pest-POSTEN

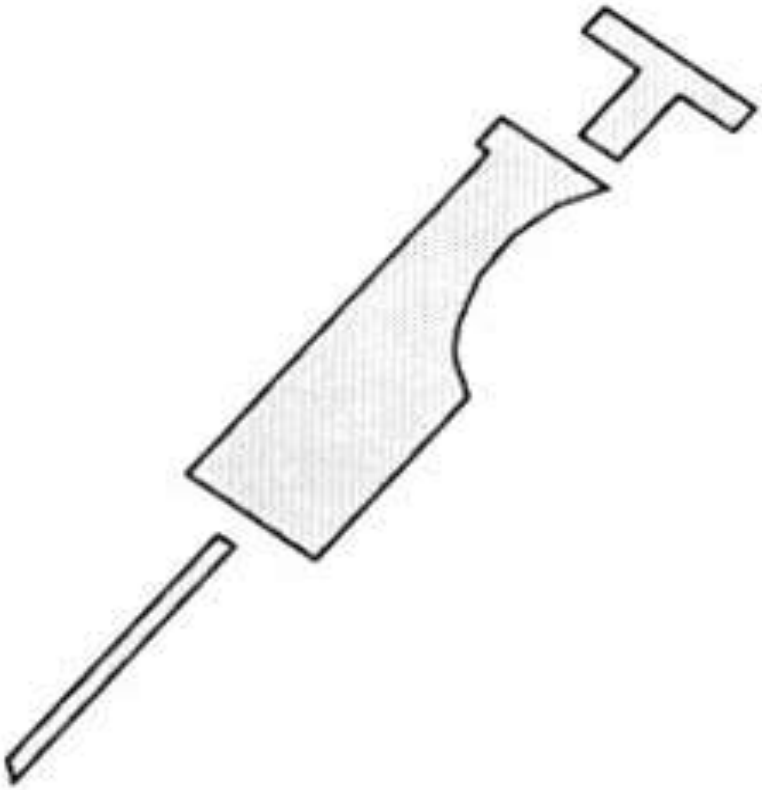
Nr. 1, 1995 - 1. årgang

«Svartedauen»

«The Black Death»

MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN

ZENECA



En samarbeidspartner
også på antibiotika

I REDAKSJONEN

- ***Ansvarlig redaktør:***
  Oddbjørn Brubakk
  Medisinsk avdeling,
  Østfold Sentralsykehus
- ***Medredaktør:***
  Haakon Sjursen
  Medisinsk avdeling B,
  Haukeland Sykehus
- ***Redaksjonssekretær:***
  Jon Birger Haug
  Mikrobiologisk avdeling,
  Østfold Sentralsykehus
- ***Annonsesjef:***
  Eivind Ragnhildstveit
  Mikrobiologisk avdeling,
  Østfold Sentralsykehus
- ***Regionsmedarbeidere:***
  Øystein Strand
  Medisinsk avdeling,
  Ullevål Sykehus

  Stig Harthug
  Medisinsk avdeling,
  Haukeland Sykehus

  Bjørg Viggen
  Medisinsk avdeling,
  Regionsykehuset i Trondheim

  Lars Vorland
  Mikrobiologisk avdeling,
  Regionsykehuset i Tromsø

I N N H O L D :

Redaksjonelt ..... s. 4

Referat fra det 8. FIPI-

symposium på Gausdal ..... s. 6

Referat fra "14th British-

Scand. Conference on Inf.

Diseases", Edinburg ..... s. 10

Kongresser og møter ..... s. 11

Kiri te Kanwa m.m. ..... s. 12

Rapport fra 1. Nordiske -

Baltiske kongress i Estland..... s. 12

Faglige uttrykk ..... s. 13

Veiledning for forfattere ..... s. 14

Veiledning for annonsører ..... s. 14

"*pest*-POSTEN" utgis fire ganger i året, og distribueres til alle som er medlemmer av NFIM.

Redaksjonen: (69 39 37 10 (fax -14)
Bankkonto nr: 1000. 14. 63271

Forsiden: "Pesta" fra Svartedauen av Th. Kittelsen.

redaksjonelt

Pest - Pesta - Posten.

Det har lenge vært et uttalt ønske at Norsk Forening for Infeksjonsmedisin skulle få sitt eget medlemsblad. Som det framgår av redaksjonens sammensetning har vi i *Smaalenene* valgt å stille oss i brodden for et slikt tiltak. Det er vårt beskjedne håp at det skal være med på å øke interessen for foreningen og skape mer blest om foreningens aktiviteter.

"Ingen er mer beskjeden enn Attlee, - og ingen har større grunn til å være det" sa Churchill om sin politiske motstander. Vi som kommer fra *Smaalenene* er av natur også beskjedne, med eller uten grunn, og har klart for oss at tyngdepunktet i norsk infeksjonsmedisin ikke er lokalisert her. Vi har derfor alliert oss med medarbeidere i universitetsbyene og håper på det viset å få med oss hva som skjer ved de store sentra.

I første omgang har vi lagt opp til lite format og få sider. Vi håper stoffmengden vil øke etterhvert slik at bladet kan bli lesverdig og interessant. Vi ønsker derfor at medlemmene i foreningen bruker mulighetene bladet gir til å referere hva som skjer rundt omkring, f.eks. skrive ferdaminne fra inn- og utland (*"Wenn jemand eine reise osv."*, referere fra doktorgradsarbeider, sender abstracts fra artikler publisert i nasjonale og internasjonale tidsskrift, fra kurs og møter, kommer med faglige synspunkter, meninger om spesialistutdannelsen, om helsevesenet etc.

Alt vil bli tatt i mot med åpne armer fra redaksjonen.

Navnet på bladet har naturligvis gitt oss hodebry. Prøvetittel var "Informasjonsnytt fra Infeksjons-foreningen", forkortet til ***ifn*-NFI** , en tittel som i og for seg ga en slags bokstavsymmetri, men som i festlig lag viste seg så vanskelig å uttale at det ble en promilletest, og følgelig ble den avvist. Heller ikke ***aids*-AVISA** eller ***malaria*-MAGASINET** klang godt i våre ører.

Nei, - en klassisk infeksjonssykdom som **Pesten** pekte seg naturlig ut. Derfor altså ***pest*-POSTEN,** ikke å forveksle med Nord-Vestlandets utmerkede lokalavis ***Vestposten.*** Og hva er da mer naturlig å velge som forside enn **Pesta,** fra Theodor Kittelsens store verk om Svartedauen. Kittelsen påsto seg å ha truffet **Pesta** på Skåtøy hvor han hadde slått seg ned:

"Hun var liden, mager og kroget, - ansigtet gulgrønt med sorte prikker. Øinene skjeled, var mørke og urolige og lå dypt i skallen; ret som det var kom der et uhyggeligt, ondskapsfuldt blink i dem, og så virred de om til alle kanter, saa det var umuligt at faa tag i dem. Hovedet rokked op og ned. Munden løb rapt, - skarpt og bitter. - Hun er værre enn selve pesta tænkte jeg, og saa fik hun navnet".

Ikke har vi i Smaalenene sett *Yersinia pestis,* men vi er i redaksjonen enige om at Kittelsen er inne på noe.

Vi planlegger nå fire nummer av bladet i året, avhengig av stoffmengde og arbeidslyst i redaksjonen.

Naturligvis kunne ikke dette tiltaket blitt realisert uten velvilje fra annonsørene som har stilt opp. Det samme gjelder foreningens faste utsender av stoff til medlemene.

Vi takker derfor alle for hjelpen.

Smaalenene 1. mars 1995.

FORMANNEN HAR ORDET

Gratulerer!

Så har det endelig skjedd. Vi har fått vårt eget medlemsblad, og det er all grunn til å gratulere hverandre med denne begivenheten!
Ekstra hyggelig er det at dette skjer i jubileumsåret. Norsk Forening for Infeksjons-medisin (NFIM) feirer nemlig 20-års jubileum i år. Selve jubileet vil bli markert ved Vårmøtet som i år blir i foreningens stiftelsesby - Bergen - nærmere bestemt under Festspillene 25.-27. mai.

Vi håper og tror at medlemsbladet også vil markere et historisk skille i foreningen som vil medføre at kommunikasjonen i foreningen blir bedre. Vi tror at Styret bedre vil nå frem til medlemmene, og ikke minst håper vi at medlemmene får et talerør der de kan komme med utspill om foreningen. Vi håper også at bladet kan bli et debattforum for aktuelle faglige og fagpolitiske spørsmål innen infeksjonsmedisinen i Norge.

Styret har lenge hatt planer om å få i gang et medlemsblad, men det har vært vanskelig å få noen til å ta på seg arbeidet. Vi gjorde derfor henvendelser til medlemmene på siste årsmøte og spesielt til personer som vi visste kunne egne seg til en slik oppgave. Etter noen uker meldte Oddbjørn seg. Oddbjørn Brubakk har lang fartstid i styret i NFIM og vi tror at her har vi funnet rette mannen til redaktørjobben. Han har fått med seg flere medlemmer i regionen samt styrets sekretær, Stig Harthug. Jeg har stor tro på at dette skal bli bra!

I tillegg til at bladet skal bli et talerør både for Styret og medlemmene, gir det oss også en rekke andre muligheter: Redaktøren har tenkt å få med aktuelle tema som møte- og kongresskalender, melding om viktige saker, og også å få med noe som lenge har vært et savn -nemlig å markere begivenheter som gjelder de ulike medlemmene. Redaktøren satser på å kunne ta inn meldinger både om nye spesialister, omtale av doktorgrader og ulike prisvinnere.

Tidsskriftet skal i første omgang komme ut 4 ganger i året. Jeg tror dette er en passelig start og hyppig nok til at vi kan bruke bladet til meningsytringer. Med det nye bladet håper vi også at informasjonen fra Styret blir hyppigere og bedre.

Vi forsøker å få bladet til å klare seg økonomisk uten å belaste medlemmene med ekstra kontingent. For å få dette til er vi avhengige av inntekter til bladet og det forsøker vi å få inn gjennom annonser. Styret vil oppfordre støttemedlemmene til å benytte seg av denne muligheten til å nå frem med informasjon til en selektert interessegruppe innen antibiotika og mikrobiell diagnostikk.

Styret trenger tilbakemeldinger for å kunne få foreningen til å fungere etter medlemmenes ønske. Jeg vil derfor til slutt utfordre dere: Kom igjen, ta pennen fatt og si deres mening! Første tema: Ditt syn på hvordan medlemsbladet bør være og hva det bør inneholde.

Med hilsen

Haakon Sjursen
Formann

Møtereferat fra det 8. FIPI symposium på Gausdal, 5. - 7. februar 1995.

FIPI-symposiet ble i år arrangert for åttende gang. Symposiet arrangeres som et samarbeide mellom Norsk Anestesiologisk Forening og Norsk Forening for Infeksjonsmedisin. I alt har 326 norske anestesileger, infeksjons-medisinere, mikrobiologer og andre deltatt på symposiet, noen flere ganger. Også i år var det en stor søkning til symposiet.

Nils Smith-Erichsen holdt som ofte tidligere første foredrag. Han redegjorde for infeksjoner behandlet ved intensiv-avdelingen på SiA i årene fra 1988 til 1993. I alt hadde avdelingen behandlet 236 pasienter, hvorav de fleste med luftveis-infeksjoner. Han hadde beregnet at 30 personer av en befolkning på 270 000 (1/9000) utvikler en livstruende infeksjon per. år.
Lavest kostnad per forventet leveår var for epiglotitt-pasienter, mens for voksne sepsis-pasienter kostet hvert forventet leveår 29.400. Hundre pasienter som lå mer enn 7 dager på respirator, la beslag på omtrent 60 % av avdelingens kostnader over en 3 års periode.

Tore Midtvedt snakket om antibiotikaresistens og pekte i innledningen på den enorme økningen som har vært i antibiotikabruk fra 5 tonn i 1945 til 50.000 tonn i 1995.
Han gjennomgikk så antibiotikaresistens som genetisk problem, biokjemisk problem og klinisk problem. Han pekte på at norske undersøkelser hadde vist at konjugasjon skjer oftere og ved lavere temperaturer enn man tidligere trodde og at handelsprodukter av antibiotika kan inneholde genetisk materiale som koder for resistens. Betydningen av det siste er foreløpig ukjent. Som klinisk problem nevnte han at langvarig bruk av AB kan føre til resistens hos en følsom stamme og at det faktum at stadig flere mikrober blir resistente overfor midlene som anvendes gir grunn til uro.
I USA har man nå begynt å frykte at man nærmer seg en "post-antibiotisk tidsepoke". Ikke-human medisinsk bruk er støre enn human-medisinsk, og strategiske overveielser for å hindre økende resistensutvikling må derfor omfatte all bruk av antibiotika.

Tone Tønjum gikk gjennom prinsippene for PCR (polymerase chain reaction). Hun ga eksempel på praktisk bruk av metoden i dag, feilkilder og tolkningsproblemer. Framtidig klinisk nytte er svært avhengig av nært samarbeide mellom kliniker og laboratorielege.
Metoden brukes rutinemessig til påvisning av *Mycobacterium tuberculosis* ved Ullevål sh.
Man har oppnådd en sensitivitet på 91.9% og spesifisitet på 99.6 % sammenlignet med konvensjonelle metoder for bakteriepåvisning.

Nosokomiale pneumonier var viet en egen bolk i symposiet. **Oddbjørn Brubakk** og **Ulf E. Kongsgaard** redegjorde for diagnostikk, terapi, morbiditet og mortalitet. Pneumonifrekvensen for intensivpasienter er angitt til 8.9%. Mortaliteten for respiratorbehandlete pasienter med pneumoni er i en undersøkelse angitt til ca 55% sml. med 21.7% i kontrollgruppen. Diagnosen av noso-komiale pneumonier er vanskelig og bygger på kliniske kriterier samt evnt. "protected specimen brush" (PSB) og bronkeoalveolær lavage (BAL). Empirisk terapi må rettes mot både Gram positive og Gram negative mikrober.
De fleste velger Penicillin G, evntuelt i kombina-sjon med aminoglykosid, med Cefotaxim som første alternativ. Ved Pseudomonas påvisning, som er sjelden på norske sykehus, velges oftest Ceftazidim og aminoglykosid.

Anton Hole redegjorde for begrepene septisk syndrom, septisk sjokk, SIRS (systemic inflammatory response syndrome), MODS (multipel organ dysfunction syndrome) og MOF (multipel organ failure). Han viste til sammen-

hengen mellom begrepene og påpekte at SIRS kan forekomme uten infeksjonsfokus. Han drøftet også hvorvidt innføring av et nytt begrep som SIRS kan være forvirrende.

Sander van Deventer fra Amsterdam snakket om Cytokinaktivering ved sepsis. Han tok for seg endtoxin frigjøring, TNF, IL6 og viste til forsøk som hadde vist høyere frigjøring av LPS etter ulike typer antibiotika. Han redegjorde videre for faktorer i serum som kunne modulere effekten av cytokinfrigjøring og viste til egne forsøk på frivillige.

Nitrogen oksyd (NO) har vært viet stor interesse ved septisk sjokk de seinere år og **Øystein Strand** gjorde rede for de fysiologiske forandringer som antas å være forårsaket av NO. Han refererte egne og andres undersøkelser med NO-blokkere ved septisk sjokk og påpekte at slik behandling foreløpig er eksperimentell og at den kan være ektremt farlig.

Ansgar Aasen redegjorde for cellulær endotel-interaksjon og aktivering av plasma kaskade-systemer ved sepsis. Skade av endotelceller etter endotoxinfrigjøring fører til blottleggelse av den subendoteliale basal membranen som aktiverer plasmas kontakt system. Dette fører til at proteolytiske kaskader blir aktivert og er ansvarlig for en rekke fysiologiske effekter ved sepsis. Betydningen er påvist både i eksperimentelle og kliniske studier.

Betydningen av translokasjon ble omtalt av **Karl Erik Giercksky** som viste til forsøk med selektiv dekontaminering av tarmen, parenteral ernæring og forsøk med såkalt mucosa forsterkning med glutamin. Han poengterte betydningen av tidlig diagnose, sjokkbehandling, kirurgisk drenasje og antibiotika ved peritonitt og nevnte forsøk som skal gjøres med G-CSF (Granulocytt - colony stimulating factor) ved alvorlige infeksjoner.

Det siste ble også omtalt i **Deventers** andre foredrag hvor han pekte på at G-CSF frigjorde IL-1 receptor antagonister som modulerte cytokinenes virkning og endret mobilisering av nøytrofile granulocytter til lungene. Han fastslo dessuten at store kliniske forsøk med bl.a. anti-TNF og Interleukin-receptor antagonister hadde gitt skuffende resultater. Framtidige forsøk vil bli av mindre skala og mer målrettet mot visse pasientkategorier.

Ved septisk sjokk har man i dag gode muligheter til overvåkning av hjerte og lungefunksjon.
Lokale perfusjonsendringer i tarm oppdages ikke ved vanlig benyttede metoder, og disse forandringene kommer ofte tidligere enn forandringene sentralt. **Ellen Schlichting** redegjorde for måling av intramukosal pH i magetarmkanalen som en sensitiv og enkel måte å overvåke vevsoksygenering på.

Myocardfunksjonen ved sepsis ble omtalt av **Terje Veel** som pekte på fall i ejeksjonsfraksjon som et viktig parameter tidlig ved septisk sjokk. Han viste også til nedsatt preload og økt afterload for høyre ventrikkel som vesentlige faktorer i reduksjonen av hjertets prestasjon ved septisk sjokk. Forandringene kommer tidligere enn før antatt, men vil ved gunstig forløp normaliseres etter 7 - 10 dager.

Målet for væskebehandling ved septisk sjokk er å øke blodtrykk og oksygentransport. Dette ble omtalt av **Gro Østgaard** som drøftet betydningen av ulike krystalloider og kolloider ved septisk sjokk. Hun konkluderte med betydning av rask igangsettelse av væskebehandling, bruke en blanding av f.eks. Dextran og Ringer initialt og at målet må være å oppnå et pulmonalt kiletrykk på fra 12 - 15 mmHg.

Anton Hole gjennomgikk bruk av ulike pressor-stoffer og deres effekt på sirkulasjonen. Han påpekte at slik bruk bør vente til adekvat volumsituasjon er etablert og foreslo bruk av Dopamin initialt med tillegg av adrenalin ved manglende effekt. Ved adekvat blodtrykk foreslo han bruk av Dobutamin. Han omtalte også begrepet "supranormalt oksygentilbud" (DO2), men konkluderte med at dette neppe hadde betydning for overlevelse.

Strategi og antibiotikabehandling ved sepsis ble omtalt av **Alfred Halstensen** som pekte på endringer i resistensmønster de siste årene. Han poengterte betydningen av bredt antibakterielt spekter ved antibiotika behandling av sepsis med

ukjent mikrobe og anbefalte Penicillin G pluss aminoglykosid med eventuelt tillegg av metronidazol. Som alternativ ved Penicillin-allergi gis Clindamycin og aminoglykosid og ved nedsatt nyrefunksjon, Cefotaxim pluss metronidazol.

Hans Flaatten redegjorde for betydningen av TPN og enteral ernæring ved sepsis.

Den økende frekvensen av nekrotiserende fasceiit forårsaket av betahemolytiske streptokokker gruppe A (GAS) ble omtalt i egen bolk. **Nils Smith-Erichsen** refererte 6 kasuistikker fra SiA, **Arne Høiby** redegjorde for bakteriologi, **Arne Rosseland** for kirurgisk behandling og **Alfred Halstensen** for antibakteriell behandling.
Betydningen av vage objektive tegn hos alvorlig syke pasienter, påfallende sterke smerter og forskjellen til erysipelas ble påpekt. Radikal og hurtig kirurgisk behandling ("Be bloody, bold and resolute") ble påpekt som en avgjørende faktor for bedret overlevelse. Også inspeksjon og skifting på sår 3 ganger per døgn av erfaren kirurg ble framhevet som betydningsfullt. Antibotika-behandlingen bør være en kombinasjon av Penicillin G og Clindamycin.

Siste foredrag var viet problembakterier, omtalt av **Egil Lingaas** som tok for seg økende bruk av fremmedlegemer i kirurgi som en årsak til økt forekomst av stafylokokker. Han viste til dannelse av såkalte biofilmer som årsak til nedsatt effekt av antibiotika og at visse plastmaterialer kan nedsette effekten av antibiotika. Han omtalte også økende resistens mot antibakterielle midler for en rekke mikrober som methicillinresistens hos stafylokokker, vankomycinresistens hos enterokokker, og pneumokokker med nedsatt følsomhet for Penicillin.

Referent: O.B.

Viktig avklaring etter FIPI.

I en gripende og personlig bordtale reiste **Tore Midtvedt** spørsmålet om hvem som under landskampen i fotball mot Sverige i 1945 ropte ut "Nå går vi for uavgjort guttær" på et tidspunkt hvor svenskene ledet 10 - 0. Professoren holdt på Arne Brustad, "Obersten", men antydet at Knut "Bryna" Brynhildsen kunne være et alternativ. Bergens-seksjonen var sikker på Alexander Olsen. Det er bare en hake ved forslaget: "Sanderen" var ikke med på laget. Dette blir derfor en fotball-historisk parallell til finalen på 1500-meter under Europamesterskapet i fri-idrett i 1958 hvor en bergenser på tribunen ropte: "Eg gir f.... i alt bare Hammarsland vinner". Hammarsland var ikke med.
Tilbake til fotballen. **N. Smith-Erichsen** nevnte Kristian Henriksen. Vår fotballmedarbeider Odd Ranum fra Greåker har klarert at det var Kristian Henriksen, kalt "Svarten" pga. sitt lyse hår (!!) som uttalte de bevingede ord om at "Nå guttær osv."

Dette til etterretning.

-forts fra side 13 - Referat fra Baltikum:

Forslag til oppfølging.

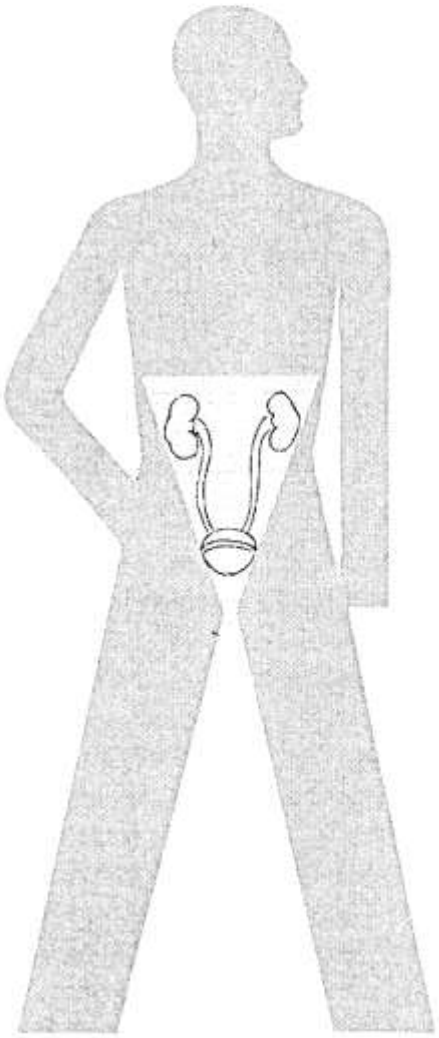
1. Kompetanseoppbygging. Neste kongress er berammet til Riga våren 1996. Denne type kongress bør opplagt støttes. På sikt vil det trolig være ønskelig å slå den sammen med «British-Scandinavian Conference on Infectious Diseases». Reisestipend til baltiske leger kan være et aktuelt tiltak, likeledes støtte til sykehus i form av abonnement på internasjonale tidsskrifter.

2. Forskningsutveksling. Særlig fra baltisk side er det betydelig interesse for et forskningssamarbeid, og de nordiske forskningsmiljøer vil ha utbytte av dette - bl.a. fordi det i de baltiske land som nevnt finnes et annerledes infeksjonspanorama.

3. Ressurser til helsevesenet. Når behovet er så stort, er det viktig at assistansen blir gitt målrettet. Det er viktig at en ved ressurstilføringer følger prioriteringer gitt av personer som kjenner miljøet.

Tarivid®

OFLOXACIN



KJEMOTERAPEUTIKUM

Et peroralt fluorokinolon-preparat for enkel og effektiv behandling av residiverende eller kompliserte infeksjoner i urinveiene og genitalia.

Tabletter à 200 mg

For ytterligere informasjon, se Felleskatalogen.

Norske Hoechst A/S
Postboks 177 Økern
0509 Oslo 5
Tlf. (02) 72 78 00

Hoechst

Referat fra "12th British-Scandinavian Conference on Infectious Diseases" i Edinburg 24.-27. mai 1994

Idylliske Hopetoun House utenfor Edinburg, hvor festmiddag, folkedans og sosialt samvær sto på programmet.

Fra "Årsmeldingen for NFIM 1994" sakser vi nedstående referat fra en tradisjonsrik kongress som bl.a. er karakterisert ved langvarige vennskaps-bånd mellom deltakerene og et mindre pretensiøst omfang enn mange andre internasjonale kongresser. Neste møte blir holdt i 1997 med Nederland/Flandern som vertskap.
Professor Solberg kommenterer den lave norske deltagelsen denne gang med å understreke at NFIM må være mer aktiv i koordineringen av deltakelsen fra Norge. Han refererer videre:

En vesentlig del av konferansen omhandlet epidemiologi, diagnostikk, behandling og forebyggende tiltak mot hiv-infeksjon. Dr. Benjamin Nkowane fra WHO, Geneve ga en oversikt over hiv-situasjonen på verdensbasis. Spesielt er situasjonen meget alvorlig i Sub-Sahara landene i Afrika der nærmere 10 mill mennesker antas smittet med hiv, og der forekomsten av hiv-positive individer i flere befolkningsgrupper er så høy som 20%. Situasjonen blir ytterligere alvorlig når en vet at forekomsten av tuberkulose øker jevnt i hiv-epidemiens fotefar i utviklingslandene.

I Edinburg har det i flere år vært en betydelig spredning av hiv blant intravenøse stoffmisbrukere på grunn av bytte av sprøyter. For å redusere spredningen ble liberal forskrivning av metadon (per oralt) innført og opprettelse av daginstitu-sjoner for intravenøse stoffmisbrukere etablert. Dette har i de siste 6-7 årene ført til en dramatisk reduksjon av hiv-spredningen i denne befolkningsgruppen, men trolig en økning av antall narkomane. Den liberale forskrivningen av metadon (alle leger kan forskrive metadon til stoffmisbrukere) i Edinburg ble mye diskutert. En mer restriktiv forskrivning f.eks. ved spesielle leger og nøye kontroll av de narkomanes bruk av medikamenter anbefales av de fleste.

Forekomsten av hiv i de nordiske land, England og Nederland/Belgia ble diskutert. Metoder for "screening" og forebyggende tiltak varierer noe mellom landene. Særlig gjelder dette anvendelse av metadon, utdeling av sterile sprøyter til intravenøse stoffmisbrukere og screening av spesielle befolkningsgrupper f.eks. gravide. I Nederland nekter f.eks. 7% av de gravide hiv-

testing. De fleste av disse er utlendinger.

Flere foredrag omhandlet immunforsvaret ved hiv-infeksjoner, behandling av opportunistiske infeksjoner spesielt toxoplasmose, mykobakterie-infeksjoner og CMV. Flere faktorer antas å influere på forløpet av hiv-infeksjon, særlig CMV. Dette støttes blant annet av samtidig påvisning av hiv og CVM i vevene fra ca. 60% av pasientene med hiv-infeksjon. Muligens kan forebyggelse og behandling av CMV-infeksjonen alene, forsinke forløpet av hiv-infeksjonen.

Andre viktige emner på denne konferansen var den fremtidige forebyggelse av infeksjoner ved bruk av nye eller bedre vaksiner f.eks. mot varicella-zoster virus, enteropatogene *Eschericia coli*, gruppe B meningokokker og CMV. Mer utstrakt bruk av pneumokokkvaksine til individer over 65 år antas å redusere forekomsten av pneumoni betydelig (foreslått i Finland) og vil høyst sannsynlig være kostnads-effektivt. Sannsynligvis kan flere vaksiner enn i dag kombineres / gis samtidig.

I separate sesjoner ble utdannelsen av fremtidens infeksjonsklinikere og medisinske mikrobiologer diskutert, viktige tiltak for å bedre antibiotika-bruken i Europa ble omtalt og dessuten ble behandlingen av alvorlige infeksjoner som sepsis, meningitt og nekrotiserende fasciit diskutert. Den siste sykdommen hadde på forhånd vært viet en god del oppmerksomhet i engelsk og skotsk TV og presse på grunn av flere dødsfall de siste månedene. En undersøkelse fra Norge (Bergen) som ble lagt frem på kongressen, bidro til å øke interessen for alvorlig GAS-infeksjon særlig hos en rekke reportere/journalister, og sykdommen ble viet vel mye oppmerksomhet i presse og TV før en rekke leger i Norge, U.K. og USA kom til med sine opplysninger og brakte mer ro i saken.

Bergen 31.05.94

Claus Ola Solberg (sign.)

Kongresser og møter

18-20 mai 1995.
European Society of Chemotherapy - Infectious Diseases and Sociètè de Pathologie Infectiense de Langue Francaìse.
Paris, Frankrike. Kontakt: Congress Secretariat, ICA, 4 Villa d'Orlèans, F-74014 Paris, France.

4-8 juni 1995.
22nd Annual Educational Conference and International Meeting APIC'95.
Las Vegas, Nevada. Kontakt: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc.

27-29 juni 1995.
2nd International Conference on Sepsis in the ICU: A Masterclass Symposium.
Maastericht, Nederland. Kontakt: Castle House Conferences, 28-30 Churc Rd., Tunbridge Wells, Kent TN1 1JP, England.

16-21 juli 1995.
19th International Congress of Chemotherapy.
Montreal, Canada. Kontakt: ICC Secretariat, 205 Viger Ave. West, Suite 205, Montreal, Quebeck H2Z 1G2, Canada.

17-20 september 1995.
35th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemo-therapy.
San Fransisco, CA, USA. Kontakt: Meetings Department, American Society for Microbiology, 1325 Massachusetts Ave., N.W., Washington, DC 20005-4171,USA.

5-8 oktober 1995.

..fra Dagbladet 10.02.95:

Kiri te Kanwa til Bergen

Festspillene i Bergen har fått kjempefangst: den 25. mai står verdensstjernen Kiri te Kanwa på scenen "unplugged" i Grieghallen.

Men Kiri te Kanwa er ikke den eneste stjerne som ankommer Bergen 25. mai. Fra inn- og utland, fra flo og fjære, fra fjell og dypen dal vil infeksjonsmedisinere, mikrobiologer og andre infeksjonsinteresserte leger komme til Bergen for å feire at

NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN FYLLER 20 ÅR.

Invitasjoner med program og påmeldingsblanketter etc. vil snarlig bli sendt til medlemmene, men vi kan røpe at programmet knallåpner med jazzaften på Bergen Tracteursted om kvelden 25. mai (Kristi Himmelfartsdag). Neste morgen starter et stjernespekket faglig program, som varer til over lunch lørdag 27. mai. Innimellom skal vi ha en innholdsrik jubileumsfest, og ved avslutningen lørdag ettermiddag, byr vi på en kulturhistorisk godbit. Vi regner med at det blir trangt om plassen. Derfor et godt råd: Vær raskt ute med påmelding når invitasjonen kommer!

Hilsen
JUBILEUMSKOMITEEN v/ Bjørn Myrvang

****

hipphurrajamåvilevegratulerermeddagen

*****

RAPPORT FRA 1. NORDISKE-BALTISKE KONGRESS OM INFEKSJONSSYKDOMMER, TARTU, ESTLAND 5. - 7. MAI 1994.

Professor Are Næss, tidligere formann i NFIM i 4 år, refererer her fra en kongress for nordiske og baltiske infeksjonsmedisinere. Kongressen ble planlagt av professor Bjarne Bjorvatn ved Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen og Professor Mattis Maimets, Universitetet i Tartu. Næss karakteriserer samarbeidsprosjektet som meget vellykket, og oppsummerer i det følgende endel forhold ved helsevesenet i de baltiske land, spesielt hva angår den infeksjonsmessige situasjonen.

Infeksjonssykdommer i Baltikum.

Det er lett å glemme at det ikke er 40 år siden malaria ble utryddet fra de baltiske land. Også på andre måter representerer disse land en annen situasjon enn de nordiske. Bl.a. foregår det en alvorlig epidemi av ***difteri***. I Latvia har 107 pasienter hatt difteri fra epidemien startet i 1986, 13 av disse er døde. Av 16 som ble syke i april

1994 er 2 døde. Det er tre hovedårsaker til epidemien: mange uvaksinerte og derved smittbare voksne, en stor sirkulasjon av immigranter og turister, samt manglende erfaring i diagnostikk. I Latvia er det nå startet generell vaksinering av den voksne befolkning.

Også ***tuberkulose*** har økt sterkt i Baltikum og har nå en insidens på mellom 25 og 45 pr. 100 000. I Latvia har det vært en økning fra 716 tilfeller i 1989 til 868 i 1993. Alarmerende er det også at dødeligheten har økt, bl.a. i sammenheng med fremvekst av bakterier som er resistente mot tuberkulostatika. Også den AIDS-epidemi som nå har kommet til de baltiske land bidrar til dette. I tillegg er mange tbc-pasienter alkoholikere og forsvinner fra behandlingen etter kort tid.

I Baltikum, og forøvrig også i Russland, har det vært eksplosjonsaktig økning i tilfeller av ***gonoré*** og ***syfilis*** i 1993. Dette gjør at man må stille spørsmålstegn ved de oppgitte tall for hiv-infeksjon i de baltiske land, som helt klart må være for lave.

Helsevesenet i de baltiske land er sannsynligvis overdimensjonert, og det foreligger ingen lege-mangel, snarere overproduksjon. Det er medisinske fakulteter / akademier i Tallinn og Tartu i Estland, i Riga Latvia samt Kaunas og Vilnius i Litauen og opptaksbegrensninger er innført. Imidlertid er det en svær svikt på utstyrs-siden, i det det mangler både behandlingsutstyr, reagenser og medikamenter. Når et universitets-sykehus ikke har anledning til å drive anaerob bakteriedyrkning, har dette ikke bare akademisk interesse, men innebærer at bl.a. pasienter med livstruende sepsis ikke kan få den beste behandlingen.

(forts. på side 8)

** FAGLIGE UTTRYKK **

En liten veiledning for fremtidige artikkelforfattere.....

• It has long been known....	Jeg har ikke giddet å finne frem originalkilden.
• It is suggested that...	Jeg vil foreslå at .....
• It is believed that...	Jeg tror at....
• It may be that...	For å tenke litt høyt ...
• It is generally believed that...	Et par andre personer er enige med meg.
• .. of great theoretical and practical importance....	...interessant for meg personlig.
• While it has not been possible to provide definite answers to these questions..	Forsøket / eksperimentet virket ikke, men jeg regner med å få en publikasjon ut av det
• The other results will be repeated at a later date.	Jeg kan kanskje få TO publikasjoner ut av det.
• Typical results are shown...	De beste resultatene er...
• It might be argued that...	Jeg skal komme med denne innvendingen selv, for jeg har et så godt svar på den.
• It is hoped that this work will stimulate further work in this field.	Denne rapporten er ikke særlig god, men det er heller ikke de andre som er skrevet om dette emnet.
• Thanks are due to Clark for assistance and to Jones for valuable discussion.	Clark utførte arbeidet, og Jones fortalte meg hva det hele betydde.

VEILEDNING FOR FORFATTERE

Artikler og andre bidrag til "Pestposten" skal sendes til ansvarlig redaktør. Manuskriptene ønskes levert i Word Perfect eller Word tekstbehandlings-format, eller skrevet i DOS (ASCII) format. Bruk så lite redigeringskoder og spesialtegn som mulig. Helst ønskes bidrag levert på 3 1/2 " eller 5 1/4 " diskett, som vil bli returnert etter bruk. Papirbaserte bidrag må leveres med bred marg og dobbelt linjeavstand. Illustrasjoner må være i svart/hvitt, rene kopier i ca. dobbelt av endelig størrelse. Fotografier må være i sort-hvitt, og kan være ferdig rastet i endelig størrelse (i forhold til manus A4). For scanning bør de være litt større. Referanser skrives som angitt i veiledningen til "Tidsskrift for Norsk Lægeforening". Tidskriftnavn forkortes som angitt i "Index Medicus".

Doktorgradsreferat kan være på 1 til 1/2 side enkel linjeavstand. Referatet skal inneholde: 1) Overskrift = doktorgradens tittel, 2) doktorandens navn, aktuelle adresse og institusjonen hvor arbeidet er utført, 3) universitetet hvor disputasen er holdt og navn på opponent(er), 4) referat med hensynstagen til opponentens faglige innvendinger, 5) fulle referanser til avhandlingens delarbeider.

Abstract skrevet av nordmenn i utenlandske tidsskrifter kan være på 1/3 - 1/2 side, lengre abstracts kun etter avtale. Abstracts skal inneholde: 1) Overskrift = artikkelens tittel, 2) forfattere og tidskrift som i referansen over, 3) navn / adresse på forfatter som skal ha event. korrespondanse, 4) abstract, helst på norsk, skrevet for infeksjonsmedisinere.

Forskergrupper kan event. lage en synopsis av sitt arbeide, med nøyaktig referanseliste.

Foredrag holdt ved møter i regi av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin samt prisforedrag kan være på èn til flere sider etter avtale. Artiklene bør inneholde referanseliste og de beste illustrasjonene.

Meningsytringer, omtale av aktuelle problemer, eller andre korte bidrag av generell faglig interesse mottas gjerne. Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere / forkorte bidrag.

VEILEDNING FOR ANNONSØRER

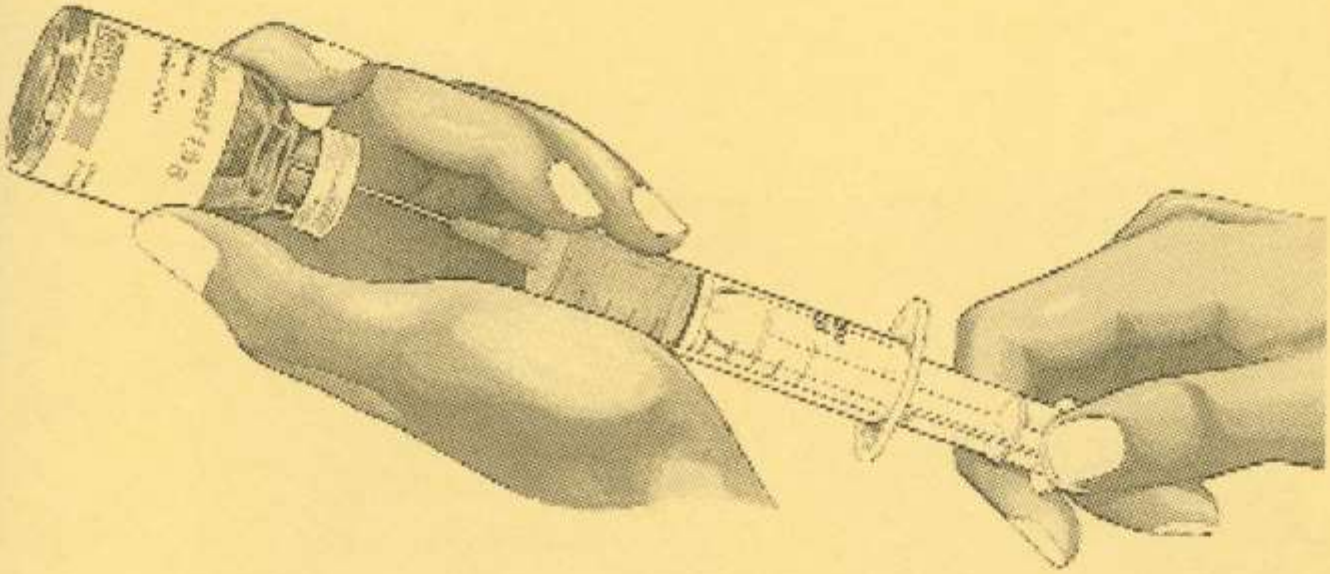
Vi er takknemlige for bidrag i form av annonser i "Pestposten". Bladet blir trykket i et opplag på ca. 300 og distribuert gratis til alle medlemmer av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin.

Annonsepris (sort/hvitt): kr. 1.500.- inkl. moms pr. 1/1 side. Omslagssider (2. side, nest siste og siste side) kr. 2.000.- inkl. moms. Prisene gjelder *ferdige* annonser.

Manusformat A4, positivt trykk på papir eller film. Husk at manuskriptet skal forminskes til C5 format. Vi må ta et forbehold om annonseplass i forhold til stoffmengden forøvrig.

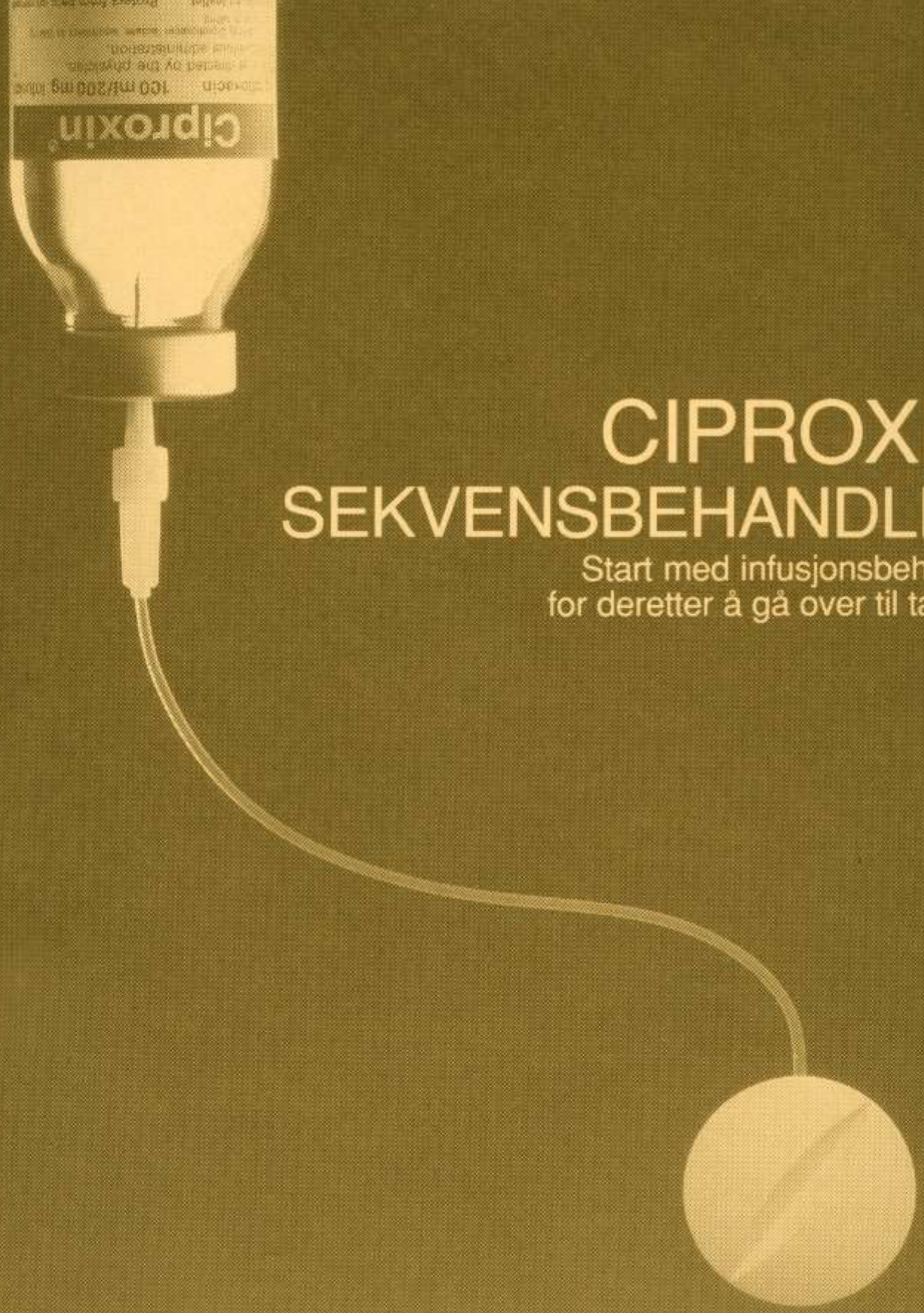
Zinacef®

Cefuroxim



Glaxo

Glaxo AS, Sandakervn. 114A, Postboks 4312 Torshov,
Telefon: 22 15 19 45, Telefax: 22 15 67 61



CIPROXIN®
SEKVENSBEHANDLING

Start med infusjonsbehandling
for deretter å gå over til tabletter.

Ciproxin®
Ciprofloxacin

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen

Bayer

Bayer Norge A.s
Postboks 114, 1483 Skytta