

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

GODINA LVI, BROJ 652-653/2014., SVIBANJ-LIPANJ, CIJENA 7,00 kn,
ISSN 0351-9384 / Poštarina plaćena u pošti 51 000 Rijeka

u biti -
koža nas
štiti



NARODNI
ZDRAVSTVENI
LISTdvomjesečnik 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

Dr. sc. Suzana Janković, dr. med.;
Nikola Kraljik, dr. med.; prof. dr. sc.
Vladimir Mićović, dr. med.; 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.

Urednik

Dr. sc. Suzana Janković, dr. med.

Lektor

Vjekoslava Lenac, prof.

Grafička priprema i tisak

Gradska tiskara Osijek, d.d.,
J. J. Strossmayera 337, Osijek

Rješenje naslovne stranice

Prof. dr. sc. Saša Ostojić, dr. med.

Uredništvo

Svjetlana Gašparović Babić, dr. med.
Radojka Grbac, bacc. paed.
51 000 Rijeka, Krešimirova 52/a
p.p. 382
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.«NZL» je tiskan uz potporu
Primorsko-goranske županije i Odjela
gradske uprave za zdravstvo i
socijalnu skrb Grada Rijeke.

SADRŽAJ

UVODNIK

KOŽA – ČUVARICA3

AKNE

PROMJENA ODRAZA U ZRCALU4

TINEA VERSICOLOR ILI PITYRIASIS VERSICOLOR

KOŽA "POJEDENA OD MOLJACA"6

GLJIVIČNE INFEKCIJE ŠAKE, STOPALA I NOKTIJU

POSEBNO CARSTVO8

PSORIJAZA (PSORIASIS VULGARIS)

EMOCIONALNI GOVOR KOŽE10

ERIZIPEL

CRVENI VJETAR12

IMPETIGO

ZARAZNE RANE13

MADEŽI I DERMATOSKOPSKI PREGLED

ZNAMENI LJEPOTE14

ZLOĆUDNE NOVOTVORINE KOŽE

SUNCE GODI, ALI I ŠTETI16

MELANOM KOŽE

DJECA NE SMIJU IZGORJETI!18

SEBOROIČNI DERMATITIS (DERMATITIS SEBORRHOICA)

ULJE KOJE TEČE20

ATOPIJSKI DERMATITIS

NA NJEŽNOJ DJEČJOJ KOŽI21

ALERGIJSKA OBOLJENJA KOŽE

ALERGENI I IRITANSI SVUDA OKO NAS23

POREMEĆAJI RASTA

GUBITAK KOSE – GUBITAK SAMOPOUZDANJA25

TRIHOTILOMANIJA

IMPULS ZA ČUPANJEM DLAKA27

KAMILICA

MELEM ZA KOŽU I SLUZNICU28

KAKO POBJEĆI U UŽIVANJE

USUSRET GODIŠNjem ODMORU29

O ZDRAVLJU UKRATKO

.....31



KOŽA - ČUVARICA

Koža nas dijeli od ostatka svemira. Malo patetično, ali istinito. Vrlo malo površine našeg tijela dotiče se s okolinom preko sluznica, naravno, ako izuzmemo površinu pluća.

Nekoliko crtica o koži, samo kao podsjetnik:

- pokriva tijelo svih kralježnjaka; druge velike skupine životinja imaju slične pokrove, ali drugog sastava i drugih (osim onih zaštitnih) funkcija;
- površine je, kod prosječne osobe, otprilike kao visina na kvadrat (1,7 m²), ali i više kod onih koji su izvan prosjeka (do 2,6 m²), težine malo manje od 1/5 ukupne težine tijela;
- pigment daje boju koži i dlakama, odnosno vlasima; nije ukras, već ima funkciju zaštite od sunčevih zraka, ali i stvaranja vitamina D (nažalost, dio je ljudske anatomije koji daje najviše razloga za sukobe zadržima, sukobe koje zovemo rasizmom, s najtežim posljedicama);
- štiti od utjecaja okoline - zračne (isušivanja ili oduzimanja tjelesne topline), vodene (prodora u unutrašnjost tijela, ali također i od oduzimanja tjelesne topline) te od dodira s krutim površinama i predmetima svih vrsta (ozljede);
- čuva tjelesnu vodu, ali i izlučuje znoj (u vodi topive štetne tvari, slično bubrežima), odgovorna je za miris koji privlači, ali i vonj koji može biti vrlo odbojan;
- izlučuje zaštitnu masnoću (čuva se od isušivanja), nekima premalo, ali nekima previše, kojima potom treba više posebne njege;
- ima nekoliko milijuna osjetilnih točaka za osjete dodira, topline/hladnoće i boli, neophodnih za preživljavanje u okolišu;
- ima sposobnost samoobnavljanja i zacjeljivanja;
- ima izrasline - nokte na vrhu prstiju, dlake (krzno) gotovo na cijeloj površini, vlasi (kosu) na glavi (na površini pretežno nežive, sastava sličnog kožnom pokrovu);
- „omiljeno je stanište mnogim podstanarima“ - grinjama (nekoliko vrsta), gljivicama (stotinjak vrsta) te bakterijama (blizu 200 vrsta); neki su uzročnici bolesti;
- podložna je alergijskim reakcijama, često zbog osjetljivosti na kućnu prašinu koja je (u urednim kućama) u najvećem dijelu sastavljena baš od ljuščica odumrle kože, koja se stalno ljušti i otpada (preko 80%);
- ima značajno mjesto u pojmovima kao što su ljepota, privlačnost među spolovima i općenito.

Treba se potom podsjetiti da se, kao i svi dijelovi tijela, odnosno kao zdravlje u cijelosti, zdravlje kože može unaprijediti, očuvati, bolesti spriječiti u jačem razvitku ranim otkrivanjem te liječiti ako je do ozljede, poremećaja ili bolesti ipak došlo.

O bolestima i liječenju više u člancima koji slijede...

O ranom otkrivanju, ovom prigodom i na ovom mjestu, treba naglasiti da se na koži može navrijeme otkriti u najranijem pojavljivanju jedna od najzloćudnijih novotvorina, maligni melanom, i spasiti život (često vrlo mladih osoba)!

O očuvanju zdravlja kože najviše govori pravilna higijena. Jedan od načina predstavljanja higijene je onaj „od jutra do mraka“. O higijeni kože mladih, djece i posebno male djece drugom prilikom, odnosno u člancima koji slijede, isto kao i o higijeni odraslih ovisnih o pomoći drugih. Ovom prilikom o odraslima koji su odgovorni sami za sebe (mali izvadak iz „cijelog priručnika“):

Uz pretpostavku da osoba nije „legla neoprana“, ujutro malo mlake vode za osvježenje otkrivenih površina (bez sapuna) sasvim je dovoljno. Kinezi vole mekani ručnik koji su dobro ocijedili nakon umakanja u vruću vodu (probajte, razbudiće i osvježava lice i ruke). Oni koji će zbog posla ili zbog drugih razloga doći u dodir s „prljavštinom“, naročito ako se ona ne može odstraniti vodom, dobro je da zaštite dlanove (koji put i druge otkrivene dijelove) zaštitnom kremom i tako povećaju zaštitnu masnoću.

Tijekom dana oni koji ne rade „prljave poslove“ i ne „preznoje“ se radeći, peru ruke prije jela i prije nužde (jer će dirati golo tijelo), naravno, i poslije nužde ako su bile u dodiru s izlučevinama; dobro je prati dlanove, a ne nadlanice koje mogu biti oštećene, (naprimjer, zimi zbog hladnoće); osjetljiva koža bi nakon svakog pranja uz primjenu sapuna ili drugog deterdženta „bila zahvalna“ na malo zaštitne kreme. Oni koji se zbog ovih ili onih razloga više znoje, koji put riješe problem presvlačenjem (neposredno na kožu mogu doći prirodni materijali, vuna, pamuk, lan, svila). Pranje bez presvlačenja obično ne rješava ništa.

Prije spavanja najbolje je vrijeme za cjelovite zahvate: kupanje u kadi korisnije je od tuširanja; brisanje ne treba biti „struganje“; koža je nakon prečestog odstranjivanja vlastite zaštitne masnoće podložna oštećenjima i „agresiji“ spomenutih „podstanara“ „kineski ručnik“ rješava problem nedostatka tekuće vode cijeli dan.

Umjesto zaključka, jer ovo je bio preskroman izvadak, nekoliko napomena o postupcima koje činimo zbog „ljepote“, a nisu njega, i zbog kojih bi koža zajaukula: „Smanji, prestani, nemoj!“ Takvi su postupci:

- nanošenje pa kemijsko i mehaničko odstranjivanje „privremenih ukrasa (kozmetike)“ ili „dugotrajnih ili trajnih ukrasa (tetovaže)“;
- zatezanje, prekranje, dodavanje i oduzimanje dijelova kože zbog nadmudrivanja s godinama koje su neumoljive;
- brijanje ili čupanje dlaka i kose, jer priroda je tijekom evolucije zadržala dlake i kosu tamo gdje nisu samo ukras, već štite od ozljeda i/ili potpomažu znojenje i termoregulaciju...

Vladimir Smešny, dr.med.

Akne

PROMJENA ODRAZA U ZRCALU

Kada govorimo o aknama, načelno mislimo na najčešći oblik bolesti, tzv. acne vulgaris (obične akne), koji je od posebne važnosti budući da je to jedno od najčešćih kožnih oboljenja uopće. Čak do 85% oboljelih su adolescenti, u dobi od 10 do 19 godina, s najvećom učestalošću od 13. do 15. godine. Podjednako je zahvaćen i muški i ženski spol, no teži su oblici bolesti češće prisutni u mladića. Iako se to na prvi pogled može činiti neobičnim, akne dijelom pogađaju i odraslu populaciju.

Je li čokolada zabranjen užitak

Akne su bolest koju uzrokuje više povezanih čimbenika, od kojih najvažnije čini kombinacija naslijeđa, hormona i bakterija. Do konačnog rezultata dovodi začepljenje i upala folikula dlake i pripadajućih žlijezda lojnica. Na čepove loja i stanica dodatno utječe mikroorganizam *Propionibacterium acnes* i hormon androgen. Iako se često može čuti o navodnom utjecaju pojedinih namirnica u prehrani, nije znanstveno dokazano da ijedna vrsta hrane, pa tako ni čokolada ni masna hrana, dovodi do nastanka akni. Međutim, ono što zasigurno pospješuje njihov nastanak jest emocionalni stres i mehanički pritisak, primjerice dlanova, na lice. Velik poticaj nedvojbeno čine i razdoblja hormonskih kolebanja, poput puberteta i menstrualnog ciklusa ili trudnoće, a riziku pridonosi i korištenje određenih sredstava za čišćenje i kozmetičkih pripravaka koji začepljuju kožu, znojenje i vlaga, kao i nošenje nepropusne odjeće koja ih potiče.



Akne, jedna od najučestalijih bolesti kože, pojavljuju se uglavnom u periodu adolescencije - izuzetno osjetljivom razvojnem razdoblju čovjeka. Promijenjeni odraz u zrcalu može ostaviti bolne posljedice na psihu i socijalne vještine u kasnijem životu osobe. Što su akne i možemo li takav razvoj događaja spriječiti?

Miteseri, gnojni prištići... Prste k sebi!

Područja koja akne obuhvaćaju najčešće su lice, i to čelo, obrazi, područje sljepoočnica, nos, brada, a u manjem broju slučajeva vrat, leđa, ramena, prsa i nadlaktice. Ovisno o tome postoji li u folikulu upala ili ne, akne mogu biti upalne ili neupalne.

Nezaobilazan znak neupalne promjene jesu sujedice ili komedoni, šire poznati kao miteseri, koje čine zaglavljene čepovi loja unutar folikula. To je najblaži oblik vulgarne akne, koji čine polukuglaste promjene veličine nekoliko milimetara, u obliku bjelkastih čvorića ili uz dodatno vidljivu crnu točkicu, ovisno o tome jesu li zatvorenog ili otvorenog tipa.

Upalne akne pojavljuju se u srednje teškoj ili teškoj bolesti, u svima dobro poznatim oblicima bolnih crvenih čvorića (papule), gnojnih mjehurića (pustule), čvorova (noduli) i šupljina (ciste) na zahvaćenim dijelovima kože. Na licu oboljeloga te se promjene obično viđaju istovremeno, u različitim fazama razvoja.

Najteži oblik bolesti, tzv. acne conglobata, jest onaj u kojem se javljaju bolne ciste veličine 1-4 cm, ispunjene gnojem, koje se s vremenom prazne na površinu kože. Ta vrsta akni učestalije zahvaća mladiće, a promjene su češće smještene na trupu nego na licu. Ako takve promjene potraju, mogu uzrokovati brazgotine i ožiljke koji na koži ostaju trajno. Zbog toga, iako je izgled promjena često neugodan i frustrirajući, vrlo je važno da bolesnik ne radi mehaničke manipulacije promjena, jer one mogu dodatno nagrditi izgled kože i zakomplicirati postojeće stanje. Pored karakteristične vizualne i psihičke nelagode koju ova bolest uzrokuje, drugih simptoma bolesti obično nema. Dodatni se simptomi javljaju u posebnom obliku bolesti, u tzv. iznenadnim (fulminantnim) aknama, gdje promjene nastupaju naglo, a praćene su povišenom temperaturom i bolnošću globova.

Osim vulgarnih akni, postoje i drugi, manje učestali oblici, koji se javljaju u dojenačkoj dobi, vezano uz menstrualni ciklus ili upotrebu određenih kozmetičkih preparata, profesionalne akne u osoba koje rade s određenom vrstom sirovina (naftom, mineralnim uljima, katranom, klo-

riranim organskim spojevima). U ljudi se, također, mogu pojaviti promjene nalik na akne, koje su posljedica izlaganja kože suncu ili uzimanja određenih lijekova (npr. kortikosteroida, litija, fenitoina, izonijazida, visokih doza vitamina B kompleksa, nekih vrsta kemoterapija), a koje treba razlikovati od pravih akni.

Pregled bez odgađanja

Dijagnoza se postavlja razgovorom liječnika s bolesnikom i pregledom. Radi uvida u cjelokupno stanje kože, potrebno je da osoba prije dolaska ne nanosi na kožu nikakvu šminku, kao i da se pregled obavlja pod dobrim osvjetljenjem. Liječnik će procijeniti je li potrebno pregled nadopuniti dodatnim nalazima, primjerice analizom mikroorganizama, određenih hormona ili ginekološkim pregledom u žena.

Od iznimne je važnosti započeti liječenje navrijeme. Liječenje je u velike većine bolesnika uspješno, a odabir liječenja ovisi o izraženosti i težini bolesti. Smisao upotrebe lijekova jest smanjivanje stvaranja loja, ublažavanje infekcije i normalizacija stvaranja roževine. Najbitnije je liječenje uvesti pravovremeno, kako bi se spriječilo napredovanje bolesti u teže oblike, kao i komplikacije bolesti u obliku ožiljkavanja.

U svih se vrsta akni upotrebljava terapija koja se primjenjuje direktno na oboljeli dio kože, a u težih oblika dodatno i lijekovi koji se uzimaju na usta. Za sve oblike akni bitno je svakodnevno čišćenje kože sindetima, no bez pretjerivanja koje može dovesti do dodatnog isušivanja. Kod određenih oblika akni poduzima se i mehaničko otvaranje i istiskivanje sadržaja, ne samostalno, već od profesionalnog osoblja. Promjene prehrane nisu se pokazale učinkovitim i stoga su suvišne. Kod blagih oblika akni na oboljelo mjesto primjenjuju se spojevi iz skupine antibiotika, benzoil-peroksid, azelaična kiselina, a poboljšanje se očekuje tijekom vremenskog perioda od nekoliko mjeseci. Srednje teški oblik akni najbolje se liječi primjenom antibiotika na usta, najčešće iz skupine tetraciklina, a za postizanje optimalnog učinka potrebno ih je neprekidno i strpljivo uzimati u vremenskom periodu od 12 ili više tjedana.

Ovisno o uzrocima, može se uvesti i hormonalna terapija. Opisani teški oblik akni liječi se izotretinoinom, vrlo

učinkovitim lijekom iz skupine retinoida, koji se ponekad odgođeno uvodi u terapiju zbog straha od nepoželjnih učinaka poput suhoće sluznica i kože (ljuštenje kože, raspucale usnice), prolaznog ispadanja kose, porasta masnoća u krvi, oštećenja jetara, psihičkih tegoba i bolova u zglobovima. Zbog mogućih teških posljedica na plod, kada taj lijek uzimaju žene reproduktivne dobi, potreban je osobit oprez i obvezna upotreba kontracepcije. Ipak, uz redovite liječničke preglede i učestalo praćenje laboratorijskih parametara, rizici navedenih pojava svode se na minimum.

U slučaju da su ožiljci već nastali, u današnje se vrijeme najčešće ublažavaju i liječe postupcima dermoabrazije, kemijskog pilinga i tretmana laserom.



Ožiljci na psihi

Akne koje se pojavljuju u doba adolescencije obično se povlače u ranim 20-im godinama, iako kod određenog broja bolesnika prelaze i u odraslu dob. Neupalne i blage upalne akne uglavnom cijele bez ožiljaka, dok umjerene do teške upalne akne cijele uz ožiljkavanje. Bitno je istaknuti da rane koje nastaju nisu vidljive samo na koži, već na poseban način

pogubno djeluju i na psihi, osobito u mlađih osoba. Ti procesi mogu, za adolescente čiji je psihofizički razvoj u punom jeku, osim trenutne emocionalne uznemirenosti, imati niz negativnih utjecaja na psihi, osobito na sliku o vlastitom tijelu, samopoštovanje, socijalne vještine i prilagođavanje. Stoga je, da bi u svim aspektima šteta bila što manja, od iznimne važnosti čim prije utvrditi terapijski protokol u oboljelom.

Odgovornost leži i na liječniku i na bolesniku, od kojih se zahtijeva planska suradnja, kako bi odabrano liječenje bilo praktično, dobro podnošljivo, prihvatljivo životnom stilu bolesnika i naposljetku uspješno. Učinkovitost liječenja je to veća što se njime prije započne, jer samo pravovremena terapija sprječava teže oblike bolesti i ostajanje ožiljaka, čime se značajno utječe na samopouzdanje i psihičku stabilnost mlade, buduće odrasle osobe.

Marijana Vičić, dr. med.

Tinea versicolor ili pityriasis versicolor

KOŽA „POJEDENA OD MOLJACA“

Tinea versicolor smatra se površinskom infekcijom jer zahvaća samo vanjski sloj kože. Ime „tinea versicolor“ dolazi od latinske riječi „tinea“, što znači crv ili moljac, i danas se koristi za površinske gljivične infekcije zbog kojih koža izgleda kao da je pojedena od moljaca. Riječ „versicolor“ ukazuje na to da infekcija može biti u više boja, tamnija ili svjetlija od normalne boje kože, ili koža može biti čak crvenkasta. Uobičajeni izgled tinea versicolor svijetli su dijelovi kože, koji simetrično zahvaćaju područje prsa i ramena adolescenta.

Raj za mikrobe

Površina ljudske kože pravi je raj za mikrobe. Topla, vlažna koža savršeno je mjesto za rast gljivica i bakterija. Ljudski znoj, masnoće i mrtve stanice kože hrane milijarde tih sićušnih organizama. Stotine različitih vrsta žive na našoj koži, a često ih nismo ni svjesni. No, pod određenim okolnostima gljivice, koje su prirodan dio flore naše kože, mogu se oteći kontroli i izazvati bolest. Bolest izaziva gljivica

Pityrosporum ovale, iz roda *Malassezia* spp. Istraživanja su pokazala da je *Malassezia* prisutna kod čak 94% zdravih ljudi i ne uzrokuje im nikakve probleme. No, kad je osoba izložena visokim temperaturama i vlazi, zbog kojih se znoji, *Malassezia* se može naglo razmnožiti na koži i uzrokovati bolest.

U područjima s umjerenom klimom javlja se najčešće tijekom ljeta. Osobe koje su joj sklone obolijevaju uglavnom svakog ljeta. Tinea versicolor češća je u područjima s tropskom klimom jer gljivice *Malassezije* bujaju u vlažnim i toplim uvjetima, u kojima se i ljudi jače znoje.

Najčešće obolijevaju osobe u pubertetu i adolescenciji koji su skloni pojačanom radu žlijezda lojnica i masnoj koži. Djeca koja nemaju problema s masnom kožom jako rijetko obolijevaju. Kako starimo, koža proizvodi sve manje masnoće pa se tako i opasnost razvijanja bolesti smanjuje i kod osoba starijih od 60 godina vrlo se rijetko javlja. Češće se javlja u osoba s oslabljenim imunitetom, žena koje uzimaju kontracepcijske pilule te u osoba koje se pretjerano znoje.

Koža „na krpice“

Tinea versicolor uglavnom je asimptomatska, što znači da se uz osip ne javljaju ni svrab niti bilo kakve druge neugodnosti. Tek se rijetko neke oboljele osobe žale na svrab tijekom velikih vrućina.

Javlja se obično u obliku simetrično raspoređenih svijetlih ili tamnih ploha, na gornjem dijelu trupa i ramena. Uglavnom su jasno raspoznatljive, što znači da se jasno može vidjeti gdje završava lezija, a započinje normalna koža. Može se proširiti na vrat i lice te spustiti na nadlaktice i postati tako intenzivna da se lezije spoje i postanu jedna velika izbljedjela ploha. *Malassezia* proizvodi kemijski spoj koji sprečava tamnjenje pa stoga oboljevanje postaje očitije ljeti, kad ostatak kože potamni. Ponekad tinea versicolor može izgledati i crvenkasto.



U područjima umjerenne klime uglavnom nestane zimi, ili bar postane manje vidljiva tijekom tog razdoblja, budući da ljetna boja izbljedi. Pravilnim liječenjem stanje se poboljšava i tinea

nestaje unutar otprilike mjesec dana.

Srećom, tinea versicolor više je gnjavaža nego ozbiljna bolest. Budući da gljivice ne prodiru u dublje slojeve kože, ne uzrokuje nikakve unutrašnje probleme. No, osobe zaražene tinea versicolor uglavnom su vrlo nesretne zbog „krpastog“ izgleda kože, i to ih obično navede da potraže liječničku pomoć.

Dijagnoza pod lampom

Budući da je vrlo prepoznatljiva, već na prvi pogled, većina liječnika koji su je vidjeli prije (kao i osobe koje su je već imale) mogu je bez problema prepoznati i dijagnosticirati bez posebnih dijagnostičkih postupaka. Ipak, ima nekoliko testova koji se mogu napraviti ako postoji bilo kakva sumnja u dijagnozu.

- Uzorak kože za pregled mikroskopom – liječnik zagrebe površinu kože oštricom ili staklenom pločicom na bolesnom dijelu, kako bi skinuo dio mrtvog epitela kože. Skupi ga na staklenu pločicu, tretira kalijevim hidroksidom te promatra pod

Tinea versicolor, također poznata pod nazivom pityriasis versicolor, kronična je površinska gljivična infekcija, koja se javlja kao jednolični, diskolorirani dijelovi na gornjem dijelu tijela, vratu i nadlakticama.

mikroskopom. Karakterističan je izgled kao „špageti i mesne okruglice“. Špageti su zapravo duge stanice gljiva, a mesne okruglice gljivične spore. Ovo je najučinkovitija metoda i pomoću nje odmah dobivamo dijagnozu.

- Ultraljubičasto svjetlo (Woodova lampa) - pacijenta se smjesti u tamnu sobu te liječnik upotrijebi ručnu svjetiljku s ultraljubičastim svjetlom pri kojem *Malassezia* svijetli fluorescentno žuto. Ova metoda također daje trenutnu potvrdu dijagnoze.
- Gljivična kultura – nije uobičajen postupak jer se *Malassezia* teško umjetno uzgoji u laboratoriju. No, može se uzeti uzorak mrtve kože i poslati u mikrobiološki laboratorij, uz napomenu da se koristi poseban medij za uzgoj kulture koji sadrži maslinovo ulje. Rezultati su uobičajeno dostupni za tjedan do dva.
- Biopsija kože – ako je dijagnoza stvarno upitna, liječnik se može odlučiti na biopsiju. Umrtnu kožu te uzme mali uzorak koji se šalje na histopatologiju. Tamo uzorak izrežu na tanke dijelove, polože ih na mikroskopsko stakalce te tretiraju posebnim otopinama, uz koje gljivice postaju vidljive okom.

Ovom metodom rezultati su nam dostupni unutar tjedan dana.

Liječenje tuširanjem

Tinea versicolor tretira se antifungalnom kremom, lošionom, šamponom ili tabletama. No, prije bilo kakve terapije, liječnik bi trebao potvrditi dijagnozu. Liječenje se provodi svakodnevnim tuširanjem, uz energično trljanje i brisanje grubim ručnikom. Antimikotične kreme (ketokonazol, klotrimazol, mikonazol) efikasne su i nanose se dva puta dnevno tijekom dva tjedna. Osobe kojima se infekcija ponavlja trebaju tijekom ljetnih mjeseci povremeno koristiti blage keratolitike i jedanput do dvaput tjedno šampon s ketokonazolom.

Budući da *tinea versicolor* utječe na pigmentaciju kože, mogu proći tjedni, pa čak i mjeseci, dok se boja kože ne vrati u normalu, iako su gljivice uništene. Treba biti strpljiv te shvatiti da će proći, iako treba puno vremena. *Tinea versicolor* ne ostavlja ožiljke ili trajna oštećenja kože.

Tea Brožičević, dr.med.
specijalizant dermatovenerologije



Gljivične infekcije šake, stopala i noktiju

POSEBNO CARSTVO

Gljive su posebno carstvo u klasifikaciji živih bića. Postoji mnogo različitih vrsta. One na koje prvo pomislimo višestanični su organizmi, stanovnici šuma koji nam pružaju mnoge gastronomske užitke, ali nas mogu i prevariti svojim otrovom ako ih dobro ne poznajemo. Ima još mnogo vrsta gljiva kojih se ne sjetimo odmah, ali su svuda oko nas, u prvom redu kvasci i plijesni.

Možda se plijesni, koja je prekrila ostatak davno otvorene staklenke ajvara, ne veselimo, ali svi znamo da bez njih ne bi bilo ni kruha, ni vina, piva, sira, pa ni antibiotika; penicilin, prvi antibiotik, proizvode upravo gljive. Međutim, postoje i gljive mikroskopske veličine, jednostanična bića koja parazitiraju na biljkama, životinjama i ljudima i u određenim uvjetima mogu biti uzročnici bolesti.

Egzotična imena uzročnika

Bolesti izazvane gljivama (mikoze) u ljudi možemo podijeliti u površne, duboke i sistemske. Površne mikoze zahvaćaju samo kožu, kod dubokih se proces širi u dublje strukture (kod nas ih vidamo vrlo rijetko, prisutne su uglavnom u tropskim krajevima), a sistemske zahvaćaju unutarnje organe (vrlo teške bolesti koje zahvaćaju samo ljude izuzetno oslabljenog imunološkog sustava - kod nekih genetskih bolesti, bolesnika s malignim bolestima, u prvom redu leukemija i limfoma, kao i oboljelih od AIDS-a).

Stoga ćemo se u ovom prikazu baviti samo površnim mikoza – dermatomikozama, za koje odmah valja istaknuti da se mahom radi o bolestima laganoga tijeka, koje ne narušavaju opće stanje bolesnika niti ostavljaju teže posljedice.

Kako nastaju te bolesti? Većinu bolesti ove skupine u našim krajevima izaziva samo nekoliko rodova gljiva (*Malassezia furfur*, *Trichophyton spp.*, *Microsporum spp.*, *Epidermophyton spp.*, *Candida albicans*). Valja istaknuti da smo svi često u kontaktu s nekima od tih gljiva: neke žive u tlu, nekih ima posvuda u okolišu, neke izazivaju bolesti kućnih ljubimaca, a kandida je npr. čest stanovnik našeg probav-

nog trakta, a da pritom ne izaziva nikakve bolesti. U određenim okolnostima dolazi do zajedničkog djelovanja više faktora (kontakt kože s gljivom, veći broj organizama, vlažna i topla okolina, oštećenje zaštitnih lipidnih slojeva kože, sitne ranice na koži ili blagi pad imuniteta) zbog kojeg dolazi do bržeg razmnožavanja gljiva, koje pritom razgrađuju sastojke kože koristeći ih kao hranu, a koža na to reagira upalnom reakcijom radi obrane organizma te na taj način nastaje vidljiva kožna promjena.

Atletsko stopalo

Tinea manuum et pedum latinski su nazivi za gljivične infekcije u području šaka i stopala. Promjene na gornjim dijelovima šaka i stopala često nalikuju onima na drugim dijelovima tijela, a to su kružne i ovalne, dobro ograničene crvene promjene, lagano uzdignutog i ljuskavog ruba. Ako su zahvaćeni dlanovi, tabani ili prostori između prstiju, klinička je slika prilično drugačija zbog anatomskih razlika kože u tim dijelovima. Tu vidimo neoštro ograničeno crvenilo, suhoću, jako ljuskanje, pucanje kože sa stvaranjem ranica, a između prstiju, uza sve to, još i vlaženje (maceracija). Promjene su praćene jakim svrbežom, a kod većih oštećenja, uz stvaranje ranica između prstiju, prisutna je i bol.

Često je zahvaćena jedna ruka i dva stopala, a katkad i područje prepona. Radi se o kroničnom i vrlo neugodnom problemu. Klinička slika može jako nalikovati drugim kožnim bolestima, napose psorijazi i kroničnom iritacijskom ili alergijskom dermatitisu, te je posebnim dijagnostičkim metodama potrebno razlikovati te bolesti. Valja naglasiti da te bolesti mogu egzistirati i zajedno jer će gljive lakše napasti već oštećenu kožu, primjerice kod ljudi čije su ruke profesionalno izložene agresivnim sredstvima (automehaničari,





kuhari, pekari i sl.), ili kod onih čija su stopala često izložena vlazi (dugo nošenje zatvorenih čizama, česti boravci u bazenima, teretanama i sl. odakle i potječe sinonim atletsko stopalo).

Palac u najvećoj opasnosti

Onihomikoza je naziv za gljivičnu infekciju nokta. Bolest obično počinje kao dermatomikoza šake ili stopala, da bi se potom proširila i na nokte. U početku zahvaća nokat na rubu i gornjem dijelu, da bi se potom proširila i na dublje, unutarne dijelove nokta. Nastanku bolesti pogoduju traumatska ili druga oštećenja noktiju, kao i poremećaji cirkulacije. Znatno su češće zahvaćeni nokti nogu nego ruku, češće palci od ostalih prstiju.

Oštećeni nokat ima dosta tipičnu kliničku sliku: postaje zadebljan, gubi transparentnost, dobiva bijele, žute i smeđe mrlje, a kako bolest napreduje, postaje sve deblji i sve se više mrviti te potom gotovo u potpunosti propada. Sličnu kliničku sliku vidimo i u nekim drugim kožnim bolestima, napose psorijazi i lihen planusu, ali i kod raznih drugih oštećenja uzrokovanih genetskim faktorima, metaboličkim promjenama, raznim bolestima unutarnjih organa, ali i potpuno nerazjašnjenim stanjima, gdje u potpuno zdravih ljudi nalazimo oštećene nokte.

Gljivu treba dokazati

Dijagnoza se često postavlja samo na temelju kliničke slike, pa se i liječenje započinje na neki način napamet, prema odluci obiteljskih liječnika ili čak samih pacijenata budući da je antimikotike (preparate za liječenje gljiva) moguće nabaviti i bez recepta. Tek u slučaju neuspjeha terapije pacijenti odlaze dermatologu, a tada je često teško postaviti pravu dijagnozu jer su promjene već tretirane raznim preparatima, klinička slika je izmijenjena, a broj gljiva znatno smanjen za njihovo dokazivanje u laboratoriju.

Gljive se dokazuju u specijaliziranim mikološkim laboratorijima, koji djeluju pri klinikama za dermatovenerologiju, ili u mikrobiološkom laboratoriju. Uzorak se uzima sa svježje, netretirane promjene (ako je već bila tretirana, tada treba učiniti pauzu od barem tjedan dana prije uzimanja uzorka). Kohleom (oštrijom žlicom) sastruže se nešto površnih stanica sa kožne promjene ili se uzme strugotina nokta. Taj se materijal gleda odmah pod mikroskopom (nativni preparat) te, ako se u njemu nađu gljivični elementi, nalaz je poziti-



van. Sav uzeti materijal (pozitivan i negativan) nasađuje se na hranjivu podlogu za rast gljiva te, ako je u preparatu bilo gljiva, one se počnu umnažati te tvore specifične kolonije, na temelju čijih se karakteristika može utvrditi točan uzročnik. Valja napomenuti da i iz negativnog nativnog materijala često narastu gljive (tada se radilo o manjem broju ili već tretiranoj koži i sl.). Tako dijagnostika gljiva završava tek dva tjedna nakon uzimanja uzorka, nalazom kulture koja može biti negativna (gljive nisu narasle) ili se u nalazu navodi vrsta gljive koja je narasla (npr. *Epidermophyton spp.*, *Candida albicans* i dr.).

Dugotrajno liječenje

Liječenje gljivičnih infekcija provodi se antimikoticima (lijekovi koji uništavaju gljive ili sprečavaju njihov rast). Mogu biti u obliku lokalnih pripravaka (masti, kreme, otopine), koji se nanose na oboljelo područje, ili u oblicima za sustavnu primjenu (tablete, injekcije), gdje lijek dospijeva u krvotok i djeluje iznutra na ciljane stanice. Za većinu gljivičnih infekcija kože dovoljna je lokalna primjena preparata na oboljelo mjesto, dok je za liječenje infekcija noktiju, kose, kao i nekih sistemskih i dubokih mikoza potrebno davati sustavni antimikotik.

Za liječenje dermatomikoza šaka i stopala u pravilu je dovoljna lokalna terapija, oboljelo se mjesto obično tretira dvaput dnevno, ali je liječenje često dugotrajno zbog kronične prirode bolesti, nerijetko traje i više tjedana, a često se mora kombinirati i s drugim pripravcima (oblozi, neutralne masti, kortikosteroidi, antibiotici).

Liječenje onihomikoza u pravilu zahtijeva sustavni antimikotik u obliku tableta budući da masti i kreme ne mogu prodrijeti dublje u korijen nokta, gdje su smješteni uzročnici bolesti. Liječenje, nažalost, traje i više mjeseci, a njegove su nezgodne strane to što ti lijekovi mogu povisiti vrijednosti masnoća i jetrenih enzima u krvi, a česte su i interakcije s nekim drugim lijekovima, pa stoga te lijekove ne primjenjujemo kod starijih i kroničnih bolesnika; kod njih ipak ostajemo pri dugotrajnoj lokalnoj terapiji antimikoticima, uz pomoć drugih gelova i krema koje se primjenjuju na početku liječenja, a čija je funkcija otapanje i omekšavanje zadebljanog nokta te time stvaranje slobodnog puta molekulama lijeka do dubljih dijelova nokta.

Gordan Lakoš, dr. med. spec.dermatovenerolog



Psorijaza (Psoriasis vulgaris)

EMOCIONALNI GOVOR KOŽE

Vanjski, tj. egzogeni poticajni čimbenici mogu biti mehaničke i fizikalne ozljede kože (npr. trauma, opekline, rtg-zrake i sl.), zatim ozljede kože kemijskim putem te neke upalne dermatoze (npr. Herpes zoster). Od unutarnjih ili endogenih čimbenika ističu se akutne bakterijske, virusne i gljivične infekcije te neki lijekovi. Za pokazivanje bolesti u genetski podložne osobe važnu ulogu imaju psihički čimbenici, odnosno psihički stres. Psihički stres uzrokuje ubrzanu proliferaciju stanica i upalni proces u psorijazi i psorijatičnom artritisu putem oslobađanja različitih medijatora iz senzornih nervnih vlakana u koži i zglobovima.

Srebrne ljuske

Za nastanak psorijaze presudnu ulogu imaju imunološki čimbenici. Patološki proces u psorijazi uključuje interakciju limfocita i keratinocita kože, posredovanu mrežom citokina (čimbenika upale), koji pokreću kaskadu složenih staničnih i molekularnih zbivanja. Psorijaza se može javiti u bilo kojoj životnoj dobi, ali najčešće između 10. i 30. godine života, i to češće u ljudi bijele rase nego u ostalih rasa, s podjednakom raspodjelom među spolovima. U Hrvatskoj od psorijaze boluje oko 1,5% stanovništva. U otprilike jedne trećine bolesnika sa psorijazom bolest počinje prije petnaeste godine života. Psihički stres i infekcije respiratornog sustava najčešći su rizični čimbenici za pojavu psorijaze u dječjoj dobi i adolescenciji.

Psorijaza može imati različitu kliničku sliku. Najveći postotak bolesnika ima blaži, kronični oblik bolesti, obilježen eritematoskvamoznim žarištima, koja traju mjesecima ili godinama. Najčešće su promjene lokalizirane na laktovima, koljenima, u vlasištu, lumbosakralnoj regiji i pupku. Promjene noktiju javljaju se u oko 25-50% svih bolesnika sa psorijazom i teže se liječe. Unatoč tome što su temeljno obilježje psorijaze eritem i ljuske na pojedinim regijama, kožne promjene imaju drugačija obilježja. U područjima, kao što su pazusi, ispod dojki te perianalna regija i genitalno područje, psorijatična žarišta su crvenkasta, lagano

infiltrirana, a zbog topline i vlažnosti nema ljusaka.

Najbolju prognozu u smislu izlječenja psorijaze imaju eruptivni oblici psorijaze, odnosno kapljičasta psorijaza. Tako se naziva jer u kliničkoj slici prevladavaju sitne eritematoskvamozne promjene razasute po trupu i udovima. Javlja se u mlađih odraslih osoba, obično 1-2 tjedna nakon streptokokne infekcije gornjih respiratornih puteva, a može potpuno nestati tijekom nekoliko tjedana.

Uz kožu, napada i zglob

Postoje teški klinički oblici psorijaze, u kojima su zahvaćeni zglobovi. Psorijatični artritis pogađa do 40% bolesnika sa psorijazom, kroničnog je tijeka, a upala, osim zglobova, zahvaća tetive i ligamente te može dovesti do invaliditeta. U teške oblike psorijaze ubraja se pustulozna i eritrodermijska psorijaza. Specifičnost je teških oblika psorijaze prisutnost općih simptoma i zahvaćenost većih površina kože te je potrebno bolničko liječenje i primjena sistemske terapije. Svrbež je često prisutan kod psorijaze, a češći je u eritrodermijskoj psorijazi, u koje je koža difuzno crvena i ljušti se.

Bolesnici sa psorijazom češće obolijevaju od kardiovaskularnih, metaboličkih i endokrinoloških poremećaja, što dodatno utječe na kvalitetu njihova života. Velik postotak bolesnika sa psorijazom pati od anksioznosti i depresije, a češće se javljaju i ostali psihički poremećaji, poput alkoholizma, opsesivno-kompulzivnog poremećaja, posttraumatskog stresnog poremećaja te shizofrenije.

Nepravedna stigma

Iako postoje različiti oblici psorijaze te velike razlike u stupnju zahvaćenosti kože, bolesnici sa psorijazom stigmatizirani su, osjećaju sram i krivnju, imaju nisko samopouzdanje, što je dodatni izvor kroničnog stresa koji podržava bolest. Psorijaza i psorijatični artritis, kao dugotrajne i iscrpljujuće bolesti, imaju velik utjecaj na kvalitetu života, ne samo bolesnika, nego i njihovih obitelji. Bolesnik sa psorijazom mnogo vremena provodi u liječenju svoje bolesti,



ponekad ne želi izlaziti iz kuće ili izbjegava javna mjesta poput bazena, plaže ili sportske dvorane, a što sve utječe na način na koji obitelj bolesne osobe provodi svoje vrijeme. U psorijatičnom artritisu, bol uzrokuje smanjenje fizičke aktivnosti, uključujući seksualne odnose, izbjegavanje socijalnih interakcija te odgovornosti na poslu i u obitelji.

Iako poboljšanje ili izlječenje kožnih promjena može utjecati na smanjenje psihičkih tegoba psorijatičara, većina bolesnika i dalje psihički pati.

Stoga je liječenje psorijaze dugotrajan i zahtjevan proces, s terapijskim ciljem izlječenja osobe, a ne samo bolesti. Liječenje je individualno te ovisi o godinama, spolu, zanimanju, intelektualnim sposobnostima bolesnika, tipu bolesti, zahvaćenosti kože i zglobova, trajanju i povijesti bolesti.

Kreme za blaže i tablete za teže oblike

Liječenje psorijaze može biti lokalno (kreme, losioni) i najčešće se primjenjuje u blažim oblicima bolesti. Kortikosteroidni pripravci učinkoviti su u lokalnom liječenju psorijaze jer imaju jako protuupalno djelovanje. Međutim, imaju nuspojave u obliku atrofije kože i crvenila te se njihova dugotrajna uporaba mora ograničiti i kombinirati s drugim načinima liječenja. Može se kombinirati s fototerapijom, koja ima imunosupresivni učinak.

U teškim oblicima psorijaze potrebna je sistemska terapija, što znači primjenu retinoida (Neotigason tbl.), a za dugotrajnu terapiju često se primjenjuju Metotrexat tbl. Noviji lijekovi kod teških oblika psorijaze biološki su lijekovi, koji se daju u infuziji ili supkutano, u određenim vremenskim razdobljima, a posebice su djelotvorni u psorijatičara

s psorijatičnim artritisom jer blokiraju čimbenike upale (citokine) u koži i zglobovima.

Tim za liječenje

Budući da je psorijaza psihosomatska bolest, u terapijskom je pristupu nužan interdisciplinarni pristup i timski rad. Interdisciplinarni pristup podrazumijeva ravnopravnu suradnju dermatologa, reumatologa, psihijatra, psihoterapeuta i kliničkog psihologa. Iako je u fazi jakog pogoršanja psorijaze i psorijatičnog artritisa prvenstveno potrebna primjena uobičajenih ili standardnih metoda liječenja, psihijatrijske intervencije nužne su za dugoročni uspjeh u liječenju psorijaze. Psihijatrijske intervencije obuhvaćaju psihofarmakoterapiju i psihoterapiju. Dakle, samo kombinirana terapija, individualno prilagođena, i psihoterapijski pristup, uz razumijevanje emocionalnog govora kože, daju nadu za dugotrajniji uspjeh u liječenju psorijaze.

**Dr. sc. Edita Simonić, dr.med.
spec. dermatovenerolog**

Psorijaza je nezarazna upalna bolest kože u čijem nastanku ulogu imaju genetski, imunološki i psihički čimbenici. Danas se smatra da psorijaza nastaje međudjelovanjem genetskih i okolišnih čimbenika. Da bi se bolest pokazala u genetski predisponirane osobe, potrebni su različiti vanjski i/ili unutarnji čimbenici.

Erizipel

CRVENI VJETAR

Erizipel ili crveni vjetar akutna je bakterijska infekcija kože i potkožnog limfnog tkiva. Bolest je najčešće uzrokovana piogenim streptokokom (*Streptococcus pyogenes*), a znatno rjeđe drugim bakterijama.

Najčešća su lokalizacija upale potkoljenice i lice, no može se pojaviti na bilo kojem dijelu tijela. Uzročnik ulazi kroz oštećenu kožu, a stanja koja tome najčešće pridonose jesu: gljivične infekcije stopala, otekline uzrokovane zastojem limfe, kožni ulkus ili ekcem. Povećanu sklonost erizipelu također imaju bolesnici s kroničnim bolestima i osobe s oslabljenim imunitetom. Preboljena bolest ne ostavlja imunitet, već naprotiv, povećanu lokalnu sklonost kože za ponovno pojavljivanje bolesti. Erizipel se obično prenosi kapljičnim putem, a inkubacija (vrijeme od ulaska bakterije do pojave znakova bolesti) traje od nekoliko sati do nekoliko dana.

Plameni jezičci na koži

Bolest počinje visokom temperaturom, do 40°C, zimicom i tresavicom. Mogu biti prisutni i neki drugi opći simptomi poput glavobolje, malaksalosti i povraćanja. Istovremeno se pojavljuje oštro ograničeno crvenilo i otok, često s uzdignutim rubom. Na koži se, osim otoka i crvenila, mogu pojaviti manji ili veći mjehuri, ispunjeni bistrim ili sukrvavim sadržajem. Erizipel počinje naglo, promjene na koži se vrlo brzo šire, često u obliku jezičaca, zbog čega se ova bolest naziva crveni vjetar. Bolest je sklona ponavljanju, no tada su simptomi obično blaže izraženi.

Dijagnoza se postavlja na osnovi prisutnih simptoma bolesti. Od laboratorijskih nalaza, bitna je povišena sedimentacija eritrocita, povišen broj leukocita, povišen CRP (protein akutne faze upale), kao i povišen antistreptolizinski titar (AST/ASO je test kojim se mjeri prisutnost i količina antitijela koje organizam stvara na streptolizin O, toksin koji proizvodi streptokok grupe A - *Streptococcus pyogenes*).

Erizipel treba razlikovati od upale površne vene, kada dolazi do crvenila kože, dok se potkožno može palpirati (napipati)

upaljena vena kao tvrdi tračak. Akutni kontaktni dermatitis može nalikovati erizipelu, ali je prisutan svrbež, nema visoke temperature, kao ni popratnih laboratorijskih nalaza. Na licu erizipelu može sličiti herpes zoster (virusna infekcija), no on je uvijek lokaliziran isključivo na polovici lica.

Liječiti i spriječiti

Moguće češće komplikacije erizipela jesu: apsces (lokalizirana gnojna upala, koja se može razviti u potkožnom tkivu, ali i u dubokim tkivima i organima), gangrena (prerana smrt stanica i živih tkiva zbog narušene cirkulacije krvi, izazvane različitim uzrocima poput povrede, bolesti, infekcije) i tromboflebitis (upala i stvaranje tromba u venama). Među rjeđe komplikacije spadaju akutni glomerulonefritis (upala tkiva bubrega), endokarditis (upala srčanih zalistaka) i sepsa (odgovor organizma na infekciju, kada bakterije ili njihovi otrovi dospiju u cirkulaciju).

Lijek izbora je penicilin (prokain penicilin), u obliku tableta ili intramuskularnih injekcija, obično tijekom deset dana, no dužina liječenja i doza lijeka ovise o težini bolesti. Kod osoba preosjetljivih na penicilin, primjenjuje se eritromicin ili doksiciklin. U slučaju ponavljajućeg erizipela, može se primijeniti profilaksa benzatin-penicilinom (Extencillin - penicilin s produženim djelovanjem), svaka tri tjedna tijekom 2-3 mjeseca.

U akutnoj fazi liječenja preporučuju se oblozi fiziološke otopine (0,9% NaCl), mirovanje, s oboljelom nogom u povišenom položaju kako bi se ublažili osjećaj napetosti i bolnost.

Da bi spriječili pojavu erizipela, bitno je izliječiti bolesti koje pogoduju infekciji (ekcem, gljivične infekcije, proširene vene, venski ulkus, limfedem, dijabetičko stopalo), tj. ukloniti ulazna vrata za bakterije.



Darinka Periša,
dr.med.

Impetigo

ZARAZNE RANE

Impetigo je zarazna, površinska, gnojna, lokalna infekcija kože uzrokovana bakterijama. Najčešći su uzročnici bakterije zlatni stafilokok i piogeni streptokok.

Česta je njegova pojava kod djece, naročito mlađe od šest godina. Radi se o vrlo zaraznoj infekciji, koja se većinom prenosi putem kontakata, od osobe na osobu. U umjerenoj se klimi najčešće pojavljuje za vrijeme ljetnih mjeseci. Čimbenici koji pridonose njegovoj pojavi jesu: toplina, visoka vlaga, slaba higijena, kožna oštećenja te sudjelovanje u nekim kontaktnim sportovima. Prisustvo bakterija u nosu, ždrijelu, pazusima i genitalno pridonosi povećanom riziku nastanka impetiga i drugih stafilokoknih infekcija.

S mjehurićima i bez njih

Impetigo se pojavljuje u formi buloznog impetiga sa stvaranjem mjehura i u obliku ne-buloznog impetiga, gdje je faza stvaranja mjehurića vrlo kratka.

Bulozni impetigo nastaje zbog lokalnog otpuštanja toksina iz bakterije zlatni stafilokok (*Staphylococcus aureus*) na mjestu kožne infekcije, s nastankom mjehura, odnosno bula. Bakterija se može dokazati brisom koji se uzme s površine kože, odnosno iz tekućine iz mjehura. Bulozni impetigo pojavljuje se češće na koži koja nije oštećena, pogotovo na tzv. intertriginoznim mjestima (prepone, pazusi) nego nebulozni impetigo. Bulozni impetigo rijetko nastaje u dojenačkoj dobi, s kliničkom slikom pojave prozirnih mlohavih mjehura, do 5 cm u promjeru, koji nakon pucanja ostavljaju ljuštenje u obliku ogrlice.

Tipično je za nebulozni impetigo da se javlja na mjestu oštećenja kože nastalog grebanjem (npr. nakon ugriza insekata, zbog svrbeža kod različitih upala kože), nakon male traume kože ili nakon drugih kožnih promjena i slabljenja lokalne obrane kože (npr. zbog vodenih kozica, ekcema).

U većini slučajeva prvo se pojave crvene mrlje, nakon kojih vrlo kratko nastaju gnojni mjehurići, vrlo tankog pokrova koji lako puca, ostavljajući iza sebe površna oštećenja kože s karakterističnim žućkastim krastama boje meda. Promjene se šire na susjednu kožu te mogu nastati veća žarišta. Najčešća lokalizacija su lice, naročito koža oko nosa i usta, te otkriveni dijelovi ekstremiteta.

Pranje uz antibiotik

Kod lakših i pojedinačnih promjena moguće je spontano cijeljenje, a za većinu promjena bit će dovoljna lokalna antibiotska terapija (mupirocin mast, mast s fusidičnom

kiselinom). Terapija također uključuje pranje zahvaćenih mjesta te skidanje krasta, što se može olakšati primjenom vlažnih obloga. Upotreba sredstava za dezinfekciju, poput klorheksidina ili povidon jodida, nema važnu ulogu u liječenju.

Kod proširenih promjena ili ako su one popraćene sistemskim simptomima poput povišene temperature, daje se antibiotik u obliku sirupa ili tableta. Ako je infekcija nastala naknadno, na promjenama zbog neke druge kožne bolesti, onda liječimo i nju.

Komplikacije su rijetke (infekcija dubljih dijelova kože, upala limfnih putova, poststreptokokna upala bubrega). Veza između streptokoknog impetiga i akutne reumatske groznice nije dokazana.

Najteže kod osjetljivih

Kod zdravstveno osjetljivijih populacija (novorođenčad, osobe oslabijelog imuniteta, osobe s bubrežnim zatajenjem) širenje sojeva stafilokoka koji izlučuju specijalne toksine eksfolijatine može, rijetko, dovesti do nastanka teškog generaliziranog oblika bolesti, sa znakovima ljuštenja površinskog sloja kože.

Mr.sc. Liliana Stojnić Soša, dr.med.



Madeži i dermatoskopski pregled

ZNAMENI LJEPOTE

Medicinski naziv za madež je nevus. Madeži ili nevusi ponekad su prisutni od rođenja (kongenitalni ili prirođeni), ali većinom nastaju kasnije te se njihov broj mijenja tijekom života. Uobičajeno je da se broj madeža postepeno povećava tijekom djetinjstva i adolescencije. Oni rastu proporcionalno s rastom djeteta, pri čemu pojedini madeži mogu potamnjeti, a drugi posvijetliti. Madeži se mogu pojaviti na koži trupa, udova i lica, ali i u vlasištu, između prstiju, na dlanovima i tabanima te čak ispod noktiju. U nastanku madeža bitnu ulogu imaju geni, odnosno naslijeđe, ali je značajan i doprinos izlaganja ultraljubičastim zrakama, tj. sunčevoj svjetlosti ili umjetnim izvorima poput solarija.

Upoznajte svoje madeže!

Gotovo svaka odrasla osoba ima barem nekoliko madeža i oni su u velikoj većini slučajeva bezopasni. Obični madeži pretežno su simetričnog, okruglog ili oval-

nog oblika, jednolike boje i promjera do pola centimetra. Postoje i atipični ili takozvani displastični madeži, koji su asimetričnog oblika, nepravilnog ruba, sadrže više od jedne boje te im je promjer veći od 6 milimetara. Osobe s većim brojem atipičnih madeža imaju povećan rizik za nastanak zloćudnog tumora kože melanoma te bi trebale odlaziti na redovne preglede dermatologu. Melanom može nastati malignom preobrazbom iz ranije postojećeg madeža ili kao potpuno nova promjena na koži. Ako je otkriven u dovoljno ranoj fazi nastanka, melanom je izlječiv tumor, iz čega proizlazi važnost redovitih pregleda kože.

Svim se osobama savjetuje redovni samopregled madeža, svakih 3-4 mjeseca. Potrebno je pregledati cijelo tijelo, od glave do stopala, sprijeda, straga i postranično, te ne zaboraviti na vlasište, uške i stopala. Dijelove kože nedostupne izravnom pogledu potrebno je pregledati uz pomoć ogledala ili druge osobe. Svatko bi trebao poznati raspored i izgled vlastitih madeža te, ako primijeti da pojedini madež raste, svrbi ili krvari, ili pak osoba ima više





Madeži su dobroćudne promjene na koži, različitih oblika i veličina. Obično su smeđe boje, ali mogu biti i boje kože. Madeži mogu biti u razini okolne kože, izdignuti iznad nje ili sadržavati dlake, a u jedne osobe može biti prisutno svega desetak ili pak više od stotinu madeža.

atipičnih madeža, trebala bi ići na pregled dermatologu. Preventivni dermatološki pregledi također se savjetuju osobama koje su već imale melanom ili imaju rođaka (roditelj, dijete, brat ili sestra) koji je imao melanom.

Pogled pod povećalom

Prilikom pregleda, dermatolog procjenjuje radi li se u određene osobe o običnim ili displastičnim madežima, prepoznaje i dobroćudne izrasline poput fibroma, seboroičkih bradavica i angioma te, najvažnije, melanom i druge zloćudne tumore kože.

Pritom se u sklopu pregleda koristi **dermatoskopom**. Radi se o povećalu koje omogućava značajno detaljniji prikaz promjena na koži u usporedbi s pregledom pro-

tim okom. Dermatoskopi mogu biti malih dimenzija (ručni) ili u obliku većih kamera, koje su spojene s računalom i digitalnim monitorom. Dermatoskopija je neinvazivna i potpuno bezbolna metoda, čijom primjenom dermatolog može sa značajno većom sigurnošću razlikovati pojedine vrste madeža, lakše uočiti promjene u madežu koje ukazuju na moguću zloćudnost, postaviti dijagnozu ili sumnju na dijagnozu melanoma te, prema potrebi, uputiti bolesnika na kirurško liječenje.

Definitivnu dijagnozu kožne promjene postavlja patolog, temeljem mikroskopske analize operacijom odstranjenog tkiva. Suvremeni digitalni dermatoskopi omogućuju i pohranjivanje slika (fotodokumentaciju) madeža s ciljem praćenja. To je osobito bitno u osoba s mnogobrojnim atipičnim madežima, kada se procjena o potrebi kirurškog liječenja donosi tek usporedbom slika madeža učinjenih u vremenskom razmaku od više mjeseci. Ovisno o sveukupnom dermatoskopskom nalazu svih promjena na koži, a uzimajući u obzir i tip kože, brojnost madeža te postojanje melanoma u osobnoj anamnezi ili u obitelji, dermatolog preporuča koliko je često potrebno ponavljati dermatoskopski pregled.

Doc.dr.sc. Sandra Peternel, dr.med.

Zloćudne novotvorine kože

SUNCE GODI, ALI I ŠTETI

U najčešće zloćudne novotvorine (rak) kože ubrajamo bazocelularni karcinom, spinocelularni karcinom, sarkom kože i melanom kože.

Sve te tumore karakteriziraju brz rast i razaranje okolnih struktura kože i sluznica te metastaziranje, odnosno širenje u udaljena tkiva ili organe, osim bazocelularnog karcinoma, koji se iznimno rijetko širi u okolne limfne čvorove.

Ranica koja ne cijeli

Najčešće su sijelo tih tumora svjetlu, odnosno suncu izloženi dijelovi tijela, dakle glava, vrat, hrbat šake. Sarkomi se mogu javiti i na drugim dijelovima kože. Nastanak tih promjena kože ide s pojavom čvorića ili ranice koja dulje vrijeme ne cijeli i prekrivena je krastom koja raste i otpada, ponovno se javlja i ne zacjeljuje te vrlo lako krvari na manji dodir ili trljanje kože. Sarkomi i melanomi obično počinju kao tamnije pigmentirani čvorić, koji se povećava i može sadržavati više boja uz crnu, sivu, crvenkastu ili plavu. Krvarenje takvih promjena nastaje zbog povećanja tumorske mase, koja uskoro jednim dijelom odumire, ali i nadalje raste.

Može se reći da svaka promjena kože opisana kao „ranica“ koja ne cijeli dulje od mjesec dana, „čvorić“ koji se povećava, ne mora značiti da osoba ima rak kože, ali treba pobuditi sumnju i u tom slučaju mora se savjetovati s liječnikom, koji će prosuditi da li je nužno potražiti pomoć dermatovenerologa.

Najbenigniji među malignima

Bazocelularni karcinom (bazaliom) najčešći je i, nasreću, najmanje zloćudan.

Kao što je navedeno, sijelo tumora su svjetlu izloženi dijelovi tijela: lice, nos, očni kutovi, koža sljepoočnica, uške, vrat, hrptovi šaka. Bazaliomi relativno rijetko nastaju na pokrivenoj koži. U nastanku tog tumora važnu ulogu ima



sunčevo svjetlo, i to UV-B zrake koje oštećuju DNK (deoksiribonukleinsku kiselinu). Također, važnu ulogu ima oslabljena stanična otpornost organizma, kao i nasljedni čimbenici.

U početku se pojavljuje voštani, prozirni, lagano uzdignuti, bljedoružičasti ili blijedo modroružičasti glatki čvorić, na kojem se ponekad vide proširene krvne žilice (teleangiektazije). Raste relativno sporo i mijenja oblik u ranicu, zbog centralnog raspadanja. Ponekad izgleda kao brazgotina stanjene (atrofične) kože, uz pojavu tzv. voštanih „perli“. Rjeđe može nalikovati madežu, kad se radi o pigmentiranom obliku, te se može zamijeniti i s melanomom.

Češće počinje u obliku plitke ranice, koja se iznova prekriva krastom, koja otpadne i opet se napravi u nekoliko navrata, ali ne cijeli. Takav oblik, rastući u dubinu, može doseći mišiće, kosti ili mozak ako nastane na glavi.

Multipli bazaliomi, odnosno pojava više takvih tumora istodobno, ili u kratkom vremenskom razmaku, nisu rijetkost. Tada se vrlo lako mogu zamijeniti s ekcematoidnim ili gljivičnim promjenama kože. U osoba u kojih se jednom pojavi bazaliom, može se očekivati njegov ponovni nastanak, i u multiploj formi. Osobe plavih očiju i svijetle puti više su izložene nastanku tih tumora te se moraju čuvati intenzivnog izlaganja suncu (insolaciji), naročito od deset do šesnaest sati, ili koristiti kreme za zaštitu od sunca s faktorom preko petnaest.

Dva karcinoma u jednom

Vrlo rijetko može se javiti miješani oblik raka (karcinoma) kože, kada je dio tumora bazocelularni karcinom, a dio planocelularni karcinom. Naravno, dijagnozu takvog tumora može postaviti samo dermatopatolog, na temelju patohistološke analize prethodno uzetog dijela tumora.

Nakon dijagnoze dermatopatologa, slijedi odluka o te-

rapiji. Ako je prije kirurški u cijelosti odstranjen tumor, onda dalja terapija nije potrebna, a ako je odstranjen samo dio tumora (radi postavljanja dijagnoze), dolazi u obzir kirurško odstranjenje, koje se može učiniti i na Dermatovenerološkoj klinici Rijeka, ili na kirurgiji kod većih tumora. Također se bazaliom može zračiti u više navrata u slijedu (frakcionirano), do ukupne doze koja sigurno razara tumor i okolinu u koju se širi. Spomenuto zračenje može se izvršiti na Dermatovenerološkoj klinici Rijeka, aparatom koji se zove dermopan. Najpovršniji bazaliomi mogu se premazivati citostatskim kremama, svakodnevno kroz tri-četiri tjedna.

Rast unutra i van

U kliničkoj slici spinocelularnog karcinoma prevladavaju dva oblika: jedan raste prema van (egzofitični), a drugi prema unutra (endofitični). U prvom slučaju obično se radi o čvoriću boje kože ili boje mesa, koji se povećava. Nerijetko u središtu tumora dolazi do pojave ranice prekrivene krostom, koje su posljedica odumiranja (nekroze) dijela tumora.

Kod drugog oblika, koji raste prema unutra, pojavljuje se plitka ranica koja ne cijeli i širi se u dubinu. Oba oblika javljaju se na otkrivenim dijelovima kože, posebno na donjoj trećini lica, hrptu šake te donjoj usni. Rast je brži nego u bazalioma. Neliječen, taj se tumor prvo širi (metastazira) u obližnje limfne čvorove, a kasnije i na udaljene organe. Bolesnici uglavnom ne osjećaju nikakvih tegoba, kao ni kod bazalioma, osim blagog svrbeža.

Tijek bolesti kroničan je i neliječena vodi smrtnom ishodu.

Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike, a konačna odluka prema patohistološkom nalazu prethodne biopsije (uzimanje uzorka tumora radi analize).

Mogući i rjeđi oblici

Od rjeđih oblika karcinoma kože, valja još spomenuti karcinom lojnih žlijezda, karcinom znojnice te karcinom tzv. Merkelovih stanica, a od posebnih lokalizacija valja istaći karcinom usana, jezika i vanjskog spolovila u žena i muškaraca.

U liječenju tog karcinoma kože dolazi danas prvenstveno u obzir kirurško odstranjenje u cijelosti, uz okolno tkivo u koje se tumor već proširio. Rendgensko zračenje također se obavlja više za one lokalizacije tumora koje se teže kirurški obrađuju, kao što su uška i nos. Nakon terapije, potrebno je praćenje bolesnika prema dogovoru s liječnikom radi sprečavanja i liječenja ponovnog javljanja tumora na istom mjestu (recidiva) ili pojave tumora na drugom mjestu.

Zasebni oblik karcinoma kože predstavljaju metastaze (širenje) karcinoma udaljenih organa u kožu. Prema navodima literature, relativno se rijetko javljaju, a radi se o karcinomima dojke, želuca, maternice, debelog crijeva i bubrega. Obično se radi o čvorićima čvrste konzistencije, ljubičaste boje ili boje kože, ili se radi o otvrdnuću kože poput oklopa, ili u obliku ljubičastih mjehurića kože. Liječenje je slično kao i kod navedenih karcinoma.

Sarkom kože javlja se u nekoliko oblika: fibrosarcoma,

dermatofibrosarcoma, histiocytoma fibrosum malignum i sarcoma Kaposi (sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum).

U prva tri navedena oblika obično se radi o čvoru, koji obično brzo raste i na vrhu čvora napravi se rana koja ne cijeli. Boje je obično plavkastosmeđe do plave i smješten je na tijelu ili udovima. Neoštro je ograničen od okolne kože, može biti površinski i duboki.

Kod sarcoma Kaposi vide se obično brojni čvorići, plavoljubičaste boje, od veličine zrna graha do šljive, i to na potkoljenicama i stopalima. Od unutrašnjih organa, najčešće su zahvaćeni želudac i debelo crijevo, bubrezi, jetra, pluća i limfni čvorovi. Terapija kod svih tih tumora sastoji se u kirurškom odstranjenju primarnog čvora ako je to moguće, rendgenskoj terapiji i citostatskoj terapiji.

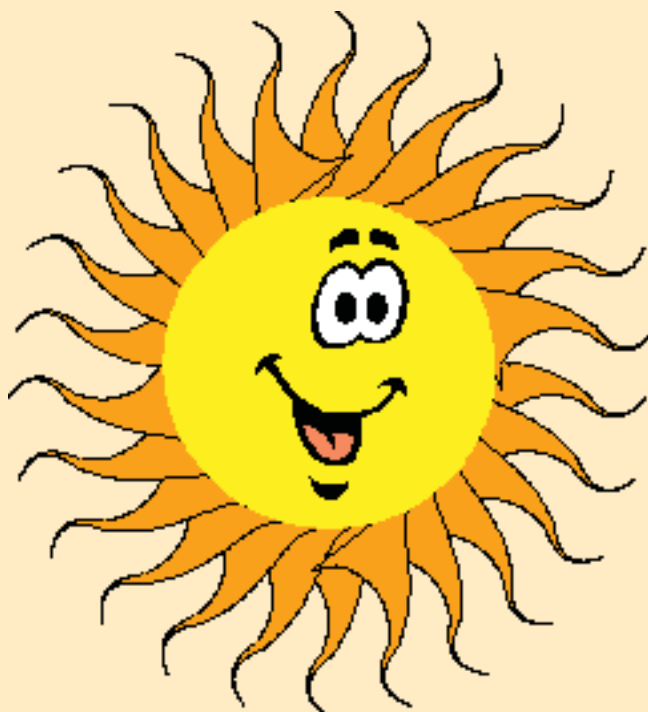
Najzloćudniji tumor kože

Melanom kože nastaje iz stanica koje proizvode pigment (melanociti) i spada u najzloćudnije. Javlja se u nekoliko oblika: kao čvor (nodularni), površno šireći (superficial spreading), melanom dlanova i tabana (acro lentiginosum), bespigmentni oblik (amelanotični) i tzv. lentigo maligni oblik. Iako taj oblik tumora nastaje prethodno iz madeža, može se javiti i na nepromijenjenoj koži. Terapija je kirurško odstranjenje, a u slučaju pojave metastaza, koristi se interferon, biološki lijekovi, ali to liječenje zahtijeva tretman i onkologa i dermatovenerologa, kirurga, dakle multidisciplinarni pristup.

Taj tumor zahtijeva posebnu pažnju i predstavlja temu za sebe.

Na koncu treba istaći da je najvažnije rano prepoznavanje raka kože i kod svake sumnje treba se savjetovati sa stručnjakom, koji će primijeniti najbolju metodu liječenja, pa ima puno razloga za optimizam bolesnika.

Prim.dr.sc. Leo Čabrijan, dr.med.



Melanom kože

DJECA NE SMIJU IZGORJETI!

Melanom je zloćudni tumor koji nastaje iz melanocita. Najčešće se javlja u osoba srednje i starije životne dobi, a u djece je rijedak. Jednim od osnovnih čimbenika za nastanak melanoma smatra se ultraljubičasto sunčevo zračenje, osobito UVB zrake, valnih duljina od 285 nm do 315 nm, koje imaju kancerogeni potencijal. Smatra se da je izgaranje na suncu u djetinjstvu jedan od najznačajnijih čimbenika u nastanku melanoma te je osobito važno djecu u dobi do 14 godina tijekom ljeta štititi od sunca. Ostali su uzročni čimbenici velik broj madeža, posebice displastičnih, svijetla put (fototipovi I i II) te imunosupresija. Melanom je češći u nekim obiteljima te se smatra da postoji genetska predispozicija za obolijevanje od melanoma, koja se prenosi poligeniskim putem.

Iz madeža ili iznova

Klinički se melanom javlja kao tamnosmeđa do plavocrna izraslina, koja može krvariti. Prema izgledu razlikujemo više tipova melanoma: **lentigo maligna melanom** najčešće se pojavljuje na licu, u obliku smeđecrne plošne izrasline, češće kod žena u 70-im godinama. **Površinsko šireći maligni melanom** najčešći je oblik melanoma. Javlja se pretežno na trupu, kao asimetrična izraslina, policikličkih rubova, obično tamnosmeđe do smeđecrne boje, ali i s područjima plavocrne, ružičaste i bijele boje. **Akrolentiginozni**

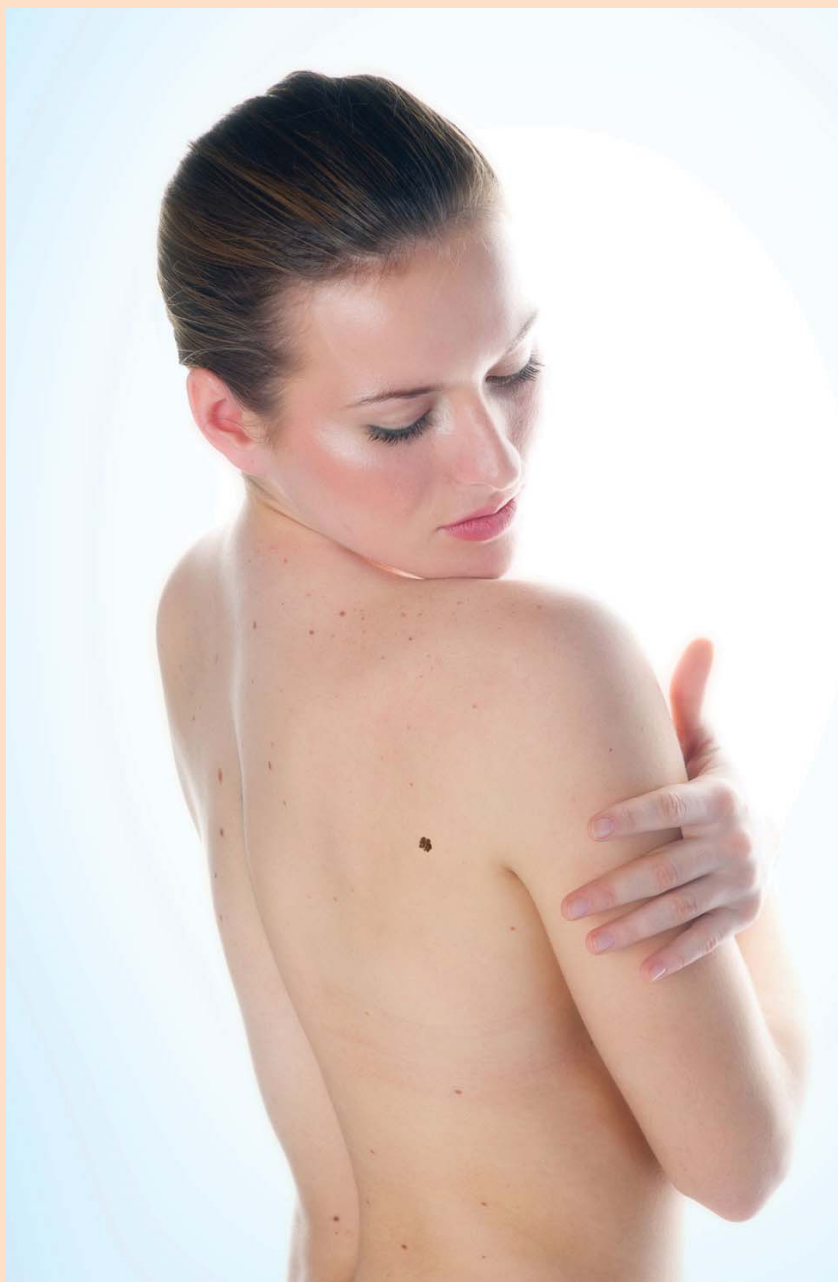
melanom pojavljuje se na okrajinama, kao što su prsti ruku i nogu te dlanovi i tabani, dok je **nodularni melanom** polukuglasti plavocrni čvor, koji često krvari i povremeno egzulcerira. Naročito je interesantan **amelanotični**, tj. nepigmentirani melanom, koji se javlja kao ružičasta izraslina ili izraslina u boji kože te se razlikuje od standardnog crnog melanoma i zato ga je teško dijagnosticirati. Spada u najagresivnije oblike melanoma.

Iako se smatra da više od polovine melanoma nastaje „de novo“, na nepromijenjenoj koži, oko trećina melanoma nastaje iz promijenjenog pigmentiranog madeža, najčešće displastičnog madeža, a manji broj iz lentigo maligna, kongenitalnog madeža ili plavog madeža.

Pregled od glave do pete

Budući da maligni melanom nije samo najmaligniji tumor kože i sluznica, već spada i u najmalignije tumore uopće, zbog sklonosti ranom limfogenom i/ili hematogenom metastaziranju, izuzetno je važna prevencija i rana dijagnostika melanoma.

Rana dijagnostika obuhvaća sustavno praćenje i redovite preglede madeža, kako klinički tako i dermatoskopski. Danas se puno govori o samopregledima koje bi trebalo provoditi svaka tri mjeseca, što osobito vrijedi za osobe s većim brojem madeža. Samopregledi uključuju



pregled kože cijeloga tijela uz pomoć dva ogledala. Najprije se, uz pomoć velikog zidnog ogledala, pregledaju madeži s prednje strane trupa, lica i ekstremiteta, a zatim se, uz pomoć ručnog ogledala, pregleda i stražnja strana tijela. Pogotovo treba obratiti pažnju na bočne strane trupa i ekstremiteta te na dlanove, tabane i područja između prstiju. Na kraju se, pomoću sušila za kosu i zrcala, pregleda vlašiste. Treba pregledati i genitalnu regiju, a žene i područje ispod dojki.

Kod dermatologa se madeži pregledavaju dermatoskopom, tj. epiluminiscentnim mikroskopom. Radi se o uređaju koji povećava 10 do 100 puta, a uz analizu pigmentne lezije, ima mogućnost i pohrane slika te usporedbe kod sljedećih pregleda. Dermatoskopske preglede trebalo bi raditi svakih tri do šest mjeseci ili jedanput godišnje, ovisno o ukupnom broju madeža na tijelu bolesnika, nazočnosti displastičnih madeža, fototipu kože te osobnoj i obiteljskoj anamnezi na pojavu kožnih tumora, posebice melanoma.

Pravilo abecede

Madeži se klinički i dermatoskopski pregledavaju na temelju ABCDEF pravila (asimetrija, nepravilni rubovi,

Unatoč činjenici da je sunce izvor života, odnosno neophodan izvor svjetlosti i topline, važan i za stvaranje vitamina D, svaki smo dan suočeni s rastućom incidencijom tumora kože, posebice melanoma, kao najzloćudnijeg tumora uopće, te bazocelularnog i spinocelularnog karcinoma. Nastanak tih tumora primarno se povezuje s izloženosti suncu.

nejednolika boja, povećan promjer, elevacija madeža, pojava svrbeža i boli na mjestu madeža). Svaku pojavu kod koje se javljaju klinička i dermatoskopska ABCDEF obilježja treba pratiti kod dermatologa ili kirurški ukloniti.

Pridržavamo li se tih osnovnih načela o redovitim samopregledima madeža te dermatoskopskim pregledima, pojava melanoma, posebice onih viših stadija s lošom prognozom, svest će se na najmanju moguću mjeru.

**Prof. dr. sc. Larisa Prpić Massari, dr.med.
spec. dermatovenerolog**

NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

Ako se želite pretplatiti na Narodni zdravstveni list, dovoljno je da nazovete tel. broj

051/21 43 59, 35 87 92

ili pošaljete dopisnicu sa svojim podacima (ime, prezime, adresa) u

**NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO
PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE**

Odjel socijalne medicine

51000 Rijeka, Krešimirova 52a

Seboroični dermatitis (Dermatitis seborrhoica)

ULJE KOJE TEČE

Seboroični dermatitis vrlo je uobičajen među populacijom, stoga ga mnogi autori smatraju varijantom normalnog statusa kože. Doista, u većini slučajeva radi se o blagim promjenama koje su prolaznog karaktera, no s druge strane mogu poprimiti i vrlo teške kliničke oblike, koji zahtijevaju bolničko liječenje.

Neravnoteža normalne flore

Seboroični dermatitis može se pojaviti u bilo kojoj dobi, od novorođenačke, preko puberteta pa nadalje. Pogađa oba spola, ali nešto više muškarce. Razlog tome vjerojatno je povećano lučenje lojnih žlijezda djelovanjem muških spolnih hormona. Smatra se da do pojave seboroičnog ekcema dolazi najviše u adolescenciji i u mladih osoba te u dobi iznad pedesete godine života.

Pretpostavlja se da je uzrok ove bolesti upalna reakcija organizma na mikroorganizam iz roda kvasaca (*Malassezia* spp.), koji je ustvari dio normalne flore kože i vlasišta. Hrani se lipidima iz sebuma, stoga je čak u jednoj mjeri korisna jer čini dio prirodne zaštite vlasišta. U normalnim uvjetima nalazi se 40% gljivica i to nije štetno. Problem nastane kada iz nekog razloga dođe do brojčane prevage, ili u pacijenta iz nekog drugog razloga dođe do smanjene otpornosti prema toj kvaščevoj gljivici, pa možemo govoriti o kroničnoj upali kože s autoimunim odgovorom. Simptome može pogoršati neka druga bolest, psihofizički stres, umor, oslabljen imunološki sustav, uzimanje nekih lijekova.

Dosadne ljuskice

Dok se o uzročniku nagađa, klinička slika je karakteristična. Predilekcijska mjesta (tipične lokalizacije na tijelu, gdje se bolest najčešće očituje) jesu: vlasište – ljuskava žarišta koja svrbe (suha ili masna perut), lice – središnji dio lica, područje obrva, ušiju, posebno nabor iza uha, uz svrbež ušnoga kanala, prsa – masne ljuskave papule, leđa – područje među lopaticama, s kožom koja se sitno ljušti, područja pregiba, pazusi, prepone, ispod dojki – više crvenkasta područja u obliku zadebljanja ili papula.

Terapija vlasišta obično započinje uklanjanjem naslaga keratolitičkim preparatima, potom slijede antifungalni šamponi. Uspješno se mogu koristiti i šamponi koji imaju druge aktivne komponente na bazi selen sulfida, cink piritiona,



na, salicilne kiseline ili katrana. U slučajevima jakog svrbeža, opravdano je povremeno i svega nekoliko dana koristiti lokalne kortikosteroide. Kod drugih regija na tijelu također se koriste antifungalni šamponi, uz limitiranu primjenu kortikosteroida, a u upornim slučajevima koriste se kalcineurin inhibitori. U ozbiljnim slučajevima može se ordinirati i uzimanje lijekova na usta te fototerapija.

Prehrana i ovdje igra ulogu

Kod nekih osoba sa seboroičnim dermatitisom ulogu ima i hrana, naročito ona koja obiluje zasićenim masnoćama, šećerima, jako začinjena, te konzumacija alkohola. Stoga se preporuča konzumirati hranu bogatu vlaknima, kao što su cjelovite žitarice, povrće, mahunarke, orašasti plodovi, sjemenke, voće, koja uz to sadrži esencijalne masne kiseline, esencijalne aminokiseline, vitamine i minerale. Prehrana bez glutena, kao i izbjegavanje namirnica bogatih histaminom (plava riba, zreli sirevi, neka alkoholna pića) u nekim slučajevima daje zapažene rezultate. Nema sumnje da se uravnoteženom prehranom i esencijalnim nutrijentima može pomoći organizmu u oporavku i jačanju imuniteta.

Stresu je nemoguće izmaći, no još jedan dobar savjet bio bi pokušati ovladati tehnikama kontrole stresa. Razumijevanje naravi ove kožne problematike, prihvaćanje da se radi o kroničnoj bolesti, s poboljšanjima i pogoršanjima na koja možemo i sami mnogo utjecati, pridonosi dobroj kontroli seboroičnog dermatitisa.

Mr.sc. Mirjana Zečević Rutar, dr.med.

Seboroični dermatitis vrlo je česta dermatiza, praćena crvenilom, svrbežom i ljuštenjem kože. Zahvaća područja bogata lojnim (sebacealnim) žlijezdama, kao što su vlasište, lice, grudni koš. Ime seborrhea potječe od latinskih riječi u značenju „ulje koje teče“.



Atopijski dermatitis NA NJEŽNOJ DJEČJOJ KOŽI

Atopijski dermatitis kronična je ili kronično-recidivirajuća upalna bolest kože, obilježena generaliziranom suhoćom kože i jakim svrbežom. Pojavljuje se u osoba s nasljednom atopijskom konstitucijom, koja uvjetuje sklonost alergijskim reakcijama na različite alergene.

Broj oboljelih u porastu je u svim dobnim skupinama te je pojavnost atopijskog dermatitisa čak 15-30% u dječjoj dobi te 2-10% u odrasloj dobi. Iako se kožne promjene mogu pojaviti u bilo kojoj dobi života, bolest najčešće započinje između 3. i 6. mjeseca života. Istraživanja pokazuju da se u čak 45% djece prvi simptomi bolesti opažaju tijekom prvih šest mjeseci života, a vrlo rijetko bolest započinje u adolescenciji i odrasloj dobi. Oko 50% djece ozdravi do osme godine života, a njih čak 80% ozdravi do 12. godine života. Međutim, u njih oko 20-50% u kasnijoj se životnoj dobi razvije astma, a u oko 50% bolesnika alergijski rinitis.

Suhoća i svrbež

Etiopatogeneza bolesti još uvijek nije u cijelosti razjašnjena. Međutim, na razvoj bolesti utječu genetski čimbenici i brojni čimbenici okoliša, poput različitih alergena, iritansa, klimatskih čimbenika te psihološkog stresa. U dječjoj dobi uzrok su većinom nutritivni alergeni, poput jaja, mlijeka, soje, ribe te kikirikija. U starije djece te u odrasloj dobi riječ je većinom o inhalatornim alergenima, kao što su peludi, kućna prašina i grinje, životinjske dlake, perje i dr.

Temeljna klinička obilježja atopijskog dermatitisa jesu: generalizirana suhoća kože i svrbež. Prvi simptomi bolesti očituju se obično već u trećem mjesecu života, u obliku crvenila, ogrebotina i mjestimice ljusaka na koži

lica, napose na obrazima i čelu, uz pošteđenu perioralnu regiju. Promjene su praćene izrazito jakim svrbežom, a mogu se proširiti na vlasište, pregib vrata, gornji dio trupa i pružne strane udova. Pelenska regija najčešće nije zahvaćena promjenama. Već tijekom druge i treće godine života, raspored kožnih promjena se mijenja te se karakteristične promjene nalaze u području pregiba velikih zglobova, napose na vratu, zapešćima, pregibu laktova i koljena. Zbog intenzivnog svrbeža i grebanja, nazočne su brojne ogrebotine, a koža je na tim mjestima zadebljana i smečkasto pigmentirana.

Posebna njega

Pristup liječenju atopijskog dermatitisa ovisi o dobi bolesnika i kliničkim manifestacijama bolesti, a ponajprije uključuje primjerenu edukaciju bolesnika te, budući da je većinom riječ o djeci, njihovih roditelja. Neobično je važno izbjegavanje alergena i ostalih čimbenika pogoršanja bolesti, uz pravilnu njegu kože te primjenu preporučene lokalne terapije. U većine je oboljelih potrebno provesti odgovarajuće mjere suzbijanja ili uklanjanja alergena, poput kućne prašine, grinje, životinjskih dlaka i perja, iz neposredne okoline bolesnika. Budući da iritaciju kože mogu uzrokovati i vuneni te sintetski materijali, treba izbjegavati nošenje takve odjeće. Ako neka hrana (mlijeko, jaja i dr.) izaziva pogoršanje bolesti, treba ju izbjegavati.

U akutnoj fazi bolesti u liječenju se primjenjuju topički

kortikosteroidi, i to u početku kratkotrajno visokopotentni (fluorirani kortikosteroidi), a potom određeno vrijeme niskopotentni kortikosteroidi. U djece treba izbjegavati primjenu potentnih kortikosteroida na veće površine kože, jer vrlo brzo može nastupiti supresija nadbubrežne žlijezde i brojne druge nuspojave. U novije se vrijeme u liječenju primjenjuju topički inhibitori kalcineurina, tacrolimus i pimecrolimus, koji su jednako učinkoviti u liječenju atopijskog dermatitisa kao i potentni kortikosteroidi, međutim, s manje nuspojave. Budući da je svrbež osnovni simptom bolesti, u liječenju se koriste antihistaminici, koji imaju vrlo dobar antipruritički učinak (smanjuju svrbež). Uskosppektralna UVB fototerapija valne duljine 311nm također se često rabi i vrlo je učinkovita u liječenju atopijskog dermatitisa.

Ulje drži vodu

Temelj liječenja atopijskog dermatitisa čini pravilna njega kože u obliku svakodnevne primjene topičkih emolijensa. Preporučuju se blage hidrofilne U/V (ulje-voda) emulzije za lice te masniji V/U (voda-ulje) pripravci za tijelo u obliku krema, losiona, mlijeka ili masti. Treba ih nanositi na cijelu površinu tijela, ponekad i nekoliko puta dnevno. Pri kupanju i tuširanju savjetuje se uporaba uljnih kupki ili ulja za tuširanje, a za pranje ruku, umjesto sapuna, preporučuju se sindeti. Naime, uljne kupke temelj su svakodnevne njege atopične kože, jer ostavljaju na



koži film masnoće koji podržava prirodnu vlažnost kože. Nadalje, vrlo su učinkoviti i topički pripravci s dodatkom 3-10% ureje, koji dodatno ovlažuju kožu i time pridonose održavanju hidrolipidne barijere kože.

Prof.dr.sc. Marija Kaštelan, dr.med.
spec. dermatovenerologije

**Promidžbeni prostor u
NARODNOM
ZDRAVSTVENOM LISTU**

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

051/35 87 92 * 051/21 43 59

Alergijska oboljenja kože

ALERGENI I IRITANSI SVUDA OKO NAS

Posljednjih godina učestalost alergijskih bolesti u značajnom je porastu pa one predstavljaju značajan medicinski problem.

Postoje četiri tipa reakcije preosjetljivosti, a najvažnija su za kožne manifestacije dva tipa: tip I ili rana reakcija preosjetljivosti i tip IV – ili kasna reakcija preosjetljivosti.

Šare na koži

U prvom obliku preosjetljivosti kontakt s alergenima rezultira nastankom protutijela IgE, koja se vežu za mastocyte i bazofile, a u narednom kontaktu dolazi do otpuštanja različitih medijatora upale, posebno histamina. Ti medijatori upale uzrokuju kožne manifestacije, a ponekad i simptome respiratornog i gastrointestinalnog trakta te, rijetko, najteži oblik alergijske reakcije – anafilaktički šok. Najčešća klinička manifestacija rane reakcije preosjetljivosti jest urtikarija, koja može biti praćena angioedemom (Oedema Quincke). Treba imati na umu da urtikarija može nastati i zbog djelovanja različitih neimunoloških mehanizama i fizikalnih čimbenika, kao što su toplina, hladnoća, fizički napor.

Urtikarija je monomorfna dermatoz, obilježena naglom pojavom urtika, oštro ograničenih oteklina kože, različite veličine i oblika, crvene, bijele ili ružičaste boje (Slika 1.) Promjene brzo nastaju i brzo nestaju, a praćene su intenzivnim svrbežom. Prema dužini trajanja, urtikarija može biti akutna (do 6 tjedana) ili kronična (duže od 6 tjedana), kontinuirana ili rekurentna (s periodima bez urtika).

Brojni uzroci

Najčešći su uzroci akutne urtikarije hrana (ribe, školjke, jaja, mlijeko, jagode i šumsko voće, orašasto voće

i sl.), konzervansi i aditivi, lijekovi (analgetici, antibiotici, sedativi, anestetici, vitamini, dijagnostički preparati i sl.), infekcije, ubod insekta (osa, pčela, stršljen), krvni pripravci, serum i cjepiva. Kronična urtikarija može biti uzrokovana i fizikalnim čimbenicima (hladnoća, toplina, pritisak, UV zračenje i sl.), ili je često udružena s nekim autoimunim bolestima (vitiligo, dijabetes, autoimune bolesti štitnjače), fokusima (bakterijske infekcije ždrijela i nosa), infekcijama (H. pylori, parazitoze) i kroničnim upalnim procesima (kolecistitis, gastritis, GERB).

U oko 20% slučajeva pojavu urtikarije prati pojava angioedema (Slika 2.), naglo nastalog potkožnog otoka kože i sluznica. Najčešće zahvaća vjeđe, usne, jezik, genitalije i dušnik. Nastali edem povlači se sporije od urtika i obično traje 2-3 dana.

Životno ugrožavajuća alergija

Ne smijemo zaboraviti da alergeni koji uzrokuju reakcije ranog tipa mogu uzrokovati i maksimalnu varijantu alergijske reakcije – anafilaktički šok, koji može biti, ali ne obvezno, praćen kožnim promjenama. To je hitno stanje u medicini, koje nastupa unutar nekoliko minuta od ekspozicije alergenu. Koža bolesnika je vlažna, blijeda i hladna, disanje je otežano, tlak pada do nemjerljivih vrijednosti, uz poremećaj i gubitak svijesti.

Dalje od alergena!

Dijagnoza urtikarije postavlja se na temelju iscrpne anamneze (podaci koje bolesnik daje o svojoj bolesti, sličnim bolestima u obitelji, drugim ili pridruženim bolestima) i kliničke slike te, ponekad, biopsije promijenjene kože i patohistološke analize.

Najvažnije u liječenju urtikarije jest izbjegavanje uzročnog alergena. Tako se kod urtikarije uzrokovane hranom uvodi eliminacijska dijeta. Uz uklanjanje uzroka, u liječenju se najčešće primjenjuju antihistaminici i eventualno kortikosteroidi. U slučaju respiratornih simptoma i bronhospazma praćenog otežanim disanjem, potrebno je primijeniti aminofilin, a u slučaju šoka neophodno je primijeniti adrenalin. Ako je bolesnik doživio anafilaktičku reakciju na ubod insekta, preporučuje se liječenje



Slika 1. Urtikarij



Slika 2. Angioedem

hiposenzibilizacijom ili preventivno nošenje injekcije adrenalina (EpiPen i sl.), koju bolesnik treba primijeniti u slučaju ponovnog uboda insekta.

Za dokazivanje uzročnog alergena najčešće se primjenjuju kožni testovi (test utrljavanja, prick test, scratch test, intradermalni test), laboratorijske pretrage (RIST, RAST, CAST-ELISA) ili ekspozicijski testovi (npr. kod alergije na lijekove).

Opasni kontakt

Za razliku od rane reakcije, kasna reakcija preosjetljivosti tipa IV posredovana je limfocitima T i manifestira se pojavom kontaktnog alergijskog dermatitisa (Slika 3.). Kontaktni alergijski dermatitis potrebno je razlikovati od iritativnog (nealergijskog) dermatitisa (Slika 4.), koji je posljedica djelovanja iritirajućih tvari na kožu. Oba se oblika dermatitisa mogu javljati u akutnom i kroničnom obliku. Također, potrebno je naglasiti da se na podlozi kontaktnog iritativnog dermatitisa može razviti kontaktni alergijski dermatitis.

Najčešći alergeni koji uzrokuju kontaktni alergijski dermatitis jesu tvari male molekularne težine (hapteni), npr. nikal, krom, kobalt, deterdženti, formaldehid, guma, plastične mase, kozmetička sredstva i mirisi, lijekovi, neki prehrambeni proizvodi. Promjene se očituju unutar 24 do 48 sati nakon ponovnog kontakta senzibilizirane osobe s alergenom. U akutnom obliku javljaju se promjene poput crvenila (eritema), otoka (edema), mjehurića (vezikula) i ponekad mjehura (bula), pretežno na izloženim dijelovima tijela, kao što su lice, vrat, šake, stopala, podlaktice. U kasnijem tijeku nastaju mjehuri, prelaze u erozije, kruste te cijele uz ljuštenje kože. Promjene obično prati intenzivan svrbež. U kroničnom obliku izraženi su crvenilo (eritem), suhoća, zadebljanje kože (lihenifikacija), ljuštenje (deskvamacija) uz pojavu bolnih ragada.

Akutni iritativni dermatitis nastaje odmah nakon kontakta s izrazito jakim iritansima, kao što su kiseline i lužine, otapala, razrjeđivači, djelovanje fizikalnih čimbenika (UV zračenje, rendgenske zrake, laserske zrake). Radi se o upali na mjestu djelovanja iritansa, a promjene se očituju crvenilom (eritemom), otokom (edemom) i ponekad nastankom mjehura (bula) i erozija, te posljedičnim ljuštenjem kože. Upalu prati osjećaj pečenja i zatezanja, dok je svrbež slabije izražen. Kronični iritativni dermatitis nastaje zbog dugotrajnog i kumulirajućeg djelovanja iritirajućih tvari na kožu, što uzrokuje poremećaj pH kože, zaštitnog lipidnog sloja kože i normalne flore kože. Promjene se obično razvijaju godinama, posebno kod učestalog izlaganja blagim iritansima, kao što su voda, deterdženti, sapuni, bez zaštitnih rukavica i krema. Kronični iritativni dermatitis najčešće se javlja u obliku ekcema ruku, a zahvaćena koža je suha, zadebljala, ljušti se i puca, uz bolne ragade.



Slika 3. Kontaktni alergijski dermatitis



Slika 4. Kontaktni iritativni dermatitis

Kreme štite ruke

Dijagnoza kontaktnog alergijskog dermatitisa postavlja se na temelju anamneze (osobne i profesionalne), kliničke slike, smještaja promjena na tijelu, tijekom bolesti i eventualnih promjena kliničke slike tijekom izostanka s posla, slobodnih aktivnosti, hobija i sl.). Za potvrdu dijagnoze alergijskog kontaktnog dermatitisa važan je nalaz pozitivnog epikutanog testiranja (patch test), koji se izvodi na koži leđa i najčešće se očitava nakon 48 i 72 sata, a za pojedine alergene i nakon 96 sati. Postoje standardni alergeni za izvođenje epikutanog testa, koji se prema potrebi mogu upotrijebiti s radnog mjesta ili drugim alergenima. S obzirom na to da se kod kontaktnog iritativnog dermatitisa ne radi o alergijskoj reakciji, epikutani testovi su negativni.

U liječenju alergijskog i iritativnog kontaktnog dermatitisa središnju ulogu ima izbjegavanje izloženosti alergenima/iritansima, uz primjenu adekvatnih zaštitnih mjera (rukavice, čizme, zaštitna odijela i sl.), zaštitnih krema i masti (emolijensa) u kombinaciji s adekvatnom higijenom tijekom i nakon posla. Savjetuje se pranje kože zamjenama za sapun (sindeti) ili primjena dermokozmetičkih pripravaka za čišćenje netolerantne i osjetljive kože. Svakako je potrebno naglasiti važnost primjene zaštitnih krema koja pridonose obnovi oštećenog hidrolipidnog sloja kože i jačaju otpornost kože.

U liječenju se najčešće kratkotrajno primjenjuju lokalni kortikosteroidi, a kod kroničnih i recidivirajućih oblika i lokalni imunomodulatori (inhibitori kalcineurina). U slučajevima kada alergene/iritanse nije moguće u potpunosti eliminirati te u slučajevima recidivirajućih, teških rezistentnih oblika dermatitisa, koji onemogućavaju normalan život bolesnika, primjenjuje se i sustavna terapija.

Potrebno je još jednom naglasiti važnost eliminacije uzroka, prevencije ekspozicije i pravodobnog liječenja bolesnika s kontaktnim alergijskim i iritativnim dermatitisom. Svakako ne smijemo zanemariti primjenu pravilne higijene i redovitu njegu kože. Samo takav kombinirani pristup dovodi do optimalnog i uspješnog liječenja u ovih bolesnika.

Prim.dr.sc. Tanja Batinac, dr.med.

Poremećaji rasta

GUBITAK KOSE - GUBITAK SAMOPOUZDANJA

Gusti dlačni pokrov na vlasištu dobra je zaštita od sunca, a izvjesnu su zaštitnu ulogu od okoliša zadržale i specijalizirane dlake u nosnicama te obrve i trepavice. Važna uloga dlake, a naročito kose, jest njen znatan udio u stvaranju vizualnog identiteta, kroz široki raspon socijalnih i seksualnih poruka koje odaje specifičnim stilom i bojom.

Staro za novo

Dlaka i korijen dlake sastoje se od brojnih specijaliziranih stanica koje su uključene u proizvodnju dlake.

Za vrijeme faze rasta (anagena faza) dlaka je duboko u koži, čvrsto usidrena u potkožno masno tkivo. Na kraju faze rasta dlaka se pomiče prema površini te u sljedećoj fazi lako ispada.

Sljedeća, katagena faza, vrijeme je mirovanja. Radi se o prijelaznoj fazi ciklusa između rasta i ispadanja, koja traje od dva do četiri tjedna.

Posljednja, telogena faza, traje tri do četiri mjeseca, iako dužina tog razdoblja nije ista na svim dijelovima tijela. Tijekom te faze dlaka više nije čvrsto usidrena u koži te ispada.

Ispadanje kose fiziološki je proces kojim se staro vlakno zamjenjuje novim. Puno je čimbenika koji utječu na rast kose, a ključni su hormoni. Korijen dlake ima receptore za androgene i estrogene, koji mogu utjecati na njegovu aktivnost. Drugi hormoni, uključujući one iz štitnjače i hipofize, također mogu imati značajan utjecaj na rast kose. Na rast kose može utjecati i stres, kao i nedostatak željeza u krvi te slabokrvnost.

Najčešći su poremećaji rasta kose alopecija areata i androgenetska alopecija.

Krugovi bez kose

Alopecija areata česta je bolest (2% populacije) koja se očituje neožiljnim ovalnim žarištima bez dlake. Žarišta mogu spontano nestati ili napredovati prema potpunom gubitku kose na glavi (Alopecija totalis), a i gubitku svih tjelesnih dlaka (Alopecija univerzalis).

Alopecija areata započinje naglo, bez simptoma, u dobi između 5. i 40. godine života, i zahvaća podjed-

nako oba spola. Prvo žarište u 60% slučajeva nastaje na vlasištu. Karakterističnog je izgleda, ovalno ili okruglo i oštro ograničeno. Gubitak dlaka je potpun, a koža je glatka i blijeda. U težim slučajevima dlake ispadaju i na trepavicama i obrvama što može u početku biti i jedini znak bolesti. Na rubovima aktivnog žarišta dlaka ispada spontano ili uz lagano povlačenje.

Alopecija areata najčešće se javlja u blagom, a rjeđe u teškom obliku bolesti, gdje dlaka u naletima ispada tijekom niza godina. Totalna i univerzalna alopecija rijetki su i teški oblici bolesti, s potpunim gubitkom dlaka na vlasištu, odnosno gubitkom svih tjelesnih dlaka.

Bolest je praćena promjenama na noktima i očima, što ukazuje na sustavnu prirodu bolesti. Nokti mogu imati točkaste udubine, uzdužne brazde, nepravilna zadebljanja ili su pak zamućeni i lomljivi. Promjene na očima primijećene u tijeku alopecije areate rijetke su i očituju se kataraktom, kao i točkastim zamućenjima leće, ili pak promjenama na krvnim žilama dna oka.

Trajanje početnog napada bolesti u 30% slučajeva kraće je od šest mjeseci, u 50% slučajeva kraće je od jedne godine, a u 70-80 % slučajeva manje je od pet godina. Potpuni oporavak izostaje u 20-30% slučajeva. Tijek bolesti u potpunosti je nepredvidiv te je u ranoj fazi bolesti nemoguće dati odgovarajuću prognozu.

Liječenje alopecije areate usmjereno je na stimulaciju rasta kose, pri čemu se koriste minoksidil i kortikosteroidi. Učinkovito liječenje alopecije areate predmet je mnogih laboratorijskih istraživanja koja su usmjerena na biološke lijekove, nove suvremene lijekove, koji djeluju selektivno na imunološki sustav, kao i na pokušaje genske terapije (trebat će mnogo godina da se razvije genska terapija za alopeciju areatu). Uspješno testiranje učinkovitosti novonastalih lijekova u bolesnika s alopecijom areatom može dovesti do uvođenja novih terapija za ovaj imunološki posredovan gubitak dlake. Naime, iako alopecija areata nije opasna za život, bolest ima razoran psihološki učinak na oboljele osobe.

„Muška“ ćelavost

Androgenetska alopecija, ili ćelavost, dio je ljudsko-

Dlaka je izuzetno važan dio kože si-savaca, iako se njena uloga evolucijski znatno mijenja. Današnjem čovjeku dlaka na tijelu nema veliko funkcionalno značenje, osim specijaliziranih dlaka na posebnim mjestima.



ga roda i povijesnih zapisa od prada vne prošlosti. Evolucijski dokazi sugeriraju da postoji dulje od modernog čovječanstva. Naši najbliži primati, orangutani i gorile, također mogu razviti androgenetsku alopeciju.

Još su starogrčki liječnici shvatili da se muška ćelavost može razviti u muškaraca svih dobi, nakon puberteta. Također su zapazili da mladi dječaci kastrirani prije puberteta nisu razvili androgenetsku alopeciju, bez obzira na njihovu genetsku obiteljsku povijest. Danas pouzdano znamo da je razlog pojave ćelavosti izloženost korijena dlake muškim spolnim hormonima (androgenima).

Unatoč svojem standardnom nazivu „muška ćelavost“, androgenetska alopecija je najčešći oblik gubitka kose i u žena. Kod muškaraca, gubitak kose ograničen je na vrh glave, a može uključivati stanjivanje i/ili opadajuću liniju kose. U žena je prezentacija drugačija: sa samo difuznim stanjivanjem na vrhu glave i očuvanim rubom kose prema čelu.

Androgenetska alopecija razvija se kod 50 do 80% muškaraca bijele rase. Ljudi koji ne razvijaju androge-

netSKU alopeciju zapravo su u manjini: 40% muškaraca u četrdesetim godinama ima alopeciju. Postotak raste s dobi, sve do 80% muškaraca koji s 80 godina imaju alopeciju.

I kod žena...

U žena, gubitak kose najčešće se vidi u ranim četrdesetim godinama, u nešto kasnijoj dobi od prve pojave u muškaraca. Za razliku od muškaraca, učestalost alopecije kod žena ne nastavlja rasti s povećanjem dobi. Androgenetska alopecija prisutna je u općoj ženskoj populaciji negdje između 20 i 40%.

Liječenje androgenetske alopecije moguće je lijekom koji se zove finasterid (tablete) i koji se uzima svakodnevno. Također su na tržištu dostupni preparati s minoksidilom, koji se na vlasište nanose svakodnevno, u obliku losiona.

**Prof.dr.sc. Ines Brajac, dr.med.,
spec. dermatovenerolog**

Trihotilomanija

IMPULS ZA ČUPANJEM DLAKA



Trihotilomanija snažan je impuls za čupanjem vlastitih dlaka, praćen olakšanjem. Definira se kao poremećaj kontrole impulsa, a s obzirom na to da mu se može oduprijeti, opisan je i kao opsesivno - kompulzivni poremećaj.

Kod djevojčica je četiri puta učestaliji nego kod dječaka, a obuhvaća do 4% populacije. Javlja se najčešće 11. – 13. godine, ali se u praksi susreće čak i kod male djece. Osobe sklone tom problemu mogu razviti i druge kompulzivne radnje (grickanje noktiju, grebanje kože...). Dlake se čupaju sa svih mjesta, a neki iščupane dlake stavljaju u usta. Intenzitet varira: jedni čupaju dlaku po dlaku, a drugi čitav snop, što može dovesti do ćelavosti. Neki su svjesni postupaka, drugi nisu.

Psihički uzroci

Simptomi su trihotilomanije: ponavljano čupanje dlaka ogoljava tijelo, osjećaj jake tenzije neposredno prije čupanja, ili pri pokušaju da se odupre tom impulsu, osjećanje zadovoljstva ili olakšanja kasnije te neprilagodanost u socijalnoj, profesionalnoj ili drugim sferama života.

Depresivnost i anksioznost često su pratili elementi tog problema, ali mogu biti i primarni; prevladava frustriranost i postidečnost. Problem se skriva dok ne postane očigledan, a pacijent se nerijetko izolira od drugih zbog pojačane anksioznosti od osude.

Po najprihvatljivijoj teoriji, trihotilomanija je samopovređivanje, koje donosi trenutno rasterećenje od nagomilanog nezadovoljstva, a budući da bol dovodi do pojačanog lučenja endorfina (prirodnog analgetika), javlja se osjećanje zadovoljstva. Samopovređivanje je često praćeno negativnom slikom o sebi, gađenjem i nezdruvim emocijama. Poremećaj može biti i nasljedan. Nove tehnologije snimanja mozga otkrivaju da trihotilomanija izaziva neke abnormalnosti na mozgu.

Osvijestiti se!

Nekim pacijentima nedostaje serotonin, pa im se često preporučuju antidepresivi. Psihoterapijsko liječenje sve je učestalije, a primjenjuju se neke bihevioralne metode (učenje da se zaustavi impuls za čupanjem dlaka i zamijeni drugom, zdravijom radnjom). Pomažu i tehnike nagrađivanja i kažnjavanja. Radi se i na osvješćivanju uzroka (racionalnih misli i situacija) u kojima se javlja pojačan stres, koji dovodi do impulsa za čupanjem dlaka.

**Petar Radaković, dr.med.
spec. hitne medicine**

Kamilica

MELEM ZA KOŽU I SLUZNICU

Kamilica je jedna od najrasprostranjenijih i najpoznatijih biljaka u svijetu, a fitoterapeuti najviše cijene „rimsku“ i „njemačku“. To je jednogodišnja biljka s razgranatom stabljikom, koja doseže visinu 20 – 50 cm.

Listovi su dvostruki, prstasto rascijepljeni, s uskim končastim listićima, a cvjetna stabljika je brazdasta i na vrhu šuplja. Cvjetovi su u sredini žuti, oivičeni bijelim jezičastim laticama. Raste na zapuštenom, neplodnom zemljištu, poljima i uz putove, a bere se za vrijeme cvjetanja, od kraja travnja do rujna. Suši se na bijelom papiru, na prozračnome mjestu, u sjenci, a potom se čuva u platnenim vrećicama. Kamilica sadrži eterična ulja, fitosterole, tanine, glikozide, sluzi, vitamin C, niacin, prirodnu gumu, proteine. Osnovni je aktivni sastojak kamilice eterično ulje azulen, koje lako isparava, pa se upravo stoga ne preporučuje kuhanje, već samo prelijevanje cvjetnih glavica vrelom vodom. Biljka se koristi u obliku tinkture, čaja, praška, eteričnog ulja i obloga.

Blagotvorna djelovanja

Fitoterapeuti preporučuju kamilicu u slučaju bolova i grčeva u trbuhu, raznih upala, groznice, kožnih bolesti, bolesti očiju te za ispiranje genitalnih organa, očiju, rana, opekлина, osipa...

Ta biljka poboljšava probavu, suzbija upalu sluznice crijeva i sprječava zatvor, dok se u kombinaciji s kimom daje bebama protiv bolova i grčeva u trbuhu. U slučaju prekomjernog otpadanja kose i peruti, preporučuje se redovito ispiranje odvarom od kamilice. Vrlo često se koristi u kozmetici zato što ublažava upalne procese, omekšava i njeguje tkiva. Za ispiranje očiju, rana, spolnih organa i osipa koristi se isključivo svježe pripremljen čaj.

Brojna istraživanja pokazala su da kamilica ima i sedativno djelovanje: manje doze ublažavaju anksioznost, dok veće doze rješavaju problem nesanice. Najbolji učinak postiže se ako se popije šalice toploga čaja kamilice uvečer prije spavanja ili se cvjetovi dodaju kupkama. Osobe koje piju sedative trebaju se posavjetovati s liječnikom o tome da li i u kojoj mjeri smiju koristiti ovu ljekovitu biljku.

Recepti:

1. Otpadanje kose - 4 žlice cvjetova kamilice preliči litrom ključale vode i ostaviti poklopljeno da odstoji 10 minuta, procijediti, prohladiti i ispirati kosu.
2. Napetost i nervoza – dvije šake sušene kamilice pre-

liti litrom ključale vode i ostaviti poklopljeno da odstoji desetak minuta, procijediti i dodati vodi za kupanje. Kupku primjenjivati pola sata prije spavanja.

3. Očne tegobe – žličicu kamilice ili filter - vrećicu preliči s 2 dl vrelе vode i ostaviti poklopljeno da odstoji 10 minuta, procijediti i ispirati oči ili natopiti vatu i koristiti kao oblog. Primjenjivati svaku večer prije spavanja!
4. Menstrualni bolovi:
 - a) preliči žlicu kamilice s 2,5 dl vreloga mlijeka i ostaviti poklopljeno da odstoji 15 minuta, procijediti i natopiti pamučnu krpu pa obložiti donji dio trbuha;
 - b) pomiješati 10 žlica konopljike, 5 žlica virka, 3 žlice hajdučke trave i 2 žlice kamilice, pa 3 žlice smjese preliči sa 7,5 dcl ključale vode i ostaviti poklopljeno da odstoji jedan sat, procijediti i piti tijekom dana u gutljajima.
5. Upala sluznice i grčevi u trbuhu – dvije žličice cvijeta kamilice preliči s 2,5 dcl vrelе vode i ostaviti poklopljeno da odstoji jedan sat, procijediti i piti 3 šalice toploga čaja dnevno.
6. Tinktura – staviti 10 g suhih cvjetova kamilice u tamnu staklenu bocu i preliči jednim decilitrom 70% alkohola, bocu zatvoriti i ostaviti da odstoji jedan mjesec na toplom mjestu, uz svakodnevno mućkanje, procijediti kroz gazu i ponovo naliti u tamnu staklenu bočicu. Koristi se razblažena s malo vode u slučaju povreda kože i upala usta i grla.
7. Uljni ekstrakt – staviti šaku suhih cvjetova kamilice u staklenu teglu ili bocu i preliči s 2 dl maslinovog ulja pa dobro zatvoriti i ostaviti na toplom mjestu da odstoji 3 tjedna, procijediti kroz gazu i koristiti za njegu ispucale kože tjemena i uklanjanje peruti, kao i za ublažavanje glavobolje, opekлина, alergija i klimakteričnih tegoba.
8. Disajne tegobe – preliči 1–2 žličice cvijeta kamilice s 2 dl vrelе vode i ostaviti poklopljeno da odstoji 15 minuta uz povremeno miješanje, a zatim inhalirati.

Petar Radaković, dr.med.
specijalist hitne medicine



Kako pobjeći u uživanje USUSRET GODIŠNJEM ODMORU

Ljetni mjeseci su pred nama i još malo pa će godišnji odmori postati česta tema naših razgovora. Da li postoji savršen godišnji odmor ili je to samo neostvariv san? Koliko je nada i očekivanja smješteno u tih nekoliko kratkih tjedana koji se pojave samo jednom godišnje?

Ali ne samo to. Tu su i brige o tome kakvo ćemo vrijeme imati, koliko ćemo puta koristiti kreditnu karticu, koliko će nas računa za režije dočekati kad se vratimo kući i, na koncu, kako ćemo se osjećati kad se vratimo u dosadnu, jednoličnu svakodnevicu.

Napuniti baterije

Dobro planiranje godišnjeg odmora može spriječiti mnoge nezgode i glavobolje. Potrebno je znati što očekujemo od odmora, kakav želimo da bude i što želimo raditi za to vrijeme. Kakvi god odgovori bili, krajnji je cilj osjetiti se osvježen, obnovljen, preporođen i s „napunjenim akumulatorima“ vratiti se svojim normalnim, rutinskim zadacima. Gotovo svi razmišljamo o odmoru kao o vremenu opuštanja, bezbrižnosti. Međutim, malo je onih koji uzimaju u obzir da taj period može biti i vrijeme nemalog stresa.

Nekoliko tjedana biti sam sa svojim bračnim partnerom ili stisnut s djecom u jednoj ili dvije hotelske sobe – može stvoriti puno napetosti i stresa. Kad se ljudi ne mogu složiti u tome kakav bi odmor trebao biti, oni će najvjerojatnije razočarati jedan drugog tijekom odmora. Ima onih koji će i na odmor ponijeti svoje papire iz ureda. Neki se ljudi naprosto ne znaju „igrati“. Oni su toliko zaokupljeni poslom ili drugim odgovornostima da ne dopuštaju sebi da se

opuste. Biti sposoban „igrati se“ vrlo je važno za osobno zdravlje i međuljudske odnose. Dok su neki odmori osuđeni na propast zato što izazovu više stresova nego što ih doživljavamo u ostalom dijelu godine (natrpani programi, ispunjenje raznih obveza), dotle drugima godišnji odmori propadnu zbog kompleksnijih razloga. Neki ljudi nikad ne razviju sposobnost da se odvoje od svojih roditelja ili od svoje kuće. Ako ipak odu na put, ubrzo ih svlada nostalgija. Neki se, svjesno ili podsvjesno, boje da će im voljena osoba, koju su ostavili kod kuće, umrijeti dok su oni na putu.

Na odmor s planom

„Kao i svaki drugi veseo i radostan događaj, tako i godišnji odmori zahtijevaju planiranje“ - kaže psihologinja Mary Bornmann. Dobro je početi s praktičnim detaljima: jesu li svi nedostaci na automobilu popravljeni, da li je rezervacija u hotelu ili u kampu potvrđena, da li je spakiran kupaći kostim, dovoljno pelena itd.

Za vrijeme planiranja nemojte zaobići najboljeg prijatelja, a to je neka renomirana, dobra i pouzdana turistička agencija. Ona može puno pomoći i u planiranju i u organizaciji putovanja. Ali ne samo to: ona može pružiti korisne informacije o vizama, putovnicama, o tome kako se obući, što kupovati, o zdravstvenim rizicima u pojedinim krajevima.



ma, carinskoj proceduri i pružiti mnoge druge praktične savjete.

Bračni partneri obično imaju različite potrebe za vrijeme odmora. Jedan želi biti aktivan, dok drugi želi „raditi ništa“. Trebalo bi osigurati da svatko može raditi ono u čemu uživa. Neki će supružnici možda poželjeti da, povremeno, dio dana provedu svaki na svojoj strani. „Ako vi i vaš partner imate različite potrebe, nemojte optuživati jednog drugog – potražite rješenje“ – savjetuje psihologinja Bornmann. Što se tiče samohranih majki, istraživanja pokazuju da su one najstresnija grupa u društvu. Njih vrijeme pritišće više nego druge majke, a osim toga imaju i znatno ograničene kućne budžete. Međutim, godišnji odmori su za njih toliko važni da ih one naprosto moraju pokušati osigurati za sebe.

Kad ste već jednom na odmoru – pokušajte postići najteži dio, a to je opuštanje. To je vrijeme da prestanete biti mrzovoljni, razdraženi ili da se „grizete“ zbog svake sitnice.

Praktični savjeti o godišnjim odmorima:

- Prije polaska provjerite je li vam zdravstvena iskaznica važeća.
- Označite svoju prtljagu izvana i iznutra. Ako ne želite da se vidi vaša adresa, kako vas ne bi netko „posjetio“ dok ste na putu, možete staviti adresu radnog mjesta.

- Ako vam zatreba pomoć, neka vam prtljagu nose samo službeni, ovlašteni nosači.
- Nemojte prtljagom natrpati kabinu automobila. Stvari koje nećete trebati stavite u prtljažnik.
- Malu djecu stavite u odgovarajuće automobilsko sjedište za djecu i vežite ih pojasom.
- Kad djeci počinje biti dosadno, započnite razne društvene igre: zbrajanje brojeva na tablicama drugih automobila, igru riječi, pričanje priča. Stariju djecu zaposlite, naprimjer, zbrajanjem kilometraže, praćenjem troškova na putu itd.
- Održavajte dobru ventilaciju u autu jer to pridonosi izbjegavanju bolesti putovanja, mučnine od vožnje. Ako nekome vožnja uvijek škodi, neka od liječnika zatraži tablete.
- Napravite više prekida i odmora za vrijeme vožnje i tako omogućite djeci da se ispušu i potroše nakupljenu energiju.
- Dobro je uvijek imati jastuk i deku ako treba pridrijeti.
- Zamor vozača opasan je. Odredite si odmore svaka dva sata. Prošetajte malo i istegnite se.

Ivo Belan, dr.med.

O ZDRAVLJU UKRATKO

Toplotni šok

Toplotni šok hitno je stanje koje nastaje zbog zatajenja „termostata“ u mozgu, koji regulira tjelesnu temperaturu. Tijelo se opasno pregrije, obično zbog visoke temperature ili dugoga izlaganja toplini.

Mogući su znakovi: glavobolja, vrtoglavica, nelagoda, uznemirenost, smetenost; vruća, zjapurena i suha koža; brzo pogoršanje razine svijesti; ubrzan, isprekidan puls; tjelesna temperatura iznad 40°C.

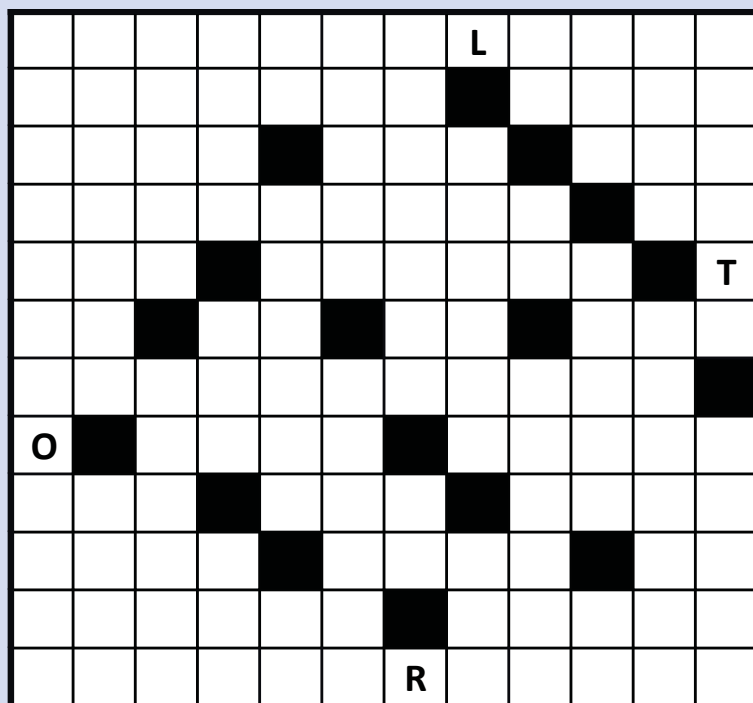
Što učiniti:

1. Brzo premjestiti osobu na hladno mjesto, ukloniti odjeću i pozvati hitnu pomoć.
2. Pomoći osobi da sjedne i poduprijeti je jastucima te hladiti omotavanjem hladnom, mokrom plahtom dok temperatura ne padne na 38°C pod jezikom, ili 37,5°C pod pazuhom. Plahu treba stalno polijevati hladnom vodom da ostane mokra. Ako pri ruci nemate plahu, osobu možete hladiti na drugi način (hladnim oblozima, lepezom, spužvom umočenom u hladnu vodu).
3. Kada se temperatura spusti na normalu, vlažnu plahu zamijeniti suhom.
4. Dok ne dođe hitna medicinska pomoć, pratiti životne funkcije – razinu svijesti, disanje, puls i temperaturu. Ako temperatura ponovno poraste, ponoviti proces hlađenja.

Savjeti za sprječavanje gljivičnih infekcija kože i noktiju

- U zajedničkim kupaonicama, lječilištima ili sportskim objektima koristite svoju obuću.
- Nakon pranja temeljito posušite kožu između prstiju – gljivice se razmnožavaju na vlažnim površinama!
- Kod dužeg pranja ili čišćenja, stavite zaštitne rukavice i nakon toga kožu dobro posušite ručnikom.
- Nosite obuću koja vam dobro priliježe stopalu i koja je napravljena od prozračnih, prirodnih materijala.
- Mijenjajte više od jednog para cipela i nakon nošenja cipele prozračite.
- Svakodnevno mijenjajte čarape. Gljivice se mogu množiti u odumrloj koži u neopranim čarapama. Nosite pamučne čarape i perite ih na temperaturama višim od 60°C.
- Brinite se da su životinje s kojima dolazite u dodir zdrave.
- Držite se uputstva liječnika, liječenje provodite redovito i uporno.

Iz uredništva



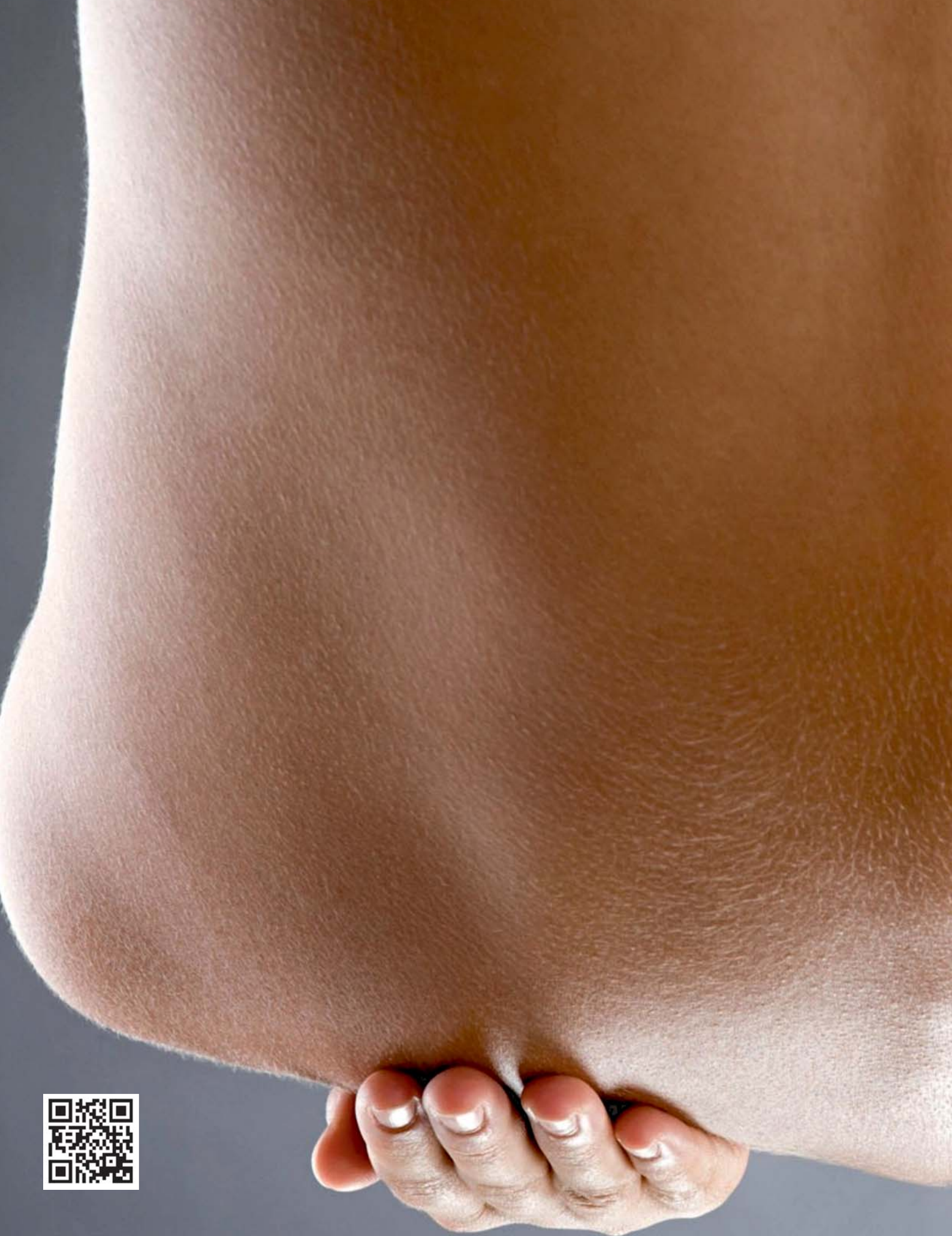
KRIŽALJKA

Križaljku rješavajte kombinirajući pojmove iz popisa. Pri rješavanju će vam najviše pomoći upisana slova u izoliranim (jednosmjernim) poljima, ucrtana polja koja su jedina u pojedinom retku te crtice prijeloma riječi.
Ugodna zabava!

VODORAVNO: AMI, AN, ARAD, ATAKA, BANSKA VRATA, BRAT, ELAS, ELLA, ES, IDE, KA, KARTON, KIT, KNE, LAK, MLIN, MONONUKLEOZA, OE, OSOBINA, ROKO, RT, STOTKE, SVALITI SE, TANKO CRIJEVO, TEROR, VAR.

OKOMITO: ADAMEC, ALTA, ASTRO, ATENEJ, ATESTI, ATK, EB, EO, ESTERA, IKAKAV, ITI, KADIROV, KO, KSR, MAKAROV, MORSKA BOLEST, NAKLON, NATAL, NI, NOKAT, OBOL, ORK, OSOVINA, RE, RL, UNITA, ZANE.

Autorica: LAURA



Prevenција dekubitalnog ulkusa

RANE OD LEŽANJA

Pristup liječenju kroničnih rana u teških i dugo ležećih bolesnika prolazio je kroz povijest različite faze. Oštećenja u sakralnoj regiji, koja odgovaraju dekubitalnom ulkusu, pronađena su još na egipatskim mumijama. Slična su oštećenja opisivana kroz povijest, u bolesnika s različitim simptomima bolesti koji su ih svojom snagom učinili vezanima uz krevet. Zahvaljujući napretku medicine i napretku općeg standarda, produžio se životni vijek i znatno je porasla rizična populacija oboljelih od kroničnih bolesti.

Dekubitalni ulkus izaziva kod bolesnika veliku bol, nelagodu, smanjenu kvalitetu života, dovodi do socijalne izolacije i brojnih emotivnih poteškoća. U prevenciji dekubitalnog ulkusa važnu ulogu ima edukacija laika koji njeguju bolesnika i edukacija samog bolesnika.

Izraz dekubitus potječe od latinske riječi decumbere, što znači ležati. U hrvatskom jeziku pojam dekubitus označava ranu nastalu zbog ležanja. Dekubitalni ulkus predstavlja oštećenje kože i potkožnog tkiva nastalo zbog sile pritiska, sile vlaka ili trenja, i njihovom međusobnom kombinacijom. Zbog pojačanog pritiska bolesnikova tijela o tvrdu, mokru i neravnu podlogu, dolazi do smanjenja mikrocirkulacije, tkivo ostaje bez hranjivih tvari i kisika pa odumire, a kao posljedica nastaje oštećenje kože. Ako se proces odumiranja tkiva ne zaustavi, nastalo oštećenje širit će se u dubinu i širinu, ozbiljno ugrožavajući opće stanje bolesnika i njegov život. Na odumrlo tkivo naseljavaju se anaerobne bakterije, koje za svoj rast i razmnožavanje ne trebaju kisik, a najčešće su to: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Actinobacter* i *Proteus*. Iako rana na koži može biti mala, ispod kože može biti razvijen opsežan proces, jer svojim razmnožavanjem bakterije dovode do infekcije koja brzo napreduje.

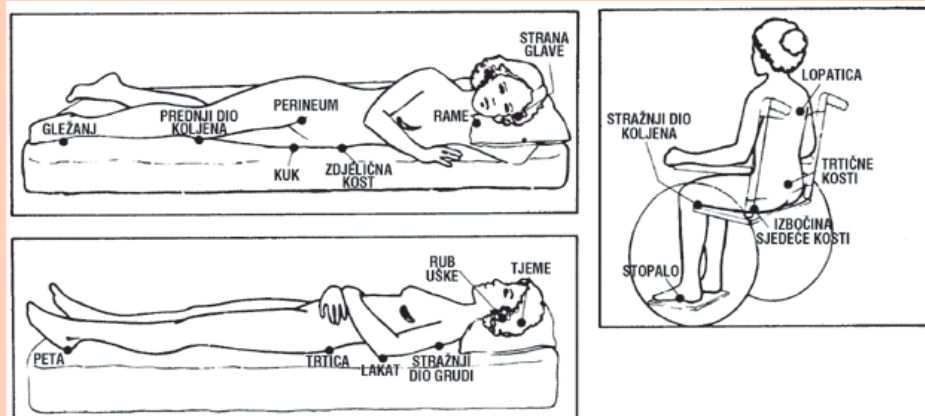
Mnogo predisponirajućih čimbenika

Brojna kronična oboljenja srčano-žilnog sustava, bolesti s oslabljenom perifernom cirkulacijom, šećerna bolest, hepatitis, ciroza jetara, bubrežno zatajenje, bolesti štitnjače, kao i zloćudna oboljenja, neadekvatna prehrana, siromašna proteinima i vitaminima, promjene na koži u starijih bolesnika zbog gubljenja masnoga potkožnog tkiva, pothranjenost, kao i pretilost, unatoč suvremenoj njezi, predisponirajući su čimbenici u pojavi dekubitusa.

Uzimanje nekih lijekova iz grupe sedativa, analgetika ili antihipertenziva, koji usporavaju protok krvi, također se svrstava među ozbiljne rizične čimbenike, stoga je potreban dodatni oprez kod rizičnih skupina. Bolesnici koji pate od inkontinencije urina i stolice, bolesnici koji se pojačano znoje, leže na vlažnoj i na nezategnutoj posteljini i osobnom rublju,

imaju veću predispoziciju za nastanak dekubitusa. Dekubitus može nastati i kod pokretnih osoba, na onom dijelu tijela koji je, najčešće kod prijeloma, loše imobiliziran sadrenim udlagama ili je postavljen u nadomjesnu protezu.

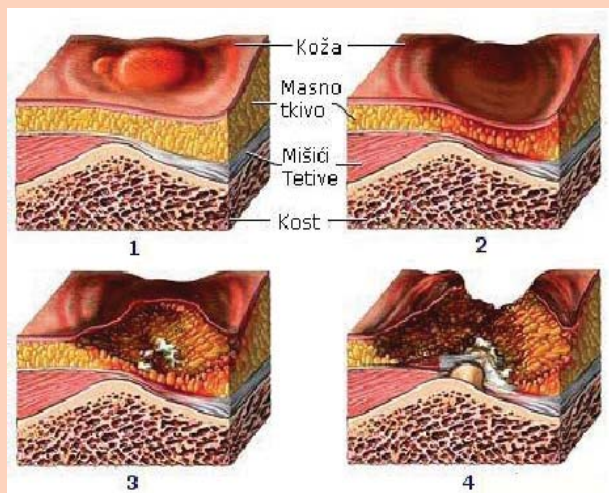
Najčešća mjesta na kojima nastaje dekubitus jesu: trtica, bokovi, gluteus (mišić zdjelice, najveći i najpovršniji od stražnjičnih glutealnih mišića), prednji dio koljena, pete, stopalo, gležanj, laktovi, lopatice, uške i zatiljak (Slika 1.).



Slika 1. Najčešća mjesta na kojima nastaje tlačni vrijed - dekubitus

Od crvenila do duboke rane

Razlikujemo četiri stupnja dekubitusa s obzirom na izgled i dubinu dekubitalne rane (Slika 2.).



Slika 2. Četiri stupnja dekubitusa s obzirom na izgled i dubinu dekubitalne rane

Prvi stupanj dekubitusa obilježen je prisutnošću crvenila, topline, dolazi do otvrdnuća tkiva; značajno je da nastalo crvenilo nakon tridesetak sekundi blijedi na pritisak.

U drugom stupnju prisutni su crvenilo, toplina i blaga ulceracija, nastaje bula-mjehur.

Treći stupanj dekubitusa zahvaća sve dijelove kože i mišićnog tkiva. Rana je duboka, nekrotična i zaudara. Okolina je hiperpigmentirana.

Krajnji, četvrti stupanj zahvaća sve dijelove kože i mišića, sve do kosti.

Rana je duboka, zaudara, prisutna je nekroza, a rubovi su tamno pigmentirani.

Prevenција dekubitusa

Određivanje stupnja rizika za nastanak dekubitusa dio je cjelovitog, odnosno holističkog pristupa svakom bolesniku. U pristupu bolesniku koji ima predisponirajuće čimbenike rizika za nastanak dekubitusa medicinska sestra i osoba koja bolesnika njeguje prije svega moraju djelovati preventivno. Vrlo je važno prilikom procjene rizika za nastanak dekubitalnog ulkusa biti upoznat sa stanjem svijesti bolesnika.

Danas se u kliničkoj praksi, uz Norton i Knoll skalu, najčešće upotrebljava Braden skala za procjenu nastanka dekubitusa, prema kojoj se procjenjuje stanje šest čimbenika rizika: senzorna percepcija bolesnika, vlažnost kože, aktivnost bolesnika, pokretljivost bolesnika u krevetu, prehrana, trenje i razvlačenje. Skala je bodovana od 1-4. Dobiveni bodovi na Braden skali kreću se u rasponu od 6 do 23 boda, i ukazuju na prisutnost rizika za nastanak dekubitusa. Manji broj bodova predstavlja veći stupanj rizika za nastanak dekubitusa.

nema rizika (19-23 boda)

prisutan rizik (15-18 bodova)

umjeren rizik (13-14 bodova)

visok rizik (10-12 bodova)

vrlo visok rizik (manje od 9 bodova).

Senzorna percepcija – percepcija osjeta

Percepcija osjeta kod bolesnika može biti kompletno ograničena - tada bolesnik neće reagirati na bolne podražaje. Ako bolesnik na bolni podražaj reagira nemirom i jaukom, tada je njegova sposobnost osjetne percepcije vrlo ograničena. Bolesnik koji reagira na verbalne podražaje, ali zbog nekog od oštećenja ne može tu potrebu sam izreći i samostalno promijeniti položaj u krevetu, ima lagano ograničenu senzornu percepciju. Sva navedena oštećenja senzorne percepcije predstavljaju visok rizik za nastanak dekubitalnog ulkusa.



Vlažnost kože

Ključni faktor za nastanak dekubitusa jest vlaženje kože. Ono povećava rizik od maceracije i povređivanja. Kontrola inkontinencije ima i fundamentalni značaj za održavanje samopoštovanja i udobnosti bolesnika. Postavljanje trajnog urinarnog Folijeovog katetera kontrolira inkontinenciju, ali predstavlja i dodatni rizik za pojavu dekubitalnog ulkusa i infekcije.

Samostalnost i pokretljivost

Ako je bolesnik vezan za krevet u kućnim uvjetima, dužnost je medicinske sestre da na razumljiv i jasan način educira i člana obitelji koji se brine o bolesniku. Značajnu ulogu u prevenciji dekubitalnog ulkusa ima očuvanje i unapređenje samostalnosti i pokretljivosti bolesnika. Ako je sposobnost kretanja bolesnika ograničena, to može negativno utjecati na tjelesno i duševno zdravlje pa bolesnik postaje sve više ovisan o pomoći ostalih ukućana ili medicinskog osoblja. Uobičajene aktivnosti svakodnevnog života, kao mazanje maslaca na kruh, pranje zuba, zakopčavanje košulje, obuvanje, ne bi trebalo raditi umjesto bolesnika. Bolesniku treba dopustiti da sve navedene aktivnosti radi samostalno, jer to ujedno podiže i samopouzdanje, koje djeluje pozitivno i na psihičko zdravlje.

Promjena položaja

Zanimljivo je da zdrav čovjek pri spavanju tijekom noći promijeni položaj do 40 puta. Okretanje pacijenta i mijenjanje njegova položaja u krevetu jedna je od najvažnijih mjera prevencije i liječenja dekubitusa. Okretanje ne smije biti po krutom vremenskom rasporedu, već se mora prilagoditi svakom pacijentu, i to na osnovi općeg stanja pacijenta i rezultata inspekcije kože. Ne postoji optimalni vremenski interval za okretanje pacijenta. Uobičajeno se smatra da je vrijeme između dva okretanja dva sata, ali ono može biti i kraće ili duže od tog perioda. Pri okretanju pacijenta treba procijeniti mogućnost pacijenta da aktivno sudjeluje i pomaže s preostalim svojim sposobnostima.

Često se podcjenjuje sposobnost pacijenta da sam pomogne pri okretanju. Osobe koje imaju hemiparezu (slabost jedne polovine tijela), mogu se same ili uz minimalnu tuđu pomoć okrenuti na jednu stranu. Pomoć takvom pacijentu od osobe koja ga njeguje treba biti svadena na najmanje moguću, i istodobno dovoljna da se izvrši pravilno i korektno okretanje.



Bočni položaj 30 stupnjeva

Oboljela se osoba okreće na lijevu ili desnu stranu. U predjelu leđa i sjednog dijela postavlja se veći jastuk ili smotana deka, a noge se postavljaju kao u mali raskoračni stav. Gornja se noga u predjelu koljena i skočnog zgloba (kosti se na tim mjestima nalaze ispod vrlo tankog sloja kože i stoga su posebno ugrožene) također postavlja na jastuk ili smotanu deku, dok gornje stopalo iste noge ne smije visiti (Slika 3.).

Slika 3. Bočni položaj 30 stupnjeva



Bočni položaj 60 stupnjeva

U ovom se položaju bolesnik znatno više okreće u desnu ili lijevu stranu i zauzima isti položaj kao i u prethodnom bočnom položaju 30 stupnjeva. U ovom položaju moramo voditi računa o dijelovima kože u predjelu ramena i kukova, kao i koljena i skočnog zgloba. Važno je provjeravati vlažnost kože koja leži na madracu (Slika 4.).

Slika 4. Bočni položaj 60 stupnjeva

Sjedeći položaj 70 stupnjeva

Ako zdravstveno stanje bolesnika dopušta, prilikom jela ili čitanja bolesnika je poželjno staviti u udoban sjedeći položaj u fotelji ili krevetu. Budući da je u tom položaju sjedni dio glutealne regije posebno opterećen težinom i pritisak je veći, ne preporuča se ostavljati bolesnika bez kontrole u tom položaju na nekoliko sati. Kada se bolesnik smješta u sjedeći položaj u krevetu, uzglavlje se kreveta visoko podigne, a ispod koljena se postavlja jastuk ili smotana deka te se na taj način izbjegava klizanje i umanjuje sila vlaka.



U ovome položaju ugrožena mjesta su sjedni dio i pete, koje treba odignuti već postavljenim jastukom ili dekom ispod koljena (Slika 5.). Važno je prilikom stavljanja bolesnika u ležeći položaj svakako kontrolirati i provjeriti kožu na sjednom dijelu.

Slika 5. Sjedeći položaj 70 stupnjeva

Smanjenje pritiska

Smanjenje pritiska postizemo primjenom pjenaste gume, jastuka punjenih zrakom, antidekubitalnih madraca s promjenjivim pritiscima na pojedinim mjestima, primjenom "vodenih kreveta".

Od svih navedenih elemenata, najveći praktični značaj za prevenciju razvoja deku-bitusa ima korištenje antidekubitalnih madraca. Najbolji je madrac sa sistemom za redistribuciju pritiska.

Postavljanje pacijenta na antidekubitalni madrac ne smanjuje frekvenciju okretanja!

Njega kože

Redovnim pregledom najosjetljivijih dijelova tijela bolesnika omogućava se rano otkrivanje početnih oštećenja kože. Kod pregledavanja kože važno je znati prepoznati sve promjene koje predstavljaju početne posljedice produženog pritiska. Pregled kože treba raditi redovito, najmanje jednom dnevno, a pregledom je važno obuhvatiti što više predilekcijskih mjesta. Pacijente koji su sposobni i voljni treba ohrabrivati da sami pregledaju svoju kožu.



Čista i suha koža velik je korak u prevenciji dekubitusa. Važno je da se prilikom kupanja i pranja bolesnika očuva i njeguje prirodni zaštitni sloj kože. U njezi treba koristiti blage i neutralne sapune i meko posušivanje kože, a izbjegavati primjenu podražajnih sredstava za pranje, pasta i pudera, masnih materija koje zatvaraju pore kože. Uporaba pudera na intimnim dijelovima tijela i pregibima nije preporučljiva jer ovlaženi puder stvara grudice i iritira kožu. Preporuča se kupanje cijeloga tijela pod tušem ili u kadi. Idealna bi bila masažna kada, koja često nije dostupna. Tada tijelo treba prebrisati razblaženim, obvezno mlakim alkoholom i namazati ga lakom hranjivom kremom za poboljšanje krvotoka.

Zdravstveni i ekonomski značaj

Nutritivni status utječe na integritet kože i potkožnih struktura. Ishrana bolesnika s kroničnim dekubitusom nerijetko je i razlog što sve terapijske mjere zakazuju. Bolesnika treba poticati da uzima hranu i što više tekućine. Nedostatak vitamina i oligoelemenata može dovesti do povećanja rizika za razvoj dekubitusa. Vitamin A potreban je za stvaranje novih stanica i krvnih žila, a nalazi se u ribljem ulju, jetrima, bubrežima, maslacu, margarinu (obogaćenom vitaminom A), jajima, mlijeku i mliječnim proizvodima, mrkvi, špinatu, paradajzu, narančama, marelicama.

Vitamin C odgovoran je za stvaranje kolagena u mišićima, hrskavici, tetivama, ligamentima, kostima i krvnim žilama. Pomaže u zacjeljivanju rana, borbi protiv infekcije, ali i apsorpciji željeza. Najveći izvori vitamina C su naranče, mandarine, grejp, limun i limeta. Ostalo voće koje sadrži visok nivo vitamina C jesu kivi, jagode, maline, ananas, lubenica. Povrće koje obiluje tim nutrijentom jest i tamnozeleno lisnato povrće, brokula, kupus, cvjetača, paradajz, celer, paprike i prokulice. Da bi zadržale što više vitamina C, namirnice bogate tim vitaminom najdjelotvornije su kada se konzumiraju svježe.

U svrhu poboljšanja općeg stanja, potrebno je bolesnika nježno masirati i raditi aktivne i pasivne vježbe koje održavaju tonus muskulature, elasticitet zglobova, da cirkulacija na taj način bude stimulirana. Vježbama će se pozitivno utjecati na poboljšanje cirkulacije u ekstremitetima, spriječiti će se razvoj daljih komplikacija. Ako bolesnik ovisi o njezi člana obitelji, tada je važno da se, što je moguće više, zadrži uobičajeni redoslijed kretanja, na način da vježbe fleksije i vježbe kruženja u zglobovima na pasivan način izvodi osoba koja njeguje bolesnika.

Važno je istaknuti uključenje bolesnika u rani rehabilitacijski tretman, koji se provodi pod nadzorom fizijatra. U sastavu rehabilitacijskog tima, uz fizijatra i fizioterapeuta, jest i medicinska sestra. U okviru tretmana, ako za to postoji indikacija i mogućnost, može se primijeniti i liječenje svjetlom (UV, polarizirajuće svjetlo, laser) te eventualno magnetoterapija.

Možemo kazati da svojom pojavnošću dekubitalni ulkus - dekubitus donosi različite komplikacije, koje zahtijevaju multidisciplinarni tim, sastavljen od medicinskih sestara, dermatologa, kirurga, internista, urologa, neurologa, fizijatra i fizioterapeuta, primjenu različite i često vrlo skupe farmakoterapije. Dekubitalni ulkus danas predstavlja velik medicinski, socijalni i zdravstveno-ekonomski problem. Pojavnost dekubitusa u bolnicama, stacionarima, ustanovama za skrb o starijim osobama, kao i u kućnoj njezi i vlastitim domovima, ukazuje ne samo na zdravstveno stanje bolesnika, nego i na kvalitetu zdravstvene njege i liječenja.

Maja Beljan, bacc.med.techn.