

Florence Nightingale

(Ob petdesetletnici njene smrti)

Med. s. Dina Urbančič



Letos dne 13. avgusta je minilo 50 let, odkar je umrla Florence Nightingale. Medicinske sestre čutimo dolžnost, da ob tej obletnici posvetimo nekaj misli tej veliki ženi — mednarodni zdravstveni pionirki.

Florence Nightingale (izg. florens najtingejl) je bila rojena leta 1820 kot druga hči premožne viktorijanske* družine. Bogati starši so ji — v tisti dobi, ko je bila izobrazba privilegij zgornjih plasti angleške družbe — mogli nuditi odlično izobrazbo in tako si je širila obzorje z večkratnimi potovanji po Evropi in deželah srednjega Vzhoda. Poleg materinščine je obvladala francoski, nemški in italijanski jezik. Še posebno uspešna pa je bila v matematiki in v poznavanju klasikov.

Poznanstva z odličniki takratne družbe, ki jih je vzpostavila doma in na potovanjih izven meja svoje domovine, je vzdrževala in jih uporabila tudi pri svojem delu.

Sprejela je bogato udobje, v katerem se je rodila, vendar so ji, od njene zrele dobe dalje, pomenile materialne dobrine le sredstvo za delo, ki ga je posvetila ubogim, bolnim in v občestvu prizadetim. Pri tem si pa nikakor ne smemo misliti, kakor da je bila Florence Nightingale sentimentalna dobrodelna gospa, ki deli miloščino iz neke mode »plemenitih« aristokratskih gospa. Ne, njeno delo je bilo drugačne vrste.

Nadarjena, duhovita, lepa in široko razgledana je imela vse možnosti, da bi — kar je bila tudi želja njenih staršev — blestela po salonih takratne viktorijanske družbe. Vendar se to pametno dekle ni moglo sprijazniti z življenjem, katerega edini smoter naj bi bil trošenje visoke rente za razkošno in lagodno življenje. Življenje, kakor je čutila, naj bi imelo globlji socialni smoter. Želja po delu za blaginjo sočloveka je postala v njej imperativ, ko je krenila iz svojega udobnega sveta in se razgledala po bednem življenju v kočah tekstilnih delavcev v bližini domačega dvorca. V teh kočah je videla le revščino, trpljenje in obup — pač posledice brutalnega izkoriščanja delavcev v industriji 19. stoletja. Po svojih močeh je skušala to bedo lajšati s tem, da je nabavljala za bolnike velike količine perila, hrane in drugih potrebščin. Vendar je pri vsem tem čutila, da to ni zdravljenje zla pri korenini.

* viktorijanska se po navadi imenuje družina iz zgornjih plasti angleške družbe v dobi kraljice Viktorije (1837—1901). — Op. pis.

Želela je postati prostovoljna bolniška negovalka v bolnici. Toda zaradi nasprotovanja staršev se ji je ta želja izpolnila šele mnogo let kasneje.

Kot 24-letno dekle si je tako kakor njeni sodobniki mislila, da so za lajšanje bolnikovih tegob in trpljenja potrebne samo lastnosti, kot so »nežnost, sočutje, dobrotljivost in potrpežljivost.« Toda že v kratki dobi, ko je negovala svojo bolno staro mater in svojo staro vzgojiteljico, si je Florence Nightingale pridobila v tem opravilu dragocene izkušnje. Uvidela je, da sta za nego bolnika poleg teh lastnosti potrebni še obsežno znanje in spretnost. To njeno spoznanje, ki ga je nešteto krat utemeljevala, je bilo za takratno dobo zelo napredno in je imelo daljnosežen pomen. Na osnovi tega načela namreč je kasneje ustanovila prvo šolo za sestre kot učno ustanovo in s tem odklonila sistem zgolj ročnega priučevanja bolniških negovalk. Utemeljila je poklic šolanih civilnih sester, ki naj v takratnih bolnišnicah zamenjajo negovalke v položaju »služkinj«.

Nege ob zdravljenju v najširšem pomenu besede in nege za ohranitev zdravja, kot jo je pojmovala in utemeljevala Florence Nightingale, se je treba učiti. Zastavila si je vprašanje: Kje? V Angliji takrat ni bilo šol za bolniške negovalke. Tudi v drugih državah, kjer so že imeli več ali manj organizirane oblike za usposabljanje bolniških negovalk, pretežno v okviru redovniških organizacij, še ni bila opredeljena učna snov, ki bi jo bilo treba znati za strokovno opravljanje te službe. Bolnišnice so bile odsvit dobe in razmer. Bile so namenjene brezpravnim in obubožanim, torej zadnje zatočišče tistih, ki bodisi niso imeli doma ali pa ne človeka, ki bi jih v boleznih negoval. Navadno so bile te bolnišnice pod isto streho kakor ubožnice. Nesnaga, smrad, revščina in slabo lajšano trpljenje so bile značilnosti teh ustanov.* Bolniško nego so opravljale laične žene. V spisih o zgodovinskem razvoju sestrskega poklica se navaja, da so te žene bile podkupljive, večkrat tudi dvomljive nravnosti, žene, ki so prepogosto slabo prestajale preizkušnjo, da svojo nezadostno plačo dopolnijo z izsiljevanjem podkupnin, s prodajo zdravil ali celo hrane, namenjene bolnikom. Poznamo jih tudi iz romanov C. Dickensa. Po drugi strani pa je bilo skrajno slabo poskrbljeno za njihovo prehrano in stanovanje in njih delovni čas je bil omejen le po njih fizični zdržljivosti. Nič čudnega, če so se v takem položaju in v tako morečem okolju vdajale pijančevanju in nezdravi pozabi. Nič čudnega tudi, da so starši Florence Nightingale nasprotovali njeni odločitvi in s tem zavlačevali njeno uresničenje.

Toda časa ni izgubljala. Na svojih potovanjih po tujini se je mudila po bolnicah in sirotišnicah, se zanimala za njih organizacijo, pridno zbirala podatke in se učila nege bolnikov. V Italiji je bila nekaj časa v Rimu v Konventu Trinitá dei Monti, v Parizu v sloviti bolnici Hotel Dieu in drugod. Dvakrat

* Da osvetlimo raven takratnih bolnišnic, naj po vrstnem redu navedemo nekaj podatkov iz »Calendar of London Hospital«: Leta 1772 se uvedejo železne postelje. Od leta 1780 morajo kirurgi biti člani Društva kirurgov v Londonu. Leta 1781 dobi mr. Blisart dovoljenje, da predava o anatomiji in ranocelništvu. Leta 1791 je nabavljen en termometer. V letu 1794 je prirejen prvi cikel predavanj o kirurgiji. Leta 1820 nabavijo nekaj pernatih postelj za posebne primere. Leta 1830 napeljejo plinsko ogrevanje po hodnikih, ne pa v sobah. Leta 1833 izide okrožnica, da smejo deliti zdravila samo tiste sestre, ki znajo čitati in pisati. Leta 1849 nabavijo prvi mikroskop. Leta 1852 sklene bolnišnični odbor, da apotekar ni primerna oseba za aplikacijo kloroforma. Leta 1856 je miss Florence Nightingale izvoljena za dosmrtno upraviteljico. Leta 1896 uvedejo rentgenski aparat.

je obiskala Inštitut za diakonise (bolniške strežnice) v Kaiserswerthu v Nemčiji (protestantska ustanova za usposabljanje civilnih negovalk — z omejeno svobodo v zasebnem življenju), kjer se je vključila v šolanje. Spoštljivo se je izrazila o resnosti organizacije, imenovala ta inštitut svoj »duhovni dom«, toda o obsegu in ravni strokovnega pouka diakonis ni imela posebno laskavega mnenja. V njej je dozoreval koncept vsebine, ki bi jo morala imeti šola za sestre. Kasneje je šla ponovno v Pariz in se končno vključila v tečaj za negobolnika v bolnišnici Maison de la Providence, ki ga pa ni končala, ker je zbolela. V bolnici ni bila zadovoljna z nego, ki je bila deležna, toda tudi to je bila zanjo šola, kaj naj bi bila nega bolnika.

Še isto leto je prevzela vodstvo neke londonske bolnišnice (ki se je v dobesednem prevodu imenovala: Ustanova za plemenite žene v bolezni), v kateri je do podrobnosti organizirala negovalsko službo. Izdelala je pravila, s katerimi so bile natančno določene dolžnosti osebja. Poskrbela je tudi za marsikatero tehnične preureditve. Tako n. pr. je dala napeljati toplo vodo, napraviti jaške za dviganje hrane in bremen, preuredila je kuhinjo itd. Z odborom »plemenitih«¹ gospa, ki so upravljale to bolnišnico, pa je imela veliko težav. Saj je morala reševati celó spor, ki se nam dandanes zdi kar nerazumljiv. Odbornice, ki so vse bile pripadnice anglikanske cerkve, so hotele, da bi se v to bolnišnico — Florence Nightingale jo je nekoliko podsmehljivo imenovala »sanatorij za bolne guvernantke pod upravo odbora plemenitih gospa«² — sprejemale samo bolnice anglikanske veroizpovedi. Toda Florence Nightingale, neplačana ravnateljica ustanove, se je temu uprla in zmagala. Sprejemala je ne glede na njih veroizpoved vse bolnice, ki so bile potrebne pomoči. Vsekakor je tudi njeno stališče v tem sporu zanjo značilno.

Spomladi leta 1854 se je britanska armada vkrcala za pohod v krimsko vojno, v kateri so Anglija, Francija in Turčija napadle Rusijo. V septembru so se čete te trozveze izkrcale na Krimu. Iz zaledja fronte so ranjence prevažali s pomorskimi transporti v Skutari ob Bosporu.

Kmalu je postalo očitno, da so v angleški vojski grobe organizacijske slabosti in korupcija, in to zlasti v vojni sanitetni službi. Bolnišnica v Skutariju, ki jo je turška vlada odstopila angleški armadi, je bila že po prvem transportu ranjencev prenatrpano in ušivo brezno, polno trpljenja in nalezljivih bolezni. Ranjence vseh naslednjih transportov so nameščali po razpadajočih neopremljenih barakah kar na gola tla, kjer so umirali za »vojno gangreno«, za nalezljivimi boleznimi, nemalo od njih pa celo od žeje in gladu. Skupno je šlo skozi skutarski lazaret svojih 12 000 ranjencev in bolnikov.

Angleško ljudstvo, ki je spomladi odhajajoči vojski vzklikalo k zmagi in verovalo v red angleške armade, je bilo prepadeno in ogorčeno, ko je dnevnik Times objavil članek, v katerem je vojni dopisnik razgalil te strahotne razmere v skutarskem lazaretu in nečloveški odnos do ranjenih in bolnih vojakov.

Ob primerjavi razmer v sanitetni službi francoske vojske se je v Timesu pojavilo očitajoče vprašanje: »Zakaj nimamo v Angliji usmiljenih sester?«

Florence Nightingale je razmislila, se odločila in svojemu prijatelju siru Sidneyu Herbertu, takratnemu sekretarju vojske, napisala pismo. Sporočila mu je, da je pripravljena iti s skupino žena v Skutari in tam prevzeti vodstvo negovalske službe. Pri tem je zanimivo, da se je njeno pismo križalo z njegovim,

v katerem jo sir Sidney Herbert sam prosi, naj to stori. Tako je zbrala 38 žena, za katerimi so pozneje seveda prihajale še nove skupine.

»Če to uspe,« je izjavil Sidney Herbert, »bo storjeno veliko dobro delo... predsodek bo razbit in vzpostavljen bo precedens, ki bo pomnožil to dobro delo za vse čase...«

In je uspelo. Naloga, pred katero se je znašla ta »odprava«, je bila zelo velika. Podroben opis bi presegal okvir tega članka. Zato naj samo z nekaj podatki predočimo bralcu okoliščine, v katerih se je Florence Nightingale s svojimi sodelavkami znašla v skutarskem lazaretu. Ranjenci so bili »operirani« kar na tleh, saj ni bilo niti opreme niti osnovnih pripomočkov za nego, kot n. pr. obvezilnega materiala, posteljnine, jedilne posode in pribora. Preskrba z vodo je bila skrajno nezadostna, kanalizacije pa sploh nobene. Ekskremente bolnikov so odlagali kar v sode ob barakah. Skratka, našle niso nič drugega kakor prenatrpane barake, polne trpljenja in umiranja, nedohranjenih bolnikov ter zajedavcev živalskega in človeškega porekla. Veliko težav je imela z osebjem, na katero je tam naletela. Večina je namreč z zdravniki vred gledala v novo-došlih ženah zgolj avanturistke. Obenem pa so jim bile te žene, ki so se lotile trdega dela z vso resnostjo in samoodpovedjo, ogledalo njihove nesposobnosti in očitek vesti.

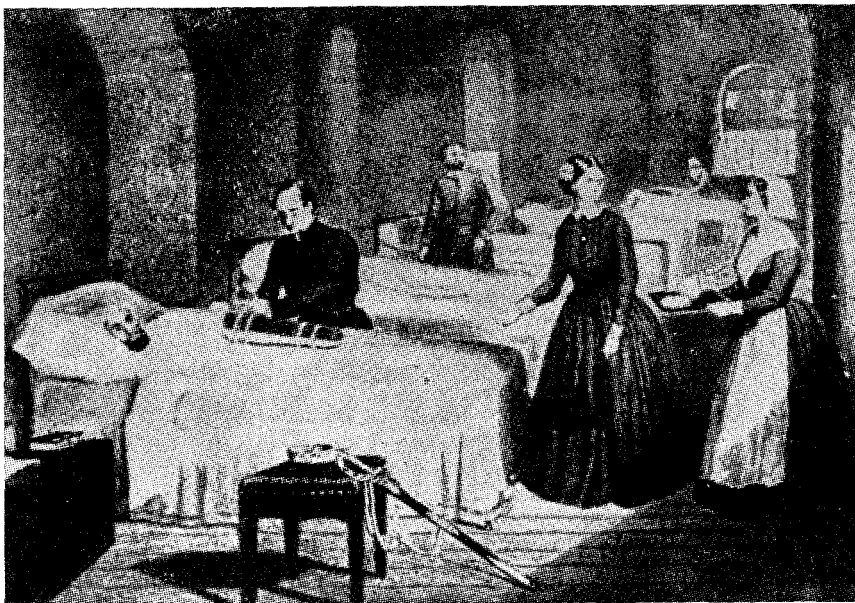
Delo je terjalo veliko organizacijskih sposobnosti in mnogo takta. Sodelovanje, ne pa ukazovanje in slepa pokorščina, to je bil način dela, s katerim je Florence Nightingale zmagala. Ker je imela potrebna pooblastila Vojaškega urada, ji je uspelo urediti tudi materialne pogoje za poslovanje bolnišnice. V prvi naročilnici, ki jo je dostavila Vojnemu uradu, je poleg drugega zahtevala tudi 500 ščetk za ribanje.

Povrh vseh upravnih dolžnosti pa je tudi sama osebno negovala bolnike. Znani so njeni nočni obhodi po bolnišnici, ko je z leščerbo v roki hodila po barakah, da pogleda, če je vse v redu, da poreče temu bodrilno besedo, se onemu spodbudno nasmehne ipd. Ti njeni nočni obhodi so postali že kar legendarni. Takole pravi o njej Longfellow v svoji pesmi »Žena s svetilko«:

Počasi kot v snu
vzljubil je nemi trpin
njeno senco, rišočo
se v mračne zidove.

V svoji dejavnosti pa se ni omejevala le na upravljanje lazareta in na vsakdanjo nego ob bolniški postelji. Bila je obenem v pravem pomenu besede tudi socialna delavka. Ko je videla, kako se vojaki vdajajo pijančevanju in razvratu, je v vojaškem taborišču Skutariju organizirala čitalnico. Poskrbela je za zdravo razvedrilo vojakov in prebolevalnikov z ustanovitvijo klubov, kjer so imeli možnosti za razne igre. V svoji pisarni pa je uredila nekakšno vojno hranilnico. Vanjo so ranjenci in drugi vojaki vlagali prihranke od svojih plač. Te prihranke je s posredovanjem pri kraljici Viktoriji po zanesljivi uradni poti pošiljala njihovim svojcem v domovino. Nešteto angleških družin je prejelo pisma, ki jih je v imenu huje bolnih in umirajočih pisala Florence Nightingale.

Pisanje dolgih uradnih poročil in privatnih pisem Sidneyu Herbertu (zadnjih je bilo 30 po številu) je bilo njeno redno nočno delo.



Razmere v bolnici v Skutariju so se končno uredile. Florence Nightingale nadzira nego bolnikov

Po vsem tem se zdi skoraj neverjetno, da bi to ne presegalo fizične zmogljivosti žene. In resnično je tedaj bila v težki preizkušnji tudi njena psihična zdržljivost, saj ni manjkalo kovarstva, obtožb in intrig, ki so segale do generalnega štaba angleške armade in do angleške vlade, vse dokler ni med dnevnimi ukazi generalnega štaba izšel razglas: »Vlada njenega Veličanstva kraljice imenuje miss Florence Nightingale za generalno ravnateljico ženske bolničarske službe v vseh vojaških bolnišnicah armade. Nobena gospa, sestra ali bolničarka ne more biti premeščena iz ene bolnišnice v drugo brez odobrenja miss Nightingale. Glavni funkcionar za zdravstvo v armadi se mora z miss Nightingale posvetovati v vseh zadevah, ki se tičejo ženske bolničarske službe.«

Vzdržala je in zmagala s trdim delom v svojem izrednem nagnjenju, da pomaga sočloveku. Postavila si je cilj, da utemelji in, kot je dovolj jasno povedala sama, da uveljavi »civilni poklic za žene in ne novega sestrskega reda«. Predvsem pa je zmagala zato, ker je imela podporo angleškega ljudstva, ki je spremljalo njeno delo, saj so za angleško javnost imela največ veljave pač pisma ranjencev, ki so v njih poročali domov o njenem delu.

Med vojno je zbolela za »krimsko mrzlico«, domnevno za trebušnim tifusom ali za pegavico. Po zasilnem okrevanju je nadaljevala svoje delo v Skutariju. Od tedaj si zdravstveno vse življenje ni več povsem opomogla.

Iz vojne brez slave je slavno izšla samo Florence Nightingale. Admiraliteta ji je ponudila križarko, da se z njo vrne v domovino, kjer ji je angleški narod pripravljaval slavnosten sprejem. Toda izognila se je temu in se meseca julija 1856 – šest mesecev po končani vojni – vkrcala v Carigradu na parnik, ki jo

je pripeljal do Marseilla. Potovala je inkognito kot miss Smith vse do svojega rojstnega doma. V svoj dnevnik je zapisala: »Moji nesrečni fantje! Slaba mati sem, ker sem vas pustila same v krimskih grobovih. 73 % iz osmih regimentov vas počiva tam! In ni vas ubila sovražnikova krogla. V kratkem razdobju 6 mesecev ste pomrli za strašnimi boleznimi, pred katerimi vas nismo znali obvarovati! Toda kdo neki zdaj še misli na vse to? ...«

Angleški narod se ji je oddolžil z ustanovitvijo »Sklada Florence Nightingale za vzdrževanje šolanja in za varstvo sester in bolniškega strežnega osebja.« Ob njenem povratku je bila zbrana že ogromna vsota. Vendar so zdravniki še vedno ostali skeptični.

Ko je Florence Nightingale zvedela za ta fond, ga je sprejela, vendar s pogojem, da ga uporabi šele čez nekaj let. Imela je namreč v načrtu drugo delo, obenem pa je izrazila bojazen, da ji zdravje najbrž ne bo dopuščalo težjih nalog. Ostala je do smrti več ali manj invalidka, priklenjena na voziček.

Skozi 40 let aktivnega življenja je bilo njeno stanovanje kraj sej, sestankov in posvetovanj. Prva leta po krimski vojni se je posvetila delu za reformo zdravstvene službe v armadi, sodelovala je v vojaških odborih, zbirala podatke in sestavljala poročila. Leta 1859 in še nekaj let nato se je z vsem srcem posvetila sodelovanju v Kraljevski komisiji za zdravstveno službo v Indiji. Poročilu te komisije je bila priključena drobna rdeča knjižica z naslovom »Pripombe miss Nightingale«, o kateri se je šef oddelka za zdravstvo pri Uradu za Indijo mnogo let kasneje izrazil takole: »Ni bila modra knjižica iz leta 1863 (torej poročilo kraljevske komisije same — op. pis.), ki je ni pravzaprav nihče bral, pač pa neka rdeča knjižica (t. j. pripombe Florence Nightingale — op. pis.), ki nas je takrat osramotila, a nam vendar ogromno koristila.« Njeno živo zanimanje za reforme v zdravstveni službi pri Armadi v Indiji je prodrlo do osnovnejših vprašanj, kot n. pr. tudi do grozotne lakote v Indiji in potrebe po namakalnih delih. V pismu iz leta 1877 pravi: »Čemu vsi poizkusi, da ohranite ljudem zdravje, če jih pa ne morete ohraniti pri življenju? Da si zdrav, moraš predvsem biti živ!«

Leta 1860 je bila ustanovljena Šola za sestre Florence Nightingale pri bolnišnici St. Thomas v Londonu. Namen šole je bil, da izšola sestre, ki bodo sposobne šolati druge. Sestre te šole naj bi prevzele delo v bolnišnicah, od leta 1870 dalje pa bolnike negovale tudi po privatnih domovih. Absolventke te šole naj bi bile pionirke, ki naj bi dvigale raven sestrске dejavnosti. Te pa Florence Nightingale, kot razberemo iz njenega dela Beležke o negi (Notes on Nursing), ni omejevala zgolj na nego ob bolniški postelji, ampak jo je pojmovala kot dejavnost, prepleteno z vsemi komponentami socialnomedicinskega, preventivnega in zdravstvenovzgojnega dela.

Poznavalci učnega načrta, ki ga je sestavila za to šolo, sicer omenjajo, da se zde nekatere podrobnosti tega načrta danes morda zastarele, vendar pa so načela tega skrbno pripravljenega načrta in koncept eksperimentalne šole tisto, kar je še danes strokovno in pedagoško napredno.

Zlasti sta bili napredni dve stališči, ki ju je uveljavljala Florence Nightingale glede vzgoje sester. 1. Finančna neodvisnost, ki šoli zagotavlja ustrezno raven brez kake obveznosti, da bi bolnišnico oskrbovala s ceneno delovno silo učenk. 2. Izbira in nadzorstvo nad bolniškim osebjem, ki ima učne obveznosti



Portret Florence Nightingale po vrnitvi s Krima. Na obrazu so dobro vidni sledovi prestanih naporov in trpljenja. (Portret izdelan po naročilu kraljice Viktorije.)

v zvezi z vzgojo učenk, mora biti v pristojnosti voditeljice šole (voditeljica šole je tedaj bila hkrati tudi matrona, t. j. glavna sestra bolnišnice — op. pis.).

Ker je Florence Nightingale malokdaj šla z doma, so voditeljice šol — teh je bilo kasneje več — prihajale k njej in se posvetovale z njo o vsem, kar se tiče organizacije in pouka. Bila je v stalnem stiku z inštruktorkami. Po letu 1873 so jo začele redno obiskovati tudi učenke iz sestrške šole pri bolnišnici St. Thomas. Ti obiski niso bili družabne vrste. Ob takih obiskih je pregledala dnevnik iz njihove vsakdanje prakse, da bi ocenila, kako posamezne učenke napredujejo, predvsem pa, da bi videla, na kakšni ravni je pouk, ki so ga deležne. Delala si je zapiske o teh razgovorih. Ohranjenih je nad 80 takih zapiskov, iz katerih se da razbrati njeno mnenje o pedagoških sposobnostih inštruktork.

Vsako leto je poslala na novo sprejetim učenkam pismo. Naj podamo iz teh pisem nekaj njenih misli: »Žena, ki ima sentimentalne poglede na sestrsko službo (in jo imenuje božjo strežbo, ker se šteje za angela), je seveda manj kot nekoristna...« dalje: »Žena, ki meni, da se žrtvuje, se ne bo obnesla; žena, ki misli, da je katerokoli delo v negi nevredno sestre, bo enostavno samo v napoto...« in dalje: »Za nas, ki opravljamo sestrsko delo, je važno, da rastemo vsako leto, vsak mesec, vsak dan, sicer vam zagotavljam, da nazadujemo...« in dalje »domišljavost in dobro sestrsko dela sta dve nezdružljivi stvari«.

Iz njene šole so izšle sestre, ki so prevzele pionirsko delo v novo ustanovljenih šolah po drugih državah: v Ameriki, Kanadi, na Japonskem, na Kitajskem, v Indiji, Novi Zelandiji, Avstraliji in drugod. Iz razpoložljive literature je razvidno, da je odšla na novo delovno mesto vedno skupina od petih do

devetih nightingalskih (izg. najtingelskih) sestra. Odlična kadrovska politika! Po navedbi Nikice Blagojević sta bili ob ustanovitvi šole za sestre v Beogradu leta 1921 med prvimi inštruktorkami tudi dve nightingalski sestri.

V štiridesetih letih po svojem umiku iz službe in družabnega življenja je delala neodvisno, ker je bila tudi materialno neodvisna; živela je od rente. Vseh njenih del, bodisi da so izšla v tisku za širšo javnost ali pa so krožila privatno, je skupno 140. Med njimi so knjige, brošure, članki, predavanja, poročila, okrožnice, pisma itd. Obravnavala je vrsto vprašanj, in sicer nego bolnikov, organizacijo in sanitarno ureditev bolnišnic, vprašanja asanacij in zdravja, vštevši statistiko. Dalje je pisala o problemih izseljevanja, o disciplini in kazni, o razmerah v Indiji, o varčnosti in celo o pticah, po svoje tudi o ženskem gibanju. Njena knjiga »Beleške o bolnišnicah«, objavljena leta 1858, v kateri propagira funkcionalno smotno in higiensko gradnjo bolnišnic, je bila sprejeta kot »izredni prispevek sanitarne vede za zdravstvene ustanove«. Imponirala je takratnim oblastem in javnosti s svojimi deli, ki so bila vedno dobro pripravljena in so vedno temeljila na statističnih podatkih.

Leta 1859 je izšla njena knjiga: »Beleške o negi« s podnaslovom »Kaj je in kaj ni«, v izvorniku: »Notes on Nursing — What it is and what it is not«. Njen življenjepisec Edward Cook ocenjuje to delo kot »najbolj znano in v nekem smislu najboljšo njeno knjigo«. Tudi je res, da nam njena rahločutna razmišljanja v tej knjigi povedo več o osebnosti te žene kakor pa življenjepisi, ki so nam na razpolago. Že sam slog — že način njenega pisanja privlači bralca, ko mu vedno znova v živih slikah postreže s primeri iz svojih bogatih izkušenj in široke razgledanosti.

Namenila je to knjigo poklicni negovalki v bolnišnici in na terenu in sleherni ženi, ker je po njenem, kot pravi v predgovoru, »vsaka žena slej ko prej v svojem življenju odgovorna za zdravje nekoga, bodisi da je to otrok ali invalid, z drugimi besedami, vsaka žena je negovalka.« Drugi izdaji te knjige je dodala še poglavje o negi otrok.

V vsem tekstu obravnava le načela. Neposredno in živo razpravlja z bralcem in ga uvaža v razmišljanje. Popolnoma opušča pouk o tehniki tega in onega opravila pri bolniku. Sama pravi: »ne zato, ker bi po važnosti zapostavljala poznavanje tehnike in obvladovanje veščin, ampak zato, ker se to ne da naučiti iz knjig, pač pa le na dobro organiziranem bolniškem oddelku... Gotovo je to resnica, ki danes velja toliko bolj, kolikor več je pri negi in zdravljenju bolnika tehničnih opravil, ki jih po zdravnikovem naročilu izvaja negovalsko osebje.

Knjiga ima naslednja poglavja: Predgovor. Zračenje in ogrevanje. Higiena stanovanj. Drobnoupravljanje. Nemir. Sprememba. Prehrana. Kakšna hrana? Postelja in posteljnina. Razsvetljava. Snaga prostorov. Osebna snaga. Pogovori o upih in nasvetih. Opazovanje bolnika. Zaključek. Dodatek z ustreznim komentarjem in dvema statističnima tabelama o številu in starosti žena, zaposlenih v negi po upravnih okoliših Velike Britanije.

Navajamo v prevodu nekaj njenih misli iz knjige »Beleške o negi«, predvsem z namenom, da bralci lahko sami ocenijo, kako napredne so bile njene ideje pred sto leti in kako so aktualne še danes.

V predgovoru: »Nimam namena učiti, pač pa pozivam žene, da se same uče in s tem namenom tvegam nekaj napotkov in namigov.«

V poglavju o ventilaciji in higieni stanovanj kritizira način propagande za gradnjo nove bolnišnice za otroke in nove ženske bolnišnice v Londonu, propagande, ki se je v časopisih pojavila takole: »Vsako leto umre v Londonu več kot 25 000 otrok v starosti pod 10 let; zato potrebujemo otroško bolnišnico.« Ali pa: »Naše žene so zdravstveno popolnoma neprosvetljene, zato potrebujemo bolnišnico za žene.« »Dobro,« pravi Florence Nightingale, »oboje je bridko res, toda vemo, do so vzroki velike umrljivosti otrok v tem, ker primanjkuje snage, ker ni potrebne ventilacije, ker se ne belijo stanovanja, ker ni pravilne prehrane — skratka, ker po gospodinjskih ni prave higiene. Prav tako poznamo ukrepe, kako temu odpomoči, in gotovo ni ustanovitev otroške bolnišnice prvi med temi ukrepi...«

»...Žene, predvsem žene moramo zdravstveno prosvetliti o higieni gospodinjstva...«

»...Ali je ta prezigodnja umrljivost nujna...?« »Mar je Narava res namenila materam, da bodo neprestano v zdravniškem spremstvu? Ali je morda bolje, da se učimo klavir, ničesar pa ne o zakonih, ki veljajo za ohranitev naraščaja?«

»...medtem ko vsako šoloobvezno dekle učimo osnove astronomije, pa mater, učiteljic, vzgojiteljic in bolniških negovalk ne učimo ničesar o teh zakonih.«

Iz poglavja o ogrevanju: »Skrbna sestra bo vedno pazila na bolnika, zlasti na slabotne, kronične in bolnike v kolapsu, da jih obvaruje pred posledicami zaradi izgube telesne temperature — zaradi samoohladitve.

Med drugim se v tem poglavju bori tudi proti praznoverju, češ da je nočni zrak škodljiv: ... »Ponoči je zunaj in v stanovanju 'nočni zrak', izbira je le med dobrim 'nočnim' zrakom zunaj in slabim 'nočnim' zrakom v stanovanju.«

O higieni stanovanj:

»Pet je osnovnih pogojev za vzdrževanje zdravja v domovih: 1. čist zrak, 2. čista voda, 3. temeljito odstranjevanje odplak, 4. snaga in 5. svetloba.

... Če bi zavarovalne družbe razumele, da je njim samim v prid, če plačajo sanitarnega inšpektorja, ki bi nadzoroval hiše, v katerih živijo njih klienti, bi se tudi špekulativni arhitekti spametovali.«

V tem poglavju med drugim tudi ostro kritizira izbiro najslabših sob v stanovanjih za gospodinjske pomočnice ter pomanjkljivo nadzorstvo nad vzdrževanjem snage v teh sobah.

In dalje: »Pomanjkanje svetlobe otrokom zavira rast, pospešuje pri njih škrofulozo, rahitis in drugo.«

»...Toda po mnogih krajih na deželi uporabljajo za gospodinjstvo zelo onečiščeno vodo iz vodnjaka. In če se pojavi epidemija, bodo skoraj gotovo zopet trpeli ljudje, ki uporabljajo tako vodo...«

»...če ne vzdržujemo snage v hiši ali okoli nje, je skoraj brez koristi tudi ventilacija...«

»...poleg kupov smeti so pa še drugi načini, po katerih se v hiši zadržuje nesnaga: stare papirnate zidne tapete, umazane preproge, nečiščeno pohištvo so prav tako pripravn viri onesnaženja...«

»Ljudje so po svoji vzgoji in navadah tako malo vajeni razmišljati o tem, kako bi vzdrževali svoje domove zdrave, da bodisi sploh ne razmišljajo o tem

ali pa sprejmejo bolezen kot samo po sebi umeven pojav, ki ga je treba pripisati roki Previdnosti...»

V poglavju »Drobno upravljanje« pa govori vodilnim sestram: »Uspeh nege v tem smislu, kot jo razčlenjujemo v tej knjižici, lahko povsem uničimo ali pa ga celo onemogočimo, če nismo zmožni upravljanja ali, z drugimi besedami, če ne znamo urediti tako, da bo vse, kar se stori v naši prisotnosti, storjeno tudi takrat, kadar nas ni. Naj bo kdo, bodisi prijatelj ali sestra, stvari še tako predan, ne more biti vedno prisoten (podčrtala F. N.). Niti ni zaželeno, da bi bil. In tudi če žrtvuje svoje zdravje in se odpove drugim dolžnostim, bo taka sestra zaradi nesposobnosti upravljanja in sodelovanja manj uspešna kakor tista, ki je manj predana, a je zmožna pomnožiti samo sebe...»

»Zdi se, da nekateri ljudje kar ne morejo priznati, da je njim nekaj nemogoče... Če poskušamo nemogoče (podčrtala F. N.), ravno to »nemogoče« povečuje bolnikovo nestrpnost in nervoznost bolj kakor ne vem kaj drugega.«

»Biti odgovoren gotovo ne pomeni, da moramo opraviti vse sami. Temveč pomeni, da poskrbimo, da tudi vsi drugi store to in to, pomeni, da nihče niti hote niti iz nevednosti ne opusti, kar mora biti storjeno... Tudi ne pomeni, da nastavimo množico ljudi za vsako dolžnost, ampak da zagotovimo, da vsak opravi tisto dolžnost, za katero je bil postavljen.«

»Ubogati z razumom — v tem je pravi smisel discipline.«

Ponorčuje se iz stremuških matron in pravi:

»In zopet, se zdi, da so nekateri ljudje na odgovornih mestih ponosni v zavesti, da bodo pogrešani (podčrtala F. N.), češ da se nihče ne spozna na njihovo ureditev, njihov sistem, administracijo itd., temveč — samo oni. Zdi se mi, da je mesto za ponos v takem sistemu, ki ga zapopadejo in lahko prevzamejo tudi drugi, da poteka vse kot po navadi, ne da bi bil kdo pogrešan (podčrtala F. N.).

Iz poglavja o nemiru odseva kultura njenega vedenja in vsi njeni globoko humanitarni odnosi do sočloveka. V tem poglavju ne razpravlja samo o zunanjih vzrokih nemira, kot je loputanje z vrati, trda hoja, glasni pogovori itd. Veliko več misli posveča vzrokom in povodom, ki privedejo do bolnikovega duševnega nemira in tesnobe. Njeno razmišljanje tu je take vrste, da bi sodobni pisec dal poglavju naslov: »Načela duševne higiene v negi bolnika«, ali kaj podobnega.

Le drobec iz tega poglavja: »Tesnoba, negotovost, čakanje, pričakovanje, strah pred iznenadenjem so mnogim bolnikom bolj škodljivi kakor fizični napor.«

Iz poglavja »Sprememba«:

»Zapomni si: bolnik je ves čas iz oči v oči s svojim sovražnikom, neprestano v boju in v dolгих imaginarnih razgovorih z njim. Ti razmišljaš o drugih stvareh. Reši ga hitro njegovega nasprotnika — njegovih morečih misli — to je ob bolniku prvo pravilo...»

»Samo starejša sestra ali dolgotrajen bolnik lahko razumeta, kako zelo trpijo živci bolniku, ki mora gledati iste zidove, isti strop, isto okolje, ko je dolgo dobo tako rekoč obsojen na eno ali dve sobi...»

»...največ primerov depresije bomo našli med bolniki, ki so vklenjeni v monotonost neposrednega okolja.«

»Vpliv lepih predmetov, raznolikosti predmetov in še posebej razkošja barv na bolezen se komajda kaj upošteva.«

»... ne morem pozabiti vejice cvetočega grma, ki so mi jo prinesli, ko sem bila sama bolna; kar hitreje sem okrevala!«

»Ljudje pravijo, da vse to učinkuje samo na duševnost. Pa je ni take stvari! Tudi na telo vpliva! Čeprav malo vemo o tem, kako učinkuje na nas lik, barva, svetloba, vendar vemo, da dejansko učinkujejo tudi fizično.«

»Oblika, barva bosta bolnika osvobodila bolečih misli bolj kakor vsak argument...«

»Ročna zaposlitev pomeni razvedrilo, relaksacijo. Če bolniku ne damo prilike za ročno dejavnost, se povečuje razdražljivost, ki jo opazamo pri mnogih bolnikih... Nekoliko pletenja, pisanja, nekoliko čiščenja bi bila prav dobra relaksacija za bolnika, ki to lahko opravlja. Branje, čeprav največkrat edino, kar lahko počne, bolnika ne pomiri toliko.«

In o prehrani pravi med drugim tudi tole:

»... hranilna vrednost mleka in mlečnih jedi se premalo ceni... Maslo je najlažje prebavljiva vrsta živalske maščobe, čeprav ne vsebuje sladkorja in drugih sestavin, ki so v mleku... Sir je za bolnika težje prebavljiv, je pa odlično hranivo, čisto nadomestilo za izgubljene snovi...«

»Dieta, ob kateri zdrav človek ostane zdrav, lahko bolnika tako rekoč ubije.«

»Skrbno opazovanje bolnika je najboljši ključ k dobri dieti.«

»... črn kruh je zelo važen v dieti nekaterih bolnikov; lahko nadomesti odvajalna sredstva. Prav tako ovsen kolač.«

V poglavju »O vzdrževanju snage« toži nad slabo tehnično ureditvijo, ki otežkoča vzdrževanje snage, vendar pravi sestra: »Izgovarjati se s pregovorom, češ, kar ne moremo spremeniti, moramo prenašati, je za sestro najslabše stališče, ki ga more sprejeti. Potrpežljivost in resignacija so samo druge besede za nemarnost in brezbriznost — sprejemljive, če se tičejo nje — krive, če se tičejo bolnika.«

V knjigi ne manjka duhovitih opazk, njena kritika razmer je neposredna, o človeških slabostih govori z rahlo jedkim humorjem, vendar nikoli žaljivo.

Duhovita je oblika, v kateri piše uvod v poglavje »Pogovori o upih in nasvetih«. Izbere si obliko pisma, ki ga piše bolnik svojim svetovalcem. Takole ga napiše: »Moji svetovalci! Ime vam je Legija... Kakor se zdi, je nasploh poskrbljeno, da se že vsak mož, vsaka žena in vsak otrok šteje za poklicanega in upravičenega, da svetuje prav meni. Zakaj? Prav to bi rad vedel. Prav to sem vam hotel tudi povedati! Ni ga kraja v Angiji in ne izven nje, ki bi mi ga ne bili nasvetovali, in priporočali ste mi vse mogoče akrobacije, ki naj jih počnem... zalivam naj se z ne vem kakšnimi krepčili, ki so jih kdajkoli iztuh-tali. In to prav tedaj, ko so mi zdravniki, ki so najbolj poklicani, da kaj vedo, po dolgem in skrbnem zdravljenju prepovedali potovanje in vsako gibanje ter mi skrbno predpisali hrano in pijačo. Kaj bi rekli vi, moji svetovalci, če bi vi sami bili zdravniki in bi se jaz — bolnik ne držal vaših nasvetov, pač pa sledil priložnostnim svetovalcem? Toda miselnost vas in vaše Legije je v nečem skupna: nikoli ne pomislite, da delate vsi isto in da sem jaz, bolnik, zgolj zaradi

samoobrambe tako rekoč primoran (podčrtala F. N.) reči kot Rozalinda: Ne morem vsemu kaj.«

In dalje pravi Florence Nightingale: »Pogovori o upih‘ se zdi čuden naslov. Toda jaz resnično verjamem, da so nezdravi upi njihovih prijateljev za invalide ena najtežjih stvari, ki jih morajo prenašati. Ni je navade, proti kateri bi mogla ostreje govoriti, ker iz dolgoletnega dela z bolniki in iz svojih osebnih izkušenj le predobro poznam učinek neosnovanih spodbud. Zato resno apeliram na vse prijatelje, na vse obiskovalce in zdravstveno osebje, naj nehajo spodbujati bolnika s tem, da se površno izražajo o njegovem stanju in da pretiravajo z možnostjo njegovega ozdravljenja.«

»... Drugačna je stvar, če na primer zdravnik ali izkušena sestra pomiri zaskrbljeno ženo, ki čaka prvega poroda, in ji reče, da se ji ni treba nič bati, da ne bo nič izrednega, da naj se pripravi le na nekaj ur bolečin. Ta nasvet je čisto druge vrste in zelo učinkovito pomiri ženo, to je nasvet, ki temelji na izkušnjah, v prejšnjem primeru pa je neizkušeni svetoval bridko preizkušnemu.«

* * *

Še vse premalo smo povedali, da bi prav osvetlili osebnost Florence Nightingale in pomen njenega dela. Če smo s tem ob njenem zgledu vsaj malo poživili vnemo za delo in za napredek zdravstva, kateremu se je Florence Nightingale posvečala z vsem srcem in znanjem, smo vredno počastili tudi spomin njene smrti.

LITERATURA:

1. Florence Nightingale: Notes on Nursing. What it is and what it is not. D. Appleton — and Company, New York 1860.
2. Deborah Mac Lurg Jensen: History and Trends of professional Nursing The C. V. Mosby Company St. Luis.
3. Lucy Ridgaly Seymer: »One hundred years ago«. The American Journal of Nursing May 1960.
4. Ellen Brose: »Florence Nightingale — International Pioneer«. World Health Day 1954.
5. Marcel Brion: »La dame a la Lampe — »L'infermière, militante de la santé« Journée mondiale de la Santé 1954.
6. Nikica Blagojević: Florence Nightingale — Vjesnik društava diplomiranih sestara, 1954 - I. (3—6).
7. France Magajna: Florence Nightingale (izvleček iz knjige: Cecil Woodham Smith: Florence Nightingale (tipkopis v arhivu Društva medicinskih sester v Ljubljani).

O levkemijah

Asistent dr. Bojan Accetto

Kadar med laiki nanese pogovor na medicino, pridejo prav gotovo na vrsto tudi levkemije. Ta bolezen je danes že tako na široko poznana, še posebej zato, ker je upanje na ozdravljenje te bolezni za sedaj še jalo, drugič pa zato, ker se omenjena obolenja laično obravnavajo največkrat kar v sklopu drugih malignih, karcinomskih obolenj.

Dvoje osnovnih vprašanj je še vedno v ospredju diskusije: ali so levkemije rakava obolenja, drugo, še važnejše vprašanje pa je, »kakšni so današnji aspekti glede zdravljenja levkemij«?

Na prvo vprašanje je prav resda izredno težko odgovoriti. Strokovni krogi še vedno razpravljajo o tem, ali so levkemije infektivno-reaktivna obolenja ali pa gre pri njih dejansko za obolenja neoplastične-maligne narave. Prav gotovo je to osnovno vprašanje vedno ena glavnih tem vseh hemataloških kongresov in simpozijev, če so le na programu tudi levkemije. V našem strokovnem časopisju, da, celo v dnevnem časopisju, zasledimo sestavke naših avtorjev kakor tudi prevode inozemskih avtorjev, ki razpravljajo o tem vprašanju; žal da v teh sestavkih le prevečkrat naletimo na že decidirana in dokončna mnenja o vzroku nastanka levkemij. Če namreč obravnavamo nastanek levkemij, tedaj moramo vedeti, da pri njih v človeškem organizmu ne gre za kak izoliran proces, ki bi ga lahko vrednotili in ocenjevali izključno le v zvezi z levkemijami. Vse bolj namreč prevladuje danes vtis, da ima mnogo obolenj v marsičem isti osnovni vzrok, še bolj pa iste bistvene spremembe v tkivih, kakor jih razni avtorji pri eksperimentalnem študiju zasledujejo v levkemičnih celicah. V bistvu gre torej za mikroskopsko kemične spremembe v jedrni substanci posameznih celic, in to bodisi levkemičnih celic ali celic rakevega tkiva. Ne vemo pa danes, kaj je osnovni in bistveni vzrok teh sprememb. V marsičem nam bodo do jasnosti v teh vprašanjih pripomogla obsežna prizadevanja številnih znanstvenikov širom po svetu. Takrat bržkone ne bomo imeli jasnejše slike samo o nastanku levkemij, temveč se bo prav verjetno razširilo naše znanje, tudi kar se tiče nastanka marsikaterih drugih obolenj, ki so danes v terapevtičnem pogledu še brezupna.

Res je, da je prognoza glede na ozdravljenje pri levkemijah danes še povsem negativna; drži pa tudi dejstvo, da je zdravljenje levkemij v zadnjem desetletju znatno napredovalo. Iz tega razloga bi tudi ne bilo prav, če bi ob diagnozi »levkemija« kratko malo zamahnili z roko, češ, bolezen je neozdravljiva, saj ni vredno karkoli ukrepati in se lotovati kakršnega koli zdravljenja. Vedeti moramo namreč, da imamo različne oblike levkemij, katerih ene so bolj, druge manj dostopne zdravljenju, da je upanje na prehodno izboljšanje levkemije pri različnih oblikah različno, da ta ali ona levkemija poteka pri različno starih pacientih teže ali mileje. In končno, naša terapija levkemije si danes žal še ne more postaviti za cilj ozdravljenje, želimo pa — in mnogokrat to tudi dosežemo — popolno delovno restitucijo bolnika s to ali ono vrsto levkemije. Mnoge publikacije, tako tuje kakor domače, opisujejo posamezne levkemične bolnike, ki tudi leta in leta brez kakršnihkoli težav opravljajo svoj poklic. Življenjska

doba se je ne samo na videz, temveč dejansko podaljšala ob terapevtskih sredstvih, ki so bila v zdravljenju levkemij uvedena prav zadnji dve desetletji.

Poznamo več vrst levkemij. Kriteriji razdeljevanja in razvrščanja levkemij v posamezne skupine so zelo različni: nekateri avtorji jih dele po samem poteku bolezni v akutne, subakutne in kronične levkemije, drugi zopet po kvaliteti in številu belih krvnih celic — levkocitov. Medtem ko so konec preteklega in v začetku našega stoletja obravnavali različni avtorji levkemije predvsem v zvezi s porastom levkocitov v periferni krvi (od tod izvira tudi pojem levkemija, ki ga je leta 1845 uvedel Virchow), ocenjujemo danes predvsem kvaliteto belih krvnih elementov ali, kakor jih tudi imenujemo, levkemičnih celic ter njih odzivnost na različne terapevtske ukrepe.

Udomačila se je delitev levkemij v dve glavni skupini, ki ju označujeta tako potek bolezni kakor tudi karakter levkemičnih celic. Prva skupina so tako imenovane akutne levkemije, ki potekajo bolj usodno in trajajo od nekaj tednov do nekaj mesecev, obenem pa najdemo v periferni krvi mlade nezrele levkocite. Prognoza te skupine levkemij je slaba in zdravljenje je, tudi kar se tiče delovne restitucije, več ali manj neuspešno. Bolezenski potek akutnih levkemij je zelo podoben poteku akutne sepse; oboleli ima visoko temperaturo, mrzlico, slabo se počuti, je bledičen, po koži ima bolj ali manj obsežne krvavitve in iz dneva v dan vidno propada. Kakor že omenjeno, najdemo pri pregledu krvi in kostnega mozga najmlajše, bolezensko spremenjene levkocite, ki naj bi bili značilni za akutno levkemijo. Zrelost ali nezrelost teh celic je važen diagnostični pripomoček pri izbiri različnih preparatov, ki jih uporabljamo za zdravljenje akutne levkemije.

Druga skupina so tako imenovane kronične levkemije, ki največkrat potekajo mileje in je njih zdravljenje mnogo bolj uspešno. Prav v terapiji te skupine levkemij so naporu zadnjih dvajset let pripomogli k ponovni delovni restituciji bolnikov s to vrsto levkemij. Kronične levkemije pa delimo po vrsti levkocitov še v kronično mieloično levkemijo, kjer gre za bolezensko rast onih levkocitov, ki jih tvori kostni mozeg, in v kronično limfatično levkemijo, pri kateri gre za bolezensko rast limfocitov, torej onih belih krvnih celic, ki se tvorijo v limfatičnem tkivu (bezgavke, vranica).

Medtem ko je bila še pred leti življenjska doba bolnikov s kronično mieloično levkemijo relativno zelo kratka, se je ob uvedbi najrazličnejših novih preparatov precej podaljšala. Ta sredstva poznamo pod imenom citostatična terapevtska sredstva in bomo o njih še govorili. Manjši problem kakor kronična mieloična levkemija, za katero obolevajo ljudje v tretjem ali četrtem deceniju starosti, je vsekakor kronična limfatična levkemija, zlasti še, če jo ugotovimo pri starejših osebah v kasni življenjski dobi.

Osnovne smernice za zdravljenje levkemij

Akutne levkemije so še vedno ogrožen in nerešljiv problem. Novo uvedena terapevtska sredstva so do sedaj v bistvu le delno pripomogla h krajši ali le malo daljši remisiji; to posebno pri otrocih, medtem ko pri odraslih dosežemo s citostatičnimi sredstvi in morebitnim rentgenskim obsevanjem le kratkotrajna — nekajtedenska izboljšanja.

V terapiji akutne levkemije pri otrocih je že na samem začetku zdravljenja nujno potrebna transfuzija krvi, in to zaradi hitro nastopajoče anemije — malokrvnosti. Med citostatičnimi sredstvi uporabljamo antagonist folne kisline (aminopterin in podobne preparate), na katere reagirajo otroci mnogo bolje kakor odrasli. Že v zelo kratkem času dosežemo s tem preparatom izboljšanje, paziti pa moramo na stranske negativne učinke tega zdravljenja. Ti učinki se kažejo v znižanju števila krvnih ploščic — trombocitov, v izpadanju las, vnetju ustne sluznice in v želodčno-črevesnih čirih z nenadnimi krvavitvami. Včasih uporabljamo v zdravljenju 6-merkaptopurin, predvsem pa preparate kortizona in ACTH. Istočasno apliciramo pacientom visoke doze antibiotikov. — S takšno terapijo dosežemo pri otrocih delno ali pa celo popolno — žal prehodno izboljšanje bolezenskega procesa: število eritrocitov se normalizira (malokrvnost se popravi), vsi že omenjeni znaki, ki so podobni znakom pri akutnih sepsah, pa se porazgubijo. Včasih ugotovimo tudi popolno normalizacijo bele krvne slike, število levkocitov se normalizira, tudi kvalitativno izgube levkociti karakter levkemičnih celic. Tako izboljšanje nastopi včasih zelo hitro, ni pa trajno. Ko se ves bolezenski proces znova poslabša, so aspekti na ponovno izboljšanje kljub uvedbi teh ali pa še drugih preparatov jalovi.

Kot že omenjeno, je terapija akutne levkemije pri odraslih še manj učinkovita. Načeloma je prav ista kakor pri akutnih levkemijah otrok. Uporabljamo preparate kortizona v zelo visokih dozah, apliciramo transfuzije krvi, antibiotika. Antagonist folne kisline (aminopterin), ki se je razmeroma dobro obnesel v zdravljenju akutne levkemije otrok, je žal pri odraslih največkrat brezuspešen. Pač pa se uporabljajo citostatični preparati, kakor purinetol in 6-merkaptopurin, ki privedejo do delnega izboljšanja. Žal trajajo taka prehodna izboljšanja le nekaj tednov do nekaj mesecev, znak ponovnega poslabšanja je največkrat napredujoča anemija in krvavitve. Ponovno terapija pri poslabšanju je skoraj vedno brez uspeha.

Terapija kronične mieloične levkemije kakor tudi kronične limfatične levkemije pa je veliko pridobila z uvedbo novih citostatičnih sredstev. Res je, da arzenski in bencolski preparati, ki so se s pridom uporabljali v zadnjih petdesetih letih, v terapiji kronične levkemije niso pokazali tako zadovoljivih učinkov, kot so jih n. pr. v terapiji bakterijskih infekcij pokazali sulfonamidi. Prav iz tega razloga je bilo tudi celotno zdravljenje kroničnih levkemij prepuščeno rentgenskemu obsevanju. Pred uvedbo moderne kemoterapije so le še nekateri avtorji kronične levkemije pri svojih pacientih zdravili z arzenskimi preparati.

Moderna kemoterapija kroničnih levkemij datira pravzaprav od leta 1942 dalje, ko je Wilkinson uvedel preparat nitrogen-mustard. Od tedaj dalje so razni avtorji širom po svetu uvedli v terapijo kronične levkemije nešteto novih substanc, kot n. pr. uretan, trietilen melamin, 6-merkaptopurin in druge. Predvsem pa je izbor antilevkemičnih kemoterapevtskih sredstev obogatil novi preparat mileran. Izbira med temi sredstvi spada v roke izkušenega zdravnika, še posebno zato, ker so posamezna kemoterapevtska antilevkemična sredstva različna tako po hitrosti učinkovanja, po toksičnosti in pa po načinu aplikacije. Nema lokrat ugotovimo tudi, da so nekateri pacienti proti kateremu od kemoterapevtskih antilevkemičnih sredstev odporni ali rezistentni. V takem primeru seveda je terapija z zadevnim preparatom povsem neučinkovita. In končno

splošna smernica: v izbiri med preparati za zdravljenje levkemije so dostikrat odločilne tudi osebne izkušnje terapevtov.

Po izkušnjah večine avtorjev je najučinkovitejša terapija kronične mieloične levkemije rentgensko obsevanje vranice in kostnega mozga, med citostatičnimi sredstvi pa prav gotovo uporaba milerana. Izboljšanje bolezenskega procesa po rentgenskem obsevanju traja tudi leto dni ali več. Največkrat po samem obsevanju ob morebitnem poslabšanju nadaljujemo s citostatikom mileranom. Izkušnje mnogih avtorjev kakor tudi interne klinike v Ljubljani kažejo, da je mileran za zdaj najboljšo sredstvo za zdravljenje kronične mieloične levkemije. Seveda morajo biti pacienti, ki trajno dan za dnem jemljejo to zdravilo, pod stalno zdravniško kontrolo. Pri uporabljanju majhnih doz (po $\frac{1}{2}$ –1 mg dnevno) tudi ni pričakovati komplikacij (padec krvnih plosčic, nastanek hipoplastične anemije ali celo agranulocitoze).

Terapija kronične mieloične levkemije z mileranom pa ni indicirana, vse dokler poteka bolezen brez klinične simptomatike; posebno velja to glede bolnikov v starosti nad 60 let, pri katerih poteka obolenje največkrat zelo milo in tudi napreduje le počasi. Kadar pa se pojavijo znaki: večja malokrvnost – anemija, izguba apetita, padec telesne teže in progresivno naraščanje levkocitov v krvi, tedaj je uvedba citostatičnega sredstva na mestu. Pripomniti moramo, da samo povečanje vranice brez drugih kliničnih znakov še ni zadosten razlog za terapevtsko ukrepanje; le če je vranica zelo velika, tako da zaradi same velikosti povzroča bolniku motnje, ali če gre za kake druge komplikacije povečane vranice, šele tedaj se odločimo za citostatično sredstvo – največkrat mileran.

Žal po nekaj letih take terapije tudi to sredstvo odpove: naraščanje malokrvnosti – anemije, povišanje telesne temperature, postopno nastopanje mladih nezrelih levkocitov v krvi, telesno propadanje so uvod v zadnjo fazo bolezni, ki se zaključijo s smrtjo.

Zdravljenje kronične limfatične in kronične mieloične levkemije temelji na istih principih. Začnemo zdraviti šele takrat, ko se pojavlja anemija, ali pa, če pri pacientu ugotovimo tolikanj povečane bezgavke in vranico, da zaradi svoje velikosti bolnika ovirajo. V terapiji te zvrsti levkemij pa je še vedno najbolj uspešno rentgensko obsevanje vranice in bezgavk. Prognoza je vsekakor boljša pri obolenju v kasni življenjski dobi, mnogo slabša pa, če gre za kronično limfatično levkemijo pri mlajših ljudeh (v tretjem ali četrtem deceniju).

Že v uvodu našega sestavka je bilo rečeno, da so vidiki na ozdravljenje pri levkemijah povsem negativni. Toda dejstvo, da z uporabo novo odkritih terapevtskih sredstev lahko našim bolnikom življenje podaljšamo in jih napravimo delozmožne, nas obvezuje, da se z vso resnostjo in vestnostjo lotevamo njihovega zdravljenja. Morda niti ni več daleč čas, ko bomo imeli v rokah še učinkovitejša sredstva za zdravljenje levkemij. Morda bodo ob boljšem poznavanju procesov v levkemičnih celicah prav radioaktivni izotopi prispevali znaten delež k napredku v terapiji levkemij.

Odvisnost otrokovega razvoja od žlez z notranjim izločevanjem

Dr. Marij Avčín

(Konec.)

Hipofizarna pritlikavost je po navadi razvojna bolezen, ki ji utegnemo najti vzroke že v najrazličnejših okvarah prednjega režnja plodovega možganskega podveska. Pogosto namreč vidimo otroke, izrazito zaostale v rasti in razvoju, pri katerih ne najdemo za tako stanje drugih osnov, zlasti ne v kakih zunanjih okoliščinah, ki bi za rast in razvoj bile neugodne. Takrat moramo pomisliti na pravo hipofizarno, hormonalno pritlikavost. Zaradi okvar na prednjem režnju ali zaradi nerazvitosti tega predela je zavrto stvarjanje in izločanje prevažnih pobudnikov, tako rastnih kakor žleznih. Vse podrejene žleze delujejo premalo, zdi se pa, da vendarle v bistvu skladno, kajti razvije se le premajhno, toda skladno zgrajeno telo. Če pregledujemo in raziskujemo presnovo takega pritlikavčka, naletimo, da zlasti ni urejeno presnavljanje ogljikovih vodikov in maščob, pa tudi soli in rudnin. Delovanje golšne žleze, spolnih žlez in skorje nadobistne žleze je zavrto.

Ni pa potrebno, da je pravi hipofizarni pritlikavosti podlaga vedno le v predrojstvenih oškvdbah možganskega podveska. Lahko se zgodi, da tudi kdajkoli v obdobju rasti in razvoja druga bolezenska dogajanja oškodujejo prednji reženj ali celotni možganski podvesek. To storijo lahko zlasti razne novotvorbe, ki se razraščajo iz žleze same, ali pa kakršna koli vnetja ali druga brstenja tkiv v njeni okolici n. pr. zaradi vnetja možganskih mren, sifilisa, tuberkuloze itd. Tudi dogajanja, ki povzročajo vodenoglavost in motnje v krvnem obtoku, lahko v lobanji posredno oškodujejo žlezo v celoti ali samo njene predele.

Glede na čas, ko nastanejo oškvdbe in ko se pojavijo izpadni znaki zaradi zmanjšane ali prekinjenega stvarjanja in delovanja hipofizarnih hormonov, ločimo: izpade in zavrto rast takoj po rojstvu ter izpade in zavrto rast, ki se pojavlja v kasnejših obdobjih rasti in razvoja — do zrelosti oziroma do končane rasti v 21. do 22. letu starosti.

Prava, vrojena hipofizarna pritlikavost je razmeroma jako redka. Mati namreč z nadomestnim delovanjem svoje hipofize deloma nadoknadi izpadlo ali zmanjšano delovanje plodovega podveska. Večinoma se bolezen spozna šele nekaj mesecev po ločitvi otroka od matere, od katere je prej preko krvi dobival za rast in razvoj potrebne hormone. Novorojenčki pridejo na svet po navadi normalno težki in dolgi ali pa so le malo lažji in manjši od zdravih otrok. Teža in rast zastaneta torej kasneje.

V kasnejših starostnih obdobjih povzročena hipofizarna pritlikavost se oblikuje šele, ko sta rast in razvoj otroka že v običajnem teku. Kaže se pa v zastanku razvoja in rasti v nekem določenem obdobju, ko se pojavijo vzroki za zmanjšano ali zastalo izločanje rastnih pobudnikov prednjega režnja.

Prava vrojena pritlikavost in kasneje nastala pritlikavost kažeta dokaj slične znake. Vidimo, da je rast v višino precej pod običajnimi merami za določeno starost otroka. Vendar so posamezni deli telesa v povsem normalnem sorazmerju: glava pristoji nežnemu telesu, udje so v sorazmerju s trupom in vse skupaj daje lik pomanjšane bitja iste starosti. Okostje je jako tenko in nežno,

krhovna plast okostja je tanka in manj zgoščena kakor sicer. Pravimo, da je kost nekam puhla. Vendar so poznani tudi primeri, kot je kost kakor kaljena, torej jako trdna in gosta. Značilno je nadalje, da so krni in štrleči deli na telesu: nos, brada, ličnice, komolci, kolena, rame, lopatice — vsi majhni, tako da najdemo torej očitno neizraženost krnov. Prav tako so majhni notranji organi, kakor srce, pljuca, jetra, vranica, prebavila. Ta majhnost pa je skladna in je srce n. pr. z jetri v pravišnjem sorazmerju. Duševna razvitost je po navadi povsem v redu. Tak pritlikavček je večinoma bister, duševno jako okreten, odrezav, samozavesten, vendar pa po navadi samosvoj in zlasti težko vzgojljiv, kar morda kazi njegovo siceršno ljubkost in privlačnost.

Tej splošni sliki hipofizarne pritlikavosti se lahko pridružijo še znaki zaradi okrnjenega učinkovanja drugih pobudnikov iz prednjega režnja možganskega podveska. Če izpadejo hormonalni vplivi na golšno žlezo, opazimo pridružene soznake, ki smo jih opisali že pri pomanjkljivem delovanju golšne žleze. Pogosto ugotovimo, da je izpadlo hormonalno učinkovanje hipofize na spolne žleze. V takem primeru imajo otroci majhna in nerazvita spolovila. Pri dečkih vidimo, da se moda še niso spustila v mošnjič, da so še visoko v dimljah ali pa jih niti ne najdemo, ker so zaostala kje na svoji razvojni poti med spuščanjem iz trebušne votline. Pri deklicah vidimo, da so zunanji in notranji spolni organi nerazviti. Zaradi tega je razumljivo, da se pri njih mesečne krvavitve pojavljajo jako kasno, po navadi šele, ko je že davno pretekel čas, da bi nastopila spolna zrelost. Pri dečkih in deklicah se pojavlja zakasnitev tudi v razvoju zunanjih spolnih znakov, to je poraslosti pod pazduho in ob spolovilih, poraslosti po licu in bradi pri dečkih in razvoja dojki pri deklicah. V dobi zorenja najdemo torej značilni skupek teh znakov za nezadostno delovanje možganskega podveska: somerno pritlikavost, spolno nerazvitost in neokrnjen duševni razvoj.

Če izpade hormonalni vpliv možganskega podveska na skorjo nadobistne žleze, pride do motenj v presnovi maščob, ogljikovih vodianov in soli — in s tem do slabših možnosti za pritezanje in zadrževanje vode v tkivih, zlasti pa v koži. Vemo, da je napetost in togost kože odvisna od njene prežetosti s tkivno tekočino in podloženosti z maščobo. To ji daje tudi mlad ali vsaj mladosten videz. In res — dokler možganski podvesek dela pospešeno, torej med rastjo in razvojem, je vse v telesu nekam »mlado«, zlasti še koža in s tem tudi ves zunanji videz. Ko pa ta pospešenost mine ali mineva, postaja koža uvela, ohlapna, nenapeta, suha — skratka, sprva starikava in nato stara. To se zgodi sicer vedno, pri nekom prej, pri drugem kasneje, kakor dolgo pač traja doba dobre hormonalne prežetosti organizma. Lahko pa se zgodi tudi že prej, že v otroški dobi. Govorimo torej o prezgodnjem staranju ali o zgodnji starikavosti, ki se ne kaže samo v koži starčevskega videza, temveč tudi v splošni neiskrosti, upadlosti, ohlapnosti, utrudljivosti. Tudi lahko že zgodaj začno izpadati lasje in se pojavi plešavost, tako da imamo pred seboj »starčevske otroke«, še preden dozorijo in dosežejo čas za spolno zrelost.

V nasprotju s tem, kar smo pravkar povedali, se pa zaradi slabega učinkovanja hormonov možganskega podveska na spolne žleze, pa tudi zaradi slabega »sežiganja« maščob v telesu lahko pojavi izrazita debelost, hkrati s spolno nerazvitostjo in zaostalo rastjo ter počasnejšim duševnim in splošnim telesnim razvojem.

Kakor vidimo, nam vrojene, pa tudi kasneje pridobljene motnje v območju prednjega režnja možganskega podveska lahko povzročijo marsikaj ne samo

nevšečnega, temveč tudi usodnega ter za človeka, ki je prizadet, in za njegove bližnje — mnogokaj jako žalostnega. Ker sta, kot rečeno, materin in plodov možganski podvesek v medsebojni odvisnosti, je več kakor jasno, kakšne važnosti je pravilno sozvočje hipofizarnih hormonov v nosečnosti — tudi za plod in njegovo usodo v materi ter izven nje.

Hipofizarno velikanstvo. Z otrokom in njegovo zdravstveno ter človeško usodo pa se lahko poigra ne le zmanjšana, temveč tudi zvišana dejavnost prednjega režnja možganskega podveska.

V prednjem režnju možganskega podveska je zvišana dejavnost že prirodno, v dobi zorenja, to je pred puberteto in v njej. Takrat se poveča učinek posebnih celic v tem predelu hipofize, ki stvarjajo in izločajo zlasti pobudnike rasti. Ta dejavnost, ki ostane večinoma v pravih mejah, se lahko včasih bodisi srednje ali močno ali celo pretirano zviša. Zaradi tega se odzove otrokovo telo na večje količine rastnih pobudnikov s hitro, pospešeno ali skrajno naglo rastjo, tako da se, kakor pravimo, otrok »potegne« kar čez noč. Seveda vodi taka rast pogosto do nesmiselnih razlik: rast v višino je pretirana, vendar je zorenje zaostalo za časom in prehitro rastjo. Po navadi sploh ni istočasnega spolnega zorenja, tako da je otrok pogosto visokorasel, spolno pa nerazvit.

V glavnem srečujemo lahko dve obliki take »hipofizarne« visokoraslosti v dobi zorenja, in sicer: otroka — velikana s prevelikimi krni ter nesorazmerno — visokoraslega pubertetnika.

Otrok — velikan z visokoraslo postavo in prevelikimi krni je nekako takle: za svojo starost (po navadi 10–12 let) je tudi za dobro glavo višji od svojih največjih vrstnikov, pri tem ima velike in nerodne roke in noge. Številka njegovih čevljev je ista ali celo večja, kot jo imajo njegovi starši. Močno so izraženi krni na telesu, tako n. pr. zlasti — velik nos, štrleča brada in ličnice. Če pregledujemo otrokove notranje organe, vidimo, da so otrokovi višini primerno veliki, se pravi, da so večji, kot so organi starostnih vrstnikov. Vendar te »hipofizarne visokoraslosti« s povečanimi krni in notranjimi organi ne smemo zamenjati z bolezenskim stanjem, kot ga povzročajo novotvorbe, ki se razvijejo iz celic prednjega režnja hipofize in stvarjajo rastne pobudnike v preobilni meri. Taki otroci pa kažejo, v nasprotju s pravkar opisanimi, tudi vse znake povišanega tlaka v lobanji, kot so: glavobol, bruhanje, počasno bilo, povišan krvni pritisk, motnje vida, duševne motnje, zmanjšana zbranost in splošna prizadetost, zlasti pa močna in pretirana, nesorazmerna velikost krnov in okrajkov na telesu kakor tudi notranjih organov.

Pogosteje srečujemo nesorazmerno visokoraslega otroka v dobi zorenja kakor pa pravkar opisanega somernega otroka — velikana. Pravzaprav so to otroci, ki se prehitro »potegnejo« in ki jih v družinah, v šoli in na cesti srečujemo vsak dan. Zaradi tega je važno, da jih opišemo in razložimo, na čem slonijo nevšečnosti, ki jih pri takih otrocih najdemo v vsakdanjem življenju jako pogosto.

Taki otroci so dolgi, predolgi, če jih vzporejamo z vrstniki, suhi so in na videz šibki in tenki, da imamo vtis, da se bodo zdaj zdaj prelomili. Udje so dolgi, nerodni, suhi, gibi so nespretni in taki, da se kar »lomijo«. Otrok je videti kakor pajek, starši so zaradi tega, zlasti pri deklicah, v skrbeh. Vendar pa so pri takih otrocih, v razliko od somerno visokoraslih otrok, še druge nevšeč-

nosti. Notranji organi, kakor srce, pljuča, ledvice, vranica, mezgovno tkivo, pa tudi spolni organi in zunanja znamenja spolne zrelosti namreč močno zaostanejo v rasti in tudi za časom. Ta zastoj nam lahko povzroča jako nevšečne pojave. V ospredju so motnje na dihalih in obtočilih. Srce je majhno in drobno. Pravimo, da je »kapljičasto«, ker na presvetlitvi stvarja podobo, kakor da bi v obliki kaplje viselo na velikih žilah v prsnem košu. Zaradi premajhnega in premalo zmogljivega srca se otrok hitro zadiha, dobi občutek tesnobe pri srcu, ob naporih odpove, na krnih, kot na nosu, ustnah, licih, ušesih pa po navadi bolj ali manj posinjí, tako da mislimo, da ima srčno napako. Tudi pri mirovanju ali zmernem gibanju vidimo na omenjenih mestih nadih modrine. Srce bije hitro, otrok ima občutek, da mu trepeče. Okrajki udov — prsti, dlani, podplati so hladni in otroka vanje zebe. Otrok se rad poti, koža se na dlaneh in podplatih lušči. Vse to je tudi razumljivo, če pomislimo, da srce poganja kri po predolgi in prehitro nastali poti ožilja. Družno s srcem delajo preglavice tudi pljuča, ki še nimajo zadostne dihalne površine za potrebe prevelikega telesa in zadostno okisovanje krvi. Zaradi tega otrok prehitro diha, po navadi tudi v spanju in mirovanju, pri gibanju pa se hitro zasope, posinjí, ima občutek, da ga duši, tako da hodeč, plavajoč ter pri igri in manjšem naporu »lovi sapo«.

Druge nevšečne znake pri nesorazmerno in prehitro visokoraslem otroku za časa zorenja opazujemo tudi s strani jeter, ledvic, mezgovnega tkivja in drugih organov in tkiv. Delovanje jeter je po navadi nezadostno, zlasti jetra slabo razstrupljajo škodljive snovi, ki nastanejo pri presnavljanju v telesu. Prav tako slabo vskladiščuje ogljikove vodane (glikogen ali živaski škrob), zaradi česar je količina sladkorja pogosto premajhna. Otrok ima občutek stalne lakote in zato ni čudo, da mlati zagozde kruha, najrajši belega, in da so njegovi žepi polni sladkorja, če ga le dobi. Ledvice imajo nekam nesrečno lego, po navadi so spuščene in napete nad hrbtenico, ki je v ledvenem predelu, zaradi visokoraslosti, močno upognjena navzpred. Lok, ki tako nastane, jih draži, tako da zlasti po daljši stoji ne delujejo tako, kot n. pr. pri počivanju ali ležanju. Zato propuščajo žlahtne sestavine krvi, ki so močno potrebne takemu dolginu, to je beljakovine, sladkorje, fosforne in kalcijeve soli. Včasih so ledvice na svojem vezivnem vesilu tako rahlo pripete, da »potujejo«, kakor pravimo: če otrok stoji ali če se postavi na glavo, imajo drugo lego, ravno tako tudi, če leži na boku ali na hrbtu. Sploh se zdi, da je vse vezivo in da so vse vezi v telesu nekam slabe. Tudi drugi organi so povešeni in spuščeni: jetra, želodec, črevesje, zlasti povprek ležeče debelo črevo. Govorimo o splošni povešenosti drobovja. Pa tudi vezi okrog sklepov in med kostmi so slabše. Otrok ima ploske noge, kolena na »iks«, mnogokrat se mu v sklepih kosti tudi izvinejo ali izpahnejo. Ker nima dovolj mezgovnega tkivja, zlasti medlo so izražene bezgavke in mandeljni, je kaj malo odporen proti okužbam, predvsem v zgornjih dihalnih poteh: v žrelu, nosu, grlu, sapniku, tako da je stalno prehlajen. Tudi rahlo vezivno tkivo podkožja in notranjih organov je nekam medlo v svojem delovanju, v njem se tudi slabše stvarjajo »protisnovi«, naperjene proti kužnim povzročiteljem nalezljivih bolezni, proti katerim se mora otrokovo telo boriti. Zaradi tega je razumljivo, da je tak prehitro »potegnjeni« otrok pri različnih boleznih v večji nevarnosti, kakor pa so njegovi bolj obli in bolj jedri vrstniki.

Spolni organi so slabše izraženi, drugotni spolni organi se pojavijo kasneje, tako n. pr. obraslost in dojke pri deklici. Pri dečku dozori izločanje semena kasneje, pri deklici se kasneje pojavi mesečno perilo.

Če pomislimo še, da ima tak »potegnjeni« otrok še sračji glas v času zorenja in da je včasih tudi po svoji duševni plati in vedenju — nemogoč, potem nam je razumljivo, da so zaradi takega nesorazmerno visokoraslega otroka v dobi zorenja družinski mir, sreča in potrpljenje večkrat na tehtnici. Povrh vsega se po navadi pridruži še slabši vid — otrok dobi več ali manj »močna« očala in je tudi zaradi tega njegovo udejstvovanje okrnjeno, njegov zunanji videz pa še bolj čuden. V šoli ni zanj prave klopi, pri telovadbi je neroden, pri smučanju vedno »pogrne«, skratka — revež je. Vendar se kasneje nesorazmerja ublažijo in iz takega otroka se izlevi koščen in mišičast visokorasel fant ali veliko, toda vedno nekoliko tršato dekle.

Poleg opisanih dveh glavnih likov, ki se razvijeta zaradi prevelikega izločanja rastnih hormonov iz prednjega režnja možganskega podveska, poznamo še visokoraslega, debelega otroka — velikana z jako nerazvitimi spolovili in močno zamaščenostjo.

So še nekatere druge nevšečnosti, ki jih lahko povzroča prednji režnj možganskega podveska, ki pa za sleditev naše rdeče niti — to je nepravilnega razvoja zaradi motenega učinkovanja hormonov — niso bistvene.

Razumljivo je, da so v vseh navedenih primerih potrebna posvetovanja z zdravniki, saj se na tem zamotanem področju pogosto še ti ne znajdejo brez natančnejšega opazovanja in proučevanja.

Motnje s strani zadajšnjega ali živčnega dela možganskega podveska opazujemo predvsem v vodnem gospodarstvu telesa. Kakor smo že omenili, stvarja namreč ta predel hipofize predvsem pobudnike, ki urejajo prepojenost telesa z vodo in krmilijo tudi izločanje vode iz telesa. Pobudniki iz živčnega dela možganskega podveska imajo namreč svoje poglavitno prijemališče na cevkastem delu ledvičnega tkiva, katerega naloga je posrkavanje vode iz izločka, ki ga ledvični žilni vozličji izločajo y čašasti začetek cevkastega dela. Naloga tega odseka je torej zgoševanje seča. Če pa je živčni del možganskega podveska kakorkoli prizadet n. pr. po oškodbah zaradi okvar tega predela že za časa plodovega življenja, ali kasneje bodisi zaradi poškodb na lobanji, krvavitev, novotvorb, sifilisa, vodenoglavosti ali tudi zaradi živih enostaničarjev — povzročiteljev malarije in tokso-plazmoze, potem se po navadi, prej ali slej, glede na razvoj in starost otroka izoblikuje značilen trojni skupek bolezenskih znakov povišane vodne propustljivosti ledvic. Predvsem opazamo izločanje pretirano velikih količin seča, v katerem so soli, zlasti spojine s klorom, jako razredčene. Nadalje opazimo izredno žejo, ki sili otroka, da pije ogromne množine vode. Če pa pregledujemo kri na soli in rudnine, vidimo, da njihove količine izredno kolebajo. Po navadi so znatno višje, drugič zopet znatno nižje, če jih primerjamo s količinami pri zdravem otroku, ki mu hormoni v živčnem delu možganskega podveska delujejo v redu.

Glavni znak bolezni pa je strahotna žeja, ki sili otroke, da storijo vse, da pridejo do vode in da si utešijo izredno mučni občutek žeje. Pogosto pijejo celo lasten seč, če ne najdejo druge tekočine. Zanimivo je, da otrok izloča včasih več vode, kakor pa je dobi. Torej se mora voda v telesu stvarjati iz drugih prehrabnih snovi, ki »izgorevajo« v vodo, se pravi, vodik iz njih se spaja s kisikom. Seč je čist in bister kot voda, količina dnevno izločenega seča pa lahko znaša tudi nekaj litrov. V seču večinoma ne najdemo večjih količin beljakovin in sladkorja ter primesi, značilnih za sladkorno bolezen, za katero je poleg drugega značilno tudi to, da bolniki mnogo pijejo in mnogo močijo.

Zaradi tega so bistri opazovalci — prednamci spravljali obe bolezni v en koš, ločili pa so jih po okusu seča. Sladkorni bolezni so rekli: diabetes mellitus. Ta beseda izraža »sladkorno propustnost«, ker je bil seč na okus sladak. Nasprotno pa so hipofizarni vodni propustljivosti rekli: diabetes insipidus, nekako »propustljivost brez okusa«.

Motnje s strani srednjega ali zveznega dela možganskega podveska se domnevno kažejo v tem, da telo ni zmožno stvarjati kožnega barvila. Lahko se otroci že rodijo belični. Belina njihove kože se ne spremeni, tudi če jih izpostavimo soncu. Lahko pa pri sicer zdravo obarvani koži med razvojem zbledijo posamezni predeli na koži, n. pr. na rokah, na obrazu, tako da govorimo namesto o splošni belini kože o belini, ki se pojavlja le mestoma. Stanje seveda ni za življenje nevarno, je pa nevšečno in tudi ni lepo ter razburja starše, zlasti če se pojavlja pri deklicah. Koliko ureja barvitost kože zadevni hormon sam, koliko pa sodeluje s predeli nadobistne žleze, ki deluje na isti način, ne vemo točno in bi bila razlaga o tem tu skoraj odveč.

*

Poleg omenjenih bolezni, pri katerih je v večji ali manjši meri opazati pre-majhno ali prekomerno delovanje posameznih pobudnikov možganskega podveska, opazujemo lahko pri otrocih tudi posledice zaradi izpada nekaterih ali celo vseh hormonov obeh glavnih režnjev.

Tako poznamo pravo, neustavljivo hipofizarno hiranje. Otroci, zlasti v dobi zorenja ali pred njo, izgubijo tek, zlasti za nekatere jedi, n. pr. za meso ali maščobe, hujšati prično, hirajo in z ničimer jih ne moremo porediti, zlasti ne, ker se tudi njih duševno stanje tako spremeni, da odklanjajo sleherni jed. Shušajo do skrajnosti in so v nevarnosti, da jih zajamejo druge bolezni, ki so za njihovo življenje lahko usodne. Takemu hiranju so vzrok bolezenska dogajanja na prednjem režnju, ki ga počasi najedajo vsega. Če so ta dogajanja ozdravljiva in prehodna, lahko otrok povsem ozdravi. Če pa niso, n. pr. zaradi raznih novotvorb, ki se ne dajo odstraniti z uspehom, otrok shira in umre.

Razen hipofizarnega hiranja poznamo tudi pravo hipofizarno debelost, ki se druži s spolno nerazvitostjo. Po navadi najdemo trojni skupek bolezenskih znakov: pri dečkih močno debelost z ženskim načinom nakopičevanja maščobe, to je okrog bokov in okrog prsi, pri deklicah pa premočno nakopičevanje maščobe tudi po drugih predelih telesa, kjer se maščoba sicer ne nabira. Opazimo spolno nezrelost, dasi bi se zrelost morala že pojaviti, vidimo slabo razvitost spolovil in zunanjih spolnih znakov. Pojavi se tudi prevelika vodna propustnost ledvic. Poleg tega so taki otroci po navadi majhni. Tudi zakostenitev in rast kosti sta zavrti. Telesna toplota je nižja kakor pri zdravih otrocih. V takih primerih so tej resni bolezni vzrok izpadi nekaterih hipofizarnih pobudnikov, tako iz prednjega kakor zadajšnjega režnja.

Poznamo tudi še druge bolezni, ki nastajajo na sličnih osnovah, ki pa jih ni treba opisovati na tem mestu, ker mislimo, da zadostuje že razumevanje podlag za sleditev naše »rdeče niti, to je odvisnosti plodovega in otrokovega razvoja od delovanja žlez z notranjim izločanjem.

Možganski podvesek je torej s svojo vsestransko dejavnostjo in torišči svojega učinkovanja povsod na najvažnejših organih v telesu — svet za sebe. Razumljivo je, da sta rast in razvoj ploda, njegovo oblikovanje in presnavljanje odvisna pač od materinega možganskega podveska, ki v nosečnosti, zlasti dokler

se otrokova žleza ne osamosvoji, v mnogočem posega v dogajanja v razvijajočem se plodovem telescu. Motnje v delovanju lahko vodijo do nešteti, na videz prirojenih, v resnici pa vrojenih bolezni, napak, bolezenskih skupkov, čeprav morda dolgo skritih očem, pa vendar dokazljivih, če na sodoben način preiskujemo vse važne sestavine otrokovega telesa, kakor so: voda, soli, rudnine, sladkorji, maščobe. Seveda ni rečeno, da se mora otroku že na zunaj videti razvojna bolezen ali napaka v obliki nekakšne spačenosti ali zmaličenosti. Lahko gre le za motnjo v presnavljanju kateregakoli izmed bistvenih zidakov telesa, kar pa utegne pravtako ali še v večji meri otroku streči po življenju ali mu nič kako zagreniti življenjsko usodo. Govorimo torej o »vrojenih napakah presnove«, ki se prej ali slej odsvitajo tudi na drugih tkivih in organih.

Tudi motnje s strani nadobistne žleze lahko povzročajo, tako pri plodu kakor pri otroku in odraslem v katerikoli starosti, resne posledice ter spreminjajo njih telesno podobo in dejavnost ter s tem usposobljenost za življenje.

Nadobistna žleza razpade, tako po zgradbi in svojem razvoju kakor tudi po svoji dejavnosti, v dva dela: v skorjo in v sredež. Pri živalih, ki so niže na razvojni lestvici živih bitij, sta ta dva predela ločena v dve samostojni žlezi. Pri višje razvitih živalih in pri človeku pa je sredež ujet v obdajajočo ga skorjo.

Sredež izločuje svoj lastni hormon — adrenalin, ki skrbi za napetost gladkega mišičevja, zlasti ožilja, ga stiska in s tem ureja krvni obtok po telesu. Sprošča tudi sladkor iz predhodne stopnje živalskega škroba v jetrih in skrbi, da ga pride vedno dovolj v kri, tako da je sladkorna raven v krvi stalna.

Skorja pa je manj enostavna, tako po gradnji kakor po delovanju. Stvarja večjo skupino pobudnikov (dandanes jih poznamo okrog trideset), ki pa urejajo presnovo v glavnem na tri načine: solni hormoni urejujejo sosredje in raven raznih soli v krvi in v tkivih, sladkorni hormoni urejajo presnovo sladkorjev v telesu, tretja skupina, tako imenovani androgeni hormoni pa oblikujejo razvijajoče se telo po moškem liku in pobujajo spajanje beljakovin.

Hormoni skorje kakor sredeža nadobistne žleze pa imajo še drug namen: učinkujejo vsi skupaj in družno, kadar napadejo telo najrazličnejše bolezni ali pa se zgodijo nesreče, kot n. pr. opekline, pretresi, udarci, zlomi, pa tudi prekomerni napor, mraz, stradanje in nenadne, zlasti nalezljive bolezni. Takrat je jako važno, da je solno sosredje v redu, da je sladkorja dovolj in da je krvni obtok kar najbolj urejen. Vsako tako nenadno ali dalj časa trajajoče stanje v telesu lahko smatramo za »pretres«, ki se mu postavi v bran nadobistna žleza s svojimi hormoni. Včasih pa se nenadoma ali po krajši ali daljši borbi tudi izčrpa in klone. Vendar se večinoma opomore in spravi telo zopet v redno delovanje in ga privede do zdravja.

Razumljivo je, da ni vseeno, če noseča žena živi v stalnih »pretresih« in »pretresljajih« kakršnekoli prirode, pa naj bo to bolezen ali prekomerno delo, hitrica in naglica ali nezadostna hranitev. Tudi ni vseeno za njen plod, ki je, vsaj v začetku razvoja, jako odvisen od delovanja vseh njenih žlez z notranjim izločanjem. Tudi plodovi nadobistni žlezi, tako njuna skorja kakor sredež, se lahko nepravilno zastavita, nezadostno razvijeta, zbolita itd., kar seveda vodi do resnih razvojnih bolezni v presnovi, ki jih sprva, če sodimo po zunanem liku otroka, morda niti ne spoznamo. Če pa pregledujemo otrokovo presnovo, potem lahko najdemo marsikatero motnjo in napako v presnavljanju za njegov nadaljnji razvoj prevažnih zidakov, zlasti sladkorjev, beljakovin, maščob, soli in vode.

Predaleč bi nas zavedlo, če bi hoteli na tem mestu do kraja razčlenjevati še hormone, ki jih proizvajajo spolne žleze z notranjim izločanjem — jajčniki in moda, če bi hoteli naštevati vso odvisnost teh žlez od nadobistne žleze in od možganskega podveska v zdravju kakor v boleznih in v raznih razvojnih stopnjah ali ob posebnih stanjih v telesu, zlasti ob času zorenja v dekle ali v fanta, v času nosečnosti in dojenja, ob času menstruacije, ob meni in kasneje, ko možu ali ženi ugasne življenjska sla.

Vendar moramo ponovno naglasiti, da tudi pri izločanju spolnih hormonov vodi in krmili vsa dogajanja možganski podvesek s svojim prednjim režnjem. Njemu pa se pridružujeta dejavnost skorje nadledvične žleze z izločanjem androgenov in dejavnost jajčnikov z izločanjem estrogenov, ki pa za razliko od prvih, krojijo rastoče otrokovo telo po ženski podobi.

Naš namen je, da osvetlimo le, do česa lahko pri plodu privede nered med spolnimi hormoni pri otroku.

Nesorazmerja med pobudniki v spolnem območju noseče žene lahko privedejo do hudih in za plod zelo usodnih razvojnih napak, do tako imenovane dvospolnosti ali hermafroditizma. Ta izraz je povzet iz bajke o starih grških bogovih, po kateri sta Hermes in Afrodita imela sina, ki je bil hkrati moški in ženska. Že izraz sam pove, da imamo opravka s človeškim bitjem, za katero težko rečemo, kakšnega spola je.

Govorimo o pravi in nepravi dvospolnosti. Pogoj pravega hermafroditizma je istočasna prisotnost jajčnikov in mod, medtem ko je za ugotovitev nepravega hermafroditizma potrebno, da v telesu najdemo hkrati le zasevke moških in ženskih spolnih celic.

Morda ni dovolj znano, da se zastavijo podlage za kasnejši spolni razvoj pri plodu, da je torej že pri zametku možnost, da se razvije bitje enega in drugega spola, kolikor seveda ni spol določen že z dedno osnovo, s tzv. spolnim dednim telescem v semenčici.

Na dednih osnovah za določeni spol lahko moški ali ženski hormoni pobudijo razvoj v dečka ali deklico. Vsa dogajanja potekajo zakonito le, če so si hormonalne pobude v pravem sorazmerju. Če pa na dedno pogojene osnove vplivajo spolni pobudniki, prevladujoč drug drugega, potem se razvije dvospolnost.

Opazovali so, da se plodovi tistih mater, pri katerih so dognali prevelike količine estrogenov, tudi če bi se morali izoblikovati v dečke, ne razvijejo povsem v moškem smislu. Modnik je lahko več ali manj razcepljen in sliči sramni razi deklice. Sam spolni ud je prav majhen in sliči drgalu, ki pri deklici leži spredaj v sramni razi. Moda često zastanejo nekje više na svoji razvojni poti in se ne spustijo v modnik.

Prav tako so opazovali, da se razvije ženski hermafroditizem, če je v plodovi nadobistni žlezi preveč razvit in prekomerno delujoč predel, v katerem se izločajo androgeni, ki oblikujejo telo po moški podobi. Sledi zakrnitev jajčnikov, nožnica zastane v rasti navzdol, drgalo se širi in daljša, sramne ustne so mehurjaste in najdemo lahko v njih jajčnike, kar na videz vse več ali manj sliči moškemu spolovilu.

Včasih je zaradi nejasnih okoliščin samo po vnanjem videzu težko določiti otroku spol. Otrok je po vsej presoji — srednjega spola. Nekaj je na njem moških, nekaj ženskih znakov.

Določanje otrokovega spola pa je v vsakem primeru zdravstvenega, sodnega, pravnega in zlasti — človeškega pomena, tako za starše otroka kakor tudi kasneje

za doraščajočega otroka samega. Najzanesljiveje določimo spol, če odpremo trebušno votlino in pogledamo — da li najdemo jajčnike ali nekje na razvojni poti zastala moda. To pot moramo ubrati v vseh dvomljivih primerih, če z gotovostjo ne moremo določiti spola drugače, to je z določanjem spolnih hormonov v seču, ki se pri dečku in deklici značilno izločajo — drugačni in v drugačni meri. Vendar nas ta način pri ugotavljanju spola večkrat ne privede do popolne jasnosti.

V splošnem je pametneje, zlasti v dvomljivih primerih, da odredimo spol začasno, dokler v dobi zorenja ne opazimo zanesljivejših drugotnih spolnih znakov, to je dojk in menstruacije pri deklici. Spol odredimo začasno rajši kot moški spol, to pa zato, ker je moški hermafroditizem pogostnejši in ker je deklica do dobe zorenja pogosto bolj fantovska, kakor pa so dečki — dekliski. Tudi doživi »deklica«, proglašena za »fanta«, manj sporov in bolečih namigov ter žalitev kakor pa obratno. Razen tega se lažje nosi po fantovsko kakor obratno, kar je vse važno za razrast otrokove duševnosti, njegovo počutje in vživetje v stvarnost življenja.

Manjši popravki se lahko izvršijo operativno, seveda na žalost le v milejših primerih. Izrazitejša dvospolnost je pa vsekakor za vse življenje usodna razvojna napaka, ki prinaša človeku nič koliko gorja.

Mislimo, da nam je s temi izvajanji vsaj v neki meri uspelo vzbuditi zanimanje za pestra dogajanja v svetu tolikanj važnih pobudnikov, ki že zarana in nato vse življenje v marsičem krojijo našo zlo in dobro usodo, tako zdravstveno kakor povsem življenjsko. Lepo je, če sestra opazuje in razume, kaj vse zmore priroda in kako nesrečno se včasih poigra z nami samimi ter z ljudmi, ki so nam zaupani v plemenito skrb in nego.

Obolevnost in

Da bi prikazali o ki nam jih dajejo šol statistične podatke Vendar nam ti podatki dostikrat zdravi tudi lante ali pa ta posluje vsi primeri akutno o zdravnika splošne prate tudi v ta namen.

Vsekakor šolska zdravstvena služba v Sloveniji tudi sicer še ni na zaželeni višini. Če analiziramo podatke iz leta 1959, tedaj vidimo, da je bilo sistematično pregledanih približno 40 % šolske mladine, na prvih ambulantnih pregledih pa je bilo približno 40 % šolarjev. Potemtakem zajame šolska zdravstvena služba pri nas danes v celem približno 40 % otrok, in to neenakomerno, se pravi po mestih in industrijskih središčih več kakor na podeželju.

dine v LR Sloveniji

obdelali statistične podatke, ambulante, razen tega pa še pregledih šolske mladine. Šolska mladina se namreč ter povsod ni šolske ambulan tega tudi niso upoštevani kom na dom večkrat tudi zdravstvene službe organizirane

za doraščajočega otroka samega. Najzanesljiveje določimo spol, če odpremo trebušno votlino in pogledamo — da li najdemo jajčnike ali nekje na razvojni poti zastala moda. To pot moramo ubrati v vseh dvomljivih primerih, če z gotovostjo ne moremo določiti spola drugače, to je z določanjem spolnih hormonov v seču, ki se pri dečku in deklici značilno izločajo — drugačni in v drugačni meri. Vendar nas ta način pri ugotavljanju spola večkrat ne privede do popolne jasnosti.

V splošnem je par začasno, dokler v dob znakov, to je dojk in kot moški spol, to pa z deklica do dobe zorenj. Tudi doživi »deklica«, žalitev kakor pa obrat, kar je vse važno za rastvarnost življenja.

Manjši popravki se primerih. Izrazitejša dv napaka, ki prinaša člo

Mislimo, da nam je s temi izvajanja vsaj v neki meri uspelo vzbuditi zanimanje za pestra dogajanja v svetu tolikanj važnih pobudnikov, ki že zarana in nato vse življenje v marsičem krojijo našo zlo in dobro usodo, tako zdravstveno kakor povsem življenjsko. Lepo je, če sestra opazuje in razume, kaj vse zmore priroda in kako nesrečno se včasih poigra z nami samimi ter z ljudmi, ki so nam zaupani v plemenito skrb in nego.

merih, da odredimo spol
rejših drugotnih spolnih
odredimo začasno rajši
em pogostnejši in ker je
pa so dečki — dekliški.
ov in bolečih namigov ter
fantovsko kakor obratno,
ovo počutje in vživetje v

da na žalost le v milejših
življenje usodna razvojna

Obolevnost in umrljivost šolske mladine v LR Sloveniji

Dr. Meta Skrget

Da bi prikazali obolevnost šolske mladine, smo obdelali statistične podatke, ki nam jih dajejo šolske poliklinike, dispanzerji in ambulate, razen tega pa še statistične podatke o sistematičnih zdravstvenih pregledih šolske mladine. Vendar nam ti podatki ne dajejo popolne slike. Naša šolska mladina se namreč dostikrat zdravi tudi v splošnih ambulantah, bodisi ker povsod ni šolske ambulate ali pa ta posluje samo nekajkrat tedensko. Razen tega tudi niso upoštevani vsi primeri akutno obolelih otrok, ker kličejo k otrokom na dom večkrat tudi zdravnika splošne prakse, dokler nimamo šolske zdravstvene službe organizirane tudi v ta namen.

Vsekakor šolska zdravstvena služba v Sloveniji tudi sicer še ni na zaželeni višini. Če analiziramo podatke iz leta 1959, tedaj vidimo, da je bilo sistematično pregledanih približno 40 % šolske mladine, na prvih ambulantnih pregledih pa je bilo približno 40 % šolarjev. Potemtakem zajame šolska zdravstvena služba pri nas danes v celem približno 40 % otrok, in to neenakomerno, se pravi po mestih in industrijskih središčih več kakor na podeželju.

Obolevnost

Kot sem omenila, je obolevnost šolskih otrok razvidna deloma iz poročil o prvih ambulantnih pregledih, deloma pa iz poročil o sistematičnih pregledih. Po poročilih o prvih ambulantnih pregledih je obolevnost naslednja: najpogostejše nastopajo obolenja dihal, kar je razumljivo, ker so v tej skupini zajeta vsa akutna obolenja dihalnih poti (rinitisi, traheobronhitis itd.). V zadnjem šolskem letu 1958/59 zajemajo ta obolenja 24 % vseh obolelih. Navedeni procent se v šolskih letih od 1950—1959 giblje več ali manj v isti višini.

Dalje sledijo obolenja prebavil, ki so v letih 1950—1955 v porastu, nato upadajo in dosežeje 1959. leta 8,8 %. Tretje mesto najpogostnejših obolenj zavzemajo obolenja oči. Procent teh obolenj se v letih 1950—1959 giblje med 8 in 12 %. Obolenja kože so na četrtem mestu. Nato pridejo nalezljiva obolenja. Analiza teh obolenj nam pove, da jih je za škrlatinko obolelo največ leta 1956, in sicer 11,39 %. Nato opazamo stalno upadanje, tako da je v letu 1959 škrlatinka izkazovala samo polovico toliko obolenj kakor leta 1956. Vendar je število v letu 1956 za njo obolelih doseglo največje število od vseh nalezljivih obolenj, kar jih je nastopalo v šolskem obdobju od 1950 do 1959. Poleg morbilov, ki so v letih 1953 in 1957 zastopani v velikem številu, opozarja nase predvsem epidemični hepatitis. Ta je zadnja leta med vsemi nalezljivimi boleznimi zastopan z najvišjim številom obolenj. Število teh je od leta 1955 v močnem porastu (5,62‰, 7,61‰, 9,28‰). Znano je, da je epidemični hepatitis obolenje, ki v šolskih obdobjih nastopa zelo pogosto, vendar pa njegov porast v zadnjih štirih letih upravičeno že imenujemo epidemijo. Število obolenj za poliomielitom je za časa epidemij v letih 1953 in 1956 zvišano, vendar pa od leta 1957 dalje upada. V letu 1959 zaznamujemo pri šolskih otrocih samo 4 primere, torej 0,02‰.

Nato sledijo poškodbe, ki so po pogostnosti obolenj na 6. mestu.

Omeniti moramo pri šolski mladini še tuberkulozo. Vemo, da so tuberkulozna obolenja pri šolskih otrocih v upadanju, saj je bilo leta 1950 teh obolenj 0,70 %, v letu 1959 pa samo 0,21 %. Kljub zmanjšanemu številu pa je ta bolezen zaradi svojega resnega značaja še vedno dovolj velik problem za šolsko zdravstveno službo.

Iz podatkov o sistematičnih pregledih lahko zaznamujemo tudi nekatere posebnosti. Ker so ti podatki pri nas enotni šele zadnja štiri leta, smo se ozirali predvsem na podatke zadnjih let. Omeniti pa moramo, da podatki o sistematičnih pregledih ne ustrezajo povsem, ker marsikdaj tudi kvaliteta dela samega ni zadovoljiva.

Analiza teh podatkov nas opozarja predvsem na probleme, kot so telesna drža otrok, deformitete hrbtenice in stopal — torej okvare v drži in na okostju, potem karies zobovja in okvare vida. Nastane tudi vprašanje, kako je z okvarami sluha, ki jih prav gotovo zaznamujemo s prenizkim procentom (ca. 1 %), saj se te preiskave le prepogosto delajo ob neustreznih pogojih. Tudi podatki o psihični zaostalosti in o govornih napakah niso dovolj točni, kajti le z izboljšanjem službe in večjo pažnjo pri sistematičnih pregledih bi dobili zanesljivejše rezultate.

Kljub vsemu temu pa nas pregled podatkov o obolenju med našo šolsko mladino opozarja na številne probleme in šolski zdravstveni službi zaeno nakazuje smer za delo v prihodnjih letih.

Umrljivost

Znano je, da je v primeri z drugimi starostnimi obdobji umrljivost v šolskem obdobju najnižja. Številčno je umrljivost v LRS od leta 1950 z 0,96 ‰ do vključno leta 1957 z 0,59 ‰ — v upadanju. Zadnji dve leti pa nekoliko narašča, tako da je v letu 1959 dosegla 0,61 ‰, medtem ko je splošna umrljivost v 1959. letu 9,02 ‰. Analiza vzrokov smrti nam v vseh letih kaže, da so pri šolskem otroku na prvem mestu nesreče in nezgode. Analiza teh vzrokov v letu 1959 pa pove, da zavzemajo prvo mesto nezgode in poškodbe — 53,85% (99 primerov), ki smo jih skušali nekoliko razčleniti. Največ nesreč in nezgod je med šolsko mladino v starostnem obdobju med 14. in 18. letom. Najpogostnejše poškodbe so utopitve, poškodbe z električnim tokom in različne poškodbe glave. Nato sledijo maligne novotvorbe, od katerih odpade največji procent na novotvorbe živčnega sistema in hrbtnega mozga (42,86 ‰), nato pridejo novotvorbe dihalnih organov in novotvorbe kosti. Tretje mesto v umrljivosti zavzemajo nereumatična in revmatična obolenja srca. Nato sledijo levkemije in alevkemije.

Tako smo obdelali razpoložljive podatke in v grobih obrisih prikazali najpogostnejša obolenja in vzroke umrljivosti med šolsko mladino. Vendar nam je jasno, da za operativno vsi navedeni podatki še niso dovolj natančni in podrobni.

Podatki o sistematičnih pregledih zajemajo 40 ‰ šolske mladine, kar je za statistično obdelavo sicer dovolj veliko število, vendar podatki niso zbrani enakomerno, ker je v centrih pregledanih več otrok kakor v šolah na podeželju. Zato torej bi morali, če bi hoteli iz podatkov o sistematičnih pregledih prikazati zdravstveno stanje šolske mladine, vzeti statistično metodo vzorca iz zbranih podatkov, vendar tako, da bi v podatkih bili enakomerno zajeti vsi predeli.

Prav tako nam tudi poročila o ambulantnih pregledih ne prikažejo resnične obolevnosti šolskega otroka, marveč samo tista obolenja, zaradi katerih se prihajajo otroci ambulantno zdraviti.

Zaželeno in res zanesljive in dovolj podrobne podatke o vprašanju umrljivosti in o vzrokih smrti bi dobili edinole z anketiranjem posameznih primerov.

Zato smo se na oddelku za šolsko higieno in na statističnem oddelku pri Centralnem higienskem zavodu skupno odločili za določeno metodo dela. V šolskem letu 1959/60 smo z delom začeli, vendar gradivo še ni dokončno obdelano. Določili smo v Sloveniji 5 ‰ šol, ki so enakomerno porazdeljene. Na teh šolah naj bi se sistematični pregledi opravili po vseh zadevnih predpisih. Razen tega pa smo določili tudi 10 šol, kjer naj bi zdravnik s pomočjo pedagogov imel točno evidenco izostankov pri vsakem otroku. Evidentiral naj bi se tudi čas izostanka in kje se je otrok zdravil (v šolskem dispanzerju, v splošni ambulanti ali pa je bil hospitaliziran). Zaznamoval naj bi se tudi socialni sestav.

Gradivo imamo deloma že zbrano in je v obdelavi, tako da bomo v prihodnje že lahko po navedeni metodi do podrobnosti obdelali zbrane podatke.

Alkoholizem in zdravljenje kroničnih alkoholikov

Dr. Franc Hübscher

V naših krajih pride z alkoholom v stik prej ali slej vsak človek. Zato je povsem razumljivo, da okusijo alkoholni opoj tudi ljudje, ki se sami s seboj in z vsakdanjo realnostjo niso mogli sprijazniti in se težko prilagodijo na okolje. S tem so mišljeni ljudje, ki večkrat najdejo v alkoholnem opoju sprostitev. Tako se nevrotiki, psihopati in tudi psihotiki v alkoholni omami vsaj začasno rešijo svoje tesnobe, vezanosti, notranje napetosti in depresij, ki jim grene vsakdanje življenje in jih zavirajo v adaptaciji na okolje. Vedno znova se potem zatekajo k temu »zdravilu«, v katerem najdejo sprostitev, in se tako počasi znajdejo v začaranem krogu zasvojenosti: alkoholni ekscesi ustvarijo vrsto novih zunanjih in notranjih konfliktov, katerih rešitvi se ti ljudje zopet izmikajo in beže v alkoholno omamo, katere čari postajajo za prizadetega vse bolj in bolj mikavni. V nadaljnjem poteku nastopijo zaradi trajne zlorabe alkohola psihični ali telesni bolezenski pojavi, oziroma motnje v človekovem odnosu do njegovega družbenega okolja in tedaj ga lahko označimo kot alkoholika — mogoče bolje alkoholomana — če alkoholno zasvojenost smatramo le za podzvrst toksikomanije.

Nadaljnji proces vodi alkoholika v telesne okvare, psihične motnje in socialne depravacije. Navadno je alkoholik v svojem bednem življenju deležen pač tega in onega.

Ta proces pa vzdržuje in pospešuje dvoje: prvič to, da v človeku konflikti persistirajo in se kopičijo še novi, ki vzdržujejo in še podžigajo slo po omami, drugič pa to, da je človeku alkohol brez posebnih težav vselej dostopen. Iz tega sledi, da je alkoholika treba predvsem odtegniti iz območja alkohola, poleg tega pa si moramo prizadevati, da dvignemo njegovo osebnost do večje uravnoteženosti za zunanje in notranje obremenitve.

Farmakološki učinek alkohola. Po zaužitju se alkohol že po nekaj minutah pojavi v krvi, ker nekaj se ga resorbira skozi sluznico ust. V večini primerov pa je resorpcija zaključena eno uro potem, ko je preiskovanec nehal piti. V zelo polnem želodcu se zavleče tudi na daljši čas, celo preko dveh ur, pri pitju žgane pijače na tešč želodec pa alkohol lahko tako naglo preide v kri, da doseže v njej že čez nekaj minut najvišjo koncentracijo. Sledi eliminacija iz krvi. Delno se izloča z znojenjem, in to 1–2 %, z dihanjem 5–10 %, z urinom do 15 %, večji del pa se ga oksidacijsko razgradi in se pri izgorevanju 1,0 g etanola sprošča 7,1 kal. Tako z etanolom lahko pokrijemo do 70 % bazalnega metabolizma. Na ta način se lahko izdatki organizma pokrijejo v prid drugemu materialu, kar je pa racionalno le pri majhnih količinah alkohola pri kahektičnem bolniku, kjer lahko dajemo manjše količine alkohola.

Za večino oseb in v navadnih okoliščinah velja naslednje sorazmerje med koncentracijo alkohola v krvi in stopnjo alkoholiziranosti:

pod 0,5 ‰ alkohola v krvi — ni zunanjih znamenj;

od 0,5–1 ‰ alkohola v krvi — pozoren opazovalec zasledi spremembe v temperamentu, tako imenovano »zrahljanje zavor«.

od 1–2 ‰ alkohola v krvi — opitost, vinjenost, motnje v obnašanju, v govoru, redkeje tudi v ravnotežju;

od 2–4 ‰ alkohola v krvi — očitna pijanost, težave pri hoji, nespretnost pri delu, včasih amnezija;

od 3–4 ‰ alkohola v krvi — huda pijanost, nesposobnost za smotrno gibanje, miselno in izrazno siromaštvo, amnezija, nezavest;

od 4–5 ‰ alkohola v krvi — huda zastrupitev, globoka nezavest, nevarnost smrtnih komplikacij;

nad 5 ‰ alkohola v krvi — smrtna zastrupitev.

Učinek alkohola na različne organske sisteme je seveda različen. Omenili bi motnje v encimskem sistemu srčne mišice, kjer je potem za vsako sistolo potrebna večja količina energije. Okvara srčne mišice se kaže v tem, da je zaradi obremenitve po alkoholnem ekscesu pri srčni akciji čas povratka še nekaj dni podaljšan.

Najvažnejši je seveda vpliv alkohola na centralni živčni sistem, kjer se najprej paralizirajo najvišje funkcije. Prve namreč zapadejo toksičnemu vplivu celice, ki so v službi kontrole in zavor. Gibanje postane pretirano, mimika živahnješa, izražanje afektov izrazitejše. V to sliko se vpleta občutek evferije in občutek dvignjenosti nad okolico. Polagoma zapadejo depresiji tudi psihosenzorični areali, občutek za bolečino in utrujenost pa otopi. Nadalje pričenjajo omagovati centri, ki uravnavajo zavedne kretnje, zastrupljenec prične kinkati in končno zadremlje. Lahko se pa dihalni center prekomerno deprimira in nastopi smrt. Centralni efekti zastrupitve z alkoholom so torej isti kakor pri splošni anesteziji — pri splošni narkozi. Potek posameznih stadijev je pri alkoholni intoksikaciji daljši, na drugi strani pa je globoka koma pri alkoholu veliko bližja smrti. Tako imenovana terapevtska širina je pri alkoholu ozka.

Omenili smo, da sčasoma zaradi trajne zlorabe alkohola nastopijo telesni, živčni in duševni bolezenski pojavi. Prvo se pojavlja vprašanje, kakšen in kolikšen je vpliv alkoholizma na internistične bolezni, kot so kronični gastritis, ulkusna bolezen in ciroza jeter.

Vloga želodca pri kroničnem alkoholizmu je izrednega pomena. Želodec deluje kot recipient, zadržuje alkoholno pijačo in preprečuje hitro resorpcijo. Delovanje alkohola na sluznico želodca je neposredno patogeno. Prvi efekt se na želodčni sluznici pokaže najprej kot kronični alkoholni gastritis, ki je običajno hiperaciden. Hiperacidna sekrecijska disregulacija rada vodi do ulkusa na želodcu ali dvanajstniku. Hipersekreciji sledi atrofična subacidna faza.

Čim bolj se nekdo nagiba k hiperacidnosti, tem slabše tolerira alkohol, močnejši je pilorospazem in tem prej pride do hiperacidnega sindroma in celo do ulkusa. Zato je hiperacidnost nekakšen zavorni faktor alkoholnim ekscesom, kajti hiperacidni gastropati slabo tolerirajo koncentrirani alkohol.

Drugače pa reagirajo subacidni gastropati, ki imajo v celoti šibke adrenokortikalne funkcije. Medtem ko hiperacidni gastropat reagira na alkohol s sindromom neugodja in je to zavorni mehanizem, je nasprotno subacidnost dispozijski faktor za alkoholizem. Subacidni gastropati doživljajo alkohol kot aperitiv in kot digestivni moment, zato uživajo alkohol n. pr. zjutraj, ko je njihov apetit izrazito slab.

Poseben problem so reseciranci in alkoholizem. Reseciranci so po enotnem mnenju izredno disponirani, da postanejo težki kronični alkoholiki, kolikor niso bili že prej. Pri resecirancih se zaradi sprememb v fizioloških funkcijah pojavlja inklinacija k alkoholizmu, k uživanju alkohola in k patološkim spremembam v

toleranci alkohola samega. Alkohol pri resecirancu stimulatивно vpliva na gastrično sekrecijo, na drugi strani pa ima resecirani gastropat naglo pasažo, želodec kot recipient je odpadel, resorpcija alkohola je hitra. Medtem ko pri zdravem človeku doseže alkohol v krvi višek po 45 minutah, pri hiperacidnem pa še pozneje, imamo pri resecirancu vrh alkoholne koncentracije v krvi že po 5–10 min. Zato je jasno, da se reseciranci naglo opijejo, alkohol pa jim prija ne samo kot stimulans, ampak tudi kot sedativ, ki jim pomaga premagovati težave dumping sindroma. V splošnem je med reseciranci najmanj 5-krat toliko težkih alkoholikov kakor sicer. Reseciranci so kronično zdravstveno ogroženi in lahko zdrsnejo iz razmeroma težko doseženega ravnovesja v prehrani. V postresekcijski sindrom spada torej močna dispozicija za kronični alkoholizem.

Alkoholizem in obolenje jeter. V novejšem času so eksperimentalno dokazali, da alkohol v običajnih koncentracijah nima direktno hepatotoksičnega učinka. Jetrne patološke spremembe nastajajo namreč kot sopojav kroničnega alkoholizma. Alkoholiki običajno uživajo deficitarno hrano, jedo manj in slabše, hranijo se primitivno in imajo hipovitaminski karentni režim. Omembe vreden je faktor okvare simbiotov v črevesju, kjer pride do spremembe flore v gornjem delu črevesnega trakta, to pa zaradi velikih količin tekočine, ki izplavlja površno prebavljeno hrano. Vitaminov kompleksa B ne dobivamo samo s hrano, ampak jih v ogromni meri sintetiziramo s pomočjo omenjenih simbiotov v tankem črevesju. Če je prehrana daljšo dobo deficitna, je alkohol vsekakor eden izmed faktorjev za jetrna obolenja, zlasti za jetrno cirozo.

Kronični alkoholizem kaže nadalje škodljive posledice tudi na perifernem živčnem sistemu. Od perifernih okvar bi omenili samo polinevritis, t. j. vnetni ali degenerativni proces, ki povzroča motnje v funkciji perifernega živčnega sistema. Bistvena je okvara večjih perifernih živcev, hkrati s simetrično razporeditvijo simptomov.

Glavni vzrok je pomanjkanje vitamina B₁. Do tega pomanjkanja pride, ker je zaradi okvare črevesne sluznice po alkoholu resorpcija hrane pomanjkljiva.

Trajno uživanje alkohola ima za posledico tudi prava psihotična stanja, tako imenovane alkoholne psihoze, kjer ločimo patološki opoj, alkoholni bledež ali delirium tremens, psihozo Korsakov, alkoholno halucinozo Wernicke in ljubosumnostno blodnjavost alkoholikov.

Za patološki opoj je značilno, da nekateri ljudje že na manjše količine alkohola reagirajo patološko, kar vidimo tudi pri ljudeh, ki sicer niso kronični pivci. Patološki opoj sliči akutni epileptoidni psihozi in se pravtako pojavlja v akutni obliki. Pri njem ugotovimo skaljenost zavesti v obliki halucinacij in zasledovalne blaznosti. Včasih vidimo patološki opoj v obliki strahu, divjanja in patoloških nagonov. Traja do 15 minut in se konča z globokim spanjem, ki mu sledi popolna ali skoraj popolna amnezija. Ko patološki opoj popusti, ugotavljamo značilne telesne simptome: midriazo, konjunktivitis, tremor, ataksijo, znojenje in parafazijo. Patološki opoj ima danes zlasti forenzično psihiatrični pomen, sicer pa je dokaj redek.

Delirium tremens ali alkoholni bledež je najpogostnejša alkoholna psihoza. Zapadejo ji običajno tisti, ki pijejo koncentrirane pijače. Navadno sprožijo napad delirija akutne infekcije ali travme – ni pa še dokazano, če tudi akutna

abstinenca lahko povzroči delirij. Včasih se delirij pričenja s prodromi, kot so nemirno, večkrat prekinjeno spanje, razdražljivost in rahel tremor, ki prehaja v grobega. Običajno se prične napad akutno, in to ponoči s skaljeno zavestjo in optičnimi mikrohalucinacijami, ki jih bolnik pogosto tudi čuti in jih imenujemo haptične halucinacije. Pozornost je okvarjena, dobimo optične iluzije ter krajevno in časovno dezorientacijo. Na energičen poziv pa bolnika vendar pripravimo do sodelovanja. V afektivni sferi dobimo mešanico strahu in evforije. Značilna je motorika: stalen nemir, uhajanje, otepanje kač in miši, stopanje čez dozdevno napete vrvi in zaposlitveni delirij halucinanta. Delirium tremens je vezan na telesne simptome, kot so grob tremor, nereden pulz, poten obraz, slaba reakcija zenic in subfebrilne temperature.

Delirij lahko spremljajo epileptiformni napadi. Delirij traja 2–5 dni in se končuje po kritičnem spancu. Daljši deliriji so komplicirani, zlasti tisti, pri katerih nastopa vrsta recidivov. Pri hospitalni negi je prognoza relativno dobra, vendar pa je smrtnost še dokaj visoka.

Poleg tipičnih imamo tudi abortivne, netipične primere delirija, zlasti pri ženah.

Patološko anatomsko ugotovitki pri bolnikih, umrlih za delirijem, so borni in najdemo le nekaj sprememb v možganski skorji. Danes se domneva, da alkohol povzroča hude motnje metabolizma in da te povzročajo možganske simptome.

Nevarni so deliriji, ki izzvenevajo počasi, in pa tisti, ki recidvirajo, kajti psihoza Korsakov se pogosto pričenja s takšnim delirijem. Pri psihozi Korsakov trpe bolniki zavoljo hudih mnestičnih motenj in vse sproti pozabljajo, vrzeli pa skušajo zamašiti s konfabulacijami. Spočetka so evforični, živahni, nato vedno bolj ravnodušni, brez zanimanja, včasih celo somnolentni. Njih orientacija je slaba. Prognoza je suspektna in se po enem letu izboljša le del simptomov, popolna rehabilitacija pa je redka.

To bi bile prav na kratko nanizane telesne in duševne okvare, ki jih povzroča kronična zloraba alkohola.

Omeniti moramo vsekakor tudi kriminogeni pomen alkoholizma in pa problem alkoholizma v prometu in industriji. Statistično je dokazano, da je pri najmanj 12 % prometnih nezgod vzrok alkohol, kajti že pitje neznatnih količin okvari sposobnost vozača. Domneva se, da pri koncentraciji 1,5 ‰ alkohola v krvi voznik ni več sposoben upravljati motorna vozila. Medtem ko je problem alkoholizma v prometu razmeroma dobro raziskan, vemo mnogo manj o alkoholizmu v industriji, kjer pa ljudem prav tako ogroža varnost, zdravje in življenje in je pogosto vzrok obratnih nezgod.

Statistični podatki, ki so jih zbrali organi notranje uprave, naštevajo poleg prometnih nesreč in obratnih nezgod še samomore, uboje, telesne poškodbe, požige, posilstva in druga kazniva dejanja, ki so jih zagrešile osebe v opitem stanju.

Boj proti kroničnemu alkoholizmu kot bolezní se je pri nas začel šele leta 1954. Najprej je šlo za to, da se družba opozori na nevarnost alkoholizma, drugo pa je bilo vprašanje koncepta in faza konkretnih ukrepov. Danes odločno zavračamo vsako fanatično borbo proti alkoholizmu in smo proti abstinenčnim tendencam. Danes postavljamo pozitiven koncept: gre nam za zdravo prehrano,

za duševno zdravje, za zdravo družino, za varnost ljudi in pametno organizacijo prostega časa.

Pravega kroničnega alkoholomana, asocialnega do sebe in do družbe, pa smatramo za bolnika in ga skušamo zdraviti. Zato je potrebno, da ga odtegnemo iz območja alkohola, obenem pa skušamo dvigniti njegovo osebnost do večje uravnovešenosti.

Prvi zahtevi so svoj čas zadostili tako, da so bolnika alkoholika internirali v zavodu zaprtega tipa. Neprimernost takšnega zdravljenja pa je v tem, da se bolnik po najmanj 6-mesečni internaciji v zavodu težko spet ujame v svojem nekdanjem okolju, ne glede na to, da mu v očeh nerazgledanih ljudi dandanes še vedno ostane neki pečat, tako da je zaradi nezaupanja, s katerim ga sprejme družba, njegova prilagoditev še težja. Pri nas pa takih zavodov dejansko niti nimamo. Internacija alkoholikov v bolnišnici za duševne bolezni samo z namenom, da bi se odvadili alkohola, pa prav gotovo ni primerna. Sicer so pa tudi izkušnje zadnjih desetletij dokazale, da je sama internacija v zaprtem zavodu povečini brezuspešna, ker alkoholiki prav kmalu po odpustu iz takega zavoda spet zapadejo stari navadi.

Ambulantno zdravljenje alkoholizma. Tetraetiltiuram disulfiram, pri nas v prodaji pod imenom Tetidis, Cronetal in Antabus, je ustvaril možnosti za ambulantno zdravljenje alkoholizma oziroma je omogočil vsaj močno skrajšanje potrebne internacije. Opiramo se na lastnost tega medikamenta, da ustvarja intolerantnost do alkohola, oziroma senzibilizira človeka na etilni alkohol. Ta senzibilizacija se kaže v spodaj opisani reakciji, ki je za bolnika dokaj neprijetna.

Tudi dolgotrajno jemanje tablet praviloma ne dela nobenih težav. Ne delajo pa tablete same po sebi človeku alkohola zoprnega, kot si to predstavljajo nekateri. Kdor jemlje tablete in užije pri tem le majhno količino alkohola, dobi v 1–10 minutah tipično reakcijo, za katero so predvsem značilne objektivne in subjektivne vazomotorne motnje in motnje respiracije.

Pri reakciji nastopi rdečica v glavi in tilniku, kasneje tudi drugod po telesu, vazodilatacija konjunktivalnih ven do konjunktivalnega edema, potenje, dispneja in hiperpneja, tahikardija s padcem krvnega pritiska v hudih primerih do kolapsa, duh po acetaldehidu iz ust, pri hujši reakciji bruhanje, kasneje včasih zaspanost. Subjektivno pa navajajo bolniki še občutek toplote po telesu, vrtoglavico, pritisk v glavo in tilnik, včasih pulzirajoče glavobole, občutek tesnobe, pritisk v prsih, palpitacije in suho žrelo.

Po današnjih domnevah je vzrok nakopičenje acetaldehida v krvi. Do tega pa pride, ker disulfiram zadržuje razgradnjo alkohola v jetrih prav na stopnji acetaldehida.

Opisana reakcija ni brez nevarnosti. Umrljivost pri tem zdravljenju cenijo 8 na 10 000. Večinoma gre za primere, ko se je bolnik opil v času, ko je jemal tablete. Iz takšnih razlogov ima to zdravljenje predvsem svoje internistične kontraindikacije.

Absolutne kontraindikacije so:

- huda obolenja kardiovaskularnega sistema,
- gravidnost,
- jetrna ciroza.

Relativne kontraindikacije, torej primeri, ko je treba zdravljenje izvajati z vso pozornostjo, pa so:

lažja kardiovaskularna in jetrna obolenja,
ledvična obolenja,
diabetes,
krvna obolenja,
živčna obolenja — predvsem taka, ki jih spremljajo krči.

Razumljivo je tudi, da v to zdravljenje, ki mora biti prostovoljno, ni mogoče vključiti deprivirane, antisocialne alkoholike, ki so do svojega stanja docela nekritični in si niti ne žele več spremeniti svojega načina življenja. Pri njih kakor tudi pri alkoholikih z internističnimi kontraindikacijami pride v poštev le hospitalno zdravljenje.

Redko so lahko tudi tablete same, brez sočasnega uživanja alkohola, vzrok nekaterim somatičnim in psihičnim intoksikacijskim pojavom, kot so utrujenost, apatija, motnje spanca, zboljšanje ali oslavljenje apetita, zadah iz ust, glavoboli in vrtoglavice, eksantem, pešanje potence, spominske motnje, zmedenosti, grozavostna stanja in nevrotične motnje. Večina teh pojavov je le prehodne narave. Pri resnejših pojavih (n. pr. pri intoksikacijskih psihozah) seveda pa je zdravljenje treba prekiniti. Ob pojavu intoksikacijske psihoze torej takoj prenehamo s tabletami in dajemo bolniku 10 dni zaporedoma vsak dan po 300–500 mg Aneurina intravenozno, poleg tega pa 4-krat do 6-krat na dan po eno veliko žlico lahkega sedativa. Hujši znaki psihoze navadno že po 2–3 dneh popuste, popolnoma pa se bolnik zbistri v 7–10 dneh. Zelo primerno je, če takega bolnika hospitaliziramo. Koder pa to ni takoj izvedljivo, lahko izvajamo takšno terapijo tudi doma, zlasti če sta okolje in domača oskrba primerna. Vitamin C in analeptika so seveda od primera do primera tudi potrebni.

Seveda pa nikakor ne zadošča samo jemanje tablet. Po vsem navedenem lahko uvidimo, da je nujno potrebna tudi psihoterapija teh bolnikov. Tu ne mislimo ravno globinske analize. Psihoterapevtskega pomena je že podrobna eksploracija bolnika. Pri njej namreč napravi bolnik nekakšno inventuro svojega dotedanjega življenja in pogleda v oči konfliktom, ki jih je bil vajen sam sebi prikrivati. Tudi se danes še vedno razpravlja o vprašanju, kako naj se zdravijo alkoholomani: hospitalno ali ambulantno. Hospitalno naj bi se zdravili vsi tisti pacienti, ki nimajo preveč iskrenih namenov, pa tudi vsi tisti, ki so bodisi antisocialni ali asocialni. Vendar so možnosti hospitalizacije zaradi pomanjkanja posteljnega fonda zelo majhne. Seveda pa je hospitalizacija med psihotiki tudi nevšečna, zato se nujno javlja potreba po ustanovitvi posebnega zavoda.

Načelno se priporoča, da pričnemo terapijo z disulfiramom v bolnici. Ogromen pomen bi imela delovna terapija, kjer koli je možna, kajti z njo odpravimo intrapsihično tenzijo, ki je tako pogostna. Že sam hospitalni režim omogoča, da omenjena napetost mine. Razumljivo je, da mora biti bolnik pred pričetkom kure internistično pregledan, da izključimo morebitne kontraindikacije. Izvršimo naslednje preiskave: SR RR, RTG pljuč in srca, War, EKG, krvni status, hepatogram in orientacijske preiskave urina. Preden pričnemo aplicirati tablete, posvetimo nekaj dni »dezintoksikaciji«. V ta namen dajemo visoke doze Aneurina in Bedoksina intravenozno in kak lahek sedativ. Šele ko

so izvidi preiskav zadovoljivi in v mejah normale, pričnemo s terapijo. Seveda mora biti bolnik na dan, ko prične dobivati tablete, popolnoma trezen.

Po nekaj dneh običajno odpustimo bolnika in ga z vso potrebno dokumentacijo napotimo še na pregled k psihiatru, ki ugotovi njegov psihični status in da morda še svoje pripombe. Nato jemlje bolnik zdravila doma, in sicer po eno tableto dnevno, razen tega pa še Beviplex 3×1 tableto dnevno. Pri psihično labilnejših pa ordiniramo še Meprobamat 3×1 tableto dnevno.

Zatem naročamo bolnika na občasne kontrole. Zdravljenje naj traja povprečno 1 leto, najmanj pa 6 mesecev. Priporočljive so v tem času ponovne jetrne preiskave, zlasti če so že pri začetnih preiskavah bile ugotovljene spremembe, ki kažejo na hepatalno ogroženost.

Poudarjamo ponovno, da je ambulantno protialkoholno zdravljenje možno samo z bolnikovim prostovoljnim pristankom in sodelovanjem. Resnejši incidenti ob primerni dozaciji so le izjema. Nevarno pa je, kot se je že zgodilo, da je n. pr. žena skrivaj dala možu tablete v hrano. Ko se je mož potem nič hudega sluteč na hitro napil, pa je simptome alkoholne reakcije — ko ni poznal njih narave — hotel potešiti s pijačo. Močna reakcija utegne nastopiti, če bi pijan človek vzel tableto ali dve, v napačni domnevi, da mu bodo pomagale do iztreznjenja.

Navodi

Povzetek po obvi
LRS sestavila

Leta 1953 je v U.
sanitarno-epidemiološk
predpisala obvezno pr
odredbi prijavna dolžn

neje so jo začeli prijavljati vse od takrat, ko so se zdravniki v lastni praksi prepričali, da je zlatenica večidel nalezljiva bolezen in da število obolenj ne prestando raste. Postopno naraščajočo obolevnost in točnejše prijavljanje nam jasno kaže število primerov, prijavljenih v preteklih letih:

1950	294 primerov	
1951	348 primerov	
1952	246 primerov	
1953	307 primerov	
1954	238 primerov	
1955	556 primerov	
1956	2133 primerov	morbidnost na 10 000 — 13,95
1957	2769 primerov	morbidnost na 10 000 — 17,87
1958	3895 primerov	morbidnost na 10 000 — 24,92
1959	3762 primerov	morbidnost na 10 000 — 23,93

zatiiranje

sanitarnega inšpektorata

e k

24. 4.) izšla Odredba o
alezljivih boleznih, ki je
šveda se pa tudi po tej
loti. Popolneje in dosled-

* Zaradi aktualnosti objavljamo ta povzetek z nekaterimi dodatki. Op. ur.

so izvidi preiskav zadovoljivi in v mejah normale, pričnemo s terapijo. Seveda mora biti bolnik na dan, ko prične dobivati tablete, popolnoma trezen.

Po nekaj dneh o
tacijo napotimo še r
in da morda še svoje
eno tableto dnevno,
hično labilnejših pa

Zatem naročamo
vprečno 1 leto, najr
jetrne preiskave, zlas
membe, ki kažejo na

Poudarjamo pon
samo z bolnikovim i
denti ob primerni d
da je n. pr. žena skr
hudega sluteč na hitro napil, pa je simptome alkoholne reakcije — ko ni poznal
njih narave — hotel potešiti s pijačo. Močna reakcija utegne nastopiti, če bi
pijan človek vzel tableto ali dve, v napačni domnevi, da mu bodo pomagale
do iztreznjenja.

z vso potrebno dokumen
ovi njegov psihični status
zdravila doma, in sicer po
1 tableto dnevno. Pri psi
1 tableto dnevno.

Zdravljenje naj traja po
e so v tem času ponovne
vah bile ugotovljene spre

zoholno zdravljenje možno
delovanjem. Resnejši inci
a je, kot se je že zgodilo,
1. Ko se je mož potem nič

Navodila za preprečevanje in zatiranje virusnih hepatitisov*

Povzetek po obveznih navodilih Republiškega sanitarnega inšpektorata
LRS sestavila

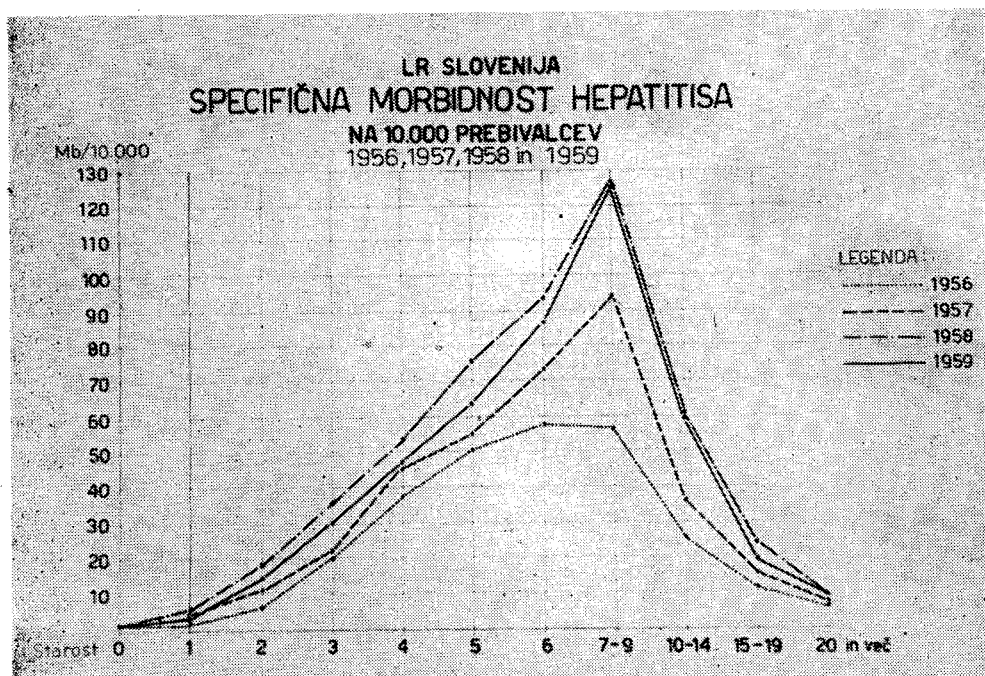
med. s. Hermina Andoljšek

Leta 1953 je v Uradnem listu LRS (št. 12 z dne 24. 4.) izšla Odredba o
sanitarno-epidemioloških ukrepih zaradi zatiranja nalezljivih bolezni, ki je
predpisala obvezno prijavljanje nalezljive zlatenice. Seveda se pa tudi po tej
odredbi prijavna dolžnost ni izpolnjevala redno in v celoti. Popolneje in dosled
neje so jo začeli prijavljati šele sčasoma, ko so se zdravniki v lastni praksi
prepričali, da je zlatenica večidel nalezljiva bolezen in da število obolenj ne
prestano raste. Postopno naraščajočo obolevnost in točnejše prijavljanje nam
jasno kaže število primerov, prijavljenih v preteklih letih:

1950	294 primerov	
1951	348 primerov	
1952	246 primerov	
1953	307 primerov	
1954	238 primerov	
1955	556 primerov	
1956	2133 primerov	morbidnost na 10 000 — 13,95
1957	2769 primerov	morbidnost na 10 000 — 17,87
1958	3895 primerov	morbidnost na 10 000 — 24,92
1959	3762 primerov	morbidnost na 10 000 — 23,93

* Zaradi aktualnosti objavljamo ta povzetek z nekaterimi dodatki. Op. ur.

Obolevanje v različnih starostnih obdobjih prikazuje naslednji grafikon:



Nalezljiva zlatenica, ki je po številu prijavljenih primerov med vsemi nalezljivimi boleznimi danes na drugem ali tretjem mestu, pač glede na epidemičnost ošpic in oslovskega kašlja v tistem letu, nastopa od leta 1956 v obliki intenzivne epidemije v vsej republiki, pri čemer ne moremo najti področja, ki ga ta epidemija ne bi prizadela. Visoka morbidnost jasno opozarja na pomembnost tega problema, čeprav je klinična slika lahka in so smrtni primeri redki. Dietetična hrana in fizično mirovanje, ki sta potrebna še daljši čas po okrevanju, uvrščata zlatenico med bolezni z velikim socialno-medicinskim pomenom. Govoriti o kasnih posledicah bolezni pa je za zdaj še prežgodaj.

Epidemiološko lahko v kompleksu virusnih hepatitisov ločimo dve bolezni: Hepatitis contagiosa (infectiosa), tudi epidemica, kadar nastopa epidemično, in Serumski hepatitis, ki ga Angloameričani imenujejo homologni serum ikterus, ponekod pa inokulacijski hepatitis, čeprav to ime ni najbolj posrečeno, ker se z inokulacijo lahko širita obe bolezni.

Hepatitis contagiosa je po dosedanjih ugotovitvah črevesna nalezljiva bolezen, ki se širi po fekalno oralni poti največ v tesnem kontaktu z ikteričnim, pa tudi anikteričnim bolnikom. V začetku bolezni kapljični način širjenja ni izključen. Povzročitelja, virus A, lahko dokažemo v blatu že nekaj dni pred začetkom bolezni in še do 3 tedne po začetku, ko je tudi nalezljivost največja. Posamezni prebolevniki ga izločajo celo več mesecev. V blato pride virus z žolčem, ki je pravtako kužen. Razen v blatu je virus v začetku bolezni prisoten

tudi v krvi bolnikov (virusemija), lahko že nekaj dni pred pojavom prvih bolezenskih znakov. V tem stanju se bolezen prenaša tudi parenteralno s krvjo in krvnimi produkti. Posredna pot so nesterilni instrumenti, predvsem brizge in igle, kontaminirane s krvjo ali tkivno tekočino okuženih in bolnih ljudi.

Serumski hepatitis je krvna nalezljiva bolezen, pri kateri povzročitelj (virus B) kroži v krvi lahko že več mesecev pred pojavom bolezenskih znakov in včasih tudi še več let po končani bolezni. V telesne izločke virus ne prehaja, bolan ali okužen človek ga ne izloča in zato se okužba ne širi po naravnih poteh. Infekcija je parenteralna, in sicer jo posreduje medicinsko osebje s transfuzijami krvi, zbirne plazme, seruma ali trombina. Največkrat pride do okužbe pri dajanju terapevtskih in profilaktičnih sredstev ali pri odvzemu krvi za preiskave, če ne uporabljamo za vsakega bolnika druge, prej dobro sterilizirane brizge in igle.

Obe bolezni zanesljivo ločiti epidemiološko, še manj pa klinično ali laboratorijsko — ni mogoče. Za serumski hepatitis naj bi bila značilna daljša inkubacija (več mesecev) in hujši klinični potek. Človek, ki je bil v 6 mesecih pred začetkom bolezni na kakršen koli način inokuliran, je bil razen arteficialni okužbi s serumskim hepatitisom izpostavljen tudi naravni okužbi s kontagioznim hepatitisom, čeprav za to sam morda niti ne ve (anikterične oblike hepatitisa). Torej predhodna inokulacija še ni absoluten dokaz za inokulacijski, še manj pa za serumski hepatitis. Vse laboratorijske metode, ki se danes uporabljajo pri hepatitisu, ne povedo ničesar o etiologiji bolezni, temveč le o stopnji okvare jetrnega parenhima. Za razpoznavanje hepatitisov z različno etiologijo te metode torej niso uporabne, pravitako ne za ločevanje kontagioznega in serumskega hepatitisa.

Ker serumskega hepatitisa praktično ne moremo ločiti od kontagioznega, moramo protiepidemične ukrepe v operativnem delu formulirati tako, da z njimi zajamemo obe bolezni. Ti ukrepi so:

1. Obvezna prijava po odredbi, citirani v uvodu.
2. Obvezna hospitalizacija (po isti odredbi) pri pojavu bolezni v kolektivu, zlasti otroškem. V drugih primerih lahko bolnika izoliramo doma. O potrebi hospitalizacije v tem primeru odloča težina bolezenske slike. Hospitalizacija oziroma izolacija traja 3 tedne od začetka bolezni.
3. Dezinficirati je treba sproti, in sicer bolnikovo blato in pa izločke nosno-žrelnega prostora. V ta namen je uporabljati klorove preparate, karbol ali formalin, in sicer z 2-krat večjo koncentracijo kakor pri klasičnih črevesnih nalezljivih boleznih.
4. Okolico bolnika moramo vedno poučiti o načinih širjenja, zahtevati skrajno snago na straniščih, redno umivanje rok po opravljeni potrebi in pred jedjo ter izvajati sploh vse ukrepe kakor pri črevesnih nalezljivih boleznih. Če je član bolnikove družine zaposlen v obratu družbene prehrane, ga moramo zdravstveno nadzorovati.
5. Če se hepatitis pojavi med osebjem obratov družbene prehrane, mora bolnik takoj prenehati z delom. Druge osebe zdravstveno nadzorujemo in poostriamo higienski režim v obratu. Prebolevnik se lahko vrne na delo v živilsko stroko šele potem, ko biokemične preiskave jeter ne kažejo nobenih abnormnosti, vendar ne prej kakor dva meseca od začetka bolezni.

6. Kakor pri drugih črevesnih nalezljivih boleznih je uničevanje muh z vsemi sredstvi in zavarovanje živil pred njimi obvezen del protiepidemičnih ukrepov.

7. Stacionarne in ambulantne zdravstvene ustanove se morajo zavedati velike nevarnosti, ki preti s parenteralnim prenašanjem ikterogenih virusov. Zato morajo dosledno sterilizirati vse instrumente in vsakega uporabiti samo pri eni osebi. Najbolj zanesljivo uniči viruse suha sterilizacija, in sicer v pol ure pri 160° C. Ker iz tehničnih razlogov ni vselej mogoče sterilizirati s suhim zrakom, posebno ne pribora za injekcije in gumijastih stvari, navajamo postopek sterilizacije s kuhanjem:

a) Po temeljitnem mehaničnem čiščenju v milnici in tekoči vodi položimo brizge in igle za 10 minut v 5 %-no raztopino formalina ali v 5 %-no raztopino desola. S formalinom je mišljena farmakopejska Sol. Formaldehydi, ki vsebuje 34–36 % formaldehida. Če želimo 5 %-no raztopino formaldehida, tedaj moramo vzeti 15 g Sol. Formaldehydi in 85 g vode. Brizge nato izperemo v tekoči vodi in kuhamo 20 minut ali

b) po mehaničnem čiščenju v milnici in tekoči vodi kuhamo brizge in igle v polodstotni raztopini fenola 20 minut, jih izperemo v tekoči vodi in ponovno kuhamo v vodi 20 minut.

Razen brizg in igel steriliziramo na isti način ali v avtoklavu tudi pribor za izpiranje (želodčne in duodenalne sonde, katetre ipd.). Za zbadanje v prst naj se uporabljajo navadne injekcijske igle ali peresa, ki jih steriliziramo z razžaritvijo v plamenu, s suhim zrakom pri 160° C ali pa jih kuhamo na prej opisani način. Suho moramo sterilizirati tudi melanžerje, ki jih uporabljamo za odvzem krvi (štetje eritrocitov in levkocitov). Posebno pozornost posvetimo sterilizaciji kirurških in zobarskih instrumentov.

Navedeni postopki sterilizacije so obvezni za vse zdravstvene ustanove ne glede na pojavljanje hepatitisa.

8. Pri množičnih cepljenjih za zdaj še ni mogoče, da bi uporabili za vsakega otroka drugo brizgo. Nevarnost za prenos hepatitisa pa se močno zmanjša, če z isto brizgo cepimo n. pr. le 5 otrok in jo nato na prej opisani način steriliziramo. Cepiti večje število otrok z isto brizgo na ta način, da bi brizgo večkrat napolnili s cepivom brez vmesne sterilizacije, je strogo prepovedano.

9. Pravtako ne smejo stacionarne in ambulantne zdravstvene ustanove dajati istega medikamenta več bolnikom z isto brizgo in menjavati samo iglo. Mišljenje, da morajo biti brizge in igle sterilne le takrat, kadar bolniku medikament injiciramo, ne pa tudi, ko mu je jemljemo kri za preiskave, je napačno in ga moramo pobijati, saj so ravno odvzemi krvi za preiskave najpogostnejša pot, po kateri se širi hepatitis.

10. V vsakem primeru hepatitisa, ki ga zdravi, mora zdravnik napraviti tudi epidemiološko anamnezo, katere namen je ugotoviti predhodni kontakt s poznanim primerom hepatitisa ali kakršnokoli inokulacijo v 6 mesecih pred začetkom bolezni. Iskanje vira okužbe naj se ne omeji samo na družino in isto hišo, temveč naj obseže tudi sosedo, obolenja v isti ulici ali vasi, sodelavce v službi ali na delovnem mestu, abonente iste menze, sošolce itd. Če je bil bolnik inokuliran, moramo ugotoviti čas inokulacije, ustanovo, v kateri je bil inokuliran, in pa način te inokulacije (vboj v prst, prejemanje injekcij, cep-

ljenje, odvzem krvi bodisi za SR, WAR, Widala ali transfuzijo krvi in plazme itd.). Dobljeni podatki se morajo vpisati v ambulantni na karton, v bolnici pa v popis bolezni.

11. Pri odvzemu krvi za transfuzijo se izogibamo področjem, ki imajo veliko primerov obolenj. Pri izbiri krvodajalcev moramo odklanjati prebolevnike in člane bolnikove družine. Ni namreč znano, kdaj preneha biti njihova kri kužna in zato ni mogoče določiti intervala za odvzem. V nekaterih primerih je bila kužnost dokazana še več let po popolnem ozdravljenju. Pri vitalnih indikacijah moramo nevarnost hepatitisa pri transfuziji zanemariti, v drugih primerih pa preudariti, ali koristi transfuzije odtehtajo nevarnost hepatitisa. V nobenem primeru ne smemo za pripravljanje zbirne plazme uporabiti krvi oseb, ki so hepatitis prebolele, tudi če je od obolenja minilo že več let.

12. Spodnja tabela nam prikazuje v letih 1956 do 1959 prijavljene primere nalezljive zlatenice med zdravstvenim in pomožnim osebjem v zdravstvenih ustanovah. Vsak tak primer moramo prijaviti ne samo kot nalezljivo bolezen, temveč na posebnem obrazcu kot poklicno infekcijo tudi Ambulanti za poklicna obolenja.

Leto	Zdrav- niki	Medic. sestre	Bolni- čarji	Babice	Otro- ške nego- valke	Strež- nice	Cistil- ke in perice	Drugi	Skupaj
1956	5	4	5	2	2	5	4	5	32
1957	5	3	4	2	2	6	6	3	31
1958	7	2	2	—	8	5	—	2	26
1959	—	4	6	1	4	9	—	6	30
Skupaj 1956—59	17	13	17	5	16	25	10	16	119

Ran

Vsako spremembo zaradi svoje živordečnosti tujo besedo eritropoiesis splošno v rabi beseda

Spodnji del maternice (porcija) vidimo v njenem dnu: nično ustje. Površino epitelijske sluznice v vratnem kanalu pa pokaže slojen cilindrični epitelij. Oba epitelijska stikata ob vhodu v vratni kanal ali vnanjem materničnem ustju, ki tvorita naravno mejo. Toda meja med ploščatim in cilindričnim epitelijem se pogosto premika, ker se obmejne ploščate in cilind-

maternice

nično ustju maternice, ki se nahaja v okolici, imenujemo troplakijo je pri nas na

na del imenujemo nožnični kanal, ki se razširimo z lopaticami, ni kanal ali vnanje maternični kanal večslojen ploščat epitelij. Sluznico v vratnem kanalu pa pokaže slojen cilindrični epitelij. Oba epitelijska stikata ob vhodu v vratni kanal ali vnanjem materničnem ustju, ki tvorita naravno mejo. Toda meja med ploščatim in cilindričnim epitelijem se pogosto premika, ker se obmejne ploščate in cilind-

ljenje, odvzem krvi bodisi za SR, WAR, Widala ali transfuzijo krvi in plazme itd.). Dobljeni podatki se morajo vpisati v ambulantni na karton, v bolnici pa v popis bolezni.

11. Pri odvzemu krvi za transfuzijo se izogibamo področjem, ki imajo veliko primerov obolenj. Pri članke bolnikove družine in zato ni mogoče dokazati kužnost dokazana še v moramo nevarnost hepatitisa preudariti, ali koristi primeru ne smemo za hepatitis prebolele, tu

12. Spodnja tabela nalezljive zlatenice moramo ustanovah. Vsak tak p temveč na posebnem obolenja.

klanjati prebolevnike in ha biti njihova kri kužna katerih primerih je bila .. Pri vitalnih indikacijah ti, v drugih primerih pa t hepatitisa. V nobenem porabiti krvi oseb, ki so več let.

1959 prijavljene primere osebjem v zdravstvenih o kot nalezljivo bolezen, di Ambulanti za poklicna

Leto	Zdrav- niki	Medic. sestre	Bolni- čarji	Babice	Otro- ške nego- valke	Strež- nice	Cistil- ke in perice	Drugi	Skupaj
1956	5	4	5	2	2	5	4	5	32
1957	5	3	4	2	2	6	6	3	31
1958	7	2	2	—	8	5	—	2	26
1959	—	4	6	1	4	9	—	6	30
Skupaj 1956—59	17	13	17	5	16	25	10	16	119

Rana in rak ob ustju maternice

Dr. Joža Žitko

Vsako spremembo ali okvaro tkiva ob vnanjem ustju maternice, ki se zaradi svoje živorodeče barve loči od bledorožnate normalne okolice, imenujemo s tujo besedo eritroplakija (t. j. rdeča lisa). Za eritroplakijo je pri nas na splošno v rabi beseda rana.

Spodnji del materničnega vratu sega v nožnico. Ta del imenujemo nožnični del vratu ali porcijo (portio = odmerjen del). Če nožnico razširimo z lopaticami, vidimo v njenem dnu porcijo, sredi nje pa vhod v vratni kanal ali vnanje maternično ustje. Površino porcije pokriva do vhoda v vratni kanal večslojen ploščat epitelij. Sluznico v vratnem kanalu pa pokriva enoslojen cilindrični epitelij. Oba epitelija se praviloma stikata ob vhodu v vratni kanal ali vnanjem materničnem ustju, ki tvori med njima naravno mejo. Toda meja med ploščatim in cilindričnim epitelijem se pogosto premika, ker se obmejne ploščate in cilind-

rične celice iz različnih vzrokov med seboj spodrivajo, obnavljajo, preobražajo in druga drugo preraščajo. Tu, ob vnanjem materničnem ustju, v stikališču ploščatega in cilindričnega epitelijskega, nastanejo večkrat spremembe, ki so videti, če jih pogledamo s prostimi očmi, kakor rana. Prav na tem mestu se prične zaradi nenavadnih vplivov in pod posebnimi, za zdaj še nepojasnjenimi pogoji razvijati rak materničnega vratu.

Cilindrični epitelij se iz vratnega kanala večkrat razširi in razraste navzven, izpodrine ploščati epitelij in v večjem ali manjšem obsegu prekrije površino porcije v okolici materničnega ustja. Cilindrične celice so zelo nežne in ker so naložene samo v enem sloju, skoznje močnejše proseva prekrvljeno dno. Zato je okolica materničnega ustja, kadar jo pokrivajo cilindrične celice, živoorodeča in je videti kakor rana. Bujno rast cilindričnega epitelijskega v vratnem kanalu zelo verjetno povzroča povečano izločanje in delovanje ženskega hormona progesterona, in to predvsem v nosečnosti. Spremembe ob ustju maternice, ki delajo vtis rane, opažamo le pri nekaterih nosečnicah in jih smatramo za naraven pojav. V šestih mesecih po porodu izginejo po navadi same od sebe. Tudi pri tretjini novorojenih deklic opažamo ob vnanjem materničnem ustju navidezno rano, ki je nastala zaradi pretiranega vplivanja materinega hormona progesterona na rast cilindričnih celic v vratnem kanalu otrokove maternice. Prirojene navidezne rane izginejo po navadi same od sebe v otroški dobi, le včasih ostanejo tudi v zreli dobi. V meni skoro popolnoma preneha delovanje ženskih hormonov. Zato takšne navidezne rane, ki so nastale zaradi hormonskih vplivov, v tej dobi izginejo in se ne pojavijo več.

Pri splavu, zlasti pa pri porodu, se maternično ustje odpre. Po končanem porodu se večkrat ne zapre več popolnoma. Živoorodeča sluznica vratnega kanala je zato vidna ob materničnem ustju in dela vtis rane.

Prave rane ob ustju maternice nastanejo zvečine zaradi poškodbe materničnega vratu ali ustja ob porodu, ob splavu, pri operacijah, pri spolnem občevanju, zaradi uporabe nekaterih zdravil, ki tkivo razjedajo, dalje zaradi abortivnih pripomočkov ipd. Toda če se te rane dobro in kmalu ne zacelijo, jih po navadi prav kmalu prekrijejo cilindrične celice iz vratnega kanala in jih spremene v navidezno rano.

Na vnanjem spolovilu in v nožnici so vedno prisotne različne bakterije, ki lahko okužijo poškodovano tkivo ob materničnem ustju in občutljive cilindrične celice v vratnem kanalu ali v navidezni rani. Normalno so v nožnici Döderleinovi bacili. Ti proizvajajo iz glikogena, ki je v celicah ploščatega epitelijskega, mlečno kislino, ki preprečuje razvoj bolezenskih mikrobov v nožnici in spolovila varuje okuženja. Po porodu, po splavu in ob menstruaciji pa je ta naravna obrambna sposobnost nožnice oslABLJENA in vrat maternice je močnejše izpostavljen okuženju. Sproščene bakterije lahko vdrejo v razpoke in ranice, ki so nastale ob ustju zaradi poškodb, ali okužijo občutljive cilindrične celice, ki pokrivajo navidezno rano in sluznico v vratnem kanalu. Razvije se vnetje materničnega vratu, ki je sprva akutno, a postane kronično, če se kmalu ne pozdravi.

Kronično vnetje materničnega vratu je najpogostnejše žensko obolenje. Za njim boleha približno 60–70 % vseh zrelih žena. Včasih je prikrito in ne dela nobenih bolezenskih znamenj. Večinoma pa izloča vneta sluznica vratnega

kanala veliko gnojnega izcedka, ki se izloča iz nožnice kot obilen beli tok. Iz materničnega vratu se vnetje večkrat razširi v sosednje tkivo in v bližnje organe. Kronično vnet vrat maternice je namreč prav takšno žarišče bolezenskih mikrobov kakor n. pr. kronično vnete zobne korenine (granulomi) ali kronično vnete nebnice in žrelnica (tonzile). Iz njega se bakterije lahko širijo v neposredno okolico in povzročajo vnetje maternice, jajcevodov, mehurja ali tkiva v okolici maternice (parametritis). Zato se kmalu pojavijo bolečine v križu, v spodnjem delu trebuha ter bolečine in težave z mehurjem. Bolezenski mikrobi pa se lahko širijo iz kronično vnetega vratu tudi po krvnih ali mezgovnih žilah v oddaljene dele telesa in povzročajo vnetje sklepov, živcev, mišic in drugih organov.

Zaradi kroničnih vnetnih dražljajev ter vplivanja strupenih bakterij in gnojnega izcedka nastanejo sčasoma v tkivu ob ustju maternice spremembe in razjede, ki se kmalu spremenijo v navidezno rano, ker jih prekrije cilindrični epitelij iz vratnega kanala. Vnetje sluznice v vratnem kanalu in spremembe ob ustju maternice povzroča tudi zajedavec *trichomonas vaginalis*, ki je hkrati najpogostnejši vzrok belemu toku.

Poleg okuženja je vrat maternice izpostavljen v nožnici še raznovrstnim drugim dražljajem, predvsem mehničnim in kemičnim. Trajni in nenavadni dražljaji vzbudijo včasih v obmejnih ploščatih in cilindričnih celicah ob ustju maternice preobrazbo ter pretirano in nepravilno rast. Če dražljaji prenehajo, se rast in razporeditev celic večkrat zopet normalizirata. Včasih pa opazamo, zlasti če trajajo dražljaji še dalje, da postane razporeditev krvnega ožilja v spremenjenem epiteliju nepravilna, rast ploščatih in cilindričnih celic neurejena in divja ter sčasoma tudi rakava. Tako se prične ob ustju maternice razvijati rak.

Večina strokovnjakov meni, da je vnetje najpogostnejši vzrok rakavemu obolenju materničnega vratu. Iz statističnih obravnav pa je razvidno, da vplivajo na razvoj raka ob ustju maternice poleg vnetnih dražljajev zelo verjetno še razni drugi dražljaji, vplivi in okoliščine.*

Med rakavimi obolenji ženskih spolovil je rak materničnega vratu najpogostnejša in hkrati tudi najhujša oblika rakavega obolenja. Izmed 100 žena, ki so bolne za rakom na spolovilih, jih ima povprečno 65 raka na vratu maternice, 18 raka v telesu maternice, 13 raka v jajčni žlezi in le posamezne imajo raka na jajcevodu, v nožnici ali na vnanjem spolovilu.

Prva znamenja rakavega obolenja materničnega vratu so smrdeč in krvavkast izcedek ter krvavitve na dotik, to je predvsem po spolnem občevanju in po težjem iztrebljanju. Pojavijo se največkrat pri ženah, ki so stare 40–50 let. Po navadi pa se razvija rak ob ustju maternice neopazno že deset let in tudi več, preden se pojavijo prva bolezenska znamenja.

Na zdravem vratu maternice se rak le redko razvije. Zvečine se razvije v vnetno spremenjeni površini porcije in v navidezni rani, bolj rekdo v kronično vneti sluznici vratnega kanala. Rakavo tvorbo na porciji lahko takoj spoznamo, če je že tako velika, da jo opazimo s prostimi očmi. Neopazne, začetne

* V tej zvezi opozarjamo na članek avtorice »O vplivih na rakavo obolenje materničnega vratu« — Medicinska sestra na terenu V (1958), št. 1, str. 28–29. — Op. ur.

rakave spremembe na vratu maternice pa lahko ugotovimo šele s posebnimi preiskavami in pregledi — citološko, kolposkopsko in histološko.

Citološki pregled po Papanicolaou-ju je zasnovan na dejstvu, da se površinske celice rakavih tvorb luščijo. Odlučene rakave celice pa lahko spoznamo pod drobnogledom, ker so njihova jedra značilno spremenjena.

Kolposkop je priprava, ki poveča vidno površino porcije za 10-krat do 20-krat. Za prosto oko neopazne začetne rakave spremembe v krovnem epiteliju porcije opazimo lahko s kolposkopom. Sumljivo spremenjeno tkivo izrežemo in pregledamo histološko. Histološki pregled sumljivega tkiva pa z gotovostjo potrdi ali pa zanika rakavo rast celic v prizadetem tkivu. Z ustreznim zdravljenjem preprečimo nadaljnji razvoj začetnih rakavih sprememb in ženo zanesljivo obvarujemo raka.

Vsaka sprememba in vsaka rana ob ustju maternice opozarja na prostor, kjer se lahko sčasoma razvije rak. Zato priporoča sodobno zdravstvo vsem zrelim ženam, posebno pa nad 30 let starim, da si dajo vsakih 6 mesecev pregledati spolovila in zdraviti vse spremembe, iz katerih se sčasoma utegne razviti rak. Statistična poročila ugotavljajo, da navzlic že precej razširjeni propagandi za zgodnje ugotavljanje raka še vedno prihaja veliko žena na zdravljenje sorazmerno pozno. Približno polovica bolnic ima bolezenska znamenja že tri mesece, četrtna bolnic pa tudi že več ko šest mesecev, preden pridejo na pregled in zdravljenje.

Ginekološki pregledi in posebne preiskave za ugotavljanje raka na vratu maternice in na drugih delih spolovil so za zdravstvo dragocene, za zdravnika pa naporne in odgovorne. Vendar so pa te preiskave, čeprav dragocene, hkrati tudi ekonomske in socialne. Izračunano v številkah stane zdravljenje začetnega rakavega obolenja na materničnem vratu približno 30 000—50 000 dinarjev, zdravljenje že napredovalega raka na vratu maternice pa približno 1 200 000 dinarjev in tudi več. Seveda ni razlika samo v ceni, marveč tudi v uspešnosti zdravljenja. Zdravljenje raka na vratu maternice je v začetnem stadiju zanesljivo uspešno, pri že napredovalem rakavem obolenju pa je uspeh zdravljenja kljub velikemu prizadevanju zdravnikov, kljub težki operaciji, kljub obsevanju in uporabi dragocenih zdravil — nezanesljiv. Zgodnje ugotavljanje, preprečevanje in zdravljenje raka pa ima poleg gospodarskega in zdravstvenega uspeha tudi velik družbeni pomen. Z njim lahko mnogo žena obvarujemo pred hudo in smrtno boleznijo, ohranimo zdrave žene družbi in družinam ter pogosto sorazmerno mlade matere še nedoraslim otrokom.

Med 1000 ženami, ki se počutijo zdrave, a pridejo na ginekološki pregled slučajno, ugotovimo povprečno pri 2—5 ženah začetne rakave spremembe na vratu maternice, pri več kot polovici žena pa vnetje, rano in druge spremembe, iz katerih se utegne sčasoma razviti rak. Za ženo je ginekološki pregled nedvomno neprijeten in mučen. Zato je razumljivo, da se veliko žena težko odloči za takšen pregled. Vendar jih k temu nihče ne more in tudi ne sme siliti. Ravno tu in v tej smeri pa je delo medicinske sestre lahko izredno pomembno za preprečevanje raka. S smotrnim poučevanjem in prepričevanjem žena, s ponovnim pojasnjevanjem in odgovori na zadevna vprašanja, obenem pa z globokim razumevanjem in lajšanjem vseh morebitnih neprijetnosti lahko med njimi budi smisel pa tudi pripravljenost in voljo za organizirane redne preglede.

Kajti samo s pomočjo teh nam lahko slednjič uspe, da bomo tako rekoč do kraja zatrli raka na maternici. Zato je dolžnost medicinskih sestra, da se čimbolj posvetijo tej veliki in važni nalogi. Kajti tudi skupinski pregledi v raznih podjetjih za uslužbenke niso obvezni. Delodajalci jim iz svoje proste volje omogočajo ginekološki pregled, da bi jim pač prihranili čas in olajšali pot do pregleda. Za zdravstvo pa so takšni skupinski pregledi žena pomembni tudi zato, ker nudijo dragocene statistične podatke in ugotovitve.

Sodobno zdravljenje ženskih bolezni in borba proti raku na ženskih spolovilih sta si postavila za cilj — ginekološki pregled vsakih 6 mesecev. Vneto površino, rano in druge spremembe ob ustju maternice je v vsakem primeru treba pozdraviti vedno sproti. Načinov zdravljenja je veliko, toda za zdaj še vedno najbolj učinkovito je zdravljenje z vročino. Vrat maternice je ob ustju neobčutljiv. Zato lahko s posebnimi pripravami izžgemo bolno površino brez bolečin. Vročina uniči bakterije in glivice, ki povzročajo vnetje, hkrati pa prekine neurejeno in nepravilno rast cilindričnih in ploščatih celic. V treh tednih odpade uničena površina porcije in kmalu jo prekrijejo ploščate celice. Po dveh mesecih je vrat maternice zdrav in normalen. Ploščate celice pokrivajo površino vratu zopet do normalne meje, to je do vhoda v vratni kanal. Belo perilo preneha, težave in bolečine, ki jih povzroča vnetje vratu, pa izginejo. Po končanem zdravljenju pa zaradi varnosti še vedno priporočamo ginekološki pregled vsakih šest mesecev, da tako še pravočasno odvrnemo morebitno nevarnost.

Petna

Komaj drugo deseto letno revolucijo v medicini — obdobje antibiotikov — danes razpravljajo predstavniki. Upravičeno, kemični sestavi

Tako imamo danes penicilina z leti proti nekaterim mikrobnim obolenjem, dopolnjujejo njegov spekter novejši antibiotiki eritromicinske skupine: eritromicin, spiramicin, oleandomicin, karbomicin. Tudi novobiocin, vankomicin in ristocetin delujejo podobno.

Najširši obseg delovanja med znanimi antibiotiki imajo danes tetraciklini: tetraciklin, klortetraciklin, oksitetraciklin (avreomicin, teramicin, ambramicin, geomycin itd.). Ne učinkujejo le na bakterije, zelo močno vplivajo tudi na rikecije in velike viruse. Tetraciklinom zelo soroden po učinku je kloromicetin, ki je za zdaj edini predstavnik posebne kemične skupine.

Posebno skupino sestavljajo antibiotiki, učinkoviti proti povzročitelju tuberkuloze: streptomycin, cikloserin in viomicin. Istočasno delujejo tudi proti nekaterim po Gramu negativnim bakterijam.

tibiotiki

zdravljenje s prvim anti-tuberkuloznim zdravilom — obdobje v terapiji, ki še ni zaključena. islih posameznih njihovih tibiotikov, sorodnih po

ilina. Če je učinkovitost

Kajti samo s pomočjo teh nam lahko slednjič uspe, da bomo tako rekoč do kraja zatrli raka na maternici. Zato je dolžnost medicinskih sestra, da se čimbolj posvetijo tej veliki in važni nalogi. Kajti tudi skupinski pregledi v raznih podjetjih za uslužbenke niso obvezni. Delodajalci jim iz svoje proste volje omogočajo ginekološki pregled, da bi jim pač prihranili čas in olajšali pot do pregleda. Za zdravstvo pa so takšni skupinski pregledi žena pomembni tudi zato, ker nudijo dragocene statistične pod

Sodobno zdravljenje
lovilih sta si postavila za
površino, rano in druge
treba pozdraviti vedno s
vedno najbolj učinkovito
neobčutljiv. Zato lahko s
bolečin. Vročina uniči bal
kine neurejeno in neprav
odpade uničena površina
mesecih je vrat maternice
vratu zopet do normalne
neha, težave in bolečine, l

zdravljenju pa zaradi varnosti še vedno priporočamo ginekološki pregled vsakih šest mesecev, da tako še pravočasno odvrnemo morebitno nevarnost.

raku na ženskih spo-
kih 6 mesecev. Vneto
je v vsakem primeru
eliko, toda za zdaj še
maternice je ob ustju
bolno površino brez
vnetje, hkrati pa pre-
h celic. V treh tednih
loščate celice. Po dveh
ice pokrivajo površino
kanal. Belo perilo pre-
izginejo. Po končanem

Petnajst let zdravljenja z antibiotiki

Dr. Zlata Stropnik

Komaj drugo desetletje teče, odkar je povzročilo zdravljenje s prvim antibiotikom revolucijo v medicini. S penicilinom se je začelo novo obdobje v terapiji — obdobje antibiotikov. Penicilin je prvi člen verige, ki še ni zaključena. Ko danes razpravljamo o antibiotikih, nimamo več v mislih posameznih njihovih predstavnikov. Upravičeno govorimo o skupinah antibiotikov, sorodnih po izvoru, kemični sestavi in terapevtski učinkovitosti.

Tako imamo danes na razpolago več oblik penicilina. Če je učinkovitost penicilina z leti proti nekaterim mikrobom oslabela, dopolnjujejo njegov spekter novejši antibiotiki eritromicinske skupine: eritromicin, spiramicin, oleandomicin, karbomicin. Tudi novobiocin, vankomicin in ristocetin delujejo podobno.

Najširši obseg delovanja med znanimi antibiotiki imajo danes tetraciklini: tetraciklin, klortetraciklin, oksitetraciklin (avreomicin, teramicin, ambramicin, geomycin itd.). Ne učinkujejo le na bakterije, zelo močno vplivajo tudi na rikecije in velike viruse. Tetraciklinom zelo soroden po učinku je kloromicetin, ki je za zdaj edini predstavnik posebne kemične skupine.

Posebno skupino sestavljajo antibiotiki, učinkoviti proti povzročitelju tuberkuloze: streptomycin, cikloserin in viomicin. Istočasno delujejo tudi proti nekaterim po Gramu negativnim bakterijam.

Uporabnost nekaterih antibiotikov omejuje visoka toksičnost. Zato jih v praksi redko srečujemo. To lastnost moramo upoštevati pri neomicinski skupini: neomicin, kanamicin, frameticin in paromomicin.

Večino naštetih antibiotikov proizvajajo glive. Kloromicetin je mogoče sestaviti tudi v laboratorijih. Nekateri antibiotiki pa so bakterijski presnovek. Te družimo v skupino polipeptidnih antibiotikov: polimiksin, bacitracin, tirotricin. Zaradi toksičnosti so primerni le za zunanjo uporabo.

V zadnjih letih so odkrili antibiotike, učinkovite pri glivičnih infekcijah. To so nistatin, amfotericin, trihomicin in griseofulvin. Največ obetajoča odkritja pričakujemo v skupini antibiotikov, ki zavirajo rast tumoroznih tkiv. Doslej so znani aktinomycin, azaserin in DON.

V kratkem času petnajstih let smo dobili na razpolago vrsto sredstev za zdravljenje najrazličnejših obolenj. Edino proti najmanjšim virusom danes še ne poznamo učinkovitega antibiotika.

Če se ozremo nekoliko nazaj, se bomo spomnili, kakšen val navdušenja je spremljal odkritje skoraj vsakega novega antibiotika. In resnično je pomenilo vsako odkritje posebej znaten napredek. Navdušenje in pričakovanje pa so pri uporabi novega antibiotika kmalu zatemnile senčne strani, ki so se prav kmalu pokazale. V mislih imamo stranske pojave, ki prihajajo na dan deloma že ob samem odkritju, deloma pa postopoma z daljšo uporabo. Antibiotično zdravljenje spremljajo stranski pojavi v zvezi s toksičnostjo antibiotika, pojavi senzibilizacije bolnikovega organizma in nastajanje superinfekcij z rezistentnimi bakterijami. Vse te komplikacije so za bolnika včasih nevarnejše kakor prvotno obolenje. Zato narekujejo antibiotiki skrajno previdnost pri zdravljenju.

V petnajstih letih se je pokazalo, da so ravno stranski pojavi najmočnejše vplivali na spreminjanje indikacij in kontraindikacij antibiotičnega zdravljenja, in sicer ves čas od prvih presenetljivih uspehov do danes, ko lahko že s kritičnim ocesom motrimo to kratko obdobje, polno pričakovanih dogodkov in nepričakovanih presenečenj.

Od indikacij, ki danes pri zdravljenju še vedno zahtevajo brezpogojno dajanje antibiotikov, sta se ohranili dve, in sicer tuberkuloza in bakterijski endokarditis. Poleg teh dveh sta se obdržali tudi preventivna uporaba antibiotikov v splošni medicini in kirurgiji. Antibiotična profilaksa je upravičena v kolektivih zdravih ljudi in med bolniki v času epidemij z invazijskimi mikrobi (streptokoki, meningokoki, gonokoki itd.), n. pr. v šolah, internatih, bolnišnicah in dečjih domovih. V takih primerih je mogoče uspešno omejiti epidemijo z zdravljenjem bolnikov in kliconoscev ter z istočasno antibiotično profilakso ostalega kolektiva. Antibiotična profilaksa je na mestu tudi, kadar je potrebno posameznika zaradi zmanjšane odpornosti zavarovati pred komplikacijami obolenja, tako n. pr.:

a) pri nalezljivih boleznih, zlasti kadar so sekundarne infekcije nevarnejše od prvotne bolezni (morbili, pertussis, varicellae, influenza),

b) v komatoznem ali paralitičnem stanju, kadar grozi nevarnost aspiracijske pnevmonije,

c) pri kroničnih obolenjih z nevarnostjo pljučnih in kožnih komplikacij (astma, bronhitis, bronhiektazije, diabetes),

č) pred nekaterimi kirurškimi posegi.

Zasluga antibiotičnega zdravljenja je n. pr., da so komplikacije po ošpicah mnogo manj pogostne kakor svoje dni. Pri revmatskih srčnih obolenjih z ustrezno dozo antibiotikov pred ekstrakcijo zoba ali pred tonzilektomijo preprečimo komplikacije, med katerimi je najnevarnejša bakterijski endokarditis. Zado-
stuje, da dobi bolnik antibiotik eno uro pred operacijo. Ta način preprečevanja
komplikacij pri revmatskih bolnikih z antibiotiki si je pridobil v petnajstih
letih veljavno mesto.

V kirurgiji so antibiotiki dobrodošli preventivno v vseh tistih primerih, ko
se drugače ni mogoče izogniti bakterijski kontaminaciji ran. Z antibiotiki n. pr.
so občutno znižali odstotek primerov plinske gangrene povsod, kjerkoli so jih
uporabljali med drugo svetovno vojno in pozneje na korejskem bojišču. Pri
operacijah v ustni votlini, na prebavilih, sečilih in rodilih, pri torakalnih in
cerebralnih posegih, pri opeklinah in transplatacijah je potek zdravljenja
odvisen v precejšnji meri tudi od izbire najprimernejšega antibiotika oziroma
kemoterapevtika. Na drugi strani pa ni potrebno — celo škodljivo je —
preventivno dajanje antibiotikov pri sterilnih kirurških in ortopedskih posegih.
Antibiotikov ne uporabljamo pri sterilnih posegih, kjer je še vedno poudarek
na strogo sterilnem delu. Na višku antibiotične ere se celo zastruje zahteva
po sterilnosti, ker so izkušnje pokazale, da antibiotiki ne morejo nadomestiti
asepse.

Profilaktično zdravljenje z antibiotiki spremlja nevarnost v zvezi s pre-
občutljivostjo bolnikovega organizma. Organizem, ki je bil v stiku z istim
antibiotikom, n. pr. pri prejšnjem zdravljenju, pri delu z antibiotiki, pri uži-
vanju mleka krav, zdravljenih z antibiotiki, ali tudi če je bil cepljen proti polio-
mielitisu z vakcino, ki so ji dodani antibiotiki — reagira na ponovni prejem
istega antibiotika s preobčutljivostno reakcijo. Najmilejša oblika preobčutlji-
vostne reakcije je urtikarija, najhujša — smrt v šoku. Po statističnih podatkih
reagira v ZDA na profilaktično intramuskularno injekcijo penicilina s pre-
občutljivostno reakcijo 18,6 % prebivalcev.

Toksični pojavi in preobčutljivostne reakcije, to sta dve obliki, v katerih
se naš organizem neposredno odziva na antibiotik, ki pride v telo. Tretji vpliv
antibiotika pa je posreden, in sicer preko bakterij. Posredne posledice pa tudi
v tem primeru občuti naš organizem. Vpliv antibiotikov na bakterije se kaže
v tem, da postanejo bakterije po kontaktu s kakimi antibiotiki proti tem anti-
biotikom odporne (rezistentne), dasi so bile prej zanje občutljive. Tako je
mogoče, da n. pr. pljučno ali kako drugo obliko tuberkuloze sprva uspešno
zdravimo s streptomycinom. Po daljšem zdravljenju pa postane streptomycin
pri istem bolniku neučinkovit. Ne le, da streptomycin povzročiteljem tuberkuloze
ne preprečuje razmnoževanja, včasih se zgodi celo, da se bakterije v prisotnosti
streptomicina še obilneje množe, kakor če antibiotik ni prisoten. Torej bi orga-
nizmu več škodovali kakor koristili, če bi mu še nadalje dajali streptomycin.

Kako je mogoče, da je postala prej občutljiva bakterijska flora odporna za
antibiotik? O nastanku bakterijske rezistence sta dve naziranji. Po
prvem naziranju prvotno občutljive bakterije zaradi prilagajanja okolici počasi
izgubljajo prejšnjo občutljivost in postajajo bolj in bolj neobčutljive (adap-
tacija). Po drugem naziranju pa so med občutljivimi bakterijami vedno prisotne
tudi sicer maloštevilne, toda že od vsega začetka neobčutljive bakterije. Kadar

antibiotik ni prisoten, se te redke rezistentne bakterije sicer množe, a ostanejo še vedno v manjšini. Antibiotik s svojim delovanjem pa preprečuje rast in razmnoževanje samo občutljivim bakterijam, ki so v večini, medtem ko se maloštevilne rezistentne bakterije lahko razmnožujejo tudi v prisotnosti antibiotika. Množe se samo odporne oblike in njihovi potomci so prav tako odporni za antibiotik. V začetku zdravljenja prevladujejo torej občutljive oblike bakterij, ob koncu pa najdemo samo odporne. Končni vtis je tak, da deluje antibiotik kot sredstvo, ki pospešuje selektivno razraščanje rezistentnih bakterij (selekcija).

Rezistentnost za antibiotike je lastnost, ki zelo variira med vrstami antibiotikov in med vrstami mikrobov. Med antibiotiki je streptomycin tisti, ki povzroča v praksi bakterijsko rezistenco pri največjem številu bakterij, v najkrajšem času in na najvišji stopnji. Med drugimi antibiotiki, ki hitro in močno razvijejo rezistenco, sta eritromicin in novobiocin. Rezistenco razvijata zlasti nasproti stafilokokom, v manjši meri nasproti nehemolitičnim streptokokom in enterokokom.

Rezistenco za penicilin razlagajo s prisotnostjo fermenta penicilinaze, ki ga oddajajo bakterije, neobčutljive za penicilin. Količina penicilinaze je sorazmerna stopnji bakterijske rezistence. Bakterije, ki oddajajo sprva le majhne količine penicilinaze in imajo zaradi tega le nižjo stopnjo rezistence za penicilin, pri daljšem kontaktu s penicilinom oddajajo več penicilinaze in istočasno tudi dvignejo stopnjo rezistence.

Tudi v praksi je čutiti razliko med bakterijami, ki so za penicilin rezistentne in oddajajo mnogo penicilinaze, in tistimi, ki tvorijo le malo tega fermenta. Pri bakterijah, ki tvorijo malo penicilinaze, je mogoče doseči uspešno zdravljenje s povišanimi dozami penicilina. Uspeh zdravljenja pri sicer rezistentnih bakterijah si razlagamo tako, da majhna količina penicilinaze ne zmore nevtralizirati visokih doz penicilina.

In še primer mešane infekcije! Infekcijo rane povzročata dve bakteriji: streptokok, občutljiv za penicilin, in stafilokok, ki je rezistenten za penicilin in tvori penicilinazo. Če zdravimo rano s penicilinom, uniči penicilinaza stafilokoka penicilin, še preden začne penicilin učinkovati na občutljivo bakterijo. Tako v mešanih infekcijah rezistentne bakterije tudi zavirajo zdravljenje okužbe, ki jo povzročajo spremljajoče občutljive bakterije. Če v tem primeru nadaljujemo s penicilinom, pospešujemo tvorbo penicilinaze in z njo tudi naraščanje rezistentnosti.

Rezistenca proti raznim antibiotikom se razvije med zdravljenjem hitreje ali počasneje. Počasi se razvija proti bacitracinu, polimiksinu in neomicinu. Pri eritromicinski skupini smo opazili, da postane stafilokok med zdravljenjem rezistenten že v enem tednu. Povzročitelj tuberkuloze pa postane rezistenten za streptomycin šele v daljši dobi bolnikovega zdravljenja. Istočasno kakor za streptomycin se razvije rezistenca tudi za dihidrostreptomycin. Pojav, da se pri isti bakteriji razvije rezistenca za več antibiotikov iste skupine ali za več različnih antibiotikov, imenujemo *križno rezistenco*. Če se razvije n. pr. rezistenca za en tetraciklinski preparat, ni učinkovit praviloma noben drug antibiotik tetraciklinske skupine. Pri obolenjih, rezistentnih nasproti eritromicinu, je nesmiselno uporabljati antibiotike iste skupine, kot n. pr. oleandomicin in spiramicin.

Rahlo stopnjo križne rezistence in vitro so opazili med neomicinom in streptomycinom, vendar ta rezistenca v naših krajih še ni klinično pomembna. Polipeptidni antibiotiki so med seboj kemično zelo različni. Med njimi samimi kakor tudi med njimi in drugimi antibiotiki ni križne rezistence. Še niso pa doslej zasledili križne rezistence med penicilinom kakor tudi ne med novobio- cinom in drugimi antibiotiki.

Med bakterijami so nekatere vrste, pri katerih se rezistenca doslej še ni pojavila, medtem ko pri drugih rezistenca grozeče narašča. Hemolitični strepto- koki skupine A, meningokoki in pnevmokoki, le izredno redki razvijejo rezi- stenco za penicilin. V Angliji so direktno od bolnikov izolirali komaj nekaj gonokokov, rezistentnih za penicilin. Zato v teh redkih primerih namesto peni- cilina uporabljajo za zdravljenje tetracikline in kloromicetin.

Med bakterijami, ki so postale v petnajstih letih za antibiotike najbolj rezistentne, so na prvem mestu stafilokoki. Najmočnejše raste rezistenca pri stafi- lokokih bolnikov in osebja v bolnišnicah. V ljubljanskih kliničnih bolnišnicah je pri bolnikih 80 % stafilokokov rezistentnih za penicilin. Izven bolnišnic je ta odstotek znatno nižji. V zadnjih letih se je dvignila rezistenca stafilokokov za tetracikline tudi pri nas. Poleg stafilokokov so postali bolj rezistentni za tetra- cikline še enterokoki, koli, proteus in šigele, torej črevesne bakterije.

Rezistenca stafilokokov nasproti kloromicetinu se razvija počasneje kakor rezistenca po Gramu negativnih bakterij. Med poslednjimi so nekatere, ki oddajajo beljakovinske snovi — antagoniste proti kloromicetinu. Danes raz- lagajo rezistenco za kloromicetin ravno na delovanje teh bakterijskih antago- nistov. Dokazali so, da antagonist nimajo lastnosti fermentov, kot jih ima n. pr. penicilinaza.

Proti stranskim pojavom antibiotikov se borimo z različnimi sredstvi. Naj- uspešnejši način je, da skušamo omejiti njihovo uporabo le na najnujnejše primere. Za vsak navaden prehlad so prav gotovo na razpolago uspešnejša in manj nevarna sredstva, kot so antibiotiki. V tistih primerih, kjer so antibiotiki indicirani, se je obneslo tudi kontrolirano menjavanje antibiotikov. Paziti je treba le, da pri prvem pojavljanju rezistentnih bakterij opustimo prejšnji anti- biotik in začnemo zdraviti z drugim učinkovitim. Če so se pa ob menjavanju antibiotikov že razmnožile rezistentne bakterije, jih je težko odstraniti. Za lokalno zdravljenje je posebno važno, da se izogibamo antibiotikov, ki kažejo tendenco k hitremu razvijanju bakterijske rezistence, kot n. pr. penicilin. Zaradi tega imajo za lokalno uporabo večjo praktično vrednost antibiotiki, ki počasneje razvijajo rezistenco, kot n. pr. neomicin in bacitracin. Zelo uspešna je v tem primeru kombinacija obeh antibiotikov, od katerih deluje prvi pred- vsem na Gram negativne, drugi pa na Gram pozitivne bakterije.

V primerih, ko je uporaba antibiotikov upravičena, je kombinacija anti- biotikov sredstvo za preprečevanje rezistence. Vzemimo primer, da je povzro- čitelj obolenja občutljiv za dva ali tri antibiotike iz različnih skupin. Uporaba dveh ali treh učinkovitih sredstev istočasno bo preprečila razraščanje sicer redkih odpornih bakterijskih mutant, ki so vsaka zase rezistentne za enega od dveh ali treh antibiotikov. S kombinacijo antibiotikov je zlasti uspešno zdrav- ljenje, kadar ni preveč dolgotrajno.

Na oddelkih ljubljanskih kliničnih bolnišnic prevladujejo med stafilokok- nimi infekcijami tiste, ki so občutljive za kloromicetin in eritromicin, rezi-

stentne pa za penicilin, streptomycin in tetracikline. Za eritromicin je rezistentnih le 9 % stafilokokov. Za penicilin občutljivih stafilokokov je komaj 20 %. Če torej zdravimo stafilokokne infekcije kar na slepo s penicilinom, je komaj 20 % verjetnosti, da smo izbrali učinkoviti antibiotik. Ker nam je trenutno do tega, da bi odstotek rezistentnosti za eritromicin ne naraščal, tako da bi eritromicin kot zanesljivo uspešni antibiotik lahko uporabili pri najnevarnejših obolenjih, rezistentnih za vse druge antibiotike, je uporaba eritromicina načrtno omejena. Če bi bil eritromicin prosto na razpolago, bi naglo porasel odstotek rezistentnih bakterij, s tem bi pa izgubili iz rok poslednjo terapevtsko rezervo. Sami smo opazovali, da je v bolnišnicah odstotek stafilokokov, rezistentnih za penicilin, od 50 % v letu 1954 narasel že na 80 % v letu 1958.

Brez dvoma narašča v antibiotični dobi po vsem svetu umrljivost zaradi okužbe z mikrobi, rezistentnimi za antibiotike. Statistična poročila teh primerov še ne registrirajo posebej. Vključeni so v rubrike tuberkuloza, influenza, pnevmonija, bronhopnevmonija, sepsa itd.

Kaj je mogoče ukreniti po petnajstletnih izkušnjah, da bi bilo pri zdravljenju z antibiotiki čim več ugodnih in čim manj neugodnih pojavov? O nevarnostih antibiotičnega zdravljenja mora biti poučeno vse zdravstveno osebje in tudi sleherni državljan. Preprečevati je treba načrtno vse možnosti, da bi ljudje uporabljali antibiotike brez indikacij in brez zdravniške kontrole. Nadvse pomembna je pri tem vloga medicinske sestre na terenu. Trenutno je najvažnejše, da omejimo uporabo antibiotikov le na najnujnejše primere. Lokalno se izogibljemo uporabe antibiotikov, ki hitro razvijajo bakterijsko rezistenco. Pri indiciranih primerih pa mora okrepiti medicinska sestra natančno po zdravniških navodilih. Dolgotrajnejše zdravljenje z antibiotiki moramo obvezno kontrolirati s ponovnimi bakteriološkimi pregledi zaradi pojavljanja bakterijske rezistence, o kateri smo na tem mestu spregovorili nekoliko obširneje. Vsekakor bomo nekatere antibiotike ohranili kot rezervo za tiste nujne primere, ko odpovedo vsa druga terapevtska sredstva, in jih zato v dnevni praksi sploh ne bomo uporabljali.

TUDI VIRUS HERPES ZOSTRA LAHKO POVZROČI PRIROJENE OKVARE

V svetovni literaturi je bilo doslej opisanih 6 primerov prirojenih okvar pri otrocih mater, ki so v nosečnosti obbolele za herpes zostrom. Od teh so opazovali dva primera v Parizu pri materah, ki so obbolele za to virusno boleznijo v drugem do tretjem lunarnem mesecu nosečnosti. V enem primeru je bil otrok težak nevrolški bolnik s paralizo in atrofijo mišic, predvsem udov. Ohromitve so nastopale

simetrično. Inteligenca in senzibilno živčevje nista bila prizadeta.

V drugem primeru je bil otrok ob rojstvu na videz zdrav. Toda že v naslednjih dneh so opazovali zastoj mekonija, zastoj v teži in dovzetnost za infektivna obolenja (n. pr. prehlad, angino, pljučni katar itd.). V starosti petih mesecev je bil otrok telesno nekoliko zaostal, še bolj pa v psihomotoričnem razvoju. Pnevmoencefalogram je pokazal agenezijo (odsotnost) corpus callosa.

Dr. Š. K.

Razvojne perspektive sodobnega kmetijstva

Cvetka Vodopivec

Jugoslavija je bila do zadnje svetovne vojne zaostala agrarna dežela s 76 % kmečkega prebivalstva. Proizvodnja je bila primitivna, nizka in draga. Kmet se je zadolževal in siromašel. Mnogi so se izseljevali in iskali kruha v tujini. Žene so bile zaposlene pri najtežjih delih. Bile so v glavnem garaška delovna sila na posestvih svojih mož ali kje drugje. Njihovo delo v proizvodnji ni bilo cenjeno niti priznано. Družina je pomenila proizvodno in potrošno enoto, v kateri je predvsem mož bil lastnik zemlje in družinski glavar. Žene so bile brez pravic v družini in družbi, izpostavljene vsem mogočim oblikam zaostalosti, ki so se porajale iz privatnega lastništva, naturalne proizvodnje in tedanjih medčloveških odnosov. Bile so docela brez kakega zdravstvenega in drugega varstva. Razen tega pa so jih izčrpavali številni porodi, od katerih jim je zaradi visoke umrljivosti dojenčkov ostalo le malo otrok. Mnogo jih je bilo tudi nepismenih in so zato in zaradi raznih predsodkov bile še bolj izkoriščane.

Po vojni je z industrializacijo dežele in splošnim gospodarskim napredkom naglo naraščalo število nekmečkega prebivalstva. V zvezi s tem so hitro naraščale tudi potrebe po pestrejših in večjih količinah prehrabnih proizvodov. Tudi na vaseh se je potreba po prehrabnih proizvodih povečala zaradi izboljšanja življenjskih pogojev (v starih časih so nekateri jedli kruh le ob večjih praznikih).

Zaostala proizvodnja ni mogla več zadoščati novim potrebam niti ne ustvarjati pogojev za boljše življenje prebivalstva. V kmetijstvo so se začela vlagati precejšnja denarna sredstva, zlasti zadnjih nekaj let, ko so investicije v bazično industrijo že začele dajati prve večje dohodke. Začela se je organizirati tržna proizvodnja, uvajati najmodernejša tehnika, znanstveni izsledki pa prenašati v prakso, pač z namenom, da se poveča količina in kakovost prehrabnih proizvodov. Mehanizacija v kmetijstvu se je v zadnjih 4 letih občutno povečala. Število traktorjev je naraslo na 40 000. Prav tako se je povečala poraba gnojil, kvalitetnih semen, sredstev za varstvo rastlin itd. V živinoreji se uvajajo boljše in donosnejše pasme živali. V nekaterih predelih so prešli na industrijsko rejo živine (farme za kokoši, pitališča itd.) V sorazmerno kratkem času beležimo v kmetijstvu pomembne uspehe. Proizvodnjo pšenice, koruze in masti smo toliko povečali, da nam teh proizvodov ni treba več uvažati.

V Sloveniji je kmetijska proizvodnja v letih 1957–60 porasla za 50 % v primeri z leti 1947–56 in je presegla predvojno raven za 38 %. Največji uspehi so bili doseženi na kmetijskih posestvih in v združnem sodelovanju. Povprečni pridelek pšenice na posestvih in v združnem sodelovanju je bil 35 mtc/ha, v kmetijstvu skupaj 20 mtc/ha (pred vojno pa 12 mtc/ha). Povprečni pridelek krompirja je bil v letu 1960 na posestvih 250 mtc/ha, v združnem sodelovanju 187, v kmetijstvu skupaj 170 mtc/ha. Povprečna letna molznost na posestvih je 3000 l mleka na kravo, pri individualnih kmetovalcih pa ne doseže 1500 l.

Posilstva in zadruga gredo vse bolj v specializirano proizvodnjo. Organizirajo tudi nove proizvodne in predelovalne obrate (bodisi na zemlji Splošnega ljudskega premoženja ali na zemlji, ki jo od kmetovalcev dobivajo v zakup ali nakup) in pa proizvodno sodelovanje.

Doseženi uspehi v kmetijstvu so brez dvoma veliki in pomembni, toda šele začetek tistega, kar moramo doseči glede na potrebe prebivalstva po prehrambnih proizvodih in preskrbo industrije s surovinami kakor tudi blagovno izmenjavo z inozemstvom. Osnutek perspektivnega plana za razvoj kmetijstva v letih 1960—65 predvideva povečanje kmetijske proizvodnje v Sloveniji za 61 %. V družbeno organizirani proizvodnji je do sedaj zajetih le 12 % obdelovalne zemlje. Od tega je 6 % zemlje zajete v proizvodnem sodelovanju kmetovalcev. Obseg organizirane proizvodnje bo v bodoče nujno treba razširiti, da bomo z uvedbo vse možne agrotehnik proizvodnjo za tržišče povečali. Povečana proizvodnja, ki je rezultat visoko produktivnega dela s sodobnimi proizvodnimi sredstvi, pa je najsolidnejša podlaga za večje dohodke proizvajalcev in skupnosti ter za boljše življenjske pogoje vseh ljudi. V Sloveniji je 87 % zemljišč razdrobljenih na 140 000 kmetijskih gospodarstev z nad 4 milijoni parcel. Na razdrobljenih površinah ni mogoče uvajati sodobno agrotehniko in doseči večjo in cenejšo proizvodnjo. Proizvodnja po starem je prenizka, predraga in zahteva od proizvajalcev tudi prekomernih naporov. Koliko energije trošijo proizvajalci, preden obidejo vsa delovna mesta, ki jih imajo na raztresenih parcelah! Kako visoka je proizvodna cena za 1 liter mleka pri kravi, ki daje na leto samo 1500 litrov mleka, ali pa za kg pšenice kmetovalca, ki pridela na ha le 10 in morda še manj mtc pšenice! Zaostalost v proizvodnji je možno odstraniti le z uvajanjem sodobnih proizvodnih sredstev in z uporabo sodobnega agrotehničnega znanja preko kmetijskih posestev in zadrug s proizvodnim sodelovanjem kmetovalcev. Brez moderne agrotehnik ni moč doseči večjo proizvodnjo in boljše življenjske pogoje. Z vključevanjem kmetovalcev v tržno proizvodnjo se je začel tudi proces pretvarjanja kmečkih družin iz naturalnih proizvodnih enot v tržne proizvajalce. V taki proizvodnji prihaja vedno bolj do veljave plačilo po vloženem delu. To prinaša globoke spremembe v življenje in odnose med ljudmi na vasi, še posebno pa v življenje kmečke žene. Z njihovim vključevanjem v tržno proizvodnjo na proizvodnih in predelovalnih obratih in v proizvodnem sodelovanju se do temeljev menja tudi njihov položaj v proizvodnji, družini in družbi, ker jim ta daje ekonomsko osamosvojitve in ker je to delo družbeno priznано koristno delo. V družinski proračun nam one prinašajo sredstva, ki so jih dobile za svoje delo. Seveda se z njihovim novim položajem odpirajo tudi nova vprašanja. Predvsem zahteva sodobna proizvodnja usposobljenega proizvajalca za kvalificirano delo. V osnutku perspektivnega plana je predvideno, da bomo v naslednjih petih letih za naloge v kmetijstvu potrebovali 2100 agronomov in kmetijskih tehnikov, 4600 traktoristov in 6000 kvalificiranih delavcev.

Na ženske, ki predstavljajo 60 % aktivnih kmetijskih proizvajalcev, se bo zaradi odhoda pretežno moške delovne sile iz vasi, v veliki meri naslonilo tudi sodobno kmetijstvo. Seveda pa ne bo računalo z njo kot s težaško delovno močjo, temveč kot s kvalificirano delovno silo, ki bo poznala načela sodobne proizvodnje in bo zmožna upravljati z modernimi proizvodnimi sredstvi. Prav bi bilo, da se ženske potrudijo, da bi se usposobile za delo pod novimi pogoji.

Zato je zlasti ženski mladini treba odpirati perspektive, da se z rednim šolanjem in z usposabljanjem na delovnem mestu izuči tudi za poklic v kmetijski stroki. Poklicna usposobljenost je najsolidnejši temelj za odpravo nekoristnega trošenja moči, za uveljavljanje v proizvodnji, v družini in družbi, kar je končno tudi pogoj za boljše življenje, ker bodo delovni proizvodi poklicno usposobljenega človeka uspešnejši in rentabilnejši tako za posameznika kakor za družbo. Da bi se pa ženske lažje posvetile delu v proizvodnji, bi bilo potrebno, da jih vzporedno z rastjo proizvodnje razbremenimo nekaterih del in nalog, ki jih imajo kot gospodinje in matere. Predvsem bi bilo potrebno organizirati varstvo otrok in družbeno prehrano na kmetijskih obratih. Za hitrejše reševanje teh vprašanj bi bilo potrebno, da kmetijski proizvajalci, posebno pa ženske, bolj aktivno sodelujejo v organizacijah in ustanovah. Tod namreč lahko vprašanja, ki zadevajo družino, ne le sprožijo, marveč jih začno tudi konkretno reševati.

Za reševanje nalog in problemov, ki se porajajo v socialistični preobrazbi kmetijstva in graditvi socialističnih odnosov na vasi, bi bilo prav, da vsi tisti, ki delajo z ljudmi na vasi, resnično poznajo razvojne perspektive sodobnega kmetijstva, ki prinaša blaginjo kmečkemu človeku. Modernizacija kmetijstva seveda ne zahteva le velikih materialnih sredstev, temveč je v največji meri odvisna od razumevanja in sodelovanja ljudi samih. Medicinske sestre, zlasti v patronažni službi, so v vsakdanjem stiku z ljudmi. Njihova naloga je zlasti v tem, da nauče ljudi zdravega življenja in da pomagajo premagovati staro miselnost in predsodke, ki so resna ovira za doseg boljšega življenja. Zato je prav, da tako one kakor tudi prosvetni delavci nudijo kmečkim ljudem vso možno pomoč in si obenem prizadevajo, da kmetijski proizvajalci in kmetijske organizacije čim uspešneje delajo za napredek kmetijstva in socialističnih odnosov na vasi.

Med z

Pravi

V »Uradnem list
»Pravilnik o pravicah
vilnik, o katerem je l
doslej pravno neregulirane
vrste zdravstvenih delavcev
za kvaliteto dela sami

do bolnikov. Pravilnik ima po našem mnenju pomen, da ga bo moral poznati vsak zdravstveni delavec, še prav posebno pa medicinske sestre. Le-te namreč so stalno in v neposrednem kontaktu z bolniki in so po svoji strokovni službi in po svojem položaju v zavodu zadolžene, da pazijo tudi na drugo strokovno osebje, ki ima opravka z nego bolnika, da so njegovi odnosi do bolnikov v vsakem oziru korektni in ustrezni načinu in vrsti zdravljenja.

Pravilnik pravi v naslovu, da bo obravnaval pravice in dolžnosti zdravstvenega osebja v bolnišnicah. Da pa ne bi bili zaradi tega v zmoti, moramo že

ga osebja

III. 1960 je bil objavljen
sebja v bolnišnicah«. Pr
kale več let, je rešil vrsto
amo pomen za posamezne
ti pozitivne posledice tudi
nose zdravstvenih delavcev

pomen, da ga bo moral
poznati vsak zdravstveni delavec, še prav posebno pa medicinske sestre. Le-te namreč so stalno in v neposrednem kontaktu z bolniki in so po svoji strokovni službi in po svojem položaju v zavodu zadolžene, da pazijo tudi na drugo strokovno osebje, ki ima opravka z nego bolnika, da so njegovi odnosi do bolnikov v vsakem oziru korektni in ustrezni načinu in vrsti zdravljenja.

Zato je zlasti ženski mladini treba odpirati perspektive, da se z rednim šolanjem in z usposabljanjem na delovnem mestu izuči tudi za poklic v kmetijski stroki. Poklicna usposobljenost je najsolidnejši temelj za odpravo nekoristnega trošenja moči, za uveljavljanje v proizvodnji, v družini in družbi, kar je končno tudi pogoj za boljše življenje ker bodo delovni proizvodi poklicno usposobljenega človeka uspešnejši

Da bi se pa ženske lažje vzporedno z rastjo proi: imajo kot gospodinje in : otrok in družbeno prehr: vprašanj bi bilo potrebr: aktivno sodelujejo v org: ki zadevajo družino, ne

Za reševanje nalog i kmetijstva in graditvi sc: ki delajo z ljudmi na v kmetijstva, ki prinaša b: seveda ne zahteva le ve

odvisna od razumevanja in sodelovanja ljudi samih. Medicinske sestre, zlasti v patronažni službi, so v vsakdanjem stiku z ljudmi. Njihova naloga je zlasti v tem, da nauče ljudi zdravega življenja in da pomagajo premagovati staro miselnost in predsodke, ki so resna ovira za doseg boljšega življenja. Zato je prav, da tako one kakor tudi prosvetni delavci nudijo kmečkim ljudem vso možno pomoč in si obenem prizadevajo, da kmetijski proizvajalci in kmetijske organizacije čim uspešneje delajo za napredek kmetijstva in socialističnih odnosov na vasi.

znika kakor za družbo. i bilo potrebno, da jih h del in nalog, ki jih no organizirati varstvo hitrejša reševanje teh osebno pa ženske, bolj mreč lahko vprašanja, idi konkretno reševati. socialistični preobrazbi bilo prav, da vsi tisti, perspektive sodobnega modernizacija kmetijstva več je v največji meri

Med zakoni in uredbami

Pravice in dolžnosti zdravstvenega osebja

V »Uradnem listu LRS« št. 29/60 z dne 25. VIII. 1960 je bil objavljen »Pravilnik o pravicah in dolžnostih zdravstvenega osebja v bolnišnicah«. Pravilnik, o katerem je bilo toliko diskusij in ki so potekale več let, je rešil vrsto doslej pravno nereguliranih vprašanj, ki imajo ne samo pomen za posamezne vrste zdravstvenih delavcev, ampak bodo morale imeti pozitivne posledice tudi za kvaliteto dela samih zdravstvenih zavodov in za odnose zdravstvenih delavcev do bolnikov. Pravilnik ima po našem mnenju tak pomen, da ga bo moral poznati vsak zdravstveni delavec, še prav posebno pa medicinske sestre. Le-te namreč so stalno in v neposrednem kontaktu z bolniki in so po svoji strokovni službi in po svojem položaju v zavodu zadolžene, da pazijo tudi na drugo strokovno osebje, ki ima opravka z nego bolnika, da so njegovi odnosi do bolnikov v vsakem oziru korektni in ustrezni načinu in vrsti zdravljenja.

Pravilnik pravi v naslovu, da bo obravnaval pravice in dolžnosti zdravstvenega osebja v bolnišnicah. Da pa ne bi bili zaradi tega v zmoti, moramo že

tu v začetku opozoriti na 29. člen pravilnika. Ta pravi, da veljajo določbe tega pravilnika tudi za druge zdravstvene zavode, ki zaposlujejo na podobnih delovnih mestih strokovno osebje. Ne glede na to določbo pa so načela prvega dela pravilnika (2. do 14. člena) take narave, da morajo veljati prav za vse zdravstvene zavode, torej tudi za »terensko zdravstveno službo«.

Posebnost novih predpisov je zlasti v tem, da ne obravnavajo samo pravic in dolžnosti zdravstvenega osebja, ampak da obravnavajo pravice in dolžnosti vsega zdravstvenega kolektiva v zavodu. Odpravljena ali vsaj pravilno regulirana je dosedanja hierarhičnost zdravstvenega osebja v zavodu, ki je zavirala strokovni napredek posameznih zdravstvenih delavcev in ki mnogokrat ni bila koristna niti za bolnika niti za zavod. Novi predpisi dajejo tudi zdravstvenim delavcem z nižjo strokovno usposobljenostjo možnost in pravico, da dajejo — na svojem delovnem področju seveda — svoje pripombe k navodilom oziroma nalogam zdravstvenih delavcev z višjo strokovno usposobljenostjo. Z drugimi besedami, uvaja se z novimi predpisi demokratičnost tudi v strokovnih odnosih med zdravstvenimi delavci in odpravlja z ničimer utemeljena »slepa« nadrejenost in podrejenost v zdravstvenih zavodih.

Pravilnik obravnava v prvem delu splošne pravice in dolžnosti zdravstvenih delavcev ali — bolje rečeno — pravice in dolžnosti članov zdravstvenega kolektiva, v drugem delu pa posebne pravice in dolžnosti posameznih vrst zdravstvenih delavcev glede na njihovo delovno mesto oziroma položaj v zavodu.

V novih predpisih so prišle do izraza predvsem tele splošne dolžnosti zdravstvenih delavcev oziroma članov delovnega kolektiva:

1. Zdravstveno osebje mora gojiti in poglobljati socialistične odnose v zdravstveni službi. To se lahko doseže: z vzajemno skrbjo vse delovne skupine pri zdravljenju in negi bolnikov; z upoštevanjem bolnikove osebnosti in njegovega socialnega okolja; s preprečevanjem vseh negativnih pojavov, ki vplivajo na bolnike med zdravljenjem v zavodu (in tudi pri ambulantnem zdravljenju); z vestnim delom; z gojitvijo smisla za skupinsko delo; z medsebojno pomočjo pri delu in s tovariškimi odnosi. Socialistični odnosi v zdravstveni službi se poglobljajo tudi z vzgojo zdravstvenih delavcev za skupinsko delo, saj je uspeh zdravljenja in drugih zdravstvenih storitev skoro vedno plod ne enega, ampak več zdravstvenih delavcev, dalje z vzgojo članov delovnega kolektiva za aktivno delo pri upravljanju zavoda in pri reševanju vseh važnejših vprašanj zavoda, njegove organizacije, dela in napredka.

2. Vsi zdravstveni delavci (posamezniki in kolektiv) morajo imeti h u m a n o d n o s do bolnikov. Humanost v odnosih do bolnikov bo osebje doseglo zlasti: če bo posvečalo bolnikom tudi individualno pozornost; če bo še prav posebno skrbelo za težke bolnike; če bo nenehno bodrilno vplivalo na bolnike; če bo obzirno in potrpežljivo; če bo osebje pri delu objektivno in če bodo vsi bolniki ob enakih okoliščinah deležni enake zdravstvene pomoči in nege; če bo v mejah zavodovih možnosti upoštevalo želje bolnikov glede konziliarnih pregledov, nege, prehrane itd. in če se bo izogibalo vsega, kar utegne povzročiti upravičeno kritiko in nezadovoljstvo bolnika. V odnosih do bolnika bo morala priti še v večji meri do praktičnega izraza etika vsega zdravstvenega osebja, še prav

posebno pa tistega osebja, ki ima opravke z nego bolnika, z zdravljenjem in s patronažno službo.

3. Vsi zdravstveni delavci se morajo stalno strokovno izpopolnjevati. To strokovno izpopolnjevanje se opravlja že na njihovem delovnem mestu, po posebnih predpisih pa tudi izven zavoda. Zaradi strokovnega izpopolnjevanja morajo zlasti zdravstveni delavci z višjo strokovno usposobljenostjo prenašati svoje izkušnje, uvajati v delo in pomagati pri delu zdravstvenim delavcem z nižjo strokovno usposobljenostjo, z manj izkušnjami, pripravnikom itd. Šefi strokovnih enot (oddelkov, ambulant, patronažne službe, laboratorijev itd.) pa bodo morali organizirati občasne posvete, sestanke, seminarje itd. zdravstvenih delavcev svoje enote, da se odpravijo pomanjkljivosti pri delu.

4. Zdravstveni delavci so odgovorni za svoje delo. Organi upravljanja, strokovni kolegij in vodje strokovnih enot morajo v sodelovanju s sindikalno organizacijo in s pomočjo samega delovnega kolektiva gojiti pri zdravstvenih delavcih čut za osebno in kolektivno odgovornost pri delu. Zdravstveni delavci neposredno odgovarjajo upravno, disciplinsko, odškodninsko in tudi kazensko (sodno) za vse delo s svojega delovnega področja (ki je opisano v drugem delu pravilnika) in za napake pri delu, ki je učni predmet v šoli ali izpitni predmet strokovnega izpita. Vprašanju odgovornosti za delo se doslej v zdravstvenih zavodih ni posvečalo zadosti pozornosti, četudi imajo napake pri delu zdravstvenih delavcev lahko za bolnika nepopravljive, življenjske posledice. Pri tem opozarjamo, da se po uveljavitvi novih predpisov pred sodiščem obtoženi zdravstveni delavci zaradi malomarnosti pri delu ne bodo mogli več uspešno braniti kot doslej, ko ni bilo znano njihovo delovno področje in ko ni bil začrtan obseg njihove odgovornosti.

5. Zdravniki morajo bolnikom pojasniti bolezen, potek in prognozo zdravljenja, jim dajati potrebna pojasnila in omogočiti zaupen razgovor. Ta dolžnost je prišla v pravilnik, ker bolniki dostikrat niti ne vedo, za kakšno boleznijo so se zdravili, kakšen pomen imajo razni postopki, kako naj se ravna po končanem zdravljenju itd. Seveda pa s to določbo ni mišljeno, da bi bilo treba bolnikom pojasnjevati in razlagati strokovne zdravniške posege, še ne določene diagnoze ali take posege med zdravljenjem, ki bi negativno vplivale na bolnika in njegovo zdravljenje. Pri tej precej delikatni dolžnosti zdravnikov bo treba v precejšnji meri upoštevati ne samo primernost oblike pojasnjevanja, ampak tudi načela zdravniške etike. Mimogrede povedano imajo tudi bližnji svojci bolnika pravico zahtevati potrebna pojasnila in navodila o njegovem zdravljenju. Pojasnil in navodil glede bolnikove bolezni in prognoze zdravljenja ne sme dajati nihče drug razen zdravnikov.

6. Vse osebe zavoda mora varčevati s sredstvi, pripomočki, materialom, ki mu je zaupan v službi, vzdrževati vse to v pravilnem stanju ter prijavljati vse napake in okvare, ki bi utegnile povzročiti škodo osebju, bolnikom ali samemu zavodu. Te dolžnosti niso nove in so predpisane že v drugih predpisih, n. pr. v zakonu o javnih uslužbencih, važno pa je, da so podčrtane tudi v novem pravilniku, ker odnos zdravstvenih delavcev do sredstev, ki jih uporabljajo v službi (instrumentarij, aparatura, zdravila, inventar, prehrana itd.), ni bil najboljši. S tem v zvezi naj omenimo še eno napako v praksi, da se namreč vse preveč »blagohotno«¹ gleda na škodo, ki jo povzroči osebje v službi, in da se vse preveč »odpušča«² povzročena škoda.

Poleg naštetih splošnih dolžnosti ima vodilno strokovno osebje in osebje na položajih še celo vrsto drugih splošnih dolžnosti, kot n. pr. skrb za skladnost dela med zdravstvenimi delavci in med strokovnimi organizacijskimi enotami; skrb za strokovno raven dela v skladu z medicinsko znanostjo; skrb za strokovni napredek in izpopolnjevanje zdravstvenih delavcev; odločanje v sporih med osebjem glede obsega njihovega dela itd.

Na drugi strani pa imajo člani kolektiva zdravstvenega zavoda tudi določene splošne pravice. Take pravice so zlasti:

1. Vsak član delovnega kolektiva je lahko izvoljen v organe družbenega upravljanja v zavodu (svet zavoda, upravo zavoda), zdravstveno osebje pa tudi v strokovni kolegij in strokovne komisije. Z izvolitvijo v te organe nastanejo za izvoljene osebe tudi nekatere dolžnosti, zlasti pa morajo obveščati delovni kolektiv o delu in sklepih teh organov in se posvetovati z delovnim kolektivom o vseh vprašanjih, ki se obravnavajo v teh organih.

2. Vsak član delovnega kolektiva ima pravico dajati neposredno ali po sindikalni organizaciji predloge za izboljšanje organizacije in metod dela, za pravilno zaposlitev osebja, za izboljšanje ekonomskega poslovanja v zavodu itd. in pravico zahtevati, da se o takih predlogih v teh organih razpravlja in da se predlagatelj obvesti o sklepu. Na to demokratično pravico bo treba člane delovnega kolektiva ravno sedaj v začetku, ko se ta pravica uvaža tudi v zdravstveni službi, še prav posebno opozoriti, posebno ker se je prav dobro in koristno uveljavila že v gospodarskih organizacijah.

3. Zdravstveno osebje ima pravico do svojega osebnega strokovnega razvoja in napredka v svoji panogi dela; ta pravica velja za vse zdravstvene delavce ne glede na njihovo stopnjo strokovne usposobljenosti. Take težnje zdravstvenih delavcev so vsi organi zavoda dolžni podpirati.

Poleg pravice do osebnega strokovnega napredka pa imajo vsi zdravstveni delavci pravico dajati organom zavoda tudi predloge za strokovni napredek samega zavoda, za izboljšanje strokovnih delovnih metod in postopkov, zdravniki pa tudi predloge za uvedbo novih metod v diagnostiki in terapiji. Po novih predpisih strokovni napredek zavoda torej ni več domena in izključna pravica vodilnega osebja in osebja s fakultetno izobrazbo, ampak pravica vseh zdravstvenih delavcev.

4. Vsi zdravstveni delavci imajo v načelu pravico do samostojnosti in neodvisnosti pri strokovnem delu. Zaradi te pravice lahko vsak zdravstveni delavec da k navodilom (odredbam) osebja z višjo strokovno izobrazbo svoje pripombe, če misli, da se s takimi navodili posega v njegovo strokovno delovno področje. O takih pripombah se odloči nato na skupnem posvetu prizadetih oseb. Posvet skliče skupni starešina tistih, ki so dali navodila, oziroma tistih, ki so dali pripombe. Pri skupinskem delu ta pravica ne velja, ampak mora zdravstveno osebje z nižjo strokovno usposobljenostjo izpolnjevati naloge tistega zdravstvenega delavca z višjo strokovno izobrazbo, ki je odgovoren za izvršitev določenega skupinskega opravila (n. pr. instrumentarka — kirurgu, rentgenski tehnik — rentgenologu, medicinska sestra — vodji cepilne ekipe itd.).

Novi pravilnik ne obravnava prav vseh splošnih dolžnosti in pravic zdravstvenih delavcev, ker je mnogo teh dolžnosti in pravic urejenih že v drugih predpisih, n. pr. v zakonu o javnih uslužbencih, v zakonu o delovnih razmerjih, v kazenskem zakoniku, v predpisih o delovnem času, o posebnih dodatkih, o delovnih oblekah, o posebnih izpitih itd.

V drugem delu pravilnika so določena konkretna delovna področja zdravstvenih delavcev, ki jih pa na tem mestu ne moremo obravnavati, ampak je to stvar zdravstvenih zavodov, da jih pretresajo na posvetih z zdravstvenimi delavci različnih profilov. Opozoriti pa moramo, da so v teh delovnih področjih obravnavane samo najosnovnejše posebne pravice in dolžnosti zdravstvenih delavcev, ne pa vse; zdravstvenim zavodom je prepuščeno, da sami v mejah teh delovnih področij uvedejo in predpišejo še druge pravice in dolžnosti zdravstvenih delavcev ter pri tem upoštevajo specifično ureditev zavoda, zmogljivost zavoda, organizacijo dela v zavodu, strokovno usposobljenost, prakso in izkušnost zdravstvenih delavcev ter druge posebnosti v zavodu. S tem se je hotela ne samo zmanjšati togost pravilnika, ampak predvsem prilagoditi delo zdravstvenih delavcev potrebam in posebnostim zdravstvenih zavodov in obenem varovati njihova samostojnost tudi v strokovnih zadevah.

Med delovnimi področji zdravstvenih delavcev ni obdelano delovno področje socialnega delavca v zdravstveni službi; to pa ni bilo potrebno, ker so njegovo delo, pravice in dolžnosti precej podrobno obravnavane že v 15. členu pravilnika o vrstah in nalogah zdravstvenih strokovnih enot v bolnišnicah (Ur. l. LRS, št. 24/60) in se lahko aplicirajo tudi na socialne delavce v drugih zdravstvenih zavodih.

Zdravstveno zavarovanje kmetijskih proizvajalcev

Ker mnogim zdravstvenim delavcem na terenu ni znano, kaj se v celoti plačuje iz sklada za zdravstveno zavarovanje kmetijskih proizvajalcev in kdaj morajo kmetijski proizvajalci sami plačati del stroškov zdravljenja, objavljamo tule 8., 9. in 10. člen zakona o zdravstvenem zavarovanju kmetijskih proizvajalcev (Ur. l. LRS, št. 38/59).

8. člen

»Za osebe, ki so zdravstveno zavarovane po tem zakonu, se v celoti plačujejo v breme sklada zdravstvenega zavarovanja kmetijskih proizvajalcev stroški za tele zdravstvene storitve:

1. zdravljenje v kateremkoli zdravstvenem zavodu, če zbolijo za temilne bolezni: akutna otroška ohromelost, Bangova bolezen, bolezen kala — azar, četrta venerična bolezen, davica, gobavost, griža, kapavica, kolera, koze, kuga, lues, malteška vročica, mehki čankar, mikoza, mrtvični krč, nalezljiva zlatenica, nalez-

ljivo vnetje možganske mreže, oslovski kašelj, ošpice, paratifus, pegavica, porodna mrzlica, povratna mrzlica, rumena mrzlica, smrkavost, spalna bolezen, steklina, šen, škrlatinka, trahom, trebušni tifus, tularemija, Weilova bolezen, vranični prisad;

2. zdravljenje v ustreznem zdravstvenem zavodu, če zbolijo za duševno boleznijo, kadar je bolnik nevaren za življenje drugih;

3. zdravljenje v vseh zdravstvenih zavodih, če zbolijo za aktivno tuberkulozo katerekoli oblike;

4. zdravljenje v vseh zdravstvenih zavodih, če zbolijo za revmatizmom osebe v starosti do 18 let;

5. bolnično zdravljenje oseb, ki so v socialnih ali prosvetnih zavodih, če zbolijo za katerokoli boleznijo;

6. bolnično zdravljenje učencev in študentov vseh šol, ki imajo brezplačno oskrbo v internatih ali so štipendisti, če zbolijo za katerokoli boleznijo;

7. zdravljenje v vseh zdravstvenih zavodih, če se poškodujejo ali če zbolijo za katerokoli boleznijo na fizikalnih tekmah ali vajah;

8. ambulantno zdravljenje raka;

9. ambulantno zdravljenje otrok v starosti do treh let;

10. vse vrste zdravniške in babiške pomoči na domu v zvezi z nosečnostjo, če je obisk na domu zdravstveno potreben, razen ob porodu;

11. bolnično zdravljenje ozdravelih oziroma popravljivih telesnih nakaz, za katere to določi Svet za zdravstvo LRS;

12. cepljenje kadar je obvezno po posebnih predpisih;

13. dezinfekcija, dezinsekcija ali deratizacija v stanovanju, če je to zaradi nalezljive bolezni zdravstveno potrebno.

Zdravljenje obsega tudi ambulantne preglede.

9. člen

Razen v primerih iz prejšnjega člena, plačajo kmetijski proizvajalci sami del stroškov za te zdravstvene storitve:

1. ambulantno zdravljenje (splošno in specialno);

2. preglede in zdravljenje na bolniškem domu in potne stroške zdravnika;

3. zdravljenje v splošnih in specialnih bolnicah, kolikor ni v tem členu drugače določeno:

a) za prvih 14 dni zdravljenja;

b) za nadaljnji čas;

4. porodniška pomoč doma in v bolnici in zdravljenje v bolnici v zvezi z nosečnostjo ali porodom, razen splava;

5. bolnično zdravljenje predšolskih otrok ter učencev in študentov vseh šol;

6. bolnično zdravljenje raka, levkemije in drugih podobnih malignih obolenj;

7. zdravljenje sladkorne bolezni v vseh zdravstvenih zavodih;

8. zdravljenje v kateremkoli zdravstvenem zavodu, če zbolijo za malarijo, mumpsom, mikrosporijo, favusom (ščitavico), trihofitijo ali gripo, kadar se katere te bolezni pojavi v obliki epidemije;

9. zdravljenje v ustreznem zdravstvenem zavodu, če zbolijo za duševno boleznijo, kadar bolnik ni nevaren za življenje drugih;

10. bolnično zdravljenje otrok v starosti do treh let in za oskrbo doječih mater, ki so pri otroku v bolnici;

11. bolnično zdravljenje življenjsko nevarnih poškodb in nujni zdravniški posegi v bolnici;

12. cepljenja, ki niso po posebnih predpisih obvezna;

13. izdiranje zob;

14. zdravila, zdravstvena sredstva in sanitetni material, če ni to vračunano že v ceni za posamezne druge zdravstvene storitve.

Preostali del stroškov za zdravstvene storitve se plača v breme sklada zdravstvenega zavarovanja kmetijskih proizvajalcev.

Zdravljenje obsega tudi ambulantne preglede.

10. člen

Osnovno zdravstveno zavarovanje obsega tudi prevoz z reševalnim vozilom, kadar je tak prevoz iz zdravstvenih razlogov nujno potreben, in sicer:

1. če gre za osebo, ki je zbolela za nalezljivo boleznijo in je zdravljenje obvezno v bolnici;

2. če gre za osebo, ki je zbolela za duševno boleznijo in je nevarna za življenje drugih;

3. če gre za osebo, ki se je življenjsko nevarno poškodovala ali glede katere so nujni zdravniški posegi v bolnici.

Kadar je zdravljenje bolezni iz prejšnjega odstavka po 8. členu za kmetijskega proizvajalca brezplačno, je tudi prevoz z reševalnim vozilom brezplačen. Kadar mora kmetijski proizvajalec za zdravlje-

nje bolezni ali poškodbe po 9. členu neposredno plačati del stroškov sam, mora v enakem odstotku plačati tudi del stroškov za prevoz z reševalnim vozilom.

K določbam zakona o zdravstvenem zavarovanju kmetijskih proizvajalcev o prevozu zavarovancev z reševalnimi avtomobili in o plačevanju zdravljenja zavarovank ob splavih je dal Sekretariat Izvršnega sveta za delo pod št. 05/1-51/32 z dne 26. IV. 1960 naslednje pojasnilo:

I.

Po določbi 14. člena cit. zakona spadajo vsi prevozi, razen nujno potrebnih po 10. členu zakona, načelno v razširjeno zdravstveno zavarovanje.

V osnovno zdravstveno zavarovanje spadajo po 10. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju kmetijskih proizvajalcev iz zdravstvenih razlogov **n u j n o** **p o t r e b n i** prevozi le v taksativno naštetih treh primerih.

Ce gre za nujno potreben prevoz po 1. in 2. točki 10. člena, t. j. kadar je zavarovanec zbolel za nalezljivo boleznijo in je zdravljenje v bolnišnici obvezno ali kadar je zavarovanec zbolel za duševno boleznijo in je nevaren za življenje drugih — je tak prevoz v smislu 2. odstavka 10. člena cit. zakona brezplačen in gre v celoti v breme sklada.

Ce pa gre za nujno potreben prevoz zavarovanca po 3. točki 10. člena t. j. kadar se je zavarovanec življenjsko poškodoval ali kadar gre za nujni zdravniški poseg v bolnišnici, plača ustrezni del (odstotek) stroškov v smislu določbe 2. odstavka 10. člena oziroma po določbi 9. člena istega zakona zavarovanec sam, in sicer v tistem odstotku, kot je določen v 9. členu za zdravljenje bolezni oziroma poškodb, zaradi katerih je bil opravljen prevoz.

V vseh drugih primerih plača vse stroške prevoza kmetijski proizvajalec sam.

O tem, kdaj gre za življenjsko nevarne poškodbe in za nujne zdravniške posege, odloča zdravnik v vsakem posameznem primeru.

Za življenjsko nevarne poškodbe in nujne zdravniške posege naj se štejejo vsi tisti primeri, pri katerih je po načelih zdravniške vede nujna takojšnja zdravniška intervencija in bi opustitev take intervencije pomenila neposredno nevarnost za življenje bolnika ali pa bi opustitev intervencije pomenila trajno poslabšanje zdravstvenega stanja oziroma povečanje invalidnosti.

Po 3. točki prvega odstavka 10. člena ZZZKP ni pravne osebe za to, da bi plačevali kmetijski proizvajalci sami 10 % stroškov za prevoz v druge zdravstvene zavode, ampak samo za prevoze v bolnico. Za bolnico pa se lahko šteje tudi bolnična poliklinična služba in samostojne poliklinike z organizirano nezgodno (travmatološko) ambulantno, če je funkcionalno povezana z bolnišnico.

Zgrešeno bi bilo torej tolmačenje 10. člena v tem smislu, da vsak prevoz z reševalnim vozilom v katerikoli zavod plača kmetijski zavarovanec v tistem odstotku stroškov, kot je določeno za samo zdravljenje v tem zavodu.

Pripominjamo, da pri odvozih z reševalnim vozilom iz bolnišnice 10. člen glede plačila stroškov ne velja, ker v teh primerih ne more

iti več za nujno potrebni prevoz oziroma za nujni zdravniški poseg. Odvoze iz bolnišnice plačajo zavarovanci sami, razen če z odlokom ljudskega odbora ni glede tega uvedeno razširjeno zdravstveno zavarovanje.

II.

V zvezi z določbama 10. točke 8. člena in 4. točke 9. člena je glede plačevanja zdravljenja ob splavu treba pojasniti naslednje:

Po 10. točki 8. člena cit. zakona se v celoti plačajo vsi stroški v breme sklada zdravstvenega zavarovanja kmetijskih proizvajalcev za vse vrste zdravniške in babiške pomoči na domu v zvezi z nosečnostjo, če je obisk na domu zdravstveno potreben, razen ob porodu. Po 4. točki 9. člena cit. zakona plačajo kmetijski proizvajalci sami del stroškov (10 %) za porodniško pomoč doma in v bolnišnici in za zdravljenje v bolnišnici v zvezi z nosečnostjo ali porodom, razen za splav.

Po določbah uredbe o pogojih in postopku za dovolitev splava (Ur. l. FLRJ št.9/60) se splav izvršuje v zdravstvenih zavodih, izven zavoda pa se sme izvršiti le, kadar je potreben nujen zdravniški poseg.

Glede na navedeno je treba predvsem upoštevati, za kakšen splav gre, in je treba glede na vrsto splava presojati, kako se plačujejo opravljene zdravstvene storitve.

Ce gre za spontani splav, ki se opravi doma, je glede na določbo 10. točke 8. člena cit. zakona zdravstvena storitev na domu ob takem splavu – brezplačna, oziroma gre v celoti v breme sklada.

Ce pa gre za artificialni splav, ki se po citirani uredbi sme izvršiti oziroma dokončati izven zavoda le, kadar je potreben nujni zdravniški poseg, se zdravstvena storitev na domu obravnava kot obisk na domu po 2. točki 9. člena zakona in plača kmetijski proizvajalec 50 % stroškov za to zdravstveno storitev.

V drugih primerih artificialnega splava, če gre za ambulantno zdravljenje, plačajo kmetijski proizvajalci 25 % stroškov za zdravstveno storitev. Če gre pa za zdravljenje v splošnih specialnih bolnišnicah, tedaj plačajo ustrezni odstotek stroškov glede na trajanje zdravljenja. Za prvih 14 dni zdravljenja plačajo 50 %, za nadaljnji čas pa 3 %.

Skrajšan delovni čas po porodu

(Okrožnica sekretariata Sveta za zdravstvo LRS št. 07/1—1020/3 z dne 29. 6. 1960)

Na vprašanje glede skrajšanega delovnega časa mater po porodu je dal Sekretariat IS za delo naslednje pojasnilo:

»Po določbi 65. člena zakona o delovnih razmerjih (Uradni list FLRJ št. 53/57) ima mati, da bi mogla hraniti otroka, pravico delati skrajšan delovni čas šest mesecev po porodu. Izjemoma lahko traja po mnenju zdravnika javne zdravstvene službe tak skrajšan delovni čas tudi dalj, vendar največ do konca osmega meseca po porodu. Tako skrajšan delovni čas traja polovico rednega delovnega časa.

Glede na zgoraj cit. določbo smo mnenja, da bi zdravstvenim uslužbenkam, ki že po veljavnih predpisih delajo skrajšan delovni čas (n. pr. 6 ur, 5 ur itd.),

pripadal samo 4-urni delovni čas, ne pa polovični delovni čas (n. pr. rentgenskim tehničarkam 2 1/2-urni delovni čas oziroma bolničarkam v bolnicah za tuberkulozo 3-urni delovni čas), ker pri takšnih uslužbenkah-materah ni nobenih ovir, da ne bi mogle normalno hraniti svojega otroka, če bi delale po 4 ure na dan.«

Enako pojasnilo je dal tudi Zvezni sekretariat za delo in je to utemeljil s tem, da je zakon hotel dati vsem materam po porodu enako zaščito in da bi bilo v nasprotju z njegovim namenom, če bi nekatere matere (n. pr. tiste, ki delajo po veljavnih predpisih krajši delovni čas) uživale večje ugodnosti od drugih (n. pr. tistih, ki delajo po 7 ali 8 ur dnevno, oziroma tistih, ki delajo v kmetijstvu celo do 10 ur dnevno).

Belež

PRIROČNIK ZA V OSNOV

Pri Zvezi prijate
nije je izšel »Priroč
in pouk v osnovni
Svet za šolstvo LRS
ze prijateljev mla
113 strani in stane

Priročnik je namenjen predvsem učiteljem in je sestavljen tako, da se spolni pouk in vzgoja vskladita z našimi ustreznimi osnovnošolskimi načrti, s čimer postaja spolni pouk kot poseben predmet odveč. Govori o nujnosti spolne vzgoje in pouka v šoli, o spolnih problemih predšolskega in šolskega otroka, predvsem pa o pouku spolnosti in oblikovanju pogledov nanjo v posameznih razredih ob posameznih predmetih. Že branje teksta samega dokazuje, da se za uspešno izvajanje programa spolne vzgoje zahteva poglobljeno znanje, in sicer ne samo anatomskih in fizioloških zakonitosti, temveč predvsem zakonitosti družbenega razvoja — odnosov v človeški družbi. V »Priročniku« pa bi našle koristne nasvete in primere metodičnih prijemov za spolni pouk tudi medicinske sestre, saj se s temi problemi srečujejo dnevno pri zdravstvenovzgojnem delu.

Iku je priložen tudi seznam literature, ki bo v prid vsem našim delavcem, saj si bodo z njo koristno poglobili znanje, obdobili tudi kritičen odnos do ilne pozitivne in negativne to-
erature, ki je v zadnjih letih
naš knjižni trg.

M. Š.

DR. JUSTIN ČESER »LJUBAV BEZ STRAHA«

Seksualni vodič za supružnike, Medici-
nska knjiga Beograd-Zagreb 1960, strani
267, cena din 670.—

Zadnje čase izhaja pri nas vedno več literature s seksualno problematiko. Pišejo jo domači strokovnjaki ali pa so to prevodi tujih avtorjev.

Knjiga »Ljubav bez straha« je prevod angleškega avtorja. Prevedla jo je psiho-
loginja Ksenija Petrović. Prva angleška izdaja, ki je izšla leta 1941, je doživela preko dvajset ponatisov in prevodov v jezike osmih držav.

Avtor knjige pravi uvodoma, da knjiga ni napisana samo s tem namenom, da posreduje znanje, ampak da hkrati daje tudi pobudo za aktivno delo in praktično uporabo pridobljenega znanja.

pripadal samo 4-urni rentgenskim tehničarkam za tuberkulozo 3-urni d nobenih ovir, da ne bi po 4 ure na dan.«

Enako pojasnilo je s tem, da je zakon hotel bilo v nasprotju z njegovo delajo po veljavnih predlogih (n. pr. tistih, ki v kmetijstvu celo do 10

ični delovni čas (n. pr. bolničarkam v bolnicah službenkah-materah ni a otroka, če bi delale

delo in je to utemeljil enako zaščito in da bi matere (n. pr. tiste, ki le večje ugodnosti od siroma tistih, ki delajo

Beležke ob knjigah

PRIROČNIK ZA SPOLNO VZGOJO V OSNOVNI ŠOLI

Pri Zvezi prijateljev mladine Slovenije je izšel »Priročnik za spolno vzgojo in pouk v osnovni šoli«, ki ga je izdal Svet za šolstvo LRS s sodelovanjem Zveze prijateljev mladine. Knjiga obsega 113 strani in stane 350 din.

Priročnik je namenjen predvsem učiteljem in je sestavljen tako, da se spolni pouk in vzgoja vskladita z našimi ustreznimi osnovnošolskimi načrti, s čimer postaja spolni pouk kot poseben predmet odveč. Govori o nujnosti spolne vzgoje in pouka v šoli, o spolnih problemih predšolskega in šolskega otroka, predvsem pa o pouku spolnosti in oblikovanju pogledov nanjo v posameznih razredih ob posameznih predmetih. Že branje teksta samega dokazuje, da se za uspešno izvajanje programa spolne vzgoje zahteva poglobljeno znanje, in sicer ne samo anatomskih in fizioloških zakonitosti, temveč predvsem zakonitosti družbenega razvoja — odnosov v človeški družbi. V »Priročniku« pa bi našle koristne nasvete in primere metodičnih prijemov za spolni pouk tudi medicinske sestre, saj se s temi problemi srečujejo dnevno pri zdravstvenovzgojnem delu.

Priročniku je priložen tudi seznam ustrezne literature, ki bo v prid vsem zdravstvenim delavcem, saj si bodo z njo znatno in koristno poglobili znanje, obenem pa dobili tudi kritičen odnos do množične literature, ki je v zadnjih letih preplavila naš knjižni trg.

M. Š.

DR. JUSTIN ČESER »LJUBAV BEZ STRAHA«

Seksualni vodič za supružnike, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb 1960, strani 267, cena din 670.—.

Zadnje čase izhaja pri nas vedno več literature s seksualno problematiko. Pišejo jo domači strokovnjaki ali pa so to prevodi tujih avtorjev.

Knjiga »Ljubav bez straha« je prevod angleškega avtorja. Prevedla jo je psihologinja Ksenija Petrović. Prva angleška izdaja, ki je izšla leta 1941, je doživela preko dvajset ponatisov in prevodov v jezike osmih držav.

Avtor knjige pravi uvodoma, da knjiga ni napisana samo s tem namenom, da posreduje znanje, ampak da hkrati daje tudi pobudo za aktivno delo in praktično uporabo pridobljenega znanja.

H knjigi je dr. Jože Potrč napisal svoje mnenje in pripombe. Pravi, da je knjiga za nas važna zato, ker si avtor prizadeva za lepše odnose v zakonu, ki so zasnovani na seksualni harmoniji. Nadalje pravi, da sta za to knjigo značilni dve stvari: da je bogato ilustrirana s primeri, s katerimi poučno vpliva na sodobnega človeka, ki teži za lepšimi odnosi med spoloma v ljubezni in zakonu, in da vso pažnjo posveča pozitivnim in konstruktivnim nasvetom.

N. J.

ZIVLJENJSKO ČILI V POZNA LETA

Dietna navodila za pravilno prehrano starejših in starajočih se ljudi. Napisali doc. dr. Stanislav Mahkota, Saša Jakša in Vika Simčič. Izdal Centralni zavod za napredek gospodinjstva v Ljubljani, strani 84, cena din 350.—.

K vrsti knjižic, ki obravnavajo diete pri raznih boleznih in ki jih izdaja Centralni zavod za napredek gospodinjstva, je zdaj izšla nova. Ta knjižica obravnava prehrano, prilagojeno procesom in spremembam, ki potekajo oziroma nastajajo v človeškem organizmu v času starostnih pojavov in v starosti.

V zadnjih petdesetih letih se je življenjska doba ljudi znatno podaljšala. Zato si sodobna medicina prizadeva izboljšati zdravstveno stanje in ustvariti prijetnejše življenje starim ljudem. V tej skrbi brez dvoma zavzema važno mesto pravilna prehrana, ki ima predvsem preventivno nalogo.

V knjigi so poudarjena navodila, ki obravnavajo biološko in kalorično sestavo hrane, kakršno narekujejo fiziološke posebnosti organizma v obdobju staranja in starosti. Upoštewane so pa hkrati tudi navade, potrebe in socialni momenti starih ljudi, kar je pri vsaki prehrani zelo važno.

V prvem delu »Zdravstvena navodila« pove dr. Mahkota glavno o procesu sta-

ranja in o potrebah po posameznih sestavinah hrane pri starem človeku.

Drugi, obširnejši del knjižice »Praktična navodila« pa obsega vrsto jedilnikov, sestavljenih za posamezne letne čase. Ti jedilniki so prilagojeni prebavnim sposobnostim starajočega se organizma in upoštevajo osnovna zdravstvena navodila za starostno prehrano.

Za boljše zdravstveno varstvo starih ljudi kot posebne skupine varovancev in ob posebnih nalogah zdravstvene službe bo knjižica: »Življenjsko čili v pozna leta« zdravstvenim delavcem res dober pripomoček pri tem važnem delu.

N. J.

VESTNIK

Sveta za zdravstvo LRS in Sveta za socialno varstvo LRS — Letnik VII. (1960), št. 7—9

Na to številko »Vestnika« še prav posebno opozarjamo zdravstvene delavce. V njej sta ponatisnjena dva važna pravilnika: »Pravilnik o strokovnih izpitih zdravstvenih uslužbencev«, ki obravnava: splošne določbe, strokovni pouk stažistov in pripravnikov, strokovni izpit, opravljanje strokovnega izpita ter prehodne in končne določbe. Pravilnik je dobil veljavo 17. februarja leta 1960. Njegovi zakonski predpisi so novi predvsem glede pripravniške dobe, ki je posebej določena za posamezne zdravstvene delavce.

Na podlagi zakona o zdravstvenih domovih in postajah je Svet za zdravstvo LRS izdal »Pravilnik o bolniški negi, ki jo opravlja zdravstveno osebje zdravstvenih domov in postaj na bolnikovem domu«. — Bolniška nega na bolnikovem domu je strokovna zdravstvena služba in je sestavni del zdravstvenega varstva državljanov. Pravilnik določa, da je ta služba vključena v patronažno službo zdravstvenega doma. Bolnikovo nego

na domu vodi medicinska sestra in jo lahko opravlja samo zdravstveno osebje, ki ima prakso v negi bolnikov. O potrebi te nege odloči zdravnik, ki varovanca zdravi. Pravilnik je dobil veljavo 27. aprila letos.

Nadalje so v tej številki »Pojasnila posameznih določb pravilnika o plačilih za nadurno delo in dežurstvo in nagradah za izredno delo zdravstvenih uslužbencev«. Pojasnila je izdal Sekretariat Zveznega izvršnega sveta za ljudsko zdravstvo na zahtevo nekaterih zdravstvenih zavodov in republiških svetov za ljudsko zdravstvo.

V »Pravnih predpisih s področja zdravstva« so zbrani vsi predpisi, ki urejajo organizacijo zdravstvene službe. Predpisi iz posameznih področij si sledijo takole: finančno ekonomski predpisi, sanitarna inšpekcija, preprečevanje in zatiranje nalezljivih bolezni, lekarniška služba, glede zdravstvenega osebja. To so republiški in zvezni predpisi, ki so izšli do 10. V. 1960. Seznam teh zakonskih predpisov bo uspešen pripomoček zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo s pravnimi problemi zdravstvene službe in jim je zadevna orientacija marsikdaj težavna.

Iz področja socialnega varstva pa so v 7.—9. številki »Vestnika« članki: Socialno varstveno delo v stanovanjskih skupnostih, Problematika otrok, ki služijo pri tujih ljudeh v LR Sloveniji, in Problematika slepih v LR Sloveniji.

Vsekakor je v tej obsežni številki »Vestnika« zbrano bogato gradivo, s katerim naj bi se seznanile vse medicinske sestre, ki delajo v socialnomedicinskih ustanovah na terenu.

N. J.

DR. HUMAR ZDENKA: »ZDRAV OTROK — MAMINA SREČA«

Izdal Centralni higienski zavod v Ljubljani, založil Glavni odbor Rdečega križa Slovenije

Avtorica knjižice dr. Humar Zdenka je težila za tem, da bi v kratkem tekstu 45 strani obsegajoče knjižice zajela najvažnejše napotke o negi in prehrani dojenčka, obenem pa mater seznanila, kako se otrok razvija v prvem letu življenja, če je pravilno negovan in hranjen.

Številne barvne ilustracije akad. slikarice Maričke Korenove strokovno vsebino knjižice lepo dopolnjujejo in ji dajejo prijetno obliko in pestrost.

Dispanzerji in posvetovalnice zdravstvenih domov takšno vrsto zdravstvenovzgojne literature že dolgo pogrešajo in čutijo potrebo, da z njo postrežejo materam, ki obiskujejo te strokovne enote zdravstvenih domov.

Knjižica se naroča pri Centralnem higienskem zavodu v Ljubljani, Trubarjeva cesta 2.

N. J.

KOLLODIUM — BABY

Že več desetletij opisujejo posamezne primere otrok, ki imajo ob rojstvu kožo vsega telesa pokrito s kolodiju podobno snovjo. Ta plast se v naslednjih dneh odlušči v velikih krpah, koža pa ostane rdeča. V prvih tednih se lahko še tvorijo nove slične plasti, ki prav tako odpadejo.

V kasnejšem življenju obolevajo otroci za ribjekožno hiperkeratozo (Hiperkeratosis ichtiosiformis). Koža je pri tem obolenju rdeča in zadebeljena zaradi prekomerno poroženega kornealnega sloja ter se lušči. Predvsem je koža prizadeta v pregibih sklepov in v kožnih gubah. Obolenje se poslabša poleti in med vročinskimi obolenji.

Dr. Š. K.

SREDSTVA ZA HUIŠANJE

Sredstva, ki so danes na razpolago za huišanje, imajo pri uporabi različne omejitve in nevarnosti, nekatera med njimi pa so v ta namen kljub propagandi povsem neučinkovita.

Vsekakor je brez smisla, če ljudje sprejemajo preobilne obroke hrane, nato pa z odvajalnimi in čistilnimi sredstvi skušajo spraviti hrano iz telesa, preden se absorbira. Dolgotrajno ali pogostno uporabljanje odvajal spremljajo druge nevšečnosti, kronično draženje prebavil in okvarjeno ravnotežje absorpcije prehranskih faktorjev.

Nekatera odvajala so v prometu kot sredstva za zmanjšanje teka. Toda odvajala delujejo šele v črevesju in ne v želodcu, zato ne morejo vplivati na tek.

Mnoge popularne droge za zmanjšanje teka v prosti prodaji vsebujejo fenilpropanolamin kot aktivno komponento. V majhnih količinah je njihov učinek na zmanjšanje teka le neznaten. V učinkovitih količinah pa so nezaželeni stranski učinki tako močno izraženi, da zmanjšujejo uporabnost drog.

Žvečilni gumiji za zmanjšanje teka vsebujejo bencokain, češ da ta sestavina vpliva na mehanizem občutka lakote v želodcu, kar pa nikakor ni dokazano.

Droge, ki pospešujejo metabolizem do take mere, povzročijo izgubo telesne teže, je prenevarno uporabljati brez zdravniške kontrole. Velja pa tudi nasprotno! Katere koli droge dobimo v prosti prodaji, so prav gotovo brez vrednosti za zmanjševanje teže zaradi vpliva na metabolizem. Droge, ki so učinkovite zaradi vpliva na metabolizem, imajo pravo vrednost le skupno s pravilno izbranim dietnim programom. Njihov učinek narašča vzporedno s postopnim povečevanjem doze, toda je začasen. Ko pa pre-

nehamo jemati droge, se hitro povrne prejšnji ali še večji tek. Če se medtem nismo privadili manj kaloričnim obrokom hrane, se povrne sčasoma tudi izgubljena teža.

Nekatere vrste drog povzročajo začasno izgubo vode iz telesa in zato le navidezno izgubo teže.

Ni vitamina, minerala, beljakovine niti ne kakšnega drugega hranila, ki bi neposredno znižalo telesno težo. Mogoče pa je načrtno vplivati na sestavo obrokov. Beljakovine imajo n. pr. komaj polovico toliko kaloričnih vrednosti kot toščice. Če toščice v prehrani nadomestimo z beljakovinami, je hrana znatno manj kalorična. Najstrožja dieta zelo omejuje število in vrste živil. Če je pravilno sestavljena, lahko prebijemo celo brez posebnega dodatka vitaminov in mineralov. Če natančno pregledamo ves dietni program, vidimo, da je poudarek na živilih nizke kalorične vrednosti, ki edina lahko dajo ugodne rezultate.

Z. S.

NIKOTIN IN BOLEZNI OŽILJA

(Nadaljevanje s str. 72)

Če vtaknemo roke za 5 minut v vodo s 15° C, traja v normalnih okoliščinah 5 minut, da si jih spet ogrejemo. Če smo prej pokadili eno cigareto, pa se čas ponovnega ogretja podaljša na eno uro.

Če so bolnikom z motnjami v krvnem obtoku napravili transplantacije ožilja, so ob vzpostavitvi prekrvitve dosegli boljše uspehe pri nekadilcih. Znano je tudi, da kadilci češče žadene srčni infarkt kakor nekadilci.

Nikotin v človeškem organizmu je povezan s hormonalnimi faktorji. Pospešuje sproščanje vazopresina iz zadnjega režnja hipofize. Ta pa povzroča vazokonstrikcijo in obenem zavira diurezo.

Z. S.

SVETOVNA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA V BOJU PROTI TUBERKULOZI

Svetovna zdravstvena organizacija je objavila poročilo o prizadevanju UNICEFA in 41 držav v boju proti tuberkulozi.

Iz tega poročila povzemamo, da je bilo v osmih letih na tuberkulozo preiskanih nič manj kot 243 milijonov ljudi.

Te preiskave niso bile omejene samo na hiter, površen pregled pacienta. Vsakemu posamezniku teh milijonov ljudi je bilo treba injicirati skrbno hranjeno, toda lahko pokvarljivo kemično substanco.

Nekaj dni po tej injekciji je moral vsak še na ponovni pregled, da so ugotovili morebitne reakcije.

Kdorkoli od teh 87,511.419 na prvo injekcijo ni reagiral, je nato dobil še injekcijo nekega virusa. To cepivo se pripravlja po izredno natančnem in strokovnem postopku. Da je učinkovito, ga je do uporabe hraniti na nizki temperaturi in v temi. Cepivo ne more biti dalj časa vskladiščeno, ker se drži komaj štiri tedne. Laboratoriji s cepivom pa so bili dostikrat nekaj tisoč kilometrov daleč in od ljudi, ki so morali k cepljenju. Kraji, kjer so potrebovali to cepivo, pa so bili dostikrat tudi v najbolj zapuščenih predelih sveta.

Ta kratkotrajni virus je BCG.

N. J.

VPLIV NIKOTINA MED NOSEČNOSTJO

V Angliji so opazovali vpliv nikotina pri nosečnicah kadilkah na velikost otrok. Zato so primerjali teže otrok pri materah kadilkah in nekadilkah. Med 2000 novorojenčki so bili otroci kadilk povprečno manjši kakor otroci nekadilk. Razlike pa so bile tudi med otroki mater, ki so pokadile bodisi več ko 10 ali manj ko 10 cigaret dnevno. Dečki mater kadilk so bili lažji kakor deklice nekadilk, ravno nasprotno, kot je običajna razlika v teži.

Nikakor ni mogoče potrditi, da bi bil vzrok manjše teže v krajši nosečnosti. Možno bi bilo misliti, da kajenje vpliva na tek, saj imajo kadilci v splošnem manjšo težo kakor nekadilci. Toda slabša prehrana — vsaj dokler ni zelo občutna, ne vpliva znatno na težo ob rojstvu.

Opazovanje so zaključili s sklepom, da kajenje med nosečnostjo zakasni rast ploda. Morda ima nikotin neposreden farmakološki učinek na plod, ker poraste srčni utrip ploda prav v času, ko mati kadi. Najverjetnejša razlaga je, da nikotin zmanjšuje dotok krvi plodu.

Z. S.

KOLIKO JIH V TURČIJI UMRJE ZA TUBERKULOZO?

V Turčiji umrje za tuberkulozo letno 40.000 ljudi.

Država ob podpori Unicefa in Svetovne zdravstvene organizacije že šesto leto izvaja akcije za besežiranje prebivalstva. Zajeti so tudi najbolj oddaljeni kraji.

N. J.

POMOČ SOCIALNIM USTANOVAM

Za odločitev izredno velikega pomena lahko štejemo, da je izvršilni odbor lani dne 6. marca soglasno sprejel priporočila generalnega direktorja o pomoči, ki naj jo Unicef (t. j. Mednarodni otroški sklad) nudi socialnim ustanovam za otroke v zvezi z otroškimi jaslmi in dnevnimi zavetišči. Ta nova veja Unicefa dela skupno z oddelkom za socialne zadeve Združenih narodov in s posebnimi organizacijami. Prispevek Unicefa je v subvencioniranju prostih mest in seminarjev in v preskrbi opreme. Podpirati je treba tudi izobraževanje kvalificiranega osebja.

Urad za socialne zadeve je s tem v zvezi v nekem poročilu posebej naglasil važnost, da so otroci deležni vseh prednosti, ki jim jih nudi dom, namesto da jih prepuščamo milosti ustanov. Gre za

to: Dom je za otroke bistvenega pomena, če hočemo, da njih psihološko ravnesje ni moteno. Z druge strani pa starše često ovirajo gospodarske okoliščine, da bi se posvetili doma otrokom, ker jim je težko, ukvarjati se z njimi čez dan. Zato je potrebno, da to odgovornost v čim večji meri prevzamejo socialne ustanove v obliki otroških jasli in dnevnih zavetišč, tako da otroci ne bi bili »stalni gostje« ustanov. Poudarja se tudi točka, o kateri so precej obširno razpravljali, da je mednarodna pomoč opravičena samo v tistih primerih, ko daje v posameznih deželah osnovo za oblikovanje življenja zmožnih sistemov v socialnih ustanovah, katerih namen je, da ohranijo družinsko življenje, obenem pa pospešujejo uravnotežen osebnostni razvoj otroka, njegovih sposobnosti in socialnih odnosov.

Najvažnejša njena naloga pa bo, da vladam pomaga pri stvarjanju tistih socialnih ustanov, ki jamčijo, da bo otrok imel družinskemu podobno okolje, in ki posvojitvi dajejo prednost pred zavetišči, koderkoli se pojavi takšen problem. Obenem seveda bi bilo treba začeti tudi s preprečevalnimi ukrepi, kot n. pr. z organizacijo družbenih centrov, mladinskih skupin in zavetišč za tisti čas, ki ga otrok prebije izven družinskega kroga.

Finančna podpora naj bi služila predvsem za usposabljanje skrbstvenega osebja. Unicef bi prevzel tudi ureditev zdravstvenih centrov in tečajev za praktično delo ter predhodno poklicno izobrazbo. Končno bi se dala finančna podpora tudi za ureditev dnevnih zavetišč in otroških jasli, ki bi staršem omogočile, da hodijo lahko na dnevno delo, ne da bi se jim bilo treba ločiti od otrok.

Obsežnejša pritegnitev družbenih ustanov bi dosegla podoben učinek ter otroke obvarovala pred nenadno in dolgo ločitvijo od doma in s tem v zvezi tudi pred škodljivimi posledicami.

Na enak način bi tudi mladinski klubi bistveno pripomogli, da se revni otroci, ki nimajo drugega igrišča, ne bi več po-

tikali po cestah. Tako n. pr. v Hongkongu, kjer preobljudenost povzroča resne socialne probleme, strešne terase novih stanovanjskih blokov v čim večji meri rezervirajo za deške in dekliške klube, ki štejejo danes nad deset tisoč članov.

Na srednjem Vzhodu imajo neko ustanovo, kjer imajo v oskrbi okrog 50 deklic, starih 7—11 let, ki prej niso bile dosti več kakor poklicne beračice. V Bangkoku odpirajo majhne knjižnice, ki naj mladim ljudem budijo smisel za življenje, umetnost in rokodelstvo. Podobne ustanove si ob stalnem upoštevanju domačih kultur in religij utirajo pota tudi v Indiji in drugih deželah.

Naloga Unicefa je, da podpira in pospešuje ta gibanja v mejah razpoložljivih finančnih sredstev.

ČE JE V DIABETIČNI DIETI PREVEČ MAŠČOB

Po članku »Nevarnost diabetske diete, ki vsebuje preveč maščob« (Ch. Darnaud, Y. Denard, O. Moreau, Q. Voisin) v *Dietetique et Nutrition* 1959, No. 2 smo povzeli:

Pri sestavljanju diete za diabetike moramo upoštevati predvsem tale načela:

1. Če ni obenem zadostne kontrole nad diabetesom, ni nobena dieta dobra.

2. Vsekakor se mora diabetik ogibati preobilne hrane, ker ga čez mero redi. Razen tega si obremenjuje organizem z maščobami, znižuje toleranco za ogljikove hidrate, hkrati pa zmanjšuje možnost popolne razgradnje maščob (zvišanje ketonskih teles v krvi; ketonska telesa so škodljive snovi, ki nastajajo pri nepravilni razgradnji maščob). Prehrana, bogata z maščobami (zlasti živalskega izvora), pa ugodno vpliva tudi na nastanek arterioskleroze.

Obroki hrane morajo biti kalorično tako sestavljeni, da bolnika privedejo do idealne teže in ga pri njej tudi ohranijo.

Za odraslega diabetika s srednje težkim delom je najbolj primerna prehrana

s sledečim razmerjem med sestavinami hrane (računano na kg idealne teže):

Ogljikovi hidrati	3,5 g
Proteini	1,5 g
Masti	1,5 g

Iz tega je razvidno, da dajejo maščobe manj kot 30 % kalorij. Pri težkem delu so količine posameznih sestavin zvišane, vendar ostanejo v istem medsebojnem razmerju. Pri diabetičnem otroku je količina ogljikovih hidratov in proteinov nekoliko večja, količina maščob pa pri celotni množini kalorij malo manjša. Na sploh pa je otrokov razvoj sam najboljšo vodilo pri uravnavanju njegove prehrane.

Nekateri avtorji (Adelsberg i. dr.) predlagajo, da naj se zniža količina maščob celo na 20 %, vendar še ni kliničnih rezultatov, ki bi nam dokazali, da je umestna edinole taka prehrana.

Tudi delna nadomestitev živalskih maščob z rastlinskimi se priporoča, pač z namenom, da organizem dobi dovolj nezasičenih mastnih kislin.

Prehrana prekomerno rejenega diabetika mora vsebovati predvsem malo kalorij. Celotna energetska vrednost prehrane naj vsebuje od 1400 do 1600 kalorij. Predvsem se pri njem zmanjša količina maščobe. Bolnik naj uživa maščobe, ki izvirajo iz mesa, mleka in mlečnih izdelkov. Vidne maščobe naj bodo rastlinskega izvora zaradi zadostnega dovoda že omenjenih esencialnih (nezasičenih) mastnih kislin. Bolniki, ki hujšajo, pri katerih torej izgoreva njih lastna telesna maščoba, so v metaboličnem smislu tako na prehrani, ki je bogata z maščobami. Vendar je bilo ugotovljeno, da se raven lipidov ali holesterina v krvi s shujševalno kuro ne dvigne. Takšna kura je tudi prekratka, da bi lahko bila nevarna za srce in ožilje v smislu sklerotičnih sprememb.

Po zaključku shujševalne kure naj ostane bolnik pri lahni hipokalorični dieti — dieti, ki je primerna za suhega diabetika. Ne omejujemo količine oglji-

kovih hidratov. Zlasti bi to bilo tvegano pri hipertoničnih, katerih srce in ožilje sta vedno ogrožena.

Prehrana diabetika z oškodbami srca in ožilja:

Pri teh bolnikih je v veliki meri od prehrane odvisno zdravstveno stanje srca in ožilja. Pri takih bolnikih je največkrat potrebno omejiti sol v hrani, velikokrat morajo tudi shujšati. Pri prehrani teh diabetikov je predvsem važna omejitev maščob; uporabljati je treba kolikor mogoče maščobe rastlinskega izvora. V primerih obolenj, pri katerih je izguba proteinov v urinu velika, moramo v hrani proteine zvišati, sol pa znižati (interkapilarna glomeruloskleroza — Kimmelstiel-Wilson).

Uporaba maščob rastlinskega izvora mora postati vsakdanja navada. Nekateri avtorji predpisujejo uporabo maščob, ki vsebujejo večjo količino nezasičenih mastnih kislin (olje iz koruze, olje iz sončnic), da bi s tem v krvi znižali raven maščob. Nekateri priporočajo celó hrano skoraj brez maščob, vendar je to še stvar kliničnih poizkusov.

V. R.

KRIPTORHIZEM POSPEŠUJE TUMORJE TESTISA

Zato ga moramo zgodaj zdraviti. Prav tako je pri hidrokeli in hematokeli lahko v skrotalni herniji skrit tumor, ki ga moramo zgodaj operirati.

Š. K.

NOVO ZDRAVILO ZA MIKOZE

Iz presnovkov raznih vrst penicilina so izolirali snov grizeofulvin, ki uspešno zdravi predvsem površinske mikoze kože, lasišča in nohtov. Zdravilo se jemlje per os, v črevesju se dobro resorbira in nato razgradi v jetrih. Ne povzroča večjih težav, le izjemoma kdaj glavobol, razdraženost in manjše prehodne spremembe v levkocitih in hemoglobinu.

Š. K.

MEDICINSKA SESTRA NA TERENU

UREDILA CITA BOLE

LETO VII. — 1960

IZDAJA CENTRALNI HIGIENSKI ZAVOD V LJUBLJANI

Natisnila in klišeje izdelala Tiskarna »Jože Moškrič« v Ljubljani

K A Z A L O

ČLANKI

Asist. dr. Accetto Bojan: O levkemijah	141
Dr. Ahčin Marjan: Regulacija porodov	2
Dr. Andolšek-Jeras Lidija: Naši pogledi na sodobna kontracepcijska sredstva	86
Med. s. Andolšek Hermina: Zaščitna cepljenja v otroški dobi (po prof. Wallgrenu)	35
Navodila za preprečevanje in zatiranje virusnih hepatitisov	162
Med. s. Anžlovar Neda: Zdravstveno socialno delo medicinskih sester v borbi proti raku	31
Dr. Avčin Marij: Odvisnost otrokovega razvoja od žlez z notranjim izločevanjem	94, 145
Dr. Hribar Zlatica: Gluhi in naglušni otroci	73
Dr. Hübscher Franc: Alkoholizem in zdravljenje kroničnih alkoholikov	156
Jeršič Miro: Poldruga milijarda dinarjev za izkorenitev malarije v Jugoslaviji (Svetovni dan zdravja — 7. april 1960)	1
Dr. Lajevec Stane: Naloge obratne ambulate pri preprečevanju poškodb pri delu	88
Dr. Mačkovšek-Peršič Majda: Diagnosticiranje in zdravljenje rakavih obolenj	27
Doc. dr. Milčinski Lev: Nekaj načelnih misli o alkoholomaniji	65
Dr. Neubauer Henrik: Debelost — vzrok bolezni	105
Soc. delavka Pečaver Albina: Delo in vloga socialnega delavca v komisiji za dovoljeno odpravo plodu	9, 78
P. S.: Ali medicinski sestri zadošča strokovno znanje pri njenem delu	39
Dr. Skrget Meta: Obolevnost in umrljivost šolske mladine v LR Sloveniji	153
Dr. Stropnik Zlata: Petnajst let zdravljenja z antibiotiki	170
Med. s. Šlajmer Majda: Medicinska sestra v administrativni službi (Poročilo o konferenci SZO v Homburgu)	67
Med. s. Urbančič Dina: Florence Nightingale	129
Dr. Vargazon B.: O skrbi za revmatike	100
Dr. Zitko Joža: Rana in rak ob ustju maternice	166

AKTUALNA DRUŽBENA VPRAŠANJA

Luxemburg Roza: Pisma iz ječe (prevedla E. M.)	50
Muser Erna: O ženskem vprašanju in ženskem gibanju v svetu in pri nas (Ob 50. obletnici »mednarodnega ženskega dne«)	42
Dve veliki revolucionarki	46
Prof. Vesel Brane: Izobraževanje staršev kot sestavni del socialistične vzgoje	110
Vodopivec Cvetka: Razvojne perspektive sodobnega kmetijstva	176

MED ZAKONI IN UREDBAMI

Uredba o pogojih in postopku za dovolitev splava	56
Navodila za organizacijo in delo komisij za dovolitev splava	121
Pravice in dolžnosti zdravstvenega osebja	178
Zdravstveno zavarovanje kmetijskih proizvajalcev	182
Skrajšan delovni čas po porodu	185

BELEŽKE OB KNJIGAH

Arhiv za zaščito majke i deteta (J. N.)	59
Dr. Mirjana Mocić: Grip i nazebl (J. N.)	59
Prof. dr. Bosiljka Milošević i dr. Radeta Prica: Bezbolni porodjaj (J. N.)	59
Vprašanja naših dni	60
Vestnik Sveta za zdravstvo LRS in Sveta za socialno varstvo LRS št. 9—12/1959 in št. 7—9/1960 (N. J.)	60, 187
Dr. Leo Žlebnik: Psihologija otroka in mladostnika (N. J.)	124
Dr. Erich Schindel — Dr. Anton Rot: Naravne osnove ljubezni. Prevod dr. Eman Pertl (N. J.)	125
Dr. Vito Lavrič: Porodništvo (N. J.)	125
Dr. Karl M. Kirch: Knjiga o zdravju in bolezni. Prev. dr. Franjo Smerdu (N. J.)	126
Priročnik za spolno vzgojo v osnovni šoli (M. Š.)	186
Dr. Justin Česer: Ljubav bez straha. Prevedla Ksenija Petrović (N. J.)	186
Dr. St. Mahkota, S. Jakša in V. Simčič: Življenjsko čili v pozna leta (N. J.)	187
Dr. Humar Zdenka: Zdrav otrok — mamina sreča (N. J.)	188

OBZORNIK

Novi pogledi na zatiranje malarije	61
Nezgode otrok v Ameriki (N. N.)	63
Ali se škrlatinka ponavlja? (Z. S.)	64
Nikotin in bolezni ožilja (Z. S.)	72, 189
Tuberkuloza pri mnogorodnicah (Z. S.)	85
Duševno zdravje današnje Evrope (N. N.)	126
Sindrom hialine membrane (Dr. Š. K.)	128
Nezgode pri otrocih na Švedskem (Z. S.)	128
Tudi virus herpes zostra lahko povzroči prirojene okvare (Dr. Š. K.)	175
Kollodium — Baby (Dr. Š. K.)	188
Sredstva za hujšanje (Z. S.)	189
Svetovna zdravstvena organizacija v boju proti tuberkulozi (N. J.)	190
Vpliv nikotina med nosečnostjo (Z. S.)	190
Koliko jih v Turčiji umrje za tuberkulozo (N. J.)	190
Pomoč socialnim ustanovam	190
Če je v diabetični dieti preveč maščob (V. R.)	191
Kriptorhizem pospešuje tumorje testisa (Š. K.)	192
Novo zdravilo za mikoze (Š. K.)	192