

Novosti-Izkušnje-Pobude

ZAKLJUČKI IN PRIPOROČILA II. SIMPOZIJA O INTRAHOSPITALNIH INFEKCIJAH IN I. SIMPOZIJA O BOLNIŠKI SLUŽBI

Pobudo za organizacijo II. simpozija o hospitalnih infekcijah, ki ga je organizirala Zveza DMS Jugoslavije v Dubrovniku od 21. do 23. marca 1979 je bilo priznanje koncepciji takšnega načina izobraževanja vseh profilov zdravstvenih delavcev, ki je bil zasnovan na I. simpoziju z isto tematiko.

Organizator — Zveza DMS Jugoslavije je z zadovoljstvom ugotovil, da so po I. simpoziju o intrahospitalnih infekcijah, ki je bil ravno tako v Dubrovniku od 29. do 31. marca 1978 vendarle storjeni resni koraki za izvedbo nekaterih zaključkov in priporočil, ki jih je pripravila posebna komisija in na katerem je bilo nad 1000 udeležencev iz vse Jugoslavije. Tako lahko omenimo Pravilnik o kontroli in preprečevanju intrahospitalnih infekcij, navodila o preprečevanju in pobijanju intrahospitalnih infekcij nekaterih republiških zavodov za zdravstveno varstvo, prva izkustva za boj proti bolniškim infekcijam, zadevni tečaji v nekaterih zagrebških bolnišnicah, uvajanje rednega mikrobiološkega spremljanja žive in nežive sredine, uvajanje mikrobiološkega spremljanja žive in ne žive sredine, kontrolo mikrobiološki čistoče bolniškega perila itd.

Ena izmed važnih bodočih nalog pa je zainteresirati zdravstveno zavarovanje, da stimulira izvajanje preventivnih ukrepov v zdravstvenih zavodih v boju proti hospitalnim infekcijam, ki so nastale pereč zdravstveni in družbeni problem in ugotovitve, da v Evropi za temi infekcijami umrje več kot 100.000 bolnikov. Zahodno nemški avtorji celo ugotavljajo, da je smrtnost od bolniških infekcij pri njih enaka tisti, ki jo povzročijo prometne nesreče. Poleg tega ne moremo prezreti velikih stroškov, ki jih povzročajo te infekcije in ne nazadnje nadomestljivost ljudi, ki umirajo za njimi.

II. simpozija o intrahospitalnih infekcijah se je udeležilo nad 800 zdravstvenih delavcev, ki so po prečitanih referatih žgoče razpravljali in prišli do naslednjih ugotovitev in zaključkov:

— Intrahospitalne infekcije so pri nas kakor tudi v drugih državah v svetu velik zdravstveni problem, in to ne samo za zdravstvene ustanove, ampak za družbo nasploh, ker so tudi velik ekonomski problem.

— V času med I. in II. simpozijem se je povečal interes za sodelovanje številnih naših in tudi inozemskih strokovnjakov preventivne medicine, kliničnih zdravnikov, predvsem pa med. sester in med. tehnikov vseh smeri.

— Glede na možnost za širjenje patogenih in pogojno patogenih ter rezistenčnih mikroorganizmov v bolnišnicah in pojava novih kliničnih izbruhov bolezni pri bolnikih, je treba nujno nadaljevati s še aktivnejšim in bolj organiziranim bojem proti intrahospitalnim infekcijam.

Na osnovi teh ugotovitev so bila sprejeta in dana naslednja priporočila:

1. Treba je izvajati in dopolniti že obstoječe zvezne, a na podlagi teh republiške in pokrajinske predpise o hospitalnih infekcijah, o načinu njihovega obveznega prijavljanja, kar bi omogočilo nad njimi pregled ter njihovo etiologijo.

Način prijavljanja pa je treba uskladiti s principi sodobne informatike tako, da bi klinični, epidemiološki in mikrobiološki del predstavljali celoto.

2. Vzpostaviti je treba neprekinjen epidemiološki nadzor v bolnišnicah.

3. Za izvajanje nadzorstva in preprečevanja infekcije sploh, je treba sistemizirati dela in naloge za med. sestre in tehnike s posebno nalogo za to delo.

4. Zagotoviti je treba materialna sredstva za izvajanje preventivnih ukrepov v zdravstveni ustanovi (zadostne količine pripomočkov za vzdrževanje higijene, dezinfekcijska sredstva, pribor za enkratno uporabo itd.).

5. Učinkovit nadzor ni mogoč, če ni dobro opremljenih mikrobioloških laboratorijev, kjer se izvajajo standardizirani laboratorijski postopki za izolacijo in identifikacijo aerobnih, mikroaerofilnih in anaerobnih mikroorganizmov. V tem smislu je treba napraviti tudi ustrezen priročnik.

6. Izpopolnjevati je delo mikrobioloških laboratorijev, ki bi z analizami preverjali uspešnost vsakdanjih higienskih postopkov, s posebnimi preiskavami pa iskali izvor okužbe in možnosti za širjenje infekcij (aerotipizacija, fagotipizacija, bakteriocinotipija in drugo).

7. Čimprej je treba končati priročnik in navodila za preprečevanje intrahospitalnih infekcij ob upoštevanju specifičnosti posameznih oddelkov, sestave in različne skupine bolnikov ter značilnosti povzročiteljev, in to za vse profile delavcev. Če se ta priročnik ne more pripraviti v kratkem času, je treba preučiti možnost, da se uporablja priročnik, ki ga je izdala Svetovna zdravstvena organizacija (SZO).

8. Poleg pisanih navodil in priporočil je treba stalno vzgajati in strokovno izpopolnjevati osebje za izboljševanje higienskih navad, osvajanje pravilnega postopka, kontrolo dela, kar vse pomeni higiensko epidemiološko izobraževanje na delovnem mestu.

Priporoča se stalna zdravstvena vzgoja bolnikov, da se aktivno vključijo k sodelovanju pri preprečevanju intrahospitalnih infekcij.

9. Ker so zdravstveni delavci lahko ravno tako žrtve intrahospitalnih infekcij, se priporoča izdelava posebnih predpisov za njihovo zaščito, še posebno tistih, ki so na najbolj izpostavljenih delovnih mestih.

10. Pouk o intrahospitalnih infekcijah se mora izvajati za vse profile zdravstvenih delavcev. Problemi o intrahospitalnih infekcijah in njih preprečevanje morajo biti vključeni v učni program srednjih in višjih zdravstvenih šol in medicinskih fakultet.

11. Poleg programov za redno izobraževanje v šolah je za temeljitejši pouk neobhodno potrebno podiplomsko izobraževanje o specifičnosti intrahospitalnih infekcij, o značaju njihovega delovanja in o ukrepih za njihovo preprečevanje in pobijanje.

12. Tovrstne simpozije je treba zagotoviti kot trajno obliko izobraževanja za vse profile zdravstvenih delavcev, in sicer z določeno ožjo problematiko s področja intrahospitalnih infekcij.

13. Srečanja multidisciplinarnega značaja, kot so ga imeli dosedanji simpoziji, morajo v bodoče dobiti obliko kongresa.

14. Še naprej je treba stimulirati in nadaljevati znanstveno raziskovalno delo s tega področja ter izsledke uporabljati v vsakdanji praksi.

15. Udeleženci simpozija so bili soglasni, da je treba začeti s študijo o ekonomskih aspektih intrahospitalnih infekcij (neposredni in posredni stroški, predvsem na oddelkih s posebnim rizikom), da bi tako lahko predočili zadevno problematiko v naših razmerah.

Predsednik komisije: prof. dr. Slobodan Krajinović.

Člani: višja med. sestra Anka Pišpek, Marija Šipek, Majda Gorše, dr. Milan Plečaš, prof. dr. J. Vodopija, prim. dr. I. Petričević in mr. ph. Edo Vedriš.

I. SIMPOZIJ O BOLNIŠKI SLUŽBI

predstavlja prvi korak k obravnavanju problematike »bolniških servisov«, ki niso povezani samo z bolniškimi infekcijami, ampak imajo tudi svoje številne specifičnosti.

Na simpoziju je sodelovalo nad 300 udeležencev, ki so po prečitanih referatih in vodeni razpravi sprejeli naslednje *ugotovitve in sklepe*:

1. Prehrana bolnikov zaostaja v primerjavi z razvojem drugih medicinskih ved. Zato je treba izdelati enotne normative za prehrano bolnikov in posodobiti opremo. Primanjkuje tudi strokovnjakov zlasti s področja dietetike. Za opravljanje teh pomanjkljivosti so bila na simpoziju sprejeta naslednja *priporočila*:

— za boljšo organizacijo bolniške prehrane v stacionarnih zdravstvenih zavodih morajo biti naslednje enote: ekonomsko-komercialna, tehnološka, dietsko-terapevtska ter enota za distribucijo hrane in za prehrano bolniškega osebja,

— pospešiti je izdelavo normativov za prehrano bolnikov,

— odrediti strukturo in kvalifikacijo zaposlenih na področju bolniške prehrane, ob upoštevanju bolnišnične kapacitete ter rešiti vprašanje šolanja in strokovnega izpopolnjevanja tod zaposlenih delavcev. Izvršiti vse ukrepe za modernizacijo in poenotenje opreme za pripravlanje in distribucijo hrane bolnikom z namenom, da se zagotovi kvalitetnejša prehrana, zmanjša nevarnost kontaminacije hrane in infekcije alimentarnega izvora,

— strožje izvajati higienske ukrepe pri vseh postopkih za pripravlanje in razdeljevanje hrane. Potrebni so redni bakteriološki pregledi in kontrola rok osebja, delovnih površin ter jedilnega pribora.

2. Udeleženci simpozija ugotavljajo, da je le v nekaterih bolnišnicah organizirana centralna sterilizacija, ki ima posebno vlogo pri preprečevanju hospitalnih infekcij in je zdravstveno ter ekonomsko utemeljena. Ta sistem je treba uvesti v novih in starih bolnišnicah ob upoštevanju kapacitete vsake bolnišnice. Ravno tako je potrebno ustrezno šolanje in usposabljanje osebja, ki dela pri sterilizaciji v ustanovi. Kontrola uspešnosti sterilizacije mora biti obvezna v vsaki zdravstveni ustanovi.

3. V bolnišnicah je dezinfekcija zastopljena, saj se ne izvaja strokovno in redno. Zato je treba ukreniti vse potrebno, da se uvede v vse delovne procese zdravstvene ustanove. Prav tako je treba zagotoviti ustrezno strokovno kontrolo v smislu zveznih zakonskih predpisov. (Ur. l. SFRJ št. 57/78.)

4. Udeleženci simpozija so soglasni, da sta perilo in posteljnina lahko izvor intrahospitalnih infekcij. V naših bolnišnicah se začenjajo napake že pri zbiranju, sortiranju, štetju, transportu, pranju in dezinfekciji (termokemične metode) do uskladiščenja perila. Zato je treba vsem zaposlenim pri pranju, dezinfekciji in distribuciji perila zagotoviti izpopolnjevanje znanja ob delu.

5. Ravno tako je treba zagotoviti pogoje za dezinfekcijo postelj, žimnic, blazin, odej itd.

6. V vseh bolnišnicah je treba izvesti dezinfekcijo in, če je potrebno, tudi deratizacijo.

7. Bolniški odpadki so velikokrat vzrok številnih infekcij v stacionarnih zdravstvenih ustanovah, zato se morajo pravilno in na neškodljiv način odstranjevati.

8. Uvajanje sodobne opreme in tehnologije v naše bolnišnice in vzdrževanje obstoječe opreme zahteva nujno šolanje vsega osebja, ki dela v servisih za vzdrževanje opreme, posebno tiste, ki je neposredno potrebna za nego bolnika in za vzdrževanje pravilnega higienskega režima v bolnišnici.

9. Za uspešno izobraževanje zdravstvenih delavcev iz področij, ki so navedena v zaključkih, je potrebno sodelovanje s pedagoškimi delavci, v programih srednjih in višjih šol pa je predvideti pouk iz tega področja.

Predsednik komisije: dr. Milan Plešac.

Člani: prof. dr. B. Vračarič, dr. A. Brodarec, med. s. Anica Pišpek in Bara Paučič-Trštanj, ing. R. Stok in ing. Jože Lipovec.

Dubrovnik, 23. 3. 1979

N. J.

PREPREČEVANJE PRENAŠANJA KLIC Z ROKAMI

Umivanje rok je najvažnejša prvina boja s hospitalnimi okužbami. V bolnišnici si umivajo roke vsi člani kolektiva, vendar je način umivanja prilagojen različnim stopnjam glede nevarnosti širjenja okužb in se najskrbneje umiva roke medicinsko osebje, ki dela na intenzivnih oddelkih, pri nedonošenčkih in novorojenčkih.

Pred umivanjem odložimo s prstov in zapestja nakit in zapestne ure. Nohti naj bodo kratko prstriženi. Če so lakirani, morajo biti lakirani vsak dan znova, da je lak gladek in nepoškodovan.

Bolniško osebje si umiva roke:

- ob pričetku službe,
- ko so roke umazane,
- po uporabi stranišča,
- po usekovanju (!),
- pred jedjo,
- po službi.

Zdravstveno in pomožno osebje si umiva roke:

- po kontaktu z dvema bolnikoma ali bolniškimi posteljami,
- ko si nadene zaščitno masko ali se je kakorkoli dotakne,
- pri vstopu in odhodu iz sobe izoliranega bolnika,
- po manipulaciji z umazanim materialom (npr. s katetri, posteljnimi posodami, obvezili itd).

Za umivanje rok potrebujemo na delovnem mestu primeren, dovolj velik umivalnik. Pipe odpiramo s komolcem ali s kolenom, da si rok ne okužimo pri zapiranju pip. Pipo, ki je ne zapiramo s komolcem ali kolenom, zapremo po umivanju rok z isto papirnato brisačo, s katero smo si osušili roke. Sifon na umivalniku razkužimo vsak teden tako, da vlijemo vanj raztopino natrijevega hipoklorita (varekino), ker se v njem zaredijo patogene klice.

Sodobni umivalniki imajo sifon, ki ga lahko odstranimo. Za umivanje in dezinfekcijo rok potrebujemo sredstvo, ki združuje detergent in dezinficiens in deluje proti gramsko pozitivnim in proti gramsko negativnim klicam ter ne draži kože. Tekoče milo ali tekočina za razkuževanje rok staja v posebnem razdeljevalcu pritrjena na steni in ne uporabljamo trdega mila v kosu, ker je umivalnik kužen in se okuži tudi milo, ki leži na umivalniku.

Tehnika umivanja rok

1. Umivanje rok pred operacijami traja deset minut z detergentom ali tekočim milom in razkužilom ter mehko, brezkužno ščetko, ki jo uporabimo samo enkrat. Roke osušimo s sterilizirano kompresno.

2. Umivanje rok na intenzivnih oddelkih, oddelkih za nedonošenčke in v izolirnicah je drugačno ob prevzemu službe in pri negi ter zdravljenju bolnikov.

3. Umivanje ob prevzemu službe traja štiri do pet minut:

— eno minuto drgnemo roke in zapestje s sredstvom za umivanje, dodajamo vodo, da se sredstvo speni, nato dve minuti krtačimo z mehko ščetko nohte in med prsti, speremo roke in podlahti in si znova umivamo roke z razkužilom eno minuto. Roke vselej osušimo s papirnato brisačo s tapkanjem, da ne odrgnemo kože. Brisače iz tkanin, ki rabijo za brisanje rok številnim osebam in so vselej mokre, so hudo nevaren izvor okužb.

Med nego dveh intenzivnih bolnikov si umivamo roke eno minuto, najprej s sredstvom, ki si ga speremo, umivanje ponovimo, speremo roke in si roke osušimo s papirnato brisačo, ki je pritrjena na steni.

4. Higienično umivanje rok traja eno minuto. Roke in podlahti si umivamo s sredstvom, si jih speremo in osušimo. Med dvema bolnikoma pa si umivamo roke po deset do petnajst sekund.

Medicinsko negovalsko osebje si v sedmih urah službe umije roke 80-krat do 100-krat. Po službi negujemo kožo rok s kremo, da si ohranimo zdravo kožo.

Prof. dr. Zora Konjajev
NOVIS št. 3/79

VZPOSTAVLJANJE LAKTACIJE PO PORODU IN DOJENJE

V prvih dneh po porodu pride zaradi rojstva placente do naglega padca koncentracije estrogenov in progesterona v materini krvi (Nakano in sod. 1975, Oszczygiel 1975, Lavrič in Kladnik 1976). S tem preneha njihov inhibitorski efekt na dojko in laktacija se začne počasi vzpostavljati. Kolikor v tem obdobju dojke ne draži sesanje (oziroma redno izbrizgavanje), je vzpostavljanje laktacije le kratkotrajno in neadekvatno (glej tudi inhibicijo laktacije!). Koncentracija prolaktina v krvi se hitro zmanjša. Če pa žena doji, ostane koncentracija prolaktina povečana, in to tem dlje, čim dlje žena doji (Rolland in sod. 1976). Koncentracija prolaktina je tem večja, čim več obrokov žena doji (Short 1978).

Najvažnejši znak vzpostavljanja laktacije je večanje produkcije mleka. Temu se pridruži 3. ali 4. dan po porodu približno polovici mater močnejša nabreklost in bolečnost dojk, ki pa za nadaljnji potek dojenja (trajanje dojenja) nima prognostične vrednosti (Lavrič in Simoniti 1975). Spreminjajo se koncentracije biokemičnih sestavin mleka: narašča koncentracija laktoze kalija in celokupnih lipidov, pada pa koncentracija celokupnih proteinov in natrija (Lavrič in Dolar 1976, Lavrič in Krieg 1977).

Zdi se, da je ravno obdobje vzpostavljanja laktacije najpomembnejše obdobje laktacije. Od njegovega poteka je v dobri meri odvisen nadaljnji potek laktacije (Lavrič in sod. 1977) in trajanje dojenja. Tako smo pri materah, ki so dojile manj kot 1 mesec, in pri tistih, ki polno sploh niso dojile, našli prvih 6 dni po porodu v mleku manjše povprečne koncentracije laktoze in kalija ter večje povprečne koncentracije natrija kakor pri tistih, ki so dojile dalj časa. Pri teh materah se torej laktacija sploh ni normalno vzpostavila.

Moteno vzpostavljanje laktacije opažamo pogostoma po prezgodnjih porodih (Lavrič, nepubl.). Produkcija mleka narašča počasneje kakor po porodih ob terminu. Koncentracija laktoze je v mleku že prvi dan po porodu značilno manjša kakor pri materah, ki so rodile ob terminu, in tudi v naslednjih dneh narašča počasneje.

Vzrokov za to je verjetno več. Nosečnost je prekinjena v času, ko dojka še ni popolnoma pripravljena na laktacijo. Tudi sesanje nedonošenčka je šibkejše kot sesanje donošenčka in je manjši dražljaj za tvorbo mleka. Električna črpalka, ki naj bi ob potrebi nadomestila sesanje slabotnega nedonošenčka, je sicer boljša kakor nič, še zdaleč pa se po učinku na laktacijo ne more kosati s sesanjem zdravega dojenčka.

Insuficientna laktacija kot posledica civilizacije

Dojenje tja v drugo in tretje leto po porodu (s strani matere ali dojilje) je bil običajen način prehrane dojenčka tja do 20. stoletja (Oseid 1975). Isto velja še danes za nerazvite dežele, kjer je preživetev dojenčka v veliki meri odvisna od uspešne laktacije, obenem pa pomeni z laktacijo povezana laktacijska amenoreja in postpartalna infertilitet dokaj uspešen način regulacije rojstev (Tyson 1977).

Opuščanje dojenja v razvitih deželah — zlasti v zadnjih treh desetletjih — pomeni za mater in otroka pravo tragedijo. Tako kažejo raziskave v ZDA v preteklih letih, da doji 1 teden po porodu le še četrtnina in 6 mesecev po porodu le še 5 % mater (Forman 1974). Naše raziskave (Lavrič in Simoneti 1975, Lavrič in sod. 1976 b) so pokazale, da doje matere, ki so rodile v bolnišnici za ginekologijo in porodništvo v Kranju, v povprečju le 2 meseca, le 5 tednov pa doje polno brez dodajanja nadomestkov za žensko mleko. Te rezultate sicer težko posplošimo za vso Slovenijo, vendar mislimo, da tudi drugod stanje verjetno ni veliko boljše.

Vzroki za kratkotrajno dojenje so številni (Auerbach 1974) in smo jih poskusili povzeti. V različnih družbenih, kulturnih in socialnoekonomskih sredinah imajo verjetno posamezni od njih različno veljavo.

Vzroki za insuficientno laktacijo v razvitih deželah

Hospitalizacija pri porodu:

- anestezija pri porodu,
- ločitev matere od otroka,
- kasno začeto dojenje,
- toge sheme dojenja.

Masivna produkcija mlečnih formul:

- steklenička kot simbol progressa,
- reklama za mlečne formule,
- orientacija zdravstvenega osebja v mlečne formule.

Negativni vplivi sredine:

- mobilnost sodobne žene (družbene obveznosti, zaposlenost),
- strah pred povešenimi dojkami,
- pomanjkanje motivacije.

Stres hitrega tempa življenja:

Dejavniki — ni naravne selekcije.

Najvažnejši dejavniki so gotovo povezani prav s hospitalizacijo matere ob porodu in vplivajo na laktacijo tedaj, ko se le-ta vzpostavlja — torej v najbolj občutljivem obdobju. Materam namreč v veliki večini porodnišnic vzamemo otroka neposredno po porodu, ga za daljši čas (običajno 24 ur) ločimo od matere,

nato pa ga nosimo k materam ob točno določenem času (navadno 6-krat na dan) ne glede na to, ali je otrok lačen ali sit, buden ali pa spi. Materam naročamo, naj enako ravnajo tudi doma, da bodo otroka čimprej navadile na red, saj se bo z njim srečeval vse življenje. Marsikatera mati rada pristane na take sheme, saj misli, da bo imela tako več prostega časa. S takim ravnanjem pa naredimo nepopravljivo škodo dojenju, otroku in materi. Veliko boljše bi bilo, če bi materam omogočili, da bi imela otroka stalno pri sebi, čimprej in čimveč v svojem naročju, čimprej in čimveč na svojih prsih in ga dojile brez togih shem tedaj, ko je otrok lačen.

Pomemben dejavnik je tudi dejstvo, da ob poplavi različnih nadomestkov za žensko mleko in veliki reklami za njih veliko več vemo o njihovi uporabi kakor pa o prednostih, ki jih ima dojenje. Tako so matere in vse njihovo okolje veliko bolj motivirani za uporabo mlečnih formul kakor pa za dojenje.

Tudi drugi dejavniki, ki jih je prinesel novi način življenja s svojimi stresnimi situacijami, družbenimi obveznostmi, zaposlenostjo matere td., imajo verjetno vpliv na trajanje dojenja, čeprav jih je težko ovrednotiti. Gotovo je do neke mere pomemben tudi izpad naravne selekcije, saj ostanejo živi tudi otroci mater, ki iz dednostnih razlogov slabo doje. Vendar menimo, da to ni zelo pomemben dejavnik.

Nevrotično izkrivljena osebnostna struktura matere ne vpliva na trajanje dojenja prek mehanizmov vzpostavljanja laktacije, temveč šele kasneje, prek mehanizmov kontrole in vzdrževanja laktacije. Nevrotična mati verjetno lažje klone za dojenje negativnim vplivom okolja in prej opusti sicer normalno dojenje. Zato je med materami, ki doje dolgo, le majhen odstotek nevrotično izkrivljenih osebnosti (Pajntar in sod. 1977).

Medikamenti in dojenje

Pred vsakim dajanjem medikamentov med porodom in po njem moramo misliti na naslednje (Oseid 1975, Stone in Dickey 1975):

1. Tudi medikamenti, ki jih dajemo med porodom, lahko vplivajo na dojenje po porodu. Barbiturati, diazepam (Valium) in nekateri drugi preparati prehajajo diaplacentarno v plodovo kri in zmanjšujejo še nekaj dni po rojstvu refleks sesanja.

2. Nekateri medikamenti neposredno zmanjšujejo tvorbo mleka. To so npr.: atropin, nekateri ergotinski preparati in estrogeni, kolikor jih dajemo neposredno po porodu.

3. Skoraj vsi medikamenti prehajajo v mleko in lahko povzročijo intoksikacijo ali senzibilizacijo dojenčka. Tako moramo biti previdni, kadar dajemo med dojenjem nekatere antibiotike (npr. klindamicin, penicilin, cefalosporine), sulfonamide, antikoagulanse, metronidazol, antitiroidne droge, kardiake (kinidin), diuretike (klorotiazid), trankvilizante in psihotropne agense, dražljiva odvajala itd.

Kombinirani oralni hormonski kontraceptivi zmanjšujejo produkcijo mleka, če jih dajemo neposredno po porodu.

»Zdrav. varstvo«, 4/79