

LEDVICA



Glasilo Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije

December 2003 številka 5

Srečno 2004!



Uvodnik

Po krivici zapostavljena peritonealna dializa

Tako, pa je pred vami še zadnja letošnja številka Ledvice! V njej smo osrednjo pozornost namenili peritonealni dializi. To ni naključje, saj je letos preteklo 20 let, kar smo v Sloveniji bolnike s kronično ledvično odpovedjo začeli zdraviti tudi s to metodo.

Peritonealna dializa je metoda nadomestnega zdravljenja, ki je v Sloveniji v primerjavi s hemodializo manj razvita. Tako se s to metodo zdravi le okoli osem odstotkov ledvičnih bolnikov s kronično odpovedjo ledvic, kar Slovenijo po uporabi tega zdravljenja uvršča nekam na rep evropskih držav. A je peritonealna dializa po krivici zapostavljena, saj je to, kot je na novembrskem nefrološkem srečanju v Zrečah pojasnil prof. dr. Rafael Ponikvar, odlična metoda zdravljenja in daje dobre rezultate. Tudi bolniki, ki so za našo revijo opisali svoje izkušnje s tem zdravljenjem, so imeli z njim več kot dobre izkušnje: kakor se sprva zdi grozeče, da se mora bolnik sam dializirati, ta kmalu odkrije, da mu ta odgovornost zase prinaša tudi večjo svobodo, predvsem kar se tiče razporejanja lastnega časa.

To metodo zdravljenja ledvični bolniki tudi zelo slabo poznajo. In ko pride čas, ko se morajo odločiti o dializnem zdravljenju, se večinoma avtomatično odločijo za hemodializo. Če pa že колебajo, jih najprej prestrašijo s tem, koliko prostora da zavzame material za PD, ki ga je treba hraniti doma, potem z zapletenostjo opravljanja pri menjavah in za piko na i še s tem, kaka popolna čistoča in sterilnost sta potrebni pri tem. Zadnje je seveda res, a to ni nič takega, česar se človek ne bi mogel naučiti. Tukaj bi lahko svoje naredili zdravniki in medicinske sestre s tem, da bi bolnike dejavnije seznanjali s to možnostjo zdravljenja in bi jim bolj zavzeto predstavili vse prednosti te dialize v primerjavi s hemodializo. Teh pa ni malo: med najpomembnejšimi je prav gotovo veliko manj omejitev pri hrani in pijači, potem so tukaj dobro počutje, neodvisnost od dializnega centra in medicinskega osebja, možnost dopusta ..., skratka, peritonealna dializa je, kot ugotavlja ena izmed ledvičnih bolnic, ko primerja oba načina dializnega zdravljenja, veliko humanejši način nadomestnega zdravljenja kot hemodializa. Kljub temu pa število bolnikov na peritonealni dializi v zadnjih letih celo upada. Ob tem velja opozoriti še na dejstvo, da ta humanejši način dializnega zdravljenja bolnikom sploh ni dostopen v vseh dializnih centrih. To ni sprejemljivo, saj bi na današnji stopnji družbenega in zdravstvenega razvoja to zdravljenje moralo biti dostopno vsem našim ledvičnim bolnikom.

In še čisto na koncu: leto je spet naokoli, zato je spet prilika, da pod iztekajoče se leto potegnemo črto. V uredništvu nas veseli, ko opažamo, da je naša revija vedno bolj brana in da ima tudi vedno večji odziv. Trudimo se, da bi v njej pisali o vsem, kar ledvične bolnike zanima, skrbi in veseli. Upamo, da nam je to v tem letu kar najbolj uspelo, tako pa bomo delali tudi v naslednjem letu. A bo že naslednja številka naše revije izšla v nekoliko preoblečeni podobi, kot se za novo leto tudi spodobi. To bo naše darilce vam, dragi bralci in sodelavci. Tako nam sedaj preostane le še, da vam v letu, ki je pred vrati, zaželimo čim več sreče, zadovoljstva in uspeha. Predvsem pa seveda zdravja - če bo to, bo tudi vse drugo, kajne?

Mojca Lorenčič

Iz vsebine



Fotografijo na naslovnici je podaril Boštjan Gunčar

AKTUALNO

Pozdravljeno, 2004!	3
FIHO nam je oklestil finance	3

TEMA

Peritonealna dializa	5
20 let CAPD v Sloveniji	7
Prednosti in pomanjkljivosti peritonealne dialize v primerjavi s hemodializo	12
Izkušnje bolnikov	12

PREHRANA

Zdrava prehrana in peritonealna dializa	15
---	----

STROKOVNO

Generiki – cenene kopije ali kakovostna zdravila	17
--	----

BOLNIK BOLNIKU

Iz Zreč spet bogatejši za novo znanje	19
Od zidanice do zidanice po prelepih belokranjskih gričih	21
Tudi poslušati je treba znati	22

OPTIMIZEM

Trideset Darinkinih pogumnih let	23
----------------------------------	----

DRUŠTVA

Dober zgled sodelovanja med društvoma	25
---------------------------------------	----

REPORTAŽA

Jesen v Londonu	26
-----------------	----

DIAGNOZA: SMEH

Nagrižena vest	27
----------------	----

Glasilo Ledvica izdaja Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije, Zaloška 7, 1000 Ljubljana • **Naslov uredništva:** Zaloška 7, 1000 Ljubljana • **Odgovorna urednica:** Mojca Lorenčič • **Uredniški odbor:** Mojca Lorenčič, prof. dr. Jadranka Buturovič-Ponikvar dr. med., asis. mag. Jelka Lindič dr. med., Mirjana Čalič vms, Martin Brilej, Nebojša Vasič • **Lektoriranje:** Mirjam Furlan Lapanja • **Oblikovanje:** Milan Turel • **Računalniška priprava:** Boex DTP d. o. o. • **Tisk:** Itagraf d. o. o. • **Oglasno trženje:** Dada Trade d. o. o. • **Naklada:** 2500 izvodov

Pozdravljeno, 2004!

Leto se izteka in ob tej priliki običajno pogledamo, kaj smo postorili in kakšne cilje si bomo zastavili v prihodnjem letu. Prvi pogled v novo leto kaže, da bomo v društvi morali svoje želje in cilje zastaviti v okviru možnosti. Realno gledano, bo prihajajoče leto bolj »sušno«, v kolikor v svojih okoljih ne bomo nadaljevali z akcijami za zbiranje sredstev. Glavni poudarek našega dela bo spet na socialnih programih, druženju in socializaciji bolnikov. Za ostalo pa bo treba še več prostovoljnega dela in preudarna poraba denarja pod budnim očesom Nadzornih svetov ali odborov. Skupščine ali občni zbori bodo mesto, kjer se bodo določale prioritete dela društev, pa tudi prevetrilo poslovanje z zbranim denarjem. Moto za prihodnost pa naj bo: preglednost delovanja in smotrnost pri doseganju zastavljenih ciljev.

In pogled nazaj: Na Zvezi smo postorili marsikaj. Kako smo izvajali zastavljen program, bo ocenila Skupščina. Sami pa ocenjujemo, da smo se dvignili iz anonimnosti, da se že čutijo učinki naše nove celostne podobe, da naše predloge

in argumente slišijo tudi na višjih forumih, zaplete znotraj organizacije pa rešujemo strpno in v zadovoljstvo bolnikov. Naše glasilo Ledvica je kljub zmanjševanju stroškov za izdajo postalo - zahvaljujoč prispevkom z vseh področij - še bolj bogato in ne nazadnje tudi forum za izmenjavo mnenj. Učinki dolgoročnega dela so vse bolj očitni; to nam daje vzpodbude za naprej in dokaz, da smo na pravi poti. Z ugotovitvijo, da je prava pot za reševanje težav strpen dialog pa bi zaželeli na tem mestu

VELIKO SREČE, DOBRE KONDICIJE, DUŠEVNEGA MIRU IN VESELJA V LETU 2004

vsem bolnikom, članom društev, podpornim članom, medicinskim sestram, tehnikom in zdravnikom ter vsem tistim, ki nam pomagajo pri delu!

(Namesto voščilnic in pogostitev bomo sredstva porabili za izvajanje zastavljenih programov za bolnike.)

Vaš predsednik Brane Tome

Zahvala ljudem dobrega srca in odprtih rok

Pri Društvu ledvičnih bolnikov Dolenjske in Bele krajine vsako leto pošljemo veliko prošenj za najrazličnejše pomoči in le zelo poredko se zgodi, da prejmemo negativni odgovor. Ob iztekaajočem se letu se iskreno zahvaljujemo vsem, ki so nam kakor koli pomagali. Z nesebično pomočjo so dokazali, da razumejo naše tegobe, nas, bolnike, pa so prepričali, da v težavah nismo osamljeni ali pozabljeni. Darovano je prišlo v prave roke in na prava mesta, tudi učinek je bil več kot zadovoljiv. Lepa hvala!

V prihajajočem letu pa: veliko sreče, miru, delovnih in osebnih uspehov, mnogo sončnih, nasmejanih in razigranih dni, predvsem pa zdravlja! In seveda ljubezni – brez nje je, verjemite, vse drugo nič.

*Društvo ledvičnih bolnikov Dolenjske in Bele krajine
Zdravka Žižič, predsednica*

Bormio 2004

Tudi letos smo dobili povabilo, da se udeležimo že tradicionalnega zimskega srečanja dializnih in transplantiranih bolnikov, ki ga pripravlja organizacija ANED (Associazione emodializzati) iz italijanske pokrajine Lombardije. Tekmovanja bodo tudi letos potekala v znanem zimskem središču Bormio, in sicer od 18. do 25. januarja 2004.

Kasneje so nas prireditelji obvestili še, da bodo tekmovanja potekala še v okviru WTGF (Svetovne športne federacije transplantiranih), tako da je pričakovati tudi udeležence z drugih kontinentov. Zveza DLBS in Slovensko društvo Transplant sta skupaj prijavila 12 tekmovalcev; šest tekmovalcev SDT, Zveza pa tri transplantirane in 3 dializne. Koordinacijo udeležbe v Bormiu vodi SDT, in sicer Jože Soršak. Seveda se bo treba potruditi z zbiranjem sponzorskih sredstev, saj je proračun Zveze zelo oklešen.

(to)

FIHO nam je oklestil finance

Letošnja sredstva FIHA so razdeljena. 27. novembra smo dobili pojasnila o razdelitvi in razporeditev sredstev Loterije za leto 2004 in izvedeli, da bomo za naše programe dobili le 23 milijonov tolarjev. To je skoraj za četrtno manj, kot smo od FIHA prejeli lani, ta znesek pa tudi predstavlja le tretjino denarja, ki smo ga pri zvezi in društvi načrtovali za naše delo v prihodnjem letu.

Za letošnji razpis FIHA smo se pripravljali res »kot profesionalci«. Pripravili smo dve odlični delavnici, kjer smo se pod vodstvom strokovnjakinje za plan in analitiko usposabljali za pripravo finančnih načrtov in uskladili prednostne naloge za naše delovanje. V začetku oktobra je izšel razpis FIHA na posebnih formularjih in v 15 dneh smo morali v društvi pripraviti programe in jih finančno

ovrednotiti. Delo smo opravili s pomočjo neizmerne angažiranosti Zdravke Žižič, ki je usklajevala te priprave, društvom svetovala pri izpolnjevanju formularjev, na koncu pa pripravila zbir programov in preglednične tabele naših skupnih planov želja. Nastala je 500 strani dolga vloga, ki smo jo pravočasno dostavili fundaciji FIHO. Pri Zvezi in društvi smo programe za leto 2004 ovrednotili v višini 71.278.800 tolarjev. Pri FIHU so nam dodelili 23.400.000 tolarjev, kar je le 33 odstotkov naših načrtov ali 23 odstotkov manj kot za leto 2003 oziroma 18 odstotkov manj kot leta 2002. Prihaja torej leto zategovanja pasu oziroma krizno leto 2004.

Brane Tome



Zasavski »Bergmandelc«

Na 3. evropskih športnih igrah dializnih bolnikov in transplantiranih se bodo športniki pomerili tudi v kolesarstvu. Tekmovanje bomo pripravili v Zasavju, kolesarsko etapo pa smo poimenovali »Bergmandelc«. Ime smo si sposodili pri nagajivem rudarskem škratu, ki je večkrat komu ponagajal, vendar je ljudi včasih tudi opozarjal pred nesrečo.

Da bi čim bolj predstavili Zasavje, smo se odločili, da bomo pripravili dva štarta:

1. Transplantirani bodo štartali ob 12. uri v Zagorju ob Savi na glavni avtobusni postaji. Pot jih bo vodila skozi Zagorje, Kotredež, Slačnik, Sušnik in Trbovlje do občinske stavbe v Trbovljah. Tam se bodo priključili dializni bolniki.
2. Dializni bolniki bodo štartali pred občinsko stavbo v Trbovljah, kolesarili bodo do skupine transplantiranih, ki bodo prikolesarili iz Zagorja, in se jim priključili v zaprti vožnji okoli 500 metrov zunaj mesta Trbovlje. Tekma se začne pri cestni označbi konec Trbovelj.

Cesta bo zaprta za ves motorni promet razen za spremljevalna vozila. To bodo motorist policist, sodnik in kamerman na motorju, ki bodo vozili na čelu kolone in opozarjali varnostnike in gledalce, da se kolona kolesarjev bliža. Ker se bo kolona tekmovalcev na vzponu močno raztegnila, se bodo tudi za zadnjim tekmovalcem vozili sodnik, policist in drugi spremljevalci, med njimi tudi tako imenovana metla, to je kombi, ki bo pobral onemogle tekmovalce. Po okoli štirih kilometrih vzpona preide trasa v spust, ki je zelo zahteven in bo zahteval izredno pazljivost tekmovalcev. Nato bodo kolesarili skozi sotesko Boben do Hrastnika in v središču mesta se cesta vzpne desno proti športnemu parku, kjer bo cilj. Na cilju bomo izmerili čas zaostanka vsakega tekmovalca v kategorijah, ki bodo ločene po številkah. Po končani etapi bo poskrbljeno za prhanje in preoblačenje tekmovalcev. Priznanja bomo podelili na »trati«, kjer bo poskrbljeno tudi za hrano, pijačo, športno zabavne igre, ples in pogovor za vse udeležence tega kolesarskega »Bergmandelca«.

S tem opisom proge bi rad seznanil naše kolesarje, da bodo prihodnje leto večkrat prišli v Zasavje in preizkusili progo. Dogovorili se bomo, kdaj se bomo srečali, da bomo skupaj prekolesarili celotno traso in se seznanjali s težavnostjo in nevarnostmi na njej. Prosim, da me pokličete na telefonsko številko 041/614-669, da bomo sestavili dobri ekipi tako dializnih kot transplantiranih!

Bojan Frangež



Reprezentance se že prijavljajo

Z veseljem lahko povemo, da je častno pokroviteljstvo nad 3. evropskimi igrami dializnih in transplantiranih bolnikov sprejel dr. Janez Drnovšek, predsednik Republike Slovenije.

Pripravili smo tudi že urnik prireditev:

NEDELJA, 29. 8.: prihodi in namestitve, slavnostno odprtje
PONEDELJEK, 30. 8.: mini maraton, tenis
TOREK 31. 8.: plavanje, namizni tenis
SREDA, 1. 9.: kolesarjenje na 20 in 10 km
ČETRTEK, 2. 9.: bowling, badminton
PETEK, 3. 9.: izlet v Postojnsko jamo, kobilarno Lipica
SOBOTA, 4. 9.: atletika in slovesno zaprtje iger
NEDELJA, 5. 9.: slovo in odhodi

Celotni program iger bomo objavili na spletni strani www.ljubljana2004.com, kjer bomo sproti objavljali tudi rezultate tekmovanj. Zdaj potekajo pogovori o scenariju slovesnega odprtja. Doslej smo že prejeli prijave 16 reprezentanc. Najmočnejša je Madžarska z 48 udeleženci, sledi ji Finska s 40 tekmovalci. Grki so najavili 12 dializnih in 20 transplantiranih tekmovalcev, Francija pa je za zdaj napovedala 30 tekmovalcev. Slovaki zaradi stroškov še oklevajo, čakamo pa tudi na odločitev Izraela in Cipra.

(to)

Fax: (01) 4274 476
 Telefon: (01) 4274 476
 GSM: (041) 687 090
www.tehnofan.si

Tehnofan
d.o.o.

Filtri za pitno vodo
 Reverzna osmoza, mehčanje vode,
 UV-sterilizacija,
 Ionska izmenjava,
 Pretočni filtri,
 Destilacija, ozonizacija...

Brezplačne meritve kvalitete vode

PERITONEALNA DIALIZA

Peritonealna dializa (PD) je oblika dialize, ki poteka znotraj telesa in kjer se kot dializator uporablja trebušna mrena - peritonej. Za izvajanje te vrste dialize bolnik potrebuje v trebušno votlino vstavljen stalni kateter, skozi katerega si s pomočjo težnosti v telo trikrat do petkrat na dan vtoči in iztoči iz njega do 3 litre dializne raztopine.

PD so začeli uporabljati leta 1976 in se uporablja po vsem svetu pri zdravljenju bolnikov s končno ledvično odpovedjo. Ta metoda je povsem enakovredna metodi hemodialize oziroma ima v primerjavi z njo tudi določene prednosti.

Odpadne snovi se »precejajo« iz krvi

Peritonej je tanka polprepustna membrana, ki obdaja notranje organe, notranjo steno trebušne votline in povezuje črevesne vijuge. Površina peritoneja je sorazmerna površini kože in pri odraslem človeku znaša 1 do 2 kvadratna metra. Ker je zelo tanka in gosto prepletena s krvnimi žilicami, omogoča, da skozi njo kakor skozi cedilo prehajajo snovi.

Raztopina za PD vsebuje uravnoteženo količino mineralov in soli, ki so sicer normalne sestavine telesa. V telesu njihovo raven uravnavajo ledvice, če pa te odpovedo, se te snovi v krvi nakopičijo v preveliki koncentraciji. S pomočjo peritonealne dialize odpadne snovi s procesom osmoze in difuzije zaradi razlik v koncentraciji prehajajo iz krvi v dializno raztopino. Peritonealna membrana prepušča samo snovi določene velikosti; če so molekule večje od por v peritonealni membrani, ne morejo skozi. Zaradi svoje velikosti na primer ne morejo skozi krvne celice. Na tak način se odpadne snovi »precejajo« iz krvi v dializno raztopino.

Peritonealna membrana pa ne prepušča samo odpadnih snovi, ampak tudi tekočino. Odstranjevanje tekočine imenujemo ultrafiltracija. Koliko tekočine se vsrka iz telesa, je odvisno od koncentracije glukoze v dializni raztopini.

Menjava raztopine

S tem, ko iztočimo dializno raztopino iz trebušne votline, iz telesa odstranimo tudi odpadne snovi in odvečno tekočino. Postopek menjave, torej iztoka dializne tekočine iz telesa in vtoka nove tekočine, traja približno 30 minut. Običajno bolnik potrebuje štiri menjave v 24 urah. Tekočina mora biti prej ogreta na telesno temperaturo, kar poveča odstranjevanje sečnine in kreatinina, pa tudi vtakanje tekočine je za bolnika tako udobnejše.

Menjava pri PD je sestavljena iz treh faz:

1. iztoka – rabljena dializna tekočina izteče iz telesa;
2. vtoka – sveža sterilna dializna tekočina se vtoči v telo;
3. kopeli – obdobje 4 do 6 ur, ko je tekočina v telesu. V tem času iz krvi v raztopino prehajajo odpadne snovi in odvečna tekočina.

Bolniki, ki se zdravijo s PD, še vedno lahko opravljajo svoje delo. Menjave vrečk lahko razporedijo na čas zunaj delovnih obveznosti, mogoče v službi potrebujejo le menjavo v času kosila.

PD delimo na:

CAPD – kontinuirana ambulantna peritonealna dializa – menjave se izvajajo ročno čez dan;

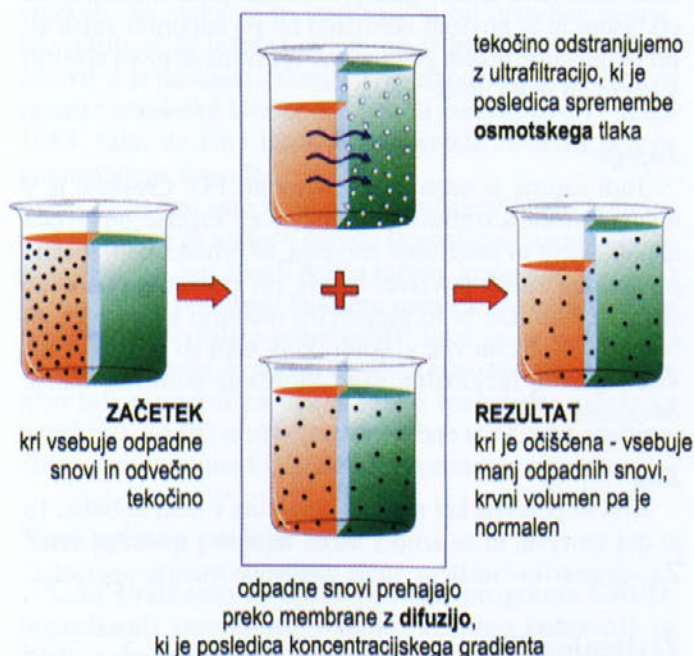
APD – avtomatska peritonealna dializa: poseben aparat čez noč samodejno izmenjuje peritonealno raztopino. Če ima bolnik raztopino v trebuhu tudi podnevi, ko ni priključen na aparat, se to imenuje CCPD – kontinuirana ciklična PD.

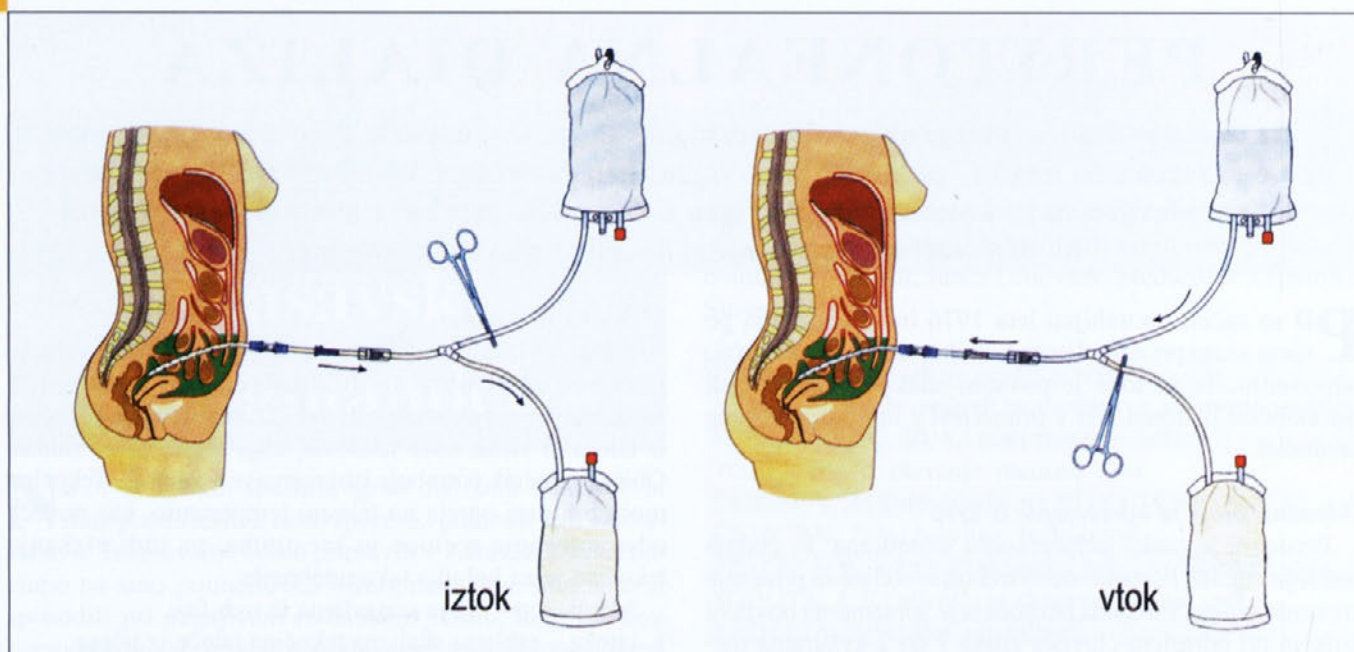
Kateter in nega

Z manjšo operacijo v bolnišnici bolniku v trebušno votlino levo ali desno od popka vstavijo stalen kateter. Na konici katetra je veliko drobnih luknjic, ki omogočajo pretok dializne tekočine. Konica leži v spodnjem delu trebušne votline, kateter nato poteka skozi trebušno mišico v krajši podkožni del – tunel. Na srednjem delu katetra sta dve objemki, ki skrbita za to, da se kateter v trebušni steni zaraste, da se ne premika, in preprečujeta vstop bakterijam v trebušno votlino. Zunanji del katetra je dolg 10 do 15 cm. Nanj je pritrjen titanijev vmesnik, na katerega bolnik ob menjavah pritrdi pretočno cevje. Kateter skozi obleko ni opazen.

Bolnik lahko ostane po operaciji v bolnišnici do začetka izvajanja rednih menjav, to je od 14 do 21 dni, lahko pa bolnišnico zapusti prej in hodi na učenje od doma. V tem času se kateter začne zaraščati, bolnik se nauči izvajati menjavo raztopine, začne opravljati redno dnevno higieno in nego izstopišča katetra.

Zelo pomembno je, da bolniki za kateter dobro skrbijo. S tem pomagajo preprečiti poškodbo katetra in infekcijo njegovega izstopišča. Dobro morajo tudi skrbeti za osebno higieno, saj se na neumiti, topli in vlažni koži radi razvijajo mikrobi. Umivanje in razkuževanje rok je eno najpomembnejših opravil tudi pri menjavi vrečk z raztopinami.





Trebušna votlina je obdana s trebušno membrano (peritonejem). Pri PD se skozi kateter v peritonealno votlino vtoči dializna raztopina.

Zapleti

S PD zadovoljivo urejamo slabokrvnost, povišan krvni tlak in presnovo kosti. Pri bolnikih, ki se zdravijo s PD, je možna uspešna presaditev ledvice. PD je primerna metoda nadomestnega zdravljenja za bolnike s srčno-žilnimi zapleti, otroke pred presaditvijo, bolnike s sladkorno boleznijo, bolnike z izčrpanim žilnim pristopom za hemodializo in bolnike, ki želijo živeti neodvisno in sami nadzorovati svoje zdravljenje. Manj primerna je za bolnike, ki imajo zaradi zarastlin po okužbah ali operacijah zmanjšano površino membrane, hude vnetne bolezni črevesja, kronične okužbe trebušne stene, močno povišane maščobe v krvi, stome, ki se zdravijo z imunosupresivnimi zdravili, ki imajo kilo, hemoroide ali bolečine v križu, pa tudi za bolnike, ki so psihično spremenjeni in ne sodelujejo pri zdravljenju. Spolni odnosi so pri zdravljenju s PD popolnoma varni.

Peritonitis

Nastane zaradi mikrobov, ki vstopajo v trebušno votlino, kjer se zelo hitro množijo. Bakterije lahko vstopijo:

- med menjavo vrečk, še posebno če se bolnik pomotoma dotakne sterilnih delov,
- zaradi infekcije izstopišča katetra in po kanalu vzdolž katetra do trebušne votline,
- skozi stene črevesne stene, sečil ali iz genitalnih organov,
- po krvi.

Peritonitis opazimo po motnem videzu iztočene raztopine, bolečinah in nelagodju v trebuhu, mrzlici ali povišani temperaturi, potrdimo pa ga s pomočjo laboratorijskih preiskav. Zdraviti ga je treba takoj. Na srečo so v zadnjih letih peritonitisi zaradi varnejših sistemov in z razvojem tehnike vedno redkejši.

Infekcija izstopišča katetra

Izstopišče katetra je toplo in vlažno in zelo privlači mikrobov, ki se hitro razmnožujejo in se jih težko znebimo. Infekcije preprečujemo z dnevnim čiščenjem izstopišča katetra. Če se infekcija ne pozdravi tudi z uporabo

antibiotikov, se lahko bakterije začnejo razmnoževati ob katetru; v tem primeru je treba kateter odstraniti in ga zamenjati z novim, v najslabšem primeru pa prekiniti zdravljenje s PD. Ob pravilni negi bi moral kateter služiti toliko časa, kolikor ga bolnik potrebuje.

Fibrin

Občasno se lahko pri iztoku dializne tekočine pojavijo majhne bele nitke. To so majhni strdki beljakovin, ki največkrat niso moteči. Če se zaradi strdkov, ki zamašijo drobne luknjice na katetru, pojavijo težave pri iztoku ali vtoku, moramo uporabiti zdravilo heparin.

Kri v raztopini

Včasih lahko opazimo, da je dializna raztopina krvavo obarvana. To se lahko zgodi pri ženskah pred menstrualnim ciklusom in je povsem normalno ter po napornih vajah ali pri dvigovanju težkih predmetov. Tekočina se mora zbrstiti v enem ali dveh dneh.

Zaprtje

Tudi zaprtje je eden od zapletov pri PD. Črevesje je v tesnem stiku s trebušno mreno. Ker zaprtje povzroča napolnjenost in povečanje črevesja, to pritiska na trebušno mreno, kar lahko povzroči težave pri iztekanju raztopine skozi kateter. Da bi to preprečili, moramo zagotoviti, da hrana vsebuje čim več vlaknin. Prav tako so priporočljive vsakodnevne razgibalne vaje. Morda je potrebno blažje odvajalo.

Kila

Kila se pojavlja kot majhna izboklina v delu trebuha. To je del črevesa, ki se izboči skozi trebušno mišično steno. Za »popravilo« mišične stene zadostuje manjša operacija.

Življenje s PD

Pri zdravljenju s PD bolnikom svetujemo, da pri prehranjevanju upoštevajo načela zdrave prehrane. Poučimo

jih tudi, koliko tekočine lahko zaužijejo na dan, da dosežejo ustrezno ravnovesje telesnih tekočin, in kako to količino merijo. Posledice nabiranja tekočine v telesu so visok krvni tlak, oteženo dihanje, otekanje gležnjev in porast telesne teže. Takim bolnikom svetujemo, da omejijo vnos tekočine in uporabijo močnejše koncentracije glukoze v raztopini za PD.

Pri bolnikih s PD se lahko občasno pojavi dehidracija, ki običajno nastopi pri večji izgubi tekočine kot sicer, na primer v poletnih mesecih zaradi potenja, ali pa zaradi diareje oziroma bruhanja. Dehidracijo zdravimo z uživanjem dodatne tekočine.

Za ohranjanje telesne kondicije bi se vsakdo moral ukvarjati s kako vrsto telovadbe, enako velja tudi za bolnike s PD. Izogibati se morajo le dejavnostim, kjer lahko pride do povišanja pritiska v trebuhu in poškodbe trebuha. Primerni so vsi lažji športi kot na primer hoja, kolesarjenje, golf, balinanje. Nekateri bolniki s PD se ukvarjajo tudi s

težjimi oblikami športov in telovadbe, kot so tenis, badminton ali smučanje. Plavanje je idealna oblika telovadbe, a pri bolnikih s PD zaradi izstopišča katetra pomeni določeno tveganje. Odsvetujemo plavanje v bazenih, možno pa je kopanje v morju. Obstojajo tudi posebne vodotesne folije, s katerimi se prekrijeta kateter in izstopišče. Preden se bolniki odločijo za športno dejavnost, pa je najbolje, da se o tem posvetujejo z zdravnikom.

Za uspešno zdravljenje s PD sta pomembna dobra motivacija in sodelovanje bolnika. Življenje s PD je zelo odvisno od bolnika samega. Zdravljenje je zelo prilagodljivo in se lahko vključi v vsakdanje opravke in delo. Kljub temu mora bolnik sprejeti določene kompromise in se prilagoditi, da bi bilo zdravljenje kar najbolj uspešno. Kot pri vsaki stvari pa navajanje na nov življenjski slog zahteva nekaj časa in potrpljenja.

Dragica Mlinšek, vms

20 let CAPD v Sloveniji

Odstotek bolnikov, ki se zdravijo s peritonealno dializo, bi bil lahko večji. To lahko v prihodnje tudi uresničimo, saj imamo zdaj za to vse možnosti.

V Kliničnem centru v Ljubljani so začeli izvajati peritonealno dializo (PD) leta 1971. Najprej je bila to intermitentna peritonealna dializa (IPD), kjer so skozi začasni peritonealni kateter izvajali kopeli v peritonealni votlini od 18 do 24 ur, nekajkrat na teden. Režim je bil podoben hemodializi, le da je zaradi manjše učinkovitosti ena seansa trajala dalj časa. Peritonealno dializo so oživili v ZDA leta 1976 s kontinuirano ambulantno peritonealno dializo (CAPD). To je bil povsem nov način PD, saj je imel bolnik raztopino stalno v trebušni votlini (tako podnevi kot ponoči) oziroma si jo je trikrat do štirikrat na dan zamenjal. Zato je imel vstavljen stalen PD-kateter v trebušni steni, peritonealno raztopino so imeli pripravljeno v plastičnih vrečkah. Za vtakanje in iztakanje ni bil potreben aparat, izkoristili so le težnost, s tem pa je bil bolnik mobilni, zdravil se je na domu. S krajšim odmikom smo v Dializnem centru Nefrološke klinike KC pričeli izvajati CAPD junija 1983, tako da smo letos zaznamovali 20-letnico tega pomembnega dogodka.

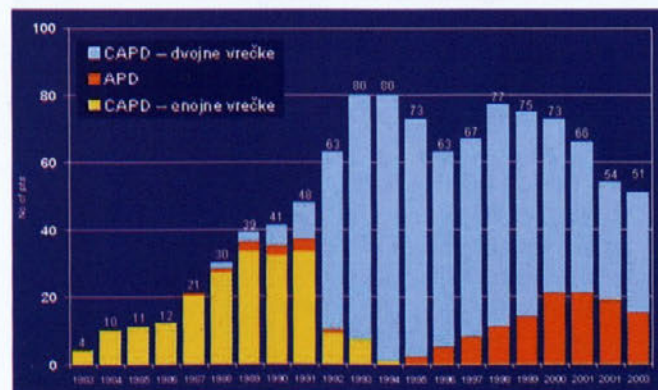
V prvem letu smo v našem centru zdravili štiri bolnike, naslednja leta je njihovo število le postopno naraščalo. To je razumljivo, saj zaradi dobro razvite hemodialize CAPD ni bila nujno potrebna. Dializna mesta smo uredili za vse bolnike, ki so dializo potrebovali. Tako so se sprva s PD zdravili le bolniki, ki zaradi številnih zdravstvenih zadržkov niso bili primerni za hemodializo (negativna selekcija bolnikov). Za PD nismo imeli posebne strokovne skupine, dolgo smo tudi imeli le začasne, neprimerne prostore.

Novi pristop po letu 1990

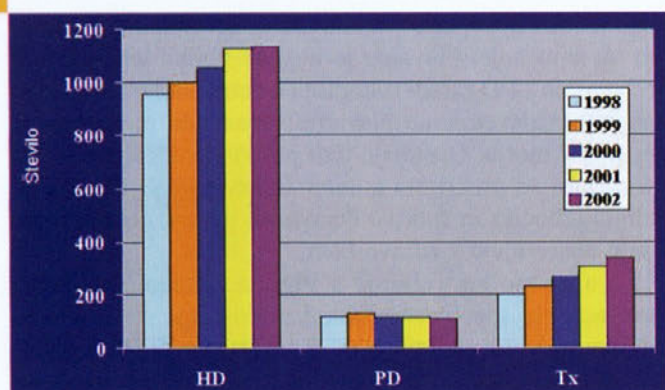
Leta 1990 smo se na novo lotili programa CAPD: organizirali smo enoto s stalno skupino (zdravnik in medicinske štiri sestre), na novo smo pripravili in posodobili protokole zdravljenja s PD in učenja bolnikov, izdelali smo potrebna gradiva za bolnike ter uredili dostavo

materialov za PD na bolnikov dom. To je bil tudi čas, ko so razvili novejšje sisteme CAPD-vrečk, imenovanih dvojne vrečke, ki so bistveno izboljšale kakovost in varnost CAPD. Prej smo uporabljali enojne vrečke. Ko je bolnik raztopino vtočil v trebušno votlino, je prazno vrečko zložil in jo nosil na sebi vse do iztoka. To je naredil po približno 6 ali 8 urah, ko je vrečko z iztočeno uporabljeno raztopino odklopil in zavrgel. Novo vrečko je nato spojil in raztopino spet vtočil. Prav spajanje nove vrečke s katetrom je pomenilo kritično točko, ker je lahko prišlo do onesnaženja in okužbe v trebuhu, ki jo imenujemo peritonitis. Te okužbe so bile običajno blage, vendar zelo pogoste. Z uporabo dvojnih vrečk pa smo njihovo pogostost zelo zmanjšali.

Bistven napredek so prinesle dvojne vrečke, ki so z novo tehniko vtakanja tekočin zelo zmanjšale možnost okužbe in s tem pogostost peritonitisov. Sedaj odkrivamo v povprečju en peritonitis na več kot 40 bolnikovih mesecev. Prve dvojne vrečke smo pričeli uporabljati 1988. leta, enojne pa smo dokončno opustili leta 1994. V tem obdobju smo pričeli uvajati peritonealno dializo z aparatom; to imenujemo avtomatizirana peritonealna dializa (APD).



Bolniki na peritonealni dializi v KC, Ljubljana (1983–2003)



Odstotek bolnikov na hemodializi, peritonealni dializi in s transplantirano ledvico v Sloveniji (1998–2002)

APD ponudimo bolnikom, ki jih s CAPD ne moremo dovolj dobro zdializirati ali pa si PD želijo le ponoči in imajo podnevi prazno trebušno votlino. Pogoji je, da so bolniki hitri izmenjevalci (hitro izločijo sečnino, kreatinin in druge presnovne produkte) in imajo korist od pogostejših zamenjav raztopine v trebuhu. Še posebno je APD uporabna pri aktivnih bolnikih, tistih z veliko mišično maso in tistih, ki ne hodijo več na vodo, so torej brez preostale ledvične funkcije. APD uporablja več kot četrtina bolnikov, ki se v našem centru zdravijo s peritonealno dializo, kar je skladno z gibanji v svetu. Zadnjih deset let smo referenčni center proizvajalca proizvodov za peritonealno dializo, ki nam omogoči zelo hitro uporabo najnovejših izdelkov. To je bilo še posebej uspešno pri uporabi najnovejših raztopin za PD. Tudi eritropoetin že vrsto let uspešno uporabljamo s podkožno aplikacijo, sprva eprex, zdaj pa neorecormon.

Razvoj regijskih centrov

Z izboljšanjem organiziranosti našega centra, z očitnim zmanjševanjem zapletov pri bolnikih na PD, kar se kaže v manjšem številu peritonitov, ter s prekinjeno negativno selekcijo bolnikov smo povečali število bolnikov na PD. Leta 1991 smo pričeli v našem centru zdraviti tudi bolnike iz drugih regij, ki so kasneje zdravljenje nadaljevali v novoustanovljenih regijskih centrih za PD. Tako smo širili PD v Novo Gorico leta 1991; leta 1992 so samostojno pričeli izvajati PD v Celju, 1994 smo poslali bolnike v Novo mesto in Slovenj Gradec, naslednje leto (1995) na Jesenice in v Mursko Soboto, istega leta so otroke sprejeli v pro-

gram PD na Pediatrični kliniki KC, leta 2001 pa so dializni program razširili tudi v Mariboru.

V zadnjih letih je število bolnikov na PD sicer nekoliko upadlo. Razlogov je več, vendar bi vseeno poudaril neustrezno plačevanje ZZZS-ja za PD. Dolgoletni nesporazum v zvezi s tem so pomagali urediti kolegi v Združenju zdravstvenih zavodov, ko so na predlog našega in novogoriškega centra lani cene PD vendarle izenačili s HD.

Na zniževanje števila bolnikov s PD vpliva še program transplantacij kadavrskih ledvic, ki se zadnja leta zelo uspešno razvija, uspešno pa so transplantirani tudi bolniki s PD. Na sliki zgoraj je prikazano število bolnikov v različnih oblikah nadomestnega zdravljenja. Delež bolnikov s PD se giblje med 9 in 7 odstotki, kar je primerljivo s sosednjimi deželami (Italija 9 odstotkov, Avstrija 8 odstotkov, Hrvaška 8 odstotkov, Madžarska 9 odstotkov). Odstotek bolnikov na PD pa bi bil lahko večji. To lahko v prihodnje tudi uresničimo, saj imamo zdaj za to vse možnosti. Odstotek bolnikov na PD je sicer različen po različnih deželah, skupno pa je na svetu nekaj več kot 115.000 bolnikov (15 odstotkov dializnih bolnikov). Decembra leta 2002 se je s PD v Sloveniji zdravilo 110 bolnikov, kar pomeni 6,9 odstotka bolnikov s kronično ledvično odpovedjo. Na razširjenost te metode vpliva veliko dejavnikov, od zdravstvenih do ekonomskih. V zadnjem času se pojavljajo predlogi, da bi zaradi svojih prednosti PD postala začetna oblika zdravljenja v celostni oskrbi bolnikov s KOL. To pomeni, da pri bolniku v procesu nadomestnega zdravljenja KOL dopolnjujejo posamezne metode med sabo oziroma izkoriščamo prednosti posameznih metod, torej hemodialize, HD, PD in presaditve ledvic.

Prim. Andrej Guček, dr. med.,

Klinični oddelek za nefrologijo, Klinični center Ljubljana

S peritonealno dializo bi se moralo zdraviti več bolnikov

Peritonealna dializa je izjemno dobra metoda dializnega zdravljenja in daje zelo dobre rezultate, je na nefrološkem srečanju v Zrečah novembra letos poudaril prof. dr. Rafael Ponikvar. Kljub temu število bolnikov, ki se zdravijo s PD, upada. Kako to, nas je zanimalo in kako to, da bolnikom v vseh dializnih centrih ta način zdravljenja sploh ni dostopen? Peritonealne dialize ne izvajajo manjši dializni centri, vzrok pa je v kadrovski stiski. Ljudje si ne želijo peritonealne dialize, zdravniki pa jih v to ne morejo siliti. S to vrsto dialize bi se sicer moralo zdraviti vsaj 15 do 20 odstotkov bolnikov, je menil prof. dr. Ponikvar. Ozko grlo za razvoj CAPD predstavlja tudi vstavljanje peritonealnega katetra, je pripomnil mag. Benedik, saj v vseh bolnišnicah za to niso usposobljeni. To bi lahko rešili z edukacijo abdominalnih kirurgov, vstaviti kateter pa je manj zahtevno kot narediti fistulo. Prim. Močivnik je še pojasnil, da se v Evropi počasi uveljavlja integrirana oskrba ledvičnih bolnikov, kar pomeni, da ob odpovedi ledvic bolniki začnejo s peritonealno dializo, kasneje pa preklopijo na hemodializo, če je to potrebno. (lo)

Po 20 letih izvajanja CAPD v Sloveniji lahko sklenemo:

- PD je varna in primerljiva metoda dialize,
- še posebej je učinkovita ob ohranjeni preostali ledvični funkciji,
- s porastom števila transplantiranih bolnikov lahko PD pogostejše vključimo v celostno obravnavo bolnikov z ledvično odpovedjo,
- PD ima lahko vsak dializni center, ki zagotavlja 24-urno oskrbo bolnikov. S PD pa se mora zdraviti najmanj 5 bolnikov,
- zaželeno je, da se s PD zdravi vsaj do 15 odstotkov bolnikov s kronično ledvično odpovedjo.

Transplantacija ledvic pri bolnikih na peritonealni dializi

Raziskave minulega desetletja so nedvomno dokazale, da po transplantaciji ledvic ni razlik v preživetju presadkov in bolnikov glede na metodo predhodnega nadomestnega zdravljenja končne ledvične odpovedi – hemodializo (HD) ali peritonealno dializo (PD).

Z razvojem PD kot metode nadomestnega zdravljenja končne ledvične odpovedi se je pojavilo tudi vprašanje, ali način dializnega zdravljenja (HD, PD) pred transplantacijo ledvic vpliva na preživetje presadka in bolnika po transplantaciji. Zdravnike je še zanimalo, ali je določena metoda dializnega zdravljenja povezana s specifičnimi zapleti po transplantaciji. Na začetku so bili nekateri dializni centri odklonilni do zdravljenja s PD pri bolnikih, ki so bili kandidati za transplantacijo ledvic. To prepričanje je bilo odraz:

- bojazni, da bi organ vsadili v morebiti okuženo trebušno votlino,
- rezultatov raziskav, ki so pokazale na boljše delovanje imunskega sistema pri bolnikih na PD (v primerjavi z bolniki na HD), kar bi lahko povečalo tveganje za zavrnitev presadka.

V nasprotju s temi zgodnejšimi zadržki pa so raziskave minulega desetletja nedvomno dokazale, da po transplantaciji ledvic ni pomembnih razlik v preživetju presadkov in bolnikov glede na metodo predhodnega dializnega zdravljenja.

Obdobje pred transplantacijo

Bolniki na PD pri zdravljenju večinoma dobro sodelujejo, so zadovoljivo rehabilitirani in so zato dobri kandidati za transplantacijo ledvic. Kljub temu je delež bolnikov na PD, ki so uvrščeni na čakalno listo in jim transplantiirajo ledvico, v posameznih državah zelo različen. V Veliki Britaniji znaša delež transplantiranih bolnikov, ki so se predhodno zdravili s PD, do 50 odstotkov, na drugem koncu spektra evropskih držav pa je Italija s 15 odstotki.

Pri bolnikih na PD, ki so uvrščeni na čakalno listo za transplantacijo, je treba veliko pozornost posvečati peritonealnemu katetru. Aktivno moramo iskati in zdraviti morebitne okužbe izstopišča ali podkožnega kanala katetra. Pomembne so tudi redne kontrole brisov nosne sluznice, da odkrijemo nosilce nevarnih bakterij (zlasti stafilokokov). Njihova prisotnost na sluznici zgornjih dihal povečuje tveganje za peritonitis, zato je treba vse nosilce teh bakterij zdraviti z antibiotiki. V času zdravljenja moramo bolnika začasno izključiti s čakalne liste, podobno seveda velja tudi v primeru prebolevanja peritonitisa.

Klic za transplantacijo in operacijo

Za razliko od bolnikov na HD, ki morajo biti pred transplantacijo praviloma dodatno dializirani, so bolniki na PD na operacijo pripravljeni že ob klicu na poseg. To pogosto skrajša čas, ko je ledvica zunaj človeškega telesa (čas hladne ishemije). V času do operacije je treba opraviti menjavo dializne raztopine, ki jo moramo pred odhodom v operacijski blok iztočiti iz trebušne votline. Po doktrini našega transplantacijskega centra se peritonealni kateter

odstrani med operativnim posegom. V nekaterih centrih kateter odstranijo kasneje (en do tri mesece po posegu). To lahko olajša vodenje dialize, kadar je ta po transplantaciji potrebna, vendar ob imunosupresivnem zdravljenju povečuje tveganje za okužbe, predvsem za peritonitis.

Obdobje po transplantaciji

Eden od pogostih zapletov po transplantaciji ledvic umrlih darovalcev je zakasnelo delovanje presadka. Najpogosteje nastane zaradi dolgega časa hladne ishemije, ko je ledvica zunaj človeškega telesa (od odstranitve pri darovalcu do vsaditve v prejemnika, ko se ledvica hrani v posebni mrzli raztopini). V primeru tega zapleta je zaradi nezadostnega delovanja presadka potrebno prehodno dializno zdravljenje. Raziskave so pokazale, da je pri bolnikih na PD tveganje za nastanek zakasnelega delovanja presadka manjše kot pri bolnikih, zdravljenih s HD. Poleg ugodnega vpliva samega zdravljenja s PD k manjšemu tveganju za nastanek tega zapleta prispevata še pogosto krajši čas hladne ishemije in ohranjena diureza bolnikov na PD.

Nevaren, vendar na srečo redek zaplet po transplantaciji ledvic je tudi zamašitev (tromboza) krvnih žil presadka. Ta zaplet pogosto zahteva odstranitev presadka. Večina dosedanjih raziskav kaže, da pogosteje nastane pri bolnikih, predhodno zdravljenih s PD. Tveganje je večje zlasti ob ponovni transplantaciji in pri tistih bolnikih, ki so se predhodno zdravili s HD in PD.

Bolniki na PD so po transplantaciji tudi bolj dovzetni za okužbe. Zlasti v prvem mesecu po transplantaciji pri njih pogosteje odkrivamo bakterijske okužbe v trebušni votlini, okužbe kirurških ran, okužbe sečil in okužbe dihal. V primeru odstranitve peritonealnega katetra je tveganje za peritonitis po transplantaciji majhno. Ne glede na to tveganje za nastanek peritonitisa povečujejo večje število peritonitisov pred transplantacijo, kirurški zapleti ob njej ter akutna zavrnitev ali zakasnelo delovanje presadka po njej.

Tako kot v svetu je tudi v Sloveniji zdravljenje s PD primerna metoda dializnega zdravljenja za bolnike, ki so kandidati za transplantacijo ledvic. Ob ohranjeni diurezi je zgodnje delovanje presadka dobro, večina bolnikov v zgodnjem obdobju po transplantaciji ne potrebuje prehodnega dializnega zdravljenja. Kljub večjemu tveganju za nastanek nekaterih zapletov v zgodnjem obdobju (tromboza ledvičnih žil presadka, okužbe) je dolgoročno preživetje presadkov in bolnikov dobro in primerljivo z rezultati transplantacije pri bolnikih, predhodno zdravljenih s HD.

Kljub opisanim razlikam v tveganju za nekatere zaplete v zgodnjem obdobju po transplantaciji pri bolnikih na PD v poznejšem obdobju ni razlik v pogostnosti akutnih zavrnitev, delovanju presadka ter preživetju presadkov in bolnikov glede na zdravljenje s PD ali HD v obdobju pred transplantacijo.

Transplantacije ledvic bolnikov na PD v Sloveniji

V Sloveniji smo prvo transplantacijo ledvice pri bolniku, predhodno zdravljenem s PD, opravili leta 1995, že leto pred tem pa pri bolniku, ki se je predhodno zdravil s PD in HD. Z izjemo enega bolnika so drugi prejeli ledvice umrlih darovalcev. Od leta 1995 do konca septembra 2003 smo v Kliničnem centru transplantirali 294 kadavrskih ledvic. 22 (7,5 odstotka) bolnikov se je pred transplantacijo zdravilo le s PD, 15 (5,1 odstotka) s PD in HD, preostala večina bolnikov (87,4 odstotka) le s HD. Na letni ravni je v opazovanem obdobju delež transplantiranih bolnikov, ki so se pred transplantacijo zdravili s PD, znašal od 3,5 do 15 odstotkov. Število transplantacij bolnikov na PD se je povečalo po letu 1998, z ustanovitvijo nacionalnega telesa za darovanje organov in pridružitvijo Slovenije organizaciji Eurotransplant (2000). Kljub temu ostaja delež tran-

splantiranih bolnikov, predhodno zdravljenih s PD, nizek. Primerljiv je s sosednjo Italijo, v večini preostalih evropskih držav je ta delež večji (znaša čez 20 odstotkov). Ne glede na to so rezultati transplantacije povsem primerljivi z drugimi velikimi evropskimi in svetovnimi centri. Tudi pri nas je zgodnje delovanje presadka boljše pri bolnikih na PD. Po letu 2000 nihče od bolnikov, zdravljenih s PD, po transplantaciji ni potreboval HD zaradi nezadostnega delovanja presadka. V našem centru pri bolnikih na PD nismo opažali pogostejšega pojavljanja tromboze ledvičnih žil presadka. Kljub temu vsi bolniki na PD (če ni drugih zadržkov) v zgodnjem obdobju po transplantaciji za zaščito prejemo aspirin. Ob odstranitvi peritonealnega katetra med transplantacijo nismo opažali pogostejših okužb v zgodnjem obdobju po transplantaciji. V obdobju od leta 1995 do konca septembra 2003 je bilo pri bolnikih, predhodno zdravljenih s PD, eno- in petletno preživetje presadkov 92,5-odstotno oziroma 87,5-odstotno. Eno- in petletno preživetje bolnikov je znašalo 95 oz. 90 odstotkov. Rezultati so primerljivi z rezultati preživetja presadkov in bolnikov, predhodno zdravljenih s HD.

*Asist. mag. Miha Arnol, dr. med.,
Klinični oddelek za nefrologijo, Klinični center Ljubljana*

Individualno svetovanje pri bolnikih na peritonealni dializi

Peritonealno dializo smo v Kliničnem centru v Ljubljani začeli uvajati leta 1983 in prav te dni praznujemo 20. obletnico tega pomembnega dogodka.

Bolnike in njihove svojce prvič seznanimo z možnostmi nadomestnega zdravljenja ledvic še pred končno odpovedjo tega organa. Predstavimo jim vse možnosti nadomestnega zdravljenja ledvic: hemodializo, peritonealno dializo (PD) in transplantacijo. Tako lahko bolniki sodelujejo pri odločanju, katero vrsto nadomestnega zdravljenja bomo pri njih uvedli. To svetovanje organiziramo v skupinah po največ pet bolnikov in pet svojcev in poteka od leta 1998. Na našem oddelku bolnikom posamično predstavimo tudi peritonealno dializo. Podrobneje opišemo in pojasnimo vse dobre in slabe lastnosti te vrste dialize in skušamo skupaj z bolnikom razrešiti dodatna vprašanja in dvome.

Individualno učenje in svetovanje bolnikom, ki se odločijo za peritonealno dializo, poteka že od začetka delovanja centra za peritonealno dializo. Na ta način se lahko vsakemu

bolniku prilagodimo glede na njegove sposobnosti dojemljanja, ročne spretnosti in stanovanjske razmere. Bolnika in/ali svojce naučimo samostojnega izvajanja PD na domu (menjava dializne raztopine, nega izstopišča PD-katetra, kako ravnati ob zapletih, uravnavanje vnosa tekočine, skladiščenje materiala za PD). Ker se bolniki doma »zdravijo« sami, smo na oddelku dosegljivi vseh sedem dni v tednu, da jim lahko pomagamo pri premagovanju težav in nejasnosti. Zaželeno je, da pri učenju (pomoč pri izvajanju menjav, opravljanju toalete) sodelujejo svojci.

Leta 2000 smo po predhodnem izobraževanju zdravstvenega osebja (šola dietnega prehranjevanja, ki jo je organizirala Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic) uvedli individualno dietno svetovanje za bolnike, ki imajo težave z dieto. Obravnavali smo osem bolnikov, ki so imeli težave zaradi visokih vrednosti fosfatov in kalcija v serumu, kar je dolgoročno pomembno za ohranitev zdravih kosti. Pri dieti je zelo

pomembno sodelovanje bolnika oziroma zmožnost izvajati dieto doma. Bolniki so dietno svetovanje zelo pozitivno sprejeli in so tudi dobro sodelovali, vendar si še vedno želimo, da bi pri svetovanju sodeloval tudi dietetik, saj spada v multidisciplinarno skupino, ki obravnava bolnika z odpovedjo ledvic.

Z individualnim pristopom bolniku omogočamo boljše razumevanje bolezni in metod zdravljenja. Skupaj z njim se spoprijemamo s spremembami, ki so nastale zaradi odpovedi ledvic, in ga spodbujamo, da bi prevzel odgovornost za lastno zdravljenje. Samo tako lahko zmanjšamo število zdravstvenih zapletov in dosežemo dobre rezultate zdravljenja, s tem pa tudi dobro počutje in kakovostno življenje bolnika.

*Borut Karas, zt,
Nataša Pavlič, zt,
Vesna Muravec, zt,
Klinični oddelek za nefrologijo,
oddelek za peritonealno dializo,
Klinični center Ljubljana*

Raztopine za peritonealno dializo

Poznamo dve obliki PD: kontinuirano ambulantno peritonealno dializo (CAPD) in avtomatizirano peritonealno dializo (APD). Pri CAPD si bolnik skozi stalni kateter za PD od trikrat do petkrat, običajno pa štirikrat na dan ročno iztoči iz trebušne votline oziroma vanjo vtoči od 1,5 litra do 2,5 litra dializne raztopine.

Pri APD se raztopina za peritonealno dializo menja s pomočjo aparata ponoči. Program o številu menjav in vrsti raztopine predpiše zdravnik in ga na oddelku za PD vnesejo v aparat. Bolnik si zvečer pripravi potrebni material in se priključi na aparat, ki nato, medtem ko bolnik spi, samodejno po programu izvaja menjave. Bolnik je na aparatu od 8 do 10 ur. Pri APD uporabljamo vrečke s 5 litri raztopine, da se bolniku ni treba zbujati in menjavati vrečk. Aparat samodejno greje in pretaka tekočino iz vrečk na nočni omarici v vrečko na grelcu in iz trebušne votline v iztočno vrečko na tleh. Naprava zaznava spremembe v težnosti in zračnem tlaku in nikoli na silo ne vtaka ali iztaka raztopine iz trebušne votline. V primeru nepravilnosti se oglasi alarm, ki bolnika opozori na spremembe. Zjutraj, ko se bolnik zbudi, se odklopi in odide po vsakodnevnih opravkih. V večini primerov imajo bolniki 'moker' dan, kar pomeni, da imajo čez dan raztopino v trebušni votlini.



Olga Zorman z aparatom za APD

Več vrst raztopin

Razvoj tovarniško pripravljenih raztopin in tehnične izboljšave pri oblikah cevja (sistemov) za PD omogočajo široko in varno uporabo PD. Raztopine za PD so tovarniško pakirane v prozornih plastičnih vrečkah in morajo biti popolnoma sterilne. Steriliziramo jih s segrevanjem pod zvišanim tlakom in pri zvišani temperaturi, kar imenujemo avtoklaviranje.

Vse raztopine za PD vsebujejo elektrolite (natrij, klor, magnezij in kalcij), pufer, to je snov, ki uravnava ravnovesje kislin in baz, in osmotsko snov, ki omogoča odstranjevanje odvečne tekočine iz telesa. Na voljo je mnogo kombinacij sestavin. Kot osmotska snov je še vedno najpogostejša glukoza, in sicer v koncentraciji 1,36 odstotka, 2,27 odstotka in 3,86 odstotka. Močnejša koncentracija glukoze ima večjo osmotsko moč in odstrani več tekočine iz telesa. Največ tekočine se odstrani v prvih 4 urah po vtoku raztopine, nato pa se učinek upočasni. Če pustimo glukozno tekočino v trebušni votlini dalj kot 8 ur, pa se tekočina

ponovno začne vsrkavati nazaj v telo. Ker ima glukoza pomanjkljivosti, na primer obremenitev bolnika z glukozo, povišanje telesne teže, pri dolgotrajni uporabi so možne spremembe na peritonealni membrani ..., neradi predpisujemo močnejšo koncentracijo glukoze in bolnikom svetujemo, naj bodo raje nekoliko bolj pozorni pri uživanju tekočin. V razvojnih laboratorijih potekajo raziskave o novih osmotskih snoveh.

Raztopine, ki kot osmotsko snov ne vsebujejo glukoze in se pri nas in v svetu najpogosteje uporabljajo, so raztopine z dodatkom aminokislin (osnovnih gradbenih delov beljakovin) in raztopine z velikimi molekulami glukoze (glukoznimi polimeri).

Bolnik čez dan v pravilnem časovnem zaporedju uporablja različne vrste raztopin. S takšnim načinom uporabe raztopin upočasnjujemo napredovanje stranskih zapletov bolezni: zmanjšujemo obremenitev telesa z glukozo, optimiziramo tekočinsko ravnovesje v telesu, delno nadomestimo potrebe po beljakovinah, preprečujemo nastajanje prevelike količine maščob v krvi, znižujemo krvni tlak, izboljšujemo nadzor nad krvnim sladkorjem in ohranjamo preostalo delovanje ledvic.

Redna dostava materiala

Bolniki hodijo na mesečne preglede k svojemu nefrologu. Vsak mesec se s sestro dogovorijo o dostavi materiala za PD na dom. Sestra pošlje naročilo v podjetje Salus, ki je naš distributer na območju Slovenije. Tam pod strokovnim nadzorom v skladišču hranimo ves potrebni material za PD. Iz Salusa vsakega bolnika obvestijo o predvidenem datumu dostave materiala, v stanovanje ga brezplačno znosijo Salusovi vozniki. Na mesec bolnik porabi okoli 124 vrečk, kar znaša en prostorninski meter materiala, ki ga je treba shraniti v stanovanju. Material mora biti shranjen na sobni temperaturi, na suhem mestu in ne sme zmrzniti.

Dragica Mlinšek,
Baxter AG

Na dopust tudi s PD

Pri Baxterju prav tako pomagamo pri dostavi materiala v kraj dopusta ali potovanja. Prosimo, naj medicinska sestra iz bolnišnice najmanj dva meseca pred potovanjem pokliče Baxterjevo podružnico v Ljubljani, da se dogovorimo o administrativni pridobitvi dovoljenja v bolnišnici in da naročimo material v državi, kamor bi bolnik želel potovati. Bolnik s tem nima stroškov, saj se plačilo materiala ureja med bolnišnico in Baxterjevim centrom v Belgiji. Po želji bolniku priskrbimo tudi podatke o najbližjem centru za PD in odgovornih osebah za primer zapletov. Letos smo nekaterim bolnikom uspešno omogočili počitnice v tujini, veliko pa je tudi tujcev ali zdomcev, ki prihajajo v Slovenijo in jim prav tako dostavimo material v kraj bivanja.

Na prodaj aparat za peritonealno dializo!

Dializni aparat Baxter home choice, malo rabljen, prodam. Pisne ponudbe sprejemam na naslov **Stane Žmitek, Hudovernikova 13, Ljubljana**. Informacije tudi na telefonski številki **01 232 12 32**.

Prednosti in pomanjkljivosti peritonealne dialize v primerjavi s hemodializo

V zadnjem času ima večina bolnikov s končno ledvično odpovedjo v dializnih centrih možnost nadomestnega zdravljenja ne le s hemodializo (HD), ampak tudi s peritonealno dializo (PD). Izbira med obema možnostima je odvisna od številnih medicinskih in nemedicinskih dejavnikov. Vedno bolj pa poudarjamo, da se metodi dopolnjujeta.

Kakšne so torej prednosti oziroma slabosti peritonealne dialize? Številni raziskovalci so dokazali, da se ledvična funkcija po presaditvi ledvice bolje popravi, če so bili bolniki pred tem na PD v primerjavi s HD. Sprejeto je mnenje, da je PD boljše metoda nadomestnega zdravljenja prvih štiri do pet let. Po sedmih letih zdravljenja s PD ostanejo na tej vrsti dialize povprečno le še štirje odstotki bolnikov. Vzrok za to so peritonitisi, zmanjšana ultrafiltracija in izčrpanost bolnikov. Znano je, da je s PD težko dobro dializirati bolnike, ki ne izločajo več seča. Po drugi strani pa PD vzdržuje izločanje seča dlje kot HD.

Ustrezen žilni pristop je glavna težava bolnikov na HD. Če začnemo nadomestno zdravljenje s PD in nadaljujemo s presaditvijo, po odpovedi presajene ledvice žile ostanejo na voljo za HD, če je ta potrebna.

Bolniki s končno ledvično odpovedjo so bolj dovzetni za okužbo s hepatitisom B ali/in C. Pri bolnikih na PD je možnost okužbe manjša. Izgube krvi so pri bolnikih na HD večje in tudi zato je slabokrvnost pri bolnikih na PD manjša.

Pri starejših bolnikih se odločamo za PD, če imajo težave z nestabilnim krvnim tlakom in slabimi žilami. Pogosto pa je pri njih pri opravljanju PD potrebna pomoč družinskih članov. Pri otrocih, starih do 5 let, je PD metoda izbire.

PD bolnik izvaja doma. Zdravljenje nadzira sam in s tem ohrani neodvisnost. Med zdravljenjem se lahko prosto giblje. Ker dializa poteka neprekinjeno, so koncentracije snovi v telesu bolj konstantne in uravnotežene. Zaradi tega

se bolnik v glavnem dobro počuti, lahko normalno hodi v službo in na počitnice.

Pri PD so omejitve pri prehrani manj stroge kot pri HD. Bolniki običajno nimajo omejitev pri vnosu tekočin, ker se količina seča na začetku zdravljenja ne spremeni bistveno. Pomembno je, da pazijo na vnos fosfatov, kalij pa morajo pogosto bolniki na PD celo nadomeščati. Priporočamo varovalno dieto, da bolniki vzdržujejo primerno telesno težo in kondicijo. Zaradi sladkorja v dializni raztopini lahko bolnik pridobi telesno težo, obstajajo pa že raztopine, ki sladkorja ne vsebujejo.

Najpomembnejša slaba stran PD je peritonitis (vnetje peritonealne membrane). Preventivno mora zato bolnik, ki se zdravi s PD, zelo paziti na sterilnost. Osebe v centru za PD ga o tem pouči pred začetkom zdravljenja. Če do peritonitisa vseeno pride, ga zdravimo z antibiotiki, ki jih dajemo v trebušno votlino. Včasih se ob tem peritonealna membrana toliko poškoduje, da mora bolnik zamenjati način zdravljenja.

PD zahteva zelo skrbno sodelovanje bolnika. Dializno tekočino v trebušni votlini je treba menjati vsaj štirikrat na dan, kar vzame dve do tri ure časa na dan. Nekatere bolnike moti kateter v trebušni votlini, vendar se z malo spretnosti le-ta skrije in celo kopanje v morski vodi je po približno šestih mesecih dovoljeno.

Za sklep bi poudarila, da je PD ugodna za prvi način nadomestnega zdravljenja, saj ohranja izločanje seča, zagotavlja boljše zgodnje preživetje, manjšo nevarnost okužbe z virusom hepatitisa in boljši zgodnji izhod po presaditvi. Po približno petih letih se začno pojavljati zapleti, bolnik se lahko izčrpa, zato po tem času pričakujemo presaditev. Če pa za to obstajajo kontraindikacije, lahko bolnik nadaljuje s HD.

*doc. dr. Breda Pečovnik Balon, dr. med., svetnica
Splošna bolnišnica Maribor*

Izkušnje bolnikov

Uživam v plavanju in potapljanju

Januarja bo leto dni, odkar se zdravim s peritonealno dializo. Decembra lani so mi zdravniki v Kliničnem centru v Ljubljani povedali, da moje ledvice ne delujejo več tako, kot bi morale, zato bo potrebno zdravljenje z dializo. Sestra Nataša v CAPD-ju je moje domače in mene seznanila z možnostmi zdravljenja in nam predstavila prednosti in slabosti hemodialize in peritonealne dialize. Posvetovala sem se z domačimi. Svetovali so mi, naj se odločim za peritonealno dializo, kar sem tudi storila in moram priznati, da mi ni žal.

V začetku me je bilo zelo strah in roke so se mi tresle, ko sem se povezovala s katetrom, da se ne bi kje dotaknila in si tako nakopala težav. Vsak začetek je težak, vendar se z voljo in znanjem vse težave premagajo. Danes ugotavljam, da je bila moja odločitev pravilna, izbrala sem

pravi način zdravljenja. Od nikogar nisem odvisna, prosti čas si sama porazdelim. Trikrat na dan si rezerviram pol ure časa, da si opravim menjavo, potem pa spet lahko počnem, kar me je volja. Opravljam vsa gospodinjstva, hodim v službo, planinarim, letos smo bili dvakrat tudi na morju na Pagu, kjer sem uživala v plavanju in potapljanju. Tudi glede hrane in pijače za zdaj nimam nobenih omejitev. Upoštevam navodila zdravnikov in medicinskih sester, ki so mi vedno na voljo. Doslej nisem imela nobenih težav s samim načinom zdravljenja in potekom peritonealne dialize. Zelo rada pa bi smučala, rolala in drsala na ledu, a si tega zaradi nevarnosti padca ne upam privoščiti.

Za vse to se moram zahvaliti tudi domačim in moji mami, ki mi stojijo ob strani ter mi pomagajo pri dializi in drugih opravilih.

Irena Spitzer

Ohranila sem normalno življenje

»Ja, gospa, za nekaj se boste morali odločiti, ali za hemodializo ali za peritonealno dializo. Mlajši se ponavadi odločajo za peritonealno,« reče mlada koordinatorica transplantacijskega programa na Nacionalnem inštitutu za zdravje v Washingtonu, ko ji je postalo jasno, da ne bom ena od poskusnih zajčkov, na katerih v tej vrhunski ameriški raziskovalni ustanovi preizkušajo nove imunosupresivne protokole pri presaditvi ledvic. Pogledala sem jo z grozo v očeh: kako mi sploh lahko reče kaj tako absurdnega? Me prav zanima, ali bi ona pristala na kaj tako nesprejemljivega, kot je cevka iz trebuha!?

To je bilo moje prvo zaresno srečanje s peritonealno dializo. Seveda sem že prej, ko sem še obiskovala nefrološko ambulanto na Polikliniki v Ljubljani, opazila plakate, ki so pojasnjevali, za kaj gre, a sem se v grozi pred dializo vedno potrudila, da sem jih spregledala. Ko sem se potem čez pol leta po opisanem dogodku vrnila iz ZDA, sem zaradi stanja svojih ledvic vendarle morala razmisliti, kakšno dializo bom izbrala. Odločitev je postala dokončna, ko me je sestra Mirjana peljala na ogled hemodializnega centra. Vsi tisti stroji, cevke s krvjo, na stroje priklenjeni ljudje so me navdali z grozo, zlomilo pa me je, ko sem videla še bule na rokah bolnikov. »Vse drugo, samo hemodialize ne!« sem sklenila. Če te čustvene vidike pustim ob strani, so k moji odločitvi seveda pripomogli tudi racionalni razlogi: ker živim zelo aktivno, sem želela obliko zdravljenja, ki bo čim manj posegala v moj življenjski slog, in hemodializa bi moje življenje popolnoma porušila. Sem tudi zelo samostojna, zato mi je bila veliko ljubša misel, da sama skrbim za svoje življenje, kot pa da postanem podaljšek stroja in odvisna od drugih ljudi. Ne nazadnje me ni tudi prav nič mikalo, da bi trikrat na teden srečevala zdravnike, sestre in bolnike.

Tako je peritonealna dializa pri 33-letih, kot sem bila takrat

stara, postala del mojega življenja. In natančno tako sem jo tudi sprejela: kot še en opravke, ki ga moram postoriti v svojem dnevnem ritmu. Še naprej sem delala polni delovni čas, saj nisem hotela niti slišati, da bi se polovično upokojila. Prvo menjavo sem opravila zjutraj doma, drugo opoldne v službi, tretjo večinoma doma ali pa v službi in četrto zvečer doma. Vmes pač kaj sedečega počneš, zato to ni proč vržen čas, kot je zame čas na hemodializi. Pri hrani in pijači tako rekoč nisem imela omejitev, kot prej sem redno kolesarila in igrala tenis. V življenje pa sem morala vnesti malo več reda in sistematičnosti, saj sem morala upoštevati, da se moram še zdializirati, preden sem na primer zvečer hotela ven. Nasploh se ta dializa lepo vključuje v dnevno rutino, malo več prilagoditev je treba le, če pride do sprememb rutine, ko na primer kam odpotujete ali kaj podobnega. Tudi sam postopek opravljanja menjav je kmalu postal rutina, pa še s hranjenjem materiala nisem imela težav, čeprav imam majhno stanovanje. Edina težava je bila, da se mi je kateter precej premikal po trebušni votlini, zato sem včasih zaradi njegove neugodne lege porabila več časa kot sicer, da je tekočina iztekla iz telesa. Upoštevati je še treba, da je na potovanje vedno treba vzeti več škatel prtljage. No, in ko sem tako po nekaj mesecih dialize začela razmišljati, da je spet čas, da si privoščim kako daljše potovanje, in kako to izvesti, sem dobila tisti tako želeni telefonski klic in poklicali so me na transplantacijo.

Naj sklenem: kakor se mi je peritonealna dializa nekoč zdela nesprejemljiva, tako lahko danes povem, da mi je ta način zdravljenja v veliki psihični stiski, v kateri sem se znašla ob odpovedi ledvic, ponudil možnost ohraniti normalno življenje in mi s tem pomagal, da sem lažje sprejela svojo novo življenjsko danost in dejstvo, da sem postala dializni bolnik. Zato sem začudena, da se za to možnost zdravljenja ne odloči več bolnikov.

Mojca Lorenčič

Je res že minilo devet let?

Bilo je pred devetimi leti, ko sem se po večletnem zdravljenju ledvic znašla pred dejstvom: dializa. V šoku, ki je sledil, sem se spraševala, zakaj ravno jaz?! O dializi nisem vedela skoraj nič in po hodniku mimo dializnega oddelka sem hodila z zaprtimi očmi, saj si nisem upala niti pogledati vseh tistih aparatov z bolniki. Strah pa se mi je še povečal, ko mi je zdravnica predlagala peritonealno dializo. Vedno sem bila prepričana, da je to povezano s krvjo, vendar mi je razložila, kako postopek poteka. Ena izmed medicinskih sester mi je podrobno razložila tudi ves postopek te dialize; jaz, še vedno v šoku, sem jo poslušala le napol, razumela pa nič.

Končno sem dojela in spoznala, da dializa pomeni življenje. In tako se je začelo. Še vedno me je spremljal strah. Bom ves postopek obvladala? Vse se je zelo hitro odvijalo. Najprej je bila na vrsti operacija, s katero so mi v trebušno votlino vstavili kateter, ki je potreben pri peritonealni dializi. Potem so me poučili, kako se menjava tekočina, s pomočjo katere poteka dializa. Pri učenju je bila prisotna tudi hčerka, da bi mi bila v pomoč, če bi jaz kaj pozabila.

Ko sem obvladala celoten postopek dialize, so me odpustili iz bolnišnice. Tokrat sem bila brez strahu, kajti znala sem. Prijazni fantje iz podjetja Salus so mi na dom pripeljali potrebni dializni material. Na novomeški dializi pa sem dobila vse preostale pripomočke, kot so razkužila, mila, zloženčki ... Tako opremljena sem začela opravljati dializo. Na začetku sem opravila tri menjave na dan, kasneje pa sem prešla na štiri menjave na dan. Vsaka menjava traja približno 20 minut in poteka brez bolečin. Dializno tekočino imam ves čas v trebuhu, vendar me to ne moti. Vsak dan moram opraviti tudi toaleta izstopišča. S peritonealno dializo nisem preobremenjena, lahko hodim na izlete ali potujem, saj vse potrebno za dializo vzamem s seboj. Še vedno opravljam gospodinjska dela, rada gobarim, se sprehajam, pa tudi dieta ni zelo stroga in si lahko marsikaj privoščim.

Je res minilo že devet let? Nikoli mi ni bilo žal za svojo odločitev. Še preden sem oddala ta zapis, pa me je doletela sprememba in zdaj obiskujem hemodializo novomeškega dializnega oddelka. A o tem kdaj drugič!

Marija Kafol

Življenje s peritonealno dializo

Ko mi je nefrolog povedal, da moram začeti opravljati dializo, mi je razložil, da sem primerna tudi za peritonealno dializo, in me napotil v Klinični center na Oddelek peritonealne dialize. Tam so mi predstavili delovanje hemodialize in peritonealne dialize ter življenje z eno ali drugo.

Po predstavitvi sem se brez daljšega razmišljanja odločila za peritonealno dializo in nikoli mi ni bilo žal. Pri odločitvi zanj so prevladali naslednji razlogi:

1. Popolna neodvisnost od dializnega centra v bolnišnici, tja je treba oditi le enkrat na mesec na kontrolo.
2. Popolna mobilnost, kar omogoča potovanja in počitnice, seveda pa z malo več prtljage.
3. Omejitve pri hrani in pijači niso tako stroge kot pri hemodializi.
4. Nobenega zbadanja, razen ko si je treba dati eritropoetin.
5. Za dostavo vsega potrebnega materiala skrbi Oddelek za peritonealno dializo.

Dializirati sem se začela decembra 1998, in sicer z ročnimi menjavami dializne raztopine na šest ur. Zaradi narave dela v službi sem na opoldansko menjavo šla na Oddelek peritonealne dialize. Po začetku dialize sem namreč skoraj tri leta hodila v službo, in sicer po štiri ure. Ročne menjave so bile obremenjujoče, zato sem začela razmišljati o nakupu aparata (home choice), s katerim se bolnik dializira med spanjem. Zdravstveno zavarovanje žal ne krije stroškov za nakup tega dragega aparata, a so mi pomoč ponudili v Novi Ljubljanski banki, kjer sem bila zaposlena, in mi ga kupili. Dializa z aparatom je zame pomenila še boljšo kakovost življenja. Ponoči sem se priključila za osem ur, podnevi sem opravila eno ročno menjavo, ves preostali čas pa sem bila prosta in sem aktivno živela. Lahko sem se ukvarjala z vsemi svojimi konjički.

Počutila sem se odlično, nobenih težav nisem imela, ob ročni menjavi sem lahko brala, delala ročna dela, gledala televizijo. Edina težava je bila letos v januarju, ko sem imela lažjo obliko peritonitisa (vnetje trebušne mrene). Zdravila sem se doma, torej ambulantno, in si sama po navodilih zdravnika dajala injekcije antibiotika v vrečke z dializno tekočino. V nekaj dneh je bila težava popolnoma odpravljena.

»Obremenjujoče« pri tej dializi pa je za marsikoga naslednje:

1. Popolna skrb za samega sebe, pri čemer je potrebna natančnost, zlasti kar zadeva higieno (razkuževanje rok, delo z masko), kar sploh ni težko, ker so me na oddelku vse naučili, in tudi časa to ne vzame veliko.
2. Vsak večer samostojno priklapljanje na aparat, pri čemer je tudi potrebna pazljivost.
3. Nekoliko moteno spanje, ker aparat brni, ko prehaja iz ene faze v drugo. Ščasoma sem se navadila in me to ni več motilo.
4. Samostojno injiciranje eritropoetina, kar je zelo enostavno.
5. Nekoliko dela z odpadnimi vrečkami in skatлами, vendar sta mi pri tem pomagala sin in hči, kar jima ni povzročalo nobenih težav. Pomagala sta mi tudi pri pakiranju in prevozu materiala, če sem se odpravila na počitnice.

Po mojih izkušnjah je ta dializa zelo humana in z mojega stališča je slaba stran samo ta, da ne traja neomejeno dolgo, kot je to lahko pri hemodializi. Po nekaj letih namreč trebušna mrena (peritonej), ki opravlja funkcijo filtra, oslabi in je treba preiti na hemodializo, če nam prej ne presadijo nove ledvice. Jaz sem novo ledvico dočkala oktobra letos, po petih letih peritonealne dialize. Če bi bilo treba, bi se za to dializo ponovno odločila.

Olga Zorman

Na peritonealni dializi sem bil svobodnejši

Pri 29 letih me je življenjska pot pripeljala v globoko brezno, iz katerega ker nekaj časa nisem videl izhoda. Predal sem se črnim mislim: kaj mi sploh še ostane od življenja? Kaj bo z mojo družino, ženo, otrokoma, hišo, v katero smo se pred dobrim letom dni vselili? A nad usodo nisem obupal, tudi življenje z dializo mora teči naprej! Kakšno naj bo to življenje, pa je bilo v mojih rokah.

Volja do življenja me je vodila naprej. Odločitev med HD ali CAPD ni bila lahka. Ko sem se srečeval z ljudmi, ki so že bili na dializi, sem jih nenehno spraševal po izkušnjah in poslušal njihove zgodbe. Na srečo mi je ob strani stalo medicinsko osebje, ki mi je glede na mojo telesno in življenjsko aktivnost znalo svetovati. Največ o PD pa sem izvedel od bolnika, s katerim sva skupaj preležala nekaj bolnišničnih dni. Po stoterih vprašanjih, ki so se mi porajala v glavi, sem bil prepričan, da je PD tista dializa, ki mi bo dopustila še največ svobode.

Kreatinin je naraščal in prišel je čas za vstavev katetra. Po manjših začetnih težavah so se začele vrstiti menjave, sprva tri menjave na dan, nato z leti do šest menjav na dan. Potem sem prešel na aparat home choice, s katerim sem se dializiral ponoči, čez dan pa sem opravil eno ročno menjavo. Kljub temu sem našel čas za dejavnosti, ki sem jih počel že pred dializo. Kajti zavedal sem se, da je dobra kondicija pomembna za dobro zdravljenje.

PD mi je dopuščala večjo svobodo, razpolaganje s prostim časom, omogočila pa mi je tudi, da sem hodil na dopust. Glede na svoje zdravstveno stanje sem na morju ali v hribih preživel celo po več tednov, odpravil sem se tudi na smučanje. Nekaj težav sem imel le s prevozom dializne tekočine, saj smo bili v avtomobilu obloženi z vseh strani. Imel sem manj omejitev pri dieti in vnosu tekočin. Zaradi stalnega izločanja strupov in vode iz telesa je bilo moje stanje bolj uravnovešeno. Takšno stanje mi je dopuščalo redno štiriurno zaposlitev. Kontrole pri zdravniku so bile mesečne, pa še zbadanja v fistulo nisem potreboval. Pri PD ni bilo krčev, slabega počutja in nerveze, ki sem jo občutil na HD, ko sem moral na nekaj dializ zaradi popkovne kile.

Je pa bila velika odgovornost na meni, kajti pri menjavah in čiščenju izstopišča katetra sta bili potrebni skrbna nega in higiena. Skrb za nego izstopišča je sicer prevzela moja žena. Tudi otroka sta se dobro vklopila, saj sta skrbno pazila na moje zdravje in pridno natikala maske in razkuževala roke. Brez povezave in podpore družine, ki mi je stala ob strani in me bodrila v težkih trenutkih, si ne predstavljam dialize doma. Tako je z dializo živela vsa družina.

Med zdravljenjem s PD sem opravil preglede in teste za presaditev ledvice, ki sem jo po dobrih štirih letih dialize tudi dobil. Življenje je zame sedaj še dragocenejše. Veselim se vsakega novega dne.

Jozko Šimič

Piše: Jože Lavrinec, dietetik

Zdrava prehrana in peritonealna dializa

Prehranska načela, ki jih morajo upoštevati bolniki na peritonealni dializi, so enostavna samo na videz. To bolniki velikokrat pozabljajo, žal pa to pozablja tudi zdravstveno osebje.

Kar se izbora hrane tiče, so bolniki, ki se zdravijo s peritonealno dializo, pravi pravcati kralji. Njim je dovoljeno zaužiti veliko takšnih živil, ki bi za bolnika s hemodializo pomenile velik prehranski prekršek, pa tudi veliko težav. Toda prehranska načela, ki jih morajo upoštevati bolniki na peritonealni dializi, so enostavna samo na videz. To bolniki velikokrat pozabljajo, žal pa to pozablja tudi zdravstveno osebje.

Pravilno prehrano bolnika, ki se zdravi s peritonealno dializo, se da brez večjih težav opisati z nekaj besedami. Če bi jo opisali z »nekoliko manj kalorična hrana, bogata z beljakovinami, revna s fosfati, s povsem individualno določeno količino soli, kalija in tekočine«, potem bi povedali vse! A je takšen opis, čeprav povsem pravilen, rahlo ciničen. Z njegovo pomočjo je namreč le malo ljudi sposobnih pripraviti dober in pravilno sestavljen obrok.

Zato pravim, da so napotki o pravilni prehrani bolnikov, ki se zdravijo s PD, samo na videz enostavni. V bistvu so zahtevni in praviloma prilagojeni posamezniku. V svoji navidezni preprostosti skrivajo veliko pasti in dodatnih vprašanj.

Sladkor in sladkorna živila

Živilo	Količina	Količina OH / Kcal
Sladkor	2 čajni žlički	10 g / 40 kcal
Kokakola, kokta, oranžada	1 dcl	10 g / 40 kcal
Marmelada	1 žlica = 15 g	10 g / 40 kcal
Sadni sok	1 dcl	10 g / 40 kcal
Med	2 čajni žlički = 12g	10 g / 40 kcal
Trdi bombon	2 kom	10 g / 40 kcal
Keksi s sladkorjem	2 kom	10 g / 40 kcal

Pravilna prehrana bolnika na peritonealni dializi ima več nalog. Z njo poskušamo preprečiti nastanek debelosti, hiperglikemije (povišanih vrednosti krvnega sladkorja), hiperlipidemije (povišanih vrednosti serumskih maščob), hipoproteinemije (prenizkih vrednosti serumskih beljakovin) in hiperfosfatemije (povišane vrednosti serumskih fosfatov).

Preprečevanje debelosti, hiperglikemije in hiperlipidemije

Pridobivanje telesne teže je lahko velika težava za nekatere bolnike. Pojavlja se najpogosteje v prvih dveh letih zdravljenja s PD. Razlog je preprost: dializna tekočina, ki si jo mora bolnik neprestano menjavati, vsebuje sladkor. Del tega sladkorja se vsrka v telo in izkoristi. Računamo, da bolnik iz dializne tekočine lahko pridobi od 100 do 300 g sladkorja. Količina sladkorja je odvisna od vrste tekočine in števila menjav in prinaša od 400 do 1200 kcal dodatne energije na dan. To ne bi bilo nič tragičnega, če ne bi povzročilo porasta telesne teže za 1,7 kg ali več. Vsrkavanje sladkorja iz dializne tekočine je istočasno lahko razlog za nastanek hiperglikemije in hiperlipidemije.

Da bi te neželene zaplete preprečili, omejimo uživanje visoko energetskih živil, kot so sladkor (beli in rjavi), med, bomboni, navadna marmelada, običajne sladice in sladkani napitki. Tudi sladkor za slajenje domačih toplih ali hladnih napitkov odsvetujemo.

Pogosto je treba omejiti količino škrobnatih živil. To pomeni, da v vsakodnevni prehrani nekoliko zmanjšamo količino testenin, riža, kruha in krompirja. Kakšna je omejitev omenjenih živil, je odvisno od posameznika. Zato vam bodo prave napotke dale medicinske sestre in zdravnik.

Humanejši način dializiranja

Pred leti, ko sem izvedela, da moram na dializo, sem bila že v osnovi prepričana, da bo to le hemodializa. Čeprav je bila takrat na voljo tudi peritonealna dializa, je bila moja odločitev neomajna. Tako sem bila prepričana vseh pet let, kar sem hodila na hemodializo. Seveda sem poznala tudi bolnike s peritonealno dializo, a se me stvar sploh ni dotaknila, dokler nisem spoznala prijateljice Olge. Obisk na njenem domu me je spodbudil k razmišljanju in primerjanju ene in druge dialize.

Peritonealno dializo sem začela opazovati z bolj realnimi očmi: kako poteka, kaj vse potrebuješ, koliko materiala je treba skladiščiti doma, kaj lahko tak bolnik je, pije, kako je videti, kako se počuti itd. Takoj sem ji rekla: »Ej, draga moja, to je veliko bolj humana stvar kot hemodializa.« Najbolj me je zanimal režim prehrane, ki je bistveno drugačen kot pri hemodializi, in seveda počutje oziroma nihanje počutja. Najin skupni dopust v Kranjski Gori je bil zame še večja izkušnja. Poln prtljajnik in zadnji sedež

materiala sva peljali s sabo in kar dobro sva se znašli, kar zadeva natovarjanje in iztovarjanje. Natovorili so naju drugi, iztovorili pa sva vsak dan nekaj, tako da je bil avto vsak dan bolj prazen. Olga je imela tudi aparat, tako da se je avtomatizirano dializirala ponoči. Prav zanimivo je bilo prehranjevanje. Jedli sva skoraj enako, čeprav sem sama transplantirana. Sploh pomisliti ne smem, kako sem prvi dan kupila grozdje in sva se z njim skupaj basali! Olga je namreč imela premalo kalija, podobno kot jaz, in sta bila sadje in zelenjava vedno dobrodošla. Celo čaj sva skupaj srkali. In prav nič slabše se ni počutila po opravljeni dializi, saj sva potem vedno šli na potep po bližnji in daljni okolici. Kar verjeti nisem mogla, da je tako.

Moji prijateljici Olgi je v tem času neznani darovalec podaril novo ledvičko, zato ji želim čimprej okrevanje, da se bova lahko spet kmalu odpravili na potepanje!

Zdravka Žižič

Nadaljevanje na naslednji strani

Omenjena živila vsebujejo zelo veliko ogljikovih hidratov in energije, zato so zelo primerna za bogatenje prehrane. Bolniki, ki se zdravijo s PD, pa naj se jim raje izogibajo. Veliko boljše izbire so: umetna sladila, izdelki, slajeni z umetnimi sladili, nesladkani napitki, keksi brez sladkorja in žvečilni gumi brez sladkorja.

Tudi pri uživanju mastnih jedi je potrebna previdnost!

Mastne jedi so praviloma okusne in vseč veliki večini. In resnično je maščoba tista, ki jedem zagotavlja dober okus in povrh še nasiti. Hkrati je maščoba odlično energetsko hranilo, 1 g maščobe zagotovi kar 9 kcal. Zato maščobe ne moremo in ne smemo nenadzorovano omejevali, je pa koristno nameniti uživanju maščobe in mastnih jedi nekaj več pozornosti. S pravo količino in pravilno izbiro maščob si praviloma lahko vsak zagotovi nekaj manj energije in tudi nekoliko lepše vrednosti serumskih maščob.

Za omejevanje količine maščob v prehrani niso potrebni drastični ukrepi. Najbolje se obnese skrbno, a povsem preprosto načrtovanje vsakodnevne prehrane. Žal to le malokdo izvaja. Na splošno pa velja:

- Omejimo količino maščob, ki jih potrebujemo za pripravo in zabeljanje jedi. Maščobo, ki jo potrebujemo za pripravljanje jedi ali zabeljanje, tehtamo ali merimo z domačimi merami. Nikoli je ne nalivamo v ponev kar tako, približno. Zelo priročna merica je čajna žlička, s katero lahko odmerimo približno 5 g olja ali 6 g margarine. Ta količina zadostuje za beljenje 1 porcije večine jedi. Cvrenje živil je za večino ljudi sicer okusen, a zelo nezdrav način priprave. Med cvrenjem živilo dobesedno vsrka nekaj maščobe. Takšno živilo nam zagotovi precej odvečne energije. Če že, naj bodo ocvrta živila le občasno na jedilniku.
- Namesto mastnih živil rajši posegamo po pustih in nemastnih živilih. Maščobo obrežemo že pred pripravo mesa. Nasploh vedno priporočamo izbiro pustih ali manj mastnih kosov mesa. Posebno vprašanje predstavljajo mesni izdelki. Ti so običajno zelo mastni, slani in nekateri vsebujejo veliko fosfatov. Pri tem velja, da so za občasne izlete bolj primerni manj mastni izdelki z oznako »Za srce«. Kar se tiče mlečnih izdelkov, velja previdnost – zaradi bogastva fosfatov je primerna le manjša količina manj mastnih izdelkov.
- Poleg tega pa poskušamo zaužiti čim manj trdih maščob

živalskega izvora. Takšne maščobe so v loju, masti, slanini, zaseki, ocvirkih, maslu in smetani, mastnem mesu ter v vseh mastnih mlečnih in mesnih izdelkih. Ta maščoba je energetsko enako bogata kakor rastlinska olja ali margarine, vendar pospešuje aterosklerotične procese. Zato velja priporočilo: zmerna količina kvalitetnih rastlinskih olj je najboljša.

Pred fosfati se ledvični bolnik ne more skriti!

Fosfati so večna težava. Raziskave prehranskih navad nam kažejo, da zdravi ljudje zaužijejo dva- do trikrat več fosforja, kot je potrebno. Jasno je, da zdrave ledvice ta presežek sorazmerno lahko uredijo in težav večinoma ni. Čim je ledvična funkcija motena, pa se težave kopičijo druga za drugo. Fosfor, ki se kopiči v krvi, povzroča transport kalcija iz kosti – le-te postajajo vedno bolj krhke. Nič kaj ugodno stanje! Bolniki, ki se zdravijo s PD, niso v ničemer prikrajšani. Težave s povišanimi vrednostmi serumskih fosfatov so jim dobro znane. Ostajata jim samo pravilno uživanje fosfatnih vezalcev in neprestana pozornost na količino fosfatov v zaužiti hrani.

Kaj pa svoboščine?

Tudi te so! Številni bolniki, ki se zdravijo s PD, ne poznajo težav s kalijem. Jasno, da potem nimajo ovir pri uživanju sadja in zelenjave, zato je prehrana veliko bolj sproščena in vsakdanja. Seveda so med njimi izjeme, ki morajo občasno tudi omejevati uživanje s kalijem bogatih živil. Na drugi strani pa poznamo primere, ko je uživanje takšnih živil celo zaželeno. V takšnem primeru je prehranjevanje za ledvičnega bolnika nekoliko nenavadno, saj svetujemo tisto, na kar večina bolnikov niti pomisliti ne sme. Tako ti bolniki lahko zaužijejo več suhega sadja, banan, krompirja, paradižnika.

Tudi omejitev tekočine je bolj blaga ali pa je tako rekoč ni. Ker je omejevanje tekočine odvisno od številnih dejavnikov, je potreben pogovor z zdravnikom ali medicinsko sestro. Nekaj podobnega velja še za omejevanje soli oz. natrija.

Smo na kaj pozabili?

Beljakovine so hranilo, ki ga ta skupina bolnikov potrebuje nekoliko več. Izguba beljakovin z dializno tekočino je nekoliko večja. Ker beljakovine v našem telesu skrbijo za rast in obnovo celic (so gradnik telesa), so sestavni del hormonov, encimov in omogočajo številne procese, so zelo pomemben del naše prehrane. Po drugi strani so vsa beljakovinska živila bogata tudi s fosfati. Tako nastaja večna dilema: kaj pojesti, da si bo bolnik zagotovil dovolj beljakovin in istočasno ne bo preobremenil svojega organizma s fosfati? Za dober kompromis, ki zadovolji obe zahtevi, potrebujemo obilo spretnosti in načrtovanja. Dobri viri beljakovin so tisti, s katerimi zagotovimo veliko beljakovin in čim manj fosfatov. To so:

- pusto meso (bravina, govedina, svinjina, kunec, žrebiček, perutnina),
- ribe, ki jih uživamo brez kosti,
- jajčni beljak
- in z nekaj previdnosti tudi skuta.

Bolezen ne odpušča!

Ne glede na to, da je prehrana bolnika, ki se zdravi s PD, veliko bolj raznolika in manj stroga kakor prehrana bolnika, ki se zdravi s hemodializo, nas to ne sme zavesti. Da lahko zadostimo vsem zahtevam, je resnično potrebno skrbno načrtovanje vsakodnevne prehrane. Občasni manjši prehranski prekrški niso zaželeni, vendar jih do neke mere lahko toleriramo. Stalna nepravilna prehrana pa vodi v različne težave. Te puščajo težke posledice na organizmu, kvaliteta življenja se slabša, zdravja je vedno manj. In tako je tudi v tem primeru pravilna prehrana pomemben del zdravljenja!

Generiki – cenene kopije ali kakovostna zdravila?

Z uvedbo sistema zamenjave zdravil v sedanji obliki in obsegu bolniki nismo bolj ogroženi in tudi kakovost zdravljenja z zdravili ne bo padla

Od prvega novembra Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije za nekatera izbrana zdravila krije le vnaprej določeno najvišjo vrednost. To v praksi pomeni, da v lekarni iz skupine zamenljivih zdravil različnih proizvajalcev dobimo brez doplačila zdravila, ki ne presežejo določene vrednosti. To velja samo za tista zdravila, ki so na seznamu medsebojno zamenljivih zdravil, kot ga je pripravil Urad Republike Slovenije za zdravila. Vsa zdravila, ki jih ni na tem seznamu, se predpisujejo in izdajajo enako kot doslej. Seznam bodo obnavljali dvakrat na leto in si ga lahko ogledamo na internetni strani <http://users.volja.net/primozis/>, kjer so poleg njega zbrana pojasnila Urada RS za zdravila, namenjena širši javnosti.

V zadnjih mesecih je bilo v medijih veliko razprav na to temo. Predvsem med bolniki je bilo zaznati mnogo neodobravanja in strahu zaradi uvedbe novega sistema. Velikokrat smo lahko slišali ali prebrali njihove obtožbe, da je zaradi zamenjave boljših originalnih zdravil s cenejšimi in slabšimi generičnimi zdravili ogroženo zdravje bolnikov. Največkrat je glavni argument, da cenejše zdravilo pač ne more biti enako dobro kot tisto dražje. Nekje mora torej proizvajalec generičnih zdravil privarčevati. Sledi sklepanje, da mora biti zato generično zdravilo slabše kakovosti, s slabšimi pomožnimi snovmi in manj učinkovito. Vendar ni tako. V nadaljevanju bom pojasnil, zakaj je lahko generično zdravilo cenejše od originatorjevega, čeprav ne zaostaja v kakovosti in učinkovitosti.

Kaj sploh je zdravilo?

Zdravilo je sestavljeno iz zdravilne učinkovine, ki je aktivna snov, in pomožnih snovi. Zdravilna učinkovina vpliva na biološke procese v človekovem organizmu. Odgovorna je za zdravilne kot tudi za stranske učinke

V Sloveniji ni cenениh kopij ali ponaredkov zdravil

Pomembno je, da kakovost zdravil preverjajo odgovorne ustanove, kot sta Urad za zdravila in Zavod za farmacijo in za preizkušanje zdravil Ljubljana. V primeru, da odkrijejo neprimerno zdravilo, originalno ali generično, ga umaknejo iz lekarn. Nadzor se izvaja redno. Je tudi zagotovilo, da v Sloveniji ni nikakršnih »cenениh kopij oz. ponaredkov«. Vsekakor takšen izraz ni primeren za generično zdravilo, ki ima vsa potrebna zagotovila o kakovosti in je bilo izdelano po vseh predpisih, ki se jih morajo vsi proizvajalci zdravil, tako generičnih kot originatorskih, strogo držati, kar nadzorujejo tudi zunanje inšpekcije. Kot žalostno zanimivost naj dodam, da se v Afriki porabi približno polovica ponaredkov zdravil, a s tem niso mišljena generična zdravila. To so resnični ponaredki zdravil, ki samo oponašajo zunanost zdravil pravih proizvajalcev, originatorjev ali generikov. Večinoma pa to sploh niso zdravila, ampak bonboni v obliki tablet.

zdravila. Pomožne snovi nimajo bioloških učinkov in omogočajo izdelavo zdravila s točno določeno količino učinkovine v primerni obliki, kot so na primer tablete ali kapsule. Naj navedem kot primer tablete aspirin 500! Ena tableta vsebuje točno 500 mg zdravilne učinkovine, ki je acetilsalicilna kislina. Ta deluje protibolečinsko. Dodane so neaktivne pomožne snovi (škrob, celuloza), te omogočajo izdelavo tablet in nimajo učinka.

Farmacevtskemu podjetju, ki odkrije novo zdravilo, pravimo originator. V razvoj novega zdravila vloži ogromno znanja, časa in denarja. Preden dá zdravilo na trg, mora dokazati njegovo učinkovitost in varnost tudi s kliničnimi študijami. Na velikem številu ljudi mora potrditi, da ima nanovo odkrito zdravilo zdravilne učinke in obenem nima hujših stranskih učinkov. Klinične študije so izjemno drage. Celotni strošek za odkritje in razvoj novega zdravila se sedaj vrti okoli milijarde dolarjev. Zdravilo oziroma natančneje zdravilno učinkovino v zdravilu ob odkritju originator patentira in si s tem zagotovi določeno obdobje, ko lahko edino on proizvaja zdravilo, ki ga je odkril. Zdravilu takšnega proizvajalca pravimo originalno oz. originatorsko zdravilo.

Generično zdravilo je cenejše

Generično farmacevtsko podjetje po poteku patentne zaščite lahko uporabi velik del originatorjevih spoznanj in ugotovitev o zdravilu oziroma zdravilni učinkovini za razvoj in izdelavo generičnega zdravila. Generično zdravilo je torej lahko cenejše, ker generično farmacevtsko podjetje za izdelavo zdravila uporabi že znano in preizkušeno zdravilno učinkovino, medtem ko je originator za njen razvoj porabil na stotine milijonov dolarjev. Vzrok za nižjo ceno generičnih zdravil torej ni njihova slabša kakovost. Proizvajalec generičnih zdravil mora tudi dokazati, da je njegovo zdravilo enakovredno originalnemu in bosta tako učinkovitost in varnost obeh zdravil enaki.

Ob vsej gonji proti generičnim zdravilom pozabljamo, da smo že pred tem ukrepom, katerega namen je predvsem znižati izjemno visoke stroške za zdravila, jemali tako originatorska kot generična zdravila. Že pred uvedbo sistema za zamenjavo zdravil je bilo v Sloveniji predpisano večje število generičnih kot originalnih zdravil. Naj naštejemo samo nekaj generičnih zdravil, ki jih jemljejo nekateri bolniki z ledvičnim obolenjem ali presajeno ledvico: zdravila za zniževanje tlak, kot so na primer olivin, enap, amlopin, cordipin, aldizem, diuretika edemid in moduretic ter še veliko drugih. Naj dodam še to, da bomo za preprečevanje zavrnitve presajene ledvice še naprej prejeli ista zdravila. Sandimmun neoral, medrol, cellcept, prograf in imuran se namreč ne zamenjujejo in tudi nimajo svoje generične zamenjave.

Najpomembnejše: varnost bolnikov

Pri oblikovanju seznama med seboj zamenljivih zdravil ni bilo edino vodilo cena zdravil, ampak predvsem varnost bolnikov. Zdravila z nekaterimi specifičnimi lastnostmi se ne

zamenjujejo. Katera so ta zdravila, določi stroka in ne zavarovalnica na osnovi cen. Izključene so nekatere specifične skupine zdravil: antikonvulzivi (sredstva za zdravljenje in preprečevanje krčev npr. za zdravljenje epilepsije), antiaritmiki (za zdravljenje motenj srčnega ritma), citostatiki (zdravljenje raka, avtoimunih bolezni), nekateri psihofarmaki (zdravila, ki se uporabljajo ob psihičnih motnjah). V seznam medsebojno zamenljivih zdravil tudi niso vključena zdravila, ki se jih daje v žilo, mišico ali pod kožo. Na seznamu medsebojno zamenljivih zdravil je poleg generičnih zdravil kar nekaj originalnih zdravil, katerih cena ne presega določene meje.

Piše: Bernarda Logar, univ. dipl. psihologinja

Strah in tesnoba

Če začneta strah ali tesnoba obvladovati naše življenje, namesto da bi mi obvladovali njiju, je čas, da poiščemo pomoč.

Matej Seliškar, mag. farm.



Strah, tesnoba, zaskrbljenost, napetost, živčnost, nervoznost – vse to so izrazi, s katerimi lahko bolniki v nekaterih obdobjih zdravljenja opisujejo svoje počutje. Strah in tesnoba sta pogosta spremljevalca telesnih bolezni, sploh kadar so te kronične in imajo nepredvidljiv potek. Največkrat ju imamo za normalen odziv na bolezen, ki pa bi moral sčasoma postati obvladljiv. Strah je namreč naraven odgovor na nevarnost in ima v našem življenju zaščitno funkcijo. V situacijah, ko nam grozi nevarnost, se moramo odzvati (se borovati ali zbežati) ter se tako zaščititi.

Vendar se za napetostjo, o kateri poročajo ledvični bolniki, včasih skrivajo dejanski, jasni vzroki, še večkrat pa zunanega vzroka zanje ne najdemo. V prvem primeru govorimo o strahu (npr. pred zbadanjem pri dializi, pred neprijetnimi pregledi), v drugem pa o tesnobi.

Poleg občutka zaskrbljenosti spremljajo strah in tesnobo še številni drugi znaki. V telesnem počutju se pojavljajo mišična napetost, tresenje, pospešen utrip, plitvo dihanje, bolečine v prsih, cmok v grlu, suha usta, slabost, omotičnost, potenje, občutek izgube nadzora nad sabo. V takem stanju ljudje težje razmišljamo, naša pozornost je slabša in smo pri delu bolj raztreseni. Ker so telesni simptomi tesnobe lahko izredno močni, jih bolniki doživijo kot nov vir nevarnosti (ustrašijo se za svoje zdravje), kar tesnobo vzdržuje ali celo poveča. Skrajna oblika tesnobe je panični napad. Ljudje, ki imajo močne telesne znake tesnobe, so pogosti obiskovalci zdravnikov in urgence, saj je njihovo stanje podobno resnim obolenjem, kot se npr. pojavi ob srčnem infarktu. Pred vsako psihološko obravnavo je tako treba naprej izključiti obstoj telesnega obolenja.

Kadar se občutja tesnobe pojavljajo brez dejanske zunanje nevarnosti ali njene grožnje, kadar so preveč intenzivna ali pa trajajo predolgo, pomeni to za bolnika resno težavo, ki močno vpliva na njegovo vsakodnevno življenje. Če začneta strah ali tesnoba obvladovati naše življenje, namesto da bi mi obvladovali njiju, je čas, da poiščemo pomoč.

Ledvični bolniki, ki prihajajo v psihološko obravnavo zaradi težav s strahovi ali tesnobo, niso redki. V času

Moje mnenje je, da z uvedbo sistema zamenjave zdravil v sedanji obliki in obsegu bolniki nismo bolj ogroženi in kakovost zdravljenja z zdravili ne bo padla. Del odgovornosti, da bo resnično tako, je tudi na nas samih. Zdravnik mora vedeti, katera zdravila jemljemo, in vsa zdravila moramo jemati v skladu z zdravnikovim navodilom. V primeru, da bomo določeno zdravilo zaradi novega sistema zamenjali, moramo biti pazljivi, da jemljemo zdravila v skladu z novimi navodili.

dializnega zdravljenja poročajo o različnih strahovih, najpogosteje o strahu pred zbadanjem, pred zapleti v delovanju dializnega aparata, pred težjimi zdravstvenimi pregledi (npr. kolonoskopija). V takih primerih je strah jasn in zunanji. Skupaj z bolnikom se lahko na take situacije pripraviva. Obravnava največkrat obsega analizo stresne situacije in pregled načinov, s katerimi si lahko bolnik sam pomaga. V teh primerih bolniku pomagajo že informacije in razlaga postopkov, pri čemer nam pomaga zdravnik, ki preglede opravlja. Težje in neprijetne preglede namreč lažje prenesemo, če smo nanje pripravljeni in vemo, kako bodo potekali. Pridobljene informacije in znanje prinesejo večji občutek kontrole. Bolnik se nauči tudi tehnik sproščanja, ki jih pred zastrašujočo situacijo uporabi, da na ta način umiri svoje telo in misli.

Tudi transplantirani bolniki prihajajo v obravnavo zaradi težav s strahom ali tesnobo. V pogovorih z njimi velikokrat zasledimo pritožbe, da jih je strah rednih zdravniških pregledov v ambulantni za transplantirane, da so že kak dan pred pregledom napeti in vznemirjeni. Po podrobnejšem pogovoru pridemo običajno do sklepa, da sam pregled v ambulantni ni toliko zastrašujoč, kot jih skrbi, kakšni bodo izvidi, ki kažejo na delovanje presajene ledvice. Tudi glede na rezultate zadnje ankete, ki so jo transplantirani izpolnjevali o kvaliteti življenja, so nekatere oblike strahov pri njih pogostejše. Med pomembnejšimi zasledimo prav strah pred zavrnitvijo presajenega organa, strah pred infekcijami in pred zdravstvenimi zapleti ali hospitalizacijami. Dobljeni rezultati realno prikazujejo obremenitve, s katerimi se bolniki po transplantaciji spoprijemajo na psihični ravni. K temu lahko dodamo še dejstvo, da nekatera zdravila, ki jih bolniki jemljejo po transplantaciji, vplivajo na razpoloženje v smeri večje zaskrbljenosti in napetosti. Psihološka obravnava transplantiranih bolnikov poteka na podoben način. Z analizo lastne življenjske situacije, informiranostjo o svojem zdravstvenem stanju, učenjem sprostitvenih tehnik, predvsem pa z analizo vzorca razmišljanj, ki tesnobo spremlja, si skušamo pomagati pri njenem obvladovanju.

Iz Zreč spet bogatejši za novo znanje

Poslušalci so tudi letos napolnili dvorano hotela Dobrava, kar dokazuje, da se ledvični bolniki zavedamo, kako pomembno je, da se poučimo o svoji bolezni

Bernarda Logar: Večina presajenih bolnikov bi se v primeru odpovedi presadka ponovno uvrstila na čakalno listo.



Miha Benedik: Dieta, dieta in še enkrat dieta!



Boštjan Leskovar: V zadnjih letih so v dializnem centru v Trbovljah izgubili le tri žilne pristope.



Ivan Logar: Bolniki so potisnjeni na rob družbe.



Marijan Močivnik: Zdravljenje z dializo je mogoče odložiti.



Rafael Ponikvar: Dializnim bolnikom je pri nas na voljo vrhunska tehnologija.



Že vabilo na letošnje nefrološko srečanje v Zrečah je obetalo vrsto zanimivih predavanj, pa tudi polna dvorana hotela Dobrava v Zrečah je nato dokazala, da so prireditelji srečanja, društvo ledvičnih bolnikov Viva iz Zreč, znova pripravili strokovno srečanje, ki je pritegnilo množico poslušalcev. Taka srečanja dokazujejo, da se ledvični bolniki zavedamo, kako pomembno je, da se poučimo o svoji bolezni. Koristno pa so prireditelji združili s prijetnim, saj so za popestritev razpoloženja v goste povabili kvartet Šalom, srečanje pa smo tudi tokrat sklenili ob polnih mizah.

Po zaslugi anket, ki jih izvaja podpredsednik naše Zveze in psiholog po poklicu Ivan Logar, se vsako leto naučimo nekaj novega o tem, kdo smo in kakšni smo ledvični bolniki. Na letošnjem srečanju je predstavil izsledke ankete o socialno-ekonomskem položaju ledvičnih bolnikov, ki jo bomo podrobneje predstavili v eni naslednjih številok Ledvice.

Transplantacija bolniku prinese boljšo kakovost življenja, a se mnogi tega posega bojijo, je povedala psihologinja Bernarda Logar, ki je predstavila psihološke priprave bolnika na transplantacijo. Zadržke imajo predvsem starejši, pa tudi taki, ki poznajo sobolnika, pri katerem presaditev ni uspela. Nekateri bolniki pred transplantacijo potrebujejo psihološko obravnavo, ki jim pomaga, da se znebijo morebitnih strahov. Z bolniki se Logarjeva pogovori o doživljanju bolezni, kako se z njo spoprijemajo, o tem, kako je bolnik seznanjen s presaditvijo ... Rezultati lani izvedene ankete med bolniki kažejo, da se je po transplantaciji kakovost njihovega življenja izboljšala, kar 93 odstotkov pa jih je še zatrdilo, da bi se v primeru odpovedi presajene ledvice ponovno uvrstili na čakalno listo. Vse to govori v prid transplantaciji, je poudarila Logarjeva.

Tromboza je med najpogostejšimi vzroki za odpoved AV-fistule, je pojasnil Bojan Leskovar, dr. med.. Ta zaplet je mogoče rešiti na več načinov; v Trbovljah, kjer je zaposlen, uporabljajo postopek trombolize. Pri tem krvni strdek raztopijo s pomočjo terapevtskega katetra in zdravila za topljenje strdka. V zadnjih štirih letih so opravili 11 trombolitskih posegov, neuspešen je bil le eden.

Ena od težav, s katerimi se ubadajo dializni bolniki, je fosfor. Ta je nevaren, ker povzroča

okvare kosti, poapnitev srčne zaklopke in koronarne žile, s tem pa tudi infarkt, je pojasnil mag. Miha Benedik, dr. med. Dializa, ki traja štiri do pet ur, iz krvi odstrani malo fosforja, za zniževanje fosforja pa so v pomoč tudi zdravila. Med novjšimi si pot utira renagel, na našem tržišču pa še ne poznamo lantanovega karbonata, zelo uspešnega zdravila s tega področja. V tem trenutku je na prvem mestu uravnavanje fosforja v krvi še vedno dieta. Pomaga tudi primerna priprava hrane, saj s prekuhavanjem živil znižamo vsebnost fosforja za tretjino.

Zdravljenje z dializo je danes pri nekaterih bolnikih s kronično ledvično odpovedjo mogoče odložiti. To je mogoče doseči z uporabo zdravil, ki znižujejo krvni tlak in ugodno vplivajo na ledvice, je povedal prim. Marijan Močivnik, dr. med. Še posebej dobre učinke sta pokazali zdravili z učinkovinama rampril in losartan, ki sta dostopni tudi na slovenskem tržišču.

Danes, 33 let po tistem, kar smo v Sloveniji začeli izvajati hemodializo, v naši državi deluje 18 dializnih centrov; med temi so tudi štirje zasebni, v katerih se dializira petina dializnih bolnikov, je pojasnil prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med., ki je govoril o standardih na dializi. Priporočane standarde za izvajanje dialize je pripravil zdravstveni svet leta 1997. Podatki o tem, kakšne monitorje in kateri potrošni material uporabljajo v centrih, kažejo, da je bolnikom na voljo vrhunska tehnologija, je poudaril prof. Ponikvar. V centrih namreč večinoma uporabljajo monitorje najboljših proizvajalcev, enako pa velja tudi za hemodializatorje.

Da so bili predavatelji odlični, je potrdila tudi publika, ki se je odzvala z vrsto vprašanj. Bolniki so med drugim izpostavili težavo, da bi moral del standardne dializne skupine postati tudi socialni delavec, saj bi na ta način v obravnavo vključili še socialni vidik bolnika. Reševanje socialne problematike, ki je vedno hujša, je sedaj na ramenih društev, a ta temu bremenu niso kos. Slišati je bilo predlog, da strokovni svet za dializo doreče uporabo igel v dializnih centrih. Transplantirani bolniki so ponovno poudarili, da želijo, da bi imeli v TX-ambulantni le enega zdravnika.

Tekst in foto: Mojca Lorenčič

Žogice so švigale sem ter tja

Zadnjo novembrsko nedeljo je v telovadnici Gimnazije v Slovenj Gradcu potekalo I. državno prvenstvo v namiznem tenisu za dializne in transplantirane bolnike. Udeležilo se ga je 22 tekmovalcev in 10 spremljevalcev, prišli pa so iz sedmih regijskih društev. Organizacijo prvenstva je Zveza zaupala slovenjgraškemu društvu in upamo, da smo potrdili pregovorno koroško gostoljubje.

Po okrepčilu in ogrevanju se je ob 10.30 začelo zares. Žogice so švigale sem ter tja, da je bilo veselje, tekmovalci pa smo se veselili vsake osvojene točke. Izkazalo se je, da so med nami igralci, ki odlično obvladajo lopar in žogico, in prepričan sem, da nas bodo dostojno zastopali na 3. evropskih igrah dializnih in transplantiranih bolnikov, ki bodo prihodnje leto v Ljubljani. Tekmovanje je potekalo brez zapletov, za kar ima največ zaslug Vojko Fekonja, športni minister pri Zvezi, k temu pa so pripomogli tudi sami tekmovalci. Evalvacijo prvenstva (to besedo dobro poznamo vsi, ki pišemo programe za FIHO) smo opravili v gostišču Murko v Slovenj Gradcu, kjer so nam pripravili odlično kosilo.

Skupna ugotovitev je bila, da je prvenstvo uspelo, da potrebujemo več podobnih srečanj in da bi bilo dobro, če bi v teh dejavnostih sodelovalo še več bolnikov. Dobro namreč vemo, kako pomembna je redna telesna vadba za naše zdravje in splošno počutje. Pri izvedbi tega prvenstva sta nam prijazno priskočila na pomoč prijatelja iz športnega društva Invalid Slovenj Gradec Tone Garb in Alojz Ocepek.

Bojan Černjak

Rezultati:

Moški od 19 do 34 let – dializni:

1. Vojko Fekonja, DLB Maribor
2. Igor Reberc, DLB Ptuj
3. Andrej Pušljar, DLB Ljubljana

Moški od 35 do 44 let – dializni:

1. Pavle Čuk, DLB Ljubljana
2. Šefčec Drdalaj, DLB Ptuj

Moški od 35 do 44 let – transplantirani:

1. Jože Hanžel, DLB Ptuj
2. Joško Šimic, DLB Dolenjske
3. Bojan Černjak, DLB Slovenj Gradec

Moški od 45 do 54 let – transplantirani:

1. Vladimir Gorkič, DLB severnoprimske regije
2. Igor Jager, DLB Ljubljana
3. Franc Poznič, DLB Ljubljana
3. Brane Tome, DLB Dolenjske

Moški – spremljevalci:

1. Franc Penšek, DLB Slovenj Gradec
2. Boris Jerman, DLB Zasavja
3. Anže Šimic, DLB Dolenjske

Ženske – spremljevalke:

1. Marjana Urdih, DLB Zasavja
2. Gabrijela Frangež, DLB Zasavja





Od zidanice do zidanice po prelepih belokranjskih gričih

Tudi pri gorenjskem društvu smo se odzvali povabilu dolenskega društva ledvičnih bolnikov in Zveze in se v nedeljskem jutru 12. oktobra odpravili v Belo krajino, natančneje v Drašiče, kjer nas je čakal rekreativni pohod od zidanice do zidanice.

Čeprav smo se povabilu odzvali le v krškem, ljubljanskem in gorenjskem društvu, se nas je pred osnovno šolo v Metliki skupaj z gostitelji Dolenjci vendarle zbralo prek 200. Nato smo se odpeljali do vasi Drašiči nedaleč od Metlike. Ponovno smo se zbrali pred tamkajšnjo cerkvijo sv. Petra, kjer so nas pozdravili prijazni domačini in nam postregli z belokranjsko pogačo in aperitivom. Zapeli so nam Drašički voščaki, eden izmed voščakov Toni Kostelec in župan Metlike Slavko Dragovan pa sta nas pozdravila z nagovorom. Vse skupaj je povezoval naš Toni Gašperič, ki nas je s svojim humorjem in domisljicami zabaval še ves dan.

Po takem protokolarnem uvodu smo se pod vodstvom Jožeta Starihe podali na pot do prve zidanice. Poskrbljeno je bilo tudi za tiste, ki poti ne bi zmogli, saj so se lahko peljali s konjsko vprego (zapravljivčkom). Na poti nam je gospod Stariha pripovedoval zanimivosti iz svojega kraja in odgovarjal na naša vprašanja. Prispeli smo do prve zidanice in spet smo občutili prijaznost domačinov, ki so nam za dobrodošlico vnovič ponudili belokranjske dobrote: belokranjsko pogačo v raznih oblikah, orehe, lešnike in jabolka. Poskusili smo tudi novo vino. Lastnik nam je predstavil svojo zidanico, vino in sadje. Po krajšem kulturnem programu smo se podali po prelepih belokranjskih gričih, vinogradih in sadovnjakih v lepih jesenskih barvah do naslednje zidanice, h gospodarju Martinu Simoniču. Tam smo se okrepčali z divjačinskim golažem ali pečenko in zeljem ter dobrim vinom in domačim sokom. Predstavili so nam belokranjske prtičke in seveda belokranjske pisanice. Spretna domačinka nam je pokazala, kako se izdelujejo, nekateri pa so se tudi sami poskusili v tej spretnosti. Po malici smo zapeli ob harmoniki, ki jo je raztegnil Jože Stariha, Toni Gašperič pa nas je zabaval s svojimi šalami in nas že priganjal naprej. Med vinogradi smo se podali mimo izvira, ki mu domačini pravijo Vliški zdenc, od koder so nekoč, ko še ni bilo vodovoda, vodo na glavi

nosili domov. Vodnjak so vaščani pred kratkim očistili in obnovili, da je voda spet neoporečna. In že smo prispeli nazaj v Drašiče, na domačijo Drolc, kot po domače pravijo gospodarju Toniju Kostelcu. Postregli so nam s pogačo, jabolki in pokušnjo različnih vin: od mošta do vrhunskih vin.

Po končanem pohodu nas je Joško Šimic, referent za šport dolenskega društva, povabil še na tekmovanje v hitri hoji na tristo triintrideset metrov. Hoja je bila kar naporna, saj smo tekmovali po klancu navzgor, najboljši pa so za trud prejeli lepe nagrade, od plišastih igračk za najmlajše tekmovalce do soka in vrhunskih vin za odrasle. Po končanem tekmovanju smo lahko kupili orehovo olje iz domače stiskalnice. Na koncu pa nas je čakal še ogled sosedske zidanice, ki je urejena v kleti poslopja stare osnovne šole v središču vasi. V tej zidanici nam je Toni Kostelec izčrpno opisal njen pomen in pokazal prvi računalnik na trdi disk, ki ga še danes uporabljajo namesto denarja za popito vino v zidanici.

Poslovili smo se od prijaznih belokranjskih gostiteljev, se zahvalili za vse dobrote, ki smo jih zaužili, in doživetja v rahlo oblačnem, a toplem vremenu. Posedli smo v avtobuse in se prijetno utrujeni odpeljali proti domu v upanju, da se kmalu spet srečamo.

Andrej Čadež

Foto: Mojca Lorenčič

Vino so pili na rovaš

Sosedska zidanica deluje že preko 250 let, v njej pa se zbirajo vaščani in pijejo svoje vino. Ob martinovem mora vsak član sosedske zidanice, ta čas jih je 54, dati 15 litrov svojega najboljšega mošta v sod, med letom pa lahko popije deset litrov vina iz skupnega sode. Če popije več, mora jeseni vrniti dvojno. Da bi obdržali pregled nad popito količino, so imeli rovaš, na katerega so vrezovali vinski dolg posameznega vaščana. To je bila zbirka lesenih deščic, kamor so z nožem zarezovali količino popitega vina in s tem dolg posamezne domačije. Deščice so bile oštevilčene s hišnimi številkami domačije. Danes dolgove zapisujejo v knjigo.



Tudi poslušati je treba znati

Prebral sem, da bolniki, ki so po operativnem posegu v sobi s sotrpino, ki je prestal enako operacijo, hitreje okrevajo kot tisti, ki ležijo v sobi brez takega človeka. To pomeni, da deljenje izkušenj pozitivno vpliva na pacientovo počutje in zdravljenje.

Ko mi je zdravnica povedala, da se bova večkrat videvala, ker bom moral vsak drugi dan na dializo, se mi je podrl svet. O dializnem zdravljenju nisem vedel ničesar in že od nekdaj me je strah neznanega. Zdaj vem, da bi mi takrat prišel zelo prav pogovor s kom, ki se je dializno zdravil dalj časa, a nikogar takega nisem poznal. Razpršil bi moje strahove pred novim, razblinil moje napačne predstave o tem, kaj dializa je, in me, prepričan sem, potolažil. Umiril, kolikor se to sploh da v paniki, ki te zajame, ko se prično podirati ustaljene življenjske navade in ko se odkrhne delček sanj.

Izkušnja kar sama napeljuje k temu, kar smo se pred kratkim pogovarjali na sestanku izvršnega odbora našega društva. V pravilnost našega razmišljanja nas je prepričala tudi na sestanku prisotna zdravnica. Povedala je nekaj primerov, ki pričajo o strahotni stiski ljudi, »obsojenih« na dializiranje. Mukoma in zelo počasi sprejemajo dejstvo, da je to zanje edina rešitev. Da so cevke in vse, kar sodi zraven, vez z življenjem. Izmikajo se, izgovarjajo, ne pridejo na preglede, iščejo in najdejo tisoč izgovorov. Si lažejo, ker se jim zdi resničnost, s katero so se srečali, prekruta.

In zdaj smo tu! Zdaj lahko nastopimo mi, ki smo to »kalvarijo« že dali skozi in smo zato lahko s svojimi izkušnjami blizu tem preplašenim in nesrečnim ljudem. Lahko se pogovorimo z njimi, jim povemo, da smo doživljali in preživljali vse, kar jih čaka, da smo še vedno tu: da se še znamo smejati, da gremo še vedno radi na izlet, da morda življenje zajemamo s še večjimi žlicami kot tisti, ki jim je zdravje vseskozi služilo ... Da nas je bolezen obrusila, izkristalizirala, poduhovila, če hočete.

Vemo, da ne odkrivamo tople vode ali Amerike, ko smo se dogovorili za naslednje: pripravili bomo spisek pripravljenih s pogovori pomagati »kandidatom« za dializo in jim ponudili imena na izbiro. Vemo, da nismo strokovnjaki, ne domišljamo si, da vse vemo in znamo, niti slučajno nečemo prevzeti del in nalog zdravnikom ali psihologom, radi bi le pomagali. Z lastnimi izkušnjami in razumevanjem. Morda bomo lažje našli pot do človeka v stiski, mogoče se nam bo hitreje zaupal kot avtoritetam v belih haljah, ki jim velikokrat zmanjka časa prav za pogovor, neobvezen klepet, za poslušanje. Da, za poslušanje ...

Ko je bil neki ameriški predsednik na tleh, je vedno obiskal prijatelja na deželi. Ob snidenju je govoril, govoril, govoril, prijatelj pa ga je poslušal, poslušal, poslušal. Ko sta se poslovila, mu je predsednik rekel: »Hvala lepa za pogovor.« In je šel.

Toni Gašperič

Potovanje na Nizozemsko

Moja triletna hči Hana je kronična ledvična bolnica že od rojstva. Mnogi ljudje, ko izvedo za njeno bolezen, ponavadi pravijo: »Uboga punčka in njena družina!« V naši družini zdaj že tri leta in pol živimo s Hanino boleznijo in pravzaprav se hčerka nikomur od nas ne zdi niti najmanj uboga, saj zajema življenje z največjo žlico, ki je marsikdo nikoli ne bo držal v roki! Kako se počutim kot mama kronično bolnega otroka, bo najbolje ponazoril naslednji sestavek – poslala mi ga je prijateljica, ki ima prav tako doma kronično bolnega otroka. Pravzaprav napisano velja tudi za vse tiste, ki so kakorkoli prikrajšani za zdravo življenje ...

Dostikrat me ljudje sprašujejo, kako je vzgajati otroka, ki ima kronično bolezen. Da bi pomagala to edinstveno izkušnjo razumeti ljudem, ki jih to zanima, da bi vedeli, kako se počutim – no, to je nekaj takega ...

Ko se odločite za dojenčka, je tako, kot bi načrtovali krasno potovanje – v Italijo. Kupite si knjige, vodnike pa pišete in si ustvarjate načrte. Kolosej, Michelangelo, gondole v Benetkah, naučite se osnovnih italijanskih besed. Vse skupaj je zelo razburljivo!

Po nekajmesečnih pripravah je dan odhoda le napočil! Spakirate še zadnje malenkosti in se odpravite na letališče. Čez nekaj ur letalo pristane. Lepa stvarčica se nasmehne in reče: »Dobrodošli na Nizozemskem!«

Nizozemska????!! Kako to mislite?? Vse te mesece sem se pripravljala na Italijo!! Hotela sem videti Italijo! To so bile vendar moje sanje!

»Bila je sprememba v letu. Pristali smo na Nizozemskem in tukaj morate ostati!«

Saj vas niso odpeljali v noben grozen in umazan svet. Gre samo za drugačno pokrajino.

Sedaj morate iti ven, poiskati nove knjige in se naučiti novih besed. In spoznali boste ljudi, ki jih drugače nikoli ne bi.

Samo drugi kraji. Vse se počasneje odvija, manj divje kot v Italiji. Ko ste nekaj časa tam, zadihate. Pogledate naokoli – in spoznate, da je Nizozemska čudovita pokrajina. Imajo najlepše tulipane sveta. Imajo krasne umetniške slike.

Ampak vsi, ki jih poznate, se vračajo iz Italije. Razlagajo vam, kako čudovita je. Vse življenje boste vedeli: to je tam, kjer bi jaz morala biti! Tako sem načrtovala!

In bolečina ne bo nikoli izginila! Ker je izguba lastnih sanj zelo boleča izkušnja!

Seveda pa ... če preostali del življenja preživite v žalovanju, ker niste bili v Italiji, ne boste mogli nikoli uživati lepih malih reči ...

ki ste jih doživeli na Nizozemskem!

*Emily Perl Kingsley
Prevedla Veronika Križ*

Trideset Darinkinih pogumnih let

Takšni bolniki, kot je naša Darinka, dajo smisel delu medicinskega osebja in tudi našemu življenju

Trideset let! Če se človek pri petdesetih ozre nazaj, se mu za trideset let zdi, kot da so v hipu minile. A če prav razmislim, koliko stvari se je v tem času zgodilo! Naša Darinka Zemljič se dializira že trideset let in nič ne kaže, da se ne bo še naslednjih trideset. V teh letih je bila že velikokrat v slabi koži, a se je s svojo trdoživostjo, pogumom in optimizmom vedno postavila nazaj na noge.

Spoznali sva se pred tridesetimi leti: jaz na novo pečena »dializna« sestra in ona 13-letno drobno dekletce, ki jo je spremljala mama, velika in močna ženska, skrbna kot koklja nad piščetom. Od takrat naprej sva dali skozi veliko lepih in mirnih let, pa tudi veliko težkih in negotovih.

Začela je s peritonealno dializo. Takrat je trajala 12 ur vsak dan razen nedelje. Lajšali smo ji bolečine, poskušali vanjo spraviti kak grizljaj, klicali dietetičarko, da si je izbrala hrano po želji, ki pa jo je potem le poskusila. Mama je bila obupana. Pa smo tudi za to našli rešitev in Darinka se je začela popravljati. Iz tistih dni se spominjam jajc, nešteto jajc. Dr. Luzar ji je namreč predpisal, da mora po peritonealni dializi pojesti najmanj štiri jajca (če se prav spominjam). Bolniki so z izpiralno tekočino izgubljali precej beljakovin, z jajci pa naj bi jih nadomestili. A v Darinko teh jajc zlepa nismo spravili. Naša takratna strežnica gospa Anica je, materinska in ljubeča, Darinki skušala težavno nalogo olajšati. Pripravljala je jajca na sto in en način, a smo jih kljub temu po treh tednih imeli dovolj vsi, ne samo Darinka.

Darinka je bila prvi otrok, ki smo ga sprejeli na dializo. Po svoje je imela smolo. Dializa se je takrat šele začela prav razvijati, aparature so bila primitivne, materiali slabi in dializa tudi. Hemodializa je bila zanjo rešitev, ker je lahko šla domov. CAPD-ja namreč takrat še nismo poznali. Daljnega leta 1973 smo šele začeli uporabljati prve dializatorje za enkratno uporabo, kar je bil za tisti čas velik napredek. Tako je Darinka skupaj z nami doživela in preživela pestro zgodovino razvoja hemodialize.

Danes je še vedno polna optimizma in ima še velike načrte za to življenje. Odkrila je lepote Pohorja in velikokrat se sprehaja po njem. Zadnja leta se odpravi tudi na morje, v

Strunjanu je odkrila primerno plitev bazen in zdaj se uči plavati. Pravi, da za pljuča ni boljšega, kot je morski zrak, in želi si, da bi se ga lahko šla še bolj pogosto nadihat. Drugače je zelo disciplinirana. Mama ji je vcepila disciplino in to lastnost, da ne klone zlahka in vedno najde izhod. Vedno je imela urejen krvni tlak, nikoli ni med dvema dializama prinesla več kot dveh kilogramov, in še to le zadnja leta. Imela je hude težave s kostmi, a je tudi to prestala; tudi pljuča so jo že skoraj pustila na cedilu, pa jih je s trdno voljo in veliko dela spravila v red. Pri vseh težavah smo ji poskušali stati ob strani, ji najti najboljše rešitve, jo spodbujati in spremljati njen napredek.

Pa smo jo znali kdaj tudi uporabiti! Poleg nje smo namestili bolnike, ki so se bali dialize ali obupavali nad dializnim življenjem, tako da jih je s pogovorom opogumljala in jim dala novo upanje. Najbolj mi je ostala v spominu Renata. Tudi ona je prišla na dializo zelo mlada, čeprav precej kasneje kot Darinka. Ob Darinki in tudi z njeno pomočjo je Renata prebrodila težke šolske dneve, ki so bili zaradi hemodialize še težji, in uspešno končala šolanje. Renata je sedaj transplantirana, a včasih še obišče nas in našo Darinko.

Darinka je lahko dober zgled vsem, ki obupujejo. Življenje je vzela takšno, kot je, in v njem poiskala nekaj zase. O bolezni je skušala izvedeti kar največ, uspešno se je naučila živeti z omejitvami in trideset let življenja z dializo je predvsem njena zasluga. Mi smo tu le zato, da ji stojimo ob strani, jo kdaj pa kdaj potolažimo in jo opogumimo za naslednja leta življenja. Takšni bolniki, kot je Darinka, dajo smisel našemu delu in tudi našemu življenju. Želimo si veliko pogumnih bolnikov, kajti takim lahko damo največ.

Stojana Vrhovec

Zahvala za 30 let več življenja

Pred 30 leti so mi odpovedale ledvice. Bilo je nujno hitro ukrepanje. Kot 13-letno dekle so me pripeljali na Klinični center in edina rešitev je bila priključitev na peritonealno dializo. Od takrat si je zdravstveno osebje vsa ta leta prizadevalo, da so me ohranili pri življenju. Pa ne le da živim, naučila sem se ceniti vsak dan življenja posebej.

Tako se ne obremenjujem s tistim, česar nimam, temveč se veselim in cenim vse to, kar imam. V vseh teh letih sem spletla vezi prijateljstva in zaupanja z mnogimi, ki mi vsaki drugi dan nudijo zdravstveno oskrbo, me skušajo razumeti in mi pomagajo pri težavah in slabostih.

Vsega tega, kar čutim v srcu, se ne da na kratko izraziti z besedami. Vendar bi se rada zahvalila za ves trud, požrtvovalnost in razumevanje vsem sestram, zdravnikom in vsemu drugemu osebju. Upam, da bom še nekaj let uživala njihovo pomoč.

Še enkrat hvala za vse!

Darinka Zemljič



DLB Celje

Piknik na Svetini

Drugo avgustovsko nedeljo smo se zbrali pri cerkvi Marije Snežne na Svetini, ki je daleč naokoli znana romarska pot. Najprej smo se napotili v nekaj kilometrov oddaljeni Lovski dom. Na nadmorski višini 679 metrov je bilo prijetno toplo, vendar ne vroče kot v dolini. Prijazno osebje nam je postreglo z izvrstno enolončnico in različnimi vrstami kruha. Po malici smo se vrnili k cerkvi na Svetini. Tukaj nam je gospod Jure Krašovec zelo zanimivo pripovedoval o kraju, gori, cerkvi in ljudeh. Je namreč upokojeni novinar, a se še vedno aktivno ukvarja z etnološkim in folklornim raziskovanjem Slovencev. Prav zdaj piše knjigo o Svetini, zato pozna veliko legend o tem romarskem kraju in svetišču. Opisal nam je ljudskega godca Vrhovskega Anžeka, ki je eden glavnih likov v novi knjigi. Ključar nam je nato odklenil cerkev, da smo si jo ogledali še od znotraj, ter tudi on povedal nekaj legend o nastanku in gradnji cerkve. Obiskali smo tudi grob znane slovenske pisateljice Alme Karlin, ki počiva na pokopališču na Svetini.

Ponovno smo se odpravili k Lovskemu domu. Nekaj se jih je odpravilo raziskovat okolico, nekaj jih je občudovalo



razgled, saj se Celje vidi kot na dlani, nekaj pa se nas je lotilo športnih dejavnosti. Igrali smo badminton, tenis, metali pikado in se žogali. Predsednik društva Jože Ocvirk nam je pripravil presenečenje, saj se je iz Štor pripeljala folklorna skupina, ki je ob spremljavi harmonike zaplesala nekaj slovenskih ljudskih plesov. Med tem časom so nam na žaru spekli dobrote, ki so nam zelo prijale, saj smo bili že vsi pošteno lačni. Ko smo se zvečer poslavljali, je bila skupna ugotovitev, da je lahko samo žal tistim, ki se piknika niso udeležili. Preživeli smo namreč res prijeten dan v naravi.

Brigita Pavčnik

DLB Zasavja

Srečanje v gostišču Marela

Bilo je lepo sobotno popoldne v novembru, ko smo se zbrali v gostišču Marela v Kisovcu. Že lani smo pripravili srečanje s predavanjem o Egiptu, letos pa smo poslušali zgodovino Grčije. Akademski slikar in priznani fotograf Branko Klančar nam je ob diapozitivih pripovedoval o zgodovini stare Grčije, vtisih s potovanja, načinu fotografiranja, nastavitvah ter uporabi fotoaparata in objektivov.

Ob predavanju smo nadvse uživali, saj so bili posnetki izredni in razlaga zelo podrobna. Predavatelj nam je za vsak diapozitiv povedal, kaj predstavlja, in nam razložil zgodovino posnetega. Na moje zadovoljstvo se je srečanja udeležilo veliko naših bolnikov, njihovih družinskih članov in osebja. Še posebej pa smo bili veseli obiska predsednika



naše Zveze Braneta Tometa, ki nam je v uvodu namenil nekaj spodbudnih besed, namenjenih lažjemu prenašanju naše bolezni, saj je z dobro voljo in humorjem vse lažje.

V zasavskem društvu poskušamo s takimi srečanji popestriti življenje in tako bolnikom kot zaposlenim omogočiti, da se srečamo še ob drugačnih priložnostih in ne samo na dializi ali v ambulanti. Po končanem predavanju smo okušali kuharske večerice osebja gostišča Marela in se ob dobri kapljici zavrteli ob zvokih Dua kafra.

Bolnikom in zaposlenim sem obljubil presenečenje. Obljuba se je izpolnila šele ob enaindvajseti uri, ko je v goste prišel čarovnik Marlizz s Ptuja. Pokazal nam je nekaj svojih veščin in za asistente poklical kar nekaj naših članov, ki so sodelovali pri izvedbi točke. Predstava je bila enkratna. Čarovnik nam je tudi po končani predstavi, ko se je usedel za mizo, pokazal nekaj trikov, vendar jih je izvedel tako hitro in spretno, da smo videli, da nismo nič videli.

Potem smo skupaj zapeli še nekaj pesmi, nato pa ob pozni uri odšli proti domu v upanju, da se kmalu spet srečamo – če ne prej, pa na običnem zboru društva, ki bo marca.

Bojan Frangež

UGODNOSTI za člane

Zveze društev ledvičnih bolnikov Slovenije



Optika Clarus

-10% Sončna očala
-20% Korekcijska očala
-15% Leže in pribor
GRATIS Okulistični pregled

Pripravi očala, ki jih potrebujete, brez čakalnih vrst, brez dodatnih stroškov, pripravi očala, ki jih potrebujete, brez čakalnih vrst, brez dodatnih stroškov.

Poslovalnica optike CLARUS:

LJ Dunajska 76, t. 01 234 03 00 + očalna ambulanta

Copova 5a, t. 01 252 71 61

BYC Dvorana A, t. 01 585 19 44 + očalna ambulanta

KP Prešernov trg 1, t. 05 626 19 93

CE Ljubljanska c. 11, t. 03 493 06 00 + očalna ambulanta

MB Vetrinjska 30, t. 02 228 22 38 + očalna ambulanta

Vseje v sodelovanju, posredni se ne odločajo, na voljo pri okoliških optikah.

DLB Celje

Dober zgled sodelovanja med društvoma

28. septembra nas je pot zanesla v Belo krajino. Zanimanje za izlet je bilo veliko, saj je bilo 54 mest na avtobusu kmalu zasedenih. Iz Celja smo krenili proti Novemu mestu in vse do Krškega pobirali izletnike, ki so doma na tej relaciji. V Novem mestu sta nas v dializnem centru pričakali Zdravka Žižič, predsednica DLB Novo mesto, in sestra Marica Parapot. Opisali sta nam dializni center in delovanje njihovega društva. Med ogledom centra se nam je pridružila dr. Steklasova, ki je predstojnica dializnega centra vse od njegove ustanovitve v novomeški bolnici. Dializni center je sodoben, lepo opremljen, prostori so funkcionalno razporejeni, jedilnica je dovolj velika. CAPD-center je urejen ob HD-centru, bolniki in osebje imajo prostore zase lepo urejene, skratka, HD-center je eden izmed najlepše urejenih centrov v Sloveniji. Presenečeni smo bili tudi nad podatkom, ki smo ga izvedeli od dr. Steklasove. Pri tehtanju pred dializo je namreč prisoten zdravnik, ki se z bolnikom tudi pogovori o predvidenem odvzemu tekočine, bolnik pa ima možnost zdravniku povedati o morebitnih težavah. Tako lahko dializna sestra ob priključitvi odvzame kri za laboratorijske preiskave. Želimo si, da bi tudi v našem HD-centru imeli tak način dela.

Potem smo ponovno sedli v avtobus. Toda imeli smo potnika več! Gospa Zdravka je namreč žrtvovala prosto nedeljo in z nami nadaljevala potepanje po Dolenjski in Beli krajini. Ob prihodu v Metliko pa nas je čakal Toni Gašperič. Zaželel nam je dobrodošlico s kruhom in kozarčkom »ta kratkega«. Odpeljal nas je na ogled gasilskega muzeja v Metliki. Potem smo se v tamkajšnjem hotelu okrepčali s telečjo obaro, ajdovimi žganci in kozarčkom metliške črnine. Iz Metlike smo se odpeljali h Trem faram. Tukaj druga poleg druge stojijo tri romarske cerkve. Ključar in Toni sta nam povedala nekaj legend, povezanih s krajem in cerkvami. Pot smo nadaljevali v Vinico, kjer stoji rojstna hiša pesnika Otona

Župančiča, ki je preurejena v muzej. Ob reki Kolpi smo se popeljali do kraja Adlešiči. Na domačiji Cvitkovič se vsa družina ukvarja z domačo obrtjo. Gospodar nam je najprej razložil, kaj je lan, kako se prideluje in predeluje. Pokazal nam je tudi marsikaj zanimivega o življenju ljudi v obmejnih krajih nekoč in danes. Ogledali smo si tkanje platna na ročnih statvah, izdelovanje pisanic in zbirko belokranjskih vezenin. V veliki sobi so razstavljene narodne noše in izvezeni prti, ki so dobili visoka priznanja tudi na mednarodnih razstavah. Za darilo je vsak izletnik dobil belokranjsko pisanico in izvezen prtiček. Z večerjo so nam postregli v domači gostilni.

Prijetno utrujeni smo se pozno zvečer odpeljali proti domu. V imenu vseh udeležencev izleta se pristrčno zahvaljujem Toniju Gašperiču in Zdravki Žižič za spremstvo na potovanju po Beli krajini, sestri Marici, dr. Steklasovi in drugemu osebju pa, ker ste nam omogočili ogled dializnega centra. Prav zaradi sodelovanja med društvoma smo se domov vrnili s še lepšimi vtisi, kot če bi se po Dolenjski in Beli krajini potepali sami. Želim si, da bi bilo takega sodelovanja še več.

Brigita Pavčnik

Celjani smo raziskovali Belo krajino



V celjskem društvu smo se na predlog našega predsednika Ocvirka odločili, da si za cilj našega izleta izberemo Belo krajino. Prav hitro je bilo prijav za poln avtobus!

Pot nas je iz Celja vodila mimo Krškega do Novega mesta, kjer smo si v tamkajšnji bolnišnici ogledali sodobno urejen dializni center. Sprejela nas je predsednica dolenjskega društva Zdravka Žižič, nas pogostila in skupaj z nami nadaljevala pot. Ta nas je vodila naprej proti Metliki. Med potjo je v naš avtobus vstopil tudi znani učitelj Toni Gašperič, sicer brez tete Mare, imel pa je s seboj obilico dobre volje in veselega humorja. Pod njegovim vodstvom smo si ogledali metliško staro mestno jedro in gasilski muzej. Ustavili smo se še v Rosalnicah – Treh farah, kjer so tri znamenite gotske romarske cerkve, to pa pomeni tudi tri fare, ujete za skupnim obzidjem v vasi Rosalnice. Cerkev so največji umetnostnozgodovinski spomenik Bele krajine. Postanek smo opravili tudi v vasi Drašiči, kjer smo si ogledali tkanje platna.

Po kosilu v poznem popoldnevu smo se polni vtisov in lepih doživetij vrnili domov na Štajersko, prav v središče Slovenije, v naše Celje.

Slavko Pesjak



Jesen v Londonu

Odločitev, da bova s prijateljico del dopusta preživela v Londonu, se je porodila po naključju, kajti dolgo načrtovani dopust v toplih krajih (Tunizija) je padel v vodo. Po nekaj urah brskanja po svetovnem spletu sva se odločila: London!

V deževnem vremenu sva poletela iz Celovca in po dveh urah pristala na londonskem letališču Stansted, kjer je naju začuda pričakalo sonce. Z vlakom sva po 45 minutah vožnje prispela do postaje Liverpool Street Station, kjer sva kupila tedensko vozovnico, ki velja za ves londonski javni prevoz. S podzemno železnico sva se nato odpravila proti območju Paddington, kjer sva poiskala najin hotel. Nato pa v središče mesta, v zloglasni Soho! To je območje s pivnicami in znanimi lokali in velja za središče nočnega življenja. Zaradi vpliva sosednjega Mayfaira, ki slovi po prostituciji, so v Sohu tudi sex lokali in prostitucija.

Naslednji dan sva obiskala muzej voščenih figur Madame Tussauds, ki je tik ob postaji Baker Street. Čeprav je cena vstopnic precej zasoljena, je muzej vreden ogleda. Tu so na ogled voščene figure znanih osebnosti iz sveta filma, glasbe in svetovne zgodovine. Posebno privlačna je Dvorana groze (Chamber of Horror), ki je namenjena samo obiskovalcem z dobrimi živci. Po muzeju sva se odpočila v čudovitem okolju parka Kensington Gardens, ki se stika z znanim Hyde parkom. Nato sva jo s podzemno mahnila proti čudoviti katedrali sv. Pavla, potem pa z značilnim dvonadstropnim avtobusom do Trafalgarskega trga (Trafalgar Square), kjer stoji 52 metrov visok spomenik lordu Nelsonu.

Tretji dan je bil rezerviran za ogled Londonske trdnjave (Tower of London) in dviznega trdnjavskega mostu (Tower Bridge). Sprehod po trdnjavi pomeni sprehod skozi različna obdobja angleške zgodovine. Najbolj zanimivi sta se nama zdela zbirka kronskih draguljev in orožarna v Belem stolpu (White Tower). Po nekajurnem ogledu sva zlezla na vrh trdnjavskega mostu, od koder je lep razgled na reko Temzo, ki teče skozi London. Pozno popoldne sva se odpravila na Oxford Street, osrednjo londonsko nakupovalno ulico. Ker se je obisk trgovin zavlekel pozno v noč, sva ob vrnitvi v hotel od utrujenosti kar padla v posteljo.

Naslednji dan naju je zbudil čudovit sončen dan. Odpravila sva se proti Westminsteru, ki velja za strogo središče mesta in leži ob Temzi. Najprej sva se srečala s parlamentom in Big Benom, ki je pravzaprav stolp na levi strani tega poslopja. Mimo Bena sva se odpravila na drugi breg Temze do Londonskega očesa (London Eye). To je veliko kolo z gondolami, ki te ponesejo 125 metrov visoko. S te višine je v sončnem dnevu zagotovo najlepši pogled na ožji in širši London. Tu se šele zaveš, v kako velikem mestu si, saj v Londonu in okolici živi osem milijonov ljudi. Po 30-minutni vožnji z gondolo sva spet prečkala Temzo in se napotila proti bližnji Westminsteri opatiji (Westminster Abbey). Opatija je znana tudi po tem, da v njej poteka kronanje angleških kraljev in kraljic. Za kosilo sva si privoščila piknik v Parku sv. Jakoba (St. James's Park). Nato sva se odpravila proti Buckinghamski palači, na kateri je visela angleška zastava. To pomeni, da je kraljica doma. Palačo obdajajo čudovito urejeni nasadi rož.

Po obisku Buckinghamске palače sva se peš odpravila proti znani veleblagovnici Harrods. Toliko blišča in kiča na enem mestu še nisva videla, pa še zelo drago je! Zato sva kmalu odšla na že znani Oxford Street, kjer so trgovine manj kičaste, predvsem pa cenejše.

Predzadnji dan najinega bivanja v Londonu naju je spet pozdravil lep sončen dan. Mahnila sva jo v živalski vrt. Ker je bila sobota, je bila pred blagajno precejšnja vrsta, večinoma mlade družine z vozički. V živalskem vrtu brez težav preživiš ves dan, pa še dolčas ti ni.

Iz živalskega vrta sva zavila v čudoviti Regentov park (Regent's Park). Velja za najimenoitnejšega izmed številnih londonskih parkov in vrtov. Tu se Londončani sproščajo in uživajo v lepem vremenu. Sredi parka so vrtovi kraljice Mary (Queen Mary's Gardens). Tu so ribniki z racami in labodi ter skoraj nepregledni nasadi vrtnic. Čudovito!

Napočila je nedelja, čas za odhod domov. Bilo nama je nekoliko hudo. Toliko stvari je še, ki si jih nisva uspela ogledati! Za London velja, da ga po prvem obisku vzljubiš ali zasovražiš, srednje poti ni. Midva sva ga vzljubila. Zavedla sva se, da že razmišljava o ponovnem snidenju z njim. Pri vzletu sva polglasno izgovorila: »Na svidenje, London, kmalu se spet vidimo!«

Nebojša Vasić

Kako najceneje v London?

Najceneje se z letalom leti v London z letalskim prevoznikom Ryanair, ki leti iz Benetk, Trsta, Celovca ali Gradca. Letalske vozovnice lahko rezervirate in kupite samo prek interneta na njihovem spletnem naslovu WWW.RYANAIR.COM. Cene vozovnic se iz dneva v dan razlikujejo. Z malo potrpežljivosti so lahko smešno poceni. Za London velja, da je eno najdražjih evropskih mest. Vendar je mogoče z malo iznajdljivosti prihraniti kakšen funt. Pred obiskom mesta je priporočljivo pobrskati po internetu, kjer najdete kakšno ugodno ponudbo (zelo uporabne so spletne strani WWW.LONDONTOWN.COM). Obstajajo tudi zelo kakovostni vodniki v slovenskem jeziku, ki jih dobite v skoraj vsaki knjigarni ali knjižnici.



Nagrižena vest

»To je pa drago!« je rekel moj osebni zdravnik in se nad očali z rjavimi očmi zapičil vame.

»Niti ne. Kupljeno na razprodaji,« sem se nasmehnil.

»Nisem mislil na jopo, ampak na cellcept in sandimmun,« se je pretvarjal, kot da brska po moji kartoteki.

Zaskalelo me je. Za trenutek sem se počutil kot Cankar, ko je zavpil na mamo, da noče kave. Ali še bolje: nenadoma se mi je zazdelo, da sem trakulja, prisescana na državna prebavila. Da sem veliki metljaj, ki ždi v travi, da bi okužil zdravstveno molzno kravo, ki se pase po zavarovalniškem travniku. Da sem picajzelj, tekut, naglavna uš, bolha pod pazduho ministra za zdravje demokratične republike Slovenije. In že sem se videl pod tovornjakom, ki me je na veliko veselje vseh slovenskih davkoplačevalcev spalačinkal na hitri cesti Ljubljana–Postojna, da mi ne bi prišlo niti pod razno več na pamet goltati ciklosporin in druge zdravilne substance, drage kot hudič.

Kako občutljiv senzor je človekova vest! Zapeče, zaboli že ob najmanjši pripombi, ob komaj zaznavnem namigu. Odzove se spontano, morda celo napačno. In besede so ostrejšje od najbolj nabrušenega noža, znajo biti ubijalske kot pips za muhe, kot lev, kot Metod Trobec...

Pa sem se hitro pobral, odlepil od črnih misli ter zakrpal, ne vem zakaj, nagriženo vest. Spomnil sem se nakupa policijskega čolna. Vreča brez dna. Na kup lopovščin, ko je izginil denar, pa ni bil nihče odkrit, kaj šele kaznovan. Na vladno letalo, na profesionalno vojsko, ki bo žrla milijarde, na zgrešene investicije, na barabinske nakupe bank, na brez zveze preležane dni v bolniških posteljah, na trojno zaračunavane prevoze v bolnišnice in nazaj, na rastočo državno birokracijo, ki žre tolarje kot kraška tla vodo, na veleposlaništva, na dobro plačane poslance, ki so zdravi, a stanejo državo verjetno več od vsakega transplantiranca ali dializnika... Zakaj potem samoočitje, porojeno iz zdravnikove pripombe: »To je pa drago?«

Kadar koli sem lahko izbral med škrbasto babo in mladenko z biserno belim nasmehom, sem se odločil za



Toni Gašperič

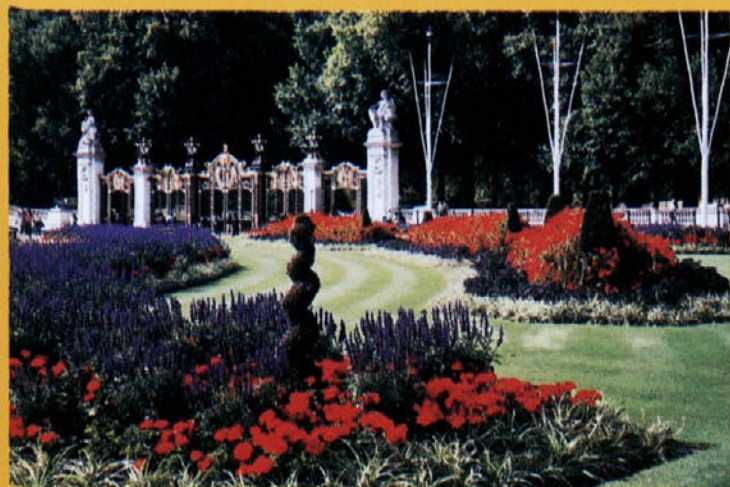
drugo. Če mi je kdo ponujal kos namazanega kruha in gnilo jabolko, sem izbral prvo. Celó pri odločitvi, ali Jovan Vesel – Koseski ali Prešeren, sem segel po Francetovih Poezijah. Zaradi lepote čustev, zavoljo globočine misli in ne nazadnje zaradi tekočega, nespotikajočega se jezika.

Nihče pa se ni nikoli postavil predme z iztegnjenima rokama in bi imel v levi roki zdravje, v desni pa bolezen ter bi rekel: »Izberi!«

Sem trapast, priznam, kako si sicer lahko razložite to, da sem se odpovedal dedovanju lepe hiše ob morju? Ali to, da sem odklonil štirinajstdnevno topliško rehabilitacijo po spiralnem zlomu leve zadnje noge? Težko boste verjeli, toda taščo sem že trikrat peljal na mestno pokopališče, da je odnesla na grob rože rajnkemu možu, in ko je opravila, kar je želela, sem jo odpeljal celo nazaj. Kateri zet v deželi Kranjski, ljudje, bi storil še kaj tako nespametnega, lepo vas prosim?

Kljub tej moji blaznosti ali kako naj imenujem svoja početja, bi se, verjemite, odločil za zdravje. Pa četudi zaradi te odločitve ne bi nikoli spustil po grlu niti enega cellcepta, sandimmuna ali medrola. Teh tako dragih tablet! Kajti prisežem: nisem mahnjen na ekskluzive in še nikoli si nisem kupil niti najmanjše reči v kakšnem butiku, kaj šele da bi padal na trepalnice ob dragih avtomobilih, urah ali ob znanih znamkah copat, gat ali smuči. Raje bi zdrav glodal korenje in veliko raje bi desetkrat obiskal kakšno napol razgaljeno deklino kot enkrat samkrat še tako študirane in urejene dohtarja. Pa naj ima pred svojim imenom in priimkom titul za cela vrata po širini in dolžini.

Toni Gašperič





Naslednja številka revije

Prispevke sprejemamo

Pošljite jih na elektronski

mojca.lorencic@ dne

Prispevke na disketah,

fotografije pošljite na n

Mojca Lorenčič

Trg komandanta Staneta 6

1000 Ljubljana

(telefonska številka urednice: 01/50 75 634)

NARODNA IN UNIVERZITETNA KNJIŽNICA

II 360 693 2003



900301704,5

COBISS

SESTAVIL EDI KLASINEC	KDOR KAJ SPREO- BRAČA	PROZOR- NOST	UPORNIK	PRVOTNI PREBIVALCI V AVSTRALIJI	VITEK LOVSKI PES	BODEČ PLEVEL	PAVEL KOSEC	ŠKOTSKA PEVKA (SHEENA)	USTVAR- JALNOST	STARODAV- NA JAPON- SKA PRE- STOLNICA	SINGA- PURSKI MODNI KREATOR	SRBSKO MESTO ZNANO PO SIRU	POLJ- ESTRSKO VLAKNO
BOJAZ- LJIVOST													
VNETO PREISKO- VANJE													
TEŽKO DELO, GARANJE							AVSTRIJSKI MENEDŽER ANICA GLADEK						
KOLUM- BIJSKI BOKSAR (JULIO)					ČEŠKI KAMION PLEMENSKA SVINJA						NIKELJ MARJINA TRAVA		
VEČJA OKUSNA MORSKA RIBA						NAGON, INSTINKT SLAVKO AVSENIK				BAJKA STOLETJE			
BREDA PODPEČAN			PERNATA ŽIVAL PODIČ ZA SUŠENJE PROSA				VEST						
REKA V ZAHODNI MAKE- DONIJI							DEL LJUBLJANE	AM. PISEC (ERICH) EDI DEŽMAN					
PULJSKA ZNAME- NITOST						PEVKA ŠTOK BRAT PO ENEM STARŠU						CELINA ONSTRAN ATLANTIKA	SOVJETSKI FIZIK (VLADIMIR)
NEVARNE PODVODNE SKALE					TLA FOTO- GRAFSKI APARAT				IZ BESED STON + ROVT	HOTEL V SPLITU SOČUTJE			
ZAČETEK ŠTETJA				KOMAD LOVEC (LJUDSKO)				ORODJE (STAR.)	KOVAČ IZ WAGNER- JEVE OPERE SIEGFRIED				
VINKO TRINKAUS			MESTO V UKRAJINI ORODJE ŽANJIC						TELIČEK				
GLASBENA SKUPINA									KEMIK ONSAGER PRALNI PRAŠEK				
NAŠ ROKO- METAŠ (GREGORI)							DANSKI OTOK NOBELJ				IVAN LEVAR TINA MAZE		
ŽENSKÉ, KI GOVORIJO ESPERANTO													
CVETKA TRČEK			BIVŠI KOŠARKAR TVRDIČ					POZAVNIST SENE- GAČNIK					