

Dializni GLASNIK

Ljubljana, december 1996

Prvi slovenski nefrološki kongres	2
Loterija pomeni denar - ali pa tudi ne	3
Bolezni kosti po presaditvi ledvice	4
Nosečnost pri bolnicah z ledvično okvaro	6
Iz naših dializnih centrov	8
Zanimivo predavanje v Zrečah	9
Dializni center po meri vseh	11

PROSTOR ZA POŠTNI NASLOV

Transplantacij pa ni

Pravzaprav je naslovna tema postala že kar malo oguljena, saj smo o tem že velikokrat pisali v Dializnem glasniku. Zadnje čase se čedalje pogosteje pojavljajo tovrstni članki tudi v dnevnem časopisju in tednikih. Pa vendar se stvari tudi s temi medijskimi "pritiski" nikakor ne premankejo. Povsod se pojavlja eno in isto vprašanje, zakaj pri nas ni več transplantacij ledvic.

Ob povsem racionalnem razmišljanju, človek pride do naslednjih zaključkov: mar tega ne znamo? To nikakor ne drži, saj imamo Klinični center, vrhunsko ustanovo z vrhunskimi strokovnjaki, z velikim ugledom v svetu! Mar nočemo? Tudi ta trditev ne vzdrži, saj se v Kliničnem centru transplantacije vendar izvajajo, in to ne samo ledvic, tudi jeter, srca... Je posredi denar? Morda. Ni pa možno tega trditi. Saj, če bi denarja ne bilo, potem ne bi bilo nobene transplantacije. Tako pa je - vendar letos samo pet (!) - transplantacij ledvic v KC vendarle bilo. Toda samo pet, ko pa jih v sosednjih državah štejejo na desetine in še več. No, če pa je tudi denar vzrok, potem ni možno reči drugega kot to, da je delo pač potrebno plačati. Še posebno zato, ker gre za vrhunsko strokovno in odgovorno delo. Da denarja ni, bi težko rekli. V slovenskem zdravstvu ga res ni, vendar pa ga je v državni malhi kar dosti - tudi za razne nerazumnosti.

No, in ob nadaljnem razglabljanju vzrokov pridemo še do organizacije. In prav tu mislim, da je glavni vzrok za tako majhno število transplantacij pri nas. Pri tem se sprašujem ali je res tako neskončno nemogoče organizirati sistem evidentiranja, ugotavljanja smrti in odvzemanja ledvic, jih na ustrezen način pripeljati v Klinični center, določiti in pripraviti prejemnika in izvesti presaditev? Menda je ne, saj je za to mnogo dokazov, navsezadnje v drugih državah. Tudi vzdrževanje oz. kontrola prejemnikov je pri nas že sedaj odlično organizirana.

Da pa bi bil kriv zakon o transplantacijah, ki še ni sprejet in ki predvideva, da svojcev umrlih ne bo treba prositi za soglasje za odvzem organov, pa tudi ne more biti povsem resnično. Saj bi navsezadnje lahko tudi s sedanjo zakonodajo izvajali več transplantacij ledvic.

Martin Brilej



Srečno 97!

Vsem članom društev ledvičnih bolnikov v Sloveniji, njihovim svojcem, zdravnikom, med. sestram in vsem drugim, ki nesebično in stalno skrbijo za bolnike, želimo vesel Božič in srečno novo leto 1997.

Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije



Prvi slovenski nefrološki kongres

Nefrološka klinika in Sekcija za nefrologijo, dializo in transplantacijo pri SZD, sta organizirala Prvi slovenski nefrološki kongres v Grand hotelu Emona, v prijetnem obmorskem mestu Portorožu od 23. do 27. oktobra.

Na kongresu smo predavali domači in tuji predavatelji iz Avstrije, Nemčije, Italije, Hrvaške, Makedonije, Španije, Portugalske, Velike Britanije in Amerike. Udeležili so se ga nefrologi in zdravniki, ki zdravijo bolnike z boleznimi ledvic pa tudi zdravniki iz drugih vej medicine kot na primer rentgenologi, urologi, zdravniki intenzivne interne medicine, saj je za najustreznejše zdravljenje bolnika potrebno sodelovanje zdravnikov iz več strokovnih področij.

Kongres je bil priložnost, da doma prikažemo naše dosežke v ugotavljanju in zdravljenju ledvičnih bolezni in zapletov, ki nastanejo pri dolgotrajnem nadomestnem zdravljenju.

Udeleženci so bili zadovoljni z dobro organizacijo kongresa, tuji vabljeni predavatelji pa tudi navdušeni nad lepoto naše domovine in strokovnim nivojem referatov. Z veseljem lahko za-

pišem, da dosegamo raven nefrologije, ki je enaka v razvitem svetu, obenem pa ne morem mimo dejstva, da bo to raven nemogoče vzdrževati brez novih kadrov in večjim razumevanjem za potrebe naših bolnikov to je nabavo novih, sodobnih dializnih aparatov, obnovitvijo prostorov in še vrsto stvari, ki pomembno lahko vplivajo na kvaliteto življenja.

Največja pomankljivost, na katero smo opozorili tudi na kongresu je nezadostno število presaditev ledvic v zadnjih letih. Profesor W. Land iz Münchna, ki je vodilni kirurg za presajanje ledvic v Nemčiji je ponudil vso pomoč, ki pa je ne moremo izkoristiti dokler ne bomo doma uredili predvsem organizacijskih problemov, na katere že dolgo opozarjamo.

Nivo dializnega zdravljenja, ki ga omogočamo našim bolnikom je pohvalil tudi dr. Henrik Mulec, ki je sku-

paj s prof. Sašom Luzarjem uvedel kronično dializno zdravljenje v Sloveniji, sedaj pa živi in dela na Švedskem in se je prijazno odzval našemu vabilu, da predava na našem kongresu.

Aktivna udeležba kolegov z referati ali posterji tudi iz dializnih centrov in nefroloških oddelkov izven Ljubljane je pokazala tudi njihovo visoko strokovno delo, ki je odraz skrbnega in sodobnega zdravljenja bolnikov.

Na kongresu so razstavljali številni razstavljalci medicinske opreme in zdravil, ki so poleg generalnega sponzorja tovarne zdravil Lek, ki je ravno v tem času praznovala 50 letnico delovanja, tudi finančno podprli izvedbo kongresa in tako pokazali svojo pripravljenost za vlaganje v strokovni razvoj in znanje.

Prikaz dela in razmišljanje ledvičnih bolnikov je lepo zaokročila publikacija društva ledvičnih bolnikov, ki so jo pripravili ob kongresu in sta jo predstavila gospod Martin Brilej in gospod Pavel Podlipnik, ki sta izkusila vsa obdobja ledvične bolezni od pojava, ugotovitve bolezni, nadomestnega zdravljenja in presaditve z zapleti.

Prvi slovenski nefrološki kongres je dosegel svoj namen, to je prikaz stanja sodobne nefrologije v Sloveniji, ki jo lahko in moramo nuditi vsem bolnikom z ledvično boleznijo.

Predsednica
organizacijskega odbora
Prvega slovenskega
nefrološkega kongresa
doc. dr. Staša Kaplan Pavlovčič



V sprejemni recepciji I. slovenskega nefrološkega kongresa je bilo vseskozi obilo dela.

Težave Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije pri pridobivanju denarja za delovanje. So invalidi res samo nekateri? Za veliko stvari pri delitvi denarja Loterije, doslej sploh nismo vedeli.

Loterija pomeni denar - ali pa tudi ne

Mnogim ledvičnim bolnikom je znano, da je družba oz. država načelno pripravljena podpreti dejavnost nevladnih organizacij, posebej društva bolnikov, ki se ukvarjajo s humanitarno dejavnostjo, kamor spadajo tudi društva ledvičnih bolnikov. Vendar, ko je šlo za denar, so nas vedno poslali na naslov Loterije Slovenije. V preteklih letih smo na tem naslovu prejeli le toliko sredstev, da smo preživeli. Denar Loterije je bil v glavnem namenjen invalidom. In to ne invalidom nasploh, ampak invalidskim organizacijam, ki so bile v zakonu taksativno našteje in s tem varovane v zaprtem krogu. Invalidi bolniki, ne glede na zdravniško ocenjeno 100% telesno okvaro, kot smo dializni bolniki, smo imeli možnost kandidirati le med mnogimi drugimi humanitarnimi društvi, katerim je bilo namenjenih le 10% sredstev Loterije.

Lani, predvsem pa letos, smo se nekateri predstavniki slovenskih društev in zvez bolnikov povezali, pridobili še druge organizacije, in ustanovili združenje humanitarnih organizacij bolnikov Slovenije. S tem smo postali močnejši, številnejši in pomembnejši. Naš prvi cilj je bila sprememba zakonodaje, v kateri bi imeli več možnosti za financiranje naše dejavnosti iz sredstev Loterije. Pogovori s člani Državnega zbora, strankami in predstavniki Vlado in ustanov za to področje, so prispevali k sprejetju zakona o preoblikovanju Loterije Slovenije, s čimer smo enakovredni invalidskim organizacijam. Na osnovi zakona je predvidena posebna fundacija, ki jo bo upravljal svet, v katerem bo potekal pretok programov in denarja.

V svetu fundacije za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij bolnikov Slovenije je od skupno 21 članov 6 predstavnikov invalidskih organizacij, 6 predstavnikov humanitarnih organizacij bolnikov, po enega predstavnika imajo Rdeči križ, Karitas in Gorska reševalna služba, šest članov pa imenuje Državni zbor. Izvajanje zakona naj bi se začelo takoj po sprejemu odloka o ustanovitvi fundacije.

Žal so se stvari zasukale drugače. Predvolilni vplivi in pritisk invalidskih organizacij, pa tudi neurejene razmere pri ustanavljanju fundacije za financiranje športnih organizacij so vplivali, da komisija Državnega zbora za volitve, imenovanja in administrativne zadeve ni

predlagala sprejema Odloka o ustanovitvi fundacij. S tem je bila dosežena blokada izvajanja novega zakona o Loteriji. Ker je v tem času potrebno oceniti finančne programe društev za naslednje leto, se je postavilo vprašanje kako naj se razdelijo sredstva za leto 1997. Po predhodnih določbah zakona, v takem primeru odloča o sredstvih Loterijski svet, ki pri tem upošteva namen in usmeritve novega zakona. V tem smislu je Loterijski svet oz. njegova komisija pozvala invalidske organizacije in humanitarne organizacije, da se pred sejo sveta sestanejo in uskladijo ključ financiranja za leto 1997.

Predstavniki invalidskih organizacij (SIOS) in predstavniki humanitarnih organizacij bolnikov, ter predstavniki Karitasa, Gorske reševalne službe in Rdečega križa Slovenije, smo se sestali dvakrat. Dogovora ni bilo mogoče doseči, ker so invalidske organizacije predlagano spremembo ključa od sedanjih 90% : 10% na 70% : 30% v korist invalidskih organizacij, pogojevali s tem, da bi imele invalidske organizacije v svetu fundacije 11 članov oz. večino od 21 članov. V izogib odločitvi za spremembo ključa razdelitve so za humanitarne organizacije bolnikov predlagali druge vire sredstev Loterije, ki so v tem času nedosegljivi in tudi v prihodnje vprašljivi. Upamo, da se bodo pogovori in usklajevanja nadaljevala z večjim poslušom, in da bo možno sprejeti dogo-

vor, ki bo sprejemljiv za obe pogajalski strani.

Upamo tudi, da bo Loterijski svet pri odločanju o razporeditvi sredstev za leto 1997, ne glede na neuspelo uskladitev, uspel primerno finančno podpreti socialno - humanitarne programe za leto 1997.

Nenazadnje pa je nerazumno tudi dejstvo, da invalidske organizacije (ne invalidi!) poberejo kar 90% loterijskega denarja, bolniki s končno odpovedjo ledvic, pa so kot invalidne osebe s 100% telesno okvaro uvrščeni med humanitarne organizacije bolnikov, ki naj se zadovoljijo z borimi 10%, kot da dializni bolniki niso obenem tudi invalidi.

Pavle Podlipnik



Bolezni kosti po presaditvi ledvice

Bolniki s presajeno ledvico so pred presaditvijo ledvice različno dolgo zdravljeni s hemodializo ali peritonealno dializo. Zaradi okvare ledvic so ves čas dializnega zdravljenja izpostavljeni dejavnikom, ki so vplivali na presnovo kalcija in fosforja. Kljub intenzivnemu zdravljenju z vezalci fosfatov, intravenskim ali peroralnim vitaminom D in strogi dieti se pri večini pojavila zvišana koncentracija parathormona in zaradi tega pospešena razgradnja kosti. Zaradi zvišane koncentracije fosforja in kalcija v krvi morajo nekateri bolniki jemati pripravke aluminija, ki je pri nekaterih bolnikih povzročil tako imenovano aluminijsko bolezen kosti. Zaradi stika krvi z dializatorjem se pospešeno tvori amiloid, ki se kopiči tudi v kosteh.

Po uspešni presaditvi ledvice bolniki niso več izpostavljeni škodljivim vplivom odpovedi ledvic, saj dobro delujoča presajena ledvica povsem nadomesti vse hormonske in presnovne aktivnosti bolnih lastnih ledvic. Zvečana koncentracija parathormona, ki običajno spremlja dializne bolnike, pri večini bolnikov izveni in se povsem normalizira. Kako hitro se vrednost parathormona zniža je različno od bolnika do bolnika in je odvisno od vrednosti pred presaditvijo. Pri zelo majhnem številu bolnikov pa vrednost parathormona kljub presaditvi ledvice ostane zvišana in pri takem bolniku je potrebna operativna odstranitev občutnih žlez. Količina aluminija, ki se je med hemodializo nakopičil v kosteh in tkivih se po presaditvi postopno zniža. Bolečine, ki so jih imeli bolniki zaradi aluminijske osteomalacije postopno izvenijo.

Po presaditvi ledvice tako izginejo številni škodljivi vplivi na presnovo kosti, se pa žal pojavijo nekateri novi, ki so pretežno stranski učinek zdravil za preprečevanje zavrnitve presajene ledvice. Delovanje teh zdravil na kost, ki je poškodovana zaradi ledvične bolezni in dolgoletnega dializnega zdravljenja, ustvari nove kostne bolezni.

Zdravila, ki vplivajo na presnovo kosti so kortikosteroidi in v manjši meri ciklosporin. Povzročajo zmanjšanje kostne mase in nastanek **osteoporoze**. Pri tej bolezni se kostna struktura razrahlja, tako da mnogo hitreje pride do zlomov vretenc,

reber, sramne kosti ali vratu stegenice. Pojavijo se bolečine v hrbtenici in dolgih kosteh. Zlome vretenc lahko povzročijo že dviganje lažjih bremen. Dodatni zlomi vretenc lahko privedejo do deformacije hrbtenice in stalne tope bolečine v hrbtu.

Kortikosteroidi (npr. Medrol, Nirypan, Urbason, Pronison) povzročajo postopno

izgubo kostne mase in privedejo do nastanka tako imenovane steroidne osteoporoze. Na kost učinkujejo tako, da zavirajo delovanje kostnih celic, ki kost izgrajujejo in obenem pospešujejo delovanje drugih kostnih celic, ki kost razgrajujejo. Zmanjšajo tudi absorpcijo kalcija iz črevesja in izločanje kalcija preko ledvice, kar privede

Mindestinhalt/minimum content: 1400 I.E./I.U.

Miacalcic®
Nasal 100
Sandoz

SANDOZ PHARMA LTD BASLE SWITZERLAND

Zdravila za zdravljenje in preprečevanje bolezni kosti po presaditvi ledvic

de do zvišanja parathormona in s tem aktivacije celic, ki kost razgrajujejo. Kortikosteroidi zmanjšajo tudi izločanje spolnih hormonov androgenov, estrogena in testosterona iz žlez z notranjim izločanjem, kar negativno vpliva na kostno maso. Izguba kostne mase je največja na začetku jemanja kortikosteroidov, kasneje pa se upočasnjuje. Intenzivnost izgubljanja kosti se razlikuje od bolnika do bolnika.

Ciklosporin (Sandimmun, Sandimmun Neoral) učinkuje na kost podobno kakor kortikosteroidi, le da je njegov učinek bistveno manj izrazit kakor učinek kortikosteroidov.

Diagnozo osteoporoze postavimo z merjenjem gostote kosti s tako imenovano denzitometrijo kosti (DPX). Pri tej preiskavi kosti ledvenega predela hrbtenice ali zgornjega dela stegenice presvetlimo z rentgenskimi žarki dveh energij. Iz razmerja med prepuščenimi žarki računalnik izračuna mineralno gostoto kosti. Pri preiskavi, ki traja le nekaj minut je obse-

vanje minimalno in je nekajkrat manjše od rentgenskega posnetka pljuč. Diagnozo osteoporoze postavimo, če je kostna gostota zmanjšana za določeno vrednost.

O zdravljenju in preprečevanju steroidne osteoporoze pri bolnikih s presajeno ledvico je zadnja leta vse več podatkov. Raziskave kažejo, da bi morali bolniki, ki prejemajo steroide, dnevno zaužiti od 1,5 do 2 g kalcija in 0.25 µg 1,25-vitamina D3 (*Rocaltrol*) ali 0.5 µg 1-alfa vitamina D3 (*Alpha D3*). Zdravljenje s kalcijem in vitaminom D zmanjša izgubo kostne mase vendar kostne mase ne povečuje. Izgubo kalcija s sečem, ki nastane ob jemanju vitamina D in kortikosteroidov poskušamo preprečevati s tiazidnimi diuretiki npr. hidroklorotiazidom. Če je osteoporoza že razvita lahko v zdravljenju uporabimo še nekatera zdravila.

Kalcitonin (Miacalcic), dajemo v mišico, v podkožje ali pa ga uporabljamo kot razpršilo v nos. Zavira delovanje celic, ki kost razgrajujejo. Pridobivajo ga iz lososov in je 20-krat močnejši od človeškega kalcitonina, ki ga sicer izločajo posebne celice v ščitnici. Zanj je značilno, da celo nekoliko poveča kostno maso, vendar pa je žal uspešen le pri polovici bolnikov. Zanj je značilno tudi to, da zmanjša bolečine, ki se pojavijo pri osteoporozi.

Bisfosfonati privedejo do zvečanja kostne mase in stabilizacije kosti. Zavirajo delovanje celic, ki kost razgrajujejo in pospešujejo zorneje celice, ki kost tvorijo. Uporabljamo lahko *etidronat (Pleostat)*, ki ga predpisujemo vsak tretji mesec po 14 dni.

Natrijev fluorid (Ossiplex retard) poveča delovanje celic, ki tvorijo kost in poveča število teh celic. Sčasoma se kostna masa poveča. Sprva je kost še slabo mineralizirana, zato se lahko pojavijo bolečine v kosteh stopala, kar sčasoma, ko se kostno tkivo tudi mineralizira, izzveni. Zdravilo draži tudi želodčno sluznico, zato ni priporočljiv za bolnike, ki so imeli rano na želodcu ali dvanajstniku. Žal pri približno eni tretjini bolnikov zdravilo ni učinkovito. Ob tem zdravilu morajo bolniki obvezno zaužiti 500 do 1000 mg kalcija dnevno.

Druga bolezen, ki se pojavi pri nekaj odstotkih bolnikov s presajeno ledvico je **aseptična nekroza sklepov**. Najpogosteje je prizadet kolk, lahko tudi oba kolka, redko pa so prizadeti koleno, gleženj, komolec ali ramenski sklep. Nekroza se pojavi najpogosteje v prvem letu po presaditvi ledvice vendar se lahko pojavi tudi še več let po presaditvi. Vzrokov za nastanek aseptične nekroze je več. Pomembni pri nastanku so kortikosteroidi, ki povzročajo povečanje maščobnega tkiva v kosti, maščobno embolijo in osteoporozo. Določeno vlogo ima zvišana koncentracija paratiroidnega hormona še pred transplantacijo, ki je povzročila intenzivno resorbcijo kosti in privedla do drobnih zlomov kostnih letvic v kosti. Pri aseptični nekrozi propada kost pod sklepnim hrustancem, medtem ko ostane sam hrustanec neokvarjen. Prvi znak aseptične nekroze kolka je bolečina, ki se pojavi v predelu kolka ali na notranji strani stegna in pogosto seva proti kolenu. Sprva je bolečina le občasna, izrazitejša med hojo, v mirovanju pa izgine. Kasneje postanejo bolečine močnejše, pojavi se tudi šepanje. Pri bolniku opravimo najprej rentgensko slikanje kolka, zanesljivo pa postavimo diagnozo z magnetno resonanco. Nekoliko manj občutljiva diagnostična metoda je scintigrafija kosti. Bolniku zmanjšamo odmerek steroidov na najmanjšo možno količino, če je možno, mu steroide tudi ukinemo. Najnujnejši ukrep je razbremenitev sklepa in hoja z berglami, pri napredovali obliki pa je potrebna tudi operacija. Pri operaciji kolk razbremenijo ali vstavijo umetno protezo. Kateri poseg bo ortoped uporabil pri določenem bolniku je odvisno od prizadetosti sklepa. Po operativnem posegu bolečine v skelpu izginejo, zdravljenje samo pa traja v povprečju tri tedne.

Za preprečevanje osteoporoze je poleg zdravljenja, ki jih predpiše zdravnik pomembno tudi sodelovanje bolnika, tako da je **telesno aktiven**, kar obremenjuje skelet in pospešuje tvorbo nove kosti. Ugotovili so, da tudi **kajenje** in pretirano **uživanje alkoholnih pijač** prispeva k nastanku osteoporoze.

Damjan Kovač

Rocaltrol®

Calcitriol

0.25 µg

100 capsules



Nosečnost pri bolnicah z ledvično okvaro

Pri zdravih ženskah privede nosečnost do številnih sprememb v telesu, ki se odražajo tudi na sečilih. Obe ledvici se zaradi boljše prekrvljenosti povečata, votli sistem ledvic, po katerem izteka seč, pa se razširi, še posebej na desni strani. Ledvično delovanje se prehodno poveča. Teža normalnih nosečnic se običajno zveča za 12,5 kg, večinoma na račun zadržane vode. V telesu se zadržuje tudi sol. Spremembe so opazne že na koncu prvega trimesečja, prisotne pa so lahko še tri mesece po porodu. Krvni tlak se sprva zniža, v zadnji tretjini nosečnosti pa postopoma naraste na enake normalne vrednosti kot pred nosečnostjo. Po porodu se pri zdravi ženski telesne funkcije postopoma normalizirajo brez kakšnih posledic. To pa ni vedno mogoče pri bolnicah z ledvično okvaro. Slabše delovanje ledvic v nosečnosti ne omogoča priprave telesa za idealno okolje pri razvoju ploda. Tudi krvni tlak je težje urediti. Nosečnost lahko celo poslabša delovanje ledvic. Zato je pri načrtovanju nosečnosti pri bolnicah z ledvično okvaro pomembno vedeti, kakšen učinek ima lahko nosečnost na ledvično bolezen in kakšen je lahko učinek ledvične bolezni na nosečnost in plod.

Pri bolnicah z ledvično okvaro je možnost spočetja in uspešne nosečnosti manjša. Pri polovici nosečih bolnic z ledvično okvaro se poveča izločanje beljakovin v seču, lahko nastanejo otekline. Pri eni četrtini se pojavi ali zveča arterijski krvni tlak, ki vodi do bolezni nosečnice, prezgodnjega poroda ali mrtvorojenosti. Zapleti so odvisni od stopnje okvarjenega ledvičnega delovanja.

- Pri začetni okvari ledvic (serumski kreatinin je nad normalno vrednostjo do 130 mmol/l) se ledvično delovanje v nosečnosti lahko poslabša pri 10% nosečnic, pri nekaterih je poslabšanje prehodno in prisotno samo v času nosečnosti. Pri nekaterih ledvičnih boleznih je poslabšanje funkcije ledvic pogostejše. Slabšanje ledvične bolezni je bolj verjetno, če ima bolnica zvečan krvni tlak.
- Pri zmerni ledvični okvari (serumski kreatinin med 130 in 260 mmol/l) se ledvično delovanje lahko trajno poslabša pri tretjini nosečnic, če imajo še zvečan krvni tlak pa kar pri polovici.
- Bolnice z napredovalo ledvično okvaro (serumski kreatinin več kot 260 mmol/l) imajo redkeje menstruacijo in ovulacijo. Možnost zanositve je bistveno manjša, vendar možna, tveganje za bolnico in plod pa veliko. Nosečnost jim zato odsvetujemo in priporočamo redno **kontracepcijo**: diafragmo s spermicidnimi mazili in kondom. Pri zvečanem

krvnem tlaku naj ženske ne bi uporabljale kontracepcijskih hormonskih tablet. Znotrajmaternični vložek ni najbolj primeren zaradi pogostejših okužb. Glede kontracepcije priporočamo posvet z lečečim ginekologom. Pri nosečnicah z okvarjeno ledvično funkcijo že prej kot običajno pričnemo zdravljenje s hemodializo ali s peritonealno dializo.

Bolnice s **končno ledvično odpovedjo**, ki se zdravijo z dializo, prav tako nimajo rednih menstruacij, ovulacije so redke, bolnice so relativno neplodne. Nosečnost kljub temu ni nemogoča, zelo pogosti pa so splavi. Zato priporočamo redno uporabo kontracepcije. Nosečnost odsvetujemo, ker so možni hudi zapleti: hipervolemija, hudo poslabšanje arterijske hipertenzije, bolezni posteljice itd. Preživetje ploda je samo 30%, nosečnost pa za bolnico tvegana.

Ugotovitev nosečnosti je pri dializni bolnici zaradi že tako neredne menstruacije običajno slučajna. Za potrditev nosečnosti urinski testi niso zanesljivi, potrebno je napraviti pregled krvi in ultrazvočno preiskavo. Za čim boljši izhod nosečnosti je potrebno zelo omejiti vnos tekočine, tako da odvzemi tekočine med posamezno **hemodializo** ne presegajo 1 kg. Striktno je potrebno urediti krvni tlak in se izogibati padcem krvnega tlaka med dializo. Izogibati se moramo hiperkalcemiji. Običajno

hemodializni režim spremenimo tako, da povečamo običajno število ur dialize za 50% ali bolnico dializiramo vsak dan, da ustrezno znižamo serumsko koncentracijo sečnine. Zagotoviti moramo ustrezno in dobro prehrano z nadomestitvijo vodotopnih vitaminov. Slabokrvnost zdravimo z eritropoetinom ali transfuzijami krvi med hemodializo in, če je le mogoče, bolnicam ne jemljemo prepogosto krvi za preiskave. Pogosto je porod prezgoden in se celo začne med samo hemodializo.

Teoretično je okolje za razvoj ploda pri zdravljenju s **peritonealno dializo** ugodnejše: redkejši so zapleti zaradi volemije, elektrolitnega neravnovesja, krvni tlak je boljše vodljiv, bolnice se ustrežnejše hranijo, v telesu ni heparina, ki lahko povzroča krvavitve. Število dnevni menjav dializne raztopine povečamo in s tem zagotovimo boljšo dializiranost. Vendar imajo nosečnice enake težave, kot tiste, ki se zdravijo s hemodializo: krvni tlak je pogosto neurejen, so slabokrvne, pogoste so krvavitve iz posteljice, prezgodnji porod in znotrajmaternična smrt ploda.

Po uspešni **presaditvi ledvice** se običajno telesne funkcije normalizirajo. Tako zanosi v povprečju ena od 50 bolnic, nosečnost pa se po prvem trimesečju v 90% konča uspešno. Pri dveh tretjinah nosečnic je pogostejši spontani splav, počasnejša rast ploda v maternici in prezgodnji porod. Pomembno je načrtovanje noseč-

nosti, saj zdravstveno stanje za nosečnost ni vedno ugodno. Priporočamo, da bolnice z nosečnostjo počakajo tako dolgo, da mine od presaditve ledvice vsaj dve leti. V tem času se ledvično delovanje stabilizira, doze imunosupresivnih zdravil pa so vzdrževalne in nizke. Bolnice naj ne bi imele bolezni rodil, zvečanega krvnega tlaka, proteinurije, znakov zavrnitvene reakcije, serumski kreatinin pa naj bi bil normalen oziroma pod 180 $\mu\text{mol/l}$. Zavrnitvene reakcije v nosečnosti niso pogostejše, za potrditev diagnoze vedno napravimo ledvično

biopsijo. V nosečnosti se pogosto pojavijo v seču beljakovine. Pri 15% nosečnic se po porodu ledvična funkcija pomembno poslabša, še posebej, če imajo težko vodljiv zvečan krvni tlak in že prisotno začetno ledvično okvaro. Imunosupresivna zdravila imajo stranske učinke. Nosečnice so v svetu in pri nas uspešno donosile normalne otroke ob imunosupresivni terapiji z glukokortikoidi, azatiopriinom in ciklosporinom. Ni pa še jasen vpliv zdravil na naslednje generacije potomcev. Med nosečnostjo je presnova ciklosporina

povečana, tako so običajno potrebne večje doze za vzdrževanje optimalne koncentracije v plazmi. Porod je pri dveh tretjinah nosečnic prezgoden, ker dolgotrajno jemanje glukokortikoidov oslabi vezivno tkivo in privede do prezgodnjega razpoka membran. Način poroda je običajen, glede na potek in stanje porodnice po potrebi s carskim rezom. Tretjina novorojenih otrok je ob porodu majhnih. Dojenje odsvetujemo zaradi tega, ker so v mleku prisotna zdravila, ki jih jemlje mati. Občasno in včasih nepričakovano v nosečnosti ugotovimo hudo poslabšanje ledvičnega delovanja. Kljub temu trenutno velja prepričanje, da dobro načrtovana nosečnost ne vpliva na ledvično delovanje oziroma preživetje presadka. Naša pomembna skrb pa je, kako naj mati s presajeno ledvico po porodu ostane čim dlje zdrava, da lahko skrbi za otroka.

Načrtovanje nosečnosti je pri bolnicah z ledvično okvaro pomembno, ker nekatera zdravila, ki so potrebna pri zdravljenju ledvične bolezni (npr. za ureditev zvečanega krvnega tlaka) lahko okvarijo plod. Takšna zdravila pri načrtovani nosečnosti ukinemo in jih nadomestimo s takšnimi, ki ne škodijo zarodku.

V nosečnosti so potrebne redne **kontrolne bolnic pri ginekologu in nefrologu** zaradi spremljanja razvoja ploda, ledvičnega delovanja, odkrivanje zavrnitvenih reakcij na presajeni ledvici, izločanja beljakovin v seču, za vzdrževanje normalnega krvnega tlaka, zdravljenje slabokrvnosti in okužb. Do 32. tedna nosečnosti so potrebne kontrole na dva do štiri tedne, nato pa do poroda enkrat tedensko. V primeru zapletov je potrebna hospitalizacija. Večkrat je potrebno narediti carski rez med 34. in 36. tednom nosečnosti. Prirojene anomalije otrok niso pogostejše kot sicer, podatki o nadaljnji rasti in razvoju pa so zaenkrat še preskopi.

Kadar je ledvična bolezen napredovala, odsvetujemo nosečnost zaradi ogrožanja življenja bodoče matere. Takrat in tudi sicer je vedno možna pot pri ustvarjanju družine **posvojitve otroka**, ki tako zaživi v toplem in ljubečem domu. Starševstva otroci tako ali tako ne merijo po krvi.

Jelka Lindič



♦ Novo mesto

Skromno a dolgo življenje z dializo

V Novomeškem dializnem centru smo 4. oktobra '96 okoli 13.30 ure nestrno pričakovali prihod naše jubilatke ga. Antonije Goršek iz Novega mesta, ki je tiste dni dopolnila 20 let življenja z dializo.

V našem dializnem centru je to prva pacientka, ki je dopolnila tako visok jubilej, vendar z optimizmom upamo, da bo takih primerov v bodoče čim več.

Za to svečanost smo ji pacienti in medicinsko osebje priredili majhno presenečenje. Pričakovali smo jo z lepo okrašeno torto in šopkom 20-ih rdečih vrtnic, ki jih ji je izročil predsednik našega društva g. Mirko Planinc, medicinsko osebje pa ji je podarilo zelo



Antonija Goršek (na levi) iz Novega mesta, 20 let zdravljenja z dializo. Zahvaljuje se vsem, ki so ji olepšali ta jubilej in vseh 20 let življenja z dializo. Pa srečno tudi vanprej.

lepo drevo življenja z željo, da bi ga zalivala mnogo let. Zelo ganjena je bila tudi ob prejetju šopka od ga. Barletove s katero pa ju veže trdna prijateljska vez.

Presenečenje je verjetno res bilo tisto pravo, saj naša ga. Tončka, kakor jo tudi kličemo, kar nekaj časa ni prišla do besed. Seveda tudi ona ni prišla praznih rok. Z možem sta prinesla veliko sladkih dobrot in pijače.

Seveda slavje ne bi bilo popolno, če ne bi bila prisotna tudi naša cenjena zdravnica ga. dr. Steklasova, ki nas paciente tudi sicer vedno spremlja na vseh družabnih srečanjih in smo na to zelo ponosni in veseli. Tudi ta dan je kljub časovni stiski našla trenutek in se nam pridružila, seveda da bi čestitala ga. Gorškovi in prebrala kratek povzetek njenega življenja z dializo: Popeljala nas je 20 let nazaj, ko je ga. Gorškova začela svoje novo življenje, življenje z dializo in njenimi omejitvami. Dializirati se je začela v Ljubljani in sicer dvakrat tedensko po sedem ur. Težak je bil začetek z dializo, dolga pot v Ljubljano in nazaj, dolge ure na dializi, a kmalu je prišlo olajšanje, kajti odprl se je tudi dializni center v Novem mestu in tu se je zanjo začelo boljše življenje.

Vse boljšemu načinu dializiranja, skrajševanju dializnih ur, medicinskemu osebju, svojim domačim, predvsem pa svoji discipliniranosti se ima zahvaliti, da je dočakala tako visoka leta z dializo in vsi skupaj ji kličemo še na mnoga leta.

P.S.: Ko sem ga. Gorškovo prosila za fotografijo s tega praznovanja, da jo priložim k svojemu prispevku v Dializnem glasniku, je izrazila željo, da bi se rada tudi v Dializnem glasniku prisrčno zahvalila vsem, ki so ji tako olepšali ta dan in sedaj še bolj polna optimizma zre v prihodnost.

Mi vsi pa smo seveda zelo ponosni, da smo ji lahko pri tem pomagali.

Irena Požun

♦ Celje

Ogled sodobnega dializnega centra v Zrečah, zdravilišča Terme Zreče, izlet na Roglo

Konec avgusta je pripravilo celjsko Društvo dializnih bolnikov ekskurzijo v Zreče, kjer so si ogledali nov, vzorno urejen dializni center, ki je opremljen z najmodernejšimi aparati in z vsem kar k temu spada. Šef tega centra, ki je zasebna zdravstvena ustanova, prim. dr. Močivnik je opisal nastanek in delovanje centra, ki se je hitro uveljavil. Zanimivo je, da imajo tu možnost dializiranja tudi domači in inozemski turisti, ker je center lociran prav v središču zdravilišča Terme Zreče. Udeleženci ekskurzije so bili z ogledom zelo zadovoljni, saj so lahko primerjali razmere in ureditev dialize v Celju in tu v Zrečah.

Koristno je, da je nastal zreški dializni center in kar je še posebej zanimivo - s privatnim inozemskim kapitalom. Dializnih bolnikov je vedno več in tako je s to novo zdravstveno ustanovo v Zrečah razbremenjen celjski center, ki je povsem izkoriščen, saj dela v treh izmenah.

Pod domačim strokovnim vodstvom so si udeleženci ogledali še ostale zdraviliške naprave tega najmlajšega slovenskega zdravilišča Terme - Zreče.

Po končanih ogledih so se odpeljali na Roglo, kjer so si ogledali objekte in športne naprave, kosilo pa so imeli v Koči na pesku. Dobro in prijazno so jih postregli.

Prav je, da so strokovni zdravstveni ogledi združeni z ogledom rekreacijskih objektov, saj je potrebno propagirati rekreacijo, ki jo je danes med dializnimi bolniki še zagotovo premalo.

Na povratku domov so se ustavili še pri Smogavcu, znanem gostišču nad Zrečami in dodali še družabni del, ki je dializnim bolnikom še kako potreben.

Želimo, da bi celjsko društvo nadaljevalo s tovrstnimi ekskurzijami, v katerih je združeno koristno s prijetnim.

Zoran Vudler

♦ Viva Zreče

Zanimivo predavanje v Zrečah

12. septembra letos je bilo v organizaciji društva ledvičnih bolnikov VIVA Zreče v hotelu Dobrava v Zrečah predavanje o preprečevanju ledvičnih bolezní ter o zdravljenju teh bolezní.

Društvo je pridobilo ugledne predavatelje, ki so številne poslušalce seznanili z zanimivimi in koristnimi informacijami in napotki. Predavali so doc. dr. Rado Kveder dr. med., predstojnik Nefrološke klinike v Ljubljani (povišan krvni tlak in bolezní ledvic), Andrej Čufer, dr. med., specializant interne medicine, Nefrodial Zreče (pomen ravnovesja kalcija in fosforja), Marta Močivnik, glavna sestra Nefrodiala Zreče (nadležna suha telesna teža) in prim. Marijan Močivnik, dr. med., Nefrodial Zreče (preprečevanje ledvičnih bolezní).

Na predavanju so poslušalci predavateljem postavljali tudi razna vprašanja, kar je bilo še bolj zanimivo, po predavanju pa so se vsi navzoči udeležili še srečanja v hotelu Dobrava. Organizacijo, predavanje in srečanja so omogočili DIAM d.o.o. Zreče, Unior Turizem Zreče in DIABETEC Slovenske Konjice.

M. Brilelj



Številni poslušalci (dvorana je bila polna!) so z zanimanjem prisluhnili predavateljem.



Predavatelji v Zrečah, z leve proti desni: prim. Marijan Močivnik dr. med., doc. dr. Rado Kveder dr. med., Marta Močivnik VMS in Andrej Čufer dr. med.

15 let na dializi in je rodila hčerko

V Ljubljani je bil konec novembra izjemen dogodek. Darja Holer, dializna bolnica, ki je že 15 let na dializi, vmes pa tudi transplantirana in ponovno na dializi, je namreč rodila hčerko. Ko je bila ugotovljena nosečnost, se je vsak dan, oz. 6-krat na teden dializirala! To je bil prvi porod dializne bolnice v Sloveniji in tudi na svetu so zelo redki takšni primeri! Hčerka Anja in 27-letna porodnica se dobro počutita, in je z njima vse v redu kot

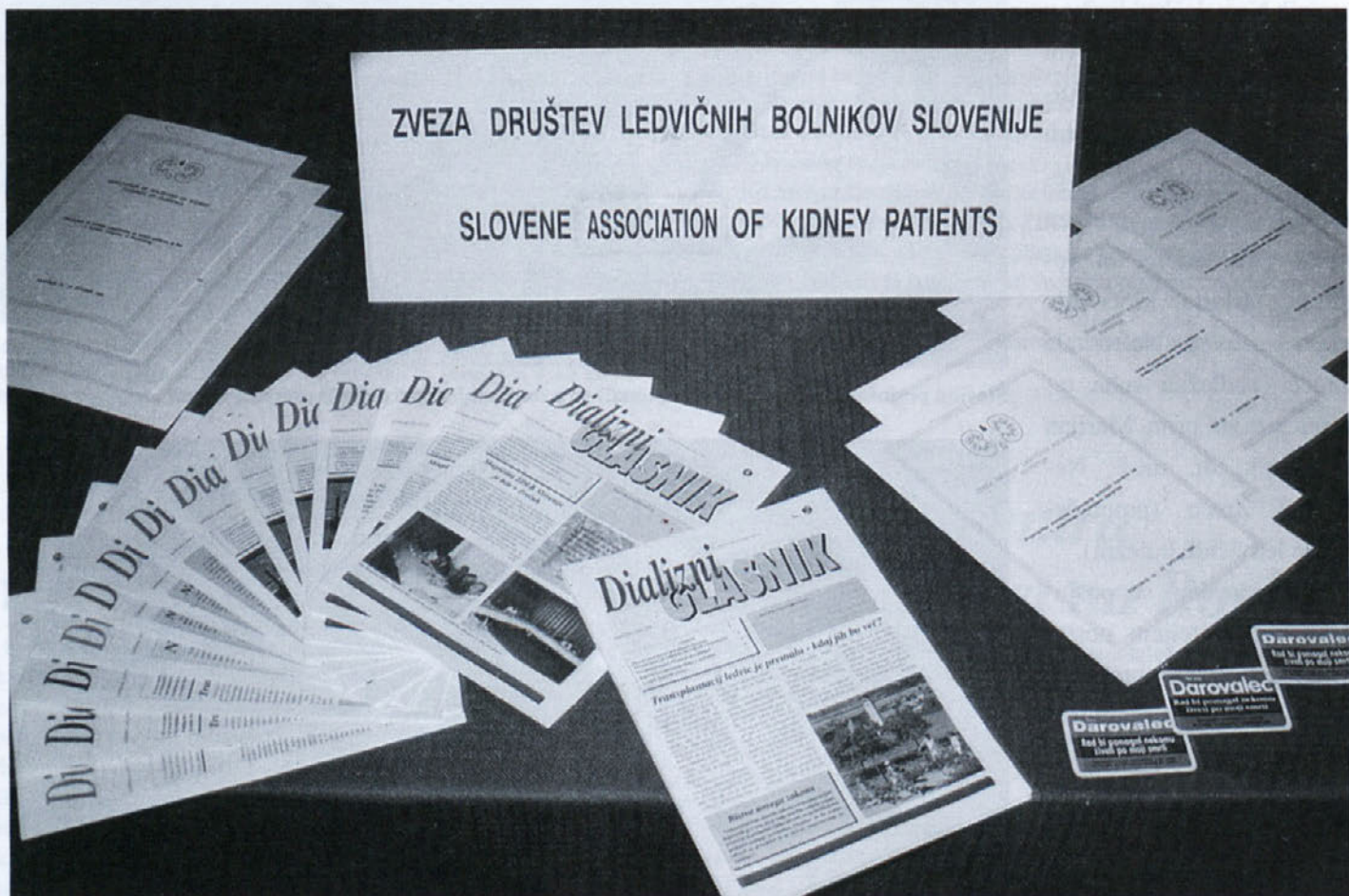
rečemo. To jima nedvomno želimo tudi vsi bralci Dializnega glasnika.

Društvo ledvičnih bolnikov Ljubljana, kjer je Darja Holer včlanjena, ji ob srečnem dogodku čestita in obema želi, da bi bilo vse lepo in brez težav. Čestitkam se pridružuje tudi naše uredništvo.

Predstavitev na nefrološkem kongresu

ZVEZA DRUŠTEV LEDVIČNIH BOLNIKOV SLOVENIJE

SLOVENE ASSOCIATION OF KIDNEY PATIENTS



V Portorožu je bil od 23. do 27. oktobra letos 1. slovenski nefrološki kongres. To strokovno srečanje so spremljale tudi razne druge dejavnosti, povezane z nefrologijo. Na eni izmed stojnic v preddverju kongresne dvorane je stojnico postavila tudi Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije, ki je za to priložnost izdala poseben bilten, razstavila Dializne glasnike in še nekaj drugih gradiv.

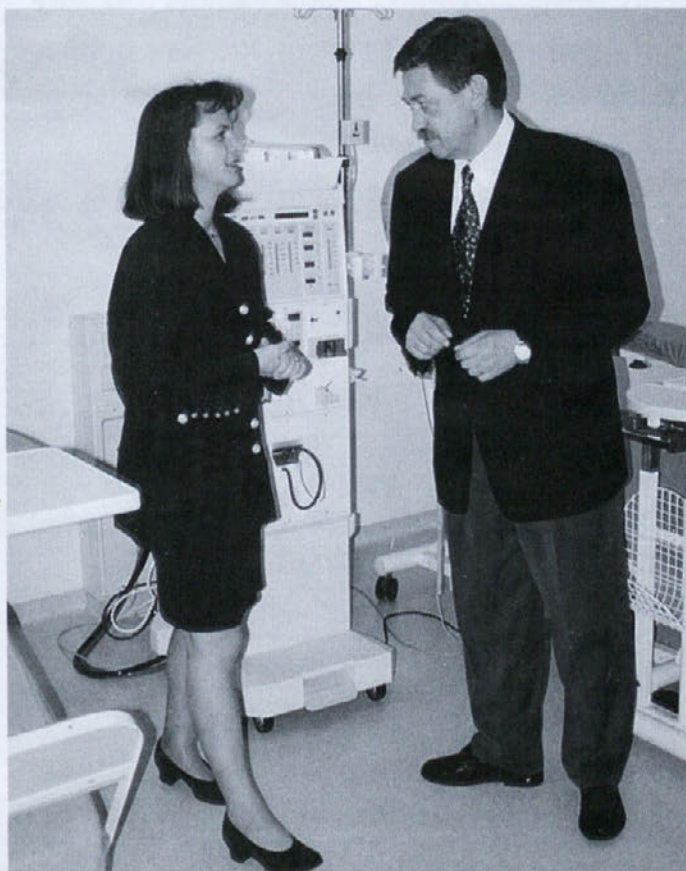
M. Brilej

V Črnučah pri Ljubljani so tudi "uradno" odprli dializni center

Dializni center po meri vseh

V Črnučah pri Ljubljani so 17. oktobra letos tudi uradno odprli nov dializni center, ki sicer deluje že nekaj časa. V moderno opremljenih prostorih so udobni ležalni stoli ter vsa oprema, ki jo bolniki potrebujejo. Med dializiranjem lahko gledajo televizijo, poslušajo radijo, berejo časopise, revije itd. Skratka, v takšnih pogojih je dializa bistveno ugodnejša za bolnike, kot tudi za strokovno osebje.

Uvodne besede ob otvoritvi je posredoval prim. dr. Marijan Močivnik, vodja dializnega centra Zreče, ki je poudaril pomen kvalitetne opreme za izvajanje dobre dialize. Direktorica firme Nefrodial d.o.o., ki upravlja z dializnim centrom, Gabriela Moljk, je navzočim predstavila prostore in opremo, seveda pa so pri tem stekli tudi mnogi razgovori med udeleženci otvoritve, saj je bila to sila primerna priložnost tudi za malce strokovne teme.



M. Brilej

Direktorica Nefrodiala Gabriela Moljk in prim. dr. Marjan Močivnik ob otvoritvi dializnega centra v Črnučah



Nov dializni center v Črnučah: lepi prostori, moderna oprema in strokovno delo

Tekmovanje v plavanju

V Čateških Toplicah je bilo 15. septembra letos v organizaciji komisije za šport in rekreacijo, pod vodstvom Francija Pohlina, pri Zvezi društev ledvičnih bolnikov Slovenije, tekmovanje v plavanju.

Udeležili so se ga dializni in transplantirani ledvični bolniki, ki so plavali na 50 m v prosti tehniki v dveh kategorijah.

Rezultati:

Moški, roj. 1957 - 1976 : 1. Drago Lukič (Novo mesto) 1:54,47

Moški, roj. 1956 in starejši: 1. Rudi Planinc (Novo mesto) 42,93; 2. Wlodiga Peter (Slovenj Gradec) 49,27; 3. Martin Brilej (Litija) 50,03; 4. Jože Soršak (Viva Zreče) 1: 05,24; 5. Lenart Ulaga (Viva Zreče) 1:17,66; 6. Mirko Planinc (Novo mesto) 1: 49,30.

Ženske: 1. Greta Divjak 1:31,31; 2. Ajka Karič (Slovenj Gradec) 2:01,61. Izven konkurence: Betka Medved (Slovenj Gradec) 57,89; Dragica Planinc (Novo mesto) 1:05,52.

M.B.

Tudi pozimi bodo športna srečanja

Komisija za šport in rekreacijo pri Zvezi društev ledvičnih bolnikov Slovenije načrtuje v letošnji zimi dvoje športnih srečanj. Prvo bo v kegljanju ali bovlincu, drugo pa v okviru sodelovanja z madžarsko zvezo transplantiranih na Rogli. O srečanjih bodo društva ledvičnih bolnikov obveščena.

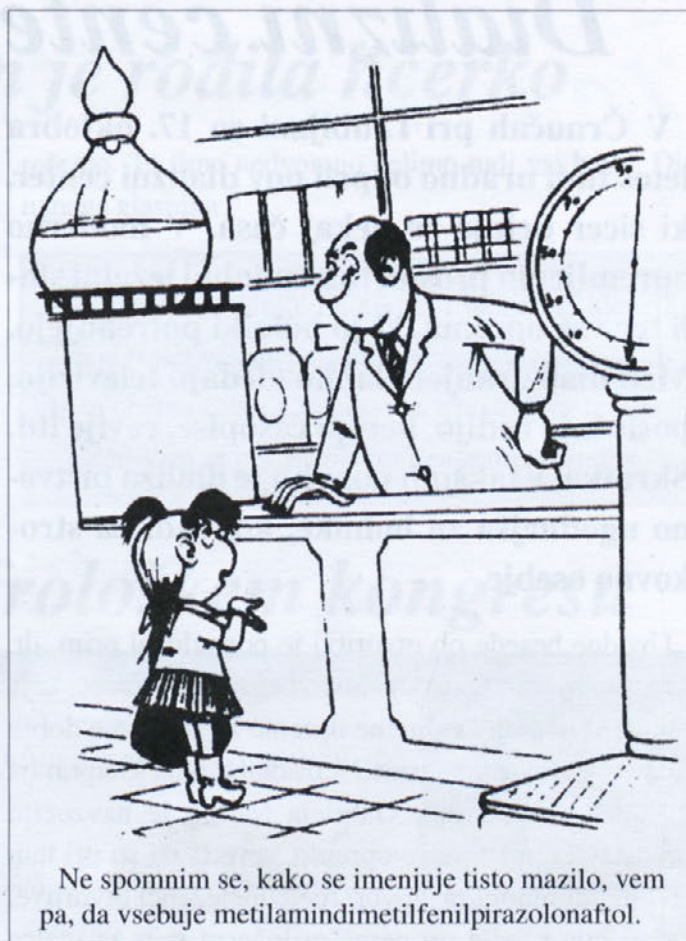
M.B.

Trenutek za razmislek

"Ko sem bil še majhen, je bila vsaka druga ženska noseča. Sedaj pa ima trebuh vsak drugi moški."

M. Brilej

ZA DOBRO VOLJO



Ne spomnim se, kako se imenuje tisto mazilo, vem pa, da vsebuje metilamindimetilfenilpirazolonaftol.

Pripadnik protivohunske službe se hvali:

"Moje delo je tako strogo zaupno, da niti sam ne vem kaj delam!"

Sin se muči s križanko.

Nazadnje pokliče na pomoč očeta:

"Ali bi mi lahko pomagal oče? Samo zadnja beseda mi še manjka."

"Pojdi k materi," zagode oče, "saj veš, da je za zadnjo besedo pri nas pristojna mati."

"Ali ste bili že kdaj obsojeni?" vpraša sodnik obtoženca.

"Da, ampak že davno."

"Kdaj pa je bilo to?"

"Pred petnajstimi leti."

"In kaj ste delali do zdaj?"

"Kaj neki? Sedel."