

Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 2 (33) 2018

DIALIZA i Ty



ISSN 1644-5139



Kwartalnik dla pacjentów z niewydolnością nerek

DIALIZA i Ty

Czasopismo ukazuje się pod patronatem
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego
i Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych

Dializa i Ty – Kwartalnik dla chorych z niewydolnością nerek
NR 2 (33) 2018, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:

prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk

Zastępca redaktora naczelnego:

dr n. med. Adam Markiewicz

Sekretarz redakcji:

lek. med. Michał Śmigiełski

Wydawca:

Fundacja Amicus Renis
os. Złotej Jesieni 1; 31-826 Kraków
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych
ul. Wilczy Stok 12; 30-237 Kraków

Sekretariat-biuro:

Danuta Maliszewska
tel. 12 642 49 48
faks 12 642 49 31
e-mail: danuta.maliszewska@amicusrenis.pl
Michał Dębski-Korzec
kom. 691 586 848
tel. 12 625 46 13
e-mail: osod@osod.info

Komitet naukowy kwartalnika:

dr med. Wacław Bentkowski
dr med. Krzysztof Bidas
prof. dr hab. med. Stanisław Czekalski
prof. dr hab. med. Alina Dębska-Ślizień
prof. dr hab. med. Ryszard Gellert
prof. dr hab. med. Ryszard Grenda
prof. dr hab. med. Władysław Grzeszczak
prof. dr hab. med. Marian Klinger
prof. dr hab. med. Andrzej Książek
prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko
prof. dr hab. med. Jacek Mannitius
prof. dr hab. med. Michał Myśliwiec
prof. dr hab. med. Kazimierz Ostrowski
prof. dr hab. med. Irena Pietrzak
prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk
prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski
prof. dr hab. med. Władysław Sułowicz
dr med. Antoni Sydor
prof. dr hab. med. Zofia Wańkowicz
prof. dr hab. med. Andrzej Więcek
dr med. Rafał S. Wnuk
prof. dr hab. med. Danuta Zwolińska
dr Iwona Mazur

Rysunki: KRZYSZTOF KMIĘĆ

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych materiałów. Materiały nadesłane do redakcji mogą być publikowane na łamach „Dializa i Ty” w przypadku, gdy autor nie wyrazi pisemnego sprzeciwu. Redakcja zastrzega sobie prawo do odrzucenia publikacji lub zmian w nadesłanych materiałach.

W numerze:

3 Słowo od Redakcji

– prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk

4 Ludzie listy piszą

Dializa oczami pacjenta – Monika Lebryk

5 Listy znad morza

Urzędnik doskonały – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

7 Kącik literacki

Skrawek Lata – Lili Buczyńska

7 W oczach lekarza

O modelowaniu dializoterapii i o tym, co wynika z pewnych dwóch prac naukowych opublikowanych przed prawie 40 laty! – część I: Model jednoprzedsiałowy – prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk, dr inż. Przemysław Korohoda
List do Taty – Jakub Pietrzyk

12 Głos menedżera

Efektywnie leczyć, czy spełniać oczekiwania chorego? – dr n. farm. Teresa Dryl-Rydyńska
Dializa w domu? Jestem na TAK! – dr Tomasz Prystacki

16 Pielęgniarka radzi

Pacjent niech brzmi dumnie! – mgr piel. Katarzyna Kalista

18 Głos Stowarzyszenia Pomocy Dializowanym

Zawsze pozostaną w naszej pamięci – Michał Dębski-Korzec

18 Nasz chleb powszedni

Woda – źródło życia – mgr Małgorzata Szczypkowska

23 Nasz wywiad

Życie poety na dializach – wywiad z Ryszardem Świętochowskim

24 Jesteśmy na wczasach

Wspomnienia pacjentów z wyjazdu na dializy wakacyjne do Dialisi Mucaria na Sycylii

28 Ruch to zdrowie

Wpływ wysiłku fizycznego na nerki – co zalecać, a czego zakazać? – prof. dr hab. med. Kazimierz Ciechanowski
Rehabilitacja pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w Szwecji na podstawie doświadczeń własnych ze szpitala w Värnamo – mgr Celina Lupińska, dr Katarzyna Chojak-Fijałka

31 Kącik fotograficzny

Barwy jesieni

32 Poczest wybitnych nefrologów

prof. dr hab. med. Michał Myśliwiec

SŁOWO OD REDAKCJI

Wszyscy są zgodni, że takiego lata jak w tym roku nie mieliśmy od dawna. Większość z nas cieszyła się słońcem, plaże nad Bałtykiem przypominały mrowiska, szlaki turystyczne, zwłaszcza te w górach były obleżone. Na nadmiar słońca narzekali rolnicy, bo susza mocno dała się we znaki, co prawdopodobnie odczuwamy w naszych domach, bo ceny wielu produktów żywnościowych wzrosną i nie skompensuje ich nam wyjątkowy urodzaj na jabłka, też postrzegany jako klęska urodzaju. Ja na tegoroczne lato patrzę jednak z perspektywy ostatniego tygodnia lipca i burzliwych opadów, które doprowadziły do lokalnych podtopień i powodzi na południu Polski.

Od kilkudziesięciu lat spędzam wakacje nad Jeziorem Rożnowskim. Nie ukrywam, urokliwe miejsce, w którym jesteśmy zakochani. Kajaki, żaglówka, deska surfingowa, czysty i ciepły Dunajec. I nagle, dosłownie w kilka dni rzeka zmieniła barwę z modro-zielonej na błotnistoglinianą, a z jej nurtem przypłynęły tysiące szklanych i plastikowych butelek, opakowania po zużytych materiałach budowlanych, wszelakiej maści śmieci, patyki, drzewa, stare lodówki, telewizory, buty. Wiatr spychał to wszystko ku brzegom, trwale osadzał w licznych zatokach, na plażach w Żnamirowicach, Gródku, Bartkowej, na pięknym kempingu na Witkówce, czy w samym Rożnowie przed zaporą. Ilość śmieci porażała. Próbowaliśmy je grabić, wyciągać na brzeg, mokre drzewo nie chciało się palić. Nie dało się wejść do wody, kąpać. Minał tydzień, woda się oczyściła, opadł jej poziom. Śmieci zostały. Do dziś. Są wszędzie. W telewizyjnych wywiadach lokalni włodarze rozkładali ręce, że nie ma pieniędzy na sprzątanie. Gminy z otuliny Jeziora spychały odpowiedzialność jedna na drugą. Elektrownia mówiła, że to nie jej problem. Jedna z turystycznych perełek Małopolski, przyciągająca tysiące wczasowiczów, pokazała im figę z makiem! Jezioro w sierpniu opustoszało, no bo jak wypoczywać nad śmietnikiem?

W tym samym czasie w telewizji oglądaliśmy reportaże o szkodach wywołanych przez wezbrane rzeki z górnego dorzecza Dunajca. Tu zerwana droga, tam – zniszczone mosty, domy. Miliony potrzebne na odbudowę. Ale jakoś nikt nie pokazał dzikich wysypisk, z których woda zabrała wyrzucane tam bezmyślnie przedmioty. Cóż, łatwiej cisnąć śmieci w krzaki nad brzegiem rzeki niż wyrzucić je w miejscach do tego przeznaczonych. A podobno jesteśmy EKO(logiczni).

Myśląc o wodzie, śmieciach, o szacunku dla środowiska zadałem sobie pytanie: – A czy hemodializa jest EKO? Co Państwo o tym sądzić? Polistyren, polisulfon, polipropylen i teflon, z których zbudowany jest dializator i linie krwi niezbędne do przeprowadzenia jednego zabiegu hemodializy ważą średnio około 0,6 kg. Lateksowe rękawiczki, opatrunki, igły, strzykawki oraz inne materiały opatrunkowe i podkłady stanowiące materiał zakaźny – kolejne 0,2 kg. Do kanalizacji odprowadzamy co godzinę około 30 litrów zużytego dializatu zawierającego stężony roztwór elektrolitowy, ze znacznymi ilościami soli. 4 godziny hemodializy – 120 litrów, godzina przygotowania i płukania – kolejne 30 litrów toksycznego ścieku. Każdy pacjent ma średnio 156 dializ w roku. A to oznacza 125 kg plastikowych odpadów i prawie 23 metry sześciennie

ścieków. W Polsce dializuje się około 20 tysięcy chorych. Wyniki mnożenia mogą zawrócić w głowie. 2 500 ton plastiku, który najczęściej jest spalany. Obraz dopełni jeszcze energia. Każda maszyna zużywa około 2,2 kilowatów prądu na godzinę, około 10 kWh na sesję. To co? Liczymy dalej? Setki tysięcy kilowatogodzin energii elektrycznej trzeba wytworzyć. Spalić węgiel, by powstał prąd...

Na świecie hemodializuje się 2,5 miliona osób. Żyją. Ale czy ktokolwiek pamięta o drugiej stronie medalu? O milionach ton odpadów podializacyjnych....

Rozmawiałem z kolegami, którzy zapewniali, że tworzywa sztuczne używane do produkcji worków do dializy otrzewnowej są biodegradowalne, rozkładają się i nie zanieczyszczają środowiska. Dobra wiadomość! Więc kolejne pytanie: – Czy przeszczep nerki jest EKO? Chyba tak. W końcu toksyczne mogą być tylko metabolity leków immunosupresyjnych wydalone z moczem, ale w bardzo niskich stężeniach.

Zróbmy wszystko, by liczba przeszczepień nerek rosła. Bo to i korzyść dla pacjentów ale i dla środowiska, o którym lecząc ludzi – nie pamiętamy.

Dbajmy o czyste powietrze, rzeki, nie zaśmiecajmy lasów, nie wycinajmy ich bezmyślnie. Nie przycyniamy się do tego, by wkrótce jesień spowiła nas smogiem i dymem ze spalanych w domowych piecach śmieci i marnej jakości taniego węgla – a tak będzie się działo jeszcze przez 2 kolejne lata, bo z zakazu palenia podłej jakości odpadami węglowymi (są tanie...) rządzący się wycofali. Będziemy chorować, kaszleć, dusić się i narzekać. Tylko pamiętajmy, sami sobie robimy na złość niszcząc wszystko i trując. I jeśli mamy mieć o coś pretensje, to do samych siebie. O co? O to, że nie myślimy EKOLOGICZNIE. Myślenie i działania na rzecz ochrony środowiska, to dziś najważniejszy krok ku zdrowiu.

Kraków z początkiem ciepłego i słonecznego września tradycyjnie zaś „pachniał dializą”. A to z powodu XIII Krakowskich Dni Dializoterapii im. profesora Olgierda Smoleńskiego.

Jacek Pietrzyk, Redaktor Naczelny



Dializa oczami pacjenta



Monika Lebryk

Pacjentka Stacji Dializ w Łąkach

Swoją przygodę ze Stacją Dializ w Łąkach rozpoczęłam w październiku 2017 roku. Problemy z nerkami miałam od urodzenia. Po wielu latach zmagania z chorobą zostałam poddana nefrektomii lewej nerki. Od tego czasu stan mego zdrowia ulegał pogorszeniu. Hemodializa, którą zawsze wypierałam z myśli stała się nieuniknioną koniecznością.

Zapewne dla każdego pacjenta jak i dla mnie – rozpoczęcie dializoterapii początkowo było ogromnym przeżyciem. Wiązało się z przeprogramowaniem codziennych prac, obowiązków, przyzwyczajajeń i przyjemności. Krok po kroku udało się wszystko zsynchronizować. Nie byłoby to możliwe bez roli, jaką pełnią przy tym nasi bliscy – rodzina, przyjaciele, jak również pełniący opiekę nad nami personel medyczny. Cieszę się, że akurat w Łąkach przyszło mi się dializować.

Trwale zapisał się w mej pamięci pierwszy telefon wykonany do pani doktor Anny Daniluk-Jamro, kierującej Stacją Dializ. Jej bardzo ciepły i budzący zaufanie głos spowodował, że natłok obaw odszedł w zapomnienie. Pierwsza wizyta u pani doktor utwierdziła mnie w przekonaniu, że znalazłam się pod fachową opieką. Jest to osoba niezwykle życzliwa i pełna empatii. Jej uwadze nie umknie żaden szczegół stanu zdrowia pacjenta, nie tylko z dziedziny nefrologii.

Kolejną osobą, która nasuwa mi się na myśl jest pani Dorota Kowalewicz – pielęgniarka oddziałowa. To właśnie pani Dorotka wykonywała moją pierwszą dializę! Z wielką precyzją, stoickim spokojem i matczyną troską wprowadzała mnie w arkana dializy, rzecz tak ważną z perspektywy pacjenta.

Szereg pochlebnych uwag pragnę skierować do całej kadry pracowników Stacji. Nie sposób wymienić wszystkich nazwisk, bo tak osób jak i zasług jest wiele. Na szczególne wyrazy uznania zasługują wszystkie panie pielęgniarki. To z nimi spędzamy najwięcej czasu i od nich w największym stopniu zależy przebieg naszej dializy. Z ogromnym poświęceniem wykonują zabiegi, zawsze służą pomocą i są dla nas duchowym wsparciem. Wszystkie tworzą wspaniały zespół troszczący się o nasze zdrowie.

Pomiędzy pacjentami również zawiązują się piękne relacje. Podczas gdy podróżujemy do szpitala mamy sporo czasu na rozmowy, często niedokończone, na które czekamy do następnego spotkania. Wtedy to poznajemy się nawzajem, opowiadamy swoje historie, nie brakuje też miejsca na żarty i anegdoty. Nasi kierowcy dbają o to, by podróże przebiegały w przyjemnej atmosferze. Wyróżniają się punktualnością i ponadprzeciętną kulturą jazdy, dzięki temu zawsze docieramy bezpiecznie na zabiegi i do

domów.

Prócz wdzięczności wyrażonej pod adresem naszych opiekunów, chciałabym skierować kilka słów do osób, które są na początku walki z chorobą. Nie bójmy się dializoterapii, ponieważ nie ma powodu do lęku. Dializy poprawią nasze samopoczucie i polepszą jakość naszego życia. Cieszymy się każdą chwilą, umiemy widzieć słońce tam, gdzie nadchodzą chmury.

Na koniec pozwolę sobie przytoczyć jeden z wierszy ś.p. pana Antoniego Głowackiego (1928-2011) – pacjenta stacji dializ w Łąkach, który pozostawił nam piękną pamiątkę w postaci swojej spuścizny poetyckiej.



Personel i pacjenci stacji dializ w Łąkach

„Dziękuję za dializoterapię”

I wszystkie medyczne te cuda
I wierzę głęboko i szczerze,
Że każdy zabieg się uda.
Jest miło przebywać w tym dziale
Bez stresów, bóleści, cierpienia,
Lecz wiem, że niedługo się skończy
I trzeba będzie rzec do widzenia.
Personel medyczny na medal,
Obsługa staranna, fachowa
I nikt się w tym dziale nie nudzi
Nikt w piasek głowy nie chowa.
Kierownik działu przemila
Za darmo uśmiechy rozdaje
I jeśli ból nawet dolega
To pod jej wpływem ustaje.
Pielęgniarki przepiękne
Rzeczowe i romantyczne
Do tego zadbane
I w pracy swej zakochane.
Wiem dobrze jak trudno
jest sprostać
By wszystko grało jak trzeba
Też wiem, że cała załoga
Pracuje nie tylko dla chleba.
Dziękuję Paniom za wszystko
I życzę :
Przepięknej pogody
Soczystej zieleni
Błękitnego nieba i ciepłych promieni.

Dołączam się do podziękowań i życzeń

SPROSTOWANIE

W numerze 1 (32) 2018 „Dializa i Ty” błędnie podpisaliśmy list Pana Jacka Paszta pt. „Szczęście uśmiechnęło się do mnie”. Pan Jacek leczy się w stacji dializ w Tomaszowie Lubelskim, a nie jak pomyłkowo podaliśmy w Tomaszowie Mazowieckim. Autora, pacjentów oraz personel stacji dializ za pomyłkę szczerze przepraszamy.

Redakcja

Na nadchodzący wyjątkowy czas Świąt Bożego Narodzenia wszystkim naszym Pacjentom, ich Bliskim i personelowi medycznemu życzymy zdrowia i radości w gronie rodzinnym oraz spełnienia marzeń w Nowym 2019 Roku

Redakcja



Urzędnik doskonały

prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

Każdy z nas w swoim życiu spotyka się z urzędnikami na różnych szczeblach administracji. No, bo zgodnie ze słownikiem języka polskiego urzędnik to „osoba pracująca w jakimś urzędzie, pełniąca jakąś funkcję w administracji”. Natomiast według tego samego źródła „doskonały” oznacza „odznaczający się najwyższą jakością, mający wszelkie zalety, wolny od jakichkolwiek błędów, usterek, wad, najlepszy, wzorowy”. Jeśli złożymy te dwa określenia razem to niewątpliwie wszyscy marzymy, aby na swojej drodze spotykać urzędników o przedstawionych powyżej cechach. Nie chcemy bowiem, aby rzeczony urzędnik był panem i władcą na urzędzie, a my skromnymi petentami na których łaskawie raczy zwrócić uwagę. Ponoć doskonałych urzędników można było spotkać w okresie II Rzeczypospolitej. Nie miałem okazji sam tego sprawdzić, ponieważ urodziłem się pod sam koniec II wojny światowej. Niemniej taką opinię wyrażali zarówno moi nieżyjący już niestety Rodzice i Dziadkowie. Wtórowali im natomiast powszechnie bliżsi i dalsi krewni oraz znajomi. A były to czasy, w których ludzie spotykali się wspólnie znacznie częściej niż obecnie. Na dodatek te wspólne spotkania cechowały się tym, iż toczono różnego rodzaju rozmowy, którym jako pacholę miałem okazję się przysłuchiwać. Można zaraz złożyć protest, że niepochlebne opinie dotyczyły urzędników, którzy pełnili swoje funkcje w okresie PRL. No, a wtedy wiadomo wszystko było gorszej jakości, a urzędnicy byli mianowani zgodnie z zasadami negatywnego doboru. Nie jest to oczywiście cała prawda objawiona, bo w każdym okresie rozwoju naszego społeczeństwa wszystko jak zwykle zależało i nadal zależy od ludzi. Jeśli bowiem spojrzeć na stan urzędniczy po przemianie, która dokonała się na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego

LISTY ZNAD MORZA



stulecia to trudno stwierdzić, że mamy do czynienia z samymi ideałami. Tym razem już w oparciu o własne obserwacje mogę potwierdzić, że sytuacja na linii urzędnik – petent uległa znaczącej poprawie, ale wiele jeszcze jest do zrobienia w tym zakresie. Możemy tylko mieć nadzieję, że moje dzieci i wnuki dożyją takich czasów, w których będą mieli do czynienia z kadrą doskonale wykształconych, kompetentnych i empatycznych urzędników publicznych. Zastanówmy się jednak czy wśród tej nie napawającej powszechnym optymizmem sytuacji nie udało się spotkać na naszej drodze życiowej wyjątków zaprzeczających powszechnej mizarii w urzędniczym stanie. Miałem to szczęście, że dane mi było napotkać taki właśnie wyjątek, a była nim dr Irena Marcinek. W poprzednim numerze „Dializa i Ty” przedstawiałem wspomnienie o tej niezwykłej osobie związane z Jej odejściem do lepszego świata. Wspólnie z redakcją naszego czasopisma uznaliśmy jednak, że warto nieco szerzej przypomnieć zasługi dr Marcinek dla pacjentów nefrologicznych. Gwoli przypomnienia wspomnę, że z wykształcenia była Ona lekarzem pediatrą. Natomiast większość swego życia zawodowego spędzała

w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. Przez wiele lat pełniła odpowiedzialną funkcję zastępcy dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej, co oznacza, że była urzędnikiem szczebla ministerialnego. Miałem okazję współpracować z dr Marcinek przez kilkanaście lat w latach 1984–2005. Trzeba uświadomić, że w początkach naszej współpracy zaledwie 30% chorym ze schyłkową niewydolnością nerek mogliśmy zapewnić leczenie nerkozastępcze. Pod koniec naszej współpracy dzięki konsekwentnej realizacji „Programu Poprawy i Rozwoju Dializoterapii i Transplantacji Nerek” mogliśmy objąć opieką wszystkich wymagających tej metody leczenia pacjentów. Dr Marcinek uczestniczyła we wszystkich etapach kolejnych faz wspomnianego programu. Walnie przyczyniła się do powstania samej koncepcji jego tworzenia, zdobywania niezbędnych środków finansowych na realizację kolejnych zadań wynikających z założeń programu. Nie było to proste ze względu na dość duże zaniedbania w całej ochronie zdrowia. To, że mimo wszystko osiągnęliśmy sukces było w dużym stopniu zależne od tego, iż mieliśmy po swojej stronie tak doskonałego urzędnika. Dr Marcinek podzieliła się bowiem z nami swoją wiedzą o zawitych ścieżkach podejmowania decyzji na szczeblu ministerialnym. Potrafilismy dzięki temu ominąć rozliczne przeszkody i wyjść na prostą prowadzącą do celu. Nie sądzę, aby ktokolwiek inny był w stanie w ciągu jednego dnia uzyskać akceptację o przeznaczeniu lub uruchomieniu odpowiednich środków finansowych na trzech szczeblach ministerialnych. Wymagało to bowiem podpisów dwóch dyrektorów departamentu (polityki zdrowotnej i finansów) oraz właściwego wiceministra. Nigdy nie pozostawiała sprawy swojemu biegowi, którym mógł rządzić przypadek, ale sama odbywała swoistą peregrynację po gabinetach wymienionych powyżej urzędników wysokiego szczebla. Często zresztą dochodziła jeszcze wizyta w gabinecie samego ministra. Nie oznacza to, że miała nieograniczony dostęp do tych gabinetów, ponieważ niekiedy trzeba było odczekać wiele minut, a czasami nawet godzin na audiencję. Jednakże nieustępliwość, a jednocześnie powszechny szacunek, którym cieszyła się na terenie resortu zdrowia były podstawą sukcesu. Na dodatek dr Marcinek nauczyła nas w jaki sposób można uzyskać poparcie władzy ustawodawczej, którą w tym przypadku reprezentowała Komisja Zdrowia Sejmu RP. Wielokrotnie mieliśmy okazję przedstawiać swoje postulaty i wnioski na posiedzeniach tego znanego gremium. Natomiast - co ważniejsze udawało nam się uzyskać dezyderat Komisji Zdrowia w sprawie naszego programu. Pozwalałam sobie raz jeszcze odwołać się do słownika języka polskiego. Otóż dezyderat to „wyrażnie sformułowane żądanie, orzeczenie lub propozycja”. Oznacza to, że stanowił on swoistą propozycję nie do odrzucenia dla Ministerstwa jako instytucji reprezentującej władzę wykonawczą. Dotyczyło to wskazań dotyczących zapewnienia odpowiednich środków finansowych oraz sposobu ich wydatkowania. Mało tego, odpowiednie jednostki resortu zdrowia były mocą dezyderatów zobowiązane do składania Komisji Zdrowia sprawozdań z wykonania nałożonych na nie zadań.

Dzięki zaangażowaniu dr Ireny Marcinek udawało nam się uzyskać dezyderaty popierające kolejne etapy Programu Poprawy i Rozwoju Dializoterapii i Transplantologii Nerek. Stwarzało to możliwości utworzenia i wyposażenia

w stosowną aparaturę kolejnych ośrodków dializ. Trzeba też wspomnieć, że w ramach Programu zapewnione były także środki finansowe na adaptację i/lub niezbędne remonty powierzchni, a także na zakupy sprzętu zużywalnego, takiego jak dializatory, dreny łączące, igły dializacyjne czy sprzęt do dializy otrzewnowej. Dzięki finansom pochodzącym z Programu możliwe było także uruchomienie centralnych zakupów erytropoetyny. Spowodowało to, że w zakresie stosowania tego cennego leku wykorzystywanego w terapii niedokrwistości nerkopochodnej nasz kraj szybko zajął czołowe miejsce wśród krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Warto też uświadomić, że dr Irena Marcinek uczestniczyła czynnie w organizacji oraz prowadzeniu przetargów centralnych na zakupy wymienionego wyżej wyposażenia.

Powyższa lista zasług Ireny Marcinek byłaby niepełna bez krótkiego choćby wspomnienia o jej zaangażowaniu w rozwój przeszczepiania narządów w Polsce. Dotyczyło to bowiem nie tylko transplantacji nerek, ale także innych narządów, nie pomijając przeszczepiania komórek krwiotwórczych znanego powszechnie jako przeszczepienie szpiku. Pierwsze środki dla potrzeb transplantologii zostały wyasygnowane ze wspomnianego już kilkakrotnie Programu Poprawy i Rozwoju Dializoterapii i Przeszczepiania Nerek. Natomiast w kilka lat później środowisko transplantacyjne wspierane przez niezawodną dr Marcinek stworzyło niezależny Program Poprawy i Rozwoju Przeszczepiania Tkanek i Narządów. Skutkowało to stworzeniem podstaw formalno-prawnych przeszczepiania, a także wprowadzenia coraz to bardziej zaawansowanych protokołów leczenia immunosupresyjnego. Wystarczy wspomnieć, że powszechnie wprowadzenie cyklosporyny, najbardziej nowoczesnego leku używanego podówczas w tym zakresie, było jednym z osiągnięć, w których uczestniczyła dr Irena Marcinek. Poza wymienionymi powyżej aktywnościami na szczeblu ministerialnym i parlamentarnym dr Marcinek wspierała starania nefrologii i transplantologii na szczeblu regionalnym i lokalnym. Utrzymywała także żywy kontakt ze środowiskiem medycznym uczestnicząc bezpośrednio w wielu zjazdach, w sympozjach i konferencjach naukowych oraz szkoleniowych.

Mam nadzieję graniczącą z pewnością, że w przedstawionych powyżej wywodach przekonałem Szanownych Czytelników, iż dr Irena Marcinek w pełni zasłużyła na miano urzędnika doskonałego. Stwierdzam to z pełną odpowiedzialnością mając na uwadze wieloletnią współpracę i osobiste kontakty z bohaterką tej opowieści. Czynie to tym śmieiej, że jak wspominałem w poprzednim wspomnieniu dr Irena Marcinek została wyróżniona tytułem Członka Honorowego zarówno przez Polskie Towarzystwo Nefrologiczne jak też Polskie Towarzystwo Transplantologiczne. Jest to według mojej najlepszej wiedzy jedyny przypadek zaliczenia urzędnika szczebla ministerialnego w poczet Członków Honorowych przez dwa znakomite towarzystwa naukowe. Potwierdza to w oczywisty sposób prezentowaną powyżej tezę, że dr Irena Marcinek była urzędnikiem niezwykle czyli po prostu urzędnikiem doskonałym. Życzę wszystkim, aby udało im się spotkać na swojej drodze życiowej takie właśnie osoby.

Wasz Bolesław



Lili Buczyńska

Pacjentka Stacji Dializ w Hrubieszowie

Święto poziomki

dzisiaj zbieram poziomki
w Leśnym Zakątku
takie czerwone i świeże
przypominają ciekawe zwierzątka
wśród traw... ziół... ziemi...
smakują ludziom i niebu
sam Anioł o srebrnych skrzydłach
napelnił dzban
wróci w niebiosy
rozda poziomki
cały dzban
i będzie święto
poziomki z polskiej polany
jak pachną... jak pachną...
czy na tej zwykłej leśnej polanie
znalazłam Raj...

W OCZACH LEKARZA

O modelowaniu dializoterapii i o tym, co wynika z pewnych dwóch prac naukowych opublikowanych przed prawie 40 laty! Część I. Model jednoprzedziałowy

prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk¹
dr inż. Przemysław Korohoda²

¹⁾ Collegium Medicum UJ Kraków

²⁾ Wydz. Informatyki, Elektroniki

i Telekomunikacji AGH Kraków

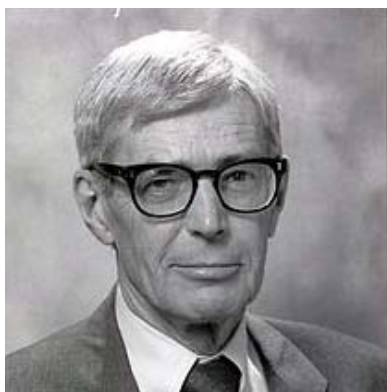
Czy wiecie Państwo, czym jest modelowanie matematyczne i dlaczego poświęcimy mu nasz artykuł? Otóż modelowanie to pozwala na opisanie zachowania się jakiegoś układu, na przykład biologicznego, jakim jest właśnie organizm każdego chorego z przewlekłą i schyłkową niewydolnością nerek. Do modelowania matematycznego stosuje się zwykle język matematyki, nierzadko skomplikowane równania, które pozwalają mniej lub bardziej dokładnie opisać to, co się dzieje w tym układzie.

Inżynierowie tworzą model układu, by prześledzić na nim proces sterowania lub przeprowadzić dowolną inną analizę zachowania się układu w warunkach, które mogłyby być kłopotliwe lub wręcz niepożądane do zrealizowania w odniesieniu do układu rzeczywistego. Przykładowo, w trakcie analizy inżynier wykorzystuje model układu będący hipotezą dotyczącą sposobu jego działania, by wnioskować o wpływie możliwych zakłóceń

wpływających na działanie układu. Model matematyczny opisuje układ za pomocą tak zwanych zmiennych, które reprezentują pewne właściwości układu, na przykład możliwe do zmierzenia wielkości fizyczne oraz zależności pomiędzy nimi, często odniesione do upływającego czasu. Skoro już wiemy, czym jest model i czym jest modelowanie, warto zadać sobie pytanie, dlaczego zainteresowaliśmy się modelowaniem dializoterapii? Matematyczne modelowanie dializoterapii zostało po raz pierwszy zaproponowane przez A. Wolfa i jego współpracowników w roku 1951, czyli prawie 70 lat temu! Posługując się modelowaniem zamierzano poprawić wyniki leczenia chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, jak również rokowanie dializowanych. Kierunek proponujący bardziej złożone modele bez przyjęcia znaczących i uzasadnionych uproszczeń rozmiął się przez wiele lat z praktyką kliniczną, czego doświadczyliśmy sami mając już w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku szczegółowo opracowane przez zespół prof. Andrzeja Weryńskiego z Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej Polskiej Akademii Nauk modele biologiczne, w tym modele dializoterapii i ... nikły odzew środowiska lekarskiego. Rozwijająca się dynamicznie technika komputerowa

udostępniła inżynierom i lekarzom niemal nieograniczone możliwości obliczeniowe. Doszło jednak do paradoksalnej sytuacji, że skomplikowane modele matematyczne nie znalazły praktycznego zastosowania klinicznego, gdyż wymagały albo kosztownego oprogramowania albo zbyt dużej liczby kłopotliwych do uzyskania w warunkach codziennej praktyki lekarskiej danych pomiarowych, pozyskiwanych od pacjentów w trakcie przeprowadzanych sesji dializacyjnych. Na takie działanie nie godzili się ani lekarze, ani pacjenci. Jednym z najważniejszych elementów skutecznego, czyli użytecznego modelowania jest prawidłowe dokonywanie wyborów co do zmiennych opisujących układ oraz zastosowanie właściwych uproszczeń.

Wprowadzenie przez Johna Sargenta (farmakologa) i Franka Gotcha (lekarza–nefrologa) pod koniec lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku jednoprzedziałowego modelu dystrybucji toksyn z wykorzystaniem mocznika, jako markera, było milowym krokiem na drodze rozwoju dializoterapii.



Ryc. 1a. Współczesne zdjęcie dr Franka Gotcha



Ryc. 1b. Współczesne zdjęcie dr Johna Sargenta

Dlaczego mocznik? Z wielu powodów, z których najważniejsze to: a) doskonała rozpuszczalność w wodzie, b) doskonałe przenikanie do wszystkich tkanek ustroju, c) silny związek z katabolizmem białka i d) stężenia pozostające w związku z objawami klinicznymi: im wyższe, tym więcej objawów zatrucia mocznikowego! Nie bez znaczenia pozostawała także łatwość biochemicznego oznaczania stężeń mocznika, a także fakt, że stężenia te w bardzo

istotny sposób zmieniały się w cyklu dializacyjnym. Zatem zmienną opisującą stan pacjenta w tym modelu jest stężenie mocznika: $C=C(t)$. Zapis $C(t)$ podkreśla możliwość zmian wartości stężenia w czasie, natomiast C pochodzi od słowa *concentration* (w języku angielskim – stężenie).

Co to znaczy, że model jest jednoprzedziałowy? Oznacza to, że pacjent modelowany jest jako pojedynczy zbiornik wody, w którym cała zawarta toksyna rozpuszczona jest równomiernie, dając wszędzie to samo stężenie. Ponadto każda zmiana ilości toksyny daje skutek w postaci natychmiastowej zmiany jej stężenia w całej objętości tego zbiornika. Dość radykalne uproszczenia, prawda? Podstawowy model fizjologiczny zakłada przecież, że całkowitą wodę ustroju dzieli się na wodę wewnątrzkomórkową i zewnątrzkomórkową, wyróżniając w tej ostatniej wodę śródtkankową i wodę osocza krwi. Jest rzeczą oczywistą, że z krwi, która przepływa przez sztuczną nerkę usuwanie toksyn jest wyraźnie szybsze niż z tkanek, gdzie oddziaływanie hemodializy jest pośrednie, tzn. poprzez docierającą do nich krew. A jednak pomimo tak radykalnych uproszczeń model okazał się użytecznym narzędziem! Między innymi umożliwił wykorzystanie zmierzonych stężeń mocznika w dowolnym punkcie dostępu jako wartości opisującej bezpośrednio stan pacjenta.

Objętość, w której rozpuszcza się (czyli ulega dystrybucji) toksyna oznaczana jest symbolem V (od angielskiego słowa *volume*) i jest nazywana objętością dystrybucji, natomiast sam zbiornik nazywany bywa także przedziałem lub kompartmentem (z j. ang. *compartment*).

W najbardziej podstawowej wersji modelu przyjmuje się, że objętość V jest stała, natomiast nieco bardziej zaawansowane modele uwzględniają wahania tej wartości wynikające z przyjmowania płynów przez pacjenta oraz odprowadzania wody z organizmu w trakcie zabiegu.

Zarówno sam model jak i kliniczne skutki jego wdrożenia były przedmiotem wnikliwej analizy wielośrodkowego badania przeprowadzonego w Stanach Zjednoczonych w latach 1980-1983 - National Cooperative Dialysis Study (NCDS) jak i wielu badań prowadzonych w latach późniejszych. Po podsumowaniu wyników w 1985 roku model jako jedyny znalazł powszechne zastosowanie w praktyce klinicznej i w ostatnich 3 dekadach zaciążył nad kierunkami rozwoju dializoterapii.

Poniżej przedstawiono schemat najprostszego modelu hemodializy. Jest to model jednoprzedziałowy, zakładający skrajne uproszczenie tak obrazu samego pacjenta, reprezentowanego przez całkowitą wodę jego ustroju (V), jak i stężenie w niej (C) modelowej toksyny, którą jest cząsteczka mocznika. Przyjrzyjmy się modelowi przedstawionemu na rycinie 2 poniżej. W modelowych uproszczeniach przyjmuje się, że mocznik w wyniku oksydacji aminokwasów jest ze stałą prędkością produkowany (generowany, tworzony – stąd G) w wątrobie (proces enzymatyczny 0 rzędu, czyli jego

szybkość nie zależy od stężenia mocznika) i w sytuacji upośledzenia jego wydalania przez nerki (proces I rzędu, czyli jego szybkość jest proporcjonalna do stężenia mocznika) gromadzi się w całkowitej wodzie ustroju, która jest objętością jego dystrybucji V .



Ryc. 2. Schemat modelu jednoprzecinalowego, w którym przedział (kompartament) zdefiniowano jako umowną przestrzeń, w której następuje doskonałe (czyli natychmiastowe) mieszanie i spełnienie zerowej zasady termodynamiki – ustalonego stanu dynamicznego. G – tworzenie mocznika (generowanie), V – objętość dystrybucji, C – stężenie mocznika, K (klirens) – wydalanie mocznika.

Stężenie toksyny można mierzyć we krwi wpływającej do dializatora. Dla uproszczenia zakłada się, że w czasie hemodializy zmiana objętości dystrybucji nie wpływa znacząco na zmianę stężeń toksyn. Dializator modelowany jest za pomocą tylko jednego i do tego jeszcze stałego w czasie dializy parametru, jakim jest jego klirens dla mocznika, oznaczony symbolem K . Model reprezentuje tylko podstawowe zjawiska, a przyjęte założenia upraszczające mają zadawałające uzasadnienie kliniczne. W przyjętym modelu uwzględnia wpływ tworzenia G (generacji) toksyn powstających w wyniku procesów metabolicznych dializowanego pacjenta jednak pomija się resztkową czynność jego nerek. Przepływy toksyn wynikające z tych zjawisk są co najmniej kilkanaście razy mniejsze od przepływów toksyn z krwi do dializatu. Zasada zachowania masy (gromadzenie równa się tworzenie minus wydalanie) jest podstawowym prawem, które obowiązuje nas w technikach modelowania dializoterapii, a uzyskanie satysfakcjonujących wyników jest możliwe dzięki istnieniu analitycznego rozwiązania prostego równania różniczkowego opisującego poszczególne etapy zmian stężeń w czasie. Niezaprzeczalną korzyścią modelu jednoprzecinalowego jest również fakt, iż dzięki wykorzystaniu mocznika jako markera - możliwa jest równoczesna ocena metaboliczna chorych. Otworzyło to drogę do poprawy rokowania chorych poprzez wpływanie i zmianę ich katabolizmu białkowego, czyli poprzez dietę!

Z tego prostego modelu wynika kilka podstawowych prawd, o których na co dzień wiedzą i pacjenci i lekarze. Przypomnijmy je w tym miejscu, zaczynając od okresu przeddializacyjnego, który odpowiada stadium 4. przewlekłej choroby nerek (PChN). Spójrzmy jeszcze raz na ryc. 2 i na model. W stanie zdrowia, w którym nerka zachowuje znaczną rezerwę czynnościową tworzenie jest równoważone skutecznym usuwaniem i nie prowadzi gromadzenia się toksyn w ustroju prowadzących do wzrostu stężenia we krwi. Przejściowe lub dłużej trwające wysokie spożycie białka może doprowadzić do zwiększenia generacji i wzrostu stężenia mocznika we krwi (napiszmy to tak: jeżeli $G > K$, to $C \nearrow$), ale wysoki klirens nerki skutecznie się z tym upora w stosunkowo krótkim czasie (jeżeli $K > G$, wtedy $C \searrow$) albo inaczej mówiąc: - Każde zwiększenie wydalania przełoży się na obniżenie stężenia! Gorzej, bo w sytuacji, w której mamy postępujący spadek klirensu, a tak właśnie dzieje się w przewlekłej chorobie nerek musimy liczyć się z tym, że nawet stała wartość G będzie skutkować wzrostem stężenia, o ile cały czas tworzenie będzie większe od wydalania ($G > K$). Co wtedy robić? Odpowiedź z pozoru prosta przekłada się na praktyczne działania kliniczne. Mamy do czynienia z niskim (obniżającym się systematycznie) klirensem chorych nerek? No to spróbujmy obniżyć tworzenie mocznika. Redukcja podaży białka w diecie ($G \searrow$) przy stałym, ale obniżonym klirensie własnych nerek pacjenta przełoży się na zmniejszenie stężenia mocznika w jego krwi. To tylko kwestia czasu ($G < K$; $C \searrow$). Jest również druga opcja: - Podajemy diuretyk i forsujemy produkcję dużych objętości moczu przez nerki zwiększając wydalanie. Klirens w czasie takiej diurezy jest znacząco wyższy od tworzenia, a nerki z dużym klirensem skutecznie usuwają z całkowitej wody ustroju nagromadzony w niej mocznik, ale także inne toksyny, których stężenie może znacząco i w krótkim czasie się obniżyć. Każdy z pacjentów, który doświadczył przewlekłej choroby nerek z pewnością z własnego doświadczenia pamięta takie działania. O ile nikt nie kwestionował lekarskich decyzji o forsowaniu diurezy, o tyle powiedzmy sobie szczerze, kto uczciwie przyłożył się do diety? Dzięki Johnowi Sargentowi i Frankowi Gotchowi i obliczeniach przeprowadzonych przez nich na modelu jednoprzecinalowym opisanych już w 1979 r. mogliśmy dość precyzyjnie zaplanować interwencję dietetyczną, czyli określić minimalną podaż białka niezbędną do utrzymania określonego stężenia mocznika lub wyliczyć niezbędną wartość klirensu własnych nerek, by dane stężenie mocznika we krwi utrzymać. Tym dwóm Amerykanom i ich modelowi zawdzięczamy jeszcze jedno. Analizując stan ustalony w modelu jednoprzecinalowym Sargent i Gotch przedstawili na podstawie pomiarów stężeń mocznika we krwi pacjentów w okresie przeddializacyjnym (wykorzystając równanie zachowania masy) bardzo ważną z perspektywy medycznej (ale skrajnie uproszczoną z perspektywy modelu) zależność: $G = K \times C$, czyli: tworzenie

równa się iloczynowi klirensu pomnożonego przez stężenie, lub - po przekształceniu tego wzoru - wyrażenia klirensu jako ilorazu tworzenia podzielonego przez stężenia ($K = G : C$) lub stężenia, jako ilorazu tworzenia podzielonego przez klirens ($C = G : K$). Proste jest piękne, nieprawdaż? I kto by przypuszczał, że Natura wymyśliwszy przewlekłą niewydolność nerek skusiła się na działania matematyczne, które po uproszczeniu (mnożenie i dzielenie) rozwiązują już trzecioklasistów!

To przyjrzyjmy się teraz możliwościom, które model jednoprzeglądowy oferuje nam do opisu hemodializy. O ile w przypadku PChN zmiana stężeń jest niewielka, wszystko odbywa się jakby w „zwolnionym tempie”, to dializa, a zwłaszcza hemodializa nadaje modelowi rumieńców. Dlaczego? Po pierwsze, pojawia się dializator i olbrzymie możliwości usunięcia nagromadzonych w organizmie toksyn w stosunkowo krótkim czasie. Sytuacja, w której wydalanie znacząco przewyższa tworzenie ($K \gg G$) natychmiast przełoży się na istotny spadek stężenia C . To wiedzą wszyscy dializowani, u których spadek stężenia mocznika w czasie dializy wynosi z reguły ok. 70%! Model jednoprzeglądowy pozwala na opisanie charakteru tego spadku (zmiana stężenia następuje nieliniowo) i określenie czynników, które o końcowym stężeniu poddializacyjnym decydują. W tym miejscu musimy odpowiedzieć sobie o kilku zależnościach i uniwersalnej zasadzie opisującej kinetykę (dynamikę zmian) stężeń w modelu. Inżynier powie: – W czasie zabiegu hemodializy stężenie jest funkcją kilku zmiennych: czasu dializy, klirensu dializatora i ... objętości dystrybucji. A lekarz, tłumacząc pacjentowi sens tego zabiegu powie: – Stężenie mocznika po zabiegu hemodializy będzie zależało od czasu zabiegu (im krótszy – tym wyższe, im dłuższy – tym niższe), od klirensu dializatora (im klirens niższy – tym stężenie wyższe, im klirens dializatora wyższy, tym oczyszczanie skuteczniejsze i stężenie po dializie będzie niższe). O tych dwóch zależnościach z pewnością wszyscy dializowani doskonale wiedzą z własnej praktyki i dializacyjnych doświadczeń. Ale czy pamiętamy, że w grę wchodzi jeszcze trzeci czynnik? Jest nim wspomniana już całkowita woda ustroju, nasza „objętość dystrybucji” V . Otóż zapamiętajmy, że im większa jest V , tym więcej w naszym organizmie jest toksyn ($V \times c$) i do ich usunięcia będziemy potrzebować albo dłuższego czasu albo większego klirensu! Jak wspomnieliśmy, w masie ciała człowieka ok. 60% stanowi całkowita woda ustroju, więc V to my, to nasi pacjenci. Nasze nerki, dializator, klirens otrzewnowy w metodach CADO/ADO oczyszczają z toksyn właśnie V ! Żartobliwie przedstawił to kiedyś na rysunku nieżyjący już nasz kolega dr Jacek Lenik! Czy mały dializator skutecznie poradzi sobie z trudnym zadaniem oczyszczenia kilkudziesięciu litrów (ok. 42 litry u pacjenta ważącego 70 kg). Z doświadczenia wiemy, że tak, ale pod warunkiem, że czas dializy nie będzie zbyt krótki, a klirens dializatora – zbyt niski.



Ryc. 3. Pacjent i jego „całkowita woda ustroju” z rozpuszczonymi w niej toksynami mocznicowymi. Czy dializator rzeczywiście nie poradzi sobie z ich usunięciem? Rysunek dr. J. Lenika

W tym miejscu czas na jeszcze jeden, lekarski komentarz. Czas dializy mierzymy, klirens dializatora można wyliczyć, a jak wyliczyć całkowitą wodę ustroju? Można z przybliżeniem powiedzieć, że to ok. 60% masy ciała u mężczyzn, u kobiet – ok. 55%. Ale pamiętajmy, że u masywnych i dobrze odżywionych osób to będzie nieco ponad 60%, ale u otyłych – znacznie mniej – ok. 50%. Czyli - objętość tę można oszacować, ale np. dzięki urządzeniu Body Composition Monitor i badaniu bioimpedancjometrycznemu, o którym już pisano na łamach „Dializy i Ty” – precyzyjnie wyliczyć! Dlaczego o tym warto pamiętać? Tu znów musimy się odwołać do kinetyki zmiany stężeń w modelu i przyjrzeć się jednemu, bardzo istotnemu zjawisku. Zależności pomiędzy G , K i V .

Analiza modelu jednoprzeglądowego pozwoli na jednoznaczny odpowiedź i wskaże następujące zależności:

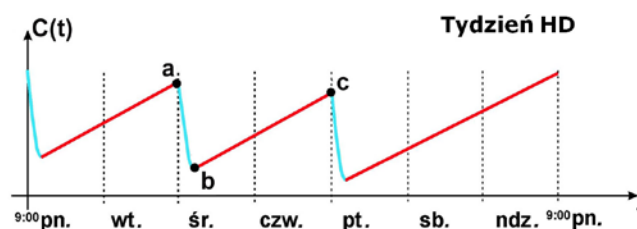
1. Jeżeli w takim samym czasie dializy usuwamy toksyny ze stałą prędkością K , to spadek stężenia będzie tym szybszy, im mniejsza jest objętość dystrybucji V
2. W okresie pomiędzy dializami w związku z tworzeniem toksyn G przy niskim lub zerowym klirensie resztkowym własnych nerek, im wyższa będzie wartość V pacjenta, tym stężenie toksyny będzie w jego organizmie narastać wolniej i będzie niższe przed kolejną dializą (duża objętość dystrybucji stanowi swoisty „bufor”).

Tak, tak! Mamy tu odwrotnie proporcjonalną zależność pomiędzy C i V przy stałej wartości G ! Na koniec przyjrzyjmy się jeszcze raz krytycznym, z perspektywy każdego dializowanego, kolejnym zależnościom wynikającym z tego modelu, zadawszy sobie podstawowe pytanie: - Od czego więc zależy stężenie mocznika po dializie? Już pamiętamy, że od 1) czasu dializy (wprost proporcjonalnie; im czas dłuższy – tym stężenie niższe), 2) klirensu dializatora (wprost proporcjonalnie; im klirens wyższy tym stężenie niższe), 3) od objętości dystrybucji (odwrotnie proporcjonalnie; im objętość dystrybucji większa, tym spadek stężenia wolniejszy i na odwrót). Pozostają jeszcze 4) tworzenie mocznika (podwyższa stężenie) i 5) klirens resztkowy własnych nerek pacjenta (obniża stężenie) – ale ich wpływ w czasie 4 godzin dializy w cyklu dwudobowym (48 godzinny) jest niewielki i może być pomijany tak samo, jak w uproszczonych modelach pomijany jest ubytek masy ciała w czasie dializy i przybór masy

w czasie pomiędzy dializami. Choć prawdę powiedziawszy stosowane w klinicznej praktyce na co dzień modele jednoprzędziałowe uwzględniają te zmiany.

Na ryc. 4 przedstawiliśmy na wykresie zmiany stężenia mocznika, opisanym modelem jednoprzędziałowym, w trakcie typowego tygodnia pacjenta hemodializowanego. Warto zwrócić uwagę, że prawidłowy cykl tygodniowy powinien kończyć się tym samym stężeniem, jakim się rozpoczął. Ponieważ trzeci odcinek międzydializacyjny jest o jedną dobę dłuższy (piątek-poniedziałek albo sobota-wtorek), to żeby spełnić ten warunek - stężenia w chwilach początków kolejnych zabiegów muszą się stopniowo zmniejszać.

To tyle na dziś o modelu jednoprzędziałowym. Nasz kolejny artykuł poświęcimy modelowi dwuprzędziałowemu i powiemy o wielu korzystnych i niekorzystnych przemyśleniach wynikających z jego stosowania.



Rys. 4. Przykładowy przebieg zmian stężenia mocznika w tygodniu stosowania hemodializy w typowym schemacie trzech zabiegów na tydzień. Niebieska linia pokazuje zmiany zachodzące w trakcie zabiegu, czerwona – między zabiegami. Wyróżnione punkty, to: a) początek drugiej dializy, b) koniec drugiej dializy, c) koniec drugiego odcinka czasu międzydializacyjnego, a jednocześnie początek trzeciej dializy.

List do Taty

Jakub Pietrzyk

Ibsen Polska

Hej, Tato,

Ty znowu siedzisz nad kolejnym tekstem do "Dializy i Ty"? Przeczytałem wasz artykuł o modelowaniu, którego kopię mi przesłałeś i jako inżynier nie mający nic wspólnego z dializą nie ukrywam, że bardzo mi się spodobał. Już wiem, dlaczego przez lata tłumaczyłeś lekarzom, pielęgniarkom i pacjentom, a nie ukrywam, że i mnie też przy okazji pisanie mojej pracy magisterskiej, ty – lekarz, mnie – przyszłemu inżynierowi, dlaczego tak ważną rzeczą jest zrozumienie problemu i narzucenie pewnego sposobu myślenia. Często uproszczonego (model), „ramy”, na której można zawiesić dowolną ilość szczegółowych zagadnień. To pozwala na zjednanie sobie wielu osób, które – jeśli już problem rozumieją – nagle patrzą na niego inaczej. Dlaczego? Bo wielu z nich rozumiało zasady! To właśnie modelowanie ułatwia nam zrozumienie zasad. A że potem wielu radykalnie zmienia swoje postępowanie – to już inna sprawa! Wiem z twoich opowiadań, że modelowanie dializoterapii pozwalało ci na podejmowanie właściwych decyzji lekarskich. Korzystali pacjenci, ich rodzice, was cieszyły sukcesy w postaci dobrego stanu zdrowia dializowanych dzieci.

Czekając na zimę wspominam ubiegłoroczny pobyt w Krynicy Zdroju, gdzie realizowałem projekt dla jednej z firm motoryzacyjnych. W ramach promowania marki jeździliśmy samochodami 4x4 zaprzyjaźniając ludzi z samą marką i jej topowym produktem, kolorowymi

samochodami o ponadprzeciętnych możliwościach jazdy w terenie. Każdy sposób, żeby zatrzymać potencjalnych klientów przy naszych samochodach i porozmawiać trochę o motoryzacji był dobry. Od naszego znajomego miejscowego sklepikarza, który oprócz oscypków handlował czym popadnie, pożyczyłem łyżkę do robienia śnieżynki – czadowy i prosty gadżet, dzięki któremu można ze śniegu robić kulki – i dzięki tej łyżce wybudowałem rodzinę ślicznych bałwanków. Najpierw para, potem coraz więcej, aż bałwanków pojawiło się kilkanaście, z różnymi wyrazami buziek! W komplecie bałwanki zrobiły całkiem słodki tłumek, który skupiał uwagę przechodzących!

Dzieci zwracały na nie uwagę, a rodzice robili zdjęcia bałwanków i swoich pociech. Była to doskonała okazja, by za każdym razem z nimi porozmawiać. Pierwsze podejście – Młody Człowiek bierze pierwszego z brzegu bałwanka i zrzuca go z kwietnika, na którym stała sobie cała ekipa bałwankowa. Mamusia owego jegomościa przygląda się akcji latorośli, potem rzuca spojrzenie na mnie i karci malucha, że tak się nie robi. Poszli. Słowo przepraszam nie pada...

Mija chwila, sytuacja się powtarza z innym Małym Człowiekiem. Odchodzę na moment, wracam, a połowa mojej drużyny wygląda jakby właśnie padła ofiarą hordy krwiożerczych orek lub rekinów-ludojadów. Bałwanki nie płaczą.

Zastanawiam się – skąd u małych ludzi tyle agresji? Co taki malutki, bezbronny bałwanek zrobił, że trzeba mu urwać głowę, albo strącić go z miejsca jego posadzenia? Czy leży to w naturze małego człowieka, czy w wychowaniu? Jak

to jest, że destrukcja kusi bardziej niż kreacja? Czy da się to jakoś zaszczepić w dzieciństwie, żeby inne, mniejsze stworzenia lub przedmioty lubić zamiast się nad nimi pastwić lub niszczyć? Dlaczego tak się dzieje?

Na szczęście zgodnie z zasadą, że wyjątek potwierdza regułę – podeszła Mała Dziewczynka ze swoim tatą, zobaczyła mały chórek bałwanów jaki stworzyłem z dała od głównego traktu małych, bezwzględnych dzieciaków. Dziewczynka ucieszyła się na widok radosnej ekipy i stwierdziła, że musi dobudować jeszcze jednego, swojego, który też z nimi będzie sobie śpiewał. Poprosiła o łyżkę i po kilku próbach kolejny bałwanek dołączył do swoich kolegów. W oczach dziecka dostrzegłem zachwyt. Wzruszyło mnie to bardzo, bo to znaczy, że nie wszystko jest stracone...

Przez wiele lat przez Twój oddział przewinęły się dziesiątki dializowanych dzieci. Część z nich znałem, z wieloma przyjaźniliśmy się. Czy pamiętasz, który z Twoich pacjentów kiedyś wzruszył cię tym, co zrobił?

Po chwili odszedłem na kilka minut z miejsca stacjonowania naszych samochodów i wesołego, miniaturowego chóru. Po powrocie ze smutkiem zauważyłem, że i moi



śpiewacy zniknęli! Nie mieli najmniejszych szans w starciu z rzeczywistym bytem. Szkoda!

A może sam mały bałwanek ma w sobie coś, co z góry stawia go na straconej pozycji? Musi zniknąć! Czy myślisz, że mogła być to kończąca się zima, której odejście przeczuwał?

GŁOS MENEDŻERA

Efektywnie leczyć, czy spełniać oczekiwania chorego?

dr n. farm. Teresa Dryl-Rydyńska

Przewodnicząca Komitetu Zdrowia Krajowej Izby Gospodarczej

Prezes Nefron Sekcji Nefrologicznej Izby Gospodarczej
Medycyna Polska

Współczesna nefrologia dysponuje coraz szerszym zakresem terapii, które wydłużają życie chorego ale powstaje pytanie: - Czy i w jaki sposób poprawiają one jakość życia pacjenta? Odrębnymi otwartymi kwestiami są obiektywne metody oceny jakości leczenia i jakości życia. Cele medyczne nie zawsze są równoznaczne z wysoką jakością życia chorego. Postawa samego pacjenta jest bardzo ważnym czynnikiem, który ma wpływ na ocenę skuteczności leczenia i ocenę jakości życia. Efektywność terapii zależy w bardzo dużej mierze od systematyczności leczenia, czyli od przestrzegania przez pacjentów zaleceń lekarskich i dietetycznych. Znaczna część terapii pacjenta

dializowanego odbywa się w domu i wiąże się jedynie z okresową kontrolą personelu medycznego. Pacjenci jakość życia utożsamiają ze stopniem zaspokojenia potrzeb jednostkowych, a to nie zawsze idzie w parze z realizacją zaleceń lekarskich i dietetycznych.

Zagadnienia związane z jakością leczenia, jakością życia pacjentów i ich związkiem z organizacją opieki zdrowotnej nad chorymi z niewydolnością nerek stanowiły tematykę sesji zatytułowanej „Jakość opieki nefrologicznej w Polsce – stare i nowe wyzwania”, która odbyła się podczas XIII Krakowskich Dializoterapii. Potrzeby zdrowotne polskich pacjentów dializowanych na podstawie danych własnych pochodzących z rejestru obejmującego 30% populacji przedstawił dr n. med. Mirosław Krocak – Dyrektor Medyczny Fresenius Nephrocare Polska. Wynika z nich jednoznacznie, że stacje dializ leczą coraz starszych pacjentów, z rosnącą liczbą chorób współtowarzyszących: cukrzycą, nadciśnieniem, chorobami serca, uogólnioną



miążdżącą. Potrzeby zdrowotne polskiej populacji chorych z niewydolnością nerek stawiają nowe wyzwania przed świadczeniodawcami, Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia. Dr hab. n. med. Mariusz Kusztal z Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu i dr Jakub Turek z Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Pododdziałem Chirurgii Metabolicznej, Pododdziałem Chirurgii Endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Ośrodka Badawczo-Rozwojowego we Wrocławiu wskazali na konieczność wprowadzenia zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej nad pacjentami dializowanymi. Szczególnie ważnym elementem, wymagającym pilnej zmiany, są zagadnienia związane z wykonaniem dostępu naczyniowego i stała opieka nad nim. Autorzy, zarówno nefrolog, jak i chirurg naczyniowy podkreślali, że jakość dostępu naczyniowego warunkuje zarówno tak efektywność zabiegu dializy jak i jakość życia pacjentów.

Wiek pacjenta, współchorobowość, ogólny stan zdrowia, a zwłaszcza stan naczyń krwionośnych warunkują możliwość skorzystania przez chorego z zabiegu przeszczepienia nerki. Dr n. med. Dorota Lewandowska, Kierownik krajowej listy oczekujących na przeszczepienie z Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant” przedstawiła aktualne zasady kwalifikacji pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek do transplantacji. Przeszczepienie nerki jest metodą leczenia, która niewątpliwie zapewnia pacjentowi najwyższą jakość życia, ale pod warunkiem, że chory systematycznie realizuje zalecenia terapeutyczne. Niestety, wielu pacjentów realizuje te zalecenia niezadawalająco, co nie pozwala im osiągnąć pełnych korzyści z leczenia lub wręcz skutkuje niepowodzeniem terapii.

Prof. dr. hab. Przemysław Kardas z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi poświęcił temu zagadnieniu swoje

wystąpienie pt. „Przestrzeganie zaleceń przez pacjentów i efektywność leczenia”. Pan Profesor jest wybitnym autorytetem w dziedzinie badań i projektów związanych z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych przez pacjentów.

Zagadnienie przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów jest nierozdzielnie związane z oceną jakości i efektywności leczenia chorych na przewlekłą niewydolność nerek. Definiowanie jakości w opiece nefrologicznej, podobnie jak całej opiece zdrowotnej, jest trudne i wiąże się to ze specyfiką tej działalności, jej społecznym charakterem, oddzieleniem funkcji usługobiorcy i płatnika, odbiorem usług (leczenia), które są wymuszone chorobą oraz z trudnościami w ocenie skuteczności realizowanych świadczeń. Kryteria oceny jakości powinny uwzględniać różne punkty widzenia, ale cel wydaje się być wspólny dla wszystkich, którzy uczestniczą w procesie terapeutycznym. Ten cel leczenia w przewlekłej chorobie nerek można zdefiniować jako dążenie do osiągnięcia niskiej aktywności choroby poprzez minimalizację jej skutków - kontrolę objawów choroby, zapobieganie towarzyszącym zmianom narządowym, normalizację sprawności chorego i jego uczestnictwo w życiu społecznym.

Na pierwszym miejscu na liście priorytetów w ocenie jakości znajduje się pacjent i jego subiektywne odczucia. Dla nefrologów wysoka jakość kojarzy się przede wszystkim z rzetelnym realizowaniem powierzonych zadań, to usługa wykonana zgodnie z aktualną, profesjonalną wiedzą. Bardzo ważnym aspektem definiującym jakość są wskaźniki kliniczne określające stan chorego i jego rokowanie. Dla zarządzających oddziałami i poradniami nefrologicznymi oraz stacjami dializ – jakość to także zgodność z wymogami płatnika, jakość techniczna i końcowy wynik zarządzania. Wysoką jakość opieki zdrowotnej osiąga się dzięki zrozumieniu i spełnieniu potrzeb chorego. Chory jest podmiotem wspólnego zaangażowania świadczeniodawców (podmiot leczniczy) i płatnika (NFZ) w proces leczenia. Niestety, w tym miejscu pojawia się istotna luka w sferze oceny jakości, która wynika z braku komunikacji i zrozumienia potrzeb na linii pacjent – płatnik. Ten brak komunikacji pociąga za sobą poważne skutki w postaci braku powiązania pomiędzy potrzebami usługobiorcy (pacjent) a możliwościami usługodawcy (świadczeniodawca), która wynika z uwarunkowań prawnych, finansowych i organizacyjnych określonych przez płatnika (NFZ). Oczywiście należy uwzględnić także ograniczenia w sferze działań płatnika, które wynikają z jednej strony z coraz większej presji demograficznej (starzenie się społeczeństwa), epidemiologicznej (wzrastająca liczba chorych przewlekłe), a z drugiej strony ograniczonych środków finansowych. W tym miejscu należy odpowiedzieć na pytanie retoryczne postawione w tytule. Odpowiedź na nie brzmi: Efektywnie leczyć i spełniać oczekiwania chorego w zakresie jego jakości

życia. Czy to jest możliwe? Osobiście jestem głęboko przekonana, że należy podjąć prace badawcze, których celem byłoby zdefiniowanie sposobów monitorowania jakości w nefrologii. W przyszłości wyniki tych prac mogłyby posłużyć jako punkt wyjścia do dyskusji na temat opieki nefrologicznej opartej na wartości. Grono uczestników projektu powinno być zróżnicowane i szerokie. Niezwykle ważny byłby udział przedstawicieli organizatorów opieki zdrowotnej, tj. Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w osobie Konsultanta Krajowego. Niezbędnego wsparcia naukowego mogliby udzielić członkowie Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Należy uwzględnić głos pacjentów i reprezentujących ich interesy stowarzyszeń oraz punkt widzenia świadczeniodawców, a także zrzeszających ich organizacji. „Nie możemy zmienić kierunku z którego wieje wiatr, ale zawsze możemy dostosować nasz żagiel, aby osiągnąć nasz cel” (Jimmy Dean). Nasz wspólny cel, to efektywnie leczyć i spełniać oczekiwania chorego w zakresie jego jakości życia!



Dializa w domu? Jestem na TAK!

dr Tomasz Prystacki

Prezes Zarządu Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o.

Krakowskie Dni Dializoterapii zawsze są okazją do wymiany poglądów w gronie profesjonalistów. Myślą przewodnią tych wyjątkowych spotkań jest postęp w leczeniu chorób nerek, który prowadzi do poprawy jakości życia pacjentów. Tak było i w tym roku podczas XIII Krakowskich Dni Dializoterapii.

Wśród prowadzonych dyskusji coraz więcej mówiło się o dializie domowej, przede wszystkim w odniesieniu do dializy otrzewnowej. Należy jednak pamiętać, że w Europie i na świecie pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek mają możliwość korzystania także z domowej hemodializy. Możliwość dializowania w domu chorego ma ogromne znaczenie dla poprawy jego jakości życia. Dlaczego? Odpowiedź wydaje się dość oczywista, ponieważ leczenie w domu daje pacjentom więcej niezależności, płynności i elastyczności terapii, a pacjenci zgłaszają mniejsze zmęczenie oraz lepsze samopoczucie. Dializa domowa może być prowadzona w godzinach nocnych, tak więc chory ma możliwość zachowania swojego życia społecznego i zawodowego.

Miałem zaszczyt uczestniczyć w sesji pod przewodnictwem pana profesora Ryszarda Gellerta – konsultanta krajowego ds. nefrologii poświęconej „Przyszłości opieki nefrologicznej”. Znalazło się w tej sesji wystąpienie pioniera i międzynarodowego autorytetu w dziedzinie dializy domowej, pana profesora Zbysława Twardowskiego, który przedstawił historię i zalety tej metody leczenia.

Hemodializa domowa ma długą historię i zaczęła się w Stanach Zjednoczonych, a pierwszą pacjentką leczoną tą metodą była 16-letnia uczennica Caroline Helm. Profesor Twardowski szczegółowo omówił kamienie milowe w badaniach nad rozwojem hemodializy domowej i przekonująco uzasadnił, dlaczego jest zwolennikiem dializy domowej. Dr Michaela Sagowa z Pragi podzieliła się doświadczeniami naszych sąsiadów zza południowej granicy w leczeniu metodą hemodializy domowej. W moim własnym wystąpieniu zatytułowanym „Dlaczego dializa domowa?” przedstawiłem aktualny stan hemodializy domowej (HHD, z angielskiego *home hemodialysis*) na świecie, korzyści płynące z zastosowania tej metody leczenia zarówno dla pacjentów jak i systemu opieki zdrowotnej oraz społeczeństwa. Hemodializa domowa wykorzystywana jest obecnie przez 12% światowej populacji dializowanych.

Niestety, HHD nie jest metodą leczenia nerkozastępczego dostępną dla polskich pacjentów. W prezentacji przedstawiłem wyzwania i bariery, które należy pokonać działając w realiach naszego krajowego systemu ochrony zdrowia, aby ten rodzaj terapii zaczął funkcjonować w niedalekiej przyszłości także i u nas. Te wyzwania i bariery są różne. Inaczej są widziane z perspektywy pacjentów, a inaczej postrzegają je organizatorzy opieki zdrowotnej (Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz personel medyczny. Z punktu widzenia pacjenta obawy wiążą się przede wszystkim z samodzielnym włączeniem się do dostępu naczyniowego, wymaganiami dotyczącymi dostosowania miejsca zamieszkania do prowadzenia HHD

(np. instalacji systemu uzdatniania wody), dopasowaniem go do potrzeb logistycznych (transport, dostawa i magazynowanie wyrobów medycznych jednorazowego użytku), gospodarowania odpadami medycznymi oraz niższym poziomem poczucia bezpieczeństwa z powodu braku osobistego nadzoru personelu medycznego nad przebiegiem terapii prowadzonej w domu.

Odnosząc się do lokalnych wyzwań i istniejących barier utrudniających prowadzenie domowej hemodializy poniżej pozwolę sobie przedstawić rozwiązania funkcjonujące na świecie.

Zapotrzebowanie na HHD jest największe w krajach, w których z powodów geograficznych jest utrudniony dostęp do stacji dializ z powodu dużych odległości, jakie pacjent musi pokonać, aby dotrzeć do stacji dializ np. w Kanadzie, Australii lub USA. W Europie, gdzie sieć stacji dializ jest dość gęsta, pacjenci wybierają leczenie w domu kierując się głównie potrzebą aktywnego realizowania swoich ról społecznych. HHD jest coraz powszechniejsza w Europie, jej dynamiczny rozwój można zaobserwować zwłaszcza w Holandii i Wielkiej Brytanii, a także za naszą południową granicą - w Czechach.

W krajach, w których dostępna jest hemodializa domowa refundacja za zabiegi prowadzone w domu jest niższa niż za zabiegi prowadzone stacjonarnie w ośrodkach dializ. Różnica ta wynika głównie z niższych kosztów infrastruktury technicznej (budynki i sprzęt, systemy informatyczne) oraz kosztów personelu. Stosunek kosztów do korzyści HHD w stosunku do HD w stacji dializ jest cały czas analizowany przez lokalne agencje ds. oceny technologii medycznych. A u nas? Aktualnie obowiązujące regulacje prawne praktycznie uniemożliwiają prowadzenie zabiegów hemodializy w domu. Co trzeba zrobić, aby to zmienić? Wprowadzić nowe przepisy prawa czyli przejść dość długi i skomplikowany proces obejmujący przygotowanie opisu procedury domowej hemodializy i sposobu kwalifikacji pacjentów do tego typu zabiegów, złożenie wniosku do Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji celem uzyskania oceny przydatności klinicznej tej metody, wycenę metody i jej skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia.

Następnie Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia wprowadza nowe świadczenie (HHD) do koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W dalszej kolejności płaćnik – Narodowy Fundusz Zdrowia - zarządzeniem Prezesa określa zasady przyznawania umów umożliwiających wykonywanie

hemodializy w domu pacjenta.

Na podstawie doświadczeń w krajach, w których funkcjonuje domowa hemodializa można stwierdzić, że zabieg ten przekłada się na dobre efekty kliniczne. Istnieje kilka odmian zabiegów hemodializy wykonywanej w domu, między innymi terapia konwencjonalna (3 razy w tygodniu przez 4 godziny), krótka dzienna i długa nocna HHD. W tej pierwszej odmianie obserwowano lepszą kontrolę ciśnienia krwi i niższe ryzyko śmierci, a w drugim przypadku wyniki leczenia podobne są do przeszczepu nerki. Skuteczniejsze usuwanie toksyn mocznicowych i fosforanów oraz lepsza kontrola objętości wody ustrojowej i objętości krążącej krwi skutkuje zmniejszeniem przerostu lewej komory serca. Niezależnie od zastosowanej opcji leczenia HHD obserwowano poprawę jakości życia pacjentów. Jak już wspomniałem wcześniej, ta wyższa jakość życia wynika przede wszystkim z możliwości realizacji przez chorego jego funkcji społecznych. Pacjent dializujący się w domu może pracować, uczyć się i utrzymywać relacje społeczne, ponieważ dopasowuje godziny zabiegu do swoich aktualnych potrzeb, nie traci czasu na dojazd do ośrodka dializ. Hemodializa domowa daje choremu poczucie niezależności, bo dopasowuje godziny zabiegu do swojego harmonogramu zajęć i stylu życia. Pacjenci prowadzący zabiegi hemodializy w domu podkreślali także inne jej zalety, takie jak uczucie mniejszego zmęczenia i bardziej elastyczną dietę.

W Polsce lekarze i pielęgniarki nie mają możliwości prowadzenia własnych obserwacji korzyści klinicznych dla chorego, jakie mogłaby przynosić hemodializa prowadzona w domu pacjenta. Personel medyczny wymaga odpowiedniego przeszkolenia, aby zdobyć wiedzę i umiejętności konieczne przy dializowaniu pacjenta w domu. Nie każdy pacjent jest dobrym kandydatem do samodzielnego leczenia się w domu. Na pewno powinien być to pacjent, który chce aktywnie uczestniczyć w swoim



leczeniu i brać odpowiedzialność za swoje zdrowie. Lekarz powinien więc prawidłowo rozpoznać cechy osobowości pacjenta, warunkujące powodzenie terapii prowadzonej w domu. Dalej, dobrać taką opcję HHD, która dostosowana będzie nie tylko do potrzeb zdrowotnych pacjenta, ale także do jego stylu życia. Kolejnym wyzwaniem, jakie stanie przed kadrą medyczną zaangażowaną w prowadzenie HHD będzie umiejętność zdalnego (na odległość) kierowania pacjentem i zarządzania jego potrzebami zdrowotnymi. Wiele rozwiązań w tym zakresie przynosi obecnie rozwój technologii cyfrowej, co wydaje się być mocnym argumentem za coraz szerszym przenoszeniem ciężaru leczenia chorób, zwłaszcza tych przewlekłych, ze szpitala do domu.

Współczesna medycyna jest oparta na dowodach naukowych i obserwacjach wynikających z praktyki klinicznej oraz danych dostarczanych przez rejestry medyczne. Bazując na doświadczeniach innych krajów,

w których wykazano korzyści jakie może przynieść wprowadzenie domowej hemodializy - warto podjąć wyzwanie i rozpocząć prace pilotażowe nad wdrożeniem HHD jako opcji terapeutycznej dla osób chorych na schyłkową niewydolność nerek. Tu pozwolę sobie na osobistą refleksję. Od wielu lat pracując w Firmie Fresenius Medical Care Polska mam częsty kontakt z chorymi dializowanymi i wiem, jak bardzo oczekują oni indywidualnego podejścia do ich leczenia. Staramy się zaoferować pacjentom leczonym w naszych poradniach nefrologicznych, stacjach hemodializ i ośrodkach dializ otrzewnowych oraz w szpitalnych oddziałach nefrologicznych najbardziej dostosowaną do ich potrzeb życiowych i zdrowotnych opcję terapii. Mamy nadzieję, że z czasem będziemy mogli pewnej grupie pacjentów zaproponować leczenie hemodializami w domu. Dlaczego, zapytacie Państwo? Odpowiedź jest prosta: - Dlatego, bo NIE MA TO JAK W DOMU!

PIELĘGNIARKA RADZI

Pacjent niech brzmi dumnie!

mgr piel. Katarzyna Kalista

Fresenius Medical Care Polska S.A.
Zabrze

Czas wyjątkowy. Czas uroczysty.

Czas ekscytujący. Wrzesień 2018 roku. XIII Krakowskie Dni Dializoterapii. Po raz pierwszy imienia Profesora Olgierda Smoleńskiego. Wyjątkowego Człowieka. Przyjaciela Wszystkich!

Tegoroczne spotkanie w Krakowie uważam za wyjątkowe z kilku względów. Program był bardzo ciekawy, różnorodny i bogaty. Odwiedzili nas goście z Polski i z Europy.

Tematem przewodnim dla mnie był PACJENT. Wiele spotkań, prezentacji i dyskusji dotyczyło problemów naszych pacjentów. Do najważniejszych należały te, które wymieniam jako ciąg pytań: - Co jest dla pacjenta ważne, czy oczekiwania pacjenta, świadczeniodawcy i płatnika są podobne, czy przestrzeganie zaleceń ma wpływ na efektywność leczenia, czy dializa domowa jest dobrą dla pacjenta opcją terapeutyczną, jak pracować z trudnym pacjentem, jaka jest wiedza personelu medycznego na temat potrzeb i ograniczeń swoich pacjentów, o co pytają pacjenci dializowani, co powinniśmy wiedzieć, aby pacjenta zachęcić i spowodować jego zaangażowanie

i świadomy wybór metody leczenia oraz jakie formy wsparcia są dostępne dla pacjentów?

W Krakowie spotkało się liczne grono osób, dla których pacjent i jakość jego życia są bardzo ważne. Osoby te próbowały pokazać nam, co tak naprawdę jest istotne dla pacjenta? Jak bardzo pacjent nie lubi być ograniczany i zależny od macierzystego ośrodka dializ, od przyjmowania leków. Jak ważna dla pacjenta jest jakość życia, a nie tylko możliwość leczenia się? Pokazano, że warto współpracować na wszystkich szczeblach. Zarówno na linii pacjent – personel, ale także pacjent-personel – zespół terapeutyczny. Silnym wsparciem tego układu są Konsultant Krajowy i jego zespół oraz Polskie Towarzystwo Nefrologiczne, Nefron/Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska oraz OSOD – Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych. Trzeba współpracować, aby podnosić jakość opieki nad pacjentem i jakość życia każdego pacjenta – rozpatrywane w kategoriach dobrostanu psychologiczno-fizycznego, stanu duchowego i cierpienia związanego z chorobą, jak również z pozycją i rolą pacjenta w społeczeństwie i rodzinie. Każdy pacjent jest inny – wyjątkowy. Do każdego należy podejść indywidualnie.

Coraz więcej mówi się o dializie domowej. Dializa otrzewnowa jest znaną metodą leczenia w domu, ale moim zdaniem powinna być stosowana u jeszcze większej liczby pacjentów. Coraz częściej mówi się o hemodializie domowej. Jak każda nowa dziedzina napotyka ona jeszcze na bariery i niedogodności, ale przecież pacjent zasługuje na najlepszą możliwą opcję terapeutyczną. Domowe

metody dializy mają ogromne znaczenie dla jakości życia naszych pacjentów. Dają pacjentom więcej niezależności, stwarzają płynności i elastyczności leczenia, nie wymagają tak restrykcyjnej diety, pomagają utrzymywać relacje społeczne. Pacjenci zgłaszają mniejsze zmęczenie oraz lepsze samopoczucie. Nasi pacjenci będą mogli aktywnie uczestniczyć w swoim leczeniu i brać odpowiedzialność za swoje zdrowie. A przecież to bardzo ważny aspekt terapii, doceniany przez naszych pacjentów.

Odbyła się również sesja pielęgniarska. Dzięki pomysłowości i wsparciu pani profesor Moniki Lichodziejewskiej-Niemierko szczególnym gościem naszej sesji była pani profesor Zofia Wańkowicz. Dla mnie - osoba wyjątkowa! To ona zaszczerpiła we mnie miłość do dializy otrzewnowej. Miałam wraz z koleżankami zaszczyt uczestniczyć w tej sesji. Prezentowałyśmy nasze wieloletnie doświadczenia w pracy z pacjentami. Rozmawialiśmy o tym, jak jest ważne poczucie bezpieczeństwa pacjentów, jakich pytań się boją lub wstydzą zadawać, jakie znaczenie ma edukacja i przestrzeganie przez nich zaleceń terapeutycznych, wreszcie - jak zmienia się życie pacjentów i ich rodzin i jak ważne jest wsparcie z naszej strony?

W tym roku miałyśmy z koleżankami – jako zespół dializy otrzewnowej firmy Fresenius w składzie: Marta Booss, Beata Misior, Izabela Popławska-Krawiec oraz ja – możliwość prowadzenia warsztatów dotyczących dializy otrzewnowej. Staraliśmy się pokazać, jak ważna jest edukacja pacjenta i w jaki sposób się ją przeprowadza. Jak zapewnić pacjentów, że w swoim leczeniu nie są sami, że mogą liczyć na nasze wsparcie. Ważne, aby wszystko co czynimy było profesjonalne, zrozumiałe, a sposób i metoda leczenia dopasowane na miarę możliwości do potrzeb i oczekiwań. Pokazałyśmy systemy dializy otrzewnowej firmy Fresenius skupiając się szczególnie na płynach Balance - biogodnych płynach do prowadzenia wymian ręcznych CADO oraz dializy nocnej automatycznej ADO oraz na aparatach do ADO – Sleep.safe oraz Sleep.safe Harmony. W trosce o pacjentów nasze aparaty posiadają system umożliwiający analizowanie zabiegów i dopasowywanie programów zabiegów dla każdego pacjenta indywidualnie. Aparat ma kartę pacjenta, na której możemy zapisać kilka schematów zabiegu po to, by pacjent mógł dostosować terapię do swojego rytmu dnia oraz na której zapisują się automatycznie wyniki dializ wykonanych przez pacjenta w domu. Personel może w każdej chwili odczytać dane zabiegów w celu analizy i modyfikacji terapii. Archiwizacja danych zabiegów i pacjentów na karcie daje duże poczucie bezpieczeństwa. Ich dane osobowe i dane o leczeniu nie są przesyłane on line, dzięki czemu nigdy nie trafiają do internetu.

W konferencji brali udział także pacjenci. Miałam możliwość uczestniczyć w spotkaniu, w którym swoją historię opowiadały w bardzo wzruszający sposób „siostry” z pierwszego w Polsce łańcuchowego przeszczepienia nerki. Brało w nim udział 9 osób: Krystian – syn, który nie

mógł oddać nerki swojej mamie Danusi, Jola – siostra, która nie mogła oddać nerki swojemu bratu Jackowi i Anzelm – mąż, który nie mógł oddać nerki swojej żonie Elżbiecie. Tylko poznanie i połączenie tych trzech par umożliwiło cudowne i dające nadzieję łańcuchowe przeszczepienie nerek każdemu z trójki potrzebujących.

W trakcie trwania Krakowskich Dni Dializoterapii odbyło się też spotkanie przedstawicieli OSOD z pacjentami i personelem medycznym. Było ono bardzo ciekawe, bowiem pokazało nam oraz pacjentom jak ważna i potrzebna jest współpraca i współdziałanie. Ile spraw jesteśmy w stanie załatwić i ilu osobom możemy dać wsparcie jeśli gramy w jednej drużynie i działamy zespołowo!

Cieszę się, że mogłam w aktywny sposób brać udział w tych spotkaniach, wymieniać doświadczenia oraz oddać się refleksji nad MOIMI PACJENTAMI. Pokazać im, że myślimy o nich i staramy się ich wspierać, ułatwiać im życie z przewlekłą chorobą. Nie mamy daru, aby wyleczyć ich chorobę, ale możemy sprawić, by w miarę normalnie mogli żyć i funkcjonować.

Pamiętajmy, tworzenie przyszłości jest warte życia. Dla ludzi. Na całym świecie. Każdego dnia.



Zawsze pozostaną w naszej pamięci



Ryszard Witek

21 listopada 2018 roku po ciężkiej chorobie odszedł Ryszard Witek, który od 1999 roku był członkiem Stowarzyszenia Dializowanych Nephros. W 2000 roku został wybrany na przewodniczącego Rady Nadzorczej, od 2004 roku pełnił funkcję Skarbnika, a od 2010 roku – Przewodniczącego Stowarzyszenia. Rysiek był zawsze

uśmiechnięty, niezwykle pracowity, życzliwy, chętny do pomocy innym. Dał się poznać jako znakomity organizator i popularyzator kampanii na rzecz przeszczepiania nerek. Jego wiedza i umiejętność rozmawiania z ludźmi pomogły wielu osobom zrozumieć, czym jest choroba nerek i dializa, jak ją zaakceptować, jak sobie poradzić w trudnych sytuacjach, jak się nie poddawać. Tematy te poruszał w licznych szkołach, za co była Mu wdzięczna młodzież i dyrekcje szkół. W 2014 roku brał udział w kampanii Drugie Życie za co otrzymał podziękowanie od Prezesa Zarządu FRESNIUS MEDICAL CARE POLSKA.

Członkowie Stowarzyszenia zawdzięczają Jemu organizację wielu imprez integracyjno-rehabilitacyjnych, na których bawił wszystkich dobrym humorem, dowcipem, który rozweselał nawet najsmutniejsze twarze.



Robert Kęder

W dniu 19 września 2018 roku w wieku 53 lat zmarł Robert Kęder, prezes zarządu Polskiej Federacji Pacjentów „Dialtransplant”, jeden z twórców serii „Operacja Życie”. Był osobą, której transplantacja dała drugie życie. Poświęcił swoje umiejętności i talent na promocję idei przeszczepiania narządów. Jest to ogromna strata nie tylko

dla rodziny i przyjaciół, ale też dla pacjentów skupionych wokół polskiej transplantologii.

Michał Dębski-Korzec
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych

NASZ CHLEB POWSZEDNI

WODA - ŹRÓDŁO ŻYCIA

mgr dietetyk Małgorzata Szczypkowska

Centrum Dializ Fresenius Nephrocare
Kraków

Czy możemy wyobrazić sobie życie bez wody? Z pewnością nie! Woda to składnik niezbędny do życia każdego organizmu. Wchodzi w skład wszystkich komórek. U dorosłego człowieka stanowi około 60% masy ciała. Jej ilość, niestety wraz z wiekiem, zmniejsza się w organizmie. Jak powszechnie wiadomo, woda w naszym ciele pełni różnorodną rolę. Między innymi:

- utrzymuje jego prawidłową temperaturę
- jest niezbędna do zachowania prawidłowej objętości i ciśnienia krwi
- oczyszcza organizm ze szkodliwych produktów przemiany materii
- jest środkiem transportu dla wielu substancji odżywczych
- warunkuje prawidłowy przebieg procesów metabolicznych

Organizm człowieka nie jest w stanie magazynować większych ilości wody, dlatego tak ważne jest stałe i regularne jej dostarczanie aby zapewnić prawidłowy przebieg procesów życiowych.

Źródłem wody w diecie są zarówno płyny, tzw. „widocz-

ne”, czyli woda, herbata, napoje, soki, zupy jak i płyny ukryte tzw. „niewidoczne”, występujące w takich produktach spożywczych, jak warzywa, owoce, produkty zbożowe. Wszyscy eksperci z dziedziny żywienia zgodnie zalecają, aby w ciągu dnia wypijać odpowiednią ilość płynów. Przekonują nas, jak ważne dla naszego zdrowia jest odpowiednie nawodnienie organizmu. Wszędzie widzimy hasła zachęcające do systematycznego picia wody. I oczywiście jest to prawda! Tak zwany bilans płynowy najlepiej obrazuje równowagę pomiędzy ilością przyjmowanych płynów a ich wydalaniem. W prawidłowych warunkach bilans powinien wynosić zero. Co oznacza, że ilość wody dostarczonej z zewnątrz



ZAWARTOŚĆ WODY W PRODUKTACH SPOŻYWCZYCH

L.p.	Produkt	Zawartość wody w %
1.	Napoje, soki, mleko, herbata	81-100
2.	Świeże owoce, warzywa liściaste i kapustne	75-95
3.	Warzywa okopowe	85-90
4.	Mięso, drób, ryby, jaja, sery	37-82
5.	Pieczywo, ciasta	6-37
6.	Suche nasiona roślin strączkowych	8-12
7.	Mąka, kasze, makarony	5-15

w postaci płynów, pokarmów stałych oraz wody powstałej w procesach metabolicznych organizmu (a to prawie 1/5 ogólnego bilansu po stronie podaży) jest taka sama jak ilość wody wydalonej z organizmu przez skórę, płuca, przewód pokarmowy, czy z moczem.

Niestety, nie wszyscy mogą pić płyny dowolnie i bez ograniczeń. Hemodializowane osoby ze schyłkową niewydolnością nerek muszą bardzo skrupulatnie zwracać

ilość wydalanego moczu na dobę + 500 ml na pokrycie strat (związanych np. z oddychaniem, poceniem, wydalaniem = ilość wypijanych płynów na dobę.

Często spotykam się z pytaniem pacjentów, co robić, gdy bardzo chce się pić, jaką wodę można pić, jaka jest polecana?.

Najlepsza woda to taka, która będzie indywidualnie dopasowana do potrzeb naszego organizmu, aktywności

BILANS PŁYNOWY

PODAŻ WODY (ml)		Zawartość wody (ml)
Napoje 1500	=	Mocz 1500
Pożywienie stałe 1000		Kał 150
Woda metaboliczna (procesy utleniania; „spalania”) 300		Pot (przez skórę) 600
		Z powietrzem wydychanym 550
RAZEM 2800		RAZEM 2800

uwagę na odpowiednie nawodnienie organizmu, aby nie doprowadzić do zaburzenia gospodarki wodnej (przewodnienia, odwodnienia). U tych osób gromadzenie się płynów pomiędzy zabiegami hemodializ widoczne jest w postaci przyrostów masy ciała. Każdy z pacjentów ma określoną tzw. „suchą wagę” (suchą masę ciała) – czyli ciężar ciała uzyskany po odwodnieniu w trakcie zabiegu hemodializy, podczas którego nie doszło do spadku ciśnienia krwi i widocznych objawów nadmiernego odwodnienia (osłabienia, kurczów kończyn dolnych). Zbyt duże przybieranie na wadze pomiędzy dializami ma poważne, niekorzystne następstwa dla układu sercowo- naczyniowego, jak również wiąże się ze złym samopoczuciem podczas jak i po zabiegu hemodializy. Ilość wypijanych płynów należy rozpatrywać bardzo indywidualnie, w zależności od zachowania resztkowej funkcji nerek (diurezy) i aktywności fizycznej. Zapotrzebowanie na płyny może być zwiększone w przypadku występowania gorączki, obfitych potów, wymiotów, biegunki, upałów. Gdy osoba hemodializowana nie oddaje moczu lub jego ilość jest niewielka - zaleca się, aby przyrosty ciała między dializami nie przekraczały 1,5 do 2 kg. Jeżeli diureza jest jednak zachowana - to najprościej u osoby dorosłej obliczyć dozwoloną objętość płynów można w następujący sposób:

fizycznej, występujących schorzeń. Warto zapoznać się z dostępnymi na naszym rynku wodami i wybrać dla siebie najbardziej odpowiednią. Aby móc dokonać prawidłowych wyborów - a przede wszystkim nie zaszkodzić sobie - poniżej przedstawione zostały podstawowe informacje dotyczące wód.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami w naszym kraju wody możemy podzielić na :

1. Woda źródłana – pochodzi z udokumentowanych zasobów wody podziemnej, pierwotnie czysta pod względem chemicznym i mikrobiologicznym, nie różniąc się właściwościami i składem mineralnym od wody przeznaczonej do picia przez ludzi.

2. Woda mineralna – pochodzi również z udokumentowanych zasobów wody podziemnej, pierwotnie czysta pod względem chemicznym i mikrobiologicznym, charakteryzująca się stabilnym składem mineralnym oraz właściwościami, które korzystnie wpływają na organizm i zdrowie.

3. Woda stołowa – jest otrzymywana po podaniu do wody źródłanej naturalnej wody mineralnej lub soli mineralnych, zawierających jeden lub więcej składników mających znaczenie fizjologiczne (np. sód, magnez, wapń, chlorki, wodorowęglany)

4. Woda lecznicza – to pierwotnie czysta, nieuzdatniona woda podziemna z jednego złoża, której



DIALISI MUCARIA

OFERTA PRZEDŁUŻONA
NA ROK
2019

BEZPŁATNE WAKACJE NA SYCYLII (WŁOCHY) SYCYLIA CZEKA NA CIEBIE

1

TYDZIEŃ
WAKACJI

APARTAMENT
GRATIS*

2-4

TYGODNIE
WAKACJI

APARTAMENT
+ PRZELOT GRATIS*

1-4

MIESIĘCZNY
POBYT

APARTAMENT
+ PRZELOT GRATIS
DLA CIEBIE I OSOBY
TOWARZYSZĄCEJ*

Akceptujemy Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) jako formę rozliczenia dializ.

Zadzwoń do nas i dowiedz się o
szczegóły przyjazdu na **bezpłatne wakacje!**
Sycylia czeka na Ciebie!

☎ 663 327 001 - 661 377 109

☎ 0039 0923 836 440

lub napisz do nas

booking@dialisimucaria.it

info@dialisimucaria.it

www.dialisimucaria.it/pl



Wyspecjalizowany zespół nefrologów
i pielęgniarek;

Sztuczne nerki Fresenius 5008;

Wielojęzyczny personel (język angielski, niemiecki,
hiszpański, francuski, polski, rumuński, słowacki);

Bezpłatny transport na dializy;

Podczas dializ posiłek poranny lub popołudniowy.

*Oferta jest ważna od 01/10/2018 roku do 31/12/2019 roku aż do wyczerpania miejsc. Oferta zawiera zakwaterowanie oraz, jeśli jest to przewidziane w konkretnym pakiecie, również zwrot kosztów przelotów w kwocie o maksymalnej wysokości 100 €. Zakwaterowanie dla osób towarzyszących jest płatne i wynosi: 10 €/os za dobę w styczniu, lutym, listopadzie i grudniu 2019; 20 €/os za dobę w marcu oraz kwietniu 2019; 25 €/os w maju, czerwcu i październiku 2019 oraz 30 € w lipcu i wrześniu 2019. W sierpniu kwota za zakwaterowanie dla os. towarzyszącej wynosi 40 €/os. W przypadku oferty pobytu od 1 do 4-ech miesięcy, koszt zakwaterowania dla osób towarzyszących w lipcu i wrześniu wynosi 20€/os za dobę, a w sierpniu 30€ od osoby za dobę. Dzieci do 5 roku życia gratis. Ceny te nie zawierają żadnych dodatkowych usług, o ile nie są one wyszczególnione w ofercie.

Stacje Dializ Dott. Mucaria

Viale Europa 23 - 91019 - Valderice (TP WŁOCHY) - Tel. +39 0923 836440 - fax +39 0923 83333

Corso Generale Medici 148 - 91011 - Alcamo (TP WŁOCHY) - Tel. +39 0924 502366

ZAAWANSOWANA KONTROLA KRWAWIENIA

OPATRUNEK TAMUJĄCY ŚREDNIE
I OBFITE KRWAWIENIA TĘTNICZE I ŻYŁNE

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

Rozwiązaniem jest opatrunek **WOUNDCLOT**, który:

- zmniejsza czas krwawienia po wyjęciu igły,
- nie wymaga mocnego uciskania,
- eliminuje uszkodzenie naczyń,
- powoduje utworzenie biologicznego skrzepu (krwawienie nie powraca).

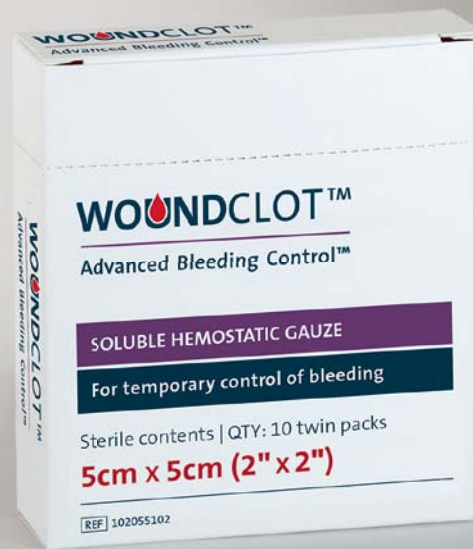
Dystrybutor produktu:

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



WOUNDCLOT™ Hemodialysis

Advanced Bleeding Control™



CE 0483

Nr artykułu: 38060102



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

skład chemiczny oraz właściwości fizyczne warunkują określone działanie lecznicze, potwierdzone wynikami badań farmakologicznych i klinicznych.

Podział wód mineralnych z kolei związany jest ze stopniem ich zmineralizowania, czyli zawartości jonów w mg/l.

- wysoko zmineralizowane powyżej 1500 mg/l
- średnio zmineralizowane od 500 do 1500 mg/l
- nisko zmineralizowane od 50 do 500 mg/l
- bardzo nisko zmineralizowane nie więcej niż 50 mg/l

Wszystkie osoby, tak chorzy jak i zdrowi, powinny wyrobić w sobie nawyk czytania etykietek umieszczonych na butelkach z wodą. Zdaję sobie sprawę, że wód mineralnych na naszym rynku jest mnóstwo. Często nie wiadomo, po którą sięgnąć, a dodatkowo odczytanie małych literek na etykiecie może przysporzyć sporo problemów. Jednak to, jaką wodę powinna wybrać osoba hemodializowana zależy w dużej mierze od tego, czy ma zaburzenia związane z gospodarką elektrolitową, przede wszystkim z przekroczonym stężeniem potasu i sodu. W tym przypadku, patrząc na podział wód i zawartość w nich składników mineralnych już na wstępie zdyskwalifikowane są wody mineralne i lecznicze wysokozmineralizowane z dużą zawartością tych składników! Dobrym rozwiązaniem w takiej sytuacji będą wody źródlane, niskozmineralizowane.

Jeszcze muszę dodać parę słów o wodzie „smakowej”! Są często wybierane jako alternatywa względem czystych, bezzmakowych wód. Wyglądem przypominają nawet wody zwykłe – są bezbarwne. Czy jest to dobry wybór? Otóż nie! Jeżeli przyjrzymy się dokładnie co w takiej wodzie jest (ponownie zachęcam do czytania etykiet!) to znajdziemy tam między innymi duże ilości cukru, aromaty, konserwanty. Wszystkie te składniki dodane do wody zmieniają ją w napój, który nie będzie już tak dobry

i zdrowy, jak czysta i sprawdzona woda. Wody „smakowe” nie będą wskazane dla osób hemodializowanych z jeszcze z jednego, bardzo ważnego powodu. Jako napój z dużą zawartością cukru i konserwantów mogą wręcz wzmacniać u nich uczucie pragnienia niż je gasić! To z pewnością argument, który dodatkowo przemawia za odrzuceniem wód smakowych.

Przestrzeganie zaleceń związanych z przyjmowaniem płynów u pacjentów hemodializowanych może być bardzo trudne. Szczególnie dotyczy to osób, które nie mają zachowanej diurezy nie oddają moczu lub jego ilość jest mała. Poniżej przedstawiono kilka wskazówek, które - mam nadzieję - będą pomocne w przypadku, gdy pojawi się dokuczliwe pragnienie.

- Bezwzględne przestrzeganie zaleceń związanych ze spożyciem soli
- Unikanie potraw z wysoką zawartością soli, typu konserwy, wędzonki, solone orzeszki, chipsy
- Unikanie potraw bardzo słodkich i gazowanych – wzmagają pragnienie
- Płukanie jamy ustnej wodą – bez połykania
- Ssanie kostek lodu – może bardziej gasić pragnienie
- Stymulowanie produkcji śliny poprzez ssanie plasterka cytryny, żucie gumy
- Używanie małych filiżanek, szklanek, znać ich pojemność, aby oszacować ile można wypić w ciągu dnia
- Pomocna jest codzienna kontrola masy ciała (ważenie) – daje nam to informację o już wypitych płynach
- Należy pamiętać o wietrzeniu i nawilżaniu pomieszczeń, szczególnie w okresie grzewczym

Pamiętajmy, woda w nadmiarze jest jedną z najgroźniejszych toksyn mocznicowych!



Odpowiedzialna firma

Jako firma zajmująca się ochroną zdrowia, staramy się wyjść naprzeciw oczekiwaniom wszystkich interesariuszy, przede wszystkim pacjentów i lekarzy. Dostarczamy pacjentom nowoczesne rozwiązania diagnostyczne i leki, umożliwiające leczenie choroby, przedłużenie życia i poprawę jego jakości oraz łagodzące cierpienia chorych. Koncentrujemy się na chorobach nowotworowych, metabolicznych, ośrodkowego układu nerwowego, zapalnych i wirusowych. Działając zgodnie z zasadą medycyny personalizowanej, która mówi, że „każdy człowiek jest inny”, dążymy do tego, aby każdy pacjent otrzymał leczenie dopasowane do swoich potrzeb.

Odpowiedzialność społeczna

Dla Roche to miara zaangażowania firmy w problematykę zdrowia publicznego oraz szeroko rozumianej profilaktyki i promocji zdrowia. Firma wspiera liczne akcje edukacyjne mające na celu wzrost świadomości prozdrowotnej. W trosce o poprawę zdrowia Polaków, we współpracy z wieloma instytucjami i organizacjami społecznymi, współorganizuje badania przesiewowe w kierunku wykrywania poważnych chorób. Roche pracuje nad trwałą poprawą funkcjonowania opieki zdrowotnej, m.in. poprzez prowadzenie rzetelnego dialogu i długoterminowego współdziałania ze wszystkimi partnerami, mając na uwadze przede wszystkim dobro społeczne.

Roche Polska angażuje się w wiele inicjatyw społecznych mających na celu edukację oraz zwiększenie świadomości zdrowotnej Polaków.

Więcej informacji o działalności Roche Polska znajduje się na stronie www.roche.pl

„Życie poety na dializach”

Motto:

„Życie poety
Przelewa się przez próg niezrozumień
Jak Hippokrene w Styks lub Lete

twórczość poety
zakorzenia się płochliwymi rozłogami
w jałowych grządkach ignorancji
by schnąć w samotności
pozbawionej nadziei i wiary
na pogodne jutro akceptacji

życie poety
rozpływa się gorejącą lawą
w korytarze recenzji i krytyk

najważniejsze
by nie było same”

Ryszard Świętochowski

mgr piel. Dorota Ziąłkowska

NZOZ Stacja Dializ Diaverum
Włocławek

Problemy zdrowotne wynikające z choroby nerek dotknęły również pana Ryszarda, który pojawił się w Stacji Dializ Diaverum we Włocławku w czerwcu 2016 roku. Przez dłuższy czas nikt z nas nie przypuszczał, że wśród naszych pacjentów znajduje się znany włocławski poeta i działacz kultury. Dopiero w grudniu ubiegłego roku pan Ryszard obdarował personel medyczny naszego ośrodka almanachami poezji Kujawskiego Stowarzyszenia Literatów, w których znalazło się 20 jego wierszy. Należy wspomnieć, że jesienią 2018 roku Stowarzyszenie będzie obchodziło 50-lecie powstania zorganizowanego ośrodka literackiego we Włocławku. To ewenement na skalę kraju. Zazwyczaj czas działania lokalnych ugrupowań, klubów lub stowarzyszeń literackich nie trwa dłużej niż 6 do 10 lat.

Zdopingowana przez swojego szefa postanowiłam podzielić się z czytelnikami kwartalnika dla pacjentów z niewydolnością nerek „Dializa i Ty” wiedzą o pasji naszego pacjenta, którą jest poezja. Stąd, cytowany poniżej krótki z nim wywiad.

D.Z.: - Zanim porozmawiamy o poezji i poetach,



Rycina 1. Ryszard Świętochowski, autorka i dr hab. Janusz Ostrowski w czasie rozmowy

proszę opowiedzieć trochę o sobie – o swojej drodze zawodowej i twórczości

R.Ś.: - Mój życiorys jest prosty jak lot strzały. Urodziłem się w kwietniu 1942 roku w Warszawie. Przeżyłem jej ewakuację, deportację na Zakaukazie, repatriację w okolice Lidy, szczęśliwy powrót do Warszawy i dobrowolną ucieczkę w Polskę. Był to więc lot balistyczny, a nie prosty. Ukończyłem Państwowe Technikum Leśne w Rogoźniku, a następnie szkołę oficerów pożarnictwa w Warszawie. Krótko pracowałem jako podleśniczy, a następnie 30 lat w ochronie przeciwpożarowej, w tym od stycznia 1969 roku do czerwca 1975 roku jako komendant Komendy Wojewódzkiej Straży Pożarnej we Włocławku. Od kwietnia 1994 roku jestem w stanie spoczynku, na emeryturze. Kiedyś uprawiałem czynnie na poziomie powiatowym piłkę ręczną, biegi średnie i przełajowe oraz boks i pływanie. Do 2012 roku miałem uprawnienia ratownika wodnego. Później amputacja lewej nogi i ... pozostały szachy! Przez całe życie moje szczególne zainteresowania były humanistyczne i skupiały się wokół literatury pięknej, historii, geografii, ale także odkryć astronomicznych. Byłem i jestem niepoprawnym romantykiem o stabilnych cechach charakteru. Od 53 lat żonaty, mam dwie córki. Do najważniejszych z moich dotychczasowych osiągnięć zaliczam przynależność i aktywną działalność od 1976 roku we Włocławskim Klubie Literackim „Kujawy” i przewodniczenie temu Klubowi w latach 1977–1984 i 1994–1995. W latach 1996–1997 byłem członkiem Stowarzyszenia Pisarzy Kujaw i Ziemi Dobrzyńskiej, od 1998 do 2001 roku – sekretarzem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Literatów we Włocławku, którego prezesem byłem w latach 2001–2005, a w kolejnych latach 2005–2009 – prezesem Kujawskiego Stowarzyszenia Literatów. Od 2015 roku jestem jego członkiem honorowym. Poezja fascynowała mnie od dziecka, zacząłem pisać wiersze mając 8 lat. Mój dorobek to ponad 2000 wierszy nadających się do druku, z których 385 dotychczas opublikowałem. W wydawnictwach literackich wydrukowano 41 moich wierszy, a w wydawnictwach zbiorowych – 54. W almanachach Ogólnopolskiego

i Kujawskiego Stowarzyszenia Literatów opublikowano 170 wierszy.

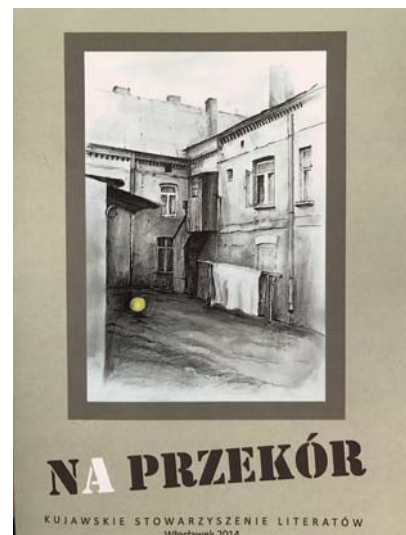
Wydałem dwa tomiki poezji zatytułowane „Z podcieni świadomości” oraz „Refleksy natury”. Pisałem słowa wstępne do almanachów i książek. Wystawiałem opinie o twórczości kandydatów do stowarzyszeń literackich, a także odbywałem spotkania autorskie na terenie byłego województwa wrocławskiego i poza Ziemią Kujawsko-Dobrzyńską.

D.Z.: - Panie Ryszardzie! Tak wiele się mówi o poezji i poetach. Co mógłby nam Pan powiedzieć o wierszach i ich autorach?

R.Ś.: - Nie każdy wiersz jest poezją, chociaż Edward Stachura wprowadził pojęcie: – Wszystko jest poezją! Definicja poezji jest nieskończenie wielka, lecz nikt i nigdy nie zdefiniuje jej do końca, bo nie można do końca zdefiniować człowieka. Poezja to poszukiwanie innych niż oczywiste znaczeń i wnętrz, które ukryte są we wszystkim. Julian Przyboś wypowiedział kiedyś znamienne słowa: – Poetą się nie jest, poetą się bywa! Poeta to artysta, który potrafi ułożyć ikebanę ze słów, zamiast kwiatów. Poeci to ludzie

bogaci wewnątrz, których bogactwo jest ukryte i tylko czasami manifestują je erupcją nagłych olśnień. Poeta to myśliwy, który poluje na płochliwe słowa, niby na szybko umykające przepiórki. Tylko czasem udaje się je spostrzec i ustrzelić, a jeszcze bardziej uwiązać w troki wiersza.

Pan Ryszard to osoba nietuzinkowa. Ze stoickim spokojem i godnością przyjął konieczność dializoterapii jak i wcześniejsze problemy zdrowotne, które w żaden sposób nie odcisnęły piętna na jego duszy artysty. A może o tym jeszcze nie wiemy?



Rycina 2. Kopia okładki wierszy „Na przekór” (2014)

JESTEŚMY NA WCZASACH

Wspomnienia pacjentów z wyjazdu na dializy wakacyjne do Dialisi Mucaria na Sycylii

Tego nie można zapomnieć



Upłynęły już 2 miesiące od naszego powrotu z Trapani na Sycylii, a ja wciąż wspominam, rozpamiętuję i tęsknię za czasem tam spędzonym, za wspaniałymi ludźmi, którzy byli pomocni, życzliwi i mili, za wspólnymi wycieczkami, lokami i ucztami ...

A było to tak: Leszek, który od października jest dializowany przyniósł ze szpitala w Zielonej Górze ulotkę reklamującą Dialisi Mucaria w Trapani. Przeczytałam i jakoś tak nie bardzo uwierzyłam, że im dłużej tym taniej, że są zwroty za bilety, że osoba towarzysząca może jechać na miesiąc za darmo itp. Sceptycznie do tego podchodziłam. Ale Sycylia kusila! Przecież to wycieczka marzeń. Nigdy tam nie byliśmy. Włochy były kiedyś obiektem moich marzeń, ale o Sycylii nawet nie śniłam! Pomyślałam, że na 2 tygodnie to się zdecydujemy, bowiem koszt w marcu to cena bile-

tów lotniczych i pobytu mojego jako osoby towarzyszącej. W sumie znośna cena.

Ułatwieniem w podjęciu decyzji była możliwość kontaktów i rozmów w języku polskim. Z propozycji telefonicznych wybrałam Pana Przemysława Grabowskiego i to był strzał w dziesiątkę. Otrzymałam wszystkie możliwe szczegółowe informacje i poszło gładziutko. Otrzymałam pakiet informacji, a mąż arkusze do wypełnienia u swojego lekarza prowadzącego. Miejsce i czas dializ w Trapani zostały zarezerwowane. Kupiliśmy bilety lotnicze z Wrocławia do Palermo i dnia 5 marca poleciliśmy. I tu się zaczęła bajka... Na lotnisku w Palermo, wspaniale położonym nad samym morzem i pod górami, czekała piękna słoneczna pogoda i samochód z kierowcą. Podobny krajobraz towarzyszył nam całe 130 km podczas jazdy. Nie mogliśmy się napatrzeć – morze, góry i bujna zieleń, mino tej pory roku. W Trapani pod rezydencją Dialisi Mucaria czekała na nas uroczą pani i skrupulatnie objaśniła plan i działanie hotelu oraz jaki jest rozkład dializ. Natomiast pani Ania od razu przez WhatsApp'a podała plan miasta z zaznaczeniem miejsc, gdzie i co znajduje się w danym punkcie, gdzie można zrobić zakupy, a także jak dojechać lub dojść do wyznaczonego celu.

Byliśmy cały czas pod wrażeniem: to jest prawda, a nie sen? Tak pięknie i wygodnie w hotelu, przepiękny widok na port i morze, wspaniali ludzie. A to był tylko początek. Cieszyliśmy się, że całe 2 tygodnie będziemy w takich luksusach w tak czarownym miejscu...

Od razu wyruszyliśmy na zwiedzanie najbliższych okolic naszej rezydencji: Enrice, Caruso. Już byliśmy pewni, że będziemy żałować, że przyjechaliliśmy na tak krótko...

Każdy kolejny dzień pobytu sprawiał radość w odkrywaniu piękna Trapani: portu, starego miasta, zatoki, Morza Śródziemnego o niesamowitym kolorze błękitu, kawiarenkę z kawą tańszą niż w Polsce... Leszek podwożony był na dializy do Valderce i po drodze też zachwycił się krajobrazem. Ile filmów nakręcił!

Nasza pierwsza wycieczka była zorganizowana przez Asię Narożniak do pięknej Marsalii i Muzeum Architektonicznego. W jej ramach było zwiedzanie miasta, wielu zabytków, ogrodów i placów między innymi Garibaldi. Pobyt w restauracji w Marsalii przy jedzonku i winie był wisienką na torcie. A potem Soliny i Muzeum Soli – niezapomniane miejsca. Nigdzie czegoś takiego nie widziałam! Tak wiele można było się dowiedzieć o soli morskiej wydobywanej dawniej i dziś. A ja jestem przecież z Soli, Nowej Soli.

Pierwszy tydzień pobytu kończył się i było nam żal, że tak szybko upłynął. Wtedy zdarzył się kolejny cud. Okazało się, że można go przedłużyć. Tak też zrobiliśmy. Pani Ania znalazła tanie bilety powrotne, załatwiła formalności, a ja dostałam zwrot wpłaconych euro za pobyt. Zostaliśmy jeszcze na 3 tygodnie. Za darmo! W takim pięknym apartamencie! Wydawaliśmy pieniądze tylko na jedzonko i przyjemności (wycieczki, restauracje, kawiarnie), zakupy pamiątek itp. Możliwości ofert wycieczek było dużo. Korzystaliśmy ze wszystkich organizowanych przez Asię! Ona tak pięknie opowiadała o tym, co warto i należy zobaczyć. Po Marsalii była kolejna wycieczka do Segesty – antycznego miasta w Parku Archeologicznym, z Akroplem, teatrem antycznym – niesamowite przeżycia! Potem piękna plaża w San Vito lo Capo i Grotte Mangiapane, w których mieści się mała wioska na skałach, zamieszkała jeszcze w XX wieku. Teraz tam znajduje się skansen.

Również sami mieliśmy możliwość organizowania sobie wycieczek, bo Asia dawała nam szczegółowe informacje o połączeniach i możliwościach dojazdu lub dojścia! Góra Erice nad Trapani i nad Valderice kusiła codziennie. Rozciągał się z niej piękny widok na Morze Śródziemne i na okoliczne miasteczka. Tego nie można zapomnieć!

Ukoronowaniem wycieczek dla nas był wyjazd z Asią do Castellamare del Golfo. Najpierw z góry widok na całe miasto, a potem z miasta widok na góry. Zatoka, jachty, parki, skwery, zagospodarowane nadbrzeże, domy i restauracje w skałach. Piękna plaża z białych, płaskich kamyczków, woda w morzu błękitniejsza od nieba i przepyszne włoskie lody wystane w cudownej kolejce. Wszyscy ludzie na Sycylii są mili i życzliwi. Mieliśmy szczęście być w Trapani w okresie Świąt Wielkanocnych. Stąd mogliśmy przeżywać Wielkopiątkową procesję z 22 figurami, ważącymi po około tony i więcej, a każda z nich niesiona była przez 18 mężczyzn. Trwało to 24 godziny. Muzyka i ten powolny przemarsz wzbudzał w nas silne emocje. O tym trzeba przeczytać w internecie, naprawdę warto!

W tym miejscu należy podkreślić jak nami wspaniale opie-

kowano się. Warto tu podkreślić wspólne kolacje w restauracjach organizowane przez Dialisi Mucaria, na których Pan doktor Filippo Mucaria był obecny i ze wszystkimi za pan brat! Serwowane były przepyszne włoskie potrawy, a zawsze na deser był tort. Trudno nie wspomnieć o wspaniałym Memoriale Salvatore Mucaria na Starym Mieście na placu Mercato del Pesce z udziałem Filippo Mucaria. Podczas tego wydarzenia można było sobie zrobić wszelkie badania.

Reasumując: nigdy w życiu nie przypuszczałam, że może mnie spotkać coś tak wspaniałego i pięknego, wzruszam się na każde wspomnienie tamtych dni. I płaczę czasem... Jedynie tylko na ośłodę pozostał mi dżem pomarańczowy, który jedyny raz w życiu zrobiłam z pomarańczy, które tam zrywałam.

Za te cudowne dni dziękuję wszystkim, którzy zawiadują Dialisi Mucaria i pomagają ludziom w chorobie. Mąż nigdy i nigdzie tak dobrze się nie czuł jak w Trapani i Valderice. Dziękuję też Panu Przemysławowi za pomoc i bezcenne wsparcie.

Janina Kifert i Leszek Wołk-Lewanowicz
Zielona Góra



O możliwości wyjazdu na Sycylię dowiedziałem się od Pani Anny Hejman, pielęgniarki ze stacji dializ w Kołobrzegu. Lekarze z tej stacji z dużą życzliwością pomogli załatwić mi wszelkie formalności związane z wyjazdem i pobytem na Sycylii. Muszę tu również podkreślić decydującą i niezwykle profesjonalną pomoc ze strony Pana Przemysława Grabowskiego. Jego determinacja, jak i niezwykle umiejętności organizacyjne spowodowały, iż wyjazd na Sycylię okazał się bezproblemowy.

Jestem bardzo zadowolony z tego, że skorzystałem z tej niezwykle atrakcyjnej propozycji spędzenia wczasów w pięknej miejscowości na Sycylii, gdyż od rozpoczęcia dializ w Polsce nie byłem na prawdziwych wakacjach, do których wcześniej byłem przyzwyczajony. Zakwaterowanie w luksusowym apartamencie z przestronną sypialnią z wygodnym łóżkiem, łazienką, salonikiem wypoczynkowym z telewizorem i kompletnie wyposażonym aneksem kuchennym, w miejscowości Trapani spełniło moje wszelkie oczekiwania.

Wszyscy pracownicy stacji dializ byli maksymalnie nastawieni na pomoc pacjentom, a przy tym kontaktowi i bardzo sympatyczni. Z dużą przyjemnością wspominam dwie kolacje integracyjne w znakomitych lokalach, a także kilka wycieczek turystycznych zorganizowanych przez Dialisi Mucaria, szczególnie na górę Erice, a także do Marsali, San

Vito Lo Capo i bajkowego wręcz Castellammare. Podsumowując, wszystko było znakomite, udało mi się połączyć leczenie z wypoczynkiem. Gorąco polecam wszystkim pacjentom dializowanym taki wyjazd na Sycylię.

Romuald Czymbor
Kołobrzeg



W miesiącu maju poleciałam na sam koniec Sycylii do miasta Trapani. Jechałam tam pełna obaw, z dala od bliskich i bez znajomości języka włoskiego. Bez problemu odebrano nas z lotniska i zawieziono do hotelu, który okazał się super. Od Pana Przemka otrzymaliśmy awaryjne numery telefonów do Pani Ani i Pani Asi, Polek pracujących w Dialisi Mucaria. Pani Ania była od spraw

organizacyjnych, a pani Asia od wycieczek, które wspominałam wspaniale. Dobrze, że mam zdjęcia, które przypominają mi te bajeczne widoki. Stacja dializ w Valderice jak u nas, panowie pielęgniarze sporo mówią po polsku. Staram się o następny wyjazd, ponieważ Sycylia jest piękna i przez miesiąc nie udało mi się wszystkiego zobaczyć. Bardzo dziękuję za wszystko i wszystkim, którzy pozwolili nam dializowanym zobaczyć więcej niż nasz Bałtyk.

Zdzisława Ciechanowicz
Wrocław



Właśnie wróciliśmy po bardzo udanym kolejnym pobycie. Było jeszcze lepiej niż w zeszłym roku ze względu na bardzo dobre warunki mieszkaniowe za-

równy w Trapani jak i w Valderice oraz wspaniałe samopoczucie męża z uwagi na klimat i opiekę. Jesteśmy zachwyceni i jeśli nic nie stanie na przeszkodzie wybieramy się na kolejny wyjazd w przyszłym roku.

DZIĘKUJEMY! I tradycyjnie uśmiechamy się i pozdrawiamy tym razem z plaży w San Vito lo Capo.

Jacek i Anna Kurzątkowscy
Warszawa

Nasz pobyt na Sycylii to bardzo miłe przedłużenie wakacji i lata. Dla mnie i mojego męża było to tym bardziej miłe przeżycie, że z powodu moich dializ nigdy nie byliśmy jeszcze za granicą. Dla nas to dodatkowy prezent, gdyż w tym roku razem z mężem obchodzimy 50-te urodziny. Sycylia jest - przepiękna, zwłaszcza widoki z góry Erice, pogoda jak na październik 24-27 stopni, prawie zawsze słońce,



a dookoła wszystko zielone i kwitnące. Najbardziej obawiałam się dializ i kłopotów językowych, ale moje obawy były bezpodstawne. Wszystko odbywało się tak jak w Polsce, nerki-FRESENIUS 5008, a personel

w większości męski bardzo serdeczny. Jeżeli nawet były jakieś kłopoty językowe to Pani Ania i Pani Joasia wszystko załatwiały od ręki. Bardzo im dziękujemy za wszelką pomoc, zorganizowanie wycieczki i kolacji. Również z transportem z lotniska do hotelu i z powrotem nie było żadnych problemów. Jeszcze raz bardzo serdecznie dziękujemy Panu Przemkowi. Wszystko było zorganizowane perfekcyjnie i działało jak w zegarku.

Jeżeli tylko zdrowie pozwoli i będzie jeszcze taka możliwość to w przyszłym roku znów wybierzemy się. Dziękujemy!

Ewa i Adam Bołdys
Mysłowice



Nazywam się Gosia Rokosz i jestem córką Leokadii i Krzysztofa Grocholskich, którzy dzięki pomocy Pana Przemka Grabowskiego mogli szczęśliwie pojechać na pierwsze

w swoim życiu wakacje.

Od czasu kiedy tato dializuje się było to poza naszym zasięgiem. Wcześniej chciałam Rodziców wysłać na Rodos, próbując załatwić tam dializy, niestety dostałam odmowę z powodu braku personelu w wybranym terminie (było to o tyle trudne, ponieważ musiałam znaleźć hotel w pobliżu stacji dializ i zsynchronizować daty). Dodam też, że stacja dializ nie spieszyła się z odpowiadaniem na maile, cały proces z zapytaniem i odpowiedzią trwał około 10 dni! Próbowaliśmy też na Kretę, ale tam stacja dializ jest prywatna i różnice między kosztami dializ, które pokrywa kasa chorych, a kwotą, którą zażyczyli sobie w ośrodku - pokrywa osoba dializująca się. Tato stracił więc nadzieję. Wtedy znalazłam ofertę Dialisi Mucaria, ale podejrzane mi się wydawało, że chory przebywa bezpłatnie we Włoszech. Szczęśliwie okazało się, że informacje są prawdziwe, a w ciągu kilku dni załatwiliśmy wyjazd! Piękne i ciepłe dwa tygodnie skończyły się szybko, a rodzice wypoczęci i opaleni chcą tam wrócić!

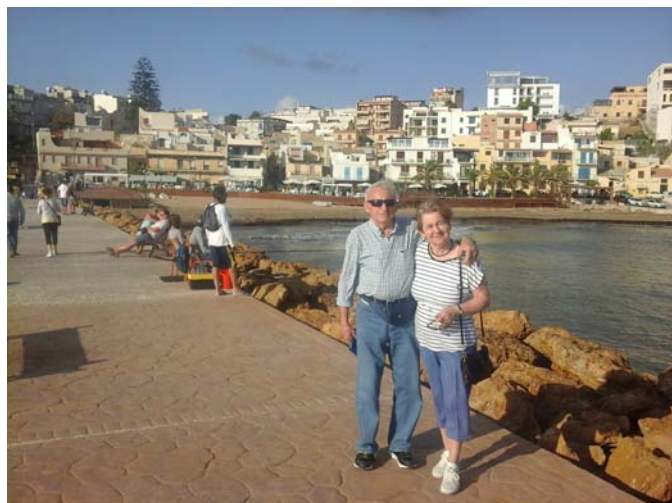
W imieniu Leokadii i Krzysztofa Grocholskich z Karlsruhe (Niemcy) córka Gosia Rokosz

Hotel świetny, nowiutki, nowoczesny z fantastycznym tarasem na dachu i kompleksem relaksacyjnym (sauną i siłownią) w świetnej lokalizacji. Stacja dializ super, nowoczesna, warunki świetne z cudowną opieką. Szef prowadzący

dializy bardzo sympatyczny oraz doskonale kolacje organizowane przez Dialisi Mucaria. Pani Joanna również bardzo sympatyczna. Rodzice bardzo zadowoleni z całości wyjazdu, bardzo mile i efektywnie spędzili czas. Mają nadzieję, że w przyszłym roku również skorzystają, jeśli będzie taka możliwość.

W imieniu Barbary i Ryszarda Epelbaum z Warszawy
córka Ewa Biegun

Uwierz, że można i warto!



Krystyna i Józef Galińscy
Gdynia

Na przełomie października i listopada 2017 roku spędziliśmy wspaniale dwa tygodnie w Trapani. Był to nasz pierwszy od 4 lat tak długi wyjazd, czyli od czasu rozpoczęcia dializ przez mojego męża. Możliwe to było dzięki "DIALISI MUCARIA" – Centrum Dializ założonego przez ojca obecnego dyrektora dr Filippo Mucaria i osoby koordynującej ten projekt oraz cały personel medyczny w Centrum Dializ w Valderice.

Troska o pacjenta, życzliwość, uśmiech – a przede wszystkim fachowość – to dewiza osób pracujących w Centrum, co odczuwało się na każdym kroku. Niezwykle wysoko oceniliśmy organizację naszego wyjazdu oraz sam pobyt, które były perfekcyjne w każdym przypadku. Czuliśmy się tam po prostu bezpiecznie i domowo. Nawet nie było problemów językowych, bowiem pani Sylwia porozumiewała się w języku polskim, a pani Rozaria – po niemiecku. Wspaniałe warunki mieszkalne – obszerny apartament hotelowy, wyposażony w kącik kuchenny – pozwalały na przyrządzanie własnych posiłków, jak w domu.

W czasie dla nas wolnym mieliśmy możliwość zwiedzić i poznać Trapani, zarówno jego część starszą jak i nowszą. Jest to spokojne, portowe miasto, leżące na zachodnim

wybrzeżu Sycylii. Słynie przede wszystkim z salin, z których pozyskuje się sól morską. W krajobraz płaskich zalewisk harmonijnie wpisują się góry soli i stylowe wiatraki. Trapani zbudowane zostało w czasach rzymskich na wąskim, wygiętym w kształcie sierpa przylądku, który wchodzi w morze na wysokości wysp Egady, u którego podstawy wyrasta góra Erice o wysokości 750 m. W starożytności Trapani było portem dla miasta Erice.

W Trapani bezwzględnie odwiedzić należy Kościół Czyścica, gdzie znajdują się figury wykorzystywane w czasie Misteri di Trapani – procesji Wielkiej Nocy oraz pospacerować ulicą Torrearsa zarówno w dzień jak i wieczorem, chłonąc specyficzną atmosferę miejsca. Ulica Via Garibaldi to jedna z głównych ulic, która stanowiła bramę do starej części miasta. Tam koniecznie trzeba się udać, aby obejrzeć kościoły i ich fasady. Można i trzeba wręcz zboczyć w wąskie, urocze uliczki i przenieść się myślami w dawne czasy. Trudno nie wspomnieć o głównej obecnie ulicy Trapani – Via G. B. Fardella, przy której znajdują się ekskluzywne sklepy. Szczególnie wieczorem obserwować można tu wzmożony ruch turystów, nie tylko zwiedzających, ale także kupujących pamiątki, a także siedzących w licznych kafejkach i restauracjach.

Ciekawe również dla nas było odwiedzenie salin w Trapani, jakże różnych w porównaniu do naszej kopalni soli w Wieliczce. Saliny, ze względu na ich wysoką wartość środowiskową, są objęte ochroną. Dużą część rezerwatu stanowią saliny prywatne, w których do dziś wykorzystuje się tradycyjne techniki produkcji soli, używane od wieków. Krajobraz salin zdobią liczne wiatraki, używane do przepompowywania wody pomiędzy zbiornikami. Dotarliśmy tam na piechotę. Z dala widoczne są hałdy soli, groble i zbiorniki, z których kolejno przepływa woda i na końcu dokonuje się krystalizacja chlorku sodu. Dostrzec można było wagoniki, którymi sól była przewożona na zbiorcze miejsce.

Pozналиśmy także specyfikę obecnego targu rybnego i bazaru, a nawet odwiedziliśmy miejscowy cmentarz w dniu 2 listopada. Jakże inne niż u nas są obyczaje w chowaniu zmarłych. We Włoszech, podobnie jak w innych krajach basenu Morza Śródziemnego, nie brakuje pogańskich tradycji nawiązujących do grecko-rzymsko-etrusko-punickich korzeni regionu. Stąd inne są włoskie zwyczaje na Wszystkich Świętych i zaduszki.

Niedaleko Trapani wznosi się góra św. Juliana, a na niej malutkie, przepiękne średniowieczne miasteczko Erice. Jego nazwa pochodzi podobno od Eryksa – półboga, syna Wenus i Bute. Góra wznosi się na ponad 750 m i często spowita jest chmurami. Erice jest popularnym kurortem górskim. W czasie upałów Sycylijczycy przyjeżdżają tam, aby zaznać trochę chłodu. Najciekawszym sposobem dotarcia do miasteczka jest 15-minutowy wyjazd kolejką z Trapani na górę św. Juliana. I tak też zrobiliśmy. Ukazało nam się cudowne, średniowieczne miasteczko z potężnymi murami obronnymi, wysłizganym brukiem kamiennych uliczek, placami, podwórkami, kamiennymi domami, które zachwyca nie tylko zabytkami, kościołami, ale też sklepikami z ręcznie malowaną ceramiką, jak też widokami na niżej położone tereny. W jednej z kafejek wypiliśmy kawę i zjedliśmy przepyszne ciasteczka genovese – tradycyjne tutejsze specjalności cukiernicze, zachwycając się nie tylko ich

smakiem, ale też dokładnością wykonania i różnorodną dekoracją. Erice to prawdziwa perełka Sycylii.

Odwiedziliśmy również urokliwe stare miasto Marsalę, do której pociągami dotarliśmy z Trapani w czasie pół godziny. Położone jest na płaskim terenie, gdzie ziemia jest bardzo wysuszona, miejscami czerwona. Dominują tutaj liczne winnice i gaje oliwne. Tu właśnie dojrzewają winogrona, z których słynie miasto, bowiem produkowane jest wino o tej samej nazwie. Marsala jest historycznie ważnym miastem, bo tu w 1860 roku wylądował Garibaldi ze swoją armią podbijając Sycylię, co doprowadziło w rezultacie do zjednoczenia Włoch. Do starszej części miasta dotarliśmy ulicą Vespi przez bramę Porta Nuova. Druga z zachowanych bram to Porta Garibaldi. Przy pierwszej bramie znajduje się piękny kościół – rotunda pod wezwaniem Matki Boskiej Bolesnej. Ciekawostką jest to, że po przebudowie i historycznych zawirowaniach był oddany do użytku dopiero w 1951 roku. Spacer starymi ulicami Marsali pozostał nam na długo w pamięci. Jak zwykle wszędzie napotyka się turystów. Bardzo interesująca jest też zabudowa nowszej części miasta, gdzie kwartały ulic ułożone są prostopadłe do głównej ulicy.

Odwiedziliśmy także Palermo – stolicę Sycylii. Jechaliśmy autobusem z Trapani około 2 godziny, podziwiając wzdłuż autostrady nieco inny krajobraz niż w okolicach Trapani. Oglądaliśmy różnorodne, parterowe zabudowania, położone jakby na równinie, a w dali lub miejscami bliżej widoczne były strome góry piaszczyste, które tylko gdzieś pokrywały kępki roślinności. Stwarzały wrażenie, że zaraz osuną się na domy położone u ich podnóży. Bliżej stolicy widoczne były liczne winnice i gaje oliwne. Palermo jest pełne sprzeczności. To gwarliwe, tętniące życiem, nieuporządkowane miasto, w którym historia miesza się z teraźniejszością. Barokowe, rozpadające się kamienice i kościoły sąsiadują z odrestaurowanymi budynkami. Zdecydowanie ciekawsza jest część starożytna. Szczególnie wieczorem miasto nabiera uroku. Tłumy obcojęzycznych turystów przechadzają się po uliczkach i zapełniają kafejki oraz restauracje, między innymi na pięknej Via Vittorio Emanuele, na którą trafiliśmy przez Bramę Nową, stano-

wiącą dawne wejście do miasta.

Uczestniczyliśmy też w wycieczce autokarowej do Mazara del Vallo, zorganizowanej przez Dialisi Mucaria dla osób dializowanych i towarzyszących. Piękne to jest miasto z częścią starożytną, z licznymi kościołami, zamkami, wąskimi uliczkami, którymi jadą auta w jednym kierunku, a turysta musi przycupnąć przy bramie domu, aby umożliwić przejazd pojazdowi.

W drodze powrotnej zatrzymaliśmy się w Selinunte – dawnej greckiej kolonii, gdzie znajduje się największy w Europie park archeologiczny, powstały na miejscu starożytnego miasta Selinus. Podziwialiśmy bulwary i ich zabudowania. Autobus z trudem przedzierał się wąskimi uliczkami, zjeżdżając lub pnąc się pod górę. Kierowca uważał, aby nie zaczepić stojących obok aut, albo czekał, aż zaparkowane auto tarasujące drogę, zjedzie i umożliwi przejazd.

Podsumowując, WARTO skorzystać z takiego dobrodziejstwa, jakim jest "DIALISI MUCARIA", wyrwać się z „uwięzienia” w swoim miejscu zamieszkania i wyjechać na wakacje do Trapani. Macie tam Państwo zapewnioną dializę i piękne słońce, nawet w październiku - a także możliwość podziwiania zabytków i obyczajów oraz poznawania historii i kultury innej niż nasza. Ponadto, można zapoznać się z różnymi włoskimi specjami, którymi nie są jedynie pizza i różnego rodzaju makarony! Kuchnia sycylijska jest przykładem łączenia wielu smaków, a jako bazę stanowią oczywiście świeże i bardzo aromatyczne warzywa uprawiane lokalnie, ale także i przede wszystkim słodkie pomidory, bakłażany, karczochy i papryka. To dzięki nim sycylijska kuchnia zawdzięcza swoją popularność i niepowtarzalny smak. Wyjazd na Sycylię pozwolił nam zwrócić uwagę na pewne rzeczy, które nas zaskoczyły. A były to nieporządek na ulicach, niesamowity gwar oraz wszechobecny tłum turystów podróżujących samolotami. Widać od razu, że dawno nie korzystaliśmy z tej formy transportu. Doświadczaliśmy też na sobie powiedzenia „świat jest mały”, które stało się prawdziwe, bowiem moja żona Krystyna jest nauczycielką i spotkała właśnie tam swojego ucznia z liceum sprzed trzydziestu paru lat. Ale było miło!

RUCH TO ZDROWIE

Wpływ wysiłku fizycznego na nerki – co zalecać, a czego zakazać?



nr 192 – profesor Kazimierz Ciechanowski

prof. dr hab. med. Kazimierz Ciechanowski

Kierownik Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych PUM w Szczecinie, maratończyk

Nie chciałbym, żebyście Państwo pomyśleli, że Was ten temat nie dotyczy... Zawsze warto wiedzieć – co doradzić innym oraz żeby mieć pewność, że ze swoim zdrowiem niczego się nie zaniedbało. W spoczynku, w ciągu 1 minuty nasze serce pompuje około 5 litrów krwi, czyli praktycznie tyle, ile jej mamy. Z tego przez nerki przepływa około

20%, czyli 1 litr na minutę. Podczas intensywnego wysiłku fizycznego – takiego „do utraty tchu” nasze serce pompuje w ciągu minuty około 25 litrów krwi, ale przez nerki przepływa wtedy tylko 1% krwi krążącej, czyli około 250 ml („ćwiartka”). Dzieje się tak dlatego, że podczas wysiłku fizycznego wytwarzamy ogromne ilości ciepła – tylko 25% zużywanej energii (kalorii) idzie na efektywną pracę mięśni, a 75% to ciepło, którego musimy się pozbyć. Gdybyśmy nie pozbywali się ciepła to temperatura naszego ciała już w ciągu 2 godzin takiego wysiłku mogłaby przekroczyć 50°C, więc zginęlibyśmy z przegrzania („ugotowanie”). Najskuteczniejszym sposobem utraty ciepła jest pocenie się i odparowywanie potu. Jeden litr potu to 600 kcal, więc możemy powiedzieć, że odchudzaniu (a jest to utrata kalorii) służy głównie ten wysiłek, przy którym pocimy się. Skoro musimy pocić się, czyli tracić wodę przez skórę, to możliwie najmniej powinniśmy tracić jej z moczem. Dlatego w wysiłku fizycznym uruchamiane są mechanizmy, które zmniejszają przepływ krwi przez nerki i ilość wydalanego moczu (traconej wody). Możecie zapytać czy jest to szkodliwe dla nerek? Nie, jeżeli jest to robione bez przesady. Człowiek ma oczy z przodu głowy a to znaczy, że ewolucyjnie jest przystosowany do poszukiwania i polowania (ze swojej biologicznej natury jest myśliwym). Nasi odlegli przodkowie, aby zdobyć żywność musieli się nachodzić i nabiegać, a przecież przetrwaliśmy i rozwinęliśmy się jako gatunek. Można powiedzieć, że powtarzane wysiłkowe zmniejszanie przepływu przez nerki jest ich bezpośrednim hartowaniem. Korzystnym hartowaniem, jeżeli będzie to robione „bez przesady”, z okresem odpoczynku i odpowiednią resuscytacją płynową, czyli przywróceniem właściwego nawodnienia. Nawet po biegu maratońskim (ponad 42 km) wszelkie „odchylenia”, jak wzrost stężenia kreatyniny, przy właściwym nawadnianiu normalizują się po 48 godzinach. Najważniejsze jest właściwe nawadnianie: 1) przed wysiłkiem, 2) w trakcie wysiłku, 3) po wysiłku. Przed wysiłkiem – jesteśmy dobrze nawodnieni jeżeli moc ma barwę słomkową (jest rozcieńczony!). W trakcie wysiłku – wody i elektrolitów tyle ile tracimy z potem oraz dodatkowo węglowodany (kalorie!), czyli około 1 l wody, 20 – 40 mmoli sodu oraz 60g glukozy na każdą godzinę wysiłku. Wysiłek do 1 godziny w temp. poniżej 20°C można realizować bez nawadniania w trakcie.

Przepis na własny ulubiony izotonik to:

1/2 litra ulubionego soku („fabrycznego”) + 1/2 litra wody + 1/2 łyżeczki soli (lub sody oczyszczonej)

Taki płyn można i należy stosować do nawadniania również po wysiłku. Wtedy, w ciągu 6 godzin należy spożyć około 150% utraconej masy. Na przykład, jeżeli ktoś po biegu waży o 2 kg mniej niż przed biegiem, to w ciągu 6 godzin po biegu powinien wypić 3 litry płynu, np. takiego jak wyżej, lub innego.

Długotrwałe wysiłki fizyczne nie są szkodliwe dla nerek, są nawet dla nich korzystne jeżeli:

- 1) jesteśmy dobrze nawodnieni i nawadniani
- 2) nie przyjmujemy leków p/bólowych (np. ibuprofenu, ketonalu itp.)
- 3) nie przesadzamy z dystansem i czasem trwania wysiłku (do 2 godzin!)
- 4) unikamy skrajnych temperatur np. poniżej – 15°C i powyżej +30°C
- 5) mamy odpowiednio dużo czasu na odpoczynek (starsi – zwłaszcza po 50 r.ż. wymagają więcej)
- 6) nie „ścigamy się” zbyt często.

Wszystko, co rekreacyjne i treningowe jest zdrowe – wyczyn nie służy zdrowiu! Białkomocz i krwinkomocz nie są p/wskazaniem do rekreacyjnego, nawet długotrwałego (do 2 godzin) wysiłku fizycznego. Postępująca niewydolność nerek znacznie ogranicza możliwości długotrwałego wysiłku fizycznego, np. biegaczom „przybywa” 20 – 40 lat, tzn. mają takie możliwości w biegach długodystansowych jakby byli o 20 – 40 lat starsi. W sportach drużynowych i w biegach krótkich aż tak dużych różnic nie ma. Najlepszym przykładem jest amerykański biegacz na 110 metrów przez płotki Aries Merritt, który zdobył brązowy medal mistrzostw świata na 3 dni przed planowym przeszczepieniem nerki (od siostry!). Po przeszczepieniu zajmuje czołowe miejsca w mityngach i był czwarty w mistrzostwach USA. Znam pana Zbyszka, który po przeszczepieniu nerki biega maraton poniżej 4 godzin, a jest w kategorii wiekowej 50+ oraz z dobrymi wynikami kończy triatlonowe „pół-ironmany”. Ma oczywiście bardzo dobrą funkcję przeszczepionej nerki.

Rozsądna codzienna aktywność fizyczna służy zdrowiu, również zdrowiu nerek! Jeżeli ktoś nie ma nerek, to taka aktywność i tak służy zdrowiu! Ruszajcie się!

Dla zdrowia przebiegam rocznie około 2500 km. Zaliczyłem 5 maratonów, w tym maraton w San Francisco (3.42.43 w wieku 55+). Byłem również na dnie Wielkiego Kanionu Kolorado (7 godzin – 32 km, różnica wzniesień –1600 m, +1600 m).

Rehabilitacja pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w Szwecji na podstawie doświadczeń własnych ze szpitala w Värnamo

mgr Celina Lupińska¹ i dr Katarzyna Chojak-Fijałka²

¹⁾ Vård och Rehab, Värnamo Kommun, Szwecja

²⁾ Zakład Medycyny Fizykalnej i Odnowy Biologicznej, Katedra Fizjoterapii, Wydział Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie

Rehabilitacja pacjentów z przewlekłą chorobą nerek jest bardzo ważnym elementem kompleksowego leczenia.

Dostępność do niej na terenie Szwecji jest standardem. Z około 60 stacji dializ prawie każda zatrudnia fizjoterapeutę. Zwykle rozpoczyna on współpracę z pacjentem już we wczesnych stadiach przewlekłej choroby nerek, w poradni nefrologicznej.

W pierwszych dwóch stadiach choroby pacjenci mają kontakt z lekarzem w swojej przychodni. W trzecim stadium przewlekłej choroby nerek (GRF 60-30 ml/min/standard

powierzchni ciała) spotykają się w poradni nefrologicznej z lekarzem, fizjoterapeutą, dietetykiem oraz pielęgniarką. W Värnamo ten sam personel pracuje również w oddziale dializ.

Szkola nerek

Pacjenci objęci leczeniem w poradni nefrologicznej zapraszani są wzięcia udziału w tzw. „nurskola”, czyli „szkole nerek”. Planowo odbywają się 4 spotkania, 1 raz w tygodniu i trwają ok. 2 godzin. Zajęcia realizowane są w małych grupach, tj. 6-8 pacjentów plus towarzysząca każdemu pacjentowi jedna osoba z rodziny. Zajęcia prowadzą lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, dietetycy oraz doradcy, którzy wspierają pacjentów w załatwianiu spraw formalnych, czy pomagają uzyskać pomoc finansową (odpowiednikami w Polsce mogli by być odpowiednio przeszkoleni pracownicy socjalni).

Rola fizjoterapeuty

W szpitalu w Värnamo fizjoterapeuta pracuje z pacjentami z niewydolnością nerek i po transplantacji nerek, bazując na opracowanych narodowych wytycznych, w których główny nacisk kładzie się na zwiększenie aktywności fizycznej.

Po konsultacji z lekarzem i dietetykiem fizjoterapeuta przeprowadza testy sprawdzające wytrzymałość, siłę i równowagę. Na ich podstawie, a także po analizie ankiety EQ-5D (pytania o jakość życia, czynności dnia codziennego oraz aktywność fizyczną) trening dopasowuje indywidualnie do kondycji pacjenta i jego potrzeb. Fizjoterapeuta spotyka pacjenta minimum 2 razy w roku w celu przeprowadzenia oceny jego postępów za pomocą tych samych testów i ankiety.

Czas prowadzenia fizjoterapii

Pacjenci z poradni nefrologicznej nie wymagający jeszcze leczenia dializacyjnego ćwiczą samodzielnie w domu lub na siłowni. Ten sam fizjoterapeuta kontynuuje kontakt z pacjentem w czasie, kiedy rozpoczyna on dializoterapię i/lub jest przygotowywany do transplantacji. Ustala się nowy program treningowy. Pacjenci mają możliwość kontaktu z fizjoterapeutą w dniu zabiegu (przed/w czasie/po) na oddziale dializ. Podczas treningu pacjentom pomaga asystent fizjoterapeuty, a czasami pielęgniarki.

W czasie zabiegu hemodializy wykorzystywany jest zwykle rowerek stacjonarny. Pozostałe ćwiczenia w łóżku pacjenta wykonywane są zgodnie z programem treningowym nagrany na płycie DVD, która puszczana jest na ekranach telewizorów poszczególnych pacjentów. Jest to trening, którego głównym celem jest poprawa krążenia krwi. Podczas treningu prowadzonego przed zabiegiem hemodializy wykorzystywany jest również rowerek stacjonarny. Pacjenci wykonują dodatkowo ćwiczenia równoważne i koordynacyjne a także siłowe, z wykorzystaniem taśm, ciężarków, hantli. Większość pacjentów ćwiczy zarówno przed- jak i w czasie zabiegu hemodializy.

Szkolenie fizjoterapeutów

Raz w roku odbywa się spotkanie fizjoterapeutów z całej Szwecji, którzy specjalizują się w rehabilitacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, w celu wymiany wiedzy, do-

świadczeń, a przede wszystkim - zapewnienia pacjentom w miarę jednolitej i zgodnej ze standardami opieki fizjoterapeutycznej.

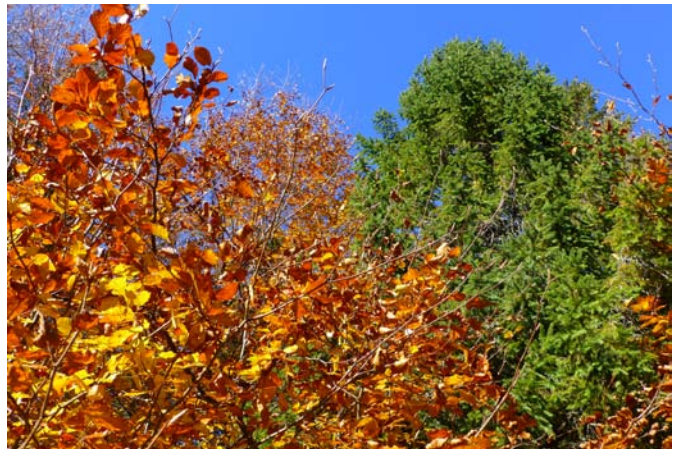
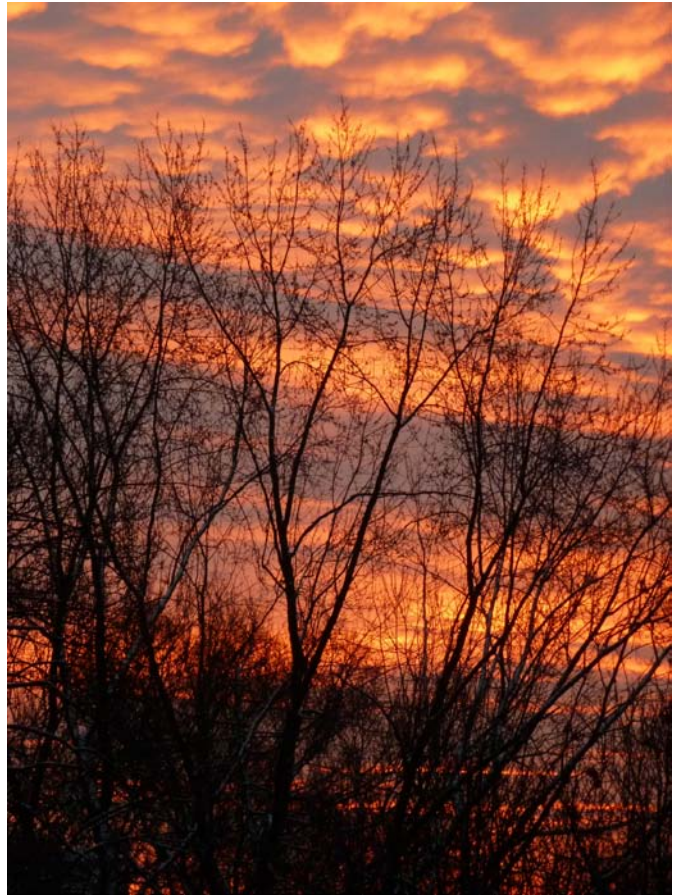
Podsumowanie

Na podstawie piśmiennictwa jak i doświadczeń własnych można stwierdzić, że w okresie przeddializacyjnym można uzyskać najlepsze efekty treningowe, a przez to przygotować fizycznie pacjenta do dializoterapii i/lub transplantacji. W późniejszych stadiach choroby należy kontynuować rehabilitację. Największym sukcesem fizjoterapeuty jest zadowolenie pacjentów, którzy dobrowolnie i chętnie uczestniczą w treningach. Często już po pierwszych 3 miesiącach zauważają, że jest im łatwiej wykonywać czynności dnia codziennego np. ubrać się, wstawać z ulubionego fotele, przejść dłuższy dystans, chodzić po schodach. Lepiej też oceniają jakość snu. Regularny trening wykonywany minimum 3 razy w tygodniu wpływa na poprawę samopoczucia, zwiększa siłę i wytrzymałość mięśni. Uzyskana poprawa równowagi zmniejsza ryzyko upadków, które są bardzo częste w tej grupie pacjentów. Ćwiczącym w trakcie hemodializy czas upływa szybciej - a równocześnie z poczuciem jego lepszego wykorzystania. Szkoda, że wielu dializowanych chorych w Polsce nadal nie dostrzega olbrzymich korzyści, jakie daje aktywność fizyczna i kontakt z rehabilitantem i fizjoterapeutą.



Jesień to szczególna pora roku dla miłośników fotografii. Zdjęcia zachwycają paletą barw niespotykaną w innych porach roku. Potrafią także przekazać nastroje i emocje - od pięknych, jesiennych łąkowych kwiatów i wschodów słońca nad bezlistnymi koronami drzew, kolorowych drzew w lasach i zeschniętych łodyg nawłoci gotowych jesienią rozsiewać swoje nasiona - po smutne, szare krajobrazy towarzyszące pierwszym opadom śniegu. A kto zabierze aparat na górskie, jesiennie wyprawy, zachwyci się widokami po horyzont z wyprawy na Babią Górę lub ośnieżonymi szczytami Tatr z bacówki nad Wierchomlą. Niezapomniane chwile utrwalone obiektywem aparatu.

Jacek Pietrzyk



POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW



**prof. dr hab. n. med.
Michał Cezary Myśliwiec**

Prof. dr hab. n. med. Michał Cezary Myśliwiec urodził się w 1943 roku. Dyplom lekarza medycyny uzyskał w 1966 roku po ukończeniu studiów w Akademii Medycznej w Białymstoku. Już w czasie studiów rozpoczął pracę w Zakładzie Biochemii macierzystej Uczelni, z którą związał swoją zawodową karierę, pracując od 1968 roku jako asystent I Kliniki Chorób Wewnętrznych, a od 1970 roku – jako starszy asystent, a następnie adiunkt w Klinice Hematologii AMB. W 1980 roku prof. Michał Myśliwiec zorganizował Klinikę Nefrologii i Transplantologii AMB, którą kierował w latach 1981-2013.

Doktorat obronił w 1971 roku, habilitację w 1979 roku - zaś tytuł naukowy profesora został mu nadany w 1988 roku. Uzyskał specjalizacje w dziedzinie chorób wewnętrznych, nefrologii, transplantologii klinicznej i hipertensjologii. Był stypendystą w licznych, renomowanych szpitalach europejskich, doskonaląc medyczne i naukowe rzemiosło. Jego główne zainteresowania naukowe skupiły się na powikłaniach metabolicznych przewlekłej choroby nerek oraz roli krzepnięcia i fibrylizacji u pacjentów z chorobami nerek, nadciśnieniem tętniczym i miażdżycą oraz u pacjentów po transplantacji nerek. Swoje najważniejsze osiągnięcia opublikował w pracach poświęconych markerom osteodystrofii nerkowej oraz uszkodzeniu śródbłonna naczyń i niedokrwistości u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. Jest autorem i współautorem ponad 1000 prac naukowych, z czego prawie połowa ukazała się za granicą, z imponującym wskaźnikiem impact factor ponad 350! Był redaktorem i współredaktorem 6 podręczników nefrologii i współredaktorem „Wielkiej Interny” oraz podręcznika „Badanie przedmiotowe i podmiotowe”. Jest też autorem lub współautorem ponad 50 rozdziałów w różnych podręcznikach z zakresu chorób wewnętrznych, nefrologii i transplantologii. Był jednym z najbardziej

aktywnych recenzentów prac nadesłanych do druku w Nephrology Dialysis and Transplantation. Recenzował prace nadsyłane do czasopism: Nephron, Paediatric Nephrology, Thrombosis and Haemostasis i Thrombosis Research.

W okresie ponad 30 lat kierowania Kliniką Nefrologii i Transplantologii w Białymstoku w jednostce tej habilitowało się 15 docentów, z których 7 otrzymało tytuł profesora, a 4 zostało kierownikami klinik. Pięciu jego wychowanków zostało kierownikami stacji dializ. Profesor Michał Myśliwiec był także twórcą programu transplantacji nerek w Białymstoku. W latach 1999-2001 był członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego (PTT) oraz członkiem kapituły najwyższej nagrody PTT-Pro Transplantationibus Fovendis. Od 2007 roku profesor M. Myśliwiec był członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego i przewodniczącym Zarządu Oddziału Północno-Wschodniego PTN. Przez ponad 20 lat pełnił funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych i nefrologii na Podlasiu. Przez ponad 10 lat był prezesem Fundacji Rozwoju Dializoterapii i Transplantacji Nerek w Białymstoku. Był również członkiem grupy założycielskiej Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego i Polskiej Unii Transplantacyjnej. Był dziekanem Wydziału Lekarskiego AM w Białymstoku, członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego oraz przewodniczącym Zarządu Głównego PTN w latach 2004 - 2007. W 2003 roku został wybrany na członka Komitetu Patofizjologii Polskiej Akademii Nauk. Był członkiem Krajowej Rady Transplantacyjnej przy Ministrze Zdrowia oraz zastępcą przewodniczącego Komitetu Nauk Klinicznych PAN i przewodniczącym Komisji ds. Problemów Wieku Starczego PAN oraz członkiem Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułu Naukowego. Był członkiem Zespołu ds. Specjalizacji z Nefrologii Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Jest członkiem honorowym PTN i PTT. Od 2013 roku jest członkiem korespondentem Polskiej Akademii Umiejętności.

Profesor Michał Myśliwiec brał udział w ponad 150 zjazdach krajowych i zagranicznych. Sam zorganizował ponad 50 konferencji naukowych, w tym - doroczną Nefrokardiologię w Białowieży (2005-2012). Za całokształt osiągnięć zawodowych, naukowych i organizacyjnych został trzykrotnie odznaczony Krzyżem Zasługi: oficerskim, kawalerskim i złotym. Po przejściu na emeryturę profesor M. Myśliwiec nadal utrzymuje ścisły kontakt z Kliniką, cieszy się sukcesami swojego Zespołu, żywo interesuje się losami wszystkich swoich Asystentów. Jest zawsze mile widzianym gościem w progach I Kliniki Nefrologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, dzięki czemu wszyscy możemy korzystać z Jego głębokiej wiedzy i doświadczenia.

Prywatnie profesor M. Myśliwiec jest człowiekiem o niezwyklej poczuciu humoru, bardzo czytającym, pilnie śledzącym bieżące wydarzenia, których trafna interpretacja poparta jest doskonałą znajomością historii Polski i świata. Jest szczęśliwie żonaty, ma 3 dzieci i 9 wnucząt. Jest oddanym mężem, ojcem i dziadkiem. Wśród rozlicznych zainteresowań Profesora na pierwszy plan wysuwają się muzyka klasyczna, pływanie, literatura faktów i historia Polski.

Prof. dr hab. n. med. Beata Naumnik