

ljiva snov preneha učinkovati na kožo, se bolezenske spremembe same po sebi pozdravijo.

Obrabni dermatitis (dermatitis detritiva) je posledica dolgotrajnega procesa, ki ga lahko primerjamo z obrabo kože. Nekatere snovi, predvsem alkalije, kot npr. apno, cement, lužnine, mila in nekateri detergenti zmanjšujejo fiziološke zaščitne mehanizme, s katerimi razpolaga koža. Izlužijo lojeni plašč kože, raztopijo roženo prevleko povrhnjice, spremenijo rahlo kisli pH kože in onemogočijo nevtralizacijo alkalij; včasih nastanejo na površini kože tudi majhne mehanične okvare. Če delujejo take substance dolgo in se njih delovanje ponavlja mesece in leta, se na koži končno razvije kronično vnetje, ki ga opazujemo predvsem na rokah in je po svojem videzu zelo podobno ekcemu.

Acne oleinica so spremembe, ki se pojavljajo na koži izteznih strani zgornjih, pa tudi spodnjih udov in so zelo podobne navadni mozoljavosti. Spremembe nastanejo zaradi ponovnih vplivov in delovanja mineralnih olj ter njihovih derivatov. Istovrstne spremembe nastanejo tudi zaradi katranov. Obolevajo predvsem delavci pri črpanju surove nafte, delavci v rafinerijah nafte, mehaniki in sploh delavci, ko delajo z mineralnimi olji.

Zdravljenje bolezni, ki spadajo med tako imenovane nealergične poklicne bolezni kože, je preprosto, saj navadno prenehajo tudi same po sebi, če izključimo škodljivi vpliv. Tudi preprečevanje teh bolezni nam ne sme delati preglavic, če strogo izvajamo potrebne varstvene ukrepe. Poleg splošne zaščite (higiensko-tehnična zaščita, modernizacija in avtomatizacija tehnološkega postopka) je zelo važno tudi individualno varstvo delavca. S pridom lahko uporabljamo zaščitne obleke, ščitnike za roke in noge, rokavice in maske, do neke mere pomagajo tudi zaščitna mazila, zlasti tista, ki vsebujejo silikone. Končno ne smemo pozabiti na pravilno higieno kože, ki vključuje poleg rednega umivanja in čiščenja kože tudi ustrezno nego kože. Zdravstvenoprosvetno delo in poučevanje delavcev o nevarnostih, ki jim grozijo pri delu, spada med nadaljnje ukrepe, ki smo jih dolžni izvajati, če hočemo uspešno preprečevati nastanek poklicnih bolezni kože.

Na splošno lahko trdimo, da je preprečevanje alergičnih poklicnih dermatoz, zlasti ekcema, zelo težko in redkokdaj res učinkovito. Nealergične poklicne dermatoze, predvsem navadni dermatitis, obrabni dermatitis in oleinske akne pa so obolenja kože, ki bi se pri pravilni higiensko-tehnični zaščiti sploh ne smela pojavljati.

Zdravstveni dom Maribor Direktor: prim. dr. Adolf Drolc
Dispanzer za otroke Predstojnik: dr. Kurt Kancler

Anemija in otrok

K. Kancler

Anemija — slabokrvnost ali malokrvnost je v pediatriji problem, ki je čedalje bolj množičen.

Pri tem ne mislimo na težke anemije, ki jih zdravimo v bolnišnicah, niti ne na tiste redke (hemolitične, aplastične, perniciozne, familiarne etc.), ki so zanimive

za kliničnega pediatra, temveč na anemije, ki so po svoji naravi hipokromne, lažje, vendar nastopajo dokaj množično in postajajo zato problem socialnega pediatra.

V dispanzerju za otroke ZD v Mariboru imamo na leto ca. 25.000 prvih pregledov otrok od 0 do 7 let. Kolikšen odstotek teh otrok se je v zadnjih treh letih zdravilo zaradi anemije, nam povedo naslednje številke:

1964 — 2,2 %

1965 — 2,6 %

1966 — 4,8 %

Vidimo torej, da število otrok z anemijo iz leta v leto narašča. V absolutnem številu pomeni 4,8 % otrok iz leta 1966 dejansko 1.188 otrok, ki so se v navedenem letu zdravili v dispanzerju zaradi anemije.

Vendar nam ta podatek še vedno ne govori dovolj ilustrativno o množičnosti pojava. Na razpolago imam podatke o 1938 sistematičnih pregledih, tj. skoraj 2000 pregledih mariborskih triletnih otrok v letu 1966. Vsem tem otrokom smo kolorimetrično določili vrednost hemoglobina in dobili po tej objektivni metodi naslednje rezultate:

	Dečki	Deklice	Skupaj	
Hb pod 60 %	106	94	200	10,3 %
60 — 69 %	504	467	971	50,1 %
70 in več %	388	379	767	39,6 %

Iz leta 1964 pa imamo podatke o več starostnih kategorijah, in smo tedaj po slučajnostni metodi izbire tudi kolorimetrično pregledali po 200 otrok vsakega letnika — 100 dečkov in 100 deklic. Podatki teh pregledov so razvidni iz spodnje tabele:

	Starost v letih					Skupaj
	2	3	4	5	6	
Hb pod 60 %	11,6 %	11,7 %	2,6 %	6,8 %	19,0 %	10,5 %
60—69 %	66,2 %	53,6 %	42,3 %	38,3 %	49,0 %	50,1 %
70 in več %	22,2 %	34,7 %	55,0 %	54,9 %	32,0 %	39,4 %

Iz prve od teh tabel je razvidno, da med dečki in deklicami v predšolskih letih ni bistvene razlike v pogostnosti anemij, kot jo zasledimo morda pri odraslih, ko je pri ženah več anemij kakor pri moških. Zato v drugi tabeli sploh ne navajamo podatkov za oba spola.

Distribucija primerov po starosti nam kaže, da je anemija večji problem pri malem otroku (2 in 3 leta) in nato zopet pred vstopom v šolo (6 let). Vendar je v vsaki starostni kategoriji samo 200 pregledanih le nekoliko prenizko število, da bi mogla biti ta trditev statistično brezpogojno značilna.

Najvažnejše vprašanje, ki se nam postavlja pri presoji otrokove anemije, pa je kajpak vprašanje, kakšen je v določeni starosti normalen procent hemoglobina. Pediatrična sekcija SZD je letos sprejela normative, pod katerimi naj štejemo otroka za anemika. Ti normativi se glase:

v starosti od 6 mesecev do 2 let pod 62 % Hb
v starosti po 2. letu pod 75 % HB

Če upoštevamo te normative, ki ustrezajo svetovnim povprečjem in jih torej moramo sprejeti za absolutno verodostojne, vidimo, da je v naši populaciji malega in predšolskega otroka le slabih 40 % otrok takšnih, da lahko pri njih raven hemoglobina imenujemo normalno. Več kot 60 % otrok v tej starostni skupini pa boleha

za lažjo ali težjo anemijo. Podatek zbuja toliko večjo skrb, ker vemo, da gre pri obdelanih otrocih za zdrave otroke iz našega vsakdanjega okolja.

Podatki o tako množičnem pojavljanju kakšnega patološkega stanja pa morajo pač biti alarm za vso zdravstveno službo.

Simptomatika teh lažjih anemij je dokaj borna, pogosto tudi takšna, da nam daje misliti na vse kaj drugega, ne pa na anemije. Bledota je simptom, ki nas v pediatriji pri lažjih anemijah pogosto vara, saj ni odvisna predvsem od količine hemoglobina v krvi, temveč od mnogih drugih faktorjev, zlasti pa od sposobnosti kožnih kapilar za kontrakcijo. Dostikrat bled otrok ni slabokrven, slabokrven pa tudi ne vedno bled. Morda najpomembnejši simptom anemije pri otroku je pomanjkanje apetita. Prav zaradi tega otrok napreduje slabše, uživa manj beljakovinske hrane in takšne, ki vsebuje železo, in slabokrvnost se še stopnjuje. Po drugi strani pa se slabokrven otrok slabo brani infekto in si zato sledijo ti v hitrih časovnih presledkih. Pomanjkanje apetita in recidivni infekti so torej glavni simptom, pri katerih moramo takoj pomisliti na anemijo.

Prav omenjena dva simptoma pa sta tudi tista, zaradi katerih anemija še v večji meri postaja socialno pediatrični problem. Anemija — slab napredek — ponovni infekti sestavljajo krog, iz katerega anemični otrok največkrat ne najde sam in končni rezultat je težko, dolgotrajno obolenje, ki na prvi pogled ne kaže nobene povezave z anemijo, je pa dejansko njena končna posledica.

Vsa ta dejstva in okoliščine nam seveda nujno zastavljajo dvojje vprašanj:

1. Kako to, da je anemij toliko, in
2. kaj lahko naredimo, da jih bo manj?

Kako to, da je anemij toliko? Zelo mnogo naših nosečnic je anemičnih, zato plodu, ki ga nosijo, tudi ne morejo dati potrebnih količin železa. Otrok se torej že rodi s pomanjkljivimi zalogami železa. Hrana prvega polletja praktično ne vsebuje železa (pretežno mleko), beljakovine in hranila, ki vsebujejo železo, pa se pogosto prepozno vključujejo v otrokov jedilnik. Mali, predšolski in šolski otrok pogosto uživa kvalitetno (beljakovine in hranila, ki vsebujejo železo) slabo prehrano (v Mariboru le 10 % triletnih otrok vsak dan uživa meso!). Otrok doraste v ženo, ki je slabokrvna in zato ob nosečnosti svojemu plodu ne more dati dovolj rezerv železa, ker jih niti sama nima. S tem je že omenjeni krog sklenjen.

Kaj nam je torej storiti, da bo anemij manj? V posvetovalnicah za noseče že danes skušamo vsako nosečnico ozdraviti anemije, seveda če žena pride v posvetovalnico in če posvetovalnica kontrolira krvno sliko. V posvetovalnicah za otroke vsakemu dojenčku od 6. tedna do 6. meseca ordiniramo po 10 kapljic vodne raztopine Orferona na dan (to je vsak dan ca. 10 mg železa); nato kontroliramo krvno sliko in po potrebi nadaljujemo z zdravljenjem. Prav tako v posvetovalnicah že zgodaj svetujemo dodatke beljakovin (jajca, meso, skuta) in hranil, ki vsebujejo železo (jetra, vranica, grah, špinača).

To je vsekakor že mnogo in če bomo pri vseh teh ukrepih vztrajali pri čim večjem številu varovancev, bo v bodoče anemij prav gotovo manj.

Toda — ali je to dovolj? Vsekakor nam bo na to vprašanje odgovoril čas. Bojim se pa, da odgovor ne bo pozitiven. Če se spomnimo zgoraj navedenega etiološkega kroga, bi bilo vsekakor potrebno, da bi ženo ozdravili anemije in ji napolnili rezervoarje železa, še preden zanosi. To bi bila prava preventiva. Vsem našim dekletom v zadnjih razredih osemletke in v srednji šoli — to so naše bodoče matere! — bi morali kontrolirati krvne slike in rezerve železa (serumsko železo nam daje v te zaloge le delen vpogled) in vsem tem dekletom bi morali sanirati

anemije in urediti pomanjkljive zaloge železa. Organizacijsko je to kajpak težavna naloga, ki bi se pa nedvomno izplačala.

Poleg tega pa bi si morali z množično prosveto prizadevati, da spremenimo strukturo naše prehrane. V tej je še vedno preveč ogljikovih hidratov in maščob ter premalo beljakovin. Odgovor, da gre tu za denar, ne more držati. Od naših 2000 anketiranih triletnih otrok, med katerimi jih le 10 % vsak dan uživa meso, je 14,3 % takih, ki imajo svoj avto, 32,7 % takih, ki imajo hladilnik, 42,9 % takih, ki imajo televizor, in 91,5 % takih, ki imajo radijski sprejemnik. Ne gre torej le za denar! Gre tudi za našo ljubo tradicionalnost. Če so naši starši in stari starši jedli tako, bodo pa še naši otroci! In čeprav se stari niso vozili z avtomobilom!

Sistematični zdravstveni pregledi šolskih otrok in mladine

Dr. Meta Skerget

Sistematični zdravstveni pregledi otrok in mladine v šoli so pregledi zdravih otrok in se periodično ponavljajo v času šolanja. Pri sistematičnih zdravstvenih pregledih ocenjujemo zdravstveno stanje posameznih otrok te skupine prebivalstva, spoznavamo stopnjo njihovega telesnega in duševnega razvoja, odkrivamo različna obolenja ali zdravstvene okvare ter z njimi spremljamo tudi rehabilitacijo in zdravljenje posameznih okvar in obolenj. Za dobro organizirano zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine so torej sistematični zdravstveni pregledi ena izmed osnovnih dejavnosti.

Doba šolanja je pri otroku obdobje, ki je njegov psihični in fizični razvoj zelo intenziven. Različni negativni dejavniki, kot so nizka zdravstvena prosvetljenost družin, nepravilna prehrana, pogostnejša obolenja, slabe stanovanjske razmere ali tudi narušeni odnosi v družini ipd., lahko negativno vplivajo na pravilen razvoj otroka. Po otrokovem vstopu v šolo pa se pridružijo še novi vplivi okolja, ki so značilni za šolsko obdobje. To so predvsem spremembe dosedanjega načina in ritma življenja, vključitev otroka v novo okolje ter odgovornost za šolsko delo. Razen tega v neki meri vplivajo na otroka še higienske razmere, v katerih živi in dela, ter celotni režim šole in doma. V naših šolah še mnogokrat težko zadovoljimo dobre higienske pogoje, predvsem zaradi pomanjkanja šolskega prostora in pouka v dveh izmenah, včasih pa tudi zaradi nepoznavanja higienskih zahtev. Pri ocenjevanju delovnih okoliščin moramo upoštevati klimatske razmere v razredu, naravno in umetno osvetlitev delovnih mest ter šolsko pohištvo. Poleg naštetega pa ne smemo pozabiti še na možnost rekreacije, ker pogosto ravno rekreacijskega prostora primanjkuje, in to šolskih telovadnic in zunanjih rekreacijskih površin. Nekateri otroci težko prenesejo vključitev v nov šolski kolektiv in so zato iz dneva v dan bolj zaprti vase, ne morejo se približati vrstnikom, v šoli slabše uspevajo in napredujejo, včasih pa se zaradi tega razvijejo tudi hujše psihosomatične motnje, kot jecljanje, enureza, različni tiki ipd.

Zato je pomembna dolžnost šolske zdravstvene službe, da se dobro seznanijo z vsemi zunanji vplivi okolja, ki utegnejo otrokom prizadeti zdravstvene okvare, in da skuša te vplive odstranjevati. Skupni cilj zdravstvene in pedagoške službe