

DIALIZNI GLASNIK

ŠTEVILKA 30

LJUBLJANA 1994

VSEBINA

- ◆ Uvodnik stran 2
- ◆ Problematika presajanja ledvic v Sloveniji stran 3
- ◆ Kako z zdravim načinom življenja preprečevati ledvične bolezni stran 5
- ◆ Nekateri novosti v nefrologiji stran 7
- ◆ Povišane krvne maščobe pri bolnikih na dializi in po presaditvi ledvice stran 9
- ◆ Predstavljamo vam nefrologa stran 13
- ◆ Aktualne novice stran 17
- ◆ Iz naših dializnih centrov stran 18
- ◆ Pisma bralcev stran 19



999703901

UVODNIK**M. Brilej*****BO VEČ TRANSPLANTACIJ?***

Ledvične bolezni (pre)mnogokrat povzročijo končno odpoved ledvic. Stroka - nefrologija in ostale, ki pri tem sodelujejo - je dosegla, da se je čas od nastanka bolezni do končne odpovedi ledvic bistveno podaljšal in da ljudje čim dlje živijo z lastnimi ledvicami. Tudi preventivna dejavnost je dosti storila pri preprečevanju nastanka bolezni, kar pravzaprav predstavlja izjemno pomembno, pa vendarle preveč prezrto dejavnost.

Ko lastne ledvice kljub zdravljenju odpovedo - tudi stroka ni vsemogočna (ali nič ni večnega) - je pri nas dobro organizirano in kvalitetno zdravljenje s hemodializo. K sreči je tako, saj bi bili bolniki sicer obsojeni na smrt. Pa čeprav je treba trikrat tedensko v dializni center in tam ležati nekaj ur. Ampak živi se pa le, in to pri mnogih bolnikih tudi ne tako slabo. Čedalje več je bolnikov, ki kljub zdravljenju s hemodializo žive skoraj tako kot ostali ljudje.

Tu pa je še transplantacija ledvice, ki jo pri nas obvladamo tako v pripravi, izvedbi in pooperativni ter kontrolni oz. spremljevalni dejavnosti po transplantaciji. Vendar pa je transplantacij pri nas vedno manj, kljub navedenim dejstvom. Zakaj? Eden od vzrokov je, da ni zadosti ledvic za presajanje. Ni darovalcev, če pa teh ni, seveda pada število transplantacij in čakanje kandidatov se podaljšuje. Smo državljani Slovenije res tako izjemno drugače naravnani, da se nas tako malo odloča za darovanje organov po smrti? Nas spoznanje, da bo nekdo živel po naši smrti z našimi organi, res ne prežema v tolikšni meri, da bi se odločali za darovanje po smrti?

Nenazadnje pa smo še pri denarju in zdi se, da je to pravzaprav glavni vzrok za reševanje transplantacijskih vprašanj, ki pa resnici na ljubo seveda niso tolikšna, da bi bilo potrebno biti plat zvona. Pa vendar, ne bi smeli kakorkoli zaostajati za na tem področju razvito Evropo. Za stroko, se pravi za zdravnika, je stanje, ko nekaj zna in zmore napraviti, pa za to ni pravih pogojev (sem spada predvsem denar in od tu vsa organizacija in stimulacija), pravzaprav stanje razmišljanja o šmislih in nesmislih vsega njegovega početja, od pričetka študija naprej. Da ne govorimo o razmišljanjih na transplantacijo čakajočih bolnikov, ki pač ne razmišljajo o vseh teh razsežnostih čakanja.

Transplantacijsko dejavnost, od priprave, izvedbe in do stalnega spremljanja in kontroliranja, pač ne moremo izvajati kot "nekakšno dejavnost ob vsem drugem". Zaradi izjemne zahtevnosti jo je treba podpreti z denarjem, ki bo vsem tistim, ki jo izvajajo, zagotavljal, da bodo svoje delo doživljali tudi kot materialno priznanje. Povesod po svetu je namreč tako, da se vsa priznanja in pohvale navsezadnje izrazijo z - denarjem.

Nenazadnje pa se bo z razrešitvijo napisanih denarnih problemov ob točno normativno predpisanem načinu pridobivanja organov (ledvic) število transplantacij povečalo. Tako bo dolgoročno dosežen celo prihranek denarja.

PROBLEMATIKA PRESAJANJA LEDVIC V SLOVENIJI

As. dr. Marko Malovrh

Bolniki s končno odpovedjo ledvic so vezani na eno od metod nadomestnega zdravljenja: hemodializo, kontinuirano ambulantno peritonealno dializo (CAPD) ali transplantacijo ledvice.

Transplantacija ledvice je višja stopnja v zdravljenju končne odpovedi ledvic. Bolniku omogoča boljšo kvaliteto življenja predvsem zaradi tega, ker tako ni več trajno vezan na aparate pri hemodializi oz. menjave pri CAPD. Bolniki so po transplantaciji ledvice vezani na zdravila, ki zavirajo imunski sistem; zaradi presadka so namreč veliko bolj izpostavljeni raznim infekcijam. Sama transplantacija ledvice ni dokončna oblika zdravljenja, saj lahko pride do odpovedi presadka in se mora bolnik vrniti na eno od ostalih oblik nadomestnega zdravljenja. Za transplantacijo ledvice je po zato določenih strokovnih merilih sposobnih približno 30 do 40% bolnikov s končno odpovedjo ledvic. Kljub temu, da v Sloveniji transplantiramo ledvice že več kot 20 let, se še vedno srečujemo z velikimi problemi, ki so v zadnjem letu močno zmanjšali število ledvičnih transplantacij. Glavni problem je pomankanje možnih dajalcev organov in s tem tudi ledvic. Možni dajalci so vsi, pri katerih nastopi možganska smrt sicer zdravega človeka zaradi nepopravljive okvare možganov. Ta lahko nastopi ob poškodbi ali ob krvavitvah ob razpoku žil v glavi. Precejšen del odgovornosti za majhno število možnih dajalcev žal nosi tudi strokovno osebje v intenzivnih oddelkih slovenskih bolnišnic, ki ne javlja možnih dajalcev. Vzroki za to so delno premajhna strokovna osveščenost osebja, delno psihološki zadržki, ki se porajajo pri osebju, in delno tudi slabo nagrajevanje zaposlenih v zdravstvu nasploh.

Drug pomemben vzrok je sodelovanje svojcev, katerih privolitev je potrebna pred odvzemom organov možgansko mrtvem. Kot v svetu so tudi pri nas že v uporabi kartice, s katerimi se lahko vsak posameznik odloči za darovanje organov po svoji smrti. S to njegovo željo naj bi bili seznanjeni tudi vsi ožji svojci. Zaradi velikih problemov, vezanih s transplantacijo organov, je bil osnovan Razširjeni strokovni kolegij za transplantacijo pri Ministrstvu za zdravstvo R Slovenije, ki je že izdelal poseben strokovni program za povečevanje števila možnih dajalcev. Ta obsega predvsem dodatno izobraževanje in osveščanje zdravstvenih delavcev, zagotovljena so bila tudi dodatna finančna sredstva za izboljšanje opremljenosti vseh intenzivnih oddelkov po slovenskih bolnišnicah. Tudi v Kliničnem centru je bila ustanovljena Komisija za transplantacijo, katere glavna naloga je izboljšanje transplantacije organov v tej ustanovi tako po strokovni strani kot glede materialnih potreb posameznih strokovnih enot.

In kje je vloga bolnikov pri pospeševanju transplantacije, predvsem ledvic, v Sloveniji?

Vsak posameznik kot tudi društva ledvičnih bolnikov, ki so združena v zvezo, morajo v svoji ožji okolici pojasnjevati pomen transplantacije za kronične ledvične bolnike. Poleg osebnih kontaktov je nujno potrebno vključiti vsa **sredstva javnega obveščanja**. Preko medijev je potrebno **prikazati življenje bolnikov s končno odpovedjo ledvic na nadomestnem zdravljenju in tudi življenje bolnikov s transplantirano ledvico**. Ljudje so premalo informirani o problematiki bolnikov s končno odpovedjo ledvic. Ne vedo, kaj za bolnika pomeni življenje z nadomestnim zdravljenjem, kaj so slabe, predvsem pa dobre plati tega zdravljenja. Le primeri iz vsakdanjega življenja vas bolnikov lahko pokažejo širšim

ljudskim množicam, **kako se lahko živi na nadomestnem zdravljenju in kaj to zdravljenje pomeni bolniku, njegovim svojcem in ljudem v okolju, kjer bolnik živi.** Z osveščanjem ljudi se lahko bistveno zmanjša število odklonitev s strani svojcev možgansko umrlega.

Drug in nič manj pomemben je vpliv vas bolnikov na **republiške strukture**, ki odločajo o finančnih sredstvih za zdravstvo. Te bi morale pod vašim pritiskom in pritiskom ostalih ljudi zagotoviti posebna finančna sredstva, namenjena transplantaciji organov in s tem tudi ledvic. Tudi za tovrstno dejavnost so pomembni osebni stiki in uporaba medijev. Veliko vlogo morajo odigrati društva in zveza društev.

Strokovnjaki se zavedamo, da je problem transplantacije ledvic zelo velik in smo za njegovo reševanje porabili že veliko svojega časa. Žal dosedANJI napori niso obrodili pomembnejših sadov. Zagotovo bi bili naši uspehi bistveno boljši ob večji zavzetosti in sodelovanju vseh bolnikov s končno odpovedjo ledvic.

Za povečevanje števila presaditev ledvic v prihodnje je torej pomembna velika aktivnost stroke, ki potrebuje podporo bolnikov, in velika aktivnost bolnikov, ki potrebujejo tudi strokovno podporo.

KAKO Z ZDRAVIM NAČINOM ŽIVLJENJA PREPREČEVATI LEDVIČNE BOLEZNI

Prim. dr. Mira Koselj

Zdravje je človekovo največje bogastvo, vendar se tega na žalost zavemo šele takrat, ko zbolimo. Številne bolezni moderne dobe so posledica slabe prilagoditve na novo okolje, v katerem se je znašlo človeštvo, kajti v zadnjih 200 letih je prišlo do številnih in bistvenih sprememb v načinu življenja.

Prehrana mestnega človeka v Evropi je bila prej podobna kmečki oziroma enaka, kot je pri kmečkem prebivalstvu tretjega sveta še danes. Prehrana v razvitih deželah (kamor vsaj po načinu prehrane sodimo tudi mi) je danes bistveno drugačna: kalorična vrednost je na račun škrobnih hranil zmanjšana za 3-krat, vsebnost sladkorja je bistveno večja, maščob je v naši prehrani več in še to predvsem nekvalitetnih maščob, vlaknin je premalo, soli je 5-krat preveč. Grozijo nam torej 3 bele smrti: sladkor, sol in mast.

V tem stoletju se je spremenil način življenja tudi v tem, da se je bistveno zmanjšala **telesna aktivnost**.

Kajenje je prav tako v zgodovini človeštva skoraj popolnoma nova razvada.

Kronične bolezni, ki so še vedno dokaj neznane v kmečkih predelih tretjega sveta, so pri nas najpogostejše bolezni, saj povzročajo največ obolevnosti in umrljivosti v razvitih državah. Te bolezni so:

- **srčno žilne bolezni, možganska kap**
- **sladkorna bolezen**
- **pljučni rak**
- **kronični bronhitis**
- **jetrna ciroza**
- **bolezni žolčnika**
- **razjeda dvanajstnika ali želodca**
- **rak na želodcu**
- **rak na debelem črevesju**
- **rak na dojki**
- **rak prostate**

Čeprav te kronične bolezni prizadenejo različne organe, je zanimivo, da so rizični faktorji za nekatere med njimi skupni. Npr. kajenje, neprimerna prehrana, alkohol, telesna neaktivnost, zvišan krvni tlak, prevelika vsebnost maščob v krvi skupaj povzročajo srčno žilne bolezni, možgansko kap, sladkorno bolezen. Zvišan krvni tlak prav tako lahko privede do srčno žilnih bolezni, možganske kapi in okvare ledvic, ki se lahko konča z nadomestnim zdravljenjem.

Pljučni rak in kronični bronhitis se razvijeta pri človeku, ki živi v onesnaženem okolju, ki je kadilec in pogosto tudi alkoholik.

Preprečevanje teh bolezni oziroma boj proti rizičnim dejavnikom, ki smo jih našli, zajema: program proti kajenju, program proti alkoholizmu, program za zdravo prehrano.

Rak: dejavniki tveganja, ki jih je mogoče odpraviti, so kajenje, alkohol, karcinogeni na delovnem mestu,

Bolezni srca in ožilja: zaradi množičnosti teh bolezni in dokazane uspešnosti preventive, zlasti pri boleznih, ki jih povzroča ateroskleroza, je ta skupina bolezni na prvem mestu preventivnih prizadevanj.

Borba proti tem boleznim je usmerjena proti kajenju, zvišanemu krvnemu tlaku, zvečanemu holesterolu, poleg tega pa **v privzgoji zdravih človeških navad**, ki temeljijo na redni telesni aktivnosti, vzdrževanju normalne telesne teže in zmanjševanju psihičnih stresov. Krvni tlak znižujemo z zdravili, primerno prehrano (omejitev soli, alkohola in nasičenih masti). Pri zniževanju holesterola je spet na prvem mestu ustrezna dieta, hujšanje do normalne telesne teže in seveda zdravila. Seveda pa ni na zadnjem mestu preprečevanje prekomernega uživanja zdravil, ki imajo kot neželen stranski učinek okvaro ledvice. O tem pa naslednjič.

NEKATERE NOVOSTI V NEFROLOGIJI

Prof. dr. A. Bren

V zadnjih letih smo priča hitrega razvoja na področju imunologije, ki sedaj lahko že dokaj dobro razloži sprožilne dejavnike, potek in vrsto okvare ledvičnih telesc - glomerulov - pri skupini bolezni, ki jih poznamo pod imenom glomerulonefritis. Zašli bi preko obsega tega prispevka, če bi želeli natančneje opisati vse mehanizme tega dogajanja. Moramo pa poudariti, da je dobro poznavanje le-teh in pravočasna opredelitev bolezni pogosto življenjskega pomena za bolnika, tako v kratkoročnem kot v dolgoročnem obdobju. Glede na ugotovljene skupine bolezni se nato odločimo tudi o vrsti zdravljenja. Sem sodijo zdravila in postopki, ki so za zdravljenje lahko sicer zelo učinkoviti in za bolnikovo življenje odločujoči (glukokortikoidi, ciklofosfamid, plazmafereza, imunska adsorpcija itd), po drugi strani pa včasih zaradi stranskih učinkov, predvsem posledične zmanjšane odpornosti in okužbe, usodni.

Ultrazvočna diagnostika sečil je v zadnjih nekaj letih doživela pravi razcvet. Z nabavo aparatov in izučanjem preiskovalnega osebja je preiskava dostopna že v številnih ustanovah in sedaj tudi pri zasebnikih. Z njo ugotovimo velikost ledvic in tako hitro ločimo med nenadno ali dolgotrajno ledvično okvaro, odkrijemo zaporo seča, ledvične kamne, ciste, nekatere tumorje, z doplersko preiskavo ledvičnih arterij pa odkrivamo zožitve, kar nam močno pomaga pri razvrščanju in nato tudi pri zdravljenju arterijske hipertenzije. Velik pomen tega postopka je v tem, da je praktično za bolnika neškodljiv, ga ne obremenjuje in ga lahko večkrat ponavljamo, kar je zelo pomembno za sledenje bolezni. Farmacevtska industrija se intenzivno ukvarja s sintezo novih in novih učinkovin za zdravljenje arterijske hipertenzije, tako da sedaj z ustreznim izborom in kombinacijo zdravil lahko praktično pri vseh bolnikih ob njihovem sodelovanju dosežemo vsaj zadovoljive vrednosti tlaka. V zadnjih desetih letih na naši kliniki ni bilo več bolnika, ki bi mu morali zaradi neobvladljive hipertenzije in življenske ogroženosti odstraniti ledvici. V primerih, kjer je vzrok povečanega arterijskega tlaka zožena ledvična arterija, se je mogoče izogniti operaciji s posebnim rentgenološkim posegom, kjer preko žice, uvedene v stegensko arterijo in nato v ledvično arterijo, s posebnim balončkom le-to razširijo. Prav tako je vse več novih protimikrobnih sredstev, ki jih uporabljamo pri okužbah sečil (cistitis, pielonefritis). Te so poleg okužb dihal najpogostejša vrsta okužb. Posebno pogosto se pojavljajo pri ženskah. Narejene so številne raziskave in pridobljena znanja, kakšen način dajanja, vrsta in trajanje protimikrobnega zdravljenja je pri različnih vrstah okužb najustreznejše. Vse intenzivnejši je razvoj molekularne biokemije in genetike, kar je za sabo potegnilo tudi vpogled v nekatere ledvične bolezni s posledičnim možnim genetskim svetovanjem. S pojavom novih bolezni, kot je n.pr. sindrom pridobljenega imunskega deficita (AIDS), se pojavlja nova patologija tudi s strani ledvic, na kar moramo biti zdravniki pri vsakodnevnem delu tudi pozorni. Precej soglasno so sprejete smernice za ustavitev ali preprečitev razvoja ledvične bolezni pri bolnikih, kjer je ta že prisotna. Ker je dokazano, da je ledvična odpoved neodvisen dejavnik tveganja za nastanek srčnožilne obolevnosti ali smrtnosti, je zdravljenje hipertenzije pri bolnikih s kronično ledvično odpovedjo odločujočega pomena. Cilj ukrepanja je doseči diastolni arterijski tlak okrog 85 mm Hg. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo in začetno ledvično okvaro bi začeli z zdravljenjem hipertenzije že, ko se diastolni tlak zveča stalno za 10 mm Hg. Zelo pomembno je tudi urediti krvni sladkor. Pri bolnikih, ki imajo sočasno tudi povečano izločanje beljakovin v seču, začnemo zdraviti hipertenzijo s t.i. ACE-zaviralci. Kaj pa omejitev beljakovin v prehrani? Vnos teh svetujemo

zmanjšati na 0.6 gramov na kilogram telesne teže dnevno pri bolnikih, ki imajo okvaro ledvic zaradi sladkorne bolezni, pri bolnikih s kroničnim glomerulonefritisom in začetno ledvično odpovedjo in pri bolnikih s kronično zavrtnitvijo presajene ledvice. V kasnejšem obdobju ledvične odpovedi svetujemo vsem bolnikom zmanjšan beljakovinski vnos z namenom, da odložimo pojav uremičnih znakov. Za upočasnitev razvoja ledvične odpovedi se zdijo ugodnejši nadomestki keto-kislin kot nadomestki esencialnih aminokislin. Tako kot pri drugih bolnikih se zdi razumno tudi pri ledvičnih s prehrano in zdravili urejati nenormalno presnovo maščob, hiperlipemijo, da preprečimo žilne okvare. Za dokončno razjasnitev takih ukrepov so v teku številne raziskave, katerih izsledke še pričakujemo. Prav tako bo potrebno še potrditi, če res zgodnje dajanje kalcijevega karbonata preko posebnih presnovnih poti upočasni razvoj ledvične okvare. V naslednjem stoletju bo morda možno upočasniti napredovanje ledvične odpovedi in brazgotinjenje ledvic z vplivanjem na rastne dejavnike. Pri nenadni ledvični odpovedi so pri živalih z njimi dosegli za tretjino boljše delovanje ledvic in hitrejšo obnovo ledvičnih cevčic. Za sedaj so te raziskave še v fazi poskusa. Za preprečitev razvoja kostne ledvične bolezni (sekundarni hiperparatiroidizem) priporočajo nizke odmerke aktivnega vitamina D tudi pri bolnikih, ki še nimajo končne ledvične odpovedi, če so izpolnjeni določeni pogoji. Pri že razviti bolezni s simptomi pa se je dobro izkazalo občasno dajanje visokih odmerkov v žilo ali preko ust.

Epohalno odkritje v našem obdobju predstavlja rekombinantni humani eritropoetin, hormon, ki omogoča odpravo ledvične slabokrvnosti. Dajemo ga tudi bolnikom v predializnem obdobju. Merila za začetek dajanja so podobna kot pri dializnih bolnikih. Pri takem zdravljenju je izjemno pomembno slediti in uravnavati hipertenzijo.

POVIŠANE KRVNE MAŠČOBE PRI BOLNIKI NA DIALIZI IN PO PRESADITVI LEDVICE

Dr. Damjan Kovač in doc. dr. Staša Kaplan Pavlovčič

Povišane krvne maščobe so poleg zvišanega krvnega tlaka, kajenja, psihičnih stresov, telesne neaktivnosti in debelosti glavni dejavnik tveganja za pospešeno aterosklerozo. To je bolezen arterij, pri kateri se v žilno steno odlagajo maščobe in kalcij, zato se žile vse bolj ožijo, organi so slabo prekrvljeni in to privede do bolezni kot so npr. angina pectoris, srčni infarkt, možganska kap in gangrene okončin. Aterosklerozo s posledicami je v razvitih deželah glavni vzrok za obolevnost in prezgodnjo umrljivost, prav tako pa tudi pri bolnikih s končno odpovedjo ledvic na nadomestnem zdravljenju z dializo in pri bolnikih s presajeno ledvico.

Krvne maščobe razdelimo v grobem na holesterol in trigliceride. Trigliceridi so sestavljeni iz maščobnih kislin. Vpliv visokega holesterola v krvi je nedvomno povezan s pospešeno aterosklerozo, medtem ko vloga trigliceridov še ni povsem razjasnjena. Pri moških trigliceridi verjetno niso pomemben dejavnik tveganja za aterosklerozo, nekoliko bolj pa pri ženskah in pri ljudeh nad 60. letom starosti. Izjemoma je zelo zvišana raven trigliceridov (nad 10 mmol/l) lahko vzrok za nenadno vnetje trebušne slinavke.

Krvne maščobe se po krvi prenašajo v obliki mikroskopsko drobnih delcev, tako imenovanih lipoproteinov. Glede na razmerje vsebnosti holesterola in trigliceridov v teh delcih ločimo štiri osnovne vrste lipoproteinov, ki imajo pri nastajanju ateroskleroze različni pomen. Tako npr. LDL delci pospešujejo nastajanje ateroskleroze, HDL delci pa jo zavirajo. O izpostavljenosti za nastanek ateroskleroze pa govori tudi raven celotnega holesterola v krvi; čim višja je, tem večja je izpostavljenost bolnika za nastajanje ateroskleroze.

Motnje v presnovi maščob se pojavijo pri bolnikih z različnimi boleznimi ledvic že, ko se delovanje ledvic zmanjša za 40% do 60%. Najhujše so pri bolnikih z boleznimi ledvic, ki potekajo z zelo velikim dnevnim izgubljanjem beljakovin v seču (nefrotičnim sindromom).

Bolniki s končno odpovedjo ledvic, ki se zdravijo s **kronično hemodializo**, imajo najpogosteje zvišano raven trigliceridov, znižane delce HDL in pogosto normalno ali blago zvišano raven holesterola in LDL delce. Vzrok omenjenim motnjam je najverjetneje motena razgradnja maščob.

Bolniki, ki se zdravijo s **CAPD**, imajo najpogosteje zvišano predvsem raven trigliceridov. V prvih mesecih zdravljenja s CAPD se zviša tudi raven delcev LDL in zniža HDL. Vzrok za povečanje ravni trigliceridov je absorpcija glukoze iz CAPD tekočine.

Po **presaditvi ledvice** se raven trigliceridov v krvi običajno zniža, zviša pa se raven holesterola. V splošnem je raven holesterola pri bolnikih s presajeno ledvico višja kakor pri sicer zdravih ljudeh. Povišano raven holesterola ugotavljajo pri 16% do 78%, povečano raven trigliceridov pa pri 9% do 66% bolnikov s presajeno ledvico. Glavni vzrok za to so imunosupresivna zdravila, ki so neizogibna za preprečevanje zavrnitve presajene ledvice. Osnovni zdravili, ki to povzročata, so kortikosteroidi (Nirypan, Medrol A, Pronison), ki

zvišujejo raven holesterola in trigliceridov, ter ciklosporin A (Sandimmun), ki zvišuje raven holesterola. Pri teh bolnikih je povišana raven LDL delcev in celotnega holesterola, ki aterosklerozo pospešujeta, normalna ali znižana pa je raven HDL delcev, ki aterosklerozo zavirajo. Poleg zdravljenja je pri mnogih bolnikih s presajeno ledvico dejavnik tveganja za nastanek ateroskleroze še nezadostna telesna aktivnost in zvišana telesna teža.

Zniževanje ravni holesterola je osnovni dejavnik za preprečevanje obolenosti in zmanjševanje umrljivosti zaradi ateroskleroze. Ugotovili so, da se z znižanjem holesterola za 10% zmanjša umrljivost zaradi srčnega infarkta za 15%. Dodatno se zmanjša obolenost in umrljivost zaradi ateroskleroze še z odpravo dodatnih dejavnikov tveganja (kajenje, zvišan krvni tlak).

Za postavitev diagnoze hiperlipidemije (povišanje krvnih maščob) je potrebna vsaj dvakratna meritev krvnih maščob v razmaku nekaj tednov, potem ko je bolnik 12 ur tešč in je nekaj dni prej jedel običajno hrano. Merimo celotni holesterol, trigliceride in delce LDL in HDL. O povišanem holesterolu govorimo, če je le-ta višji kot 5,2 mmol/l, o povišanih trigliceridih pa, če so le-ti višji kot 2,3 mmol/l. Orientiramo se tudi po LDL delcih, ki naj bi bili nižji kot 3,5 mmol/l in HDL delcih, ki naj bi bili višji kot 0,9 mmol/l. O zdravljenju se odločamo tudi glede na prisotnost dodatnih dejavnikov tveganja za nastanek ateroskleroze: starost, ateroskleroza v sorodstvu, kajenje, zvišan krvni tlak, nizka raven HDL delcev in sladkorna bolezen.

Poglavitni in prvi način zdravljenja povišanih krvnih maščob je poleg **zvečanja telesne aktivnosti** in **normalizacije telesne teže** še **dieta**. Dieta ne sme biti le začasen ukrep, pač pa mora pomeniti doživljensko spremembo prehranskih navad. V prvi stopnji pravzaprav sploh ne gre za neko posebno dieto, pač pa za zdravo prehrano, ki bi se je morali poleg posameznika z zvišanimi krvnimi maščobami držati tudi vsi drugi člani družine. Z dieto prve stopnje lahko znižamo holesterol za 0,75 do 1,0 mmol/l. Če to ni dovolj, posežemo po dieti druge stopnje, ki pa je že bistveno strožja in predstavlja hudo spremembo jedilnika. Z dieto druge stopnje znižamo holesterol običajno še za dodatnih 0,5 mmol/l. Če dieta sama ne zniža ravni holesterola v zaželjeno območje, poseže zdravnik po zdravilih za znižanje maščob, ob tem pa se mora bolnik seveda še naprej držati stroge diete.

Podali bomo samo nekaj osnovnih navodil za zdravo prehrano, ki naj bi se jih načeloma držali vsi ljudje in ne le bolniki na nadomestnem zdravljenju z dializo in bolniki s presajeno ledvico, ki imajo povišane maščobe v krvi.

Maščobe so sestavljene iz maščobnih kislin, ki jih delimo glede na kemično sestavo na **nasičene** in **nenasičene maščobne kisline**. Zdravju škodljive so predvsem nasičene maščobne kisline, ki so predvsem v maščobah živalskega izvora. Nenasičene maščobne kisline pa so pretežno v živilih rastlinskega izvora. Poleg nasičenih maščobnih kislin je zdravju škodljiv holesterol, ki je v velikih količinah v jajčnem rumenjaku, drobovini, mesu ter mleku in mlečnih izdelkih.

Poleg izbora živil je zelo pomemben način priprave hrane (praženje npr. spreminja nenasičene maščobne kisline v nasičene).

Priporočamo uporabo rastlinskih olj, ki jih moramo čim manj segrevati, pri mesu pa le nemastne dele. Mesni izdelki in drobovina vsebujejo veliko skritih maščob in holesterola, zato se jih v prehrani čimbolj izogibamo.

V dnevni sestavi hrane naj maščobe predstavljajo do 30% kaloričnega vnosa, od tega naj bo nasičenih maščobnih kislin manj kot 1/3.

Ogljikovi hidrati predstavljajo glavno živilo naše prehrane. Predstavljali naj bi 50% do 60% dnevnega vnosa kalorij. Po kemični sestavi ločimo enostavne in sestavljene sladkorje. Izogibati se moramo živil, ki vsebujejo enostavne sladkorje (nekatero sadje, sadni sokovi, jedilni sladkor), saj ti skokovito dvigajo krvni sladkor pa tudi maščobe.

Beljakovine so pomemben gradbeni element pri obnavljanju telesnih tkiv. Pri običajnem načinu prehrane jih dobimo večinoma iz živil živalskega izvora. Ker nekatera od teh vsebujejo tudi precej maščob in holesterola, je potreben skrben izbor.

Povprečen človek dela pri hranjenju večinoma vsaj štiri večje napake:

- uživa preveč nasičenih maščobnih kislin
- uživa preveč holesterola
- uživa preveč kalorično hrano
- dnevne obroke si ne razporedi pravilno.

Priporočamo, da se dnevno hranimo vsaj petkrat. Glavni obroki naj bodo trije. Med posameznimi velikimi obroki naj bo vsaj 4-urni razmik. Večerjati moramo vsaj 2-3 ure pred spanjem.

Izbira živil:

Maščoba: je lahko vidna ali pa skrita. Vidna je tista, ki jo uporabljamo za pripravo hrane, skrita pa je tista, ki se nahaja npr. v mesnih izdelkih, mleku in mlečnih izdelkih. Priporočamo, da od vidnih maščob uporabljate le maščobe rastlinskega izvora. Olja so glavni predstavniki maščob rastlinskega izvora, vendar tudi olja niso med seboj enakovredna. Bolj priporočamo uporabo sončničnega, koruznega in sojinega olja, manj pa olivnega olja ali margarine.

Jajca: vsebujejo veliko holesterola, vendar le rumenjak. Beljak ga ne vsebuje. Rumenski jajci vsebujejo tudi mnogi že pripravljene prehranski proizvodi (pecivo, testenine), zato svetujemo tiste proizvode, ki vsebujejo čim manj jajc.

Mleko: priporočamo, da uporabljate le posneto mleko (1,6% maščob). Mlečni proizvodi vsebujejo veliko maščob (nemastni siri vsebujejo do 30% maščob).

Meso: priporočljivo je uporabljati le puste dele mesa. Uporabljali naj bi goveje, telečje, konjsko in ovčje meso. Pred pripravo je potrebno odstraniti vso vidno maščobo. Pri perutnini je potrebno odstraniti vidno maščobo in kožo. Priporočljivo je uživanje rib. Odsvetujemo pa uporabo katerekoli drobovine, saj vsebuje veliko nasičenih maščobnih kislin in holesterola.

Sadje in zelenjava: bolniki na **nadomestnem zdravljenju z dializo** morajo omejiti vnos sadja in zelenjave, glede na vsebnost tekočine in kalija. Bolniki s **presajeno ledvico**, ki normalno deluje, naj bi uživali čim več presne zelenjave in sadja. Kuhanje uniči mnoge vitamine.

Sladkor: enostavni sladkorji, npr. jedilni sladkor, zvišujejo raven maščob v krvi, zato jih odsvetujemo. Namesto njih je priporočljivo delno uporabljati sladkorne nadomestke (saharin, sladin, natren). Odsvetujemo tudi pretirano uživanje slaščic.

Pijače: odsvetujemo sadne sokove in industrijske brezalkoholne pijače (Coca Cola, Cocta, Tonic), ker vsebujejo precej sladkorja.

Začimbe: dovoljena je uporaba vseh svežih in sušenih začimb.

Tudi pri bolnikih na nadomestnem zdravljenju z dializo temelji zdravljenje zvišanih maščob v krvi na dietni prehrani. Veljajo navedene smernice, ki so enake kot pri zdravih, seveda z upoštevanjem omejitve vnosa kalija in tekočine. Zato mora biti vnos sadja in zelenjave omejen.

Pri večletnem opazovanju maščob v krvi bolnikov na nadomestnem zdravljenju so ugotovili, da se raven trigliceridov in holesterola po večletnem zdravljenju zniža. Ob ugotovljenem sočasnem zmanjšanju beljakovin v serumu to kaže, da je bolnik podhranjen. To je pogosto pri bolnikih, ki ne skrbijo za uravnoteženo prehrano, pač pa pijejo preveč tekočine. V skrbi, da ne bi imeli 'preveliko težo', nadomeščajo hrano s tekočino. Končni rezultat je povečana razgradnja telesnih beljakovin in pretirano hujšanje. Glede na to je ob upoštevanju dietnih navodil za nižanje maščob **potrebno dnevno zaužiti 2500 do 3000 kcal**.

Fosfatni vezalec kalcijev karbonat ne vpliva na raven holesterola, minimalno zvišuje raven trigliceridov. Bolniki, ki se dializirajo z visoko prepustno membrano, imajo nekoliko manjšo raven trigliceridov.

Zdravila za nižanje maščob lahko dovolj varno uporabljamo tako pri bolnikih na nadomestnem zdravljenju z dializo kot pri bolnikih s presajeno ledvico, kadar dietno zdravljenje ni dovolj učinkovito. Koristno je uživanje nenasičenih maščob - ribjega olja v kapsulah (Trienil), ker znižuje trigliceride in zvišuje HDL delce.

Zvišane maščobe so eden izmed dejavnikov obolevnosti, na katerega lahko aktivno vplivajo bolniki na nadomestnem zdravljenju z dializo, bolniki s presajeno ledvico, kakor tudi vsi drugi bolniki.

PREDSTAVLJAMO VAM NEFROLOGA

M. Brilej

Prim. dr. Mira Koselj

Ko sem zbiral predloge za predstavitev nefrologa v naši novi rubriki, ni bilo dvoma o tem, koga bomo predstavili kot prvega; vsi, ki sem jih vprašal za mnenje, so predlagali njo. In tako je sedaj pred nami kratek zapis razgovora s prim. dr. Miro Koselj.

Zakaj sploh uvajamo predstavljanje "naših" zdravnikov - nefrologov? Preprosto zato, ker ledvični bolniki (in tudi drugi) iz povsem razumljivih razlogov premišljujemo predvsem o sebi in skrbimo predvsem zase. Vsak ima več kot preveč skrbi s svojo boleznijo in pri tem pravzaprav kar redkokdaj razmišljamo o zdravniku, ki nas zdravi. Kaj vse je za tem? Koliko razmišljanja, pregledovanja, posvetovanja, branja je potrebno, preden se sprejme odločitev za način zdravljenja, izbor zdravil itd. Zdravnikovo delo se pri zdravljenju po ambulantnem pregledu in pregledih ter spremljanjih na kliniki in bolnišnicah, hemodializi, TX ambulantni raztegne še na tisti del, ki ga pacienti ne vidimo, je pa nujen del zahtevnega zdravnikovega dela. No, in ena izmed nefrologinj na Nefrološki kliniki v Ljubljani je tudi prim. dr. Mira Koselj.

Koliko let ste že tu na ljubljanski kliniki?

Tu na Nefrološki kliniki sem 19 let, prej sem bila v Brežicah, tja pa sem prišla iz Trbovelj, od koder sem tudi doma. V ljubljansko kliniko sem takrat prišla na specializacijo, po dveh letih pa sem bila sprejeta na kliniko v redno delo.

Bi lahko na kratko izrazili primerjavo na kliniki med takrat in danes?

Tu na ljubljanski nefrološki kliniki je bilo že takrat vse delo in organizacija visoko strokovno. Za nas iz periferije, ki smo prihajali na kliniko bolj s praktičnimi znanji, je bila to zares velika razlika. Tu je bilo ogromno znanja, koncentracije teoretičnih in praktičnih dognanj, raziskav, literature.

Vendar pa takratne razmere na kliniki spet niso primerljive z današnjimi?

Seveda niso, saj se je v devetnajstih letih tu toliko spremenilo ali bolje rečeno napredovalo, da je primerjava med takrat in danes pravzaprav kar malo neprimerna. Kar pogledjte, takrat je bila ležalna doba na kliniki vsaj dva meseca, celotna doba zdravljenja pa do pol leta. Takrat smo delali vsi vse. Na hemodializi na primer so bile takrat razmere popolnoma drugačne. Da je manjkalo strokovnega osebja, še ni bilo najhuje, huje je bilo, ko je bilo zaradi pomanjkanja prostora in aparatur bolnike, ki so hemodializo nujno potrebovali, treba odklanjati. Kriterij je bil tudi starost štirideset let. Si predstavljate, kaj je to pomenilo za bolnike in za nas zdravnike?

In danes?

Danes je vse drugače. Na hemodializi ni nihče odklonjen, vsi bolniki, ki jo potrebujejo, se na ta način zdravijo v mreži centrov po Sloveniji; čakalne dobe za urgentni sprejem na kliniko ni več, urgentni pregled v nefrološki ambulanti je mogoč takoj. Tudi postopke, material in strokovno osebje je danes sploh nemogoče primerjati s tistim obdobjem, ko sem prišla na kliniko. Napredek je bil zares velik. Da ne govorimo o drugih oblikah zdravljenja, ki so v tem času postale takšne kot v razvitih državah, pa najsi gre za ambulantno ali klinično zdravljenje, transplantacije in drugo.

Bo razvoj nefrologije in medicine nasploh še tako intenziven?

Še veliko je neodkritega. Vendar pa bo pri nas treba za to, da bomo držali korak z razvitimi državami v svetu, marsikaj urediti drugače. Če ne bo država tudi z denarjem bolj razvijala zdravstvo, bomo pričeli zaostajati za drugimi.

Kje smo pravzaprav danes?

Tam kjer so druge, razvite države; a vprašanje je, koliko časa bomo še uspeli držati korak z njimi. Mi danes zmoremo vse tisto kot drugod in to tako v ambulantnem in kliničnem zdravljenju kot pri hemodializi, transplantaciji... Naši nefrologi objavljajo gradiva v tujih strokovnih revijah, kar je tudi potrjevanje naše kvalitete. Seveda pa se to ne da brez stalnega študija, timskega strokovnega dela, brez maksimalno dobrih medsebojnih odnosov in velike pripadnosti svojemu poklicu. Tudi mlajših kolegov je dosti, kar daje ob že omenjenem odnosu države do zdravstva garancije, da bi lahko tudi v bodoče dosegali evropski nivo.

Nefrologi se veliko povežete, posvetujete in skratka sodelujete z drugimi specialističnimi medicinskimi dejavnostmi?

Da, brez tega si ni mogoče predstavljati kvalitetnega dela. Naše delo je izrazito timsko, največ sodelovanja pa je s kardiologi, hematologi, endokrinologi, urologi, kirurgi, pnevmologi in drugimi, kaj bi vse naštevala, saj smo pravzaprav vsi kot velikanski strokovni tim, ki drug brez drugega ne bi zmogli dobro delati. Tu je še CIM in CIT, pa drugi zdravstveni zavodi... Veste, zdravnik vedno poišče vse možne poti, da bolniku pomaga. Pa ne samo zaradi etike, tudi stroka sama je danes tako razvita, da so specializirana znanja obvladljiva le v specializiranih strokovnih področjih, ki jih drug drugemu posredujemo. Vse pa je organizirano tako in zato, da pomagamo človeku - bolniku.

Zakaj ste se odločili za študij oz. specializacijo nefrologije?

Že v srednji šoli sem čutila nagnjenje do študija medicine in ta želja me je venomer spremljala. Tudi delo z ljudmi mi je pravzaprav všeč. Predvsem pa je v našem poklicu bistveno to, da ljudem pomagamo, jim nudimo vse, kar le moremo, da jih ozdravimo, obdržimo pri življenju ali pa jim vsaj olajšamo in podaljšamo življenje. Seveda pa mi uspehi

- tako kot mojim kolegom in kolegicam - veliko pomenijo. Sicer pa se spominjam, da me je v nefrologijo pripeljalo tudi dejstvo, da je takrat nefrologija kot specialistična stroka tako hitro napredovala, da me je tudi to potegnilo v to stroko.

Kolikšen je lahko bolnikov delež pri zdravljenju?

Vsekakor velik. Za zdravje je treba skrbeti že takrat, ko je človek še zdrav. To pa je predvsem naloga vsakega posameznika. Mi zdravniki - nefrologi venomer poudarjamo, da naj ljudje žive tako, da se bodo čim manj izpostavljali nevarnostim, ki lahko povzročijo ledvične bolezni. Če pa do njih že pride, je bolnikov delež še pomembnejši, saj gre odtelej že za nujno sodelovanje oz. življenje, z upoštevanjem naših ukrepov, navodil, priporočil... Tudi zaupanje in optimizem nasploh nista zanemarljiva, ko se človek sooči z boleznijo.

Znani ste kot vedno dobro razpoložena zdravnica. Ali je to zaradi vašega načrtnega pristopa do bolnika ali ste nasploh takšni?

Ja, pravijo, da kdor je v službi prijetno razpoložen, se pa potem doma "sprosti". No, pa pustimo šalo, mislim, da gre pri tem pač za preprosto dejstvo, da sem v okolju, kjer delam, zadovoljna tako kot s svojim življenjem nasploh.

Kaj vas pri vašem delu prizadene?

Smrt. To me dobesedno zlomi. Tudi druge zdravnike. To je najtežje za vsakega zdravnika. Vendar pa me pokonci postavi dejstvo, da vedno delam in naredim vse, kar le zmorem, da do tega ne bi prišlo ali da pride čim kasneje. To je osnovno zdravnikovo poslanstvo. Sicer pa - ne bom rekla, da me prizadene - le vseč mi ni, če je pacient neuvideven ali celo nevljuden ali nehvaležen do našega dela. K sreči tega ni veliko. V preteklosti pa me je na hemodializi neizmerno prizadelo odklanjanje bolnikov, ker ni bilo prostora.

In kaj vas razveseli?

Ko gre bolnik ozdravljen domov.

Si predstavljate stanje v nefrologiji čez 30 let?

Napredovanje se seveda ne bo ustavilo. Mislim, da bo preventivna dejavnost pripomogla k zaviranju nastanka ledvičnih bolezni. Sicer pa lahko pričakujemo še učinkovitejše klinično zdravljenje. Nova znanja in dognanja bodo prinesla manj ali kasnejše končne odpovedi ledvic. Hemodializa bo še kvalitetnejša kot danes. Verjetno bo rešen problem arterioskleroze pri teh bolnikih, pričakovati pa je tudi krajšo hemodializo ob hkratni boljši kvaliteti. Tudi transplantacije bo najbrž deležen vsak bolnik, ki bo za to sposoben, saj gredo raziskave tudi v smer iskanja drugih primernih dajalcev, ne samo ljudi.

Kaj bi ljudem svetovali glede ledvičnih bolezni?

Naj jedo zdravo hrano, naj ne kadijo in ne pretiravajo pri pitju alkohola. Tudi na težo je treba paziti ter skrbeti za redno in zmerno telesno aktivnost. Kontrolirati je treba krvni tlak in se ne na splošno zdravstveno zanemariti, kot pravimo.

Prim. dr. Mira Koselj, najlepša hvala za vaše odgovore in vaš dragoceni čas, ki ste ga namenili temu razgovoru.

Hvala tudi vam. Želim, da bi glasilo Društva ledvičnih bolnikov Slovenije še naprej opravljalo svoje koristno poslanstvo.

AKTUALNE NOVICE**M. Brilej*****PREDSTAVNIKI ZDLB SLOVENIJE NA MINISTRSTVU ZA ZDRAVSTVO***

Štirinajstega aprila je bila delegacija ZDLB Slovenije na delovnem obisku na Ministrstvu za zdravstvo. Sprejel jo je državni sekretar za zdravstvo prim. dr. Janez Zajec. Delegacija ZDLB, ki jo je vodil predsednik Pavle Podlipnik, sodelovali pa so še člana IO Mirjana Čalič in Martin Brilej ter zdravnik as. dr. Marko Malovrh z nefrološke klinike UKC, je državnemu sekretarju predstavila nekatere predloge in rešitve v zvezi s transplantacijami ledvic. Gre predvsem za to, da bi se število transplantacij povečalo, za to pa bi bilo potrebno zagotoviti ustrezne razmere in pogoje. Ob dejstvu, da pri nas kadrovsko in strokovno transplantacijo ledvic obvladamo, se je tudi sestanek sukal predvsem o dveh stvareh, ki bi jih bilo treba razrešiti, to sta denar in zagotavljanje večjega števila organov (ledvic).

Glede denarja naj bi problematiko v bodoče reševali tudi s stimulacijami, za zagotavljanje večjega števila organov (ledvic) pa bi bilo treba dograditi zakon o transplantacijah. V ustanavljanju je Slovenija transplant, ki se bo vključil v Euro transplant.

Za spodbujanje darovanja organov (ledvic) pa so se dogovorili, da bo ZDLB Ministrstvu predložila predlog za izvajanje stalnih aktivnosti v javnih medijih, zlasti TV, s čimer bi se bržkone povečalo darovanje.

SKUPŠČINA JE ZASEDALA

Februarja letos je bila 8.seja skupščine Zveze ledvičnih bolnikov Slovenije. Poleg razprave o zaključnem računu Zveze za leto 1993 je skupščina razpravljala še o novi finančni oz. društveni zakonodaji ter o problematiki dializnih centrov.

Zaključni račun za lansko leto je skupščina soglasno sprejela. Lani je bilo 2.473.751 SIT prihodkov in 1.160.237 SIT odhodkov, Saldo v višini 1.313.513 SIT je skupščina namenila za stroške tiskanja praktičnih navodil za člane ZDLB Slovenije, to so posebne mape za zbiranje dokumentacije o bolezni, navodila za zdravljenje oz. napotki o tem, kako živeti z ledvičnimi boleznimi, pri čemer bo sodelovalo Društvo ledvičnih bolnikov Ljubljana. Nekaj denarja pa bo namenjenega tudi za opremo in ureditev prostorov, ki jih doslej ZDLB Slovenije sploh ni imela.

EVROPSKE ŠPORTNE IGRE TRANSPLANTIRANIH

Madžarska bo letošnja gostiteljica športnih iger transplantiranih v Evropi. Igre bodo od 23. do 28. avgusta letos, tekmovanja pa bodo potekala v atletiki, plavanju, namiznem tenisu, badmintonu, kegljanju in lahkem mnogoboju.

Zainteresirani lahko dobijo podrobnejše informacije pri VMS Mirjani Čalič, sicer pa bo potrebno organizatorju prijave poslati do 15. junija letos.

IZ NAŠIH DIALIZNIH CENTROV

M. Brilej

TRBOVLJE

Trboveljski dializni center je med najmlajšimi pri nas. Deluje od leta 1986 in ima prostore v posebni zgradbi nad trboveljsko bolnišnico. Center ima šest postelj in osem dializnih aparatov, od tega tri nove, dializira pa se 32 bolnikov iz Trbovelj, Zagorja, Hrastnika in Litije, že nekaj časa pa imajo na dializi tudi enega begunca.

V centru dela deset sester: Brigita (vodja), Blaža, Boža, Melita, Daniela, Dani, Marija, Jelena, Petra in Vika, ki delajo v treh izmenah, poleg tega pa sta tu še dve strežnici, Maja in Gospa. Šef oz. predstojnik centra je dr. med. Anton Adamlje, specialist internist. Tako kot v drugih dializnih centrih tudi v trboveljskem delo ni lahko. Poleg splošne zahtevnosti dela, stalne pozornosti ter nenehnega nadziranja delovanja dialize je tu še problem specifičnosti ženskega kolektiva. Vsako odsotnost sestre je treba obvezno nadomeščati, kar predstavlja še dodatne napore zanje. Sicer pa delovanje dializnega centra Trbovlje spremljajo podobne značilnosti kot druge centre po Sloveniji.

Ledvični bolniki s končno odpovedjo ledvic nujno potrebujejo dializni center. Tega se vsi zavedajo in tako tudi v Trbovljah bolniki s hvaležnostjo sprejemajo dejstvo, da jim dializa omogoča življenje, pa čeprav so trikrat tedensko vezani na nekajurno ležanje v centru. Res je tudi, da znajo sestre oz. celotna ekipa dializnega centra v Trbovljah pacientom ta nekajurna ležanja v čim večji meri olajšati, saj tu prevladujejo prijaznost, dobra volja in nenazadnje strokovnost. To pa so pglavitni elementi za zadovoljstvo vseh - osebja in pacientov.

PISMA BRALCEV**MOJA ZGODBA****Cvetka Černe**

Že kot osemletna deklica sem bila prvič na pregledu zaradi ledvic. Ugotovili so akutno vnetje. Prav posebnega zdravljenja mi niso predpisali. Ko pa sem hotela oddati zdravniško spričevalo ob nastopu službe, so mi namesto potrdila dali napotnico za bolnico. Tako se je začelo zares. Nato je šlo zelo hitro. Naredili so mi fistulo, čez tri mesece pa sem bila že na HD, stara komaj dvaindvajset let. Takrat smo bili le trije pacienti, dializa pa je trajala dvanajst ur. Vse to se je vleklo polnih osem let, nakar sem dobila kadavrsko ledvico. Še preden se je obrnilo leto, sem rodila dečka. Čeprav malega in lahkega, toda bil je čisto moj. Ledvica mi je nato delala še tri leta, nakar sem morala ponovno na HD. Čeprav je bila tedaj dializa veliko bolj izpopolnjena in precej krajša, je bila to zame velika obremenitev. Gradnja hiše, majhen otrok pa še dializa. Tako sem se ponovno prijavila za transplantacijo. Po dobrem letu sem dobila kadavrsko ledvico, ki je brez problemov delovala devet let. Lansko leto sem ponovno prišla na dializo. Čeprav sem sedaj na dializi komaj pet mesecev in so pogoji naravnost idealni glede na prejšnje čase, sem se spet odločila za presaditev. Vem, da je čakalna doba dolga, zato moram ta čas na dializi kar se da izkoristiti. Veliko potujem, s tem pozabim na žejo, ki je prav peklenska, toda z dobro voljo se da vse narediti. Res pa je, da imam že od vsega začetka ob sebi dobrega moža in sedaj še otroka, za katerega se spleča živeti disciplinirano.

In kaj naj rečem za konec? Dializa ob pomoči dobrih zdravnikov in sester ni prav nič strašna, če si sam znaš dopovedati, da tako pač mora biti, in si vsak dan posebej urediš tako, kot ti ustreza.

Dializni glasnik
Številka 30
Ljubljana, junija 1994

Izdaja in ureja
Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije
Ljubljana, Zaloška 7

Uredniški odbor:

Martin Brilej, Mirjana Čalič, Zvonko Gosar, Stanko Jarc, dr. Aljoša Kandus, dr. Radoslav Kveder, dr. Jelka Lindič, dr. Marko Malovrh, Pavle Podlipnik, dr. Rafael Ponikvar

Oblikoval Blaž Brilej

Lektoriral Stanko Jarc

Razmnožil v 900 izvodih Robert Vesel

Po mnenju Ministrstva za kulturo Republike Slovenije (št. 415-438/92mb z dne 4.6.1992) šteje "Dializni glasnik" med proizvode, za katere se plačuje 5% davek od prometa proizvodov.