

Zadnji reženj hipofize ali živčni del izloča dvoje vrst hormonov: hormone, ki uravnavajo vodno gospodarstvo v telesu, v tkivih in organih ter so jim podrejeni predeli ledvic, v katerih se voda izloča iz krvi in deloma posrkava nazaj, in

hormone, ki uravnavajo napetost gladkega mišičevja v ožilju, prebavilih in maternici.

Srednji reženi ~~hipofize ali zvezni~~ del verjetno urejuje zlasti barvo kože s ten povrhnjice v koži. Služ snov prepojijo hormoni v tkivje in ledvice z r omenili.

Možganski podvese dejavnost. Razumljivo napaka takšna, da ji k okvarah posameznih p preko matere oškoduje ganski podvesek« vklj po navadi, če so oškod življenje bistveno važi.

arvila v osnovnih celicah dlogo, ki jo kot prehodno dejo v kri in preko nje larstvo telesa, kakor smo

ormoni neverjetno veliko razvojna bolezen in tudi v zgodnjih ali kasnejših ga podveska. Bolezni, ki žgane, ki je vanje »mož- obanjskega dna. Tako je nanj prizadeta tudi ta za



S tega vidika bomo podrobneje opisali le najbolj izrazite razvojne bolezni: hipofizarno pritlikavost in njeno nasprotje — hipofizarno velikanstvo, kot bolezen zaradi motenj v prednjem režnju možganskega podveska, nadalje: vodno propustljivost kot bolezen zadajšnjega režnja in beličnost (albinizem) kot bolezen zaradi motenj v srednjem delu možganskega podveska.

(Konec prihodnjic.)

## 0 skrbi za revmatike

B. Vargazon

V pričujočem članku mislim obravnavati problematiko bolnikov s sklepnimi obolenji in spregovoriti o smernicah pri delu z njimi. Vendar se ne bom omejil na prava revmatična vnetja sklepov v ožjem smislu besede, temveč se bom ustavil tudi pri vnetjih, ki se zaradi obrabe hrustanca pojavljajo v višji starosti in ki jih imenujemo degenerativne artropatije (»degenerative ali osteoarthritis«). Kolike važnosti so sklepna obolenja za zdravstveno službo in narodno gospodarstvo, nam kažejo statistični podatki. Iz teh je razvidno, da odpade v Jugoslaviji več kakor 10 % vseh obolenj samo na bolezni udov. To so zlasti akutna sklepna obolenja, predvsem Polyarthritis rheumatica acuta — akutni sklepni revmatizem — in pa še mnogo večja skupina kroničnih, ki obsegajo tako vnetna kakor tudi degenerativna obolenja. Večina bolnikov z akutnim poliartritisom izhaja iz socialno šibkejših družin. Tod so zaradi neustreznih stanovanj, nezadostne obleke in nepravilne prehrane tudi mnogo bolj izpostavljeni infekcijam dihal, posebno žrela, kjer se taki infekti često pojavljajo kot angine. Akutni poliartritis namreč nastane običajno šele po večkratnih infekcijah z beta hemolitičnimi streptokoki, ki povzročajo lakunarne angine. Bolezen izbruhne 1–3 tedne

po preboleni angini. Med tem pa se v organizmu dogajajo alergični oziroma imunološki procesi, zaradi katerih tudi akutnega poliartritisa ne smemo vrednotiti kot lokalno artikularno, temveč kot splošno obolenje vsega organizma. Začenja se z visoko temperaturo, z bolečinami, oteklina ali navadno več sklepov, iz katerih se simptomi sčasoma selijo še v druge neprizadete sklepe. Ta pojav je pred nekaj stoletji dal bolezni tudi ime: izraz »rheuma« je grški in pomeni nekaj, kar se pretaka, teče. Takrat so si predstavljali, da se bolezenska snov pretaka iz enega sklepa v drugega. Obolenje sklepov samih je danes že nebitven in terapevtsko po navedi kaj lahko rešljiv problem. Mnogo huje je, da obolita v visokem odstotku obenem s sklepi tudi endokard in miokard, in sicer kot revmatični endokarditis in miokarditis. Obe obolenji privedeta v poznejših letih — bodisi zaradi srčne hibe ali kronične okvare srčne mišice — do oslabelosti srca oziroma do srčne dekompenzacije, ki jo prav dobro poznate iz vsakdanje prakse. Zlasti pri otrocih je v izredno visokem odstotku prizadeto tudi srce. Na posebne težave naletimo v primerih, ko so spremembe na sklepih morda komaj opazne. Zato jih neredko lahko tudi spregledamo in tako za vselej zamudimo priložnost ustreznega zdravljenja. Čim starejši je človek, tem manj je verjetnosti, da bi bilo obenem prizadeto tudi srce. Kako tragično usodo doživljajo bolniki s srčno hibo po prebolenem poliartritisu, nam najbolj zgovorno dokazuje visoko število smrtnih primerov med temi bolniki. Samo v ZDA cenijo, da umrje letno 30–60 tisoč ljudi zaradi revmatičnih srčnih obolenj, in sicer največ v starosti med 5. in 25. letom življenja.

Najvažnejše pri zdravljenju akutne faze poliartritisa in endomiokarditisa je mirovanje in ležanje, in sicer vse dokler je revmatično vnetje aktivno. Pa tudi v rekonvalescenci potrebuje bolnik vsaj še nekaj tednov strogega počitka in pozneje se mora še nekaj mesecev do enega leta brezpogojno omejiti v telesnih naporih ali športnem udejstvovanju. Zato moramo vedno opozarjati bolnika, naj ostane v postelji, vse dokler ima temperaturo, tudi če je ta samo včasih zvišana, in še to le malo nad 37° C, dalje, če ima pospešen pulz, zvišano sedimentacijo in na srcu bolezenske spremembe.

Že samo s tem enostavnim ukrepom se bo marsikateri revmatik obvaroval srčne hibe in s tem v poznejših letih tudi dolgotrajnega hiranja zaradi nastajajoče oslabelosti srca. Še prav posebno bomo previdni pri bolnikih s klinično ali elektrokardiografsko ugotovljenim revmatičnim endomiokarditisom, ki traja neredko mesece in mesece, medtem ko vnetje nezadržno tli naprej pri sicer minimalni klinični simptomatiki. Bolnik mora ves ta čas ležati in se, tudi ko vnetje mine, še daljši čas varovati vseh večjih telesnih naporov ter se le pogosto uvajati v normalni način življenja.

V akutnem obdobju boleznici se pacient spočetka zelo močno poti, kar včasih privede celo do kožnih sprememb. Temu odpomoremo, če bolnika pogosto umivamo s toplo vodo in z dodatkom razredčenega alkohola. Pri umivanju moramo vedno paziti, da se bolnik čim manj utruji. Med važne naloge pri negi akutnega poliartritisa sodijo ukrepi za zmanjšanje bolečin, ki so pri zelo akutno potekajočem poliartritisu vedno v precejšnji meri prisotne. Močno boleče sklepe le za krajšo dobo imobiliziramo, predvsem pa jih varujemo pritiska odeje. Obenem pa se ogiblujemo nepotrebnih in bolečih premikov postelje, nepazljivega postiljanja in tudi nepotrebnega premikanja sklepov.

Pri akutni obliki naj ima bolnik sklep v takem položaju, da mu prizadene čim manj bolečin, kar pa seveda ne velja — zaradi nevarnosti nastanka fleksijske

kontrakture — za subakutno ali kronično potekajoče oblike, kjer je preventiva usmerjena predvsem proti poznejšemu neugodnemu položaju sklepa. Nekoliko ublažimo bolečine tudi s previdno uporabo mazil, ki vsebujejo razne salicilate. Kakršnokoli močnejše masiranje pa je v tem stadiju kontraindicirano. Bolnik z akutnim poliartritisom potrebuje krepko in visoko kalorično prehrano, ki mora vsebovati predvsem zadostno količino sveže zelenjave, sadja in sadnih sokov. Posebno pridejo v poštev limone, ker ima organizem večje potrebe po vitaminu C, ki ga redno dodajamo tudi še v tabletah ali injekcijah. Zaradi močnejšega potenja dobivajo bolniki tudi več tekočine — vsaj 2000 do 3000 ccm — kar dosežemo predvsem z večjo količino že omenjenih sadnih sokov. Številne procedure v zvezi z nego, pogostno jemanje zdravil (na več dnevniških obrokov razdeljeno dajanje natrijevega salicilata, aspirina, piramidona, butazolidina, irgapirina, pronisona itd.), dalje večkratno uživanje manjših obrokov hrane, intenzivnejša nega, vse to lahko bolnika prikrajša za počitek in spanje, ki sta mu zaradi značaja njegove boleznitoliikanj potrebna. Zato morata sestra in bolničar to upoštevati in si delovni program dnevniških opravil razporediti pri akutnih revmatikih na način, ki jim bo zajamčil spanje po kosilu, pa tudi sicer zadostno mirovanje v postelji. Dobra kontrola za zmogljivost srca pri počasnem uvajanju v redno življenje je merjenje hitrosti pulza pred naporom in potem. Če ugotovimo, da pet minut po naporu pulz ne doseže prejšnje vrednosti, je to znak, da mora bolnik še nadalje mirovati.

Ko so odkrili, kolike važnosti je streptokokni infekt pri nastanku akutnega poliartritisa, je vse prizadevanje šlo nenehno za tem, da se najde pravo vzročno zdravljenje kakor tudi način, kako obvarovati organizem pred infektom ali kako preprečiti oziroma zavreti sam potek imunološkega procesa. Posebno očitno je to postalo v letih po odkritju sulfonamidov, penicilina in drugih antibiotikov. Vendar nam tudi z antibiotiki ne uspe, da bi ob izbruhu akutnega revmatizma hitro zavrli imunološki proces v organizmu. Tem bolj pa si lahko pomagamo s sulfonamidi ali antibiotiki kot preventivnim profilaktičnim sredstvom bodisi proti izbruhu revmatizma pri ugotovljenih anginah ali tudi za preprečevanje recidivov, kar je bistvene važnosti posebno pri mlajših bolnikih. Zato tudi dajemo rekonvalescentom po akutnem revmatizmu skozi daljšo dobo bodisi dvakrat dnevno po pol grama sulfonamidov ali pa po 200 000 E penicilina — prav tako dvakrat dnevno. Druga običajna antirevmatična sredstva so danes že tako učinkovita, da nam zdravljenje sklepniških pojavov večidel ne povzroča posebnih težav — vendar samo če jih dajemo v ustreznih količinah in dovolj dolgo. Ne poznamo pa še zdravila, s katerim bi bolnika lahko zanesljivo obvarovali srčne hibe in mu prihranili vse tisto trpljenje, ki ga dan za dnem opazujemo pri kronično bolnih z dekompenziranim srcem. Nekaj časa je prevladovalo mnenje, da kortizoni in njemu podobni preparati preprečijo nastanek srčne hibe, vendar velike statistike tega niso mogle potrditi.

Mnogo težje je zdravljenje bolnikov s kroničnimi sklepniškimi obolenji, ki traja neredko leta, desetletja ali pa vse do smrti. Kronične artropatije so lahko degenerativne ali vnetne. Eden izmed vzrokov za porast degenerativnih artropatij je močno zvišana starostna doba ljudi v ekonomsko razvitih državah, kar velja danes tudi za Jugoslavijo. Zato tudi opažamo, da imamo tem več artropatov, čim daljša je povprečna življenjska doba človeka. V veliki meri pa je iskati vzrok v povsem nepravilnem načinu življenja, ki ga živimo v stoletju tehničnega razvoja in hitro naraščajoče motorizacije, kar vse močno pospešuje

nastanek degenerativnih sklepnih obolenj, predvsem v najbolj obremenjenih sklepih. Fändrich<sup>1</sup> pravi: »Naraščajoča motorizacija nam prihrani peš hojo iz službe in v službo, dasi bi kajkrat že zadostovala, da bi se med delovnim časom nastale mišične otrdelosti in nepravilna drža normalizirale. Zaradi kina, gledališča, radia in televizije ne utegnemo več na večerne sprehode. Nedeljski izlet je postal nemoderen, mladina pa drvi okrog z motornim kolesom in »mopedom«. Dodal bi le še, da je telesna drža v nekaterih poklicih vse prej kot fiziološka, zaradi česar že zgodaj opažamo degeneracijo sklepnih hrustancev in tudi zgodnjo invalidnost. V eri, ko se človeštvo vse bolj približuje vseмирskemu telesom, pa moramo žal ugotovljati, da »postajamo tem bolj nepokretni, čim bolj je razgiban čas, v katerem živimo«. Temu so vzrok tako degenerativna kakor tudi vnetna obolenja sklepov. Samo v ZDA je zaradi kroničnih sklepnih obolenj bolnih približno 7 milijonov oseb, to je vsaj 5 % prebivalstva (Brown<sup>2</sup>). Od tega je približno 130 000 odraslih za delo povsem nezmožnih (letna izguba 45 milijonov delovnih dni), 800 000 pa jih je za delo le omejeno sposobnih. Okrog polovico od teh je letno bolnih povprečno 5 mesecev, kar pomeni v gospodarstvu v ZDA letno ogromno izgubo 60 milijonov delovnih dni samo v tej skupini bolnikov. Podobne številke navajajo tudi drugod in je n. pr. v Avstriji izguba narodnega dohodka zaradi revmatizma znašala v enem letu več kot 1 milijardo šilingov. (Günther, Hittmair<sup>3</sup>). Pri tem lahko ugotovimo, da se s preventivnim zdravljenjem prej omenjenih streptokoknih infektov more vsaj do neke mere zmanjšati število akutnih poliartritov, medtem ko število kroničnih bolnikov raste še naprej. Glede zdravljenja degenerativnih artropatij bi omenil le toliko, da je zaradi značaja obolenja in nepopravljivosti sklepnih okvar zdravljenje teh bolnikov kaj nehvaležno delo, zlasti še, ker je le prav malo zdravil zares učinkovitih.

Po načinu nastanka ločimo dve obliki kroničnega poliartritisa: primarno in sekundarno kronični. Za sekundarno kronični poliartritis označujemo obliko, ki poteka spočetka akutno in po nekaj recidivih polagoma preide v kronično obliko. Primarno kronični poliartritis pa se začne polagoma in skoraj neopazno s sklepnimi pojavi, ki so lokalizirani predvsem na malih sklepih rok. Vzrok nastanka je še neznan, kar tudi onemogoča profilakso. Predvsem nas zanima vprašanje, ali je danes že možno uspešno zdraviti paciente s kroničnim revmatizmom in ali ni veliko število delnih ali popolnih invalidov ravno dokaz o nemoči zadevne terapije. Ena glavnih napak, ki se na srečo danes ne dogaja več v tolikšni meri, je v tem, da zdravimo kroničnega revmatika le ob akutnejšem poslabšanju in ga po raznih ukrepih, ko se mu stanje za silo izboljša, brez zadostne kontrole zopet prepustimo njegovi usodi. Navadno se bolnik zadovolji s tem, da je bolečina izginila, ne pomisli pa, da potrebuje skoraj polovica vseh kroničnih revmatikov dolgotrajno terapijo po individualnem načrtu, ki je odvisen od aktivnosti in stadija bolezni ter odzivnosti na določeni medikament. Danes že razpolagamo s posebnimi dispanzerji za revmatike (oddelek na Polikliniki in Šolski polikliniki v Ljubljani, ambulante v Mariboru, Kranju itd.), kjer je že do sedaj registriranih na tisoče revmatičnih bolnikov. Razpolagamo pa tudi že z zdravili, s katerimi pri pravilnem in dosledno izvedenem — večkrat zelo dolgotrajnem zdravljenju — dosežemo v visokem procentu tudi leta dolgo izboljšanje in vsaj znosno življenje (zlato, resochin, kortizonski preparati, butazolidin, irgipirin, kombinacije resochina s prednisonom in aspirinom, kombinacije aspirina s pronisonom itd.). Na srečo prenašajo revmatični bolniki to

dolgotrajno terapijo povečini z nezmanjšanim optimizmom in vedrino, ki nam je pri zdravljenju v veliko pomoč. To je tudi ena zelo značilnih karakternih potez teh bolnikov. Kdorkoli je že sodeloval pri negi in zdravljenju kroničnih revmatikov, pa je lahko tudi videl, da pri sicer redkih primerih (po skromnih cenitvah nekako pri 10 % — Schoen<sup>4</sup>) bolezen kljub intenzivnemu zdravljenju nezadržno napreduje in privede po določenem obdobju do invalidnosti. Menda ni potrebno posebej opozoriti, da tudi pri kroničnem poliartritisu ni vseeno, kdaj začnemo z zdravljenjem: z vsakim letom je verjetnost uspeha manjša, dokler ne postane zdravljenje brezpredmetno, ko zaradi nastalih deformacij ne moremo več preprečiti invalidnosti, čeprav nam morda uspe, da zboljšamo revmatično vnetje.

Omenil sem že, da je pri zdravljenju bolnikov z akutnim poliartritisom prvi pogoj ležanje. Pri kroničnem revmatizmu pa z daljšim ležanjem bolniku več škodimo kakor koristimo. Zaradi neaktivnosti in imobilnosti se spremeni in poslabša zgradba kosti, hrustanca in vezivnega tkiva. Zato pri kroničnem poliartritisu tudi v aktivni fazi (otekline, bolečine, zvišana SR, dvig temperature, anemija, slabo počutje itd.) le v izjemnih primerih pustimo posamezni sklep mirovati dlje kakor nekaj dni do enega tedna. Isto velja tudi za ležanje, ki ga pri teh bolnikih nikdar ne smemo izvajati po načelih, kot veljajo za zdravljenje akutnega sklepnege revmatizma. Bolniku zato tudi priporočimo, da vsaj nekaj ur dnevno vstane in da sam skrbi za svojo osebno higieno, za žene pa je priporočljivo opravljanje lažjih gospodinjskih del. Bolnikom tudi svetujemo, da pridejo v ordinacijo po možnosti peš. S temi ukrepi preprečujemo nastanek muskularne atrofije in bolniku zboljšujemo fizično kondicijo. Pri akutnejšem poslabšanju z močnejšimi oteklinami je gibanje vedno združeno z bolečinami. Bolnik jih skuša zmanjšati s tako sklepno lego, pri kateri je sklepna ovojnica čim manj napeta in s tem tudi manj boleča. To je položaj sklepa v zmerni fleksiji. Če taka lega traja dalj časa, je skoraj neizbežna posledica fleksijska kontraktura, ki ne dopušča niti popolne fleksije niti ne ekstenzije. Pri predisponiranih bolnikih lahko nastane taka kontraktura že po prav kratkem času — celo že po nekaj dneh. Zato skušamo uravnati sklep v najprimernejši položaj, to je v iztegnjeni položaj (ekstenzija), kar velja posebno za komolčne in kolenske sklepe. Takšen položaj dosežemo z opornicami, ki jih apliciramo predvsem ponoči.

Edström<sup>5</sup> povsem umestno ugotavlja tudi, da so naše postelje za kronične revmatike večidel prenizke, ker se le s težavo uležajo in vstanejo. Postelje lahko dvignemo z lesenimi podstavki. Navadno je bolniška postelja za te bolnike tudi premeška. Posebno indicirana je ureditev trdega ležišča pri degenerativnih in vnetnih obolenjih hrbtenice, ker je brez tega ukrepa vsako zdravljenje obsojeno na neuspeh. Podobni ukrepi veljajo tudi za sedenje, ki nikdar ne sme biti dolgotrajno. Razen tega mora biti stol zadosti visok, da kolčni in kolenski sklepi niso močnejše flektirani.

Kot eno najblažjih sredstev za zmanjšanje bolečin uporabljamo toploto, ki ohlapi sklepe, širi ožilje, zboljšuje prekrvljenost mišic, kar vse vpliva analgetično. Zelo primerni so električni grelni loki, termofori ali električne blazine, ki jih pustimo približno 20–30 minut in jih uporabimo večkrat dnevno. Revmatične težave se zmanjšajo tudi po toplih kopelih, ki pa ne smejo biti predolge (do 15 minut) in tudi ne prepogostne. Le pri bolj svežih vnetjih se s toploto bolečine včasih celo povečajo, pojav bolečine pa je lahko tudi dokaz, da je delo-

vala predolgo. Pri takih bolnikih je navadno tudi že kratkotrajno gibanje združeno z bolečinami. Vendar je pri zdravljenju kroničnega revmatizma eden izmed osnovnih pogojev zmerno gibanje in razgibavanje ter razne oblike fizikalne terapije.

Z nadaljnjim zvišanjem povprečne starostne dobe in z naraščanjem škodljivih vplivov civilizacije se bo število kroničnih artropatov v bodočnosti verjetno še povečalo. Naša prizadevanja morajo biti pri tem usmerjena tako v preventivo kakor v izvajanje vseh nakazanih ukrepov pri negi in oskrbi, saj bomo našim bolnikom s sklepnimi obolenji na ta način tudi pripomogli do zopetnje gibljivosti.

#### SLOVSTVO

1. Fändrich, W. F.: Zschr. Rheumaforsch., Darmstadt 18, 81, 1959.
2. Brown, A. M.: Medical Nursing, Saunders, Philadelphia — London, 1953.
3. Günther, R. Hittmair, A.: Zschr. Rheumaforsch., Darmstadt 18, 299, 1959.
4. Schoen, R.: predavanje na: 65. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin, Wiesbaden, 1959.
5. Edström, G.: Documenta rheumatologica Geigy No 4, 1954.

## De

Zadnja leta se javnos ljudi je namreč precejšnje na njihov račun. Toda tež

In tudi v tem je eder manj polovica prebivalstvomoramo v tako imenovan hranjenosti, ki pomeni ol

Seveda ni vsak debe bolnim debelim človekom:

predhodnica raznih boleznih, saj pospešuje njihov razvoj in potek. Razen tega vpliva tudi uspavajoče na delavnost človeka in družbe. Že pesnik Horac omenja, kako je bilo z dobro pijačo in jedačo pri Rimljanih konec junaštva, pesništva, govorništva in podobnega. »Z nožem in vilicami si je izkopal grob. — Kdor pije, ne da bi bil žejen, in je, ne da bi bil lačen, umrje mlad. — Trebuh je slab svetovalec. — Mnogi uporabijo prvo polovico življenja, da pokvarijo drugo. — Iz sitosti se rodi lenoba«, takih in podobnih pregovorov poznamo nešteto. Premeteni državnik in vojskovodja Cezar pa je izjavil: »Okrog mene naj bodo debelušni ljudje z gladkimi glavami, ki ponoči dobro spijo; ljudje, ki preveč mislijo, so lahko nevarni«.

Kaj hitro se prične pri debelosti tudi tako imenovani zlovešči krog, iz katerega je težko najti izhod: razvijejo se razne bolezni, ki terjajo počitek in izključujejo telesno delo; zato takšen človek, ki se je zaradi večje teže že tako ali tako polenil, še pridobiva težo. Seveda se mu težave s tem še povečajo in tako se ta krog vrtil naprej in naprej, dokler nesrečnika ne zmelje.

V Ameriki ugotavljajo pojav debelosti pri več kot eni petini celotnega prebivalstva, v Angliji omenjajo naraščanje bolezenskih stanj zaradi debelosti,

nje debelosti. Debelih al, ki jih ljudje zbijajo lebelosti, niso majhne. veta: medtem ko najte nedohranjenosti, se proti prekomerni preorganizem.

ihodi med zdravim in je debelost mnogokrat