

DIALIZNI GLASNIK

ŠTEVILKA 26

LJUBLJANA 1992

KONTINUIRANA AMBULANTNA PERITONEALNA DIALIZA - CAPD

dr. Andrej Guček

Bolnikom s končno odpovedjo ledvic lahko ena od oblik dialize ali transplantacija ledvic nadomestita izgubljeno ledvično funkcijo. Najbolj razširjena oblika dialize je hemodializa (HD), kjer se iz krvi zunaj telesa odstranjujejo strupene snovi in odvečna tekočina s pomočjo dializne aparature in umetne ledvice (dializatorja), redno 2 do 3-krat tedensko po 4 do 6 ur. Najpogostejše se bolniki dializirajo v dializnih centrih in le redki na domu. Druga oblika dialize je peritonealna dializa (PD), kjer kot dializator služi tanka membrana v trebušni votlini - peritonej. Skozi stalni kateter se v trebušno votlino vtaka in iztaka dializna raztopina, ki izpira peritonej in prevzema strupene.



snovi, odvečne minerale in tekočino. Po letu 1976 so razvili vrsto PD, kjer dializa teče neprekinjeno s pomočjo vreč dializne raztopine in brez aparata, ki bi bolnika omejeval pri hoji in delu. Imenovali so jo CAPD - kontinuirana ambulantna peritonealna dializa; je povsem enakovredna metoda dialize z določenimi prednostmi v primerjavi s HD. Zaradi stalnega izločanja strupov in vode je bolnikovo stanje stabilnejše, naravnejše, dalj časa se ohranja preostala funkcija lastnih ledvic, bolnik se enostavneje prilagodi načinu življenja z dializo, ker zdravljenje poteka na domu.

Leta 1990 je bilo na svetu približno 415.000 bolnikov zdravljenih z dializo, od tega 58.000 s PD (leta 1980 le 8000). Tako je bilo 14% dializnih bolnikov na PD. Odstotek se je zelo razlikoval po različnih deželah sveta, kar pa ni v nobeni povezavi z njihovimi materialnimi možnostmi ali svetovnimi nazori (od 5% na Japonskem, 6% v Nemčiji, 8% v Italiji in Franciji, 18% v ZDA, 20% v Švici, 26% v Holandiji, Izraelu, Švedski, Danski, 32% v Avstraliji, 46% v Angliji, 50% v Novi Zelandiji do 91% v Mehiki). Ocenjujejo, da se število HD bolnikov v svetu povečuje za 7% letno, večji pa je prirastek populacije na PD, ki presega 12% letno. V Sloveniji smo začeli s PD leta 1970, vendar se je število PD bolnikov povečalo šele po uvedbi CAPD leta 1983 (skupno 102 bolnika na CAPD v Ljubljani, 2 bolnika v Novi Gorici). Trenutno je v našem centru 44 bolnikov na CAPD, kar je 15% vseh dializiranih bolnikov. Podoben odstotek naj bi dosegli v vseh slovenskih centrih v naslednjem letu in pol; za to je nujno potrebna večja informiranost in znanje, tako zdravstvenih



delavcev kot tudi bolnikov z napredovalo in končno odpovedjo ledvic. To pa je tudi namen mojega prispevka o CAPD.

Peritonej ali trebušna mrena je tanka membrana, ki prekriva notranjo površino trebušne stene, ovija trebušne organe in povezuje črevesne vijuge. Površina peritoneja je sorazmerna ² površini kože in meri pri odraslem človeku od 1 do 2m. Predajo jo številne najmanjše krvne žilice (kapilare), ki imajo pretok krvi približno 70 ml/min. Peritonej deluje kot polprepustna membrana, kar pomeni, da ne prepušča večjih krvnih elementov, delno prepušča večje in srednje molekule in dobro majhne molekule. S PD se odstranjuje strupene presnovne produkte in regulira minerale v organizmu po principu **difuzije** (topljenci prehajajo v prostor z manjšo koncentracijo) ter odvečno tekočino po principu **osmoze** (sila osmoze zagotavlja večje molekule glukoze v peritonealni raztopini). Tako imamo na eni strani peritoneja (v kapilarah) kri polno strupenih snovi in odvečne vode. Na drugi strani peritoneja (v trebušni votlini) je vtočena peritonealna raztopina brez strupov z večjo vsebnostjo glukoze, ki osmotsko deluje. Ko se vzpostavi ravnovesje (enaka koncentracija strupenih snovi v krvi in peritonealni raztopini ter obratno, glukoze v peritonealni raztopini in krvi) po 4 do 8 urah iztočimo tako nasičeno raztopino z odvečno vodo iz trebušne votline, in ponovno vtočimo svežo raztopino. Ves proces izmenjave se ponovno prične, s tem pa je zagotovljeno stalno čiščenje krvi in odstranjevanje vode (več vode se odstrani, če je večja vsebnost glukoze v raztopini: od 1,5% do 4,25%).

Za izvajanje PD moramo bolniku v trebušno votlino med krajšo operacijo v splošni anesteziji vstaviti **stalen kateter**. Konica katetra leži v spodnjem delu trebušne votline (v mali medenici), nato kateter prehaja skozi trebušno mišico v krajši podkožni del (5 do 7 cm). Izstopišče katetra iz kože je levo ali desno od popka. Zunanji del katetra je ponovno usmerjen navzdol, dolžine od 13 do 20 cm. Po operaciji bolnik ostane v bolnici do začetka izvajanja rednih menjav, kar je vsaj 14 dni. V tem času se rana oziroma kateter zaraste, bolnika pa naučimo izvajati CAPD. Samo izstopišče katetra se zaceli v 6 do 8 tednih, povsem zrelo je šele po 6 mesecih.

Zunanji del stalnega CAPD katetra s pomočjo adapterja spojimo s podaljškom cevja (**vmesno cevje**), ki ga menjamo na 1 do 6 mesecev. Na koncu vmesnega cevja je priključek na katerega priključimo **vrečko z 1 do 3 litri peritonealne raztopine** (običajno 2 litra). Po spojitvi vrečk s cevjem vtočimo s pomočjo sile težnosti tekočino v trebuh. Po 6 do 8 urah iztočimo nasičeno peritonealno raztopino (v 10 do 20 minutah) tako, da prazno vrečko spustimo nižje od trebuha (princip veznih posod). Nato vrečko odstranimo in jo nadomestimo z novo, svežo raztopino (običajno 3 do 4-krat dnevno). Sama menjava vrečke traja od 1/2 do 1 ure, vtok in iztok raztopine je neboleč. Obstaja precej različnih **CAPD sistemov**, ki se razlikujejo po načinu spajanja CAPD vrečk, tudi s pomočjo pripomočkov, da se opravi vse čim bolj sterilno. Ločijo se tudi po tem, ali bolnik nosi prazno vrečko v vmesnem času spojeno s katetrom, ali pa se vrečka loči

in ostane le kateter in vmesno cevje. Pri zamenjavi vrečke je možnost vnosa bakterij v peritonealno votlino precej velika, zato moramo bolnika opozarjati na strogo osebno higieno in ga dobro naučiti sterilne tehnike menjave vrečk, ki se je mora strogo držati. Čas menjav se lahko prilagodi načinu življenja in bolnikovim potrebam v okviru zdravnikovih navodil, ki jih bolnik prejme ob mesečnem pregledu v svojem centru. V primeru, da bolnik sam ni sposoben izvajati CAPD, naučimo te tehnike drugo osebo, običajno svojca, s katerim bolnik živi. Pripomočki oziroma material za CAPD so tovarniško pripravljeni in jih bolniku dostavimo na dom.

CAPD je primerna oblika nadomestnega zdravljenja praktično za vse bolnike s končno odpovedjo ledvic, še posebno pa za otroke do transplantacije, za starejše bolnike s srčno-žilnimi zapleti, za bolnike brez pristopa za HD, za bolnike s sladkorno boleznijo in za bolnike, ki želijo živeti neodvisno od aparata in se želijo sami zdraviti. Uspeh CAPD je zelo povezan z motivacijo bolnika ali svojca za zdravljenje s CAPD. CAPD je kontraindicirana pri bolnikih z zmanjšano površino peritonealne membrane (zaradi zarastlin), pri bolnikih s kroničnimi okužbami trebušne stene, s kolostomami, z divertikulitisom, pri psihično spremenjenih in nesodelujočih bolnikih. Relativno smo zadržani pri bolnikih s hudo hipertrigliceridemijo, zdravljenih z imunosupresivskimi zdravili, pri tistih s kilami, s hemoroidi, z divertikulozo, z bolečinami v križu.

Med zapleti na CAPD so najpogostejše in najpomembnejše infekcije trebušne votline - peritonitisi, ki so bili sprva zelo številni (1 peritonitis na 1 do 2 bolnikova meseca na CAPD). Z razvojem varnejših sistemov in tehnike menjave vrečk, z izboljšanjem oblike in materialov katetra, s spremembami načina vstavitve in rokovanja s katetrom so postali peritonitisi redkejši. Zdaj registrirajo v svetu od 0.5 do 2 peritonitisa na bolnikovo leto (v povprečju 1.4 peritonitisa). Sprva je več kot 3/4 bolnikov prebolelo peritonitis v prvem letu, kar se je zmanjšalo na približno 1/2 bolnikov. Število peritonitisov v našem centru je relativno visoko v vsem 9 letnem obdobju (1 peritonitis na 6,2 dializnih mesecev). Vendar se pogostnost zmanjšuje od začetnega 1 peritonitisa na 5,3 mesecev na 1 peritonitis v 8.4 mesecev v zadnjem letu; kar je primerljivo s povprečnimi rezultati v svetu. Peritonitisi so še vedno razlog za prenehanje zdravljenja s CAPD v 30 do 50%. Najpogosteje pridejo bakterije v trebušno votlino skozi kateter zaradi kontaminacije pri menjavi vrečke ali ob katetru, zaradi infekcije izstopišča katetra. Redkejša pot okužbe je skozi črevesno steno, po krvi ali preko sečil. Motnost iztočene tekočine v vrečki za CAPD je eden prvih znakov peritonitisa. Lahko so prisotni še slabost, bolečina v trebuhu, bruhanje, driske, povišana temperatura. Za diagnozo in zdravljenje peritonitisa je pomembna izolacija povzročitelja iz peritonealnega izpirka. Bolnik ima peritonitis, če sta izpolnjena dva od treh kriterijev (motnost izpirka, klinična simptomatika, pozitivna kultura izpirka). Peritonitise lahko pozdravimo v 10 do 14 dneh, le bolnik mora običajno ostati med zdravljenjem v bolnišnici. Zniževanje pogostnosti peritonitisov gre predvsem na račun

lažjih oblik, ki nastanejo po okuženju ob nesterilni in nepravilni tehniki menjave vrečk in delno tudi zaradi zniževanja pogostnosti infekcij izstopišča katetra (od 1 infekcije izstopišča na 12 dializnih mesecev na 1 infekcijo na 36 dializnih mesecev). Infekcije ob katetru se preprečujejo z rednim pregledovanjem in čiščenjem okolice katetra po navodilih, ki jih bolniki dobijo med učenjem. Ob vsaki spremembi na koži ob katetru je potreben takojšen pregled v svojem centru, kjer zdravnik predpiše način zdravljenja. Podobno bolnik ravna tudi v primeru motenj pri vtoku in iztoku dializne raztopine, če mu ob katetru zateka tekočina ali pri poškodbi katetra. Včasih je potrebno kateter zamenjati, v najslabšem primeru pa odstraniti kateter in prekiniti CAPD. Triletno preživetje CAPD katetrov se je izboljšalo od prvotnih 20% do 29% na 40% do največ 67% po podatkih iz literature. Zaradi relativno majhnega števila katetrov v našem centru (130 katetrov) smo lahko izračunali preživetje katetrov le za celotno obdobje od leta 1983 do začetka 1992; 43% preživetje katetrov v 36 mesecih je primerljiv rezultat.

Možni so še drugi, vendar manj pogosti zapleti, kot so: napetost in bolečine v trebuhu, hujšanje in bruhanje, pojavljanje kil, hemeroidov, krvav izpirek, hiper ali hipovolemija, ki jih lahko ustrezno zdravimo. Arterijsko hipertenzijo je možno dobro urejati, prav tako presnovo kosti in anemijo. Tudi pri bolnikih, zdravljenih s CAPD, je možna presaditev ledvice. NI dokazano, da bi imeli bolniki več zavrnitev, če so se prej zdravili s CAPD. Peritonealni kateter se običajno odstrani po uspešni presaditvi,

eventualno takoj ob transplantaciji.

Bolniki so lahko skoraj normalno telesno in spolno aktivni in se izogibajo le dejavnostim, kjer lahko pride do poškodbe trebuha ali večjim pritiskom v trebuhu. Priporoča se tuširanje, možno je kopanje v morju, odsvetuje pa se kopanje v kadeh in javnih bazenih. CAPD bolniki lahko potujejo, s tem da vzamejo potreben material s seboj. Lahko menjajo vrečke v za to prirejenem prostoru na delovnem mestu, kar tudi pripomore k dobri rehabilitaciji CAPD bolnikov. Vnos tekočine in dieta običajno nista zelo strogo omejena.

Poleg sodelovanja in motivacije bolnika so za uspešno zdravljenje s CAPD potrebni tudi vzajemno zaupanje med bolnikom in zdravstvenim osebjem, dobro in neprekinjeno poučevanje, spodbujanje in nadziranje bolnika. V primeru kakršne koli nejasnosti ali zapleta lahko bolnik kadarkoli (tudi ponoči) pokliče svoj dializni center, kjer dobi vsa potrebna pojasnila oziroma navodila.

PREDSTAVITEV BAXTERJEVEGA PROGRAMA V SLOVENIJI

Baxterjeva CAPD sestra

Pionir na področju proizvodnje opreme in potrošnega materiala za peritonealno dializo je firma Baxter. Pokriva 80% vseh svetovnih potreb. Pri firmi so zaposleni številni strokovnjaki, ki raziskujejo in razvijajo nove, varnejše in udobnejše sisteme. Baxterjevi izdelki so znani po svoji kakovosti.

Bolnikom, ki se zdravijo s CAPD, želi omogočiti normalno, aktivno življenje, jim zagotoviti neodvisnost in ohraniti njihovo delovno sposobnost. Baxter daje velik poudarek informiranju in edukaciji (izobraževanju) zdravstvenega osebja in bolnikov. Na razpolago imajo veliko materiala za teoretični in praktični pouk (prospekte, brošure, videokasete in diapozitive). Z njim omogočijo bolnikom in osebju boljšo predstavo o principu delovanja in o zdravljenju s CAPD ter o upravljanju z določenim sistemom. Zaposlenim na področju CAPD omogočajo tudi udeležbo na seminarjih in kongresih, kjer dobijo informacije o novostih na področju CAPD.

V 450 dializnih centrih po svetu imajo svoje referenčne centre, kjer so zaposleni njihovi predstavniki. Prek teh spremljajo uspešnost svojih izdelkov, potrebe po izboljšanju sistemov in počutje bolnikov. Od jeseni 1991 je takšen center tudi v Ljubljani.

Zaposleni v tem centru skrbijo za nemoten uvoz, dostavo in uporabo Baxterjevuh izdelkov, organizirajo strokovna srečanja, pomagajo pri izobraževanju osebja in bolnikov, dajejo informacije potencialnim novim uporabnikom Baxterjevih izdelkov in posredujejo informacije o novostih na CAPD.

Format

Tisk: FORMAT, J. Ajdovec

DIETA PO PRESADITVI LEDVICE

VMS Mirjana Calic

Eden od mnogih pozitivnih vidikov transplantacije ledvic je vrnitev dietne svobode po dolgem času dietnih omejitev. V tem članku je nekaj dietnih priporočil, usmerjenih predvsem na preprečevanje čezmernega zvišanja telesne teže, kar je dolgoročen problem bolnikov s presajeno ledvico. Dietna navodila za transplantirane bolnike so različna glede na čas, ki je potekel po transplantaciji.

1. Dietna navodila neposredno po presaditvi ledvice
2. Dolgoročna dietna navodila

Dietna navodila neposredno po presaditvi ledvice

Neposredno pred transplantacijo ledvice, med njo in po njej bolniki dobivajo fiziološko raztopino (voda + sol) v žilo. S tem preprečujemo dehidracijo (izgubo tekočine) ter spodbujamo presajeno ledvico, da začne izločati urin. V času izločanja velikih količin urina neposredno po transplantaciji je namreč treba preprečiti izgubo prevelikih količin tekočine, s pitjem pa je bolnik dobi premalo. Ko presajena ledvica začne izločati urin normalne kvalitete in ko ni več potrebe po dializi, prenehajo tudi dietne omejitve.

Posamezni dializni centri imajo dietna navodila, ki se nekoliko razlikujejo med sabo. Nekateri dializni centri na primer priporočajo omejen vnos beljakovin (0,75-1,0 g na kg idealne telesne teže) kot zaščito presajene ledice.

Medsebojni vpliv imunosupresivnih zdravil in diete

Poznamo tri vrste zdravil za preprečevanje zavrnitvenih reakcij:

- a) steroidi (npr. pronison, niripan)
- b) azatioprin (imuran)
- c) ciklosporin (sandimun)

Izbira teh zdravil ter njihovo odmerjanje je specifično in v skladu z individualnimi potrebami. Odmerek teh zdravil je različen ob zdravljenju zavrnitvenih reakcij. Nekatera od teh zdravil imajo blage stranske učinke, ki zahtevajo dietne omejitve.

Steroidi običajno povzročajo blag zastoje vode in porast apetita. To stransko delovanje preneha, ko zmanjšamo odmerek zdravila, ponovno pa se pojavi, ko ob zdravljenju morebitnih zavrnitev odmerek zdravila povečamo.

Ciklosporin sandimun lahko začasno povzroča hiperkaliemijo (zvišan kalij v krvi). Ta poneha, ko odmerek sandimuna zmanj-

šamo na vzdrževalno dozo. Bolnik se mora v tem času izogibati živil, ki imajo veliko kalija, jemati pa mora tudi vezalce kalija, ki preprečujejo povišanje serumskega kalija, nastalega z višjimi koncentracijami ciklosporina v krvi.

Ena najbolj pozitivnih dietnih sprememb po transplantaciji ledvice je, da bolnik lahko pije, kolikor ga je volja, in da lahko je tudi živila z veliko fosforja, kot so sir, mleko, ribe, zelenjava.

Dolgoročna dietna navodila

Prav je, da vsak prejemnik ledvice dobi ustrezne dietne nasvete, preden zapusti bolnišnico. Predvsem je treba preprečiti zvišanje telesne teže. Razlogi, ki vplivajo na čezmerno zvišanje telesne teže, so:

1. povečan apetit zaradi uporabe steroidov, t.j. pronisona in niripana
2. vrnitev dietne svobode in čezmeren vnos živil z visoko energetsko vrednostjo (čokolada, lešniki ipd.)
3. pomanjkanje discipline zaradi psihološkega pritiska ali dolgočasje
4. pomanjkanje dietnih navodil ali neustrezna dietna navodila

Beljakovine

Priporočila za vnos beljakovin se lahko nekoliko razlikujejo, prilagojena so vsakemu posameznemu bolniku. Povprečen vnos beljakovin je 1 gram na kilogram idealne telesne teže. To je važno za dobro delovanje presajene ledvice. Posebno je treba paziti pri mesu. Priporočajo belo ribo in piščančje meso, nekatere vrste mesa pa odsvetujejo. Priporočajo tudi stročnice.

Priporočila o preprečevanju čezmernega zvišanja telesne teže je treba dosledno upoštevati, še posebej zato, ker se človek zredi zlahka in hitro, hujšanje pa je težavno. Z upoštevanjem naslednjih navodil se je temu mogoče izogniti.

1. zmanjšajte vnos sladkorja, dajajte prednost nizkokaloričnim pijačam.
2. prepričajte se, ali industrijsko pakirana hrana ima skrite kalorije, npr. sladkor ali maščobe. Enako ravajte tudi pri tekočih izdelkih.
3. povečajte količino vlaknenih živil v hrani, uporabljajte polnozrnat kruh in žitarice.
4. povečajte vnos surove zelenjave, solate in svežega sadja.
5. povečajte vnos graha, fižola, leče ipd.
6. zmanjšajte količino maščob v prehrani ter zamenjajte živalske maščobe z margarino in oljem.
7. polnomastno mleko zamenjajte z mlekom z nizko vsebnostjo

masti, jejte jogurt in nemastni sir.

8. kolikor je mogoče se izogibajte kremam, mastnemu mesu in ocvrti hrani.

9. pri pripravi jedi uporabljajte čim manj maščob.

10. omejite vnos alholnih pijač na kar najmanjšo možno mero, ker imajo visokokalorično vrednost.

Sol in tekočina

Pri vnosu tekočine je treba upoštevati navodila, odvisno od količine izločenega urina. Priporočljivo je zmanjšati vnos soli in slane hrane, posebno takrat, ko so doze steroidov (pronisona, niripana) višje. Navodila o vnosu tekočine in soli je treba dosledno izvajati, ker s tem preprečimo dehidracijo (izgubo tekočine).

Vitamini in minerali

Pri normalni prehrani ni dietnih posebnosti pri vnosu vitaminov in mineralov.

Sklep

Dieta po transplantaciji ledvice za dolgotrajno uporabo bi

morala biti zasnovana na naslednjih hranljivih snoveh:

Beljakovine: povprečna količina vnosa beljakovin je 1 gram na kilogram idealne telesne teže. Bolnik naj uživa beljakovine tako živalskega kot rastlinskega izvora.

Energija: upoštevati je treba prehrabene navade. Včasih je treba telesno težo povečati, včasih pa zmanjšati.

Sol: vnos soli in slane hrane je treba prilagoditi navodilom.

Tekočina: pri vnosu tekočine ni omejitev.

Kalij: pri vnosu živil, ki imajo veliko kalija, ni omejitev.

Fosfor: ni omejitev.

Kalciij: ni omejitev.

Vitamini in minerali: ni zahtev po dodatkih.

Primer dnevnega vnosa hranil za 70 kg težko osebo

Beljakovine: 70 gramov

Energija: 1750-2450 Kcal

Ogljikovi hidrati: 200-250 gramov

Maščobe: 75-80 gramov

Natrij (sol): 80-100 milimolov (2,0-2,3 g)

Kalij: ni omejitev

Fosfor: ni omejitev

Tekočina: ni omejitev

Primer enodnevne prehrane

Sestava: približno 70 gramov beljakovin in 1650-2000 Kcal

Zajtrk - nesladkano sadje ali sadni sok

- nesladkani kosmiči raznih vrst, bogati z balastnimi snovmi
- dve rezini otrobovega kruha
- malo masla ali margarine
- malo marmelade ali medu

Kosilo - nemastna goveja juha z manj soli

- 75 g ribe ali dušenega oz. kuhamega mesa (piščančje, goveje, telečje, nemastno svinjsko)
- 2-3 kuhani krompirji
- kuhana zelenjava ali sveža solata
- sveže sadje, kompot ali sadni jogurt (kot desert)
- malo margarine ali olja za kuho

Večerja - 50 g (dve rezini) mrzle pečenke ali sira

- dve rezini otrobovega kruha
- surova ali kuhana zelenjava (kot solata)
- malo masla ali margarine

Vmesni obroki - 300 ml (ali več) posnetega mleka (1-2%

maščobe) ali jogurt

ZVEZA DRUŠTEV
LEDVIČNIH BOLNIKOV SLOVENIJE

Ljubljana, 22.11.1991

MINISTRSTVO ZA ZDRAVSTVO
IN SOCIALNO VARSTVO
Kidričeva 5
61000 Ljubljana

KAKO DO ZDRAVIL ZA BOLNIKE S PRESAJENO LEDVICO?

V Sloveniji živi blizu dvesto ljudi s presajeno ledvico. Visoka strokovnost naših medicinskih strokovnjakov in humana družba so jim omogočili, da niso več odvisni od dialize in da lahko normalno živijo.

Vendar je človek s presajeno edvico nujno vezan na redno terapijo z določenimi zdravili. Če z jemanjem zdravil prekine, je v nevarnosti, da umre ali pa je ponovno na zdravljenju z dializo.

Zato nas je v teh dneh zelo prizadelo dejstvo, da so zaloge zdravil NYRIPAN, METILPREDNISOLON, LEMOD in PRONISOM že skoraj pošle in da ni več mogoče dobiti zdravil IMURAN, ALDIZEM in CORTIAZEM.

Možnost, da bi si ta zdravila vsak posameznik sam nabavil v tujini, je za večino bolnikov neizvedljiva. Tveganje, da bi nekatere bolnike življenjsko ogrozili ali da bi morali ponovno na dializo, je preveliko. Za te bolnike bi bila finančna obremenitev zdravstva neprimerno večja. Tudi dializnim centrom že primanjkuje ustreznih preparatov in zato niso sposobni sprejeti na zdravljenje novih bolnikov.

S pismom KAKO DO ZDRAVIL ZA BOLNIKE S PRESAJENO LEDVICO vas prosimo, da navedena zdravila v sedanjem kriznem času zagotovite vsaj za bolnike s presajenimi organi, da ne bodo ogroženi dosežki in ugled našega zdravstva.

Za Zvezo društev ledvičnih bolnikov
S L O V E N I J E

Pavle Podlpinik, predsednik

Milo Dor

NA NAPACNEM PARNIKU

(nadaljevanje in konec)

Mojima starima staršema kaj takega nikoli ne bi prišlo na misel. Z mano sta prav kakor moj stric ravnala, izredno blago in sta me puščala na dolgi vrvici. Za to sem se jima zahvalil z dobrimi ocenami v šoli.

Ne morem trditi, da sta me moja starša zatirala, a odvisnost od njiju mi je bila že kot otroku nadležna, saj sta marsikdaj sprejemala odločitve, ki jih nise mogli razumeti in so me delale nesrečnega. Imeli smo psa, zelo svetlega ovčarja, ki je bil zame pojem pasje vdanosti in zvestobe. Vaški sedlar je zanj izdelal konjsko vprego, z njo me je ovčar v lahkih saneh vlekel po snegu. Zdelo se mi je, da je to rad delal, ker sem ga imel zelo rad. Te vožnje s sanmi so bile gotovo nagrada za to, ker sem prestal eno svojih neštetih otroških bolezni. A veselje ni trajalo dolgo, ker je moj oče sklenil, da bo dal psa ubiti.

Moj Vučko je namreč imel navado, da se je ponoči klatil po sosednjih kmečkih dvoriščih, kjer je napadal kokoši in jih iz lovskega veselja trgal; lakote ni trpel. Ko so ga privezali na verigo, da bi mu preprečili njegove nočne izlete, se je vedno znova odtrgal - je bil pač svobodoljuben pes - in se vrnil šele naslednji dan. Moj oče si kot občinski zdravnik očitno ni mogel privoščiti, da bi imel psa, ki ogroža kokoši njegovih pacientov, zato ga je nazadnje obsodil na smrt. Lastnoročno ga

je obesil na jablani na našem vrtu, pravi moja mati, jaz pa domnevam, da je izvršitev smrtne obsodbe prepustil našemu hlapcu in kočijažu - moj oče je imel konja, s katerim se je vozil k bolnikom v okolici. Ker sem bil zaradi smrti svojega psa zelo žalosten, sta moja starša iz njegovega krzna dala narediti predposteljnič, da sem pri vstajanju z golimi podplati čutil njegovo toplo bližino. Ljubila sta me pač na svoj lastniški način.

Moja stara starša se me nista želela polastiti. Morda zaradi tega, ker sta bila tik pred tem, da izgubita vse svoje premoženje. Moj dedek se je pri poslih tako temeljito zaspekuliral, da je dosegel stopnjo, ko je postal velikodušen. Čeprav je bil popolnoma na kantu, je še naprej delal vtis uspešnega poslovneža in je vsako nedeljo dopoldne šel na malico v kavarno "Rosza", kjer je pojedel mali golaž, popil pivo in prebral časopise. Mene je vsakič vzel s sabo in mi kupil mesni ali sirov burek. Medtem sem postal dober jedec, kakor da sem sklenil premagati vse otroške bolezni. Moj dedek je molče bral časopise, jaz pa se nisem dolgočasil, ker je njegova bližina izžarevala mir, uravnoteženost in zaupanje.

Bil je velik molčečnej, pravi moja mati. Nihče ni opazil, da ga pri njegovih velikopotezno zasnovanih podjetjih čaka brodolom.

Dedka so zapeljale meglene možnosti za izvoz hmelja, zato je naložil veliko denarja v pridelavo hmelja, ki ga kasneje ni mogel prodati. Njegove dolgove sta morala odplačati moja starša, potem ko se je dedek iz žalosti zaradi svojega poloma do smrti zapil. Mlajši brat mojega očeta, stric Rado, je

dedkove za hmelj zgrajene sušilnice v vasi Kumane uporabil za to, da je v njih sušil kamilice, ki so jih v kriznih časih nabirale ženske in otroci. V njegovi pisarni v Velikem Bečkeru, danes Zrenjaninu, je intenzivno dišalo po kamilicah, ki jih je v vzorčnih omotih razpošiljal po vsem svetu, predvsem v Nemčijo.

A stričevi dohodki nikakor niso zadoščali za njegovo razkošno življenje. Gojil je dirkalne konje, s katerimi ni vedno zmagoval, poleg tega je do zrelih let ostal samec in se je pečal z lahkoživimi ženskami, predvsem vdovami. Po delu, ki ga je začel zelo zgodaj in ga je zvečine opravljal v športni obleki, se pravi v jahalnih hlačah, škornjih in usnjenem suknjiču, si je po kosilu privoščil siesto, po kateri se je, okopan, obrit, neparfumiran in napudran, v dvovrstni obleki, z modrim ali oranžnim metuljčkom z belimi pikami in obveznim gizdalinskim robčkom v prsnem žepu odpravil na "lov", s katerega se je zmerom vrnil domov zelo pozno. Nazadnje je bil odvisen od gmotne pomoči mojega očeta. Imel sem ga zelo rad, prav kakor svojega dedka, ker sta vedno imela čas zame, pa naj je šlo za ribarjenje ob kanalu Begeja ali za pogovor z mano. Pri tem sem v glavnem govoril jaz, onadva pa sta me poslušala ali pa sta se vsaj delala, da ju neznansko zanima tisto, kar jima imam povedati.

Moja mati nima dobrega mnenja o družini Doroslovac, v katero se je primožila. Groza jo je bilo polomov, ki jih tudi v njeni družini ni manjkalo, še bolj pa se je bala bede, in to je imelo poseben vzrok.

Stara je bila enajst let, ko so v Temišvaru, kjer so takrat

živeli, na dan avstroogrške vojne napovedi Srbiji njenega očeta odvedli madžarski policisti in ga zaprli v razvpito madžarsko ječo, kjer je, priklenjen na verigo in ob slabi ter pičli prehrani, preživel vso prvo svetovno vojno.

Iz pripovedovanja moje matere nisem mogel razbrati, kako je vse skupaj potekalo. Drži, da je bil njen oče kot srbski nacionalist preventivno zaprt; kot tak je bil registriran v pravni državi, kakršna je bila tudi madžarska polovica avstroogrškega cesarstva. V pravni državi pa ne bi mogli človeka brez sodne obsodbe kar tako vtakniti v ječo in ga v njej držati vrsto let. Pomagati so si morali s kakršnimikoli zakoni in paragrafi, morda tudi z izrednimi zakoni, da bi upravičili tak ukrep, in ti zakoni so, kakor zmerom v takšnih primerih, morali obstajati, drugače mojega ubogega dedka ne bi vklenili v verige. Kakorkoli je že bilo, štiri leta, ki jih je morala žena pivovarniškega nameščenca Cedomirja Bajica preživeti s svojimi štirimi otroki brez moža, so bila gotovo grenka.

A tudi leta poslej niso bila dosti boljša. Družina moje matere se je iz Temišvara, ki je po razpadu avstroogrške monarhije pripadel Romuniji, preselila v Veliki Beckerek, ki je sodil k novo ustanovljeni kraljevini Srbov, Hrvatov in Slovencev. Tam je bila neka pivovarna. A zdi se, da moj dedek po materini strani tudi v novi državi, za katero je štiri leta presedel v ječi, ni imel posebnega uspeha. Njeno otroštvo je bilo zelo srečno, pravi moja mati, in s tem misli na čas v Temišvaru, ki ga je preživela še pod cesarjem Francem Jožefom in v katerem so otroci visokega pivovarniškega nameščenca od nemških poslovnih partnerjev za božič dobivali v dar otroške

železnice in majhne parne stroje. V novo nastali Jugoslaviji so imeli glavno besedo Srbi, ki so se na bojišču, seveda ne sami, bojevali zoper mogočno cesarskokraljevo monarhijo, ne pa njihovi podložniki, ki so se po neumnem dali vreči v ječo, ker so se zavzemali za združitev vseh Južnih Slovanov. Zdi se, da moj dedek po zmagi svojih idej v Velikem Bečkereku ni naredil velike kariere, drugače svoji hčerki ne bi svetoval, naj se vda snubljenju mojega očeta in se poroči z njim, ker je izviral iz premožne družine. Ljubila je nekega drugega mladeniča, pravi moja mati, a ta je bil, žal, prav tako reven kakor ona. Uklonila se je očetovemu nasvetu in se odpovedala svoji veliki ljubezni.

Ne vem, ali vse to drži; kajti skoraj v isti sapi mi pripoveduje, kako revna sta bila ona in moj oče, ko je v Budimpešti absolvirala bolnišnično prakso. Ni si želela imeti otroka že takrat in je storila vse, da bi ga odpravila, ribala je tla, prestavljala težke omare, skakala po stopnicah dol in se v lunaparku kar naprej vozila s toboganom, da bi jo kar se da pretreslo, a nič ni pomagalo, ostal sem, kjer sem bil. Ob mojem rojstvu je prisegla, da ne bo več imela otrok, ker sem imel tako veliko glavo, da so me morali s kleščami potegniti iz njenega telesa.

Dializni glasnik

Številka 26

Ljubljana, junija 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