

Dr. Zlata Pirnat

Odkrivanje in zdravljenje pljučnih bolezni v dispanzerju za pljučne bolezni in tuberkulozo

Kakor povsod po svetu, in to predvsem v razvitih državah z dobro protituberkulozno službo, smo ob diagnostični obdelavi zaradi depistaze pljučne tuberkuloze tudi pri nas naleteli na številna pljučna obolenja, ki niso bila tuberkulozne narave.

Naši ftiziologi so se najprej iz lastne pobude začeli ukvarjati tudi z drugimi pljučnimi obolenji ter hkrati, ko so pregledovali torakalne organe, nakazovali tudi potrebo in nujno za preiskave in terapijo še nepoznanih srčnih bolnikov.

S številčnim upadanjem tuberkuloznih bolnikov je v dispanzerjih ostajalo več prostega časa, ki ga je nujno kazalo preusmeriti in porabiti za skrb in zdravljenje bolnikov z akutnimi, predvsem pa kroničnimi nespecifičnimi obolenji bronhopulmonalnega sistema.

Inštitut na Golniku je že pred 10 leti uvidel nove potrebe in pričel s prevzgojo svojega strokovnega kadra. Tu ne mislim samo na inštitutske zdravnike in medicinske sestre, ampak tudi na prevzgojo in preusmeritev hospitalnega in dispanzerskega kadra vse Slovenije.

Inštitut za pljučne bolezni na Golniku je v sklopu ftiziološke sekcije organiziral in še vedno organizira redne sestanke vseh slovenskih zdravnikov — ftiziologov. Na teh sestankih se obravnavajo pulmološke teme, referatov o tuberkuloznih obolenjih pa je na programih vedno manj. Na rednem letnem seminarju za medicinske sestre naših pulmoloških dispanzerjev se tudi sestre iz protituberkulozne službe preusmerjajo in prevzgajajo na novo razširjeno dispanzersko dejavnost.

Že pred 5 leti smo napovedali boj drugi najbolj razširjeni kronični bolezni dihal — kroničnemu bronhitisu. Pred dvema letoma smo začeli z registracijo tega obolenja in ugotovili, da število teh bolnikov na področju vsakega posameznega dispanzerja presega število primerov z aktivno pljučno tuberkulozo. Kronični bronhitis je obolenje bronhialnega sistema, pri katerem zbuja pozornost močan produktiven (mukozen ali mukopurulenten) kašelj. Pojavlja se vsako leto v jeseni in traja v zaporedju vsaj dveh let več kot tri mesece.

Zakaj pa je važna registracija in zdravljenje kroničnega bronhitisa? To obolenje je poznano že zelo dolgo, vendar je veljalo za banalno in so bolnike odpravljali z reklom: »Kdor dolgo kašlja, dolgo živi«. Kronični bronhitis pa nikakor ni nedolžna bolezen. Kronično vnetje sluznice dihalnega sistema deluje namreč tako uničujoče, da v razmeroma kratkem času — v razdobju nekaj let — izzove respiratorno insuficienco. Ker pa vemo, da sta pljuča in

srce organa, ki sta funkcionalno med seboj tesno povezana, bolezenske spremembe na bronhopulmonalnem sistemu prej ali slej motijo delovanje srca in krvnega obtoka. Najhujša posledica kroničnega bronhitisa je obolenje srca — cor pulmonale. O tem srčnem obolenju vemo, da je za običajno zdravljenje refraktarno, če ne omilimo in delno ne odpravimo vzroka, zaradi katerega je nastala respiratorna insuficienca. Zato velja skrb pulmoloških dispanzerjev zgodnjemu odkrivanju in zdravljenju kroničnega bronhitisa. S pravočasno in dolgotrajno terapevtsko intervencijo nam uspe ta obolenja zaustaviti na tisti razvojni stopnji, ko še ne morejo povzročati kardialnih lezij, ali nastanek le-teh skušamo pomakniti v čim višjo starost.

Zanimivo je, da odkrivamo vedno več mladih bolnikov s simptomatiko, ki je značilna za to bolezen. Menimo, da je temu vzrok nezadostno ali nepravilno zdravljenje bolnikov z akutnimi obolenji traheobronhialnega sistema. Seveda pa je številčni porast akutnih obolenj tega sistema nujno pripisovati tudi naraščajoči motorizaciji, industrijskemu razvoju, gostoti prebivalstva v mestih, načinu ogrevanja prostorov itd., ki s svojimi odpadnimi snovmi onesnažijo ozračje in kakor smog dušijo večja naselja ter s svojo dražilno močjo hkrati škodljivo vplivajo na sluznico zgornjega, še bolj pa spodnjega dihalnega sistema. Švicarski avtorji trdijo, da je eden izmed vzrokov tudi hrana, prebogata z ogljikovimi hidrati, in menijo, da dosežejo izboljšanje obolenj že v razmeroma kratkem času — v 6 tednih. Ker vsebuje prehrana pri nas Slovincih običajno vse preveč krompirja, močnatih izdelkov in testenin in ker ne znamo pripravljati zelenjav brez podmetov in prežganja, na drugi strani pa beležimo porast in razvoj industrije, ni čudno, da imamo vedno več bolnikov s kroničnim bronhitisom. Pulmoftiziologi menimo, da izgubimo v Sloveniji preveč starejših ljudi zaradi prehodnih hipoksemičnih stanj, saj bi jim pravočasne zdravniške intervencije v specialnih pulmoloških bolnišnicah in intenzivna nega lahko tudi za več let podaljšala življenje.

Za patronažno sestro je važna pozornost na stanje preutrujenosti in »zaspanosti« čez dan in tudi na močno nespečnost pri svojih starejših varovancih, ki že leta in leta kašljajo, pa so naenkrat prenehali kašljati, imajo glavobole in posebno težko dihanje. Takšna nejasna znamenja so pogosto alarm, da je bolnika nujno treba napotiti v pulmološki dispanzer. Če je prizadeta tudi že pacientova mobilnost, pa je k njemu nujno potrebno poklicati zdravnika. Zdravnik splošne prakse pa naj bi paciente s težavami, ki govorijo za hipoksemično stanje zaradi slabe ventilacije, napotil v specialno pulmološko bolnišnico.

Zdaj pa nekaj še o načelih zdravljenja pri kroničnem bronhitisu: ker vemo, da zunanje in notranje nokse pripravijo ugodna tla za razvoj mikroorganizmov, ki povzročajo kronično vnetje v sluznici dihal, moramo te mikroorganizme v izmečku dokazati, jih izločiti in preizkusiti njihovo občutljivost za antibiotike. Praktično pravimo: pošljemo sputum v preiskavo na patogene bakterije in antibiogram. Ker pa je ta preiskava draga in preteče od odvzema materiala pa do izida preiskave 8 do 10 dni, pulmolog ne more čakati s terapijo in ordinira še doslej nepoznanemu bolniku antibiotik, za katerega so bolniki s kroničnim bronhitisom v največjem odstotku občutljivi. V 85% primerov po analizi antibiogramov (podatki v dispanzerski službi kakor tudi po podatkih inštituta na Golniku) so bolniki s to boleznijo občutljivi za chloramphenicol. Najpogostnejša povzročitelja (preverjeno po antibiogramih) pa sta pnevmokok in bacil influence.

Če ob kontroli bolezen ne kaže znakov izboljšanja, menjamo antibiotik in pošljemo sputum na prej omenjeno preiskavo. Po prejtem rezultatu preiskave pa vedno ordiniramo ustrezno antibiotično terapijo.

Ker vnetje zaradi produktivnega kašlja in vpliva razpadlih bakterijskih produktov v večini primerov povzroča spazme bronhialnega sistema, je nujno potrebno, da to stanje preprečujemo in dosežemo dobro izpraznjevanje — izkašljanje sluzavega, sluzasto gnojnega ali gnojnega sekreta. To dosežemo z aplikacijo bronhodilatatorjev, ekspektoransov in bronhialnih detergentov.

Bronhodilatatorje lahko apliciramo peroralno, spray pa — per inhalationem. Najboljša je aplikacija z inhalatorji pod pritiskom: dovajamo kisik, ki sproti razprši raztopino bronhodilatatorja in bronhialnega detergenta.

Antibiotike per inhalationem uporabljamo le v kombinaciji z oralno in parenteralno aplikacijo, da ne bi z minimalnimi dozami povzročili specifične rezistence.

Kortikosteroide — pronison, dexason — kot kombinirano terapijo (z doslej navedeno) uporabljamo tako v hospitalu kot ambulantno. Razlika je le v količinah in trajanju zdravljenja, kajti v ambulantno-dispanzerski službi moramo biti znatno previdnejši, saj bolnika ne moremo kontrolirati stalno — se pravi vsak dan. Kortikosteroide uporabljamo le takrat, ko je kombinirana terapija neuspešna in bolnik glede na stopnjo svojega obolenja še ne spada v hospitalno ustanovo ali pa hospitalizacijo odklanja.

Pri bolnikih, ki imajo srčno funkcijo dobro ohranjeno, lahko uspešno interveniramo tudi s fizioterapijo. Ta z učenjem in privajanjem na maksimalno ekspiracijo znatno pomaga pri preprečevanju zgodnjega emfizema in odvrača motnje v kardiorespiratorni funkciji.

Registracija kroničnega bronhitisa ima tudi praktičen pomen, ker če bolnika dobro poznamo in ga kontroliramo, lahko z objektivnim izvidom, pripomoremo k pravični oceni delazmožnosti. S takim načinom dela varujemo resnično bolnega, obenem pa z objektivnimi metodami preprečujemo »invalidnost« simulantov.

Invalidske komisije so imele do uporabe spirometričnih in ergometričnih preiskavnih metod zelo težko stališče, ko so ocenjevale delazmožnost pljučnih bolnikov. Zdravniki teh komisij so se pri bolnikih z obsežnimi ali manj obsežnimi pljučnimi spremembami, zarastlinami odločali za invalidnost, pač v prepričanju, da je njih mnenje pravilno. Bolnikom, ki takih sprememb niso imeli, pa subjektivnih težav niso priznavali in so jih označevali celo za simulanke.

Nekateri, posebno ameriški avtorji, navajajo med vzroki za nastanke kroničnega bronhitisa na prvem mestu kajenje cigaret. Zavzemajo se za odvajanje kajenja in sestavili so program zdravstvenoprosvetnega delovanja proti tej množični razvadi.

Program obsega:

1. občasna predavanja o škodljivosti kajenja — dokumentirana s kontrolno skupino nekadilcev;

2. zglede —

a) zdravstveni delavci naj ne kadijo v ordinacijah,

b) v šolah in javnih ustanovah naj se osebju prepove kajenje;

3. vztrajanje pri prepovedi glede reklame cigaret.

Tako Američani! Mi še nismo prišli do tod, saj šele skušamo ugotoviti prevalenco kroničnega bronhitisa.

To obolenje, ki se s prvo jesensko meglo oziroma vlago ali najpozneje s prvim zimskim mrazom vsako leto znova akutno poslabša, pa ima zaradi svojega dolgotrajnega in vedno se ponavljajočega poteka tudi znaten vpliv na gospodarsko škodo. Izpad delovne sile, ogromne dajatve socialnega zavarovanja za denarna nadomestila bolnikom in drago zdravljenje so tisti ekonomski dejavniki, ki neugodno vplivajo na naše narodno gospodarstvo. Pri pregledu in analizi bolniških izostankov in po njihovi kategorizaciji glede na pogostnost bolezni, ki izostanke povzročata, je očitno, da med vzroki bolniškega staleža bolezni dihal že vrsto let zavzemajo prvo mesto.

Pulmološki dispanzerji z redno, pravilno in dovolj dolgo terapijo teh kroničnih bolnikov skrajšujejo dobo zdravljenja, preprečujejo poslabšanje procesov s podaljšano antibiotično terapijo. Z zmanjšanjem stopnje v razvoju te kronične bolezni pa delujejo preventivno glede nastanka kroničnega pulmonalnega srca in znižujejo s tem število invalidnih oseb zaradi te bolezni. Vendar moramo poudariti, da je to bolezen znatno težje odkriti kakor pa pljučno tuberkulozo. Če hočemo predočiti vzroke za težavno ugotovitev kroničnega bronhitisa, se moramo vrniti k organiziranemu in sistemskemu odkrivanju tuberkuloze — k fluorografiji. S to metodo odkrijemo le tiste bolnike s kroničnim bronhitisom, ki so v času radiografije boleli za komplikacijo kroničnega bronhitisa — za pnevmonijo. Do diagnoze kroničnega bronhitisa — ta praviloma ne dela pljučnih sprememb, ki bi jih bilo mogoče dokazati z rentgensko preiskavo — pridemo z izčrpno anamnezo, z avskultacijo, z bakteriološko preiskavo sputuma in spirometričnimi preiskavami, ki jih je večkrat treba dopolniti še z ergometričnimi preiskavami in plinsko analizo krvi. Vse to pa zahteva mnogo časa in volje tako od pacienta kakor od zdravnika. Težava je tudi v brezbržnosti bolnikov, ki so se tako privadili svojemu ponavljajočemu se kašlju in težjemu dihanju, predvsem ob naporu, tako da obolenju ne pripisujejo posebnega pomena in iščejo zdravniško pomoč šele ob večji progredienci procesa, ko jim postajajo težave neznosne.

Po podatkih inštituta za pljučne bolezni na Golniku ima 28% bolnikov s pljučno tuberkulozo respiratorno funkcijo v mejah norme, drugih 72% bivših pljučnih bolnikov pa dosega več ali manj zmanjšane vrednosti. Za kroničnim bronhitisom bolni pa imajo praviloma motnje v respiratorni funkciji, čeprav rentgenoloških sprememb ni mogoče dokazati. Zato v zadnjih nekaj letih zahtevajo invalidske komisije pred oceno invalidnosti pljučnega bolnika tudi preiskavo njegove respiratorne funkcije.

Drugo zelo važno pljučno obolenje je kronični obstruktivni pljučni emfizem. Ta nastopa v večjem odstotku pri moških, ki so presegli 40. leto življenja. Proces se dogaja v pljučnih mešičkih, ki so distalno od končnih bronhiolov — najmanjših dihalnih poti. Nastanejo nenormalno povečani zračni prostori in destruktivne spremembe v alveolarnih stenah.

Alveolarne stene se raztegnejo, mestoma raztrgajo, elastična vlakna so reducirana, prav tako je osiromašena žilna mreža.

Vzroki za nastanek emfizema:

1. prirojena slabost tkiva (zelo redko), t. i. familiarni emfizem,
2. lokaliziran emfizem — zaradi brazgotin v pljučnem parenhimu po zdravljenju prejšnjega specifičnega (tuberkuloznega ali nespecifičnega) vnetja,

3. emfizem, ki nastane pri kroničnih kašljavcih zaradi fizikalnih ali kemičnih iritantov. Sem prištevamo tudi glavni vzrok nastanka — kajenje cigaret.

V zvezi z emfizemom je treba poudariti nastanek akutnega pljučnega srca pri hudih pnevmonijah ali tromboembolijah, h katerim se emfizematiki močno nagibajo, zlasti če je izražena policitemija (zvišano število rdečih krvničk).

Vsako povečanje srčnega dela ob naporih ali ob bolezni lahko pospeši dekompenzacijo pulmonalnega srca, ki le nekaj časa reagira na običajno zdravljenje. Kadar trajajo te dekompenzacije dalj časa, pa je bolezen — cor pulmonale — na običajno zdravljenje srca popolnoma neuspešna.

Cor pulmonale lahko nastane pri vseh bolnikih, boleajočih za pljučnimi boleznimi, ki zaradi dolgotrajnosti zmanjšujejo saturacijo s kisikom.

Bronhialna astma je obolenje, ki se pokaže z difuznimi spazmi zračnih poti, in sicer kot odziv oz. povečana odzivnost traheje in bronhijev na različne, predvsem zunanje pa tudi notranje dražljaje. Spazmi dihalnih poti se spreminjajo, in to spontano ali pod vplivom zdravlil. Bolnik dobiva napade dispnoe (težkega dihanja), in to večidel v večernih ali nočnih urah. Napad traja nekaj ur, pa tudi nekaj dni. Zanj značilno je, da pri osluškovanju slišimo fizikalne znake, značilne za bronhialno astmo samo ob »napadu« in še kratek čas po njem. V pavzah, ki lahko trajajo tudi več mesecev, pa je pljučni izvid — tako rentgenski kakor tudi klinični — brez posebnosti. V napadu bolnik težko diha, kašlja, v pljučih mu piska.

Nevarnost za astmatika so vmesne infekcije. Takrat postane kašelj produktiven, ekspektoracija večinoma sluzasto gnojna, ob hujših infekcijah, ko je bila zdravniška intervencija kasna, pa purulentna in se kaj lahko komplicira s pljučnico.

Zdravljenje z bronhodilatatorji je suvereno. Zdravljenje ob infektu pa je enako zdravljenju bronhitisa (antibiotiki, bronhialni detergenti, ekspektoransi). Če ugotovimo nevrogeni vzrok astme, so na mestu tudi zdravila za pomirjenje. Često pa ustavimo težke astmatične napade šele s kortikosteroidi.

Pri vsakdanjem dispanzerskem delu, v večjem obsegu pa pri kontrolah po fluorografiji, dalje pri delu na pulmoloških oddelkih specialnih bolnišnic se srečuje pnevmoftizolog tudi z drugimi pljučnimi obolenji. Med temi je najvažnejše čimbolj zgodnje odkritje pljučnega karcinoma. Naša želja je, da bi prav vsak pljučni karcinom diagnosticirali še v stanju operabilnosti. Takrat lahko dosežemo še popolno ozdravljenje procesa. Tudi kadar odkrijemo inoperabilni pljučni karcinom, pri katerem je še možna iradiacijska terapija, smo delno še zadovoljni, saj po nekaterih podatkih lahko bolniku podaljšamo življenje tudi za nekaj let. Odkritje bolnika s pljučnim karcinomom, pri katerem ni možna nobena terapija, pa pomeni slabost naše zdravstvene službe. Ob priložnostnih rentgenskih pregledih, še pogosteje pa po fluorografiji, odkrivamo benigne pljučne tumorje. Naloga dispanzerske službe je, da takšno obolenje registrira in kontrolira. Ko opazimo pretirano rast tumorja, napotimo pacienta v specialno bolnišnico na operacijo, saj lahko ta sicer benigna bula zaradi svoje obsežnosti pritiska na važne organe in je zato treba odstraniti te tumorje.

Ker opazujemo vedno večjo migracijo delavcev iz bratskih republik, ki v svojih mladih letih — niso bili deležni primerne pediatrične skrbi, nam

število bolnikov z bronhiektazijami polagoma narašča. Prirojene bronhiektazije so redkejša bolezen in ponavadi mirujejo, eksarcerbirajo le ob hujših »prehladih«. Pridobljene bronhiektazije pa so praviloma posledica slabo zazdravljenih nespecifičnih pljučnih boleznih otroške dobe.

Bronhiektazij pri bolnikih, ki so v zadnjih 10 letih preboleli pljučno tuberkulozo, skoraj ne zasledimo več. Saj so antibiotiki tisto zdravilo, ki zdravijo pljučne procese tako, da ne puščajo več prevelikih adhezivnih sprememb — se pravi, ne doživljamo več pogosto zazdravljenj z defektom. Kronični abscesi, mikotična obolenja na pljučih, pnevmokonioze in sistemske bolezni, npr. morbus Boeck, tudi niso novosti v pulmologiji. Zahtevajo le vestnost in preiskave za natančno diagnozo.

Dispanzerje za pljučne bolezni in tuberkulozo danes najbolj polnijo bolniki s tako imenovano simptomatiko obolenj bronhopulmonalnega sistema. Naloga dispanzerja je diagnosticirati obolenje, nasvetovati terapijo in po izvedeni terapiji kontrolirati bolezen.

Ob počasnejšem — prolongiranem poteku obolenja ali kadar se akutna simptomatika ponavlja, ni odveč bronhoskopska preiskava, ker nam kaj pogosto odkrije malignom, ki se skriva za to »akutno simptomatiko«. Pri tistih bolnikih, ki nimajo urejenih domačih razmer, se pravi, ki nimajo možnosti za nego na domu ob bolezni, poskrbi dispanzer za hospitalizacijo, čeprav gre za navadno pljučnico, ki se v ugodnih razmerah zdravi doma.

Redkih primerov obolenja, kot npr. kolagenoz, difuzne intersticijske pljučne fibroze, revmatičnih obolenj na pljučih itd., ne bi obravnavali, ker je njihova diagnostika in zdravljenje področje pulmoloških specialnih bolnišnic oziroma inštituta na Golniku.

Z razvojem tehnike in uporabo tehničnih dosežkov v medicini je ta veja medicine, tako imenovana pulmologija, napravila mogočen skok v diagnostiki in zdravljenju pljučnih bolnikov, ki so bili še do nedavnega prepuščeni svoji usodi. Razvoj v tej smeri se bliskovito nadaljuje — dispanzerska služba pa ima nalogo, da temu razvoju čimbolj sledi in njegove dosežke z vsakodnevnim delom na svojem področju prenaša v ambulantno prakso.

O razširjenosti listerioze

Listerioza je nalezljiva bolezen ljudi in živali. Povzročča jo bakterija *Listeria monocytogenes*. Spontano obolevajo domače in divje živali, med njimi tudi ptiči in ribe. Doslej so jo ugotovili pri več kot 50 vrstah živali.

Ljudje obolevajo v vseh starostih, najpogosteje pa nosečnice, katerih okužba se prenaša tudi na plod, in stari ljudje. Največkrat je pri listeriozi prizadeto centralno živčevje. Bolezen poteka kot meningitis ali meningoencefalitis. Lahko je pa bolezenska slika zelo pestra. Najhuje poteka z bolezenskimi znamenji sepse, najlažje so latentne okužbe brez simptomov, teh okužb navadno niti ne odkrijejo. V zadnjem času so našli povzročitelja ne le pri bolnikih, ampak tudi pri povsem zdravih ljudeh in živalih. Zdi se, da so človeški in živalski bacilonosci prav tako pomemben vir okužbe kot okužena zemlja in rastline.

Epidemiološke študije še niso pojasnile načina in poteka naravne okužbe. Najverjetneje se človek okuži pri stiku z živalmi in živili živalskega izvora.

V mestu Halle v Vzhodni Nemčiji so leta 1951 umirali drug za drugim novorojenčki. Neznano bolezen so patologi poimenovali »granulomatosis infantiseptica«. Zaradi velike umrljivosti so začeli bolezen intenzivno raziskovati. Ugotovili so, da je v vseh primerih povzročitelj isti. Pozneje so ugotovili, da je to *Listeria monocytogenes*. Z leti se je pokazalo, da so v Nemčiji v raznih krajih epidemična žarišča listerioze. Malo mestece Halle je postalo znamenito po epidemiji listerioze pri novorojenčkih leta 1951, ki pa ni ostala edina.

V NDR je listerioza na seznamu bolezni, ki jih obvezno prijavljajo. Število bolnikov in število smrtnih primerov pri ljudeh objavljajo v časopisu »Das Deutsche Gesundheitswesen«. Živalske primere objavljajo v »Monatshefte für Veterinärmedizin« od leta 1961 dalje. V zahodni Nemčiji pa Center za listeriozo zbira podatke o tej bolezni ne le v svoji državi, ampak v vsej Evropi. V letih od 1950 do 1966 so potrdili v Zahodni in Vzhodni Nemčiji z bakteriološkimi metodami 2004 primere pri ljudeh in 3173 primerov pri živalih.

Pri tolikšnem številu primerov je mogoče kritično preценiti pojavljanje listerioze z različnih vidikov. Sprva niso prijavljali vseh primerov, njihovo število vidno narašča po letu 1960. V Zahodni Nemčiji je bilo največ listerioze pri ljudeh leta 1960/61, v Vzhodni Nemčiji pa leta 1966. Ti podatki se ujemajo z nakopičenostjo primerov ob epidemiji v Bremenu leta 1960/61 in ob drugi, doslej opisani epidemiji listerioze v Halleju in okolici leta 1966, ko so bakteriološko ugotovili okrog 300 primerov. V letih epidemij pri ljudeh niso opazovali epizootij med živalmi. Tako se vrh obolevnosti pri ljudeh ne sklada z vrhom obolevnosti pri živalih.

Med primeri listerioze pri človeku je bilo 58,1% primerov pri noseči materi in novorojenčku, ki so ju šteli za en primer. Po klinični sliki je bilo centralno živčevje prizadeto v 50%, od tega v 23% pri novorojenčkih. Sorazmerno malo je bilo primerov, kjer so bili prizadeti drugi organi, ali pa bolezen poteka septično.

Povprečna umrljivost je znašala 43,1%. Vendar je od leta 1959 dalje ozdravelo več bolnikov kot v prvih letih. Pri zdravljenju so z uspehom uporabili tetracikline, v bodoče pa pričakujejo še boljše rezultate z ampicilinom. Če izvzamemo novorojenčke, je bolezen pri otrocih do 14. leta in zlasti še pri mladini do 18. leta redka. Če izvzamemo nosečnice, sta oba spola prizadeta v enaki meri.

Bolezniški primeri pri ljudeh se nakopičijo od junija do septembra, medtem ko živali obolevajo največ v pomladanskih mesecih. 80% živali je zbolelo v prvi polovici leta, ko so registrirali komaj 40,6% primerov pri ljudeh. Od vseh vrst živali prizadene listerioza v največjem številu ovce. V prvi polovici leta jih je zbolevalo 90%. Druge živali (govedo, svinje, perutnina, domači in divji zajci, koze) po obolevnosti očitno zaostajajo za ovcami. Zaradi majhnega števila sezonski primeri ne zbujejo pozornosti, posamezni primeri pa se pojavljajo čez vse leto. Razširjenost listerioze v pomladanskih mesecih pri ovcah je bila dolgo časa uganka. Raziskovanja pa so odkrila, da se ovce okužijo z okuženo silirano krmo, ki jim jo pokladajo na pomlad, kadar ni več sveže krme. Listerija najde na rastlinah v silosih ugodne pogoje za razmnoževanje.

Pravo sliko o razširjenosti listerioze dobimo, če jo primerjamo z drugimi nalezljivimi boleznimi. V obdobju od leta 1962—1966 je bilo v Nemčiji 296 primerov listerioze pri človeku. Hkrati so prijaviili 26 primerov tularemije, 56 primerov antraksa, 111 primerov Weilove bolezni, 131 primerov porodniške mrzlice, 513 primerov Q mrzlice, 555 primerov Bangove bolezni, 682 primerov poliomielitisa, 442 primerov botulizma in 545 primerov tetanusa. Toksoplazmozo so ugotovili s serološkimi metodami v 3273 primerih. Če bi tudi pri listeriozi registrirali serološko sumljive primere, brez dvoma ne bi zaostajala za toksoplazmozo. Tako bi bakteriološko spoznani primeri listerioze pomenili le konico piramide, katere dejanski obseg nam zgineva izpred oči.

Tako v Nemčiji, kjer je listerioze največ! Kako pa v drugih državah?

V ZDA so od leta 1933 do 1966 registrirali 731 primerov listerioze pri ljudeh s povprečno umrljivostjo 42%. Prevladujejo infekcije centralnega živčevja pri vseh starostnih skupinah v 73%. Med njimi so všteti tudi meningitisi pri novorojenčkih. Listerioza pri nosečnicah in novorojenčkih je zastopana v 13%.

Na Nizozemskem so od leta 1956—1965 ugotovili pri živalih 1221 in pri ljudeh 187 primerov listerioze. V Franciji je bilo do 1965. leta 119 primerov pri ljudeh, v Angliji 130 in na Švedskem 60. V Jugoslaviji so doslej bakteriološko potrdili pri ljudeh 20 primerov, od tega je 5 primerov pri novorojenčkih, v drugih primerih pa gre za meningitis pri ljudeh različne starosti. Med živalmi je največ listerioze pri ovcah v Bosni in pri govedu v Vojvodini, kjer je bolezen gospodarski problem.

V marsikateri državi je listerioza malo znana in malo raziskana. Kjer prijavljanje ni obvezno, tudi ni mogoče dobiti o njej zanesljivih podatkov. Vsekakor pa je vredno tudi pri nas posvetiti raziskovanju listerioze več pozornosti, saj bi z dobro diagnostiko uspelo ozdraviti marsikaterega bolnika, lahko bi ugotovili vzroke smrtnih primerov in ne nazadnje zaježili morebitno epidemijo.

S. Z.

Oralne kontracepcijske tablete

Večkrat beremo in slišimo, da so kontracepcijski pripomočki škodljivi in da na različne načine kvarno vplivajo na ženski organizem. Res je, da vsi pripomočki niso primerni za vse oziroma za vsako žensko. Statistično je dokazano, da kvarnih posledic pri jemanju zaščitnih pripomočkov neprimerno manj kakor posledic po splavu ali celo manj kot komplikacij v normalni nosečnosti.

O izbiri zaščitnega sredstva naj se ženske posvetujejo z zdravnikom, ki je za to usposobljen. Zdravnik pozna ustroj spolnih organov in njihovo funkcijo, prav tako pa tudi delovanje zaščitnih pripomočkov.

V dobrih desetih letih si je kontracepcija utrla pot med naše žene. Odločanje o velikosti družine je generalni sekretar OZN U Tant razglasil za temeljno človekovo pravico.

V Sloveniji smo začeli uvajati sodobno kontracepcijo leta 1955, ko je število nedovoljenih splavov raslo iz dneva v dan. V začetku smo priporočali predvsem uporabo diafragme, ki se pa zaradi nekaterih estetskih pomislekov in nekoliko komplicirane uporabe ni razširila. Nov vzpon kontracepcije pa smo dosegli, ko smo sicer ob skromni izbiri začeli uvajati hormonske preparate.

Oralne kontracepcijske tablete poznamo pri nas od leta 1964 in so zaradi preproste uporabe med vsemi tovrstnimi sredstvi najbolj razširjene. Ob redni uporabi so te tablete stodontno zanesljivo kontracepcijsko sredstvo. Pred dobrimi dvajsetimi leti so jih vpeljali ameriški raziskovalci. Pri tem raziskovanju so uporabili spoznanje iz fiziologije spočetja.

Tablete vsebujejo majhne količine umetno sestavljenih hormonov, ki so podobni progesteronu in jih imenujemo gestagene, ter še manjše količine estrogena. Ti hormoni vplivajo na možganski privesek, da izloča manj gonadotropnih hormonov, tako da ne pride do ovulacije. Ne zavirajo pa le ovulacije, temveč spremenijo sluz v materničnem vratu, da postane neprehodna za semenčice, in maternično sluznico, tako da normalna ugnezditev morda oplodjenega jajčeca ni mogoča.

V tujini imajo veliko tovarn, ki izdelujejo kontracepcijske tablete pod najrazličnejšimi imeni. Vsi ti preparati se med seboj ločijo samo po količini hormonov, ki so dodani posamezni tableti. Naše tovarne pa izdelujejo zdaj: Anovlar, Lyndiol, Eugynon in Stediril.

Ker je sestava teh tablet različna, je najbolje, da jih predpiše zdravnik. V nekaterih tabletah je več gestagena, v drugih pa nekaj več estrogena. Uporabljamo jih tudi takrat, kadar želimo poleg zaščite doseči še poseben zdravilni učinek. Tako uporabljamo tablete še za zdravljenje raznih ženskih bolezni, kot npr. nekaterih oblik sterilnosti, različnih krvavitev in menstrualnih težav.

Jemanje kontracepcijskih tablet je zelo preprosto. Žena jih prične jemati peti dan menstruacije ne glede na to, ali še krvavi ali ne. Vsak dan, najbolje po večerji, zaužije po eno tableto. Tablete jemlje redno, dokler ne porabi iz omota vseh tablet. Dva do tri dni po zaužitju zadnje tablete dobi krvavitev, ki je podobna menstruaciji, le da je nekoliko slabša in neboleča. Žena začne znova uživati tablete iz naslednjega omota, in sicer osmi dan po zadnji tableti iz prejšnjega omota.

Najpogostnejši sopojava, ki se včasih pokažejo v začetku, ko začne žena jemati tablete, so slabosti, sili jo na bruhanje, pojavijo se bolečine in napetost v dojkah, narašča tudi telesna teža, ima glavobole, krče v trebuhu in občuti spremembe v poželenju po spolnem življenju.

Vse te težave so prehodne in jim niti ne posvečamo preveč pozornosti, ker ponavadi same izginejo v nekaj mesecih. V nasprotnem primeru pa je priporočljivo zamenjati preparat ali uporabljati drug kontracepcijski pripomoček.

Krvav izcedek in vmesne krvavitve, ki se lahko pojavijo, odpravimo tako, da žena tri dni zapored zaužije namesto ene po dve tableti. Če pa nastopi krvavitev po 18. tableti, jo že štejemo za menstruacijo. Žena preneha uživati tablete in jih po 7 dneh prične redno jemati iz novega omota. Vse te težave pa ne zmanjšajo učinkovitosti kontracepcije.

Kontracepcijske tablete se lahko uporabljajo neomejeno dobo. V sodobnih preparatih so namreč količine hormonov do skrajnosti omejene in so

zato praktično neškodljive. Torej ni bojazni, da bi po daljšem jemanju tablet nastopile kake škodljive posledice, saj že v prvem ali drugem ciklusu po opustitvi tablet začno v ženskem organizmu normalno delovati vse važne žleze z notranjo sekrecijo in nastopi ovulacija.

Med oralnimi kontracepcijskimi tabletami imamo na voljo tudi sekvenčnijske ali dvofazne preparate. Pri tej metodi dajemo ženskam običajno prvih 15 dni samo estrogene hormone, naslednjih 5 dni pa estrogene in gestagene. Na ta način posnemamo procese, ki so značilni za normalni menstrualni cikelus.

Mnogi raziskovalci mislijo, da je ta metoda primernejša za mlajše ženske.

Najbolj znani strokovnjaki, ki preučujejo delovanje oralnih tablet, do sedaj niso zanesljivo ugotovili kvarnih posledic. Nevarnosti splava so nepri- merno večje kot pa zelo redke žilne komplikacije, o katerih poročajo v zad- njem času.

Oralne kontracepcijske tablete odsvetujejo ženskam, ki imajo kakšne okvare na jetrih. Prav tako jih ne priporočajo ženskam, ki so prebolele vnetje žil ali pa se zdravijo zaradi rakavega obolenja na dojkah ali spolnih organih. Tudi jih neradi svetujejo debelejšim ženskam, ki se hitro zredijo, ženskam, ki so nagnjene k alergičnim obolenjem, in tistim, ki imajo določene bolezni, kot so npr. padavica ali druge živčne bolezni.

Nobene nevarnosti ni, da bi uživanje hormonskih tablet izzvalo rakavo obolenje, saj nekatere oblike raka celo zdravimo s hormoni, ki sestavljajo tablete.

Kakor vsako drugo zdravilo morajo tudi vsi kontracepcijski pripomočki biti temeljito pregledani in raziskani, preden jih začne tovarna množično izde- lovati. Take raziskave trajajo često po več let. Vsak nov pripomoček pa je treba preizkusiti v različnih deželah in v različnih življenjskih razmerah. Znanstveniki se ukvarjajo z mislijo, da bi preprečili zanositev s cepljenjem. Prav tako raziskujejo različne substance hormonske in nehormonske na- rave, pripravljene v tabletah in injekcijah, ki so namenjene moškim.

Kot vidimo, se nam v prihodnosti obetajo novi kontracepcijski pripo- močki, s čimer pa ni rečeno, da se bodo doslej znani prenehali uporabljati. Tako smo na dobri poti, da bomo v bodočnosti zamenjali splav s sodobnimi kontracepcijskimi pripomočki, kar bo vsekakor še olajšalo boj proti splavom.

Dr. E. Borko — Dr. Lidija Andolšek
»Kako se zavarujemo pred nosečnostjo«
Priredila N. J.