

Påvirker behandling mot innvollsorm atopisk sykdom?

Forhøyet IgE-nivå er knyttet til allergisk astma og annen atopisk sykdom, men også til parasittoser. Flere studier tyder på at kronisk tarmparasittose kan beskytte mot allergi og atopisk sykdom, mens andre studier tyder på det motsatte (1).

Tarmparasittose er utbredt i mange tropiske land. Studier fra Venezuela og Gabon (i Afrika) har vist økt atopisk reaktivitet mot aktuelle allergener hos barn etter behandling mot tarmparasitter. I en klyngerandomisert studie i Ecuador, derimot, utviklet ikke barn som fikk behandling mot tarmparasitter oftere økt atopisk reaktivitet (målt ved prikktest) eller klinisk allergi enn dem som ikke fikk slik behandling. Studien, som nylig er publisert i *The Lancet* (2), omfattet nesten 2 400 barn, hvorav om lag halvparten fikk sju behandlinger med peroral albendazol i løpet av 12 måneder. De øvrige fikk ingen behandling. Effekten på tarmparasittose var meget god.

Studien fra Ecuador utelukker likevel ikke at innvollsorm gir beskyttelse mot atopisk sykdom. Forekomsten av innvollsorm før behandling var lavere enn i studien i Gabon, og oppfølgningstiden (ett år) kan være for kort til å fange opp en økning i forekomsten av atopisk sykdom. Studier med personer som emigrerer fra fattige til rike land tyder på at det tar mange år før endringer i livsstil fører til endringer i immunresponsen overfor allergener. Den såkalte hygienehypotesen, som i korthet går ut på at kroniske infeksjoner og infestasjoner beskytter mot allergi, står fortsatt ved lag.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Lau S, Matricardi PM. Worms, asthma, and the hygiene hypothesis. *Lancet* 2006; 367: 1556–7.
2. Cooper PJ, Chico ME, Vaca MG et al. Effect of albendazole treatments on the prevalence of atopy in children living in communities endemic for geohelminth parasites: a cluster-randomised trial. *Lancet* 2006; 367: 1598–603.

Etablering av moderne hjertekirurgi i Bosnia

Et internasjonalt initiativ under krigen på Balkan hadde som formål å utvikle et senter for hjertemedisin og hjertekirurgi i Bosnia-Hercegovina. Økonomisk støtte ble skaffet lokalt og fra Norge og USA, og helsepersonell ble utdannet i USA, Kroatia og Norge. Man startet opp med hjertekateterisering og hjertekirurgi i 1997, og aktiviteten har siden økt år for år. Resultatene har vært tilfredsstillende og på nivå med de norske, unntatt for kombinerte klaffe- og koronaroperasjoner.

Bosnia-Hercegovina var inntil 1992 en jugoslavisk delrepublikk. Avansert medisinsk behandling ble stort sett ikke utført i republikken, til tross for et innbyggertall på nærmere fire millioner. De som trengte hjertekateterisering eller hjertekirurgi måtte henvises til sentre i Serbia, Kroatia eller Slovenia, i enkelte tilfeller til USA eller land i Vest-Europa. Dette førte til at betydelige midler knyttet til diagnostikk og behandling av hjertesykdom forsvant ut av landet.

Krigen i Bosnia-Hercegovina ødela infrastrukturen og reduserte nasjonalproduktet radikalt, slik at det ble færre ressurser tilgjengelig for helsevesenet (1). Nesten 200 000 mennesker mistet livet som følge av krigshandlinger og massedrap. Omtrent en tredel av infrastrukturen i helsevesenet ble ødelagt, og 30 % av helsearbeiderne ble drept eller flyktet (1). Etter krigen ble kardiiovaskulær sykdom på ny dominerende dødsårsak. Tilgangen til medisinske undersøkelser og behandling var dårlig. Før krigen var det i Jugoslavia en universell helseforsikring (1). Yrkesaktive personer var da dekket gjennom en arbeidsgiveravgift, pensjonister gjennom statstilskudd og andre gjennom spesielle forsikringsfond. Etter krigen stod store deler av befolkningen uten forsikring pga. arbeidsløshet og fordi næringslivet i stor grad opererte i gråsoner og ikke betalte forsikringspremier (2). Dårlige betingelser for helsearbeidere og offentlig ansatte førte til utbredt korrupsjon og bruk av bestikkelser (3).

Fredsavtalen i Dayton, USA, i 1995 innebar at landet ble delt i to deler med hver sin regjering og eget ansvar for offentlige helsetjenester: «Føderasjonen», kontrollert av bosnjaker og kroater, og «Den serbiske republikken», kontrollert av serbere. I den overordnede statsadministrasjonen fantes det intet departement med ansvar for helse. I «Føderasjonen» var helseansvaret fordelt på kantoner (fylker), mens det i «Den ser-

biske republikken» var et sentralt departement for helse spørsmål.

Da krigen på Balkan startet i 1991, tok Norge en aktiv rolle i FN og ved bilaterale tiltak. I 1993 etablerte vi et feltsykehus i Tuzla, en mellomstor industriby som med omland har omtrent en million innbyggere. Feltsykehuset var en del av det norske bidraget til den multinasjonale FN-styrken og samarbeidet med byens universitetsklinikk. Ett av de fire medisinske fakultene i Bosnia-Hercegovina er basert i byen.

Ved det norske sykehuset fikk flere enn 1 000 sivile kirurgisk behandling som det ikke var mulig å utføre ved universitetsklinikken grunnet krigstilstanden. Det ble blant annet implantert pacemakere donert fra USA. Flere barn fikk utført hjertekateterisering og ultralydundersøkelse, og fem ble senere operert ved Rikshospitalet i Oslo. Samarbeidet ved feltsykehuset i Tuzla førte til at en norskamerikansk kirurg og en bosnisk kirurg ble enige om å iverksette en langsiktig plan for å skaffe befolkningen tilgang til moderne hjertebehandling. Slik begynte samarbeidet mellom Tuzla, Buffalo (USA) og Oslo.



Hovedbudskap

- Etter krigen på Balkan ble det bygd opp et senter for hjertekirurgi i Bosnia-Hercegovina, med støtte fra USA og Norge
- Senteret har gode resultater, men behandlingsvolumet er fremdeles for lite
- Senteret er akseptert av alle etniske grupper og har ført til til økende kontakt gruppene imellom
- Vellykkede helseprosjekter kan bidra til økende integrasjon i politisk og etnisk splittede samfunn