

# PEPTIČNA RAZJEDA

---

Damjan Obradović

## Uvod

Peptična razjeda je pogosta bolezen, saj ima kar 15 % ljudi zaradi nje težave vsaj enkrat v življenju. Zato takšne bolnike pogosto srečujemo tudi v splošnih ambulan-  
tah. Peptična razjeda na dvanajstniku je dva- do trikrat pogostejša kot na želodcu. Nastane lahko tudi na požiralniku (pri gastroezofagealnem refluksu), izjemoma pa na jejunumu (pri Zollinger-Ellisonovem sindromu – gastrinom), gastroenteroanasto-  
mozi in v Meckelovem divertiklu (če vsebuje ektopično želodčno sluznico). *Najpo-  
gostnejši vzroki* za nastanek razjede so: infekcija z bakterijo *Helicobacter pylori* (HP), nesteroidna protivnetna zdravila (NPZ), acetilsalicilna kislina, etilni alkohol in kaje-  
nje. S HP je okuženih 95 % bolnikov z razjedo na dvanajstniku in 75 % bolnikov z že-  
lodčno razjedo. Okužba s HP je pogostejša pri osebah, ki so socialnoekonomsko ogrožene.

## Anamneza

Bolnik pride v ambulanto in toži, da ima **bolečine v žlički**, ki se že nekaj dni ali ted-  
nov občasno pojavljajo in so včasih povezane z uživanjem hrane. Bolečina zaradi  
razjede na dvanajstniku se lahko pojavlja tudi pod desnim rebrnim lokom in po-  
gosto v ledjih desno; hrana jo navadno ublaži. Bolnikom z želodčno razjedo pa hra-  
na povzroči bolečine, zato se bojijo jesti in hujšajo. Bolečine pri razjedi na dvanajst-  
niku se velikokrat pojavljajo sezonsko (spomladi in jeseni). Možne težave so še:  
slabost, bruhanje, zgaga, spahovanje in zaprtje. Pomembno je bolnika vprašati, ali  
jemlje nesteroidna protivnetna zdravila, ali kadi in uživa alkohol.

### Najpogostnejši možni zapleti:

- Razjeda na dvanajstniku pogosto *zakrvavi*, zato bolnika vprašamo, ali je opazil črno lepljivo blato (meleno) ali morda izbruhal kri (hematemezo). Če ima huj-  
šo anemijo oziroma nenadno večjo izgubo krvi, se tak bolnik hitro utruja, pri  
vstajanju s postelje se mu lahko stemni pred očmi, šumi mu v ušesih, pogosto  
lahko kolabira.
- Bolnik, ki mu je razjeda povzročila *stenozo* dvanajstnika ali pilorusa želodca, bo  
tožil, da bruha velike količine tekočine z ostanki hrane.
- Bolnik s *perforacijo* peptične razjede toži, da ima hude bolečine v zgornjem delu  
trebuha, ki so močnejše pri premikanju in dihanju, zaradi draženja prepone pa  
se včasih širijo v ramo.
- Bolnik, ki mu je razjeda *penetrirala* v sosednji organ (najpogosteje v glavo tre-  
bušne slinavke), ima močne bolečine, ki so stalne in jih zdravila ne ublažijo.

## Status

Pri kliničnem pregledu ugotovimo palpatorno občutljivost v zgornjem delu trebuha.  
Bolnik s *krvavečo* razjedo je običajno bled, tahikarden, včasih ima tudi znižan krvni  
tlak in druge znake, ki spremljajo različne stopnje anemije.

Bolnik s *stenozo* dvanajstnika je izsušen (slabši turgor kože), tahikarden in ima nizek  
krvni tlak. Ugotovimo tudi pljuskanje v trebuhu, če bolnika zibljemo z boka na bok.

Bolnik s *perforacijo* peptične razjede ima znake peritonitisa (trda trebušna stena),  
mirno leži in plitvo diha, lahko je prizadet in v šoku.

## Diferencialna diagnoza

Takšne in podobne težave povzročajo še naslednje bolezni: neulkusna dispepsija, akutno vnetje trebušne slinavke, akutno vnetje žolčnika in akutni miokardni infarkt.

## Ukrepanje v splošni ambulanti

### Laboratorijske in druge preiskave

Ob sumu na *krvavečo* peptično razjedo pogledamo osnovno krvno sliko, ki pokaže znižano koncentracijo hemoglobina v krvi in zmanjšan volumen eritrocitov. S hematostom ugotovimo, ali je v blatu kri. Če sumimo, da bi težave lahko povzročilo *vnetje trebušne slinavke*, preverimo koncentracijo serumske amilaze. Pri sumu na *akutni miokardni infarkt* posnamemo EKG. Pogosto se patologija želodca prekriva z žolčnikovo in patologijo žolčnih vodov, lahko pa tudi s patologijo trebušne slinavke.

### Napotitve k specialistu

Bolnika, ki je imel v zadnjih petih letih rentgensko ali endoskopsko potrjeno razjedo na dvanajstniku, in ima že vrsto let enake težave, lahko brez ponovne endoskopske preiskave začnemo zdraviti z eradikacijsko terapijo za HP.

Vse druge bolnike s sumom na peptično razjedo moramo obvezno napotiti na **endoskopsko preiskavo** zaradi izključitve maligne bolezni in ugotavljanja morebitne okužbe s HP.

Bolnike, pri katerih sumimo na *zaplete peptične razjede* (krvavitev, stenozo, perforacijo, penetracijo), moramo takoj poslati v **bolnišnico**.

## Zdravljenje

**Zdravljenje okužbe s HP** traja 1 teden. Priporočajo kombinacijo *zaviralca protonske črpalke* in *dveh antibiotikov*:

omeprazol, 2-krat 20 mg, ali pantoprazol, 2-krat 40 mg  
in  
metronidazol, 2-krat 400 mg, ali tinidazol, 2-krat 500 mg  
in  
klaritromicin, 2-krat 250 mg  
**ali**  
omeprazol, 2-krat 20 mg, ali pantoprazol, 2-krat 40 mg  
in  
amoksicilin, 2-krat 1000 mg  
in  
klaritromicin, 2-krat 500 mg.

Če zdravljenje okužbe s HP ni uspešno, uporabimo kombinacijo ranitidinbizmutcitrata in *dveh antibiotikov* oziroma zdravimo glede na izvid kulture:

ranitidinbizmutcitrata, 2-krat 400 mg  
in  
tetraciklin, 2-krat 500 mg, ali metronidazol, 2-krat 400 mg  
in  
klaritromicin, 2-krat 500 mg.

Zdravljenje peptične razjede na želodcu in dvanajstniku je priporočeno nadaljevati z antisekrecijskimi zdravili še 2 do 4 tedne.

Uspešnost zdravljenja okužbe s HP je treba endoskopsko preveriti, ali je prišlo do zapletov peptične razjede na dvanajstniku in želodčni razjedi, čez en mesec ali več

po končani antimikrobni terapiji. Pri bolnikih z nezapleteno razjedo na dvanajstniku pa kontrola uspešnosti zdravljenja ni nujna, če težave minejo. Uspešnost zdravljenja okužbe s HP z urea dihalnim testom za zdaj uporabljajo le v nekaj centrih v Sloveniji. Ugotavljanje uspešnosti odprave te bakterije s serološkimi preiskavami ne zadošča.

**Razjede, ki so jih povzročila nesteroidna protivnetna zdravila,** zdravimo z antisekrecijskimi zdravili (zaviralci protonske črpalke, antagonisti H<sub>2</sub>). Če je možno, zmanjšamo njihov odmerek, ali pa jih ukinemo.

**Dieta:** Bolnik naj se izogiba alkoholu, kavi, cigaretam in zelo močnim začimbam. Použije naj vsaj 3 obroke na dan. Mali pogosti obroki ne izboljšajo zdravljenja, mlečna dieta ni potrebna.

### **Delazmožnost**

Bolnik s peptično razjedo v času, ko ima močno izražene znake in simptome bolezni, ni zmožen za delo. Enako velja za bolnike z zapleti peptične razjede, dokler se njihovo zdravstveno stanje ne izboljša.

### **Priporočena literatura:**

1. Agreus L. Talley NJ. Dyspepsia: current understanding and management. *Ann Re. Med* 1998; 49: 475–93.
2. Baron JH. Peptic ulcer: a problem almost solved. *J R Coll Physicians of Lon* 1997; 31: 512–20.
3. Brun J. Managing patients in general practice. *Scandinavian Gastroenterol-Supplement*, 1996; 215: 116–7.
4. Eastwood GL. Is smoking still important in the pathogenesis of peptic ulcer disease? *J Clinical Gastroenterolo*, 1997, suppl 1: S1–7.
5. Feldman RA. Eccersley AJ. Hardie JM. Epidemiology of *Helicobacter pylori*: acquisition, transmission, population prevalence and disease-to-infection ratio. *Brit Med Bull*, 1998; 54: 39–53.
6. Fendrick AM. Hirth RA. Chernew ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *Ameri Gastroentero*, 1996; 91: 1544–8.
7. Goodwin CS. Mendall MM. Northfield TC. *Helicobacter pylori* infection. *Lancet*, 1997; 349: 265–9.
8. Graham DY. Rakel RE. Peptic ulcer disease. *Postgraduate Medicine* 1999; 105: 93–4.
9. Graham DY. Rakel RE. Fendrick AM. Scope and consequences of peptic ulcer disease. *Postgraduate Medicine* 1999; 105: 100–10.
10. Graham DY. Rakel RE. Fendrick AM. Recognizing peptic ulcer disease. *Postgrad Med*. 1999; 105: 113–33.
11. Graham DY. Rakel RE. Fendrick AM. Practical advice on eradicating *Helicobacter pylori* infection. *Postgrad Med* 1999; 105: 137–48.
12. Kocijančič A. Mrevlje F. *Interna medicina*. EWO: DZS, Ljubljana, 1998: 371–5.
13. Kumar PJ. Clark ML. *Clinical Medicine*. Saunders, London, 1998: 237–41.
14. Lanza FL. Prophylaxis against nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated ulcers and erosions: a commentary on the new data. *Ame J Med*, 1998 30; 104: 75S–78S.
15. Sklepi drugega slovenskega simpozija o bakteriji *Helicobacter pylori*. Klinični oddelek za gastroenterologijo, SPS interna klinika, Klinični center, Maribor, 1999.
16. Soll AH. Medical treatment of peptic ulcer disease. *JAMA* 1996; 275: 622–9.
17. Tepeš B. Križman I. Priporočila za zdravljenje okužbe z bakterijo *Helicobacter pylori* v Sloveniji. *Zdrav vest*, 1998; 67: 159–62.
18. Tsai HH. *Helicobacter pylori* for the general physician. *Physicians Lon* 1997; 31: 478–82.
19. Tytgat GN. Treatment of peptic ulcer. *Digestion* 1998; 59: 446–52.
20. Tytgat GN. Treatment of *Helicobacter pylori* infection: management of patients with ulcer disease by general practitioners and gastroenterologists. *Gut* 1998; 43 suppl 1, S 24–6.

# DEPRESIJA

---

*Davorina Petek*

Depresija sodi v veliko skupino bolezni, ki jih označujejo motnje razpoloženja. Razpoloženje je dalj časa trajajoče čustvo, s katerim človek izraža svoj odnos do dogajanja v sebi ali okolju. Depresija je duševna motnja, pri kateri se motnje čustvovanja povezujejo s simptomatiko na področju različnih duševnih in telesnih funkcij. Njenim hudim oblikam se lahko pridružijo psihotični simptomi. Glede na povezavo z maničnimi razpoloženskimi motnjami, enkratno pojavljanje ali ponavljajoče se klinične slike razvrstimo depresijo v kategorijo bipolarnе afektivne motnje, depresivno epizodo ali ponavljajočo se depresivno motnjo. Posebna kategorija so trajne motnje razpoloženja, za katere so značilni manj intenzivni simptomi, ki so prisotni večji del življenja.

## Depresija in anksioznost

Pri obravnavi depresije se je treba zavedati pogostne povezave z anksioznostjo. V 50 do 70 % primerov sta oba duševna simptoma prisotna hkrati pri istem bolniku. Znaki anksioznosti so večkrat vodilni, zato je potrebno dejavno zdravnikovo iskanje znakov depresije. Razmejitev med njima je lahko zelo težavna, učinkovitost zdravljenja pa v splošnem bolj neugodna (1, 2).

## Depresija in telesne bolezni

Družinski zdravnik se mora zavedati pogostne povezave depresije s telesnimi boleznimi. Prevalenca depresije je po raznih študijah precej različna in odvisna od kriterijev za diagnozo duševne motnje in telesne bolezni (8 do 60 %) (3). Okvirno velja, da je pri bolnikih s kronično telesno boleznijo depresija dvakrat pogostejša kot pri telesno zdravih. Raziskovanje je težavno zaradi pogostnega prekrivanja simptomov, ki se lahko pripisujejo telesnemu ali duševnemu izvoru (utrujenosti, nespečnosti, pomanjkanju apetita, izgubi teže). Kronične telesne bolezni, ki so najpogosteje povezane z depresijo, so: bolezni srca in žilja, posebej akutni srčni infarkt, možganska kap, rak, Parkinsonova bolezen, artroza, revmatoidni artritis, stanja s kronično bolečino, nekatere bolezni žlez z notranjim izločanjem (Cushingov sindrom, Addisonova bolezen) (4).

## Dejavniki tveganja

Med dejavniki tveganja je pomemben spol. Ženske so dvakrat pogosteje depresivne kot moški, vendar vzrok za to ni jase. Le delno je posledica tega, da ženske pogosteje iščejo pomoč pri zdravniku tudi zaradi svojih duševnih težav (5).

Povečano tveganje za pojav depresije pri ženskah so obdobja velikih hormonskih sprememb (zgodnja poporodna doba, menopavza).

Eden od dejavnikov tveganja je tudi neugodno domače okolje v zgodnjem otroštvu in prisotnost depresije pri starših ali bližnjih sorodnikih.

## Epidemiološki podatki

Gotovo je depresija ena najpogostnejših duševnih motenj med obiskovalci splošne ambulante. V enem letu približno 10 % populacije zboli za depresivno motnjo. Tveganje zbolewnosti za depresijo je v vsem življenjskem obdobju 8 do 12 % za moški in 20 do 26 % za ženski spol (6).

Zaradi visoke prevalence in težav v socialnem funkcioniranju, omejitve telesnih sposobnosti ter nezmožnosti za delo pomeni depresija resen javnozdravstveni problem. Pomembna je zaradi povečanega tveganja samomorilnosti. Depresivni bolniki so tudi pogosti uporabniki zdravstvene službe. Zaradi vsega omenjenega si depresija med celokupnimi duševnimi motnjami zasluži posebno obravnavo.

Poleg visoke incidence je zelo pomembno tudi dejstvo, da ostane velik del depresij v splošni ambulanti neprepoznan. Po zadnjih podatkih splošni zdravniki prepoznajo 40 do 50 % bolnikov z zmerno do hudo depresivno epizodo (7). Z vzroki tega visokega odstotka neprepoznanih depresij se je ukvarjalo veliko študij. Nedvomno so blage in zmerne depresivne epizode pogosteje spregledane kot hude. Posebej nizka stopnja prepoznavanja je značilna pri mladih odraslih ljudeh (8, 9).

### Težave pri prepoznavanju

Slabo prepoznavanje depresije je povezano z določenimi značilnostmi obravnave v splošni ambulanti. Bolniki v splošni ambulanti se razlikujejo od tistih v psihiatričnih ambulantah. Značilna je komorbidnost s telesnimi boleznimi, ki s svojimi kliničnimi znaki, pogosto prekrivajočimi znaki depresije, pomembno otežuje prepoznavanje duševne motnje.

Značilno je tudi, da večina depresivnih bolnikov ne opiše svojih težav kot duševnih, ampak navajajo razne telesne simptome, največkrat bolečine, utrujenost, motnje spanja. Velika povezanost depresije s somatoformnimi motnjami in anksioznostjo, kjer telesni simptomi še posebej prevladujejo, pa še dodatno zaplete prepoznavanje (1, 10). Posebej pozorni bi morali biti na možnost depresije pri bolnikih, ki zlorablajo razne snovi, kažejo znake anksioznosti, imajo nepojasnjene bolečinske sindrome in telesne simptome brez ugotovljive organske podlage.

Zdravnik bo depresijo lažje prepoznal, če dobro pozna njene znake in njeno zdravljenje. Zanimati se mora za bolnikove psihosocialne značilnosti, biti večč komunikacije, postavljanja vprašanj odprtega tipa in tudi razpoznavanja znakov depresije. Na prepoznavanje depresije najbrž vplivata tudi organizacijski dejavnik zdravstvene službe in dolžina pregleda, čeprav nekatere študije niso našle boljšega prepoznavanja med daljšim pogovorom (11).

### Klinična slika

Štirje glavni simptomi depresije so:

- depresivno razpoloženje ali potrtost,
- izguba interesov in veselja,
- nesposobnost čustvenega reagiranja na ugodne dražljaje (anhedonija),
- pomanjkanje energije in utrujenost (anergija).

Dodatni znaki so še:

- motnje koncentracije,
- motnje spanja,
- motnje teka,
- izguba ali zmanjšanje želje po spolnosti,
- psihomotorična zavrtost ali agitacija,
- samomorilne misli.

Depresivna epizoda traja najmanj dva tedna. Glede na težavnost klinične slike jo ocenjujemo kot blago, zmerno ali hudo. Za hudo depresijo, včasih imenovano »velika depresija«, so značilni vsi glavni znaki in najmanj štirje dodatni, ki trajajo vsaj dva tedna, ter omejena socialna aktivnost.

Hudi depresivni epizodi se lahko pridružijo psihotični znaki.

Depresivna epizoda je lahko enkratna ali pa se ponavlja in tako spremeni v ponavljajočo se depresivno motnjo.

Trajno, vsaj nekaj let trajajoče depresivno razpoloženje, ki po jakosti ne zadošča za depresivno motnjo, se imenuje distimija.

## Potek in prognoza depresij

Nezdravljena depresivna epizoda traja v povprečju 10 mesecev; najmanj 75 % bolnikov ima sekundarno epizodo, ki je najpogostejša v prvih 6 mesecih po izboljšanju simptomov prve.

## Diagnoza depresije v splošni ambulanti

Glede na opisane značilnosti obiskovalcev družinskega zdravnika je diagnoza težavna. Ob navajanju telesnih znakov naj ne bi bila izključitvena, ampak ena od diferencialnih diagnoz. Večkrat so koristne osnovne informacije o bolezni, ki jih bolnik prejme v pisni obliki (npr. zloženke).

Povprašati ga je treba o prejšnjih depresivnih epizodah, pojavljanju depresivnih motenj pri sorodnikih, razvojnih težavah. Ob znakih depresije se je treba pogovoriti o samomorilnih mislih.

V psihiatriji so razvili in uporabljali številne ocenjevalne lestvice, med katerimi je treba omeniti dve skupini: v prvi so samoocenjevalne, ki so primerne za blažje duševne motnje, oceno psihosocialnih stresorjev in kakovosti življenja; v drugo spadajo vprašalniki za izpolnjevanje med intervjujem z vsakim preiskovancem posebej. Med najširše uporabljanimi je Hamiltonova lestvica za oceno depresije (HAM-D). Vsebuje sedemnajst postavk, ki zajemajo znake depresije, anksioznosti, somatizacije in hipohondričnosti. Stopnja depresije sloni na oceni s skupno vsoto doseženih točk. Razlika v skupni vsoti kaže spremembo klinične slike med zdravljenjem (12). Domača raziskava potrjuje tudi uporabnost prilagojenega vprašalnika Duke-AD za ugotavljanje anksiozno depresivnih stanj v splošni ambulanti (13, Priloga 1).

Eden od vprašalnikov za ugotavljanje duševnih motenj v ambulanti družinske medicine je tudi PRIME-MD.

## Zdravljenje

Podatki raziskav kažejo, da je depresija pri bolnikih v splošni ambulanti velikokrat spregledana, in da bolniki z ugotovljeno depresivno motnjo zelo pogosto ne prejmejo ustreznega zdravljenja. Po izključitvi telesnih vzrokov obravnavo končamo, včasih pa zdravljenje depresije sicer vpeljemo, vendar traja prekratek čas in je odmerek zdravil majhen. Zaradi slabše sposobnosti za oceno stopnje depresije v splošni ambulanti večkrat predpišejo majhne odmerke antidepressivov za sicer blage depresivne epizode, ki bi izzvenele spontano. Takim bolnikom večkrat zadostujeta samo naklonjen in razumevajoč pogovor ter pomoč pri motnjah spanja.

Kadar se odločimo za zdravljenje z zdravili, je začetni del posveta enak kot pri drugih kroničnih boleznih: pogovor o znakih depresije, ozadju, vrstah zdravljenja, poteku. To je posebej pomembno, ker je zdravljenje dolgotrajno. Številne študije kažejo, da bolniki v splošni ambulanti z njim pogosto samovoljno prenehajo. Za dober učinek zdravljenja je potrebno dobro sodelovanje ozaveščenega in poučenega bolnika.

Z bolnikom se moramo pogovoriti o njegovih težavah. Pomagati mu je treba, da bo sprejel svojo začasno zmanjšano zmožnost tudi za vsakdanja opravila in skušal verjeti tistim, ki ga spodbujajo. Ugotoviti je treba, kakšen vpliv ima bolnikova bolezen na zakonske in družinske odnose ter na težave v zvezi s službo. Pogovoriti se je treba o morebitnih posledicah daljše odsotnosti z delovnega mesta.

## Antidepresivi

Z razvojem varnejših zdravil, predvsem selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina (SSRI), je uporaba antidepresivov utemeljena tudi v splošni praksi. Opravljene študije in metaanalize (14) kažejo, da zdravljenje ugodno deluje v 50 do 60 % primerov, kar ustreza rezultatom uspešnosti v psihiatričnih ambulantah.

Odločitev za zdravljenje z antidepresivi naj temelji na številu prisotnih simptomov depresije, stopnji motenosti v socialnem funkcioniranju in predhodnih depresivnih epizodah. Z zdravili naj bi zdravili zmerno do hudo stopnjo depresije, ki s svojimi simptomi moteče vpliva na bolnikove dnevne dejavnosti ali jih celo onemogoča.

Različne skupine antidepresivov so v primerjalnih študijah pokazale podobno terapevtsko učinkovitost, vendar je izbirno zdravilo v splošni ambulanti iz skupine SSRI. Zaradi zmanjšanja stranskih učinkov so ugotovili tudi boljše sodelovanje in manj samovoljnih prekinitev zdravljenja pri bolnikih, ki so jemali antidepresive iz te skupine, v primerjavi z zdravljenimi s tricikličnimi antidepresivi (15).

Zdravljenje z antidepresivi je lahko učinkovito le, če je vzdrževano v terapevtskem odmerku in dovolj dolgo (16).

Za preprečevanje hitrih ponovitev bolezni je zdravljenje po sedanjih priporočilih treba nadaljevati 4 do 9 mesecev po kliničnem izboljšanju.

Bolniki z veliko verjetnostjo ponovitve potrebujejo vzdrževalno zdravljenje za daljše časovno obdobje. Dejavniki tveganja za ponovitev so tri ali več depresivnih epizod v preteklosti, distimija, huda depresija in preostali simptomi po zdravljenju akutne faze. Takšni bolniki za zdaj ne sodijo v obravnavo splošnega zdravnika (17, 18).

Učinek zdravljenja je treba spremljati na 10 do 14 dni pri bolnikih z blažjo do srednjo stopnjo depresije, s hudo pa tedensko, vsaj prvih 6 do 8 tednov zdravljenja z zdravili. Tak nadzor naj bi izboljšal bolnikovo sodelovanje, omogočil morebitno prilagajanje odmerka ter spremljanje stranskih učinkov zdravil in učinkov zdravljenja (15). Po 4 do 6 tednih zdravljenja opravimo klinično oceno uspešnosti. Zmanjšanje jakosti simptomov za 25 % pomeni primeren učinek za nadaljevanje zdravljenja. Kot je bilo že omenjeno, se pri 40 do 50 % bolnikov ne pokaže klinično izboljšanje, ali pa zdravil niso jemali dovolj dolgo za možen učinek. Nadaljnji terapevtski postopki so zamenjava antidepresiva ali pa večtirno zdravljenje, ki ga predpisuje psihiater.

Anksiolitiki in hipnotiki za zdravljenje depresivnih motenj niso priporočljivi, razen morda na začetku zdravljenja (3 tedne), kadar se depresivnim simptomom pridružijo znaki anksioznosti, ali ko so prisotne motnje spanja. Te se navadno v učinkovitem zdravljenju depresije popravijo same, tako da bolniki hipnotikov po približno treh tednih ne potrebujejo več.

## Psihoterapija

Pripročljiva je kot začetno samostojno zdravljenje za blage do zmerne depresivne epizode. Pričakovano izboljšanje je lahko nekoliko počasnejše kot ob jemanju antidepresivov, zato moramo z odločitvijo o ustreznem terapevtskem učinku in morebitni spremembi zdravljenja počakati 6 do 8 tednov. V zdravljenju depresije sta se najuspešneje izkazali kognitivno vedenjska terapija in interpersonalna psihoterapija, ki zaradi zahtevnosti ne sodita v obravnavo k splošnemu zdravniku. Ta bi najbrž lahko uporabljal svetovalno tehniko reševanja problemov in suportivno psihoterapijo.

Ob antidepresivih je vedno potrebno tudi zdravljenje z eno od psihoterapevtskih metod.

## Napotitev k specialistu

Ne obstajajo natančna navodila, kateri bolniki sodijo v specialistično obravnavo, ker so napotitve odvisne tudi od organizacije zdravstvene službe in povezave dru-

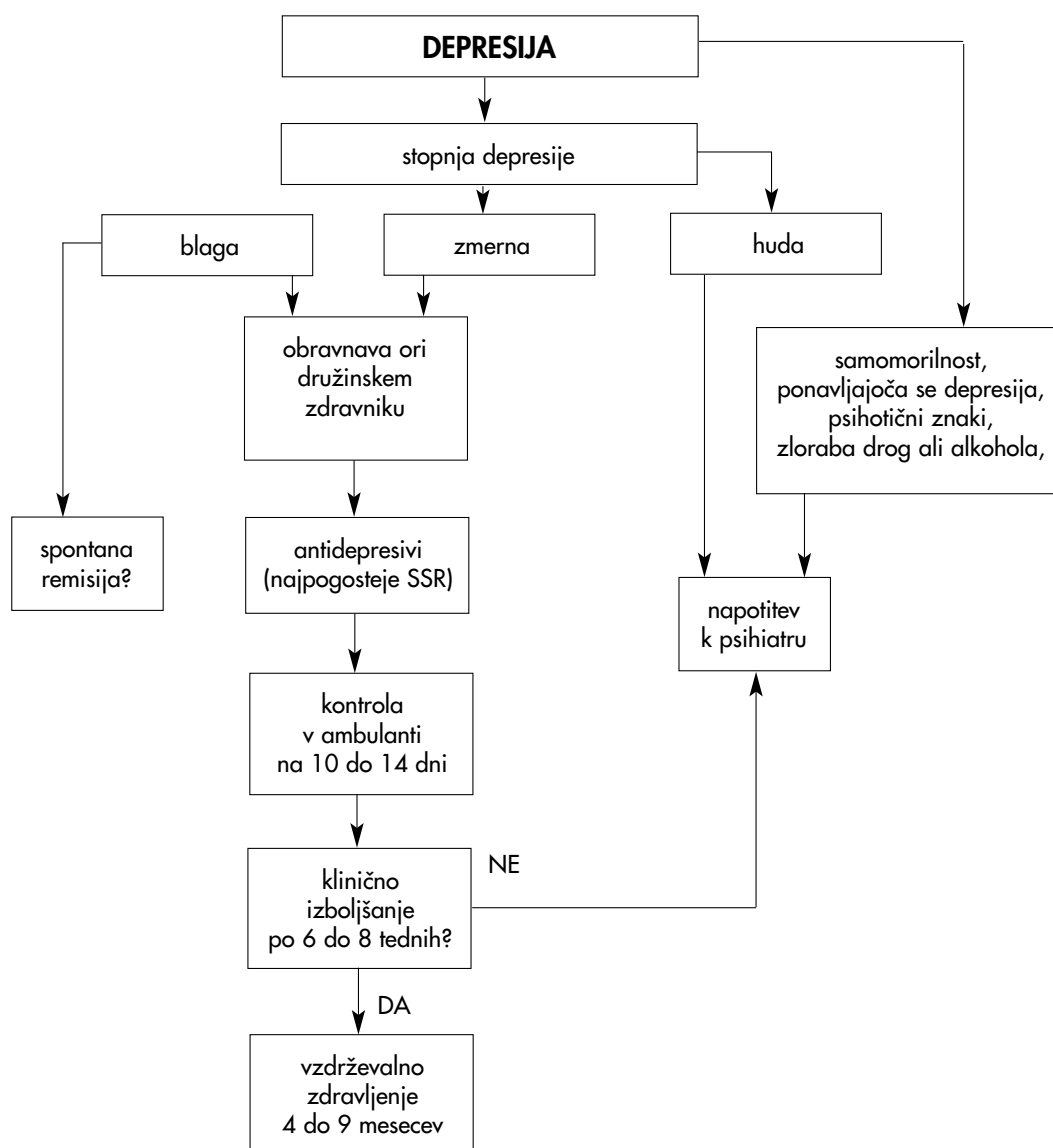
žinskih zdravnikov s psihiatri oziroma možnosti posveta z njimi. V splošnem pa sodijo k psihiatru vsi zapleteni primeri depresije, kot so:

- huda depresivna motnja s psihotičnimi simptomi,
- huda depresija,
- depresija, povezana z zlorabo alkohola ali drugih snovi,
- depresija v komorbidnosti z napadi panike,
- agitirana depresija,
- bipolarna depresivna motnja,
- depresija s prisotnim samomorilnim tveganjem,
- ponavljajoča se depresivna motnja, ki potrebuje vzdrževalno zdravljenje,
- depresivna epizoda, ki se po uvedenem zdravljenju klinično ne popravi po 8 tednih.

Depresija s svojimi znaki in izredno pogostnostjo pomembno poslabšuje kakovost življenja, vpliva na delazmožnost in vodi do pogoste uporabe zdravstvene službe. Pri odkrivanju je družinskemu zdravniku v pomoč poznavanje bolnika in njegovega domačega okolja ter družinskih članov. Sinteza varnejših zdravil omogoča zdravljenje te motnje v ambulanti splošne medicine. Zelo koristni bi bili večja povezava in možnost posveta s specialistom psihiatrije.

Slika 1.

#### Obrnava depresije v ambulanti družinske medicine





Priloga 1. **Prirejeni vprašalnik Duke-AD (13):****Navodilo**

Našteti je nekaj vprašanj o vašem zdravju in počutju. Natančno jih preberite in označite odgovor, ki vam po vašem mnenju najbolj ustreza. Odgovorite po svoje. Možen je kateri koli odgovor. Napačnih in pravih odgovorov ni.

	DA, to popolnoma ustreza mojemu stanju/počutju:	Delno velja tudi zame:	NE, to ni ustrezen opis mojega stanja:
1. Hitro obupam.	X	X	X
2. Težko se zberem.	X	X	X
3. Rad(a) sem med ljudmi.	X	X	X

Naslednja vprašanja se nanašajo na pretekli teden!

Koliko težav ste imeli v preteklem tednu

	Nič	Nekaj	Veliko
4. s spanjem?	X	X	X
5. s hitro utrudljivostjo?	X	X	X
6. z občutkom žalosti ali depresivnosti?	X	X	X
7. z nervoznostjo?	X	X	X

Odgovore točkujemo od 0 do 2; 2 točki za prisotnost določenega občutja, 1 točko za delno prisotnost in 0 točk, če ni določenega občutja. (Opozorilo: pri vprašanju »Rad sem med ljudmi.«, je odgovor DA točkovan z 0 točkami, ker je dikcija obrnjena.) Seštevek 5 ali več kaže na možno anksiozno depresivno simptomatiko.

**Literatura:**

- Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket handbook of primary care psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 219–26.
- Petek D. Komorbidnost kroničnih somatskih bolezni in depresivnih znakov v ambulanti splošne medicine. Diplomsko naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1998.
- Meakin CJ. Screening for depression in the medical ill. Br J Psychiatry 1992; 160: 212–6.
- Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. Am J Psychiatry 1988; 145: 976–81.
- Angst J, Dobler-Mikola A. Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? J Affective Disord 1984; 7: 189–98.
- Akiskal HS. Mood disorders. Introduction and overview. V: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995: 1067–79.
- Simon GE. Can depression be managed appropriately in primary care? J Clin Psychiatry 1998; 59: 3–8.
- Tiemens B, Ornel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcomes of psychological disorders in primary care. Am J Psychiatry 1996; 153: 636–44.
- Goldberg D. The management of anxious depression in primary care. J Clin Psychiatry 1999; 60: 39–44.
- Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P. Comorbidity in primary care: presentation and consequences. J Clin Psychiatry 1999; 60: 29–36.
- Marks JN, Goldberg D, Hillier VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. Psychol Med 1979; 9: 337–53.
- Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. 2<sup>nd</sup> ed. Berlin: Springer Verlag, 1993.
- Kersnik J. Preverjanje uporabnosti prilagojenega Duke-AD vprašalnika za ugotavljanje prisotnosti anksioznih in depresivnih stanj v splošni medicini. Zdrav Var 1998; 37: 11–4.

14. Schulberg HC, Katon WJ, Simon GE, Rush AJ. Best clinical practice: Guidelines for managing major depression in primary medical care. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 19–26.
15. Schulberg HC, Katon WJ, Gregory ES, Rush J. Treating major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1121–7.
16. Davidson JR, Meltzer-Brody SE. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 4–9.
17. Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on the primary care management of depression from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 54–61.
18. Crismon ML in sod. The Texas medication algorithm project: report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 142–56.

#### **Priporočena literatura:**

1. *J Clin Psychiatry* 1999; Vol 60.
2. *Obravnava depresij v ambulanti zdravnika splošne prakse*. Ljubljana: Krka, 1998.
3. Tomori M, Ziherl S, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Littera picta, 1999.

# PROTIN

---

Damjan Obradović

## Uvod

Protin (putika, giht) se razvije zaradi odlaganja uratnih kristalov v sklepe in različna tkiva. Do tega pride pri zvišani koncentraciji sečne kisline v krvi (hiperurikemija > 0,42 mmol/l), vendar je velika večina ljudi s hiperurikemijo asimptomatičnih. Je sorazmerno pogosta bolezen s prevalenco približno 250 bolnih na 100.000 prebivalcev (3). *Polno razvita bolezen* zajema ponavljajoče se napade sklepnega vnetja, tofe (skupki uratnih kristalov v vezivnih tkivih: koži, kosteh, kitah, srčni mišici, srčnih zaklopkah, grlu itd.) in ledvično bolezen (npr. intersticijski nefritis s posledično ledvično odpovedjo, sečnokislinski kamni). Večina bolnikov so moški srednjih let (pribl. 90 %), preostanek pa ženske v menii.

## Klinična slika

Bolnik, ki pride v ambulanto, običajno toži, da ga boli prizadeti sklep. Bolečina se pojavi nenadoma in postane v nekaj urah zelo huda. Pogosto se bolečina začne ponoči. Največkrat je prizadet metatarzofalangealni sklep palca na nogi – podagra (pri več kot 50 % bolnikov ob prvem napadu), lahko pa so prizadeti nart, gleženj, peta, koleno, zapestje, mali sklepi prstov rok ali komolec. Prvi napad je skoraj vedno monoartikularen, poznejši pa so poliartikularni. Prizadeti sklep (oz. sklepi) je otečen, boleč in palpatorno občutljiv. Lahko vidimo tudi tofe na uhljih, kitah, prstih rok itd.

Najprej je treba bolnika vprašati, ali je **že kdaj pred tem imel napad protina**. Ker ga lahko sproži akutna bolezen, poškodba, operacija, pitje alkohola, uživanje čezmernih količin hrane, dehidracija ali katero koli zdravilo, ki povzroča hitro spremembo koncentracije sečne kisline v krvi (tako tista, ki jo zvišujejo: majhni odmerki aspirina, diuretiki, etambutol, pirazinamid; kot tista, ki jo znižujejo: veliki odmerki aspirina, alopurinol), je treba o tem bolnika nujno povprašati. Treba je tudi preveriti, ali ima bolnik katero od *stanj in bolezni, ki pogosto spremljajo protin* (debelost, hipertenzijo, sladkorno bolezen, hiperlipidemijo, aterosklerozo). Zlasti pa se moramo pozanimati o morebitni hkratni **ledvični prizadetosti**. Pomemben anamnestični podatek je tudi **prisotnost protina v bolnikovi družini**. Na sekundarni protin lahko pomislimo, če ima bolnik katero izmed *bolezni, pri katerih je pospešena tvorba sečne kisline* (mieloproliferativne bolezni, hemoglobinopatije, perniciozna anemija, infekcijska mononukleoza, nekatere novotvorbe, luskavica) ali *njeno zmanjšano izločanje* (nefrogeni diabetes insipidus, odpoved skorje nadledvične žleze).

## Diferencialna diagnoza

Podobne težave kot protin lahko povzročajo še naslednje bolezni: infektivni artritis, revmatična vročica, serološko negativni spondiloartritisi, psevdoprotin, revmatoidni artritis in poškodba sklepa.

Ne smemo prezreti možnosti hkratnega infektivnega artritisa in protina ali protina ob hkratni artrozi sklepa.

## Ukrepi

### Laboratorijske preiskave

Ugotoviti moramo koncentracijo sečne kisline v krvi, ki je pri tej bolezni povečana (navadno več kot 0,48 mmol/l). Med akutnim napadom protina je serumska raven

sečne kisline pogosto normalna. Zaradi morebitne ledvične prizadetosti moramo preveriti tudi koncentracijo dušičnih retentov (sečnino, kreatinin) v krvi.

### Napotitve k specialistu

K specialistu moramo napotiti:

- bolnike z **dvomljivo diagnozo**, ki potrebujejo aspiracijo sklepa za potrditev diagnoze (v aspiratu so uratni kristali),
- **premenopavzalne ženske** in **mlade moške** (mlajše od 20 let),
- bolnike s **pridruženimi boleznimi** (z ledvično okvaro, srčnim popuščanjem, jetrno okvaro),
- bolnike, ki jemljejo **citostatike** (azatioprin, 6-merkaptopurin, metotreksat, ciklosporin),
- bolnike, pri katerih priporočeni način zdravljenja ni uspešen.

### Zdravljenje

Ob *akutnem napadu protina* damo bolniku **nesteroidni antirevmatik (NSAR)** v polnem odmerku, npr. indometacin, oralno 75 mg, nato 50 mg na 6 ur, 2 dni, 50 mg na 8 ur, 1 dan, nadalje pa 25 mg na 8 ur. Dajemo lahko tudi naproksen, ibuprofen, sulindak, piroksikam v dovolj velikih dnevni odmerkih. Svetujemo počitek in mirovanje ter hlajenje prizadetega sklepa. **Bolniku v času napada ne uvajamo alopurinola**, če pa ga je pred tem že prejemal, njegovega odmerka ne spreminjamo.

Ko *akutni napad protina mine*, priporočimo bolniku, naj se izogiba **dejavnikom tveganja** (pitju alkohola – zlasti piva; povečani telesni teži; hrani, bogati s purini – tj. drobovini, divjačini, mastni gosi, raci, mastni omaki, čokoladi, sardelicam, slanikom, skušam, školjkam, špinači). Paziti mora, da ne bo jemal zdravil, ki povečujejo koncentracijo sečne kisline v krvi (majhni odmerki aspirina). Treba je tudi oceniti tveganje ob opustitvi diuretikov, etambutola, pirazinamida.

Bolnik, ki je prebolel prvi napad protina, ima normalno ledvično delovanje in dotlej ni imel ledvičnih kamnov, nima tofov in ima le blago hiperurikemijo (do 0,50 mmol/l), ne potrebuje zdravljenja z alopurinolom (ker diagnoza pogosto ni zanesljiva in ker nekateri bolniki, ki so imeli le en napad protina, dobijo naslednji napad šele čez nekaj let ali pa sploh ne več).

Vse druge bolnike pa po končanem akutnem napadu začnemo zdraviti tudi z **alopurinolom** (zdravilom, ki znižuje koncentracijo sečne kisline v krvi), in sicer najprej z majhnim odmerkom (100 mg na dan). Po 4 tednih preverimo koncentracijo sečne kisline v krvi, ki se mora znižati pod 0,36 mmol/l. Če začetni odmerek alopurinola ne zadostuje, ga postopoma povečujemo (do največ 800 mg na dan). Pri bolnikih z ledvično odpovedjo začnemo zdravljenje z manjšimi odmerki alopurinola. Previdnost je potrebna, kadar bolnik jemlje azatioprin, saj je lahko njegova kombinacija z alopurinolom smrtna.

Ponekod uporabljajo za zdravljenje protina **kolhicin** (tako za prekinitev napadov kot za zaščito pred ponovnimi napadi), ki pa pri nas ni registriran.

*Dovoljene jedi in pijače*: mleko in mlečni izdelki, jajca, kruh, žita in žitni izdelki, sadje, zelenjava, meso, rečne in bele morske ribe, stročnice v zmernih količinah.

### Delazmožnost

Bolnik v času akutnega napada protina ni zmožen za delo. Napad ponavadi traja približno en teden, če ga ne zdravimo; kadar ga zdravimo z NSAR, pa se skrajša.

**Priporočena literatura:**

1. Emmerson BT. The management of gout. *N Engl Med*, 1996; 334: 445–51.
2. Kocijančič A. Mrevlje F. *Interna medicina*. EWO: DZS, Ljubljana, 1998; 987–92.
3. Kumar PJ. Clark ML. *Clinical Medicine*. Saunders, London, 1998; 482–5.
4. McGill NW. Gout and other crystal arthropaties. *Med J Aus*, 1997; 166(1): 33–8.
5. Peterson GM. Sugden JE. Educational program to improve the dosage prescribing of allopurinol. *Med J Aus* 1995; 162: 74–7.
6. Puig JG. Mateos FA. Sancho T. Gout: new questions for an ancient disease. *Adv Exp Med Bio* 1998; 431: 1–5.
7. Schumacher HR. Crystal-induced arthritis: an overview. *Am J Med*, 1996; 100(2A): 46S–52S.
8. Simkin PA Gout and hyperuricemia. *Cur Opin Rheumat* 1997; 9: 268–73.
9. Uy JP. Nuwayhid N. Saadeh C. Unusual presentations of gout. Tips for accurate diagnosis. *Postgrad Med* 1996; 100: 253–68.
10. Weinberger A. Gout, uric acid metabolism, and crystal-induced inflammation. *Cur Opin Rheumat*. 1995; 7: 359–63.
11. Wise CM. Agudelo CA. Gouty arthritis and uric acid metabolism. *Curr Opin Rheumatol*, 1996; 8: 248–54.

# SAMOMOR IN ZDRAVNIK DRUŽINSKE MEDICINE

Franc Beigot

## Uvod

Družinski zdravnik v Sloveniji se v vsakdanji praksi, žal, pogosteje kot njegovi kolegi v drugih evropskih državah srečuje s pojavom samomora (suicidijem). V Sloveniji si letno nasilno konča življenje od 650 do 700 ljudi. Povprečni koeficient samomorilnosti (število samomorov na 100.000 prebivalcev) za obdobje 1970–1991 je bil 31,8 (1). Višji koeficient ima le Madžarska, v zadnjih letih pa tudi nove baltske države: Latvija, Litva in Estonija. V Združenih državah Amerike znaša okoli 11,2 (2), v Angliji z Velsom 7,4 (3). V Sloveniji od leta 1970 vodimo Register samomorov in samomorilnih poskusov.

Če k samomorom prištejemo še vsaj 5- do 10-krat toliko posameznikov, ki samomor poskušajo (tentamen suicidii, parasuicidium), in njihove najbližje, pomeni, da je zaradi tega v Sloveniji letno čustveno zelo prizadetih od 20 do 25 tisoč ljudi (4).

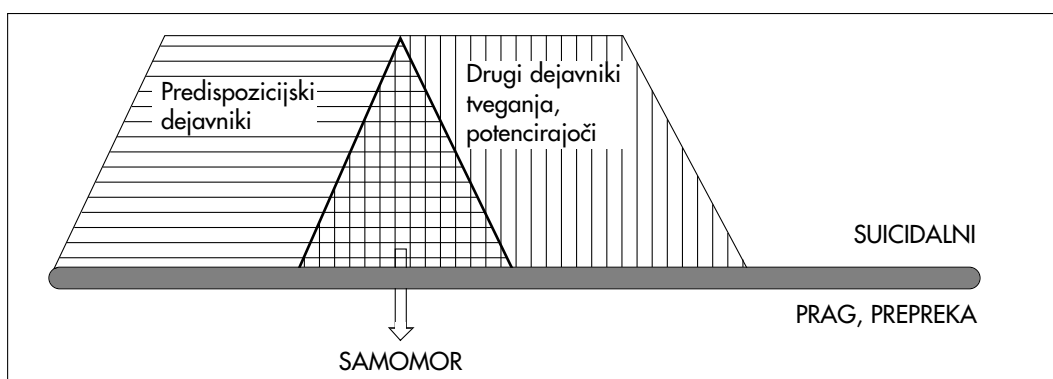
## Opis

Samomor je zadnje dejanje različno dolgega procesa, v katerem se prepletajo elementi težnje v smrt in apela na okolico. Je le najtrša oblika samomorilnega vedenja, ki sega od najbolj prikritih (zlorabe alkohola in drog – »kroničnega samomora«, zanemarjanja terapevtskih navodil pri kroničnih boleznih in podobnih) do povsem očitnih oblik samouničevanja (5).

Vedno znova poskušamo najti kazalce, s katerimi bi lahko opisali samomorilno ogroženo osebo in jo pravočasno odkrili pri svojem vsakdanjem delu. V podporo zdravniku družinske medicine, ki si ob samomoru svojega bolnika pogosto očita nesposobnost in nemoč, moramo vsemu navkljub vendarle poudariti, da ne obstaja psihološki test, klinična tehnika ali biološki označevalec, ki bi bil dovolj občutljiv in specifičen, da bi z njim identificirali samomorilno ogroženo osebo. Pokorny (6) je spremljal 4800 bolnikov, izmed katerih je na osnovi enaindvajsetih znanih ogrožajočih dejavnikov izločil 803 bolnike s povečanim tveganjem za samomor. Le 30 (3,7 %) jih je pozneje tudi napravilo samomor. Še več, od vseh 67 samomorov jih preostalih 37 sploh ni bilo iz ogrožene skupine na osnovi omenjenih dejavnikov tveganja (lažno negativni).

Prepletenost dejavnikov, ki vodijo v večjo tveganje za samomor, si za vsakdanje delo lahko ponazorimo na modelu treh sklopov (2) (shema 1): prepletanje predispozicijskih in potencirajočih dejavnikov vodi v prekoračitev samomorilnega praga, ki ima pri vsakem posamezniku različno močan varovalni naboj.

Shema 1. Model samomora: trije sklopi dejavnikov (2)



## Predispozicijski dejavniki

- **Duševne bolezni:** Samomor pri psihiatričnih bolnikih je 3- do 12-krat pogostejši kot pri preostali populaciji. Kar 10 % **shizofrenih** bolnikov umre zaradi samomora (7). Okrog 15 % **depresivnih** bolnikov konča življenje s samomorom, ki je glavna nevarnost depresivne bolezni (8).
- **Odvisnost od alkohola in drog:** Od 2,2 do 3,4 % bolnikov, zdravljenih zaradi odvisnosti od **alkohola**, umre zaradi samomora. Delež alkoholikov med vsemi, ki napravijo samomor, pa je vsaj 25 % (8). Uživanci **drog** so zaradi številnih neuspešnih poskusov abstinence pogosto polni sramu, brez upanja in pogosto depresivni. Razmišljanje o samomoru in poskusi pri njih so pogosti (9).

## Nekateri drugi (potencirajoči) dejavniki tveganja samomorilne ogroženosti

- **Družinsko in socialno okolje.** Pomemben dejavnik tveganja je razdrta družina pred starostjo 15 let. Bolj ogroženi so neporočeni, ločeni, ovdoveli, socialno izolirani (8).
- **Osebnostna motenost** (npr. mejne črte osebnosti). Te motnje pogosto vodijo v depresije, alkoholizem in težave pri socialnem prilagajanju, otežujejo tudi sodelovanje v zdravljenju (8).
  - **Spol in starost.** Moški so bolj obremenjeni kot ženske. Razmerje v Sloveniji je okoli 1 : 3,3 (1995) (10). Tudi s starostjo količnik samomora raste, vendar v pozni starosti upade.
  - **Življenjski stresi in izgube.**
  - **Organske bolezni.** Prednjačijo maligne in ledvične bolezni, epilepsija, aids.
  - Poprejšnji **suicidalni poskusi** in **anamneza samomora** v bližnjem sorodstvu.
  - **Krajevno okolje**, v katerem je prisoten vzorec reševanja problemov s samomorom.
  - **Dostopnost do nevarnih snovi ali orožja.** Moški se največkrat odločajo za obesanje in ustrelitev, ženske pa pogosteje za utopitev, zastrupitev, skok z višine in povoženje (1).

## Varovalni dejavniki

To so vsi dejavniki, ki pri samomorilno ogroženem delujejo varovalno: podpora v družini, sorodstvu in pri prijateljih, versko prepričanje, občutek odgovornosti do koga, nenazadnje tudi razumevanje in podpora zdravnika družinske medicine.

## Ukrepi

### Zdravnik družinske medicine

S pojavom samomora se sreča vsaj v naslednjih vlogah:

- **Vloga zdravnika družinske medicine ob samomorilno ogroženem bolniku.** Pri tem so mu v pomoč navodila Onje Tekavčič-Grad (11): *Vprašaj, poslušaj, oceni suicidalno nevarnost, ukrepaj (če je potrebno) in ne dajaj vrednostnih sodb (moraliziranje)*. Ker je tako bolniku kot tudi zdravnikom o samomoru težko govoriti, je smotrna postopna obravnava:
  - Najprej se pozanimamo, ali je bolnik razmišljal o tem, da bi se zaradi vseh nakopičenih težav najraje sploh več ne »prebudil«.
  - V primeru potrditve se pozanimamo, ali bi bila smrt po bolnikovem prepričanju ustrezen oziroma edini zadovoljivi »konec« njegovih težav.
  - Če potrdi tudi to, ga povprašamo, ali je razmišljal o tem, da bi si pri tem (smrti) tudi sam pomagal.
  - Končno ga vprašamo še, ali je razmišljal, na kakšen način bi končal svoje življenje.

Če je bolnik razmišljal o tem, da bi si sam prizadejal smrt, lahko ocenjujemo, da je suicidalno ogrožen; če pa že ima izdelan načrt, je močno suicidalno ogrožen. Ko takšnega bolnika povprašamo o problemih, ki ga tarejo, se ponavadi razgovori. Zdravnikova pomoč je navadno učinkovitejša od receptov za antidepresive, uspavala in pomirjevala. Tako ogrožen bolnik lahko potrebuje praviloma le topel, človeški pogovor. Skupaj z njim analizirajmo probleme, ki se mu zdijo tako brezupno nerešljivi. Nato mu predlagajmo, naj do naslednjega srečanja – naslednjega dne – ničesar ne ukrene svojevoljno. Rade volje se bo oprijel rešilne bilke. Ponudimo mu telefonsko pomoč tudi zunaj delovnega časa, če bi se ga polastila silna negotovost. Naslednji dan bomo imeli že veliko več manevrskega prostora, tudi njegove misli bodo bolj urejene. V ordinacijo ga povabimo prednostno, kar mu bo vtilo še dodatnega zaupanja in mu dalo občutek zaveznitva. Kadar so pri bolniku izraženi znaki depresije, začnemo tudi njeno zdravljenje.

Napisati suicidalno ogroženemu bolniku zgolj napotnico k psihiatru ali v bolnišnico brez pogovora je napaka. Ogroženemu bo to pomenilo še dodatno potrditev njegove zavrnitve, objektivno pa življenjsko nevarno dejanje.

Za resneje ogroženega (psihiatričnega bolnika ipd.) je treba urediti posvet ali zdravljenje na sekundarni ravni.

V izjemno redkih primerih je treba ob upoštevanju celotne situacije proti bolnikovi volji – in ko je seveda edino tako mogoče rešiti življenje ogroženemu – uvesti zdravljenje v bolnišnični enoti, kar pa je vsakemu zdravniku izredno mučno ukrepanje.

• **V vlogi prepoznavanja samomorilno ogroženih bolnikov.** Do 60 % vseh, ki napravijo samomor, obišče zdravnika družinske medicine v mesecu pred smrtjo. Med njimi je največ takih, ki že imajo psihiatrično anamnezo (12). Še v tednu pred smrtjo je po nekaterih navedbah (13) bilo v stiku z zdravnikom dobrih 26 % samomorilcev. Datum obiska, ki je bližje smrti, je značilen za ženske.

V nekaterih skupinah z večjo verjetnostjo pričakujemo določene tipe samomorilno ogroženih:

Buchi (14) trdi, da okoli 10 % vseh bolnikov, obravnavanih v družinski medicini, trpi zaradi **depresije**, ki pogosto vodi v samomor, vendar kar polovica od teh ostane nedagnosticiranih. Pogosti vodilni simptomi pri teh neodkritih bolnikih so bolečina, hitra utrujenost, razdražljivost, motnje spanja in spolne motnje.

Samomorilno ogroženi so tudi med **pogostimi obiskovalci ambulant** (simptom, ki je poznan samo v splošni medicini) z **nespecifičnimi** težavami (mednje sodi tudi psihogeni mišičnoskeletni sindrom).

Posebno ogroženi so vsi, ki že imajo v anamnezi **poskus samomora**, osebe z **nezdravljenimi duševnimi boleznimi** ali **zakonskimi težavami** (ločitev) v zadnjem obdobju (enem letu), čezmerni pivci **alkohola** ali osebe s **poprejšnjimi duševnimi boleznimi** v anamnezi. Vsa naštetja stanja, vključno s skupino pogostih obiskovalcev ambulant, so vsako zase neodvisen ogrožajoči dejavnik za samomor (15).

Vsakoogar je treba posebej neposredno povprašati po samomorilnih mislih. Vprašanja se bojimo le mi, ogroženi pa o tem že dolgo premišljuje.

Zlasti pozorni moramo biti na suicidalno nevarnost pri depresivnih bolnikih na začetku zdravljenja z antidepresivi. Učinek zdravljenja se predvidoma pokaže šele v dveh do štirih tednih.

• **V vlogi mrliškega oglednika in izvedenca pri krajevnem ogledu mesta samomora.** Prav zdravnik družinske medicine se v praksi srečuje tudi s to platjo samomora (bodisi ko dela na terenu ali je dežurni). Vsebina dela je opisana v ustreznem poglavju. Pri pregledu se predvsem ne sme zadovoljiti s poslovnim pismom ali celo samo s podatki okolice. Sanitarno ali sodno obdukcijo samomorilcev v obdobju 1983–1987 so v povprečju odredili pri komajda 11,8 % primerov (16).



- **Vloga zdravnika družinske medicine v pomoči družini in bližnjim ob samomoru.** Poleg procesa žalovanja, ki običajno poteka v štirih fazah – šok ali otopelost, protest, brezup ali dezorganizacija in izboljšanje ali reorganizacija –, pa žalovanje po samomoru prinaša še posebnosti: bližnji so soočeni z občutkom, da jih je umrlj zavrnil, in z razočaranjem, da jih je zapustil. Spremlja jih tudi sram. Smrt zaradi samomora lahko oteži običajne obrede žalovanja, velikokrat žalujočim zmanjša podporo okolice, ki bi je bili sicer deležni ob naravni smrti (17). Taka družina se ponavadi zapre. Nasilno vstopanje vanjo ni prikladno. Ko se bodo začeli ponovno odpirati, bodo vsi prizadeti člani, cenili držo zdravnika družinske medicine, ki jim je v tem času izkazoval enako oporo kot prej, ko je vstopal v njihov krog zaradi telesnih bolezni. Nekateri pa težav ob izgubi ne bodo zmogli prebroditi brez zunanje pomoči. Njih je treba napotiti po pomoč v posebne terapevtske skupine, namenjene žalujočim (od leta 1989 deluje v Centru za mentalno zdravje).
- **Vloga zdravnika družinske medicine pri preprečevanju samomorilnosti.** Poudariti moramo, da ne gre vsega naprtiti samo na zdravniška ramena. Milčinski (5) je o tem razmišljal, da smo pravzaprav soočeni na eni strani z vnemo in veseljem kliničnih delavcev, ko jim uspe občasno iztrgati smrti verjetnega samomorilca, na drugi strani pa z dvomom o vrednosti preprečevanja samomora, saj statistika iz leta v leto ugotavlja več samomorov celo v državah, ki gradijo preprečevanje samomora v skladu z vsemi najsodobnejšimi spoznanji medicinske in psihološke znanosti. Delo zdravnika družinske medicine v preprečevanju samomorilnosti je le delček v mozaiku preventivnih ukrepov celotne družbe. Samomorilnost je problem družbe v celoti in taka, torej multidisciplinarna, mora biti tudi njegova obravnava. Vendar je zdravnik družinske medicine tisti, ki se bolj kot preostali del družbe neposredno srečuje s temi nesrečnimi ljudmi in ga prizori obupa še dolgo spremljajo.

### Preprečevalni ukrepi

- Največjo možnost za zmanjšanje samomorilnosti ima zdravnik družinske medicine pri skrbnem zgodnjem odkrivanju in ustreznem zdravljenju **depresij** pri svojih bolnikih. Rutz in sodelavci (18) so pokazali, da se je število samomorov zelo zmanjšalo leto po intenzivnem izobraževalnem programu družinskih zdravnikov o prepoznavanju in zdravljenju depresije.
- Skrbno naj išče ogrožene bolnike iz prej naštetih skupin **z večjim tveganjem**.
- Zdravnik družinske medicine naj aktivno sodeluje ali organizira **okrogle mize in predavanja** o problemu samomorilnosti v svojih okoljih. K sodelovanju naj povabi različne strokovnjake (psihiatra, psihologa, teologa, socialnega delavca). O samomorilnosti je treba govoriti naglas.
- Svojo **skupino s patronažno službo** naj čim bolj pritegne k delu s samomorilno ogroženo skupino.
- Skrbno in redno naj **izpopolnjuje in pili veččino obravnave** in postopanja s suicidalno ogroženimi bolniki, najbolje prek seminarjev, v skupini po 10 do 15 zdravnikov, pod vodstvom izkušenih strokovnjakov (19).
- Bolniki navadno dobro vedo, kaj lahko pričakujejo od svojega zdravnika, zato je pomembno, kakšen sloves si je ta ustvaril z obravnavanjem psihosocialnih težav svojih bolnikov. Pomembno je **razvijati sposobnosti sporazumevanja in graditi zaupen odnos z bolniki**. Le tako bodo bolniki, ki svojega zdravnika družinske medicine že dobro poznajo s prejšnjih obiskov, in prav tako vsi drugi, ki bodo o njem samo slišali, z večjo verjetnostjo prišli po nasvet v primeru duševnih težav ali samomorilnih misli.

### Napotitve v zdravljenje

Ob poskusu ali neuspelem samomoru ukrepamo po načelih stroke glede na način

samopoškodbe (vreznine, zastrupitve, utopitve, strelne rane in podobno). Če bolnik ni bil napoten v psihiatrično obravnavo že iz bolnišnične ustanove, pozneje uredi tovrstni posvet zdravnik družinske medicine, kadar bolnika ne obravnava sam.

Ob sumu na suicidalno ogroženost bo napotil v ustrezno obravnavo tudi vse bolnike s psihozo, anksioznostjo, brez družinske ali socialne opore ali s poskusom samomora v anamnezi.

Večino blago depresivnih bolnikov lahko učinkovito vodi zdravnik družinske medicine, k psihiatru pa bo napotil vse, ki se ne odzivajo na zdravljenje ali so suicidalni (20).

## Delazmožnost

Ocenjevanje delazmožnosti ponavadi ne dela težav. Poleg zdravljenja telesne samopoškodbe pri osebah po poskusu samomora upoštevamo še psihično ozadje in njegovo resnost oziroma zdravljenje morebitne osnovne duševne bolezni. Pri tem nam bo v pomoč priporočilo lečečega psihiatra.

Morebiti bo potreboval krajši stalež kdo od bližnjih, predvsem zaradi reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje ob samomoru (F43.0 – F43.9 po klasifikaciji MKB-10 o boleznih in sorodstvenih zdravstvenih problemih).

## Kontrola, vodenje

Splošno velja, da resen samomorilni poskus z večjo verjetnostjo opozarja na nevarnost uspelega samomora v prihodnosti (21). Kar 60 % vseh, ki so napravili samomor, ga je pred tem enkrat ali celo večkrat že poskušalo (11). Skrbno spremljanje takega bolnika je torej potrebno do konca življenja.

### Literatura:

1. Virant-Jaklič M. Samomor v Sloveniji med letoma 1970–1991. *Obzor Zdr N* 1995; 29: 15–8.
2. Jacobs DG, Brewer M, Klein-Benheim M. Suicide assessment. V: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School Guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass cop, 1999: 3–39.
3. Hawton K. Suicide prevention by general practitioner. *Br J Psychiatry* 1993;162:422.
4. Mrevlje G. Samomor kot zdravstvenosocialni pojav na Slovenskem. V: Priročnik 1. cikla seminarjev Namesto koga roža cveti: o problemih uničevalnosti in samouničevalnosti pri mladih na Slovenskem. Ljubljana: Meridiana, 1995; 104–113.
5. Milčinski L. Samomorilno vedenje. V: Tomori M, Zihel S, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Littera picta: Medicinska fakulteta, 1999: 361–375.
6. Pokorny, AD. Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 249–257.
7. Švab V. Pomoč osebam s psihozo. V: Tekavčič-Grad O, ed. *Pomoč človeku v stiski*. Ljubljana: Litterapicta, 1994; 67–74.
8. Žmitek A. Samomorilnost – klinični vidik. V: Romih J, Žmitek A, eds. *Zbornik Urgentna stanja v psihiatriji*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1999; 10–25.
9. Kastelic A. Nujna stanja pri uživalcih drog. V: Romih J, Žmitek A, eds. *Zbornik Urgentna stanja v psihiatriji*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1999; 112–116.
10. Virant-Jaklič M. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji v letu 1995. V: Milčinski L, Zalar B, Virant-Jaklič M, eds. *Samomor in Slovenija – 1995*. 1997; Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti: Psihiatrična klinika, 1997; 39–50.
11. Tekavčič-Grad O. Samomorilno vedenje – ali ga lahko preprečimo? V: Tekavčič-Grad O, ur. *Pomoč človeku v stiski*. Ljubljana: Litterapicta, 1994; 93–9.
12. Vassilas CA, Morgan HG. General practitioners' contact with victims of suicide. *BMJ* 1993; 307: 300–1.
13. Matthews K, Milne S, Ashcroft GW. Role of doctors in the prevention of suicide: the final consultation. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 345–8.
14. Buchi S. Diagnostik der Depression in der allgemeinärztlichen Praxis. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1997; 86: 1301–4.

15. Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1759–63.
16. Posega E, Kovačič M. Prikrivanje umora z navideznim samomorom. *Med Razgl* 1990; 29: Suppl 6: 99–103.
17. Tekavčič-Grad O. Bližnji ob samomoru. *Med Razgl* 1990; 29: Suppl 6: 201–205.
18. Rutz W, Knorring L, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 151–4.
19. Kerkhof A, Clark D. General practitioners in the front line of suicide prevention. *Crisis* 1992; 13:51, 81.
20. Rakel RE. Depression. *Prim Care* 1999; 26: 211–24.
21. Šteblaj T, Perovšek-Šolinc N. Suicidalnost shizofrenih. V: Kocmur M, ed. *Shizofrenija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 1998: 51–5.

#### **Priporočena literatura:**

1. Milčinski L, Zalar B, Virant-Jaklič M, eds. *Samomor in Slovenija – 1995*. 1997; Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti: Psihiatrična klinika, 1997; 61.
2. Tekavčič-Grad O, ur. *Pomoč človeku v stiski*. Ljubljana: Littera picta, 1994; 230.

# NAVADNI PREHLAD

---

*Maja Pavlin Klemenc*

Prehlad je ena najpogostnejših akutnih okužb zgornjih dihalnih poti. Pomemben je predvsem zaradi:

- pogostega zbolevanja in z njim povezanega absentizma (odsotnosti v gospodarstvu in šolstvu);
- možnosti pojava sekundarne bakterijske okužbe (pogosteje pri otrocih), ki se pokaže kot otitis, sinusitis;
- lahko je prodromalna faza resnejše bakterijske okužbe spodnjih dihal;
- nekateri infektivni agensi, ki povzročajo vnetje zgornjih dihal, lahko vodijo tudi do vnetja spodnjih dihal, eksacerbacije astme in cistične fibroze.

Najpogostnejši povzročitelji so humani rinovirusi (HRV), ki povzročijo približno 70 % infekcij zgornjih dihal. Simptomi se lahko pojavijo že 12 ur po izpostavitvi. Samo pri 2/3 oseb z dokazano infekcijo HRV se razvije tipičen prehlad. V razvoj obolenja so vključeni različni dejavniki, tudi psihološki. Psihični stres vpliva na razvoj obolenja zgornjih dihalnih poti. Povečano občutljivost so zaznali med kadilci in zmanjšano med zmernimi pivci. Majhna telesna dejavnost, visoka bazalna raven kateholaminov, slabo spanje in majhen vnos vitamina C so v poskusnih razmerah pomenili povečano tveganje za prehlad. Ni zanesljivih dokazov, da povečan vnos vitamina C prepreči ali skrajša trajanje obolenja.

## Razpredelnica 1. Povzročitelji infekcij zgornjih dihal

---

### Povzročitelji:

- rinovirusi,
  - koronavirusi (229E, OC43),
  - virusi influence,
  - virusi parainfluence,
  - adenovirusi,
  - respiratorni sincicijski virus,
  - drugi povzročitelji.
- 

**Klinična slika:** Simptomi se razlikujejo po povzročitelju. Glavne težave so zamašen nos, serozni izcedek iz nosu, kihanje, boleče žrelo in kašelj. Bolnik lahko popolnoma izgubi okus in voh. Posamezniki tožijo zaradi glavobola ali drugih telesnih bolečin, šibkosti, omotice. Pogosto hkrati zbolijo več družinskih članov. Pri odraslih se simptomi pojavljajo 3- do 4- krat letno in vsakokrat trajajo 2 do 3 dni do največ dva tedna.

## Zapleti

**Vnetje srednjega ušesa.** Zapora Evstahijeve cevi moti drenažo srednjega ušesa in je lahko eden možnih mehanizmov, ki pripomorejo k razvoju vnetja srednjega ušesa. Možna je tudi neposredna virusna okužba.

**Akutni sinusitis.** Akutni purulentni sinusitis večinoma povzročajo bakterije, pogosto je posledica virusne okužbe zgornjih dihal.

**Eksacerbacija astme**

**Druga obolenja spodnjih dihal**

## Diferencialna diagnoza

**Alergični rinitis.** Začetek je lahko nenaden, prehlad se začne počasi, simptomi pa se

polagoma stopnjujejo. Glavna simptoma – rinoreja in kongestija nosne sluznice – sta pri obeh obolenjih enaka. Nosni pruritus je značilen za alergični rinitis. Slednji pogosteje kot prehlad povzroči hipozmijo in anozmijo.

Pri otrocih je v diferencialni diagnozi potrebno pomisliti tudi na tujek v nosu.

## Diagnoza

Diagnozo postavimo na podlagi anamneze in kliničnega pregleda.

Osamitev virusa v vsakdanji praksi ni potrebna, uporabna pa je v epidemioloških in raziskovalnih študijah.

## Zdravljenje

Simptomi tudi brez zdravljenja običajno izzvenijo v nekaj dneh. Ta čas ni v prodaji specifičnih protivirusnih učinkovin, čeprav so jih nekaj preskusili v študijah infekcije HRV in pri naravno potekajočih prehladih. Edini, ki je profilaktično učinkovit pri teh infekcijah, je nazalni interferon. Interferon  $\alpha$ -2 je najbolj raziskan, vendar so učinkoviti tudi drugi interferoni.

Kombinacija intranazalnega interferona, intranazalnega ipratropija in peroralnega naproksena je pokazala večje klinično izboljšanje kot monoterapija. Rezultati takih študij podpirajo splošno zasnovo zdravljenja rinovirusnih prehladov s kombinacijo protivirusnih in protivnetnih zdravil.

Antibiotikov v zdravljenju navadnega prehlada ne uporabljamo, saj ne zmanjšujejo simptomov, ne skrajšajo trajanja obolenja in ne preprečijo zapletov. Uporaba anti-histaminikov je vprašljiva in predvsem kontroverzna.

Protivnetno zdravljenje, npr. z natrijevim kromoglikatom v nosnem pršilu ali z inhalacijo suhih delcev, nekoliko ublaži kašelj in hripavost glasu.

Družinski zdravnik se včasih odloči za krajši stalež, ki je odvisen od resnosti obolenja, izpostavljenosti delovnega mesta in nevarnosti širjenja okužbe.

## Preprečevanje

Potrebno je pogosto umivanje rok v okolju, kjer so okužene osebe.

Zdravili za preprečevanje prehlada (ki ju še raziskujejo):

- interferon v obliki nosnega pršila,
- tremakamra v obliki inhalirane solucije ali prašnih delcev (učinkovina deluje le na rinoviruse – na znotrajcelične adhezijske molekule ICAM-1, na katere se veže 90 % serotipov humanih rinovirusov):

Zaradi velikega števila serotipov rinovirusov je razvoj cepiva vprašljiv ali vsaj manj verjeten. Za zdaj še vedno velja rek: »Prehlad bo z zdravljenjem trajal teden dni, brez njega pa sedem dni«.

## Gripa

Gripa je najpogosteje opisana kot akutna nalezljiva bolezen, ki se začne nenadoma z glavobolom, povišano telesno temperaturo prek 38 °C, utrujenostjo, bolečinami v mišicah. Praviloma jo spremljajo znaki okužbe zgornjih dihal, npr. kašelj, boleče žrelo. Velikokrat je začetek tako nenaden, da bolniki lahko povedo točen čas nastanka zboljenja. Povišana telesna temperatura in sistemski znaki so običajno prisotni 3 do 4 dni, redko 7 dni. Obdobje rekonvalescence traja od enega do dveh tednov.

Povzročitelji so virusi influence A, B, C. Virus influence je virus RNA, ki ima podobo osata: iz ovojnice štrlijo izrastki, ki jih sestavljajo glikoproteini – hemaglutinini in nevraminidaza. Hemaglutinini omogočajo vezavo na celico, nevraminidaza pa je

verjetno povezana s prenosom virusa s celice na celico. Antigenske spremembe virusov influence A in B omogočajo nastanek novih epidemij. Spremembe na hemaglutininih in nevraminidazah so osnova za antigenski odmik in antigenski premik.

**Antigenski odmik** je najpogosteje posledica mutacije virusa, ki pripelje samo do manjših sprememb (le nekaj aminokislin v hemaglutininih ali nevraminidazi), zato del populacije lahko ostane imun na novi sev ali pa poteka bolezen pri njih v blažji obliki.

**Antigenski premik** nastaja samo pri virusu influence A. Eden od možnih vzrokov je rekombinacija med človeškimi in živalskimi tipi virusov influence. Povzročijo ga spremembe v zaporedju aminokislin hemaglutinina in nevraminidaze. Nastane nov podtip virusa. Povsem novi sev virusa je pogoj za nastanek pandemije. Svetovna zdravstvena organizacija je viruse razvrstila takole (razpredelnica 2):

#### Razpredelnica 2. Razvrstitev virusov gripe in primer cepiva

Razvrstitev:	Primer sestave cepiva za leto 1999/2000:
– tip (A ali B),	– A/Beijing/262/95(H1N1),
– gostitelj (če ni human),	– A/Sydney/5/97(H3N2),
– geografski izvor,	– B/Beijing/184/93.
– število seva za leto,	
– leto izolacije,	
– podtipa H in N.	

Epidemija influence pomeni pojav bolezni v določenem zemljepisnem območju in ima določene značilnosti. Skoraj vedno se pojavljajo pozimi, najpogosteje v obdobju od konca decembra do sredine marca. Za influenco zboli vsako leto približno 20 % odraslih oseb, delež vseh zbolelih pa je lahko tudi 40 do 50 %. Epidemija se začne nenadoma, doseže svoj vrh v drugem do tretjem tednu in traja 5 do 6 tednov. Začetek epidemije označuje veliko število zbolelih otrok z znaki infekta zgornjih dihal. Sledi povečano število bolnih odraslih z značilnimi znaki gripe. Takoj zatem se poveča število sprejemov v bolnišnicah zaradi poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni, popuščanja srca, poslabšanja astme, kroničnih ledvičnih bolezni, pljučnice in drugega. Poveča se število umrlih.

### Zdravljenje

Amantadin in rimantadin sta protivirusni zdravili, ki olajšata in skrajšata potek gripe, če ju uporabimo 48 ur po začetku bolezni. Pri nas je na voljo amantadinhidroklorid. Zdravili dajemo oralno v odmerku 200 mg/dan. Lahko povzročita neželene pojave v delovanju centralnega živčnega sistema in prebavilih. Incidenca stranskih učinkov zaradi vpliva na centralni živčni sistem je večja ob amantadinu kot ob rimantadinu. Zdravili uporabljamo za preprečevanje influence na območju, kjer se je epidemija že začela. Še necepljene močno ogrožene osebe cepimo in jim sočasno damo amantadin ali rimantadin za 10 do 14 dni. V praksi pride tovrstna zaščita izjemno redko v poštev.

Zdravljenje influence je simptomatično; potrebna sta ležanje in pitje dovolj tekočine. Zvišano telesno temperaturo in mišične bolečine pri otrocih lahko lajšamo s paracetamolom, odraslim pa damo tudi aspirin in druga zdravila (nesteroidne analgetične).

Bolniški stalež je vedno del zdravljenja.

### Preprečevanje

Imunizacija je ta čas najboljši način preprečevanja gripe, če cepivo vsebuje antigen, identičen ali zelo podoben sevu, ki povzroča trenutno epidemijo. Cepljenje pripo-

ročamo za vse skupine, ki jih bolj ogrožajo morebitni zapleti. To so:

- osebe, starejše od 60 let,
- oskrbovanci v domovih za upokoјence,
- odrasli in otroci, ki imajo kronično pljučno bolezen (vključno z astmo) ali kronično bolezen srca in ožilja,
- odrasli in otroci, ki potrebujejo stalen nadzor zaradi kronične presnovne bolezni (sladkorna bolezen idr.), bolniki s kronično ledvično boleznijo, hemoglobi-nopatijo, imunosupresijo,
- otroci in mladostniki, ki so na dolgotrajnem zdravljenju s salicilat, zato jih ogro-ža razvoj Reyevega sindroma po gripi,
- ženske, ki bodo v sezoni influence v drugem ali tretjem trimesečju nosečnosti.

*Priporočila za druge skupine prebivalstva:*

- okuženi z virusom HIV (pri tistih z že napredovalo boleznijo cepivo proti influenci morda ne bo sprožilo tvorbe zaščitnih protiteles),
- dojenje ni kontraindikacija za cepljenje proti gripi,
- kronični bolniki, ki potujejo na južno poloblo v času od aprila do septembra,
- osebe, ki lahko prenašajo okužbo (v zdravstvu, prometu, šolstvu ...).

*Koga ne smemo cepiti?*

- Inaktiviranega cepiva ne smemo dati osebam z znano preobčutljivostjo anafi-laktičnega tipa za jajca ali druge sestavine cepiva.
- Ne cepimo oseb z akutnim vročinskim stanjem.

Stranski učinki po cepljenju se pojavijo kot kratkotrajna slabost, vročina in mialgija predvsem pri osebah, ki poprej še niso bile izpostavljene antigenom influence viru-sa v cepivu. Lokalna pordelost in bolečina na mestu cepljenja sta kratkotrajni.

Živo oslabiljeno intranazalno cepivo proti gripi je verjetno dodatno orožje za obvla-dovanje influence vsaj pri otrocih in zdravi aktivni populaciji.

## Perspektive

Zaviranje encimskega delovanja nevraminidaze s protitelesi, mutacijo ali kemikali-jami povzroči agregacijo virionov na celični površini in med seboj. Nevraminidaza preprečuje inaktivacijo virusa influence z mucinom. V svetu zato razvijajo zaviralce nevraminidaze, kot je **zanamivir** v obliki prahu za inhalacijo. To zdravilo naj bi olaj-šalo simptome in skrajšalo trajanje obolenja. Zdravljenje je treba začeti čim prej, najpozneje pa v dveh dneh po pojavu bolezenskih znakov. **Oseltamivir** so preizku-šali v peroralni obliki pri prostovoljcih. Študija je pokazala njegovo učinkovitost za profilakso in zgodnje zdravljenje gripe.

## Zapleti gripe

Najpogostnejša zapleta sta primarna virusna in sekundarna bakterijska pljučnica. **Primarna virusna pljučnica:** Splošni znaki gripe ne izzvenijo, bolnikovo stanje se nenehno slabša, telesna temperatura ostaja praviloma visoka, bolnik začne težko dihati in postane cianotičen. Zaplet je pogostejši pri kroničnih bolnikih in nosečni-cah v zadnjem trimesečju. Lahko se pojavi tudi pri mladih, zdravih ljudeh.

**Sekundarna bakterijska pljučnica:** Po prenehanju akutnih znakov gripe bolnik po-novno zboli s povišano telesno temperaturo in gnojnim kašljem. Povzročitelji so največkrat *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* in *Staphylococcus aureus*. Bolni-ki se z ustreznimi antibiotičnimi zdravili večinoma pozdravijo.

Drugi redkejši zapleti so še: poslabšanje astme, krup, poslabšanje kronične ob-struktivne pljučne bolezni, miozitis, prizadetost centralnega živčnega sistema, mio-karditis, perikarditis, Rejev sindrom. Slednji je izjemno redek, vendar dramatičen in pogosto usoden zaplet.

## Akutni faringitis in tonzilitis

Boleče grlo in žrelo, težave pri požiranju so zelo pogosti simptomi, zaradi katerih prihajajo bolniki v ambulantno družinskega zdravnika. Čeprav je večina bolnikov zaskrbljena, da gre za gnojno angino, povzroča streptokok skupine A le manjši del okužb. Pogostni povzročitelji so adenovirusi, virusi influence in parainfluence, Epstein-Barrov virus, enterovirusi in virus herpes simplex. Med bakterijami je redko izolirana *Corynebacterium diphtheriae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Yersinia enterocolitica* in druge. Vročina in neeksudativni faringitis sta pogosta simptoma akutnega virusnega sindroma, ki se razvije nekaj tednov po infekciji z virusom pridobljene imunske pomanjkljivosti (HIV).

Domena družinskega zdravnika je, da razmeji med betahemolitičnim streptokokom in drugimi povzročitelji ter izključi spolno prenosljive bolezni, kot je na primer herpes simplex.

Simptomi faringitisa, ki ga povzroča betahemolitični streptokok skupine A, variirajo s starostjo. Pri otrocih spremljajo faringitis tudi sistemski znaki, povišana telesna temperatura, glavobol, boleče žrelo in grlo, bolečine v trebuhu in bruhanje. Zelo majhni otroci (do tretjega leta starosti) nimajo vročine, pogosto imajo gnojni izcedek iz nosu, povečane bezgavke in skoraj nespremenjeno žrelno sluznico.

Inkubacija streptokoknega žrelnega vnetja je navadno 2 do 3 dni, lahko tudi 1 do 6 dni. V diferencialni diagnozi je zelo pomemben klinični pregled. Vidimo povečani in pordeli nebnički z gnojnimi čepki ali z belkasto sivimi oblogami. Mehko nebo je pordelo, lahko so prisotne pikčaste krvavitve. Jeziček in nebnički so vneti in pordeli. Jezik je belo obložen, lokalne bezgavke so tipljivo povečane in boleče.

Adenovirusi in drugi povzročitelji lahko povzročijo angine, ki so klinično zelo podobne streptokokni angini. V posameznih študijah so pri otrocih z eksudativnim faringitisom izolirali betahemolitični streptokok skupine A le pri 12 % bolnikov. V diferencialni diagnostiki so v pomoč laboratorijske preiskave. Hitrost sedimentacije eritrocitov in C-reaktivni protein sta pri betahemolitičnem streptokoku ponavadi zvišana. Povečano je tudi število levkocitov, v diferencialni krvni sliki pa prevladujejo nevtrofilci.

Kultura žrelnega brisa ostaja visoko specifična in najobčutljivejša metoda za dokaz povzročitelja. Testi za hitro diagnostiko (encimski imunski testi, lateksni aglutinacijski testi) so visoko specifični (> 95 %), vendar manj občutljivi kot kultura brisa iz žrela.

Simptomi nezapletenega streptokoknega žrelnega vnetja prenehajo v 3 do 5 dneh. Zdravljenje njegov potek nekoliko skrajša in je namenjeno predvsem preprečevanju zapletov, kot so peritonzilarni absces, akutni poststreptokokni sinusitis, otitis media, meningitis, endokarditis, pljučnica, glomerulonefritis in revmatična vročica. Bolnika z zapleti je treba napotiti k ustreznemu specialistu.

Preprečevanje revmatične vročice je odvisno od odstranitve povzročitelja iz žrela in ne od prenehanja simptomov.

Izbirno zdravilo je še vedno penicilin v parenteralni ali peroralni obliki. Najpogosteje se odločamo za 10-dnevno zdravljenje z oralnim penicilinom, pri občutljivih za peniciline pa za makrolide (npr. eritromicin).

Bolniki ponavadi potrebujejo nekajdnevni bolniški stalež.

## Akutno vnetje srednjega ušesa

Akutno vnetje srednjega ušesa je pogostna bolezen majhnih otrok, vendar se pojavlja tudi pri odraslih, običajno kot zaplet virusnih okužb zgornjih dihalnih poti. Najpogostnejši povzročitelji so *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* in *Haemophilus influenzae*.

Vnetje srednjega ušesa najpogosteje sledi zapori ušesne troblje. Vsaka virusna



okužba nosu in žrela lahko povzroči vnetje ušesne troblje, ki ovira drenažo srednjega ušesa, kar pa olajša rast bakterijam.

Drugi možni vzroki:

- Virus ali virusni antigen v srednjem ušesu je lahko posledica njegove replikacije v sluznici tega organa in direktne indukcije vnetja »in situ«.
- Citokini, ki jih inducira virusna infekcija, olajšajo adhezijo bakterij na sluznico in s tem naselitev.

### Klinična slika

Za akutno vnetje srednjega ušesa je značilen nenaden začetek, lahko ga spremljajo zvišana telesna temperatura in bolečina v ušesu, zmanjšan sluh na prizadeti strani, slabost. Pri zelo majhnih otrocih so znaki zboljenja lahko neznačilni, včasih je obolenje celo asimptomatično, sicer pa ga spremljajo razdražljivost, zmanjšan apetit in vročina.

Pri otoskopskem pregledu vidimo nabrekel, moten, pordel in negiben bobnič. Retrahiran bobnič je pogost pri seroznem otitisu.

Pordel bobnič ni povsem zanesljiv diagnostični znak. Pogosto je rezultat virusne okužbe, posledica otroškega joka ali poizkusov odstranitve cerumna.

### Zdravljenje

Priporočeno je stopenjsko zdravljenje, ker:

- študije kažejo, da je spontana ozdravitev 60- do 80-%,
- odpornost proti antibiotikom v svetu narašča,
- najpogostnejši povzročitelj pogosto odgovori na amoksicilin.

Antibiotik prve izbire je amoksicilin (odrasli 3-krat 500 mg), pri preobčutljivih za peniciline pa trimetoprim-sulfometoksazol (odrasli 2-krat 800 mg). Antibiotik druge izbire je amoksicilin s klavulansko kislino. Cefalosporinov in makrolidov s širokim spektrom ne priporočajo za empirično zdravljenje. Nekateri avtorji priporočajo za zelo ogrožene otroke najprej uvedbo antibiotikov širšega spektra (amoksicilin s klavulansko kislino, cefuroksim aksetil, cefprozil). Glede na lokalno odpornost povzročiteljev ter podatke »in vitro« lahko dajemo tudi azitromicin, klaritromicin ali ceftriakson.

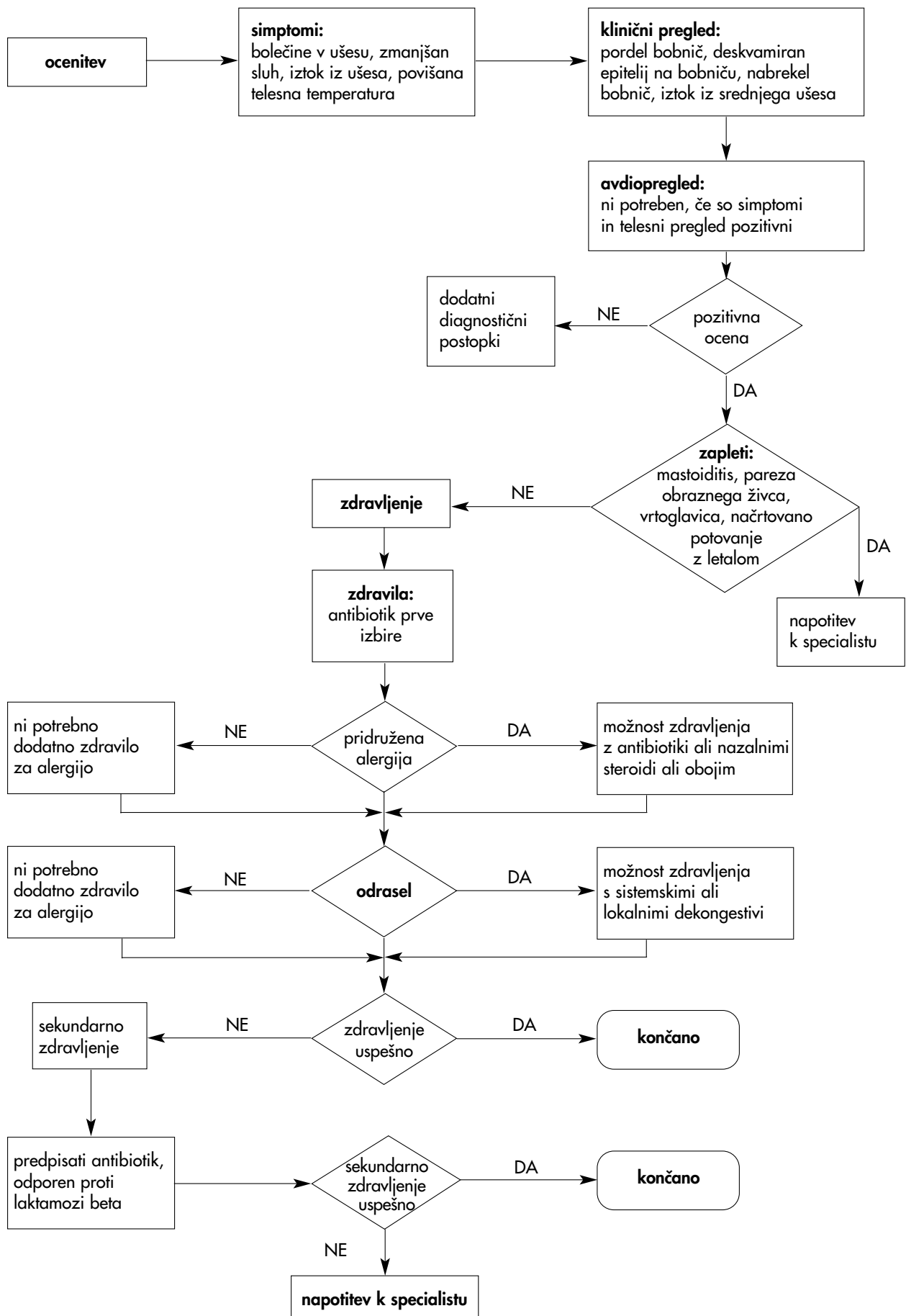
Stopenjsko zdravljenje, ki ga nekateri avtorji priporočajo, temelji na opazovanju bolnika (predvsem otrok). Priporočljivo je zadostno analgetično zdravljenje (za otroke priporočajo ibuprofen ali acetaminofen) in antibiotik, če simptomi ne izginejo v 24 do 72 urah.

**Preprečevanje** je zaželeno predvsem pri otrocih, saj jih ima kar osem od desetih vsaj eno epizodo akutnega vnetja srednjega ušesa že do tretjega rojstnega dne. Obsega pa:

- dojenje, ki poskrbi za pasivno imunost,
- čim manjšo izpostavitvev dojenčkov in majhnih otrok tobaku in dimu,
- krajše bivanje otrok v velikih skupinah v vrtcih in jasličnih oddelkih, kar je pogosto težko izvedljivo,
- letno cepljenje proti gripi starejših otrok od 6 mesecev, saj lahko prepreči virusne infekcije, ki bi lahko povzročili akutno vnetje srednjega ušesa. Tudi aktivni imunizaciji proti streptokoku pnevmonije pripisujejo večjo vlogo (po drugem letu starosti).

Ta čas so za preprečevanje vnetij srednjega ušesa v veljavi adenoidektomija, timpanostomske cevke in antibiotična profilaksa. Na profilaktično uporabo antibiotikov pri otrocih je treba pomisliti, če se akutne okužbe srednjega ušesa ponavljajo trikrat ali večkrat v šestih mesecih ali štirikrat ali večkrat v letu dni.

Shema 1. Diagnostika in zdravljenje akutnega otitisa media



## Posledice in zapleti

Med lokalne posledice vnetja srednjega ušesa prištevamo rekurentno ali persistentno akutno obliko bolezni, rekurentno ali kronično z izcedkom, kronični supurativni otitis media, predrtje bobniča, sensorinevralno izgubo sluha, akutni serozni labirintitis, parezo obraznega živca. Možni zaplet jo še subperiostalni absces, med sistemskimi posledicami pa meningitis in možganski absces.

## Akutni sinusitis

Akutni sinusitis je ena pogostnejših okužb zgornjih dihalnih poti, ki prizadene vse starostne skupine in vse segmente prebivalstva. Večino vnetij obnosnih votlin spremlja tudi vnetje nosnih hodnikov, zato bi bila pravilnejša diagnoza rinosinusitis. Bakterijski sinusitis navadno sledi infektu zgornjih dihalnih poti. Prezračenost obnosnih votlin, ki poteka skozi odprtine (ostia) v nos, je nujen pogoj za preprečevanje vnetja. Odprtine se odpirajo v nos v srednjem nosnem hodniku pod srednjo nosno školjko. To je ključni predel nosu, poznan kot osteomeatalni kompleks. Ciliarna aktivnost v sinusih usmerja tok sluzi proti tem odprtinam. Zapora osteomeatalnega kompleksa, moten mukociliarni transport in povečana tvorba sekretov ustvarjajo idealne okoliščine za bakterijsko infekcijo. Alergični rinitis je redkejši dejavnik, ki povzroča sinusitis.

Med iatrogene vzroke spadajo mehanična ventilacija, nazogastrične cevke, posegi na zobeh, tamponada nosu, nosečnost. Hormonske spremembe v adolescenci in senilna rinoreja so lahko dejavnik tveganja. Anatomske posebnosti vključujejo hipertrofijo tonzil in žrelnice, deviacijo nosnega pretina, polipe in razcepljeno nebo.

### Predisponirajoči dejavniki za sinusitis:

- infekcija zgornjih dihalnih poti,
- anatomske variacije,
- posegi na zobeh, vnetja, travma,
- barotravma,
- alergijski rinitis,
- vdihavanje dražečih snovi,
- mehanična ventilacija,
- nazotrahealne in nazogastrične cevke in tubusi,
- hormonske spremembe,
- suha nosna sluznica,
- bolezni in stanja z imunsko pomanjkljivostjo.

Najpogostnejši povzročitelji so *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*. *Staphylococcus aureus* povzroča približno 6 % akutnih sinusitisev pri odraslih, redkejši povzročitelji so še *Neisseria* sp., paličaste po gramnegativne bakterije in anaerobi. Glivice so normalna flora zgornjih dihalnih poti; pri bolnikih z imunsko oslabiljenostjo ali s sladkorno boleznijo lahko povzročijo sinusitis.

Med simptomi in znaki, ki povečujejo verjetnost, da gre za akutni sinusitis, so:

- bifazni potek obolenja (bolniki z znaki prehlada ali druge virusne bolezni zgornjih dihal po izboljšanju ponovno zbolijo s kongestijo nosne sluznice, gnojnim izcedkom iz nosu, glavobolom),
- bolečina pod ali nad očesnimi režami, ko se bolnik nagne naprej,
- gnojno izcejanje v nosni votlini pri pregledu,
- maksilarni zobobol.

Simptomi sinusitisa so pri otrocih manj specifični kot pri odraslih. Vključujejo persistentno nosno kongestijo in kašelj, ki trajata več kot deset dni, vročino in gnojni izcedek iz nosu. Redkeje se pojavljata bolečina in glavobol.

Razpredelnica 3. **Simptome lahko razvrstimo kot minor in major**

Simptomi rinosinusitisa	
<b>Major:</b>	<b>Minor:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kongestija nosne sluznice,</li> <li>- zapora nosu,</li> <li>- unilateralna bolečina oz. bolečina nad, ali pod očmi pri sklanjanju,</li> <li>- izcedek iz nosu,</li> <li>- mukopurulentna rinoreja,</li> <li>- izcedek, ki izteka navzad v mezofarinks,</li> <li>- motnje voha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kašelj,</li> <li>- vročina,</li> <li>- zadah iz ustne votline,</li> <li>- utrujenost,</li> <li>- zobobol,</li> <li>- faringitis,</li> <li>- glavobol,</li> <li>- simptomi v ušesu.</li> </ul>

Razvrstitev sinusitisov pri odraslih:

- **Akutni sinusitis** (AS) navadno sledi virusni infekciji zgornjih dihal, začne se nenadoma in traja do 4 tedne.
- **Subakutni sinusitis** je nadaljevanje akutnega, ki se ni pozdravil. Diagnosticiramo ga štiri tedne po akutnem sinusitisu in traja do 12 tednov.
- **Rekurentni akutni sinusitis**; simptomi so enaki kot pri akutnem sinusitisu, vsaka epizoda traja 7 do 10 dni, največ do 4 tedne. Bolnik ima štiri ali več epizod, med katerimi je brez simptomov in brez antibiotičnega zdravljenja.
- **Kronični sinusitis** imajo bolniki s persistirajočimi simptomi 12 tednov ali več. Poleg tega kaže bolnik še dva ali več major ali en major in dva minor dejavnika ali gnojni sekret pri pregledu nosu.
- **Akutna eksacerbacija kroničnega sinusitisa**;

## Diagnoza

Za diagnozo sta najpomembnejša dobra anamneza in natančen klinični pregled. Presvetlitev maksilarnih sinusov in frontalnega sinusa lahko pokaže opacifikacijo prizadete obnosne votline. Razni raziskovalci poročajo, da je preiskava slabo ponovljiva, vendar kljub temu ne gre zanemariti njene uporabnosti. Normalna presvetlitev obeh maksilarnih sinusov z dokaj veliko verjetnostjo izključuje sinusitis. Zmanjšana ali celo odsotna presvetlitev lahko poveča verjetnost obstoja akutnega sinusitisa, lahko pa je posledica hipoplastičnega sinusa ali polipov v sinusu. Približno 5 % bolnikov nima enega ali obeh frontalnih sinusov, pri številnih posameznikih pa se frontalna sinusa razvijeta asimetrično.

## Dodatni diagnostični postopki

Radiografija je primerna posebej takrat, ko klinična diagnoza ni jasna iz anamneze in telesnega pregleda. RTG- posnetki so lahko v pomoč pri ponavljajočih se obolenjih. Normalni RTG- posnetki obnosnih votlin imajo negativno napovedno vrednost, ki je 90- do 100-% za frontalne in maksilarne sinuse. Za standardni prikaz obnosnih votlin priporočajo štiri projekcije: prva je Watersova za prikaz maksilarnih sinusov (najpogosteje uporabljana), druga je Caldwellova za prikaz frontalnega sinusa in etmoidnih sinusov, tretja je latelarna projekcija za preiskavo sfenoidnega sinusa in zadnje stene frontalnega sinusa, četrta pa submentoverteksna za prikaz sfenoidnega sinusa in zadnjih etmoidnih celic.

Računalniška tomografija (CT) obnosnih votlin ni primerna za rutinsko ugotavljanje akutnega sinusitisa. Preiskava ima visoko senzitivnost, toda nizko specifičnost za dokaz akutnega sinusitisa. Nedvomno pa je pomembna za načrtovanje kirurških posegov, saj identificira anatomske odnose ključnih struktur (orbitalno vsebino, vidni živec, karotidno arterijo). Prav tako odlično prikaže anatomske nenormalnosti, ki lahko pomenijo predispozicijo za sinusitis. Čedalje popularnejša je endoskopska preiskava nazofarinksa, predvsem zaradi izključitve anatomske nenormalnosti.

## Zdravljenje

Dodatno ali podporno zdravljenje je namenjeno lažšanju bolnikovih simptomov in izboljšanju počutja. Družinski zdravnik včasih svetuje uporabo kapljic fiziološke raztopine, ki bodo z odstranitvijo krast in izločka za kratek čas zmanjšale kongestijo nosne sluznice. Lokalni dekongestivi olajšajo dihanje skozi nos, zaradi nevarnosti medikamentoznega rinitisa (angl. rebound rinitis) pa je priporočljivo lokalno uporabo skrajšati na 3 do 4 dni. Oralni dekongestivi, kot je psevdoefedrin, olajšajo simptome zelo hitro, učinek pa ponavadi traja nekaj ur. V kliničnih študijah niso dokazali učinkovitosti oralnih dekongestivov pri zdravljenju akutnega sinusitisa. Stranski učinki zdravila so lahko razdražljivost, nespečnost, pospešeno bitje srca, povišan krvni tlak. Lokalni steroidi niso priporočljivi za rutinsko zdravljenje akutnih sinusitsov, saj alergični rinitis le omejeno vpliva na nastanek te bolezni. Vprašljiva je tudi uporaba antihistaminikov, ker histamin nima vloge v nastanku akutnega sinusitisa.

## Zdravljenje z antibiotiki

Večina bolnikov z akutnim sinusitisom pričakuje predpis antibiotika. Antibiotik prve izbire je amoksicilin (500 mg na 8 ur) ali trimetoprim-sulfametoksazol (800 mg na 12 ur). Zdravljenje druge izbire vsebuje:

- amoksicilin s klavulansko kislino,
- cefalosporine: cefaklor, cefuroksim,
- makrolide: klaritromicin, azitromicin,
- doksiciklin.

Zdravljenje ponavadi traja deset dni. Rekurentni in kronični sinusitis pogosto zahtevata posvet s specialistom otorinolaringologom.

Bolniški stalež (navadno nekaj dni) je odvisen od resnosti klinične slike in bolnikovega delovnega mesta (terenski delavec, uslužbenec v pisarni).

## Sklep

Akutni respiratorni infekti so obolenja, ki imajo lahko velik vpliv na bolnikovo dobro počutje, njegov funkcionalni status in kakovost življenja. Družinski zdravnik ne sme nikoli pozabiti, da bolnik išče zdravnikovo pomoč v upanju, da se bo potem počutil bolje. Pri načrtovanju preiskav, postopkov in posegov zdravnik pogosto pozablja na navodila za lažšanje simptomov, spremembe v bolnikovem funkcionalnem statusu, bolnikovo prepričanje in nenazadnje na družino.

### Priporočena literatura:

1. Ahuja GS, Thomson J. What role for antibiotics in otitis media and sinusitis. *Post grad Med* 1998; 104: 93–9.
2. Beyer WEP, et al. Protection against influenza after annually repeated vaccination. *Arch Intern Med* 1999; 159: 182–8.
3. Bitnun A, Allen UD. Medical therapy of otitis media: use, abuse, efficacy and morbidity. *J Otolaryngol* 1998; 27 suppl 2: 26–36.
4. Carlson D, Seay R. Acute otitis media programme focuses on antibiotic usage. *Drug Benefit Trends* 1999; 11: 40–7.
5. Couch RB. A new antiviral agent for influenza – is there a clinical niche. *NEJM* 1997; 337: 927–8.
6. Dolin R. Influenza. V: *Harrison's principles of internal medicine* 14ed. CD-ROM ver. 1.1. McGraw Hill 1999.
7. Dowell SF, Schwartz B, Phillips WR. Appropriate use of antibiotics for URIs in children: Part II. Cough, pharyngitis and the common cold. *Am Fam Physician* 1998; 58: 1335–46.
8. Durand M, Joseph MP, Sullivan Baker A. Infections of the upper respiratory tract. V: *Harrison's principles of internal medicine* 14ed. CD-ROM ver. 1.1. McGraw Hill 1999.

9. Eskola J, Hovi T. Respiratory viruses in acute otitis media. *NEJM* 1999; 340: 312–4.
10. Fagnan LJ. Acute sinusitis: a cost effective approach to diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 1998; 58: 1795–1810.
11. Hayden FG, et al. Use of oral neuraminidase inhibitor oseltamivir in experimental human influenza. *JAMA* 1999; 282: 1240–6.
12. Hayden FG, et al. Efficacy and safety of the neuraminidase inhibitor zanamivir in the treatment of influenza virus infection. *NEJM* 1997; 337: 874–80.
13. Heikkinen T, Ruuskanen O. New prospect in prevention of otitis media. *Ann Med* 1996; 28: 23–30.
14. Hocutt JE, Walters DT, McLaughlin C. The ear, nose and throat. V: Taylor RB, urednik. *Family medicine*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Springer Verlag; 1988. p. 149–52.
15. Hoppe HL, Johnson CE. Otitis media: focus on antimicrobial resistance and new treatment option. *Am J Health Syst Pharm* 1998; 55: 881–97.
16. London L, Roger G, Thien HV. Evolution of the bacteriologic features of persistent acute otitis media compared with acute otitis media. *OTOL* 1999; 125: 1134–40.
17. Marolt Gomišček M. Prehľad. V: Marolt Gomišček M, Radšel Medvešček A, eds. *Infekcijske bolezni*. 1<sup>st</sup> ed. Ljubljana: Tangram; 1992. P. 323–6.
18. Maletic Neuzil K, Reed GV, Mitchel EF, Griffin MR. Influenza associated morbidity and mortality in young and middle aged women. *JAMA* 1999; 281: 901–7.
19. Marolt Gomišček M. Gripa. V: Marolt Gomišček M, Radšel Medvešček A, eds. *Infekcijske bolezni*. 1<sup>st</sup> ed. Ljubljana: Tangram; 1992. P. 327–35.
20. Marolt Gomišček M. Prehľad. Gripa. V: Marolt Gomišček M, Radšel Medvešček A, eds. *Infekcijske bolezni*. 1<sup>st</sup> ed. Ljubljana: Tangram; 1992. P. 323–35.
21. Marolt Gomišček M. Streptokokne okužbe. V: Marolt Gomišček M, Radšel Medvešček A, eds. *Infekcijske bolezni* 1<sup>st</sup> ed. Ljubljana: Tangram: 1992. p 1–11.
22. McIntosh K. Closer to a cure for the common cold. *JAMA* 1999; 281: 1844–5.
23. Nichol KL, Mendelman PM, Mallon PK in sod. Effectivnes of live, attenuated intranasal influenza virus vaccine in healthy, working adults. *JAMA* 1999; 282: 137–44.
24. Pitkoranta A, Hayden FG. What's new with common colds? : Pathogenesis and diagnosis. *Infect Med* 1998; 15: 50–9.
25. Pitkoranta A, Hayden FG. What's new with common colds? Complications and management. *Infect Med* 1998; 15:117–28.
26. Piccirillo JF. Acute rhinosinusitis: staging, diagnosis and outcome assessment. *Infect Medic* 1998; 15: 16–25.
27. Poland GA. Lessons from the influenza vaccine recall of 1996–1997. *JAMA* 1997; 278: 1022–3.
28. Pray SW. Allergic rhinitis vs. common cold. *U S Pharmacist* 1999; 24:
29. Randall JL. Infectious diseases. V: Taylor RB, editor. *Family medicine*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Springer Verlag; 1988. p. 576–8.
30. Rose VL. Advisory committee on imunization practices issues recommendations for the 1999–2000 influenza season. *Am Fam Physician* 1999; 60: 309–18.
31. Slack R, Bates G. Functional endoscopic sinus surgery. *Am Fam Physician* 1998; 58: 707–20.
32. Sočan M, Kraigher A, Marinič Fišer N, Šmon N. Preprečevanje gripe: *Zdrav Var* 1999; 38 suppl 1: 5–27.
33. Tarlow M. Otitis media: pathogenesis and medical sequele. *Ear Nose Throat I* 1998; 77 suppl 6: 3–6.
34. Turner RB, et al. Efficacy of tremacamra, a soluble intercellular adhesion muclele 1, for experimental rhinovirus infection. *JAMA* 1999; 281: 1797–84.
35. Wessels MR. Streptococcal and enterococcal infections. V: *Harrison's principles of internal medicine* 14ed. CD-ROM ver. 1.1. McGraw Hill 1999.

# OBRAVNAVA POŠKODB

---

*Marjeta Zupančič*

## Uvod

Poškodba pomeni značilne spremembe tkiva, vidne s prostim očesom (podplutba, oteklina, deformacija), s svetlobnim mikroskopom (stisnjenje celic, tromboze, krvavitve, razširjeni medcelični prostori) in z elektronskim mikroskopom. Poškodba, omejena na določeno tkivo, lahko vpliva na delovanje celotnega telesa; vpliv narašča sorazmerno s prostornino in površino poškodovanega tkiva in stopnjo poškodbe. Poseben pomen imajo poškodbe življenjsko pomembnih organov, kjer lahko že poškodba majhnega dela tkiva povzroči smrt (prevodni sistem srca, možgansko deblo). Kadar pa celoten organizem vpliva na razvoj sprememb po poškodbi in obratno, govorimo o popoškodbeni bolezni (1).

Poškodbe pomenijo danes v razvitem svetu resen zdravstveni problem, saj je epidemija travmatizma povezana z visokimi ekonomskimi stroški (smrtnost, zdravljenje, veliko število invalidov) (2, 3).

Najpogosteje se poškodbe zgodijo doma, v prostem času, pri športu in rekreaciji, na delu in v prometu, kjer imamo navadno opraviti z najhujšimi poškodbami. Med poškodovanci, ki iščejo pomoč v ambulanti družinske medicine, prevladujejo udarnine, odrgnine, odprte rane ter nategi in zvini (3).

Velik odstotek poškodovancev po poškodbi najprej pregleda zdravnik družinske medicine, ki posameznika ustrezno oskrbi v skladu z doktrino in ga v primeru hujše poškodbe napoti na ambulantno ali bolnišnično specialistično zdravljenje. Pri obravnavi poškodb ne smemo pozabiti na sodnomedicinska opravila, ustrezno vodenje medicinske dokumentacije, vodenje poškodovanca med zdravljenjem in rehabilitacijo. Bolnika pa moramo ves čas seznanjati s postopki zdravljenja poškodbe, skrbeti za zdravniška potrdila in spričevala, s katerimi poškodovanec uveljavlja sodne in zavarovalniške zahteve, in varovati tudi njegove osebne podatke.

## **Obravnava poškodovanca ob prvem stiku v ambulanti družinske medicine**

Takoj po prihodu poškodovanca v ambulanto družinske medicine ali med zdravniškim pregledom na terenu mora zdravnik v prvem stiku najprej oceniti, kako težko je poškodovan. Hudo poškodovani najprej potrebuje osnovno diagnostiko in nujno medicinsko pomoč (NMP); zdravnik šele pozneje skuša pridobiti tudi podatke o nezgodi in samem poškodovancu.

Če poškodovanec ni ogrožen, ga moramo ob prihodu v ambulanto natančno povprašati o mehanizmu nastanka, času in kraju poškodbe; ugotoviti moramo, ali je nastala zaradi kaznivega dejanja, kar je včasih razvidno že iz same poškodbe ali po obnašanju poškodovanca in njegovih spremljevalcev. Poškodovanca moramo natančno pregledati (lokalni status pogosto ne zadošča) in vse izsledke natančno vpisati v medicinsko dokumentacijo. Zabeležiti moramo datum in uro poškodbe ter pregleda, nato pa opisati vse vidne spremembe, tudi morebitni vpliv alkohola ali psihofarmakov ali obeh na poškodovanca. Na terenu moramo beležiti tudi odzivne čase (uro, ko smo bili obveščeni o poškodbi, odhod na kraj dogodka, prispetje do poškodovanca, končanje oskrbe na mestu nesreče), in uro ko smo poškodovanca pripeljali do ustrezne zdravstvene ustanove.

Zdravnik družinske medicine nudi oskrbo v skladu s stopnjo poškodbe, znanjem in možnostmi. Če je potrebno, poškodovanca napoti na specialistični pregled. Pri na-

potitvi mora opredeliti tudi način (osebni avto, reševalno vozilo, helikopter) in nujnost prevoza. Oskrba poškodovanca je zlasti zahtevna na terenu zunaj ambulante, za kar so potrebna še dodatna znanja in tudi praktične veščine. Ob napotitvi je prav, da napotnico opremimo z vsemi podatki (anamnezo, lokalnim in splošnim statusom; navedemo tudi kronične bolezni, ki bi lahko vplivale na potek zdravljenja ...), ki bodo v pomoč kirurgu pri nadaljnji obravnavi poškodovanca.

### **Vodenje poškodovanca med zdravljenjem in rehabilitacijo v ambulanti družinske medicine**

Poškodovanec med okrevanjem ves čas obiskuje svojega osebnega zdravnika, ki nadaljuje njegovo zdravljenje (preveze, odvzem šivov, nadzor oteklina in hematov, gibljivosti sklepov ...) in odkriva morebitne zaplete. Pogosto poškodovanec o zapletih najprej obvesti osebnega zdravnika, čeprav je naročen na kontrolo k specialistu. Pošlje ga tudi na specialistične preglede, mu predpiše ambulantno fizioterapijo, vodi bolniški stalež ter po potrebi napoti na zdravniško komisijo za podaljšanje bolniškega staleža nad 30 delovnih dni in na invalidsko komisijo, če pri poškodovancu nastopi trajna nezmožnost za delo, kadar je kljub ustreznemu zdravljenju in rehabilitaciji ni mogoče povrniti. Pri hujših poškodbah je zelo pomembna celovita zdravstvena in poklicna rehabilitacija. Pri obravnavi poškodovancev, ki so se poškodovali na delu, moramo pri delodajalcu v čim krajšem času pridobiti Prijavo nezgode na delu in jo ustrezno izpolniti.

Pri vodenju poškodovanca je zelo pomembna medicinska dokumentacija. Ob vsakem pregledu moramo natančno zabeležiti vse anamnestične podatke in statuse, vpisati povzetek specialističnih izvidov, načrt diagnostike in zdravljenja, natančne diagnoze in šifre po Mednarodni klasifikaciji bolezni, poškodb in stanj (MKB). Vpisani morajo biti datumi, trajanje morebitnega bolniškega staleža, iz dokumentacije mora biti jasno razvidno, koliko časa je trajalo zdravljenje.

### **Nujna medicinska pomoč**

Zdravnik družinske medicine se med rednim delom v ambulanti in med dežurstvom pri reševanju nujnih stanj skupaj s preostalim osebjem vključuje v nujno medicinsko službo (NMS). Za njeno uspešno delovanje se mora osebje nenehno strokovno izobraževati, preverjati znanje, zagotoviti pravočasnost posega pri nujnem stanju, vzdrževati ustreznost opreme in vozila. V sklopu NMS poteka zbiranje in obdelava podatkov o posegih z njenega strokovnega področja (4). Številni avtorji poudarjajo pomen hitre nujne medicinske pomoči (NMP) na ravni primarnega zdravstvenega varstva in ustreznega prevoza na sekundarno raven obravnave (2, 5, 6, 7), da bi zmanjšali t. i. terapevtski vakuum (6).

Pomemben je tudi prvi stik laikov s poškodovanci pred prihodom ekipe za nujno medicinsko pomoč, saj le-ti na terenu navadno ne dobijo ustrezne prve pomoči, zato bi morali posvetiti večjo pozornost tudi izobraževanju laikov (3, 5).

### **Obravnavanje nekaterih najbolj pogostih poškodb v ambulanti družinske medicine**

Med najbolj pogosto obravnavane poškodbe v ambulanti družinske medicine spadajo udarnine, zvini in nategi, izpahi, odprte rane in zlomi (3).

#### **Udarnine (kontuzije)**

Udarnine nastanejo kot posledica neposrednega učinka mehanične sile na del telesa, pri čemer pride do krvavitve v podkožnih tkivih ali raztrganja mišičnih vlaken s krvavitvijo. Klinični znaki udarnine so oteklina, bolečina in podplutba udarjenega



predela. Namen zdravljenja je omejiti krvavitev, preprečiti dodatne poškodbe in pospešiti resorpcijo oteklina in hematoma. V prvi fazi po poškodbi je treba poškodovancu predpisati mirovanje, hlajenje prizadetega predela in analgetik po potrebi, po prenehanju kliničnih znakov pa postopno obremenjevanje. Če ima poškodovanec obsežne hematome ali če utemeljeno sumimo na poškodbe notranjih organov, ga moramo po nujni medicinski oskrbi napotiti h kirurgu (1, 8).

### **Zvini (distorzije)**

Do zvina sklepa pride takrat, ko delujoče sile silijo njegove kosti v gib, ki ni fiziološki. Zaradi razmika kosti v sklepu, se iztegnejo sklepna ovojnica in vezi pri poškodbi pa pride do natrganja ali celo popolnega pretrganja sklepnih vezi (1, 8). Najpogosteje so prizadeti skočni sklep, koleno in zapestje.

Znaki zvina so oteklina, ki se pojavi takoj po poškodbi, bolečnost mesta poškodbe na dotik, zmanjšana gibljivost sklepa, pri hujši poškodbi pa tudi popuščanje poškodovane vezi. Rentgenska slika pri zvinu ne pokaže ničesar, izključi pa zlom (1). Lažje zvine skočnega sklepa in zapestja z majhno oteklino, brez hematoma in malo zmanjšano gibljivostjo kosti lahko oskrbimo v ambulanti družinske medicine, poškodovancu predpišemo počitek, hlajenje, elastični povoj ter postopno razgibavanje in obremenjevanje.

Izliv krvi (haemarthros) v koleno, ki ga klinično dokažemo s pozitivnim balotmajem pogačice, sodi čim prej h kirurgu, ker je punkcija nujno potrebna. Tja napotimo tudi hujše oblike zvinov skočnega sklepa (zlasti ponavljajoče se in tiste, kjer najdemo popuščanje vezi) in zapestja, pri katerih predvidevamo, da bodo zdravljeni z mavčno imobilizacijo ali drugo obliko ortoze. Imobilizirani ud moramo večkrat pregledati, saj pretesna ali preohlapna imobilizacija poškodovancu ne koristi. Po končanem kirurškem zdravljenju v ambulanti družinske medicine nadzorujemo postopno mobilizacijo poškodovanega sklepa in po potrebi predpišemo ustrezno fizioterapijo.

### **Izpahi (luksacije)**

Izpah je premik kosti iz svojega normalnega položaja v sklepu, pri čemer se potrgajo vezi in ovojnice. Travmatski izpahi so značilna poškodba ljudi v zrelem življenjskem obdobju, ko so kosti še čvrste. Pri starostnikih pride ob enaki poškodbi prej do zloma kot do izpaha, pri otrocih, mlajših od 10 let, pa do epifiziolize. Izpah je pogostnejši na zgornjem ud, pri približno 50 % je prizadet ramenski sklep, pogosteje pa še členki prstov rok (1, 8).

Klinični znaki izpaha so nenormalna oblika sklepa, nenormalen položaj uda, njegovo skrajšanje ali podaljšanje in spremenjena os, odpor pri poskusu gibanja uda, motnje funkcije, podplutbe in bolečine. Distalno od sklepa lahko najdemo znake ohromitve živcev in pretočnih motenj.

Poškodovanca, pri katerem v ambulanti družinske medicine klinično ugotovimo izpah sklepa, ustrezno imobiliziramo in ga napotimo v najbližjo kirurško ambulanto.

Izpah moramo čim prej uravnati; večje sklepe v splošni anesteziji, za manjše pa zadošča prevodna anestezija. Pri uravnavi vlečemo izpahnjene kosti v sklepu naražen, obenem pa potiskamo eno od epifiz v nasprotni smeri, kot je delovala sila pri nastanku izpaha. Za hujše izpahe je potrebna operacija, pri kateri kirurg oskrbi raztrgane vezi in sklepno ovojnico. Po uravnavi je potrebna vsaj tritedenska imobilizacija, nato ustrezna fizioterapija (1).

Zapleti po zdravljenju so habitualni ali ponavljajoči se izpah, sklepna nestabilnost, motnje prekrvitve s posledično aseptično nekrozo in artroza sklepa (1).

## Rane

Rana je prekinitev celovitosti kože ali sluznice, ki jo povzroči mehanični dejavnik.

Glede na mehanizme nastanka poškodbe ločimo različne vrste ran:

- Vreznina (*vulnus scissum*) je rana z gladkimi robovi, okolno tkivo je zdravo in navadno dobro prekrvljeno, preglednost pa dobra.
- Vsekanina (*vulnus sectum*) se ne razlikuje bistveno od vreznine; razlika je v mehanizmu nastanka in navadno večji globini rane.
- Vbodnina (*vulnus ictum*, *vulnus punctum*) je rana z gladkimi robovi, vendar sega zelo globoko v tkivo in je slabo pregledna.
- Raztrganina in zmečkanina (*vulnus lacerocontusum*) je rana z obsežnimi poškodbami okolnega tkiva, ki je slabo prekrvljeno in s številnimi globokimi žepi.
- Ugriznina (*vulnus morsum*) je podobna raztrganini; žepi teh ran so okuženi z zelo virulentnimi bakterijskimi soji.
- Strelna rana (*vulnus sclopetarium*) je mehanična poškodba, povzročena s strelnim orožjem. Zaradi svojih posebnih morfoloških in bioloških lastnosti se njihova oskrba močno razlikuje od preostalih in sodi h kirurgu (9).

Vsaka poškodbeno rana je primarno okužena. Primarno kirurško oskrbo rane lahko opravimo v 6 urah po poškodbi. Po njej za čiste rane antibiotična zaščita praviloma ni potrebna, po oskrbi naredimo imobilizacijo, cepimo proti tetanusu, če je potrebno, in poškodovanca naročamo na preveze (9, 10).

Vsako rano moramo oskrbeti po naslednjem zaporedju:

- Klinični pregled mora biti hiter in natančen. Potrebna je ocena nevrološkega in vaskularnega stanja ter funkcionalni izvid (prekinitev tetiv), na podlagi česar načrtujemo nadaljnjo oskrbo (primarno kirurško lahko opravimo sami v ambulanti družinske medicine, hujše primere napotimo h kirurgu).
- Priprava operativnega polja: centrifugalno čiščenje, omejitev s sterilnimi kompresami.
- Anestezija: v ambulanti družinske medicine uporabljamo pri oskrbi ran infiltrativno in prevodno lokalno anestezijo.
- Friedrichova ekscizija rane pomeni odstranitev kožnega roba rane in tankega sloja njene stene in dna. Naredimo jo s skalpelom ali škarjami; prednost ima skalpel, ker manj poškoduje zdrava tkiva. Vedno moramo omogočiti dobro preglednost dna rane, kar prepreči dodatne poškodbe kit, žil, živcev in drugih struktur ter omogoči dobro revizijo. Oskrba rane brez opravljene ekscizije in revizije je strokovna napaka (9, 10).
- Zaustavljanje krvavitve v ekscidirani rani mora biti opravljeno hitro in natančno, za krajši čas lahko manjšo žilo stisnemo s prijemalko po Peanu ali pa zadoščča že tamponada rane; v dvomljivih primerih hemostaze moramo napraviti drenažo rane (9).
- Šivanje rane: primarni šiv prepreči sekundarno infekcijo rane in omogoči lepši videz brazgotine.
- Sterilno pokrivanje oskrbljene rane;
- Zaščita proti tetanusu;
- Protisteklinska zaščita pri ugriznih ranah;
- Antibiotično zdravljenje pride v poštev pri znakih limfangitisa, limfadenitisa in splošni septični reakciji, pri zelo umazanih ranah, pri katerih ni mogoče odstraniti vseh mrtvin in tujkov ter poskrbeti za zadostno drenažo. Zanj se občasno odločamo tudi pri človeških in živalskih ugrizih ter vbodnih ranah na podplatih in rokah (11, 12);
- Odstranitev šivov.

Nekaterih ran ne smemo šivati in zaraščajo per secundam. To so:

- rane, ki kažejo znake vnetja,

- ugrizne rane in globoke vbodline,
- strelne rane (9, 10).

Pri oskrbi takih ran lahko uporabimo primarni odloženi šiv, kjer slednje le nastavimo, zavežemo pa po petih do sedmih dneh, če ni znakov vnetja. Tako skrajšamo čas celjenja rane in dosežemo ugodnejši lepotni in funkcionalni učinek (9, 10).

Osnova preprečevanja tetanusa je aktivna imunizacija celotnega prebivalstva, ki po spodbujevalni injekciji anatoksina in oskrbi poškodbe zagotavlja popolno zaščito. Pri antitetanični zaščiti ne smemo pozabiti na pravilno oskrbo rane, pri kateri moramo pred šivanjem nujno opraviti tudi ekscizijo in revizijo. Pri poškodovancu, ki ni bil aktivno imuniziran, če o tem nimamo podatkov ali pa je rana sumljiva, je treba poleg aktivne imunizacije s toksoidom tetanusa opraviti tudi pasivno zaščito s humanimi tetanusovimi imunoglobulini (HAIG) po 250 IE intramuskularno. Opustitev ukrepov za preprečevanje tetanusa pri poškodovancu, ki je pravočasno prišel k zdravniku, velja za strokovno napako. Podatke o cepljenju je treba vpisati v cepilno in zdravstveno izkaznico ter v medicinsko dokumentacijo (zdravstveni karton) (12, 13, 14).

Vsakega poškodovanca s sumljivo ugrizno rano moramo po primarni oskrbi napotiti v antirabično ambulanto, ki deluje v sklopu pristojnih zavodov za varovanje zdravja, kjer pretehtajo okoliščine ugriza in odločijo o potrebnosti imunizacije. Ta je obvezna za vse, ki so izpostavljeni okužbi z virusom stekline, in sicer za osebo, ki:

- jo je ugriznila ali kako drugače ranila stekla divja ali domača žival ali žival, za katero domnevamo, da je stekla,
- jo je ugriznil pes ali mačka neznanega lastnika, če živali ni mogoče imeti 10 dni pod veterinarskim nadzorom,
- jo je ugriznil pes ali mačka, ki v 10 dneh po ugrizu pokažeta znake stekline, pogineta, sta ubita ali se izgubita,
- se je utegnila okužiti z virusom stekline prek sluznice ali poškodbe na koži,
- se je pri delu ranila z materialom, okuženim z virusom stekline (15, 16).

V današnjem času se moramo zelo paziti pri oskrbi ran pri okuženih z virusom HIV ali hepatitisa B in C.

Po primarni oskrbi rane je pomembna tudi nadaljnja nega, nadzor celjenja in preveze; poškodovanca naročamo na preveze na podlagi lokalnega statusa rane.

### **Zlomi (frakture)**

Zlom je popolna ali delna prekinitev kostnega ali hrustančnega tkiva, kadar sila, ki deluje na kost ali hrustanec, preseže njuno trdnost. Ob poškodbi kostnega tkiva sta lahko prekinjena tudi periost in endost, s tem pa tudi žile, ki prehranjujejo kost (1).

Zlome ugotavljamo z avto- in heteroanamnezo (podatki o mehanizmu poškodbe in funkciji poškodovanega dela po poškodbi), kliničnim pregledom in rentgenskimi preiskavami. Pri kliničnem pregledu najdemo zanesljive in nezanesljive znake zloma. Nezanesljivi znaki so bolečina, omejena in boleča gibljivost sosednjih sklepov ter oteklina, zanesljivi pa nenaravna gibljivost, nenaravni položaj uda, kreptacije nad zlomljenim predelom in vidna poškodba kosti pri odprtih zlomih. Osnovna diagnostika zlomov so rentgenske preiskave. Pri poškodovancu moramo v ambulantni družinske medicine posumiti na zlom na podlagi skrbne anamneze in kliničnega statusa. Ko zlom ugotovimo, ga moramo imobilizirati v pravilnem položaju in poškodovanca z ustreznim prevozom napotiti v kirurško obravnavo. Po končanem kirurškem zdravljenju (konservativnem ali operativnem) nadzorujemo potek postopne mobilizacije in fizioterapije (1, 8).

Od možnih zapletov zlomov moramo v ambulanti družinske medicine prepoznati predvsem utesnitveni sindrom in Sudeckovo atrofijo, od drugih so pogoste še psevdartroze in bakterijska vnetja kosti (1).

Pri sindromu utesnjene mišične lože gre za povečanje tlaka, kadar so le-te zaprte zaradi otekline, krvavitve v mišico ali zunanega pritiska (imobilizacija). Prizadeti del je bled, zatečen in močno boleč, občasno so prisotne motnje senzibilnosti, bolečina se poveča ob pasivnem nategu mišic (npr. Homanov znak). Zdravljenje je skoraj vedno operativno (1).

Sudeckova atrofija se pojavi med samim zdravljenjem ali rehabilitacijo. Koža nad že zaceljenim zlomom je topla, svetleča, mesto je na otip boleče, gibljivost sklepov pa zavrta. Na rentgenski sliki je vidna demineralizacija kosti. Zdravljenje je dolgotrajno, zahteva veliko bolnikovo sodelovanje in veliko potrpljenja lečečih zdravnikov. Pri zdravljenju moramo odstraniti bolečinski dražljaj (imobilizacija z longeto, analgetiki, akupunktura), potrebne so masaže z ledom, postopno razgibanje in občasno hormon kalcitonin (1).

### Zdravniška potrdila in spričevala

Po končanem zdravljenju poškodovanci od zdravnika družinske medicine zahtevajo različna zdravniška potrdila in spričevala o nastanku in posledicah poškodbe. Pri tem moramo vedno ločiti anamnezo in objektivno zdravnikovo ugotovitev. Izpolniti moramo vse razdelke, čeprav se ne nanašajo na poškodbo, zaradi katere pišemo spričevalo. Pri tem zdravnik pogosto nastopa kot izvedenec, saj njegovo mnenje uporabljamo strokovno. Prav je, da zdravniška spričevala za zavarovalnice izpolnjujemo šele na koncu zdravljenja, ko ima zdravnik jasen vpogled v pozne poškodbene posledice na zdravje in poškodovančevo delazmožnost. Ker se v zadnjih letih srečujemo s pravo poplavo obrazcev različnih komercialnih zavarovalnic, bi bilo prav, če bi postopke skrajšali in poenotili.

### Sklep

Obravnavo poškodovanca se v večini primerov začne v osnovni zdravstveni dejavnosti, kjer se deloma ali v celoti nadaljujeta tudi zdravljenje in rehabilitacija. Kakovost oskrbe je odvisna od strokovne usposobljenosti in motiviranosti zdravnika, ki se sreča s poškodovancem, in od ustrezne organiziranosti zdravstvene službe. Poleg strokovnega dela mora imeti zdravnik družinske medicine tudi možnost zbiranja in ocenjevanja podatkov o kakovosti svojega dela v primerjavi z drugimi.

#### Literatura:

1. Prinčič J, Smrkolj V. Travmatologija. V: Smrkolj V ed. Kirurgija. Ljubljana: Sledi, 1995: 629–39.
2. Department of health and social security. Strategies for accidental prevention. V: Report of a colloquium of the Medical royal colleges of the United Kingdom and the Royal colleges of surgeons of England. London, 1987.
3. Zupančič M. Značilnosti zimskega travmatizma v Zgornjesavski dolini s posebnim poudarkom na športnih poškodbah. Diplomsko naloga na podiplomskem študiju iz medicine dela, prometa in športa. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1991: 1–85.
4. Kersnik J. Kakovost nujne medicinske službe. Zdrav Var 1998; 37: 269–74.
5. Žmavc A. Nujna medicinska pomoč pri prometnih nezgodah – štiriletne izkušnje urgentne službe v Celju. V: Seminar Zdravstveno varstvo v prometu v Republiki Sloveniji s posebnim poudarkom na cestnem prometu, Promet VI. Ljubljana: Univerzitetni inštitut za medicino dela, prometa in športa, 1990: 182–96.
6. Kambič V. Rezultati ankete o obravnavanih poškodbah, sprejetih na bolnišnično zdravljenje v Sloveniji 1.1. – 30.6. 1986. Zdrav Vestn 1987; 56: 433–4.
7. Armeni C. Vloga zdravnika splošne medicine pri izvajanju nujne medicinske pomoči pri cestno – prometnih poškodbah. V: Seminar Zdravstveno varstvo v prometu v Republiki Sloveniji s posebnim poudarkom na cestnem prometu, Promet VI. Ljubljana: Univerzitetni inštitut za medicino dela, prometa in športa, 1990: 171–81.

8. Uršič R. Poškodbe lokomotornega aparata. V: Šuštaršič Z, ed. Kirurgija – 2. del. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1979: 380–411.
9. Zupančič F, Grapar S. Kirurška oskrba rane. Med Razgl 1983; 22: 201–15.
10. Zupančič F, Grapar S. Kirurška oskrba rane. V: Zbornik predavanj XX. podiplomskega tečaja kirurgije za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Kirurška služba, Univerzitetni klinični center v Ljubljani, 1984: 78–83.
11. Baraga A, Baraga L. Antibiotiki ob poškodbah. V: Zbornik predavanj XXX. podiplomskega tečaja kirurgije za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo in Klinični center v Ljubljani, 1994: 92–4.
12. Rakovec S. Kirurške okužbe. V: Smrkolj V ed. Kirurgija. Ljubljana: Sledi 1995: 20–2.
13. Baraga A. Preprečevanje tetanusa. Med Razgl 1983; 22: 363–9.
14. Radšel-Medvešček A. Tetanus. V: Marolt-Gomišček M, Radšel-Medvešček A eds. Infekcijske bolezni. Ljubljana: Tangram 1992: 201–8.
15. Baraga A. Profilaksa stekline. Med Razgl 1984; 23: 379–83.
16. Radšel-Medvešček A. Steklina. V: Marolt-Gomišček M, Radšel-Medvešček A eds. Infekcijske bolezni. Ljubljana: Tangram 1992: 317–22.