

LEDVICA



GLASILO ZVEZE DRUŠTEV LEDVIČNIH BOLNIKOV SLOVENIJE

POŠTNINA PLAČANA PRI POŠTI 1270 LITJA

LJUBLJANA, APRIL 2002

LETO 20 / ŠTEVILKA 2



Prevozi, afera, stavka...

V slovenskem zdravstvu so bila v zadnjih tednih zelo razgibana dogajanja. Nas je še pred kratkim zelo zaposlovala tema o povračilu stroškov za obiske pri zdravniku v drugem kraju in o prevozi na dializo, ki se je sicer iztekla kolikor toliko ugodno za nas. Komaj se je zadeva malo umirila, pa je udarila afera z eritropoetinom, ki je spet zadevala ravno dializne centre in seveda ledvične bolnike, ki eritropoetin dobivajo v sklopu zdravljenja z dializo. Ministrstvo za zdravje in državna zavarovalnica sta z namenom, da bi država spet kaj privarčevala, ugotovila, da se v dializnih centrih porabi mnogo preveč eritropoetina, kot pa bi se ga lahko. Ker je to zdravilo že v ceni dialize, ki jo dializnim centrom plača zavarovalnica, naj ga zdravniki ne bi predpisovali na recept, ker potem zavarovalnica eno in isto zdravilo plačuje dvojno. Pa se je pokazalo, da je po dializnih centrih stanje zelo različno. Nekateri zdravniki eritropoetin sicer predpisovali tudi na recepte in s tem dializnim centrom prihranili nekaj denarja, oziroma ustvarili nekaj dobička, ponekod pa so se držali predpisov, ki določajo, da je to zdravilo že v ceni dialize. Zadevo pristojne službe Ministrstva in zavarovalnice se še vedno raziskujejo, na koncu pa se bo najbrž pokazalo, da imajo tako eni kot drugi toliko tehtnih argumentov za svoje ravnanje - pa kakršno koli je že bilo - da bo šla zadeva slej ko prej v pozabo, ker morda ne bo nikoli prav do konca raziskana. Navsezadnje nas ta afera neposredno vsebinsko niti ne zadeva, saj dializni bolniki zdravstveno niso bili v ničemer kakorkoli prikrajšani za kakovostno zdravljenje. Vsi so dobivali eritropoetin v predpisanih odmerkih, koliko pa so ga pojedli kolesarji pa seveda ni naš problem. Bolj zanimivo je dejstvo, da se v naši državi zelo pogosto, ali pa čedalje pogosteje, pojavljajo težnje po varčevanju ravno pri slovenskih dializnih bolnikih. Kot da bi ti postali nekakšno breme za državo, nekakšen nepotreben strošek, ki ga je treba skrbno ohraniti na minimum. Toliko, da se še ohrani pri življenju, pa kakršno koli že bo.

Pravzaprav nimam ničesar proti varčevanju, nasprotno, celo zavzemam se zanj, vendar moram spet obelodaniti že nič kolikokrat izrečeno misel, da je treba varčevati tam, kjer denarja ni najbolj nujno potrebno trošiti. Pri tem je seveda glede tega treba računati na različne vrednostne ocene, vendar pa zdravstvo zagotovo ni tisto področje, ki bi bilo nenehno na rešetju za ustvarjanje prihrankov. Seveda pa je v tem sklopu dializa, in vse kar je povezano z zdravljenjem in kakovostjo življenja dializnih bolnikov, še posebno izpostavljeno področje, ki naj bi bilo deležno nenehnih podpore in izboljšav, ne pa da se ravno pri tem kar naprej išče prihranke. Navsezadnje država daje mnogo več denarja za vojsko, zunanjo politiko in še kaj drugega, da ne govorim o opremi in čem podobnem, o čemer so v zadnjem času slovenski mediji kar precej povedali. Moj namen sicer ni komentiranje državnih naložb, vendar je treba na to opozoriti vedno in takrat, kadar se poskuša na naših hrbtih iskati prihranke, ob hkratnim soočenjem z nerazumnimi in (pre)dragimi naložbami na drugem koncu, denar pa gre navsezadnje iz iste vreče... Stavko zdravnikov ne bi na široko komentiral. Dejstvo je, da ji slovensko javno mnenje ni bilo naklonjeno, da je ljudje niso odobraval in da bolnike ni pri tem nihče nič vprašal. V vsebino pogajalskih zahtev pa se ne mislim vtikati. Nazadnje so se zdravniki in država med seboj tudi sporazumeli, kar je bilo edino razumno. Ob tem sem večkrat pomislil na medicinske sestre in zdravstvene tehnike, ki so tudi zanesljivo preobremenjeni in bi si zaslužili vsaj tolikšno pozornost pri obravnavi njihove problematike, kot so jo bili deležni zdravniki. Kar pa se nas tiče, bi omenil zgolj dejstvo, da nam pri akciji za nov ultra zvočni aparat, ko pomagamo iskati donatorske prispevke, ta stavka ni bila prav v nobeno podporo, prej nasprotno. Pa čeprav za ledvične bolnike - ambulantne, bolnišnične, dializne, transplantirane - med stavko ni bilo prav nič drugače kot prej.

Martin Brilej, urednik

1982 - 1999 Dializni glasnik
1999 - Ledvica

Vsebina:

- Presaditev ledvicestr. 2
- Vpliv imunosupresivnih zdravil, stranski učinki, perspektive...str. 5
- Zdravljenje z zdravili.....str. 8
- Kalcij - fosfor.....str. 9
- Naš intervju.....str. 10
- Prehrana dializnih bolnikov.....str. 11
- Iz naših društev in dializnih centrov....str. 13
- Kdo je oproščen plačevanja TV prispevka.....str. 17

Oglasil se je tudi predsednik ZDLB

KAJ PA BOLNIKI?

Ob aferi z eritropoetinom, je osrednjim slovenskim medijem posredoval izjavo tudi predsednik Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije **Brane Tome**. Najprej je opozoril na predhodne dogodke, ki so se nanašali na ledvične oz. dializne bolnike, predvsem na problematiko prevozov na dializo, potem pa še na zmedo okrog (ne)plačevanja prevozov na zdravniške preglede, kar je prizadelo bolnike s transplantirano ledvico, ki se (vsi) kontrolirajo v Transplantacijski ambulanti v Ljubljani. Glede afere z eritropoetinom je Tome povedal, da ga dializni (in nekateri transplantirani) bolniki nujno potrebujejo in da njih ni nihče ničesar vprašal pri vsem tem. Tudi vse komisije, ki so pregledovale in raziskovale stanje so veliko stale in izrazil bojazen, da bomo vse to na koncu plačali bolniki, izrazil pa je upanje, da to ne bi šlo na račun kvalitete zdravljenja.

Vsem medijem je izrazil pripravljenost za posredovanje mnenj in stalnišče Zveze in društev ledvičnih bolnikov v zvezi s temi dogodki. (m.b.)

Miro Mihelič

Klinični oddelek za urologijo, SPS Kirurške službe,
Klinični center Ljubljana

PRESADITEV LEDVICE

Pri presajanju organov v svetu se najpogosteje presaja ledvica. Dajalec je sorodnik (sorodniška presaditev) ali umrli (kadaverična presaditev).

Do cilja - presaditev ledvice - poteka cela veriga dogodkov. Vse, ki sodelujejo pri tem, je to občilo že predstavilo, le na urologa, ki ledvice presaja, so iz takih ali drugačnih razlogov pozabili. Do sedaj smo večkrat prebrali, da ledvice presajajo nefrologi (zdravniki internisti) ali kirurgi. Nefrologi imajo nesporno velik delež pri izbiri pravega prejemnika ledvice in pri pooperativnem nadzoru, ko je potrebno voditi pravilno imunosupresivno zdravljenje in zasledovati morebitne zaplete pri bolniku ali na presadku. V mnogih deželah po svetu ledvice presajajo kirurgi ali žilni kirurgi. V Sloveniji od prve presaditve ledvice 1970 (urolog prof. Rakovec) ledvice presajamo urologi in izključno v Kliničnem centru. Do začetka devetdesetih let so šivanje žil opravili kardiovaskularni kirurgi, kar gre zasluga prof. Košaku, ki je s svojimi sodelavci do takrat seznanjal in učil urologe te večšine. Od leta 1978 presajamo ledvice umrlih in vse manj, danes pa izjemoma ledvice živih dajalcev.

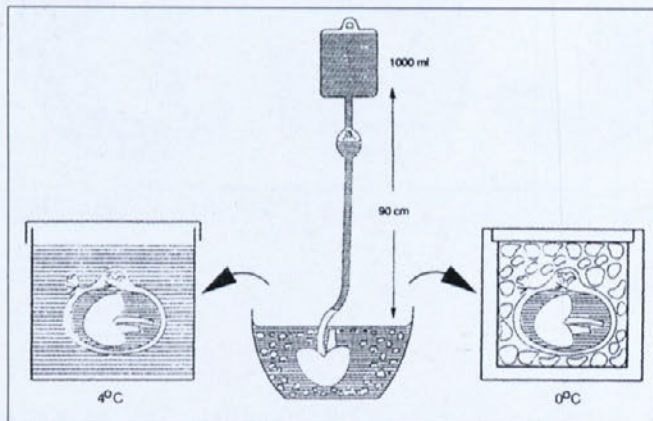
Rad bi predstavil vlogo urologa pri presaditvi ledvice.

PRESADITEV

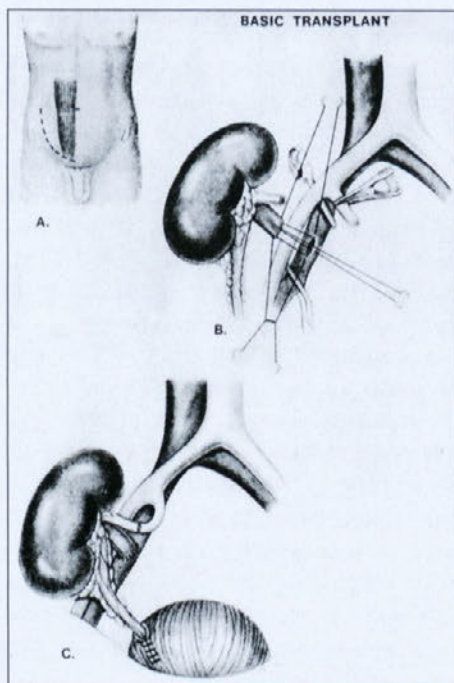
Živi dajalec - prejemnik

Ko na Zavodu za transfuzijo krvi, enoti za tkivno tipizacijo ugotovijo tkivno skladnost dajalca in prejemnika, nefrolog in kasneje še urolog ocenita primerno zdravstveno stanje dajalca in prejemnika, se ju pripravi za operacijo na Kliničnem oddelku za nefrologijo. Operirata dve ekipi urologov. Ena odvzame ledvico s sečevodom, jo ohladi s prebrizgavanjem s posebno ohlajeno tekočino na 4°C (slika 1) in prenese v

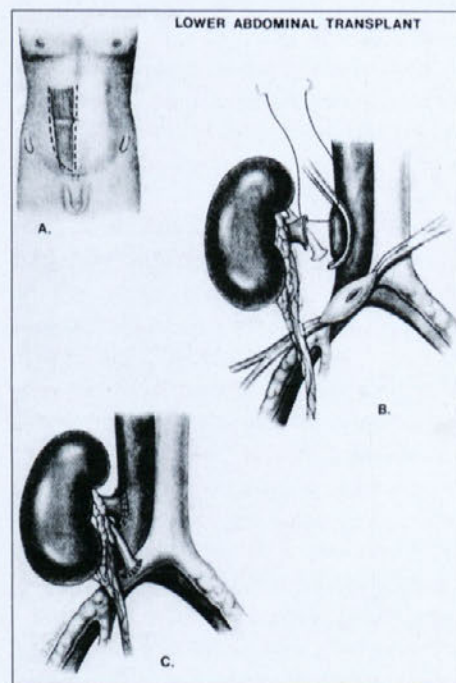
drugo operacijsko dvorano, kjer se pripravlja prejemnika. Preko poševnega zavitega reza (slika 2) ali ravnega navpičnega reza (slika 3) se vstopi v trebuh in pripravi medenično žilje, na katero se nato prišije žilje dajalčeve ledvice (glej sliko 2 in 3). Sečevod vsijemo v sečni mehur, začasno ledvico preko sečevoda z mehurjem povezuje cevka (endoproteza, ang. splint).



Slika 1.: Prebrizgavanje in ohlajanje odvzete ledvice s posebno raztopino in shranitev v hladilniku v tekočini ali ledu.



Slika 2.: Osnovna presaditev (ang. basic transplant). Ledvično žilje povežemo s skupno medenično odvodnico (arterijo) in dovodnico (veno). Sečevod vsijemo v tunel na sečnem mehurju.



Slika 3.: Spodnja trebušna presaditev (ang. lower abdominal transplant) Kadar je na medeničnih žilah preveč poapnitve ali brazgotin ob žilah po operacijah pomaknemo žilno povezavo višje v trebuh na glavno dovodnico (veno kavo) in odvodnico (aorto) ali skupno medenično odvodnico (arterijo).

Mrtvi dajalec - prejemnik

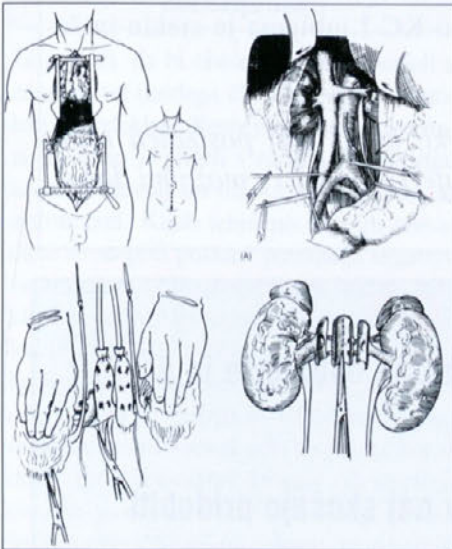
Časa za pripravo na presaditev je manj, ker se zaradi nevarnosti propada organov, ki jih umrli lahko daruje, mudi. Vrsto let je bil edini vir umrlih Enota centralne intenzivne terapije (CIT), Pediatrični oddelek kirurških strok in Klinični oddelek za nevrokirurgijo in nevrologijo v KC Ljubljana. Z razvojem Slovenijatransplanta, se je spodbujalo tudi druge bolnice, da so pričele ugotavljati, ali so umrli le-tam primerni za

podaritev organov. Z vstopom v Eurotransplant je na voljo mnogo več ledvic, zavezuje pa nas, da smo bolj prizadevni pri ugotavljanju primernih dajalcev organov.

Ugotavljanje primerne dajalca organov je moralno zelo zahtevno opravilo (seznanjanje svojcev s smrtjo in nato povpraševanje na pristanek / zadržek za odvzem organov umrlemu) in duševno zelo obremenjujoče za prizadetega in zdravnika, ki ima to nalogo.

/nadaljevanje na str. 3/

Do ustanovitve Slovenijatransplanta so to opravili nefrologi in intenzivisti. Sedaj to opravi koordinator za transplantacijo. Ko umrli postane dajalec organov, je potrebno ugotoviti tkivne lastnosti, da se najde tkivno skladnega prejemnika. Urolog odvzame bezgavke za ta namen. Temu sledi odvzem organov (slika 4).



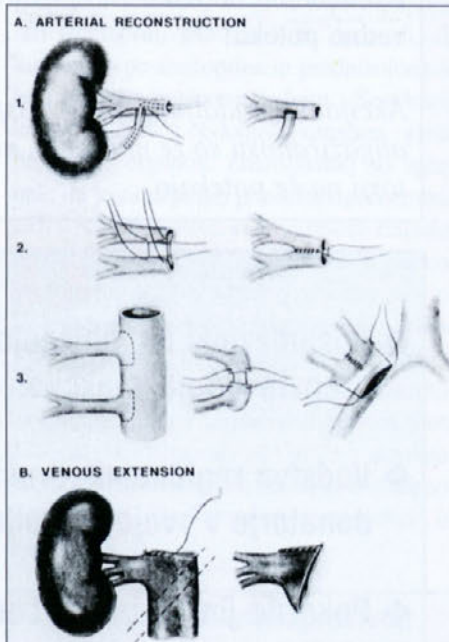
Slika 4.: Odvzem organov pri umrlem dajalcu. Ledvici ležita skriti za prebavili in ob glavni odvodnici in dovodnici. Paziti moramo na njuno žilje in ju pazljivo ločiti.

To zahtevno in zelo stresno delo, ki se skoraj vedno opravi v nočnih urah, smo desetletje opravljali urologi s kardiovaskularnimi kirurgi, v devetdesetih še trebušnimi kirurgi, ker so pričele presaditve srca in jeter. Danes so odvzem organov prevzeli trebušni kirurgi s številnejšo ekipo, ker je odvzem jeter zahteven in dolgotrajen postopek in kardiovaskularni kirurgi, kadar je na voljo srce. Trebušni kirurgi odvzamejo ledvica tudi takrat, ko so samo ta za odvzem. Od članstva v Eurotransplantu, je na voljo več ledvic.

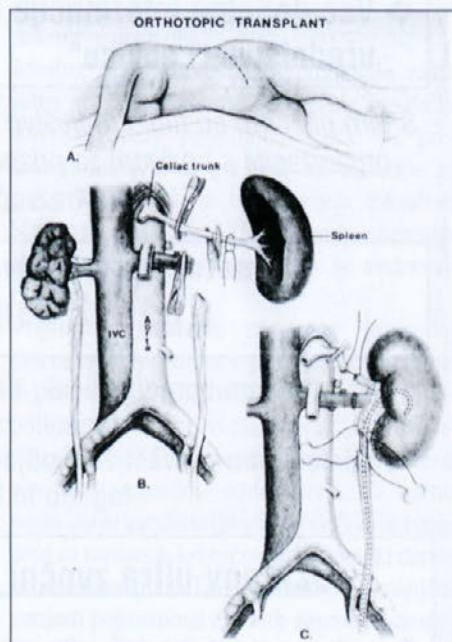
Tako se je urologovo delo spremenilo. Od jemalca (eksplantatorja) in presajevalca (transplantatorja ali implantatorja) je prešel na izključno presajevalca. Ostane nam priprava ledvice za presaditev, ko jo očistimo od večnega maščevja, pripravimo žilje za presaditev in sečevod za vsaditev. Sledi presaditev tako kot pri presaditvi sorodniške ledvice. Nemalokrat si presaditve sledijo ena za drugo, ker prihajajo ledvice včasih v istem dnevu od več domačih dajalcev in iz tujine.

Danes urologi Kliničnega oddelka za urologijo v Kliničnem centru, kot edini ustanovi s transplantacijsko dejavnostjo opravljamo:

- odvzem bezgavke na trupu v KC Ljubljana,
- pripravimo ledvico domačih dajalcev ali iz zamejstva za presaditev,
- opravimo presaditev,
- zasledujemo pooperativno stanje bolnika, dokler ga je potrebno nadzirati s kirurškega vidika,
- endoskopsko pregledamo sečno mehuro po presaditvi in odstranimo endoprotezo,
- opravimo preiskave in zdravimo kirurške / urološke zaplete po presaditvi.



Slika 5.: Nadštevilčne žile je potrebno združiti (A1., 2., 3.), kratke pa podaljšati (B.).



Slika 6.: Ortotopna presaditev (presaditev v ledvično ložo). Če je dajalec sečevod poškodovan ali bolezensko spremenjen, je mogoče uporabiti za žilno povezavo vranico odvodnico (arterijo) z ali brez odstranitve vranice in prejemnikov ledvični meh ali sečevod.

- Ob enakem številu urologov v zadnjih desetih letih se je število presaditev ledvice pomnožilo. To zahteva od nas dodatne napore, še posebno, ker je večina presaditev v popoldanskem ali večernem času. Če bomo sledili Eurotransplantu in uvedli tudi seniorski program presajanja, bo presaditev še več.

- Stanje prejemnika kadaverične ledvice ni urologu več tako pregledno, kot pri sorodniški presaditvi. Prejemniki prihajajo na klic od vsepovsod, izvidi rentgenskih preiskav so stari in stanje žil in sečil ob presaditvi ni vedno tako, kot kažejo izvidi.

- Sodelovanje z nefrologi, ki še vedno natančno vodijo in posodablajo seznam čakajočih na presaditev je več kot zgledno. Po presaditvi in kratkotrajnem okrevanju v Enoti centralne intenzivne terapije, bolniki preživijo preostanek bolnišničnega zdravljenja na Kliničnem oddelku za nefrologijo. Med številne nefrologe se občasno pomeša tudi urolog, ki ga bolnik večina še opazi ne.

- S prejemanjem ledvic iz tujih centrov se je potrebno hitreje odzivati, ker je časa za presaditev zaradi potovanja ledvice do nas manj. Ker je faza uvažanja in učenja prve skupine presajevalcev mimo, ne moremo zavračati organov, pri katerih presaditev zahteva večjo kirurško spretnost in znanje, ampak se moramo tega lotiti z vso odgovornostjo (slika 5 in 6)

Kakšna bo urologova vloga pri presaditvi ledvic v bodoče, ne vemo. Morda bo v bodoče presajevalec kirurg, ki se bo izuril samo za presajanje organov. Trenutno je urologovo mesto nenadomestljivo pred, med in po transplantaciji.

Baxter je zaprl tovarno

V zvezi z afero dializatorjev firme Baxter, ki je v sosednji državi terjala tudi veliko smrtnih žrtev in ki je tudi v Sloveniji razburkala javnost in ledvične bolnike, smo dobili pismo g. Hansa Vanavermaeteja, direktorja za organizacijsko komuniciranje za Evropo, ki ga objavljamo.

"Baxter bo na tem področju tudi v nadaljnje sodeloval z ZDA, Hrvaško, Španijo ter ostalimi zdravstvenimi avtoritetami. Baxter je družinam prizadetih bolnikov ponudil odškodnino ter sklenil dogovor o poravnavi z družinami v Španiji ter na Hrvaškem. Pred kratkim je javni tožilec na Švedskem, kjer je Baxter izdeloval Althane dializatorje, prišel do sklepa, da ni nikakršne osnove za vložitev kazenske ovadbe ter zaključil preiskavo. Dogodki, ki so privedli do skorajšnjih smrti bolnikov so bili nenamerni, ter po besedah tožilca, posledica verige nesrečnih okoliščin. Baxter je trajno opustil proizvodnjo dializatorjev, ki so povzročili neljube dogodke ter zaprl tovarno v Miami-ju (v kateri so proizvajali vlakna) ter Ronneby, (kjer so izdelovali dializatorje). Baxter ravno tako sodeluje z ISO (Mednarodno Organizacijo za Standarde) v smislu revizije standardne prakse ter postopkov testiranja v želji po izboljšanju znanstvenega razumevanja ter varnostne ocene svojih izdelkov."

S spoštovanjem,

Hans Vanavermaete, direktor za organizacijsko komuniciranje za Evropo

(Prevod: Aleksandra Čalič)

Akcija za nov aparat za ultra zvok teče naprej!

V prejšnji številki "Ledvice" začeta akcija za pomoč pri nabavi novega ultrazvočnega aparata v Oddelku za ultra zvok pri Kliničnemu oddelku za nefrologijo KC Ljubljana je stekla in še vedno poteka!

Akcija se nadaljuje, prvi prispevki, ki so tudi posledica naše angažiranosti so že nakazani, nekateri pogovori z možnimi donatorji pa še potekajo.

KAKO?

- ❖ Posamezniki naj obišejo možne donatorje in jim predstavijo našo akcijo.
- ❖ Vodstva regionalnih društev naj skušajo pridobiti donatorje v svojem okolju.
- ❖ Pokažite jim ta izvod "Ledvice" in jim predstavite našo akcijo.
- ❖ Vse dodatne informacije dobite pri ZDLB Slovenije in uredništvu "Ledvice"

S tem pismom se tudi uredništvo "Ledvice" obrača na vse podjetja in organizacije s pozivom za prispevek donatorskih sredstev za nov ultrazvočni aparat.

Donatorska sredstva nakažite na račun:

02014 - 0017223187

Hvaležni vam bomo za vsak, kakršenkoli prispevek, ki ga boste namenili za UZ aparat.

Uredništvo bo po vaši želji objavilo tudi višino vašega prispevka, logotip in krajši zapis.

Za nov ultra zvočni aparat so prispevali:

Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije.....	200.000,00 sit
Brane Tome, Ljubljana.....	29.130,00 sit
Martin Brilej, Litija.....	22.130,00 sit
Bojan Frangež, Dol pri Hrastniku.....	2.760,00 sit

M.B.

Damjan Kovač, Aljoša Kandus

VPLIV IMUNOSUPRESIVNIH ZDRAVIL NA LJUDI S PRESAJENO LEDVICO, PREPREČEVANJE STRANSKIH UČINKOV IN PERSPEKTIVE ZDRAVLJENJA

Zgodovina imunosupresivnega zdravljenja

Želja ljudi, da bi oboleli organ zamenjali z zdravim od umrlega človeka, sega več stoletij v preteklost. Resnejši poskusi presajanja ledvic so se pričeli v začetku 20. stoletja, ko se je dovolj razvila kirurška tehnika in instrumenti. Kljub tehnično uspešni presaditvi so se prvi poskusi presajanja organov vedno končali s hitro zavrnitvijo organa. Prvi klinični poskusi presajanja so se pričeli med leti 1906 in 1923 v Franciji in Nemčiji, ko so ljudem poskušali presaditi ledvico prašiča, ovce, koze ali primatov. Človeško telo je organ zavrnilo v nekaj urah do največ nekaj dneh. Prvo presaditev ledvice od umrlega človeka so izvedli leta 1936 v Rusiji vendar ledvica ni pričela nikoli delovati in je bolnik umrl v naslednjih dveh dneh. Neuspešni poskusi presajanja organov, brez poznavanja osnov tkivne skladnosti in imunskega sistema so zavrle presajanje organov za naslednji dve desetletji. Šele leta 1951 je bila izvedena prva nekoliko uspešnejša presaditev matere ledvice. Ledvica je uspešno delovala tri tedne, brez imunosupresivnih zdravil. Že leta 1944 so odkrili, da je zavračanje organov imunološki dogodek. To je sprožilo idejo, da bi lahko zavračanje organov preprečili z zaviranjem imunskega sistema. Tako so leta 1958 prvič uporabili rentgensko obsevanje celega telesa, s katerim so uničili imunske celice, ki sodelujejo pri zavrnitvi. S to metodo je bolnik z ledvico, ki mu jo je daroval brat, preživel celo dvajset let, nekaj bolnikov z nesorodniško ledvico pa do 18 mesecev. V naslednjem obdobju so posvetili veliko truda raziskavam zdravil, ki bi učinkovala na telo podobno kot rentgenski žarki, torej bi bila toksična za kostni mozeg, kjer se tvorijo imunske celice. Leta 1960 so prvič uporabili metotreksat in ciklofosamid pri presaditvi sorodniške ledvice. Kljub tem zdravilom je prišlo pri bolnici do številnih zavrnitev, ki so jih začasno zavrli s kortikosteroidi, vendar bolnica ni preživela več kot pet mesecev. Številne okužbe pri bolnikih, ki so prejeli ta zdravila so pripeljala do spoznanja, da vpliv na kostni mozeg pri preprečevanju zavrnitve ni zaželen, pač pa je potrebno vplivati neposredno na imunske

celice. Korak naprej je pomenilo odkritje 6-merkaptopurina in kasneje azatioprina (Imuran). Leta 1962 so prvič uspešno uporabili azatioprin, leta 1963 pa spoznali, da kombiniranje azatioprina in prednizolona še bolj podaljša preživetje ledvice. Šestdeseta leta so bila tako obdobje optimizma glede presajanja organov. Znanstveniki so spoznali, da je za uspešno presaditev pomembna tudi tkivna skladnost, ki so jo pričeli rutinsko uporabljati leta 1962. Kljub uporabi imunosupresivnih zdravil se preživetje organov ni bistveno spremenilo do odkritja ciklosporina leta 1978, ki je pomenil novo revolucijo v transplantaciji, saj se je pomembno zmanjšalo število akutnih zavrnitvenih reakcij. Leta 1985 so pričeli uporabljati OKT3, v devetdesetih letih pa so prišli na tržišče še mikofenolat mofetil, basiliximab, sirolimus in takrolimus.

Današnja imunosupresivna zdravila po presaditvi ledvice

Cilj imunosupresivne terapije po presaditvi ledvice je preprečitev akutne in kronične zavrnitve presadka.

Idealna imunosupresija bi preprečila zavrnitev pri vseh prejemnikih ledvice, zavrta bi imunski odziv prejemnika samo na presajeno ledvico ne pa tudi na mikrobo in celice novotvorb in ne bi imela toksičnih stranskih učinkov. Sodobna imunosupresija se temu cilju približuje, a ga še vedno ni dosegla.

Pogostnost akutnih zavrnitev je sedaj bistveno redkejša kot v preteklosti, pojavi se le pri 10-20% prejemnikov v prvem letu po presaditvi ledvice. Pri nas je pogostnost akutnih zavrnitev še redkejša. Čeprav je akutna zavrnitev navadno ozdravljiva, pa njeno pojavljanje predstavlja glavni dejavnik tveganja za nastanek kronične zavrnitve, ki danes še ni ozdravljiva. Tako posredno z zmanjševanjem pogostnosti akutnih zavrnitev zmanjšujemo tudi pojavnost kroničnih zavrnitev. V zadnjem desetletju se je poleg pogostnosti akutnih zavrnitev podaljšala tudi razpolovna doba presajenih kadavrskih ledvic od 8 na 12 let.

V sodobni imunosupresiji po presaditvi organov uporabljamo več imunosupresivnih

zdravil hkrati. Vsako zdravilo ima svojevrstno delovanje na imunski sistem. S kombinacijo zdravil učinkujemo na imunski sistem na različnih mestih njegovega delovanja, kar je učinkovitejše, obenem pa so potrebni manjši odmerki posameznih zdravil zaradi česar se pojavi manj stranskih učinkov. V svetu obstajajo številne sheme za imunosupresivno zdravljenje po presaditvi organov. V Sloveniji uporabljamo trenutno po presaditvi ledvice kombinacijo basiliximaba (Simulect), kortikosteroidov (Medrol), ciklosporina (Sandimmun Neoral) in mikofenolat mofetila (CellCept). Po transplantaciji različnih organov uporabljamo kombinacije različnih imunosupresivnih zdravil.

Poleg učinkov, ki jih želimo doseči z imunosupresivnimi zdravili, ima lahko večina teh zdravil tudi stranske učinke. Pri posamezniku se izrazijo običajno le nekateri, pogosto pa stranskih učinkov sploh ne zasledimo. Nujno je, da bolnik že pred presaditvijo ledvice pozna morebitne stranske učinke, saj opuščanje zdravil po presaditvi ni mogoče in jih le včasih pri nekaterih bolnikih lahko opustimo ali zamenjamo ob strogem nadzoru delovanja presajenega organa.

Stranski učinki imunosupresivnih zdravil

Zaradi zaviranja imunskega sistema, ki je udeležen tudi pri obrambi pred mikrobi in rakastimi celicami so po presaditvi pogostejše okužbe in novotvorbe. V različnih obdobjih po presaditvi se pojavljajo različne okužbe. V začetnem obdobju, neposredno po presaditvi, zasledimo bakterijske okužbe sečil, pljučnice ali okužbe rane. Kasneje se lahko pojavljajo okužbe z virusi kot so citomegalovirus in drugi herpesvirusi, z glivami, bakterijami in tudi nekaterimi paraziti.

Za preprečevanje pogostejših infekcij je pomembno cepljenje proti gripi, pnevmokokni pljučnici, izogibanje stikov z bolnimi, protimikrobna preventiva in ustrezna higiena. Pri kandidatih za presaditev ledvice je potrebno preveriti, če so opravili cepljenja proti boleznim, ki zahtevajo živo cepivo, ker so takšna cepljenja po presaditvi nevarna in zato prepovedana.

/nadaljevanje na str. 6/

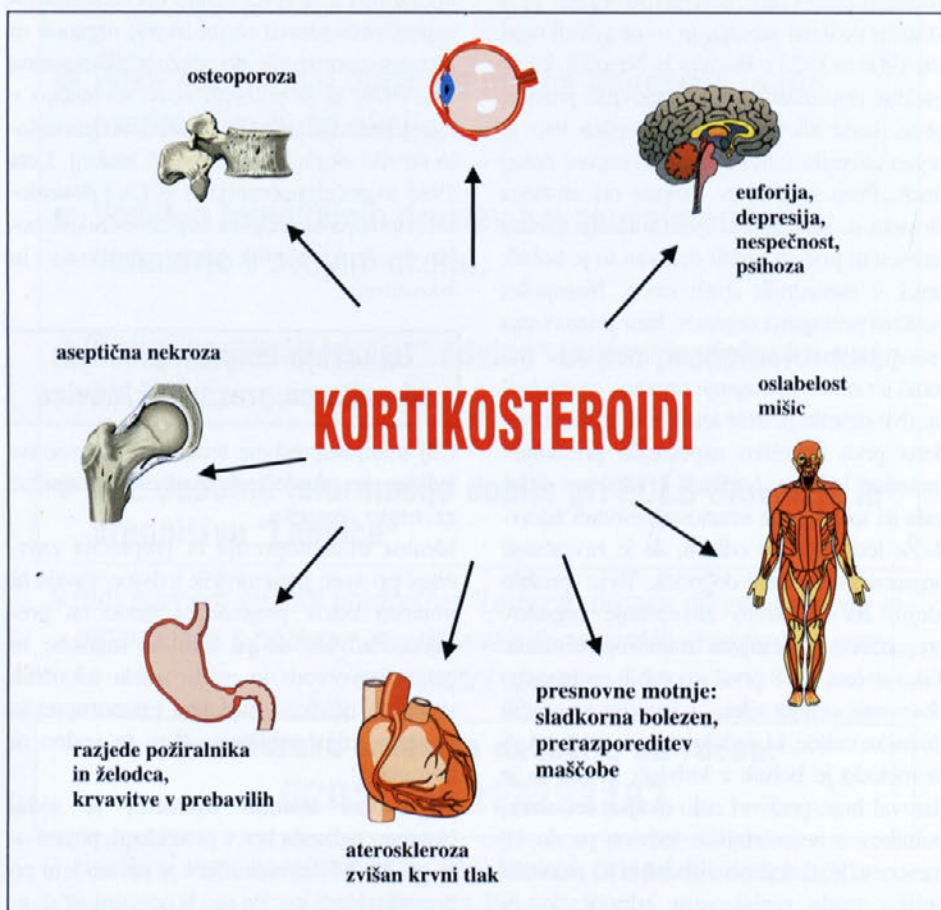
Novotvorbe so po presaditvi pogostejše kakor pri zdravih ljudeh. Tveganje za novotvorbo, ki ni kožnega izvora, je v povprečju 3,2-krat večje kot pri sicer zdravih ljudeh, za novotvorbo kože pa do 20-krat večje. Med nekožnimi novotvorbami so najpogostejše novotvorbe rodil, spolovil in sečil, sledijo prebavila, limfomi in dihala. Pogostnost novotvorb dojke, jajčnikov in možganov po presaditvi ni večja kakor pred presaditvijo. Že pred presaditvijo moramo izključiti morebitne že prisotne novotvorbe. Vsi bolniki po presaditvi morajo nehati kaditi, poleti morajo kožo zaščititi pred neposrednim soncem, izpostavljene predele kože pa mazati z zaščitnimi kremami, ki vsebujejo UV filter visoke vrednosti (vsaj 15). Ženske morajo po presaditvi vsakih 6 mesecev na ginekološke preglede, pomembno je tudi samopregledovanje dojk. Pri ženskah, ki so starejše od 50 let in tudi pri mlajših ženskah, ki imajo družinsko obremenjenost z rakom dojke ali so že prebolele raka dojke priporočajo na 1 do 2 leti mamografijo. Vsak pojav eritrocitov v seču natančno raziščemo s pregledi na celice, ultrazvočno preiskavo, cistoskopijo, če je potrebno napravimo tudi intravensko urografijo ali računalniško tomografijo (CT). Pri pacientih starejših od 50 let priporočajo enkrat letno preiskavo blata na kri za izključitev malignoma prebavil. Pri moških priporočajo tudi obdoben pregled krvi na prostata-specifični antigen (PSA), ki je pokazatelj malignoma prostate.

Metilprednizolon (Medrol®) in pronizon (Pronison®)

Zdravila spadata v skupino kortikosteroidov, ki so eno prvih imunosupresivnih zdravil. So sicer zelo učinkoviti, žal pa imajo številne stranske učinke (slika 1). Občutljivost glede stranskih učinkov je pri posameznikih zelo različna. Povzročata lahko zmanjševanje gostote kosti, redko tudi nekrozo glavice stegenice, zato je pomembno, da bolnik zdravniku pove, če se mu po presaditvi pojavijo bolečine v kolku. Zmanjševanje gostote kosti lahko uspešno preprečujemo z zdravili kot so bisfosfonati (npr. Fosamax, Aredia), kalcitoninom (Miacalcic), vitaminom D (npr. Rocaltrol, Alpha D3) in kalcijem. Pri nekrozi glavice stegenice pa je pomembna razbremenitev sklepa, včasih pa je potrebna tudi operacija. Pojavi se lahko siva mrena ali zvišan očesni tlak proti katerima žal nimamo prave preventive. V primeru nastanka sive mreene, ki pomembno zmanjšuje vid, je potrebna operacija in zamenjava leče.

Kortikosteroidi lahko zmanjšajo mišično moč, povzročajo sladkomo bolezen, zvišujejo krvne maščobe in krvni tlak. Če se zvišajo krvne maščobe, je potrebna najprej stroga dieta, če pa ta ni dovolj učinkovita, je potrebno tudi zdravljenje z zdravili za nižanje krvnih maščob (npr. Artein, Sinvacor). Privedejo lahko do prerazporeditve maščobe in nastanek t.i. lunastega obraza. V želodcu in dvanajstniku se lahko pojavijo razjede, zaradi česar v začetnem obdobju bolniki prejemajo zdravila za zaščito želodca (Ranital, Ultop, Rupurut ipd.). Lahko stanjša kožo, pogostejše so podpludbe, rane se celijo počasneje, možne so psihične težave. V začetnem obdobju, ko so odmerki kortikosteroidov najvišji, se lahko prehodno pojavijo akne.

reakcije. Če ti pogoji niso izpolnjeni, je lahko ukinitvev kortikosteroidov nevarna in lahko privede do zavrnitve ledvice. Kortikosteroide ukinitvev postopno v 6 mesecih. Če pride med ukinitvijo do zavrnitve, jo zdravimo po protokolu transplantacijskega centra. Drugi poskus ukinitvev je lahko po vsaj 3 mesecih stabilnega delovanja presajene ledvice. Med ukinitvijo kortikosteroidov je potrebno kontrolirati koncentracijo ciklosporina in kreatinina na 2 tedna, po ukinitvi pa na en mesec. Koncentracijo ciklosporina pa med ukinitvijo višjo, med 150 in 250 ng/ml. Po ukinitvi kortikosteroidov mora bolnik prehodno jemati hidrokortizon, ker je nadledvična žleza običajno zavrneta. Odmerek hidrokortizona je običajno



Slika 1. Stranski učinki kortikosteroidov.

Če so prisotni izraziti stranski učinki, se pogosto odločimo za ukinitvev kortikosteroidov. Pri tem mora biti izpolnjenih nekaj pogojev: bolnik mora jemati ciklosporin, serumska koncentracija kreatinina mora biti pod 180 mmol/l, od presaditve mora miniti vsaj 6 mesecev, delovanje ledvice mora biti v zadnjih treh mesecih stabilno, kar pomeni spremembo koncentracije serumskega kreatinina manj kot 20 %, senzibilizacija pred presaditvijo ne sme biti več kot 80%, v preteklosti ne sme biti hude zavrnitvene

10 mg zjutraj okoli 8. ure in 5 mg popoldne okoli 17. ure, da s tem oponašamo dnevni ritem izločanja hormonov iz nadledvične žleze. Po 3 mesecih napravimo hitri ACTH test, s katerim preverimo, če nadledvična žleza že normalno deluje, v nasprotnem primeru mora bolnik jemati zdravilo še nekaj mesecev. Kortikosteroide ukinitvev rutinsko po enem letu pri tistih bolnikih, ki so zdravljeni po novem protokolu in prejemajo od začetka Sandimmun Neoral, CellCept in Medrol. /nadaljevanje na str. 7/

Ciklosporin (Sandimmun Neoral®)

Čprav ciklosporin preprečuje zavrnitev presajene ledvice, po drugi strani na ledvico lahko vpliva škodljivo. Povzročajo zoženje drobnih ledvičnih žil, še posebej pri visoki koncentraciji v krvi, dolgoročno pa povzročajo slabše delovanje ledvice, zato želimo, da koncentracija ciklosporina v krvi ni previsoka. Mora biti v določenem terapevtskem območju, kar je več kot tri mesece po presaditvi med 100 in 150 ng/ml. Le redko želimo koncentracijo nad (če prejema bolnik samo Sandimmun) ali pod (če so prisotni izraziti stranski učinki) tem območjem. Drugi možni stranski učinki so še vpliv na živčevje, ki se odraža kot tresenje rok in glavobol, vpliva lahko na delovanje jeter, kar opazimo kot zvišanje jetrnih encimov in bilirubina. Lahko je motena presnova maščob, pojavi se lahko tudi motnja v presnovi krvnega sladkorja in uratov s pojavom putike. Podobno kot kortikosteroidi vpliva tudi na presnovo kosti. Ciklosporin je eden od vzrokov za zvišanje krvnega tlaka po presaditvi. Če je po presaditvi krvni tlak zvišan, mora biti hrana obvezno neslana. Zveča se lahko poraščenost kože, zveča se tudi nevarnost nastanka krvnih strdkov. Pogost stranski učinek je hipertrofija dlesni. V redkih primerih, ko je hipertrofija dlesni zelo izrazita, zdravilo zamenjamo s takrolimusom, ki učinkuje na podoben način kot ciklosporin, nima pa vpliva na dlesni. Nekatera zdravila, ki jih bolniki jemljejo sočasno s Sandimmunom vplivajo na koncentracijo ciklosporina v krvi. Če se koncentracija zveča, se lahko stopnjujejo stranski učinki ciklosporina, če pa se koncentracija zmanjša, lahko pride do zavrnitve presadka. Da ne bi do tega prišlo, se mora prejemnik ledvice o jemanju novega zdravila vedno posvetovati z zdravnikom v transplantacijski ambulanti.

Mikofenolat mofetil (CellCept®)

Zdravilo večina bolnikov dobro prenaša brez pomembnih stranskih učinkov. Lahko se pojavijo težave s strani prebavil, predvsem kot driska, siljenje na bruhanje ali bruhanje in bolečina v trebuhu. Včasih se lahko pojavi tudi vnetje požiralnika in razjede prebavil s krvavitvijo. Če se stranski učinki izrazijo, se običajno na začetku zdravljenja. Stranski učinki običajno minejo, če dnevni odmerek zdravila razdelimo v

tri manjše odmerke, če se zdravilo jemlje s hrano ali zmanjša dnevni odmerek zdravila. Le redko je potrebno zdravljenje povsem prekiniti. Zdravilo lahko vpliva tudi na kostni mozeg in lahko povzročajo slabokrvnost, znižanje levkocitov in trombocitov.

Takrolimus (Prograf®)

Ima podoben mehanizem delovanja kot ciklosporin, le da so stranski učinki drugačni. Ne povzročajo zvečane poraščenosti, nabrekanje dlesni in manj zvišuje krvne maščobe. Bolj pogosto kot ciklosporin pa povzročijo sladkorno bolezen, bolj je škodljiv za živčevje in prebavila.

Azatioprin (Imuran®)

Danes le še redko uporabljamo. Prejemajo ga bolniki, ki so imeli v preteklosti zavrnitveno reakcijo ali bolniki z zavrnitvijo, ki ne prenašajo CellCepta. Najpomembnejši so stranski učinki na kostni mozeg, ki se kaže z zmanjšanjem števila krvnih celic in učinek na jetra, ki se kaže z zvišanjem jetrnih encimov.

Baziliksimumab (Simulect®)

Je novo imunosupresivno zdravilo ki je zelo specifično. Gre za protitelesa (oblika beljakovine), ki se vežejo na določena mesta na limfocitih in s tem preprečijo vezavo interleukina 2. To je beljakovina, ki spodbudi imunski odgovor in s tem zavrnitveno reakcijo. Dajemo ga neposredno pred presaditvijo in četrti dan po presaditvi. Stranskih učinkov do sedaj niso ugotovili.

Daklizumab (Zenapax®)

To zdravilo je po sestavi, delovanju, učinkovitosti in stranskih učinkih zelo podobno basiliksimumabu. Pri nas ga zaenkrat še ne uporabljamo.

OKT3

To so protitelesa proti limfocitom, ki se uporabljajo pri zavrnitveni reakciji, če Medrol v povečanem odmerku ni učinkovit. V nekaterih centrih po svetu pa ga uporabljajo tudi takoj po presaditvi za preprečevanje zavrnitve. Ker gre za beljakovino, ki je človeku tuja, lahko izzove pri zdravljenju številne neželene učinke, kot so pljučni edem, zvišana telesna tem-

peratura, mrzlica, dihalna stiska, alergične reakcije, zato ga dajemo samo v bolnišnici pod zdravniškim nadzorom.

ATG in ALG

ATG (antitimocitni globulin) in ALG (antilimfocitni globulin) so protitelesa, ki jih redko uporabljamo pri zdravljenju akutne zavrnitve. Enako kot OKT3 jih dajemo v veno in vedno samo v bolnišnici.

Prihodnost imunosupresivnega zdravljenja

V prihodnosti se obeta najprej vrsta novih imunosupresivnih zdravil z bolj specifičnim delovanjem in manj stranskimi učinki. Nekatera od teh zdravil so izboljšana, danes že znana zdravila, kot so npr.:

SDZ RAD, ki je derivat rapamicina (tega zdravila pri nas sicer ne uporabljamo) in zagotavlja predvsem boljše izrabo zdravila.

ERL080A je izboljšana oblika mikofenolat mofetila z manj stranskimi učinki na prebavila. Možna bi bila tudi uporaba nižjega odmerka.

Indoly-ASC je oblika takrolimusa z boljšimi terapevtskimi lastnostmi.

Obetajo se tudi nova zdravila, ki imajo povsem nov mehanizem delovanja npr. **FTY720**, ki povzroči zadrževanje limfocitov v bezgavkah in sproži apoptozo (oblika odmiranja celic) limfocitov ter s tem zmanjša število limfocitov v krvi, ki so udeleženi pri zavrnitvi.

Težnja pri razvijanju novih zdravil je predvsem zelo usmerjeno delovanje zdravil na tiste celice, ki sodelujejo pri zavrnitvi. V prihodnosti veliko obeta tudi imunska toleranca, ki bi omogočila prepoznavanje tujega tkiva kot lastnega.

Prof. dr. Staša Kaplan-Pavlovčič dr. med.

ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI

Sodobna medicina temelji na zdravljenju z zdravili. Z zdravili uspešno zdravimo veliko število ledvičnih bolezni, nekatere popolnoma pozdravimo, pri številnih lahko z rednim jemanjem zdravil preprečimo slabšanje ledvične funkcije ali zelo podaljšamo čas do končne ledvične odpovedi.

Bolniki s kronično ledvično boleznijo, še posebno če imajo tudi oslabiljeno delovanje ledvic, bolniki, ki se zdravijo s hemodializo ali peritonealno dializo in bolniki s presajeno ledvico, imajo pogosto predpisanih več različnih zdravil (tudi več kot 6!), ki jih morajo prejemati v različnih toda točno določenih časovnih intervalih.

Pravilna uporaba zdravil je lahko zapletena, saj je na tržišču veliko različnih zdravil, nekatera med njimi imajo enako učinkovino in različna tovarniška imena. Vsako zdravilo ima lahko različen način jemanja, natančno je potrebno vedeti kdaj in kako ga je potrebno jemati, kar je še posebno pomembno kadar mora bolnik prejemati več zdravil.

Natančno jemanje zdravil je lažje, če bolnik ve zakaj je potrebno določeno zdravilo in kako deluje.



Učinkovito zdravljenje zahteva natančno prejetje zdravil v predpisanih časovnih obdobjih in predpisanih odmerkih.

Zdravila je potrebno jemati ob določeni uri, v točno določenem odmerku, ki ga predpiše zdravnik. Bolniki z isto boleznijo imajo pogosto predpisane različne odmerke zdravil, v različnih časovnih obdobjih. Večji odmerek zdravila od predpisanega je lahko škodljiv. To se lahko zgodi v primerih, ko bolnik pozabi, da je zdravilo že vzel in ga vzame znova.

Nenadno prenehanje jemanja določenega zdravila je prav tako lahko nevarno! Nekatera zdravila delujejo bolje, če jih vzamemo na prazen, druga na poln želodec.

Pomembno je poznati življenjski ritem bolnika; pogosta potovanja, nočno delo, nočno zdravljenje s hemodializo, zgodnje jutranje delo itd., tako s predpisom zdravil v ustreznem delu dneva omogočimo redno jemanje zdravila. Z zdravnikom določite umik jemanja zdravil, ki se ga boste lahko redno držali.

Poleg rednega jemanja zdravil je koristno tudi osebno spremljati učinek zdravljenja z zapisovanjem nekaterih pomembnih podatkov, ki jih pokažete zdravniku pri kontrolnem pregledu. Posebno na začetku bolezni je korist-

Kaj mora bolnik vedeti o zdravilih, ki jih prejema?

- Poznati mora **ime** zdravila. Bolniki vedo za barvo in obliko zdravila, kar pa ne omogoča prepoznavanje zdravila. Različna zdravila imajo enako obliko in barvo, delovanje pa je popolnoma različno.
- **Zakaj** prejema določeno zdravilo, kar pomeni kako zdravilo deluje: na primer za znižanje krvnega tlaka, izboljševanje pretoka krvi, proti strjevanju krvi, zniževanju fosfatov v krvi, zmanjševanju škodljivih maščob v krvi ...
- **Odmerek** zdravila, ki ga mora prejemati: na primer 5mg, 0,5mg, 150mg...
- Poznati mora možne **stranske** učinke (na primer dražeč kašelj, otekanje...)
- Vedeti mora ali **alkohol** povečuje učinek zdravila in ali zdravilo **zmanjšuje sposobnost** za vožnjo avtomobila (zdravila za boljše spanje, pomirjevala, nekatera zdravila za znižanje krvnega tlaka...)

no, da bolniki z zvišanim krvnim tlakom **beležijo izmerjen krvni tlak**, bolniki z otekljivimi dnevnimi popiti tekočino, zaužito sadje, dnevno telesno težo, izločen seč v 24 urah in drugo po dogovoru s svojim zdravnikom.

Zdravila je potrebno hraniti na takem mestu, da se nanje spomnimo, na primer poleg zobne ščetke, lončka za kavo, napišemo si lahko umik jemanja zdravil in ga nalepimo na vidno mesto, na primer na vrata hladilnika, ogledalo v kopalnici ali drugo ustrežno mesto.

Bolnik mora tudi večkrat preveriti ali ima

dovolj zdravil na zalogi, zdravila s pretečenim datumom uporabe je potrebno takoj zavreči!

Na potovanje se je potrebno pripraviti tudi z ustrežno količino zdravil, če potujete z letalom imejte zdravila v ročni prtljagi in ne v kovčku. Vsak bolnik se mora zavedati, da je za uspešno zdravljenje **lastno sodelovanje** pri zdravljenju **najbolj pomembno**. Učinkovito zdravljenje je le takrat kadar se bolnik zaveda pomembnosti lastnega zdravja in dejstva, da je koristnost zdravljenja večja od neugodnosti, ki jih zdravljenje lahko prinaša.

KALCIJ



FOSFOR

V lanski decembrski številki Ledvice je bilo kar nekaj napisanega o novem zdravilu za zniževanje previsoke koncentracije fosforja v krvi, kar je pogost pojav pri bolnikih na hemodializi. Sam sem štiri leta hodil na dializo in se ravno tako spopadal s težavo, kako spraviti nivo fosforja v krvi pod priporočeno mejo. Vse kar je bilo napisanega v Ledvici o novem zdravilu Renagel sem zato z zanimanjem prebral. Zdravilo v Sloveniji (še) ni registrirano, je pa opisano, kakšne so možnosti nakupa tega zdravila. Ker sem absolvent farmacije, je to v meni vzbudilo zanimanje, da sem poiskal dodatne informacije o zdravilu in se s posredovanjem g. B. Tometa tudi sestal z go. Diano Rovers, predstavnico firme Genzyme za Evropo. Tako sem se odločil, da na kratko predstavim zdravilo Renagel.

Pri zdravih ljudeh ledvica sodeluje pri vzdrževanju ravnovesja med številnimi snovmi v telesu, kar je pomembno za normalno delovanje organizma. Fosfor je medsebojno povezan s številnimi drugimi dejavniki, kot so kalcij, paratiroidni hormon (PTH) ter vitamin D in njegovi presnovki. Pri bolnikih na dializi pride do porušitve ravnotežja med temi snovmi, zato je potrebno ukrepati tako, da se zopet vzpostavi ravnotežje. Sedaj bom na kratko opisal bistvene ukrepe za zniževanje fosforja in tudi pokazal, zakaj je v nekaterih primerih

zelo dobrodošla možnost uporabe novega zdravila.

Fosfor vsebujejo skoraj vsa živila. Na voljo je veliko tabel, kjer je napisana vsebnost fosforja v posameznih živilih. Hrana, bogata s proteini, večinoma vsebuje znatno količino fosforja v obliki fosfatov. Vemo pa, da morajo dializni bolniki zaužiti dovolj beljakovin, kar praktično onemogoča omejitev vnosa fosforja s hrano na manj kot 1000 mg na dan. Zato je pri večini dializnih bolnikov dieta z manj fosforja le eden od ukrepov za kontroliranje previsokega nivoja fosforja v

krvi. Za tiste, ki ste bolj matematično naravnani, lahko navedem nekaj številčk in izračunov, ki sem jih našel v literaturi. Približno 2/3 zaužitega fosforja preide iz hrane v kri. Če torej dnevno zaužijemo 1000 mg fosforja, je tedenska količina fosforja, ki pride v kri približno 4500 mg. Z dializo tedensko običajno odstranimo približno 3000 mg fosforja, torej manj, kot dobimo fosforja s hrano. To je razlog, da imajo bolniki na dializi kljub primerni dieti in dobri dializi previsok nivo fosforja v krvi. Količina fosforja, ki se odstrani iz telesa med dializo, je omejena, ker se ga veliko nahaja znotraj celic in se zato z dializo počasneje odstranjuje iz telesa.

Dializa torej v večini primerov kljub primerni dieti ni dovolj za odstranitev zaužitega fosforja, zato dializni bolniki skoraj vedno jemljejo vezalce fosfatov. To so zdravila, ki zmanjšajo količino fosforja, ki se absorbira iz zaužite hrane.

Zelo učinkovit vezalec fosfatov je aluminijev hidroksid (Aludrox®), ki so ga začeli uporabljati pred 60 leti. Danes se vsem vezalcem, ki vsebujejo aluminij, izogibamo, ker aluminij v zelo majhnih količinah prehaja v kri in se nabira v telesu. To ima lahko zelo neugodne posledice, zato te vezalce uporabljamo le, ko ni drugih možnosti.

Naslednja skupina so vezalci, ki vsebujejo kalcij. Najpogostejša in najučinkovitejša sta kalcijev karbonat in kalcijev acetat. Oba sta dobra za zniževanje nivoja fosforja v krvi. Uporaba kalcijevih vezalcev pa ima pri nekaterih bolnikih tudi slabo stran. Del kalcija se absorbira in to lahko privede do prevelike količine kalcija v krvi. Tako se sicer fosfor uredi, vendar je bolnik izpostavljen slabim učinkom hiperkalcemije. Posledica je lahko odlaganje kalcija v mehkih tkivih: srce, nekatere žile, pljuča, ledvica. Tako lahko že razmeroma mladi pacienti na dializi obolevajo za srčno-žilnimi boleznimi in včasih je to lahko tudi razlog, da dializni bolnik ni primeren za transplantacijo. Kalcij se v mehkih tkivih odlaga skupaj s fosforjem, tako da previsok nivo enega ali drugega pospešuje ta proces. Pomembno je, da produkt kalcij × fosfor ni previsok.

Razvidna je potreba po vezalcu fosfatov, ki ne bi vseboval ne kalcija, ne aluminija. To je zdravilo Renagel®, ki vsebuje polimerno snov z imenom sevelamer hidroklorid. Jemlje se tako kot ostali vezalci fosfatov, med obroki.

/ nadaljevanje na str. 10 /

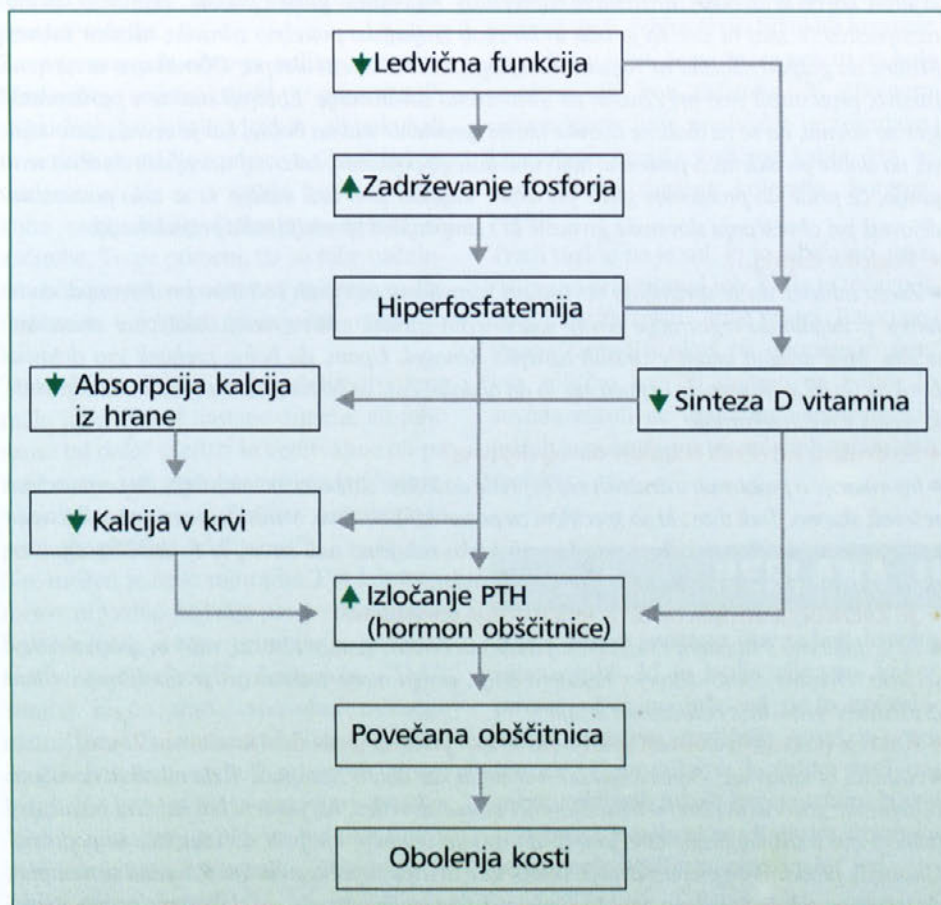
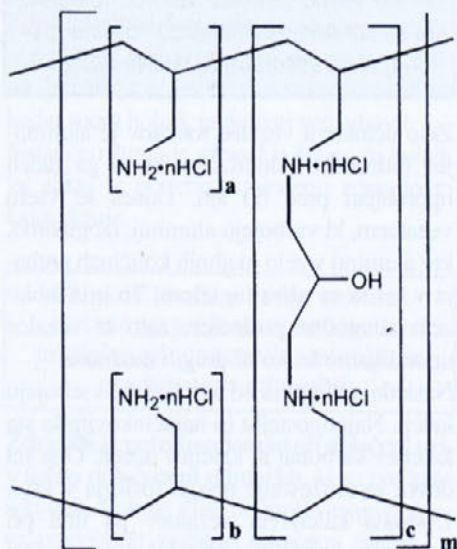


Diagram poenostavljeno prikazuje kako povišan nivo fosforja vpliva na porušitve ravnotežja med kalcijem, PTH (hormon obščitnice) in vitaminom D, kar privede do izgube kostne mase.

Odmerek je odvisen od tega, koliko je povišan fosfor. Običajno se doseže zadovoljivo znižanje fosforja z dvema do štirimi 403 mg kapsulami. Poleg teh obstajajo še 400 mg in 800 mg tablete. Zdravilo samo se ne absorbira, ampak prepreči, da bi ves fosfor zaužit s hrano prišel v kri. Ravno tako kot drugi vezalci lahko veže nekatera zdravila, če jih vzamemo istočasno z Renagelom. Do te nevarnosti ne pride, če ostala zdravila vzamemo vsaj 1 uro pred Renagelom ali 3 ure zatem.

Uspešnost zniževanja fosforja je podobna pri uporabi kalcijevih vezalcev in novega zdravila. Pomembna razlika je v manjši možnosti razvoja hiperkalcemije (previsok kalcij). S tem je tudi manjša nevarnost, da bi prišlo do odlaganja kalcija v mehkih tkivih ter posledično srčno-žilnih bolezni ali drugih posledic.



Sevelamer hidroklorid

črke a, b, c, in m označujejo število posameznih gradnikov polimerne molekule

Med kliničnimi študijami so opazili, da Renagel znižuje lipoproteine nizke gostote (LDL) in holesterol, kar je dodaten pozitiven učinek.

Moj zaključek je, da Renagel ni nikakršno čudežno zdravilo za zniževanje fosforja, vendar je vsekakor zelo dobrodošla alternativa. Za ohranjanje kar najboljšega zdravstvenega stanja ob zdravljenju z dializo je ključnega pomena vzdrževanje kalcija in fosforja znotraj meja (produkt kalcij × fosfor!) in ravno pri doseganju tega cilja je v nekaterih primerih novi vezalec fosfatov zelo primeren. Seveda mora za vsakega posameznega pacienta zdravnik presoditi, ali je smiselna njegova uporaba.

Matej Seliškar

Toni Gašperič



Naš intervju

Brane Tome,

predsednik Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije



Rojen sem bil, to vidiš. S cilindrom na glavi merim dva metra in pet centimetrov... Zdaj pa zares. Končal sem tehnično šolo, odšel k vojakom, se po vrnitvi poročil, z ženo dobil otroke, za katere sem tudi vzorno skrbel, se zaposlil pri železnici kot tehnik, ki je skrbel za rezervne dele, odšel v drugo službo, vpisal višjo tehniško šolo, VEKŠ v Mariboru, študiral sem tudi organizacijo dela v Kranju... Skratka: veliko sem gulil šolske klopi, večkrat prilezel prav do vrha - končati pa nisem zmozel ali enostavno nisem vedel.

♦ Težave z ledvicami?

● *Pojavile so se pri vrnitvi od vojakov. 1971. leta je zdravnik ugotovil, da sem imel vnete ledvice. 1974, 1975. leta se je to pokazalo kot glomerulonefritis. To je bil začetek propada mojih ledvic. Dokončno so mi odpovedale 1998. leta. Sledila je dializa, 15. aprila lani pa transplantacija.*

♦ Koliko časa predsednikujete?

● *Leto dni bo, odkar sem bil izvoljen za predsednika Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije. Zveza povezuje društva, ki jih je v Sloveniji štirinajst, povezuje ledvične bolnike, mi delamo zanje, oni za nas. Gre za pomoč velikemu številu ljudi, ki se sami ne znajdejo v pragozdu predpisov, med igrami in igracami med ministri, predsedniki, zdravniki, med zankami in pastmi sodobnega sveta in slovenske politike. Potrebni so pomoči, ineti morajo nekoga, ki se bori in zastopa njihove interese. To se trudimo biti v Zvezi.*

♦ Trenutno stanje...

● *Keber in Košir se dajeta na hrbtih ledvičnih bolnikov. Pričelo se je s prevozi, pri transplantiranih bolnikih se je zataknilo pri enkratnih prevozi, sledil je Epreks, ki je nujno potrebno sredstvo za izboljšanje krvi, kar dializni bolniki neodložljivo potrebujejo. Med ledvičnimi bolniki obstaja strah, kaj bo in ali bodo zdravniki še naprej tako "radodarni" glede Epreksa... čeprav za kakšno razpisništvo že zdaj ni šlo. To je bilo in bo zgolj življenjsko potrebno zdravilo, nikakor luksuz. Mislim, da gospod minister ne razume dializnega sistema. Zveza ukrepa. Obrnili smo se na ministrstvo, protestirali smo pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje. Lobirali smo se v parlamentu, kjer so sklenili, da se za dializne bolnike nič ne spremeni: niti na boljše, kar je seveda zadovoljivo, na slabše pa tudi ne. S protestno noto smo dosegli pojasnilo, kako naj v regijskih društvih reagirajo, če pride do problemov glede prevozov. Vključili smo tudi medije, ki so zelo pomemben dejavnik pri obveščanju slovenske javnosti, ki s simpatijami spremlja naša prizadevanja.*

♦ Pogled v naprej...

● *Zveza zahteva, da se spremljajo novice pri zdravljenju ledvičnih bolnikov, predvsem pa, da bi hitreje prihajalo do registracije novih, sodobnejših zdravil, takih z manj škodljivimi stranskimi učinki. Med drugim imam v mislih zdravilo Renagel. Upam, da bomo prehiteli vso državno birokracijo, ki je okostenela in počasna, in da ni daleč čas, ko bo zdravilo moč dobiti na zdravniški recept v naših lekarnah.*

♦ So društva ledvičnih bolnikov dovolj dejavna?

● *Informacije o problemih v društvih naj bi prišle do Zveze, saj bomo učinkovitejši, če bomo težave reševali skupno. Tudi tiste, ki so specifični za posamezno društvo. V mislih imam tudi sklicevanje razširjenih sej izvršnega odbora, na katerih lahko rešujemo tudi stvari, ki so značilne zgolj za določeno društvo, za določen krog ledvičnih bolnikov.*

♦ Je Zveza organizirana tako, da lahko deluje optimalno?

● *To je določeno s statutom Zveze. Nekaj dializnih centrov sem že obiskal, videl in spoznal njihovo delo. Društva dobro delujejo, nekatera bolje, druga manj, toda stvari se izboljšujejo. Člani društva več vedo, lažje odločajo in delajo.*

♦ Kako je po tvojem z obveščeno slovenske javnosti glede dela društev in Zveze?

● *Naredili bi lahko več, čeprav smo bili v medijih kar dobro zastopani. Toda nikoli ni dovolj ali celo preveč govoriti in pisati o tem. Slovenci bi morali vedeti, kaj pomeni biti ledvični bolnik, kaj pomeni biti transplantiran, kako poteka darovanje organov, kje priti do izkaznice in podobno. Glasnejši, prodornejši, prepoznavnejši bomo, lažje in uspešneje bomo delali. Zavedati se moramo, da takole na splošno gledano predstavljamo v državi majhno število, da si moramo prav zato priboriti mesto pod soncem. V množici podobnih društev in zvez. Če bomo molčali in nemočno čakali, nas bodo prehiteli drugi, aktivnejši. Saj veste: prvi pri dekletu - dekle njegovo. Šaljivci pa so še dodali: zadnji pri dekletu - njegova žena.*

PREHRANA DIALIZNIH BOLNIKOV

Piše: Jože Lavrinec, dietetik

ENO JUHCO BI MI DALI, PA BI ...?

Juhe in enolončnice so človeku verjetno poznane še iz pradavnine, iz časov ko se šele seznanjal z močjo ognja. Moški - lovci - so skrbeli za meso, ženske pa so z otroki nabirale zelišča in semenje. Ko so vse skupaj dali v takratne nadomestke posod so nastale jedi, ki bi danes komajda ustrezale okusu, bile pa so bolj ali manj hranljive.

Danes lahko trdimo, da juhe predstavljajo pomemben del prehrane **zdravega** človeka. In resnično ni malo ljudi, ki prisegajo na to vrsto jedi. V prid juham govori nešteto rekov, ki krožijo med ljudmi. "Brez dobre juhe ni kosila"; "juha napolni želodec in spodbudi apetit", "juha okrepi", ali pa "nobena juha se ne poje tako vroča, kakor se skuha" je samo nekaj teh trditev. In resnično imajo številni ljudje radi juhe, čeprav obstojajo drugi, katerim juha ne pomeni ničesar.

Za pripravo juh obstoja veliko receptur. Med seboj se razlikujejo po posameznih sestavinah, po jušnih vložkih ali zakuham in seveda po načinu priprave. Značilno za vse juhe je, da se v veliki količini vode kuha neko živilo (zelenjava, meso) in začimbe. To pa pomeni, da so juhe načeloma odlični vir tekočine in mineralov. Pri mineralih seveda prednjačita natrij in kalij.

Toda včasih si tako zelo zaželimo pojesti malo juhe! Takoj nastane dilema: ali juho samo od daleč gledati in cediti sline ali pa zanemariti vsa načela varnega prehranjevanja? Prav nobena odločitev ni prijetna in prav obe puščata "slab okus".

No, možen je še kompromis. Pot kompromisov ni vedno najlažja pot, je pa najmanj boleča. Tudi v tem primeru je pameten kompromis najboljši. Torej juha "DA", vendar le če smo sposobni treznega razmišljanja in zmernosti! Niso vse juhe enake: nekatere so bolj primerne, druge manj. Za vse pa velja osnovno pravilo: "Če je juha del obroka za bolnika s kronično ledvično odpovedjo, potem jo je lahko največ 1 dcl!"

Zakaj je to pravilo pomembno? Razlogov je več. Z upoštevanjem tega pravila, bolniki lahko uživajo juho, pri tem pa po vsej

verjetnosti ne bodo kršili napotkov glede dnevno dovoljene količine tekočine. Tu ni kaj dodati! Drugi razlogi pa so nekoliko bolj zaviti, vendar nič manj pomembni. Kvaliteta juhe je odvisna od vrste, kvalitete in količine živil, ki se v njej kuha. Pri kuhanju se iz živil v juho izplavljajo številni minerali. Zato računamo, da so juhe jed, ki je običajno zelo bogata z kalijem. Seveda pa je izredno težko in nevhvaležno preračunavati količino kalija, ki bi se iz nekaterih živil lahko izlužil v juho. Če omejimo količino juhe na 1 dcl, potem smo večinoma lahko prepričani, da s kalijem ne bomo preobremenili svojega organizma. Poleg tega pa še nekoliko lahko zmanjšamo tveganje preobremenitve organizma s kalijem. Pomembna je namreč tudi izbira živil. Fižol ali krompir ne sodita v juho, če pa že sta potem sta bolj v okras ali kot začimba. V glavnem pripravljamo juhe predvsem iz zelenjave, ki vsebuje manjše količine kalija, kot so npr. čebula, rumena koleraba, korenje, bučke...

Tretji razlog pa je sol, ki jo običajno uporabljamo pri pripravi juh. Toda to težavo je še najlažje razrešiti. Juhe pripravljamo neslane. Za boljši okus pa uporabimo prav vsa zelišča, kar jih imamo na voljo. In seveda nikoli ne uporabimo industrijskih jušnih koncentratov, ter soljenih začimbni mešanice.

Toda to težavo je še najlažje razrešiti. Juhe pripravljamo neslane. Za boljši okus pa uporabimo prav vsa zelišča, kar jih imamo na voljo. In seveda nikoli ne uporabimo industrijskih jušnih koncentratov, ter soljenih začimbni mešanice.



KORUZNA JUHA S SKUTO IN SMETANO

1 l vode

12 dag koruznega zdroba ali koruzne moke
8 dag skute

2 dcl kisle smetane (12% mm)

V vrelo vodo zakuhamo koruzni zdrob ali moko in pustimo počasi vreti približno 15 minut. Dodamo skuto, ko prevre, dodamo še smetano.

Okus lahko izboljšamo z seseklanim drobnjakom in nekaj listki svežega peteršilja.

Številke v prvem stolpcu nam pokažejo količino energije in posameznih hranil za običajno gostinsko porcijo (1/4L); v drugem stolpcu pa izračun za priporočeno porcijo (1 dcl)

Energ. (kJ)	860,3	344
Belj. (g)	6,0	2,4
Mašč-skup. (g)	8,2	3,2
Holesterol (mg)	21,5	8,8
OH skup. (g)	28,4	11,2
Vlaknine (g)	3,3	1,3
Na (mg)	395,8	159
K (mg)	105,5	42
Ca (mg)	58,9	23,6
P (mg)	54,1	21,6

Te vrste juha spada med slovenske narodne jedi. V okolici Bovca so jo postregli otročnicam in rekonvalescentom. Starejši ljudje pravijo, "da je ta juha za devet zdravil".

NESLANA JUŠNA OSNOVA

Jušna osnova je drugo ime za bolj krepko mesno juho, ki jo lahko uživamo, kakor povsem običajno juho, ali pa jo uporabimo za pripravo različnih omak in enolončnic. Uporabljamo jo lahko tudi namesto različnih jušnih koncentratov. Njena posebnost je poln okus s katerim dejansko lahko oplemenitimo prav vsako jed.

Kosti in mesne obrezke naložite v večji pekač ter kar eno uro pecite na 220°C, tako, da postanejo temno rjave barve. /nadaljevanje na str. 12/

Potrebujemo:

- 2 kg govejih ali piščančjih kosti in mesnih obrezkov
- 1 zavitek svežih začimb (2 stroka česna, 1 čajna žlička listov bazilike, 1 čajna žlička rozmarina, 1 čajna žlička origana, 2 lorvorjeva lista, 8-10 poprovih zrn)
- 3,5 litre vode
- 2 dcl suhega rdečega vina
- nekaj listov zelene ali košček gomolja zelene
- 1 velika čebula, prerezana na pol ter popečena
- 1 velik koren
- 1 vejica peteršilja

V košček gaze zavijte začimbe (česen, baziliko, rožmarin, origano, lovor poper). Opečene kosti in mesne obrezke ter ves mesni sok, ki se je natekel naložite v večji lonec, dodajte mrzlo vodo in začimbe ter počasi kuhajte. Peno, ki se nabira na vrhu juhe sproti odstranjajte. Dodajte še ostale sestavine (opečeno čebulo, korenje, zeleno, peteršilj) in kuhajte približno 3 ure, tako da se količina tekočine počasi zmanjša na polovico. Nato odstranite kosti in zelenjavo ter juho precedite. Čim hitreje ohladite, nalijte v posodice. Jušno osnovo lahko hranite v hladilniku okoli 4 dni ali pa do 5 mesecev v zamrzovalniku. Na ta način imamo okusno juho lahko vedno na zalogi.



Barva te juhe je temno rjava, okus pa je izredno poln. Vsebnost hranil je zelo težko izračunati saj je odvisna od količine mesa ter vrste kosti.

PEČENJE V PEČICI S SUHO VROČINO

S pomočjo suhe vročine pečemo v pečicah razna testa (kruh, peciva), včasih pa tudi kakšne narastke, ki vsebujejo veliko tekočine. Glavni posredovalec toplote je vroč zrak. Pri peki razlikujemo različne stopnje toplote: kadar govorimo o nizki temperaturi, mislimo na temperaturo 140-160°C; kadar piše v receptu "pečemo v srednje vroči pečici", potem je to temperatura med 180 in 200°C; visoka temperatura pa je nekje med 200 in 220°C. Zaradi vročine se začne zrak v testih raztezati, s čemer hrano rahlja. Na površini pa nastaja skorjica. Peka bo toliko bolj uspešna, če damo neko testo v segreto pečico, tako, da skorjica hitro nastane in prepreči, da bi testo upadlo. Istočasno pa ne sme biti prevročje, ker je potem skorja predebela in presuha, sredica pa špehasta.

Naš plus in minus

Nefrodial d. o. o., Zreče



Zgradil je nov dializni center v Kranju. Mnogim dializnim bolnikom bo prihranil veliko dragocenega časa pri prevozu na dializo in z nje.



Slovenija - transplant in vse ekipe, posamezniki ter dejavnosti, ki sodelujejo pri transplantacijah ledvic

Letos je bilo do konca marca izvedeno že 20 transplantacij ledvic.

Reševalna služba ZD Izola



Dializna bolnica je bila poklicana, da se javi v KC Ljubljana, da ji bodo transplantirali ledvico. Šlo je torej zares. Poklicala je na Reševalno službo ZD Izola, da jo prepeljejo v Ljubljano, tam pa so ji pojasnili, da s prevozom ne bo nič, če nima napotnice, ali pa bi morala svojo željo za prevoz povedati vsaj en teden prej (!?), da bi naredili razpored voženj. (V Ljubljano jo je nato odpeljal predsednik DLB Južna Primorska, op.p.)



(m.b.)

Igre bodo na Madžarskem

Druge Evropske športne igre dializnih in transplantiranih bolnikov bodo letos od 31. avgusta do 8. septembra na Madžarskem in sicer ob Blatnem jezeru.

Tekmovanja bodo potekala ločeno za dializne in transplantirane športnike in športnice, poleg tega pa še po starostnih kategorijah in sicer; do 18 let, od 18 do 34 let, od 35 do 44 let, od 45 do 55 let in nad 55 let za moške in ženske.

Transplantirani bodo tekmovali v nekoliko več tekmovalnih disciplinah kot dializni. Oboji bodo tekmovali v nekaterih igrah (badminton, namizni tenis, tenis, bowling (posamezno, pari, mešani pari) v atletiki pa bodo transplantirani tekmovali v tekih na 100, 200, 400, 800 m, štafeti 4x100 m, mini maratonu 5 km moški in 3 km ženske, atletski hoji na 5 km moški in 3 km ženske, skoku v daljino, višino, metu kroglice in žoge.

Plavanje bo imelo največ disciplin: 50

in 100 m prsno, hrbtno, delfin in prosto ter 200, 400 m prosto, 200 m mešano in štafete 200 m prosto in mešano.

Dializni športniki in športnice se bodo v atletiki pomerili samo v teku na 100 m, atletski hoji na 3 km moški oz. 2 km ženske, skoku v daljino in višino, ter metu kroglice in žoge.

V plavanju pa bodo dializni športniki in športnice tekmovali na 50 m prsno, hrbtno, delfin in prosto, 100 m prosto in štafeti 200 m prosto.

Športnice in športnice, ki bodo kandidirali za udeležbo na 2. Evropskih športnih igrah, bodo morali svoje treninge pričeti usmerjati že v fazo postopnega in ciljnega pridobivanja forme. Več v prihodnji številki "Ledvice." (m.b.)

IZ NAŠIH DRUŠTEV IN DIALIZNIH CENTROV

MURSKA SOBOTA

Dvajset let življenja z dializo

Društvo ledvičnih bolnikov M. Sobota je februarja letos, organiziralo manjšo slovesnost v počastitev članice društva Julijane Vargazon iz Cezanjevec pri Ljutomeru, ob 20. obletnici njenega zdravljenja v Dializnem centru v bolnišnici Rakičan v Murški Soboti. Predsednica društva Nada Šimonka je ob tej priložnosti g. Vargazonovi izročila šopek cvetja in torto, slovesnosti pa so prisostvovali tudi vodja Dializnega centra Franc Štivan dr. med., glavna medicinska sestra Zdenka Tratnjek in člani društva. Povabljeni so bili tudi novinarka Majda Horvat, ki je o tem dogodku poročala tudi v prekmurskem Vestniku.

Ob tem dogodku so predstavili tudi delovanje društva, Dializnega centra in predstavili cilje za nadaljnje delo. Skupna ocena je bila, da je sodelovanje med bolniki in zdravstvenim osebjem zelo dobro, med njimi vladajo prijetni in korektni odnosi.

Milan Osterc



Julijana Vargazon, 20 let življenja z dializo je kar (pre)hitro minilo.

Dializni center in društvo z roko v roki

Dializni center je bil v sklopu murskosoboške bolnišnice ustanovljen osmega maja leta 1979. Takrat se je v tem centru s hemodializo zdravilo devet bolnikov, prvo peritonealno dializo (CAPD), pa so v centru izvedli šestega januarja 1993. leta.

Prva bolnica, iz Dializnega centra, ki je bila transplantirana v kliničnem centru v Ljubljani, je bila **Jožica Ficko**, ki je ledvico prejela leta 1982. Darovalec je bil njen oče. Doslej je bilo iz našega centra transplantiranih že 38 bolnikov. Večini so ledvico presadili v Kliničnem centru v Ljubljani, 1 bolnik je bil transplantiran v Nemčiji, eden v Bombayju v Indiji in 7 bolnikov v Grazu v Avstriji.

Konec leta 2001 se je v Dializnem centru v Murški Soboti s hemodializo zdravilo 49 bolnikov, trije bolniki pa s peritonealno dializo (CAPD).

Pri navajanju podatkov o Dializnem centru v Murški Soboti ne smemo pozabiti tudi naših voznikov **Milana Herbaja**, **Franca Starešiniča**, **Petra Farkaša** in **Jožeta Pucka**, ki kljub težavam pri urejanju svojih statusov zaradi menjave zakonskih predpisov poskrbijo, da se vsi bolniki na hemodializo pripeljejo varno in pravočasno, po njej pa tudi nazaj domov. Društvo ledvičnih bolnikov Murska Sobota ima sedaj 111 članov. Med člani so tako bolniki kot medicinsko osebje, družinski člani in podporni člani. Ker društvo nima svojih prostorov, deluje v prostorih Dializnega centra. Člani se

udeležujejo raznih prireditev, ki jih organizira Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije ali katero od ostalih društev ledvičnih bolnikov v Sloveniji.

Društvo bo glede na finančne možnosti še vedno nadaljevalo s svojim delom kot do sedaj, poskušali pa bomo kupiti računalniško opremo in se vklopiti v sistem elektronskega poslovanja, s tem pa tudi hitrejšje povezave med društvi in Zvezo. Zaenkrat je povezava vzpostavljena preko avtorjevega računalnika in elektronskega naslova: **noksi@volja.net**

Milan Osterc

“LILIJA” MARIBOR

REDNA SKUPŠČINA DRUŠTVA LEDVIČNIH BOLNIKOV “LILIJA” MARIBOR

Tako kot vsako leto, smo tudi letos v Mariboru izvedli redni letni občni zbor društva ledvičnih bolnikov. Doslej smo se nekaj let zbirali v "Štajercu", ker pa ga letos prenavljajo, smo 6. redno skupščino predstavili v Hoče, v gostišče Malajner. Slabo vreme je preprečilo prihod marsikaterega, a tiste, ki smo prišli to očitno ni preveč motilo.

Po kratkem uvodnem pozdravu predsednika, je bilo izvoljeno delovno predsedstvo, nato pa so se zvrstila poročila. Najprej predsednika o delu društva v letu 2001, finančno poročilo in nato še poročilo nadzornega odbora in disciplinske komisije. Sledile so razprave, kjer smo se najbolj dotaknili prevoznih, ki so vedno aktualni. Zborovanja sta se udeležila tudi predsednik Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije **Brane Tome**, in sekretar Zveze **Bobo Vasič**. V zvezi s prevozi je predsednik Zveze Brane Tome povedal, da bodo le-ti ostali organizirani tako kot doslej in da imajo tudi v drugih društvih podobno problematiko, ki jo bolj ali manj uspešno rešujejo. Sledila je predstavitev plana dela

za letošnje leto, na katerega ni bilo pripomb, zato je bil soglasno sprejet. S tem je predsednik delovnega predsedstva **Benjamin Ul**, uradni del občnega zbora

pripeljal do konca. Sledil je še neformalni del, z bolj lahkotnimi temami, ob katerih smo se družili do poznih ur.

Vojko Fekonja



Skupščina DLB "Lilija" Maribor je bila dobro obiskana, čeprav je ravno tisti dan (17. februarja) zapadlo 15 cm snega.

DOLENJSKA - NOVO MESTO

Društvo ima veliko raznovrstnih programov

Februarja letos je bila v vasi Dolenje Kamence pri Novem mestu redna letna skupščina društva kroničnih ledvičnih bolnikov Dolenjske. Na njej se je zbralo kar blizu 50 članov in članic društva, ki so ocenili svojo dejavnost v lanskem letu in sprejeli program dela za letošnje leto.

DLB Dolenjske je nedvomno eno uspešnejših društev v štirinajst - članski družini društev ledvičnih bolnikov v Sloveniji, ki so organizirana po vsej državi. To se je videlo že pri obravnavi lanskega dejavnosti društva, ko podatkov o tem, kaj vse so storili in dosegli, kar ni in ni zmanjkalo.

Vendar je društvo v lanskem letu, kljub pomanjkanju denarja in ljudi, ki bi bili sposobni in pripravljeni delovati, uspelo realizirati množico programov. Člani in članice društva so bili s poročilom o dejavnosti društva, ki ga je podala predsednica društva **Zdravka Žižič** zadovoljni in so ga brez pripomb sprejeli.

Med drugim je DLB Dolenjske lani izvedlo, doseglo, izvedlo... tudi:

- Pridobitev novega Dializnega centra v Splošni bolnišnici Novo mesto, kar si zaradi velikega angažiranja društva pri tem velikem projektu, štejejo kot največji dosežak.
- V okviru Dialznega centra so pridobili društvene prostore.
- Šestim članom društva so pomagali z boni.
- Nekaterim članom so pomagali pri plačilu za cepljenje proti gripi.
- Izvajali so izobraževalne akcije, kot predavanje o prahrani ledvičnih bolnikov, udeležili so se nefrološkega srečanja v Zrečah, sodelovali z Razvojnim centrom Novo mesto.
- Izvajali so programe s področja športa, kulture...
- V društvu so lani sprejeli kar 150 različnih sklepov in jih večinoma tudi realizirali!

Seveda pa brez sodelovanja mnogih članov in članic društva in zunanjih sodelavcev ne bi šlo. Predsednica društva Zdravka Žižič je pri vodstvu društva zbrala sodelavce, ki so bili kos mnogim nalogam, rezultat pa je zelo dobro delo in uspešnost vsega društva.

Tudi program za letošnje leto, ki so ga sprejeli, je obširen in kvaliteten. Med drugim načrtujejo izvajanje socialnih programov, programov izobraževanja, športa, kulture, izletov, srečanja, izletov, piknikov...

Denar za programe pričakujejo od Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije oz. od fundacije FIHO, tako kot doslej pa ga bodo nekaj zbrali tudi z donacijami in sponzorstvi, čeprav je čedalje težje dobiti tovrstna sredstva. Bojijo se le, koliko časa bodo lahko še tako uspešni, kot so bili lani. No, upamo, da jim bo šlo tako dobro tudi v prihodnje.

Tudi za smeh je bilo poskrbljeno

Toni Gašperič, humorist, moderator, scenarist in še kaj:

"Sestanki Izvršnega odbora DLB Dolenjske so bili mirni, konstruktivni, brez alkohola, mamil in seksa."

V razpravo o poročilu in programih se je vključil tudi predsednik Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije **Brane Tome**, ki je pohvalil delo društva in se dotaknil nekateri najbolj aktualnih problemov ledvičnih bolnikov v Sloveniji. Med drugim tudi prevozov na dializo oz. z nje. Navzoče je pozval, naj vse težave, ki bi jih utegnili imeti s prevozi na dializo, takoj sporočijo bodisi svojemu društvu ali Zvezi, saj imajo do urejenih prevozov brez dolgega čakanja vso pravico, ker jih zavarovalnica tudi plača.

Po sprejetju poročil in programov je bil na vrsti še izobraževalni del skupščine. Višja medicinska sestra **Mirjana Čalič** je izvedla predavanje o tem, kaj lahko naredi dializni bolnik sam, da bo njegovo zdravljenje uspešnejše in življenje kakovostnejše. Predavanju so nav-



V DLB Dolenjske so lani realizirali skoraj vse kar so načrtovali. Zato je tudi skupščina minila v vedrem in prijetnem vzdušju. (mab)

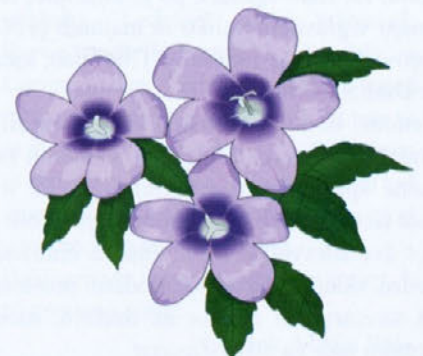


Delovno predsedstvo skupščine DLB Dolenjske: sestra Marica Parapot, Toni Gašperič in predsednica društva Zdravka Žižič (mab)

zoči z zanimanjem prisluhnili, saj so slišali marsikaj koristnega in potrebne- ga v zvezi z življenjem z dializo, prehrani, ohranjanju stabilne telesne teže, kaliju, fosforju, fizični aktivnosti in takšnemu načinu življenja, ki bo tistim, ki so na čakalni listi za transplantacijo, pripomoglo k uspešnejši presaditvi ledvice.

Na koncu je nekaj svojih pesmi in proze prebrala belokranjska pesnica Alenka Mežnaršič, nekateri člani društva so prejeli priložnostna darila, ki jih je komentiral belokranjski humorist **Toni Gašperič**, ki je tudi sicer z vmes-

nimi vložki skrbel za dobro in vedro razpoloženje. Tudi skupno kosilo je minilo v prijetnem kramljanju. (m.b.)



JESENICE

KOPALNI IZLETI SO PRILJUBLJENI - TOKRAT V LAŠKO

Cilj letošnjega prvega pomladanskega kopalnega izleta DLB Jesenice v marcu, je bilo staro in lepo mesto Laško, ki ima bogato preteklost in kulturno dediščino.

Tudi tokrat se nas je zbralo kar lepo število - 35 članov in članic društva ter njihovih svojcev. Žal je tokrat zaradi boleznih manjkal predsednik društva Mitja Košir.

Nadomestila sta ga Marjana in Janez Globočnik, ki pa sta izlet prav tako dobro organizirala in vodila.

Bil je lep dan in vožnja skozi Tuhinjsko dolino in naprej po Savinjski dolini je bila prav prijetna. V Laškem pa smo seveda kar takoj odšli za dve uri na kovanje v zdraviliške bazene, kjer ima voda prav prijetno temperaturo, od 32 do 35 °C. Zdravilišče Laško je zelo staro, tamkajšnje toplice so bile prvič omenjene že leta 1572, v vsem tem času pa so



Z izleta v Laško. Kovanje, hoja in ogled mesta z okolico je bilo prijetno. (foto, Janez Globočnik)

jih dograjevali in posodabljali tako, da je danes to prav lepo in prijetno zdravilišče.

Po kosilu v zdraviliški restavraciji je sledil ogled mesta in neposredne okolice, predvsem se nam je vtisnil v spomin lep zdraviliški park in urejeno staro mestno jedro. Nato pa smo se

povzpeli še na grad Tabor, s čimer smo se tudi prijetno razgibali. Prijetno utrujeni in razpoloženi, smo se opoldne odpravili nazaj proti Gorenjski. Lepo je bilo, saj smo imeli lep dan in lep izlet.

Cirila Skok

ZASAVJE - TRBOVLJE

Prostor že urejajo

Pri pridobivanju dodatnih prostorov za Dializni center Splošna bolnišnice Trbovlje, je sedaj že možno vsaj nekaj tudi videti.

V Dializnem centru Splošne bolnišnice Trbovlje je trenutno 45 pacientov, ki se dializirajo v treh izmenah, 2 zdravnika, 12 sester, in po ene bolničarka in strežnica.

Sedanja zgradba v kateri je Dializni center, je resda kar precej velika, vendar tudi stara. Za stare zgradbe pa je značilno, da imajo v glavnem veliko in majhnih prostorov. Takšna je tudi ta, v Trbovljah, kjer je Dializni center.

Vendar bodo v pritličju hiše uredili dodatne prostore, ki jih bodo namenili za razne spremljajoče dejavnosti, ki pa so tudi sicer za dializo neobhodno potrebne, kot dve zdravniški sobi, soba za dializne sestre, skladišni prostor, dodatni prostori za sanitarije in prostor za društva, med drugim tudi za DLB Zasavje.



Zgradba Dializnega centra Splošne bolnišnice Trbovlje bodo preuredili in pridobili nekaj (pre)potrebne prostora. Spredaj: predsednik DLB Zasavje Bojan Frangež. (mab)

Sedanji prostori pa bodo nekoliko preurejeni. V ordinaciji bodo (pravzaprav so že) uredili dvojne dializnih mest. To pa pomeni, da bo ordinacija za dializo v

bodoče - in vsaj začasno - na internem oddelku Splošne bolnišnice, ki je sicer v neposredni bližini, vendar ne v isti zgradbi, oz. v sklopu Dializnega centra. (m.b.)

Mini anketa o prevozih

S PREVOZI (zasebnikov) SO ZADOVOLJNI



Mirjana Kujundžić, Tribovelj: "Ker sem doma iz Tribovelj, se na dializo vozim sama z osebnim avtom. K sreči stanujem blizu dializnega centra, tako da nisem odvisna od prevozov. Pa tudi dializo dobro prenašam, zato mi vožnja z osebnim avtom ne dela problemov."



Andrej Projič, Hrastnik: "Na dializo me pripelje reševalni avto Zdravstvenega doma Hrastnik, nazaj z dialize pa zasebni prevoznik. Raje bi videl, da bi me tudi nazaj vozil zasebni prevoznik, saj rešilec včasih zamuja."



Joži Brvar, Zagorje: "Na dializo me pripelje zasebni prevoznik. S prevozom sem v celoti zadovoljna, saj me šofer po mobilnem telefonu pokliče domov, preden pride po mene, tako da nič ne čakam."



Vika Jerman, medicinska sestra v Dializnem centru: "Prej, ko so paciente vozili zasebni prevozniki je bilo bolje, saj smo sestre vedno vedele, kdaj in

kdo bo posameznega pacienta pripeljal v Dializni center. Sedaj pa velikokrat tudi me ne vemo, kdaj bo rešilni avto prišel po bolnika. Zgodilo pa se je že tudi, da je rešilni avto čakal pred vhodom, ko smo ga klicale, ne da bi vedele za to." Enakega mnenja so bile tudi druge sestre v Dializnem centru. (m.b.)



Mirko Matinčič, šofer (zasebnega) prevoznika: "Mislim, da so pacienti zadovoljni z našimi prevozi, saj doslej še nikoli ni nihče rekel, da bi bilo kaj narobe. Trudimo se, da smo točni in da pacienti ne čakajo predolgo na prevoz. Tudi v težkih zimskih razmerah se potrudimo in vsakogar pripeljemo na dializo in z nje do doma."

Kdo je lahko oproščen plačevanja TV prispevka?

Pri RTV Slovenija smo se pozanimali, kako je z oprostivami plačevanja TV prispevka za ljudi s 100 % telesno okvaro. To pa so vse ledvični bolniki, ki se zdravijo z dializo in tisti, ki so transplantirani, saj imajo (do)končno odpoved delovanja ledvic. Vsi ljudje, ki imajo 100 % telesno okvaro, pa po predpisih RTV Slovenija lahko oproščeni plačevanja tega prispevka.

Kaj je treba storiti? Vsak, ki želi uveljaviti oprostitev plačevanja TV prispevka, mora dobiti sklep SPIZ-a (invalidska komisija) o 100 % telesni okvari. Ta dokument je treba skupno s kratko vlogo za oprostitev plačevanja prispevka, poslati na RTV Ljubljana, služba za RTV prispevek, Dalmatinova 8, 1000 Ljubljana, ki bo zadevo prevzela v reševanje.

Kdor pa nima priznane 100 % telesne okvare, je kljub temu lahko oproščen plačevanja tega prispevka, če k vlogi priloži dokument s katerim dokaže, da prejema dodatek za pomoč in postrežbo.

Kdor pa TV prispevek že plačuje, oprostitev uveljavi tako, da k vlogi poleg dokumenta o 100 % telesni okvari priloži še sklicno številko, ki je na računu, ki ga prejema za plačevanje TV prispevka. (m.b.)

Kdo je poslal prispevek?

V začetku marca letos je nekdo na e - naslov urednika "Ledvice" poslal prispevek. Ravno v tistih dneh pa je bil računalnik, na katerem nastaja "Ledvica" na servisu zaradi menjave operacijskega sistema. Pri tem pa se je zgodilo, da je nekaj e - pošte izginilo, se zbrisalo, oz. je ni več bilo, med njimi tudi omenjeni prispevek. Tudi to se lahko zgodi v tej razviti in sodobni tehniki.

Pošiljatelju se opravičujem in ga prosim, da ga ponovno pošlje.

Urednik, Martin Brilej

ZAHVALA

27. oktobra lani sem praznovala 20. obletnico zdravljenja z dializo. Ob tej priložnosti sem na srečanje povabila zdravnike, sestre, nekaj bolnikov in šoferja, ki me vozi na dializo. Bilo je lepo, zabavali so nas "Okrogli muzikantje."

Vsem, ki so se odzvali mojemu vabilu, se iskreno zahvaljujem, še posebno pa za lepa in dragocena darila, ki sem jih prejela ob tem jubileju. Ta dogodek mi bo ostal v trajnem spominu.

Hvala vsem.

Silva Lapornik



Upam, da bomo še naprej tako lepo sodelovali.

Ja, seveda bomo, če nam boš čez Kolpo vrgel kakšno kuro.

Stevo Mihalić, predsednik DLB Karlovac (levo) in Toni Gašperič, DLB Dolenjske, Novo mesto (desno). (mab)

Knjiga je prijateljica

KNJIGI ZA DUŠO IN TELO

Ker rada veliko berem, predvsem dobro literaturo, sem redni obiskovalec Študijskega oddelka knjižnice v Novem mestu, ki ima lepo novo knjižnico, oktobra letos pa je dobila tudi najvišje slovensko priznanje. Največ segam po različnih priročnikih, s tematiko iz psihologije, astrologije, medicine, verovanj, samo-zdravljenja itd.

Prav posebno se mi je vtisnila v spomin knjiga, oziroma knjigi avtorja Jožeta Ramovša (našega sonarodnjaka z Dolenjske, po rodu iz Šentruperta): "Sto domačih za dušo in telo 1. in 2."

Prva polovica knjige je namenjena vsakdanjim skrbem za krepitev telesnega in duševnega zdravja, skladnosti med človeških odnosov, ter duhovnemu in kulturnemu razmišljanju sodobnega človeka. Druga polovica pa je posvečena štiridesetim domačim zdravilom za dušo in telo. Drugi zvezek oz. knjiga pa nadaljuje z ostalimi šestdesetimi zdravili. In za kakšna gre? Postna zdravila, ki jih avtor imenuje tudi grenka, med nje pa prišteva: potpežljivost, spravo, odpuščanje, prenašanje krivice, prena-

šanje življenjskih udarcev, preseganje preteklosti in druge.

Med sladka, lahkotna, praznična zdravila avtor prišteva: klepet, konjičke, gostoljubje, obdarovanje, obiskovanje, počitek, počitnice, razvedrilo itd.

Prebiranje obeh knjig lahko vzbudi v človeku občutek, da se da v življenju preprečiti mnoge težave, če pa do njih pride, jih je možno tudi rešiti. Treba je le ob pravem času in pravilno uporabiti pravo "domače zdravilo".

Ni pa mogočnega zdravila, ki bi preprečilo ali ozdravilo vse bolezni in rešilo vse težave. Obe omenjeni knjigi je treba razumeti kot skupek zdravilnih rož in kot kataloge farmakoloških zdravil. Zavedati se je treba, da nobeno zdravilo ni čudežno, temveč le krepilno in zdravilno sredstvo. Seveda je potrebno uporabiti pravo zdravilo v pravem trenutku, na pravi način in v pravem odmerku. V tem primeru vsaj deloma pomaga, olajša in zboljša stanje, če nas že povsem ne reši tegob.

Zdravka Žižič

Povedali so...

▲ **Ivan Zorman**, vodja službe za nadzor pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, o goljufijah pri zdravilih, ki jih predpisujejo v Sloveniji, nato romajo na boljše trge držav bivše Jugoslavije: "Predpisovanje zdravil tako zdravstvena zavarovalnica nadzoruje šele letos. Informatika - zdravstvena kartica in elektronski recept - pa sploh pomeni temelje za učinkovit nadzor, da se vsaj goljufije v večjem obsegu ne bi mogle več dogajati; da posamezniki ne bi več izvažali zdravil na druge trge, z njimi bogateli ali pa jih množično predpisovali nezavarovanim prijateljem in sorodnikom..."

(Nedeljski, 24. 3. 2002).

▲ **Prof. dr. Dušan Keber**, dr. med., minister za zdravje RS, o stavki zdravnikov: "Zagotovo ni primerno, da skušajo zdravniki povečati svoje plače na hrtih bolnikov. Stavke v zdravstvu so v Evropi redke, in Slovenija zanesljivo ni država, kjer bi bila taka stavka izraz dejanskih razmer. Zdravniki so do sedaj že zelo veliko dosegli, in prav je tako. Ocenjujem, da je prav, da so se povzpeli na vrh plačne lestvice in da si to tudi zaslužijo. Obenem pa sem prepričan, da bi v nastalih okoliščinah morali potrpeti nekaj tudi zdravniki, ne le bolniki." (Dnevnik, 21. 3. 2002).

▲ **Jana Lesar**, medicinska sestra, o stavki zdravnikov: "Prav je da stavkajo. Res so preobremenjeni, ampak z njimi smo preobremenjene tudi medicinske sestre."

(Dnevnik, 20. 3. 2002).

▲ **Barbara Razinger - Mihovec**, Urad za zdravila pri Ministrstvu za zdravje RS, o kupovanju zdravil prek interneta (kar pri nas sicer ni dovoljeno): "Pri kupovanju zdravil prek interneta je potrebna velika pazljivost, saj kupci lahko naletijo na veliko pasti. Ponudbo in kakovost zdravil je težko nadzorovati prav tako pa je nemogoče nadzorovati tiste, ki internet uporabljajo za nakup zdravil...Ponudba zdravil prek interneta je velika, nadzor nad objavljenimi podatki pa ni mogoč. Težko je preveriti ponudnika in kakovost njegovih izdelkov. Ponudniki zdravil prek interneta niso vedno lekarnе, med njimi so tudi posamezniki ali družbe, ki niso strokovno usposobljeni za to dejavnost. Med ponujenimi zdravili je precej ponaredkov, največji problem pa so zdravila, ki jih je mogoče dobiti le na recept in lahko povzročijo veliko škodo za zdravje. Večkrat je kršitelje težko izslediti tudi zato, ker lahko zelo hitro menjajo strani na internetu." (Dnevnik, 18. 3. 2002)

(izbor m.b.)

TEKMOVANJE V PIKADU BO V HRASTNIKU

Društvo ledvičnih bolnikov Zasavja in Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije, bosta organizirala

MEDDRUŠTVENO TEKMOVANJE V PIKADU,

ki bo **12. maja 2002 v Hrastniku.**

Zbirališče tekmovalcev in tekmovalk ter spremljevalcev bo ob **12. maja ob 9. uri v Hrastniku pred trgovino oz. na parkirišču trgovine Špar, pričetek tekmovanja pa bo ob 10. uri.** Tekmovanje pa bo potekalo v lokalu Porto, ki je neposredno zraven.

Kategorije:

Moški in ženske: do 30 let,
od 30 do 50 let,
nad 50 let.

Nagrade: prvi trije v vsaki kategoriji in prehodni pokal za ekipno uvrstitev.

(B. Frangež)

Fikreta Dautović

MLADA BREZA

*Med borovjem temnim
mlada breza raste,
v lastnem svetu tuja,
sama zase raste.*

*Vsa ta dolga leta,
raste sredi lesa,
vetra moč je meja,
listje ji otresa.*

*Veter nosi listje,
sestram v daljne kraje,
tam jim o samoti,
sporočila daje.*

Jaka je bil res človek, ki si ga z veseljem sovražil.

Vedno je bil dobre volje in vedno je povedal kaj pozitivnega. Ko ga je kdo vprašal, kako mu gre, je odgovoril: "Če bi mi šlo bolje bi bil dvojčka!"

Bil je naravni motivator. Če je imel kakšen uslužbenec slab dan, mu je vedno pokazal, kako naj gleda situacijo v pozitivni luči. Vedno me je zanimalo, kako mu to uspe, zato sem šel nekega dne k njemu in ga vprašal: "Ne razumem. Ne moreš biti vedno pozitiven. Kako ti to uspe?"

Jaka mi je odgovoril: "Vsako jutro, ko se zbudim, si rečem, Jaka, imaš dve možnosti. Lahko si slabe ali dobre volje. Vedno izberem, da sem raje dobre volje. Vsakič, ko se mi zgodi kaj slabega, lahko izbiram, ali bom žrtev, ali se nekaj naučim iz

globoko s komunikacijskega stolpa. Po 18-urni operaciji in tednih intenzivne nege je Jaka zapustil bolnišnico s kovinskimi vsadki v hrbtenici. Pol leta kasneje sva se srečala. Ko sem ga vprašal kako je, je odvrnil: "Če bi mi šlo bolje bi bil dvojčka! Bi rad videl moj brazgotine?" Ni mi bilo do pogleda na brazgotine, zato sem ga vprašal, na kaj je mislil med padanjem.

"Najprej sem pomislil na svojo še nerojeno hčerko. Ko pa sem ležal na tleh, sem se spomnil, da imam dve možnosti. Lahko izberem smrt, lahko pa življenje. Izbral sem življenje."

"Se nisi bal? Ali si izgubil zavest?" sem ga vprašal.

Jaka je nadaljeval: "... reševalci so bili super. Ponavljali si mi, da bo vse v redu in naj nič ne skrbim. Toda, ko so me peljali na urgenco sem videl izraze na obrazih doktorjev in sester in sem se res ustrašil. V njihovih očeh sem bil že mrtev. Vedel sem, da moram nekaj ukreniti."

Toni Gašperič

Humoreska

Sam se odloči, kako boš začel jutrišnji dan - imaš dve možnosti

tega. Izberem, da se raje kaj naučim. Vsakič, ko se mi kdo pritoži, imam možnost sprejeti njegovo pritožbo, ali pa izluščim pozitivno stran življenja. Izberem pozitivno stran življenja."

"Ja, ja, ampak ni tako preprosto," sem se pritožil

"Seveda je," je rekel Jaka. "Vse v življenju so odločitve. Ko odmisliš vso navlako je vsaka situacija odločitev. Sam se odločiš, kako se boš odzval na okolico. Sam se odločiš, kako bodo ljudje vplivali na tvoje razpoloženje. Sam se odločiš, ali boš slabe ali dobre volje. In konec koncev se sam odločiš, kako boš živel svoje življenje."

Veliko sem razmišljal o njegovih besedah. Kmalu sem zapustil podjetje in začel na svoje. Izgubila sva stike, a vsakič, ko sem se odločil, namesto da bi samo sprejel, sem se spomnil nanj.

Več let zatem sem slišal za Jakovo nesrečo. Padel je 20m

"Kaj si naredil?" sem ga vprašal.

"Velika debela sestra mi je kričala vprašanja. Vprašala me je, če sem na kaj alergičen. 'Ja' sem odgovoril. Zdravniki in sestre so prenehali z delom in čakali na moj odgovor. Zajel sem zrak in zakričal 'Na gravitacijo!'. Ko se je smeh polegel, sem jim dejal 'Odločil sem se živeti. Operirajte me kot živega, ne kot mrtvega!'"

Jaka je preživel zaradi spretnosti njegovi zdravnikov, pa tudi zaradi svojega izjemnega odnosa. Takrat sem spoznal, da se moram vsak dan odločiti in živeti polno življenje.

Sedaj imaš dve možnosti:

1. Da to zgodbo izbrišeš
2. Da jo pošlješ nekemu, ki ga imaš rad



SESTAVIL EDI KLASINC	TRENER SL. SMUČAR, SKAKALCEV (MATJAŽ)	ZELO GLASEN JOK, DRENJE	LJUDSKO IME ZA NAVADNI TOLŠČAK	AFRIK GAZE DAM	900205191,2	KAREL AMON PRIPRAVA ZA ŽGANJE	PETER ŽAGAR HERBICID	PREDSTA- VNIK IMAGIZMA	PREBI- VALKA TORINA
NEZASE- DENO MESTO	ČLOVEK DEJANJA	GUMICA ZA BRISANJE	PIKAJOČA ŽUŽELKA	ZASTRUP- LJEMALEC	POSODA ZA IZDELOVA- NJE MASLA TITAN	METAMO- RFNA KAMNINA DELI REKE	NEPORO- ČENA ŽENSKA	BELGUSKI PEVEC (SALVATORE)	TRGOVEC S SALOM
KARL ILLNER		PLAŠČ ULANOV ZVEZA ZA BADMINTON							
TRINOŽNO STOJALO					REKA JALU (KOREJSKO) IVAN FRANKO			INDU RUDI ISTENIČ	
INDUSKI POLITIK (MUHAMMAD)					ŽENSKO IME		INDU- STRUSKO MESTO V RUSIJI		
TRDO ETERIČNO OLJE					ITALI- JANSKI AVTO		NAŠA PEVKA MAVRIČ		

Za dobro voljo **Dobra in slaba novica**

Komandir policijske postaje Johan se zjutraj zbudi, stopi na balkan in v snegu zagleda z urinom napisano: "Johan je prasec."

Zaradi tega se močno razjezi, nemudoma pokliče šefa policijske varnostne službe in mu naroči, da primer takoj razišče in prime storilca. Policaji si nato napis ogledajo, ga fotografirajo, vzamejo vzorce urina in vse skupaj pošljejo v laboratorije na nadaljnje raziskave. Čez en teden dobijo rezultate raziskave in šef policijske varnostne službe komandirju Johanu poroča:

"Imamo popolne rezultate. V zvezi z njimi vam moram sporočiti eno dobro in eno slabo novico."

Komandir policijske postaje Johan se odloči:

"Povej najprej dobro novico!"

Policaj odvrne: "Urin je 100% od Hasota."

"Saj sem vedel," reče komandir Johan.

"In kakšna je slaba novica?"

"Pisava pa je od vaše žene," pove policaj.



NASLEDNJA, JUBILEJNA ŠTEVILKA

"LEDVICE"

BO IZŠLA JUNIJA 2002

Prispevke sprejemamo do **30. maja 2002** na naslov urednika:

e-mail: martin.brilej@siol.net

Prispevke na disketah, rokopise in fotografije:

**Martin Brilej, Kidričeva 2,
1270 Litija**

Glasnik LEDVICA izdaja Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije, Ljubljana, Zaloška 7. Naslov urednika: Kidričeva 2, 1270 Litija. Uredniški odbor: Martin Brilej (gl. in odg. urednik), Zvonko Gosar, Mirjana Čalič, prof. dr. Staša Kaplan-Pavlovčič dr. med., asist. mag. Jelka Lindič dr. med., prof. dr. Jadranka Buturovič-Ponikvar dr. med. Grafična priprava in tisk: Tiskarna ACO Litija, C. Dušana Kvedra 39, Litija.