

# Medicinska sestra in družbeno upravljanje

Miro Jeršič

Družbeno upravljanje se je v treh letih, odkar je bilo uvedeno, že uveljavilo tako v zdravstvenih zavodih kot tudi v javnosti in je dokazalo svojo upravičenost in potrebo po taki obliki družbenega upravljanja zdravstvene službe. Družbeno upravljanje posreduje problematiko s področja zdravstva med državljanji in zavodi ter zavodi in ljudskimi odbori. Upravni odbori upravljajo to področje javne službe kot zastopniki družbenih koristi in predstavniki državljanskih potreb v zdravstvenih zadevah. Zato morajo imeti člani upravnih odborov čim več možnosti, da spoznajo potrebe državljanov s področja zdravstva in potrebe zdravstvenih zavodov, da le-ti lahko z uspehom upravljajo svoje naloge.

Zdravstvena služba posega v vsa področja človekovega življenja, zato so njene naloge raznovrstne in ravno tako raznovrstne so tudi naloge upravnih odborov. Zdravstvena služba ne skrbi za človeka samo takrat, ko zboli, ampak mora skrbeti tudi za utrjevanje zdravja in preprečevanja obolenj, saj ga spremlja že pred rojstvom in vse življenje prav do smrti. Zato se delo zdravstvenih delavcev in organov družbenega upravljanja ne more omejiti samo na upravljanje zavodov. Nasprotno, seznanjati se morajo z vsemi okoliščinami, ki vplivajo na dobro in slabo zdravstveno stanje ljudstva. Povezani morajo biti z življenjem vseh, v družinah, v šolah, v delovnih prostorih, v javnosti.

Prvo obdobje družbenega upravljanja v zdravstvu je potekalo predvsem v urejevanju notranjih zavodnih zadev, največ dela so upravnim odborom dale takrat gospodarske in kadrovske zadeve. Malo so se upravni odbori ob začetku družbenega upravljanja pečali z vprašanji zdravstvenega stanja med prebivalstvom svojega okoliša, z vzroki in okoliščinami, ki napolnjujejo čakalnice in bolniške sobe naših zdravstvenih zavodov, in s tem, koliko ustreza delo zavoda in njegova ureditev potrebam in željam tistih, za katerih zdravstveno oskrbo je zadolžen. Uprave zavodov so tudi premalo poskrbele za to, da bi se zastopniki družbenega upravljanja seznanili s takimi vprašanji. Člani upravnih odborov pa so le redko dajali poročila o svojem delu v javnosti, na zborih volivcev, na zborih sindikatov ali političnih organizacij. Zato seveda so upravni odbori za svoje delo dobivali od javnosti le malo pobud. Pa tudi zdravstveni delavci, ki so v stalnem stiku z življenjem izven zavoda in med katerimi je medicinska sestra kot terenska zdravstvena delavka na prvem mestu, niso v zadostni meri posredovali zdravstvenih potreb med ljudmi in zastopniki družbenega upravljanja. Ravno v tem pogledu pa imajo medicinske sestre važno nalogo.

Doslej so se upravni odbori seznanjali predvsem z delom, ki se opravlja v zavodu. Evidenčna služba v zdravstvenih zavodih zbira mnogo podatkov o zdravstvenem stanju prebivalstva, o pogostnosti obolenj in o vrstah bolezni,

o številu rojstev in smrti, o delu posameznih vrst zdravstvene službe, o zaposlenosti osebja. Upravni odbori obravnavajo taka poročila in dobivajo pregled o zdravstvenem stanju prebivalstva v svojem okolišu. Te analize jim dajejo vpogled v delo zavodov in zdravstvenih delavcev ter v stanje bolnikov, ki se tam zdravijo. Ti podatki pa ne dajejo stvarne slike o okolju, v katerem bolni nastajajo, o razmerah, v katerih živi bolnik doma, o tem, kako zdravstvena služba zadovoljuje subjektivne potrebe bolnika, pa tudi ne o ljudeh, ki jih ogroža nič koliko zdravstvenih nevarnosti, čeprav jim doslej še ni bilo treba iskati pomoči v kakem zdravstvenem zavodu. Tisti zdravstveni delavec, ki sliko o zdravstvenem stanju prebivalstva, kot nam jo nudijo poročila zdravstvenih zavodov, lahko dopolni tudi s sliko iz resničnega življenja izven zavoda, pa je — medicinska sestra.

Poročila, ki jih daje medicinska sestra o svojem terenskem delu, morajo dopolnjevati preglede, ki jih dajejo razvidi v ambulantah, v dispanzerjih in posvetovalnicah, in tako poglobiti vsebino vprašanj, ki o njih razpravljajo organi družbenega upravljanja. Sestra, ki dela obiske pri bolnikih in varovancih izven zavoda, ima vpogled tudi v stanovanjske razmere, v prehranske razmere, v stanje osebne in splošne higijene, v šole in druge javne prostore. Če naj družbeni organi v zdravstvenih zavodih in v svetih za zdravstvo uspešno razpravljajo o zdravstvenem stanju prebivalstva na svojem območju in o ukrepih, ki so potrebni, morajo vsekakor razpravljati tudi o socialnih in higienskih razmerah v družini, o delovnih prostorih in ureditvi javnih krajev. Res je, da izkušen zdravstveni delavec opazi in ugotavlja odseve vsega tega tudi pri svojem delu v zavodu, vendar ne more biti slika nikdar tako določna in prepričevalna, kot je tista, ki jo dobimo v dejanskem okolju, kjer varovanec ali bolnik živi.

Zato je važno, da naša razpravljanja v upravnih odborih in svetih za zdravstvo izpopolnimo tudi s pregledi o socialnih, higienskih in zdravstvenih razmerah v območju, kjer dela zavod ali svet. Marsikje med razpravami upravnih odborov še močno prevladujejo številna gospodarska, upravna in kadrovska vprašanja. Naj bodo še tako važna, vendar to ne sme biti razlog, da bi se pečali samo z njimi, pri tem pa ne videli mnogih drugih širših vprašanj zdravstvene službe, ki morajo postati polagoma pretežna naloga obravnavanj in sklepov organov družbenega upravljanja. Organizacija in upravljanje zdravstvenih zavodov se izpopolnjuje od leta do leta bolj, zato bomo vedno lažje našli priliko in čas za razpravljanje o preventivnih nalogah zdravstvene službe, o raznih ukrepih, ki jih moramo uresničiti, da se z izboljšanjem okolja in razmer, v katerih ljudje živijo, izboljša zdravstveno stanje, da se z zdravstveno vzgojo preprečuje širjenje bolezni in utrjuje zdravje. Da se bo razpravljanje o teh vprašanjih preneslo v organe družbenega upravljanja, lahko veliko pripomorejo medicinske sestre, saj pri svojem delu od vasi do vasi, od ulice do ulice, od hiše do hiše, najbolj spoznavajo številne okoliščine, ki ogrožajo zdravje, in največ slišijo tudi o potrebah, katerih zadovoljitev ljudje pričakujejo od zdravstvene službe. One morajo dajati izpodbudo, da se bo družbeno upravljanje v zdravstvu razvijalo na vedno širše področje zdravstvenih vprašanj.

Medicinska sestra obiskuje noseče in doječe matere na njihovih domovih. Vidi njihova stanovanja, njihove težave pri gospodinjstvu in skrbi za družino, spozna higienske razmere po stanovanjih, način in vrednost prehrane, višino zdravstvene prosvete in vzgoje v družinah. Poročila o tem morajo dopolnje-

vati in pojasnjevati tiste podatke, ki jih beleži zavod o pregledih in boleznih. Sestrška poročila bodo pojasnjevala vzroke obolenj med materami in otroki, vzroke prezgodnjih porodov, umrljivost dojenčkov itd., obenem pa nakazovala naloge na področju varstva matere in otroka, na področju zdravstvene vzgoje in urejevanja socialnih razmer, ki lahko ogrožajo zdravje. Sestre se na terenu spoznavajo z neugodnimi okoliščinami, ki pospešujejo širjenje tuberkuloze, širjenje spolnih in drugih nalezljivih bolezni, seznanjajo se z alkoholizmom in z neurejenimi družinskimi razmerami, z zanemarjanjem skrbi za mladino; vidijo pa ravno tako tudi primere skrbnih in zdravstveno vzgojenih mater, urejenih družin, ki ustvarjajo zdravo okolje otrokom in odraslim.

Medicinske sestre dobivajo pri svojem delu s šolskimi otroki in učitelji mnogo vpogleda v to in ono, kje je vzrok dobrega ali slabega telesnega razvoja otrok, kakšna so ozadja, ki otrokom otežkočajo napredek v šoli, kakšna je telesna in duševna nega otrok in kakšno je družinsko in siceršnje družbeno okolje, v katerem živijo otroci izven šole. Sestra pregleduje dijaške menze, šolske kuhinje in internate. S poročili o tem naj bi sestra dopolnjevala sliko o zdravstvenem stanju otrok, kot ga ugotavlja šolska ambulanta. Sveti za zdravstvo bi morali dobivati vsako leto izčrpne preglede o zdravstvenem stanju otrok, ki so bili poslani v počitniške kolonije, in o rezultatih njihovega bivanja v kolonijah. Napačno bi bilo, če bi se sveti morali omejevati samo na sklepanje o preskrbi materialnih sredstev za te kolonije, za katere leto za letom dajemo znatna družbena sredstva.

Danes delajo medicinske sestre tudi že v mnogih tovarnah v preventivnem zdravstvenem delu. Njihovo delo je na posameznih delovnih mestih v obratih pa tudi izven tovarne, v stanovanjih in menzah. Spoznavajo se z okoljem, v katerem delovni človek dela in v katerem preživlja svoj prosti čas, ugotavljajo, kako je zanj preskrbljeno v bolezni, kakšnim nevarnostim za zdravje je izpostavljen, ko gre na delo in z dela. V okviru obratne ambulante in izven nje mora še posebej skrbeti za ugodne higienske in zdravstvene delovne pogoje žena in mladih delavcev. O svojih opažanjih in ugotovitvah daje poročila tako upravnemu odboru obratne ambulante kot tudi upravnemu odboru podjetja, da lahko sklepajo o ukrepih, ki so potrebni, da se zagotovi boljše zdravstveno varstvo vseh delovnih ljudi v obratu in izven njega. Sestra bo večkrat sodelovala tudi z odbori sindikalne organizacije in jih povezovala z organi družbenega upravljanja in delavskega samoupravljanja pri reševanju vprašanj, ki segajo v področje prosvetnega dela (kulturna društva, koristna uporaba prostega časa in dopustov, športno udejstvovanje), ali pri reševanju ekonomskih vprašanj v zvezi zboljševanjem zdravstvenega standarda. Iniciativa sestre, ki sodeluje pri izdelavi preventivnega delovnega programa po obratih, bo lahko važen prispevek zaboljšanje zdravstvenih pogojev dela, če bo iz svojih izkušenj znala pri organih družbenega upravljanja dobro utemeljiti potrebo po preventivnih ukrepih.

Tako medicinske sestre ponekod že sodelujejo z organi družbenega upravljanja. Sestre nimajo še nobenih posebnih obrazcev in navodil, kakšna navodila naj dajejo o zdravstvenem, higienskem in socialnem stanju, ki ga ugotavljajo pri svojem delu izven zdravstvenega zavoda. Zato bo morda umestno, da se na podlagi izkušenj sčasoma napravijo tudi taki vzorci za poročila o terenskem delu. Vsekakor pa je treba za upravne odbore, svete in njihove komisije sestavljati poročila, ki sistematično obdelujejo določeno področje in določen okoliš. Brez reda nanizana vprašanja in vtisi, kot se vrste pri delu na

terenu, ali pa zgolj naštevanje posameznih perečih problemov družbenim organom ne more dati možnosti, da bi uspešno razpravljali in sprejeli tudi ukrepe, ki bi pomenili konkretne rešitve. Zato je potrebno, da si sestra sicer dela zapiske sproti, da pa po obdelavi posameznega okoliša ali posameznega vprašanja sestavi poročilo, ki obravnava določeno vprašanje kot celoto, n. pr. stanovanjske razmere v občini, zdravstvena vzgoja mladih mater, higienske razmere v internatih, prehrana v dijaških menzah, stanje higiene sploh v šolah. V takih poročilih naj bi uporabljala tudi druge statistične podatke, tako da se pokaže posamezno vprašanje v okviru neke celote, da se n. pr. vidi, kolikšen odstotek stanovanj je bil pregledan v določenem okolišu in kolikšen odstotek stanovanj je neprimernih.

Dokler v zdravstvu nismo imeli družbenega upravljanja, je bila sestra mnogokrat v zadregi, kam naj poroča o težavah in nerešenih vprašanjih, ki jih ugotavlja pri svojem terenskem delu. Obračala se je na množične organizacije in na posamezne odgovorne uslužbenke. Za reševanje posameznih primerov iz svoje službe bo delala tako tudi za naprej, ker je precejšnji del njenih nalog danes takih, da spadajo tudi v področje socialnih delavcev, katerih pa naši zdravstveni zavodi in organi še nimajo. Za reševanje širše problematike z raznih področij higienske, zdravstvene in zdravstvenovzgojne službe pa bo podajala po svoji ustanovi poročila organom družbenega upravljanja, ki se bodo tako seznanjali z zdravstvenimi razmerami v vsem okolišu svojega zavoda. Medicinska sestra bo tako prispevala svoj delež za razširitev in poglobitev družbenega upravljanja v zdravstveni službi.

## Za nadaljnjo |

## enega varstva

Referat na seji Sveta za z

stvo LRS dne 4. okt. 1956

Letošnji »Teden otstransko zaščito otroka. vilen telesni in duševni izpolnili, moramo zdr — materi in otroku, p v otroške kolektive, v t

iske skupnosti za vse-avitev pogojev za prarele osebnosti. Da bi to olizati neposredno ženi repi v družino, v šolo, ih varovancev.

Pri tem je prizadevanje občinske skupnosti za reševanje teh vprašanj izrednega pomena.

Prav zato je po novi upravni razdelitvi prešla zdravstvena služba v zvezi z zaščito matere in otroka skoraj v celoti v pristojnost občinskih ljudskih odborov. Tu se je še prav posebno pokazalo, da se vprašanja zdravstvenega varstva matere in otroka ne morejo reševati brez povezanosti z zdravstvenimi organi, kakor tudi ne brez sodelovanja s šolstvom in prosveto.

Skrb družbe za zdravstveno zaščito matere in otroka v občinski skupnosti se bo zato razvijala preko družbenih organov — preko Sveta za zdravstvo in Sveta za varstvo družine.

terenu, ali pa zgolj naštevanje posameznih perečih problemov družbenim organom ne more dati možnosti, ki bi pomenili konkretno sicer dela zapisano okolje ali postopki obravnava določene razmere v občini, internatih, prehrana v poročilih naj bi uporabljal posamezno vprašanje. Stanovanj je bil pregled je neprimernih.



Dokler v zdravstveni mnogokrat v zadregi, ugotavlja pri svojem t

in na posamezne odgovorne uslužbenke. Za reševanje posameznih primerov iz svoje službe bo delala tako tudi za naprej, ker je precejšnji del njenih nalog danes takih, da spadajo tudi v področje socialnih delavcev, katerih pa naši zdravstveni zavodi in organi še nimajo. Za reševanje širše problematike z raznih področij higienske, zdravstvene in zdravstvenovzgojne službe pa bo podajala po svoji ustanovi poročila organom družbenega upravljanja, ki se bodo tako seznanjali z zdravstvenimi razmerami v vsem okolju svojega zavoda. Medicinska sestra bo tako prispevala svoj delež za razširitev in poglobitev družbenega upravljanja v zdravstveni službi.

li in sprejeli tudi ukrepe, ebno, da si sestra glavni posameznega estavi poročilo, ki loto, n. pr. stanovanj-ter, higienske razmere v ie sploh v šolah. V takih datke, tako da se pokaže r. vidi, kolikšen odstotek likšen odstotek stanovanj

ravljanja, je bila sestra rešenih vprašanj, ki jih

## Za nadaljnjo poglobitev zdravstvenega varstva matere in otroka

Med. s. Cita Bole

Referat na seji Sveta za zdravstvo LRS in Sveta za soc. varstvo LRS dne 4. okt. 1956

Letošnji »Teden otroka« je posvečen skrbi občinske skupnosti za vsestransko zaščito otroka. Osnova te zaščite pa je vzpostavitev pogojev za pravičen telesni in duševni razvoj otroka od spočetja do zrele osebnosti. Da bi to izpolnili, moramo zdravstveno-socialno dejavnost približati neposredno ženi — materi in otroku, prodreti z vsemi varstvenimi ukrepi v družino, v šolo, v otroške kolektive, v tovarne — skratka v okolje naših varovancev.

Pri tem je prizadevanje občinske skupnosti za reševanje teh vprašanj izrednega pomena.

Prav zato je po novi upravni razdelitvi prešla zdravstvena služba v zvezi z zaščito matere in otroka skoraj v celoti v pristojnost občinskih ljudskih odborov. Tu se je še prav posebno pokazalo, da se vprašanja zdravstvenega varstva matere in otroka ne morejo reševati brez povezanosti z zdravstvenimi organi, kakor tudi ne brez sodelovanja s šolstvom in prosveto.

Skrb družbe za zdravstveno zaščito matere in otroka v občinski skupnosti se bo zato razvijala preko družbenih organov — preko Sveta za zdravstvo in Sveta za varstvo družine.

Skrb za družino — osnovno enoto družbe — je torej izhodna točka družbene skrbi za vsestranski pravilen razvoj bodočih generacij. Ob tem vprašanju je imeti pred očmi nove družbene odnose, ki so spremenili način življenja naših družin. Izenačenje položaja žene in moža v družbi — torej tudi v družini — in industrializacija dežele, vse to je ženi odprlo vrata do udejstvovanja tudi izven doma. Pri tem je dolžnost družbe, da prevzame del njenih bremen. Zato je delo svetov kot družbenih organov zelo široko.

Sedanji sveti za zdravstvo in sveti za varstvo družine pri občinskih ljudskih odborih imajo pravico odločati o važnih vprašanih zaščite družine, tako v preventivnem kot kurativnem pogledu. Njihova osnovna naloga je med drugim čim bolj razvijati družbeno skrb za zdravstveno zaščito matere in otroka, posredovati množicam razne oblike te zaščite in organizirati široko mrežo ustanov in služb zdravstvenega, socialnega in vzgojnega značaja.

Pri okrajnih ljudskih odborih pa je nujno vzpostaviti koordinacijski organ za področje varstva matere in otroka. Ta naj bi združeval delo Sveta za zdravstvo, Sveta za socialno varstvo in Sveta za prosveto. Tak organ bi torej kompleksno zajemal vso tematiko žena — mater — otrok — mladine ter analiziral in dajal pobude za delo na terenu. S tem bi pomagal občinski skupnosti utrjevati in poglobljati to dejavnost in posredoval bi potrebe terena republiškim organom.

Sklep za ustanovitev tega organa — v obliki komisije za varstvo matere in otroka pri okrajnih ljudskih odborih je bil sprejet v marcu letos.

V republiškem merilu je zagotovljeno posebno obravnavanje problemov in usmerjanje socialnega varstva in zdravstvene zaščite matere in otroka z vzpostavitvijo naslednjih organov: Pri Svetu za zdravstvo LRS obstoji posebna komisija za zaščito matere in otroka, pri Svetu za socialno varstvo LRS pa deluje komisija za varstvo družine.

Vsekakor je današnja organizacija organov družbenega upravljanja v zdravstvu in posebej v zaščiti matere in otroka izpeljana od republiških do občinskih enot in obratno, pri čemer je zagotovljena koordinacija s sorodnimi organi.

Kako pa je z organizacijo operativne zdravstvene službe za zaščito matere in otroka, ki je poklicana, da konkretno uresničuje načela in ukrepe družbenih organov?

Za boljše razumevanje te zdravstvene službe si moramo na kratko ogledati njen razvoj.

Dejavnost zdravstvene zaščite matere in otroka — kot specialna veja zdravstvene službe — je bila formirana na območju LRS takoj po osvoboditvi. Spričo velike zainteresiranosti nove družbe, ki je dala tej dejavnosti vidno mesto v temeljnem zakonu in vrstah uredb z izredno širokimi olajšavami za zdravstveno pomoč materi in otroku — so bili položeni temelji za razširitev in poglobitev te službe. Pri bivšem Ministrstvu za zdravstvo sta v letu 1946 osnovana posebna oddelka, in sicer oddelek za zaščito matere in naraščaja in oddelek za šolsko higieno. V času administrativnega upravljanja celotne zdravstvene službe, od organizacijskih do strokovnih ukrepov in razmešanja kadrov, sta omenjena oddelka izvajala ukrepe preko poverjeništev za zdravstvo pri okrajnih ljudskih odborih in neposredno v ustanovah. Že takrat se je

pokazala težava v tem, da ni bilo sistemiziranega mesta za referat zdravstvene zaščite matere in otroka pri okrajnih ljudskih odborih, ki je bil naknadno priporočen kot honorarno mesto.

Če pogledamo tedanje razmere, predvsem močno prizadeto zdravstveno stanje mater in otrok zaradi vojnih razmer in težkega ekonomskega stanja povojnih let, je bilo opravljeno ogromno delo.

Skrajna insuficientnost zdravstvenih ustanov in strokovnih kadrov ter hkrati množično vključevanje žena v delovni proces — na drugi strani pa težke posledice zaostalosti — vse to je terjalo ogromnih naporov za vzpostavitev osnovnih ustanov od kurativnih terapevtično-profilaktičnih pa do socialno-medicinskih in vzgojnih ustanov: kot otroških jasli, celodnevni otroških vrtcev. Torej tudi ustanov, ki jih pred vojno v Sloveniji nismo poznali. Ob tem se je postavilo težko vprašanje — pomanjkanje ustreznih strokovnih kadrov, brez katerih bi bilo funkcioniranje razširjenih in novo ustanovljenih zavodov nemogoče. Analiza zdravstvenega stanja je zahtevala široko akcijo, zastavljeno proti visoki otroški umrljivosti, akcijo, ki je morala v takratnih razmerah potekati iz centra s krepko pomočjo višjih strokovnih institucij, kot porodniško-ginekološke in pediatrične klinike, ter družbenih organizacij, zlasti Antifašistične fronte žena in Glavnega odbora Rdečega križa. Takoj ko so bili lokalni faktorji zdravstvene službe usposobljeni za samostojno vodstvo posameznih ustanov: otroških bolničnih oddelkov, dečjih domov, otroških jasli — že pred decentralizacijo državne uprave je neposredno vodstvo teh institucij iz centra odpadlo. Vsa pozornost zdravstvene zaščite matere in otroka se je osredotočila na snovanje profilaktično terapevtičnih ustanov in čisto preventivnih ustanov po terenu. Z osnovanjem Centralnega higienskega zavoda — sta bila odsek zdravstvene zaščite matere in otroka in oddelek za šolsko higieno vključena kot enoti tega zavoda, ki združuje vso operativno preventivno zdravstvene službe. V okviru sekretariata Sveta za zdravstvo pa je deloval resor za varstvo otroka, ki po svoji strukturi ni mogel obravnavati zdravstvene problematike. Za načelna in organizacijska vprašanja so se ti oddelki sicer povezovali in skupno pripravljali problematiko in ustrezne predloge za obravnavo pri Svetu, seveda po predhodnem pretresanju v strokovnih komisijah. Sklepi, ki jih je Svet sprejel s tem, da je priporočil ustrezne ukrepe okrajnim oziroma občinskim organom družbenega upravljanja v zdravstvu in ljudskim odborom vse do upravnih odborov samostojnih zdravstvenih zavodov, so bili realizirani ali pa tudi ne. Pri vsem prizadevanju za izvedbo določenih nalog večkrat primanjkuje terenu strokovnega znanja, pogosto so nejasno določene koncepcije zdravstvene službe itd. Tu je glavna vrzel! Pogrešamo namreč dovolj močan strokovni organ v republiškem merilu, ki bi skrbel za strokovno raven in na terenu nudil konkretno pomoč pri realizaciji sklepov družbenih organov, upoštevajoč zahteve sodobne medicine. Institucije zdravstvene zaščite na terenu delujejo v sklopu zdravstvenih domov. Da bi zdravstveni domovi zaživelij dejansko kot ustanova celotne zdravstvene službe, t. j. kot profilaktično terapevtične ustanove — je načeloma pravilno, da so ustanove zdravstvene zaščite matere in otroka njihov sestavni del.

Prav v tem pogledu, ko še nismo premagali starih preživelih pogledov samih zdravstvenih delavcev na poslanstvo sodobne zdravstvene službe, pa je občutno pomanjkanje strokovnega metodološkega vodstva. Obravnavanje problemov zdravstvene zaščite žene — matere — otroka — mladine je zato zelo

različno in prepuščeno volji in prizadevnosti posameznikov. Ker te ustanove ne uživajo potrebne strokovne pomoči, si upamo trditi, da so tudi čisto strokovni ukrepi prepuščeni posameznikom. Vzemimo primer otroške prehrane! Kdor se sam ne zanima za sodobno otroško prehrano, odreja diete, ki so davno zastarele. Kolike važnosti je kontrola pravilnega delovanja srca, ledvic in pljuč v nosečnosti, ni treba posebej podčrtavati. In vendar se kljub zadevnemu priporočilu v nekaterih naših posvetovalnicah za noseče neredno kontrolira urin, krvni tlak in telesna teža. Vzrok temu ni v pomanjkanju pripomočkov za preglede, temveč leži več ali manj v omalovaževanju pomena teh preiskav in v podcenjevanju preventivne službe. Posebno čutimo nerazumevanje za načrtno zdravstvenovzgojno delo, ki naj doprinese k spremembi zaostalega higienskega režima naših družin in kolektivov. Že ti primeri zgovorno kažejo, da je organizacijo zdravstvene službe za zaščito matere in otroka nujno vskladiti z zahtevami sodobnih medicinskih dognanj in s potrebami našega terena.

Analiza zdravstvenega stanja in dejavnosti s področja zaščite matere in otroka je bila podana Svetu za zdravstvo letos meseca marca. Zato se ne bom spuščala v podrobnosti, temveč se zadržala le pri bistvenih ugotovitvah.

### **Predporodna zaščita matere in otroka in poporodna zaščita žene**

Po podatkih zadnjega popisa prebivalstva imamo v Sloveniji 369 000 žena v rodni dobi. Za zaščito matere in še nerojenega otroka pa imamo 6 materinskih domov in 58 terenskih ustanov, ki pa jih niti formalno niti po besedilu zadevnega zakona ne ločimo, ali so posvetovalnice za noseče ali dispanzerji za žene.

Vseh teh 58 »posvetovalniških dispanzerjev« ali dispanzerskih posvetovalnic za nosečnice opravi 13 000 prvih in 16 000 ponovnih pregledov za 9300 nosečnic. V primeri s številom živorojenih otrok je torej zajeta samo slaba tretjina nosečnic pod zdravstveno zaščito. Če pa primerjamo ta odstotek z obsegom strokovne porodne pomoči, ki zajema v letu 1955 že 98,27 % naših porodnic, od tega 60% v zavodih, tedaj vidimo, kako nesorazmerno je pravzaprav razvita zaščita matere in otroka.

Res je; da imamo v naši republici najdaljšo tradicijo v skrbi za porodnico in novorojenčka. Z vztrajnostjo in požrtvovalnostjo prof. dr. Lunačka je porodništvo pri nas doseglo strokovno raven v svetovnem merilu. Uspeh tega se kaže v nizki umrljivosti porodnic, ki je v mejah evropskega minimuma. Na 19.077 porodov v letu 1954 namreč odpade 7 smrtnih primerov, kar pomeni, da znaša smrtnost porodnic na 100 porodov 0,04 (v letu 1949 še 0,15). Prav tako se uspehi kažejo v pozitivnem izidu poroda za otroka, ker so porodniški posegi dosegli takšno stopnjo, da mnogi nekdanji brezupni primeri za porodničarja ne pomenijo več kakega večjega problema. Nekdanji težki porodniški problemi so se umaknili novim, in sicer takim, ki koreninijo s svojimi vzroki v nezadostno razviti predporodni skrbi. Taki problemi so na primer: nosečnostne toksemije, srčne, ledvične komplikacije, slabokrvnost mater, RH, inkompatibilnost, pogosten intrauterini rahitis otroka in drugi. Poleg tega se postavlja pred nas problem nedonošenčkov, katerih število, izraženo v %, znaša po izkazih porodnišnic 6,2 % od števila otrok, rojenih v porodnišnicah. Izredno važna ugotovitev



je tudi ta, da se rodi  $\frac{1}{4}$  (29,05% l. 1954; 25,72% l. 1955) otrok, rojenih v porodnišnicah, z nizko porodno težo, t. j. pod 3000 g. Prav zaradi vseh teh problemov igra dispanzer za žene kot prvi člen v verigi zaščitnih ustanov tako važno vlogo. Če na kratko označimo naloge in dejavnost dispanzerja za žene, moramo reči, da so izredno široke, saj zajemajo zdravje žene od njene spolne zrelosti, predporodne dobe in mene v starost. V vsakem teh življenjskih obdobjih žene se pojavljajo problemi, na katere naj bo pripravljen odgovoriti dispanzer za žene. Ti problemi se obravnavajo v naslednjih osnovnih organizacijskih enotah dispanzerja:

1. **Ginekološka ordinacija:** To ni ordinacija v običajnem smislu te besede, temveč fungira tudi kot posvetovalnica za vse probleme, ki zadevajo ženo izven zdrave nosečnosti. Tako spada sem: odkrivanje in ambulantno zdravljenje ženskih bolezni, načrtni zdravstveni nadzor in sprotnje zdravljenje žena po porodu, uvajanje žena v kontracepcijo in posvetovanje o zdravem spolnem življenju. Prav tako naj bodo te ginekološke ordinacije osnovne baze za vprašanje sterilnosti pri ženah.

2. **Posvetovalnica za noseče** — zajema zdrave nosečnice. Spremlja razvoj nosečnosti kot zdravje matere same, obenem pa izvaja tudi zaščitne ukrepe za rojstvo zdravega otroka.

3. Že naštetе dejavnosti obeh enot nakazujejo eno najpomembnejših dejavnosti dispanzerja, to je **zdravstvenovzgojno delo**, in sicer v smeri osebne higijene žene, pravilnega higienskega režima v nosečnosti od prehrane do higienskih oblačil, pravilne zaposlitve, priprave na porod (tudi po Readu) in materinstvo. Po obsežnosti samo v glavnih potezah očitnega prosvetnovzgojnega dela lahko rečemo, da morajo dispanzerji za žene vzpostaviti tako imenovano materinsko šolo.

4. Pogoj dobrega dispanzerskega dela je prenos naših prizadevanj tudi na domove varovank za kar najzgodnje prihajanje oziroma dovajanje obolelih žena in vseh nosečnic v ustanovo. Ta dejavnost je poleg konkretne pomoči pri urejanju higienskega življenja varovanke, njenih osebnih, družinskih in socialnih problemov — domena **patronažne službe**, ki je glede predporodne zaščite žene kvantitativno in kvalitativno nezadovoljiva.

5. Na osnovi omenjene dokumentirane dejavnosti si vodstvo dispanzerja ustvarja sliko o zdravstveno-socialnih in ostalih vplivnih faktorjih, ki ogrožajo zdravje žena, in iz vsega tega črpa smernice za bodoče delo v svojem območju. Tudi potreba po **proučevanju zdravstvenih problemov** je našemu terenu še dokaj tuja.

To so naloge dispanzerja za žene: profilaktično terapevtične ustanove. Seveda se bo obsežnost dela ravnala po zmogljivosti posamezne ustanove. Najmanj, kar lahko zahtevamo od slehernega dispanzerja, je nadzor in zdravljenje ginekološko obolelih žena, nadzor nosečnosti, skrb za strokovni porod, nadzor žene po porodu in slednjič načrtno zdravstvenovzgojno delo nasploh — vse te dejavnosti pa dopolnjene s patronažno službo.

Dispanzerje z osnovno dejavnostjo je možno vzpostaviti ob današnjih kadrovskih in prostorninskih pogojih na sedežih okrajnih centrov in nekaterih razvitejših zdravstvenih domov, z malo več volje in razumevanja za to vprašanje.

Osnovna enota za predporodno zaščito je ustanova čisto preventivnega značaja — posvetovalnica za nosečnice, ki naj deluje kot področna enota najbližjega dispanzerja za žene, nameščena po manjših zdravstvenih domovih in zdravstvenih postajah.

Pomembna ustanova predrojstvene zaščite je materinski dom, na katerega važnost v zadnjem času nekoliko pozabljamo. Sicer obstoje te ustanove že ob šestih porodnišnicah, prizadevati pa si moramo, da jih vzpostavimo še pri ostalih, in sicer na Jesenicah, v Postojni, Kranju in Murski Soboti. Medtem ko je še leta 1952/53 bila kapaciteta obstoječih premajhna ob povprečni nizki oskrbni dobi (do 12 dni), je zadnje leto opaziti znaten padec sprejemov, kar pripisujemo nepravilnemu pojmovanju samostojnega finansiranja ali pa nepredvidenim proračunskim postavkam ljudskih odborov.

Poseben socialno-medicinski problem, ki se ga mora lotiti preventivna ginekološka služba, je vprašanje splavov. Analiza, kolikor je ta mogoča iz poldrugoletne dokumentacije — nakazuje porast splavov zlasti pri poročenih ženah, ki so v službi. Poudarjam, da je ta dokumentacija nepopolna, ker zajema le splave, ki so jih registrirali ginekološki oddelki in terenske babice. Na 100 rojstev zaznamuje skoraj 18 splavov. Odstotek narašča v sorazmerju s številom predhodnih porodov, in sicer jih je na sto porodov končalo s splavom pri prvi nosečnosti 9,7 %, pri drugi 15,4 %, pri tretji 27,4 % in pri četrti 29 %.

Samo ti izsledki zahtevajo večjo aktivnost in mobilnost strokovnjakov v praktičnem uvajanju kontracepcije in zdravstvene vzgoje v tem smislu. Sicer nam tudi praktične izkušnje narekujejo nujnost vzpostavitve posvetovalnic za spolno vzgojo. Zdi se nam, da bi prav ginekološki dispanzerji lahko odigrali to vlogo ob sodelovanju sociologov in psihologov.

### **Porojstvena zaščita otroka**

V Sloveniji imamo ca. 200 000 otrok do 6. leta starosti, medtem ko se letno rodi ca. 30 000 otrok živih.

Za to starostno obdobje skrbi 20 otroških dispanzerjev in 280 posvetovalnic. Razmeroma gosta mreža posvetovalnic — osnovnih preventivnih ustanov za zdravstveno varstvo naših najmlajših — je dokaz, da so naši ljudje ta tip ustanove popolnoma osvojili in da so se posvetovalnice vključile kot nepogrešljiv člen zdravstvene službe v sklopu zdravstvenih domov in zdravstvenih postaj. Vendar nas številke ne smejo zavajati, saj približno tretjina vseh deluje le enkrat do dvakrat mesečno. To so posvetovalnice v oddaljenih krajih, kamor prihaja medicinska sestra zdravstvenega doma. V zadnjem času pa vse pogosteje prihaja v te posvetovalnice tudi zdravnik, kar je vsekakor napredek. Pojma »otroški dispanzer« in pa »posvetovalnica za otroke« sta s svojim delovnim toriščem dobro utemeljena in našemu terenu znana. Dispanzer je više organizirana ustanova zdravstvene zaščite, ki skrbi za zdravega in bolnega otroka, medtem ko je posvetovalnica izključno preventivna ustanova in izvaja nadzor nad zdravimi otroki.

Vendar nam statistični podatki in praktične izkušnje s terena povedo, da v teh zadevah še nismo uspeli. Naše posvetovalnice zajamejo s prvimi pregledi nad 20 000, s ponovnimi nad 30 000 otrok, kar pomeni, da zajamejo šele

vsakega desetega predšolskega otroka, medtem ko se v dispanzerjih opravi 44 000 prvih in le 28 000 ponovnih pregledov. Skupaj s prvimi pregledi v posvetovalnicah imamo nekaj nad 64 000 prvih pregledov. S tem je zajet povprečno vsak tretji otrok.

Ponovni pregledi kažejo, koliko je dosežen smoter teh ustanov — stalni nadzor, in pričajo, koliko te zahteve še nismo izpolnili. Dispanzerji in posvetovalnice skupaj izvrše 65 494 prvih in le 87 861 ponovnih pregledov. Razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi je torej 1:1,34. Ta postavka je bila leta 1951 ugodnejša, saj je izkazovala 1:2,1; v letu 1953 pa že pade na 1:1,6.

To poslabšanje gre na račun 10 posvetovalnic, ki po tem pokazatelju dajejo vtis ambulanta (Stražišče 0,26 — Domžale 0,30 — Novo mesto 0,40 — Gorica 0,44 — Kočevje 0,58 — Maribor 0,78 — Grosuplje 0,21 — Ptuj 0,83 — Konjice 0,87 — Vrhnika 0,29). Vzroke temu bo treba še raziskati.

Tudi dejavnost patronažne službe, ki je zadnja leta naraščala, kaže v letu 1954 znake nazadovanja. V letu 1953 je bilo pri otrocih od 1—6 let opravljenih 60 004, v letu 1954 pa 58 208 obiskov. Zanimivo bi bilo vedeti, koliko ta služba vrši stalni nadzor, vendar obrazci ne ločijo prvih in ponovnih hišnih obiskov, kar je za obravnavanje te zaščitne dejavnosti brez dvoma pomanjkljivost. Sicer se zavedamo, kako nujno potrebna je izpopolnitev dokumentacijskega materiala, toda to naj bo naloga posebnega študija bližnje prihodnosti.

Če analiziramo dejavnost naših otroških terenskih ustanov, tedaj vidimo, da je skrb za dojenčka osrednja točka, kar je spričo občutljivosti tega obdobja tudi pravilno. V primerjavi s številom živorojenih je s prvimi pregledi zajetih 99,92 dojenčkov in je v enem letu bilo opravljenih 122,47 hišnih obiskov ali 63% vseh obiskov pri otrocih predšolskega obdobja je veljalo dojenčkom. Spričo pomanjkanja kadra nam ni uspelo v zadostni meri posvetiti skrb otrokom od 1 do 6 let. Sicer pa je razveseljivo dejstvo, da obisk te starostne dobe v naših posvetovalnicah postopoma narašča, in sicer: leta 1950 47 597, leta 1954 65 494 pregledov.

Pri tem so osnovne hibe v sledečem: S kvantiteto dejavnosti bi se spričo pomanjkanja kadrov v okviru danih možnosti zadovoljili, medtem ko kvaliteta ne ustreza. Zlasti pomanjkljiva je skrb za stalni nadzor in kompleksnejše obravnavanje otroka in njegovega okolja. Prevladuje skrb za somatični, ne pa za psihosomatični razvoj. Še vedno srečujemo zdravstvene delavce, ki istovetijo posvetovalnico s splošno ambulanto in so mnenja, da je njihovo delo: pregled telesnega razvoja samo pri triažiranih, to je sumljivih primerih. Premalo časa je posvečeno individualnemu razgovoru z materami varovancev.

Več pozornosti se posveča ukrepom proti umrljivosti otrok, saj skoraj ni več ustanove, ki ne bi situacije pregledovala sproti. Rezultat tega podaja načelnik oddelka za statistiko dr. Boga Škrinjar takole:

Umrljivost dojenčkov postopoma stalno pada. Tako n. pr. je v letu 1954 od 1000 živorojenih umrlo 115 otrok manj kot v letu 1921, — 64 manj kot v letu 1935 in 26 manj, kot jih je umrlo še pred šestimi leti.

V odstotkih je umrljivost dojenčkov v letu 1939 znašala 11,4%, v letu 1949 8,2%, v letu 1954 pa 5,52%. Prav gotovo je to znaten uspeh naše zdravstvene službe!

Če pa pogledamo podatke o umrljivosti dojenčkov podrobneje, vidimo, da gre strmo znižanje otroške smrtnosti predvsem na račun strmega padca v

število umrlih dojenčkov po 1 mesecu starosti. Tako smo v lanskem letu zabeležili prav toliko umrlih v prvem mesecu starosti kot v vseh nadaljnjih 11 mesecih življenja. Tako imenovana zgodnja umrljivost je naš osnovni problem. Za čim umirajo ti otroci, ki dočakajo 1 dan ali več do 30 dni življenja? Blizu 100 lističev je mesečno izpisanih v matičnem uradu za dojenčke, umrle v najzgodnji življenjski dobi. Vzroki smrti: nedonošenost, »slabotno rojen«, porodna poškodba. Če temu dodamo prej nakazane podatke o porodni teži novorojencev, se ponovno vračamo na neodložljivo nalogo — organizacijo predporodne zaščite in pa nadaljnje razvijanje porojstvene zaščite otroka, da zmanjšamo obolevnost in smrtnost naših najmlajših.

Obseg in vrsta bolezni, za katerimi bolehajo naši najmlajši, so iz razpoložljive dokumentacije le nakazane. Zato anketno obravnavamo že tretje leto po statistični vzorčni metodi odbrano skupino 5600 otrok predšolskega obdobja.

Nižja otroška smrtnost je namreč dokaz uspešnega zdravljenja ter pravočasne zdravniške pomoči, o zdravstvenem stanju otrok pa nam prav malo pove. Tako je smrtnost dojenčkov in malih otrok v Ljubljani zelo nizka (3,28 % v letu 1955), z obolevanjem otrok nasploh pa ni tako. Od 371 otrok, ki jih je anketa zajela, je bilo v času popisovanja bolnih 34 %. Seveda pa vsa obolenja niso bila resnejšega značaja. Vendar nas dejstvo, da jih je bilo od obolelih otrok 15 hospitaliziranih in da je bilo treba v 102 nadaljnjih primerih klicati zdravnika, opozarja, da je odstotek resnejših obolenj (če lahko merimo do neke mere stopnjo obolenj z vrsto iskane zdravniške pomoči) tako visok, da moramo preprečevanju obolenj posvečati več pozornosti. Največ je bilo registriranih vnetij zgornjih dihalnih poti, mnogo oslovskega kašlja in škrlatinke. Z večjim številom so še zastopani: influenza, bronhitis, pljučnica, gastritis, gastroenteritis in vnetje srednjega ušesa. — Torej obolenja dihal, infekcijske bolezni, obolenja prebavil, kar izkazujejo kot najpogostnejši pojav tudi poročila naših terenskih ustanov v merilu Slovenije. — Posebej pa nakazuje anketa vprašanje rahitisa. Razširjenosti tega pojava ne zasledimo po poročilih ustanov — razen posameznih signalov. Anketa ljubljanskih otrok pa nakazuje, da je v Ljubljani vsak četrti otrok v starosti do 7. leta rahitičen. Seveda so tu upoštevani vsi, tudi z manjšimi znaki rahitisa. Anketa je tudi ponovno potrdila že znano dejstvo, da je rahitičen otrok dovzetnejši za številne bolezni.

Vendar ne le pomanjkljivosti — skoraj še prepričljiveje nam doseženi uspehi nakazujejo pot našega nadaljnjega dela, ki se mora razrasti v aktivno, permanentno prizadevanje z iskanjem vseh možnih oblik, da pridemo iz uspešne akcije proti umrljivosti naših otrok v načrtno prizadevanje za utrditev in ohranitev njihovega zdravja. To pa mora postati delovni program otroških dispanzerjev in posvetovalnic.

Naloge otroškega dispanzerja so v glavnem naslednje: Skrb za zdravega otroka je delo posvetovalnice. Nje naloga je, da v rednih časovnih obdobjih nadzira telesni in duševni razvoj — ter zdravstveno stanje otroka.

1. Z rednimi in ponovnimi pregledi telesnega razvoja zgodaj odkrijemo bolezenske znake in nastajanje telesnih okvar: okvare sluha, ortopedske okvare, rahitis itd., s čimer preprečujemo razvoj hujših defektov.

2. Skrb za normalen duševni razvoj otroka se izvaja z opazovanjem njegovih duševnih funkcij, kar omogoča pravočasno presojo in s tem v zvezi

nadaljnje ukrepe (pravilna navodila staršem za odpravljanje nepravilnosti lažjega značaja, triaža obolelih in napotitev v ustrezne ustanove).

3. Skrb za pravilno prehrano — v obliki navodil in praktičnega pouka.

4. Skrb za zaščito pred nalezljivimi boleznimi, to so cepljenja in po-  
učevanje staršev o varnostnih ukrepih.

5. Individualna zdravstvena vzgoja staršev — ob vsakem pregledu in vsakem obisku na domu.

6. Patronažna služba je najmočnejši prijem zaščitne dejavnosti, ker skrbi za ureditev zdravstveno-socialnih vprašanj družine in praktično uvaja mater in člane družine v nego otroka in higieno doma oziroma okolja.

Skrb za bolnega otroka se odvija v otroški ambulanti, ki je sestavni del otroškega dispanzerja.

1. Pregledujejo in zdravijo se oboleli otroci v ustanovi sami in na domu.

2. S patronažnimi obiski pri bolnem otroku pa je zagotovljeno, da se izvršujejo zdravnikove odredbe, da se matere oziroma družine uvajajo v nego malega bolnika in da se zdravniku poroča o njegovem zdravstvenem stanju.

Posebne naloge dispanzerja pa so:

1. Proučevanje in analiziranje zdravstveno-socialne problematike varovancev dispanzerskega območja, na osnovi česar organizira potrebne akcije in druge konkretne ukrepe za izboljšanje zdravstvenega stanja.

2. Zdravstveno nadzorstvo nad ustanovami svojega območja, n. pr. jasli, rejniške družine itd.

3. Organizirano, stalno zdravstvenovzgojno delo ob vsakem kontaktu s starši, s prirejanjem predavanj, tečajev in nazornega pouka v posameznih prijemih za pravilno nego, prehrano in vzgojo malega otroka.

Posvetovalnica za otroke ima naloge, ki so zajete že z delovnim področjem otroškega dispanzerja v poglavju — »Skrb za zdravega otroka«.

### Zaščita šolskega otroka

O zaščiti šolskega otroka poroča oddelek za šolsko higieno naslednje:

Šolsko obdobje ima svojo socialno zdravstveno problematiko, ki se temeljito razlikuje od zadevne problematike v zgodnjem otroškem obdobju. Vključitev otroka v redno delo, obremenitev in odgovornost, ki je ozko povezana z njim, kvarni vplivi nove, lahko bi rekli, poklicne sredine, zbiranje otrok v velikem kolektivu, vse to otroku ogroža zdravje. Če upoštevamo, da zajame šola otroka tudi v najbolj občutljivi življenjski dobi, v dobi spolnega dozorevanja, ko nastopajo ogromne spremembe v duševnem in telesnem pogledu, ko pada odpornost organizma in se tako stvarjajo ugodni pogoji za razvoj raznih bolezni, postane jasno, zakaj je zaščita šolske mladine vzlic majhni umrljivosti v teh letih tako pomembna in zakaj se je v vseh državah najprej razvila. (Okoliščina, da je najlažje stoođotno zajeti otroka v šoli, je pri tem seveda igrala tudi svojo vlogo.)

Ako pogledamo šolsko zdravstveno službo danes pri nas, ugotovimo, da je ena najšibkejših vej, morala bi pa biti ena najmočnejših. Tudi porazdelitev je, neenakomerna. Zaščite je deležen v prvi vrsti otrok večjih mest in industrijskih naselij, zastavljen pa je otrok podeželskih predelov, ki bi bili te

zaščite mogoče še bolj potrebni. Pošolske kmečke mladine od 15. do 18. leta starosti sploh ne zajamemo, tista, ki je v tem obdobju že v delovnem razmerju, pa uživa edinole prednosti socialnega zavarovanja. Zaščita vajenske mladine teče po dveh tirih, po liniji šolske zdravstvene službe v preventivnem, po liniji zdravstvene službe socialnega zavarovanja v kurativnem pogledu. Ta cepitev ni v korist vajenca in tudi ruši koncept napredne zdravstvene službe pri nas. Rezultati dosedanjega dela zdravstvene službe so naslednji:

Število sistematsko pregledane mladine bi bilo tudi v evropskem merilu zadovoljivo, saj zavzema 40% vse šolske mladine, če bi bila kvaliteta teh pregledov na ustrezni višini. Podrobna analiza in kontrola pregledov podeželja pa je pokazala, da so pregledi površni, netočni, v glavnem zaradi preobremenjenosti splošnih zdravnikov na terenu, delno pa zaradi nepravilnega odnosa teh zdravnikov do preventivne službe.

Odstotek zajetih otrok glede na razne vrste šol je dokaj enakomeren, saj je v letu 1955 zajel 42,8% osnovnošolskih otrok, 45,4% srednješolskih otrok, 11,34% strokovnošolskih, 41,9% industrijskih šol in 44% učencev v gospodarstvu.

Ne zadovolji nas pa število rentgenoloških pregledov s svojimi 8,25% in drugih specialističnih, zlasti otorinolaringoloških, okulističnih, ortopedskih pregledov itd., katerih število je res minimalno. Prav tako je izredno neznamenat tudi nadzor nad zdravjem učiteljskega kadra, ki lahko ogroža mladino, saj zajema komaj 3%.

Zelo slabo ali skoraj nič ni v naši šolski zdravstveni službi razvita patro-nazna služba, povezava zdravnika, šole in doma. Vzrok temu pojavu je nizko število medicinskih sester, delno pa nerazgledanost našega pedagoškega kadra v zdravstvenih vprašanjih in zaradi tega omalovaževanje vpliva, ki ga ima okolje na umski in telesni razvoj mladine.

Patologija, ki jo nakazujejo sistematski pregledi in ki se spreminja s socialno strukturo, klimatičnimi in ostalimi pogoji posameznih okrajev, še ni postala smernica za zdravstveno politiko v zaščiti mladine niti niso okrajni ljudski odbori ustvarili dovolj možnosti za zdravljenje ugotovljenih odklonov v zdravju otroka.

### **Organi zdravstvene zaščite šolske mladine so:**

Oddelek za šolsko higieno pri Centralnem higienskem zavodu, šolske poliklinike in šolske ambulante.

1. Oddelek za šolsko higieno z demonstracijskim centrom (na ljudski šoli) pri Centralnem higienskem zavodu — ima naslednja področja dejavnosti:

a) Strokovno raziskovalno delo, kot n. pr. študij šolske opreme, študij šolskega otroka, študij vplivov šolskega okolja in življenjskega standarda na ta razvoj itd.

b) Usposabljanje višjega in srednjega medicinskega kadra za šolsko zdravstveno službo ter zdravstveno delo med pedagoškim kadrom.

c) Sanitarно-inšpekcijski nadzor nad vsemi otroškimi in mladinskimi ustanovami.

č) Pomoč okrajnim ljudskim odborom pri širjenju šolsko-zdravstvene mreže.

d) Povezava s Svetom za prosveto in kulturo in z množičnimi organizacijami, ki imajo v svojem programu tudi zaščito mladine.

2. Šolske poliklinike z dvema ali več specialističnimi oddelki, kot šolska poliklinika v Ljubljani, Mariboru in morda še v Celju, ki so ali popolnoma samostojne ustanove ali pa oddelki zdravstvenih domov.

Njihova dejavnost obsega:

a) Preventivno zaščito (sistematski in kontrolni pregledi, kolektivna gimnastika, sistematska asanacija zobovja, cepljenje proti nalezljivim boleznim in zaščitni ukrepi v primeru pojava nalezljivih bolezni; sodelovanje pri ustanavljanju šolskih kuhinj, prirejanju letovanj, graditvi šolskih stavb, internatov itd. ter nadzorovanje higiensko-sanitarnega režima v omenjenih ustanovah; zdravstvenoprosvetno delo med starši in učitelji itd.).

b) Kurativno dejavnost, to je zdravljenje obolele ali bolehnne dece v splošni ambulanti in specialističnih oddelkih.

3. Šolske ambulate v sklopu zdravstvenih domov, ki jih imamo po celi LRS le 15 in še njihovo delo je insuficientno, saj obratujejo le enkrat do dvakrat tedensko po dve uri in jih vodi zdravnik brez specialistične izobrazbe za to področje preventivne službe.

4. Zadnji in najšibkejši člen v tej verigi so za zdaj splošni zdravniki, katerih dolžnost je, da sistematsko in po potrebi kontrolno pregledujejo šolsko mladino na svojem področju in ji nudijo potrebno zdravstveno pomoč.

### **Kaj moramo imeti pred očmi za vzpostavitev sodobnega zdravstvenega varstva matere, otroka in mladine?**

Predvsem glavni smoter, t. j. popolno zdravje žena — bodočih mater in mlade generacije. Doseči je treba, da se vse delo usmeri v nenehno prizadevanje, da vsaki materi omogočimo strokovni nadzor v nosečnosti, strokovno porodno in poporodno pomoč in da slednje novorojeno dete, dojenčka in otroka — torej tudi otroka najboljših bioloških kvalitiet čimprej zajamemo z ukrepi za okrepitev in ohranitev njegovega zdravja.

Zahteva organizirane zdravstvene službe s tako koncepcijo pa zahteva:

1. Zadostno število usposobljenega in tem smotrom predanega kadra.

2. Mrežo ustanov preventivnega in profilaktično-terapevtičnega tipa z vzajemnim delovanjem.

3. Za pravilen razvoj in nadaljnje poglobljanje zdravstvene zaščite je potreben vodilen strokovni raziskovalno metodološki organ v republiškem merilu.

### **Kadri**

Izvajanje zaščitnih ukrepov temelji v največji meri na kadrih splošnega tipa in kadrih, usposobljenih za nekatere izrazito specifične funkcije te dejavnosti.

Še tako visoko znanje patologije, diagnostike, terapije in obvladanje medicinsko-tehničnih metod ne zadošča za doseg našega smotra. Aktivna preventivna dejavnost zahteva tudi, da:

1. nenehno iščemo varovance,
2. jih navežemo na ustanovo,
3. nenehno spreminjamo slabe zakoreninjene navade, ki jim sleherni dan ogrožajo zdravje.

Za izpolnitev teh nalog pa so potrebne posebne kvalitete kadrov v tej službi, kar je bilo v strokovni vzgoji doslej premalo poudarjeno.

V naših ustanovah za zaščito matere in otroka dela po podatkih iz leta 1954 naslednje število kadrov:

V 58 dispanzerjih oziroma posvetovalnicah za žene: 17 specialistov in 43 splošnih zdravnikov, 49 medicinskih sester in 58 babic.

V 300 otroških dispanzerjih oziroma posvetovalnicah za otroke: 18 specialistov in 23 splošnih zdravnikov ter 38 medicinskih sester.

V 17 ustanovah šolske higijene: 11 specialistov, 26 splošnih zdravnikov in 35 medicinskih sester.

Nakazane številke povedo, da je kadrovska zasedba izredno nizka z neznatno izjemo šolske higijene in da ne ustreza zahtevam našega dela. Poleg tega je večina tega kadra angažirana v teh ustanovah samo honorarno in ne čutijo polne odgovornosti za to službo.

Pri vsem tem pa opazamo na splošno v naši zdravstveni službi nesorazmerno porazdelitev kadra in dela, kar občutno hromi pravilen razvoj in funkcijo ustanov za zaščito matere in otroka. Vzemimo primer: zdravstveni dom zaposluje 3 zdravnike splošne prakse, ki se vsi poleg ostalega po malem ukvarjajo z zaščito matere in otroka, 4 medicinske sestre, od katerih je samo ena zadolžena za zaščito matere in otroka, ostale tri pa so zaposlene v ambulantah oziroma laboratoriju, in končno 2 babici, ki vršita terensko delo. Če bi hoteli uresničiti principe in naloge zaščite, bi bilo potrebno, da se en zdravnik docela posveti delu za zaščito žene, matere, otroka — mladine. Razen tega bi bila potrebna še ena medicinska sestra, babici pa bi morali biti uslužbenki tega majhnega centra v okviru zdravstvenega doma. S tem bi organizacijsko vzpostavili pogoje za kompleksno in enotno obravnavanje problema zaščite in razvili notranje in zunanje kolektivno delo.

Ta primer nakazuje, da bi se marsikje moglo brez večjih kadrovskih težav zagotoviti boljše delovanje zaščite.

Skrbeti pa moramo, da:

1. dobe vsi naši polivalentni dispanzerji in šolske poliklinike ustrezno število specialistov;
2. da v podiplomskih tečajih usposobimo dovolj zdravnikov za vodstvo manjših dispanzerjev;
3. da iz ambulant sprostimo čim več sester za delo pri zaščiti in da izobražujemo sestre na podiplomskih tečajih za naloge zaščite in polivalentne patronažne službe;
4. da dosledno vežemo babice na ustanove za zaščito matere in otroka in jih izpopolnjujemo v nadaljevalnih tečajih;
5. da z občasnimi seminarji pri vseh kadrih poglobljamo znanje in jih seznanjamo z novimi metodami dela.



## Mreža — lokacija ustanov

Zadostno število in izpopolnjena mreža ustanov za zdravstveno zaščito matere in otroka, to dvoje je poleg kadrov osnovne važnosti za izvedbo organizacije zaščitnega dela. Ponovno pa bodi poudarjeno, da je za dosego učinkovitega dela nujno potrebno, da se posamezne ustanove v svoji dejavnosti med seboj povežejo. Zato je potrebno, da se osnujejo tako imenovani centri za zdravstveno zaščito matere in otroka, kot so zamišljeni s pogodbo med FLRJ, UNICEF (Mednarodnim skladom Združenih narodov za nujno pomoč otrokom) in Svetovno zdravstveno organizacijo. Po koncepciji te pogodbe so omenjeni centri v okviru zdravstvenih domov glede strukture enaki združeni ustanovi našega dispanzerja za šolsko mladino.

Drugi — manjši »centri pri zdravstvenih postajah« so po zamisli te pogodbe enaki našim posvetovalnicam za nosečnice in posvetovalnicam za otroke.

Ta pogodba vsebuje zahteve, da večji »centri« — dispanzerji — usmerjajo okoliške posvetovalnice. To potrebo nam že dalj časa narekujejo lastne izkušnje, vendar pa drži, da je le malo izvendispanzerskih posvetovalnic, ki bi fungirale kot področna enota — oziroma kot podružnica bližnjega dispanzerja. Vzrok temu je seveda tudi v tem, da je dispanzerjev malo.

Da se zagotovi enotno delovanje in hitrejša rast »terenskih« ustanov, je nujno posvetiti pozornost in postopno v skladu z možnostmi vzpostaviti centre okrajnega merila in prav takšne centre, t. j. združene polivalentne dispanzerje osnovati v vseh večjih gospodarskih središčih. Tako n. pr. naj okrajni center Kranj skrbi za razvoj dejavnosti in obravnavo problemov na področju mestnih občin in okraja. Nujno pa je vzpostaviti centre, prav tako popolne kot v Kranju, za območje Jesenic in Tržiča pa tudi Škofje Loke. Okrajni center Kranj bi tako skrbel za enotnost in nadaljnji razvoj dela na celotnem terenu uspešneje, če bi v obliki strokovnega kolegija združeval te večje centre, ki bi strokovno vodili določene področne enote posvetovalnic ali manjše centre pri »zdravstvenih postajah«. Prav takšen primer so Trbovlje — z ostalim zasavskim bazenom, s Krškimi in Brežicami itd. Ti kraji so danes ostali na stopnji povprečnih pa tudi podpovprečnih podeželskih posvetovalnic.

Po tej pogodbi je v Sloveniji prejelo pomoč 9 dispanzerjev za žene in otroke, 39 posvetovalnic za nosečnice in otroke. Dalje je na to pogodbo vezan tudi Demonstracijski center v Ljubljani, ki združuje Centralni dispanzer za žene in Centralni otroški dispanzer.

Za pomoč, ki jo bo v okviru svojega letošnjega programa nudil UNICEF, konkurira tudi precejšnje število ljudskih odborov. S tem bo ustvarjena dokaj široka mreža ustanov, ki pa bo potrebovala znatno strokovno in organizacijsko pomoč.

Po bežno prikazanem stanju zdravstvene zaščite matere in otroka je razvidno, da je ta problematika izredno kompleksna in dinamična. Nje reševanje pa zahteva neprekinjen študij, proučevanje signalov in novo nastalih vprašanj tako z medicinskega kot z družbenega stališča.

Tem nalogam pa obstoječi oddelek oziroma odsek pri Centralnem higien-skem zavodu ne more biti kos.

Ustanovitev zavoda za zdravstveno varstvo matere in otroka v letošnjem »Tednu otroka« je zato najlepše darilo, ki ga lahko naša družbena skupnost pokloni otrokom.

## Poročilo o III. kongresu ginekologov in porodničarjev FLRJ v Ljubljani

To poročilo je uredništvu iz pozornosti do medicinskih sester odstopil prof. dr. Franc Novak. — Objavljamo ga z namenom, da medicinske sestre seznanimo z nadaljnjim poglobljanjem službe za zdravstveno zaščito matere in otroka. Čeprav kongresna resolucija izrecno ne omenja medicinske sestre kot sodelavke na ginekološkem področju, je kongres med svojim zasedanjem vendar opozoril tudi na bodoče načrtno usposabljanje medicinskih sester, in to zlasti za antenatalno zaščito. Naše razmere namreč pričajo o potrebi dopolnilne izobrazbe, t. j. podiplomskih tečajev za sestre tudi v tej smeri.

Op. ur.

V Ljubljani je bil od 3. do 6. oktobra 1956 III. kongres ginekologov in porodničarjev Jugoslavije. Na ljubljanski univerzi se nas je v predavalnici Fizikalnega inštituta »Jožef Stefan« zbralo 300 ginekologov in porodničarjev ter predstavnice babiških društev iz Jugoslavije. Kongres je bil nacionalen, vendar je sodelovalo na njem tudi 10 inozemskih ginekologov, in sicer 5 iz Bolgarije, 2 iz Češkoslovaške, 1 iz Poljske, 1 iz Francije in 1 iz Italije. Štirje od njih so univerzitetni profesorji, in sicer prof. Tošev in prof. Nikolov iz Sofije, prof. Kisuš iz Prage in prof. Roszkowski iz Varšave. Poleg specialistov ginekološke stroke so se kongresa udeležili tudi nekateri znani strokovnjaki sorodnih strok.

Predsednik republike tovariš Josip Broz — Tito je poslal k slavnostni otvoritvi kongresa naslednjo brzojavko:

»Ker mi je vedno pri srcu naša splošna skrb za zdravje naroda, posebno pa za zdravje mater in otrok, bi želel poslati svoje prisrčne pozdrave udeležencem kongresa, preko njih pa vsem zdravnikom in pomožnemu osebju, ki deluje v Vaši stroki medicine, z željo, da s stalno požrtvovalno strokovno zdravniško pomočjo ženi — materi in najmlajšim novim članom naše skupnosti, prav tako pa s preventivo in širjenjem zdravstvene kulture, dajo tudi v bodoče svoj dragoceni doprinos naši socialistični domovini.

Josip Broz — Tito«

Vodilne domače in tuje ginekologe je sprejel podpredsednik Zveznega izvršnega sveta tovariš Edvard Kardelj. Predsednik Ljudske skupščine LR Slovenije tovariš Miha Marinko pa je priredil vsem kongresistom svečan sprejem. Na vse udeležence je to visoko priznanje našemu delu napravilo globok vtis in nam je vsem velika spodbuda za nadaljnje delo,

Delo kongresa je bilo zelo obširno. To nam potrjuje 100 glavnih referatov, koreferatov, prostih tem in predavanj. Priprave za vse to so se opravile v najrazličnejših predelih naše domovine, kar je že samo po sebi velik in širok uspeh.

Udeležencem smo predvajali 26 tujih znanstvenih in strokovnih filmov.

V okviru kongresa je bil tudi I. znanstveni sestanek kancerologov FLRJ s temo: Terapija carcinoma colli uteri.

III. kongres je razpravljajal o organizaciji in lokaciji ustanov za zaščito matere in otroka. Dalje o izgradnji ginekoloških in porodniških kadrov, o posledicah porodnih poškodb, o organizaciji postpartalne zaščite, o psihosomatičnih motnjah v ginekologiji in porodništvu, o antenatalni zaščiti, o nedonošenčku in o mnogih drugih aktualnih problemih.

Resolucija, ki jo je sprejel kongres, bo kažipot za delo v prvi vrsti ginekologom in porodničarjem, bo pa koristen pripomoček tudi vsem onim, ki delujejo v organiziranju zdravstva. Resoluciji III. kongresa ginekologov in porodničarjev in I. znanstvenega sestanka kancerologov se glasita:

### **Resolucija III. kongresa ginekologov in porodničarjev**

#### **I.**

Ker smatramo organizacijo in lokacijo zdravstvenih ustanov za zaščito matere in otroka za enega glavnih pogojev uspešne medicinske pomoči prebivalstvu, ugotavljamo:

1. da naše ustanove za zaščito matere funkcionalno niso povsem diferencirane in da njihova lokacija ne zagotavlja vsem ženam strokovne pomoči pri porodu in pri zdravljenju ginekoloških obolenj;

2. kolaboracija med ustanovami je zelo slabo razvita, tako da ni kontinuitete v obdelavi ginekoloških in porodniških primerov in vseh ukrepov za preventivno delo;

3. terensko delo babic je, kot osnova porodništva v obširnih področjih naše domovine, kjer se še ne more vzpostaviti strokovna pomoč v ustanovah, še zelo slabo razvito;

4. v pogledu notranjega dela se opaža nezadostna disciplina in metodičnost pri delu, premajhno število in neenaka razporeditev strokovnega osebja in nezadostna funkcionalna opredelitev v delu posameznih ustanov.

Praktične posledice takega stanja so medicinskega in finančnega značaja: še vedno visoka morbidnost in mortaliteta porodnic in novorojenčkov ter visoki materialni stroški zdravljenja.

Posebno je treba poudariti velike razlike med posameznimi republikami kakor tudi med kraji posameznih republik, zaradi česar je reševanje teh problemov treba prilagoditi specifičnim možnostim in potrebam.

Glede na zgoraj navedene probleme priporoča kongres naslednje:

1. Regulacijo splošne zdravstvene službe in posebej zdravstvene službe za zaščito matere z enotnim zakonom, s katerim se določajo principi in program zaščite matere, objekti, tipi in lokacija ustanov kakor tudi odnos števila zdravstvenega osebja nasproti številu prebivalstva in kapaciteti ustanov.

2. Organizacijo strokovne kontrole in instruktorske službe. Zaradi boljše kolaboracije med posvetovalnicami za nosečnice in porodničnicami bi morali omogočiti večjo ingerenco porodničnicam, h katerim gravitirajo nosečnice določenih predelov, in to v organizacijskem in strokovnem pogledu.

3. Ustanovitev stalnih šol za dopolnilno strokovno izobraževanje zdravstvenega osebja vseh vrst v ustanovah in na terenu, da bi se tako lahko izvajale preventivne in socialno-medicinske metode dela. Posebno velja to za post-diplomske tečaje za babice in praktične zdravnike. Prav tako je potrebno, da

se ponovno odprejo nekatere babiške šole, ki so bile zaprte, in da se ustanavljajo nove, ker je število babic insuficientno.

## II.

V ozki povezavi z organizacijo in lokacijo ustanov je problem vzgoje kadrov.

Predvsem sprejemamo koncept enotnosti ginekologije in porodništva v teoriji in praksi.

Ugotavljamo, da je visoka smrtnost novorojenčkov in dojenčkov, v veliki večini pa tudi ginekološka patologija, posledica porajanja brez strokovne pomoči na vasi. Porodniška pomoč v mestu je na evropski višini, a število porodov v mestih je premajhno v primerjavi s številom porodov v vaseh, da bi mogli s tem izboljšati našo slabo vitalno statistiko. Zato vsekakor obstoji problem »ruralne domicilne porodniške asistenc« in lahko sprejmemo koncept »prehodne ere jugoslovanskega porodništva«, v kateri mora odigrati najvažnejšo vlogo naša babica. Šele ko bomo prešli to fazo, bomo skrbeli, da bo vsaka žena rodila v porodnišnici pod nadzorstvom porodničarja.

Kar se tiče vzgoje babic, smo mnenja, da se vprašanje njih šolanja ne more reševati v vseh republikah enako, vendar moramo težiti vsi za istim idealom, a ta je čimboljše splošno in strokovno izobraževanje babic.

Zato kongres predlaga, da se sprejmejo v babiško šolo učenke z najmanj malo maturo in da traja šolanje 3 leta. S tem naj dobijo babiške šole čin srednje medicinske šole. Babicam, ki niso dokončale takšne srednje babiške šole, pa je treba omogočiti s postdiplomskimi tečaji dvig na višjo strokovno raven s stopnjo srednjega medicinskega kadra. To je koncept, ki je bil sprejet z veliko večino glasov. Vendar pa je treba omeniti še drugo tezo, s katero se predlaga, da bi mogla na terenu, kjer je odstotek porodov brez strokovne pomoči zelo velik (do 80 %), reševati situacijo v prehodni dobi še vedno babica z nižjo strokovno izobrazbo.

Babica je danes še vedno pediatrični delavec. Ker ji je potrebno obsežno pediatrično znanje, ki ga ne more dobiti v babiški šoli, moramo pospeševati vzgojo pediatričnih kadrov, z babicami pa si pomagati v mreži otroških posvetovalnic samo v skrajni potrebi.

Z reformo medicinskega študija se bo verjetno izboljšala izobrazba ginekologov in porodničarjev, ker se bo medicinec v VI. letniku pečal izključno s praktičnim delom in vajami. Vzgoja medicincev se mora prav tako prilagoditi potrebam, možnostim in organizacijskim specifičnostim porodniške službe.

V edukaciji naših specialistov je treba obrniti pažnjo ne samo na praktično izobrazbo, temveč tudi na teoretsko instrukcijo v posebnih kurzih, na katerih bi se obdelali aktualni problemi ginekološke stroke. Da bi se izkoristile vse prednosti velikih bolničnih oddelkov in ginekoloških klinik, se predlaga, da bi specializanti opravili kirurški del in pretežni del ginekološko-porodniškega staža na oddelkih večjih splošnih bolnišnic, določeno dobo staža pa naj bodo na ginekološki kliniki. Prav tako bi moral biti specializant določeno dobo na praksi v dispanzerski službi.

Zaradi naglega razvoja ginekologije v poslednjih desetletjih je zelo važno, da specializant obvlada vsa strokovna področja, ki mejijo na kirurgijo, urologijo, endokrinologijo, nevropsihiatrijo, onkologijo, porodniško pediatrijo in anestezijo.

### III.

Da bi se izognili posledicam porodnih poškodb in jih zmanjšali na minimum, je potrebno:

1. usmeriti k temu cilju prenatalno, perinatalno in postnatalno službo;
2. pri vzgoji strokovnih kadrov je treba posebno pažnjo posvetiti profilaksi in terapiji teh posledic.

### IV.

Velike biološke spremembe v organizmu žene pred porodom ustvarjajo pogoje, da se proces poroda odigrava kot izredno močan somatični in psihični doživljaj, ki ga lahko spremljajo tako somatične kakor tudi psihične spremembe.

Važno je, da porodniška ekipa poleg strokovnosti ter skrbi za asepso in za dobro organizacijo dela pozna tudi psihične faktorje, ki lahko vplivajo na duševno stanje porodnice.

Odnos zdravnika in porodniškega osebja do porodnice naj bo prežet s pravilnim razumevanjem njenega psihičnega stanja. Zelo važno je, da porodniška ekipa zavzame enoten odnos tako do porodic kot do svojih članov. Skrbno naj se odkrijejo in odstranijo škodljivi psihični faktorji, zaradi česar se lahko izognemo psihosomatičnim motnjam in okvaram v zvezi s porodom.

### V.

Zaradi dviganja in napredka naše antenatalne službe predlagamo proučitev možnosti, da bi se denarna pomoč za opremo novorojenčka izplačevala samo tistim nosečnicam, ki so obiskovale posvetovalnico za nosečnice vsaj trikrat, in to v tretjem, šestem in devetem koledarskem mesecu nosečnosti.

### VI

Sprejemamo načela o reguliranju spočetja s pomočjo kontracepcije, ker to varuje ženo nezaželenih nosečnosti in splavov. Kontracepcija ne zmanjšuje prirastka prebivalstva, ker je ta v prvi vrsti odvisen od zdravega nagona za porodom.

Želimo, da bi se odprle posvetovalnice za kontracepcijo in da bi se množično proizvajala sredstva za kontracepcijo. Zahtevamo, da se za osnovanje in funkcioniranje teh posvetovalnic zagotovijo materialna sredstva. Posvetovalnice bi bilo treba ustanavljati v okviru ginekoloških klinik, ginekoloških oddelkov in zdravstvenih domov oziroma dispanzerjev.

### VII.

Da bi zmanjšali število nedonošenčkov in s tem tudi morbidnost in mortaliteto novorojenčkov, bi bilo potrebno izposlovati, da se nosečnicam od določenega meseca nosečnosti dalje prepove delo najtežjih kategorij.

Prav tako bi bilo potrebno vzpostaviti pediatrično službo v porodnišnicah.

## VIII.

Ker vemo, da v naših porodnišnicah danes novorojenček ne pomeni več zgolj adneksa matere, temveč nasprotno, da je novorojenček bitje, ki zahteva še prav posebno visoko strokovno pomoč in ravnanje, ki je zelo drago, zato predlagamo, da se zanj uvede plačevanje celotne oskrbnine, kakor za odraslega bolnika.

## IX.

V okviru III. kongresa ginekologov in porodničarjev Jugoslavije je bil tudi prvi znanstveni sestanek kancerologov FLRJ. Razpravljali smo o terapiji karcinoma materničnega vratu.

Ker je terapija najuspešnejša in najbolj ekonomična le pri zgodnji diagnozi, je potrebno vzpostaviti in izboljšati delo v onih ustanovah, ki omogočajo čimprejšnjo zgodnjo diagnozo karcinoma.

Ženo v starosti nad 30 let je treba navajati na sistematske preglede, in to vsaj dvakrat letno.

Zdravljenje z obsevanjem in operacijo nista konkurenčni metodi, obe se le dopolnjujeta. Kjer so ustanove za ta ali oni način zdravljenja ločene, priporočamo, da se na skupnih sestankih sestavijo smernice za zdravljenje in da se vzpostavi čim uspešnejša in redna kolaboracija vseh ustanov, ki se pečajo s tem zdravljenjem. Bolnicam, ki so se zdravile za carcinoma colli uteri, je potrebno omogočiti večmesečno klimatično zdravljenje.

### **Resolucija I. znanstvenega sestanka kancerologov FLRJ v Ljubljani**

1. I. znanstveni sestanek kancerologov FLRJ je bil 5. X. 1956 v Ljubljani v okviru III. kongresa ginekologov in porodničarjev FLRJ.

2. Ugotovljeno je, da velika večina bolnic z rakom maternice pride na zdravljenje zelo pozno in so zato rezultati še vedno nezadovoljivi.

3. Da bi se preprečilo to zlo, predlagamo, da se že obstoječi centri čimprej usposobijo za sprejem takih bolnic in za sodobno zdravljenje raka (zadovoljivo število bolniških postelj in ustrezna oprema).

4. Dolžnost republiških centrov je mimo sodobnega zdravljenja tudi organizacija sodobne borbe zoper raka skupno z republiškimi sveti za zdravstvo. Ta organizacija borbe zoper raka mora obsegati tudi ljudsko zdravstveno prosveto, strokovno dviganje kadrov (srednjega in višjega medicinskega osebja), množične preglede prebivalstva, da bi se mogli dovolj zgodaj ugotoviti vsi primeri raka ter zagotoviti brezplačni pregledi in brezplačno zdravljenje bolnic.

5. Zahteva se čim tesnejše sodelovanje med strokovnjaki, ki se pečajo z zdravljenjem raka. V zvezi s tem je potrebno, da se formirajo v vseh republikah kancerološke sekcije pri zdravniških društvih. Problem raka zahteva sodelovanje vseh sorodnih medicinskih strok in ga moramo v bodoče na skupnih sestankih in kongresih obravnavati kot kompleksno vprašanje.

6. Vse probleme raka je treba vskladiti z navodili mednarodne kancerološke unije pri Svetovni zdravstveni organizaciji.

# Sifilis pri otroku nekoč in danes

Doc. dr. Marij Avčin

## Uvod

Medicinska sestra na terenu sreča pri otrocih marsikatero bolezen. Dandanes skorajda ne srečuje več pri otrocih tistih oblik sifilisa, ki so bile nekoč tako značilne, da si jih je človek zapomnil, čeprav jih je videl enkrat samkrat. Dandanes, ko je tudi pri nas preprečevanje tega vrojenega zla skorajda izkoreninilo sifilis pri otrocih, je morda bolj zanimivo za zdravstvenega delavca osvežiti spomin na hude oblike in poteke te »spolne bolezni« pri otroku, kakor pa s pridobljenim znanjem iskati in razpoznavati bolezen. Vendar pa se tja in sem še zgodi, da ravno budno opazovanje osnovnih terenskih zdravstvenih delavcev vodi do razpoznanja bolezni in pravočasne napotitve v ustanovo. Z obojih gledišč se nam zdi potrebno, da si medicinska sestra — naša najvidnejša terenska zdravstvena delavka — osveži spomin tudi na področju sifilisa pri otrocih.

## Splošno

Povzročitelja sifilisa sta odkrila leta 1895 Schaudinn in Hoffmann v obliki majhnega, živega svedrca (spirohete), ki je med sličnimi klicami pod drobnogledom bledejša in ji zaradi tega pravimo »bleda spiroheta« (spirohaeta pallida). Od tega časa se je pričela razvijati, slično kakor pri tuberkulozi, tudi o sifilisu posebna veda, ki je hitro napredovala in dandanes, zlasti po vzponu sodobnega zdravljenja, doseza svoj višek. Sifilis, nekdanja neozdravljiva šilba človeštva je postala povsem ozdravljiva bolezen. Zlasti dva mejnika sta v razvoju vede o zdravljenju sifilisa: iznajdba arzenobencolskih zdravil, tako imenovanih salvarsanov in pa odkritje penicilina.

Za otroško zdravstvo in za izkoreninjanje sifilisa v njegovi zibelki, to je ob rojstvu, pa je važen mejnik ravno doba, ko se je pričelo z zdravljenjem nosečih mater. Zdravljenje ima namen, da bi tudi sifilitične matere lahko rodile zdrave novorojenčke in da ne bi več prihajali na svet sifilitični otroci.

Opisujemo sifilis ploda novorojenčka in kasneje tudi otroka v zgodnjih starostnih obdobjih ter prav tako imenovani kasni sifilis. Bolezen se namreč ravna pri otrocih dokaj drugače kakor pri odraslih, to pa zaradi tega, ker je način okužbe povsem drugačen in pa ker otrokovo telo drugače odgovarja na okužbo.

Pri odraslem, ki naleze bolezen od sočloveka večinoma po spolni poti — lahko pa tudi s predmeti, ki jih je okuženec uporabljal, poteka bolezen dokaj slično tuberkulozi, vsaj v svojem bistvu, v glavnih obrisih in v razvojnih obdobjih.

Orišimo prav na kratko in samo v glavnih smernicah sifilis pri odraslem, za katerega rečemo, da je »pridobljen«.

Tam, kjer vstopa »bledi svedrc« v telo, se napravi čir, tako imenovani »trdi čir« ali »trdi čankar« (ulcus durum). Na njegovem področju prav tako otečejo bezgavke. Nastane torej nekakšen »prvenski združek« (»primarni kompleks«). Od tod se raznesejo klice po telesu. Ko zadobi telo proti njim že nekaj odpornosti in ko se razvije odpornostna preobčutljivost, se pojavi izpuščaj v

obliki drobnih, svetlo rožnatih pegic, ki jih imenujemo sifilitične rozeole. Po vsem telesu otečejo bezgavke (sifilitični limfadenitis). V tem razvojnem obdobju imenujemo tudi vse spremembe, ki jih opažamo na bolniku, drugotne (sekundarne) sifilitične spremembe. Po daljšem ali krajšem obdobju skritega poteka bolezni sledi tretje obdobje sifilisa z večjimi sifilitičnimi tvorbami po koži in drugod po telesu, zlasti na notranjih organih, na okostju, živčevju itd. Govorimo o terciarnih spremembah, torej slično kot pri tuberkulozi.

Vendar pozna sifilis pri odraslem še posebne kasne spremembe na živčnem tkivu, tako imenovano sušenje hrbtnega mozga (tabes dorsalis) in pa sifilitični napredujoči razkroj možganske skorje, ki vodi do beavosti in do bednega telesnega stanja (progressivna paraliza).

Pri otrocih poteka sifilis povsem drugače. Pravimo, da je sifilis pri otrocih »vrojen«, pri odraslih »pridobljen«. O »prirojenem« sifilisu dandanes ne govorimo več, kajti ni verjetno in tudi ne moremo dokazati, da bi z blede spiroheto sifilisa bilo okuženo že seme ali pa jajčna celica. Le bolezni, ki izvirajo že iz samega zametka, to je iz oplojene jajčne celice, imenujemo dandanes prirojene bolezni. Vse ostale, ki zajemajo sicer v svojem prvem nastanku zdrav plod že v materi, pa imenujemo vrojene bolezni. Torej je sifilis pri otroku vrojena bolezen.

Otrok se okuži torej že v materi, če je ta sifilitična. Plod se okuži preko posteljice. Vendar pa pri še tako točnem pregledu mrtvih plodov pred 5. mesecem nosečnosti ne najdemo niti na plodu samem niti na materinem ali plodovem delu posteljice sprememb, ki bi nas navedle na razpoznavo sifilisa. Pač pa večinoma že pri plodovih, ki so se razvijali preko 6. meseca v sifilitičnih materah, zasledimo več ali manj značilne prve sifilitične spremembe.

Dandanes nesporno velja, če pride na svet otrok z vrojenim sifilisom, da je sifilitična tudi mati. Ni pa treba, da bi sifilitična mati, ki se je zdravila pravilno in zadostno, rodila sifilitičnega otroka. Praviijo in opazovali so, da v nekaterih primerih zdravljenja tudi sifilitična mati rodi lahko zdravega otroka, pri katerem vsaj ne vidimo nikakih oprijemljivih niti dokazljivih znakov za sifilis. Vendar se na to danes ne zanašamo in vsako sifilitično ženo zdravimo tudi v času nosečnosti, da bi rodila zdravega otroka. Sicer lahko opažamo, da se sifilis, čeprav izredno redkokdaj, prenaša preko navidezno zdrave hčerke od babice na vnuka. Spiroheta sifilisa je namreč jako trdovratna klica in se je prenesla preko le navidezno zdrave matere na plod, pri katerem se je pa razvila bolezen v vsej hudi obliki.

Zlasti moramo paziti, da vsaki nosečnici vsaj trikrat med nosečnostjo, to je v zgodnji nosečnosti, po prvi polovici nosečnosti in ob porodu pregledamo kri zaradi preiskave na sifilis. V ta namen napravimo Wassermannovo preizkušnjo ali njej podobne preglede krvi. Ta postopek je zaradi preprečevanja in izkoreninjanja sifilisa uzakonjen v vseh zdravstveno naprednih državah. Tudi pri nas imamo slične predpise.

Kakor vsako zlo, tako je tudi sifilis treba preprečevati in brez dvoma je boljše in smotrnejše, da ga preprečujemo in izkoreninjamo, kakor pa da ga zdravimo.

Omenili smo že važen način preprečevanja, to je pregledovanje nosečih mater, da ne bi porajale sifilitičnih novorojenčkov. To je torej preprečevanje vrojenega sifilisa.

Vsi drugi načini preprečevanja temeljijo na preprečevanju pridobljenega sifilisa. Zlasti je to odkrivanje in prijavljanje vira okužbe, bodisi moškega



ali ženske, ki vedoma ali nevedoma širi okužbo po spolni poti. Vsakega okuženca moramo zdraviti in ozdraviti. Okuženec se je dolžan ozdraviti. Taki so pri nas predpisi. Vsak drug način ima dvojno nprav. Zakriva vir okužbe in podaljšuje možnost nadaljnega kuženja in širjenja bolezn med ljudmi. Tudi so vsa druga sredstva preprečevanja okužbe v bistvu nezanesljiva, ker se lahko okužba raznaša tudi po nespolni poti. Z našo današnjo stvarnostjo in družbeno moralo je kakršno koli prikrivanje vira okužbe nezdržljivo. Sifilis je postal bolezen, za katero sme družba zahtevati, da se do kraja izkorenini.

V naših južnih krajih poznamo tudi posebno vrsto sifilisa, ki se pojavlja po družinah in množično v strnjenih naseljih in ki ga imenujemo e n d e m i č n i sifilis. Temelji deloma na vrojenih podlagah, ki so se prenašale iz roda v rod. Prenos je oslabil bolezen, da je komaj opazna. Deloma pa se bolezen prenaša povsem nespolno, zaradi nehigijskih načinov skupnega življenja in prastarega strnjenega sožitja po družinah. Vendar je uspelo tudi tovrstni sifilis pri nas že dokaj izkoreniniti.

Po navadi obravnavamo vrojeni sifilis pri plodu, sifilis novorojenčka, sifilis večjih otrok, kasni sifilis in pridobljeni sifilis pri otroku ločeno. Kljub temu opisujemo bolezen v razvojni obliki in podajamo celoten pregled nad njo.

### Sifilis pri plodu

Rekli smo že, da se od matere prenesejo klice na plod preko posteljice. Razumljivo je, da je ta način prenosa bledih spirohet povsem drugačen kakor pri odraslem. Zato je tudi bolezen ploda videti v bistvu drugačna od sifilisa pri odraslem. Zlasti pa daje sifilis ploda drugačno sliko, ker je plod splošno neodporen proti okužbam in ker jako slabo stvarja obrambne protisnovi.

Pri odraslem vdre povzročitelj po navadi skozi kožo, ki ima že sama po sebi velike obrambne možnosti. Koža že s tvorbo, ki jo imenujemo trdi čir ali trdi čankar (ulcus durum), slabi klice in se jim postavlja v bran. Prav tako se z njimi bori v prvensko obolelih bezgavkah.

Drugače je pri plodu. Ta ne pozna prvenske okužbe v smislu pridobljenega sifilisa odraslega, temveč kar že drugotni razsev klic, ki v velikem številu preplavi ves šibki in nezrel plod iz sifilitično spremenjene posteljice. Klice se razsejajo po krvni poti. Ker se jim plod ne postavi v bran, se blede svedrci izredno hitro razmnožujejo, tako da jih v slehernem plodovem organu vidimo v velikem številu. Zdi se, kakor da bi bil šibki plod za njih imenitno gojišče. Zato je razumljivo, da pri nobenem od važnejših organov ploda ni pričakovati nekužne dejavnosti, nadalje, da je razvoj ploda oviran in da je okuženi plod za mater skoraj nekakšen tujek, ki ga maternica zato izvrže. Noseča žena splavi ali pa rodi prezgodaj.

Vendar, če še tako pazno pregledamo plod s prostimi očmi, ne opazimo preveč velikih sprememb. K o ž a še ne kaže posebno značilnih znakov. J e t r a so povečana, v njih vidimo na drobno posejane rumenkaste točke, ki so razpadle, ter uničene jetrne celice. Pač pa lahko na plodovih k o s t e h vidimo značilnejše spremembe. Če po dolgem prerežemo katero od dolgih kosti, na primer stegenico, in opazujemo rastni hrustanec, ki se kaže med sklepnicama glavama kosti in deblom kosti, potem rastni hrustanec ne poteka več tako kot pri zdravem otroku. Ni več tenka, s kostjo vzporedna bledomodrikasta črta, temveč je pri sifilitičnem plodu razširjena, nazobčana in razpada včasih v

mehko rdečkastorumeno gmoto. Tudi plodova vranica je povečana. Pod drobnogledom pa vidimo spremembe na plodu zlasti ob krvnih žilicah, okoli katerih se je tam, koder so jih zabrtvile blede spirohete, nabralo dokaj drobnih belih krvničk. Razumemo, da tak plod ni zmožen življenja.

### Sifilis pri novorojenčku

Ni potrebno, da bi vsaka sifilitična mati splavila ali da bi sploh ne mogla donositi. Vendar se je zlasti včasih pogosto dogajalo, če pravočasno niso prišli osnovni bolezniki do dna, da so matere, preden so porodile živega otroka, večkrat splavile in niso vedele, da imajo sifilis. Tudi so prezgodaj rodile mrtvega ali za življenje nesposobnega otroka. Vendar pogosto zasledimo v zgodovini bolezni takih žena, da je bil prvi splav šele okrog 6. meseca in da so si prezgodnji porodi sledili na primer v 7. in 8. mesecu, preden je mati donosila živega sifilitičnega novorojenčka. Tako se je dogajalo zlasti v starem obdobju zdravstva, ko še nismo zdravili mater že med nosečnostjo, ko torej še nismo preprečevali okužbe ploda že v materi sami. Plod namreč se okuži, kot vemo, šele po 5. mesecu nosečnosti. Kakor se zdi, oboli najprej placenta in iz te se raznesejo klice po plodu. Za vse to dogajanje pa je seveda potreben čas — nekako do 5. meseca nosečnosti.

Sifilitični novorojenček kaže splošne znake in znake po telesu in organih, kar nam omogoča, da razmeroma na lahek način razpoznamo bolezen.

Splošni znaki se kažejo zlasti v splošni slabosti, v slabem uspevanju in v zgodnji bledici. Zdi se nam, da otrok nima pravega življenja, da nima tiste silnosti in živahnosti, jedrosti in veselja, kot smo to vajeni videti pri zdravem novorojenčku in dojenčku. Otrok nam slabo uspeva. Ne opažamo, da bi imel kakršne koli prebavne motnje, tudi nam za silo je, vendar ne gre njegova teža nikamor. Izredno se nam zdi bled. Bledica (*anaemia syphilitica*) se pojavi zgodaj, že v prvih tednih po rojstvu, in se nam vidi drugačna, kot so druge bledice. Osnovna barva kože je namreč umazano blede rumene barve, ki prehaja vse rumenkastovkaste barve. Pravimo, da je taka kot svetla mlečna kava. Posebne vročine novorojenček nima, vendar včasih opažamo nepravilno dviganje in padanje toplote. Zlasti nam otrok rad krvavi in zlasti dolgo krvavi iz popka, tako da včasih lahko iz njega tudi izkrevavi (hemoragična diateza). Tudi med blatom vidimo krvave primesi, pri deklicah včasih vidimo krvavkast izcedek iz spolovila, če razgrnemo njegove notranje ustne. Po celotnem videzu sifilitičnega novorojenčka mislimo torej na kakršno koli sepsa. Saj vrojeni sifilis novorojenčka v bistvu tudi je sepsa, to je napad množice klic na telo, ki so v vsakem njegovem delu in organu, toda ne sepsa z gnojnimi ali drugimi klicami, temveč z bledimi spirohetami sifilisa.

Med znaki, ki jih opazujemo drugod po telesu, vidimo zlasti spremembe na koži, na sluznicah, na notranjih organih, na okostju, na živčnem tkivu, na čutilih in na zobeh.

1. Na koži vidimo pri sifilitičnem novorojenčku značilne spremembe. Kot smo že omenili, prehaja barva kože od bledorumene do rumenosive. Če se ta barva križa z zlatenico, ki se že prirodno pojavlja po rojstvu skoraj pri vsakem novorojenčku in se pri sifilitičnem novorojenčku po navadi močno zavleče, lahko zadobi koža umazano rdečkastorumeno barvo. Če primemo kožo med prste, se nam zdi po navadi bolj uvela in brez tiste jedrine in na-

pona podkožnega tkiva, kot opazamo to pri koži zdravega in pravilno hranjenega novorojenčka.

Takoj po rojstvu opazimo za vrojeni sifilis značilne spremembe zlasti na dlaneh in na podplatih, pa tudi raztresene po koži drugod po telesu. To so drobni ali večji mehurji, ki so napolnjeni z motno, tekočo vsebino (pemphigus syphiliticus). Ni pa potreba, da bi jih v vsakem primeru opazili. Večkrat vidimo samo, da ima otrok na dlaneh in na podplatih kožo, ki je jako tenka, rdeče modrikasta in se pod svetlobo sveti. Gube, ki so običajne na dlaneh in na podplatih, so več ali manj zabrisane. Ni pa potrebno, da bi obedve opisani spremembi na koži imel vsak sifilitični novorojenček.

Značilnejše in pogostnejše so spremembe, ki jih zasledimo šele nekaj tednov ali mesecev po rojstvu. Če budno opazujemo površino kože, vidimo na navidezno zdravi koži sem ter tja drobne, rjavkaste pege, ki jih je več ali manj ali pa samo nekaj razsejanih po raznih delih telesa. Iz njih in na njihovem mestu se kmalu razvije za vrojeni sifilis dojenčka značilen pegasti ali pegasto kopičasti izpuščaj (makulo-palulozni eksantem). Osnove in prvenske vzbrsti tega izpuščaja so drobne, ostro omejene pege nepravilnih oblik. Njihova barva je sprva svetleje rdečkastorjava, čez čas pa rjava barva prevlada nad rdečo. Sprva so vzbrsti v sami koži, nato se pa iznad njene površine polagoma kopičasto vzdigujejo. Morda se tja in sem kopice pokrijejo tudi z drobnimi luskami. Po enem do dveh tednih izpuščaj navadno izgine. Le nekoliko rjavkastomodra marogasta koža nas še spominja na izpuščaj. Dobro ga pa še vidimo, če obsetimo otroka z ultravijolično lučjo.

Pri nekaterih novorojenčkih in tudi pri dojenčkih, zlasti takih, ki se živahno gibljejo in mencajo noge eno ob drugo, in pa takšnih, ki so malokdaj previti in okopani ter ležijo v mokrih in blatnih plenica, vidimo, da se jim v predelu med nogami ali ob odprtini danke, pa tudi v dimljah, skratka tam, kjer se koža tare, napravijo večje nad kožo dvignjene ploske vzbrsti rjavkasto-rdečkaste barve. Njihova površina lahko rosi. Če kapljo take tekočine opazujemo pod drobnogledom, vidimo v njej blede svedrece.

Pri otrocih, ki so že po svoji narodi nagnjeni k raznim kožnim izpuščajem, zlasti k ekcemom, vidimo, da so mesta, ki so sicer rada uležana in se v njih koža tare, tako pod kolenom, v dimljah, v pazduhi, za ušesi, in pa mesta, na katerih se rade delajo temeničaste kraste, n. pr. lasišče na glavi, potem obrvi in trepalnice, da so taka mesta pokrita z več ali manj debelimi plastmi na videz gnojnih rjavkastih krast. V takem primeru le redkokdaj pomislimo na sifilis, ker se nam zdi, da ima otrok le bolj trdovratne temenice.

Koža nam je torej tudi pri sifilisu vrojene prirode izredno dobra knjiga, iz katere lahko razberemo osnovno bolezen.

2. Na sluznicah opazujemo pri novorojenčku in dojenčku prav tako značilne spremembe. Posebno značilne so spremembe na sluznici nosa, ki jih vsaj sprva ne smemo zamenjati z običajnim trdovratnejšim nahodom (coryzza syphilitica). Že pri novorojenčku takoj ali kmalu po rojstvu slišimo pri dihanju posebno smrkanje. Otrok težko diha skozi nos in zdi se, da spremembe na sluznici zgornjih dihalnih poti v nosu tesnijo zraku pot. Sprva je tak »nahod« suh in šele polagoma pride do izcedka. Izcedek je najprej gnojen, nato se gnoju primeša polagoma več sokrvice in tudi več krvi. Koža okrog nosnic postaja vnetja. Vnetje se širi na vso zgornjo ustnico in tudi okrog ust ter prehaja v hujših primerih tudi na lica. Ves obraz je nekam umazan in z običajnimi načini nege ne moremo pozdraviti niti »nahoda« niti trdovratnih krast, ki jih

imamo za »ekcem«. Ko preidejo te spremembe bodisi zaradi zdravljenja ali včasih tudi same po sebi, če so manj izrazite, zapuste brazgotinaste sledove (ragade). Zlasti značilne so take brazgotine na ustnicah. Potekajo, kakor špice pri kolesu (radialno), proti sredini ust in ostanejo še dolgo vidne, kajkrat vso otroško dobo ali še celo pri odraslem.

Vnetje sluznic v nosu gre lahko tudi v globino do pokostnice ali mreine, ki pokriva nosne hrustance. Nosni pretin, ki je deloma iz hrustanca, deloma iz kosti, lahko razpade ali pa se v njem napravijo odprtine. Prav tako se lahko zgodi s trdim nebom. Zlasti pa so prizadete nosne koščice, ki stvarjajo koren nosa. Niso več lepo majbočene, temveč se njihov lok sedlasto vdre. Zato je nos tudi videti kot majhno sedlo. Sedlast nos je torej do neke meje značilen za vrojeni sifilis.

Na sluznici v ustih vidimo prav tako spremembe. Ob žrelnih lokih zlasti vidimo nekoliko dvignjena večja ali manjša mesta, ki nekam motno odsevajo in so bolj sivkaste barve, kakor je drugo okolje sluznice v ustih (plaques). Vendar so za vrojeni sifilis spremembe na sluznici nosa značilnejše.

3. Na notranjih organih vidimo zlasti za vrojeni sifilis značilne spremembe na jetrih, na vranici in na pljučih. Povečana so predvsem jetra in pa vranica.

Jetra so večja, kot so običajno pri novorojenčku, dasi vemo, da so jetra takoj po rojstvu sorazmerno večja kot kdajkoli kasneje. Že pri zdravem novorojenčku jih včasih lahko otipljemo nekoliko pod žličko. Pri sifilitičnem novorojenčku so pa močno povečana in občutimo, da so trda. Jetra so se povečala in otrdela, ker se je v njih razrastlo vneto vezivno tkivo. Zajelo je otočke jetrnih celic, ki so odmrle, ker so jih okvarili bleidi svedrci. Razumljivo je, da taka jetra niso v zadostni meri kos svojim nalogam. Zlasti ne morejo presnoviti velikih zalog krvnega barvila, kar ga je v telesu novorojenčka ostalo od ogromne množine rdečih krvničk, ki so kot nepotrebne propadle, ko se je namesto plodovega krvnega obtoka vzpostavil krvni obtok novorojenčka. Zato tudi je otrok, ki ima vrojeni sifilis, večinoma dalj časa zlateničen (icterus siphiliticus). Tovrstna zlatenica, ki ima svoj izvor izven jeter, kakor pravimo, se druží kasneje lahko s pravo jetrno zlatenico. Obolela jetra namreč ne morejo pravilno razporejati in usmerjati žolčnih barvil, ki zaradi tega prestopijo v kri in gredo z njo po telesu.

Vranica je prav tako povečana. Čutimo jo kot precej trdo oteklino pod levim rebrnim lokom, izpod katerega nam je gleda za nekaj prstov ali več. Vranica se je povečala zaradi vnetnih sprememb veziva, razporejenega okrog krvnih žilic, katerih je vranica izredno bogata.

Na pljučih vidimo prav tako za vrojeni sifilis značilne spremembe. Vnetna žarišča okrog krvnih žilic se spajajo v gruče, te pa se lahko strnejo v večje združke, ki zajemajo ves pljučni reženj. Ker so te spremembe na prerezu slične pljučnicam, ki zavzemajo celotni reženj, in ker so belkaste barve, jim pravijo tudi »bela sifilitična pljučnica« (pneumonia alba). Povečana jetra in vranica pri novorojenčku nas torej navdajajo s sumom na vrojeni sifilis. Podlago za takšen sum nam dajejo tudi vse nejasne, velike »pljučnice«, ki zajemajo celotne režnje in ne dajejo pravih drugih znakov za običajne pljučnice v otroškem obdobju.

4. Spremembe na okostju smo opisali deloma že pri sifilitičnih spremembah na okostju ploda. Če plod z vrojenim sifilisom ostane pri življenju, če ga mati ne splavi ali če ne rodi mrtvega otroka, se sifilitične spremembe

na kosteh razvijajo naprej in privedejo do tem značilnejših sprememb, čim dalj je bil plod nošen in čim dalj živi. Donošen sifilitični novorojenček ima lahko še močnejše spremembe v predelu rastnih hrustancev kosti, kakor smo jih opisali pri plodu. Predel rastnega hrustanca lahko toliko razpade, da sklepnih glavice ne veže več dovolj na kostno deblo (sifilitični osteochondritis). Glavice se zaradi tega lahko od debela odločijo in odtrgajo. Ves spremenjeni predel zakrnavi. Pokostnica se raztegne in poškoduje. Sklep oteče.

Zlasti pogosto opažamo take spremembe v ramenskem in komolčnem sklepu. Otrok zaradi tega prizanaša svoji roki in nogi in ne giblje z njo, zlasti ker je gibanje izredno boleče. Pri vsakem dotiku ali pri poizkusu gibanja nam izrazi močno bolečino. Tako bolan ud mu ne služi. Mislimo, da je kakorkoli drugače ohromel, recimo zaradi poškodovanega živca v roki, zlomljene ključnice ali nadlahtnice itd. Pregled krvi pa nam dokaže pravo bistvo bolezni. Zato imenujemo tako zadržanje uda tudi »lažno« ali »navidezno sifilitično ohromelost« (pseudopareza).

Med nadaljnjim razvojem vrojenega sifilisa na kosteh pride zlasti do močnega vnetja pokostnice (sifilitični periostitis). Ker je naloga pokostnice, da od strani nalaga kostno snov na deblo kosti, je ta njena dejavnost sprva povečana, nekako tako, kakor da bi pokostnica bila vzdražena. Zdi se, kakor da je deblo kosti obrobljeno z novo stvorjenim obrobkom. Kasneje ali istočasno pride do sifilitičnih vnetnih sprememb tudi v kostnem mozgu (sifilitični osteomielitis). Za njih je značilno, da raztvorjajo že zgrajeno kostno snov. Če so te spremembe, ki se pojavljajo v večjih ali manjših otokih, številne, lahko pride do prelomov kosti pri novorojenčku, ne da bi za to bila potrebna kaka posebna sila. Zadostuje že teža uda samega ali lahen premik, da se otroku zlomi sifilitično spremenjena kost.

Pa tudi na krovnih kosteh lobanje utegne vnetje pokostnice izzvati stvarjanje debelejših predelov kosti, zlasti na čelnici in zatilnici in tudi na temenskih kosteh. Teh kostnih obložkov pa ne smemo zamenjati s sličnimi spremembami pri rahitisu (mehkih kosteh).

Vsak otekel sklep, vsaka prava ali navidezna ohromelost udov, vsak prelom kosti iz nejasnih vzrokov naj nas opozarja, da pomislimo tudi na možnost vrojenega sifilisa.

5. Zlasti na živčevju lahko vrojeni sifilis stvarja hude spremembe. Zanj predvsem značilna je sifilitična vodenoglavost (hydrocephalus). Po drugem mesecu starosti opažamo namreč, da otrok dobiva izbuljene oči, da se mu velika mečava ne zapira, da je pa jako napeta in se morda že prej sklenjeni šivi med lobanjskimi kostmi iz kotov velike mečave zopet razklenjujejo navzpred, navzad in v stran. Če od časa do časa zmerimo obod lobanje, vidimo, da se ta hitro veča.

Vodenoglavost pri vrojenem sifilisu ima svoj vzrok deloma v tem, ker možganska tekočina preslabo in prepočasi odteka, deloma pa v tem, ker se ta tekočina stvarja prehitro. Tekočina odteka prepočasi zaradi vnetja možganskih opev, ki ji zavirajo obtok skozi drobne žile odvodnice v sredežu lobanjskega svoda. Stvarjanje tekočine pa je premočno zaradi obolenosti žilic v možganskem grozdju (horoidalni pleksus), ki možgansko tekočino izloča na ta način, da jo preceja iz krvi.

Če se možganska tekočina ne odvaja v zadostni množini, govorimo o zunanji vodenoglavosti, če pa se te tekočine stvarja preveč, se možganske votline razširijo in govorimo o notranji vodenoglavosti. Možganska snov, ki

je pri otroku z vrojenim sifilisom že tako v nevarnosti, ker je zaradi obolelega in vnetega žilja slabše hranjena, je torej med zunanjim in notranjim povečanim pritiskom. Zaradi tega je v nevarnosti, da se stanjša in tudi razkroji. Razumljivo je, da so kasneje v nevarnosti otrokove možganske funkcije. Lahko pa pride že kmalu po rojstvu do hudih okvar možganske snovi, ki se kažejo v krčih, splošni togosti mišičja, zastanka v razvoju, v hiranju in končno propadu.

Tudi vrojeni sifilis lahko privede do sušenja hrbtnega mozga in do stopoma napredujočega možganskega razstroja, kakor se dogaja v nekaterih primerih pridobljenega sifilisa pri odraslem (tabes dorsalis, progresivna paraliza).

Pri vsaki vodenoglavosti, zlasti pa pri idiotijah ali drugih, tudi lažjih duševnih motnjah v zgodnjih ali šele poznejših starostnih obdobjih otroka moramo vedno pomisliti tudi na možnost vrojenega sifilisa ali pa to bolezen vsaj izključiti z zadevnimi pregledi krvi in možganske tekočine.

6. Na čutilih se kažejo spremembe, ki jih stvarja vrojeni sifilis na ušesih in na očeh.

Na ušesih se pojavljajo zlasti spremembe na sluhu. Sluh se postopoma slabša in lahko vodi do naglušnosti in gluhosti. Temu je vzrok okvara nežnih slušnih živčnih razpredkov v notranjem ušesu, v tako imenovanem ušesnem polžu.

Na očeh se pojavijo spremembe zlasti na mrežnici, ki kaže znake vnetja, vendar sifilitične spremembe na njej za zdaj ne vodijo do slepote, pač pa so podlaga za kasnejše motnje vida. Poleg mrežnice je na očesu ogrožena tudi roženica. V njeni sredini se pojavijo motnine, ki lahko vodijo do slepote, če pravočasno ne razpoznamo osnovne bolezni — sifilisa in otroka v tej smeri ne zdravimo. Vendar se motnine roženice na sifilitični podlagi javljajo šele po dojenški dobi, tako da večinoma v tem razdobju že lahko razpoznamo pravo naravo osnovne bolezni, ki jo zdravimo in s tem slepoto preprečujemo. Vrojeni sifilis lahko vodi tudi do najhujše spremembe na očesu, to je odmrtja vidnega živca (atrofije optikusa), ki je nepopravljiva posledica sifilitičnih sprememb.

7. Tudi na zobovju lahko vidimo posledice vrojenega sifilisa. Mlečno zobovje kaj kmalu načne huda zobna gniloba, tako da odmre in izpade. Zaradi vnetih sprememb na pokostnici spodnje in zgornje čeljusti so kakor mlečno zobovje tudi zametki stalnega zobovja kaj slabo hranjeni. Zaradi tega se javljajo tudi značilne spremembe na stalnem zobovju: zobovje se nagiba k zobni gnilobi, zobje so večinoma majhni, neenakomerni, sklenina je slabo razvita in zaradi tega je odpornost zob manjša. Srednji zgornji sekalci so podobni sodčku, so v stran izbočeni in trebušasti. Na grizni ploskvi pa so nalahko vgreznjeni v obliki polmeseca (Hutchinsonovi zobje). Taki zobje so zlasti značilni za kasne oblike vrojenega sifilisa pri otroku, ki jih opazimo šele pri šolarjih.

Spremembe na koži, sluznicah, notranjih organih, okostju, čutilih in zobeh so torej lahko dokaj značilne za vrojeni sifilis. Paziti moramo nanje in jih pravočasno odkriti ter po njih razpoznati bolezen. Otroke moramo čimprej in odločno zdraviti.

V razliko od vrojenega sifilisa je pridobljeni sifilis pri otroku jako redek. Večinoma ga najdemo le, če se odrasel bolnik spozabi nad deklico in

jo tako še okuži. Možno pa je, da sifilitični bolniki, pri katerih je razvoj sifilisa tak, da so še dolgo časa kužni, ali da bolniki, ki se ne zdravijo, okužijo svoje ali druge otroke tudi na nespolen način, tako z neposrednim dotikom kakor s predmeti, ki jih uporabljajo. Vendar je pa taka pot okužbe samo izjema.

Med otroki dandanes zasledimo le še komaj tja in sem kak primer pravega kasnega sifilisa s sušenjem hrbtnega mozga in z napredujočim možganskim razstrojem.

Endemični sifilis lahko stvarja vse popolnoma iste znake kot vrojeni sifilis, le da so znaki jako šibki in težko zaznavni. Krvne preiskave pa kažejo, da je otrok v svoji osnovi vendarle bolan. Ta oblika sifilisa, značilna za naše južne pokrajine (Bosna), je pri nas tudi skoraj izkoreninjena.

### Preprečevanje in zdravljenje vrojenega sifilisa

Čeprav se zdi razpoznavna sifilisa pri otroku na videz lahka, vendarle to ni vedno. Medicinska sestra naj bi opozorila zdravnika na vsak sumljiv primer. Ko pa razpoznamo bolezen ali pa če le obstoji zdravniško strogo utemeljen sum nanjo in so vse druge možnosti izključene, je otroka z vrojenim sifilisom nemudoma treba začeti odločno zdraviti. Seveda je to zdravljenje možno edino le v ustanovi. Predvsem pa moramo vedeti, da tu ne sme biti nobenega mazaštva ali nepravilnega usmiljenja s strani staršev, zlasti pa matere bolnega otroka. Oba je treba zdraviti in tudi ozdraviti. Prav tako se mora zdraviti tudi otrokov oče, če je bolan, dasi ni potrebno, da ima ravno on sifilis, lahko ga ima samo otrokova mati. Vendar pa moramo naglasiti, da bi sestra prekorčila mejo dovoljenega udejstvovanja, če bi sifilis pri otroku zdravila sama.

Zdravljenje je dolgotrajno in se po navadi vrši v tako imenovanih »kurah«, ki trajajo po 2—3 mesece. Prav tako dolgi so med njimi odmori. Zdravila, ki jih uporabljamo, so: živosrebrna mast, bismutove in salvarsanske injekcije, penicilin in arzenske tablete ter jodove soli. Posebna zdravila, napravljena iz teh osnovnih sestavin, so dokaj različna, kakršna pač izdelujejo razne tvornice. Tudi njihova imena so zaradi tega različna. Uspešno zdravljenje je večinoma mogoče, samo če podobno kakor pri odraslem tudi pri otroku ves čas zdravljenja ta zdravila med seboj družimo. Navdušenje za izključno uspešna sredstva se je že poleglo, kar velja tudi za penicilin, dasi je to zdravilo izborno sredstvo za začetno zdravljenje vrojenega sifilisa.

Ker je zdravljenje dolgotrajno, je dobro in tudi potrebno, da zdravi otroka en sam zdravnik ali ena sama ustanova. Načrt za zdravljenje, ki je nasnovan, se mora izvesti in ni kazno, da se začenja ali čez čas nadaljuje drugod in na drugačen način, seveda če je prvotni načrt tudi pravilen in je doslejšnje zdravljenje bilo pravilno in uspešno.

Razumljivo je, da tudi sifilitičen otrok potrebuje primerne okolja, izborne hrane in pravilne nege, kar pa mu je vse le redkokdaj možno nuditi doma.

Zaradi tega je svoj čas veljalo načelo, da naj bi sifilitični otroci, dokler so potrebni strokovnega zdravljenja, imeli posebne vzgojno-zdravstvene domove. Le-ti pa tudi drugod po svetu postajajo vse bolj nepotrebni. Težišče dela za izkoreninjanje sifilisa je namreč dandanes ravno na preventivi, ne pa na kurativi tistih primerov bolezni, ki so že napravili na otroku pogosto žal

— nepopravljive oškodbe. In ker je pri nas dispanzersko-preventivna služba zajela že takšen obseg, da le malokrat naletimo na sifilitičnega otroka, nam taki zavodi niti niso več potrebni.

Upanja, da bo otrok z vrojenim sifilisom ozdravel, je tem več, čim pozneje se je v materi okužil, čim prej se je mati v nosečnosti pričela zdraviti in čim bolj odločno in uspešno je bilo to zdravljenje, zlasti pa, čim prej smo pričeli zdraviti otroka. Nega in prehrana v mnogočem odločata o nadaljnji otrokovi zdravstveni in življenjski usodi.

Če smo mater in otroka pričeli zdraviti pravočasno, je tudi jako malo nevarnosti, da bi prišlo do kasnega sifilisa, ki se kaže, kot smo že omenili, v duševnih motnjah, možganskem razstroju, hkrati s povečanimi jetri in vranico in vnetjem ledvic, ter v vnetnih in razpadlih spremembah na kosteh in sklepih.

Vsekakor je potrebno preprečevati rojstva otrok z vrojenim sifilisom. Žena, ki naj bi imela otroka, si mora biti povsem na jasnem, da li je njena bolezen res že toliko ozdravljena, da lahko brez nevarnosti za otrokovo zdravje zanosi in donosi. Ker pa je v nosečnosti veliko raznih dogajanj v materinem telesu, ki dokaj preustrojijo vsa dogajanja v njenem telesu, lahko tudi ponovno vzplamenijo, slično kot pri tuberkulozi, morda še ne povsem uničene spirohete, ki se tu pa tam nemara še skrivajo v telesu. Zato je potrebno, da ženo v večini primerov ponovno zdravimo v času nosečnosti. Če se ravnamo po teh smernicah, lahko dandanes žena, tudi če je bila sifilitična, skoraj vedno rodi — zdravega otroka. Vendar pa je treba vseh dokazov, ki smo jih navedli, da je otrok zares zdrav. Samo v takem primeru ga ne zdravimo.

Če zanosi žena, ki sifilisa še nima ozdravljenega, to še ni vzrok za prekinitev nosečnosti. Ženo lahko v nosečnosti zdravimo in preprečimo okužbo ploda. Prav tako lahko dandanes ozdravimo tudi sifilitičnega novorojenčka. Vendar pa je bolje, da neozdravljena žena ne zanosi, dokler ni povsem zdrava.

Pri splošnem preprečevanju sifilisa veljajo smernice, ki smo jih tudi že bežno orisali. Dandanes, v naši današnji stvarnosti, ne sme biti sifilitičen človek skrito in asocialno bitje, ki bi kužilo po mili volji. Dolžan je svojo bolezen prijaviti. Če je ne, ga zdravstvena oblast odkrije, ko išče in večinoma tudi najde prvenski vir okužbe.

Preprečevanju vrojenega sifilisa s pridom služi tudi posvetovanje bodočih zakoncev in — staršev pred zakonom. Ravno tu pa lahko medicinska sestra na terenu stori veliko dobrega v prid našim ljudem, ki ponekod niso najbolj poučeni in prosvetljeni na tem področju.

Zdi se nam potrebno, da zlasti za čitatelje iz vrst zdravstvenih delavcev poudarimo tudi na tem mestu in ob problemu vrojenega sifilisa otrok nekoč in danes izredno važnost predporodne zaščite matere in predrojstvene zaščite otroka. Temeljni prijemi na tem področju so: snovanje dispanzerjev za žene in dviganje strokovne ravni posvetovalnic za nosečnice, pa tudi skrb za preventivno usmerjene strokovne kadre. Praktično je pri nas postala ravno posvetovalnica za žene tudi osnova posvetovalnice za zakonce. K temu delu pa bo treba v bodoče še bolj pritegniti zdravnike za otroke in psihologe, sociologe itd. Vse bolj kot naloga dispanzerjev in posvetovalnic za otroke, da izkoreninjajo prenekatero zlo že v kali, je to naloga posvetovalnice za žene in — zakonce. Tudi na primeru vrojenega sifilisa pri otroku lahko vidimo, da je ustanavljanje zaščitnih ustanov za predrojstveno zaščito trenutno najaktualnejša naloga zdravstvene zaščite otrok pri nas, v naših razmerah, za naše potrebe in — na naši stopnji splošnega in zdravstvenega razvoja.



# Ortopedija prve življenjske dobe

Prof. dr. Bogdan Breclj

## 4. Anomalije v razvoju otrokove drže

S tem poglavjem stopamo v prvo leto otrokovega življenja, v dobo prvih 12 mesecev njegovega telesnega in duševnega razvoja. Do nedavna smo nekaterim vsakdanjim in splošno znanim pojavom, ki jih v tej dobi srečujemo, posvečali le malo pažnje, še manj pa smo si poskušali raztolmačiti njihov pravi pomen in njihovo morebitno vzročno zvezo s številnimi obolenji, katerih prve znake opazimo mnogo kasneje, neredko šele v zreli življenjski dobi.

Za primer naj navedemo večini dobro poznane in v današnjem času čedalje številnejše pojave bolečin v križu, ishiasa, deformacij hrbtenice, ploskih nog ipd. Za ta in mnoga druga bolezenska stanja je nekdanja medicina iskala vzroke tako rekoč na kraju samem ali v neposredni okolici, vsekakor pa v organu samem, ki je bil prizadet. Le malo se je pri tem pomislilo na številne vezi, ki spajajo prizadeti organ z ostalim organizmom in ga povezujejo v organsko celoto. Z druge strani je tako gledanje privedlo do kaj preprostih zaključkov v pogledu etiologije omenjenih bolezenskih stanj, ki so jih smatrali povečini za posledico revme, slabe drže, stoječega poklica, nepravilne obutve in podobno.

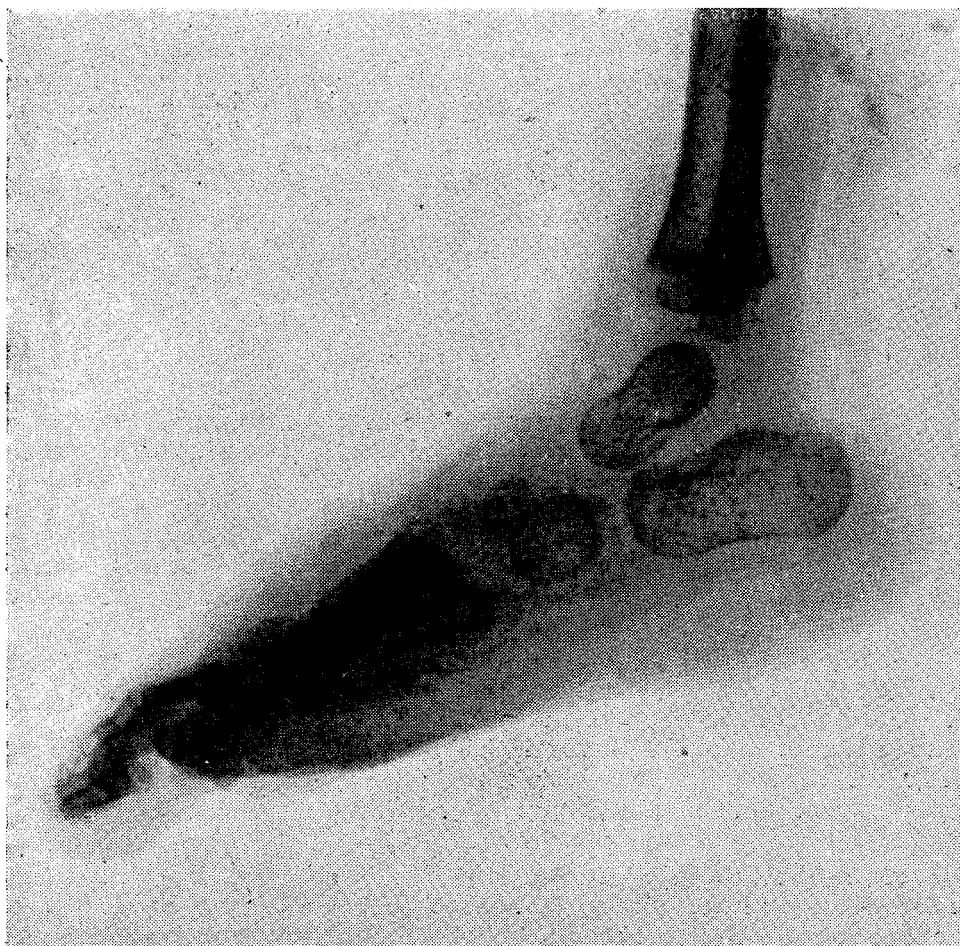
Danes bi se s tako enostransko razlago komaj še mogli zadovoljiti, čeprav vemo, da zastareli nazori še niso povsem odpravljeni in da v vsakdanji praksi še vedno zavirajo enotna in na novih dognanjih sloneča prizadevanja sodobne medicine.

Človekova pokončna drža kot rezultat postopnega, milijone let trajajočega razvoja, je postala znova torišče široko zastavljenega in sistematičnega raziskovanja — tokrat z vidika klinične patologije.

Naraščajoče število obolenj lokomotornega aparata je že pred dobrim desetletjem usmerilo pozornost ortopedov na vprašanja naše drže nasploh, posebej pa še na vprašanja, v kateri dobi in pod kakšnimi pogoji nastajajo prve nepravilnosti, spočetka neznatne in komaj opazne, ki se pa kasneje iz prvotnih funkcionalnih anomalij utegnejo razviti v prave deformacije.

Sistematične klinične in rentgenološke preiskave ter meritve so kmalu pokazale, da moramo iskati izvor raznovrstnih anomalij že v rani otroški dobi, v dobi najhitrejše rasti človekovega organizma. Sodobna ortopedija je spričo tega pričela pazljiveje spremljati otrokov telesni razvoj prav v prvem letu starosti in bolj kritično analizirati številne momente, ki utegnejo tako ali drugače vplivati na razvoj otrokove drže.

Med pomembne rezultate, ki jih je prinesel dosednji študij otrokove drže, štejemo ugotovitev, da se vsak tudi najmanjši odklon od norme, kjer koli se pač pojavi, prej ali slej pokaže na celotnem lokomotornem aparatu, ki je organsko povezana in nedeljiva enota. Ta ugotovitev je v očitnem nasprotju s tem, kar je doslej veljalo v simptomatiki vobče in kar je slonelo na postavki, da izvirajo vsakokratni bolezenski znaki iz neke določene motnje lokalnega značaja. V naših nadaljnjih izvajanjih bomo spoznali, da je motenj, ki bi imele samo lokalni značaj, prav malo in da je njihov pomen praviloma mnogo daljnosežnejši, kot smo mislili in kar nam bo na prepričljiv način objasnila vrsta pojavov, ki jih bomo obravnavali v zvezi z razvojem drže.



Rentgenogram stopala pri leto dni starem otroku. Vidna so koščena jedra skočnice (talus), petnice (calcaneus) in kosti v nartu, vendar je pretežni del skeleta še hrustančast

Med temi so pač na prvem mestu spremembe v zgradnji in motnje v funkciji stopala in posameznih njegovih delov. Šele novejša opazovanja so pokazala, koliknega pomena so n. pr. sploščanja stopalnih lokov ne le za statiko prizadetega stopala in nekaterih bližnjih sklepov, marveč za vso ekstremiteto in celo za trup. Stopalo nikakor ni le vznožje nosilnega stebra, marveč temeljni člen in sprožilna vzmet naše drže v celoti.

Stopalo zdravega novorojenčka je ob rojstvu sicer v anatomskem pogledu dograjeno, vendar je še podobno plastični masi, ki more privzeti tako ali drugačno obliko, kakršno ji bo pač določila funkcija, t. j. raba organa. Pogled na rentgenogram otroškega stopala nam jasno pokaže, da so kosti konec prvega leta starosti povečini še hrustančaste in zategadelj mehke. Spričo tega je razumljivo, koliknega pomena je v tej rani dobi pravilna in neovirana

funkcija, kajti vsakdanja raba in še posebej kasnejša obremenitev bosta prvenstveno usmerjali nadaljnjo rast in določili končno obliko stopala. Nikakega dvoma ni, da imajo številne nepravilnosti v strukturi in motnje v funkciji stopala, ki se pojavljajo v poznejših letih, svoj izvor v rani mladosti in da so posledica neopazanih in nekorigiranih, često neznatnih pričetnih okvar.

Čeprav je otroško stopalo ob rojstvu anatomsko dograjeno — vendar še ni dovolj krepko in ne čvrsto, da bi moglo nositi težo telesa. Za to svojo bodočo in glavno funkcijo se mora šele pripraviti, in to v prvih mesecih po rojstvu z intenzivnim gibanjem stopala, prstov in vse ekstremitete, kasneje pa z dviganjem od tal na kolena in komolce, s plazenjem in podobno. Svoobodno gibanje je v tej periodi nujna, fiziološka potreba mladega organizma in edina garancija, da se bo skelet razvijal pravilno, mišice in vezi pa istočasno jačile.

Otrok shodi običajno med 10. in 12. mesecem starosti in videli smo, da so v tej dobi stopalne kosti le deloma zavapnele, pri nekaterih pa se pojavijo koščena jedra šele nekaj let kasneje. Tudi ostala tkiva stopala so še nežna, mišičje še ni dovolj jako in vezi ne dovolj čvrste, da bi držale skelet stopala v nepopustljivi medsebojni zvezi. Skratka v času, ko se otrok prične spontano dvigati od tal in postavljati na noge, so njegova stopala še labilna in neodporna in mnogotere sile, ki pri hoji in stoji delujejo nanj, utegnejo v različnih statičnih pogojih pravilno ali kvarno usmerjati njihovo rast.

Naša pglavitna naloga je, budno spremljati to fazo razvoja, da ne bi spregledali motenj in nepravilnosti, ki često postanejo manifestne šele z obremenitvijo ekstremitete. Videli bomo, da lahko s pravočasno korekcijo nezkatne funkcionalne anomalije preprečimo kasnejšo nepopravljivo strukturno deformacijo. Znano je namreč, da preprečevanje ni le boljše od zdravljenja, marveč tudi mnogo lažje in enostavnejše.

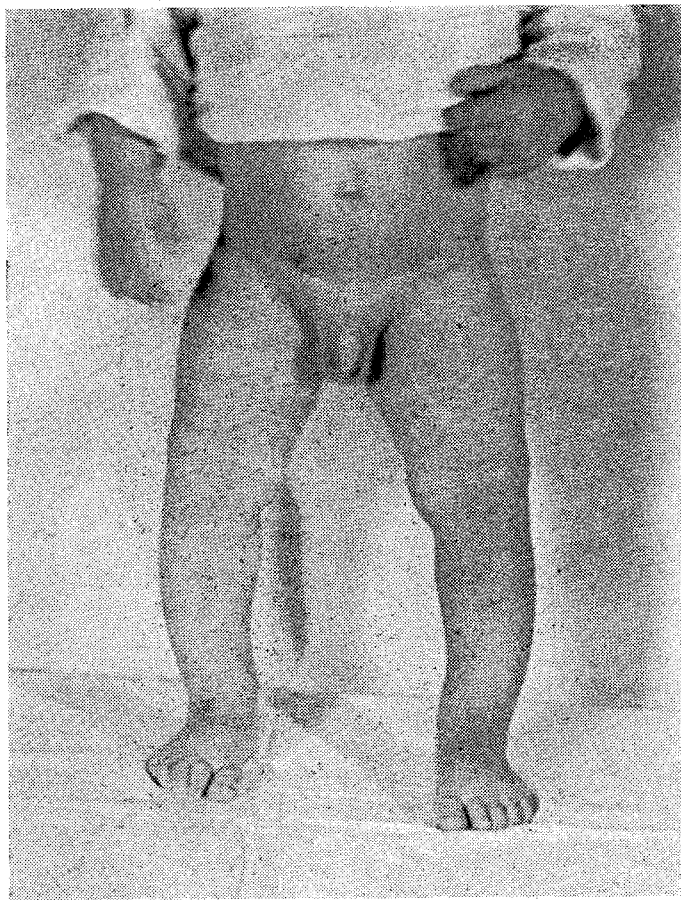
Po teh ugotovitvah bo tem bolj razumljivo, zakaj se sodobna nega tako odločno bori proti stari ukoreninjeni navadi povijanja novorojenčkov v trdne, negibne snope, kar preprečuje otroku edino muskularno aktivnost, ki je pri njem možna v tej rani dobi. Na srečo je otrokovo mišičje po navadi jačje od materinih povejev, otrok se kaj hitro izmota iz njih in je — v obup matere, a v svojo veliko korist — »stalno razbrčan«.

Nič manj škodljivo od povijanja v prvih mesecih ni prezgodnje postavljanje otroka na noge v poznejših mesecih. Če je prvo posledica nepoučenosti, je drugo mimo tega tudi plod neučakanosti in podobnih lastnosti staršev — seveda na račun in v škodo otrokovih nerazvitih stopal in ekstremitet, ki tej vsekakor prerani ambiciji roditeljev še niso kos. Diskusijo o tem, kdaj naj otrok shodi, bi najpametneje in enkrat za vselej zaključili s tem, da prepustimo odločitev otroku samemu, ki se bo pričel spontano dvigati od tal takrat, ko mu bo moč ekstremitet to dovoljevala. Zato ni in tudi ne more biti nekega določenega termina in individualne razlike bodo vselej odvisne od mnogoterih faktorjev, kot n. pr. splošnega zdravstvenega stanja, prestanih bolezni, stopnje razvitosti, telesne teže in podobno.

Leto dni in več potrebuje otrok, da se mu razvije občutek ravnotežja do tiste stopnje, ki mu omogoča samostojno lokomocijo. Kljub temu je od kraja

ta občutek še zelo rudimentaren, ravnotežje je labilno in otrok si instinktivno zagotovi širšo oporno ploskev s tem, da postavlja nogi široko narazen. Od tod značilna drža otrokova pri razkoračni stoji, kakršno vidimo na sliki.

Podrobnejše analize pa so pokazale, da taka stoja bistveno spreminja statiko samega stopala, pa tudi ekstremitet in trupa ter da istočasno premakne



Leto dni star, normalno razvit otrok stoji razkoračen zaradi pomanjkanja ravnotežja. Stopali sta rahlo zvrnjeni navznoter in stopalna loka nekoliko sploščena — kar je posledica prekomerne obremenitve notranjih polovic. To stanje je prehodnega značaja in se spontano popravi, kakor hitro otrok dobi ravnotežje

prijemališče težiščnice s prvotnega položaja proti mediani črti. Posledica tega je dvojna: na notranjo polovico stopala se prenaša večji del telesne teže in stopalo se prične zvrčati navznoter in navzdol (pronacija). Po drugi strani prično zaradi preobremenitve popuščati vezi notranjega, vzdolžnega stopalnega loka, ki se prične postopoma ploščiti. Vse kaže, kot da grozi popolno zrušenje arhitektonske zgradbe otrokovega stopala že po prvih poizkusih obremenitve.

Pojav, ki smo ga pravkar opisali, je v bistvu le prehodnega značaja. Občutek ravnotežja se prične v tej dobi hitreje vzpostavljati in izpopolnjevati in vzporedno z njim popravlja in izboljšuje otrok svojo pokončno držo. Stopali se pri stoju čedalje bolj približujeta, prijemališče težišnice se prične pomikati nazaj proti prvotnemu mestu in s tem popušča prekomerna obremenitev notranje polovice stopala. Kakor hitro odpade nepravilna obremenitev in se vzpostavi normalno statično stanje, se zvrnjeni notranji rob stopala zopet dvigne od tal in stopalni lok se ponovno usloči. Ob takih pogojih se stopalo kaj hitro opomore od pravkar opisanega stanjačasne insuficientnosti. Kmalu



14-mesečni otrok z nekorigirano deformacijo obeh stopal — še ne more stati brez opore. Deformacija obeh stopal se kaže na celotni otrokovi drži

bomo opazili, da pričenja otrok stopati tudi po prstih, fiziološko odvijati pri hoji stopalo od tal in pri tem pridobivati gibčnost in prožnost.

Spoznali smo nekatere fiziološke pojave iz prve razvojne faze otrokove drže, iz dobe, ko se pričenja postavljati na noge in tvegati prve korake, in si s tem pridobili potrebno osnovo za razumevanje patoloških stanj, ki jih bomo obravnavali v prihodnjih poglavjih. S tega vidika ne bo težko pravilno tolmačiti gornjo sliko, ki predstavlja otroka z nekorigirano deformacijo obeh stopal ter posledicami tega stanja, ki so vidne na celotni otrokovi drži — sliko, ki jo prikazujemo kot dokaz dosedanjih ugotovitev in kot uvod v naša nadaljnja opazovanja.

# Komplikacije pri zdravljenju z antibiotiki

Asist. dr. Bojan Varl

»Nova terapija — nova patologija!« — Prof. A. Schüpbach

Antibiotik je produkt živega organizma, ki drugim mikroorganizmom zavira rast (bakteriostatični učinek) ali pa jih uničuje (baktericidni učinek). Noben antibiotik ni naperjen proti vsem mikroorganizmom, nekateri imajo manjši, drugi pa večji akcijski radij (za te pravimo, da so polivalentni oziroma da imajo širok spekter učinka). Danes nam mehanizem v delovanju antibiotikov še ni povsem znan. Penicilin se veže najbrž s specifičnim receptorjem občutljive bakterije v stabilno spojino; posledica je motnja v presnovi nukleinske kisline in beljakovin. Podobno zavirajo sintezo mikroorganizmovih beljakovin bacitracin, kloromicetin, avreomicin in teramicin. Streptomycin blokira končno oksidativno razgradnjo ogljikovih hidratov.

Od vseh pridobitev moderne terapije najpomembnejša je vpeljava kemo-terapevtikov in antibiotikov. Sijajne rezultate antibiotične terapije poznamo iz obsežne literature, predvsem pa iz vsakdanjih izkušenj, tako da nam ni treba izgubljati besed o vrednosti in pomenu antibiotikov. Opozoriti pa moramo na senčne strani v današnjem stanju antibiotične dobe, predvsem pa na uničujoče posledice uporabe antibiotikov, kjer ni pravilne in utemeljene indikacije. Produkcija antibiotikov je ogromna. Leta 1951 se je pojavilo na trgu v ZDA 324 ton penicilina, to je 2 000 000 E na prebivalca; 167 ton streptomicina, količina, ki zadostuje za zdravljenje 1 milijona tuberkuloznih bolnikov eno leto, produkcija drugih antibiotikov pa prav tako ne zaostaja. Senzacionalna poročila v časopisih o novih pridobitvah medicine povzročajo razne nepravilne predstave in utvare pri bolnikih in njihovih svojcih, ki zahtevajo ob vsaki priliki antibiotike. Zdravnik, ki jim po pravilni presoji morda ne ustreže, je v njihovih očeh starokopiten in neveden, zaupanje bolnika do zdravnika je porušeno v pacientovo škodo. Dokaj razširjeno mnenje, da bodo antibiotiki iztrebili patološke klice, je v osnovi napačno in škodljivo.

Terapija z antibiotiki lahko privede do sledečih komplikacij in sopojavov:

1. Direktni sopojavi:

- a) toksični,
- b) alergični;

2. indirektni sopojavi:

- a) enterocolitis pseudomembranacea,
- b) pomnožitev rezistentnih piogenih stafilokokov,
- c) superinfekcije s proteusom in pseudomonas pyocyanea,
- č) mikotična obolenja (glivična),
- d) hipovitaminoze.

Toksični pojavi imajo vzrok v nečistosti preparata ali v njegovi izbirni napadalnosti na ta ali oni organ. Toksičnost penicilina je majhna, le v zelo visokih dozah lahko učinkuje nevrotoksično. Streptomycin in dihidrostreptomycin imata prav tako nevrotoksični učinek. Pri visokem doziranju so možne okvare sluha in vestibularnega aparata z vrtoglavicami, slabostjo, šumenjem v ušesih, opazili so pa tudi motnje v občutljivosti (neobičajni, neugodni občutki v obrazu, n. pr. zbadanje, mravljinčenje, glavoboli, otrplost) in spastične

ekstrapiramidalne znake (tremor, povečan tonus mišičja, krči itd.). Redkejšje so toksične okvare kostnega mozga, ki se kažejo v aplastični anemiji, v točkastih krvavitvah zaradi zmanjšanega števila trombocitov in v padcu levkocitov v periferni krvi do agranulocitoz. Kloramfenikol je poznan po svojem toksičnem učinku na kostni mozeg. Okvara se lahko pokaže šele nekaj tednov po terapiji, najprej s krvavitvami, nato pa s hudo aplastično anemijo. Driske in bruhanja so simptomi toksične okvare prebavil. Slične pojave po avreomicinu lahko zavremo z zauživanjem medikamenta z mlekom. Gastrointestinalne težave povzročajo tudi drugi antibiotiki iz skupine tetraciklina: teramicin, akromicin, tetracin. Pri intravenozni aplikaciji avreomicina in teramicina bolnik lahko kolabira tudi z letalnim izidom. Zaradi padca krvnega pritiska dajemo teramicin i. v. le v kapalni infuziji skupno s perifernimi analeptiki (adrenalin, simpatol, efedrin). Neomicin parenteralno vodi do okvar ledvic in sluha, bacitracin do okvar ledvic, polimiksin povzroči lahko otekline na mestu injekcije, srbež, včasih ataksije (motnje v harmoničnem delovanju mišic). Toksičnost antibiotikov je danes zaradi večje čistoče preparatov vedno manjša, preprečimo jo s pravilnim doziranjem.

Nečistoča preparatov povzroča tudi alergične pojave, ki morejo nastopiti prav tako zaradi hitrega uničenja bakterij, na katere je organizem senzibiliziran. Alergične manifestacije so malo odvisne od doze, važna je osebna konstitucija. Tako opažamo po penicilinu in streptomycinu eksanteme, urtikarijo, kontaktne dermatitise, angionevrotične edeme, alergične bronhialne astme in celo smrtni anafilaktični šok. Alergični pojav je tudi nenaden porast temperature pri terapiji s streptomycinom. Če v tem primeru ne prenehamo takoj z njegovo aplikacijo, nastopijo motnje s strani jeter in možgan. Otekanje vek je znak senzibilizacije na streptomycin tudi pri bolničnem osebju (3,5 % osebja). Alergične reakcije najbolje zdravimo s kortizonom, pri šoku moramo takoj vbrizgati i. v. epifedrin.

Največjega pomena pa so danes indirektni sopojavi in komplikacije terapije z antibiotiki. Antibiotiki, zlasti oni s širokim spektrom (teramicin, avreomicin, kloramfenikol, kloromicetin, neomicin, bacitracin), ne uničujejo samo povzročitelje v bolezni, ampak tudi normalne mikroorganizme kože, dihal in prebavnega sistema. Če ti mikroorganizmi v črevesju poginejo, se poruši bakteriialno ravnovesje. Ugonabljanje mikroorganizmov pa poteka v dveh fazah:

1. Izločitev za antibiotik občutljivih klic — predvsem kolimorfnih bakterij, važnih v tvorbi vitaminskega kompleksa B.

2. Nekatere proti antibiotiku odporne klice ne prenesejo pomanjkanja vitaminov in poginejo. Tako preživijo končno le klice, odporne proti antibiotiku in pomanjkanju vitaminov: pseudomonas aeruginosa, proteus, nekateri piogeni stafilokoki, candida albicans. Posledice, ki nastopajo po uničenju normalnih mikroorganizmov v črevesju, so predvsem: hipovitaminoze B s posledičnimi pojavi: stomatitisom, glositisom, težavami pri požiranju, srbežem danke, modnika in vulve, ter anemije. Zaradi hipovitaminoz pri terapiji z antibiotiki velikega akcijskega radija dajemo zato preventivno B kompleks. Morda je profilaktičnega pomena tudi dovajanje bacilov mlečne kisline (jogurt).

Največja nevarnost je v selekciji ali superinfekciji z rezistentnimi klicami. Stafilokok lahko povzroči difteroidne membranozne enterokolitise. Vzrok je v tem, ker so iz črevesja zginile koli bakterije, namesto katerih se je tod razrastel stafilokokus aureus, dalje igra pomembno vlogo avitaminoza, zlasti pa zmanjšana odpornost organizma. Zbole predvsem starejši, oslabeledi bolniki, bolniki

z okvaro parenhimskih organov (jeter, ledvic itd.) in bolniki po hudih operacijah. Komplikacija se pojavi v prvem tednu antibiotične terapije z močnimi, tudi krvavimi driskami z zvišano ali pa tudi z normalno temperaturo, izsušitvijo in hujšanjem; včasih so v ospredju obolenja znaki šoka. Komplikacija se utegne končati smrtno. Ta koleri slični sindrom opazujejo najpogosteje kot komplikacijo terapije z antibiotiki velikega akcijskega radija, zlasti pri peroralni terapiji zaradi nepopolne resorpcije in zato dolgotrajnega učinka v črevesju. Največ primerov psevdomembranoznega enterokolitisa je opisanih po teramicinu, manj po avreomicinu in kloromicetinu, najmanj po penicilinu, streptomycinu in sulfonamidih. Za uspešno zdravljenje je nujno, da se dovolj zgodaj ugotovi ta komplikacija antibiotične terapije. Bolnično osebo mora poznati prve znake tega obolenja, zavedati se mora, kaj pomenijo driske, bruhanja in slabosti pri bolniku z antibiotično terapijo. Zlasti je potrebna paznja pri starejših in oslabeledih bolnikih. Kakor hitro opazimo prve znake vnetja črevesja, moramo takoj prenehati z antibiotikom širokega spektra. Blato moramo takoj poslati v bakteriološko preiskavo in na določitev antibiograma. Eritromicin je danes najučinkovitejši proti rezistentnim stafilokokom, uničuje jih selektivno, njegov akcijski radij je podoben penicilinovemu. Eritromicin mora biti in ostati rezerviran za borbo proti rezistentnemu stafilokoku; številni avtorji svarijo pred njegovo zlorabo in opazujejo tudi že nanj rezistentne soje stafilokoka. V najnovejšem času so izolirali še en antibiotik proti rezistentnemu stafilokoku: rovamicin. Bolniku moramo nadomestiti izgubljeno tekočino in skrbeti za ravnovesje elektrolitov (infuzije s potrebno sestavo), preventivno dobiva analeptika, da se prepreči periferna oslabelost krvnega obtoka (kolaps), hrana mora biti bogata kalorij, beljakovin in vitaminov. Seveda pa morajo biti živila pripravljena v lahko prebavljivi obliki.

Z vedno širšo in večjo uporabo antibiotikov narašča širjenje rezistentnih piogenih stafilokokov. V Angliji in Ameriki so objavili številke, ob katerih se moramo zamisliti tudi mi in še o pravem času trezno gledati na nevarnosti, ki nam pretijo od neusmerjene antibiotične terapije. Razumljivo je, da se rezistentni stafilokoki pojavljajo zlasti v krajih velike uporabe, to je v bolnicah, ambulantah in drugih sanitetnih ustanovah. V angloamerikanski literaturi govore že o hišnih infekcijah; 70—80 % pacientov in personala je okuženih z rezistentnim stafilokokom. Tudi je med sestrami novinkami v začetku samo 4 % bacilonosk, po 3 tednih službe pa že 32 %. Rezistentni stafilokok se najraje naseli v nosu, koži in obleki, najdemo ga pa tudi v odejah in zraku. Hišne infekcije so v zapadnih državah vse pogostnejše; posledica so superinfekcije ran, težko ozdravljive furunkuloze, piodermije, panariciji. Osebe in bolniki obolevajo tudi v epidemijah. Jasno je, da moramo te kliconosce odstraniti iz operacijskih dvoran, da moramo zahtevati nošnje mask in z vso strogostjo ponovno uvajati pravila asepse, ki smo jih v antibiotični eri morda pričeli zanemarjati. V dobi rezistentnega stafilokoka se pojavlja ponovno slika sepse, spomini na čase Semmelweisa oživljajo znova. Stara lokalna terapija furunkuloze in drugih kroničnih piodermij skupno s kvasom in vakcinami se uveljavlja ponovno.

Superinfekcija ran, opeklin, sluznic s psevdomonasom postaja v naši dobi antibiotikov pogostnejša in opozarja k trezni uporabi antibiotikov in k strožji asepsi.

Redkejša so glivična obolenja, ki pa v naši dobi nedvomno naraščajo in zahtevajo tudi smrtve žrtve. Sem spadajo mikotična obolenja ust, požiralnika



in drugih prebavil, pljuč, urogenitalnega sistema in hude seapse. Diagnoza obolenja je dokaj težka, pomagajo nam poleg kliničnih preiskav še iskanja povzročitelja (kulture), kožni testi s specifičnimi antigeni in glivičnimi vakcinami, serološke reakcije in poizkus na živalih. Klasično terapevtično sredstvo je jod (kalij jodat, natrijev jodat), uporabljamo pa tudi gencianviolet, paraben, stilbamidin, od antibiotikov pa avreomicin in najnovejši antibiotik nystatin (fungicidin), v prodaji pod imenom mycostatin.

Pri visokih začetnih dozah antibiotikov so opažali toksične pojave zaradi preplavljanja organizma s toksini poginulih bakterij (primeri pri zdravljenju luesa s penicilinom in tifusa s kloromicetinom).

### Zaključek:

Antibiotiki so nedvomno ena največjih pridobitev moderne terapije in so odlično sredstvo v boju z mikroorganizmi. Zaradi številnih, celo smrtnih pojavov in komplikacij antibiotične terapije morajo biti resnično indicirani, terapija z njimi mora biti pravilno usmerjena, rabiti smemo le antibiotik, za katerega je mikroorganizem občutljiv (kulture, antibiogrami). Uporaba antibiotika pri banalnih infekcijah, raznih kataralnih obolenjih, pri nejasnem febrilnem stanju je nesmiselna in škodljiva. Bolezen mora biti vredna uporabe antibiotika. Zdravnik, ki uporablja antibiotike v zgoraj navedenih primerih, je podoben generalu, ki strelja s težkim topništvom na enega sovražnika na lastnem ozemlju (kakšna škoda, sovražnika pa morda niti ne zadene!). Gospodarske težave so za sedaj pri nas preprečile škodo, ki pa je v zahodnih deželah že očitna. Vsekakor se moramo zavedati, da smo na začetku nevarnega razvoja antibiotične terapije. Zato so potrebni nekateri varnostni ukrepi:

1. Uporabljal antibiotike le pri jasni indikaciji! Izbrati moramo antibiotik, ki bo po postavljeni diagnozi predvidoma učinkovit. Antibiogram nam kmalu potrdi ali ovrže domnevo. Izberemo, če le mogoče, antibiotik z majhnim razdijem učinka.

2. Antibiotik majhnega akcijskega radija moramo dati v ustrezno visokih dozah in v pravilnih presledkih, da dosežemo potrebno trajno koncentracijo v krvi.

3. Antibiotik širokega spektra pogosteje povzroča sopojuje, zlasti nevaren je stafilokokni enterokolitis. Zato priporočajo, da dajemo te antibiotike v porivih 2—3 dni s prav tolikšnimi vmesnimi odmori. Učinkovitost polivalentnega antibiotika se tako ne zmanjša, baje se celo zveča.

4. Diareje, slabosti, kolapsi so znaki stafilokoknega enterokolitisa. Prenehati moramo s trenutno rabljenim antibiotikom in pričeti terapijo te komplikacije. Ogroženi so predvsem starejši, oslabele in operirani bolniki.

5. Eritromicin moramo rezervirati le za infekcije z rezistentnimi stafilokoki.

6. Bolničnemu osebju, če je okuženo z rezistentnimi stafilokoki (potrebna je stalna kontrola!), prepovemo vstop v operacijske dvorane, uvajamo strogo asepsu in nošnje mask. Bolnik, ki zapusti bolnico, je v nevarnosti, da dobi »v dar« ne samo hepatitis, ampak tudi rezistentni stafilokok. Zato bi bilo nesmiselno z antibiotikom zdraviti tvoravost, ki se je pojavila po odpustu iz bolnice, ker gre zelo verjetno za infekcijo z rezistentnim stafilokokom. Seveda so poklicno izpostavljeni tvoravosti in drugim oblikam stafilokoknih infekcij zdravniki, sestre in pomožni personal.

7. Antibiotike kombinirajmo le v primerih istočasne infekcije z različno občutljivimi mikroorganizmi. Pri kombinaciji antibiotikov upoštevajmo njih sinergizem in antagonizem.

8. Za preprečitev hipovitaminoz dajemo preventivno preparate vitamina B. Upajmo, da bo dobra diagnostika in trezna terapijska presoja omejila posledice neusmerjenega dajanja antibiotikov, k čemur tako rada navajajo senzacionalna poročila časopisja in tovarniške reklame o moderni terapiji. Tako se nam v bolnicah ne bo več dogajalo, da bi bolniki bili razočarani, če ne dobe antibiotika, na katerega so bili psihološko pripravljene že na terenu. Biti moderen je hvaležno, a korak v škodljivo in smešno je zelo, zelo majhen.

#### Slovstvo:

1. F. Deucher, Schweiz. med. Wschr. 430, 85, 1955.
2. G. Bernhart, Ibidem, 1335, 82, 1952.
3. R. Leemann, A. H. Fehr, Ibidem, 723, 86, 1956.
4. A. Schüpbach, Ibidem, 911, 83, 1953.
5. A. Seen, P. Lundsquaard — Hansen, Ibidem, 432, 86, 1956.
6. J. Zajec — Satler, Zdrav. vest. 180, XXII. — 1953.

## Ftiziogeneza

F

Prav gotovo se je v več rentgenskih slikah ena sama bolezen. Denbolnikov, ki se ta čas videli, da si nista niti tuberkuloze, ki jih ti ftizo; napredovalo suši ali večkrat že zdravili; pa se tuze, ki bi jih tudi sprico današnjega zdravljenja morali smatrati za brezupne (desperatne).

Zato tudi ni nič čudnega, da se najizkušenejši ftiziologi že več desetletij ubadajo z razvrstitvijo (klasifikacijo) pljučne tuberkuloze, a se še do danes niso mogli dokončno sporazumeti. Prav zaveljo tega se včasih tudi primeri, da se diagnoze prav istega bolnika v več dispanzerjih glase povsem drugače. Na koncu koncev — mi boste ugovarjale — je vsa ta latinska oziroma grška navlaka za bolnika docela nepomembna, saj je zanj važno le dejstvo, da je jetičen; patronažna sestra pa bo prvenstveno hotela zvedeti, če je ta ali ona tuberkuloza odprta ali ne, da bo po teh podatkih mogla uravnati svojo dejavnost. Preveč nadrobna diagnoza, ki jo umeje komaj zdravnik specialist, za navadno rabo dispanzerjev zares ni potrebna. Vendar si bomo morali še nadalje prizadevati, da bomo govorili tako, da med nami ne bo nobenih nesporazumljenj.

Ko sem pred nekako osmimi leti predaval ftiziologijo v Šoli za medicinske sestre, sem vsako predavanje najprej sestavil, nato sem ga temeljito

\* Po predavanju na seminarju za dispanzersko srednje in nižje strokovno osebje na Golniku dne 14. IX. 1956.

## Inku sušice\*

aja, ki je zapored gledala o mnogovrstna je lahko ali rentgenske slike vseh je mnogo — potem bi si videli začetne pljučne mo; prehode v pljučno bolnikov, ki so se enkrat

7. Antibiotike kombinirajmo le v primerih istočasne infekcije z različno občutljivimi mikroorgani. Upajmo, da bo dolga uporaba antibiotikov upoštevaljivo njihov sinergizem in antagonizem.

8. Za preprečitev hude posledice neusmerjenega uporabe antibiotikov. Upajmo, da bo dolga uporaba antibiotikov senzacionalna poročila človeka, ki se nam v bolnicah ne bi smela pojaviti. Biti morajo antibiotika, na katerega človek uporablja, kateri so najučinkovitejši in kateri so najvarnejši. Upajmo, da bo dolga uporaba antibiotikov, na katerega človek uporablja, kateri so najučinkovitejši in kateri so najvarnejši.



Upajmo, da bo dolga uporaba antibiotikov senzacionalna poročila človeka, ki se nam v bolnicah ne bi smela pojaviti. Biti morajo antibiotika, na katerega človek uporablja, kateri so najučinkovitejši in kateri so najvarnejši. Upajmo, da bo dolga uporaba antibiotikov, na katerega človek uporablja, kateri so najučinkovitejši in kateri so najvarnejši.

#### Slovstvo:

1. F. Deucher, Schwe
2. G. Bernhart, Ibide
3. R. Leemann, A. H.
4. A. Schüpbach, Ibidem, 911, 83, 1953.
5. A. Seen, P. Lundsquaard — Hansen, Ibidem, 432, 86, 1956.
6. J. Zajec — Satler, Zdrav. vest. 180, XXII. — 1953.

## ftiziogeneza ali nauk o nastanku sušice\*

Prim. dr. Mirko Karlin

### Uvod

Prav gotovo se je marsikatera udeleženka tega tečaja, ki je zapored gledala več rentgenskih slik pljučne tuberkuloze, čudila, kako mnogovrstna je lahko ena sama bolezen. Denimo, da bi utegnili in bi si ogledali rentgenske slike vseh bolnikov, ki se ta čas zdravijo na Golniku — in teh je mnogo — potem bi videli, da si nista niti dve sliki povsem enaki. Tu bi videli začetne pljučne tuberkuloze, ki jih tudi z rentgenom komaj izsledimo; prehode v pljučno ftizo; napredovalo sušico; razne vrste poslabšanj pri bolnikih, ki so se enkrat ali večkrat že zdravili; pa še ftize, ki bi jih tudi spričo današnjega zdravljenja morali smatrati za brezupne (desperatne).

Zato tudi ni nič čudnega, da se najizkušenejši ftiziologi že več desetletij ubadajo z razvrstitvijo (klasifikacijo) pljučne tuberkuloze, a se še do danes niso mogli dokončno sporazumeti. Prav zaveljavo tega se včasih tudi primeri, da se diagnoze prav istega bolnika v več dispanzerjih glase povsem drugače. Na koncu koncev — mi boste ugovarjale — je vsa ta latinska oziroma grška navlaka za bolnika docela nepomembna, saj je zanj važno le dejstvo, da je jetičen; patronažna sestra pa bo prvenstveno hotela zvedeti, če je ta ali ona tuberkuloza odprta ali ne, da bo po teh podatkih mogla uravnati svojo dejavnost. Preveč nadrobna diagnoza, ki jo umeje komaj zdravnik specialist, za navadno rabo dispanzerjev zares ni potrebna. Vendar si bomo morali še nadalje prizadevati, da bomo govorili tako, da med nami ne bo nobenih nesporazumljenj.

Ko sem pred nekako osmimi leti predaval ftiziologijo v Šoli za medicinske sestre, sem vsako predavanje najprej sestavil, nato sem ga temeljito

\* Po predavanju na seminarju za dispanzersko srednje in nižje strokovno osebje na Golniku dne 14. IX. 1956.

strokovno in jezikovno prevejal, šele potem sem ga narekoval v stroj. Zdaj sem iz miznice izvlekel te spise, da bi jih uporabil za današnje predavanje. Toda glej! Ko sem jih začel prebirati, sem kmalu opazil, da so že močno zastareli. V tem času se ni temeljito spremenilo le zdravljenje pljučne jetike, marveč se je v marsičem predrugačil tudi naš pogled na nastajanje pljučne tuberkuloze.

### **Prva okužba z bacili tuberkuloze**

Ko je R. Koch leta 1882 izsledil bacil tuberkuloze (danes ga pravilno imenujemo *Mycobacterium tuberculosis*), so pri jetiki kot nalezljivi boleznini domnevali, da je vse odvisno od tega, s kakšno množino bacilov sta se oboleli človek ali žival okužila in kako strupeni (virulentni) so bacili. Zdaj, po tolikem času napetega raziskavanja, pa vse bolj in bolj ocenjujemo tudi kakovost, se pravi odpornost organizma, ki ga je bacil tuberkuloze napadel.

Glede števila bacilov, ki prihajajo v poštev za okužbo, je treba povedati, da gre naravna infekcija najpogosteje preko pljučnih mehurčkov (alveol), kamor morejo priti samo majhni delčki, denimo prahu, v katerem so prisušeni bacili. Premer končnih razcepov dušnic meri namreč le 10 mikronov. Če upoštevamo, da so bacili tuberkuloze dolgi nekako 3 do 5 mikronov, široki pa približno 0,5 mikrona, potem si lahko predstavljamo, da okužba z bacili ne more biti preveč množinska, čeprav pred nastankom preobčutljivosti lahko v človeškem telesu nastane več takih majhnih primarnih kotišč. Potemtakem je torej infekcija z veliko množico bacilov praktično nemogoča.

### **Razdelba jetike na stadije**

Še pred nedavnim smo potek tuberkuloze delili po Rankeju na tri stadije. V novejšem času se je ta razdelitev poenostavila: Danes ta dan govorimo le še o primarni in o postprimarni tuberkulozi. Ta razdelitev nam popolnoma ustreza, saj se vsaka od teh dveh stopenj razločuje po določenih lastnostih in po posebnem videzu.

### **Primarna tuberkuloza**

Kakor hitro se bacili tuberkuloze vgnezdijo na nekem kraju v telesu (recimo v pljučnih alveolah), nastane na tem mestu neko vnetje. Najbolj značilno za primarno jetiko pa je, da bacili, ki so izzvali to vnetje, ne ostajajo na kraju okužbe, marveč da se po mezigovnicah kaj kmalu preselijo v krajevne (regionalne) bezgavke. Tam izzovejo novo vnetje, ki se pa kakor prvo vnetišče pri večini okuženih izceli. To je tako imenovani primarni kompleks (prvotni splet). Ko zaopni, ga včasih vidimo na rentgenski sliki kot drobno, trdo senco v pljučih in kot ustrezne zaapnitve v hilusu. Če poteka prva okužba tako lahkotno (dobročudno), kot smo jo pravkar opisali, jo imenujemo nedolžno (benigno) primarno tuberkulozo.

Vsi okuženci pa niso tako srečni. Pri nekaterih se bacili jetike razširijo še na več drugih bezgavk na isti ali celo tudi na drugi strani pljuč, ki se prav tako tuberkulozno vnamejo. Ker pa se prvo vnetišče v pljučih zaceli zvečine že v nekaj tednih ali mesecih, more obolenje v bezgavkah trajati tudi po več

let. V teh primerih govorimo potem o nevarni (maligni) primarni tuberkulozi.

Pri tej priložnosti naj opozorim še na neko pravilo, po katerem nahajamo primarno vnetišče najpogosteje v srednjih in spodnjih pljučnih poljih, in na dejstvo, da se povzročitelji jetike v dobi primarne tuberkuloze prvenstveno širijo po mezgovnicah in po krvnih žilah (limfohematogeno).

### **Prirojena in pridobljena odpornost**

Da nekdo, ki se okuži z bacili tuberkuloze, oboli za nedolžno primarno tuberkulozo, si danes razlagamo največ s tako imenovano prirojeno (naravno) odpornostjo. Le-ta je po eni plati pogojena od telesnih sokov, po drugi strani pa od celic. Vse to proučujejo povečini na poskusnih živalcah, od katerih so nekatere zelo sprejemljive, druge malo sprejemljive, tretje pa celo nesprejemljive za okužbe z različnimi vrstami (tipi) bacilov tuberkuloze. Pri tem se je izkazalo, da so razne vrste živali, pa tudi posamezni primerki iste vrste lahko prirojeno odporni proti okužbi z določenimi tipi bacilov tuberkuloze. Opazili so pri njih tudi, da se okužišča kaj slabo zasirijo ali pa sploh ne, da je preobčutljivostni odziv tkiva malenkosten, da odporna živalca kaj hitro razgradi (prebavi) bacile tuberkuloze in da se infekcija prav malokdaj širi tudi v druge organe.

Pri prirojeno sprejemljivih (občutljivih) živalcah pa so te spremembe prav nasprotno.

Kakor vam je znano, postane organizem, ki se prvič okuži z bacili jetike, v nekaj tednih preobčutljiv (alergičen) za bacile tuberkuloze, obenem pa občutljiv za tuberkulin. S to alergijo pa telo pridobi tudi neko stopnjo odpornosti (imunosti) proti vnovični okužbi. Zato jo za razliko od prirojene odpornosti imenujemo pridobljeno imunost. Kakor veste, je to lastnost izkoristil A. Calmette (1863 do 1933), ko je snoval BCG cepivo.

Pomen alergičnega (preobčutljivostnega) odziva tkiva pri že okuženem človeku ali živali je v tem, da pri preobčutljivem posamezniku nastajajo okrog okužišča bolj obsežne vnetne in mrtvinske (nekrotične) spremembe kakor pa pri nealergičnih ljudeh ali živalih, ki razmnoževanje bacilov zavirajo bolj mehanično.

Pridobljena odpornost proti bacilom tuberkuloze je podobna prirojeni. Prvenstveno se kaže v tem, da zadržuje bacile na okužišču, da ovira njihovo razmnoževanje in da jih uničuje.

### **Postprimarna tuberkuloza**

Za časa primarne tuberkuloze preobčutljivost v napadenem telesu šele nastaja; z njo pa tudi neka pridobljena odpornost. V tem obdobju torej povzročitelji jetike lahko še nemoteno prodirajo po mezgovnicah v krajevne in bolj oddaljene bezgavke; po krvnih žilah pa celo v druge organe.

V postprimarni dobi ima organizem svoj obrambni sestav že izdelan. S pomočjo preobčutljivostno-vnetne reakcije in sorazmerne odpornosti alergično telo preprečuje, da se bacili ne morejo več tako kot v primarnem obdobju nemoteno širiti po mezgovnicah in po krvnih žilah. Zastran tega za časa postprimarne tuberkuloze tako rekoč ne vidimo več oteklih pljučnih bezgavk

in raztrosov po drugih organih telesa. Organizem, ki je v tem obdobju postal odporen, more brez večjih naporov in brez vidnih nasledkov na okužišču uničiti (razgraditi) tudi vse bacile, ki so zaradi superinfekcije prišli vanj od zunaj. Po današnjih naziranjih lahko bacili, ki so prišli v telo s superinfekcijo, padejo na rodovitna tla samo v tistih redkih primerih, ko sta preobčutljivost in pridobljena odpornost zaradi ozdravljenja primarne tuberkuloze že tako popustila, da se morejo bacili superinfekcije zopet neovirano razmnoževati. Prav isto se lahko zgodi tudi v primerih, kadar je odpornost organizma zaradi številnih zunanjih škodljivosti tako zelo oslabela, da ga povzročitelji jetike zalogijo tako rekoč čisto brez obrambe.

Pri primarni tuberkulozi smo rekli, da sedi primarni afekt zvečine v srednjem in v spodnjem pljučnem polju. To je nekako pravilo. Prav tako pa se postprimarna tuberkulozna vnetišča praviloma zakote skoraj vselej v pljučnih konicah. To dejstvo si danes razlagamo takole: V primarnem obdobju morejo bacili, kakor smo že omenili, napasti cel niz bezgavk v oprsju, pa tudi bezgavke pod prepono in v trebušnici. Medtem ko se obolenje v eni skupini bezgavk izceli, tli vnetje v drugih bezgavkah še več let potuhnjeno dalje in v ugodnem trenutku se bacili iz teh svojih zbiralnikov lahko razsejejo tudi po drugih krajih pljuč.

Ti zasevki pa se po nekem že pribitem pravilu največkrat zasejejo v pljučnih konicah ali malo pod njimi. Le-tod pogosto dražijo poprsnico (plevro), ki se na ta dražljaj odziva z vnetjem in z zadebelenjem. Ta skrita (latentna) vnetišča morejo po več let naskrivaj neopaženo tleti, ne da bi se popolnoma izcelila. Če pa se pod vplivom raznih nevšečnosti, ki slabe obrambnost telesa, ta kotišča živih bacilov razplamene, lahko pride do razpada že zasirjenega tkiva, ki prodre v dušnico in s tem preide primarna tuberkuloza v postprimarno. Bacili, ki so se za časa primarne tuberkuloze zasejali v apikalnih kotiščih, postanejo na ta način povzročitelji postprimarne jetike pod ključnico.

To naziranje je ovrglo tudi domnevo o nastanku tako imenovanih zgodnjih infiltratov, ki so še do nedavnega veljali za začetek pljučne sušice (ftize). Nastali naj bi zaradi superinfekcije. Zato pravi prof. M. Grujić o zgodnjih infiltratih, da v resnici niso niti zgodnji niti začetni niti superinfektni, marveč so le izraz razplamenenja začetnih — spodbudnih vnetišč, ki so se kot zasevki po krvi za časa primarne tuberkuloze namestili v pljučnih konicah ali pod njimi.

### Še nekaj drugačnih trditvev

Na koncu predavanja moram omeniti še nekaj drugih nazorov o ftizogenezi, ki ne soglašajo povsem z našo dosedanjo razlago. Tako je patološki anatom Ph. Schwartz začel v zadnjem času po svoje obravnavati razvoj pljučne sušice. Njegov nauk, o katerem je prvič spregovoril leta 1952, se oslanja na naslednje trditve:

Kronična pljučna jetika je pri človeku v bistvu krožno (ciklično) potekajoča bolezen, ki napada zlasti bezgavke in ki s predorom zasirjenih bezgavk v sapnice (bronhije) povzroča pri otrocih in pri odraslih pomembne spremembe na pljučih. Le-te obstajajo iz razprostranjenih aspiracijskih infiltratov v ustreznem pljučnem sektorju, iz razmehčanj in iz brazgotinskih preobrazb pljuč, ki sodijo k odločilnim činiteljem oblikovanja pljučne jetike nasploh. Iz sirastih bezgavk, ki so prodrle v bronhije, lahko nastajajo tudi kaverne. V bronhialnem

drevesu se vnetišča pozneje zacelijo z brazgotinami. Če ne pride do končnega ozdravljenja, ampak do oživitve (reaktivacije) obolenja, se stvarjajo nove bezgavčne bolezenske spremembe, ki lahko znova prodro v sapnice in v pljučih povzročajo nove aspiracijske spremembe. Schwartz izrecno poudarja, da je vsak primer aktivne pljučne tuberkuloze v zvezi z neko tuberkulozno bezgavko. O tej podmeni (hipotezi) se v znanstvenem svetu še mnogo razpravlja.

Predor bezgavk v sapnice pravzaprav ne nasprotuje našim razmišljanjem o nastanku tuberkuloze, saj smo zgoraj omenili, da je organizem nekaj časa po okužbi v skrajni pripravljenosti za vnetje in da so tedaj v telesu lahko tudi še nabrekle bezgavke, ki so preostale od primarnega kompleksa. Schwartzovi domnevi, da je prav vsaka pljučna jetika nasledek nekega bezgavčnega predora v sapnice, pa ne moremo povsem pritrditi.

Druga podmena o nastanku pljučne tuberkuloze je prišla iz Italije in iz Francije. Tako sta Constantini in Campani mnenja, da pri okužbi z jetiko ni obvezno, da pridejo bacili z vdihom v alveole, marveč da bele krvničke (makrofagi) pograbijo bacile tuberkuloze, ki obtiče na sluznicah sapnika ali večjih in manjših sapnic ter jih nato po mezigovnicah prenašajo v bezgavke, ki se zaradi tega primarno vnamejo; pljučna obolenja pa nastajajo šele sekundarno, in sicer iz hilusnih bezgavk. Podobno mnenje imajo v Franciji Courilsky in drugi. S kolikor mogoče natančno kontrolo so pri 71 bolnikih ugotovili, da tretjina teh pacientov ni niti klinično niti rentgenološko kazala primarnega afekta v pljučih, pač pa samo otekle hilusne bezgavke. Klasični primarni kompleks so videli le pri tretjini svojih bolnikov.

K tem trditvam bi pripomnili samo to, da je takšna primarna okužba sicer možna, da pa bržkone ni tako pogostna.

Za zaključek lahko rečemo, da je ftiziogeneza važen del celotnega nauka o tuberkulozi in da je prav, če se z novejšimi nazori o nastanku sušice spoznajo tudi naše patronažne sestre, ki imajo dan za dnem opravka z jetiko.

## Nekaj o

Jeseni leta 1948 se akcija zaščitnega cepljerstvena služba s sodelov ob vsestranski pomoči d ljeval Center za besežir: niku. Leta 1952 pa se je tralnem antituberkulozn dvema sestrama kot sta kartoteke, ki so jo od

vseh mogočih zdravstvenih in nezdravstvenih ustanovah. Da, še danes dobivamo snope založenih kartotek. Ob urejevanju te kartoteke je bilo nešteto kartonov v dveh, treh ali tudi več izvodih. Z raznimi reorganizacijami in s povečanjem teritorija sta se področje in delo tega oddelka zelo razširila, zlasti z

## bežiranju\*

ožična, še kampanjska je izvedla naša zdravmnožičnih organizacij letu 1949 je delo nada: a tuberkulozo na GolPri ljubljanskem Cen: ddelek za besežiranje z je bilo z urejevanjem mogočih mestih in po

\* Predavanje v seminarju za dispanzersko strokovno osebje dne 14. IX. 1956 na Golniku.

drevesu se vnetišča pozneje zacelijo z brazgotinami. Če ne pride do končnega ozdravljenja, ampak do oživitve (reaktivacije) obolenja, se stvarjajo nove bezgavčne bolezenske spre- ) v sapnice in v pljučih povzročajo nove aspir izrecno poudarja, da je vsak primer aktivne g ravko. O tej podmeni

Predor bezgavk v o nastanku tuberkulozi okužbi v skrajni priprav še nabrekle bezgavke, domnevi, da je prav v dora v sapnice, pa ne

Druga podmena o Francije. Tako sta C z jetiko ni obvezno, c

krvničke (makrofagi) p- nika ali večjih in manjših sapnic ter jih nato po mezgovnicah prenašajo v bezgavke, ki se zaradi tega primarno vnamejo; pljučna obolenja pa nastajajo šele sekundarno, in sicer iz hilusnih bezgavk. Podobno mnenje imajo v Franciji C o u r i l s k y in drugi. S kolikor mogoče natančno kontrolo so pri 71 bolnikih ugotovili, da tretjina teh pacientov ni niti klinično niti rentgenološko kazala primarnega afekta v pljučih, pač pa samo otekle hilusne bezgavke. Klasični primarni kompleks so videli le pri tretjini svojih bolnikov.

K tem trditvam bi pripomnili samo to, da je takšna primarna okužba sicer možna, da pa bržkone ni tako pogostna.

Za zaključek lahko rečemo, da je ftziogeneza važen del celotnega nauka o tuberkulozi in da je prav, če se z novejšimi nazori o nastanku sušice spoznajo tudi naše patronažne sestre, ki imajo dan za dnem opravka z jetiko.

## Nekaj o našem delu pri besežiranju\*

Med. s. Cirila Leskošek

Jeseni leta 1948 se je začela v Sloveniji prva množična, še kampanjska akcija zaščitnega cepljenja proti tuberkulozi. To akcijo je izvedla naša zdravstvena služba s sodelovanjem Rdečega križa in drugih množičnih organizacij ob vsestranski pomoči danske ekipe za besežiranje. Po letu 1949 je delo nadaljeval Center za besežiranje, ustanovljen pri Inštitutu za tuberkulozo na Golniku. Leta 1952 pa se je Ljubljana osamosvojila prva. Pri ljubljanskem Centralnem antituberkuloznem dispanzerju se je osnoval oddelek za besežiranje z dvema sestrama kot stalno ekipo. Mnogo preveč truda je bilo z urejevanjem kartoteke, ki so jo od prejšnjih akcij imeli na vseh mogočih mestih in po vseh mogočih zdravstvenih in nezdravstvenih ustanovah. Da, še danes dobivamo snope založenih kartotek. Ob urejevanju te kartoteke je bilo nešteto kartonov v dveh, treh ali tudi več izvodih. Z raznimi reorganizacijami in s povečanjem teritorija sta se področje in delo tega oddelka zelo razširila, zlasti z

\* Predavanje v seminarju za dispanzersko strokovno osebje dne 14. IX. 1956 na Golniku.



novo ureditvijo Ljubljane po komunah. Način dela se je z leti menjal in po izkušnjah izpopolnjeval. Preden bi govorila o sami tehniki dela, bi še pripomnila, da so akcije BCG (izg. beseže) ponekod v Ljubljani, posebno v osrčju mesta, naletete žal na nerazumevanje in odpor, ki se še do danes, kljub predavanjem in člankom, ni polegel prav do kraja. Vzrokov je mnogo, eden prvih med njimi pa je nezanimanje zdravstvenega kadra ali celo njegov negativistični odnos. Delno velja to tudi za prosvetni kader, ki je pa v celoti boljši od zdravstvenega. V zvezi s tem oziroma zaradi tega se mora delo izvajati tehnično do pike natančno, prav tako tudi vse priprave, kot predavanja, pravi len stik s prosvetnim kadrom, natančnost in točnost v kartotečnem materialu in tako dalje.

Znano je, da je za določevanje alergije pred vsakim besežiranjem potrebno testiranje s tuberkulinom. Do nedavna smo delali perkutani Morojev preizkus tudi pri šolski mladini. Od leta 1953 pa se dela ta preizkus samo pri otrocih do treh let. Kadar je ta preizkus negativen, se naredi še intradermalni preizkus z Mtx I. (izgovarjaj mantú I.; po francoskem zdravniku Mantoux), pri katerem vsebuje 0,1 ccm tuberkulinske razredčine 1 tuberkulinsko enoto. Seveda pri novorojenčkih ni potrebno delati tuberkulinskih preizkusov, temveč takoj vakciniramo. Na to opozarjam, ker je iz dnevnih poročil o besežiranju vidno, da ponekod delajo pri novorojenčkih tuberkulinske preizkuse. Tehnika testiranja z obližem po Moróju je enostavna in za to ni potrebna posebna praksa. Potrebna so le točna navodila staršem. Kapljica tuberkulinske masti na obližu, ki ga prilepimo na kožo levega oprsja pod ključnico, zadostuje, da po 72 urah odčitamo rezultat. Obliž morajo starši odstraniti po 24 urah, toda mesto, kjer je bil obliž, se ne sme umivati. Koža, kamor prilepimo obliž, mora biti zdrava in čista, t. j. brez izpuščajev. Da smatramo reakcijo za pozitivno, morajo biti na mestu testiranja vsaj tri papule. Ne zadostuje samo ogled kože, temveč moramo tudi rahlo palpirati. Pri nejasnih primerih moramo gledati s povečevalnim steklom. Danes delamo pri vseh osebah nad tremi leti starosti le Mtx-teste, in sicer: najprej Mtx I, ako pa je le-ta negativen, še Mtx II. Ta način se je do sedaj izkazal kot najprimernejši in najzanesljivejši, vsaj za ljubljansko visoko zahtevno prebivalstvo. Mtx-test delamo med dorzalnim in volarnim delom levega podlaktá, toda ne preblizu komolčnega sklepa. Paziti je treba, da injiciramo strogo intradermalno v velikosti 8 mm papule. Količine tuberkulina v brizgalki ne moremo meriti na mm, ker še tako dobra brizgalka pri vbrizgavanju zaradi močnega pritiska v medkožne plasti propušča del tekočine za bat brizgálke. Odčitavamo po 72 urah, nikakor pa ne prej. Reakcijo moramo meriti z milimetrskim merilom in mora obsegati najmanj 6 mm velik infiltrat, da jo smatramo za pozitivno. Od 0—6 mm se reakcija smatra za negativno kljub majhnemu infiltratu in eritemu, ki ga vidimo in otipljemo in ki je nastal zaradi travme kože po vbodu. Rdečica sama torej še ne pomeni pozitivne reakcije. Tudi za drugi test z Mtx II. je količina tuberkulina ista. Drugi test delamo vedno n a d prvim v razdalji 2 cm. Večkrat opazimo, da se po drugem Mtx-testu pokaže na mestu prvega naknadno pozitivna reakcija. Taka oseba je seveda že alergična, okužena z bacilom tuberkuloze, le reakcija je bila zapoznela. To se zgodi večkrat tudi po testiranju z Mtx I, da postane prejšnji negativni Moró naenkrat pozitiven in imenujemo to retrogradno reakcijo. Pri vseh večjih primarno pozitivnih reakcijah na Mtx, n. pr. v velikosti 10—14 mm ali celo več, napotimo prizadete osebe na kontrolni rentgenski pregled v dispanzer. V nekaterih takih pri-

merih se je že na ta način odkrilo tuberkulozno obolenje. Posebno pozornost je treba posvetiti osebam iz kontakta s tuberkuloznim bolnikom. Te osebe so včasih morda še v predalergični fazi in niso še sposobne reagirati na tuberkulinski preizkus. Takih primerov ne smemo takoj vakcinirati, temveč jih moramo po 6 tednih ponovno testirati. Šele tedaj se pokaže pravo stanje. Naj navedem primer: mati je zbolela za svežim tuberkulinskim procesom na pljučih. Pri enoletnem otroku, ki je bil takoj izoliran, smo napravili Morojev test, toda reakcija je bila negativna. Kljub temu da se je takrat cepilo takoj samo na Morojev preizkus, otroka nismo cepili, temveč smo ga rajši čez 6 tednov testirali ponovno. Sedaj je bila reakcija na ta preizkus, močno pozitivna, dokaz, da je bil otrok že prej okužen, toda pri prvem preizkusu še v predalergičnem stanju. Umrl je v bolnici za tuberkuloznim meningitisom.

Veliko pozornost moramo posvetiti samemu cepljenju. Cepimo v levo ramo, malo niže pod akromionom, strogo intradermalno. Papula naj bo velika 8 mm. Ako ne cepimo strogo intradermalno, se lahko dogodi, da zaide cepivo po limfnih poteh v bezgavke na vratu ali v pazduhi, ki potem otečejo in zahtevajo včasih celo dolgotrajnega zdravljenja. Na mestu cepljenja na rami se drugi dan naredi rdeča papula, ki kmalu izgine. Po treh tednih nastane majhen infiltrat, ki se ognoji (kar je normalno) in od koder se izceja gnoj, nakar se ranica zapre in zopet odpre. To traja individualno različno, od 3—6 mesecev in je popolnoma pravilno; kasneje po zacelitvi zapusti majhno brazgotinico. Besežiranci iz let 1948 in 1949 imajo precejšnje, izbočene brazgotine, ki so pogosto na neprimer- nih mestih rame. Tudi gnojenje je tistikrat trajalo dalj časa, verjetno zaradi sekundarne infekcije ali pa pregloboko injicirane vakuine, kar pri tempu tedanjega množičnega dela ni čudno. Kakor ne moremo vnaprej določiti dobo postvakcinalnega gnojenja, tako tudi ne moremo reči, kako dolgo bo trajala vakcinalna zaščita. Vse to je individualno. Po naših opazovanjih traja zaščita z našo vakcino največ 2 leti, ponekod in včasih celo samo pol leta. Take izkušnje imajo tudi nekateri vojaški zdravniki pri nas.

Imamo primere iz kontakta, ki jih moramo večkrat v odrejenih rokih besežirati, ker se kljub stalnemu kontaktu primarno ne okužijo. Iz tega vidimo, da posebna izolacija besežiranega kontakta ni potrebna. Po težavah in izkušnjah, ki smo jih imeli pri akcijah BCG v Ljubljani, lahko rečemo, da se je najbolj obneslo testiranje z dvema preizkusoma, pa naj bo to pri prvem cepljenju ali pri revakcinaciji. To se je zlasti izkazalo pri zadnji vakcinaciji visokošolcev, ko smo delali z jakostno vmesno (single) probo. Pri že vakciniranih, kjer je bila brazgotina vidna, smo testirali z Mtx I. v bližini brazgotine in dobili odstotek pozitivnih reaktorjev nekoliko večji kakor bi ga sicer, če ne bi dali cepiva v bližino brazgotine. Pri visokošolcih, ki so bili po tem načinu negativni, smo nato delali še Mtx II, ki je sedaj še v več primerih pokazal pozitivnost. Zato smo mnenja, da single test, ki je za delo sicer praktičnejši, za naše, predvsem ljubljanske razmere, ne zadošča, ker daje v premajhnem odstotku zaželene rezultate in so možnosti za neprilike večje.

Ves potrebni material za Mtx-teste naročamo pri Higienem zavodu v Zagrebu. Tuberkulinske razredčine se sicer drže en mesec, toda izkazalo se je, da so tem manj zanesljive, čim starejše so, in da njih vrednost že po prvih 15 dneh izredno hitro pada. Stekleničke moramo hraniti na temnem in hladnem prostoru. Isto velja za vakcino, le da traja ta samo 14 dni. Naročamo jo pri Higienem zavodu v Beogradu. Z naročilom materiala za Mtx-teste sicer ni težav, imeli smo jih pa že več z naročanjem vakuine, zlasti glede hitre in

pravočasne dobave, kar je zelo važno ob času akcij na terenu. Zato priporočamo, da se v času akcij naroča material brzojavno. Tudi je priporočljivo, da se vakcina večkrat bakteriološko kontrolira zaradi kratke obstojnosti in pa krajevne oddaljenosti.

Pri vsem testiranju in besežiranju pa ni važna le pravilna in natančna tehnika, temveč je velikega pomena tudi kartoteka, s katere je razvidno vse dosedanje delo pri posamezniku. Le na podlagi točne evidence in zapiskov lahko vakcinator ugotovi, ali je nekdo že bil kdaj besežiran in kolikokrat je bil oziroma ali je že bil primarno okužen. V nekaterih primerih brazgotina na rami ni vidna, ker je količina vakcine bila premajhna ali pa vakcine v steklenički pred uporabo morda niso dobro pretresli, kar je tudi važno. Pri osebah, ki so alergične že po naravni okužitvi in so v kartoteki označene kot primarno pozitivne, ni potreben pri ponovnih akcijah preizkus. In če kartoteka ni točna, tudi dnevna oziroma sumarna poročila ne morejo biti. Vzemimo akcijo iz let 1948—1949. Opazili smo, da so otroci, ki so bili zajeti po raznih ekipah, imeli dvojno kartoteko, kjer je bilo na eni zabeleženo, da so besežirani, na drugi pa, da so primarno pozitivni. Z leti smo pri našem delu prišli do zaključka, da se kartoteka najbolje in najtočneje vodi v sklopu protituberkuloznega dispanserja, ker je na ta način možna točna evidenca nad besežiranci in je v primeru morebitnih specifičnih obolenj ta dokumentacija posameznika zaradi terapije važna za lečečega zdravnika. Iz kartoteke je razvidno, kaj se je pri kom napravilo, in z lahkoto potem zavrremo morebitne pomisleke, češ: »Besežiran je bil, pa je zbolel,« ko na kartoteki vidimo, da je bil narejen samo preizkus, ki je bil pa pozitiven. S tem v zvezi je nujno potrebna zahteva, da se izdajajo pri vsaki akciji potrdila o izvršenem delu, pa naj gre za besežiranca ali za primarno pozitivnega. Opozoriti je treba starše, da te izkaznice dobro hranijo, ker jih bodo kasneje večkrat potrebovali, tako za akcije kakor pri ambulantnih ali dispanzerskih zdravnikih.

V referatu sem omenila težave, ki jih ima naš oddelek za BCG pri akcijah po šolah in pri mladini splošno. Pričakovali bi v mestu s pretežno večino meščanstva in inteligence več uvidevnosti in razumevanja, doživljamo pa ravno nasprotno. Razliko občutimo že med šolami v centru in periferijo mesta: tod poteka akcija skoraj brez kakršnih koli ovir, medtem ko je v centru mesta delo zelo otežkočeno. Izjave in potrdila z željo, da naj se ne besežira, prihajajo od vseh mogočih oseb, žal celo od zdravstvenega kadra, pri katerem bi pričakovali največ pomoči in podpore. Po tistih šolah, kjer prosvetni kader z razumevanjem in s pravilnimi nasveti staršem aktivno podpira izvedbo akcije, nam je delo olajšano in je tudi rezultat odziva večji, s tem pa seveda tudi zaščita prebivalstva pred tuberkulozo. Nerazumljivo je, od kod pri zdravstvenem in prosvetnem kadru ta negativni odnos do besežiranja. Spričo tega tudi ne moremo pričakovati, da bi na zaželeno razumevanje naleteli pri starših in ostalem prebivalstvu. Tako so na dnevnem redu vsi mogoči izgovori, največkrat neutemeljeni in neupravičeni, dostikrat naravnost smešni, včasih pa izraženi celo v žaljivem tonu. Predavanja staršem in posveti z učiteljstvom pred posameznimi akcijami niso zalegli kaj prida, pri starših še celo ne. Do sedaj se sicer sankcije niso izvajale, razen v redkih primerih, toda sedanja navodila Sveta za zdravstvo LRS so že drugačna, seveda le za utemeljene primere, kadar prepričevanje ljudi z zadostno inteligenčno oziroma primerno profesionalno stopnjo ni zaleglo. Glede komplikacij, o katerih se vse pre pogosto govori, pripominjam, da

jih sploh ni bilo, ker dela ekipa skrajno obzirno in previdno.. Zato bi kakršne koli govorice v nasprotnem smislu bile docela neutemeljene.

Končno naj navedem še nekaj števil, iz katerih je razvidno delo ljubljanskega oddelka za besežiranje, in sicer od leta 1952 pa do danes. Skupno število planiranih je bilo 46 040 oseb. Od tega je bilo zajetih 34 043 ali 73,9%, pozitivnih je bilo 16 888, od katerih je bilo naravno pozitivnih 7089, negativnih 17 155 ali 50,39%, besežiranih je bilo 10 606 ali 61,82%. Pripominjam, da tu niso všteti primeri, ki jih pošiljajo dispanzerski in drugi zdravniki individualno zaradi diagnostike ali besežiranja, kar tudi znese že nekaj sto primerov.

Iz vsega tega vidimo, kolikšne važnosti je pravilna tehnika dela in točno vodenje kartoteke BCG. Le z natančnim in vestnim delom se bomo izognili neprijetnim posledicam, omalovaževanju akcij za besežiranje in tako polagoma preprečili tudi negativistične govorice, s čimer bo skupnost ogromno pridobila v borbi proti tuberkulozi.

## O pravilni s

Čedalje očitnejša je in dopovedni slovenski dispanzerskega oddelka Inštituta seminarja tudi predavara

Ni prvič, da se na »stveni vestnik«, glasilo danes že pokojni Mirko se pokojnega nestorja s njamo, saj je s tega pod bi ga gotovo vesel. Saj je vse življenje z njemu lastno prizadevanjstjo in prizadetostjo stal na braniku za lepo in pravilno slovensko strokovno besedo in nam vsem kazal pot v pravo smer, stran od jezikovnih zablod, površnosti in jezikovne nemarnosti.

Njegovo dediščino je prevzela Slovenska akademija znanosti in umetnosti, ki v svojih strokovnih sekcijah oblikuje ustrezno strokovno besedje.

Če se preko znanih imen Homan — Plečnik — Černič — Košir — Hribar — Karlin — Pertl in drugih razgledamo po tem področju strokovno-jezikovne dejavnosti, se nujno vprašujemo, kje smo dandanes in da li nas popelje pot navkreber ali po tolikernih truda polnih prizadevanjih spet navzdol.

Takoj naj povem, da si dandanes ne prizadevamo več za to, da bi po vsi sili skušali kar zapovrstjo sloveniti strokovne terminuse. Ne ustavljamo se več, da bi tratali čas z iskanjem ustreznih oznamenovanj po starih besedjakih, z uvajanjem arhaičnih oblik v strokovno besedje, da bi oboroženi z njimi vsak s svojo malho presenetil in prelisičil svojega sobojevnika. Predvsem gre za pravilno jezikovno presojo novih potrebnih strokovnih izrazov; da li so tvorjeni pravilno po jezikovnih zakonih, da li so dopovedni, jasni in živi že ob rojstvu.

## erski službi\*

avstveni besedi, po čisti tje prizadevanje dispan-ko je uvrstil v program nzerski dejavnosti.

svoj čas doma »Zdrav-em je prihajal v goste ih dobrin. Prav je, da o tej priložnosti spomi-vo po njegovi smrti. Bil

\* Predavanje v seminarju za dispanzersko strokovno osebje dne 14. IX. 1956 na Golniku.

jih sploh ni bilo, ker d  
koli govorice v nasprot

Končno naj naved  
ljanskega oddelka za k  
število planiranih je bi  
pozitivnih je bilo 16 888  
17 155 ali 50,39%, bese  
niso všteti primeri, ki  
alno zaradi diagnostike

Iz vsega tega vidin  
vodenje kartoteke BCC  
neprijetnim posledicam  
goma preprečili tudi ne  
dobila v borbi proti tuberkulozi.



evidno.. Zato bi kakršne  
ljene.

je razvidno delo ljub  
2 pa do danes. Skupno  
zajetih 34 043 ali 73,9%,  
ritivnih 7089, negativnih  
%. Pripominjam, da tu  
ugi zdravniki individu-  
že nekaj sto primerov.

a tehnika dela in točno  
delom se bomo izognili  
sežiranje in tako pola-  
skupnost ogromno pri-

## O pravilni slovenščini v dispanzerski službi\*

Dr. Franjo Smerdu

Čedalje očitnejša je potreba po lepi in dognani zdravstveni besedi, po čisti in dopovedni slovenski besedi. To nam še posebej potrjuje prizadevanje dispanzerskega oddelka Inštituta za tuberkulozo na Golniku, ko je uvrstil v program seminarja tudi predavanje o slovenskem izrazju v dispanzerski dejavnosti.

Ni prvič, da se na Golniku govori o tem. Tu je bil svoj čas doma »Zdravstveni vestnik«, glasilo slovenskega zdravništva. In sem je prihajal v goste danes že pokojni Mirko Černič s polno bisago jezikovnih dobrin. Prav je, da se pokojnega nestorja slovenske zdravstvene besede ob tej priložnosti spominjamo, saj je s tega področja pri nas to predavanje prvo po njegovi smrti. Bil bi ga gotovo vesel. Saj je vse življenje z njemu lastno prizadevanostjo in prizadetostjo stal na braniku za lepo in pravilno slovensko strokovno besedo in nam vsem kazal pot v pravo smer, stran od jezikovnih zablod, površnosti in jezikovne nemarnosti.

Njegovo dediščino je prevzela Slovenska akademija znanosti in umetnosti, ki v svojih strokovnih sekcijah oblikuje ustrezno strokovno besedje.

Če se preko znanih imen Homan — Plečnik — Černič — Košir — Hribar — Karlin — Pertl in drugih razgledamo po tem področju strokovno-jezikovne dejavnosti, se nujno vprašujemo, kje smo dandanes in da li nas popelje pot navkreber ali po tolikernih truda polnih prizadevanjih spet navzdol.

Takoj naj povem, da si dandanes ne prizadevamo več za to, da bi po vsi sili skušali kar zapovrstjo sloveniti strokovne terminuse. Ne ustavljamo se več, da bi tratali čas z iskanjem ustreznih oznamenovanj po starih besedjakih, z uvajanjem arhaičnih oblik v strokovno besedje, da bi oboroženi z njimi vsak s svojo malho presenetil in prelisičil svojega sobojevnika. Predvsem gre za pravilno jezikovno presojo novih potrebnih strokovnih izrazov; da li so tvorjeni pravilno po jezikovnih zakonih, da li so dopovedni, jasni in živi že ob rojstvu.

\* Predavanje v seminarju za dispanzersko strokovno osebje dne 14. IX. 1956 na Golniku.

Po vsem tem je jasno, da nas predvsem zanimata v zdravstvenih spisih slog in jezikovna pravilnost. Vsak pisec imej svoj slog; ta je s severa, oni z juga naše ožje domovine. Toda vsi pišemo isti književni jezik, ki ne dovoljuje pokrajinskih samovoljnosti. Končno gre dandanes še za jezikovno abecedo. Kaj bi s slogom, dokler še nismo preko slovnice in dokler ne razločujemo tujih besed od naših, izposojenih od še živih domačih ob njih. Primerov za to je na pretek v strokovnih revijah in tudi drugod. Ne segajmo po zvezdah — ne bogljeni kot smo — in ne zdimo se važni in učeni, dokler svoje misli z muko izražamo v neki čudni in manjkavi govorici. Poslušajte: »Dejstvo je, da smo poduzeli vse mere predostorožnosti«!

Pa si tega stavka nisem morda izmislil, saj sem ga pri nekem strokovnem predavanju slišal prav v tej obliki. In kako bi rekli po slovensko? »Res je, da smo storili vse potrebno.«

»Moderna medicina, ki se bavi s totaliteto individua, ne samo s poedinimi organi« — to nemara ni sodobno zdravstvo, ki se ukvarja s celim človekom, ne samo s posameznimi organi, ka-li?

»V krvi septičnih difteričnih bolnikov najdemo difterične bacile za časa življenja le redkokdaj intravitalno«. In po naše? »V krvi septičnih difteričnih bolnikov najdemo le redkokdaj za živa bacile difterije (dovice).«

In še dve cvetki nabuhle znanstvene govorice:

»Končno igra v tem času cela vrsta psihogeničnih momentov svojo vlogo. V prvi vrsti konflikti, ki jih ustvarja šola, kjer prihaja do konverzije psihičnih kompleksov in psihičnih muk, kar se pogosto realizira v obliki glavobola.« Po naše: V tem času se izprevržejo v glavobol mnogoteri duševni zapletki, nastajajoči zaradi obiskovanja šole. — Štirinajst domačih besed namesto »konvoluta« 35 besed, ki je natrcan s tujo učenjakarsko šaro.

»Obe metodi, dokaz tuberkulina in elastičnih vlaken, imata kot mikroskopično-morfologični metodi to kvarno posebnost, da zavisijo v relativno visoki in individualno različni meri od natančnosti, pazljivosti in subjektivne sposobnosti preiskovalca« (!) — Mikroskopsko — morfologično je samo ob sebi razumljivo, relativno ni nič jasnejše kot sorazmerno, v visoki meri je po slovensko: zelo. Če sta metodi odvisni od preiskovalčeve zmožnosti, je individualna mera odveč, še posebej pridevek subjektiven. Vsaka zmožnost je subjektivna. Stavek je zgovoren primer tuje mnogobesednosti.

Teh nekaj primerov nemara zadostuje. Jasno je torej, kaj sem imel v mislih. Prijazna bralka, ki mi je do sem sledila, naj ve, da ji lahko nasujem še zvrhano »brento« podobnih jezikovnih cvetk.

Besede, ki so v naši stroki v rabi, bi lahko razdelili po vzorcu: telefon — telegraf — štacun.

Telefon je pač telefon, kot je pošta pač pošta. Nikdo jih ne bo skušal sloveniti, ne da bi se s tem osmešil. V to skupino štejejo strokovne oznake, ki jih ne moremo s pridom ponašiti. Na primer: aldehyd, alkohol, antivirus, aorta, atelektaza, centrifuga, fistula, malarija, miliarka, miksedem, pnevmotoraks, respirografija, sferičen, telepatija itd., itd., da jih imenujem samo nekaj, kar mi jih sproti pride na misel.

V skupino telegraf bi mogli uvrstiti besede, za katere imamo domačo besedo, ki včasih niti ni tako dopovedna kot strokovni terminus ali pa je nje domača oblika prav tako slaba, kot je jezikovno slaba sestavljenka brzovjav. Naj jih nekaj naštejemo, kakor mi prihajajo pod pero: aholija (brezžolčnost), acidoza (presnovna prekisnjenost, zastrupitev s kislinami), aklorhidrija (brez-

kislost), anamneza (predhodna zgodovina bolezni), degeneracija (izrojenje), diabetes (sladkosečnost), fiksirati (pritrčiti), hematurija (krvosečnost), insuficienca (slabost), levkocit (bela krvnička), migrena (enostranski glavobol), nekroza (mrtvina), ordinacija (zdravniški predpis), pigment (barvina), šok (živčni pretres) itd. itd.

V tretjo skupino sodijo besede iz našega žargona, ki so last strokovnega pogovornega jezika in so se ponekod vrinile tudi v tiskano besedo. Štacion sicer nikdo ne piše, govori pa o kolodvoru, kot da še nikoli ni slišal o postaji. Med te besede sodi nešteto kroatizmov in tudi še germanizmov, da jih ne kaže navajati. To so brezdomke in vsiljivke, na srečo zvečine enodnevnice glede na življenjsko dobo kakega jezika.

K tem trem skupinam bi lahko dodali še četrto iz delavnice jezikotvorcev (ne jezikoznancev!). In skoraj vsak od njih ima nekaj takih izrazov na vesti. Na srečo so to mrtvorojeni plodovi. Samo za zgled: onegibiti (imobilizirati), obrezploditi (ojaloviti), pa vsa dedno obremenjena »žlahta« na -ica in -avica (bezgavkavica, slonavica, zemljavica itd., itd.).

Če pogledamo nekoliko поблиže v naše ožje ftiziološko izrazje, govorimo o desnih in levih pljučih in ne po nemškem vzoru o desnem in levem pljučnem krilu (Lungenflügel). Lobus sodi v drugo skupino (telegraf), saj ne ustreza niti pljučna krpa (Lappen) niti reženj (= rezina, povrh je to še srbobhrvatska beseda). Če hočemo biti nežni, bomo pač rekli reženjček ali krpica, ostali pa bomo menda kar pri lobulusu. Po sapniku nizdol pridemo v sapnice, bronhe, vendar bomo rekli bronhulus in ne sapnička (kvečjemu mala sapnica), dasi medicinsko šolanemu človeku več pove bronhulus. Alveolus je mešiček.

In ob tem izrazu smo prišli do diagnoz. Echinococcus alveolaris je alveolarni ehinokok in ne mehurčasti mehurnjak. (Bläschenhülsenwurm). Lepo ostanimo pri latinski diagnozi in je ne prevajajmo! Kolikor je potrebno poznavanje diagnoz v mednarodni oznaki našemu srednjemu in tudi še nižjemu medicinskemu osebju, mislim, da mu že vsakdanja raba več kot dovolj jasno dopove, za katero bolezen gre. Naša medicinska sestra prav dobro ve, kaj je Phthisis fibrocaverosa in ji ne bo nikdar prišlo na misel, da bi to mogla biti vlaknastosirasta lúknjava sušica. Diagnoza naj ostane torej v izvirnem jeziku, sicer postanemo smešni.

Vitalna kapaciteta je v vseh jezikih vitalna kapaciteta, z dobesednim prevodom brez primernega tolmačenja ne pridemo nikamor. Dihalna zmogljivost pač ni nikoli vitalna kapaciteta (telefon!).

Plevra je parietalna (porebrnica) in pulmonalna ali visceralna (popljučnica), mediastinalna pa je le mediastinalna. Napačno bi bilo tvoriti z besedo medpljučje (mediastinum) medpljučno popljučnico (pleura mediastinalis).

Jetika je izposojenka iz grščine (hektikós — kahektikós), po domače sušica in s pridevnikom sušičen-čna-o (z naglasom na i!), nagnjenost k bolezni pa je sušičnost.

Primaren (prvoten) in sekundaren (drugoten) gre, za terciaren (ne terciaren, kot ponekod lahko bereš, n. pr. terciarni sifilis) pa moramo že reči: v tretjem stadiju (ne štadiju).

Mogoče bi bilo prav, da pokažemo s prstom na nekatere izmed vsakdanjih (ne vsakodnevnih) napak v govoru in pismu: senca se nazire (kaže se kot...), črtež (risba), pristati na kaj (privoliti v kaj, strinjati se s čim), podvzeti mere (storiti korake, ukreniti), limfne žleze (bezgavke), pleurit-a (plevritis-a, plevritida-e), vnetje pljuč (pljučnica), pneumoliza (pnevmoliza), bolezensko ognjišče

(gnezdlišče, kotišče, vnetišče), žarišče v epidemiološkem pomenu in fokalna okužba v patološkem pomenu. In vnete spremembe so pač vnetne spremembe, za bronhialen pa je po novi nomenklaturi v rabi bronhalen, saj pride od besede bronhus ne bronhius.

Samo nekaj še za tiste, ki bi le radi zvedeli, kako bi ponašili nekaj vsakdanjih latinskih oznak: za bronhogeno bomo rekli na kratko: nastala po bronhu, limfogeno po limfi (mezgi), hematogeno — po krvi, krvoroden bi bila mehanična presaditev angleške besede bloodborn.

Glede na aktivnost obolenja imamo naslednje oznake: activa — dejavna; acuta — ostra; ad latentiam vergens (ne virgens!) — ponehajoča; caseosa — sirasta; cavernosa — luknjičava, luknjasta, luknjata (z mnogimi kavernami); chronica — počasna; congestiva — prekrvljena, exacerbata — poslabšana, razplamenela; in remissione — v ponehavanju; febrilis — vročičen; fibrocalcaria — vlaknato apnata; fibrocaseosa — vlaknato sirasta; galoppans ali galoppax (pravilno florida!) — hitra; gelatinosa — klejasta, želatinska; latens — prikrita, pritajena; migrans — potujoča; obsoleta — zastarela; ossificata — zakostenela; peracta — končana; progrediens — napredujoča; recens — nova, novejša (ne sveža!); regrediens — nazadujoča; sanata — ozdravljena (zazdravljena!); stationaria — ustaljena.

Glede na razširjenost obolenja imamo naslednje oznake: pri hematogeni tuberkulozi: diffusa — razprostranjena; discreta — neočita; generalisata — obča; gradus mediocris — umerjena;

pri bronhogeni tuberkulozi: confirmata — utrjena; desperata — huda, brezupna; exstensa — razširjena; incipiens — začetna.

Izolirana tuberkuloza je osamljena, komplicirana spletena in diseminirana — razsejana.

Niti odmerjeni prostor niti odmerjeni čas ne dovoljujeta nadrobnejše poglobitve v probleme, na katere naletimo pri razglabljanju o naši zdravstveni besedi. Pričujoče vrste imajo samo namen, da nas opozarjajo vedno in vedno, da pomislimo tudi v vsakdanjem življenju na to, da nam je jezik dan zato, da povemo, ne pa da skrivamo svoje misli, in predvsem zato, da jih izražamo pravilno in izobraženemu človeku primerno.

Da smo na pravi poti, potrjujejo izsledki enega največjih slovenskih jezikoslovcev — p. St. Škrabca:

»In zdaj, kaj naj še povem? Naj začnem vnovič razkladati, kako sem se še bolj do živega prepričal, kako malo se pri nas ceni, kar nas dela narod? ... To je, kaj ne, naš jezik, naš knjižni, slovstveni jezik. Če pa mi tega jezika ne znamo in se ga tudi učiti ne maramo; če nam je vseeno, ali se govori in piše prav ali ne prav, primerno ali ne primerno prirojenim mu zakonom ... potem se nikor ne čudimo, če ginemo ... Ali ni ravno ona, ravno naša slovenščina med vsemi slovanskimi jeziki najlepša, najprimernejše ustvarjena v vsakem pogledu? ... Da je naša slovenščina lep jezik, priznavajo tudi izvedeni in pravični tujci.«

»Naša slovenščina je torej, prepričani smemo biti, eden najlepših jezikov na svetu. Mi bi ta jezik morali ljubiti kot dragocen dar, varovati ga skrbno vsake poškodbe in učiti se ga z vso pridnostjo in natančnostjo. Brez učenja ni znanja, brez znanja ni blagostanja, ne uspeha, ne napredka. Najboljše orgle ne bodo lepo pele tistemu, ki se ni zadosti orglati učil. Najpopolnejši, najplemenitejši jezik ne bo rešil svojega naroda, ako ga ta ne ceni, ako se zanj



malo meni. Prej ali potlej se bo takemu narodu jezik potujčil, pohabil in potrl, dokler bo naposled popolnoma zamrl in izginil in s svojim jezikom bo tak nemaren narod sam zginit s tega sveta — podlaga tujčevi peti!...»

In če je vse tako, o čemer nam govori izveden človek v svojih spisih, ali ni prav, da se lotimo dela z veselo zavestjo?

Pred nami je svetel dan.

**Ep**

**ice**

Virus influence je mnogo bolj »plastičen«  
Tej lastnosti virusa mo-  
ce, kot so:

splošna sprejemljiv  
izredno lahek nači  
možnost pogostnih  
imunitete, in

izredno kratka ink

Vse te značilnosti so vzrok za muhasto čud influence, za njeno nenadno pojavljanje in hitro širjenje, kar ji daje prav posebno mesto med akutnimi nalezljivimi boleznimi.

Če poizkušamo analizirati gibanje influence v zadnjih sto letih, lahko razdelimo ta čas na 4 obdobja:

1. Do leta 1889 se je influenza pojavljala redko in v lažjih oblikah.
2. Epidemija 1889—90 pomeni pričetek razdobja, ko je postala influenza važna postavka v morbidnosti in mortalnosti večine dežel zmernega pasu.
3. Leta 1918 je izbruhnila velika pandemija, v kateri je umrlo več kot 15 milijonov ljudi v nekaj letih. Posebna značilnost te pandemije so bile bronhopnevmonične komplikacije, fatalne za mlade zdrave osebe. V naslednjih letih se je bolezen precej ublažila.
4. Nekako od leta 1933 se pojavljajo v mnogih deželah epidemije lažje oblike vsakih nekaj let. Možno je, da se vsak čas pojavijo nove hude pandemije.

Pri analizi razdobja pred 1933, t. j. pred izolacijo virusa, si pri študiju influence lahko pomagamo samo z vitalno-statističnimi podatki.

Uvod v epidemično razdobje tega stoletja so bile epidemije v Rusiji v letih 1886 in 1887. Kaže, da se je bolezen po teh epidemijah zadržala v endemični obliki nekje v centralni Aziji in je potem izbruhnila v epidemični obliki v Buhari v maju in juniju 1889. Sibirski mesta, prav tako Peterburg (to je današnji Leningrad), so bila zajeta v oktobru, zapadna Evropa pa v novembru in decembru. Ta epidemija je zajela večino sveta, vendar ni zahtevala žrtev med mladimi ljudmi. Najbolj značilno zanjo je dejstvo, da po tej epidemiji influenza ni nikdar več padla na prejšnjo raven.

Epidemija 1918—19 je bila najhujša, kar jih pozna zgodovina te bolezni. Verjetno nikoli ne bo mogoče razjasniti, kaj je privedlo do te katastrofe. V prvih mesecih 1918 influenza ni kazala znakov naraščanja, toda že v juniju tega leta so pričeli umirati mladi ljudje v Britaniji. Epidemija se je pojavila

malo meni. Prej ali potli  
dokler bo naposled pop  
nemaren narod sam zgih

In če je vse tako, o  
ni prav, da se lotimo d  
Pred nami je svetel



»tujčil, pohabil in potrl,  
svojim jezikom bo tak  
evi peti!...«  
vek v svojih spisih, ali

## Epidemiologija influence

Dr. Janez Kmet

Virus influence je mnogo bolj spremenljiv ali, kot se izražajo virusologi, mnogo bolj »plastičen« kakor večina drugih povzročiteljev nalezljivih bolezni. Tej lastnosti virusa moramo prišteti še druge epidemiološke značilnosti influence, kot so:

splošna sprejemljivost ljudi, zlasti kadar gre za prvo srečanje z influenco, izredno lahek način prenašanja, ki je značilen za kapljično okužbo, možnost pogostnih ponovnih obolenj v teku življenja, zaradi kratkotrajne imunitete, in

izredno kratka inkubacija.

Vse te značilnosti so vzrok za muhasto čud influence, za njeno nenadno pojavljanje in hitro širjenje, kar ji daje prav posebno mesto med akutnimi nalezljivimi boleznimi.

Če poizkušamo analizirati gibanje influence v zadnjih sto letih, lahko razdelimo ta čas na 4 obdobja:

1. Do leta 1889 se je influenza pojavljala redko in v lažjih oblikah.
2. Epidemija 1889—90 pomeni pričetek razdobja, ko je postala influenza važna postavka v morbidnosti in mortalnosti večine dežel zmernege pasu.
3. Leta 1918 je izbruhnila velika pandemija, v kateri je umrlo več kot 15 milijonov ljudi v nekaj letih. Posebna značilnost te pandemije so bile bronhopnevmonične komplikacije, fatalne za mlade zdrave osebe. V naslednjih letih se je bolezen precej ublažila.
4. Nekako od leta 1933 se pojavljajo v mnogih deželah epidemije lažje oblike vsakih nekaj let. Možno je, da se vsak čas pojavijo nove hude pandemije.

Pri analizi razdobja pred 1933, t. j. pred izolacijo virusa, si pri študiju influence lahko pomagamo samo z vitalno-statističnimi podatki.

Uvod v epidemično razdobje tega stoletja so bile epidemije v Rusiji v letih 1886 in 1887. Kaže, da se je bolezen po teh epidemijah zadržala v endemični obliki nekje v centralni Aziji in je potem izbruhnila v epidemični obliki v Buhari v maju in juniju 1889. Sibirski mesta, prav tako Peterburg (to je današnji Leningrad), so bila zajeta v oktobru, zapadna Evropa pa v novembru in decembru. Ta epidemija je zajela večino sveta, vendar ni zahtevala žrtev med mladimi ljudmi. Najbolj značilno zanjo je dejstvo, da po tej epidemiji influenza ni nikdar več padla na prejšnjo raven.

Epidemija 1918—19 je bila najhujša, kar jih pozna zgodovina te bolezni. Verjetno nikoli ne bo mogoče razjasniti, kaj je privedlo do te katastrofe. V prvih mesecih 1918 influenza ni kazala znakov naraščanja, toda že v juniju tega leta so pričeli umirati mladi ljudje v Britaniji. Epidemija se je pojavila

v zelo hudi obliki istočasno že poleti 1918 v ZDA, zlasti v Bostonu, v Brestu v Franciji ter drugih pristaniščih, kjer so se izkrcavale in vkrcavale ameriške čete v Evropi. V zapadnoevropskih lukah je takrat bilo vojaštvo z vseh strani sveta. Ni izključeno, da se je v tej izredno mešani populaciji pojavil nov hibridni virus kot kombinacija raznih virusov influence. V laboratorijskih poskusih je namreč v zadnjem času že uspelo vzgojiti nove vrste virusov iz dveh različnih sojev. Novo nastale stabilne variante so imele mešane lastnosti obeh izhodnih sojev.

Znane so katastrofalne posledice te epidemije. Zdi se, da so se med pandemijo pojavljale nove mutante virusov z različno antigensko strukturo, vendar so vsi soji pustošili predvsem med mladimi zdravimi osebami. V nekaterih predelih je namreč nastopala epidemija v več valovih, žrtve novih valov so bile pogosto tudi osebe, ki so prebolele influenco že v prejšnjem valu.

Po tej pandemiji se je bolezen postopoma omilila in povzročala smrt predvsem med starimi oslabelemi ljudmi.

Udomačila se je navada, da govorimo o razdobju od leta 1933 naprej kot o novejši zgodovini influence. Takrat je bil virus influence prvič izoliran na laboratorijskih živalcah. Od takrat naprej si pri študiju te bolezni lahko pomagamo z virusološkimi metodami, ki nam razjasnijo mnoge probleme, katerih ni bilo mogoče razjasniti samo na osnovi vitalno-statističnih študij.

Od leta 1940 vemo, da gre za dva tipa epidemične influence, za tipa A in B, ki sta si antigensko različna. V ZDA n. pr. nastopajo epidemije influence B vsakih 4 do 6 let, epidemije tipa A pa vsaki 2 ali 3 leta. V nekaterih epidemijah nastopata oba tipa in je težko trditi, da nista med seboj v epidemiološki odvisnosti. Za zdaj ni podatkov, ki bi govorili za važnejšo epidemiološko vlogo influence tipa C.

Velike epidemije običajno povzroča virus A, zato je bilo prav posebno veliko dela posvečeno študiju antigenških variacij tega tipa. Soji virusa A, izolirani v letu 1933—35, so bili zelo slični originalnemu soju, izoliranem v letu 1933. V desetletju 1936—46 se je slika spremenila. Bilo je izoliranih mnogo sojev v raznih delih sveta. Vsi so se razlikovali od sojev, izoliranih pred tem časom, bili pa so več ali manj blizu tako imenovanemu PR 8 (Puerto Rico 8) soju, izoliranem leta 1934 na Portoriku. Od leta 1947 naprej na raznih kontinentih izolirani soji so zopet več ali manj sorodni novemu soju, tako imenovanemu A<sup>1</sup> (A-prime) soju, izoliranemu 1946 v Avstraliji. Očividno je, da se antigenska struktura virusa tipa A stalno spreminja. Sledijo si razdobja, ko prevladujejo posamezni podtipi oziroma njihove variacije, ki jih po nekaj letih zamenjajo novi podtipi s svojimi variacijami. Andrewes, šef Svetovnega centra za influenco, se zelo slikovito izraža o tem problemu, ko pravi: »Nekaj let si slede variacije na eno antigensko temo, toda po kratkem času so možnosti variacij izčrpane in potrebno je uvesti nov motiv, da ostane melodija živa in šo možne nove variacije na novo temo«, in dalje: »Nekateri avtorji mislijo, da ima virus neskončne možnosti za variacije, drugi zopet, da so možnosti omejene in da bomo lepega dne neizogibno vrženi nazaj, kot v mnogih glasbenih kompozicijah, na originalno temo«.

Prva epidemija v povojnem razdobju se je pričela na področju Tihega oceana v juniju 1945, predvsem na havajskem otočju, se razširila na severno in južno Ameriko in pozneje na Evropo. Ta epidemija je dala neposredni povod, da se je leta 1947 v okrilju SZO ustanovil Svetovni center za influenco (SCI) v Londonu. V zimi 1948—49 se je SCI preizkusil v svojem praktičnem delu,

t. j. pri analizi širjenja epidemije in istočasno tudi študiju antigenskih lastnosti udeleženih sojev. Ta epidemija je izbruhnila v Sardiniji septembra 1948 istočasno v desetih naseljenih področjih. Meseca novembra se je pojavila že v Siciliji in Kalabriji in je do januarja zajela vso Italijo, Švico, Avstrijo, Francijo, Nemčijo in Španijo. Vsi soji, poslani v SCI, so bili identični, so se pa razlikovali od sojev iz prejšnjih epidemij. Jasno je torej bilo, da je povzročil epidemijo en sam novi soj. Verjetno je prišlo do široke diseminacije tega soja, še preden so nastopile vidne epidemije. V letu 1950 so povzročili epidemijo zopet novi soji tipa A<sup>1</sup>.

Zadnja velika pandemija influence A je zajela severno poloblo v sezoni 1952—53. V decembru 1952 je izbruhnila skoro istočasno na Japonskem in v centralnih predelih ZDA, v januarju 1953 se je pojavila že v Franciji, in to hkrati v raznih med seboj zelo oddaljenih predelih dežele. V začetku februarja pa je zajela že vso Evropo.

Opazovanja v opisanih epidemijah še niso razjasnila vprašanja, kako in zakaj nastajajo epidemije influence. Dejstvo je, da se virus običajno ne najde v medepidemičnih razdobjih in se zato vsiljuje vtis, da so epidemije vedno vnesene v posamezno deželo od zunaj. Po površnih opazovanjih se zdi, da virus kroži iz dežele v deželo, dokler najde sprejemljive ljudi, potem pride nazaj do svojega izhodišča in začne novo epidemijo med ljudmi, ki so zopet postali sprejemljivi. Druga hipoteza, ki se navaja, bi bila v tem, da se virus med epidemijami potegne »v podzemlje«, morda se zadrži v kroničnih pljučnih procesih ljudi, verjetno v obliki, ki je ni mogoče ugotoviti z običajnimi znanimi testi.

Številna so dejstva, ki govore za predpostavko o latentnih medepidemičnih sojih virusa. Ne najdemo ga v prostih intervalih med epidemijami, pojavljajo se zgodnji poletni »prehladi«, ki pogosto prerastejo v velike epidemije influence, pričetek epidemij je pogosto simultan v različnih deželah, širjenje pa tako hitro, da si ga ne moremo razlagati na podlagi prometnih zvez med deželami. Na drugi strani pa vemo, da se epidemije širijo iz dežele v deželo. Najbolj verjetno se zdi, da se nekje sprožijo latentne sile nove mutante virusa, ki povzročijo epidemijo, ki prerastejo nacionalne meje in zajamejo sosedne dežele. Spremljanje in analiza teh dogajanj je ena glavnih nalog pri študiju influence.

Za gotovo vemo, da je imuniteta prebivalstva odločilnega pomena za pojav in intenzivnost epidemije. Vemo, da so zelo pogostne subklinične okužbe in da kolektivna imuniteta med epidemijo naraste. Če so pogoji neprimerni, influenza izgine, bodisi v podzemlje ali preko morja. Po krajši ali daljši dobi se povrne, vendar v novi antigenski obliki, za katero je več možnosti, da se obdrži, kakor za staro obliko, proti kateri je prebivalstvo delno še immuno. Preteči bo morala še vrsta let, preden bo slika jasnejša in bomo lahko vnaprej predvidevali, kakšne bodo nove poteze virusa influence.

Vse do sedaj rečeno je veljalo predvsem za influenco tipa A. Tip B je po vsem sodeč bolj lokalnega pomena, ki redko povzroči epidemije velikega stila. Izjema je pandemija 1945—46. So podatki, ki govore za mnogo manjšo plastičnost virusa B, kot pa jo poznamo pri virusu A. Do sedaj ni bilo mogoče ugotoviti, da bi v sojih virusa B nastopale tako bistvene spremembe, kot jih poznamo pri virusu A. Ta dejstva nam pomagajo razumeti, zakaj je virus B mnogo bolj lokalnega kot pa internacionalnega pomena.

Borba z influenco je zelo težka in komplicirana. Epidemiološki ukrepi, kot zapore mest ali mejá posameznih držav, nikdar ne preprečijo vdora influence preko meje, ker take zapore niso absolutne. Edina znana izjema je otok Sv. Helene, ki je s pomočjo karantenskih ukrepov ostal nedotaknjen v pandemiji 1918. Nekaj uspeha bi se dalo doseči v izoliranih kolektivih, v glavnem seveda ne, da bi se vnos influence preprečil, temveč le za nekaj časa odložil. Izvajanje ukrepov, ki zavirajo tempo širjenja epidemije, je pomembno predvsem s stališča narodnega gospodarstva, da se prepreči dezorganizacija produkcije. Hospitalizacija vseh bolnikov za časa epidemije ni izvedljiva, večina jih bo preležala svojo bolezen doma. V takih primerih je priporočljivo vsaj poizkusiti z izolacijo v posebni sobi in se izogibati ne nujno potrebnih stikov z bolnikom. Dobro je preprečiti stike z zunanjim svetom v zaprtih kolektivih.

Edino upanje za uspešno preprečevanje influence je aktivna imunizacija. V tej smeri so veliko delali Amerikanci in Angleži. Izdelava dobrih cepiv je še v eksperimentalni fazi, vendar so že izdelane vakcine, ki dajejo upanje na bližnji uspeh. Premostiti bo treba dva osnovna problema pri izdelavi dobrih vakcin.

Prvi problem je izbor sojev virusa. Prve vakcine, ki so bile izdelane iz sojev, izoliranih v prejšnjih epidemijah, niso uspešno ščitile pred obolenji, ki so jih povzročali novi soji. V letu 1953 so sicer izdelali vakcino iz soja tipa A<sup>1</sup>, ki je uspešno ščitila osebe, okužene z novimi podtipi tega soja v novih epidemijah, čeprav so se ti novi podtipi serološko razlikovali od soja, iz katerega je bila izdelana vakcina. Je torej upanje, da bodo kmalu na razpolago posamezni soji, primerni za izdelavo dobrih vakcin, vendar ostane vključevanje novo izoliranih sojev v vakcine še vedno najzanesljivejša metoda.

Drugi problem pri izdelavi vakcine je uporaba novih adjuvansov. Pokazalo se je namreč, da je koncentracija virusnega antigena v vakcini zelo važen faktor. Salk s sodelavci je opazil, da je mogoče doseči mnogo večjo koncentracijo antigena, če se virus najprej emulgira v manidnem mono-oleatu in potem suspendira v lahkem mineralnem olju. Tak postopek omogoča kombinacijo več sojev v relativno majhni količini vakcine in je tako mogoče v vakcine sproti vključevati tudi novo odkrite soje.

Perspektive za izdelavo dobrih cepiv torej niso slabe. Upoštevati moramo obstoječe tehnične možnosti za izdelavo dobrih adjuvansov in, kar je še bolj važno, sedaj že prevladujoče mnenje med virusologi, da so variacije antigen-skih lastnosti virusa vendar omejene. V bodočnosti bodo verjetno izdelana cepiva, ki bodo vsebovala različne antigenske komponente, s pomočjo katerih bo mogoče doseči tako široko imuniteto, kot se sicer lahko doseže le s ponovno okužbo z različnimi soji virusa.

Edina možnost za res uspešno zatiranje te bolezni je dana na internacionalni bazi. Še sedaj je svež spomin na pandemijo po prvi svetovni vojni, ki je povzročila smrt toliko mladih ljudi, paralizirala cela mesta in bila vzrok ogromne gospodarske škode. To je bil osnovni vzrok za organizacijo mednarodne borbe z influenco, borbe, ki jo vodi SZO, ta edinstveni instrument OZN v službi človekovega zdravja. Teoretično je prav lahko mogoče, da se taka katastrofa ponovi, saj poznamo veliko nestabilnost virusa influence in bi se soji, ki so nekoč prevladovali, lahko zopet povrnili. »Če izbruhne epidemija,« pravi Payne, šef epidemiološkega oddelka SZO, »se človek ne vpraša več, ali bo zbolel ali ne, temveč samo še, kdaj bo zbolel.« Poleg tega poznamo

iz najnovejše zgodovine influence prav hude epidemije, kot je bila liverpoolska v letu 1951, ko je letalnost presegala najvišje številke iz pandemije 1918. V epidemiji na Nizozemskem leta 1949 je n. pr. umrlo v prav kratkem času 2200 ljudi.

SZO si je v borbi z influenco zastavila sledeče naloge: da izdela metode borbe proti morebitnim bodočim nevarnim pandemijam, da zmanjša hitrost širjenja in nevarnost epidemij ter zmanjša težke ekonomske posledice influence. Svoje delo opira na sledeča tri spoznanja:

1. Uspešna vakcinacija proti influenci je odvisna od našega poznavanja virusa, ki je povzročil epidemijo.

2. Potrebna je stalna budnost, če hočemo pravočasno odkriti nove in potencialno nevarne soje virusa.

3. Epidemiološka opazovanja je mogoče interpretirati samo istočasno z laboratorijskimi analizami virusa, ki je povzročil epidemijo.

Informacije, ki jih potrebuje SZO v ta namen, morajo biti zbrane s čim večjega področja sveta. Organizirano je bilo preko 50 centrov za influenco širom po svetu. Centri imajo dve glavni nalogi: zbirati podatke o gibanju influence, jih po najhitrejši poti posredovati Glavnemu stanu SZO v Ženevi, izolirati in tipizirati soje virusov, ki so se pojavili na njihovih področjih, ter jih dati čim hitreje na razpolago sosednim centrom in SCI v Londonu.

Zbiranje in analiza podatkov o gibanju influence je težka naloga. Klinična diagnoza ne more biti zanesljiva in nemogoče si je ustvariti sliko o resnični razširjenosti epidemije. Sicer pa ne gre za poročanje o točnem številu obolenj, temveč se uporabljajo primerni pokazatelji, kot n. pr. število novo vpisanih bolnikov socialnega zavarovanja, bolniški stalež po tovarnah itd. Če se taki podatki zbirajo dalj časa, se kmalu pokažejo normalne številke, značilne za posamezno deželo, in ni težko opaziti nenadnih občutnih porastov, ki so zvezani z epidemijami influence.

Izolacija in tipizacija novo izoliranih sojev je odvisna od dobre opreme laboratorijev in iznajdljivosti epidemiološke službe. Hitra izmenjava sojev med laboratoriji pa je odvisna v veliki meri od stopnje mednarodne odgovornosti posameznih virusoloških laboratorijev. Ljubosumno čuvanje sojev, dokler jih laboratorij ne tipizira sam, lahko pomeni izgubo dragocenega časa.

Organizacija SZO v borbi z influenco je dala že lepe rezultate. Mednarodna koordinacija 42 držav, vključenih v to delo, pa je garancija za hitrejše in boljše reševanje vseh problemov, združenih s to boleznijo.

In končno še nekaj podatkov o letošnji epidemiji influence pri nas.

Kronološki potek epidemije je mogoče vsaj približno rekonstruirati takole:

V oktobru 1955 se je pojavilo večje število primerov influence na področju Štanjela in Dutovelj v sežanskem okraju, proti koncu leta pa tudi v Izoli, Portorožu in Sečoveljah. V decembru 1955 javljajo epidemijo iz predelov murskosoboškega okraja, ki meje na Avstrijo in Madžarsko. Istočasno razsaja influenza v okolici Krškega. Že v novembru in decembru se pojavi tudi v celjskem okraju, kjer doseže vrhunec v januarju in februarju. Maksimalno število obolenj v koprskem okraju je javljeno februarja, v kočevskem v drugi polovici februarja, v murskosoboškem v začetku februarja, Ljubljano je val influence zajel v začetku februarja. Epidemija na vsem področju Slovenije se zavleče preko vsega marca ter v začetku aprila polagoma pojenjuje.

Število obolelih je po podatkih okrajnih higienskih postaj zelo visoko. Koper javlja, da je influenco prebolelo približno 20 000 ljudi ali 20% prebivalstva. V nekaterih občinah, kot n. pr. v sežanski, jo je prebolelo kar 75% ljudi. Ljubljanski okraj računa, da je približno 50 000 oseb iskalo zdravniško pomoč v zvezi z influenco. Maribor računa, da je obolelo v okraju 50 000 oseb. Murska Sobota poroča, da je bilo zajetih okrog 40 000 oseb ali 30 odstotkov prebivalstva.

Nemogoče je zbrati točne podatke o številu obolelih. Iz pokazateljev novo vpisanih bolnikov socialnega zavarovanja lahko sklepamo, da podatki s terena vsaj približno ustrezajo. Novo vpisanih bolnikov je bilo v Sloveniji v februarju za 50% več kot v januarju, za marec še nimamo popolnih podatkov.

Število smrtnih žrtev je bilo visoko. Maribor poroča, da je umrlo na področju okraja okrog 350 oseb, Kočevje javlja 60 smrtnih primerov, Murska Sobota 173, Koper 100, Ljubljana 95, Celje 88. Srednja vrednost letalnosti bi se gibala nekako okrog pol procenta obolelih. Če računamo, da je influenco prebolelo le 20% prebivalcev Slovenije, potem lahko sklepamo, da je umrlo okrog 1500 oseb. V resnici jo je pa prebolelo verjetno veliko več kot 20% prebivalcev. Svoje žrtve je letošnja influenza izbirala med starejšimi oslabelemi ljudmi, zlasti med huje na srcu bolnimi, potem astmatiki, hipertoniki itd.

Po splošnem vtisu sodeč je šlo za mešano B in A epidemijo lokalnega značaja, kakršne so tipične za razdobje zadnjega desetletja in ki izpolnjujejo presledke med velikimi pandemijami internacionalnega pomena.

---

---

## Obz

### ODGOVORNOST SESTER NOVIH NALOGAH

Svetovna zdravstva (Urad za Evropo) je letno konferenco o podiplomski in specializaciji medicini najstodnevne konferenci junija v Peeblesu na Škotskem, kjer so se poleg medicinskih sestričev udeležile medicinske sestre — delegatke osemnajstih držav. Na konferenci so se obravnavala najvažnejša temeljna vprašanja v zvezi s podiplomskim strokovnim izpopolnjevanjem sester. Tako so načelno razpravljali o smislu in potrebah ter učnih načrtih za zadevno usposabljanje. Na eni plenarnih sej pa je poleg drugih strokovnjakov predaval tudi dr. med. & phil. J. H. F. Brotherston, profesor na Šoli za socialno medicino in javno zdravstvo v Edinburghu.

---

---

svojega predavanja si je izmislil »Odgovornost sester ob h nalogah zdravstva«. Zaradi imivih izvajanj podajamo iz ovora v kratkem povzetku nekih misli.

### Išnica — torišče pouka

Vzgoja sestričev in zdravnikov je današnja stopnja svojega razvoja dosegla v bolnici. Nedvomno je v tem mnogo koristnih in dobrih strani. So pa tudi omejitve in težave, čeprav je bistvenega pomena, da je vzgoja tega strokovnega osebja osredotočena na bolnišnico kot učno ustanovo. Bolnice kot glavni tehnični centri zdravljenja, ki jih močno zavzemajo njih terapevtske naloge, se nujno nagibljejo k neki izolaciji od ostale skupnosti izven

Število obolelih je po podatkih okrajnih higienskih postaj zelo visoko. Koper javlja, da je influenco prebolelo približno 20 000 ljudi ali 20% prebivalstva. V nekaterih občinah je prebolelo kar 75% ljudi. Ljubljanski okraj je iskalo zdravniško pomoč v zvezi z influenco v okraju 50 000 oseb. Murska Sobota poroča, da oseb ali 30 odstotkov prebivalstva.

Nemogoče je zbrati tistih vpisanih bolnikov socialnega vsaj približno ustrezajo. arju za 50% več kot v j

Število smrtnih žrtev na ročju okraja okrog 350 o bota 173, Koper 100, Lju gibal nekako okrog pol bolelo le 20% prebivalcev Slovenije, potem lahko sklepamo, da je umrlo okrog 1500 oseb. V resnici jo je pa prebolelo verjetno veliko več kot 20% prebivalcev. Svoje žrtve je letošnja influenza izbirala med starejšimi oslabeledimi ljudmi, zlasti med huje na srcu bolnimi, potem astmatiki, hipertonični itd.

Po splošnem vtisu sodeč je šlo za mešano B in A epidemijo lokalnega značaja, kakršne so tipične za razdobje zadnjega desetletja in ki izpolnjujejo presledke med velikimi pandemijami internacionalnega pomena.

. Iz pokazateljev novo o, da podatki s terena v Sloveniji v februarja opolnih podatkov.

, da je umrlo na podprimerov, Murska Soednost letalnosti bi se, da je influenco prebolelo

da je umrlo okrog 1500 oseb. V resnici jo je pa prebolelo verjetno veliko več kot 20% prebivalcev. Svoje žrtve je letošnja influenza izbirala med starejšimi oslabeledimi ljudmi, zlasti med huje na srcu bolnimi, potem astmatiki, hipertonični itd.

## Obzornik

### ODGOVORNOST SESTER OB VEDNO NOVIM NALOGAM ZDRAVSTVA

Svetovna zdravstvena organizacija (Urad za Evropo) je letos organizirala »Evropsko konferenco o podiplomski izobrazbi in specializaciji medicinskih sester«. Petnajstdnevne konference, ki je bila meseca junija v Peeblesu na Škotskem, so se udeležile medicinske sestre — delegatke osemnajstih držav. Na konferenci so se obravnavala najvažnejša temeljna vprašanja v zvezi s podiplomskim strokovnim izpopolnjevanjem sester. Tako so načelno razpravljali o smislu in potrebah ter učnih načrtih za zadevno usposabljanje. Na eni plenarnih sej pa je poleg drugih strokovnjakov predaval tudi dr. med. & phil. J. H. F. Brotherston, profesor na Šoli za socialno medicino in javno zdravstvo v Edinburghu.

Za predmet svojega predavanja si je izbral vprašanje »Odgovornost sester ob vedno novih nalogah zdravstva«. Zaradi splošno zanimivih izvajanj podajamo iz njegovega govora v kratkem povzetku nekaj osnovnih misli.

#### Bolnišnica — torišče pouka

Vzgoja sestra in zdravnikov je današnja stopnja svojega razvoja dosegla v bolnici. Nedvomno je v tem mnogo koristnih in dobrih strani. So pa tudi omejitve in težave, čeprav je bistvenega pomena, da je vzgoja tega strokovnega osebja osredotočena na bolnišnico kot učno ustanovo. Bolnice kot glavni tehnični centri zdravljenja, ki jih močno zavzemajo njih terapevtske naloge, se nujno nagibljejo k neki izolaciji od ostale skupnosti izven



ustanove. Bolnik sam pa ob vsej organizaciji, procedurah in poteku zdravljenja dostikrat preneha biti oseba, posameznik, individuum. Z namenom, da ga izolirajo in v njegovem primeru temeljito prouče vprašanje klinične patologije, za kar so v bolnici na razpolago vse možnosti, odtegnejo bolnika iz njegove družine, iz njegovega domačega in delovnega okolja.

Kaj lahko je bolnika obravnavati kot zanimiv »primer« in pri tem pozabiti nanj kot posameznika. Težje pa je razumeti in se vedno znova vživljati v vsestranski zaplet, v katerem se je znašel zaradi svoje bolezni. Čim večja in čim bolj tehnično urejena postaja bolnica, tem večje so tudi težave in pa nevarnost, da bolnik preneha biti individuum.

Sestra more in tudi mora bistveno vplivati na izboljšanje tega problema. Ker je v tesnejšem stiku z bolnikom, je v mnogočem na boljšem kakor pa zdravnik. Lažje se seznanj z bolnikovimi socialnimi okoliščinami, ki utegnejo biti važne v načrtovanju zdravljenja in nege ter ugodno ali neugodno vplivati na potek in celo izid zdravljenja.

Pravzaprav bi se moral zdravnik v pogledu podatkov o bolniku kot individuumu opirati na sestro. Tu pa zopet naletemo na vprašanje, ki je v zvezi z velikim in specializiranim obratom zdravstvene ustanove. Čim večje in čim bolj komplicirano je poslovanje bolnice, tem važnejša je tudi izrečno humana odgovornost sestre. Ona je namreč tista, ki mora bolniku zagotoviti občutek varnosti, mu tolmačiti in približati tuje okolje ter ga navdajati s pogumom in zaupanjem.

Posredovati študentki — bodoči sestri takšen odnos do bolnika in ji privzgojiti tak čut odgovornosti v času njenega šolanja v bolnici pa ni lahko. V teoriji in na praksi ji moramo dati priložnost, da se seznanj z zdravstvenimi problemi v širši zvezi in na širši osnovi, kot jih ima pred očmi v bolnici. Nekaj vsega tega ji lahko nudimo v predavanjih in na praksi v preventivnih zdravstvenih zavodih izven bol-

nice, zlasti pa v praksi v terenski zdravstveno-socialni sestrski službi. Toda še mnogo važnejše in učinkovitejše bi bilo morda, če bi ji nudili priložnost, da spremlja nadaljnjo usodo bolnika na njegovem domu in pri tem spozna, kolike važnosti je socialno okolje, v katerem živi bolnik, ki ga je negovala v bolnici. Bistvenega pomena pri tem pa je, da se nova spoznanja dopolnijo s seminarскими razgovori, ki so med šolanjem najlepša prilika za sproščeno izmenjavo misli.

### O podrejenosti in nadrejenosti bolničnega osebja

Čedalje bolj smo si v svesti posebnega značaja, ki ga imajo zdravstveni zavodi. Tudi se dobro zavedamo, kako zelo organizacija vsega dela vpliva na ljudi, ki živijo in se vzgajajo v zdravstvenih ustanovah. Zato bi bilo kar odveč še posebej poudarjati, kako zakoreninjena je miselnost, da je sestra v svojem delu podrejena zdravniku, saj imata tako imenovana hierarhija in avtokracija svojo tradicijo tudi med sestrami samimi.\*

Te osnovne poteze v odnosih in v sistemu dela so dediščina preteklosti, od tod tudi nekatere težave, ki se pojavljajo danes in se bodo tudi še v bodoče. Da je disciplina v zdravstveni službi bistveno potrebna, o tem ni nobenega dvoma. Toda glede na to, da se zdravljenje čedalje bolj

\* K tem izvajanjem prof. dr. Brotherstona bi glede na naše razmere pripomnili, da si sestre pri nas tradicijo nasploh in pa položaj enakopravnega strokovnega delavca šele ustvarjajo in da razvoj v tej smeri še ni zaključen in da takšni pojavi pri nas še ne pomenijo v razvoju kake ovire. Seveda bi nekoliko več hierarhije, zlasti če je potrebna za nemoteno delo, za smotrno delitev dolžnosti in odgovornosti, prav gotovo ne bilo v škodo. Vsekakor pa je takšne odnose treba urejati na kulturn način in z zavestjo, da človek v svojem poklicu ne služi človeku, ampak delu. Ob takem pojmovanju dolžnosti bi v vzajemnih odnosih odpadle marsikateri nevažnosti in bi se večkrat mirno ugladile tudi morebitne napetosti. — Op. D. U.

specializira in komplicira, glede na to, da mora svoj delež prispevati cel niz zdravstvenih delavcev, se stara tradicija slepe pokorščine nekako preživlja. Zaželena disciplina naj bi se izražala v vskladenem delu kolegov, v vzajemnem razumevanju in v osebni disciplini. Živo se zavedamo, kako potrebno je skupinsko delo, delo ožjega kolektiva, bi rekli teama (izg. tima) v kurativni in preventivni zdravstveni službi. Zato je terapevtični in kurativni strokovni team v marsičem na slabšem, če sestre kot člani tega teama niso kos položaju enakopravnih sodelavcev, da bi umele razpravljati in sodelovati na isti ravni. Takšno sposobnost pa lahko od njih pričakujemo edinole, če bo zadevna vzgoja prepletala že temelje njih strokovnega usposabljanja. In če naj sestra to sposobnost doseže, tedaj se pač mora z že omejenega položaja toge podrejenosti povzpeti na položaj, na katerem od nje pričakujemo, da bo mislila tudi sama in da bo nastopala samostojno.

### **Sestra — član skupnosti**

Današnji delež sestra v zdravstveni službi je glede na pomembnost njihovega doprinosa vse premajhen, zlasti kar se tiče upravljanja in načrtovanja v zdravstvenih vprašanjih. Vzemimo samo neznamen, a dobro znan in uvaževanja vreden primer! Načrti za nove bolnice se le redkokdaj predložijo sestram, da bi s svojo pronicavostjo v tem pogledu presodile, ali je načrt zgradbe primeren glede na njihovo delo v tej ustanovi. (Pri nas se to ne zgodi nikoli. Zanimivi so pa ameriški podatki, po katerih sestra v gradbeno slabo urejeni bolnici prehodi dnevno do 11 km. — Op. D. U.) In to je včasih kaj resen problem, saj je od smotrne ureditve bolnic odvisno tudi število osebja, ki ga neka ustanova potrebuje, in pa spešnost v storitvah za bolnika. Mnenje izkušene sestre je v projektiranju bolnic potrebno že zatvegadelj, da se čim bolj racionalizira delo in da se do skrajnosti omeje potrebe po osebju, ki

ga ravno danes povsod tako primanjkuje. To bi bil le eden izmed praktičnih primerov za ponazoritev, kako zelo nam je treba sestra, zmožnih uspešnega sodelovanja v upravi in načrtovanju. Brez dvoma je njihovemu neznatnemu doprinosu pri reševanju naznačenih problemov deloma vzrok ravno pomanjkanje takih sestra, ki bi bile dovolj razgledane ter imele dovolj široko zasnovano izobrazbo in dovolj razgledanosti, da bi mogle z uspehom uveljaviti svoje stališče v pristojnih odborih. Nujno potrebujemo večje število sester, ki bi bile zmožne v družbenem smislu sodelovati pri reševanju važnih vprašanj. Zato tudi naj bi ravno te nujne potrebe v vsebinskem, zlasti pa v metodološkem pogledu usmerjale podiplomsko izpopolnjevanje in usposabljanje.

### **Na razpotju**

Pot do smotrov, ki jih v sestrski vzgoji moramo doseči, prav gotovo ni lahka. Ne gre samo za organizacijske in strokovne ovire v sistemu njihovega šolanja. Vzgojni prijemi v oblikovanju pravega lika sestre so težavni predvsem zaradi skritega in nadržanega konflikta, katerega se moramo zavedati in nanj opozarjati. Gre za to: če naj bo sestra kos svojim nalogam v naglo napredujočem zdravstvu, tedaj moramo dvigniti njeno strokovno izobrazbo na znanstveno raven in izpopolniti metode praktičnega usposabljanja. Če naj bo njen doprinos v zdravstveni službi res polnovreden, tedaj moramo stopnjevati zahtevo po njeni vsesplošni izobrazbi in dvigniti tudi njen položaj v teamu zdravstvenih delavcev in drugih družbenih delavcev sploh. Hkrati in navzlic temu pa mora sestra v celoti ohraniti in gojiti tiste posebne lastnosti, ki jo bolj kot kogarkoli v sorodnih poklicih nagibajo k plemenitim, požrtvovalnim in humanitarnim uslugam bolniku. Osvojiti si mora takšen odnos do dela in takšen način dela, ki bo bolnika navdajal z občutkom varnosti in zaupanja. Čim bolj se komplicira zdravstvena dejavnost in pa poslovanje zdravstvenega

zavoda, kamor se zateka bolnik, toliko bolj je le-temu potreben neposredni stik s sestrom, njena podpora, spodbuda in vzdušje psihične varnosti. Nevarnost, ki se danes pojavlja, pa je v tem, da bi sestre v sicer potrebnem prizadevanju za višji položaj svojega poklica, toda ob organizacijsko čedalje bolj kompliciranem poslovanju zdravstvenih zavodov, prezrle eno poglavitnih nalog, ki so prav v sestrskem poklicu bistvenega pomena, namreč — zvezo z bolnikom. Najti bo treba torej pravo ravnovesje med znanjem, tehnično sposobnostjo in srčno kulturo. Kajti važno je vse troje — razum, srce in roke!

### **Sestra ni samo zaščitnica, ampak tudi učiteljica!**

V zdravstvenih zavodih smo se vse do slej — nemara kar predolgo — na splošno nagibali k temu, da smo za bolnike in naše varovance storili to in ono, namesto da bi jih skušali pridobiti za sodelovanje v zdravljenju in jim pomagali, da storijo zase vse, kar zmorejo. Bolnikovo sodelovanje je v zdravljenju zelo pomembno, včasih celo odločilnega pomena, še posebno važno pa je na poti do rehabilitacije. Da spodbudimo naše varovance in jih pridobimo za sodelovanje pri urejanju njih lastnih problemov, pa mora postati metoda našega dela v zdravstveno socialni službi. Brez tega bo naše delo omejeno zgolj na enostranske intervencije, ob katerih bo varovanec ostal pasiven.

Način dela, pri katerem ostaja bolnik oziroma varovanec pasiven, poteka iz časov karitativne pomoči siromašnim bolnikom, iz časov, ko se je tudi na sestrski poklic gledalo kot na karitativno institucijo. Tak način dela pa se preživlja oziroma je že zastarel. Danes moramo gledati na bolnika in njegovo družino kot na sestavni del skupnosti, ki ji je do tega, da se mu zdravstveno stanje zboljša.

Bolniki so pogosto voljni sodelovati v skrbstvu, ki je namenjeno njim samim. Moramo jih le poučiti, kako naj to store,

in jih k temu spodbujati. Te vrste delo, usmerjeno k sodelovanju bolnika, je mnogo težje in zahtevnejše v vsakem pogledu, kot je delo s tradicionalnega vidika dobrodelnosti, toda končni uspeh je učinkovitejši in trajnejši.

Delo sester s tega novega vidika naših dolžnosti in odgovornosti je silno pomembno. Sestra je tista, ki v neprestanem stiku z bolnikom, laže kot kdorkoli drug, presodi, kdaj je bolnik potreben popolne zaščite, kdaj mora z njim ravnati kot z neogljenim in brezmočnim otrokom in kdaj je primerno pripraviti bolnika, da prevzame del skrbstva nase.

Vsekakor bodo v vzgojnem sistemu in vzgojni vsebini — ne samo sester, ampak tudi drugih zdravstvenih delavcev potrebne velike spremembe, če se bomo hoteli v tem pogledu preusmeriti.

### **Zaključek**

Živimo v času naglih družbenih in tehničnih sprememb, v času naglega napredka medicine in zdravstvene službe. V medicini sami se problemi spreminjajo, več ali manj so obvladane infekcijske bolezni, pojavljajo pa se nove naloge, v zvezi z naraščanjem degeneracijskih obolenj, zlasti med starimi ljudmi. Zdravljenje v zavodih dobiva širši okvir, vse bolj se širijo možnosti za poliklinično in dispanzersko obravnavo bolnikov, zdravniška pomoč in sestrska nega, skrbstvo in zdravstvena vzgoja si morata utreti pot do slehernega doma. To je pa že razdobje, v katerem kaj lahko odpove današnji sistem ter postanejo vsebina in metode poklicne vzgoje, krojene po vzorcih minule dobe — nepriemerne in nezadostne.

Le jasen pogled na aktualne probleme našega zdravstva nam lahko pomore, da učne in delovne metode prilagodimo zahtevam sedanjosti. Osnovna in podiplomska strokovna izobrazba mora sestri posredovati poklicno zrelost zdravstvenega delavca ter potrebno razgledanost in prilagodljivost za današnji in jutrišnji svet.

Dina Urbančič

## NEKAJ ZANIMIVOSTI O ŽIVILIH RASTLINSKEGA IZVORA

Z dolgoletno selekcijo, s križanjem posameznih rastlin med seboj in z različnimi drugimi agrikulturnimi ukrepi je sčasoma uspelo mnogo rastlin vzgojiti za prehrano. Ta prizadevanja človeškega rodu segajo že v predzgodovinsko dobo. Do nedavna si je človeštvo izbiralo rastlinsko hrano empirično glede na okus in posledice za zdravje. Dandanes ugotavljamo kakovost živil v kemičnih in mikrobioloških laboratorijih.

V njih določujemo ne samo sestavo, temveč tudi že količine vitaminov, aminokislin, škroba, maščob, beljakovin in drugih sestavin. Živila rastlinskega izvora so si po videzu lahko sicer zelo podobna, vendar se po kakovosti in glede na prehransko vrednost pogosto zelo razlikujejo.

Tako na primer so v laboratorijih ugotavljali količine vitamina C, to je askorbinske kisline v sadju in zelenjavi. Pri tem so ugotovili, da imamo v rastlinah zelo neenakomerne količine tega vitamina, in to celo pri istih vrstah sadja in zelenjave. Naj navedemo izsledke samo za nekatera živila. Sveže zelje ima v 1 kg 200 do 1500 mg tega vitamina, peteršilj pa celo 2 do 3 g, torej je zelo bogat vitamina C. Kilogram krompirja vsebuje jeseni 500 mg, spomladi pa komaj še 40 do 50 mg vitamina C. Krompir je torej zelo dragocen vir vitamina C, zato ga redno in stalno uporabljajmo za našo prehrano. Še različnejše so količine vitamina C pri sadju. Tako ga na primer v grozdju ni skoraj nič. Tudi jabolka in breskve so zelo revne z vitaminom C. Ostalo sadje ga vsebuje v večjih množinah, zlasti limone.

Glede na količine vitamina C spadajo kumare, melone in jajčevci (melancane) v živila s srednjo vrednostjo tega vitamina. Paradižnik spada med živila, ki so bogata z vitaminom C. Tako je na primer v 100 g paradižnika polovico toliko vitamina C, kolikor ga potrebujemo dnevno. Bogatejši s tem vitaminom so drobnejši

paradižniki, čeprav imajo majhno tržno vrednost. Zelo veliko vitamina C vsebuje pimenta, ki jo pri nas poznamo samo suho in jo v majhnih količinah trošimo edino kot začimbo. V 1 kg te začimbe je 2,5 g vitamina C. To dejstvo je zelo važno za prebivalstvo v nekih predelih Afrike, kjer uporabljajo pimento v vsakdanji prehrani.

**Vitaminov skupine B** v rastlinskih živilih, razen v kalčkih žitnih zrn in v soji, ni kaj prida. Ker je naša moka brez kalčkov in ker uživamo premalo mesa, mleka in sira, ki vsebujejo vitamine B, bi bilo potrebno, da začnemo gojiti sojo tudi pri nas.

Vitamin A, ki ga naše telo potrebuje približno 2 mg dnevno, vsebujejo rastlinska živila le v obliki karotina, ki ga predela naše telo v vitamin A, pri čemer ga pa nekaj tudi izloči. Zato potrebuje človek dnevno 5 mg karotina, ki ga vsebuje zlasti rdeče korenje, in sicer 60 do 150 mg na kg. Tako lahko že s 100 g korenja krijemo dnevno potrebo po vitaminu A. Zanimivo je, da je karotin v celicah, ki so obdane s celulozo. Zato ga človeški organizem težje izkoristi. Lažje ga pa izkoristi iz kuhanega korenja ali surovega korenčkovega soka. Vitamin A je za toploto precej neobčutljiv in se zato ohrani tudi v kuhanem korenju.

Paradižniki vsebujejo tudi barvilo likopen, ki je po kemični sestavi sicer sorodno karotinu, vendar ga človeško telo ne more izkoristiti. V Ameriki pa so vzgojili vrsto paradižnika, ki vsebuje velike količine karotina, tako da s 50 g te vrste paradižnika lahko zadovoljimo naše dnevne potrebe po vitaminu A.

Skoraj vse sadje razen hrušk in jabolk vsebuje citronovo kislino. Namesto te pa vsebujejo jabolka in hruške jabolčno kislino, kar so dosegli sadjarji z dolgotrajno selekcijo obeh vrst sadja.

Iz tega kratkega sestavka je razvidno, kakšno vlogo igra selekcija rastlin glede na kakovost živil, ki jih dobivamo od njih. S tem so pa nakazane tudi naloge, ki jih

ima kmetijstvo, da z različnimi agrotehničnimi ukrepi dviga ne samo količino, temveč tudi kakovost sadja in zelenjave.

### **KATERE LASTNOSTI OMOGOČAJO BAKTERIJAM PATOGENOST?**

Lastnost mikroorganizmov, da povzročajo bolezen, imenujemo patogenost. Pri tem upoštevamo njih sposobnost, da inficirajo bodisi pod naravnimi ali eksperimentalnimi pogoji. Pnevmonoki na primer so za miško v poskusu zelo patogeni, saj poskusna živalca že v nekaj dneh pogine, če ji injiciramo samo nekaj bakterij. Nasprotno pa pri miših nikoli niso opazili spontanah pnevmokoknih infekcij.

Virulenca sama nam izraža stopnjo patogenosti, vendar se oba pojma v splošni rabi še zelo zamenjujeta.

Da se bolezen razširi med ljudmi ali živalmi, morajo poleg patogenosti bakterije imeti še drugo lastnost, in sicer komunikabilnost. S tem mislimo sposobnost mikroorganizmov, da se prenašajo od makroorganizma do makroorganizma, to je od enega do drugega individuuma človeških plemen ali živalskih vrst.

Že dolgo je znano, da se virulenca bakterij močno poveča, če gredo skozi občutljivi živalski organizem. Tako so mnoge bakterije takoj po izolaciji za živali slabo patogene. Ko pa nekajkrat zapored gredo skozi živalski organizem, se jim virulenca lahko do stotisočkrat poveča. Zdi se, da je to posledica selekcije (izbora) virulentnih mutant, ki so redko zastopane v originalni kulturi. Te virulentne bakterije se v mnogočem razlikujejo od drugih. Imajo namreč zvišano sposobnost za tvorbo toksinov, zaščitnih kapsul in drugih zaščitnih snovi, n. pr. encimov, ki so v zvezi z zvišano virulenco. Tudi pri prenosu bakterij od človeka na človeka se virulenca zviša, in to se praktično pokaže v epidemijah.

Kot se virulenca bakterij zviša s prehodom skozi živalski organizem, tako se zniža z dolgotrajnim kultiviranjem na bakterioloških gojiščih.

Bakterije so makroorganizmom škodljive bodisi zaradi svoje toksičnosti (strupenosti) ali pa invazivnosti (vdornosti). Najlaže si to razložimo s primeri.

Če sprane spore tetanusovih bacilov injiciramo v normalno tkivo, tedaj ne bodo vzbrstele in se ne bo tvoril toksin, temveč jih bodo tkivne celice fagocitirale (posrkale). Bolezen se ne bo razvila. Če pa spore tetanusa damo v okuženo rano, morda še skupaj z agensi (učinkujočimi snovmi), ki povzročajo poškodbo tkiva ali pa celo nekrozo, ali še bolje, če jih v rano injiciramo skupaj z bacili, ki zaradi svoje aerobnosti porabljajo kisik, se bodo spore hitro razvile v bacile, ki bodo tvorili tetanusov toksin. Le-ta bo po živcih prešel do možganskih celic in povzročil tetanus, bacili sami pa bodo ostali na mestu infekcije.

Nasproten je potek po okužbi z bacili antraksa, s povzročitelji vraničnega prisada. Če vnesemo nekaj spor antraksa v tkivo občutljive živali, se bodo tudi kmalu razvile, razmnožile in preplavile ves organizem. Najdemo jih lahko v krvi in vseh organih. Toksinov pa ta bacil ne bo tvoril. Tako imamo v prvem primeru opraviti s fatalno boleznijo, ki jo povzročijo toksični produkti mikroorganizmov. Le-ti se v zdravem tkivu ne morejo ramnoževati. V drugem primeru pa gre za mikroorganizme z veliko vdorno silo, ki povzročajo smrt gostitelja, ko tako rekoč preplavijo njegovo živo tkivo. Spričo tega je povsem jasno, kako zelo se med seboj razlikujeta oba mehanizma, ki sta bistvenega pomena za nastanek obolenja. Obenem smo spoznali pojem invazivnosti, ki pomeni sposobnost mikroorganizmov, da vdoro v tkiva in kri makroorganizma.

Za nastanek bolezni pa je poleg visoke virulence bakterij potrebna tudi še znižana odpornost človeka in živali proti okužbi. Bakterij je v naravi vse polno. Prisotne so v vodi, ki jo pijemo, v hrani, ki jo uživamo, v zraku, ki ga vdihavamo, in v vsem, česar se dotikamo. Koža in vse sluznice imajo nešteto bakterij. Zakaj nastane ob stiku s patogenimi bakterijami

bolezen samo v enih primerih, v drugih pa ne? Tu igrajo odločilno vlogo prirojeni in pridobljeni mehanizmi imunosti, ki so pa zelo številni in zamotani, tako da se na tem mestu ne bi poglobljali vanje.

Da se razvije bolezen, morajo torej bakterije premagati te obrambne mehanizme. Da se pa bolezen lahko širi med ljudmi in živalmi, morajo povzročitelji bolezni imeti še eno lastnost, namreč komunikabilnost, to je sposobnost, da se lahko prenašajo od individuuma do individuuma.

Komunikabilnost je mnogo manj raziskana kot patogenost, kajti študij komunikabilnosti pri bakterijah, virusih ali patogenih glivah je veliko zamudnejši kot pa študij njihove patogenosti in virulence. Patogenost se eksperimentalno študira veliko lažje, ker je nje rezultat obolenje ali celo smrt, medtem ko je posledica pozitivne komunikabilnosti lahko bolezen ali pa samo tih prenos infekcije. Zato je študij lastnosti, ki so podlaga komunikabilnosti mikroorganizmov, v primeri s študijem njihove patogenosti močno zaostal.

Komunikabilnost pa ni vezana le na patogene bakterije, ki povzročajo bolezen, kajti komunikabilna, to je prenosljiva med posameznimi individuumi, je tudi

normalna bakterijska flora kože prebavnega, dihalnega in genitalnega trakta. Nekatere bakterijske vrste normalne flore so za življenje potrebne, tako n. pr. črevesna flora, ki sintetizira vitamin K in vitamine skupine B.

Po drugi strani so nekatere bakterije zelo patogene, niso pa komunikabilne, kar je za nastanek epidemij pogoj. Tako n. pr. tetanusov bacil ni prenosljiv od človeka na človeka, zato tudi ne more priti do infekcije med ljudmi.

Za komunikabilnost je zelo važna tudi lokalizacija obolenja. Tako je lahko določena bolezen na določenem mestu prenosljiva, drugod pa ne. Pri kugi n. pr. imamo zaprto infekcijo v žlezah ali odprto v pljučih. Prva v glavnem ni prenosljiva, dokler pač ostane zaprta, druga je pa močno kužna že od vsega začetka pljučne infekcije. Manj izrazito ilustracijo, kolike važnosti je lokalizacija infekcije za komunikabilnost, nam dajejo hemolitični streptokoki. Bolniki z zaprtimi streptokoknimi infekcijami so za okolico le malo kužni, medtem ko so bolniki, ki imajo streptokoke na koži (pustule) ali v žrelu (angina, škrlatina), za okolico zelo nevarni.

Dr. Bronka Brzin

MEDICINSKA  
SESTRA  
NA TERENU

Uredila  
CITA BOLE

Leto III. – 1956

IZDAJA CENTRALNI HIGIENSKI ZAVOD V LJUBLJANI

Tiskala in klišeje izdelala Tiskarna »Jože Moškrič« v Ljubljani



## K A Z A L O

Arko Nika: Sveti na področju socialnega varstva — njihov pomen in naloge . . . . .	49
Doc. dr. Avčin Marij: Osnovno opazovanje bolnega otroka . . . . .	17, 60
Doc. dr. Avčin Marij: Sifilis pri otroku nekoč in danes . . . . .	134
Dr. Bèbler Damjana: Prehrana in telesno delo . . . . .	25
Dr. Bèbler Damjana: Prehrana predšolskega otroka . . . . .	89
Prof. dr. Bedjanič Milko: »Klopov« meningoencefalitis v Sloveniji . . . . .	81
Med. s. Bole Cita: Za nadaljnjo poglobitev zdravstvenega varstva matere in otroka . . . . .	116
Prof. dr. Brecelj Bogdan: Ortopedija prve življenjske dobe . . . . .	73, 144
Doc. dr. Čupić Vukan: Temeljne ustanove za zdravstveno zaščito matere in otroka v komuni . . . . .	55
Hadžić Nata: Šolske kuhinje . . . . .	43, 96
Dr. Jerše Marjan: Radioaktivni izotopi v sodobni medicini (popravek) . . . . .	48
Jeršič Miro: Medicinska sestra in družbeno upravljanje . . . . .	113
Prim. dr. Karlin Mirko: Ftizijogeneza ali nauk o nastanku sušice . . . . .	153
Dr. Kmet Janez: Epidemiologija influence . . . . .	165
Dr. Lajevec Stane: Utrujenost, storilnost in zdravje . . . . .	85
Med. s. Leskošek Cirila: Nekaj o našem delu pri besežiranju . . . . .	157
Dr. Lunaček Slava: Otroški vrtci . . . . .	32
Dr. Lunaček Slava: Oprema v otroških vrtcih . . . . .	101
Dr. Potrž Jože: O zakonski zvezi in družini . . . . .	2
Dr. Ragaci Vera: Nekaj smernic za prehrano otročnice in doječe žene . . . . .	29
Simčič Vika: Sterilizacija in vroče polnjenje . . . . .	107
Dr. Smerdu Franjo: O pravilni slovenščini v dispanzerski službi . . . . .	161
Dr. Vargazon Bogomil: Dieta pri ledvičnih obolenjih . . . . .	20
Dr. Vargazon Bogomil: Dieta pri jetrnih obolenjih . . . . .	105
Asist. dr. Varl Bojan: Komplikacije pri zdravljenju z antibiotiki . . . . .	149
Dr. Zupančič - Zupan Jakobina: Prehrana dojenčka . . . . .	35
7. april — Svetovni dan zdravja . . . . .	1
Teden Rdečega križa . . . . .	1
Poročilo o III. kongresu ginekologov in porodničarjev FLRJ v Ljubljani . . . . .	129

## OBZORNIK

Glivična obolenja pri človeku (Dr. Brzin Bronka) . . . . .	46
Vzroki smrti pri jetičnih bolnikih, ki ne umirajo za tuberkulozo (Dr. Karlin M.)	48
Pomagaj bolniku! (F. N.) . . . . .	110
Transplantacija živalskih kosti (F. N.) . . . . .	110
Direktno merjenje toplotne izgube (F. N.) . . . . .	110
Uravnovešenost v prehrani nosečnic (F. N.) . . . . .	111
Dieta in zobni karies (F. N.) . . . . .	111
Občni zbor Združenja proizvajalcev v živilski industriji (Maležič Cilka) . . .	111
Odgovornost sester ob vedno novih nalogah zdravstva (Dina Urbančič) . . .	170
Nekaj zanimivosti o živilih rastlinskega izvora . . . . .	174
Katere lastnosti omogočajo bakterijam patogenost? (Dr. Bronka Brzin) . . .	175