

O sladkorni bolezni, zdravljenju in negi diabetika

Diabetes mellitus je kronično obolenje in je posledica presnovne motnje, ki prizadene presnovo ogljikovih hidratov, beljakovin in maščob.

Predvsem se presnovna motnja kaže v pomanjkljivem izkoriščanju krvnega sladkorja v perifernih celicah organizma. Posledica je relativno ali absolutno pomanjkanje insulina, hormona, ki ga proizvajajo beta celice Langerhansovih otočkov trebušne slinavke in ki je nujno potreben pri asimilaciji krvnega sladkorja.

Diabetesa je vedno več. V Dispanzerju za diabetike v Ljubljani, ki zajema mesto in širšo okolico, je registriranih okrog 5000 diabetikov. Lani je bilo novo odkritih 700, letos pa v tri četrt leta že 682 primerov.

Zakaj je diabetesa vedno več? Predvsem zaradi boljše evidence, načina prehrane (uživamo veliko ogljikovih hidratov), debelosti in psihičnih stresov. Vedno več je uspešnih porodov in nosečnosti diabetičark. Od dednih nagnjenosti vplivajo na pojav in razvoj diabetesa zlasti infekcije, hormonalne disfunkcije in način življenja.

Pogosteje se pojavlja diabetes v puberteti, klimakteriju in menopavzi. Značilni simptomi sladkorne bolezni so: žeja, povečana diureza, utrujenost, oslabelost in genitalni pruritus. V hujših primerih je bolnik pri normalni ali večkrat pretirani ješčnosti shuššan in izsušen. Normalna vrednost krvnega sladkorja se giblje med 60 in 100 mg %. V dvomljivem primeru, ko je krvni sladkor na tešče med 100 in 130 mg %, bolnika obremenimo z glukozo. Pri nas prakticiramo ponavadi dvojno obremenitev z glukozo po Staub-Traugottu.

Pogostna komplikacija sladkorne bolezni je retinopatija diabetica. Na mrežnici se pojavijo mikroanevrizme, krvavitve in eksudati, kar prizadetemu včasih tako zelo oslabi vid, da lahko celo oslepi.

Diabetična gangrena je oblika diabetične angiopatije in je posledica nezadostnega krvnega obtoka zaradi zamašitve arteriol in kapilar. Večkrat se družijo z arteriosklerotično gangreno.

Diabetična encefalopatija je posledica obolenja možganskih arterij, zaradi česar je zmanjšana duševna zmogljivost. Bolnik ima glavobole, prehodne pareze in krče.

Diabetična nevropatija pogosto spremlja sladkorno bolezen. Pojavljajo se bolečine v obliki zbadanja in mravljinčavosti. Ponoči se bolečine stopnjujejo. Mišična funkcija je oslajbljena. Diabetiki so neodporni proti infekciji. Nagibajo se k prehladnim obolenjem, kot so nahodi, gripe in angine. Vnetje ledvic je zelo pogostno. Pnevmonija, pljučni absces in pljučna tuberkuloza so pri diabetikih pogostnejši kakor pri ljudeh, ki nimajo sladkorne bolezni. Furunkli, karbunkli, piodermije in srbež genitalij so pogostna obolenja, ki

spremljajo diabetes. Vsak infekt pomeni za diabetika veliko nevarnost, zato ga je treba temeljito zdraviti. Moramo ga opozoriti, da naj se pri vročinskih stanjih, prehladih in anginah ne zdravi sam, temveč naj gre k zdravniku.

Nezdravljeni juvenilni diabetes in diabetes starejših suhih oseb se lahko razvije v ketoacidozo, diabetično koma in smrt. Povečana količina ketonskih snovi v telesu sladkorno bolnega povzroči acidozo, dehidracijo in spremembe v koncentraciji elektrolitov. Narkotično in toksično deluje zlasti na cirkulatorni in centralni živčni sistem. Prekوماتozna znamenja so: bolnik je vedno bolj žejen, utrujen, zaspan, zgubi apetit in bruha. Poleg tega nas na bolnikovo stanje opozarja globoko Kussmaulovo dihanje in značilni duh po acetonu. Če bolniku ne pomagamo, se dihanje poglobi, zavest slabi in bolnik končno umre v globoki nezavesti. Koža je suha, brez turgorja, jezik suh, rdeč in obložen, zrkla mehka, pulz droben in pospešen. Krvni sladkor je zelo zvišan. V urinu ugotovimo poleg sladkorja še acetocetno kislino in aceton. Posebna oblika diabetične kome je hiperosmolarna koma. Bolnik je zelo izsušen in ne zaudarja po acetonu. Krvni sladkor je nad 1000 mg %, v urinu ni ketonskih teles. Koncentracija elektrolitov v serumu je zvišana, prav tako sečnina.

Diabetična koma se razvije pri diabetiku:

1. zaradi nezdravljene sladkorne bolezni,
2. z avoljo bljuvanja in drisk,
3. zaradi akutnih infekcij, poškodb in operacij,
4. zaradi gravidnosti,
5. zaradi tireotoksikoze.

Nega bolnika v diabetični komi

Komatoznega bolnika namestimo v posteljo, ki naj bo dostopna z vseh strani. Preoblečemo ga v spalno srajco, preklano na hrbtni strani. Pokrijemo ga z lahnimi odejami. Pogledamo mu usta in odstranimo tujke (zobne proteze, ostanke hrane in izbljuvke). Nemudoma odvezamo kri za sladkor, alkalno rezervo, sečnino, K, Na in kloride. Bolnik ima trajno kapalno infuzijo hipotone raztopine z insulinom. Pred menjavo vsake infuzijske steklenice odvezamo kri za sladkor. Bolniku stalno kontroliramo vitalne funkcije: RR, pulz, dihanje in temperaturo ter jih beležimo na list akutnega primera. Komatozni bolnik je inkontinenten ali pa ima retencijo urina, zato pripravimo vse za morebitno katetrizacijo. Natančno beležimo izločeno količino urina. Trikrat na dan pregledamo urin na sladkor in aceton. Bolnika obračamo na eno do dve uri. Nastavimo list za evidenco obračanja. Na njem je zabeležena ura obračanja, stran, na katero bolnika obrnemo, in podpis sestre, ki je bolnika obrnila. Mesta, ki so predisponirana za preležanine, masiramo z glicerinskim alkoholom. Hrbet in noge podlagamo z blazinami in blazinicami. Najboljša preventiva je seveda antidekubitor. Večkrat na dan očistimo ustno votlino z mlačno vodo, ki smo ji dodali nekaj kapljic limoninega soka ali boraks glicerina. Vsak dan napravimo posteljno kopel, po kopeli pa bolnika namažemo s hranilno kremo. Če bolnik bljuva, si pomagamo s trajno sukcijsko drenažo in tako preprečimo aspiracijo.

Ko je bolnik še pri zavesti in ne bruha, ga hranimo z antiketogeno dieto (ovseni kosmiči, kompot). Dajemo mu obilo tekočin (čaji, kompot, voda). Antiketogeno dieto ima bolnik le dan ali dva, nato zdravnik predpiše ustrezno dieto.

Fizioterapevt aktivno in pasivno razgibava okončine in vodi dihalne vaje. Bolnika navajamo k obračanju in spreminjanju lege v postelji. Postopno ga posajamo, umiva se sam ob naši pomoči, navajamo ga na samostojnost. Bolnik vstaja ob spremstvu in pomoči. Pomagamo mu v umivalnico in na stranišče. Poučimo ga o zbiranju urina. Pred zajtrkom, kosilom in večerjo naj izprazni mehur v vrč, ki je označen s številko ali z imenom. Vzorce zbranega urina pošljemo v laboratorij na kvalitativno in kvantitativno določanje sladkorja. Ko se bolnik dobro počuti, mu damo brat knjižico Dieta za sladkorno bolne, da se čimprej seznanijo z naravo svoje bolezni in seveda z dieto. Pri skupinskem pouku seznanimo diabetike o naravi bolezni, o njenem poteku ter o komplikacijah in negi telesa.

Kako zdravimo sladkorno bolezen

Zdravimo jo:

- z manjšimi dietetičnimi ukrepi (bolnik ne uživa sladkorja, slaščic, marmelade, medu in sladkanih kompotov. Omeji naj se v kruhu, krompirju in testeninah);
- s kakovostno in količinsko natančno odmerjeno dieto;
- z dieto in s peroralnimi antidiabetiki;
- z dieto in insulinom.

Dieta

Kalorične potrebe diabetika so odvisne od spola, konstitucije, starosti in poklica. Pri izračunavanju kaloričnih potreb upoštevamo idealno telesno težo. Diabetik potrebuje približno 2000 kalorij na dan. Dnevna količina ogljikovih hidratov v prehrani diabetika je odvisna od stopnje bolezni in bolnikove telesne teže. Na dan potrebuje 200 g ogljikovih hidratov. Beljakovine zavzemajo vidno mesto v prehrani. Na dan potrebuje 100 g beljakovin. Potreba po beljakovinah se zveča pri nosečnosti, dojenju in morebitnih soobolenjih. Maščobe rabijo za kalorično dopolnilo in jih potrebuje 60—120 g na dan.

Kako razložimo dieto?

Bolnika poučujemo individualno. Preden mu začnemo razlagati dieto, moramo čim več vedeti o bolniku. Ali živi v družini? Kdo mu kuha? Če živi sam, kje se hrani? Koliko zasluži, je tudi važno. Diabetična dieta je draga zaradi beljakovinskih živil in zelenjave. Veliko število diabetikov je upoko-jencev, ki imajo majhno pokojnino. V tem primeru prilagodimo dieto njihovim možnostim, ne da bi preveč kršili dietni predpis.

Diabetik naj jè petkrat na dan. Večerja naj bo izdatna. Tistim, ki imajo najmilejšo stopnjo sladkorne bolezni, prepovedujemo samo sladkor in sladkarije, zmerno omejimo škrobne jedi in maščobe, beljakovin pa v hrani ne omejujemo. Vsem drugim diabetikom predpišemo natančen dietni list.

Diabetike, ki smo jim predpisali natanko odmerjeno količino hrane, navajamo v začetku zdravljenja k tehtanju posameznih živil. Kasneje si znajo odmeriti živila na oko, občasno pa morajo osvežiti spomin s ponovnim tehtanjem.*

* O dieti za diabetike objavljamo poseben sestavek. — Op. ured.

Diabetiki so žejni. Za žejo priporočamo: slatine, čaj, kavo, limonado, Fructalove bistre sadne sokove (borovnica, ribez). Kozarec naravnega nesladkanega vina je pri jedi dovoljen (cviček).

Insulinska terapija

Približno četrtnina vseh diabetikov se ne more uspešno zdraviti brez insulina. Med njimi so zlasti mlajši diabetiki. Ti ne smejo prekiniti insulinškega zdravljenja niti za en dan, ne da bi tvegali poslabšanje bolezni, acidozo ali v nekaj dneh že diabetično komo. Sicer pa tudi diabetik, ki se trajno zdravi brez insulina, prej ali slej začasno potrebuje insulin ob hujšem poslabšanju bolezni, zlasti kadar preboleva kakšno vročinsko obolenje in kadar je operiran.

Insulina je več vrst. Delimo ga v tri skupine:

- skupina s hitrim učinkom,
- skupina s srednje dolgim učinkom in
- skupina s protrahiranim učinkom.

Kristalni insulin uporabljamo za zdravljenje juvenilnega diabetesa, akutnih komplikacij diabetesa in pri bolnikih, pri katerih depotni insulin povzroča nezaželene pojave. Injiciramo ga subkutano, vedno pred obroki hrane. Kristalni insulin prične delovati pol ure po podkožni injekciji, učinek je na višku 2—4 ure in popusti v 6 do 8 urah. Lažji diabetes, ki ga ne moremo uravnovesiti samo z dieto, zdravimo z depotnim insulinom. Pri protamincinkinsulinu je začetni učinek majhen in počasen, doseže višek v 6—10 urah in usahne v 24—36 urah.

Dve injekciji kristalnega insulina pogosto lahko zamenjamo z eno injekcijo protamincinkinsulina in kristalnega insulina. S kombinacijo obeh vrst insulina v jutranji injekciji dosežemo, da deluje kristalni insulin dopoldne, protamincinkinsulin pa popoldne in ponoči. Injiciramo vsak insulin posebej. Najprej vbrizgamo kristalnega, nato šele protamincinkinsulin v drugo smer. Če bi injicirali oba insulina na istem mestu, bi se kristalni insulin pomešal s protamincinkinsulinom in tako del protamina vezal nase. Posledica bi pa bila, da bi del kristalnega insulina deloval kot protamincinkinsulin.

V rabi imamo še več vrst insulinov: Isophan in insulini »lente«. Isophan ima dvainpolkrat manj protamina kakor protamincinkinsulin. Največji učinek doseže po štirih urah in deluje do 12 ur.

Insulin Semilente se resorbira v 16 urah in doseže maksimalni učinek med 5. in 10. uro.

Insulin Lente učinkuje srednje dolgo. Resorbira se v 24 urah. Maksimalni učinek pa doseže po 7—15 urah. Insulin Ultralente učinkuje najdlje. Resorbira se zelo počasi in učinkuje 36 ur. Najmočnejše deluje med 10. in 28. uro. Prednost insulinov »lente« je v tem, da ne vsebujejo tujih beljakovin in zato ne izzovejo alergičnih manifestacij.

Bolnika naučimo injicirati insulin. Poučimo ga o čiščenju in prekuhanju brizgalke in igel, o pripravi insulina, dezinfekciji kože, o shranjevanju brizgalk in igel in seveda tudi insulina. Opozorimo ga na natančnost doze insulina. Drži naj se doze, ki jo je predpisal zdravnik. Insulin naj si vbrizgava vedno ob istem času.

Zdravljenje z insulinom lahko povzroči več komplikacij: Pri insulinškem zdravljenju je možna hipoglikemična reakcija. Ta se pojavi zaradi premočnega znižanja krvnega sladkorja. Razvije se lahko prav naglo, včasih se po-

javi kar nenadoma. Znaki hipoglikemične reakcije so: znojenje, tresenje, duševni nemir, občutek lakote, pospešen srčni utrip, dvojni vid, bledica in glavobol. Če po teh znamenjih bolnik ne zaužije nekaj ogljikovih hidratov, npr. sadje, košček kruha, v sili nekaj kock sladkorja, se onesvesti. Pri kristalnem insulinu nastopi hipoglikemična reakcija 3—4 ure po injekciji, pri depotnem insulinu pa v 12—24 urah, pogosto ponoči. Znamenja hipoglikemične kome so takale: Bolnik je nezavesten, koža je vlažna, mokra, zrkla so trda. Pri hipoglikemični komi vbrizgamo intraverzno 20—50 ml 50% glukoze in bolnik se brž zave. Se bolj praktičen je glukagon. Bolniku injiciramo 1 mg glukagona i. m. ali s. c. Bolnik se v 10—20 minutah zave, tako da lahko zaužije nekaj ogljikovih hidratov.

Za nastop hipoglikemične reakcije lahko zadostuje že, če se bolnik zakasni v obroku hrane, če bruha ali ima drisko in se zaužita hrana ni resorbiral ali pa, če se diabetik izpostavi dodatnemu fizičnemu naporu. Hipoglikemično reakcijo doživi prej ali slej vsak diabetik, ki dobiva insulin. Poučiti ga moramo o znakih hipoglikemične reakcije in kako naj si pomaga. Opozoriti in poučiti moramo tudi bolnikove svojce, ki živijo z njim. Znane so lokalne in splošne alergične manifestacije: rdečica, srbež. Zaradi možne atrofije maščevja na kraju vboda menjavamo mesta injiciranja.

Glede na opisano hipoglikemično reakcijo diabetikom odsvetujemo izbiro takšnega poklica oz. delovnega mesta, kjer bi zaradi izgube zavesti lahko prišlo do nesreče zanje in za okolico.

Zdravljenje z antidiabetičnimi tabletami

Antidiabetične tablete uporabljamo, kadar presnove ogljikovih hidratov ne moremo uravnovesiti samo z dieto. Peroralna terapija je uspešna pri debelušnih starejših bolnikih, ki so jim diabetes odkrili pred kratkim, torej pri ljudeh, ki trpijo le delno pomanjkanje insulina.

Peroralna terapija ni indicirana pri mladih mršavih bolnikih, torej ne pri asteničnem tipu diabetesa s popolnim pomanjkanjem insulina. Tudi ne pri diabetikih, ki se že dolgo zdravijo z insulinom.

Tablete, ki vsebujejo sulfolinureo (Tolbusal, Rastinon in Diabinese), pojačujejo izločanje insulina iz trebušne slinavke in zmanjšujejo odtok glukoze iz jeter. Učinkujejo torej le pri bolnikih, katerih Langerhansovi otočki v pankreasu so zmožni izločati insulin. Zdravila te vrste učinkujejo različno hitro in različno dolgo. Tolbusal učinkuje najmočneje 3 do 5 ur po zaužitju, toda le krajši čas, zato mora bolnik užiti dva do trikrat po eno tableto v enem dnevu. Diabinese začne učinkovati štiri ure po zaužitju, deluje v celoti 24 ur, višek učinka pa doseže po šestih urah. Zato običajno zadostujeta na dan 1—2 tableti po 250 mg, ki jih diabetik vzame po jutranjem obroku hrane.

Neugodni sopojavi pri zdravljenju s tabletami Tolbusal, Rastinon in Diabinese so zelo redki. Med njimi so najpogostnejše želodčne motnje, ki včasih terjajo prekinitvev zdravljenja. Resnejša komplikacija je alergični dermatitis, izredna redkost pa so krvne komplikacije (levkopenija z agranulocitozo, trombopenija). Diabinese pa včasih povzroči zlatenico zaradi holestatskega hepatitisa. Diabetiki, ki uživajo te tablete, ne smejo piti alkohola. Hipoglikemična reakcija je redka, vendar je lahko tudi huda in dolgotrajna kot po depotnem insulinu. Hipoglikemijo dobe predvsem starejši bolniki, oslabei ter na jetrih in ledvicah bolni.

Nekatere snovi znižajo učinkovitost antidiabetičnih tablet, druge pa po-
jačijo njih učinkovitost. Vedeti moramo tudi, da je alkohol učinkovitejši pri
bolnikih, ki se zdravijo z antidiabetičnimi tabletami, prav tako pa te tablete
stopnjujejo učinkovitost sedativov in hipnotikov.

Silubin in Glucophage pripadata skupini bigvanidov. Način delovanja
še ni pojasnjen. Maksimalni učinek nastopi v 4—6 urah po zaužitju in pre-
neha po 10 urah. Novejši preparat je Silubin Retard ali na kratko Silubin R,
ki deluje dalj časa, tako da zadostuje 2 × 1 tableta v presledku 12 ur. Silubin
lahko uporabljamo za monoterapijo pri debelih z lažjim ali srednje težkim
diabetesom, kjer dietna prehrana ne zadostuje. Uporabljamo ga v kombinaciji
z drugimi antidiabetičnimi tabletami in v kombinaciji z insulinom pri težkih
labilnih diabetesih za stabilizacijo.

Sopojavi pri zdravljenju z bigvanidi so inapetenca, navzea in driske.

Hb 419 ima najmočnejši hipoglikemični učinek. Hb 419 je začasno ime
preparata v preizkušnji, ki bo pod imenom Daonil in Euglucon v prometu
tudi pri nas.

Zdravljenje s peroralnimi hipoglikemiki ima določene prednosti. Diabe-
tik ob peroralni terapiji praktično ni v nevarnosti zaradi hipoglikemičnih
reakcij in je svoboden pri izbiri poklica in sploh uveljavljanja v družbi.

Osebna higiena diabetika

Posebno skrb naj bolnik posveča negi telesa. Po umivanju naj si kožo
namasti z lanenim oljem ali kremo. Zanohtje naj čisti s primerno ošiljeno
leseno paličico in ne z ostrim predmetom. Če so nohti trdi in hrapavi, jih
pred striženjem pol ure namaka v topli vodi. Skrbna nega nohtov je važen
preventivni ukrep zoper gangreno. Mrzlih nog naj si ponoči ne ogreva s
termofori in opeko, raje naj obuje tople bombažne nogavice in čeznje vol-
nene. Podvez in tesnih oblačil naj ne nosi, ker ovirajo krvni obtok. Obutev
naj bo udobna in naj jo večkrat na dan menja.

Diabetik naj si neguje zobe, ker se nagiba k paradentozni in ker je urejeno
zobovje pogoj za normalen način prehrane in normalno prebavo. Diabetik
naj živi solidno in naj ne popiva. Če ni fizičen delavec, naj se ukvarja s
športom ali pa se vsak dan sprehaja na čistem zraku.

Vsako obolenje kože, kakor tudi žulje in ranice, naj zdravi zdravnik.

Delavcem, ki bi ob hipoglikemičnih reakcijah lahko ogrozili življenje
sebi in drugim (šoferji, krovci in delavci pri strojih), priporočamo pre-
kvalifikacijo. Za tiste, ki prejemaajo insulin, je važno, da so enakomerno
fizično obremenjeni, da so oproščeni nočnega dela in da delajo stalno v
isti izmeni, kar naj jim omogoči redno dietno prehrano.

Diabetike vabimo na ambulantno kontrolo — v dispanzer za diabetike,
zaradi pregleda krvnega sladkorja in urina ter posveta o nadaljnem zdrav-
ljenju. Tudi sicer naj se diabetik javi na posvet, kadarkoli je v dvomu ali
pa sluti poslabšanje bolezni. Na pregled v diabetično ambulanto naj pride
diabetik zjutraj na tešče. S seboj naj prinese 1 dl urina, zbranega v zadnjih
24. urah, in izkaznico za diabetike, katero dobi ob odpustu iz bolnišnice.
Zlasti diabetik, ki prejema insulin, naj ima to izkaznico vedno pri sebi.

Nosečnica se mora posebno skrbno kontrolirati vsak mesec v dispan-
zerju za nosečnice.

Hitre metode za določanje sladkorja v krvi in urinu ter acetona

Dekstrostik služi za hitro in enostavno določanje krvnega sladkorja. Veliko kapljo krvi razmažemo na konec paličke, počakamo eno minuto, točno po eni minuti izperemo kri s hladnim curkom vode in primerjamo barvo.

Benedictov poskus za določanje sladkorja v urinu:

V epruveto odpipetiramo 2,5 ml Benedictovega reagensa, dodamo štiri kapljice urina, dobro potresemo, kuhamo pet minut, še enkrat potresemo in pogledamo barvo: modra 0 %, zeleno rumena 1 %, rumena 2 %, oranžna 2,5 %, rdeča 4 %.

S klinitest tabletami določamo sladkor v urinu. Uporabljati moramo vedno le Ames epruveto in Ames kapalko. Druga oprema lahko povzroči nepravilne izvide.

Iz kapalke, ki jo držimo navpično, kanemo pet kapelj urina v čisto suho epruveto, splaknemo kapalko, nato z isto kapalko dodamo 10 kapljic vode. V epruveto spustimo 1 klinitest tableto. Skrbno opazujemo, dokler kipenje ne poneha, in še 15 sekund dlje. Lahko stresemo epruveto in primerjamo barvo vsebine z barvno skalo. Če se med poskusom pojavi svetlo oranžna barva in potem spremeni v rjavkasto, je v urinu več kot 2 % sladkorja.

S klinistiksom določamo glukozo v urinu.

Konec klinistiksa samo za trenutek pomočimo v urin in po eni minuti primerjamo barvo z barvno skalo na steklenički.

Ketostiks služi za hitro odkrivanje ketonskih teles v urinu. Paličico pomočimo v svež urin, otresemo kapljo urina in po 15 sek. primerjamo barve.

Acetest reagenčne tablete: Položimo tableto na bel čist papir, kanemo nanj kapljico urina in če se obarva vijoličasto, je v urinu aceton. Reagenčne tablete hranimo na suhem.

Na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani pripravljajo tečaj za diabetike. Na tečaju bodo bolniki poučeni o bolezni, terapiji in negi. Sami bodo pripravljali dietno hrano. Praktično bodo poučeni o najosnovnejših preiskavah; o določanju krvnega sladkorja, sladkorja v urinu in acetona. Dobro poučen diabetik bo tako lahko sam vodil svojo bolezen.

Literatura:

Doc. dr. Bojan Varl: Notranje bolezni

Prim. dr. Srečko Košuta: Dieta za sladkorno bolne

Medicinska enciklopedija

S. Košuta: Peroralna terapija diabetesa. II. Tavčarjevi dnevi

SPOŠTOVANIM NAROČNIKOM!

Zadnji številki (št. 2/1970) Zdravstvenega obzornika smo priložili položnice s prošnjo za nakazilo naročnine. Našemu pozivu se je odzvalo precej naročnikov, vljudno pa prosimo tudi še druge, da naročnino poravnajo čimprej. Prav tako se še vedno dogaja, da sta **ime in priimek naročnika na položnici izpisana nerazločno**, kar nam povzroča velike nevšečnosti pri evidenci vplačil v naši kartoteki.

Zato vas ponovno vljudno prosimo, da pišete ime in priimek po možnosti s strojem, sicer pa s **tiskanimi črkami**, da ne bomo brez potrebe imeli težav in zadevnih zamenjav.

Sporočajte nam sproti tudi morebitne spremembe vašega naslova.

U p r a v a Zdravstvenega obzornika