

so izvidi preiskav zadovoljivi in v mejah normale, pričnemo s terapijo. Seveda mora biti bolnik na dan, ko prične dobivati tablete, popolnoma trezen.

Po nekaj dneh o  
tácijo napotimo še r  
in da morda še svoje  
eno tableto dnevno,  
hično labilnejših pa

Zatem naročamo  
vprečno 1 leto, najr  
jetrne preiskave, vlas  
membe, ki kažejo na

Poudarjamo pon  
samo z bolnikovim p  
denti ob primernih d  
da je n. pr. žena skr  
hudega sluteč na hitro napil, pa je simptome alkoholne reakcije — ko ni poznal njih narave — hotel potešiti s pijačo. Močna reakcija utegne nastopiti, če bi pijan človek vzel tableto ali dve, v napačni domnevi, da mu bodo pomagale do iztreznjenja.



z vsa potrebno dokumen  
ovi njegov psihični status  
zdravila doma, in sicer po  
1 tableto dnevno. Pri psi  
1 tableto dnevno.

Zdravljenje naj traja po  
e so v tem času ponovne  
vah bile ugotovljene spre

zoholno zdravljenje možno  
delovanjem. Resnejši inci  
a je, kot se je že zgodilo,  
). Ko se je mož potem nič

## Navodila za preprečevanje in zatiranje virusnih hepatitisov\*

Povzetek po obveznih navodilih Republiškega sanitarnega inšpektorata LRS sestavila

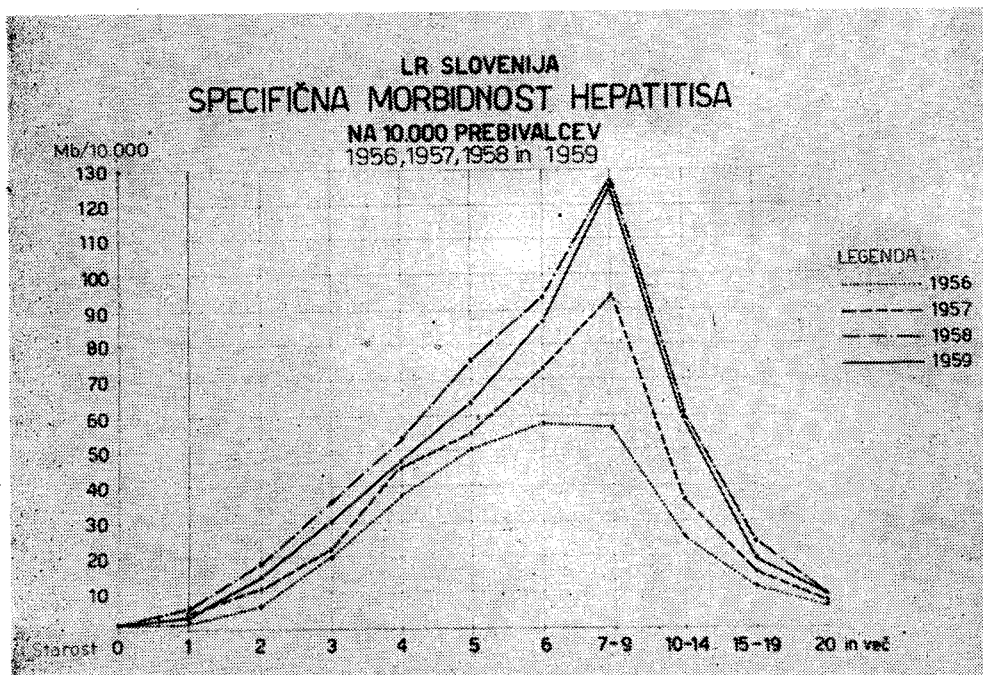
med. s. Hermina Andoljšek

Leta 1953 je v Uradnem listu LRS (št. 12 z dne 24. 4.) izšla Odredba o sanitarno-epidemioloških ukrepih zaradi zatiranja nalezljivih bolezni, ki je predpisala obvezno prijavljanje nalezljive zlatenice. Seveda se pa tudi po tej odredbi prijavna dolžnost ni izpolnjevala redno in v celoti. Popolneje in dosledneje so jo začeli prijavljati šele sčasoma, ko so se zdravniki v lastni praksi prepričali, da je zlatenica večidel nalezljiva bolezen in da število obolenj ne-prestano raste. Postopno naraščajočo obolevnost in točnejše prijavljanje nam jasno kaže število primerov, prijavljenih v preteklih letih:

1950 . . . . .	294 primerov	
1951 . . . . .	348 primerov	
1952 . . . . .	246 primerov	
1953 . . . . .	307 primerov	
1954 . . . . .	238 primerov	
1955 . . . . .	556 primerov	
1956 . . . . .	2133 primerov	morbidnost na 10 000 — 13,95
1957 . . . . .	2769 primerov	morbidnost na 10 000 — 17,87
1958 . . . . .	3895 primerov	morbidnost na 10 000 — 24,92
1959 . . . . .	3762 primerov	morbidnost na 10 000 — 23,93

\* Zaradi aktualnosti objavljamo ta povzetek z nekaterimi dodatki. Op. ur.

Obolevanje v različnih starostnih obdobjih prikazuje naslednji grafikon:



Nalezljiva zlatenica, ki je po številu prijavljenih primerov med vsemi nalezljivimi boleznimi danes na drugem ali tretjem mestu, pač glede na epidemičnost ošpic in oslovskega kašlja v tistem letu, nastopa od leta 1956 v obliki intenzivne epidemije v vsej republiki, pri čemer ne moremo najti področja, ki ga ta epidemija ne bi prizadela. Visoka morbidnost jasno opozarja na pomembnost tega problema, čeprav je klinična slika lahka in so smrtni primeri redki. Dietetična hrana in fizično mirovanje, ki sta potrebna še daljši čas po okrevanju, uvrščata zlatenico med bolezni z velikim socialno-medicinskim pomenom. Govoriti o kasnih posledicah bolezni pa je za zdaj še prèzgodaj.

Epidemiološko lahko v kompleksu virusnih hepatitisov ločimo dvojce bolezni: *Hepatitis contagiosa (infectiosa)*, tudi epidemica, kadar nastopa epidemično, in *Serumski hepatitis*, ki ga Angloameričani imenujejo homologni serum ikterus, ponekod pa inokulacijski hepatitis, čeprav to ime ni najbolj posrečeno, ker se z inokulacijo lahko širita obe bolezni.

Hepatitis contagiosa je po dosedanjih ugotovitvah črevesna nalezljiva bolezen, ki se širi po fekalno oralni poti največ v tesnem kontaktu z ikteričnim, pa tudi anikteričnim bolnikom. V začetku bolezni kapljični način širjenja ni izključen. Povzročitelja, virus A, lahko dokažemo v blatu že nekaj dni pred začetkom bolezni in še do 3 tedne po začetku, ko je tudi nalezljivost največja. Posamezni prebolevniki ga izločajo celo več mesecev. V blato pride virus z žolčem, ki je pravtako kužen. Razen v blatu je virus v začetku bolezni prisoten

tudi v krvi bolnikov (virusemija), lahko že nekaj dni pred pojavom prvih bolezenskih znakov. V tem stanju se bolezen prenaša tudi parenteralno s krvjo in krvnimi produkti. Posredna pot so nesterilni instrumenti, predvsem brizge in igle, kontaminirane s krvjo ali tkivno tekočino okuženih in bolnih ljudi.

Serumski hepatitis je krvna nalezljiva bolezen, pri kateri povzročitelj (virus B) kroži v krvi lahko že več mesecev pred pojavom bolezenskih znakov in včasih tudi še več let po končani bolezni. V telesne izločke virus ne prehaja, bolan ali okužen človek ga ne izloča in zato se okužba ne širi po naravnih poteh. Infekcija je parenteralna, in sicer jo posreduje medicinsko osebje s transfuzijami krvi, zbirne plazme, serumu ali trombina. Največkrat pride do okužbe pri dajanju terapevtskih in profilaktičnih sredstev ali pri odvzemu krvi za preiskave, če ne uporabljamo za vsakega bolnika druge, prej dobro sterilizirane brizge in igle.

Obe bolezni zanesljivo ločiti epidemiološko, še manj pa klinično ali laboratorijsko — ni mogoče. Za serumski hepatitis naj bi bila značilna daljša inkubacija (več mesecev) in hujši klinični potek. Človek, ki je bil v 6 mesecih pred začetkom bolezni na kakršen koli način inokuliran, je bil razen arteficialni okužbi s serumskim hepatitisom izpostavljen tudi naravni okužbi s kontagioznim hepatitisom, čeprav za to sam morda niti ne ve (anikerične oblike hepatitisa). Torej predhodna inokulacija še ni absoluten dokaz za inokulacijski, še manj pa za serumski hepatitis. Vse laboratorijske metode, ki se danes uporabljajo pri hepatitisu, ne povedo ničesar o etiologiji bolezni, temveč le o stopnji okvare jetrnega parenhima. Za razpoznavanje hepatitisov z različno etiologijo te metode torej niso uporabne, pravitko ne za ločevanje kontagioznega in serumskega hepatitisa.

Ker serumskega hepatitisa praktično ne moremo ločiti od kontagioznega, moramo protiepidemične ukrepe v operativnem delu formulirati tako, da z njimi zajamemo obe bolezni. Ti ukrepi so:

1. Obvezna prijava po odredbi, citirani v uvodu.
2. Obvezna hospitalizacija (po isti odredbi) pri pojavu bolezni v kolektivu, zlasti otroškem. V drugih primerih lahko bolnika izoliramo doma. O potrebi hospitalizacije v tem primeru odloča težina bolezenske slike. Hospitalizacija oziroma izolacija traja 3 tedne od začetka bolezni.
3. Dezinficirati je treba sproti, in sicer bolnikovo blato in pa izločke nosno-žrelnega prostora. V ta namen je uporabljati klorove preparate, karbol ali formalin, in sicer v 2-krat večjo koncentracijo kakor pri klasičnih črevesnih nalezljivih boleznih.
4. Okolico bolnika moramo vedno poučiti o načinih širjenja, zahtevati skrajno snago na straniščih, redno umivanje rok po opravljeni potrebi in pred jedjo ter izvajati sploh vse ukrepe kakor pri črevesnih nalezljivih boleznih. Če je član bolnikove družine zaposlen v obratu družbene prehrane, ga moramo zdravstveno nadzorovati.
5. Če se hepatitis pojavi med osebjem obratov družbene prehrane, mora bolnik takoj prenehati z delom. Druge osebe zdravstveno nadzorujemo in poostriamo higienski režim v obratu. Prebolevnik se lahko vrne na delo v živilsko stroko šele potem, ko biokemične preiskave jeter ne kažejo nobenih abnormnosti, vendar ne prej kakor dva meseca od začetka bolezni.

6. Kakor pri drugih črevesnih nalezljivih boleznih je uničevanje muh z vsemi sredstvi in zavarovanje živil pred njimi obvezen del protiepidemičnih ukrepov.

7. Stacionarne in ambulantne zdravstvene ustanove se morajo zavedati velike nevarnosti, ki preti s parenteralnim prenašanjem ikterogenih virusov. Zato morajo dosledno sterilizirati vse instrumente in vsakega uporabiti samo pri eni osebi. Najbolj zanesljivo uniči viruse suha sterilizacija, in sicer v pol ure pri 160° C. Ker iz tehničnih razlogov ni vselej mogoče sterilizirati s suhim zrakom, posebno ne pribora za injekcije in gumijastih stvari, navajamo postopek sterilizacije s kuhanjem:

a) Po temeljitim mehaničnem čiščenju v milnici in tekoči vodi položimo brizge in igle za 10 minut v 5 %-no raztopino formalina ali v 5 %-no raztopino desola. S formalinom je mišljena farmakopejska Sol. Formaldehydi, ki vsebuje 34–36 % formaldehida. Če želimo 5 %-no raztopino formaldehida, tedaj moramo vzeti 15 g Sol. Formaldehydi in 85 g vode. Brizge nato izperemo v tekoči vodi in kuhamo 20 minut ali

b) po mehaničnem čiščenju v milnici in tekoči vodi kuhamo brizge in igle v polodstotni raztopini fenola 20 minut, jih izperemo v tekoči vodi in ponovno kuhamo v vodi 20 minut.

Razen brizg in igel steriliziramo na isti način ali v avtoklavu tudi pribor za izpiranje (želodčne in duodenalne sonde, katetre ipd.). Za zbadanje v prst naj se uporabljajo navadne injekcijske igle ali peresa, ki jih steriliziramo z razžaritvijo v plamenu, s suhim zrakom pri 160° C ali pa jih kuhamo na prej opisani način. Suho moramo sterilizirati tudi melanžerje, ki jih uporabljamo za odvzem krvi (štetje eritrocitov in levkocitov). Posebno pozornost posvetimo sterilizaciji kirurških in zobarskih instrumentov.

Navedeni postopki sterilizacije so obvezni za vse zdravstvene ustanove ne glede na pojavljanje hepatitisa.

8. Pri množičnih cepljenjih za zdaj še ni mogoče, da bi uporabili za vsakega otroka drugo brizgo. Nevarnost za prenos hepatitisa pa se močno zmanjša, če z isto brizgo cepimo n. pr. le 5 otrok in jo nato na prej opisani način steriliziramo. Cepiti večje število otrok z isto brizgo na ta način, da bi brizgo večkrat napolnili s cepivom brez vmesne sterilizacije, je strogo prepovedano.

9. Pravtako ne smejo stacionarne in ambulantne zdravstvene ustanove dajati istega medikamenta več bolnikom z isto brizgo in menjavati samo iglo. Mišljenje, da morajo biti brizge in igle sterilne le takrat, kadar bolniku medikament injiciramo, ne pa tudi, ko mu je jemljemo kri za preiskave, je napačno in ga moramo pobijati, saj so ravno odvzemi krvi za preiskave najpogostnejša pot, po kateri se širi hepatitis.

10. V vsakem primeru hepatitisa, ki ga zdravi, mora zdravnik napraviti tudi epidemiološko anamnezo, katere namen je ugotoviti predhodni kontakt s poznanim primerom hepatitisa ali kakršnokoli inokulacijo v 6 mesecih pred začetkom bolezni. Iskanje vira okužbe naj se ne omeji samo na družino in isto hišo, temveč naj obseže tudi sosede, obolenja v isti ulici ali vasi, sodelavce v službi ali na delovnem mestu, abonente iste menze, sošolce itd. Če je bil bolnik inokuliran, moramo ugotoviti čas inokulacije, ustanovo, v kateri je bil inokuliran, in pa način te inokulacije (vbod v prst, prejemanje injekcij, cep-

ljenje, odvzem krvi bodisi za SR, WAR, Widala ali transfuzijo krvi in plazme itd.). Dobljeni podatki se morajo vpisati v ambulanti na karton, v bolnici pa v popis bolezni.

11. Pri odvzemu krvi za transfuzijo se izogibamo področjem, ki imajo veliko primerov obolenj. Pri izbiri krvodajalcev moramo odklanjati prebolevnike in člane bolnikove družine. Ni namreč znano, kdaj preneha biti njihova kri kužna in zato ni mogoče določiti intervala za odvzem. V nekaterih primerih je bila kužnost dokazana še več let po popolnem ozdravljenju. Pri vitalnih indikacijah moramo nevarnost hepatitisa pri transfuziji zanemariti, v drugih primerih pa preudariti, ali koristi transfuzije odtehtajo nevarnost hepatitisa. V nobenem primeru ne smemo za pripravljanje zbirne plazme uporabiti krvi oseb, ki so hepatitis prebolele, tudi če je od obolenja minilo že več let.

12. Spodnja tabela nam prikazuje v letih 1956 do 1959 prijavljene primere nalezljive zlatenice med zdravstvenim in pomožnim osebjem v zdravstvenih ustanovah. Vsak tak primer moramo prijaviti ne samo kot nalezljivo bolezen, temveč na posebnem obrazcu kot poklicno infekcijo tudi Ambulanti za poklicna obolenja.

Leto	Zdrav- niki	Medic. sestre	Bolni- čarji	Babice	Otro- ske nego- valke	Strež- nice	Cistil- ke in perice	Drugi	Skupaj
1956	5	4	5	2	2	5	4	5	32
1957	5	3	4	2	2	6	6	3	31
1958	7	2	2	—	8	5	—	2	26
1959	—	4	6	1	4	9	—	6	30
Skupaj 1956—59	17	13	17	5	16	25	10	16	119

**Ran**

Vsako spremembo zaradi svoje živorodčnosti s tujo besedo eritropoiesis splošno v rabi beseda

Spodnji del maternice (porcija) vidimo v njenem dnu: nično ustje. Površino epitelijske sluznice v vratnem kanalu pa vidimo v obliki ploščatim cilindričnim epitelijskim celicam. Oba epitelijska stikata ob vhodu v vratni kanal ali vnanjem materničnem ustju, ki tvori med njima naravno mejo. Toda meja med ploščatim in cilindričnim epitelijskim celicam se pogosto premika, ker se obmejne ploščate in cilind-

**rnice**

ri ustju maternice, ki se nahajata v okolici, imenujemo troplakijo je pri nas na

del imenujemo nožnični kanal ali vnanjem materničnem ustju, ki tvori med njima naravno mejo. Toda meja med ploščatim in cilindričnim epitelijskim celicam se pogosto premika, ker se obmejne ploščate in cilind-