

DIALIZNI GLASNIK

ŠTEVILKA 25

LJUBLJANA 1992

POVEČAN KRVNI TLAK PRI BOLNIKU S KONČNO LEDVIČNO ODPOVEDJO

Asist. mag. dr. Radoslav Kveder

Skoraj vsak bolnik, ki so mu odpovedale ledvice, se spozna s povečanim krvnim tlakom. Arterijska hipertenzija - strokovni izraz za bolezensko stanje, ki nastane zaradi učinkov predolgo povišanega krvnega tlaka - se pojavi pri 80 do 100% vseh bolnikov, pri katerih pride zaradi različnih ledvičnih bolezni do popolne odpovedi tega organa. Arterijska hipertenzija pa ni pogosta in značilna samo za bolnike s kroničnimi ledvičnimi boleznimi, temveč je to tudi najbolj razširjena bolezen sodobnega sveta. Bolezen sama poteka zahrbtno in bolniku pogosto ne povzroča nikakršnih zaznavnih težav. "Tihi ubijalec" je zanj zato kar pravšen izraz. Za bolnike in seveda tudi za nas zdravnike je zato zelo pomembno, da bolezen zgodaj prepoznamo in jo tudi učinkovito zdravimo.



999703897

Preden bi podrobneje predstavil arterijsko hipertenzijo pri končni ledvični odpovedi, zaradi katere je potrebno nadomestno zdravljenje z eno od dializnih metod ali presaditvijo ledvice, si pogledjmo, kako ta bolezen nastane in kakšne so posledice neučinkovitega ali neustreznega zdravljenja.

Normalen krvni tlak

Meja med normalnim in povečanim krvnim tlakom še danes ni povsem določena. Strokovnjaki so se sicer dogovorili, da predstavlja mejo normalnega krvnega tlaka vrednost 140/90 mm Hg in povečan krvni tlak vrednost, večja od 160/95 mmHg in izmerjena vsaj 2-krat v nekaj tedenskih razmakih, vendar te meje ne veljajo za vse ljudi. Pri definiciji normalnega krvnega tlaka je potrebno upoštevati tudi vpliv starosti, spola in rase, ki vsak na svoj način pogojujejo zgoraj navedeno definicijo. Vrednosti krvnega tlaka med 140/90 in 160/95 mmHg imenujemo tudi mejno arterijsko hipertenzijo. Prava hipertenzivna bolezen se razvije le pri delu bolnikov z mejno arterijsko hipertenzijo.

Spoznali smo meje normalnega krvnega tlaka, še vedno pa ne vemo, kaj je to krvni tlak in zakaj je ravno tlak, manjši od 140/90 mmHg, najustreznejši.

Kri kroži po telesu po elastičnem cevju - žilah (arterijah in venah). Silo, s katero pritiska kri na površinsko enoto žilja, imenujemo krvni tlak. Stalno kroženje krvi omogoča črpalka, človekovo srce. Srce požene kri v krvni obtok, v žile, pod nekim določenim tlakom, ki se prenaša na žilno steno. Elastičnost žilne stene se temu upira. Med omenjenimi silami nastane poseben

harmoničen odnos, ki vzdržuje stalnost krvnega tlaka.

Vsi dobro veste, da krvni tlak lahko zelo enostavno merimo. Ker je bilo merjenje krvnega tlaka lepo predstavljeno v eni od zadnjih številčk Novic, tega na tem mestu ne bi ponavljali.

Predaleč bi nas zaneslo, če bi vam skušal pojasniti, zakaj je normalen krvni tlak ravno 120/80 mmHg oziroma manjši kot 140/90 mmHg. Če poenostavim, lahko rečem, da mora biti krvni tlak takšen zato, da lahko cirkulacijski sistem (srce z žiljem) zagotovi preskrbo s krvjo in v njej raztopljenimi hranilnimi snovmi in kisikom prav vsem, tudi najbolj oddaljenim delom človekovega telesa.

Če pride do motenj v normalnem uravnavanju krvnega tlaka, se ta lahko zniža ali poveča. Že iz naslova ste spoznali, da se bomo tokrat posvetili tistim motnjam, ki privedejo do porasta krvnega tlaka z vsemi posledicami.

Nastanek povečanega krvnega tlaka

Poglejmo si od bliže nekatere dejavnike, za katere danes ocenjujemo, da so odgovorni za povečanje krvnega tlaka nad meje, ki smo jih spoznali kot normalne.

Predstavljajmo si obtočila kot zaprt sistem cevja, po katerem teče tekočina, ki izvaja stalen, nihajoč (delo srca!) tlak na stene tega sistema. Če se v tem sistemu poveča sila, ki potiska tekočino v njem, se bo povečal krvni tlak. Povečal se bo predvsem tako imenovani sistolični krvni tlak, ki nastane kot posledica izstisnjene krvi iz srca v arterije in tlaka tako izstisnjene krvi na stene arterije v velikem telesnem krvnem obtoku. Takšno

stanje ugotavljamo pri bolnikih s slabokrvnostjo, povečanim delovanjem ščitne žleze, po zaužitju nekaterih zdravil, velikem telesnem naporu, psihični napetosti itd. Podobno bomo lahko izmerili povečan krvni tlak, če se v tem sistemu poveča prostornina krožeče krvi, največkrat na račun povečanja prostornine vode v njej. Ta mehanizem je vam dobro poznan, saj predstavlja osnovno spremembo za nastanek arterijske hipertenzije pri bolnikih s kronično ledvično boleznijo. Pa si nekoliko podrobneje pogledjmo vlogo ledvic pri nastanku tega stanja.

Ledvice so organ, ki zelo natančno uravnavajo presnovo vode in soli v telesu. Skrbijo za to, da se ves čas vzdržuje najoptimalnejše ravnovesje, ki zagotavlja najboljše pogoje za delo vseh celic človekovega organizma. Pri bolezenski prizadetosti ledvic se začne ta enkratna lastnost ledvic krhati in ledvice nenadoma ne morejo več zagotavljati stabilnega ravnovesja. Prva in zelo pomembna motnja je neopazno zadrževanje soli in s tem tudi vode v telesu. Ko je ta pribitek dovolj velik, se poveča krvni tlak, pojavijo se tudi drugi znaki prevelike količine vode in soli v telesu, kot so otekline, predvsem spodnjih okončin, občutek dušenja, utrujenost itd. Mnogi med vami ste se s temi znaki gotovo spoznali. K opisani motnji pomembno prispevajo tudi sestava hrane in z njo vnešene prevelike količine soli, maščob ali beljakovin. Prevelika telesna teža je še en dodaten dejavnik, ki krvni tlak povečuje.

Drugi dejavnik, ki je pomemben za nastanek povečanega krvnega tlaka, je tudi elastičnost žilne stene, predvsem v arterijskem sistemu. Elastičnost žile je odvisna od sestave žilne stene, ki se s starostjo spreminja in zmanjšuje. Zelo neugodno na to

vpliva odlaganje maščob in kalcijevih soli v bolezenskem procesu, ki ga poznamo kot aterosklerozo. Prevelika količina maščob v krvi, ki je posledica prirojenih in pridobljenih motenj v presnovi maščob (nepravilna prehrana, sladkorna bolezen, kronična ledvična bolezen), arterijska hipertenzija in kajenje so glavni dejavniki tveganja za nastanek ateroskleroze. Ali vam postajajo nekatera priporočila zdravnikov, ki ste jih v času vaše bolezni že velikokrat slišali in so še vedno del vašega vsakdana, že nekoliko bolj razumljiva?

Neelastične stene arterij postanejo velik problem tudi pri bolnikih, ki so že dalj časa na hemodializi. Njihove žile se često obnašajo kot rigidne cevi in se tako ne odzivajo na spremembe v prostornini krvi, ki skozi njih teče, in tudi na druge signale, ki določajo premer žilja, ne. Ti bolniki imajo pogosto stalno visoke vrednosti sistoličnega krvnega tlaka (slabo reagirajo na zdravila za zniževanje krvnega tlaka) in med hemodializo pogosto nagibajo k nenadnim padcem krvnega tlaka - hipotenzijam. Srčnožilni zapleti so pri teh bolnikih zelo pogosti..

Pri delu bolnikov s povečanim krvnim tlakom pa ne moremo ugotoviti motenj, ki smo jih pravkar spoznali. Pri teh bolnikih običajno ugotovimo povečanje upornosti malih žil, ki nastane zaradi prevelike aktivnosti simpatičnega dela avtonomnega živčnega sistema (to je del živčevja, ki ga ne moremo zavestno kontrolirati) in tudi učinkov nekaterih endogenih snovi - hormonov, ki se sproščajo v nenormalnih količinah in tudi učinkujejo na nenormalno odzivne drobne žile. Teh žil je povprečno največ ravno v ledvicah. Ledvice so torej osrednji organ v uravnavanju

krvnega tlaka.

Bolezen ledvic (ledvičnega tkiva in žil) lahko torej odločilno vpliva na spremembo krvnega tlaka in na nastanek arterijske hipertenzije. Vendar ledvične bolezni niso tako pogoste in so vzrok nastanku arterijske hipertenzije v manj kot 6% vseh primerov. Ledvice pa niso samo vzrok za nastanek arterijske hipertenzije, temveč pogosto postanejo tudi žrtev te bolezni. Ledvice so eden od tarčnih organov, ki jih prizadene tako imenovana primarna arterijska hipertenzija ali arterijska hipertenzija neznanega izvora. Primarno arterijsko hipertenzijo ima 92 do 94% vseh primerov bolnikov s povečanim krvnim tlakom.

Povečan krvni tlak pri bolniku na hemodializi, CAPD in po presaditvi ledvice

Arterijska hipertenzija pri hemodializnem bolniku

Povečan krvni tlak je pri bolniku na začetku zdravljenja s hemodializo povezan s povečano količino soli in vode v telesu, ki se je v bolnikovem telesu nakopičila v zadnjem obdobju ledvične bolezni. Pri manjšem delu bolnikov je lahko tudi posledica nenormalne upornosti žilja. Kmalu po začetku rednega zdravljenja s hemodializo se začne krvni tlak zniževati. Pri večini bolnikov, pri katerih dosežemo tako imenovano suho telesno težo ("predvideno telesno težo"), se krvni tlak normalizira. Če je bolnik potreboval zdravila za zniževanje krvnega tlaka, lahko v večini primerov s tem preneha ali pa pomembno zmanjša dozo zdravil. Krvni tlak smo torej uspeli uravnati z odtegnitvijo odvečne

tekočine in soli iz telesa.

Pri normalnih pribitkih telesne teže med dvema hemodializama običajno ne zaznamo večjih sprememb v krvnem tlaku, vrednosti ostajajo večinoma v normalnem območju. Pri tistih bolnikih, ki ne skrbijo za uravnotežen, sprejemljiv vnos tekočine in soli v telo (pribitek telesne teže med dvema hemodializama je večji od 1,5 oziroma 2,0 kg), so gibanja krvnega tlaka drugačna. Visok krvni tlak je pred vsako priključitvijo na hemodializni postopek skoraj pravilo. Krvni tlak je pri večini teh bolnikov povečan tudi v meddializnem obdobju. Zdravila za zniževanje krvnega tlaka lahko pri uravnavanju arterijske hipertenzije sicer pomagajo, vendar lahko pride do nevšečnih zapletov med hemodializo, če so za uravnavanje potrebni večji odmerki ali kombinacija zdravil. Krvni tlak se pogosto zniža bolj kot bi to pričakovali zgolj zaradi zmanjšanja povečane telesne vode. Spremembe krvnega tlaka tudi niso predvidljive, zato je hipotenzija pri teh bolnikih čest spremljevalec dialize.

Pri bolnikih, kjer takšno stanje traja dalj časa, več let, še posebno, če je bil krvni tlak povečan daljše obdobje tudi pred začetkom dializnega zdravljenja, pride lahko do pomembnih okvar na srcu in tudi žilju. Spomnimo se neelastičnosti žilja in ateroskleroze! Krvni tlak se začne postopno zniževati in nemalokrat postane celo nižji kot normalno. Bolnik, ki je dolgo časa trpel za arterijsko hipertenzijo, se nenadoma sreča z drugo nevšečnostjo, kronično znižanim krvnim tlakom, kronično hipotenzijo. Pri teh bolnikih so nastopile velike motnje v sistemu obtočil tako zaradi pomembne okvare črpalke kot tudi zaradi

pomembne okvare cevja. Ko pride do tega stanja, smo zdravniki največkrat nemočni. Zato si zapomnimo, da je preprečevanje takšnih sprememb edino in najpomembnejše, kar lahko bolnik in tudi zdravnik napravita. Sprememba načina hemodialize (uporaba alternativnih hemodializnih metod) odpravi le manjši del nevšečnosti (nekaterim bolnikom izboljša kvaliteto življenja in ga napravi znosnejšega). Da bom pomen te trditve še boljše ilustriral, je prav, da izveste, kaj večina strokovnjakov misli o dolžini življenja hemodializnega bolnika. Prepričani so, da življenjska doba bolnika, ki potrebuje hemodializno zdravljenje, ni krajša od pričakovane življenjske dobe zdrave populacije. Med nje pa ne moremo uvrstiti najstarejših dializnih bolnikov in tistih, pri katerih ugotovimo pomembno okvaro srčnožilnega sistema. To so potrdile številne raziskave najeminentnejših raziskovalnih skupin na tem področju. Iskreno želim, da bi naša stalna prizadevanja, za mnoge prava sitnarjenja, za zmanjšanje omenjene nevarnosti, pravilno razumeli, saj gre predvsem za vašo dobrobit, za daljše in kvalitetnejše življenje.

Populacija dializnih bolnikov postaja v večini dializnih centrov po svetu vse starejša (v ljubljanskih dializnih centrih je bilo aprila 1991 več kot 50% bolnikov starejših od 60 let!). Pri tej skupini dializnih bolnikov k nenormalnostim v delovanju srčnožilnega sistema poleg omenjenih pripomorejo tudi spremembe povezane s samim staranjem. Proces ateroskleroze je pri njih večinoma bolj izražen. Med hemodializnim zdravljenjem se srečujemo s tako imenovano srčnožilno nestabilnostjo. Ta se kaže predvsem s povečanim krvnim tlakom doma, v meddializnem obdobju, ter pogostimi hipotenzijami med dializami. Te so običajno vezane

tudi na prevelike odvzeme tekočine iz bolnikovega telesa, kjer normalni uravnavni mehanizmi ne morejo zagotoviti stalnosti krvnega tlaka. Žilje teh bolnikov se ne odziva na živčne in druge dražljaje, ki skušajo obdržati normalni krvni tlak, potem ko se relativno hitro zmanjša prostornina tekočine v žilah. Prizadeto srce ne more zagotoviti normalnega tlaka s povečanjem svojega dela in s tem povečanjem potisne sile krvi v žilju. Krvni tlak se zniža enostavno zaradi tega, ker se v sistemu obtočil zmanjšajo sile, ki sicer zagotavljajo normalen krvni tlak. Za takšna stanja posebnih zdravil ne poznamo. Preprečimo jih z ukrepi, ki smo jih malo prej spoznali. Zmanjševanje prostornine telesne vode med hemodializo mora biti pri teh bolnikih zmerno, prilagojeno spremenjeni odzivnosti srčnožilnega sistema; pribitki telesne teže med dvema dializama naj bodo zaradi tega čim manjši. Posebne dializne metode so uspešne samo pri delu dializnih starostnikov.

Leta 1978 smo zadnjemu bolniku odstranili obe ledvici zaradi neobvladljive arterijske hipertenzije. Binefrektomija, kot ta operativni poseg strokovno imenujemo, je v mnogih centrih po svetu postala le še zgodovinska zanimivost. Neobvladljive arterijske hipertenzije praktično ne poznamo več. Razvoj dializne tehnologije in uvedba sodobnih antihipertoničnih zdravil so to smrtno nevarno bolezensko stanje odpravile.

Približno pri 10% bolnikov pa s hemodializo samo - kljub temu, da dosežemo stanje, ko v telesu ni odvečne soli in vode - arterijske hipertenzije ne moremo urediti. Ti bolniki potrebujejo stalno dodatno zdravljenje z zdravili za zniževanje krvnega

tlaka. Skrbimo predvsem za čim nižji (normalen!) povprečni krvni tlak, ker skušamo na ta način zmanjšati dolgoročne zaplete na srcu in žilju kot tudi preprečiti nastanek možganske kapi.

Ob koncu naj omenim še posebno 'obliko povečanega krvnega tlaka, ki se pojavlja med hemodializo pri veliki ultrafiltraciji - odvzemanju vode med hemodializo - in večinoma za bolnika ne predstavlja prevelike nevarnosti. Nastane zaradi povečanega sproščanja nekaterih endogenih snovi, ki povzročijo stisnenje drobnih arterij in tudi ven. Njihovo sproščanje je odziv na nenadno zmanjšanje prostornine krožeče krvi, ker bi sicer prišlo do nenadnega padca krvnega tlaka. Z manj agresivnim odvzemanjem vode, postopno nadomestitvijo manjkajoče vode v ožilju, včasih pa z dodatkom zdravila za znižanje krvnega tlaka to motnjo lahko odpravimo. Krvni tlak se tudi sicer zniža brez posebnih ukrepov kmalu po zaključku dializnega postopka.

Povečan krvni tlak pri bolniku na CAPD

Zdravljenje s CAPD omogoča zvečine boljše uravnavanje krvnega tlaka. Kmalu po začetku tega zdravljenja se začne krvni tlak nižati in mnogi bolniki lahko ukinejo jemanje antihipertoničnih zdravil ali pomembno zmanjšajo odmerke. V tem zgodnjem obdobju lahko pride celo do hipotenzij, še posebno, če je bilo odstranjevanje odvečne vode prehitro. Podobno kot to velja za hemodializnega bolnika, z doseženjem "suhe telesne teže" arterijsko hipertenzijo obvladamo. Nihanja krvnega tlaka so zatem pri bolniku na CAPD značilno manjša, ker je zdravljenje s to metodo zvezen, stalen proces in je uravnavanje krvnega tlaka lažje.

Poseben problem predstavljajo starejši bolniki in bolniki s

sladkorno boleznijo, kjer se srečujemo s podobnimi zapleti na srčnožilnem sistemu, kot smo jih spoznali že prej. Zmanjšanje vpliva vseh dejavnikov tveganja za nastanek ateroskleroze in s tem ishemične bolezni srca in možgan (čim nižji krvni tlak je eden od pomembnejših dejavnikov!) je glavni cilj naših zdravilnih naporov.

Povečan krvni tlak po transplantaciji ledvice

Normalizacija ledvične funkcije po uspešni presaditvi ledvice ne zagotavlja normalizacije krvnega tlaka. Do tega lahko pride po nekaj mesecih delovanja presadka, če okvare na žilju in srcu, ki so nastale v času slabšanja delovanja lastnih ledvic ali med hemodializnim zdravljenjem, niso nepopravljive (vedenje tega je pomembno predvsem za bolnike mlajše od 60 let, torej potencialne kandidate za ta način nadomestnega zdravljenja).

Vzroki za nastanek hipertenzije po presaditvi ledvice se nekoliko razlikujejo od tistih, ki smo jih že spoznali. Povečan krvni tlak je lahko posledica bolezenskih sprememb in vplivov lastnih ledvic ali dejavnikov, ki smo jih že spoznali. Dodatno pa lahko k temu prispevajo tudi dejavniki, ki izvirajo iz ledvičnega presadka, kot so akutna (nenadna) ali kronična zavrnitev presajene ledvice, ponovljena ali na novo nastala ledvična bolezen na presadku ter nastanek zoženja arterije presajene ledvice. Tretjo skupino vzrokov predstavljajo vplivi zdravil, ki jih uporabljamo za preprečevanje zavrnitve (kortikosteroidi in ciklosporin). Diagnostični postopki so utečeni in zato vzročna opredelitev povečanega krvnega tlaka po transplantaciji ne predstavlja

večjega problema. Dostopnost sodobnih zdravil in drugih postopkov (balonsko širjenje zožene arterije presadka s pomočjo posebnega katetra, ki ga uvedemo preko stegenske arterije) nam omogočajo tudi uspešno zdravljenje. Vsekakor so za uravnavanje krvnega tlaka pomembni tudi drugi ukrepi, predvsem uravnotežena prehrana z malo soli in pravilno sestavo in vsebnostjo maščob in beljakovin, preprečevanje debelosti, izogibanje nezmernemu uživanju alkohola in kajenju. Vedeti je potrebno, da je dolgoročna prognoza delovanja presadka med drugim odvisna tudi od višine krvnega tlaka. Pri bolnikih s presajeno ledvico se zaradi tega ne zadovoljujemo z vrednostmi krvnega tlaka, ki dosegajo zgornjo mejo normalnega krvnega tlaka (140/90)mmHg, temveč ga skušamo držati okrog 120/75mmHg ali še nižje, če je že prisotna okvarjena funkcija presadka.

Arterijska hipertenzija je za mnoge bolnike, ki so jim odpovedale ledvice, eden najusodnejših negativnih dejavnikov, ki določajo kvaliteto in tudi dolžino življenja. S prispevkom sem želel problem zaokroženo prikazati in opozoriti na pasti tega "tihega ubijalca". Trudil sem se, da bi bil pri tem čim bolj razumljiv in ne predolg. Kako sem bil pri tem uspešen, boste presodili sami. Nagrada zame in - o tem sem prepričan - tudi za moje kolege bo, če se boste po vsem, kar ste izvedeli, uspeli spopasti s to nevarno nadlogo in nam tako pomagali pri izpolnjevanju naše osnovne naloge, katere glavni cilj je, da ponovim še enkrat, kvalitetno in dolgo življenje vseh, ki zaradi odpovedi ledvic potrebujejo nadomestno zdravljenje.

KAKO DOLGO NAJ BI TRAJALA DIALIZA

Zmaga Žuntar in Mirjana Čalič

Za večino bolnikov je čas trajanja dialize neprijeten. Zato se ne smemo čuditi, da bolniki krajšanje časa dialize navadno pozdravijo; če pa zdravnik predlaga podaljšanje dialize, se bolniki temu navadno upirajo. Pri današnjem znanju o dializi ni več nobenega dvoma, da so mnogi bolniki slabo dializirani. Dializa je dolgoročen način zdravljenja, zato je treba upoštevati tudi to, kakšen je njen vpliv na bolnika še po mnogih letih. Kar trenutno pridobimo z eno uro skrajšane dialize, je toliko, kot da bi si sami zabijali žebelj v krsto. Po daljšem času pa pomeni skrajšanje dialize tudi skrajševanje bolnikovega življenja.

Prav tako kot danes nihče ne dvomi o škodljivosti kajenja, ni nobenega dvoma več o tem, da je prekratek čas dialize škodljiv. Na splošno bi skoraj lahko rekli: kolikor boljša in pogostejša je dializa, toliko boljša je prognoza (stanje bolnika).

Bolnikom bi priporočili tole: dober učinek dialize se začne, če traja dializa 3 x 4 ure na teden; če se bolnik dializira 3 x 5 ur na teden, je to zanj "ta pravo". Če pa bi se dializiral 4 x 6 ur na teden, bi naredil zase največ. Torej:

- 3 x 4 ure dializa
- 3 x 5 ur prava dializa
- 4 x 6 ur bi bila najboljša dializa

Morda bo bolnik na to rekel: Gospod doktor, potem pa vi lezite na posteljo! Menim, da je treba skrajševanje dialize, kar je bila v preteklih letih moda, zavračati. Fizikalnih zakonov ni mogoče spremeniti niti z novimi membranami niti z različnimi vrednostmi natrija niti z drugimi umetnimi posegi. Dializa poteka namreč vidno izven telesa (čiščenje krvi), nevidno pa poteka v telesu (notranja dializa). Ob tem gre za izmenjavo strupenih snovi med celičnim in transportnim delom krvi. Ta tako imenovana notranja dializa traja še dolgo po tistem, ko je bolnik že odključen. Zato je najbolje, če trajata "notranja" in "zunanja" dializa čim dalj vzporedno.

(Povzeto po knjigi dr. Guntherja Schonweissa "Dyalisefibel")

ZIVLJENJE S PRESAJENO LEDVICO

Ana Lilič

Ze v otroških letih sem spoznala, kaj pomeni in zahteva dolgotrajna in resna bolezen ledvic. Kot osnovnošolka sem morala sprejeti dejstvo, da moje življenje ni takšno kot življenje večine mojih sovrstnikov, ki niso vedeli, kaj pomeni bolniška postelja v nepretrganem trajanju treh mesecev, kaj pomeni odpovedovanje kakršnikoli športni aktivnosti in kaj vsakdanja skrb in discipliniranost pri rednem jemanju tablet in spoštovanje vseh predpisanih diet.

Obiskovala sem 3. letnik Srednje upravno administrativne šole v Ljubljani. Vedela sem, da je - glede na moje bistveno poslabšano zdravstveno stanje - čas dialize zelo blizu.

Spomin na prvo srečanje z dializnim centrom leta 1988 v Novem mestu je še vedno živ. To je spomin na trenutek, ko se ob pogledu na dializni aparat soočiš z resnico in kljub velikemu življenjskemu razočaranju začneš sprejemati način življenja, ki ti je dan. Bolezen, s katero so živeli tudi moji bližnji, je v največji možni meri želela omiliti moja mama, kot vsaka mama tega sveta, ki bi svojemu otroku po najboljših močeh rada pomagala. Vedela je, da mi s transplantacijo darovane ledvice lahko povrne vsaj del drobnih radosti in me s svojo nesebično pomočjo odreši nadaljnjega ležanja na dializni postelji.

Po trinajstih mesecih dialize je napočil težko pričakovani trenutek operacije, s katero bi ob presajeni mamini ledvici bila rešena nadaljnje odvisnosti od dializnega aparata. Bil je mesec december leta 1989, ko sva z mamo v osmem nadstropju kliničnega centra po opravljeni operaciji v bolniški sobi za intenzivno nego spoznali, da je bila njena žrtev zaman. Mamina vroča in goreča želja, da bi mi s podarjeno ledvico pomagala k lepšemu življenju, žal ni bila izpolnjena.

To je bil čas razočaranja, čas osebne preizkušnje, trenutek brezsmiselnosti, ponovna vrnitev k staremu načinu zdravljenja, polnemu samoodpovedovanja, čas čakanja na boljši in svetlejši dan.

In spet sem se vsak drugi dan srečevala s starimi znanci novomeškega dializnega centra. Lepo se je spominjati naših skupnih druženj z bolniki in medicinskim osebjem, s katerimi smo bili prijatelji in smo si delili vsakdanje tegobe ter se veselili majhnih, drobnih stvari v našem vsakdanu, katerih ljudje, ki jim je bolezen tuja, čestokrat ne vidiijo in ne sprejemajo kot novi elan in vero v življenje.

Moje upanje in optimizem nista bila zaman, saj so me iz kliničnega centra dne 12. junija 1991 obvestili, da je na razpolago kadavrška ledvica, katera glede na skladnost in ostale preiskave ustreza mojemu organizmu.

Neskočno lep občutek me je obdajal v dnevih po operaciji, ko sem spoznala, da ledvica, s katero živim, deluje in da bom z njeno pomočjo zaživela drugačno življenje. Pri rednih pregledih v transplantacijski ambulanti v Ljubljani se na osnovi ustreznih preiskav kažejo boljši rezultati, kateri iz dneva v dan dajejo boljše in vzpodbudnejše upanje ter potrjujejo, da vsa dolga pričakovanja niso bila zaman.

Ob dobrem počutju se pojavljajo tudi novi cilji, katere želim izpolniti in na ta način tako kot večina mojih vrstnic dobiti službo in s tem skrbeti sama zase. Odpotovati želim na brezskrben dopust in - kar je najvažnejše - pozabiti na temne plati preživetega ter se veseliti jutrišnjega dne.

MOJ MATURANTSKI IZLET

Greta Samotorčan

Ze od zgodnjega otroštva sem ledvična bolnica. Značaj bolezni je tak, da sem se morala ves čas paziti - predvsem pri hrani. Kljub temu se mi je bolezen pred tremi leti tako poslabšala, da moram hoditi na dializo. To pomeni, da lahko praviloma grem od doma le za en dan. S tem so moje možnosti za počitnice močno omejene.

Letos gre naš razred na maturantski izlet v Prago. Zame je tak izlet brez dialize nekaj nemogočega. Seveda opravljajo dializo tudi v Pragi, ki pa jo moram plačati sama. Ena dializa v Pragi stane več sto mark. Tak izdatek pomeni zame trikratno povečanje cene izleta. Tega moji starši gotovo ne bi zmogli, saj hodita v šolo še ena sestra in brat. Izlet v Prago je zame veliko več kot navaden izlet, ker je to maturantski izlet. Na ta izlet si močno želim iti, ker sem se takemu izletu ob koncu osnovne šole že morala odpovedati.

Pri mojem problemu mi je priskočilo na pomoč naše Društvo ledvičnih bolnikov, ki mi je pripravljeno plačati enkratno dializo v Pragi, osebje dializnega centra v Ljubljani pa mi bo pomagalo organizirati dializo v Pragi. Več kot to, da mi je kdo pripravljen pomagati, mi pomeni spoznanje, da v svojem življenju nisem vezana samo na neposredno bližino centra za dializo in sem tudi glede možnosti potovanja bliže zdravim ljudem.

Ob tej priložnosti se za to zahvaljujem Društvu ledvičnih bolnikov, katerega delovanja in pomena se šele začnem prav zavedati.

Milo Dor

NA NAPACNEM PARNIKU

Milo Dor (s pravim imenom Milutin Doroslovac) se je rodil 7. marca 1923 v Budimpešti kot sin srbskega zdravnika in je mladost preživel v Beogradu. Leta 1942 so ga zaprli kot borca odporniškega gibanja, naslednje leto so ga kot prisilnega delavca odpeljali na Dunaj. Po vojni je nekaj časa študiral gledališko znanost. Odtlej je svobodni književnik, televizijski avtor in žurnalist, član Skupine 47 in avstrijskega PEN kluba. Živi na Dunaju.

Njegova najpomembnejša dela so: *Spotoma* (1947), *Mrtvi na dopustu* (1952), *Samo spomin* (1959), *Belo mesto* (1969), *Vsi moji bratje* (1978) in *Zadnja nedelja* (1982).

Leta 1988 so pod naslovom "Na napačnem parniku" izšli njegovi spomini, iz katerih je pričujoči odlomek. Prevedel ga je Stanko Jarc.

Ne vem, ali je bilo moje otroštvo srečno ali ne. Moja mati mi vedno znova skuša dopovedati, da je bilo srečno. Vendar pri tem ni kdove kako prepričljiva. Videti je, kakor da si hoče sama dopovedati nekaj, kar ne drži popolnoma.

Moj oče je bil najprej občinski zdravnik v romunski vasi Torak v Banatu, ki jo zaman skušam najti na zemljevidih. Z dvema letoma sem baje tekoče govoril romunsko, pravi moja

mati, a jaz se tega ne morem spomniti. Vem samo, da "gu te la dracu" pomeni pojdi k vragu. Morda mi je že kot otroku bilo všeč vse in vsakogar pošiljati k hudiču. Kajti v romunščini ne znam povedati ničesar drugega. Spominjam se še, da je bila v naši hiši svetla, pokrita veranda, na katere kamnitih tleh sem se igral. Najbrž sem takrat staknil revmo, čeprav sem tudi kasneje marsikdaj spal na hladnih betonskih tleh. A vse to ni važno.

Važno je, kaj vse so počeli z mano, da bi iz mene naredili bitje, kakršno v resnici nisem bil. Se sanja se mi ne, kaj je v meni zbudilo odpor zoper vse poskuse, da bi iz mene naredili prilagodljivega človeka. Če natanko premislim, sem od vsega začetka imel občutek, da sem na napačnem parniku.

Seveda pišem to iz svojega današnjega vidika - drugače tudi ni mogoče - in vendar se mi zdi, da sem v svojem zgodnjem otroštvu postal skeptičen ne le do vsega religioznega in svetovnonazorskega čvekanja, s katerim so me pitali, marveč tudi do samega sebe. Sodeloval sem sicer pri vsem, kar so zahtevali od mene, vendar sem živel nekam mimo sebe.

Teško se prestavim v psiho tega ubogega otroka, iz katerega so njegovi starši skušali narediti pokončnega Srba in uspešnega človeka. Ne vem, kaj so si pri tem predstavljali, a nekaj let sem se recimo moral učiti violino. Pel sem tudi v cerkvenem zboru. Moja mati pravi, da sem znal zapisati vsako melodijo, ki sem jo slišal, a danes še not ne znam več brati.

Sploh sem pozabil večino tistega, kar so mi skušali vcepiti. Ne vem, kaj me je pripravilo do tega, da sem vse nacionalistične bedarije, s katerimi so me obkladali v mojem otroštvu, sprejel samo na videz in prav tako samo na videz sodelo-

val pri vseh ritualih, povezanih z njimi. Saj vanje nisem verjel. Se v ljubega Boga, h kateremu sem vsak večer pred spanjem molil, nisem zares verjel.

Predržno bi bilo trditi, da sem bil pameten otrok - bil sem prav tako neumen kakor vsi drugi otroci v moji starosti - že zelo zgodaj pa sem imel občutek, da sem tujec v okolici, ki mi je bila vsiljena. S stoičnim mirom sem prenašal vse, kar je prišlo nadme, in potrpežljivo čakal na priložnost, da pobegnem iz prostora, ki so mi ga začrtali drugi, ne da bi slutil, da tudi moji starši premišljajo o nečem podobnem in načrtno pripravljajo beg iz provincialne ozkosti.

Ko bi bil moj oče ostal občinski zdravnik v Djurdjevu, bi jaz v bližnjem glavnem mestu Bačke, Novem Sadu, obiskoval gimnazijo in tam kot podnajemnik stanoval pri kakih družini. Ne vem, kaj bi bilo z mano, ko so aprila 1941 nemške in potem madžarske čete vkorakale tja. Tistega leta bi moral opraviti maturo, a sem jo opravil čisto drugje v dosti bolj zapletenih in dramatičnih okoliščinah. Madžarski okupatorji, ki so jim Nemci prepustili Bačko, so v naslednji zimi temeljito prečesali vsa domnevna gnezda odpora in pri tem pobili na tisoče srbskih intelektualcev - duhovnikov, učiteljev, odvetnikov, notarjev, bivših državnih uradnikov, trgovcev in vplivnih kmetov - v vseh večjih in manjših krajih Bačke. V Djurdjevu, vasi z dva ali tri tisoč prebivalci, je izgubilo življenje več kot deset odstotkov ljudi.

Ko sem bil pred nekaj leti tam, da bi pripravil film o pokrajini svojega otroštva, iz katerega nazadnje ni bilo nič, mi je direktor vaške šole, ki je bil dve ali tri leta mlajši od mene - okoliščina, ki mu je gotovo rešila življenje -

pokazal spomenik, ki so ga žrtvam fašizma (to je bil njegov izraz, brutalne madžarske soldateske ni omenil niti z besedo) postavili v malem parku pred šolo. Ob tem me je melanholično pogledal in stvarno rekel: "Ko bi bil ti ostal tu, bi bil gotovo med njimi."

Pisal se je Mušicki in je bil potomec stare, ugledne družine. Bil je debelušen, zgodaj ostarel moški in je bil vidno vesel, da sme staremu znancu, ki je zdaj živel v tujini, razkazati svojo šolo. Peljal me je na šolsko dvorišče, na katero so Madžari pripeljali talce in jih tam ustrelili. Potem me je peljal na široki hodnik šole, ki je bila zgrajena za časa avstroogrške monarhije, in odpiral vrata, pred katerimi je stalo nešteto čevljev kmečkih otrok, da bi mi pokazal, kako moderno je opremljena šola.

V enem razredu je bil projekcijski aparat, v drugem celo računalnik. Del pouka je potekal v rutenskem jeziku, ki se tu imenuje rusinščina, ker je bila polovica vaških prebivalcev Rusinov, katerih predniki so se tu naselili za časa Marije Terezije. Bili so starokatoličani, njihovi duhovniki so bili poročeni; ko sem bil otrok, sem se igral z dvema hčerkama tukajšnjega popa, vendar nisem nikoli opazil, da je njun materni jezik drugačen od mojega, saj sta z mano zmerom govorili srbsko. Njuni tu naseljeni predniki so se morali najprej učiti nemško, po nastanku dvojne monarhije madžarsko in po ustanovitvi Jugoslavije srbsko, zdaj pa je pouk potekal v rusinščini. Ne vem, ali so s tem, tako daleč od svoje prvotne domovine, kaj pridobili. Zlasti v primeru, ko bi kateri od njih skušal ubežati vaški ozkosti in narediti kariero v širnem svetu. Takrat bi moral zmati jezik večine. Drugače bi bil

zgubljen in obsojen na bivanje v svojem malem občestvu.

Moja starša sta bila del srbske večine, pa sta si vendarle želela oditi iz provincialne ozkosti. S privarčevanim denarjem sta se odpeljala v Berlin, kjer se je moj oče pri profesorju Josephu učil plastične kirurgije. Mene sta pustila pri očetovih starših v glavnem mestu Banata Velikem Bečkereku, kjer sem v stari cesarskokraljevi stavbi končal četrty razred osnovne šole. Ne vem, ali je bil moj dedek v tistem času še lastnik delikatesne trgovine poleg kavarne "Rosza" na Glavnem trgu: kar naprej je poskušal srečo v različnih trgovskih panogah. Morda je bil v tistem času lastnik trgovine z lesom in premogom, ki je imela poseben pristan ob kanalu Begeja in jo je kasneje spravil na kant moj stric. Bivanje pri starih starših je bilo moj prvi, čeprav ne prostovoljni pobeg izpod oblasti mojih staršev.

Ko sem z devetimi leti prišel k dedku in babici, sem bil bolehen otrok. Moji kmečki sošolci ali moj oče, ki je skrbel zanje, kadar so bili bolni, so me okužili z vsemi otroškimi boleznimi, kar jih je. Najbolj me je prizadela škrlatinka, ker je zdravljenje trajalo tako dolgo in ker sem zaradi nje nekaj časa močil posteljo. Čeprav so mi v posteljo položili gumijasto podlogo, se je moji materi ali naši služkinji, Madžarki, ki jo je moja mati, mimogrede povedano, zalotila z očetom v postelji, zdelo preneumno ali prenadležno, da bi kar naprej čistili mojo posteljo, zato sta mi nekega dne z nitjo prevzali predkožko. Se danes vidim, kako stojim na stolu in se derem na ves glas, medtem ko ženski s škarjami skušata prerézati nit, da bi se končno lahko olajšal.

(se nadaljuje)

Dializni glasnik

Številka 25

Ljubljana, maja 1992

Izdaja in ureja

Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije

Ljubljana, Zaloška 7

Uredniški odbor:

Mirjana Čalič, Zvonko Gosar, Stanko Jarc, dr. Aljoša Kandus,
dr. Radoslav Kveder, dr. Jelka Lindič, dr. Marko Malovrh in
dr. Rafael Ponikvar

Urednik: Stanko Jarc

Razmnožil v 800 izvodih Jože Ajdovec