

»Moj otrok«

Knjiga je izšla 1956 pri založbi »Obzorja« v Mariboru, obsega 191 strani in je v prodaji za ceno 200 din. V nji obravnava avtorja dr. Draga Franc Rostaher poglavja o rodu in otročnosti, nadalje o dojenčku, dojenčki, malega šolskega otroka. Natančno pravilni negi ter sodobni negi in bolnega otroka. Kratko omenjene prebavne ške akutne infekcijske bolezni, ki jih srečujemo in prva pomoč pri r

»Prehrana nosečnic«

Je ena izmed knjižic, ki jih izdaja Centralni zavod za napredek gospodinjstva v Ljubljani. Spisala sta jo dr. Bogdan Tekavčič, predstojnik Centralnega ginekološkega dispanzerja, in Marija Dernovšek, med. sestra ginekološke klinike. Obsega 64 strani. Stane 150 din.

Po vsebini je knjiga razdeljena v dva dela. V prvem delu dr. Tekavčič utemeljuje, čemu posebej govorimo o prehrani žene v času nosečnosti, in seznanja bralce, kakšna naj bo prehrana nosečnice po ka-

lini. Govori o nujno potrebnih v prehrani nosečnice ne ob koncu prvega dela obehrano otročnice.

i ga je napisala med. sestra pa daje praktična navodila pombami za prehrano med a citirani pregovor, »da bi i prodala krilo za zdravje«, pravi, da bi ga morali besedami, »za otroka, ki ga

knjižice so praktični napotki za pripravljane hrane in sestavljanje jedilnikov, ki so po kalorični in biološki vrednosti pravilni za nosečnico. — Avtorica drugega dela navaja tudi »preproste domače mere« namesto gramov in tabelo najvažnejših sestavin hrane.

Obzornik

MEDNARODNI TEČAJ ZA IZPOPOLNJEVANJE V DELU PROTI TUBERKULOZI

Med. s. Anica Čarman

Svetovna zdravstvena organizacija s sedežem v Ženevi je specialna ustanova v velikem aparatu Organizacije združenih narodov. Ustanovljena je bila leta 1948. Pred tem so se z zdravstvenimi vprašanji pečale že različne mednarodne organizacije. Svetovna zdravstvena organizacija skrbi zlasti za dvig zdravstva v nezadostno razvitih deželah, njen cilj pa je dvigniti narode na čim višjo zdravstveno raven.

Leta 1950 je bil v Kopenhagenu sklican kongres Mednarodne unije za borbo proti

tuberkulozi, kjer se je razpravljalo o tuberkulozi zlasti v državah, kjer je ta boj še nezadostno razvit in kjer ta nezadostnost izvira iz pomanjkanja kvalificiranega zdravstvenega kadra. Da bi tem državam pomagala, pa je Svetovna zdravstvena organizacija sklenila, da se ustanovijo v nekaterih državah mednarodni centri za izpopolnjevanje v delu proti tuberkulozi. Naloga teh centrov je vzgoja zdravstvenega kadra za antituberkulozno službo.

Eden teh centrov je za bližnji Orient ustanovljen v Istanbulu in prireja v zadnjih letih enkrat letno 4 do 6 tedenski tečaj za izpopolnjevanje v delu proti tuberkulozi. Za ta tečaj so izbrani zdravniki in

medicinske sestre raznih profilov iz raznih držav bližnjega Orienta pa tudi iz Evrope.

V letu 1956 je bil v Istanbulu zopet tak mednarodni tečaj, ki je trajal od 24. septembra do 20. oktobra. Tečaja se je udeležilo 13 zdravnikov in 7 medicinskih sester. Udeleženci tečaja so bili izbrani iz raznih držav Afrike in Azije; Evropo sta zastopali samo Španija in Jugoslavija, ki sta poslali na tečaj po enega zdravnika in eno medicinsko sestro. Poleg teh se je tečaja udeležilo še 11 turških zdravnikov in 8 medicinskih sester, za katere pa se je tečaj pričel že 14 dni pred našim prihodom. Predavanja so bila skupna, zato so jih prevajali sproti iz francoščine v turški jezik.

Mednarodni tečaj je bil v prostorih Mednarodnega centra za tuberkulozo. To je 5-nadstropna stavba v modernem delu Istanbula. V stavbi imajo svoje prostore: Centralni antituberkulozni dispanzer, epidemiološki oddelek, centralni laboratorij za bakteriologijo, centralna služba Antituberkulozne lige Istanbul in pisarne Svetovne zdravstvene organizacije s konferenčno dvorano in knjižnico. V kleti pa je temnica za razvijanje filmov.

Direktor Mednarodnega tečaja za tuberkulozo je znana osebnost protituberkulozne borbe v Turčiji, prof. dr. Tefvik Salgam, ki nas je prvi dan zelo ljubeznivo sprejel in nam po prijaznem pozdravnem govoru razkazal stavbo. Zelo požrtvovalen je bil njegov sodelavec dr. Fazil Erhat, ki je pomagal organizirati naš študijski tečaj in je tudi predaval ter vodil študijske ekskurzije, ki so slehernega udeleženca tečaja seznanile z dejanskim položajem na področju protituberkulozne borbe v Turčiji.

Program tečaja je bil zelo obširen in časovno točno določen, zato smo bili slušatelji tečaja vsak dan zaposleni od 9. do 12. in od 14. do 17. ure. Predavanj je bilo 24, od teh 19 za sestre in zdravnike, 5 predavanj pa samo za sestre. Predavali so nam francoski in turški zdravniki, specialisti za tuberkulozo.

Strokovna predavanja so bila sestavni del istanbulskega tečaja. Obravnavala so vse principe protituberkulozne borbe, organizacijo te borbe, zdravljenje tuberkuloze in rehabilitacijo ozdravljenih tuberkuloznih bolnikov.

Profesor dr. Tefvik Salgam je imel 3 predavanja. V prvem predavanju »Načelo protituberkulozne borbe in protituberkulozna borba v nezadostno razvitih deželah« poudarja, da je v protituberkulozni borbi treba predvsem dobro poznati epidemiologijo tuberkuloze. Kjer protituberkulozna borba ni zadostno razvita, pride bolnik navadno k zdravniku šele takrat, ko je bolezen že v polnem razmahu. Odpornost proti tuberkulozi je odvisna tudi od razmer, v katerih živimo. Aplikacija cepiva BCG tudi ne zavaruje stoddostno proti okužitvi, vendar je alergija pri tuberkulozi manjša. Imuniteta je samodelna. Boj proti tuberkulozi mora biti oborožen z vsemi sredstvi in je to pač vprašanje organizacije. Glavni delež pri tem nosi država. Tuberkuloza je socialna bolezen, zato je tudi boj proti nji zdravstveno-socialen. Tesno sodelovanje med zdravstvenim osebjem in oblastjo je zelo važno zlasti v nezadostno razvitih deželah. Zato je treba za to borbo pridobiti k sodelovanju oblast in prebivalstvo.

Drugo predavanje prof. dr. Salgama »Boj proti tuberkulozi v Turčiji« prikazuje umrljivost za tuberkulozo v Turčiji in ugotavlja, da je še zelo visoka. Po podatkih iz leta 1950 umre v Turčiji letno več kot 40 000 prebivalcev za tuberkulozo. Umrljivosti še vedno ni mogoče čisto točno ugotoviti, četudi je prijava smrti za tuberkulozo obvezna. Z ustanavljanjem protituberkuloznih dispanzerjev in vse protituberkulozne borbe je število sedaj že nekoliko padlo. Predavatelj je nato predočil dejavnost protituberkulozne borbe, ki se je intenzivno začela pravzaprav šele leta 1947 s prvim protituberkuloznim tednom. Protituberkulozna borba sama se je začela sicer že leta 1923 z ustanovitvijo »Protituberkulozne lige«, vendar ni posebno napredovala, ker ni bilo dosti de-

narnih sredstev. Po prvem protituberkuloznem tednu, s prodajo znamkic, poučnimi predavanji in poučnimi filmi se je borba razširila, delo je napredovalo. Leta 1948 je bil potrjen občinski davek na veselične in športne prireditve, ki je prinesel 10 % od dohodkov v korist protituberkulozne borbe. — Leta 1949 pa je Narodna skupščina enoglasno odobrila davek za namene protituberkulozne borbe. In začeli so se množiti protituberkulozni dispanzerji, ustanavljale so se nove Protituberkulozne lige, bolnice in sanatoriji za tuberkulozo. Sedež protituberkuloznih lig je v Ankari, ki ima danes 5 dispanzerjev. Istanbul ima 18 dispanzerjev, njih število pa se bo povečalo na 22. Turčija ima danes že dobro urejene dispanzerje, moderne sanatorije, bolnice itd., kjer ima ljudstvo možnost zdravljenja. Istanbul ima tudi dobro urejeno šolo za bolničarke, kjer se gojenke specializirajo za protituberkulozno službo. Cepivo BCG izdelujejo za Turčijo v »Institutu Refik Saydam« v Ankari. Cepljenje šolskih otrok z BCG vakcino je obvezno.

V tretjem predavanju »Sednji podatki o zdravljenju tuberkuloze« nas prof. dr. Salgam seznanja z zdravljenjem po načelih in praksi, ki je bila in je v navadi pri nas in drugje.

Dr. E. Berthet, svetovalec za tuberkulozo pri Svetovni zdravstveni organizaciji, nam je v svoji temi »Boj proti tuberkulozi v svetu in vloga mednarodnih organizacij« podal sliko neenakosti ljudstva pred boleznijo in pred smrtjo. V statističnih podatkih nam je prikazal razlike otroške umrljivosti, umrljivosti za tuberkulozo in podaljšanje povprečne življenjske dobe v razvitih, polrazvitih in manj razvitih deželah, n. pr. umrljivost za tuberkulozo na 100 000 prebivalcev v razvitih deželah je nižja od 50, v manj razvitih deželah pa večja od 100. Tuberkuloza, bolezen civilizacije in bede, je toliko bolj razširjena, kolikor slabše so življenjske razmere prebivalstva. Tako n. pr. znaša umrljivost za tuberkulozo na 100 000 prebivalcev na Danskem 7, v Indoneziji pa 190. Velik čini-

telj te neenakosti v umrljivosti je pa predvsem pomanjkanje zdravstvenega kadra v manj razvitih deželah.

V drugem referatu »Praktični načrt organizacije za borbo proti tuberkulozi v deželah z močno endemijo tuberkuloze«, nam je dr. Berthet razložil vse možnosti organizacije v protituberkulozni borbi.

Dr. E. Pontefract, okrajni direktor zdravstva iz Dijona, je v svoji temi »Organizacija in delovanje protituberkuloznih dispanzerjev« poudarjal, da je dispanzer središče. izsledovanja, triaže, profilakse, nadzorstva, socialnega sodelovanja in pa zdravljenja. K njemu se obrača bolnik v vsakem primeru, bodisi v stadiju bolezni, bodisi kot rekonvalescent ali kot readaptiranec. Dosedanje dispanzersko delo je pokazalo, da bi moral imeti vsak večji kraj centralni dispanzer s popolno zdravstveno ekipo in s popolno opremo. Ne smemo se zadovoljiti in čakati, da pride bolnik sam k nam, temveč ga je treba poiskati. Izpolnjevanje vseh nalog zahteva od dispanzerja posebno organizacijo in dovršen red, predvsem pa kvalitetno osebje, zdravniško kakor socialno.

V drugi razpravi »Sistematično izsledovanje tuberkuloze v velikih kolektivih« razlaga dr. Pontefract o izsledovanju bolnikov s pomočjo radiologije, z radiofotografijo in s tuberkulinskimi poizkusi.

Tretja njegova tema »Poklicna in socialna rehabilitacija ozdravljenih tuberkulotikov« je bila zelo zanimiva. Če pri bolniku da zdravljenje dobre rezultate, je treba misliti že tudi na njegov bodoči poklic. Marsikateri bolnik se zatopi v misel, da ne bo več mogel delati. To je posebno psihološko stanje za bolnika. Zato je potrebno, da ga privajamo k delu že med zdravljenjem, četudi je to delo drugačno od njegovega bodočega poklica. Poiskati je treba vse možnosti za bolnikov bodoči poklic. Preusmeritev dela ne sme biti preveč različna od njegovega prvotnega poklica. Preusmeritev dela mora biti v tesni povezavi z lečečim zdravnikom in izvedenci raznih strok. Uvajanje v delo je za bolnika neke vrste terapija, zato ga je

na novo delo treba preusmerjati v specialnih ustanovah, dokler bolnik ni sposoben za redno uvajanje v svojem novem poklicu. V poklicu, na katerega se je prilagodil, sme delati bolnik samo delno. Preusmeritev poklica mora biti podprta z vsemi fiziološkimi, psihološkimi in socialnimi jamstvi in se mora opravljati v centrih za poklicna oblikovanja ali pa po dogovoru v podjetjih. Prilagoditev na novo poklicno zaposlitev bi šla hitreje od rok pri kakem enostavnem delu, toda takšna delovna mesta so že zasedena po ljudeh, ki niso bili nikdar bolni. Ker gre v tem primeru za ohranitev celotne neokrnjene delovne sposobnosti človeka, je treba prej dobro pretehtati celo vrsto poklicev. Vsi ti rehabilitiranci pa morajo med časom, ko urijo svojo zmogljivost, biti pod zdravniškim nadzorstvom. Pri vežbanju na domu je medicinska sestra najboljša sodelavka, ki nam zagotovi, da se bo bolnik ravnal po zdravnikovih navodilih. Glede na silen razvoj protituberkuloznega boja in glede moderne terapije dandanes lahko velik odstotek tuberkuloznih bolnikov upa v ozdravljenje. Takšno stanje pa pomenja že samo po sebi povratek k normalnim življenjskim razmeram.

Za medicinske sestre pa so bile posebno zanimive teme glavne medicinske sestre Yvonne Turpin, ki nam je v svojih štirih predavanjih izčrpno obrazložila vse delo medicinske sestre, njeno socialno vlogo v zdravstveni vzgoji prebivalstva, vlogo medicinske sestre v antituberkuloznem dispanzerju, tehniko hišnega poseta in vlogo medicinske sestre v zdravstveno socialni ekipi. V zadnji temi pa je obravnavala oblikovanje in izpopolnjevanje medicinskih sester.

Izven povedanega je bilo še mnogo drugih predavanj in demonstracij, ki jih ni mogoče zajeti v okviru kratkega pregleda. Vsa predavanja so bila za udeležence tečaja zanimiva in poučna tako, da je lahko vsakdo dobil popoln vpogled v ustroj in uspehe svetovne borbe proti tuberkulozi in se obogatil, kolikor daleč je v tej smeri segalo njegovo zanimanje.

V določenih urah smo imeli skupno z zdravniki ali pa ločeno samo sestre »razgovore«, ki so se nanašali na razna predavanja. Pri teh razgovorih je moral vsak udeleženec govoriti enkrat tudi o svojem delu v svoji državi. Zanimivo je bilo poslušati udeležence tečaja iz Afrike, ki so opisovali protituberkulozno delo, ki je zelo težko zaradi rasnih razlik in zaostalosti ljudstva.

Po predavanjih in razgovorih so nam predvajali poučne filme.

Vsak udeleženec tečaja je moral stazirati trikrat v dopoldanskih urah v Centralnem protituberkuloznem dispanzerju, trikrat v Centralnem laboratoriju in trikrat v epidemiološkem oddelku. Delo je isto kot pri nas, le s to razliko, da se dispanzer ne peča s serijskimi pregledi in tudi ne z besežiranjem in fluorografiranjem. To vodi vse epidemiološki oddelek, ki po končanih pregledih pošilja bolnike v dispanzer v nadaljno kontrolo.

Program tečaja je bil izpopolnjen z ogledi zdravstvenih ustanov. Skupno smo si ogledali 22 ustanov. Nekaj od teh je bilo v Istanbulu, ogledi drugih ustanov pa so bili vezani s prekrasnimi izlety v okolico in pa z nepozabnimi ekskurzijami v Ankaru, Burso in na otok Heybeli. Povsod smo občudovali moderne, lepo urejene zdravstvene ustanove in pa prekrasno Turčijo, ki tudi v območju napredujoče civilizacije ne more izbrisati svojih zgodovinskih svojevrstnosti pravljičnega Orienta. Preobširno bi bilo naštevanje vseh teh ustanov, to se pravi: protituberkuloznih dispanzerjev, zdravilišč, institutov itd. Zato omenjam samo najlepše in najmoderneje.

1. Sanatorij za pljučno tuberkulozo »Uludag« v pogorju Olymp v višini 1505 m. Vožnja do tja je z avtomobilom po lepo speljanih serpentinah. Stavba je 3-nadstropna, opremljena z najmodernejšimi aparati in instrumentarijem.

2. Sanatorij »Atatürk« leži 5 km od Ankare. Ima 380 postelj. Opremljen je za izvrševanje vseh pljučnih operacij in ima tudi oddelek za rehabilitacijo.

3. »Sanatorij Heybeliada« na otoku Heybeli v Marmarskem morju. Prostora ima za 560 bolnikov. To sta 3 in 4-nadstropni stavbi v lepem borovem gozdu. Sanatorij je moderna stavba z vso pripadajočo opremo. Približno 7 minut od sanatorija stoji druga manjša stavba, ki je namenjena rehabilitirancem. Tu so razni oddelki: usnjarski, fotografski, strojepisni, oddelki za pletenje nogavic, oddelek za domačo keramiko. Pacienti v tej stavbi tudi spe. Delajo sprva 2 uri dnevno, nato 4 ure, pozneje 6 ur. Ob določenem času imajo počitek. Hrano imajo isto kot v sanatoriju, vendar samo v 4 obrokih, toda z isto kalorično vrednostjo. Na razpolago imajo knjižnico in razne igre. Izdelke pacientov prodajajo v trgovine. Sanatorij preskrbi tem rekonvalescentom-rehabilitirancem službo tudi potem, ko zapustijo zdravilišče.

4. »Sanatorij Erenköy« blizu Skutari. Ima 180 postelj. Poleg sanatorija v parku je stavba, kjer je »šola za bolničarke«. Triletna šola, kjer se gojenke specializirajo predvsem za antituberkulozno službo. Pogoji za sprejem v to šolo je starost 17 let ter končana »orta« šola, to je nekaka nadaljevalna osnovna šola.

5. »Institut za raziskovanje — Naile Saglam«. Ustanovljen po smrti Naile Saglam, ki je darovala vse svoje premoženje za ustanavljanje dispanzerjev in za institut. Stavba ima velike laboratorije in patološko-anatomske dvorane.

6. Splošna bolnica v Ankari. To je 4-nadstropna velikanska stavba, ki je sicer že dograjena, vendar notranje še ni opremljena. Značilno pri tej stavbi je, da ima kuhinjske prostore v najvišjem nadstropju.

Protituberkuloznih dispanzerjev smo si ogledali skupno 6. Omenjam samo dispanzer v Sisli-Istanbul, kateremu je prključen v posebni stavbi poleg dispanzerja še oddelek za rehabilitacijo, strojepisje in šivanje. Tudi dispanzer v Ankari ima v višjem nadstropju oddelek za žensko rehabilitacijo. Izdelujejo ročna dela.

Poleg naštetih ustanov smo videli še mnogo drugih ustanov, ki služijo zdravstvenim namenom in je nanje Turčija res lahko ponosna.

OBOLEVNOST ZA TUBERKULOZO PRI BESEŽIRANIH OTROCIH V VARŠAVI

Dr. M. Karlin

V varšavski dispanzer so v letih 1950 do 1953 privedli na pregled 205 otrok, ki naj bi kljub poprejšnjemu cepljenju z BCG bolehalo za tuberkulozo. Po natančnem kliničnem pregledu pa so ugotovili, da je samo 22 otrok (11 %) zares bolehalo za jetiko; pri vseh drugih 183 otrocih pa so se zdravniki, ki so jih poslali na specialistični pregled, zmotili v diagnozi.

Pri vseh 22 malih bolnikih, ki so resnično bolehalo za jetiko, so ugotovili sama lažja obolenja: 15-krat tuberkulozo hiliusnih bezgavk, 2-krat vnetje rebrne mreže, 1-krat tuberkulozno vnetje očesne žilnice, 4-krat pa le zaapnine v bezgavkah. Zdravljenje v bolnišnici je bilo potrebno le pri 15 otrocih. Razen pri enem bolniku, pri katerem je cepljenje dejansko zatajilo (odreklo), niso pri vseh drugih dognali nobene krivde, ki bi jo mogli naprtiti besežiranju. Sicer pa pristaši besežiranja nismo nikdar in nikjer trdili, da bi cepljenje z BCG dajalo popolno zaščito proti obolenju za jetiko. Vedno smo odkrito izjavljali, da besežiranje daje samo relativno (sorazmerno) zaščito proti jetičnemu obolenju in da cepljenje z BCG prvenstveno varuje otroke najhujših oblik te bolezni, zlasti tuberkuloznega vnetja možganskih mren in milirne jetike.

Značilno pa je, za kakšnimi boleznimi so bolehalo vsi drugi otroci, ki so jih pomotoma osumili, da so jetični: 21 jih je bolehalo za nasledki oslovskega kašlja ali ošpic, 10 teh bolnikov je imelo revmatizem, 13 jih je bolehalo za vnetjem obnosnih votlin, 48 jih je imelo spremembe na nebnicah, 31 jih je bolehalo za pljučnico, 10 jih je imelo razširjene dušnice (bronhektak-

zije). 18 pa jih je kazalo znake bronhitisa (pljučnega katarja).

Zakaj neki je prišlo do tako obilnih zmot v diagnozi? Tu moramo upoštevati naslednje tri napake:

1. Tuberkulinsko preskušnjo so razlagali napačno, ker je večina besežiranih otrok tuberkulinsko pozitivnih.

2. Rentgenske slike bolnikov so nepravilno presojali.

3. Zdravniki, ki so prvi preiskali bolne otroke, so pozabili starše vprašati, ali so bili mali bolniki poprej že besežirani?

Za sklep lahko rečemo, da smemo pri besežiranih otrocih domnevati neko tuberkulozno obolenje šele tedaj, kadar lahko izključimo vse druge vzroke za prisotne bolezenske spremembe.

ALERGIJA — DRUŽBENI PROBLEM

Alergija je družbeni problem, ki ga srečavamo v vseh življenjskih dobah od rojstva do starosti, in to ne glede na socialni položaj. Na alergijo katere koli oblike in s prav neznatnimi razlikami naletimo prav povsod v vseh družbenih plasteh. Alergijo moramo zdaj motriti kot klinično vprašanje, dasi se tiče tudi drugih nekliničnih medicinskih strok.

Respiratorne alergije

Po novejših ocenah je na primer v ZDA okrog 10% prebivalstva alergičnega. Od ugotovljenih primerov najpomembnejše pa so tako imenovane respiratorne alergije, ki se pojavljajo večji del v prvih treh desetletjih življenja. Respiratorne alergije pri osebah starih nad 45 let so resnejši problem glede na možnost komplikacij in glede na diferencialno diagnostiko. Vsak tretji od ljudi, ki imajo sezonski senški nahod, trpi tudi zaradi sezonske astme. Alergije v zgornjem delu dihal se pri razvoju preobčutljivosti pri nižjih delih dihalnega trakta s kroničnimi infekcijami često družijo, n. pr. v alergični bronhitis, bronhialno astmo in emfizem. Če pljučnih obolenj ne zdravimo ali jih celo zanemarimo, se zlasti v višji starosti rada

razvijejo v stalne, nepopravljive patološke strukturne spremembe. Po skrbnih preiskavah pa se dostikrat ugotovi, da se večina respiratornih alergij prične z akutno respiratorno infekcijo že v mladosti. Zlasti pri starejših astmatikih je astma pogosto posledica kroničnega sinusitisa, ki temelji na akutni infekciji ali pa na alergiji, ki se je razvila kdaj prej v življenju, navadno že v mladih letih. Oslovski kašelj, krup, škrlatinka, rdečke ali druge akutne infekcije otroške dobe, bronhopnevmonija, ponovni napadi akutnega traheobronhitisa in adenitisa v gornjem delu dihalnega trakta lahko sprožijo začarani krog.

Po daljšem proučevanju je Lubens v ZDA l. 1955 pri 300 primerih poliomielitisa ugotovil, da je bilo 5-krat več bulbarnega poliomielitisa pri pacientih z alergično anamnezo. Tudi umrljivost je v tej skupini bila višja kot pri nealergičnih.

Dostikrat je praktično skoraj brez pomena predlagati alergičnemu bolniku, da se preseli v področje, kjer bi ne bil izpostavljen določenim alergenom. V zvezi s tem je večkrat lahko tudi sprememba zaposlitve, zapustitev družine in pa nevarnost, da utegne biti drugod izpostavljen novim alergenom. In res vidimo, da postanejo nekateri alergični pacienti po daljšem ali krajšem bivanju v novih krajih občutljivi spet za nove snovi.

Socialni faktorji

Po prvi in drugi svetovni ter korejski vojni je vznemirljivo poraslo število rojstev v obeh zemeljskih polovicah. V takih deželah, kot sta Japonska in Indija, in v nekaterih drugih predelih Azije, kjer je za stanovanja in hrano že tako ali tako stiska, je prehrana padla pod prehrabni standard, ki zagotavlja zdravje. Namnožili so se pa tudi pretresi in živčna napetost, kar vse pomeni činitelje, ki ugodno vplivajo na razvoj alergične bolezni.

Tako n. pr. je na Poljskem po drugi svetovni vojni, ko so bila porušena cela naselja, močno poskočilo število primerov bronhialne astme. Očitno je izvor temu pojavu obenem s slabo prehrano tudi

prah v ruševinah uničenih domov in industrijskih obratov. Med vsako vojno se namnoži bronhialna astma celo v deželah, kjer sta visoki zdravstveni in higienski standard ostala na isti stopnji. V deželah z zelo mrzlimi zimami, kot je na Koreji, lahko hkrati z respiratornimi infekcijami in bronhialno astmo nastopajo še mnoge druge bolezni, ki se pojavljajo v času pomanjkanja.

Industrijski činitelji

Alergija je postala v industriji resen problem. Mnogi industrijski izdelki so izvor važnih alergičnih obolenj, ki ne zadevajo le oseb, zaposlenih pri proizvodnji sami, temveč tudi potrošnike teh izdelkov. Onečiščenje zraka po industriji je prav tako postalo važno vprašanje javnega zdravstva. Spričo vedno večje proizvodnje novih kemikalij, zlasti v mestnih predelih, kjer posebne klimatične razmere prispevajo svoj delež pri koncentraciji strupenih hlapov, dimov in megle, je v mestih, kot n. pr. v Pittsburgu (ZDA), astma vznemirljivo porasla. Tudi alergična obolenja kože so zaradi večje izpostavljenosti onečiščenim atmosferam vedno številnejša.

Na obiskih po zasebnih domovih so skoro v vseh predelih južne Amerike in Evrope ugotavljali splošne življenjske razmere in vrsto okoliške industrije. In ugotovili so, da kažejo bolniki s hujšimi alergičnimi obolenji v teh deželah občutljivost za iste alergene, pač tiste, ki tod sorazmerno najbolj prevladujejo. Prah v domovih, šolah, atmosferične plesni, nekateri cvetni prahovi, delci različnih tkanin, živalske emanacije in živila so v glavnem največji krivci. Ko je šlo za ukrepe, da bi izločili stik z alergeni oziroma da bi znižali občutljivost in začeli s protialergičnim zdravljenjem, se je izkazalo, da preiskujejo okolje na alergene in s tem v zvezi tudi ukrepajo na podobne načine.

Dednost

Spričo rastočega prebivalstva in glede na ugotovitev, da dedni faktor vendarle obstoji, je pričakovati, da bo število

alergičnih sindromov še naraščalo. Kjer sta v družini oba roditelja brezpogojno alergika, je dobro znano, da se glavna alergična obolenja v čedalje večji meri pojavljajo kot posledica obojestransko podedovanega nagnjenja. Večina otrok teh staršev slabo reagira na antialergične ukrepe. Raziskave so odkrile, da v družinah, kjer sta oba roditelja alergika, skoraj 75 % otrok zapade alergiji. Kjer je po anamnezi alergik en sam roditelj, je alergičnih 50 % otrok. Kjer pa starši niso brezpogojno alergiki, se alergija pojavlja pri 40 % otrok. Tudi je ugotovljeno, da se alergija pri otrocih alergičnih staršev pojavi v bolj zgodnji življenjski dobi.

Nastane vprašanje, ali se alergični moški in ženska lahko poročita. Odgovor na to kočljivo vprašanje je razmeroma zelo težak. Vsekakor pa je potreben resen premislek. In če se poročita, morajo njuni potomci dobiti ustrezno terapijo, še preden se pri njih razvijejo alergični simptomi do take mere, da postanejo očitni. Storiti je treba vse preventivne ukrepe, vključno pravilno prehrano, in upoštevati razne činitelje okolice, da se tako preprečijo klinični simptomi. Ta način preprečevanja je zelo uspešen.

Uravnovešena alergija

Poleg dednostnih je še mnogo drugih činiteljev, ki vplivajo na razvoj in potek alergičnih bolezni. Mnogi alergični bolniki, ki so v dobri kondiciji in žive v ugodnem okolju, niso očitno bolni. Ostanje pač v okolju, tzv. uravnovešene alergije. Simptomi pri njih so subklinični. Toda če bi kdaj padle ali se znižale pregrade nasproti pojavom, kot so infekcija, prehrambne motnje, porušitev hormonalnega ravnovesja, znatne vremenske spremembe, uporaba drog in vakcin, življenjski pretresi, psihosomatični činitelji ali navade, ki poslabšajo njihovo dobro stanje, lahko nastopijo alergične manifestacije v tako resni obliki, da vodijo do trajne invalidnosti, če jih ne zavrnemo že v samem začetku in na pravilen način.

Po »Triangle«, volume II/5 - 1956. — F. N.