w niektórych ośrodkach położonych w atrakcyjnych turystycznie miejscach mogą być ograniczone dostępne terminy. Mając to na uwadze zaleca się rezerwowanie miejsca w stacji dializ ze znacznym wyprzedzeniem.

Kto może skorzystać z wyjazdu sanatoryjnego?

Na leczenie uzdrowiskowe mogą być kierowani jedynie pacjenci stabilni, bez ostrych powikłań, którzy mogą odbyć podróż do uzdrowiska i są zdolni do korzystania z zabiegów leczniczych.

Czas leczenia w sanatorium trwa zwykle 21 dni, natomiast pobyt w przypadku rehabilitacji uzdrowiskowej trwa 28 dni. W ramach pobytu i leczenia wykonywane są co najmniej 4 zabiegi fizykalne dziennie, przez 6 dni w tygodniu.

Jak zorganizować wyjazd sanatoryjny?

Wyjazd do sanatorium może odbywać się na zasadzie w pełni opłaconego przez pacjenta pobytu; pobytu refundowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) czy też przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych

(ZUS) lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) lub w przypadku pacjentów z orzeczoną niepełnosprawnością dofinansowany z **PFON** lub **PCPR**. Aby móc ubiegać się o leczenie uzdrowiskowe, wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, czyli takiego, który ma umowę z NFZ lub pracuje w placówce mającej taką umowę. Lekarz wystawiający skierowanie zwraca uwagę na **częstotliwość** ubiegania się o sanatorium, które w przypadku osób dorosłych wynosi nie więcej, niż jeden pobyt **na rok**.

Aby uzyskać skierowanie do sanatorium, **konieczne jest wykonanie badań takich jak:**

- OB,
- morfologia krwi,
- badanie moczu,
- RTG klatki piersiowej (dotyczy tylko dorosłych),
- EKG serca (dotyczy tylko dorosłych),
- badanie kału na obecność jaj pasożytów (dotyczy tylko dzieci).

Badania takie mogą zostać **zrefundowane** przez NFZ. Konieczne do uzyskania skierowania jest także **zaświadczenie lekarskie** potwierdzające rozpoznanie zasadnicze. Jest to podstawa wystawienia skierowania przez lekarza. Kolejnym krokiem jest akceptacja skierowania przez NFZ. Na Internetowym Koncie Pacjenta pojawi się informacja o wystawionym e-skierowaniu – przez cały czas możesz śledzić, na jakim etapie rozpatrywania jest sprawa.

Czas na decyzję wynosi 30 dni, licząc od dnia wpływu skierowania.

Wyjazd do sanatorium - jakie są kolejne etapy.

- Potwierdzenie terminu: Jeśli skierowanie zostanie potwierdzone, otrzymasz potwierdzone skierowanie oraz termin wyjazdu.
- Przygotowanie dokumentów: Na wyjazd zabierz potwierdzone skierowanie, dowód tożsamości, dowód ubezpieczenia zdrowotnego oraz całą dostępną dokumentację medyczną.
- Leki: Pamiętaj o zabraniu ze sobą leków na cały okres pobytu w sanatorium.

Standardowo nie można samodzielnie wybrać ani sanatorium, ani terminu turnusu w ramach pobytu na NFZ. Wybór miejsca i terminu nie jest dostępny, ale pacjenci mogą skorzystać z opcji leczenia ambulatoryjnego, które pozwala na współdecydowanie o wyborze sanatorium oraz terminu, w zamian za organizację zakwaterowania i wyżywienia we własnym zakresie. Transport z sanatorium na dializę i z powrotem organizowany jest przez ośrodek dializ.

Popularne lokalizacje w Polsce

W naszym kraju, mamy aż 44 miejscowości, które mają status uzdrowiska. Najwięcej kurortów jest w rejonach górskich, nieco mniej w rejonie nadmorskim, a najmniej na nizinach. Występujące tam źródła wód mineralnych, wykorzystuje się

zarówno do podreperowania zdrowia, jak też i do poprawy urody i samopoczucia. W Polsce działa kilka uzdrowisk przystosowanych do przyjmowania pacjentów dializowanych, ale żadne z nich w swoich strukturach nie posiada stanowisk dializacyjnych, dlatego też dializy odbywają się w innych placówkach. Przykład profilu uzdrowisk:

Choroby nerek i dróg moczowych: Szczawno Zdrój, Wysowa Zdrój, Rymanów Zdrój, Żegiestów Zdrój

Cukrzyca: Polańczyk, Rabka Zdrój, Szczawno Zdrój, Świeradów Zdrój, Ustroń, Wysowa Zdrój

Choroby serca i nadciśnienie tętnicze: Wieniec Zdrój, Polańczyk, Rabka Zdrój, Świeradów Zdrój, Rymanów Zdrój, Polanica Zdrój, Sopot, Supraśl, Świnoujście, Ustka, Ustroń

Po przyjeździe do sanatorium odbywa się spotkanie z lekarzem, który zleca zestaw odpowiednich zabiegów. W uzdrowisku wykorzystywane są różne bogactwa naturalne i czynniki fizyczne: wody mineralne, borowiny, bodźce klimatoterapeutyczne, hydroterapia czy kinezyterapia. W zależności od profilu uzdrowiska, a także od potrzeb i wskazań można skorzystać między innymi z takich zabiegów jak:

- kąpiele lecznicze i ćwiczenia w basenach, natryski, bicz szkockie, masaże wodne (przeciwwskazane dla pacjentów dializowanych otrzewnowo i hemodializowanych przy użyciu cewnika permanentnego),
- zawijania i okłady,
- inhalacje
- ciepłolecznictwo, światłolecznictwo, elektroterapia,
- ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia,
- krioterapia,
- masaż leczniczy,
- gimnastyka indywidualna i zbiorowa.

Korzyści z pobytu

Wypoczynek w sanatorium to cenny relaks oraz możliwość spędzenia czasu w przyjemny sposób. Kuracja uzdrowiskowa jest jednak przede wszystkim cennym wsparciem dla osłabionego organizmu, szansą na odzyskanie dawnej sprawności oraz:

- poprawę jakości życia i samopoczucia,
- dostęp do specjalistycznej opieki medycznej i rehabilitacji,
- szeroką gamę zabiegów leczniczych i relaksacyjnych
- możliwość odpoczynku psychicznego,
- kontakt z innymi pacjentami w podobnej sytuacji,
- możliwość połączenia dializ z wypoczynkiem i regeneracją w pięknym otoczeniu.

Każda kuracja uzdrowiskowa ma jeden cel – poprawić stan zdrowia pacjenta i tego życzyć wszystkim dializowanym gorąco zachęcając do skorzystania z wyjazdów wakacyjno-sanatoryjnych.

Jak budować „pozytywne” emocje?



Dr med. Jacek Lange

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

Emocje „pozytywne” i „negatywne”.

Tak zwykle mówi się, że emocje „pozytywne” to na przykład radość, współczucie, miłość, a „negatywne” to złość, smutek, zazdrość, wstyd, poczucie winy. Psychologia odchodzi od określeń „emocje pozytywne i negatywne”, gdyż po pierwsze najczęściej nie mamy wpływu na to, jakie emocje odczuwamy, a po drugie określenie - negatywne, że ktoś jest smutny czy odczuwa złość - ma wydźwięk piętnujący. Czasem dobrze jest odczuwać złość, ale w przypadku, gdy jest reakcją na niesprawiedliwość. Doznawanie smutku zwykle jest całkowicie uzasadnione i określenie tego jako negatywne może dodatkowo wywoływać poczucie winy. Dlatego raczej skłaniamy się do określeń „emocje przyjemne albo trudne”.

Radzenie sobie z emocjami.

„Jeszcze nie widziałem człowieka, który by się uspokoił, gdy ktoś mu powie <<Uspokój się>>” (zasłyszane)
Oczywiście radzeniem sobie z emocjami przyjemnymi nie ma problemu. Dotyczy on natomiast emocji trudnych. Nie zawsze mamy wpływ na to jak sobie z nimi radzić i czy w ogóle jest to realne. W sytuacjach skrajnych najczęściej nie jest możliwe świadome poradzenie sobie z nimi. Robi to wtedy za nas nasz mózg, bez możliwości świadomego wyboru jak zareagować. Zgodnie z wyuczonymi od dzieciństwa modelami radzenia sobie w sytuacjach trudnych nasz mózg wybiera reakcję, która ma uchronić naszą psychikę przed destabilizacją, a mówiąc językiem potocznym – żeby nie „zwariować”.

W niezwykle trudnych sytuacjach, jak bycie świadkiem lub uczestnikiem wypadku komunikacyjnego, zwłaszcza gdy ktoś w nim poniósł śmierć, dowiadujemy się o utracie osoby bliskiej, o śmiertelnej chorobie własnej lub bliskiego, zwykle reagujemy na kilka sposobów. Może dojść do dysocjacji, czyli odsunięcia się świadomości od tej sytuacji. Wygląda to jakby osoba nieprzyjmowała tej trudnej sytuacji, w ogóle o niej nie myślała, była spokojna i jakby nieobecna, a czasem nawet zachowywała się całkowicie nieadekwatnie, na przykład radośnie. Przy mniejszym

nasileniu stresu reagujemy mechanizmami wyparcia bądź zaprzeczenia, gdy oczywiste oznaki sytuacji nie są przyjmowane i tworzony jest obraz, jakby ta trudna sytuacja w ogóle nie miała miejsca. Czy mamy wtedy wpływ na te emocje? Praktycznie nie. Co więcej, w tak trudnych sytuacjach najkorzystniej będzie się po prostu poddać tej obronie, jaką narzuca nam mózg, nie walczyć z nią.

Zrozumienie jest kluczem do poradzenia sobie - o ile to możliwe i unikania trudnych sytuacji w przyszłości.

W sytuacjach o mniejszym nasileniu trudnych emocji zachodzą pewne możliwości poprawienia swojego samopoczucia i funkcjonowania. Zwykle korzystne jest przyjęcie tych emocji, zastanowienie się nad ich przyczynami oraz nad tym, jak moglibyśmy chronić się przed nimi w przyszłości. Często obrona nie jest możliwa, ale zrozumienie pomaga. Na przykład, możemy przyjąć i zaakceptować własny smutek, gdy wiemy jaka jest jego przyczyna. Czasem rozmowa z osobą bliską ma szansę pomóc, ale gdy smutek się wydłuża, nasila, utrudnia funkcjonowanie, może zostać rozpoznana depresja, wskazane jest wsparcie lekami i wdrożenie psychoterapii, zwykle krótkoterwałej – kilku sesji z psychoterapeutą.

A co ze złością? Tak jak pisałem wcześniej – nigdy nie jest ona bez przyczyny. To może być złość na innych, ale także złość na siebie. Co do złości do innych to należy odróżnić złość od agresji. Mamy prawo odczuwać i wyrażać złość, ale powinniśmy unikać agresji – tak fizycznej jak i psychicznej. Ciekawym zjawiskiem jest pewien rodzaj agresji zwany agresją bierną. Wyraża się ona wypowiedzianiem złośliwości, chęcią zrobienia przykrości słowem lub czynem, omijając rzeczywistą przyczynę złości. Nie muszę mówić, że nie jest to najlepszy sposób radzenia sobie ze złością, nie rozwiązujący problemu, nie poprawiający komunikacji.

Kolejną metodą radzenia sobie z trudnymi emocjami o umiarkowanym nasileniu są dojrzałe mechanizmy obronne. Tym razem świadomie, możemy stosować taki sposób myślenia bądź postępowania, by nad tymi emocjami zapanować. Jednym z tych sposobów jest tak zwana sublimacja, czyli działania w obszarach twórczych – zagłębienie się w sztukę, malowanie, pisanie wierszy lub prozy, ale także realizowanie się w dziedzinie nauki lub pomagania innym, na przykład akcje charytatywne lub wolontaryjne. To nie znaczy, że u każdego wolontariusza ta działalność jest ucieczką od emocji, ale u niektórych tak może być.

Istnieje też kilka innych grup możliwości radzenia sobie z trudnymi emocjami. Między innymi mamy tu techniki relaksacyjne i oddechowe, na przykład głębokie

oddychanie. Ćwiczenia oddechowe pomagają uspokoić ciało i umysł, redukując napięcie. Zastrzec tu należy, że nie mogą trwać zbyt długo i intensywnie, gdyż mogą wtedy pogorszyć samopoczucie. Kolejnymi są medytacja i mindfulness, czyli trening uważności. Pomagają one skupić się na obecnej chwili i zredukować przytłaczające myśli na trudne tematy. W tej grupie mamy też progresywną relaksację mięśni. Pomaga ona rozluźnić napięte mięśnie, co przekłada się na ogólne odprężenie. Podobnie działa aktywność fizyczna i sport. Dochodzi wtedy do uwolnienia endorfin, które działają jak naturalny lek przeciwbólowy i poprawiają nastrój. Pomocne bywają także kreatywne zajęcia. Malowanie, pisanie, muzyka czy taniec mogą pomóc w wyrażeniu emocji i odwróceniu uwagi od trudnych uczuć.

Z innej strony, absolutnie nie do przecenienia są rozmowy i wsparcie społeczne – ze strony osób bliskich, przyjaciół i znajomych, z którymi możemy dzielić się swoimi emocjami, co może przynieść ulgę i wsparcie. Pozwala to wtedy na zmianę perspektywy: skupienie się na pozytywnych aspektach życia i rozwijanie wdzięczności. Możemy też praktykować coś co nazywa się reinterpretacją poznawczą. Jest to przeformułowanie negatywnych myśli i spojrzenie

na sytuację z innej perspektywy. Wspierać to może prowadzenie tak zwanego dziennika emocji, czyli zapisywanie myśli i uczuć pomocnych w ich zrozumieniu i przetworzeniu. Z innych metod mamy także spędzanie czasu na łonie natury. Kontakt z przyrodą może działać uspokajająco i redukować stres. Podobnie, słuchanie muzyki relaksacyjnej lub po prostu preferowanej.

Jeśli to nie wystarczy, warto poszukać pomocy u specjalisty – psychologa, psychoterapeuty, czasami nawet psychiatry, gdy problemy dramatycznie pogarszają nasze funkcjonowanie. Pamiętajmy, że radzenie sobie z negatywnymi emocjami to proces, który wymaga czasu i cierpliwości. Wypróbujmy różne metody i znajdziemy te, które najlepiej odpowiadają naszym potrzebom.

Reasumując, starajmy się rozumieć własne emocje i naszych bliskich, spróbować sobie i im pomagać, o ile to możliwe. Starajmy się unikać dobrych rad w stylu „uspokój się”, „weź się w garść” czy „przecież nic się nie stało”. To nie tylko nie pomaga, ale wręcz powoduje uczucie bycia unieważnionym, niezrozumianym. Może natomiast pomóc proste i szczere powiedzenie: „ta sytuacja musi być dla ciebie bardzo trudna”.

NERKI I RUCH

Aktywność fizyczna u pacjentów z wielotorbielowatością nerek



**Prof. dr hab. med.
Mariusz Kusztal**

Szp. św. Łukasza w Bolesławcu; Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu



**Dr med. Hanna
Augustyniak-Bartosik**

4 WSK we Wrocławiu, Wydział Medyczny Politechniki Wrocławskiej

Autosomalna dominująca wielotorbielowatość nerek (ADPKD) jest najczęstszą dziedziczną chorobą nerek, prowadzącą do stopniowego powiększania się nerek wypełnionych torbielami i utraty ich funkcji. Długo zalecano pacjentom ostrożność w aktywności fizycznej z obawy przed powikłaniami, takimi jak pęknięcie torbieli czy krwimocz. Jednak współczesne badania dowodzą, że regularny, odpowiednio dobrany wysiłek jest nie tylko bezpieczny, ale też korzystny: spowalnia progresję choroby, poprawia wydolność krążeniowo-oddechową i jakość życia, zapobiega wystąpieniu otyłości i osteoporozy. Kluczowe jest jednak zrozumienie, które formy ruchu są wskazane, a których należy bezwzględnie unikać.

Przed rozpoczęciem programu ćwiczeń konieczna jest konsultacja z lekarzem (nefrologiem) i ocena kardiologiczna (w tym ambulatoryjny pomiar ciśnienia i echo serca), ze względu na częste występowanie nadciśnienia tętniczego i przerostu lewej komory serca w torbielowatości nerek. Do podstawowych zasad „bezpiecznej” aktywności fizycznej należą:

1. Unikanie sportów kontaktowych i wysokiego ryzyka urazu. Bezpośredni uraz w okolicę brzucha może spowodować pęknięcie torbieli, krwawienie lub infekcję.
2. Stopniowanie intensywności i dochowanie zasady „słuchaj swojego ciała”. Należy zacząć od niskiej intensywności, stopniowo zwiększając czas i obciążenie.

3. Pamiętaj o nawadnianiu. Odwodnienie zwiększa stężenie wazopresyny (AVP), która przyspiesza wzrost torbieli. Należy pić przed, w trakcie i po wysiłku.

4. Monitorowanie objawów. Koniecznie przerwij aktywność przy bólu brzucha, krwimoczku lub infekcji.

Korzyści z aktywności fizycznej w ADPKD

Tab. 1. Wielowymiarowe korzyści z systematycznego ruchu

Spowolnienie progresji choroby	Badania na modelach zwierzęcych (szczury PCK) wykazały, że chroniczny wysiłek (bieżnia, 60 min/dziennie) redukuje wzrost torbieli, włóknienie śródmiąższowe i wydalanie białka z moczem. Mechanizmy obejmują supresję szlaków sygnałowych B-Raf/ERK i mTOR/S6, które napędzają proliferację komórek torbieli
Kontrola ciśnienia tętniczego	Nadciśnienie jest wczesnym i powszechnym powikłaniem ADPKD. Ćwiczenia aerobowe obniżają ciśnienie, redukując ryzyko sercowo-naczyniowe
Kontrola ciśnienia tętniczego Poprawa wydolności krążeniowo-oddechowej	Pacjenci z ADPKD często mają obniżoną wydolność (zmniejszone VO_{2max} i próg anaerobowy), nawet przy zachowanej funkcji nerek. Trening poprawia tę wydolność, redukując zmęczenie
Korzyści psychospołeczne	Aktywność redukuje lęk i depresję, szczególnie u młodzieży, która często wycofuje się z ruchu rekreacyjnego i sportu z powodu choroby

Tab. 2. Dozwolone i przeciwwskazane formy aktywności

A. Dozwolone i zalecane formy aktywności	
Ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności	- Spacer, nordic walking, jazda na rowerze stacjonarnym: poprawiają wydolność bez nadmiernego obciążania stawów. Cel: 30 min/dziennie, większość dni tygodnia - Pływanie i aqua-aerobik: woda odciąża stawy i redukuje ryzyko urazu. Uwaga: unikać basenów z otwartymi ranami/cewnikami (ryzyko infekcji). - Bieżnia eliptyczna: zapewnia płynny ruch o niskim wpływie na stawy
Trening siłowy o lekkiej/umiarkowanej intensywności	Cel: budowa masy mięśniowej i metabolizmu, nie siły maksymalnej. Metoda: lżejsze ciężary (hantle, taśmy), więcej powtórzeń (12-15), prawidłowa technika. Unikać manewru Valsalvy (wstrzymywania oddechu), który gwałtownie podnosi ciśnienie
Ćwiczenia elastyczności i rozciąganie	Joga (delikatna), pilates, stretching: poprawiają giętkość i redukują stres. Unikać skrajnych skrętów tułowia i pozycji uciskających nerki

B. Przeciwwskazane lub wymagające szczególnej ostrożności

Sporty absolutnie przeciwwskazane	- Sporty kontaktowe i walki: piłka nożna, rugby, hokej, boks, judo, karate. Wysokie ryzyko bezpośredniego uderzenia w brzuch. - Sporty z wysokim ryzykiem upadku: jazda konna, narciarstwo zjazdowe, snowboard, sporty motorowe, gimnastyka artystyczna - Ekstremalne wysiłki wytrzymałościowe: maratony, ultramaratony, triathlony. Mogą prowadzić do rhabdomyolizy (rozpadu mięśni) i odwodnienia
Aktywności wymagające konsultacji i ostrożności	- Bieganie (jogging): dopuszczalne przy małych torbielach, ale przeciwwskazane przy znacznym powiększeniu nerek (wstrząsy i mikrourazy) - Podnoszenie ciężarów - przeciwwskazane zwłaszcza u pacjentów z tętniakami aorty/mózgu. Gwałtownie podnosi ciśnienie śródbrzuszne. - Intensywne sporty rakietowe: tenis, squash – dynamiczne skręty tułowia mogą być ryzykowne

Dzieci i młodzież z potwierdzoną torbielowatością nerek (ADPKD)

Dzieci z ADPKD nie powinny być automatycznie wykluczane z aktywności. Należy je indywidualnie ocenić pod kątem wielkości nerek i torbieli. Sporty kontaktowe (np. piłka nożna, futbol amerykański) mogą zwiększać ryzyko krwimoczu, ale w wielu przypadkach dopuszcza się je z ochroną (ochraniacze). Kluczowe jest zachęcanie do bezpiecznych form (pływanie, jazda na rowerze), aby promować zdrowie psychiczne i zapobiegać wycofaniu społecznemu. Badania jakościowe pokazują, że aż 30% młodzieży z ADPKD unika sportu z obawy o zdrowie, co prowadzi do frustracji i izolacji.

Podsumowanie

Aktywność fizyczna jest integralnym elementem holistycznego leczenia ADPKD. Zaleca się:

- Indywidualizację. Program treningowy musi być

spersonalizowany w oparciu o wielkość nerek, funkcję nerek (eGFR), obecność nadciśnienia i tętniaków. Przy wyborze ćwiczeń dajemy priorytet dla ćwiczeń aerobowych (spacery, pływanie).

- Unikanie ryzyka, a w szczególności wykluczenie sportów kontaktowych i ekstremalnych.
- Nawadnianie. Pamiętajmy, że podaż płynów zabezpiecza przed zwiększaniem się torbieli. Wyjątek stanowią pacjenci dializowani, u których ilość dozwolonych płynów należy ustalić z nefrologiem.
- Monitorowanie - ocena ciśnienia, funkcji nerek i objawów.

Nowe dowody wskazują, że ćwiczenia nie tylko poprawiają jakość życia, ale też modyfikują przebieg choroby, hamując szlaki sygnałowe zaangażowane w cystogenezę. Pacjenci, wobec powyższego, powinni być aktywnie zachęcani do ruchu – z rozważą, ale bez lęku.

DIETETYK RADZI

Dieta wegetariańska po przeszczepieniu nerki

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

Po przeszczepieniu nerki każdy pacjent staje przed wieloma pytaniami – jak dbać o nowy

narząd, co można jeść, a czego lepiej unikać, jak komponować codzienne posiłki, żeby wspierać zdrowie i jednocześnie cieszyć się jedzeniem. W tym kontekście coraz częściej pojawia się temat diety wegetariańskiej.

Dieta wegetariańska polega na wykluczeniu z posiłków mięsa, ryb i owoców morza, a opiera się głównie na produktach pochodzenia roślinnego. Istnieją różne odmiany tej diety. Najbardziej restrykcyjną formą jest dieta wegańska, która eliminuje wszystkie produkty odzwierzęce (łącznie z nabiałem, jajami i miodem). Bardziej liberalna to

pescewegetariańska (gdzie można spożywać ryby, lecz bez mięsa czerwonego i drobiu). We wszystkich tych modelach podstawą żywienia są jednak pokarmy roślinne.

Na pierwszy rzut oka taka dieta wydaje się zdrowa – i rzeczywiście, wiele badań potwierdza jej korzyści. Jednak po przeszczepie nerki sytuacja jest szczególna: układ odpornościowy jest osłabiony, pacjent przyjmuje leki immunosupresyjne, a organizm potrzebuje odpowiedniej ilości białka i energii. Dlatego warto wiedzieć, jak bezpiecznie stosować dietę wegetariańską, aby cieszyć się jej zaletami i uniknąć potencjalnych pułapek.

Korzyści diety roślinnej po przeszczepie nerki

Dieta oparta na produktach roślinnych ma wiele zalet zdrowotnych, które są szczególnie istotne po transplantacji.

1. Wsparcie dla serca i naczyń

Pacjenci po przeszczepieniu nerki częściej niż osoby zdrowe zmagają się z chorobami sercowo-naczyniowymi – to efekt zarówno działania leków, jak i zmian metabolicznych. Dieta wegetariańska naturalnie zawiera mniej tłuszczów nasyconych i cholesterolu, co pomaga utrzymywać zdrowe naczynia i zapobiega miażdżycy.

Przykład w praktyce: zamiast tłustej kielbasy na kanapce możesz wybrać pastę z fasoli z dodatkiem oliwy i świeżych ziół.

2. Lepsza kontrola masy ciała

Produkty roślinne są zazwyczaj mniej kaloryczne i zawierają dużo błonnika, który daje uczucie sytości. To pomaga uniknąć nadwagi – a ta, niestety, jest częstym problemem po przeszczepie.

Przykład w praktyce: miska sałatki z kaszą bulgur, warzywami i prażonymi pestkami dyni nasyci Cię na długo, a przy tym dostarczy wielu składników odżywczych.

3. Stabilny poziom cukru we krwi

Warzywa, owoce i pełnoziarniste produkty zbożowe powodują wolniejszy wzrost poziomu cukru po posiłku. To szczególnie ważne, bo sterydy oraz takrolimus stosowane po przeszczepie zwiększają ryzyko rozwoju cukrzycy.

4. Ochrona jelit i odporności

Błonnik wspiera mikrobiotę jelitową – czyli „dobre bakterie” zasiedlające przewód pokarmowy. Dzięki temu poprawia się odporność, co jest bardzo cenne w czasie, gdy leki immunosupresyjne obniżają naturalną barierę ochronną organizmu.

Bezpieczeństwo i wyzwania diety wegetariańskiej po przeszczepie nerki

Każda zmiana sposobu odżywiania po transplantacji wymaga ostrożności. Dieta wegetariańska – mimo licznych zalet – musi być dobrze zbilansowana, aby uniknąć niedoborów białka i kluczowych

mikroskładników.

Białko – najważniejszy składnik po przeszczepie

Bezpośrednio po operacji organizm potrzebuje więcej białka niż zwykle. To ono odpowiada za gojenie ran, budowę komórek odpornościowych i regenerację tkanek.

• Ile białka potrzeba?

W pierwszych tygodniach zaleca się 1,2–1,5 g białka na każdy kilogram masy ciała dziennie. Jeśli ważysz 70 kg, oznacza to około 85–100 g białka.

• Źródła białka w diecie wegetariańskiej:

- jaja i nabiał (jogurt, kefir, sery),
- rośliny strączkowe (fasola, soczewica, ciecierzycą),
- tofu,
- orzechy i pestki.

Praktyczna wskazówka: Połącz różne źródła białka w ciągu dnia. Owsianka na mleku z orzechami, kanapka z serem i pastą z fasoli, a na obiad kotlety z soczewicy – to prosty sposób, aby dostarczyć wszystko, czego potrzebujesz.

Żelazo – energia i siła

Żelazo jest niezbędne do tworzenia czerwonych krwinek. Ich zadaniem jest transport tlenu – a więc bez żelaza czujesz się osłabiony i zmęczony.

• Dlaczego u wegetarian trudniej o żelazo?

Bo żelazo roślinne (tzw. niehemowe) wchłania się gorzej niż żelazo z mięsa.

• Jak poprawić jego przyswajanie?

- jedz produkty bogate w witaminę C razem z żelazem (np. fasola + natka pietruszki, owsianka + kiwi),
- unikaj picia kawy i herbaty do posiłku, bo zmniejszają wchłanianie żelaza.

Praktyczna wskazówka: Do sałatki z ciecierzycą dodaj paprykę lub sok z cytryny – to naturalny sposób na lepsze wykorzystanie żelaza z posiłku.

Witamina B₁₂ i inne mikroskładniki

• Witamina B₁₂ – występuje głównie w produktach zwierzęcych. Jej niedobór prowadzi do anemii i zaburzeń neurologicznych. Jeśli jesteś weganinem, suplementacja jest konieczna. Nawet w diecie z nabiałem warto monitorować poziom B₁₂ we krwi.

• Witamina D i wapń – potrzebne dla zdrowych kości. Po przeszczepie, zwłaszcza przy terapii sterydowej, wzrasta ryzyko osteoporozy.

• Jod – ważny dla pracy tarczycy. Najprościej dostarczać go z solą jodowaną, ale pamiętaj, żeby solić z umiarem.

• Kwasy omega-3 – mają działanie przeciwzapalne i wspierają serce. Roślinne źródła to siemię lniane, nasiona chia, orzechy włoskie i olej lniany.

Potas i fosfor

• Potas – reguluje pracę serca i mięśni. Zwykle po udanym przeszczepie nie trzeba go ograniczać, ale niektóre leki (np. takrolimus) mogą podnosić jego

poziom.

– Jeśli wyniki pokażą zbyt wysoki potas, ogranicz suszone owoce, banany, przetwory pomidorowe i ziemniaki.

– Możesz też stosować podwójne gotowanie warzyw, aby zmniejszyć ich zawartość potasu.

▪ **Fosfor** – jego nadmiar i niedobór jest szkodliwy. W pierwszym miesiącu po zabiegu przeszczepienia nerki do 90% pacjentów zmagają się z niskim poziomem fosforanów, a ciężki niedobór prowadzi do zaburzeń pracy mięśni i powikłań neurologicznych. Poziom fosforanów normuje się u większości chorych po roku od zabiegu przeszczepienia. Należy pamiętać, że fosfor z roślin wchłania się gorzej niż z mięsa.

Bezpieczeństwo żywności

Leki immunosupresyjne osłabiają układ odpornościowy, dlatego musisz szczególnie uważać na higienę jedzenia.

Praktyczne zasady:

- dokładnie myj owoce i warzywa,
- unikaj surowych jaj (np. w domowym majonezie),
- przechowuj jedzenie w lodówce i nie spożywaj przeterminowanych produktów.

Interakcje z lekami

Niektóre owoce mogą zaburzać działanie leków po przeszczepie. Do tej grupy należą: **grejpfrut, pomelo, karambola i granat**. Najlepiej całkowicie wyeliminować je z jadłospisu.

Długofalowa ochrona nerki

Nowa nerka wymaga troski każdego dnia. Badania pokazują, że nadmiar białka w tym pochodzenia zwierzęcego może przyspieszać jej uszkodzenie. Dlatego dieta z przewagą produktów roślinnych jest dobrym wyborem na przyszłość.

Model **PLADO (plant-dominant low-protein**

diet) zakłada, że większość białka pochodzi ze źródeł roślinnych, a całkowita jego ilość nie przekracza 0,8g/kg/dobę. Taki sposób odżywiania sprzyja lepszemu metabolizmowi i długofalowej ochronie przeszczepionej nerki.

Praktyczne wskazówki dla pacjentów

1. **Jedz regularnie 4–5 posiłków dziennie** – to pomoże utrzymać stabilny poziom energii.
2. **Dbaj o różnorodność** – im więcej kolorów na talerzu, tym więcej różnych składników odżywczych.
3. **Każdy posiłek niech ma źródło białka** – owsianka z orzechami, sałatka z jajkiem, kotlety z soczewicy.
4. **Dodawaj zdrowe tłuszcze** – oliwa z oliwek, awokado, orzechy.
5. **Pij odpowiednią ilość płynów** – zwykle 1,5–2 litry dziennie, chyba że lekarz zaleci inaczej.
6. **Kontroluj wyniki badań** – morfologia, poziom żelaza, witamina B12, witamina D, profil lipidowy, poziom potasu i fosforu.
7. **Nie rezygnuj nagle z mięsa** – jeśli dotąd było w Twojej diecie codziennie, wprowadzaj zmiany stopniowo.
8. **Korzystaj z prostych zamienników** – pasta z fasoli zamiast wędliny, burger z ciecierzycy zamiast mielonego mięsa.

Podsumowanie

Dieta wegetariańska po przeszczepieniu nerki może być zdrowa, bezpieczna i bardzo smaczna. Trzeba jednak pamiętać o kilku zasadach: zapewnieniu odpowiedniej ilości białka, kontrolowaniu żelaza i witaminy B12, dbaniu o kości i bezpieczeństwo żywności.

Dobrze zaplanowana dieta roślinna pomoże utrzymać prawidłową wagę, wesprze serce, poprawi wyniki badań i ochroni nową nerkę na długie lata.

PACJENCI O SOBIE

Od dializ do przeszczepu – moja droga z chorobą Fabry'ego



Bartosz Morzyński
Pacjent z Opola

Mam 39 lat. Żyję z przeszczepioną nerką, którą otrzymałem pod koniec 2019 roku. Był to moment, który odmienił moje życie. Zanim jednak do niego doszło, przeszedłem długą i trudną drogę – od dzieciństwa pełnego niewyjaśnionego bólu, przez dializy, aż po operację przeszczepienia nerki, który

dał mi nową jakość życia.

Dzieciństwo pod znakiem bólu

Od najmłodszych lat zmagiałem się z palącymi bólami stawów i kończyn – szczególnie stóp i kolan. Pojawiały się po wysiłku albo przy podwyższonej temperaturze ciała. Od 7. roku życia aż do późnych lat nastoletnich lekarze przypisywali moje dolegliwości tzw. bólom wzrostowym. Problem w tym, że okres wzrostu i dojrzewania zakończył się, ale bóle nie ustąpiły. Wręcz przeciwnie – objawy bólowe zaczęły pojawiać się częściej i były coraz silniejsze.

Diagnoza dopiero na emigracji

W wieku 19 lat wyjechałem do Edynburga na studia. Powoli aklimatyzowałem się do nowych warunków, ale moja choroba nie dawała o sobie zapomnieć. Po roku od przyjazdu do stolicy Szkocji z wielką

determinacją wznowiłem poszukiwania przyczyn mojego złego stanu zdrowia. Chciałem poznać diagnozę i w tym celu odwiedziłem lekarzy wielu specjalności. Byłem, między innymi u reumatologa, neurologa, endokrynologa oraz specjalisty od leczenia bólu. Jednak wizyty te nic nowego nie wniosły.

W Edynburgu byłem pod stałą opieką lekarza rodzinnego. Podczas jednej z wizyt kontrolnych moja doktor zwróciła uwagę, że mam podwyższony poziom białka w moczu. Na początku podjęła decyzję o obserwacji uznając, że wynik badania to przejściowy incydent. Jednak kolejne testy wykazywały brak poprawy. Podjęto leczenie farmakologiczne, które nie zahamowało choroby.

W czerwcu 2014 roku zdecydowano o wykonaniu biopsji nerki. Niedługo później dostałem telefon z prośbą o pilną wizytę. Dzwoniono do mnie o nietypowej, późnej porze. Pojawił się strach i pytanie: czy to rak? Diagnoza była inna, ale równie zaskakująca – choroba Fabry’ego. Ultrazadka choroba genetyczna, o której wcześniej nigdy nie słyszałem, a która idealnie tłumaczyła moje objawy: brak potliwości, nietolerancja ciepła, problemy trawienne i oczywiście uszkodzenie nerek. Dodatkowym potwierdzeniem rozpoznania choroby było wykonanie u mnie testu z krwi na oznaczenie aktywności enzymu alfa-galaktozydazy A.

Dializy: życie w rytmie maszyny

W 2015 roku rozpocząłem leczenie enzymatyczne pod postacią wlewów dożylnych wykonywanych co dwa tygodnie. Niestety funkcja nerek stale ulegała pogorszeniu. Pod koniec 2017 roku zaczęły się przygotowania do dializ. Przedstawiono mi dwie możliwości: hemodializę oraz dializę otrzewnową, wraz z ich zaletami i wadami. Zdecydowałem się na dializę otrzewnową, ponieważ mogłem ją wykonywać w domu. Chciałem być samodzielny i niezależny.

We wrześniu 2018 roku wszczepiono mi cewnik do dializ otrzewnowych. W październiku tego samego roku – gdy funkcja nerek spadła do 5% – rozpocząłem dializy w systemie ADO. Z perspektywy czasu był to najtrudniejszy fizycznie i psychicznie okres w moim życiu. Choć dializy utrzymywały mnie przy życiu, jakość życia spadała. Pogorszyło się samopoczucie fizyczne, a wraz z nim – psychiczne. Każdej nocy przez 12 godzin byłem podłączony do aparatu. Życie toczyło się wokół sprzętu i ograniczeń. Były też lepsze chwile. Dzięki sprawnej współpracy szkockiego NHS, polskiego NFZ i ogromnemu wsparciu mgr Renaty Kłak udało mi się wyjechać na tydzień do Polski i wziąć udział w weselu przyjaciela. Było to jedno z tych wydarzeń, które dało mi siłę i nadzieję.

Dializy prowadziłem do grudnia 2019 roku. Niestety, w międzyczasie trzy razy trafiłem do szpitala z powodu powikłań wynikających częściowo z moich błędów.

Przeszczep – przełom i nowe życie

W trakcie trwania leczenia dializą otrzewnową byłem przygotowywany do przeszczepu nerki. Po czternastu miesiącach od rozpoczęcia dializ zadzwoniono ze szpitala w Edynburgu z informacją, że jest dla mnie nerka od dawcy zmarłego. Dobę później byłem już na stole operacyjnym. Zabieg zakończył się sukcesem. Dzień później mogłem wstać z łóżka. Najtrudniejsze dla mnie w pierwszych miesiącach po przeszczepie nerki było picie 4–5 litrów płynów dziennie. Wystąpiły również nasilone bóle związane z chorobą Fabry’ego, które pojawiały się codziennie i niekiedy trwały po kilka godzin.

Codziennosc pięć lat później

Dziś żyję niemal jak zdrowy człowiek. Ćwiczę na siłowni, czasem trenuję brazylijskie jiu-jitsu, jeżdżę na rowerze, spotykam się ze znajomymi. Mam pewne ograniczenia – głównie przez chorobę Fabry’ego, jej bóle i ryzyko kolejnych udarów (dwa mam już za sobą). Ale sama przeszczepiona nerka działa doskonale i nie sprawia żadnych trudności.

Dla tych, którzy się boją przeszczepu

Jeśli jesteś na dializach i boisz się przeszczepu – że to „trzecia nerka”, że będzie gorzej – chcę ci powiedzieć jedno: naprawdę warto. Przeszczep nie tylko ratuje życie. On je oddaje. Znika zależność od maszyny. Poprawia się samopoczucie fizyczne. A co jeszcze ważniejsze – psychiczne.

Nie ma się czego bać.

WYDARZENIA

Słowo od Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii



Prof. dr hab. med. Magdalena Krajewska
specjalista chorób wewnętrznych,
nefrologii oraz transplantologii
klinicznej
Konsultant Krajowy w dziedzinie
nefrologii

Z wielką odpowiedzialnością obejmuję funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii, zdając sobie sprawę z wyzwania, jakie stoją przed środowiskiem medycznym. Chciałabym wprowadzić zmiany, które przełożą się na poprawę jakości opieki nefrologicznej w Polsce oraz optymalizację dostępności do nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia. Jednym z priorytetów będzie usprawnienie systemu wczesnej diagnostyki przewlekłej choroby

nerek (PChN), aby pacjenci trafiali pod opiekę specjalistyczną na jak najwcześniejszym etapie. Potrzebne są działania na rzecz zwiększenia świadomości lekarzy pierwszego kontaktu oraz innych specjalności (kardiolodzy, diabetolodzy) na temat czynników ryzyka i konieczności wczesnych badań przesiewowych.

Problemem jest zbyt mała liczba lekarzy nefrologów, a co za tym idzie dostępność do leczenia specjalistycznego zarówno ambulatoryjnego jak i szpitalnego, a przecież dysponujemy terapiami. Mam nadzieję, że będzie ich wkrótce jeszcze więcej, które mogą zahamować postęp choroby i ograniczyć liczbę pacjentów wymagających leczenia nerkozastępczego. Zmiana wyceny

procedur nefrologicznych, zwiększenie udziału dializy otrzewnowej w leczeniu nerkozastępczym, szersze wprowadzenie hemodializacji do praktyki, możliwości wytwarzania przetok naczyniowych, usprawnienie procesu kwalifikacji do przeszczepienia nerki to najważniejsze, ale nie jedyne problemy nefrologii w Polsce. Nie można zapominać o rosnącej roli nowoczesnych technologii w nefrologii – będę się starała wspierać rozwój i wdrażanie takich rozwiązań do praktyki klinicznej.

Wierzę, że dzięki współpracy ze środowiskiem nefrologicznym, organizacjami pacjenckimi i administracją publiczną uda się osiągnąć wyznaczone cele i podnieść poziom opieki nefrologicznej w Polsce.

Miłe chwile wzruszeń



**Prof. dr hab.
Rajmund Michalski**
Prezes OSMN

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki (OSMN) nadal usilnie pracuje dla dobra pacjentów chorych na nerki i ich bliskich, zawsze służy dobrym słowem, radą i pomocą. Organizuje też spotkania i wycieczki integracyjno-edukacyjne dla pacjentów „dużych” i „małych”, by mogli miłe wspólnie spędzać czas, wymieniać się wzajemnie doświadczeniami, a także poznawać uroki pięknych miast. Bywają też szczególne chwile do jakich należało sympozjum w Holandii zorganizowane na cześć profesora Willema Kolffa – wielkiego holenderskiego lekarza i konstruktora sztucznej nerki, którego osiągnięcia miały wielkie znaczenie dla przyszłego, dynamicznego rozwoju dializoterapii.

KAMPEN – 80 lat hemodializy (24.06.2025)

W dniu 24 czerwca 2025 roku jako Prezes OSMN na zaproszenie Fundacji im. Willema Kolffa miałem zaszczyt i honor wraz z żoną reprezentować nasz kraj na sympozjum w Holandii zatytułowanym „Past, Present & Future of Kidney Replacement Therapy: It started in Kampen”. Szczegóły tego niezwykłego wydarzenia znajdują się na stronie <https://www.willemkolffstichting.nl/en/symposium2025>. Tu pragnę nadmienić, że zaproszenie związane było z tym, że po II wojnie światowej Kolff przekazał 4 skonstruowane przez siebie sztuczne nerki do ośrodków w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Anglii, a także w Polsce (fot. 1). Ośrodkiem tym była prawdopodobnie Klinika Urologii Akademii Medycznej w Krakowie, z której to



Fot. 1. Jedna z czterech nerek konstrukcji Kolffa trafiła do Polski

jeden z asystentów zwrócił się do Kolffa o pomoc. Szkoda tylko, że losy tego urządzenia w Polsce pozostają nieznane...

Sympozjum odbyło się w 80. rocznicę przeżycia pierwszego pacjenta na świecie z ostrą niewydolnością nerek dzięki sztucznej nerce dr Kolffa oraz 65 lat od czasu, gdy zespół medyczny kierowany przez dr Scribnera opracował pierwszą przetokę tętniczo-żylną, umożliwiającą przewlekłą dializę. Razem z około 100 innymi uczestnikami świętowaliśmy to wydarzenie medyczne, podczas którego mówiono nie tylko o przeszłości, ale także skupiono się na teraźniejszości (tu o przenośnej sztucznej nerce stworzonej przez Holenderską Fundację Nerek) oraz przyszłości. Prof. Shuvo Roy z „The Kidney Project” w San Francisco i dr Fokko Wieringa przedstawili aktualny stan dializoterapii z wyzwaniami związanymi z wszczepialną sztuczną nerką. Podczas sympozjum pokazano przygotowane przez organizację pacjenckie krótkie filmiki z Wielkiej Brytanii, Kanady, Stanów Zjednoczonych i naszą OSMN. Zaproszenie Stowarzyszenia do tego nagrania i uczestnictwa w sympozjum miało swoje historyczne tło. Był to dowód uznania i wdzięczności za to, że w 1945 roku Holandia została wyzwolona przez wojska armii: amerykańskiej, kanadyjskiej, brytyjskiej i polskiej pod dowództwem gen. Stanisława Maczka. Laureatem prestiżowej nagrody im. Willema Kolffa został prof. Steven Ash z USA. W rozmowie

z prof. Ashem dowiedziałem się, że był bliskim współpracownikiem prof. Zbyluta Twardowskiego z Krakowa, który był naukowcem światowej sławy z dziedziny hemodializy i dializy otrzewnowej, a wielkiego przyjaciela naszego Stowarzyszenia. Wielu pacjentów miało przyjemność spotkać się z prof. Twardowskim osobiście m.in. podczas tradycyjnych Wigilii organizowanych dla pacjentów w Krakowie. Sympozjum odbywało się w miejscowości Kampen w niewielkiej odległości od dawnego szpitala, w którym pracował Willem Kolff. W obradach uczestniczył także jego bratanek – prof. Watson Kolff, którego miło nam było poznać. Po oficjalnym zakończeniu sympozjum mieliśmy okazję zwiedzić pomieszczenia muzealne, jak też niezwykle eksponaty. Są nimi replika pierwszej sztucznej nerki z 1943 roku, a także replika podwójnej cewki nerkowej Kolffa i nerki Kolffa Brighama. Udział w tym sympozjum był dla mnie bardzo wzruszającą chwilą, bowiem świadomość uczestniczenia w tak ważnym miejscu jako przedstawiciela pacjentów z niewydolnością nerek wyzwała niesamowitą wdzięczność za to, że pionierski wynalazca i konstruktor „sztucznej nerki” przyczynił się do lepszego zrozumienia współczesnej dializoterapii. Ta umożliwiła pacjentom pracę zawodową i realizację swoich marzeń i planów. To wszystko nie miałoby miejsca, gdyby nie entuzjazm i empatia dr Fokko Wieringi, bez którego nie byłoby takiej uroczystej celebracji 80-lecia pierwszej hemodializy w Kampen i ogromnej życzliwości dla Polski, jak i naszego stowarzyszenia OSMN. Dziękujemy także organizacji NEFRON (Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska) za wsparcie finansowe naszego wyjazdu do Kampen, dzięki czemu mogliśmy uczestniczyć w tym niezwykle wyjątkowym wydarzeniu i reprezentować polskich pacjentów.

Na końcu pragnę podkreślić, że w imieniu wszystkich polskich pacjentów czuję wielką wdzięczność profesorowi Kolffowi za znakomite narzędzie przekazane lekarzom i pielęgniarkom do pracy w ratowaniu naszego życia.

LIPSK – Wyjazd dzieci chorych nefrologicznie (18 – 24.08.2025)

Na tygodniowy pobyt w Lipsku wyjechało wraz z rodzicami dziesięcioro dzieci chorych nefrologicznie, pod opieką prof. Marii Szczepańskiej oraz dr Elżbiety Trembeckiej-Dubel z Oddziału Nefrologii Dziecięcej



Fot. 2. W oczekiwaniu na wyjazd

Kliniki w Zabrzu z Pododdziałem Dializoterapii (fot. 2). Wyjazd ten był możliwy dzięki inicjatywie i zaangażowaniu dra Hansjörga Rothe – nefrologa z Lipska, który jako członek fundacji Witting Trust zaproponował naszemu Stowarzyszeniu pełne sfinansowanie tego wyjazdu.

Podczas pobytu w Lipsku w codziennej opiece i wsparciu medycznym nieocenioną rolę odegrała pielęgniarka Daria Luka-Beczak z zabrzańskiego Oddziału Dializoterapii Dziecięcej. Dzięki znajomości języka niemieckiego wspierała dzieci podczas zabiegów hemodializy w szpitalu KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche oraz pomagała w bieżącej komunikacji. Dzieci miały wiele atrakcji, m.in. rejs łodzią po rzece Białej Elsterze, zakończony pysznym obiadem w restauracji nad wodą oraz wycieczkę do ZOO w Lipsku, które jest uważane za jedno z najładniejszych w Europie. Wszyscy uczestnicy zgodnie podkreślali, że wyjazd okazał się bardzo potrzebny i niezwykle udany. Naszą największą nagrodą były uśmiechy na twarzach dzieci i ich szczerą radość. Jest to jedno ze wspólnych działań Stowarzyszenia wspierających naszych najmłodszych pacjentów i ich opiekunów.

WROCŁAW – Wycieczka osób dializowanych (28.09.2025)

Po udanych doświadczeniach, związanych ze zorganizowaną we wrześniu 2024 roku wycieczką po Krakowie, wybrano tym razem Wrocław. Celem spotkania było nie tylko poznanie pięknej stolicy Dolnego Śląska, ale przede wszystkim integracja i edukacja uczestników, wspólne spędzenie czasu oraz dzielenie się doświadczeniami w chorobie. Zwiedzano meksami między innymi Stare Miasto, Ostrów Tumski, tereny przy Hali Stulecia z fontanną. Spotkano się na wspólnym obiedzie w jednej z restauracji na wrocławskim Rynku (fot. 3). Była to okazja do niekończących się rozmów, porad i spędzenia czasu w gronie osób, które na co dzień mierzą się z podobnymi wyzwaniami zdrowotnymi. Każdy uczestnik otrzymał pakiet materiałów edukacyjnych przygotowany przez Stowarzyszenie.



Fot. 3. Uczestnicy wycieczki podziwiają Rynek we Wrocławiu

Sto lat i... jeszcze więcej! Setne urodziny pana Wiesława w bydgoskiej stacji dializ



**mgr Arleta
Cyrankiewicz**

spec. piel. nefrologicznego
piel. oddziałowa SD w Bydgoszczy

1 kwietnia 2025 roku nasza stacja dializ Fresenius NephroCare w Bydgoszczy zamieniła się w miejsce wyjątkowego święta. Tego dnia obchodziliśmy setne urodziny pana Wiesława – pacjenta, który jest z nami od 29 marca 2018 roku. To data ważna nie tylko dla Jubilata i jego bliskich, lecz także dla całego naszego zespołu oraz pacjentów, bo za każdym takim jubileuszem stoją lata wytrwałości, konsekwencji i troski o zdrowie (fot. 1).

Pan Wiesław, przez wszystkich serdecznie nazywany panem Wiesiem, zachwyca pogodą ducha i spokojem, które mają niezwykłą moc udzielania się innym. Mimo, że od pewnego czasu na dłuższych trasach pomaga sobie wózek, w domu pozostaje w dużej mierze samodzielny. Ujmująca jest jego inteligencja, elokwencja i wysoka kultura osobista – rozmowa z nim to spotkanie z dojrzałą mądrością i ciepłym, dyskretnym poczuciem humoru. W poczekalni czy na sali dializ jego obecność działa jak najlepsze lekarstwo: łagodzi napięcie, zachęca do uśmiechu, przypomina, że w zdrowieniu liczy się nie tylko procedura, lecz także człowiek.



Fot. 1. Jubilat z pacjentami i personelem Stacji Dializ

Chcąc uświetnić ten długo wyczekiwany dzień, cały nasz personel przygotował uroczystą niespodziankę. Udekorowaliśmy salę dializ balonami i kolorowymi plakatami. Gdy na II zmianie nasi przyjaciele z transportu przywieźli na dializę naszego Jubilata, czekał już słodki poczęstunek dla całej grupy, z którą dializuje się pan Wiesław. Dzięki uprzejmości firmy

Fresenius Nephrocare na tacy został w wieziony piękny, jubileuszowy tort z odpowiednią dedykacją (fot. 2). Jubilat z prawdziwą satysfakcją podziękował za ciasto i poczęstował nim wszystkich współpacjentów oraz personel. Nie zabrakło także upominku „na serce i kości” – od nas pan Wiesław otrzymał ciepły koc, by towarzyszył mu w chłodniejsze dni i przypominał o wspólnie spędzonych chwilach.

Atmosfera uroczystości była niezwykle radosna – pełna dobrego humoru, życzliwych uścisków dłoni i przyjacielskich rozmów. Wiele osób dzieliło się wspomnieniami z minionych lat, drobnymi anegdotami, a także wdzięcznością za codzienny wysiłek, jaki wkładamy wszyscy – pacjenci i zespół – w proces leczenia. Nie brakowało wzruszeń: setne urodziny to przecież dowód niezwykłej siły i konsekwencji, a dla nas – także potwierdzenie sensu pracy, którą wykonujemy każdego dnia. Patrząc na pana Wiesława, widzimy nie tylko Jubilata, lecz również ambasadora pogody ducha i cierpliwości.

Zadbaliśmy o to, by te chwile pozostały z nami na dłużej. Zrobiliśmy pamiątkowe zdjęcia co ważne, bo dokumentowanie takich momentów buduje wspólnotę i pokazuje, że w medycynie – obok procedur i wskaźników – ogromne znaczenie ma relacja: między personelem a pacjentami i między samymi pacjentami, którzy wspierają się wzajemnie w codzienności terapii.

Setne urodziny pana Wiesława przypomniały nam, że w centrum opieki zawsze stoi człowiek – ze swoją historią, potrzebami i marzeniami. Dziękujemy Jubilatowi za zaufanie, serdeczność i przykład, jak pięknie można przeżywać każdy kolejny dzień. Życzymy mu zdrowia, sił oraz wielu powodów do uśmiechu. A sobie – byśmy w tej życzliwości i wspólnym działaniu trwali na co dzień, nie tylko od święta. Sto lat, panie Wiesławie – i niech dobrze służy!



Fot. 2. Solenizant z jubileuszowym tortem

Hemodializy i wypoczynek są możliwe w kraju!



Elżbieta Koterba

Żona Stanisława
pacjenta dializowanego
Stacja Dializ w Kaliszu

Osoba hemodializowana trzy razy w tygodniu przez cztery godziny jest podpięta do aparatu dializacyjnego. I tak tydzień za tygodniem, miesiąc za miesiącem, rok za rokiem. W sytuacji, gdy wielochorobowość i podeszły wiek wykluczają szansę na przeszczepienie nerki znikają oczekiwania, że coś się zmieni. Wtedy tym bardziej trzeba tak organizować codzienne życie, aby było jak najbardziej radosne i pozwalało czerpać z niego to co najlepsze. Na terenie Polski jest szereg stacji, które prowadzą dializy gościnne i można z nich korzystać. Dzięki nim jest możliwość dializowania się w połączeniu z wypoczynkiem i zwiedzaniem nowych okolic.

Mój mąż Stasiu jest osobą dializowaną. Staram się, abyśmy razem mogli spędzać miłe chwile, a nie tylko myśleć o chorobie Męża. Stąd zainteresowałam się dializami gościnnymi w kraju, bowiem niestety z przyczyn zdrowotnych, mój Mąż nie może podróżować samolotem. Dlatego zaczęłam szukać w Polsce miejsc pięknych i gościnnych dla osób dializowanych. Zatem pragnę podzielić się z Państwem naszym doświadczeniem w zakresie wyjazdów na odpoczynek do miejsc pięknie położonych, a jednocześnie z możliwością dojazdu do stacji dializ. Wiadomo, że dializy są najważniejsze dla Męża, ale równie istotne jest oderwanie się od codzienności, zobaczenie czegoś nowego, przeżycie pięknych chwil i doświadczenie radości.

Moja pierwsza bardzo istotna rada dotyczy terminu wyjazdu. Nie planować wypoczynku z dializami w szczycie sezonu wakacyjnego. Każda pora roku jest doskonała, by zmienić otoczenie i więcej zobaczyć niż szarą codzienność w miejscu zamieszkania.

Wskazówki do organizacji wyjazdu i skompletowania dokumentów

1. Wybierz wymarzone miejsce wypoczynku i znajdź najbliższą stację dializ.
2. Zarezerwuj termin telefonicznie, ustalając ewentualny transport.
3. Zorganizuj nocleg – sanatorium, turnus rehabilitacyjny lub pobyt prywatny.
4. Skompletuj dokumenty: skierowanie do wybranej stacji dializ, kartę informacyjną pacjenta dializowanego (zawierająca kluczowe

informacje o przebiegu leczenia), wyniki badań wirusologicznych, grupa krwi oraz aktualne wyniki badań (morfologia, biochemia, elektrolity). Niektóre stacje dializ mogą mieć dodatkowe formularze do wypełnienia.

5. Wyślij dokumenty do wybranej stacji dializ (może to zrobić twoja stacja dializ, ale i tak trzeba dostarczyć po przyjeździe oryginały).

6. Spakuj listę leków, wypisy ze szpitala i zalecenia od innych specjalistów.

7. Wyjedź i ciesz się wypoczynkiem.

Często spotykam się na forach z opiniami, że trudno znaleźć dializy gościnne. Ja wielokrotnie słyszałam skargi, że pacjenci rezerwują terminy, z których potem rezygnują i nie informują o tym wcześniej telefonicznie. Blokowane są cenne miejsca, z których inni mogliby skorzystać. Warto o tym pamiętać nawet wtedy, gdy otrzymamy przeszczep.

Przetarte szlaki godne polecenia

Chcę Państwu zaproponować miejsca w różnych regionach Polski, które mam sprawdzone pod każdym względem tj. ciekawej lokalizacji, dobrego dojazdu czy warunków zamieszkania i wyżywienia, a przede wszystkim możliwości korzystania z dializ wakacyjnych. W celu uzyskania dodatkowych informacji służę poradą: elzbietakoterba1@gmail.com

Polanica Zdrój – wakacje w sanatorium

Tobył nasz pierwszy wypoczynek z dializami. Ogromnie pomocna okazała się pani z Wielkopolskiego Oddziału NFZ, która znalazła nam sanatorium blisko stacji dializ, która mieści się w Specjalistycznym Centrum Medycznym w Polanicy-Zdroju. Życzliwa i urokliwa kadra pielęgniarska stacji czyniła atmosferę prawie domową. Sanatorium było wspaniale położone, blisko przepięknego parku z ukwieconymi gazonami. Polanica Zdrój to przepiękny kurort. Warto tu przyjechać i samemu się o tym przekonać. Polecam!

Jedlec – wypoczynek w Centrum

Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

Kilkanaście kilometrów od Kalisza, w otoczeniu lasu, znajduje się Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS, który oferuje rehabilitację ogólnoustrojową i indywidualną. Jedlec to miejsce, gdzie rehabilitacja łączy się z wypoczynkiem w bliskim kontakcie z naturą. Panuje tu cisza i spokój, a powietrze jest czyste. Warunki w ośrodku i wyżywienie są doskonałe. Dializy zorganizowałam w Centrum Dializ Fresenius w Pleszewie, oddalonym około 16 km od zakwaterowania. Jedlec to idealne miejsce dla osób ceniących spokój, świeże powietrze i naturę o każdej porze roku. Zachęcam szczególnie tych, którzy lubią przyrodę.

Świnoujście – przełom maja i czerwca, wyjazd z emerytami z Kalisza

W Świnoujściu miejsce na dializy załatwiłam w Ambulatoryjnej Stacji Dializ, która mieści się w Zakładzie Przyrodolecznictwa przy ul. Powstańców Śląskich, położonym bardzo blisko nadmorskich traktów spacerowych. Na dializy chodziliśmy pieszo, co pozwoliło podziwiać morze i wdychać jod. Zachwalam to miejsce i namawiam szczególnie tych, którzy kochają szum morza.

Wągrowiec – wakacje – turnus rehabilitacyjny

Wągrowiec, położony wśród jezior 60 km od Poznania, to ciekawe miasto z bogatą historią sięgającą XIV wieku i tradycjami cysterskimi. Przyciąga zabytkami, trasami rowerowymi i wyjątkowym zjawiskiem zbiegu rzek Welny i Nielby, które mieszają się tylko w niewielkim stopniu. Nie ma stąd wirów w miejscu skrzyżowania i większość wody z jednej i drugiej rzeki po prostu przepływa na wprost – to unikat na skalę europejską! Dojazd do Wągrowca pociągiem z Poznania jest bardzo dobry. Zachęceni tak wspaniałym opisem miasta postanowiliśmy się do niego wybrać. Zostaliśmy zakwaterowani w Ośrodku Rehabilitacyjno-Wypoczynkowym WIELSPIN, położonym w sosnowym lesie w przepięknym miejscu nad jeziorem i doskonale przystosowanym dla osób niepełnosprawnych. Wyżywienie było wyśmienite – można było swobodnie wybierać z proponowanych dań i skomponować idealny jadłospis dla osób dializowanych. Dializy gościnne załatwiłam w Stacji Dializ DaVita w Wągrowcu. Warto w tej okolicy

odpoczywać. Szczerze namawiam.

Kołobrzeg – wyjazd prywatny – wakacje

Dializy udało mi się załatwić bezproblemowo już w styczniu w Stacji Dializ DaVita przy ul. Jedności Narodowej, na które transport był zapewniony. O urokach Kołobrzegu nie będę pisać, bo oferuje wszystko, czego turysta może zapragnąć: liczne atrakcje, piękną plażę i mnóstwo ludzi. Przyjeżdżajcie i podziwiajcie ten urokliwy kurort!

Wieniec Zdrój – sanatorium – kwiecień, maj

Wymarzonym naszym odpoczynkiem było uzdrowisko o wdzięcznej nazwie Wieniec-Zdrój w powiecie włocławskim. To jedno z najstarszych i najpiękniej położonych uzdrowisk na Kujawach, do którego łatwo dojechać z Włocławka. Położone w sosnowym lesie oferuje ciszę i spokój. Mąż dializował się w Stacji Dializ Diaverum we Włocławku, oddalonej o około 4 km od sanatorium z zapewnionym transportem sanitarnym. Sanatorium, w którym zamieszkaliśmy to ogromny, nowoczesny obiekt zlokalizowany w lesie sosnowym, doskonale oznakowany i przystosowany dla osób niepełnosprawnych. Świetnie wyposażone pokoje przypominają elegancki hotel. Od niedawna otwarta tężnia solankowa zachęca do spacerów lub odpoczynku na gościnnych ławeczkach i leżakach. Są też dwa baseny, na obu odbywają się zabiegi rehabilitacyjne, ale też można z nich korzystać indywidualnie. Wyżywienie rewelacyjne – niebezpieczne dla dializowanych są zupy, bo bardzo smaczne! Tutaj chętnie będziemy wracali. Zdecydowanie na ten wyjazd namawiam!

Od wizji do misji – historia, która trwa



Joanna Narożniak
Stacja Dializ Mucaria

Rok 2025 to dla nas szczególny moment, bowiem mija 50 lat od powstania naszej pierwszej Stacji Dializ. Lecz to nie tylko jubileusz. To moment refleksji nad naszą historią. To okazja, by z dumą spojrzeć na drogę, którą przeszliśmy, ale i na teraźniejszość i przyszłość.

Dziś, Mucaria to nowoczesny ośrodek znany w całej Europie, przyjmujący na leczenie międzynarodowych gości, jednak droga do tego miejsca była pełna wyzwań i niepewności.

Nasza historia rozpoczyna się w czasach, kiedy dializa dopiero się rozwijała, była czymś nowym i rzadko dostępnym. Wielu pacjentów z niewydolnością nerek czekało na leczenie, a ci, którzy mieli dostęp do dializy, musieli czasem przemierzać setki kilometrów,

by otrzymać szansę na życie. Otwarcie pierwszej placówki nie mogłoby mieć jednak miejsca, gdyby nie pewien uparty i konsekwentny w działaniu lekarz, który szczerze wierzył, że także w małej sycylijskiej miejscowości należy zapewnić nowoczesną opiekę i dać ludziom nadzieję.

Od lekarza z prowincji do wizjonera

Doktor Vincenzo Mucaria (fot. 1) - założyciel naszej stacji - urodził się w Valderice w 1926 roku. Pochodził z biednej rodziny, od młodości odznaczał się ambicją, a największą radość sprawiał mu kontakt z ludźmi oraz



Fot. 1. Dr Vincenzo Mucaria

nauka, a szczególnie zgłębianie sztuki medycznej. Po wielu poświęceniach samotnie wychowującej go matki, udało mu się dostać na Uniwersytet Medyczny w Palermo, a po ukończeniu studiów rozpoczął od razu pracę jako lekarz rodzinny.

We wspomnieniach pacjentów pozostał jako skromny, prostolinijny i zawsze dostępny dla chorych. Skłonny, aby przyjąć pacjenta nawet w nocy. Jak wspomina jego żona, lekarska torba i biały fartuch - czekały zawsze przy łóżku, przygotowane do użycia w każdej chwili. Lekarski strój był jego ulubionym strojem - nosił go z taką naturalnością, jakby przylegał do skóry.

Po wielu latach praktyki lekarskiej Vincenzo zaczął interesować się nefrologią i dializoterapią. Podczas jednej z wielu podróży z żoną Ippolitą do szpitali w północnych Włoszech zetknął się z nowoczesnymi ośrodkami dializ i zrozumiał, że podobne miejsce koniecznie musi powstać na Sycylii. Aby osiągnąć swój cel, Doktor Mucaria wrócił na Uniwersytet z pasją młodzieńca i ogromną determinacją. Kolejno zainwestował wszystkie swoje oszczędności w budowę stacji dializ i zakup maszyn.

Realizację jego planów spowalniała lokalna biurokracja. Ponadto wiele osób otwarcie wątpiło w działania Vincenzo, nazywając go „szalonym wizjonerem”. Działo się to tak dlatego, że w latach 70. dializa była jeszcze mało znaną metodą i w dużej mierze pionierską. Pomysł doktora Mucarii wydawał się innowacyjny. Świadomość takiego leczenia nie była powszechna. Nie wierzyli w jego cel nawet inni lekarze. Z kolei mieszkańcy, widząc w oknach kliniki niezwykle i nieznane urządzenia, które czekały na swoich pacjentów, śmiali się z Mucarii twierdząc, że doktor zajął się produkcją piwa.

Sceptyczne reakcje nie zdołały go jednak zniechęcić i wreszcie, **w 1975 roku**, po wielu zmaganiach, Vincenzo Mucaria otworzył swoją **pierwszą stację dializ**. Było to w Valderice, w prowincji Trapani (fot. 2). To ten budynek, w którym dzisiaj przyjmujemy



Fot. 2. Stacja Dializ Mucaria naszych polskich pacjentów na dializy wakacyjne.

Ludzka twarz medycyny

Mimo trwających drwin i wątpliwości innych, do nowej stacji dializ (a jednocześnie pierwszej w tej części Sycylii), zjeżdżali się pacjenci z całej wyspy,

szukając swojej szansy na leczenie.

Stacja dializ szybko wypełniała się chorymi. Doktor Vincenzo był niezwykle oddany swojej pracy. Niemal zawsze jako pierwszy otwierał drzwi o świcie i jako ostatni je zamykał. Spędzał tu nie tylko całe dni, ale także swoje wakacje.

Od samego początku nasza stacja różniła się od innych placówek. Nie chodziło tylko o dializy czy o maszyny. Mucaria wierzył, że każdy pacjent musi być postrzegany holistycznie, zarówno pod względem medycznym, jak i psychologicznym. Chorzy otrzymywali nie tylko konieczną terapię, lecz także poczucie bezpieczeństwa i bliskości. W tamtych czasach była to swego rodzaju autentyczna rewolucja, związana z naturalnym sposobem bycia Dr Mucaria – dziś, nazwalibyśmy to „humanizacją opieki”.

W wywiadzie telewizyjnym z lat 90. Vincenzo Mucaria opowiadał: „Nasz ośrodek jest przedłużeniem codziennego życia pacjenta. Nie leczymy tylko na dziś – myślimy o całym życiu. Wielkie innowacje zaczynają się od małych codziennych gestów. Przyjąć, wysłuchać, towarzyszyć – tak rozumiemy opiekę.” To przesłanie pozostaje aktualne także dziś - pół wieku po założeniu pierwszego ośrodka dializ Mucaria.

Tradycja wpisana w przyszłość

Ta rocznica to z jednej strony dowód, że wizja i determinacja jednego człowieka może stać się wspaniałą rzeczywistością dla setek pacjentów. Z drugiej strony, to refleksja nad naszą tożsamością i przyszłością. 50 lat naszej działalności to niesamowita podróż – poprzez historię firmy, rozwój medycyny, historię działań dr Mucarii, lecz przede wszystkim jest to unikalna mozaika. Zlep ludzkich historii, twarzy, uścisków rąk; to radości i smutki wszystkich, którzy są częścią tej historii i razem tworzyli tę drogę: pacjentów, pracowników.

Dzięki wizji i odwadze doktora Mucarii **możemy dziś kontynuować rodzinną tradycję**, łącząc profesjonalną opiekę z otwartością na pacjentów z całej Europy. A dzięki Dializom Wakacyjnym oraz naszym gościom z Polski i innych krajów, którzy zajmują szczególne miejsce w naszej współczesnej historii, **otworzył się nowy rozdział** - niezwykle bogaty w nowe doświadczenia.

Dziś, pełni pomysłów, energii i dumni z naszej historii, pozostajemy tak samo oddani naszej misji. Każdego dnia staramy się łączyć leczenie z troską i empatią. Chcemy tak samo czerpać satysfakcję z naszej pracy. Pragniemy, aby każdy pacjent – stały, czy na gościnnych dializach – mógł czuć się u nas bezpiecznie. Dążymy do tego, aby pacjenci żyli lepiej, odnaleźli radość w swojej codzienności, podróżowali i mogli patrzeć w przyszłość z nadzieją. Wierzymy w naszą misję. Dializa to nie nazwa choroby – to nazwa terapii, życia i szansy, a my **każdego dnia robimy coś wyjątkowego – zamieniamy leczenie w życie**.



MUCARIA
STACJE DIALIZ

Dializy Wakacyjne na Sycylii

Również podczas dializy możesz pozwolić sobie na urlop i zadbać o siebie! Zmiana otoczenia i oderwanie się od codziennej rutyny zmniejsza stres oraz poprawia ogólne samopoczucie! Spacery oraz świeże powietrze zregenerują ciało i umysł, dodając nową energię! Dlatego nie czekaj dłużej, zaplanuj swoją podróż już dziś!

Wybierz sycylijską przygodę oraz wypoczynek. Czekają na Ciebie wspaniałe plaże, niezwykle zachody słońca oraz miejsca pełne historii i piękna!

1 Bezpieczna dializa i sprawdzone stacje

Zagwarantowane miejsce na dializy, bezpłatne z kartą EKUZ; jasne wymagania dotyczące dokumentacji medycznej.

2 Strategiczna, nadmorska miejscowość

Dializy i zakwaterowanie blisko siebie oraz w sąsiedztwie podstawowych codziennych usług (np. sklepy, apteki, restauracje). Liczne i różnorodne atrakcje turystyczne.

3 Łatwa rezerwacja - także w j. polskim

Nasz specjalny zespół pomoże Ci w każdym szczególe: zarówno w kwestii rezerwacji, jak i podczas pobytu.

4 Eksperti od Dializ Wakacyjnych

Różnorodne pakiety wakacyjne, dopasowane do odmiennych potrzeb i budżetów. Oferujemy 3 różne formuły zakwaterowania i 3 miejscowości wakacyjne. *Dodatkowe usługi:* transfer z lotniska i wynajem samochodu.

NASZE PAKIETY

Ceny od
€280



Niezapomniane widoki



Wspaniała natura



Wiele zabytków



Oferta noclegowa



Niesamowite morze



Pyszna kuchnia



Bezpieczna dializa



Dializy to żadna przeszkoda!

Odpocznij w rytmie fal i promieni słońca.

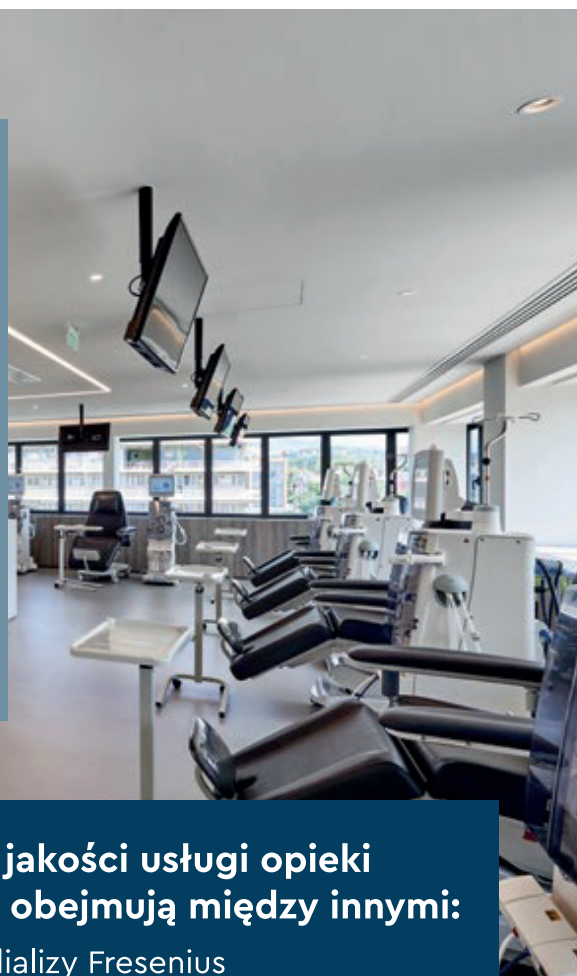
Skontaktuj się z nami!

+39 0923.836.440 +39 338.710.3285
reservation@dialisimucaria.it

WWW.DIALISIMUCARIA.IT

EKSKLUZYWNE LUKSUSOWE WAKACJE Z DIALIZĄ W GRECJI

Zarezerwuj teraz pierwszą
klasę i beztroskie 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

Cieszcie się Państwo życiem na Costa del Sol – również podczas dializ



Paulina Walkowiak

Koordynator ds. dializ wakacyjnych
Diaverum Hiszpania

Wyobraźcie sobie Państwo słoneczne poranki nad brzegiem Morza Śródziemnego, spacer po złocistej plaży, świeże owoce morza w lokalnej tawernie oraz śródziemnomorski klimat, który koi ciało i duszę... A wszystko to może się wydarzyć bez konieczności rezygnowania z regularnych zabiegów dializ. W Diaverum Hiszpania łączymy troskę o zdrowie z możliwością odkrywania jednej z najpiękniejszych części Europy, popularnego regionu turystycznego w południowej Hiszpanii w regionie Andaluzja – „Costa del Sol”, czyli „Wybrzeża Słońca”. Rozciąga się ono na długości 160 km wzdłuż wybrzeża Morza Śródziemnego, w prowincji Malaga. Nasze kliniki zlokalizowane są w ważnych ośrodkach turystycznych tego regionu, którymi są: **Malaga, Torremolinos, Estepona i Axarquía**. Oferujemy w nich kompleksową opiekę nefrologiczną na najwyższym poziomie, dzięki której mogą Państwo połączyć leczenie z wypoczynkiem, relaksem i nowymi doświadczeniami.

Malaga – szóste co do wielkości miasto w Hiszpanii jest stolicą Andaluzji i jej prawdziwą perłą. Założona została przez Fenicjan w VIII w. p.n.e. jako Malaka, co prawdopodobnie pochodziło od fenickiego słowa oznaczającego sól. To miasto Picassa, które zachwyci Państwa architekturą, muzeami, festiwalami, niezapomnianą atmosferą i pyszną kuchnią andaluzyjską. Malaga jest najpopularniejszym miejscem zamieszkania przez Polaków, których jest 10 tysięcy, co stanowi około 1% populacji.

Torremolinos, położone w odległości około 20 km na południowy zachód od Malagi, jest ważnym ośrodkiem turystycznym w regionie Andaluzja. Odznacza się pięknym ogrodem botanicznym i parkiem miejskim oraz największym wodnym parkiem rozrywki. Wspaniałe plaże zachęcają do kąpiei słonecznych i spacerów (fot.1). Na szczególną uwagę zasługuje szeroka promenada z pięknymi palmami wzdłuż plaży, z licznymi kawiarniami i restauracjami, wieczorem tętniącymi życiem.

Estepona leży też w zachodniej części prowincji Malaga w odległości 78 km od Torremolinos w kierunku południowo-zachodnim, a od centrum Malagi oddalona jest około 98 km. Stara część miasta zachowała swój dawny urok, a spacerując po niej można odnieść wrażenie, że czas cofnął

się o kilkadziesiąt lat. Estepona słynie z plaż, które rozciągają się około 21 km wzdłuż linii brzegowej. Jest popularnym kurortem pełnym kolorowych kwiatów, białych fasad i spokojnej atmosfery. Idealne miejsce na regenerację i kontakt z naturą.

Axarquía oddalona jest 8 km na wschód od Malagi. Stanowi uroczy zakątek nad samym morzem, gdzie po zabiegu dializy mogą Państwo udać się bezpośrednio na spacer promenadą i rozkoszować się widokiem fal rozbijających się o brzeg. Strome wąskie uliczki, okratowane okna z kolorowymi doniczkami i pelargoniami dodają miastu swoistego uroku.

Rozumiemy Państwa potrzeby – mówimy w Państwa języku

Od ponad 20 lat mieszkam w Hiszpanii i wiem, jak ważne jest, by w obcym kraju móc porozumieć się w swoim ojczystym języku. Dlatego w naszych ośrodkach zapewniamy wsparcie w języku polskim – co daje wielu pacjentom dodatkowy spokój i poczucie bezpieczeństwa. Jestem do Państwa dyspozycji, by ułatwić każdą formalność, odpowiedzieć na pytania i towarzyszyć podczas całego pobytu.

Nowoczesne placówki, indywidualne podeście i ciepło ludzkich serc

Nasze centra dializ zostały zaprojektowane z myślą o komforcie i relaksie. Jasne, przestronne sale, nowoczesny sprzęt medyczny i wysoko wykwalifikowany personel sprawiają, że każdy zabieg przebiega w bezpiecznych warunkach, zgodnie z najwyższymi standardami. W Diaverum wierzymy, że leczymy nie tylko ciało, ale również ducha – dlatego podchodzimy do każdego pacjenta z empatią, serdecznością i troską.

Inni już tego doświadczyli...

Jedna z naszych pacjentek z Polski, która odwiedziła klinikę w Axarquii w ramach programu **d.HOLIDAY**, zdecydowała się przedłużyć swój pobyt. Zauważyła poprawę samopoczucia, odzyskała energię i pewność siebie. Codzienne spacerowanie z psem wzdłuż plaży stały się jej rytuałem, a życzliwość zespołu medycznego sprawiła, że poczuła się jak w domu. Poniżej są jej wspomnienia:

„Najważniejsza rzecz, którą chciałabym przekazać innym pacjentom, to po prostu: jedź dokąd chcesz!” – mówi Joanna Bernet. „Kiedy już się zdecydujesz, to planowanie podróży stanie się przyjemnością. Obserwuję, że z roku na rok przybywa więcej rezerwacji dializ zagranicznych. Pacjenci coraz odważniej podróżują, głównie po krajach basenu Morza Śródziemnego – do Włoch, Grecji czy Hiszpanii. Moim ulubionym kierunkiem podróży jest właśnie Hiszpania. W tym roku wyjeżdżam na całą zimę do Torre del Mar, urokliwego miasteczka nad morzem, położonego niedaleko Malagi. To idealne miejsce,

by cieszyć się słońcem i korzystać z łagodnego klimatu Andaluzji. Dla osoby dializowanej, takiej jak ja, to prawdziwe błogosławieństwo. Będę mogła zdalnie pracować, korzystać z dializ w nowoczesnym ośrodku **Diaverum La Axarquía** oraz wypoczywać w przepięknej okolicy, spacerując promenadą, odwiedzając lokalne targi i delektując się andaluzyjską kuchnią. I do tego właśnie zachęcam innych pacjentów – zorganizujcie wyjazd na miarę Waszych możliwości i po prostu cieszcie się życiem!”

Łatwy dojazd, niezapomniane wspomnienia

Malaga jest czwartym pod względem ruchu lotniskiem w Hiszpanii, zaraz za Madrytem, Barceloną i Palmą de Mallorca. Lotnisko jest położone zaledwie 8 km od centrum Malagi. Stanowi główne lotnisko do wszystkich kurortów na Costa Del Sol. Dzięki dogodnym połączeniom lotniczym z Polski, podróż do Malagi czy okolicznych miast jest szybka i komfortowa. W każdej miejscowości czeka na Państwa nie tylko profesjonalna opieka medyczna, ale też śródziemnomorskie słońce, przyroda, lokalne smaki oraz andaluzyjska gościnność. Państwa zdrowie i dobre samopoczucie są dla nas priorytetem – pozwólcie nam zadbać o nie, a jednocześnie podarować Państwu wyjątkowe wspomnienia z wypoczynku na Costa del Sol.

Ważna informacja praktyczna:

Diaverum Hiszpania nie zapewnia pacjentom transportu z/i na lotnisko ani z miejsca zakwaterowania do ośrodka dializ i z powrotem. Na życzenie pacjentów możemy jednak nawiązać kontakt z zaprzyjaźnioną agencją, która chętnie pomoże w organizacji przejazdów.

Zakwaterowanie, wycieczki i życie pełne radości

Region Costa del Sol oferuje wiele różnorodnych opcji zakwaterowania, dostosowanych do różnych potrzeb i oczekiwań. Można w polskich biurach podróży wybrać komfortowe hotele z widokiem na morze, przytulne apartamenty tuż przy plaży, niezależnie od tego, czy podróżują Państwo samotnie, czy w towarzystwie, z pewnością znajdą Państwo idealne miejsce na pobyt.

W czasie wolnym pomiędzy dializami warto wyruszyć na odkrywanie uroków Andaluzji. Można odwiedzić słynne białe miasteczka o bajkowej architekturze, wybrać się na górski spacer z widokami zapierającymi dech w piersiach, przejść się po tętniącym życiem centrum Malagi, a nawet zaplanować jednodniowe wycieczki do Granady, Sewilli czy Kordoby – każde z tych miast ma niepowtarzalny klimat, historię i niezwykle zabytki, które warto poznać.

Jeśli pacjenci chcieliby skorzystać z dodatkowych atrakcji podczas pobytu w Hiszpanii, z przyjemnością polecimy miejsca warte odwiedzenia lub skontaktujemy ich z zaprzyjaźnionym biurem

podróży. Choć Diaverum Hiszpania nie organizuje wycieczek bezpośrednio, współpracujemy z agencją, która może pomóc w zaplanowaniu zwiedzania, wycieczek czy innych aktywności – tak, aby pacjenci mogli w pełni cieszyć się swoim wypoczynkiem.

A jeśli chodzi o jedzenie...

Costa del Sol to prawdziwy raj dla smakoszy. W lokalnych restauracjach i barach tapas można spróbować takich specjalów jak pescaito frito (smażone rybki), paella, czy espetos de sardinas – świeżych sardynek grillowanych na plaży. Każdy posiłek to uczta dla zmysłów. A jeśli muszą Państwo stosować specjalną dietę, proszę się nie martwić – nasz zespół chętnie Państwa wesprze, doradzi i pomoże wybrać bezpieczne, a jednocześnie smaczne opcje.

Podsumowując

Jeśli są Państwo w trakcie leczenia dializami, ale mimo to marzą o wypoczynku w południowej Hiszpanii – serdecznie namawiam. Jako Polka mieszkająca i pracująca w Maladze z przyjemnością pomogę w organizacji leczenia. Hiszpania to miejsce, gdzie



Fot. 1. Plaża w Torremolinos

można zadbać o zdrowie i jednocześnie naprawdę odpocząć o każdej porze roku. Pogoda na podróż jest zawsze dobra. Szczególnie jesień i wiosna to idealny czas na przyjazd – temperatura nie jest męcząca (ok. 20–25°C), dni są słoneczne, a region mniej zatłoczony niż latem. To doskonała okazja na zwiedzanie, spacer i prawdziwy relaks. Co więcej, zakwaterowanie poza sezonem jest zdecydowanie tańsze. W Diaverum otoczmy Państwa życzliwością, profesjonalizmem i pełnym zaangażowaniem. Wyjazd można zaplanować indywidualnie lub w towarzystwie partnera, rodziny bądź znajomych – każda forma wypoczynku jest mile widziana. My zajmujemy się dializą, aby Państwo mogli skupić się na tym, co naprawdę się liczy – **radości życia, relaksie i pięknych wspomnieniach.**

Czy są Państwo gotowi, by to przeżyć? Serdecznie zapraszam!

W razie pytań podaję kontakt
Paulina.Walkowiak@diaverum.com

Tel.: +34 635 279 660

Z przedstawicielem w Polsce:

biuro@dializywakacyjne.pl

Tel.: +48 663 327 001



FRESENIUS
KABI



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.

Materiał przeznaczony dla personelu medycznego.

Wysoka zawartość białka (20% energii = 15 g/butelka) pozyskiwanego z wysokiej jakości białka sojowego, co zapewnia korzyści kliniczne, funkcjonalne i odżywcze¹

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

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

Z błonnikiem aby wspomagać pracę jelit⁶

www.zywieniemazaczenie.pl

*Zawiera wszystkie makro i mikrośladki

**nie zawiera składników pochodzenia zwierzęcego

POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW



Rodzina Ewy Żukowskiej-Szczechowskiej wywodziła się ze Lwowa. Ojciec Eustachy Żukowski był tam wziętym prawnikiem, pełniąc między innymi funkcję plenipotentą rodziny Potockich. Mama Jadwiga wywodziła się z rodziny pochodzącej ze Szkocji. Jej przodkowie uciekli ze swojego kraju w okresie prześladowania katolików i osiedli we Lwowie pod spolszczonym nazwiskiem Brok (oryginalnie Brookl). Warto może wspomnieć, że stryj Ewy był profesorem historii sztuki na Uniwersytecie Warszawskim i pełnił przed wojną funkcję dyrektora Zamku Królewskiego. Ewa przyszła na świat podczas tak zwanej repatriacji. Rodzice jechali pociągiem ze Lwowa do Wrocławia, ale ponieważ mama Ewy zaczęła rodzić, musieli wysiąść w Krośnie i tak przypadek zdarzył, że prof. Ewa Żukowska-Szczechowska przyszła na świat w tym sympatycznym mieście, w którym wedle mojej wiedzy nigdy już później nie była. Po krótkim pobycie w Krośnie rodzina Ewy przeniosła się do Zabrze, w którym osiedli na dobre. Tutaj Ewa ukończyła szkołę podstawową i średnią, a następnie w latach 1963-1969 studia na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej. Staż podyplomowy odbyła na Oddziale Chorób Wewnętrznych Zespołonego Szpitala Miejskiego nr 2 w Bytomiu. Po ukończeniu stażu w 1972 roku rozpoczęła pracę w Katedrze i Klinice Nefrologii w Katowicach, kierowanej przez prof. Franciszka Kokota, wielkiego internistę i nefrologa, jednego z twórców nefrologii polskiej i światowej. Pod skrzydłami prof. Kokota zdobyła kolejno specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych, następnie z nefrologii, a także w 1981 roku stopień doktora nauk medycznych, a w 1990 roku stopień doktora habilitowanego. W tym czasie wykazywała się nie tylko zdolnościami do pracy naukowej, ale wyróżniała się jako doskonały klinicysta i opiekunka młodej kadry medycznej. W 1992

**Prof. dr hab. med.
Ewa Żukowska-Szczechowska
(1945–2025)**

roku odeszła z rodzimej kliniki wraz z profesorem Władysławem Grzeszczakiem do Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Zawodowych w Zabrze. W krótkim czasie stworzyli oni stację hemodializy, pododdział dializy otrzewnowej, a przede wszystkim bardzo dobrze wyposażoną pracownię diagnostyki genetycznej. Ośrodek zabrzański pod ich kierunkiem stał się liczącym nie tylko w Polsce, ale również na świecie zarówno pod względem klinicznym jak też naukowym. Klinika zmieniła swoją nazwę na Klinika Chorób Wewnętrznych Diabetologii i Nefrologii. Prof. Ewa Żukowska-Szczechowska stała się wychowawczynią wielu znanych postaci zarówno w świecie nefrologii, jak też diabetologicznym. Jeszcze podczas pracy w zespole prof. F. Kokota spod jej ręki wyszli tacy znani luminarze jak prof. Andrzej Więcek, czy prof. Jan Duława. Natomiast spośród jej wychowanków z Zabrze są liczący się w świecie naukowym i pełniący kierownicze stanowiska w takich ośrodkach jak Manchester, Houston czy Mayo Clinic w Rochester. Dzięki recenzjom Ewy wypromowanych zostało wielu samodzielnych pracowników nauki z naszego środowiska. Nic zatem dziwnego, że prof. Ewa Żukowska-Szczechowska była żartobliwie określana jako „matka królów”. Po odejściu na emeryturę, Ewa do końca swoich dni zajmowała się dydaktyką pielęgniarek, ratowników i fizjoterapeutów w Śląskiej Wyższej Szkole Medycznej w Katowicach. Należy dodać, że poza wszystkim, była osobą niezwykle empatyczną, nastawioną przyjacielsko do ludzi. Lubiła podróże i wędrowki, z których część odbywaliśmy wspólnie, między innymi zdobywając bieszczadzkie połoniny. Jeszcze dzień przed śmiercią umawialiśmy się na wspólne zwiedzanie Kotliny Jeleniogórskiej. Niestety odeszła od nas 7 sierpnia 2025 roku. Pochowana została w rodzinnym grobowcu na Cmentarzu Rakowickim w Krakowie. Pozostanie w naszej pamięci jako wyśmienity, ogromnie dbały o pacjentów lekarz, wybitny dydaktyk oraz świetny naukowiec. Prywatnie natomiast, jako potrafiący nawiązywać i pielęgnować przyjaźnie, ciepły człowiek.

Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski