

Protituberkulozna služba v letih po II. svetovni vojni

Da bi laže ocenili delo protituberkulozne službe po drugi svetovni vojni, moramo seči po zgodovinskih virih in si osvežiti nekaj znanih, dasi verjetno že pozabljenih dejstev iz področja te medicinske veje.

Tuberkuloza je stara toliko kot človeški rod. Že egiptovske mumije nam kažejo spremembe, specifične za tuberkulozno vnetje. Vendar se je ftiziologija kot posebna veja medicine pojavila šele mnogo kasneje.

Starodavni zdravniki so tudi že poznali splošne znake bolezni, ki so jo imenovali sušico. Leta 1865, torej že pred več ko 100 leti, je francoski vojaški zdravnik Villemin prvič predaval o svojih znanstvenih izsledkih: tuberkuloza je bolezen, ki se prenaša z obolelega na zdravega (človeka ali žival). Vendar je ta znanstvenik, kakor vsak, ki izsledi kaj novega, a ne more tega zanesljivo dokazati, imel vrsto nasprotnikov. Tako sledimo dvome o nalezljivosti tuberkuloze še skoraj 20 let, vse do predavanja dr. Roberta Kocha leta 1882 pred »Berlinskim zdravniškim društvom«. To predavanje o etiologiji tuberkuloze je razpršilo vse dvome, saj je bil odkrit Kochov bacil — *Mycobacterium tuberculosis*.

Edina pomagala pri odkrivanju tuberkuloze so bila vse do leta 1896 dobra anamneza, do skrajnih tančin izostrena avskultacija, perkusija in toplomer. Leta 1896 je Röntgen objavil svoja dognanja o uporabnosti »žarkov« pri medicinskih preiskavah. Kmalu so ugotovili, da je rentgenska preiskava nedosežna pri odkrivanju pljučne tuberkuloze.

Poglavje zase so razglabljanja o zdravljenju jetike. V seznamu zdravilne prehrane najdemo tako — pravilno beljakovinasto kakor tudi zelo škodljivo prehrano — alkohol!! Toda vsi stari ftiziologi so si bili edini, da mora biti hrana izdatna. Poseben pomen pa so pripisovali ugodnim vplivom klime na zdravljenje. V začetku so menili, da ugodneje vpliva obmorska klima (tudi naša Opatija je znana po tem), kasneje pa so menili, da so uspehi zdravljenja boljši v sredogorski klimi. Prvo zdravilišče Brehmer je bilo ustanovljeno že leta 1854 v Görbersdorfu v takratni nemški Šleziji.

Florence Nightingale pa je prva uvidela, kolikšno prednost imajo čist zrak, mir, dobra nega in dodatna hrana pred vsemi tedanjimi zdravili, in ustvarila je načelo o »higiensko-dietičnem režimu«.

Leta 1892, torej že pred Röntgenovim odkritjem, je Forlanini objavil svoj način zdravljenja tuberkuloze — s pnevmotorakso. Leta 1887 je ustanovil sir Robert Philipp v Edinburghu prvi protituberkulozni dispanzer. To je bil tip ustanove, ki je pozneje služil za vzorec tudi drugim vejam medicinske dejavnosti, ki so se morale spoprijeti s socialnimi problemi.

Leta 1901 je ustanovil Calmette v Lillu prvi protituberkulozni dispanzer, ki je bil najbolj podoben današnjemu tipu te ustanove.

Leta 1906 je bil v Ljubljani — kot prvi v Sloveniji in na Balkanu — odprt protituberkulozni dispanzer, prvi slovenski ftiziolog pa je bil dr. Avgust Levičnik (1887—1914).

Slovenija se je počasi spreminjala iz kmečke v industrijsko deželo. Krize in revščina so tedanjemu Slovincu jemale naravno odpornost — svetovna vojna se je razbesnela. Tako so bila pripravljena ugodna tla za ponoven uničevalni pohod tuberkuloze, ki se je širila v tako imenovanem epidemiološkem valu od severo-zahoda proti vzhodu.

Leta 1917 ustanovijo organizacijo »Fond za preskrbo vračajočih se vojniki«. V skrbeh za tuberkulozne vojake pošljejo posebej določeno komisijo, da poišče primeren kraj za zdravilišče za jetične. Pokojni dr. Anton Brecelj je tako postal duhovni oče današnjega Golnika.

Prvo slovensko zdravilišče za tuberkulozo je bilo sicer Topolščica, ki je l. 1919 sprejela prve paciente, toda medtem so se tudi že začela gradbena dela na Golniku.

Med obema vojnama smo imeli v Sloveniji že 21 protituberkulozних dispanzerjev, ki so bili za takratne razmere dobro opremljeni.

Delo v teh dispanzerjih je obsegalo: splošni zdravniški pregled, rentgenski pregled, bakteriološke preglede, nasvete glede zdravljenja in zaščite pred infekcijo, takratno kemoterapijo in zdravljenje s pnevmotorakso.

Dispanzerje so vodili zdravniki, ki so se za takšno delo vzgojili v Topolščici in na Golniku.

Ker je tuberkuloza največkrat predvsem bolezen revnejših slojev, ustanovijo l. 1939 sklad: »Društvo prijateljev Golnika«. S sredstvi tega sklada skušajo tudi revnejšim bolnikom omogočiti zdravljenje v tem zdravilišču.

V začetku druge svetovne vojne je imela Slovenija za potrebe protituberkulozne službe okrog 700 bolniških postelj, in to v zdraviliščih Topolščica, Golnik in Vurberg (zdravilišče ruskega RK) ter v manjših oddelkih pri splošnih bolnišnicah.

Štiriletna vojna vihra, polna grozot nadčloveških naporov v narodnoosvobodilni vojni in polna lakote, nehigienskih razmer, telesnega in duševnega trpljenja v taboriščih in tudi doma, nam je v celoti zapustila izredno malo odporen narod in s tem tuberkulozi pripravila najugodnejša tla za njen ponovni vzpon. Kakor po vsaki vojni, tako v še večji meri beležimo porast števila tuberkulozних bolnikov po drugi svetovni vojni.

Ljudska oblast je takoj spregledala uničevalno pot tuberkuloze in prisluhnila borcem proti njej. Po II. svetovni vojni smo začeli v Sloveniji z doslej najnačrtnejšim bojem, ki se še nadaljuje. Razvila se je vrsta protituberkulozних ustanov. Dispanzerji so razmejeni tako, da pokrivajo celotni teritorij Slovenije in zajamejo res slehernega občana. Ker je primanjkovalo posteljnega fonda za zdravljenje bolnikov z odprto pljučno tuberkulozo, velja vsa skrb ftiziologa geslu: Vsakemu aktivnemu pljučnemu bolniku lastno posteljo, v bolnišnici pa toliko postelj, da je možna takojšnja hospitalizacija kužnega bolnika.

Mreža protituberkulozних dispanzerjev se je povzpela do števila 48, kar je za te ustanove verjetno sploh največje število, ki je bilo kadarkoli v Sloveniji potrebno. V protituberkulozних dispanzerjih je bil koncept dela enoten. Vse delo je potekalo in še danes teče pod enotnim vodstvom Inštituta za tuberkulozo in pljučne bolezni na Golniku, ki protituberkulozni boj usmerja, ga kontrolira in rezultate razčlenjuje.

V letih od 1950 do 1960 je bilo v kar največjem številu protituberkulozних dispanzerjev zaposleno maksimalno število za to delo specializiranega kadra.

Dispanzerji so se glede na svoje območje, se pravi glede na število varovancev, delili v antituberkulozne dispanzerje (ATD) I. vrste, ki so ordinirali vsak dan, in na ATD II. vrste, ki so delali le 2-krat do 3-krat na teden, ftiziološki ambulanti, nekakšni »podaljšani roki« dispanzerjev, pa sta bili samo dve.

V teh protituberkuloznih dispanzerjih je bila naslednja kadrovska zasedba: zdravnik ftiziolog, sprejemna sestra, ki je odgovarjala tudi za vestno vodenje dnevnih, polletnih in letnih strokovnih statističnih poročil, za prijavno in odjavno službo itd. ter 1 do 3 monovalentne patronažne sestre, ki so deloma (kjer jih je bilo več, seveda izmenoma) delale kot rentgenske asistentske sestre, deloma pa so opravljale patronažno službo pri jetičnem bolniku na domu. Skušale so sanirati bolnikovo okolje, poskrbele za izolacijo in varstvo otrok obolelih — tuberkuloznih mater itd. Skratka, opravljale so vse posle, ki jih opravljata patronažna polivalentna služba in socialni delavec. Obvezno je morala biti vsaj ena od patronažnih medicinskih sester iz ATD član občinskega RK, kjer je bilo potrebno tesnejše sodelovanje z namenom, da čimbolj pomagajo varovancem in njihovim družinam (tudi materialno!). Spomnimo se samo prioritetnih seznamov bolnikov, ki so bili deležni pomoči v obliki CARE paketov, in pa nešteti ur, ki so jih naše sestre porabile za tehtanje in razdeljevanje mleka v prahu, spomnimo se sester, ki so se angažirale in dobile v tedaj zelo težki finančni situaciji kompletna nova ležišča za svoje tuberkulozne varovance. Vem za primer, ko je sestra za vse otroke svojih siromašnih jetičnikov naenkrat preskrbela trenirke in perilo (darilo tovarne) — to je bila res zimska pomoč!

Starejšim revnim bolnikom pa so vedno poskrbeli za obleko iz skladišč RK. Često so sestre protituberkulozne službe posredovale tudi pri dodelitvi stanovanj.

V Ljubljani je bila na pobudo ATD službe ustanovljena dietna menza za tuberkulozne bolnike. Tu so se morali hraniti vsi bolniki z odprto pljučno TBC, ki niso imeli urejenih razmer, da ne bi po javnih lokalih okuževali zdravih ljudi.

Tuberkuloznih samskih bolnikov ali bolnikov brez lastnega stanovanja smo imeli v Ljubljani toliko, da smo v dogovoru z upravo Prehodnega doma v cukrarni uredili zanje skupno spalnico. Tako smo za silo obvarovali zdrave delavce, ki so stalno prebivali tu.

Hospitalizacija na novo odkritega bolnika je bila zelo otežena zaradi premajhnega števila postelj v specialnih bolnišnicah in na pljučnih oddelkih splošnih bolnic. Poznali smo pojem »čakalne dobe« za sprejem v zdravilišče in se zaradi prenapoljenosti hospitalov pogosto znašli v slepi ulici.

Zaradi takih razmer so se dozidavali novi oddelki na Golniku, v Topolščici, na Pohorju, v Koprščini in povečavali posamezni pljučni oddelki pri splošnih bolnišnicah. Leta 1954 je bila dograjena ena največjih specialnih bolnišnic za tuberkulozo v — Sežani. Tako je protituberkulozna služba za svoje bolnike dosegla l. 1960 maksimalno število bolniških postelj, in sicer po 1,5 na 1000 prebivalcev, kar je dalo v absolutnem številu 2150 postelj.

Redna registracija tuberkuloznih bolnikov datira iz leta 1947, obvezno prijavljanje te nalezljive bolezni pa je bilo za vso državo uzakonjeno leta 1955.

Glavna terapevtična metoda je bila do antituberkulozostatične ere kolapsna terapija, se pravi arteficialni in ekstraplevralni pnevmotoraks kot konservativna kolapsna terapija in torakoplastika kot kirurška kolapsna terapija. Razlika med obema, med konservativno in kirurško metodo, obstoji v tem, da smo s pnevmotoraksom dosegli začasen kolaps, s torakoplastiko pa trajnega. Od kemoterapevtikov smo poznali le kalcij in vitaminsko terapijo. Proti krvavitvam in njihovim posledicam pa smo se začeli boriti že s transfuzijo krvi.

Zdravljenje s pnevmotorakso je bilo dolgotrajno in za bolnika mučno, vendar pa dokaj uspešno. Bolnik je moral preležati v bolnišnici svojega pol leta tja do dveh let. Zrak smo dopolnjevali 2, 3 ali celo 4 leta. Med zdravljenjem in pri opuščanju pnevmotoraksa smo doživljali pogostne komplikacije, in to serozne ali celo gnojne plevralne izlive.

Edino veljavna metoda zdravljenja za vse oblike tuberkuloze je bila higiensko-dietetski režim in absolutno ležanje (bed-rest) v najbolj akutni fazi obolenja.

Z odkritjem streptomycina in uvajanjem tega antibiotika v našo terapijo smo doživeli prelomnico v zatiranju tuberkuloze. V relativno kratkem času je sledila streptomycinu terapija s paraaminosalicilno kislino (PAS), z odkritjem hidrazida izonicotinske kisline, tj. z Eutizonom (Izoniazid, Euniazid), so dobili borci proti tuberkulozi v roke najmočnejše orožje. Zdaj šele se je začel vidni preobrat, ki je pripomogel do res učinkovitega zatiranja te socialne bolezni. Tem klasičnim tuberkulostatikom — imenujemo jih tudi tuberkulostatike I. reda — so sledila vedno nova zdravila, tuberkulostatiki II. reda, tako npr. trecator (13 — 14), cycloserin, pyrazinamid, nadalje viomycin, kanamycin. Tuberkulostatiki II. reda pa se uporabljajo le v hospitalnih ustanovah (doma le v nadaljevalni terapiji in bolj poredkoma). To terapijo je v hospitalu treba praviloma uvajati zaradi slabše tolerance in zaradi večje toksičnosti. Indicirana pa je pri bolnikih, ki za tuberkulostatike I. reda niso več občutljivi, pravimo, da so proti klasičnim tuberkulostatikom rezistentni.

Umrljivost jetičnikov je z uvedbo tuberkulostatikov I. reda znatno nazadovala. Dispanzerski zdravniki smo opazovali, da se je nekdanjim »desperatnim« bolnikom pod vplivom tuberkulostatikov I. reda podaljšalo življenje za ca. 10 let. Z nastopom rezistence proti klasičnim tuberkulostatikom pa je prizadete paciente tuberkuloza pokosila. Danes imamo orožje tudi proti temu pojavu — proti rezistenci, saj ima naša služba poleg že omenjenih klasičnih tuberkulostatikov (streptomycin, PAS, evtizon) še vrsto bakteriostatikov, npr. trecator (13 — 14), cycloserin, pyrazinamid, viomycin itd. Ti tuberkulostatiki II. reda so bolj toksični in imajo mučnejše sopojave kakor tuberkulostatiki I. reda, zato jih praviloma ordiniramo le v hospitalnih ustanovah pod strogim zdravniškim nadzorstvom. Ko je bolnik že določeno dobo kontroliran, lahko s to terapijo nadaljuje doma. Dispanzer mora takemu bolniku od časa do časa kontrolirati funkcijo jeter.

Z uvedbo tuberkulostatikov v našo terapijo smo dosegli:

1. skrajšanje hospitalnega zdravljenja tuberkuloznih bolnikov;
2. zmanjšanje posttuberkuloznih lezij na pljučih, s čimer smo zmanjšali invalidnost ali celo preprečili invalidnost zaradi pljučne tuberkuloze;
3. dosegli smo, da je bil sputum zgodaj negativen, s čimer smo zmanjšali število epidemioloških žarišč, ki jih tvorijo odprti tuberkulozni bolniki;
4. z dovolj dolgim discipliniranim jemanjem tuberkulostatikov bolniki ozdravijo in tako ne vidimo več kroničarjev, ki so bili trajni viri okužbe z jetiko;
5. skrajšali smo bolniški stalež za jetiko bolnih in s tem prihranili družbi ogromna finančna sredstva;
6. zmanjšali smo potrebo po poklicni rehabilitaciji, ker smo dosegli medicinsko rehabilitacijo ali jo povsem odpravili;
7. uspelo nam je izredno zmanjšati umrljivost za tuberkulozo;
8. pri eksudativnih oblikah tuberkuloznih vnetij, ki so bila do antibiotične ere praviloma smrtna, smo dosegli izredno hitro ozdravljenje in pri teh oblikah bolezni zmanjšali smrtnost skoraj na ničlo;

9. s pravilno kombinacijo tuberkulostatikov in z dovolj podaljšano terapijo smo preprečevali nastajanje rezistentnih debel. Koder pa so se ta pojavila, smo učinkovito ukrepali z uvajanjem tuberkulostatikov II. reda.

Zadržali smo se nekaj dlje pri dejavnosti protituberkulozne službe, ki ji pravimo kurativa. Kurativa tuberkuloze pa je glede na naravo te bolezni hkrati preventiva, saj z zazdravljenjem tuberkuloznega kužnega bolnika hkrati izločimo epidemiološko žarišče in s tem zmanjšamo možnost za širjenje bolezni.

Mogočno preventivno orožje je dobila protituberkulozna služba z odkritjem Calmetta in Guerina. Njuna zasluga je, da danes lahko odkrivamo okužene, a še ne bolne osebe, njuna zasluga je, da z besežiranjem dosegamo relativno imunost proti tuberkulozi. Zdravniki ftiziologi vseh razvitejših dežel so uporabili to učinkovito sredstvo, ki preprečuje eksplozije tuberkuloze — naglo širjenje te bolezni v dobah zmanjšane človeške odpornosti. V sklopu mednarodne pomoči manj razvitim deželam smo leta 1948 dobili cepivo in dansko inštruktorsko ekipo, ki je ob udeležbi naših zdravstvenih delavcev kampanjsko testirala in besežirala vse osebe v starosti od 0—25 let. Ker je bila akcija kampanjska, smo se srečevali s precej pogostnimi komplikacijami. Zato smo naleteli na odpor staršev in predvsem zdravnikov pediatrov proti temu zaščitnemu cepljenju. Z leti se je izboljšala metoda dela, izboljšala se je tehnika in tudi cepivo je bilo vedno bolj zanesljivo. Ta dejstva in vztrajnost zdravstvenih delavcev v protituberkuloznem boju so dosegli svoj cilj:

1. Odpora proti temu zaščitnemu cepljenju ni več opaziti. Zdravniki pediatri imajo besežiranje ob rojstvu in testiranje v predšolski dobi celo v programu svojega dela.

2. Zdravstveni službi je v 20 letih po drugi svetovni vojni uspelo zmanjšati število obolenj za tuberkuloznim meningitisom od 300 na 20 v letu (v Sloveniji). K temu velikemu uspehu je pripomoglo zmanjšanje števila epidemioloških žarišč (bolnikov) — uspeh protituberkulozne terapije in kemoprofilaksa pri svežih tuberkuloznih reaktorjih.

Od leta 1948 dalje smo zaradi izredno velikega števila kužnih tuberkuloznih bolnikov otroke testirali in jih po odčitanju rezultata takoj zaščitno cepili — besežirali. V zadnjih 7 do 8 letih pa napravimo pri šolski mladini le Mantoux test (tuberkulinski intrakutani test). Testiramo redno vsako leto in vse Mantoux pozitivne kliče mo na rentgensko kontrolo pljuč, kjer bolne ločimo od samo okuženih otrok. Nato glede na izvid preiskav izvajamo pri bolnih otrocih kemoterapijo, pri samo okuženih otrocih pa le kemoprofilakso, in to samo pri svežih reaktorjih. V zadnjem razredu osemletke pa vse druge tuberkulinsko negativne otroke besežiramo. Tako pri besežiranju šolske mladine! Moramo pa omeniti, da so vsi naši novorojenčki, ki dosegajo predpisano porodno težo in nimajo porodnih okvar, besežirani že v bolnišnici, medtem ko za doma rojene male občane poskrbe sestre ATD službe, v Ljubljani pa pediatrični dispanzer. Pripomniti moram, da je število otrok s pljučno tuberkulozo (vštevši hilarno) izredno majhno. Menim pa, da gre zmanjšanje števila teh bolnikov predvsem na račun kemoprofilakse kakor tudi — čeprav v manjši meri — na račun boljše diagnostike.

Če hočemo tuberkulozo izkoreniniti, moramo sistematično iskati neznane primere jetike. V ta namen najboljša metoda pa je fluorografska akcija vsega prebivalstva (v starosti od 17 do 19 let), ki obsega radiofotografijo, ločitev zdravih od domnevno bolnih in nato še fluorografsko kontrolo osumljenih.

Leta 1955 je bilo v Ljubljani prvič množično fluorografiranje vsega prebivalstva, kmalu zatem — po razporedu pa je radiofotografija zajela prav vse prebival-

stvo Slovenije. Ker takih akcij še nismo bili vajeni, je protituberkulozna služba v povezavi s tedanjimi okraji sestavila fluorografski štab, v katerem so bile zastopane družbeno politične organizacije ter strokovnjaki — zdravniki in sestre protituberkulozne službe. Občinske skupščine oziroma okraji so sprejeli odlok, člani RK in drugih družbenih organizacij so izvedli popis prebivalstva, izdali pozive k fluorografiranju, dali pomoč za tehnično izvedbo itd.

Akcija je proti pričakovanju uspela izredno dobro. Potrudili smo se, da smo zajeli res vsakega bolnika — epidemiološko žarišče. Da nam je to uspelo, smo organizirali celo prevoz nepomičnih starih ljudi (kdor je lahko vsaj stal, je moral na fluorografiranje). Ta akcija, prva svoje vrste, nam je dala tako sliko patologije, da nam je bilo jasno, kako nujno je potrebno, da naše delo poglobimo in vztrajno delamo na področju preventive in da res vsakega bolnika pripravimo do dolgotrajnega zdravljenja.

Ker je najboljši uvod v zdravljenje tuberkuloznega bolnika takojšnja hospitalizacija, smo v dogovoru s specialnimi bolnišnicami dosegli prioriteto glede sprejema pri fluorografiji odkritih bolnikov. Tako obsežnih, odprtih, bilateralnih pljučnih specifičnih primerov, kot smo jih odkrivali leta 1955, naš ftiziolog kasneje ni videl in jih, upam, ne bo videl nikoli več. Zato menim, da so prvič izvedene množične fluorografske akcije, ki so zajele postopoma — vendar v kratkem času — prav vslo Slovenijo, tisti mejnik, od katerega v kasnejših letih sledimo postopen padec letnega števila na novo odkritih tuberkuloznih bolnikov.

Zdravstvena služba bogatih dežel meni, da so poleg posebnih fluorografij (izpostavljenih delavcev) potrebne za redno kontrolo nad gibanjem tuberkuloze fluorografske kontrole vsega prebivalstva na vsaki dve leti.

Naši vodilni ftiziologi pa so se dogovorili, da bo v naših ekonomskih razmerah najprimernejše fluorografsko slikanje vsega prebivalstva vsaka 4 leta. Kasnejše fluorografske akcije so to odločitev priznale za pravilno — saj beležimo v 10 letih padec incidence — to je števila vsako leto na novo odkritih bolnikov na 100.000 prebivalcev — za 2/3. Ker protituberkulozni dispanzerji vestno izpolnjujejo svoje preventivne naloge in redno pregledujejo registrirane inaktivne tuberkulozne bolnike svojega področja, redno vsako leto kontrolirajo osebe iz kontakta aktivno bolnega, imajo lepo organizirano kontrolo nad domiciliarnim zdravljenjem, bakteriološko sistematično obdelajo vse sumljive, izvajajo kemoprofilakso in ker fluorografija odkriva zdaj tudi minimalne lezije, ki so zazdravljene v znatno krajši dobi — doživimo spremembo: za tuberkuloznega bolnika namenjeni posteljni fond je postal prevelik. Zdaj ni več čakalne dobe. Okrevališča in zdravilišča postopoma ukinjajo oddelke za tuberkulozne. Tako kot v razvitejših deželah se kadri v specialnih bolnišnicah in dispanzerjih preusmerjajo v drugo dejavnost, v pulmologijo.

In čeprav se sliši morda starokopitno, moram poudariti, da še vedno velja geslo: s tuberkulozo ni premirja.

Do eliminacije tuberkuloze — do izginitve tuberkuloze kot bolezni imamo še dolgo pot: Naši otroci do 14. leta starosti še vedno dosegajo prekužitveni indeks okrog 30%, še vedno nam živijo neozdravljivi kroničarji, slovenska incidenca tuberkuloze je na povprečju srednje evropske ravni! V 20 letih po drugi svetovni vojni pa smo dosegli, da zdravstvena služba bedi res nad vsakim tuberkuloznim bolnikom. Vendar se uspravati z našimi uspehi ne smemo, ker bomo sicer doživeli razočaranje. Naša nadaljnja naloga je torej — nadaljevati z doslednim in sistematičnim bojem proti tuberkulozi.