

N A R O D N I Z D R A V S T V E N I L I S T

GODINA LXII, broj 720-721/2020

SIJEČANJ / VELJAČA ■ CIJENA

7,00 kn ■ ISSN 0351-9384 ■

Poštarina plaćena u pošti 51000 Rijeka

ZDRAVO DJETINJSTVO

Jedini put
u budućnost



NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

dvomjesečnik za unapređenje
zdravstvene kulture

IZDAJE

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO
ZDRAVSTVO PRIMORSKO-
GORANSKE ŽUPANIJE U SURADNJI
S HRVATSKIM ZAVODOM
ZA JAVNO ZDRAVSTVO

ZA IZDAVAČA

Prof.dr.sc. Vladimir Mićović, dr.med.

UREĐUJE

Odjel socijalne medicine
Odsjek za zdravstveni odgoj
i promociju zdravlja

REDAKCIJSKI SAVJET

Doc.dr.sc. Suzana Janković, dr.med.;
Nikola Kraljik, dr.med.; prof.dr.sc.
Vladimir Mićović, dr.med.; doc.
dr.sc. Sanja Musić – Milanović,
dr.med.; Ankica Perhat, dipl.oec.;
Tibor Santo, dr.med.; Vladimir
Smešny, dr.med.; prim.mr.sc.
Ankica Smoljanović, dr.med.

UREDNIKA

Doc.dr.sc. Suzana Janković, dr.med.

LEKTORICA

Vjekoslava Lenac, prof.

GRAFIČKA PRIPREMA I OBLIKOVANJE

Novi list d.d. / Ingrid Periša

FOTOGRAFIJE: iStockphoto

TISAK

Kerschoffset Zagreb d.o.o.

UREDNIŠTVO

Radojka Grbac, bacc.paed.
Nađa Berbić
51 000 Rijeka, Krešimirova 52/a
tel. 21-43-59, 35-87-92
fax 21-39-48
<http://www.zzjzpgz.hr> (od 2000.g.)

Godišnja pretplata 36.00 kn
Žiro račun 2402006-1100369379
Erste&Steiermarkische Bank d.d.

“NZZ” je tiskan uz potporu
Primorsko-goranske županije i
Odjela gradske uprave za zdravstvo
i socijalnu skrb Grada Rijeke.

SADRŽAJ

VLADIMIR SMEŠNY DR. MED.

Zaštita zdravlja djece.....3

PEDIJARIJA

Zdravlje djece jedini
put do budućnosti.....4

POVIŠENA TJELESNA
TEMPERATURA

Vrućica nije uvijek opasna.....6

PROBAVNI PROBLEMI

Proljev i povraćanje česti
pratitelji dječje dobi.....8

URTIKARIJA

Dječja koža osjetljiva,
ali osipi najčešće nisu opasni.....11

ZATVOR U DJEČJOJ DOBI

Opstipacija pogađa
svako treće dijete12

POREMEĆAJI MOKRENJA
ČESTI U DJECE

Uz dijagnostiku i terapiju, pomaže
i “škola mokrenja”.....14

INFEKCIJE MOKRAĆNOG
SUSTAVA

Teške posljedice kasnog
liječenja.....16

OSIPI

Najčešći pratitelji dječjih
zaraznih bolesti.....18

POREMEĆAJI SPAVANJA

Zastoj disanja u snu
ugrožava dječje zdravlje.....20

EPILEPSIJA

Ohrabriti oboljele da odrastu
bez okova stigme i zabrana.....22

GRUDNA BOL

Kod djece česta, ali rijetko
opasna bol u grudima.....24

BOLESTI TIROIDNE ŽLJEZDE

Štitnjača - čuvarica
cijelog organizma.....26

CISTIČNA FIBROZA

Dva gena određuju pojavu
bolesti.....28

ONKOLOŠKE BOLESTI

Rak nije smrtna presuda.....30

UMETAK

STRANA TIJELA U PROBAVNOM
SUSTAVU

Gutanje predmeta rijetko i najčešće
bezopasno

O ZDRAVLJU UKRATKO

Kako pravilno čistiti nos?



Piše
Vladimir Smešny
dr. med.



ZAŠTITA ZDRAVLJA DJECE

Za zaštitu zdravlja djece posebno je pogubna “epidemija” novonastalog nepovjerenja u cijepljenje, ničim, a kamoli znanstvenim opravdanjima, potkrijepljena. Ako se govori o Europi, kojoj bismo svi trebali spoznajno pripadati, pored “bijele kuge” (veće umiranje nego rađanje), povratak na povećanu smrtnost djece civilizacijska je sramota. Radi li se tu i o krivičnim djelima, neka sude druge djelatnosti

Pod pojmom “djeca”, u najširem smislu, podrazumijeva se dob od rođenja do punoljetnosti, kad se počinje koristiti pojam “odrasli”. U najširem biološkom smislu, dječje doba je doba rasta i razvoja ili, jednom riječju, “odrastanje”. To doba određuju i opći te posebni zdravstveni rizici. Nekoć, a nažalost za neke (cijele kontinente) i danas, to je doba natprosječne smrtnosti.

Zaštitom zdravlja općenito, pa tako i djece (u razvijenijim društvima), bavi se zdravstvena zaštita, odnosno zdravstvena djelatnost. Kada dođe do spoznaje da je narasla složenost, zdravstvena djelatnost odgovara tako da teži usmjerenju i ograničenju koje zovemo specijalizacija. Sljedeći korak je supspecijalizacija. Tako se pred oko dva stoljeća pojavila “pedijatrija” (grč. – liječenje djece). Kao i kod drugih specijalnosti, početak je najčešće onaj bolnički (stacionarni, klinički). Slijedi izdvajanje “vanbolničkog” (ambulantnog) dijela, koji preuzima i sve preventivne postupke i akcije.

Kako razvijena društva pretpostavljaju da se dio odrastanja povezuje i s obrazovanjem sve do odrastanja (sveobuhvatno), tako se iz pedijatrije razvila i izdvojila specijalnost koju zovemo “školska medicina”, koja bi se također trebala pretežno baviti preventivnim nadzorom nad rastom i razvojem.

Nakon uvoda o općim organizacijskim pojmovima, nekoliko riječi o samo nekim budućim dilemama iz područja zabrinutosti.

Povećana smrtnost djece - civilizacijska sramota

Prva je dilema, ona najavljena u Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, povećanje raskoraka između broja korisnika zdravstvene zaštite, odnosno povećanja i proširenja potreba, i smanjivanja broja mladih ljudi koji su spremni posvetiti se na svim kvalifikacijskim razinama

Razbijena sustavna pedijatrijska skrb

Odustajanje od organiziranog pristupa “primarnoj zdravstvenoj zaštiti”, odnosno de facto ukidanje institucije Doma zdravlja, izazvalo je u nas krizu i “vanbolničke” pedijatrije, koja je dublja od opće, odnosno krize zdravstvene zaštite odraslih. Povratak “opće” ili tzv. “obiteljske medicine” na “osobno poduzetništvo” povratak je u XIX. stoljeće, neovisno o znanju i trudu pojedinaca koji ne mogu nadomjestiti sustav.

zdravstvenoj djelatnosti. Druga, za zaštitu zdravlja djece posebno pogubna, jest “epidemija” novonastalog nepovjerenja u cijepljenja, ničim, a kamoli znanstvenim opravdanjima, potkrijepljena. Ako se govori o Europi, kojoj bismo svi trebali spoznajno pripadati, pored “bijele kuge” (veće umiranje nego rađanje), povratak na povećanu smrtnost djece civilizacijska je sramota. Radi li se tu i o krivičnim djelima, neka sude druge djelatnosti.

Snaga solidarnosti u zdravstvenom osiguranju

Treća pojava, koja iz temelja potresa potrebnu razinu solidarnosti kad je zaštita zdravlja djece u pitanju, jest vrtoglavo povećanje cijena mnogih, novih, uspješnijih načina liječenja pojedinih bolesti dječje dobi. Pod pojmom solidarnost



krije se “snaga” osnovnog, dopunskog i ostalih razina zdravstvenog osiguranja, a ne “prigodna” solidarnost rođaka, susjeda, uže i šire zajednice, jednom riječju milosrđe. Sjaj i bijeda “privatnog” umjesto “javnog” kad su djeca u pitanju može biti jako bolna... Nesreća za zajednicu donekle je manja jer se radi o rijetkim ili vrlo rijetkim bolestima, ali nimalo manja direktno pogođenima. I ovom prilikom treba naglasiti neopravdanost odgađanja uvođenja ozbiljnog i primjerenog zdravstvenog odgoja i obrazovanja kao prilog “zdravstvenoj samozaštiti”. Znanje je uvijek najmanje skupa, bar djelomična zaštita od prijetećih i vrlo izvjesnih apsolutnih i relativnih poskupljenja u sustavu zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, ali i od prijeteće nove i povećane osobne novčane participacije kad troškovi nastanu.

PEDIJARIJA



ZDRAVLJE DJECE

jedini put do budućnosti

Piše
Prof. dr. sc. prim.

Jelena Roganović, Predstojnica Klinike
za pedijatriju

Pedijatrija je grana medicine koja je definirana objektom svog interesa – djetetom, od začeća do kraja mladenaštva. Dok se u drugim granama medicine proučavaju određene bolesti ili organski sustavi, pedijatrija je jedinstvena medicinska disciplina koja proučava sva fiziološka i patološka stanja u djece kao u najosjetljivijeg segmenta ljudskoga društva. Djeca, naime, nisu “odrasli u minijaturi”, nego rastu i razvijaju se s brojnim anatomskim i fiziološkim specifičnostima koje ih razlikuju od odraslih, to više što je dijete mlađe. Stoga pedijatrija zahtijeva i posebnu izobrazbu liječnika specijalista

i poseban nastavni predmet na medicinskim fakultetima. Socijalni aspekti i prevencija (sprječavanje bolesti) zadiru u sva područja suvremene pedijatrije, a medicinska genetika ima sve širu praktičnu primjenu. Za daljnji razvoj pedijatrije važan je razvoj pojedinih disciplina – pedijatrijskih supspecijalnosti, čiji se broj stalno povećava.

Iako briga za zdravlje djece datira od najstarijih vremena, pedijatrija se kao posebna struka odvojila tek početkom XIX. stoljeća. Prva dječja bolnica osnovana je u Parizu, 1802. godine (Hôpital des Enfants Malades). Prvu dječju ustanovu u Hrvatskoj osnovao je Kalman Sezgö, 1897. godine, u Opatiji, pod nazivom “Kindersanatorium”. Prvi pedijatar u našoj zemlji bio je dr. Radovan Marković, koji je 1904. godine osnovao prvi dječji odjel u Bolnici

milosrdnih sestara. Prvi pročelnik Katedre za pedijatriju na Medicinskom fakultetu u Zagrebu bio je prof. dr. Ernest Mayerhofer (1923.), pod čijim je vodstvom otvorena Dječja klinika Šalata.

Bolesna djeca na Kantridi od 1949. godine

Prvi podaci o zbrinjavanju bolesne djece u Rijeci potječu iz dvadesetih godina prošloga stoljeća, kada su se na internom odjelu bolnice, smještene u zgradi bivše Pomorske vojne akademije, pojedinačno primala starija djeca. U bivšoj nadvojvodskoj vili Josipa I. na Kantridi osnovana je 1924. godine dječja kolonija (La colonia Marina), koja je bila namijenjena oporavku slabo uhranjene, anemične i rahitične siromašne djece. Bolnica “Kantrida” osnovana je 1949. godine, u adaptiranim prostorima

dječje kolonije, kao ustanova specijalizirana za liječenje dječje koštano-zglobne tuberkuloze, a od 1962. godine ima status Klinike za dječje bolesti.

"Bolnica - prijatelj djece" ima dva nacionalna referentna centra

Današnja Klinika za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Rijeka pruža visoku razinu zdravstvene zaštite djeci i adolescentima, od rođenja do navršених 18 godina života. Kliniku čini pet zavoda:

- Zavod za intenzivno liječenje i neonatologiju (s Odjelom za intenzivno liječenje djece i Odjelom za intenzivno liječenje novorođenčadi)
- Zavod za hematologiju, onkologiju i kliničku genetiku
- Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju, endokrinologiju i nefrologiju
- Zavod za kardiologiju, pulmologiju, reumatologiju, alergologiju i imunologiju
- Zavod za neurologiju i dječju psihijatriju.

Godišnje je na razini Klinike više od 3 300 bolničkih prijema, 9 500 obrada u dnevnoj bolnici i tridesetak tisuća pregleda u polikliničko-konzilijarnoj službi.

Za postignute rezultate u humanizaciji bolničkog liječenja djece, Klinika za pedijatriju od 2006. godine ima naziv "Bolnica - prijatelj djece". Ministarstvo zdravstva dodijelilo je Klinici nazive dvaju referentnih centara: Referentni centar za epilepsije i konvulzivne bolesti razvojne dobi te Referentni centar za pedijatrijsku pulmologiju. Veći broj djelatnika Klinike uključen je u nastavu i obrazovanje zdravstvenog



Briga o najmlađima i najosjetljivijima prioritet

Briga o zdravlju djece naš je prioritet. Svjesni smo da preuzimanjem brige za zdravlje najmlađe i najosjetljivije populacije u velikoj mjeri utječemo na zdravlje iduće generacije odraslih. Uz integriranu stručnu, nastavnu i znanstvenu djelatnost, kontinuirano ulažemo napore u poboljšanje uvjeta liječenja djece, nabavu nove opreme, edukaciju zdravstvenog osoblja, ali i roditelja. Stoga smo u ovom tematskom broju pripremili članke koji obrađuju češća bolesna stanja u pedijatriji. Nadamo se da će biti od koristi za roditelje i privući zanimanje šireg kruga čitatelja.

kadra na sveučilištima i visokim učilištima u Hrvatskoj i susjednim zemljama. U Klinici se provodi program specijalističkog usavršavanja iz pedijatrije, u trajanju od pet godina, i supspecijalističkog školovanja iz raznih područja pedijatrije. Na lokalitetu Kantrida, osim Klinike za pedijatriju, nalazi se i Klinika za dječju kirurgiju, Odjel za fizikalnu i

rehabilitacijsku medicinu dječje dobi, Odjel dječje radiologije, Odjel za laboratorijsku djelatnost dječje dobi, konzilijarna služba dječje psihologije, specijalistička anesteziološka ambulanta, ambulanta dječje ortopedije, dječji vrtić (Centar predškolskog odgoja Zamet), škola (Osnovna škola Kantrida) i socijalni radnik.

NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

PRETPLATA



Ako se želite pretplatiti na Narodni zdravstveni list, dovoljno je da nazovete tel. broj 051/214 359, 358 792 ili pošaljete dopisnicu sa svojim podacima (ime, prezime, adresa) u

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE

Odjel socijalne medicine

Krešimirova 52a, 51 000 Rijeka

POVIŠENA TJELESNA TEMPERATURA



VRUĆICA

nije uvijek opasna

Čest pratitelj dječjih bolesti, povišena tjelesna temperatura ujedno je i korisna jer pomaže imunološkom sustavu u borbi protiv infekcije, treba samo znati kada i kako ju snižavati te kada tražiti liječničku pomoć

Piše

Prof. dr. sc. prim.

Jelena Roganović, dr. med.,
Predstojnica Klinike za pedijatriju

Vrućica ili febrilitet najčešći je razlog dolaska djeteta liječniku i vrlo čest razlog zabrinutosti roditelja. Normalna je tjelesna temperatura u djece između 36,5 °C i 37,5 °C. Tjelesna temperatura varira tijekom dana (za 0,5 °C viša je u večernjim satima), a ovisi i o tjelesnoj aktivnosti, dobi djeteta i temperaturi okoline. Stoga nemojte brinuti ako kod vašeg djeteta primijetite takve varijacije tjelesne temperature.

Simptom, a ne bolest

Vrućica je povišenje tjelesne temperature iznad 38,0 °C. Vrućica je simptom, a ne bolest. Često je korisna jer pomaže imunološkom sustavu u borbi protiv infekcije, stoga ne treba snižavati svaku povišenu tjelesnu temperaturu djeteta. Razlozi vrućice su brojni, a najčešće su virusne infekcije: dišne (tada su vrućici pridruženi iscjedak iz nosa, grlobolja, promuklost, kašalj i slično), probavne (često uz povraćanje, bolove u trbuhu i proljev) ili druge (npr. gripa, vodene kozice). Rjeđi su uzrok vrućice bakterijske infekcije (mokraćnih putova, ždrijela, srednjeg uha, pluća), a vrlo rijetko autoimune, sistemske i zloćudne bolesti. Za vrijeme nicanja zuba čest je blagi porast tjelesne temperature. Vrućica se može zapaziti nakon cijepljenja i kod uzimanja lijekova, ali i zbog dehidracije ili

Najvažnije preporuke

Nadoknada tekućine, uz lijekove i fizikalne metode, izuzetno je važna u snižavanju povišene tjelesne temperature djeteta.

Nikada nemojte pregrijavati dijete! Primjena alkohola, eteričnih ulja ili sličnih tvari može biti opasna.

Djeci mlađoj od 18 godina zabranjeno je davati aspirin.

Antibiotik ne snižava povišenu tjelesnu temperaturu. Ako ga dijete uzima zbog bakterijske infekcije, vrućica može biti prisutna prvih dana terapije i tada, uz antibiotike, trebate primjenjivati antipiretike.

Ako je vaše dijete imalo febrilne konvulzije, liječnik će vam dati detaljne upute o provođenju energičnih antipiretskih mjera.

predugog boravka na suncu. Febrilno dijete mirnije je ili plačljivo, zažarenog lica ili blijedo, oči su zacakljene. Naglo povišenje tjelesne temperature obično prati zimica: djetetu je hladno i drhti, koža je hladna i bljeđa, posebice dlanovi i tabani ("čelo vruće, ruke hladne"), otkucaji srca i disanje ubrzani su. Ponekad je prisutna tresavica, snažno drhtanje tijela, često praćeno cvokotanjem zubića, i to uvijek treba shvatiti ozbiljno.

Pravilno mjerenje tjelesne temperature

Uvijek kod kuće imajte toplomjer! Najčešće se koriste klasični, digitalni i infracrveni toplomjeri, a rjeđe električni, "duda varalica" i drugi. Svaka vrsta toplomjera ima svoje prednosti i mane. Izmjerene vrijednosti među toplomjerima mogu varirati od 0,5 °C do 1,0 °C. Skuplji toplomjer ne znači da je i bolji.

Klasični toplomjeri vrlo su pouzdani i po cijeni pristupačni. Sadrže obojeni alkohol ili bezopasnu mješavinu galija i indija (prema direktivi Europske unije, živini toplomjeri nisu u prodaji od 2009. godine). Toplomjer se, bez pomicanja, treba držati s vrškom u pazušnoj jami djeteta 4 do 5 minuta. Izbjegavajte rektalno mjerenje temperature ("u guzu"), kod kojega se toplomjer se nježno umetne u djetetov anus dok vrh bude nevidljiv (6 do 12 mm) i drži dvije minute. Digitalnim toplomjerom temperatura se mjeri 10 do 60 sekundi (ovisno o preporuci proizvođača), a zvučni signal oglašava kraj mjerenja. Infracrveni toplomjer služi za mjerenje temperature u uhu i na čelu.

Najpouzdanije je mjeriti pod pazuhom

Tjelesna temperatura može se mjeriti ispod pazuha (aksilarno), u ustima (oralno), u anusu (rektalno), u uhu ili na čelu. U djetetu je najpouzdanije aksilarno mjerenje. Rektalno mjerena temperatura viša je za 0,5 °C od aksilarne. Mjerenje u uhu često je neprecizno, a kvaliteta digitalnih i infracrvenih toplomjera vrlo je različita. U djetetu je zabranjeno mjerenje tjelesne temperature u ustima.

Snižavanje temperature

Za snižavanje povišene tjelesne temperature koriste se lijekovi (antipiretici) i fizikalne metode. Antipiretici - ako je

aksilarno izmjerena temperatura viša od 38,0 °C (ako dijete dobro podnosi vrućicu, viša od 38,5 °C), primjenjuju se paracetamol i ibuprofen. Antipiretici su dostupni u obliku sirupa, tableta i čepića (supozitorija).

Paracetamol (Lupocet®, Panadol®, Eferalgan®) primjenjuje se u dozi od 10 do 15 mg/kg tjelesne mase, svakih 4 do 6 sati. Maksimalna dnevna doza je 40 do 60 mg/kg. Paracetamol snižava tjelesnu temperaturu za jedan do dva stupnja unutar dva sata od primjene.

Ibuprofen (Dalsy®, Neofen®, Ibuprofen Belupo®) primjenjuje se kod djece starije od 6 mjeseci, u dozi od 5 do 10 mg/kg, svakih 6 sati. Maksimalna dnevna doza je 40 do 60 mg/kg. Najveći učinak postiže se 2 do 4 sata od davanja.

Paracetamol i ibuprofen mogu se primjenjivati naizmjenično, u razmacima od 2 do 3 sata. U novije se vrijeme zagovara istovremena primjena tih lijekova u snižavanju vrlo visoke tjelesne temperature. Diklofenak (Voltaren®) čepić nije registriran za snižavanje tjelesne temperature u djetetu. Primjenjuje se samo prema uputi liječnika, u djetetu starije od 12 mjeseci. Važno je da uvijek u kući ili na putovanju imate antipiretik!

Za snižavanje visokih temperatura koriste se fizikalne metode. Standardna je metoda vlaženje djeteta spužvom natopljenom u mlakoj vodi, od čela do stopala. U nas se često savjetuju "mlake kupke" (uranjanje djeteta u kadu), ili tuširanje mlakom vodom, koje nisu standardni postupak. Temperatura vode treba biti 29 do 32 °C. Nikada ne uranjajte dijete u hladnu vodu. Osim što je djetetu vrlo neugodno, hladna voda izaziva drhtavicu i daljnje povišenje tjelesne temperature. Mlake kupke uvijek se kombiniraju s antipiretikom, koji treba dati djetetu 20 do 30 minuta prije kupke, da se omogući njegovo djelovanje. Alkohol se ne primjenjuje ni u kojem obliku! Alkohol se apsorbira kroz kožu ili se udišu alkoholne pare pa može uzrokovati trovanje. Ostale mjere borbe protiv vrućice obuhvaćaju: boravak u primjereno zagrijanoj i prozračenoj prostoriji (temperatura u prostoriji gdje dijete boravi ne treba biti viša od 22 °C), odijevanje djeteta u laganu pamučnu i prozračnu odjeću, djelomično razodijevanje djeteta i pokrivanje laganim prekrivačem.



Kad je liječnička pomoć nužna

Potražite pomoć liječnika u sljedećim stanjima:

- ◆ *Vrućica u dojenčeta mlađeg od 3 mjeseca,*
- ◆ *Vrućica > 38,0 °C dulje od 3 dana,*
- ◆ *Vrućica > 40,0 °C,*
- ◆ *Dijete se ponaša neuobičajeno, teško se budi, nemirno je ili djeluje zbunjeno,*
- ◆ *Dijete ima jaku glavobolju, ukočen vrat, smeta mu svjetlo i/ili zvukovi,*
- ◆ *Pojavio se crveni ili ljubičasti osip koji ne blijedi na pritisak,*
- ◆ *Dijete ubrzano i/ili otežano diše nakon snižavanja temperature,*
- ◆ *Dijete ima jake bolove u trbuhu,*
- ◆ *Vrućica u djeteta koje ima kroničnu bolest (npr. srčanu grešku, plućnu bolest, malignu bolest),*
- ◆ *Stanje djeteta pogoršalo se od posljednjeg posjeta liječniku,*
- ◆ *Snižavanje povišene tjelesne temperature otežano je unatoč adekvatnim mjerama.*

Ne trebate biti zabrinuti:

- ◆ *Ako vrućica (više od 38,0 °C) traje manje od 3 dana, a dijete je nakon sniženja tjelesne temperature raspoloženo te uzima hrani i tekućinu,*
- ◆ *Ako dijete ima blago povišenu tjelesnu temperaturu (povremeno do 38,5 °C) tijekom 5 dana,*
- ◆ *Kad je tjelesna temperatura kratkotrajno povišena nakon cijepjenja,*
- ◆ *Kad dijete odbija hranu, ali pije puno tekućine i obilno mokri.*



**PROBAVNI
PROBLEMI**

PROLJEV I POVRAĆANJE

česti pratitelji dječje dobi

Piše
Prof. dr. sc. prim.
Jelena Roganović, dr. med.,
Predstojnica Klinike za pedijatriju

Zašto djeca povraćaju? Povraćanje je izbacivanje želučanog sadržaja kojemu obično prethodi mučnina. Prisutno je kod probavnih bolesti, ali i brojnih drugih stanja. Jedan je od načina da dijete izbací potencijalno štetne tvari iz organizma. Bljuckanje u dojenčadi potrebno je razlikovati od povraćanja. Ako dojenče dobro napreduje na tjelesnoj masi i nema drugih tegoba, najčešće ima gastroezofagealni refluks, koji je u najmlađoj životnoj dobi fiziološka pojava. Ako dojenče u prva dva mjeseca života povraća u mlazu nakon svakog obroka, može imati prirođeno suženje probavne cijevi. Mala djeca mogu povraćati sekret koji se

stvara tijekom akutne infekcije dišnog sustava, jer ga ne znaju iskašljati. Najčešći je uzrok povraćanja u djece akutna crijevna infekcija (akutni gastroenteritis), a najčešći uzročnici su virusi (rotavirus, norovirus i adenovirus). Povraćanje obično počinje iznenada i prestaje nakon 24 do 48 sati. Drugi su znakovi crijevne viroze su mučnina, proljev, vrućica i bol u trbuhu. Uzročnici crijevnih infekcija mogu biti i bakterije (kampilobakter, salmonela) ili paraziti. Povraćanje može biti simptom trovanja hranom (zbog nepravilnog skladištenja ili obrade hrane). Povraćanje u djeteta koje izgleda teško bolesno, pospano je i ima vrućicu i/ili osip može značiti ozbiljnu bakterijsku infekciju. Povraćanje bez mučnine u jutarnjim satima, uz glavobolju, pospanost i/ili smetnje vida može ukazivati na ozbiljne procese u glavi. Povraćanje može biti simptom alergije na hranu,

Sve dok mjere, uobičajene za probavne infekcije ili bolesti, daju rezultate, dijete ne treba voditi doktoru, ali loše opće stanje i brza dehidracija alarm su za liječničku pomoć kad se može proširiti dijagnostička i terapijska obrada

upale sluznice želuca, upale slijepoga crijeva, upale gušterače i drugih bolesti, kada su obično prisutni i drugi simptomi. U slučaju (ne)namjernog uzimanja štetnih tvari (tablete, otrovi) ne preporučuje se

izazivanje povraćanja. Potrebno je odmah potražiti pomoć liječnika!

Zašto djeca imaju proljev

Proljev označava pretjeran gubitak tjelesne tekućine stolicom zbog učestalijih stolica ili zbog velikog volumena tekuće stolice. Svjetska zdravstvena organizacija definira akutni proljev kao tri i više obilnih ili tekućih stolica na dan. Novorođenčad i mlađa dojenčad imaju fiziološki više mekanih/kašastih stolica dnevno. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, dijete ima proljev ako majka smatra da učestalost i konzistencija stolica nisu uobičajeni.

Akutni proljev jedna je od najčešćih dječjih bolesti. Djeca u dobi od 2 do 3 godine imaju prosječno dvije do tri epizode proljeva godišnje, a ona koja pohađaju vrtić - dvostruko više. Akutni proljev traje do sedam dana. Najčešći su uzročnici rotavirusi, s pretežnim javljanjem u djece od trećeg mjeseca do druge godine života. Do pete godine života gotovo svako dijete bude zaraženo. Moguće su ponovljene infekcije rotavirusom, a svaka sljedeća obično je blaža i kraćeg trajanja. Crijevna sluznica u djece vrlo je osjetljiva. Ponekad mogu biti oštećene kapilare u stijenci crijeva i vidjeti se trag krvi u stolici. Kako krv u stolici može biti znak ozbiljnih stanja, potrebno je potražiti liječničku pomoć. Poželjno je da slikate i donesete stolicu s krvi kako bi liječnik objektivnije procijenio vrstu i količinu krvarenja. Crna stolica (kao katran) znak je krvarenja u probavnom sustavu i iziskuje hitan liječnički pregled. Proljevi, obično blagi, mogu se javiti tijekom liječenja antibioticima. Za vrijeme antibiotske terapije preporučuje se primjena probiotika.

Obvezna rehidracija

Dehidracija je najozbiljnija posljedica gubitka tjelesne tekućine povraćanjem ili proljevom. Najvažnije je prepoznati da je dijete dehidrirano. Dehidracija može biti blaga (gubitak 1 do 2 posto ukupne tjelesne tekućine), umjerena (gubitak 5 posto tekućine) i teška (gubitak 10 posto tekućine). Znakovi su blage dehidracije suhe usnice i žeđ. U umjerenosti do teškoj dehidraciji prisutni su podočnjaci, suh i obložen jezik, oskudno mokrenje (pelena je suha ili je mokraća gusta i intenzivne žute boje), manjak suza kod plača, povišena tjelesna temperatura, ubrzan puls, ušiljen nos, pospanost. Neliječena teška dehidracija može dovesti do šoka, zatajenja bubrega i smrtnog ishoda.

U slučaju blage dehidracije, posjet liječniku rijetko je potreban. Najvažnije je da djetetu nadoknadujete tekućinu (rehidracija) i pratite njegovo stanje. Rehidracija treba biti brza, unutar 3 do 4 sata, u količini od 50 do 100 ml/kg (ovisno o stupnju dehidracije). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, najbolje je za nadoknadu tekućine koristiti standardizirane otopine oralnih rehidracijskih soli (ORS). ORS je tekućina u kojoj su otopljeni šećer (glukoza) i elektroliti (natrij, kalij, klor). Izvrsna je zamjena intravenskoj nadoknadi tekućine i elektrolita (infuziji) u dehidrirane djece. Na našem tržištu dostupno je u slobodnoj prodaji (bez recepta) više ORS - priprava (npr. Rehidromix® prašak, HIPPO® 200 - ORS otopina s dodatkom mrkve). Ako vaše dijete odbija takve pripravke zbog njihova neugodnog okusa, druge tekućine mogu biti nadoknada (blago zaslađen čaj ili juha). Važno je da se djetetu ne daje isključivo voda, nego da unosi nešto šećera i soli jer ih gubi kroz probavni trakt. Izbjegavajte vrlo slatka pića - voćne sokove, energetske napitke ili Coca-Colu.

Ako se malo dijete hrani isključivo na prsima, obavezno nastavite dojenje. Ako dijete povraća, podoji trebaju biti učestaliji i kraći (npr. svakih 30 minuta, u trajanju od 5 do 10 minuta). Nije potrebna promjena prehrane u adaptirane mliječne pripravke ili dodatak ORS - otopine. Nakon prestanka povraćanja nastavite uobičajeni ritam dojenja. Ako se učestalost i količina povraćenog sadržaja povećavaju ili se stanje ne poboljša nakon 24 sata, potražite liječničku pomoć. Kod dojenčadi je potreban poseban oprez jer u kratkom vremenu mogu izgubiti veliku količinu tjelesne tekućine. Ako je dijete na adaptiranom mliječnom pripravku, prema novijim preporukama nije potrebna zamjena pripremom bez laktoze. Ako dijete pokazuje znakove blage dehidracije, dodajte ORS - otopinu prema preporuci. Ako nakon unosa tekućine dijete povraća, napravite pauzu od 20 do 30 minuta i potom nastavite s postupnim unosom tekućine. Velika i nagla primjena tekućine može u djeteta potaknuti povraćanje.

Hrana i lijekovi

U slučaju obilnih proljevastih stolica u dojenčadi starije od 3 mjeseca može se započeti s primjenom racekadotila (Hidrasec® granule), koji smanjuje sekreciju vode i elektrolita u crijevo. Liječenje se provodi sve do pojave dviju urednih (formiranih) stolica, ali ne dulje od 7 dana. O

Kada treba potražiti liječničku pomoć

Potražite liječničku pomoć u sljedećim stanjima:

- ◆ *povraćanje u novorođenčeta i dojenčeta mlađeg od 3 mjeseca, vrućica iznad 38,0 °C u djeteta mlađeg od 3 mjeseca (bez obzira na povraćanje ili proljev),*
- ◆ *promjene ponašanja djeteta, uključujući neobičnu pospanost, povraćanje i proljev praćeni jakim bolovima u trbuhu, znakovi umjerene do teške dehidracije,*
- ◆ *dijete potpuno odbija unos tekućine na usta ili povraća odmah nakon što popije najmanju količinu tekućine,*
- ◆ *pojava krvi u stolici,*
- ◆ *povraćanje koje se nastavlja i nakon 24 sata,*
- ◆ *vrućica iznad 38,5 °C duže od 3 dana,*
- ◆ *proljev koji traje duže od 7 dana*



Pranje ruku

Pranje ruku najbolja je prepreka crijevnim infekcijama. Crijevne virusne infekcije vrlo su zarazne, stoga je važno održavati dobru higijenu. Pranje ruku najučinkovitija je prevencija širenja crijevne infekcije. Vodite računa o tome da dijete dobro opere područje između prstiju i ispod noktiju. U djece se ne preporučuje upotreba alkoholnih antiseptika za dezinfekciju ruku. Ako vaše dijete ima proljev, povraćanje i/ili vrućicu, važno je da ne pohađa vrtić ili školu kako se infekcija ne bi širila. Povratak u kolektiv preporučuje se 24 sata nakon prestanka smetnji.

primjeni tog lijeka savjetujte se s liječnikom.

Uobičajeno je da djeca s crijevnom infekcijom nemaju apetit. Ako dijete odbija hranu, posebno u prva 24 sata bolesti, nemojte ga prisiljavati da jede. Ako dijete želi i može jesti, ograničenja u izboru hrane ne postoje (dopušteno je i mlijeko, i mliječni proizvodi). Više se ne preporučuje dijetalna prehrana tijekom crijevnih infekcija! Dobar su izbor hrane složeni ugljikohidrati (riža, pšenica, krumpir, kruh), nemasno meso, jogurt, voće i povrće. Izbjegavajte masnu i začinjenu hranu te grahorice. Uz dobar unos tekućine, potrebno je snižavati povišenu tjelesnu temperaturu jer vrućica pridonosi daljnjem gubitku tjelesne tekućine. Lijekovi koji smiruju mučninu i povraćanje u djece ne preporučuju se!

Ciljevi su terapije akutnog infektivnog proljeva u djeteta: sprječavanje dehidracije, nadoknada tekućine u slučaju dehidracije, skraćanje trajanja simptoma i skraćanje vremena u kojem je dijete zarazno.

Liječnički postupci

Liječnik će uzeti detaljne podatke (vrsta, trajanje i intenzitet tegoba, podatci o sličnim tegobama kod ukućana ili u dječjem kolektivu, prethodne bolesti, uzimanje lijekova) i pregledati vaše dijete. Nakon procjene općeg stanja i stupnja dehidracije, odlučit će o daljnjim postupcima. Opseg i vrsta dijagnostičke obrade ovise o tegobama i stanju djeteta, stavu roditelja i dostupnosti dijagnostike. Ponekad dodatne pretrage (laboratorijske ili mikrobiološke) nisu potrebne. Nadležni

pedijatar ili obiteljski liječnik može preporučiti nastavak mjera koje ste provodili kod kuće ili može uputiti dijete u bolnicu, na dodatno mišljenje. Procijenite li da je vaše dijete ozbiljno bolesno ili pokazuje znakove teške dehidracije, dovedite ga odmah u bolnicu! Liječnik može nastaviti s primjenom tekućine na usta, primijeniti infuziju tijekom nekoliko sati ili primiti dijete u bolnicu. Mikrobiološke analize stolice ne rade se rutinski. Infuzija neće izliječiti vaše dijete. Infuzija je samo simptomatska terapija u slučaju teže dehidracije. Nakon infuzije, a po mogućnosti i za vrijeme infuzije, potrebno je nastaviti davanje tekućine na usta. Za dijete je peroralna hidracija sigurniji i ugodniji način nadoknade tekućine od infuzije.



Važnost probiotika

Europsko udruženje za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu (ESPGHAN) preporučuje primjenu probiotika kod svakog akutnog proljeva. Probiotici ("dobre bakterije") žive u mikroorganizmi koji, primijenjeni u točno određenoj količini, djeluju povoljno na zdravlje domaćina. Nije svaki probiotik isti. Za sojeve *Lactobacillus rhamnosus* (Normia®), *Waya*®, *Lactobacillus reuteri* (BioGaia®) i *Saccharomyces boulardii* (Boulardi®) dokazano je da smanjuju trajanje simptoma i vrijeme u kojem je dijete zarazno za druge. Nastavite s primjenom probiotika barem tjedan dana nakon nestanka probavnih tegoba kod djeteta.

NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

PROMIDŽBA



Ako želite oglašavati u našem listu, javite se na telefone:

051/21 43 59 ili 051/35 87 92

URTIKARIJA

DJEČJA
KOŽA

osjetljiva, ali osipi najčešće nisu opasni

Piše

Silvije Šegulja, dr. med., specijalist pedijatar s užom specijalizacijom iz pedijatrijske alergologije i kliničke imunologije

Urtikarija je naziv za kožni osip s promjenama koje crvenilom podsjećaju na reakciju nakon uboda komarca ili na promjene nakon dodira koprive. Upravo zbog toga, urtikarija je u narodu poznata pod nazivom "koprivnjača". Radi se o manjim ili većim blijedim krugovima izdignutim iznad razine okolne kože, koja je zažarena, crvena. Te promjene mogu se na nekim dijelovima spajati i tako stvarati veće, nepravilne krugove ili oblike slične krugovima, a ponekad mogu izgledati i poput crvenih mrlja koje nemaju jasan oblik. Svaka pojedina mrlja ili urtika (izdignuti krug iznad razine kože) može trajati od 30 minuta do čak 36 sati. Kad jedne urtike nestanu, druge se mogu pojaviti i tako izmjenjivati u valovima tijekom nekoliko dana. Urtike su obično praćene svrbežom kože.

Akutni i kronični oblik

Urtikarija se dijeli na akutnu i kroničnu. Kriterij za podjelu je vrijeme: akutna traje do 6 tjedana, a kronična dulje od 6 tjedana. Klinička slika u načelu je ista kod akutne i kronične urtikarije. Većina urtikarija prođe unutar tri dana uz primjenu terapije, no promjene mogu proći i spontano. Urtikariju mogu pratiti opći simptomi, poput povišene temperature ili otoka mekih tkiva, u prvom redu područja usana i kapaka, a potencijalno je opasan otok

početnog dijela dišnog sustava, koji može rezultirati osjećajem otežanog gutanja i gušenja. Samo u malom broju najtežih slučajeva urtikariju može pratiti i klinička slika astmatskog napada, odnosno anafilaksije. Uz urtikariju, mogu se ponekad pojaviti i simptomi probavnog sustava poput proljeva. Događaji koji u tijelu predstavljaju osnovu razvoja urtikarije spadaju u grupu alergijske reakcije ranog tipa. Navedeno znači da promjene na koži nastaju 20 do 30 minuta, odnosno nekoliko sati od kontakta s nekom vanjskom tvari "okidačem" koji predstavlja alergenu molekulu ili alergen. Ta molekula spaja se na specifične stanice u koži – mastocite, koji se pobuđuju i otpuštaju više biološki aktivnih tvari, među kojima se ističe histamin, koji onda uzrokuje glavnu kliničku sliku.

Najveći dio uzročnika neutvrđen

Najčešći su okidači urtikarije ili alergeni različita hrana i lijekovi, neke inhalacijske tvari, među kojima je najčešći pelud koji dolazi u kontakt s kožom na otvorenim dijelovima tijela, ali reakciju mogu potaknuti i ubodi insekata. Poznato je da neke druge bolesti, poput akutne respiratorne infekcije s febrilitetom, mogu ubrzati pojavu urtikarije. Urtikariju mogu izazvati i fizički čimbenici, među kojima su najčešći hladnoća, toplina, pritisak, fizički napor i ultravioletne (UV) zrake, odnosno sunčeva svjetlost. Zanimljivo je da se kao okidači navode i stres i drugi psihogeni čimbenici. Kod čak 70 posto akutnih urtikarija zapravo ne možemo utvrditi točan uzrok i one se nakon jednog javljanja više ne pojavljuju

Testiranje na alergiju

Kod traganja za uzrokom urtikarije pristupa se alergološkom testiranju na nutritivne i inhalatorne alergene, i to kožnim ubodnim testom koji je zlatni standard dijagnostike. Tek ako se tim testiranjem nađe alergijska podloga, obrada se proširuje određivanjem razine protutijela na specifične alergene u krvi. Kronična urtikarija zahtijeva drukčiji dijagnostički pristup; već u prvom koraku podrazumijeva proširenu obradu u smislu isključivanja autoimunog ili infektivnog uzroka i zahtijeva individualnu prilagodbu terapije, koju treba uzimati svakodnevno budući da je najveći problem koji urtikarija izaziva u svakodnevnom životu smanjena kvaliteta života.

tijekom života. U skupini kroničnih urtikarija, kod čak 50 posto slučajeva ne zna se uzrok i tada ih nazivamo idiopatskim urtikarijama.

Pristup djetetu s urtikarijom u hitnoj liječničkoj ambulanti ovisi o jačini kliničke slike. Lijekovi koji se primjenjuju iz skupine su kortikosteroida, a mogu biti u obliku injekcije ili tableta. Pored njih, standardno se propisuje i antihistaminik u obliku sirupa ili tableta. Obje skupine lijekova poništavaju reakciju koja je izazvala kliničku sliku urtikarije i tako učinkovito prekidaju daljnji razvoj promjena. Uz terapiju lijekovima, važno je naglasiti potrebu obilne hidracije. Iako je takva terapija u pravilu vrlo učinkovita, s brзом regresijom promjena i simptoma, u nekim slučajevima urtike se, usprkos liječenju, mogu u manjem obujmu pojavljivati još tijekom idućih nekoliko dana. Ta se mogućnost odnosi u prvom redu na slučajeve kada je okidač namirnica koja je ušla u probavni sustav te nastavlja poticati alergijski proces dok se ne eliminiira iz tijela. Zbog navedenog se u liječenju urtikarije dodatno savjetuje izbaciti na neko vrijeme sve potencijalne alergene iz hrane – orašaste proizvode, crveno obojene sokove, konzervanse, gazirana pića i citrusa.

Urtikarija je kod djece česta, no srećom najčešće ne i opasna pojava. Uzrok se često ne uspijeva otkriti ni nakon opsežne alergološke obrade. S obzirom na to da djeca imaju vrlo osjetljivu kožu, sklonu burnim reakcijama, urtikarija danas predstavlja jedno od najčešćih stanja zbog kojeg roditelji s djecom traže pomoć u hitnoj pedijatrijskoj ambulanti.



ZATVOR U DJEČJOJ DOBI

OPSTIPACIJA

pogađa svako treće dijete

Pišu

Barbara Kresina dr. med.,
Kristina Baraba Dekanić, dr. med.,
 specijalistica pedijatrije s užom
 specijalizacijom iz pedijatrijske
 gastroenterologije
 Prof. dr. sc. **Goran Palčevski**, dr.
 med., specijalist pedijatrije s užom
 specijalizacijom iz pedijatrijske
 gastroenterologije

Zatvor ili opstipacija čest je problem od kojeg pati skoro svako treće dijete, a najčešći je u predškolskoj dobi. Izražene tegobe mogu bitno utjecati na kvalitetu života djeteta i obitelji. Govorimo o zatvoru kod djeteta ako dijete ima stolicu manje od tri puta tjedno, ako je stolica voluminozna, tvrda i suha, ako ima teškoće s pražnjenjem crijeva, osjeća potrebu, a ne može obaviti veliku nuždu, ako ima bolove ili mu povremeno "pobjegne" malo stolice na donje rublje (fekalna inkontinencija, enkopreza). Budući da se normalan ritam pražnjenja crijeva kod ljudi razlikuje, bolji pokazatelj zatvora od toga koliko često dijete ima

Ako su izražene, tegobe mogu bitno utjecati na kvalitetu života djeteta i obitelji

stolicu jest koliko teško dijete obavlja stolicu.

Broj stolica ovisi o dobi djeteta. U novorođenčadi koja se hrani majčinim mlijekom normalno je da imaju stolicu iza svakog obroka, kao i da stolica izostane i dulje od sedam dana (sve to uz uvjet da dijete nema nikakvih pridruženih tegoba). U ranoj dojenačkoj dobi stolica također

može izostati nekoliko dana, pražnjenje crijeva može biti popraćeno plačem i naprezanjem (još su nezreli mišići trbušne stijenke i zdjelice te nastaju poteškoće u njihovoj koordinaciji). Međutim, ako je stolica mekana, dijete napreduje na tjelesnoj masi i nema drugih tegoba, najčešće su takve smetnje prolazne. Dijete od druge do četvrte godine ima prosječno

Opstipacija uvijek zahtijeva liječničko mišljenje

U rješavanju problema opstipacije potrebna je suradnja roditelja, djeteta i liječnika. Detaljan pregled djeteta i podatci o navikama najčešće su dovoljni za postavljanje dijagnoze funkcijskog poremećaja probave. Na taj se način izbjegavaju nepotrebne, a ponekad za dijete neugodne i štetne dijagnostičke pretrage. Roditeljsko zanemarivanje problema opstipacije, u nadi da će se on spontano riješiti, svakodnevno provociranje stolice u dojenčeta koje se hrani majčinim mlijekom koje normalno ima dulje intervale između stolica, prekruto ili prerano odvikavanje od pelena i prerano odustajanje od preporučene terapije, mogu pogoršati postojeći problem. Kod manjeg broja djece s problemom zatvora, u koje se postavi sumnja da je u podlozi tegoba organska bolest, potrebna je daljnja, opširnija dijagnostička obrada.

jednu do dvije stolice dnevno, a nakon četvrte godine obično jednu stolicu dnevno ili svaki drugi dan.

Bol u trbuhu, krv u stolici, smetnje mokrenja, popratne tegobe

Zatvor kod djece često je popraćen i drugim smetnjama, kao što su bol u trbuhu (prije ili uz pražnjenje crijeva), krv u stolici ili smetnje mokrenja. Prisustvo krvi u stolici najčešće je rezultat prolaska voluminozne i tvrde stolice, zbog čega nastane puknuće kože anusa (fisura ili ragada). Česti nagon na mokrenje, otežano pražnjenje mokraćnog mjehura i sklonost infekcijama mokraćnog sustava zbog mehaničkog pritiska fekalnih masa na mjehur mogu također biti popratne tegobe zatvora.

Uzrok zatvora kod djece može biti funkcijski ili organski. U više od 95 posto slučajeva uzrok opstipacije kod djece starije od godine dana jest funkcijski, što znači da nema prave organske bolesti u podlozi. Razlog funkcijskih poremećaja najčešće su bolni doživljaji vezani uz defekaciju, nepravilna prehrana, promjene u jelovniku, stresni događaji, pritisak okoline na odvikavanje od pelena, neoptimalni uvjeti za defekaciju, odgađanje defekacije zbog prezauzetosti igrom. U dojenačkom razdoblju do zatvora često dolazi kod prelaska s majčinog mlijeka na adaptiranu mliječnu formulu, a u predškolskom razdoblju kod pokušaja odvikavanja djeteta od pelena ili polaskom u vrtić. Zbog iskustava bolne defekacije dijete često počne namjerno zadržavati stolicu kako bi izbjeglo nelagodu. Kod djece školske dobi najčešći je razlog zatvora izbjegavanje defekacije u školi (neoptimalni uvjeti) i loša prehrana (brza suha hrana, prehrana siromašna vlaknima, mlijeko). Tako se od pojedinačnog neugodnog događaja pokrene začarani krug koji rezultira sve većim zadržavanjem stolice. Ponekad su stolice samo prividno redovite, ali bez potpunog pražnjenja crijeva. Djeca s poteškoćama u razvoju, s poremećajima ponašanja i pretila djeca imaju veći rizik od nastanka zatvora.

Organski uzrok zatvora puno je rjeđi (manje od 5 posto slučajeva). Uz specifične bolesti probavnog sustava i njegove prirodne malformacije zatvor se može pojaviti u sklopu nekih sustavnih bolesti, kao što su alergija na proteine kravljeg mlijeka, celijakija, šećerna bolest, bolesti štitnjače, multipla skleroza, cistična fibroza te

Isključiti organski uzrok

Upozoravajući znaci i simptomi kod kojih je uvijek potrebno učiniti detaljniju dijagnostičku obradu radi isključivanja organskog uzroka zatvora jesu:

- ◆ *prva stolica u novorođenčeta (mekonij) nakon 48 sati života, simptomi zatvora koji postoje od rane dojenačke dobi,*
- ◆ *vrućica, povraćanje i proljev u dojenčeta s podacima o zatvoru,*
- ◆ *prirodne malformacije završnog dijela probavne cijevi (npr. atrezija anusa),*
- ◆ *sindromi u sklopu kojih je veća učestalost Hirschprungove bolesti - prirodne anomalije inervacije donjeg dijela crijeva (npr. Down - sindrom),*
- ◆ *podatak o Hirschprungovoj bolesti u obitelji,*
- ◆ *slabo napredovanje ili gubitak na tjelesnoj masi,*
- ◆ *krvarenje iz probavne cijevi (a da nije uzrokovano fisurom analnog područja),*
- ◆ *nadutost/napuhnutost trbuha (distenzija),*
- ◆ *stolice koje su uskog promjera,*
- ◆ *bolesti mokraćnog sustava (npr. nemogućnost kontrole mokrenja),*
- ◆ *neurološke bolesti (npr. bolesti kralježnične moždine - spina bifida).*

Kod većine djece sa zatvorom detaljni podaci koje dobijemo od roditelja te pregled djeteta, koji ponekad uključuje i pregled završnog debelog crijeva (digitorektalni pregled), dovoljni su da bi se razlučilo radi li se o funkcijskom ili o organskom uzroku zatvora. Kod djece kod koje se postavi sumnja na postojanje organske podloge tegoba, potrebne su daljnje dijagnostičke pretrage.

vezano uz primjenu nekih lijekova (opijati, fenobarbiton).

Liječenje zatvora

U liječenju zatvora treba biti strpljiv. Obično je potrebno liječenje provoditi onoliko dugo koliko je sam problem prethodno trajao, što ponekad znači i više mjeseci. Najprije treba informirati roditelje o postojećem problemu, koji je najčešće funkcijski i rješiv. Ako se pregledom pronađe zaostala tvrda stolica u završnom dijelu

debelog crijeva, potrebno je djetetu dati glicerinski čepić ili klizmu, a zatim se u terapiju mogu uvesti lijekovi koje dijete uzima na usta, najčešće u obliku sirupa (osmotski laksativi).

Ponekad roditelji, zbog straha "od navikavanja crijeva na lijek", samoinicijativno neopravdano ukidaju terapiju. Zatvor se kod djece liječi osmotskim laksativima koji se ne apsorbiraju, već djeluju lokalno u crijevu navlačenjem vode i tako omekšavaju stolicu. Često je potrebno mjesecima održavati stolicu mekom, dok se dijete ne oslobodi straha od neugode prilikom pražnjenja crijeva.

U prehrani se preporučuju redoviti obroci, namirnice bogate vlaknima i izbjegavanje namirnica koje pogoduju zatvoru (riža, banana, mrkva, grickalice, mlijeko). Potrebno je uzimati dovoljne količine tekućine i kretati se. Ako je dijete u fazi odvikavanja od pelena, najbolje ju je odgoditi dok se problem ne riješi. Kod starije djece koristan je i toaletni trening (uvođenje svakodnevne rutine pražnjenja crijeva, najbolje iza većeg obroka, doručka, kada se crijeva i prirodno pokrenu).

Važno je da roditelji bez prisile stimuliraju dijete na redovito pražnjenje crijeva. Kada se, uza sve navedene mjere, uspostavi dobra rutina pražnjenja crijeva, potrebno je uz daljnji nadzor postupno ukidati osmotske laksative. Ponekad se u liječenje uključuje i psiholog. Kod organskog zatvora liječi se uzrok.



POREMEĆAJI MOKRENJA ČESTI U DJECE

UZ DIJAGNOSTIKU I TERAPIJU,

pomaže i "škola mokrenja"

Piše
Prim. mr. sc. Đurđica Košuljandić,
dr. med., specijalistica pedijatrije s užom
specijalizacijom iz pedijatrijske nefrologije

Poremećaji mokrenja u djece česti su. U kliničkoj praksi tri su najčešće skupine takvih poremećaja: funkcionalni poremećaji donjeg mokraćnog sustava (DMS), primarna monosimptomatska enureza (noćno mokrenje) i neurogena disfunkcija mjehura. Funkcionalni poremećaji većinom se očituju inkontinencijom (bjegovima) mokraće, koja nastaje zbog disfunkcije na razini mišića mjehura (detruzora) i sfinktera uretre. Važni su zbog povezanosti s ponavljajućim infekcijama mokraćnog

Poremećaji mokrenja u djece česti su, ali pravodobnim uočavanjem znakova najveći je dio problema rješiv

sustava (IMS), vezikoureteralnim refluksum (VUR), mogućim oštećenjem bubrežnog parenhima i s opstipacijom. U nastanku funkcionalnih poremećaja važnu ulogu imaju zakašnjelo sazrijevanje živčanih putova, produljeno održavanje infantilne faze mokrenja ili pogrešno usvojen obrazac mokrenja kod uspostavljanja higijenskih navika.

Uočiti i prepoznati kliničke znakove

Najčešći klinički simptomi poremećaja mokrenja jesu: inkontinencija mokraće tj. nekontrolirani bijeg mokraće danju (dijete ima "vlažne gaćice") ili noću (mokr u krevet), zatim hitnost koja se očituje iznenadnim, prisilnim nagonom za mokrenjem, te povećana (više od 8 puta dnevno) ili smanjena (manje od 3 puta dnevno) učestalost mokrenja. Ostali su simptomi: oklijevanje na početku mokrenja, napinjanje, slab mlaz mokraće, prekidanje mokrenja, bolno mokrenje, manevri zadržavanja mokraće, osjećaj nepotpune ispražnjenosti mjehura, kapanje mokraće nakon mokrenja, bolovi u mjehuru/mokraćnoj cijevi ili u području genitalne regije. Najčešći je funkcionalni poremećaj prekomjerno aktivan mjehur ili "nestabilan mjehur", koji nastaje zbog kontrakcija ili grčeva mišića detruzora u fazi punjenja mjehura. Vodeći je simptom inkontinencija hitnosti, koja se javlja kada snažna kontrakcija detruzora nadvlada otpor vanjskog sfinktera. Djeca mokre učestalo i imaju manevre zadržavanja mokraće, poput čučanja, križanja nogu ili znaka naklona te ponavljane IMS.

Roditelji skloni zanemariti disfunkciju mjehura i crijeva

Navedenim simptomima poremećaja mokrenja često je pridružena opstipacija pa se za takva stanja koristi zajednički naziv disfunkcija mjehura i crijeva (engl. bladder and bowel disfunction; BBD). Nerijetko roditelji ne pridaju važnost pojedinim simptomima, toleriraju ih ili banaliziraju, obično navodeći da se dijete pomokri u gaćice jer je "zaigrano" ili se "ne da odvojiti od računala", tako da se tek u duljem razgovoru mogu otkriti prave tegobe.

Disfunkcijsko mokrenje obilježeno je pojačanom aktivnosti zdjelčnih mišića za vrijeme mokrenja koje je isprekidano (staccato). Dijete se napinje, mokri produženo, mlaz je slab, mjehur se ne isprazni do kraja. Kontrakcije sfinktera za vrijeme mokrenja predstavljaju funkcionalnu infravezikalnu opstrukciju koja dovodi do promjena u mišićju i vezivnom tkivu, sa zadebljanjem stijenke mjehura i visokim tlakom u mjehuru te posljedičnim razvojem sekundarnog VUR-a, ureterohidronefroze i oštećenja bubrežnog parenhima. Česte su IMS i smetnje pražnjenja crijeva (opstipacija i enkopreza).

Hipoaktivni mjehur

Kod hipoaktivnog mjehura, ili "lijenog" mjehura, djeca mokre rijetko (2 do 3 puta dnevno) i nepotpuno, uz velik kapacitet mjehura. Imaju vlažne gaćice, a mokrenje je potpomognuto trbušnim mišićima. Pridružen je poremećaj pražnjenja crijeva. Zbog nepotpunog pražnjenja mjehura i crijeva česte su IMS. U pozadini je dugotrajno odgađanje mokrenja. Razlozi su obično: strah da se ne zaprljaju u zahodu (posebno u školi), želja da se imitira roditeljski obrazac ili sklonost pretjeranoj čistoći.

Važno potpuno pražnjenje mjehura

Nerijetko se u pretilih djevojčica javlja postmikijsko kapanje mokraće. Radi se o kapanju malih količina mokraće 5-10 minuta nakon akta mokrenja, kod ustajanja ili tjelesne aktivnosti. Uzrok je pogrešan položaj pri mokrenju, pri čemu dolazi do povrata mokraće u vaginu. Inkontinencija mokraće u smijehu obično se vidi u manjih djevojčica te je karakterizirana naglim, nehotičnim, nesavladivim i potpunim pražnjenjem mjehura za vrijeme smijeha, bez simptoma hitnosti i vlaženja između epizoda smijeha.

U djece s funkcionalnim poremećajima mokrenja pridružena stanja su IMS, vezikoureteralni refluks, s posljedičnom refluksnom nefropatijom, i opstipacija. Poznato je da IMS mogu biti uzrok i posljedica disfunkcije mokraćnog mjehura. Rizik kolonizacije mjehura i mogućnost infekcije veći je u djece s nepotpunim pražnjenjem mjehura kod disfunkcionalnog mokrenja ili hipoaktivnog mjehura. Trećina djevojčica s disfunkcijskim mokrenjem i polovica djevojčica s hipoaktivnim mjehurom imaju dokazane IMS. Dokazana je povezanost s VUR-om. U

studiji, u kojoj je sudjelovalo 340 djece s dijagnozom prekomjerno aktivnog detruzora, 46 posto ih je imalo VUR. Kod disfunkcijskog mokrenja dolazi do porasta tlaka u mjehuru, što pridonosi razvoju i održavanju VUR-a.

U procjeni poremećaja mokrenja najvažniji su: detaljna anamneza i klinički pregled te drugi neinvazivni postupci - karta pijenja i mokrenja (48 sati), dnevnik mokrenja i pražnjenja crijeva (praćenje tijekom najmanje sedam dana) i razni upitnici. Dnevnik pijenja/mokrenja s bilježenjem vremena i količine uzete tekućine te vremena i volumena izmokrenog urina tijekom 48 sati (obično tijekom vikenda) daje objektivne informacije o učestalosti mokrenja i funkcionalnom kapacitetu mjehura. Funkcionalni kapacitet mjehura odgovara maksimalnom volumenu mokraće zabilježenom tijekom vođenja dnevnika i uspoređuje se s očekivanim prema odgovarajućim formulama. Smanjen je ako iznosi manje od 65 (70 posto), a povećan ako je 150 posto veći od očekivanog. U evaluaciji noćne enureze važno je utvrditi noćnu poliuriju. Ona postoji ako količina urina stvorena noću premašuje očekivani kapacitet mjehura više od 130%.

Brojne dijagnostičke metode

Svatom djetetu s poremećajem mokrenja potrebno je napraviti analizu prvog jutarnjeg urina i urinokulturu, kojima se isključuje IMS, glukozuriju i proteinuriju. U slučaju patoloških nalaza urina, potrebna je dodatna laboratorijska analiza krvi (glukoza u krvi, kreatinin). Potrebno je učiniti ultrazvuk mokraćnog sustava te utvrditi izgled bubrega i mokraćnog mjehura, a nakon mokrenja odrediti ostatni urin. U djece s opstipacijom potrebno je ultrazvučno izmjeriti širinu rektuma.

Zlatni je standard u procjeni funkcionalnih poremećaja mokrenja urodinamsko ispitivanje, koje omogućuje točno definiranje poremećaja faze punjenja i pražnjenja DMS. Suvremeni urodinamski aparati omogućuju vrlo preciznu procjenu i razumijevanje funkcije DMS. U tu se svrhu najčešće koriste neinvazivne pretrage, poput mikciometrije (uroflow) u kombinaciji s elektromiografijom (EMG) sfinktera te invazivne pretrage - kombinirano mjerenje ili tlak/protok/EMG studija. Druga obrada (kontrastna ultrazvučna cistografija, cistoskopija, magnetska rezonanca lumbosakralne kralježnice) indicirana je samo kod selekcioniranih slučajeva.

Škola mokrenja najučinkovitiji terapijski model

Kao najučinkovitiji terapijski model raznih oblika poremećaja mokrenja dokazala se škola mokrenja. Program objedinjuje edukaciju o anatomiji i fiziologiji mokraćnog sustava, o režimu pijenja i mokrenja, biofeedback, rehabilitaciju mišića dna zdjelice, neuromodulaciju i psihologijsku podršku. Uspjeh je liječenja putem škole mokrenja do 90 posto.

Pravodoban pristup smanjuje stres obitelji i vraća djetetu samopoštovanje

Poremećaji mokrenja u djece česti su. Funkcionalni poremećaji mokrenja povezuju se s ponavljanjem infekcijama mokraćnih putova, vezikoureteralnim refluksom, oštećenjem bubrežnog parenhima i opstipacijom, zbog čega je potreban proaktivan pristup. Pravodobno prepoznavanje kliničkih simptoma te primjena neinvazivnih i invazivnih postupaka, u čemu važno mjesto ima urodinamsko ispitivanje, glavni su preduvjeti uspješnog liječenja, što dodatno pridonosi razvoju djetetovog samopoštovanja i smanjuje stres u obitelji.

Djeca s funkcionalnim poremećajima mokrenja zahtijevaju kompleksan terapijski pristup koji, ovisno o tipu poremećaja, uključuje: edukaciju, mjere standardne uroterapije (propisani unos tekućine, uz mokrenje "na sat" i pražnjenje crijeva), medikamentozno liječenje (antikolinergici, alfa-blokatori, kolinergici), biofeedback, intermitentnu kateterizaciju mjehura ili, rijetko, operativni zahvat. Liječenje je u pravilu dugotrajno. Posljednjih godina provodi se električna neuralna stimulacija: parasakralni TENS ("transcutaneous electrical nerve stimulation") i PTNS (perkutana stimulacija tibijalnog živca). Ohrabrujuće rezultate daje i funkcionalna magnetska stimulacija.

INFEKCIJE MOKRAĆNOG SUSTAVA

TEŠKE POSLJEDICE

kasnog liječenja

Piše
Mr. sc. **Sanja Flajšman-Raspor**,
dr.med., specijalistica pedijatrije s užom
specijalizacijom iz pedijatrijske nefrologije

Mokraćni sustav odgovoran je za stvaranje mokraće kojom se iz organizma odstranjuju tvari topive u vodi, a nastale razgradnjom tvari unesene u organizam. Dijelovi su mokraćnoga sustava bubrezi, u kojima se stvara mokraća, mokraćovodi, koji odvođe mokraću do mokraćnog mjehura, koji je rezervoar mokraće. Iz mokraćnog mjehura mokraća se izbacuje kroz mokraćnu cijev. U praksi, mokraćni sustav dijelimo na gornji dio – bubrege i donji dio – mokraćnu cijev i mokraćni mjehur.

Infekcija mokraćnog sustava posljedica je rasta i razmnožavanja mikroorganizama u, inače sterilnom, mokraćnom sustavu. Jedini dio mokraćnog sustava gdje se normalno nalaze bakterije jest otvor

mokraćne cijevi na spolovilu. Najčešći su uzročnici mokraćne infekcije u djece bakterije koje se nalaze u stolici (koliformne bakterije), na prvom mjestu *Escherichia coli*, koju nazivamo "tipičnim" uzročnikom mokraćne infekcije. Infekciju mogu izazvati i drugi mikroorganizmi, kao virusi ili gljivice, koji normalno obitavaju na koži.

Opasne neliječene infekcije

Infekcija mokraćnog sustava nastaje ulaskom mikroorganizama kroz mokraćnu cijev i njihovim "uspinjanjem" u mokraćni mjehur i prema bubrežima. Zahvaćenost bubrega predstavlja ozbiljnu bolest, u pravilu praćenu visokom temperaturom, uz zimice i tresavice. Neliječena infekcija može dovesti, osobito u male djece, do trajnih oštećenja bubrega, s kasnijim razvojem visokog krvnoga tlaka, do poremećaja bubrežne funkcije ili, u žena, do češćih komplikacija u trudnoći.

Jedno je od najčešćih roditeljskih pitanja: "Zašto je moje dijete dobilo infekciju mokraćnog sustava?" U djece, ovisno o dobi, postoji više rizičnih čimbenika koji mogu uzrokovati infekciju.

Najveći rizik od razvoja infekcije imaju mala djeca, dječaci do dobi od godinu

Infekcije mokraćnog sustava na drugom su mjestu po učestalosti bakterijskih infekcija u djece pa, ako nisu brzo prepoznate i liječene, mogu imati vrlo ozbiljne i nepovratne zdravstvene posljedice za cijeli život

dana i djevojčice do četvrte godine. Jedan je od glavnih razloga nošenje pelena zbog neusvojene kontrole pražnjenja crijeva i mokraćnog mjehura.

Dodatan je rizični čimbenik u dječaka slijepljena koža spolovila, koja predstavlja rezervoar mikroorganizama. Poznato je da neobrezani dječaci imaju do deseterostruko veći rizik od razvoja infekcije, no ipak velika većina neobrezanih dječaka nema infekciju mokraćnog sustava. Ojedine i oštećenja kože spolovila (pelenski osip) također predstavljaju čimbenik rizika za razvoj infekcije i širenje u mokraćne organe.

Rizični je čimbenik u svakoj dobi neadekvatno pražnjenje crijeva (opstipacija ili "zatvor") i tvrda stolica, nerijetko "prljanje" gaćica, odnosno bježanje stolice. U neke djece, osobito nakon usvajanja higijenskih navika, mogu nastati poremećaji ritma mokrenja i pražnjenja crijeva te disfunkcije mokraćnog mjehura i crijeva, a očituju se ili čestim mokrenjem i bijegom mokraćne, "vlažnim gaćicama", ili rijetkim mokrenjem i nepražnjenjem mokraćnog mjehura u cijelosti.

Djeca koja se rađaju s urođenim promjenama ili neadekvatno razvijenim mokraćnim organima vrlo su podložna razvoju mokraćnih infekcija zbog neadekvatnog protoka urina kroz mokraćne organe. U većine djece takve promjene vidljive su već tijekom ultrazvučnih pregleda u trudnoći, osobito pred kraj trudnoće, te se djeca upućuju nefrologu već rano po porodu. Dodatni su rizični čimbenici kateterizacija mokraćnog mjehura i seksualna aktivnost u adolescenata. Djeca koja su jednom imala infekciju mokraćnog sustava također imaju nešto veći rizik od njenog ponavljanja, osobito u prvim mjesecima po izlječenju.

Smetnje mokrenja, vrućica i drugi znakovi infekcije

U male djece često je povišena temperatura jedini znak bolesti. Vrućica može biti praćena zimicom i tresavicom, nemirom, bolovima u trbuhu ili povraćanjem, odbijanjem hrane i slabim napredovanjem na tjelesnoj masi. U veće djece česte su smetnje mokrenja: učestalo mokrenje, pečenje i bol pri mokrenju, bol u donjem dijelu trbuha ili leđima. Smetnje mogu biti praćene povišenom temperaturom, što je u pravilu znak zahvaćenosti gornjeg dijela mokraćnog sustava (bubrega).

Za dokaz infekcije mokraćnih organa potreban je pregled urina. Uzorak urina može se pregledati uranjanjem

Prevenција mokraćnih infekcija

Gotovo trećina djece, osobito djevojčice koje su jednom liječene zbog infekcije mokraćnog sustava, razviju ponovnu infekciju, najčešće unutar šest mjeseci. Stoga se treba pridržavati sljedećih preporuka:

◆ *potrebno je obratiti pažnju na primjeren unos tekućine tijekom dana, uz izbjegavanje napitaka koji djeluju nadražujuće na mokraćni sustav (gazirana pića, citrusi, gusti sokovi, kofein, kakao); najuputnije je piti vodu ili bistro sokove,*

◆ *treba poticati dijete koje je usvojilo higijenske navike na mokrenje barem 5 do 6 puta dnevno, uz pražnjenje mokraćnog mjehura u cijelosti (odvojiti "dovoljno vremena" za mokrenje), ne odgađati mokrenje,*

◆ *važno je poticati svakodnevno pražnjenje stolice i liječiti opstipaciju ako postoji,*

◆ *treba provoditi primjerenu higijenu pelenske regije, uz izbjegavanje vlažnih maramica, pjenušavih kupki i dezinficijensa, koristiti blage sapune i vodu;*

◆ *obratiti pažnju na čišćenje spolovila u dječaka,*

◆ *dobro je koristiti donje rublje od prirodnih materijala (pamučno),*

◆ *kao prevencija mokraćne infekcije (znanstveno nedokazano) uzrokovane Escherichiom coli, uz antibiotsko liječenje, mogu pomoći primjena preparata ili čaja od brusnice i probiotici.*

analitičkih trakica i pregledom pod mikroskopom. Visoku sumnju na infekciju predstavlja prisustvo povećanog broja leukocita u mokraći, kao i prisustvo mikroorganizama. Da bismo dokazali infekciju i utvrdili uzročnika, potrebno je uzorak urina uputiti u bakteriološki laboratorij gdje se, osim izolacije uzročnika, testira i njegova osjetljivost na lijekove. Problem u djece koja nisu usvojila higijenske navike predstavlja uzorkovanje urina – najčešće su to plastične vrećice. Takav uzorak urina vrlo je podložan zagađenju. Uz malo strpljenja i vještine, osobito u dječaka, može se uzorkovati i srednji mlaz urina – skinuti pelene, oprati vodom i sapunom te čekati da dječak spontano mokri. U veće djece, uzorak urina – srednji mlaz, uzima se u sterilnu bočicu. U bolničkim uvjetima najadekvatniji uzorak dobije se kateterizacijom mokraćnog mjehura.

Pretrage krvi važne su jer mogu ukazati na proširenost infekcije, stanje mokraćnih organa i njihov rad.

Antibiotik, lijek izbora

Infekcije mokraćnog sustava liječe se antibioticima. Ovisno o dobi i znacima bolesti, na prvom mjestu o povišenoj tjelesnoj temperaturi i općem stanju djeteta, liječenje će započeti po postavljenoj sumnji na osnovi pregleda urina. Prije uzimanja prve doze antibiotika potrebno je uzeti uzorak i za mikrobiološku analizu, radi izolacije uzročnika i testiranja osjetljivosti na najčešće primjenjivane antibiotike.

Osobito je važno čim ranije započeti liječenje u male djece, do druge godine života, jer su ona najpodložnija razvoju trajnih posljedica neliječene infekcije. Djeca mlađa od godine dana, djeca koja ne mogu uzimati lijek na usta i djeca koja povraćaju nerijetko zahtijevaju bolničko liječenje i intravenoznu primjenu lijeka. Očekivan odgovor nakon započetog antibiotskog liječenja jest pad temperature i normalizacija općeg stanja djeteta nakon 2 do 3 dana.

U neke djece, osobito one s ponavljanim infekcijama mokraćnog sustava ili urođenim anomalijama mokraćnih organa, bit će potrebno dulje liječenje i primjena antibiotika u malim dozama, jednom dnevno (zaštitna terapija ili antibiotska profilaksa). U sve djece koja su liječena zbog infekcije mokraćnog sustava uz povišenu tjelesnu temperaturu, potrebno je učiniti ultrazvučni pregled mokraćnih organa, kojim se može isključiti većina urođenih promjena. Na temelju tog pregleda, liječnik će odlučiti o drugim potrebnim slikovnim pregledima, kontrastnim ultrazvučnim, radiološkim ili radionuklidnim pretragama radi isključivanja urođenih promjena ili mogućih oštećenja upalom.

Zaključno, infekcije mokraćnog sustava na drugom su mjestu po učestalosti bakterijskih infekcija u djece. Mogu uzrokovati ozbiljne zdravstvene probleme te nerijetko zahtijevaju bolničko liječenje i obradu. Osobito je važno rano otkrivanje i neodložno liječenje infekcije mokraćnog sustava, praćene vrućicom u male djece.

OSIPI

NAJČEŠĆI
PRATITELJI

dječjih zaraznih bolesti

Piše
Prof. dr. sc. prim. **Jelena Roganović**,
dr. med., specijalistica pedijatrije s
užom specijalizacijom iz pedijatrijske
hematologije i onkologije

Osip ili egzantem označava pojavu kožnih promjena različitog izgleda. Uzroci i mehanizmi nastanka osipa brojni su. Najčešći su razlog infekcije, obično praćene vrućicom. Pojedini infektivni osipi imaju tipičnu kliničku sliku i lako ih je prepoznati. Prema izgledu, osipi mogu biti: makulopapulozni (makula – mrlja; papula – kvržica), eritematozni (eritem – ograničeno crvenilo kože), vezikulozni (vezikula – mjehurić ispunjen tekućinom) i petehijalni (petehija – točkasto krvarenje). Najviše se pažnje pridaje petehijalnom osipu uz visoku tjelesnu temperaturu. Dijete je potrebno odmah odvesti liječniku

Osipi su različite vrste i uzroka. Od dječjih zaraznih bolesti, najčešći su kod ospica, rubeola, vodenih kozica, šarlaha, pete bolesti, trodnevne groznice, bolesti šake, stopala i usta, a teži oblici osipa zahtijevaju i liječničku pomoć

jer petehijalni osip može nastati zbog teže bakterijske bolesti (sepsa, meningitis) i vitalno ugroziti dijete. Međutim, petehijalni osip prisutan je i kod virusnih infekcija (enterovirusi). Tada je važno da liječnik utvrdi da je opće stanje djeteta dobro, a laboratorijski parametri upućuju na virusnu bolest.

Najčešće zarazne bolesti praćene osipom

Najčešće dječje zarazne bolesti praćene karakterističnim osipom jesu: ospice (morbili), crljenica (rubeola), vodene

kozice (varičela), šarlah (skarlatina), peta bolest (infekcijski megaleritem) i šesta bolest (egzantema subitum, rozeola infantum). Uzročnici su, osim kod šarlaha, specifični virusi. Liječenje je simptomatsko (snižavanje povišene temperature, nadoknada tekućine), a u slučaju šarlaha i antibiotici.

Ospice

Ospice su zarazna bolest uzrokovana virusom ospica (morbilivirus). Danas su zbog obveznog cijepljenja rijetke, a obolijevaju necijepljene osobe i dojenčad u

vrijeme kada je smanjen broj zaštitnih antitijela majke. Ulazno je mjesto virusa u organizam dišni sustav, kapljičnim putem iz nosa, usta ili ždrijela zaražene osobe. Sedam do 14 dana nakon izloženosti virusu pojavljuju se prvi simptomi u obliku povišene temperature, malaksalosti, gubitka apetita i kataralni simptomi (hunjavica, kašalj poput laveža psa, grlobolja). Ponekad je prisutna i upala očne spojnice (konjunktivitis). Četvrtog ili petog dana bolesti pojavljuje se osip, tipično najprije iza ušiju i na čelu, a tijekom sljedeća dva ili tri dana zahvaća redom lice, vrat, trup i udove. Osip je crvene boje, poput sitnih pjegica, a s pojavom osipa temperatura se obično spušta na normalu i kataralni simptomi prolaze. Specifično liječenje ne postoji. Bakterijske komplikacije liječe se antibioticima.

Rubeola

Uzročnik je virus rubele koji se prenosi kapljičnom infekcijom tijekom govora, kašlja i kihanja. Inkubacija je 2 do 3 tjedna. Bolest je obično blagog tijeka u djece, ali u trudnica može izazvati teška oštećenja ploda. Od rubele su prije obveznog cijepljenja najčešće oboljevala djeca predškolske i školske dobi. Danas ima pojedinačnih slučajeva i manjih epidemija jer oko 10% odraslih osoba nije zaštićeno zbog neprovedenog cijepljenja ili zbog gubitka imunosti tijekom godina. Simptomi su blagi. Temperatura može biti umjereno povišena. Crvene mrlje pojavljuju se najprije po koži trupa i lica, a oko trećeg dana šire se na ruke i noge. Povećani su limfni čvorovi na vratu i glavi. Komplikacije su rijetke.

Vodene kozice

Vodne kozice česta su dječja bolest, posebice u kolektivima. Uzročnik je varicela zoster virus koji se širi kapljičnim putem, zrakom ili kontaktom s kožom bolesnika. Bolest je obično blaga, s velikom zaraznošću. Započinje povišenom temperaturom, malaksalosti i karakterističnim osipom, najprije na trupu, u obliku nekoliko malih crvenih uzdignutih točkica (papula), koje se ubrzo napune tekućinom i stvaraju karakteristične mjehuriće (vezikule). Osip se zatim širi na vrat, vlasište i lice, pa ruke i noge. Može biti sasvim blag ili pak prekrivati čitavu površinu tijela. Mjehurići pucaju i nastaju svjetlosmeđe krastice, koje polako tamne dok na kraju ne otpadnu,

uglavnom u roku od dva tjedna od početka bolesti. Za bolest je karakteristično da u isto vrijeme na koži postoje sve faze osipa (papula, vezikula, krusta). Traje obično 7 do 10 dana. U liječenju se primjenjuju opće metode ublažavanja svrbeža (kupke s dodatkom kalijeva permanganata ili losioni koji sadrže kamfor, mentol ili fenol). Odjeća treba biti prozračna i pamučna. U slučaju vrućice primjenjuje se paracetamol. Komplikacije su najčešće posljedica sekundarne bakterijske infekcije kožnih promjena. Ako vam u vrtiću priopće da je neko dijete ostalo kod kuće jer ima vodene kozice, a vaše je dijete bilo u kontaktu s oboljelim djetetom, možete očekivati bolest kod svojeg djeteta u idućih 14 do 20 dana. Bolesnik je zarazan 1 do 2 dana prije izbijanja osipa pa sve dok postoje mjehurići, ali nije u fazi krastica.

Šarlah

Šarlah je zarazna bakterijska osipna bolest, uzrokovana beta-hemolitičkim streptokokom grupe A. Streptokok se obično nalazi u ždrijelu i prenosi se kapljičnim putem. Šarlah se može preboljeti više puta. Osip se obično pojavljuje nakon inkubacije od 3 do 5 dana i traje do tjedan dana. Najprije zahvaća vrat, trup i ekstremitete, dok su dlanovi i tabani obično pošteđeni. Osip je svjetlocrven, nalik na "brusni papir", a mogu se pojaviti i sitna točkasta krvarenja. Karakteristično je crvenilo obraza s bljedilom kože oko usana. Liječenje se provodi antibioticima, čime se sprječavaju

komplikacije i širenje šarlaha na drugu djecu i članove obitelji.

Peta bolest

Peta bolest (označava peto mjesto u nizu zaraznih bolesti s osipom) uzrokovana je parvovirusom B19, koji se prenosi kapljičnim putem i preko krvi (transfuzije). Češća je u djece školske dobi. Bolest karakterizira krupnomrljast osip, koji se pojavljuje na mahove i u fazama, pretežno na licu i udovima. Kožne promjene šire se i spajaju, u središtu koža blijedi i razvija se karakterističan crtež poput zemljopisne karte ili mreže. Rijetko su prisutne tamnocrvene mrlje (enantem) na sluznici ždrijela. Peta bolest traje jedan do dva tjedna. Nakon desetak dana crvenilo nestaje i vidi se perutanje kože. Bolest nije jako zarazna, a prijenos je moguć tjedan dana prije pojave prvih simptoma pa do kraja javljanja osipa. Terapija je simptomatska. Cjepivo protiv pete bolesti ne postoji.

Trodnevna groznica

Trodnevna groznica, ili šesta bolest, jedna je od najčešćih osipnih dječjih bolesti. Pretežno oboljevaju dojenčad i djeca mlađa od 3 godine. Uzročnik je humani herpesvirus 6 i 7, a ulazno mjesto je sluznica gornjih dišnih putova. Bolest počinje iznenadnom visokom temperaturom, koja može doseći vrijednosti iznad 40 °C. Opće stanje djeteta obično nije poremećeno. Visoka temperatura traje 3 do 4 dana, nakon čega naglo pada, uz pojavu osipa po vratu i trupu, koji se zatim širi na lice, ruke i noge. Osip ima izgled mrlja svjetlocrvene boje, ponekad malo iznad razine kože, i nije praćen svrbežom. Traje najviše jedan do dva dana. Liječenje je simptomatsko.

Bolest šake, stopala i usta

Bolest šake, stopala i usta blaga je osipna bolest, karakterizirana osipom u obliku crvenih mjehurića koji se vrlo brzo raspuknu. Uzročnik je Coxsackie virus. Ima epidemijski karakter i česta je u dječjim kolektivima. Najčešće se javlja sezonski, ljeti i u jesen, kod djece predškolskog i školskog uzrasta. Inkubacija je 3 do 6 dana. Prvi je znak bolesti je povišena temperatura, nakon koje slijedi grlobolja, koja može biti praćena lošim apetitom i slabošću. Jedan do dva dana nakon početka bolesti mogu se pojaviti bolni mjehurići na jeziku, desnim i unutarnjoj strani obraza te crveni osip, ponekad s mjehurićima, na dlانovima, tabanima i stražnjici, koji nije praćen svrbežom. Promjene su prisutne oko

Kada potražiti liječničku pomoć

Liječniku se treba obratiti:

- ◆ *kada dijete ima osip praćen općim simptomima, poput lošeg općeg stanja, vrućice, glavobolje, ukočenosti u vratu, povraćanja ili učestalih stolica;*
- ◆ *kada ima urtikariju - kod urtikarije treba obratiti pažnju na otežano disanje i oticanje lica, posebice jezika ili usnica; anafilaksija je ozbiljna, po život opasna, generalizirana reakcija preosjetljivosti;*
- ◆ *kod petehijalnog osipa praćenog visokom temperaturom i lošim općim stanjem djeteta, jer pobuđuje sumnju na meningokoknu sepsu.*

jedan tjedan. Komplikacija nema. Terapija je simptomatska, uz higijenske mjere.

Ostali uzroci osipa

Osip može biti posljedica alergijske preosjetljivosti na hranu ili lijekove. Najčešće se manifestira urtikarijom. Dok su za akutni oblik urtikarije češći uzroci hrana, konzervansi, lijekovi i ugrizi insekata, u 50% kroničnih oblika urtikarije ne može se utvrditi uzrok. Alergijski osip kod djece može se prezentirati i drugom kliničkom slikom. Najčešći je atopijski dermatitis, prisutan kod oko 20% djece predškolske dobi. Razvoju bolesti pridonose genetska sklonost, oštećena kožna barijera, čimbenici okoline i imunološki status djeteta. Eliminacijska je dijeta važna, naročito kod manje djece s dokazanim alergenom hrane. Bolest mogu pogoršati inhalacijski i kontaktni alergeni. Važno je provesti eradikacijske mjere u suzbijanju grinja i kućne prašine u prostoru u kojem dijete boravi. Čest je uzrok makulopapuloznog osipa reakcija kože zbog pojačanog znojenja tijekom ljetnih mjeseci, ili pak pretoplog oblačenja neovisno o godišnjem dobu, kada dolazi do začepljenja i upale izvodnih kanalića žlijezda znojnice. U djece su česte i dermatomikoze, bolesti kože, vlasišta i noktiju uzrokovane gljivama. Najčešća je mikrosporija (uzročnik *Microsporum canis*), a izvor infekcije je zaražena mačka.



POREMEĆAJI SPAVANJA



ZASTOJ DISANJA u snu ugrožava dječje zdravlje

Opstruktivska apneja u snu najčešći je poremećaj disanja tijekom spavanja. Javlja se u 1 do 3 posto djece predškolske i rane školske dobi, a ako je neprepoznata, može imati trajne i po život opasne posljedice. Postoje i drugi, također ozbiljni, oblici apneje

Piše
Petra Šuljić, dr. med.,
specijalistica pedijatrije

Poremećaji spavanja predstavljaju velik javnozdravstveni problem jer utječu na kvalitetu života, kako kod djece, tako i kod odraslih osoba. Potreba za spavanjem svrstava se među primarne ljudske potrebe, jače od potrebe za hranom. Spavanje je razdoblje intenzivne moždane aktivnosti, posebno aktivacije viših funkcija moždane kore. Ono utječe na cjelokupno zdravlje, raspoloženje, pamćenje i učenje. Smatra se da je mozak aktivniji tijekom sna nego tijekom budnosti. Jedan od uzroka poremećaja spavanja jesu poremećaji disanja.

Najteži su oblici poremećaja disanja u spavanju: klasična opstruktivska apneja u snu (zapreka protoku zraka, koja uzrokuje

kratkotrajni prestanak disanja) i opstruktivska hipoventilacija (zapreka protoku zraka, koja uzrokuje smanjenje protoka zraka).

Različite vrste apneja, opstruktivska najčešća

Kada kod odraslih osoba govorimo o apneji, mislimo na respiratornu pauzu (prestanak disanja) od 10 sekundi, dok je kod djece ta pauza od 4 sekunde, uz epizodu pada zasićenja krvi kisikom (SpO_2). Prema klasifikaciji Američkog društva za poremećaje spavanja, postoje sljedeći oblici apneje: opstruktivska apneja za vrijeme spavanja (OAS), centralna apneja za vrijeme spavanja (CSAS), sindrom centralne alveolarne hipoventilacije, sindrom povećanog otpora gornjih dišnih putova (engl. Upper airway resistance syndrome - UARS), karakteriziran kombinacijom

povišenog otpora gornjih dišnih putova tijekom disanja u spavanju, povišenog n-pora pri disanju, hrkanja, učestalih razbuđivanja. Primarno hrkanje bez poremećaja sna (engl. Primary snoring - PS) benigno je stanje, bez psiholoških odstupanja, koje najčešće ne zahtijeva dijagnostiku ni liječenje. Svaki poremećaj mora se razmatrati s obzirom na dob pacijenta jer posljedice nisu iste kod djece i kod odraslih.

Opstrukcijska apneja u snu (OAS) najčešći je poremećaj disanja tijekom spavanja. Javlja se u 1-3 posto djece predškolske i rane školske dobi. Kod sindroma OAS protok zraka kroz dišne putove smanjen je ili je nestao usprkos aktivnosti trbušnih mišića, a posljedica je djelomične ili kompletne opstrukcije gornjih dišnih putova. Epizode opstrukcije ponavljaju se tijekom noći i dovode do buđenja. Smetnje u svim slučajevima nastaju zbog nemogućnosti održavanja gornjih dišnih putova otvorenima za vrijeme spavanja zbog male veličine, sniženog tonusa mišića i poremećaja koordinacije disanja.

Od hrkanja do mokrenja

Za razliku od OAS, kod centralne apneje ne postoji opstrukcija protoka zraka kroz gornje dišne putove i nema pokreta prsnih, odnosno trbušnih mišića.

Djeca i odrasli koji imaju opstrukcijsku apneju za vrijeme spavanja, imaju povećan rizik od razvoja bolesti drugih organskih sustava. Stanja su s povećanim rizikom za OAS (komorbiditeti): rođenje djeteta prije termina, pretilost, povećanje krajnika, neuromuskularne bolesti, abnormalnosti lica i glave, djeca sa sindromima: mala donja čeljust (Sy. Pierre Robin), povećan jezik, generalizirana slabost mišića (npr. DOWN Sy.). Osim hipotonije mišićature, kod Sy Down imamo i uske gornje dišne putove, uz uvećan jezik.

Simptomi OAS dnevni su i noćni. Dnevni simptomi su: disanje na usta, prekomjerna dnevna pospanost, jutarnje glavobolje, kronična sekrecija iz nosa, facies adenoidea (karakteristično kod uvećanih krajnika), česte infekcije uha, uvućena donja čeljust, pretilost, udubljenje prsnog koša ("kokošja prsa"). Noćni simptomi su: hrkanje, česta buđenja tijekom noći, slinjenje, noćne more, noćno mokrenje, pauze u disanju.

Trajne su kliničke posljedice nenapredovanje na tjelesnoj masi, poremećaji ponašanja (hiperaktivnost, poremećaj pažnje, pospanost), smanjenje kvalitete života, noćno mokrenje, povišen krvni tlak te,

Polisomnografija - zlatni standard

Najbolja dijagnostička metoda i "zlatni standard" za dijagnostiku je polisomnografija.

Navedenom pretragom prati se moždana funkcija putem EEG-a, pokreti očiju (EOG), aktivnost mišića (EMG), srčana funkcija (EKG), zasićenost krvi kisikom (SpO_2), prsno i trbušno disanje, protok zraka u nosu/ustima, hrkanje i drugo. Cjelonoćna polisomnografija radi se u nejasnim slučajevima i u djece s neurološkim oštećenjima.

U kućnim uvjetima primjenjuje se metoda noćne oksimetrije, kojom se mjeri zasićenost kisikom te su ponavljane epizode pada zasićenosti kisikom (desaturacije SpO_2) dovoljne za postavljanje dijagnoze.

Najvažniji polisomnografski parametar koji opisuje težinu poremećaja jest Apneja-hipopneja indeks. Apneja-hipopneja indeks (AHI) predstavlja sveukupan broj apneja (prestanak protoka zraka) i hipopneja (smanjenje protoka zraka za više od 50 posto, uz pad saturacije barem za 3 posto) tijekom jednog sata spavanja. AHI veći od jedan predstavlja dijagnozu opstrukcijske apneje u snu.



najteže, kronično plućno srce i plućna hipertenzija.

Moguće teške i nepovratne posljedice

Neprepoznata i neliječena OAS može dovesti do trajnih, pa i životno opasnih posljedica. Više je načina liječenja te se kreće od najmanje invazivnog modaliteta, ovisno o simptomima i kliničkoj slici. Kod pretilosti djece imperativ je redukcija tjelesne težine. Prvi su anatomske faktor rizika za OAS u pretilih povećane tonzile. Kod djece s povećanim krajnicima uz OAS, terapija je operacija krajnika (adenotonzilektomija). Adenotonzilektomija dovodi do normalizacije tjelesne težine u djece s nenapredovanjem, ali povećava rizik od pretilosti kod djece koja su preuhranjena. Pretila djeca imaju veći rizik od perzistiranja bolesti nakon kirurškog zahvata (polisonografija

≥ 6 tjedana nakon adenotonzilektomije). Debljina u srednjem djetinjstvu može predviđati adolescenta s OAS-om. Adenotonzilektomija je dovela do povlačenja OAS u 10 posto pretilih djece.

Kao mogućnost liječenja, u dostupnoj se literaturi spominju i lokalna primjena intranazalnog kortikosteroida, primjena kontinuiranog pozitivnog zračnog tlaka (CPAP), ekspanzija maksile, ortodonska pomagala i kraniofacijalna kirurgija. Krajnja opcija u liječenju kod djece s teškom OAS jest kirurški zahvat na prednjem dijelu dušnika (traheotomija), koji se izvodi samo u slučaju kada ni jedna druga metoda liječenja nije dovela do poboljšanja simptoma.

Poremećaji disanja u snu mogu imati više različitih uzroka koji zahtijevaju konzultaciju pedijatra pulmologa. Većini od uzroka može se uspješno pomoći.

EPILEPSIJA



OHRABRITI OBOLJELE DA ODRASTU

bez okova stigme i zabrana

Piše

Prof. dr. sc. **Igor Prpić**, dr. med., specijalist pedijatar s užom specijalizacijom iz pedijatrijske neurologije

Jelena Begić, mag. med. tech.

Epilepsija je jedna od najstarijih poznatih bolesti. Kroz povijest su joj se pripisivali razni atributi, od "svete" do "demonске", uglavnom zbog specifičnih simptoma. Hipokrat je prvi ustvrdio da je epilepsija organska bolest, smatrajući mozak izvorom epileptičkog napadaja. Stavovi i saznanja o epilepsiji mijenjali su se tijekom povijesti, no dominantno shvaćanje bolesti karakterizirano je do danas izrazitom stigmatiziranošću i brojne predrasude imaju negativan utjecaj na osobe oboljele od epilepsije.

Već pri postavljanju dijagnoze takve osobe susreću se sa zabranama i ograničenjima različitog tipa i težine. Glavni razlog je prevencija tjelesnih ozljeda. Ograničavaju im se aktivnosti koje mogu izazvati

Ovisno o tipu i kontroli epilepsije kod djece i mladih, uz pravilne životne navike i nužnu svijest o rizicima, oboljele ne treba pretjerano ograničavati u nastojanju da razviju socijalne vještine, samostalnost i samopouzdanje za aktivan život, školovanje i uspjeh u vršnjačkom okruženju i da budu pripravnici za budućnost

epileptički napadaj, poput fotostimulacije ili neredovitog i kratkog spavanja. Zabrane i ograničenja koja se nameću osobama oboljelim od epilepsije mogu biti opravdana, ali i neopravdana. Potonje proizlaze iz straha od posljedica epileptičkog napadaja, a izravno utječu na ponašanje i psihosocijalno funkcioniranje djeteta. Pitanje zabrana koje se nameću bolesnicima posebno je osjetljivo jer treba pomiriti rigorozni i permissivni stav te, uz racionalnu procjenu rizika, omogućiti zadovoljavajuću društvenu integraciju. Prema jednoj njemačkoj studiji, dvije trećine od 631 bolesnika s epilepsijom iskazale su da se

svakodnevno suočavaju s brojnim zabranama i ograničenjima u području školovanja, zapošljavanja, sportskih aktivnosti, emocionalnih kontakata i prihvatanja od okoline.

Rizici za oboljele

Nije jednostavno uskladiti nastojanja liječnika da ohrabri maksimalnu samostalnost osobe oboljele od epilepsije, prilagođenu tipu napadaja, s obvezom savjetovanja i iznošenja potrebe o izbjegavanju čimbenika koji povećavaju rizik za pojavu napadaja. Ponekad pretjeran zaštitnički stav okoline prema oboljelim od epilepsije vodi

Dobra kontrola diktira pravila

Različite mjere opreza i upozorenja neophodne su ovisno o tipu i težini epilepsije, kvaliteti kontrole napadaja i terapiji. Stav pretjerane zaštite može voditi gubitku motivacije i inicijative. Napadaji su češći u razdobljima opuštanja i dosade, a rjeđi u intervalima povišene koncentracije, aktivnosti i povoljnog psihološkog stanja. Dobro kontrolirana epilepsija treba biti praćena prestankom niza zabrana jer, u protivnom, može nepovoljno utjecati na klinički tijek bolesti.

razvoju depresije, gubitku samopovjerenja i samopoštovanja pojedinca.

Oprez kod kupanja u kadi i uz digitalne zaslone

U kućnim uvjetima postoji visok rizik od slučajnog utapanja prilikom kupanja u kadi. Stoga mala djeca moraju biti pod stalnim nadzorom odraslih. Opća je preporuka da se osobna higijena obavlja tuširanjem, a ako se koristi kada, preporučuje se da dubina vode u kadi ne prelazi sedam centimetara. Kupaonska vrata ne smiju se zaključavati i trebaju se otvarati prema van.

Vrijeme u kojem živimo nosi suvremene oblike zabave, poput igranja igrice pred ekranima, boravka uz kompjutor te druženja i zabave putem društvenih mreža i interneta, što nosi rizik od epileptičkog napadaja izazvanog fotostimulacijom. Sveprisutni ravni LCD ekrani imaju minimalni rizik od fotostimulacije, te se ograničava vrijeme provedeno u takvim aktivnostima, posebice unutar 2 do 3 mjeseca od postavljanja dijagnoze epilepsije, ili do postizanja kontrole napadaja nakon uvođenja antiepileptičkih lijekova.

Epilepsija i sport

Oboljeli od epilepsije mogu se baviti većinom sportova ako je kontrola napadaja dobra. U djece i adolescenata preporučuju se timski sportovi (košarka, nogomet, odbojka), koji imaju povoljan psihosocijalni učinak. Plivanje i vodeni sportovi dopušteni su uz pojačan nadzor. Moguće je i bavljenje profesionalnim sportom budući da se većina antiepileptičkih lijekova ne smatra zabranjenim supstancama. Vožnja i upravljanje biciklom, vožnja na rolama i "skateboardu" te skijanje dopušteni su u

Osuverimeniti nepotrebne zabrane i ograničenja

U djece i adolescenata oboljelih od epilepsije uloga nastavnika ključna je za dobru integraciju i prilagodbu. Važnu ulogu ima i liječnik školske medicine, kao spona između zdravstvenog i obrazovnog sustava. Zabrane i ograničenja rada u laboratorijima, kabinetima, sudjelovanja u igrama i odlaska u školsku kuhinju kod djece i adolescenata oboljelih od epilepsije nisu opravdani. Zabrane i ograničenja u izboru škole i budućeg zanimanja potrebno je osuverimeniti te provoditi individualnu procjenu radne sposobnosti ovisno o vrsti, učestalosti i težini epileptičkih napadaja. Nije opravdano zabranjivati i ograničavati odlazak na izlete, terensku nastavu, maturna putovanja, već ih treba ohrabrivati i poticati, budući da zabrane i ograničenja takvog tipa značajno utječu na mentalno zdravlje djece i adolescenata. Ne tako davno, oboljelima od epilepsije bile su strogo zabranjene i ograničene fizičke i sportske aktivnosti, no novija istraživanja ukazuju na povoljno djelovanje fizičke aktivnosti i sporta na klinički tijek epilepsije.

osoba s dobrom kontrolom epileptičkih napadaja, uz određene mjere opreza. Tijekom aktivnosti obvezno je nošenje zaštitne kacige te štitnika za koljena i laktove, izbjegavanje rizičnih terena, staza i visina. Djecu je potrebno nadzirati.

Odmjeravajući pozitivne učinke bavljenja sportom nasuprot rizicima, pojedini se sportovi nikako ne preporučuju, poput podvodnog ronjenja, padobranstva ili skijaških skokova. Borilački kontaktni sportovi i boks ne preporučuju se u natjecateljske svrhe, dok njihovo treniranje uz stručan nadzor nije zabranjeno.



Akutno uzimanje alkoholnih pića može izazvati epileptički napadaj, iako alkohol kao samostalna supstanca nije snažan "izazivač" epileptičkog napadaja. Učestalo i prekomjerno konzumiranje alkohola čimbenik je rizika za sindrom nagle, iznenadne smrti oboljelih od epilepsije. Male i umjerene količine alkohola ne povećavaju učestalost napadaja i ne narušavaju značajno serumske razine antiepileptičkih lijekova. Konzumacija "lakih droga" može pogoršati kontrolu epileptičkih napadaja i izazvati akutne simptomatske napadaje. Stoga se zabranjuje i zakonskom regulativom i medicinskom kontraindikacijom. Konzumacija kave i pića koja sadržavaju kofein dopuštena je ako se konzumiraju umjereno, ali velike doze kofeina mogu imati proepileptički učinak.

Izdavanje vozačke dozvole oboljelima od epilepsije regulirano je zakonom. Moguće je dobiti vozačku dozvolu ako je prošlo najmanje godinu dana od posljednjeg epileptičkog napadaja, uz uvjet da lijekovi nisu kontraindicirani pri upravljanju motornim vozilima, te nakon 6 mjeseci od posljednjeg epileptičkog napadaja uzrokovanog promjenom i/ili ukidanjem antiepileptičkih lijekova.

Najmanje osam sati noćnog sna

Ograničenja i zabrane vezane uz ritam budnosti i spavanja trebaju biti prilagođeni svakoj osobi posebno. Općenito se preporučuje noćni odmor u trajanju od 8 sati, ograničavanje noćnih izlazaka, ali ne i apsolutna zabrana, te nadoknada odmora i spavanja tijekom vikenda.



GRUDNA BOL

KOD DJECE
ČESTA,

ali rijetko opasna bol u grudima

Piše
prof. dr. **Jurica Jambrović**, dr. med.
Prim. **Neven Čače**, dr. med., specijalist
pedijatrije s užom specijalizacijom iz
pedijatrijske kardiologije

Bol u grudima kod djece vrlo je čest razlog posjeta liječniku ili hitnim pedijatrijskim ambulantama (0,3 do 1 posto svih posjeta hitnim pedijatrijskim službama). Velik broj pacijenata i njihovih roditelja grudnu bol povezuje sa srčanom boli kod odraslih, prvenstveno infarktom, s mogućim fatalnim posljedicama. Takav stav dijelom je potaknut velikom medijskom pažnjom koja se pridaje iznenadnim smrtnim u mladih sportaša te naporima zdravstvenih službi da upozore na potrebu prevencije srčanih bolesti.

Procjenjuje se da je samo 1 do 4 posto grudnih boli izazvano bolestima srca. Ipak, zbog straha od potencijalno smrtonosne bolesti, roditelji traže odgovor na pitanje da li je djetetovo srce zdravo i skoro se svako dijete nakon hitnog pregleda upućuje na daljnju kardiološku obradu. Bolovi koji traju dulje ometaju djetetov svakodnevni ritam, pa su česti izostanci iz škole ili problemi sa spavanjem.

Često neopasni uzroci

Kod djece je grudna bol vrlo rijetko simptom teške, potencijalno smrtonosne bolesti, za razliku od odraslih. Uzroci grudne boli uključuju bolesti mišića i kosti, bolesti dišnog sustava, psihogena stanja, bolesti probavnog sustava, infekcije kože. Sveobuhvatnom dijagnostičkom

obradom uzrok grudne boli kod djece ostaje nepoznat u trećini do polovine slučajeva, ali u većini slučajeva ne postoji ozbiljniji podliježući zdravstveni problem. Mišićno-koštani uzroci najučestaliji su razlog grudne boli (jedna trećina svih slučajeva). Bol može biti posljedica povrede, prenaprezanja (aktivni sportaši), deformiteta grudnog koša (izbočena ili udubljena prsa) ili slabosti hrskavica koje spajaju rebra s prsnom kosti. Psihogeni uzroci grudne boli zastupljeni su u do 30 posto slučajeva i češći su u djece starije od 12 godina. Javljaju se prvenstveno nakon stresnih događaja i mogu biti udruženi s napadajima panike, tjeskobom ili hipohondrijom, a uz grudnu bol često su prisutne i druge tegobe, poput glavobolje, bolova u trbuhu i poremećaja spavanja. Bolesti dišnog

sustava, poput astme i upale pluća, uobičajeni su razlog grudne boli u djece. Bilo koje stanje praćeno upornim kašljem može dovesti do grudne boli uzrokovane naprezanjem mišića. Bolesti probavnog sustava, povezane s bolovima u prsima, mogu biti posljedica upale jednjaka zbog povrata izrazito kiselog želučanog sadržaja. Bol može trajati minutama ili satima. Tipično se opisuje kao pečenje ili stiskanje ispod prsne kosti, ponekad sa širenjem u leđa. Bol je češća nakon jela i može se pogoršati u stresnim situacijama.

Znakovi opasne boli

Važno je istaknuti stanja koja su potencijalno životno ugrožavajuća. Na bolesti srca upućuje grudna bol koja se javlja uz napor ili neposredno nakon njega, ako je praćena vrtoglavicom, gubitkom svijesti, osjećajem lupanja srca ili slabijim podnošenjem napora. U pacijenata s poznatom operiranom ili neoperiranom prirođenom srčanom greškom i upalnim bolestima srčanih struktura te u onih koji koriste narkotike, treba imati na umu moguće oštećenje srčanog mišića (infarkt). Podatak o iznenadnoj srčanoj smrti mlađih članova obitelji (ispod 50. godine života) trebao bi pobuditi sumnju na bolest srca. Nepravilan rad srca (uglavnom ubrzan) ili aritmija obično ne uzrokuje bolove, osim ako dulje traje. Jaka i iznenadna parajuća bol može biti posljedica oštećenja stijenke aorte - velike krvne žile koja izlazi iz lijeve strane srca. Međutim, te su tegobe u djece povezane sa specifičnim genetskim bolestima.

Od "nesrčanih" uzroka, nagli nastup oštre boli u jednoj polovici grudnog koša, koja se pogoršava disanjem, može biti posljedica prodora zraka između stijenke grudnog koša i plućnog krila, a pojavljuje se prvenstveno u visokih i mršavih adolescenata. Kod bolova u prsima koji su praćeni napadajima kašlja treba posumnjati na mogućnost stranog tijela u dišnim putevima, češće kod manje djece, koja nehotice mogu udahnuti strano tijelo prilikom igre, kod stavljanja manjih predmeta u usta i prilikom konzumiranja hrane, često orašastih plodova. Vrlo je rijedak uzrok grudne boli oštećenje stijenke jednjaka prilikom intenzivnog povraćanja ili većeg i nedovoljno usitnjenog zalogaja hrane. Za razliku od odraslih, krvni su ugrušci u plućima kod djece vrlo rijedak uzrok bolova.

Kad je liječnička pomoć hitna i neodgodiva

Kada se dijete žali na bolove u prsima, potrebno se posavjetovati s nadležnim liječnikom. Liječnik će detaljnim uzimanjem podataka i pregledom utvrditi mogući uzrok boli i procijeniti postoji li razlog za dodatnu obradu (npr. laboratorijsku ili radiološku), konzultaciju hitne službe ili pedijatrijskog kardiologa. U većini slučajeva grudne boli nema razloga za zabrinutost zbog moguće teške bolesti i većini djece neće biti potrebna trenutna obrada. Na neodgodivo javljanje liječniku upućuju sljedeće pridružene smetnje: ubrzano disanje, osjećaj nedostatka zraka, kratkoća daha, blijeda, sivkasta ili plavičasta obojenost kože i loše opće stanje, tj. bolestan izgled djeteta. Liječnička obrada također je potrebna u slučaju prateće povišene temperature, kašlja, gubitka svijesti, osjećaja nepravilnog rada srca, bolova prilikom tjelesne aktivnosti, povrede, boli koja dijete budi noću i sumnje na strano tijelo u dišnim putevima.



BOLESTI
TIROIDNE
ŽLIJEZDE

ŠTITNJAČA



čuvarica cijelog organizma

Piše
Mr. sc. **Ivona Butorac Ahel**, dr. med.

Štitnjača je mala, ali važna žlijezda, koja izgleda poput leptira. Smještena je u prednjem, donjem dijelu vrata, ispod grkljana, a ispred dušnika. Čine ju dva režnja, međusobno povezana središnjim suženim dijelom.

Štitnjača proizvodi dva hormona - tiroksin (T4) i trijodtironin (T3) i izlučuje ih u krvotok. Za proizvodnju hormona štitnjače neophodan je jod koji dobivamo iz hrane. U Republici Hrvatskoj jodiranje kuhinjske soli obvezno je od 1953. godine, pa se Hrvatska ubraja među zemlje s dovoljnim unosom joda. Uz uobičajeno korištenje jodirane soli, nije potrebno dodatno koristiti preparate joda jer suvišak joda u tijelu također može poremetiti sintezu hormona štitnjače.

Važna za cijeli organizam

Hormoni štitnjače utječu na funkciju svih organa i neophodni su za uravnoteženu

Hipotireoza je jedan od češćih endokrinoloških poremećaja u dječjoj dobi

funkciju cijelog organizma. Pravilna funkcija štitnjače neophodna je za normalan razvoj mozga i živčanog sustava tijekom razvoja ploda u majčinoj utrobi i u rano dječje doba, kao i za rast i razvoj tijekom djetinjstva i adolescencije. Oba hormona sudjeluju u održavanju bazalnog, osnovnog metabolizma stanica. Njihov manjak može usporiti, a višak ubrzati metabolizam stanica. Važni su za održavanje tjelesne temperature, reguliraju otkucaje srca, krvni tlak, probavni sustav, gustoću kostiju, masnoću kože i raspoloženje.

Količina hormona štitnjače u krvotoku pod kontrolom je hipofize - žlijezde koja se nalazi ispod mozga. Kada

hipofiza registrira manjak ili višak hormona štitnjače u organizmu, prilagodiće lučenje svog hormona tireotropina (TSH), koji upravlja proizvodnjom hormona štitnjače.

Ako štitnjača ne proizvodi uravnoteženu količinu hormona, nanosi štetu organizmu. Dva su najčešća poremećaja funkcije štitnjače hipotireoza (smanjena aktivnost štitnjače) i hipertireoza (pojačana aktivnost štitnjače).

Smanjena aktivnost štitnjače - hipotireoza

Hipotireoza je stanje kada štitnjača ne proizvodi dovoljno hormona. To je jedan od češćih endokrinoloških poremećaja u dječjoj dobi. Može biti prisutna od rođenja, ili se razviti kasnije u djetinjstvu.

Ako je hipotireoza prisutna od rođenja (kongenitalna hipotireoza), može se manifestirati lijenim sisanjem, pospanošću, produljenom novorođenačkom žuticom,

usporenom motorikom, zatvorom te sniženom tjelesnom temperaturom. Mogu se zamijetiti i grublje crte lica, veći jezik, širok korijen nosa, blijeda i suha koža, izbočen trbuh i pupčana kila. Neprepoznata i neliječena kongenitalna hipotireoza dovodi do teške mentalne retardacije i zastoja u rastu i razvoju djeteta. U svim hrvatskim rodilištima provodi se probir novorođenčadi na kongenitalnu hipotireozu kako bi se, u slučaju da ona postoji, što ranije započelo liječenje i tako spriječile teške i nepovratne posljedice.

Kada se hipotireoza javi kasnije u djetinjstvu, govorimo o stečenoj hipotireozu. Najčešći su simptomi zaostatak u rastu, dozrijevanju kostiju i nicanju zubi, a poslije i u spolnom razvoju. Koža je suha i perutava, djeca ne podnose hladnoću, umorna su i pospana, imaju zatvor, debljaju se.

Hashimotov tireoiditis - kronična autoimuna upala štitnjače

Najčešći je uzrok stečene hipotireoze kronična autoimuna upala štitnjače (Hashimotov tireoiditis). Bolest spada u skupinu autoimunih bolesti kod kojih obrambeni sustav tijela uništava tkivo štitnjače. Češće obolijevaju djevojčice. Početak bolesti je podmukao. Najčešće se na sistematskom pregledu uoči

Kada posumnjati da dijete ima bolesnu štitnjaču

Ako vaše dijete naglo počinje mršavjeti ili se debljati, ima smetnje koncentracije, osjećaj lupanja srca, žali se na slabost, postalo je hiperaktivno ili ima promjene u ponašanju, moguće je da ima bolesnu štitnjaču. Glavobolja, vrtoglavica, bolovi u prsištu, usporen rast i razvoj, odgođen ili ubrzan pubertetski razvoj mogu biti znakovi bolesne štitnjače, ali i mnogih drugih bolesti. Djeca čiji roditelji imaju bolest štitnjače u većem su riziku za obolijevanje od ostale djece.

Kod sumnje napraviti pregled i pretragu krvi

Bolesti štitnjače čest su zdravstveni problem i djece, i odraslih. Lako ih je otkriti pregledom i pretragama krvi. Ako sumnjate da vaše dijete ima bolest štitnjače, ne postavljajte dijagnozu sami, već ga odvedite liječniku.

uvećana štitnjača u djeteta koje nema nikakvih simptoma.

Hipertireoza - pojačana aktivnost štitnjače

Hipertireoza je poremećaj prejakog lučenja hormona štitnjače. Najčešći je uzrok ubrzanog rada štitnjače u djece i adolescenata Gravesova bolest. Bolest se obično očituje postupno, tako da bolesnici postaju emocionalno labilni, nervozni, loše spavaju, pojačano se znoje, imaju pojačan apetit, ali ne dobivaju na tjelesnoj masi, ne podnose toplinu, tresu im se ruke, imaju proljevaste stolice i osjećaj slabosti. Obično ne podnose fizički napor i lupa im srce. U nekih bolesnika javlja se egzoftalmus (izbočenje očnih jabučica).

Dijagnostika

Prilikom pregleda štitnjače može biti normalne veličine ili uvećana. Pretrage kojima se otkrivaju bolesti štitnjače obuhvaćaju pretrage krvi i ultrazvuk štitnjače. Pretragama krvi određuje se koncentracija hormona štitnjače FT3 i FT4 (slobodni T3 i T4) i koncentracija TSH. Ako se sumnja na autoimunu bolest štitnjače, određuju se i protutijela usmjerena protiv tkiva štitnjače. Ultrazvukom određujemo veličinu i promjene u tkivu štitnjače. Ako se ultrazvučnom pretragom u tkivu štitnjače nađu sumnjivi čvor ili druge promjene, radi se i biopsija (uzimanje uzorka tkiva).

Lijekovi za brži i sporiji rad štitne žlijezde

Kada štitnjača radi usporeno, manjak njezinih hormona nadomješta se sintetičkim hormonom (L-tiroksinom). Uglavnom se pije ujutro, natašte, 30 minuta prije prvog obroka. Hipotireoza se ne može izliječiti, ali se lako drži pod kontrolom redovitim uzimanjem lijeka.

Kada štitnjača radi ubrzano, primjenjuju se lijekovi koji usporavaju rad štitnjače (propiltiouracil ili tiamazol). Ubrzana aktivnost štitnjače nešto se teže liječi od usporene aktivnosti.

Praćenje i kontrola bolesti

Djeca koja boluju od hipotireoze i/ili Hashimotov tireoiditis kontroliraju hormone štitnjače svakih tri do šest mjeseci. Ako se uvodi lijek ili se mijenja doza lijeka, hormoni štitnjače kontroliraju se za 6 do 8 tjedana, a ako dijete boluje od hipertireoze, svaka dva mjeseca.



CISTIČNA FIBROZA

DVA GENA
ODREĐUJU

pojavu bolesti

Piše
Silvije Šegulja, dr. med., specijalist
pedijatar s užom specijalizacijom
iz pedijatrijske alergologije
i kliničke imunologije

Iako spada među rijetke bolesti, cistična fibroza (CF) najčešća je ozbiljna monogenetski nasljedna bolest u ljudi bijele rase. Predstavlja jedan od najvećih izazova s kojima se medicinska struka i znanost danas susreću. CF je kompleksna multisistemska bolest koja značajno skraćuje životni vijek bolesnika. Može pogoditi bilo koje novorođenče.

Analizirajući stare medicinske zapise, vidi se da je CF poznata već stoljećima kao bolest male djece izrazito slane kože, koja vrlo slabo napreduju na težini i rano umiru. Međutim, tek je 1938. godine američka patologinja Dorothy Andersen opisala tu bolest i nazvala ju "cistična fibroza", zamijetivši fibrozirane cistične promjene na gušteračama rano umrle dojenčadi, koja

su sva patila od malapsorpcijskog sindroma. U tim vremenima bolest je u gotovo sve djece bila fatalna već u prvoj godini života. Od tada pa do danas učinjeni su veliki pomaci u razumijevanju i liječenju CF, tako da se u razvijenim zemljama prosječna dob preživljavanja tih bolesnika pomakla čak u četvrtu dekadu života, uz veliku vjerojatnost daljnjeg porasta. Uglavnom je plućna komponenta bolesti ta koja ograničava životni vijek bolesnika.

Specifične genske mutacije

CF uzrokovana je točkastim promjenama, tzv. mutacijama CFTR-gena (engl. cystic fibrosis transmembrane conductance regulator), otkrivenog tek 1989. godine, koji u sebi sadrži šifru za sintezu CFTR-proteina. CFTR-gen nalazi se na dugom kraku 7. kromosoma. Do danas je otkriveno više od tisuću mutacija koje uzrokuju bolest. Najčešća mutacija, prisutna u oko dvije trećine bolesnika, nosi oznaku deltaF508. Mutacija CFTR-gena dovodi do pogreške

u procesu sinteze CFTR-proteina, čemu je posljedica poremećaj ili potpuni ispad njegove funkcije. CFTR-protein ugrađen je u membrane ljudskih stanica poput kanala koji regulira protok iona i vode između unutarstaničnog i izvanstaničnog prostora. Ta regulacija posebno se odnosi na ione klora, pa je njihova koncentracija u izlučevinama znojnih žlijezda bolesnika, za razliku od znoja zdrave osobe, vrlo visoka. Upravo na tom obilježju temelji se znojni test - glavni test kojim se bolest otkriva. Znojni test bezbolan je i nije skup, a podrazumijeva određivanje koncentracije soli (klorida) u znoju. Koncentracije klorida u znoju zdravog djeteta ne premašuju 40 mmol/L. Koncentracije više od 60 mmol/L sugeriraju dijagnozu CF.

Putevi nasljeđivanja

CF se nasljeđuje autosomno recesivno. To znači da je za nastup bolesti potrebno naslijediti dva mutirana CFTR-gena, po jedan od svakog roditelja. Kako naše stanice imaju 23 para autosomnih kromosoma, tako i svaku našu nasljednu osobinu šifriraju dva gena. Postoje osobe koje na jednom 7. kromosomu imaju mutirani CFTR-gen, a na drugom 7. kromosomu



imaju ispravan gen za šifriranje sinteze tog transmembranskog regulatornog proteina. Takve osobe ne boluju od CF. One su samo nositelji tog neželjenog recesivnog svojstva. U općoj europskoj populaciji, pa tako i u našoj, otprilike svaka trideseta osoba nositelj je mutiranog CFTR-gena. Da bi se rodilo bolesno dijete, preduvjet je da su oba roditelja nositelji. Međutim, vjerojatnost da će novorođeno dijete dvoje nositelja biti bolesno iznosi samo 25 posto, što u konačnici znači da se jedan slučaj CF pojavljuje na 2 000-4 000 novorođenčadi. Trenutno je u Hrvatskoj registrirano nešto više od stotinu takvih bolesnika.

Ispad funkcije CFTR-proteina naročito dolazi do izražaja na pokrovnim (epitelnim) stanicama, uključujući stanice žlijezda s vanjskim izlučivanjem, čemu je posljedica dehidratizirana izvanstanična tekućina, odnosno puno veća gustoća žljezdanih sekreta od one normalne. Zato je jedan od starijih naziva ove bolesti - mukoviscidoza (lat. mucus = sluz; viscum = ljepak). Upravo taj gusti i ljepljivi sekret u bolesnika koji pate od CF uzrokuje oštećenja niza organa, od kojih su patološke promjene na gušterači i plućima najpogubnije. Sekret u dišnim putovima jako je gust i ne da se dobro iskašljati. Nakuplja se u plućima, izazivajući nepopravljive strukturne promjene dušnica (bronha) i stvarajući uvjete za nastup čestih bakterijskih infekcija i razvoj tvrdokorne kronične gnojne upale. Sve to dovodi do stvaranja začaranog kruga i nepovratnog propadanja plućnog tkiva. U konačnici dolazi do smanjenja respiratorne površine pluća i razvoja napredujuće kronične respiratorne insuficijencije. Bolesnici koji pate od CF u prosjeku gube 1-2 posto svoje plućne funkcije godišnje. U gušterači pak patološki gusti sekret postepeno začepљуje njene odvodne

Snažno bi pomogao probir novorođenčadi

U sve više razvijenih zemalja uvodi se novorođenački probir na CF kojim se otkrivaju gotovo svi slučajevi bolesti unutar prva dva mjeseca života, što omogućuje promptno uvođenje odgovarajućih mjera liječenja. Probir zahtijeva značajna financijska sredstva tako da se on u našoj zemlji, barem za sada, ne provodi. Iako CF ne možemo izliječiti, pravovremenim započinjanjem liječenja možemo značajno usporiti napredovanje te bolesti.

Liječenje CF kompleksno je i provodi se svakodnevno, tijekom čitavog života, neprestano stavljajući na kušnju izdržljivost bolesnika i njegove obitelji.

kanaliće, remeteći lučenje probavnih enzima. Hrana se zato vrlo loše probavlja. Bolesnikove stolice su pune neprobavljene hrane, masne i obilne. Dolazi do razvoja teške kvantitativne i kvalitativne pothranjenosti sa svim njenim posljedicama.

Uz dišne i probavne, pogođeni i ostali organi

Uz spomenute dvije glavne komponente bolesti, respiratornu i probavnu, manje ili više mogu biti izraženi i simptomi poremećaja rada niza drugih organa i sustava uključujući jetru i žučne vodove, reproduktivni i endokrini sustav. Iako najčešća genska mutacija deltaF508 obično rezultira teškim oblikom bolesti, na konačnu kliničku prezentaciju utječu i neki drugi, tzv. modificirajući geni, kao i čimbenici okoliša. Polivalentna priroda ove bolesti, obilježena zahvaćenošću različitih organa i organskih sustava, zahtijeva multidisciplinarni pristup, u kojem sudjeluje širok tim stručnjaka medicinskih i nemedicinskih profila. Bolesnici su podvrgnuti uzimanju ne samo velikog broja lijekova i specifičnim načinima njihove primjene, nego i nizu neophodnih svakodnevnih intervencija, od onih nutricionističkih do onih obilježenih velikom potrošnjom vremena, kao što je fizikalna terapija grudnog

koša. Sve to pak treba uskladiti s obavezama i životnim planovima bolesnika i njegove obitelji.

Liječenje samo simptomatsko

Nažalost, uzrok bolesti još se ne da liječiti. Aktualni terapijski pristup temelji se isključivo na supstitucijskim i simptomatskim mjerama liječenja, kojima se pokušavaju ublažiti posljedice komplikacija bolesti. Poboljšanje iskašljavanja upalnog sekreta iz dišnih putova metodama fizikalne terapije grudnog koša, zajedno s inhalacijama dornaze-alfa i hipertone otopine NaCl, kontinuirana protuupalna primjena azitromicina ili ibuprofena te česta sistemska i inhalacijska primjena antibiotika, osnovni su principi liječenja plućne komponente bolesti. Bolesnici u završnom stadiju bolesti zahtijevaju stalnu primjenu kisika. U nekih od njih transplantacija pluća moguća je terapijska opcija koja je, međutim, još uvijek visokorizična procedura. Za mjera postizanja optimalnog nutritivnog statusa bolesnika treba posegnuti čim prije, odmah po postavljanju dijagnoze. One uključuju visokokalorijsku prehranu te nadomjesnu primjenu probavnih enzima i vitamina topljivih u mastima. S vremenom, u bolesnika koji pate od CF strada i endokrina funkcija gušterače, s posljedičnim razvojem dijabetesa i potrebom za nadomjesnom primjenom inzulina. Još je čitav niz komplikacija i komorbiditeta od kojih pate bolesnici s CF, čiji je glavni izvor probavni sustav.

Posljednjih godina veliki naponi ulažu se u iznalaženje novih mogućnosti liječenja CF kojima se, uvjetno rečeno, nastoji zadrijeti u uzročno liječenje bolesti. Radi se o većem broju aktivnih supstancija, tzv. modifikatora CFTR-a, koje su većinom još u ranim fazama kliničkih ispitivanja, ali i o nekoliko registriranih lijekova kojima se, u određenih bolesnika s CF, pokušava barem djelomično korigirati ili pojačati poremećenu funkciju CFTR-proteina.



ONKOLOŠKE
BOLESTI

RAK

nije smrtna presuda

Piše

Prof. dr. sc. prim. **Jelena Roganović**,
dr. med., specijalistica pedijatrije s
užom specijalizacijom iz pedijatrijske
hematologije i onkologije

Maligne bolesti u djece rijetke su i čine 1–2 posto svih tumora u općoj populaciji. Suvremenom terapijom postiže se izlječenje u oko 80 posto djece s malignim bolestima. Liječenje je vrlo kompleksno i provodi se u specijaliziranim pedijatrijskim onkološkim centrima, gdje rade educirani liječnici, medicinske sestre i stručnjaci drugih profila.

Maligne bolesti u djece bitno se razlikuju od malignih bolesti u odraslih. U dječjoj dobi najčešće su leukemije, slijede tumori mozga, limfomi i drugi tumori. Nasuprot tomu, u odraslih su najčešći rak pluća, debelog crijeva, dojke i prostate. Maligne bolesti u djece pokazuju općenito bolji odgovor na kemoterapiju, a djeca bolje podnose kemoterapiju od odraslih. Budući da antitumorsko liječenje može imati kasne

Suvremenom terapijom postiže se izlječenje u oko 80 posto djece s malignim bolestima. Liječenje je vrlo zahtjevno, kompleksno i obavlja se u specijaliziranim pedijatrijskim onkološkim centrima, gdje rade educirani stručnjaci. Najčešće su maligne bolesti leukemija, tumori mozga, limfomi i drugi tumori

neželjene posljedice, djeca koja se izliječe zahtijevaju dugotrajan i pažljiv nadzor.

Leukemije, trećina svih dječjih neoplazmi

Leukemije čine trećinu svih dječjih neoplazmi. Najčešća je akutna limfatična leukemija, od koje pretežno obolijevaju djeca od druge do šeste godine života. Simptomi su opća slabost, bljedilo, spontana krvarenja po koži, iz nosa ili desni, neobjašnjiva povišena temperatura, bolovi u kostima i zglobovima, gubitak težine i drugi. Rezultati liječenja su izvrsni. Tumori središnjeg živčanog sustava (mozga i leđne moždine)

druge su po učestalosti dječje neoplazme (20 posto). Većina potječe iz malog mozga ili moždanog debla. Najčešće obolijevaju djeca između 5. i 10. godine. Simptomi su glavobolja, mučnine, povraćanje, mutan vid ili dvoslike, vrtoglavice, poremećaji hoda i ponašanja. Limfomi su maligni tumori limfatičnog tkiva koji čine 15 posto dječjih neoplazmi. U vrijeme postavljanja dijagnoze većina limfoma je rasprostranjena po tijelu. Najčešće se prezentiraju perzistentnim bezbolnim povećanjem limfnih čvorova. Dije se na ne-Hodgkinove i Hodgkinove (češći u adolescenata) limfome. Neuroblastom je maligni tumor



koji potječe od primitivnog nervnog tkiva (7 posto dječjih neoplazmi). Najčešći je u prvoj godini života, a većina oboljele djece mlađa je od pet godina. Iako može nastati bilo gdje u tijelu, većinom nastaje u trbuhu, a manifestira se vidljivim povećanjem trbuha, bolovima ili drugim nespecifičnim simptomima. Nefroblastom (Wilmsov tumor) najčešći je maligni tumor bubrega u djece (5 posto svih dječjih neoplazmi). Rijetko zahvaća oba bubrega. Najčešći je u djece do treće godine, a nakon šeste godine iznimno je rijedak. Obično se prezentira velikim trbuhom, s bezbolnom tvorbom koju roditelji slučajno zamijete ili napipaju; drugi simptomi su rjeđi. Djeca mogu oboljeti i od malignih tumora mekih tkiva (npr. rabdomiosarkom), malignih tumora kosti (osteosarkom, Ewingov sarkom), jetre (hepatoblastom, hepatocelularni karcinom), zametnih ili germinativnih stanica, oka (retinoblastom), malignih epitelnih tumora i rijetko drugih.

Rak u djece teško je prepoznati

Uzroci nastanka najvećeg broja dječjih neoplazmi nisu poznati. Rak nastaje zbog promjena (mutacija) gena s posljedičnim nekontroliranim rastom i diobom stanica. Faktori rizika za nastanak raka u odraslih su pušenje, izloženost UV-zrakama i drugim izvorima zračenja, izloženost kancerogenima kojih ima u hrani, radnoj ili životnoj sredini, ali u djece nisu dokazani. Uloga nasljeđa odgovorna je za nastanak iznimno malog broja dječjih neoplazmi. Ako vaše dijete oboli od raka, važno je znati da ni vi ni dijete niste učinili ništa što je moglo biti uzrokom bolesti.

Rak u djece teško je prepoznati. U vrijeme postavljanja dijagnoze velik dio dječjih neoplazmi je proširen po tijelu. Roditelji trebaju obratiti pozornost na neuobičajene znakove ili simptome koji ne prolaze. Rani upozoravajući znakovi uključuju:

Istine i predrasude

Spoznaja o malignoj bolesti u djeteta mijenja iz temelja život obitelji. Nevjericu, poricanje, strah, tugu, ljutnju, depresiju, traženje krivnje normalni su roditeljski osjećaji pri suočavanju s dijagnozom.

♦ **Rak nije smrtna presuda i većina djece s malignim bolestima danas se uspješno izliječi.**

♦ **Rak nije zarazna bolest i bolesno dijete nije zarazno za drugu djecu.**

♦ **Rak je iznimno rijetko nasljedan i ekstremno je rijetko da drugo dijete u obitelji oboli od iste bolesti.**

♦ **Za vrijeme terapije zračenjem, bolesno dijete može se bez bojazni družiti s drugom djecom. Njegov organizam ne sadrži radioaktivne tvari i nije opasan za okolinu.**

♦ **Mnogi roditelji smatraju da djetetu ne treba reći da ima rak, nego ga "poštedjeti" istine. Djecu je potrebno, primjereno dobi i zrelosti, nježnim i iskrenim razgovorima upoznati s bolešću te im pružiti potporu, ohrabrenje i ljubav. Istina umanjuje stres, strah, tjeskobu i osjećaj krivnje, a povećava suradnju u liječenju.**

- bljedilo, spontane modrice ili druga krvarenja po koži i sluznicama,
 - stalan umor, neobjašnjiv gubitak tjelesne mase, noćno znojenje,
 - učestala povišenja temperature ili infekcije koji ne prolaze nakon antibiotske terapije,
 - čvorice ili otekline po tijelu, posebice ako su bezbolni i rastu, a ne mogu se objasniti infekcijom,
 - česte glavobolje, posebice jutarnje, praćene mučninom ili povraćanjem,
 - bolove u kostima, zglobovima ili leđima,
 - nejasne prijelome kostiju,
 - dugotrajan kašalj ili kratak dah,
 - povećanje trbuha, s bolovima ili bez njih,
 - promjene na očima – bijeli odraz iz zjenice, iznenadnu razrokost ili sljepoću, plavu boju oko očiju (oči rakuna).
- Iako se neke neoplazme u odraslih mogu spriječiti promjenama životnih navika koje smanjuju čimbenike rizika, za sada nema načina da se spriječi rak u djeteta. Vrlo su rijetke obitelji s nasljednim tumorima i poznatim mutacijama gena, u kojih je neophodno genetsko testiranje i redovito praćenje djece.

Liječenje malignih bolesti

Liječenje ovisi o vrsti i proširenosti maligne bolesti. U liječenju se najčešće koristi kemoterapija, ili kombinacija kemoterapije, kirurškog liječenja i/ili zračenja. Kemoterapija je liječenje raka kemijskim sredstvima koja se zovu citostatiki. Citostatiki uništavaju zloćudne stanice različitim djelovanjem na diobu stanica, a radi boljeg antitumorskog učinka, istovremeno se primjenjuje više citostatika. Radioterapija ili zračenje koristi snopove ionizirajućih zraka koji prodiru u tijelo na precizno zadanom mjestu i uništavaju tumorsko tkivo. Planiranje radioterapije provodi se na CT-simulatoru koji je povezan s trodimenzionalnim sustavom. U male djece potrebno je primijeniti opću anesteziju. Anestezija osigurava nepomičnost djeteta tijekom zračenja što je osnovni preduvjet precizne radioterapije. Kasne nuspojave zračenja često su u djece znatno izraženije nego u odraslih bolesnika. Ponekad je u liječenju potrebna transplantacija (presađivanje) krvotvornih matičnih stanica ili imunoterapija. Planiranje i provođenje terapije ovisi ne samo o vrsti i stadiju bolesti, nego i o odgovoru na liječenje. Vrlo je važna i potporna terapija, koja sprječava, ublažava ili potpuno uklanja neželjene učinke antitumorske terapije, poboljšava kvalitetu života oboljele djece i pozitivno utječe na ishod bolesti.



STRANA TIJELA U PROBAVNOM SUSTAVU



GUTANJE PREDMETA RIJETKO I NAJČEŠĆE BEZOPASNO

Gutanje stranog tijela najčešće je u dobi od šest mjeseci do tri godine. Učestalost je tih događaja oko četiri posto. Većina prođe spontano i samo je u 10 do 20 posto slučajeva potrebna endoskopska intervencija, gastroskopija, a u manje od jedan posto slučajeva nužan je kirurški zahvat



Pišu

Barbara Kresina, dr.med.

Kristina Baraba Dekanić, dr. med., specijalistica pedijatrije s užom specijalizacijom iz pedijatrijske gastroenterologije
Prof.dr.sc. Goran Palčevski, dr. med., specijalist pedijatrije s užom specijalizacijom iz pedijatrijske gastroenterologije

Mala djeca stavljaju u usta različite predmete igrajući se i istražujući svoju okolinu te se nerijetko dogodi da predmet slučajno progutaju, najčešće u dobi od 6 mjeseci do treće godine života. Kod adolescenata i starijih osoba strano tijelo bude najčešće slučajno progutano, češće kod psihijatrijskih bolesnika (tipično ponavljajući događaji), kod bolesnika s poremećajima ponašanja ili s poremećajima prehrane te u stanjima alkoholiziranosti.

Učestalost takvih događaja među djecom je oko 4 posto (ne računajući neprepoznate slučajeve, kada je strano tijelo tek kasnije primijećeno u stolici). Većina stranih tijela, srećom, spontano prolazi probavnim sustavom, ne uzrokujući nikakva oštećenja. Samo je u 10 do 20 posto slučajeva potrebna endoskopska intervencija (gastroskopijska), a u manje od 1 posto slučajeva potreban je kirurški zahvat. S obzirom na navedeno, u zbrinjavanju djece kod koje sumnjamo na strano tijelo u probavnom sustavu, najbitnije je izdvojiti djecu kod koje očekujemo razvoj komplikacija. Tegobe i ishod ovise o dobi djeteta, mjestu gdje je strano tijelo zastalo i karakteristikama progutanog predmeta (veličini, obliku, konzistenciji i kemijskom sastavu).

Opasni magneti, baterije, krupna ili oštra strana tijela

Djeca uglavnom gutaju strana tijela koja su

Alarmi za hitno odstranjenje

Hitno odstranjenje stranog tijela (unutar nekoliko sati) potrebno je učiniti:

- ◆ *kod simptoma i znakova kompromitacije dišnog puta, kod sumnje na potpuno začepljenje jednjaka (npr. nemogućnost gutanja sline),*
- ◆ *kada je progutani predmet oštar, dulji od 5 cm (3 cm u djeteta mlađeg od 12 mjeseci) smješten u jednjaku ili želucu,*
- ◆ *ako je u jednjaku zastala dugmasta baterija,*
- ◆ *ako je u djeteta mlađeg od 5 godina baterija zastala u želucu, kada je pacijent progutao više od jednog magneta ili magnet i drugi metalni predmet u kombinaciji,*
- ◆ *kada je strano tijelo sastavljeno od superapsorbirajućeg polimera (može se povećati za 30 do 60 puta), kada predmet sadrži olovo,*
- ◆ *kada predmeti ne prođu spontano jednjakom tijekom 24 sata (ili je vrijeme ingestije nepoznato),*
- ◆ *kada postoje simptomi i znakovi koji upućuju na upalu ili crijevnu opstrukciju (temperatura, bol u trbuhu, povraćanje).*

im dostupna u svakodnevnom životu. To su najčešće: kovanice, dugmaste baterije, dijelovi igračaka, magneti, vijci, čavlići, igle i slično. Mala i glatka strana tijela većinom prolaze probavnim sustavom bez poteškoća. Nasuprot tome, oštra strana tijela mogu mehanički uzrokovati puknuće (perforaciju) probavne cijevi. Baterije (posebice

dugmaste) mogu uzrokovati lokalna oštećenja sluznice ispuštanjem kemijskih tvari ili lokalnim provođenjem elektriciteta. Strana tijela većih dimenzija mogu začepiti dijelove probavnog kanala, oštetiti sluznicu, a u najgorem slučaju uzrokovati perforaciju. Ako je dijete progutalo više magnetnih predmeta ili magnet i metalni predmet, može doći do njihovog međudjelovanja i priklještenja crijeva između njih, s mehaničkim oštećenjem stijenke crijeva.

Djeca sa stranim tijelom u probavnom sustavu najčešće nemaju nikakvih smetnji te se dovode liječniku samo zato što je netko primijetio da su nešto progutala. Ako imaju simptome, oni se razlikuju ovisno o mjestu gdje je strano tijelo zastalo, a mogu se pojaviti odmah ili nakon određenog razdoblja bez tegoba. Otežano gutanje, nemogućnost gutanja sline, bol u prsištu, kašalj, čujno disanje (piskanje ili glasni udah), povraćanje ili nemogućnost hranjenja mogu upućivati na to da je strano tijelo zapelo u jednjaku. Strano tijelo koje sadrži kemijski aktivne tvari, ili je dulje vrijeme uglavljeno u jednjaku, može uzrokovati oštećenje sluznice i ožiljak, a

Malen broj rizičnih slučajeva

Strano tijelo u probavnom sustavu djece čest je razlog posjeta liječniku, a najčešće prođe bez komplikacija. U svakodnevnoj praksi problem stranog tijela precjenjuje se i dijete se često izlaže nepotrebnim terapijskim zahvatima, koji nose rizik od komplikacija. Stoga je bitno prepoznati djecu kod kojih postoji rizik od nastanka komplikacija i u tim slučajevima pravovremeno intervenirati.

u nekim slučajevima i puknuće stijenke jednjaka, koje je uvijek hitno stanje. Bilo kakve pridružene poteškoće s disanjem (osjećaj gušenja, plitko/neizdašno ili čujno disanje - udah ili izdah, ljubičasta/plava boja kože) uvijek su upozoravajući znak i zahtijevaju hitno zbrinjavanje!

Neki su od rizičnih čimbenika za uglavljivanje stranog tijela u jednjaku: dob (dojenčad i mala djeca), velike kovanice ili istodobno



gutanje više kovanica, prirodene bolesti jednjaka, prethodni operativni zahvati jednjaka ili srca, stečena oštećenja jednjaka (stanje po unosu korozivnih sredstava, gastroezofagealni refluks), neuromišićne bolesti te veliki, nepravilni, hrpavi i oštri predmeti.

Radiogram i kontrastne pretrage

Strano tijelo u želucu najčešće ne uzrokuje tegobe. Kad strano tijelo kod zdravog djeteta dođe do želuca, mogućnost komplikacija je vrlo mala, osim u slučaju dugmastih baterija i oštih predmeta te ako predmet zapne na izlazu iz želuca. Tada se mogu pojaviti odbijanje hrane, povraćanje i napuhnutost (distenzija trbuha). Strana tijela koja prođu do tankog crijeva najčešće ne uzrokuju nikakve tegobe i spontano prođu dalje. Opisani su rijetki slučajevi kada je strano tijelo zapelo u području slijepog crijeva, uz simptome i znakove upale slijepog crijeva. Odbijanje hrane s gubitkom na tjelesnoj masi, ponavljajuće povraćanje (ponekad uz primjese krvi/ smećkastog sadržaja), ponavljajuće infekcije dišnog sustava, bol u trbuhu i nerazjašnjene temperature trebaju pobuditi sumnju na postojanje stranog tijela, koje možda nije pravovremeno prepoznato i prezentira se navedenim simptomima tek naknadno.

Prisustvo stranog tijela u probavnom sustavu najčešće dijagnosticiramo na temelju podataka dobivenih od roditelja (ili drugih osoba koje su bile uz dijete), pregleda djeteta i dodatnih pretraga. Laboratorijski nalazi nisu potrebni, osim kod djece koja su razvila simptome upale (npr. povišena temperatura).

Budući da su brojni predmeti koje djeca progutaju vidljivi radiološkim (RTG) pregledom (kovanice, baterije, vijci, igle), preporuka je kod podatka o stranom tijelu



učiniti radiogram vrata, grudnih organa i trbuha (ponekad u više projekcija). Čak i kod podatka da se radi o predmetu koji nije vidljiv na radiogramu (radiolucetni predmeti, npr. komadići plastičnih igračaka, drvo, riblja kost) preporučuje se učiniti radiogram navedenih područja tragajući za indirektnim znacima postojanja stranog tijela. Cilj je utvrditi prisutnost stranog tijela i njegovu lokalizaciju. Ponekad je, radi praćenja napredovanja stranog tijela kroz probavni sustav, potrebno učiniti više radiograma, nekoliko dana uzastopce. Ako se radi o predmetu koji se ne vidi na radiogramu, u obzir dolaze kontrastne pretrage. Međutim, kontrast kasnije može otežati potrebne endoskopske intervencije pa se kontrastna pretraga ne preporučuje. Kod nekih pacijenata koji imaju simptome, a kod kojih strano tijelo nije nađeno, potrebno je učiniti kompjutoriziranu tomografiju (CT) ili magnetsku rezonanciju (MR). MR se eventualno preporučuje kod predmeta koji nisu vidljivi na radiogramu, a zabranjeno ju je raditi kod metalnih predmeta i magneta. Postoji mogućnost ispitivanja položaja stranog tijela magnetnim detektorima, ali ta dijagnostička mogućnost u Hrvatskoj još nije dostupna.

Najčešće nije potreban zahvat

Kao što je navedeno, u većini slučajeva u

kojima se potvrdi strano tijelo u probavnom sustavu, neće biti potrebna nikakva intervencija i strano tijelo će spontano proći probavnim sustavom i biti izbačeno pražnjenjem crijeva. Ako je dijete bez simptoma, a karakteristike stranog tijela nisu rizične za razvoj komplikacija, potrebno je samo nadzirati dijete, pratiti eventualni razvoj simptoma i pregledavati stolicu. Kod manjeg broja pacijenata koji imaju simptome ili zbog "opasnih" karakteristika stranog tijela, potrebno je strano tijelo odstraniti. Strana tijela u probavnom sustavu kod djece najčešće se odstranjuju u općoj anesteziji, fleksibilnim endoskopom (aparat u obliku cijevi koji ima kameru i dodatke kojima je moguće obuhvatiti i izvući ili pogurati strano tijelo). U nekim slučajevima strano tijelo potrebno je odstraniti čim prije, dok se u drugim slučajevima preporučuje praćenje pacijenta. Ako se pacijenti kod kojih se odlučimo za praćenje otpuste kući, potrebno jer roditelje uputiti da se u slučaju razvoja bilo kakvih smetnji (bol u trbuhu, krvarenje, povraćanje) odmah jave

Endoskopske intervencije

Za pacijente koji nemaju nikakvih simptoma, a karakteristike progutalog stranog tijela nisu "opasne", preporučuje se praćenje kroz 12 do 24 sata. Ako takvo strano tijelo ostane u želucu 4 tjedna, ipak ga je potrebno odstraniti. Pacijenti bez ikakvih tegoba, kod kojih je kovanica promjera do 2 cm zastala u jednjaku, mogu se pratiti 12 do 24 sata. Endoskopski je potrebno izvaditi i cilindrične i dugmaste baterije zastale u želucu nakon 48 sati praćenja.

u hitnu službu. Nakon endoskopskog zahvata potreban je nadzor. U vrlo rijetkim slučajevima strano tijelo treba odstraniti kirurškim zahvatom (oštro strano tijelo, koje se uglavi u tankom crijevu i ne napreduje kroz 3 dana, ili kod simptoma koji upućuju na razvoj opstrukcije ili puknuća stijenke crijeva).



O ZDRAVLJU UKRATKO

Pravilno čišćenje nosa

Piše

Svetlana Gašparović Babić, dr. med.,
Spec. javnog zdravstva

Kako očistiti začepljen nosić kod beba i male djece, često je pitanje roditelja. Respiratorne virusne infekcije (prehlade, hunjavice i sl.), koje često dovode do začepljenja nosa, najčešće su zarazne bolesti, a djeca se mogu zaraziti i do deset puta godišnje. Nos se začepi kada tkiva unutar nosa oteknu ili proizvedu velike količine sluzi. Začepljenje nosa mogu uzrokovati i suh zrak, prašina, dim cigarete i parfemi. U nekim slučajevima začepljeni nos može izazvati probleme s disanjem ili, u slučaju disanja na usta, s hranjenjem.

Bebi se nosić čisti tako da se ovlaži slanom (fiziološkom) otopinom i potakne istjecanje sluzi. Najbolje je kupiti fiziološku otopinu u ljekarni ili specijaliziranoj trgovini. Zatim pognete dijete na leđa. Ispod njegovih ramena postavite ručnik ili pokrivač. Također, možete lagano pritisnuti vrh nosa kako bi kapi lakše ušle u nos. Kapaljkom ukapate dvije ili tri kapi otopine u svaku nosnicu.

Pričekajte barem pola minute prije nego nastavite s čišćenjem nosa. Zatim okrenite dijete na trbuh kako biste ubrzali istjecanje sluzi. Tkaninu ili vaticu kojom ćete pokupiti sluz nikako nemojte gurati djetetu u nos. Postavite je na sam rub nosa i pustite gravitaciju da djeluje. Nemojte koristiti fiziološku otopinu više od četiri dana zaredom. Isto

tako, nemojte je koristiti više od dva do tri puta dnevno. Prekomjerna upotreba slane otopine može dodatno osušiti nos djeteta i pogoršati postojeće stanje. Osim na taj način, curenje sluzi možete potaknuti i toplim oblozima na čelu, tuširanjem ili vodenom parom.

Preporučljivi inhalator i aspirator za nos

Ova je metoda posebno uspješna ako se radi o začepjenom suhom nosu. Vodena para ili maglica može ovlažiti zrak, ali i bebin nos, te tako omekšati sluz u nosu. Inhalator za bebe možete koristiti svaki dan, do dva puta dnevno sve dok je potrebno. Ako nemate inhalator, može pomoći i udisanje pare



u naparenoj kupaonici prije spavanja. Kada uspijete ovlažiti djetetov nos i tako omekšati sluz u nosu, tada nos možete i lakše očistiti. To možete učiniti pomoću vatrice, ali i pomoću kućnog usisavača. U ljekarnama možete kupiti nastavak za usisavač, odnosno nazalni aspirator, koji vam omogućuje da djetetu vrlo nježno i bezbolno iz nosa izvučete sluz koja mu otežava disanje. No, iako je riječ o bezbolnoj metodi, vaše bi se dijete moglo opirati prilikom izvlačenja sluzi iz nosa. Kako biste spriječili ikakvu ozljedu, pokušajte smiriti dijete ili tražite pomoć partnera kako biste izbjegli dječje nagle pokrete. Nakon toga aspirator temeljito operite i osušite prije sljedeće upotrebe.

Pravilno korištenje kapi za nos

Kapi za nos potrebne su kada je sluznica nosa jako otečena te onemogućuje disanje, ometa usnivanje i miran san te kada



se začepi sinusi pa se sekret iz upaljenih sinusa ne može cijediti van, nego ostaje u sinusima i uzrokuje glavobolju. Prije kapanja kapi bitno je pravilno očistiti nos, najbolje fiziološkom otopinom ili sterilnom otopinom

morske vode, ispuhati ga tako da se prvo začepi jedna nosnica te blago ispuše druga i obrnuto. Nije potrebno snažno puhanje jer su uho i nos povezani pa se tom prilikom može vršiti pritisak iznutra na uho.

Kapi se pravilno kapaju u ležećem ili sjedećem položaju, s glavom zabačenom unatrag, okrenutom u lijevu ili desnu stranu, ovisno o tome u koju nosnicu se kapa. U tom položaju potrebno je ostati nekoliko minuta kako bi lijek mogao doći do željenog mjesta (sluznice nosa i sinusa, pogotovo ušća sinusa radi bolje drenaže).

Oprezno s kapima

Kapi za nos koje sadrže dekongestiv mogu se koristiti najviše 5-7 dana, nikako duže. Najčešća nuspojava dugotrajne primjene naziva se povratna kongestija, a nastaje trajno sušenje sluznice nosa te time i njegova začepljenost, odnosno, upravo simptom koji smo željeli ukloniti. Zapravo, nastaje određena ovisnost sluznice nosa o kapima. Tada se ponovno poseže za kapima i tako ulazi u začaran krug iz kojeg je teško izići bez pomoći liječnika. Kapi s dekongestivom kod male djece nikada nemojte koristiti bez savjetovanja s pedijatrom.

Kad su mala djeca u pitanju, kapanje kapi u nos može biti otežano pa se sve češće koriste lijekovi u obliku spreja jer je njihova primjena lakša, a doziranje točnije

Dišite punim plućima

Preporuke za djecu i odrasle tijekom zimskih mjeseci, kada su dišne infekcije češće i kada češće boravimo u zatvorenim, grijanim prostorijama, u kojima zrak može biti suh, jesu: izbjegavanje prekomjerne primjene nazalnih dekongestiva, vlaženje prostorije u kojoj se boravi i spava, izbjegavanje potencijalnih uzročnika kongestije (alergena, prašine), vlaženje nosa fiziološkom otopinom ili sterilnom morskom vodom te dovoljna hidratacija organizma.



15. VELJAČE

MEĐUNARODNI DAN
DJECE OBOLJELE OD
MALIGNIH BOLESTI

