

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

GODINA LXIV, broj 746-747/2022

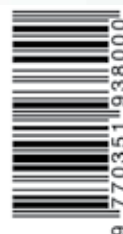
OŽUJAK / TRAVANJ ■ CIJENA

7,00 kn ■ ISSN 0351-9384 ■

Poštarina plaćena u pošti 51000 Rijeka



ZAŠTITA ZDRAVLJA usta i zubi



NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

dvomjesečnik za unapređenje
zdravstvene kulture

IZDAJE

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

ZA IZDAVAČA

Prof.dr.sc. Vladimir Mićović, dr.med.

UREĐUJE

Odjel socijalne medicine

REDAKCIJSKI SAVJET

Doc.dr.sc. Suzana Janković, dr.med.;
Nikola Kraljik, dr.med.;
prof.dr.sc. Vladimir Mićović, dr.med.;
izv.prof.dr.sc. Sanja Musić Milanović,
dr.med.;
Vladimir Smešny, dr.med.;

UREDNIKA

Doc.dr.sc. Suzana Janković, dr.med.

LEKTORICA

Ingrid Šlosar, prof.

GRAFIČKA PRIPREMA

I OBLIKOVANJE

Novi list d.d. / Ingrid Periša
Fotografije: iStockphoto

TISAK

Kerschoffset Zagreb d.o.o.

UREDNIŠTVO

Vlasta Lončar, mag. med.techn.
Nađa Berbić
51 000 Rijeka, Krešimirova 52/a
tel. 051-214-359 ili 051-358-792
<http://www.zzjzpgz.hr> (od 2000.g.)
Godišnja pretplata 6 brojeva: 36 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

VLADIMIR SMEŠNY, DR. MED.

Zdravstvena zaštita zuba3

SVJETSKI DAN ZDRAVLJA 2022.

Naš planet, naše zdravlje4

ZAŠTO ZUBI BOLE

Kako zubobolju spriječiti
prije nego liječiti5

KARIJES U DJEČJOJ DOBI

Doktoru dentalne medicine
kad dijete napuni šest mjeseci 7

PRVI PREGLED ORTODONTA

Ljepši osmijeh ali i bolja funkcija
zuba i čeljusti9

OZLJEDE ZUBA U DJECE

Svaka ozljeda zuba
hitno je stanje 11

SINDROM PEKUĆIH USTA

Neugodno ali neopasno stanje 12

ZUBNE PROTEZE

Izbor ovisan o stanju čeljusti,
funkciji i troškovima 14

ALVEOTOMIJA

Priklještene ili zube koji nisu
nikli najčešće je nužno
operirati 16

APIKOTOMIJA ZUBA

Ne uspije li endodontska terapija
zuba, vršak korijena zuba mora
se ukloniti 19

CISTE U ORALNOJ KIRURGIJI

Ranija dijagnostika olakšava
zahvat21

MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP
LIJEČENJU RAKA DOJKE

Suradnja stručnjaka različitih
specijalnosti za najbolje ishode
liječenja23

INFEKCIJE DIŠNIH PUTOVA

Vruća juha protiv virusa25

VAŽNI POKAZATELJI ZDRAVLJA

Regulirajte razinu masnoća,
bilirubina i hemoglobina u krvi26

OZLJEDE DJECE SPORTAŠA

Sindromi prenaprezanja i njihova
prevencija29

DODATAK

NASILJE

Strah i bespomoćnost -
hrana za nasilnike



Piše Vladimir
Smešny, dr. med.



ZDRAVSTVENA ZAŠTITA USTA I ZUBA

Zaštita zdravlja u svakoj je zajednici jedan od najsloženijih zadataka koji zahtijeva što širu suradnju svih njezinih članova. Od onih kojima je to samo potreba do onih kojima je to i poziv. Jedna od najvažnijih poveznica je što šire međusobno razumijevanje.

U današnjoj temi pitanje je (opet) izbor tuđica. Je li razumljiviji pojam stomatologija (bukvalno: “znanost o ustima”) od pojma dentalna medicina (bukvalno: “zubna medicina”)?

Ove se godine obilježava šezdeseta obljetnica izdavanja posebnoga, odvojenog studija u odnosu na medicinu cijeloga tijela. Kako to u medicini uvijek biva, preširoka područja zahtijevaju podjelu poslova koji se potom nazivaju specijalizacije. Toliko o riječima.

Važnost dječje i preventivne stomatologije

U svim dijelovima tijela događaju se pojave s posljedicom i organizacijskih pothvata. Jedna od najznačajnijih pojava povezana je s nizom promjena koju nosi dob. Upravo su zubi evolucijski posebna pojava. Tijekom rasta i razvoja pojavljuju se i nakon izvjesnoga vremena nestaju privremeni zubi. Zovemo ih mliječnicima. S velikim ponosom, u danas već pomalo davnim vremenima, javila se specijalizacija pod nazivom “dječja i preventivna stomatologija”. Jedna od mjera uspjeha bila je što manja pojava karijesa, najčešćega poremećaja koji dovodi i do gubitka (neliječenoga) zuba. Potom se javila i “ortodoncija”, disciplina koja pomaže u pravilnom rastu, odrastanju cijeloga (trajnog) zubala. Cilj je, osim estetskoga, i pravilan zagriz (područje “gnatologije”) koji kad je nepravilan može utjecati i na udaljene dijelove, sustave tijela. Sve je to bilo u okrilju koncepta, ustvari pokreta,

**Sustav
zdravstvene
zaštite koji
zanemaruje dječje
i preventivno,
uključujući i
toliko spominjani
zdravstveni odgoj
i obrazovanje
te staro i
nepokretno,
ne može dobiti
prolaznu ocjenu**



“primarna zdravstvena zaštita”. Pred više od 50 godina bio je to svjetski odgovor na rastuće probleme i pritiske na cijeli sustav zdravstvene zaštite. Naš, hrvatski odgovor (u sklopu tadašnje Jugoslavije) bila je organizacijska jedinica: “Dom zdravlja”. Odgovor je upravo u Hrvatskoj bio najdosljedniji, a riječki, i s prostornim rješenjima, najoriginalniji. Tadašnja Svjetska zdravstvena organizacija odala nam je posebno priznanje posjetom generalnoga tajnika. Povratkom u davnu (organizacijsku) prošlost današnja inačica teško da opravdava sam naziv “primarna zdravstvena zaštita”.

Područje srednje, odrasle dobi svjedoči o velikim tehnološkim napredcima u postupcima koji nastupaju nakon što je “izgubljena” bitka za zdravi zub(e). Zbirno, radi se o često vrlo uspješnim protetskim radovima.

Tijelo, njegovi dijelovi na kraju završavaju u tzv. trećoj dobi ili jednostavnije, nastupa starost. Kad se radi o zubima, nastupa i naglašeni socijalni problem. Osnovna zdravstvena osiguranja koja su najsolidarnija, ne pokrivaju troškove svih nadomjestaka za izgubljene zube. Gubitci nisu uvijek subjektivni, dio je nastao i kao posljedica kroničnih,

neizlječivih bolesti.

Zaostaje gerijatrijska zaštita

U općem zaostajanju spomenute primarne zdravstvene zaštite područje starosti, koju stručno i znanstveno zovemo “gerontologija”, liječenje starijih, stručno “gerijatrija”, posebno zaostaje.

Veliki problemi nastaju kad nastupi nepokretnost, a nije još nastupilo “doba palijativne zdravstvene zaštite” (koja je i tako u naglašenom zaostatku za potrebama). Stomatološka zaštita u kući bolesnika nije ni u planovima za povrat na nekadašnje razine primarne zdravstvene zaštite, a kamoli više, na zadovoljavanje potreba nepokretnih.

Sustav zdravstvene zaštite koji zanemaruje dječje i preventivno, uključujući i toliko spominjani zdravstveni odgoj i obrazovanje te staro i nepokretno, ne može dobiti prolaznu ocjenu. Veliki i hvale vrijedan napredak tzv. kliničke ili vrhunske medicine koji rješava i najteže probleme ne može nadomjestiti brojne i najbrojnije “manje” probleme diljem cijele zajednice.

O bolestima usta, pa i najtežim zloćudnim novotvorinama sa zaslugama stomatologa u rješavanju i tih problema, drugom prilikom.

SVJETSKI DAN ZDRAVLJA 2022.: Naš planet, naše zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO)
Prilagodila **Suzana Janković**

Usred pandemije, zagađenog planeta, sve većeg broja bolesti poput raka, astme, srčanih bolesti, na Svjetski dan zdravlja 2022. SZO usmjerit će globalnu pozornost na hitne radnje potrebne za očuvanje zdravlja ljudi i planeta i poticanje pokreta za stvaranje društava usmjerenih na dobrobit.

SZO procjenjuje da je svake godine više od 13 milijuna smrtnih slučajeva diljem svijeta posljedica ekoloških uzroka koji se mogu izbjeći. To uključuje klimatsku krizu koja je najveća prijetnja zdravlju s kojom se čovječanstvo suočava. Klimatska kriza je i zdravstvena kriza.

Promicanje zdravlja za dobrobit, pravednost i održivi razvoj

Društva blagostanja zdrava su društva

Naše političke, društvene i komercijalne odluke pokreću klimatsku i zdravstvenu krizu. Više od 90 posto ljudi udiše nezdravi zrak koji nastaje izgaranjem fosilnih goriva. Komarci šire bolesti dalje i brže nego ikad prije. Ekstremni vremenski događaji, degradacija zemljišta i nestašica vode raseljavaju ljude i utječu na njihovo zdravlje. Zagađenje i plastika nalaze se na dnu naših najdubljih oceana, na najvišim planinama i ušli su u naš lanac prehrane. Sustavi za proizvodnju ultra-prerađene, nezdrave hrane i pića pokreću val pretilosti, povećavajući rak i srčane bolesti, istovremeno stvarajući trećinu emisija stakleničkih plinova.

Devet od deset ljudi sada udiše zagađeni zrak koji svake godine ubije 7 milijuna ljudi.

Od onečišćenja zraka teško je pobjeći. Mikroskopski zagađivači u zraku mogu proći kroz obranu našega tijela, prodrijeti

duboko u dišni i krvožilni sustav, oštećujući pluća, srce i mozak.

UN-ova Međuvladina komisija za klimatske promjene upozorila je da se dobivanje električne energije iz ugljena mora prekinuti do 2050. ako želimo ograničiti porast globalnog zatopljenja na 1,5°C. Ako ne, možda ćemo svjedočiti velikoj klimatskoj krizi za samo 20 godina.

Kako bi pomogli ljudima da bolje razumiju koliko je onečišćen zrak u mjestu gdje žive, SZO, UN Environment i kampanja Breathe Life Koalicije za klimu i čisti zrak razvili su online mjerač onečišćenja.

Postoje dvije glavne vrste onečišćenja zraka – onečišćenje okoliša (zagađenje na otvorenom) i onečišćenje zraka u kućanstvu (unutarnje) koje nastaje izgaranjem goriva u kućanstvu (ugljen, drva ili kerozin) korištenjem otvorene vatre ili peći u slabo prozračenim prostorima. I unutarne i vanjsko onečišćenje zraka mogu pridonijeti jedno drugom, jer se zrak kreće iz unutrašnjosti zgrada prema van, i obrnuto. Zagađenje zraka u kućanstvima godišnje ubija 4 milijuna ljudi

Glavni zagađivači jesu:

1. čestice, mješavina čvrstih i tekućih kapljica koje uglavnom nastaju izgaranjem goriva i cestovnim prometom;
2. dušikov dioksid iz cestovnog prometa ili unutarnjih plinskih kuhala;
3. sumpor dioksid iz sagorijevanja fosilnih goriva;
4. ozon na razini tla, uzrokovan reakcijom sunčeve svjetlosti s onečišćujućim tvarima iz emisija vozila.



5 načina da ograničite udisanje zagađenog zraka

1. Ograničite hodaње prometnim ulicama tijekom najvećeg prometa – a ako imate malo djeteta sa sobom, pokušajte ga podići iznad razine ispušnih plinova vozila.

2. Ograničite vrijeme provedeno na određenim žarišnim točkama u prometu kao što su automobili zaustavljeni na semaforima.

3. Kada se bavite tjelesnom aktivnošću na otvorenom, pokušajte vježbati u manje zagađenim područjima.

4. Ograničite korištenje automobila u danima jakog zagađenja.

5. Nemojte spaljivati otpad jer dim koji nastaje šteti našem zdravlju.

Dok čestice promjera 10 mikrona ili manje, mogu prodrijeti i zadržati se duboko u plućima, još su štetnije po zdravlje one promjera 2,5 mikrona ili manje. Te su čestice toliko male da ih 60 čini širinu ljudske kose. Čestice manje od 2,5 mikrona mogu prodrijeti kroz plućnu barijeru i ući u krvni sustav. Mogu povećati rizik od srčanih i respiratornih bolesti, kao i raka pluća.

Ozon je glavni čimbenik u izazivanju ili pogoršanju astme, a dušikov dioksid i sumpor dioksid također mogu uzrokovati astmu, bronhijalne simptome, upalu i smanjenu funkciju pluća.

Zagađenje zraka ima poguban učinak na djecu. Diljem svijeta do 14 posto djece u dobi od 5 do 18 godina ima astmu zbog više čimbenika, uključujući onečišćenje zraka. Svake godine 543 000 djece mlađe od 5 godina umire od respiratornih bolesti povezanih s onečišćenjem zraka. Zagađenje zraka također je povezano s rakom u djetinjstvu. Kod trudnica izloženost zagađenju zraka može utjecati na rast mozga fetusa. Onečišćenje zraka također je povezano s kognitivnim oštećenjima i kod djece i kod odraslih.

ZAŠTO ZUBI BOLE

KAKO ZUBOBOLJU SPRIJEČITI



prije nego liječiti

Pišu dr. sc. **Jelena Vidas Hrštić**,
dr. med. dent. specijalistica endodon-
cije i restaurativne stomatologije
Ema Paljević, dr. med. dent. KBC
Rijeka, Klinika za dentalnu medicinu

Malo se koja osoba tijekom ži-
vota nije susrela s nekim obli-
kom bola koji potječe od zuba.
Zubobolja može biti oštra ili tupa, jaka ili
slaba, prolazna ili dugotrajna. Isto tako, u
nekim slučajevima možemo sa sigurnošću
reći koji nas zub boli, ali to ne mora biti
slučaj. Bol koji potječe od zuba uzrokovan
je različitim čimbenicima. Najčešći uzroci
zubobolje jesu ogoljeli zubni vratovi, kari-
jes i trauma zuba.

Ogoljeli zubni vratovi

Starenjem i/ili agresivnim tzv.

**Ogoljeli zubni vratovi,
karijes i različite traume
zuba najčešći su uzroci
zubobolje koja zahtijeva
i posjet doktoru
dentalne medicine kako
bi se utvrdio uzrok
problema i njegovo
rješenje**

“horizontalnim” četkanjem osobito tvr-
dim četkicama zubno meso ima tenden-
ciju povlačenja. Zbog povlačenja zubnoga
mesa, područje vrata zuba i dio korijena
biva izloženo čimbenicima usne šupljine
te je pogodno mjesto zadržavanja zub-
nih naslaga. Najučestaliji simptomi vrat-
ne preosjetljivosti zuba jesu nagli bol na
hladno i slatko. Bol uglavnom nestaje

brzo nakon uklanjanja podražaja. Dija-
gnoza se može potvrditi stomatološkim
pregledom, tj. isključenjem karijesa.

Što učiniti kada već imamo izložene
zubne vratove?

Kod već izloženih zubnih vratova po-
trebno je promijeniti dosadašnje navike u
održavanju oralne higijene. To podrazu-
mijeva korištenje mekih četkica, pro-
mjenu tehnike četkanja zuba, odnosno
“kružno” četkanje prilikom čega se zub-
no meso masira i četkicom usmjerava k
zubu. Isto tako, primjena zubnih pasta
specijaliziranih za zaštitu zubnih vratova
svakako je preporuka.

Zubni karijes

Zubni karijes nastaje djelovanjem tzv.
kariogenih bakterija koje “nagrizaju”

vanjsku strukturu zuba, tj. caklinu i dentin u uvjetima koji pogoduju njihovom razmnožavanju i djelovanju. Neliječenjem karijesa dolazi do njegova napredovanja u širinu i dubinu te neželjenoga približavanja mekom tkivu unutar zuba (zubna pulpa), što može dovesti do narušavanja vitaliteta pojedinoga zuba, ali i tzv. granuloma, odnosno upale tkiva oko zuba u području vrška korijena.

Simptomi koji prate pojavu karijesa različiti su, a ovise o veličini odnosno dubini karijesa. Nekada su simptomi odsutni, ali najčešće je prisutan bol na slatko i hladno. Simptomi traju nekoliko sekundi te onda postupno nestaju.

U djece i adolescenata karijes se najčešće javlja na griznim plohama zuba te ima tendenciju brzoga napredovanja, tzv. "akutni karijes". U odraslih karijes je učestaliji na bočnim plohama zuba koje su teško dostupne četkanju. Naime, u prostoru između zuba hrana se tijekom žvakanja utiskuje te tamo ostaje i nakon uobičajenoga četkanja četkicom i zubnom pastom. Kariogene bakterije hranu razgrađuju, a stvoreni nusprodukti pogoduju nastanku karijesa.

Iz navedenoga možemo zaključiti kako je najmoćnije oružje u borbi protiv karijesa svakoga pacijenta, mladoga ili staroga, dobra oralna higijena. Preporuka je redovito zube četkati pastom i zubnom četkicom, a odraslim se osobama u uklanjanju međuzubnih naslaga preporučuje korištenje zubnoga konca ili međuzubnih (interdentalnih) četkica. Odabir zubne paste s udjelom fluorida sudjeluje u "obrani" zuba od nastanka zubnoga karijesa. Hrana poput slatkiša i čipsa, smokija i svega što lako prijanja na zubne površine, zatim zaslađeni i gazirani napitci svakako su nešto što želimo izbjeći s ciljem očuvanja zdravlja zuba. Isto tako, redoviti kontrolni pregledi (djeca i adolescenti - svakih 6 mjeseci, odrasli - jednom godišnje) kod doktora dentalne medicine svakako su preporučljivi. Na stomatološkom kontrolnom pregledu, osim pregleda cijele usne šupljine, možemo dobiti vrijedne informacije o održavanju oralne higijene,



posebice o korištenju zubnoga konca i međuzubnih četkica.

Traume zuba

Traumatske ozljede posljedica su nesretnih okolnosti (padovi, udarci, nesreće itd.) prilikom kojih dolazi do oštećenja zuba i/ili okolnih struktura. Mogu se podijeliti na jednostavne i složene. Kada se ozljeda zuba dogodi, primijetimo li bilo kakvu promjenu položaja zuba, povećanu pomicnost ili odlamanje većega ili manjega zubnog fragmenta, važno je čim prije posjetiti doktora dentalne medicine.

Traumatske ozljede često zahtijevaju složeniju terapiju, duže vremensko praćenje kliničkim pregledima i radiološkim snimkama.

Najčešće dentalne traume jesu: lom zubne krune, potpuno izbijanje zuba (avulzija) te ozljede potpornih struktura zuba (luksacijske povrede).

Lom zubne krune

Lom krune zuba podrazumijeva odlamanje većega ili manjega zubnog fragmenta. S obzirom na veličinu ozljede doktor dentalne medicine zagladit će ili posebnim materijalima nadoknaditi oštećeni dio zuba. Ako je ozljedom zahvaćena i izložena zubna pulpa, terapija je dugotrajnija i složenija, a često rezultira uklanjanjem pulpe tzv. devitalizacijom zuba, odnosno endodontskim tretmanom.

Avulzija

Avulzija podrazumijeva potpuno izbijanje zuba iz usne šupljine. Ovo je stanje koje zahtijeva hitnu intervenciju pacijenta i doktora dentalne medicine. Naime, čim se ozljeda dogodi, važno je potražiti

izbijeni zub te ga pohraniti u vlažnom mediju (tvornički medij, mlijeko, fiziološka otopina ili ga držati u ustima ispod jezika) kako se ostatci mekih tkiva zaostali na površini korijena ne bi dodatno uništili. U ordinaciji dentalne medicine doktor će vas temeljito pregledati te učiniti nekoliko radioloških snimaka pojedinih zuba i čeljusti ne bi li se isključile dodatne ozljede koje nisu vidljive kliničkim pregledom pacijenta. Slijedi terapija izbijenoga zuba te njegovo reponiranje (vraćanje u prvobitan položaj). Kako je izbijeni zub pomičan, nužno je posebnim materijalima povezati zub sa susjednima (splintiranje) da se spriječi njegovo dodatno pomicanje. Pacijentu će biti propisan antibiotik za sprečavanje upalne reakcije nastale nakon ozljede te, eventualno, preporuka o antitetanusnom docjepljivanju.

Ovakva ozljeda zahtijeva discipliniranost ozlijeđenoga pacijenta u održavanju temeljite oralne higijene te redovitih kontrolnih posjeta stomatologu.

Luksacijske povrede zuba

Skup ozljeda koje zahvaćaju potporno tkivo zuba uz čest poremećaj krvne opskrbe zubne pulpe nazivaju se luksacijske ozljede. Tipovi luksacijskih ozljeda imaju širok spektar kliničkih simptoma i zahtijevaju drukčije liječenje. Kontuzija zuba najblaži je oblik ozljede u kojem nema pomaka zuba te je zahvaćeni zub obično osjetljiv na zagriz. Subluksacijska ozljeda uzrokuje povećanu pokretljivost zuba uz osjetljivost na zagriz i čestu pojavu krvarenja oko vrata zuba. Kao i kod kontuzije, na radiogramu nema vidljivih promjena. Prilikom ekstruzijske luksacije dolazi do pomaka zuba u vertikalnoj ravnini prema usnoj šupljini, dok kod intruzijske ozljede dolazi do utiskivanja zuba u alveolu. Postranične luksacije dovode do pomaka zuba u horizontalnoj ravnini u različitim smjerovima uz moguću osjetljivost na zagriz.

Terapija ovakvih ozljeda podrazumijeva vraćanje zuba u prvobitan položaj te, također, povezivanje zuba ne bi li se položaj učvrstio.

KARIJES U DJEČJOJ DOBI



DOKTORU DENTALNE MEDICINE KAD dijete napuni šest mjeseci

Mliječni zubi liječe se jednako kao i trajni te se ne smije dopustiti da itko kaže kako mliječne zube ne treba liječiti jer će ionako sami ispasti. To jednostavno nije po pravilima medicinske struke

Piše prof. prim. dr. sc. **Danko Bakarčić**, dr. med. dent. specijalist pedodont
Odri Cicvarić, dr. med. dent. KBC Rijeka, Klinika za dentalnu medicinu

Prvi zubi počinju nicati oko šestoga mjeseca djetetova života, a kompletna mliječna denticija razvije se do druge godine. Nicanjem u usnu šupljini zubi postaju podložni nastanku karijesa, tako da već od pojavljivanja prvoga zuba u ustima moramo započeti s održavanjem oralne higijene kako bi se spriječio nastanak karijesa.

Pravovremenom edukacijom roditelja i provođenjem osnovnih mjera koje uključuju pravilnu prehranu, pravilnu i redovitu oralnu higijenu te redovite kontrole kod doktora dentalne medicine možemo sačuvati zdrave zube.

S tim mjerama treba početi što ranije, najbolje od samoga rođenja djeteta kada se već mogu upotrijebiti prva znanja o pravilnoj prehrani i oralnoj higijeni. Pogrešne navike hranjenja, kao što su uspavljivanje djeteta s bočicom i noćni obroci, lako mogu izazvati karijes rane dječje dobi. Pogotovo ako se ne provodi oralna higijena, tj. čišćenje zuba.

Karijes u početku izgleda kao bijela kerdasta crta uz rub zubnoga mesa da bi u konačnici svojim napredovanjem potpuno razorio krunu zuba. Stječe se dojam da se zubi "tope". Ovo se može spriječiti tako da se izbjegava uspavljivanje djeteta s bočicom i noćni obroci, odnosno da dijete ide spavati s čistim zubima. To, naravno, podrazumijeva provođenje oralne higijene neposredno prije uspavljivanja za što se mogu koristiti razna sredstva. O tome što koristiti trebalo bi se posavjetovati s doktorom dentalne medicine na prvom pregledu koji bi se trebao obaviti između šestoga mjeseca starosti djeteta i njegova prvog rođendana. Prvi pregled nije traumatičan za dijete, a roditelj bi tada trebao dobiti korisne informacije glede brige o zubima svoga djeteta i odgovore na pitanja koja ga u vezi s tim zanimaju. Ako se kod liječnika dentalne medicine krene dok zubi još nemaju karijes te se s djetetom rade samo preventivni postupci, ono

stječe potpuno različitu sliku o zahvatima u ordinaciji u odnosu na one situacije kada dijete zaboli zub i tek tada ima prvi susret s liječnikom dentalne medicine i sa stomatološkom ordinacijom.

Pravovremenim posjetima izbjeci strah

Često je tada potrebno provesti intervenciju koja je najčešće bolna. To pridonosi razvoju dentalnoga straha i dentalne anksioznosti te dijete odbija suradnju čime se dodatno pogoršava njegovo oralno zdravlje. Nažalost, ovo je još uvijek česta praksa.

Važno je naglasiti da dijete mlađe od šest godina ima jedino mliječne zube. Zadnji mliječni zub mijenja se s trajnim u razdoblju između 10. i 12. godine života. Mliječni zubi liječe se jednako kao i trajni te se ne smije dopustiti da itko kaže kako mliječne zube ne treba liječiti jer će ionako sami ispasti. To jednostavno nije po pravilima medicinske struke! Pravovremenim liječenjem mliječnih zuba spriječit ćemo napredovanje infekcije i pojavu bolova koji djetetu narušavaju kvalitetu života.

Zubi nam ne služe samo za žvakanje i odgrizanje hrane već imaju i druge važne funkcije: govornu (npr. glasovi C, Z, F, V ne mogu se pravilno izgovoriti bez zuba), razvoj čeljusti (izbjegavanje nastanka ortodontskih anomalija) te psihološku (lijepi zubi pomažu u izgradnji samopouzdanja). Ovo su sve razlozi za bezuvjetno čuvanje kako trajnih tako i mliječnih zuba do njihove prirodne izmjene s trajnim

Osnovni savjeti za očuvanje zdravlja dječjih zuba

- **Izbjegavati uspavljivanje djeteta "na bočicu" i što ranije odvignuti dijete od bočice i/ili dude.**
- **Uspostaviti pravilan način prehrane - nije važno koliko hrane bogate šećerima pojedemo, već koliko često je konzumiramo!**
- **Redovito provoditi oralnu higijenu.**
- **Redovito posjećivati doktora dentalne medicine od šestoga mjeseca starosti pa nadalje barem 2 puta godišnje. On može dati sve savjete za očuvanje oralnoga zdravlja (a ima ih mnogo više nego što je navedeno u ovom tekstu) koji će biti individualizirani s obzirom na potrebe pacijenta.**
- **Ako se ipak pojavi karijes, što ranije otići doktoru dentalne medicine jer i mliječni zubi trebaju biti sanirani!**

nasljednicima.

Trajni zubi počinju nicati oko šeste godine, pred polazak u školu. Prvi trajni zub koji niče je prvi trajni kutnjak, tzv. šestica. Često ga se ne primijeti jer nema svoga mliječnog prethodnika te se samo pojavi u usnoj šupljini. Ako do tada nije vođena briga o zubima i taj zub bude zahvaćen karijesom, i on se može vrlo rano izgubiti.

Karijes nastaje tako da 200 do 700 vrsta bakterija koje žive u naslagama na zubima (plaku) iz šećera stvaraju kiseline koje razaraju zubnu caklinu. Gotovo sve

vrste hrane sadrže ugljikohidrate (šećere), stoga svaki put kad jedemo dajemo priliku bakterijama da proizvode kiselinu. Da bismo to sveli na najmanju moguću mjeru, treba:

- namirnice s izrazito puno ugljikohidrata (slatkiše) koristiti u sklopu glavnih obroka
- ograničiti hranu i piće na 5-6 obroka dnevno, odnosno izbjegavati grickanje štapića, čipsa i ostalih raznih grickalica te pijuckanje zaslađenih napitaka tijekom dana (tzv. *snacking i sipping*)
- dati slini vremena da očisti zube od kiseline i ostataka hrane.

Smanjenjem unosa šećera smanjujemo "hranu" bakterijama te one ne mogu proizvoditi dovoljno kiseline dok uklanjanjem plaka četkanjem zuba uklanjanje same bakterije.

Pravilno četkanje zuba podrazumijeva: četkanje ujutro i prije spavanja najmanje 3 minute, a razmak od obroka do pranja zuba treba biti 30 - 60 minuta. On služi da omogućimo našim prirodnim zaštitnim mehanizmima da odrade svoju zadaću, prvenstveno slini sa svojim mogućnostima razrjeđivanja, otplavlivanja i neutraliziranja štetnih kiselina, ali i "popravljanjem" mikroskopskih oštećenja (remineralizacija) nastalih djelovanjem bakterija nakon svakoga obroka. Tek nakon toga mi trebamo djelovati četkicom i pastom te ukloniti ono što je ostalo.

NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

PROMIDŽBA



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

051/21 43 59 ili 051/35 87 92

PRVI PREGLED
ORTODONTA

LJEPŠI
OSMIJEH

ali i bolja funkcija
zuba i čeljusti

Nepravilan položaj zuba i čeljusti ili nepravilan zagriz zahtijevaju pregled specijalista ortodonta koji će u odnosu na stanje i dob pacijenta procijeniti kada je vrijeme i za koju vrstu terapije i korekcija

Piše dr. sc. **Višnja Katić**, dr. med. dent.
spec. ortodoncije

Ortodoncija je specijalistička grana dentalne medicine koja se bavi dijagnostikom, prevencijom, interceptivom i ispravljanjem loših položaja zuba i čeljusti kao i krivoga zagrizu. Dio ortodoncije koji se zove dentofacijalna ortopedija bavi se modifikacijom rasta čeljusti. Neravni zubi i neskladne čeljusti relativno su česti u populaciji. Ujedno, danas su estetski zahtjevi sve viši pa sve veći broj ljudi smatra da je poželjno ispraviti i manje nepravilnosti u položaju zuba koje su se ranije smatrale prihvatljivim varijacijama u

populaciji. Društveni standardi percepcije ljepote općenito, pa i ljepote osmijeha i zuba, mijenjaju se pod utjecajem medija i društvenih mreža. Savršen osmijeh i zubi poželjniji su no ikad.

Ortodont je doktor dentalne medicine koji je nakon studija dentalne medicine dodatno završio specijalizaciju iz ortodoncije. Ortodont je školovan da prepozna rani razvoj neke malokluzije ili odstupanje od fiziološkoga razvoja i pravovremeno primijeni određenu ortodontsku napravu (kolokvijalnoga naziva aparatić), posavjetuje o provođenju određenih miofunkcionalnih vježba ili o prestanku nepoželjnih navika.

Krivi položaj zuba

Krivi položaj pojedinoga zuba može se zamijetiti već prilikom nicanja trajnih zuba, no to ne znači da će odmah biti nužno ispravljati te zube. Normalno je da prednji trajni zubi niču međusobno razmaknuti (rastresito). To je fiziološka razvojna faza denticije koja se naziva stadij ružnoga pačeta, ali još uvijek postoji mogućnost da se takav osmijeh pretvori u prekrasnoga labuda. Ponekad je razmak između prednjih zuba nasljedna karakteristika, koja je fiziološka, a njezina estetika leži u oku promatrača (npr. popularna američka pjevačica Madonna ponosna je na svoj razmak između prednjih zuba). Ponekad, rjeđe, prednji zubi mogu biti razmaknuti zbog prekobrojnih zuba ili nekih drugih prepreka koje se nalaze u kosti između trajnih zuba i sprečavaju njihovo spajanje (npr. meziodens, cista, itd.). Takve se prepreke otkrivaju pomoću rendgenskih snimaka. Najčešća rendgenska snimka, koja se radi u vrijeme prvoga ortodontskog pregleda, zove se ortopantomogram. Ortopantomogram daje informacije o broju zuba, jesu li prisutni zametci svih trajnih zuba i umnjaka, ima li prekobrojnih zuba, postoji li neko patološko stanje, kao npr. karijes, periapikalna upala, cista, itd. Ako je potrebna detaljnija dijagnostika i precizniji prikaz određenoga područja, može se dodatno napraviti retroalveolarna snimka i trodimenzionalna snimka određenoga dijela ili cijele čeljusti (tzv. CBCT snimka).

Ako trajni sjekutići niču jedan preko drugoga (zbijeno), moguće je da će trebati intervencija ortodonta kako bi se zubi pravilno složili unutar zubnoga luka. Ortodont će nakon temeljitoga pregleda, uzevši u obzir sve čimbenike, odlučiti o vremenu kad će i kojom napravom započeti terapiju. Ponekad je prioritet preusmjeravanje rasta čeljusti, a položaj pojedinoga krivog zuba ispravlja se u kasnijoj fazi terapije.

Ponekad se u ustima pojavi prekobrojni zub zbog kojega nema dovoljno prostora za smještaj svih zuba. Suprotno tomu, moguće je da neki trajni zub ne nikne jer mu smeta zaostali mliječni zub koji nije

ispao na vrijeme. Također je moguće da je mliječni zub ispao, ali nema dovoljno prostora za trajni zub koji onda ostane impaktiran u čeljusti te se može izvlačiti iz kosti u novootvoreni prostor uz pomoć ortodontske naprave.

Krivi zagriz

Kolokvijalni naziv "krivi zagriz" karakterizira odstupanje od idealnoga zagrizu pri kojem gornji zubi malo (2 - 3 mm) prekrivaju donje zube, stražnji zubi su u kontaktu i lijepo užlijebljeni.

Otvoreni zagriz je anomalija pri kojoj je moguće da se prednji zubi ne preklapaju, nego ostaje otvoreni prostor između gornjih i donjih zuba ili da se stražnji zubi međusobno ne dodiruju, nego postoji otvoreni prostor između njih, a u najtežim slučajevima ni prednji ni stražnji zubi nisu u kontaktu, osim zadnja dva zuba.

Duboki zagriz je anomalija kod koje



Procjena stanja i plan terapije

Ortodontskim pregledom utvrđuje se postojanje bilo kakvoga odstupanja od idealnoga stanja, odnosno fiziološkoga stanja primjerenoga za dob potencijalnoga pacijenta. Prvi ortodontski pregled, može biti i kod djeteta i kod odrasle osobe, uključuje i rendgen ortopantomogram. Nakon inicijalne procjene i bilježenja trenutnoga stanja, ako je potrebno, radi se dodatna dijagnostika. Dodatna dijagnostika uključuje rendgenske snimke područja od interesa, kranioleme za procjenu rasta skeletnih međučeljskih odnosa, iznos i područja asimetrije (ako postoji), detaljno se analiziraju i dentalni odnosi. Bitno je naglasiti da jedna osoba može imati udruženo

više anomalija (anomalije položaja zuba, krivoga zagrizu i čeljusnih koštanih odnosa), pa se kreira lista problema za pojedinoga pacijenta i donosi plan terapije. Čimbenici koji određuju pravovremenu intervenciju jesu: dob, skeletna ili dentalna anomalija, stupanj izraženoga nesklada i očekivani preostali rast.

Kod odraslih osoba dentofacijalna ortopedija (terapija preusmjerenjem rasta) više nije moguća budući da je rast završen. Kod odraslih osoba manje skeletne nesklade moguće je tretirati tzv. kamuflažnom terapijom, dok je veći nesklad između čeljusti moguće ispraviti jedino uz pomoć ortodontije potpomognute kirurškim zahvatom u suradnji sa specijalistom maksilofacijalne kirurgije.

gornji prednji zubi potpuno prekrivaju donje prednje zube. Pritom prednji zubi nisu u kontaktu sa zubima suprotne čeljusti, već dodiruju nepce ili gingivu radeći traumom mekih tkiva.

Obrnuti pregriz je anomalija kod koje donji zubi u zagrizu idu ispred gornjih zuba. Moguće je da se takav zagriz na stražnjim zubima nastavlja u križni zagriz pri čemu donji stražnji zubi obuhvaćaju gornje umjesto obratno. Pritom može doći i do pomaka cijele donje čeljusti u stranu što je često vidljivo i kao nepoklapanje sredine gornjega i donjega zubnog luka. Takvo se stanje naziva prisilni zagriz.

Povećan pregriz je stanje kod kojega gornji prednji zubi znatno strše ispred donjih prednjih zuba. Takvi zubi koji strše naprijed u povećanom su riziku od traume pa je poželjno ispraviti takvu anomaliju. Povećan pregriz često je posljedica nepodesnih navika, kao što su dugotrajno sisanje prsta, grickanje donje usnice, ponekad udruženo i s dugotrajnim hranjenjem na bočicu. Takvo stanje može često biti udruženo i s otvorenim zagrizom. Za uspješnu terapiju neophodno je prekinuti nepodesne navike i provoditi miofunkcionalne vježbe za uspostavljanje normalnih funkcija usnica.

NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

PRETPLATA



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

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE

Odjel socijalne medicine

Krešimirova 52a, 51 000 Rijeka

OZLJEDE ZUBA U DJECE

SVAKA OZLJEDA ZUBA

hitno je stanje

Piše prof. prim. dr. sc. **Nataša Ivančić Jokić**, dr. med. dent. specijalistica pedodontica

Odri Cicvarić, dr. med. dent. KBC Rijeka, Klinika za dentalnu medicinu

Ozljede ili traume zuba spadaju u hitna stanja u dentalnoj medicini. Važno je znati da nema razlike između ozbiljnosti ozljeda mliječnih i trajnih zuba. Za tijek i ishod terapije, tj. sprečavanja nastanka komplikacija, od presudne je važnosti vrijeme proteklo od ozljeđivanja do početka provođenja terapijskoga zahvata. Sa svakim izgubljenim satom pogoršava se prognoza za povoljan ishod i povećava mogućnost nastanka komplikacija. Samim tim otežava se i produžuje liječenje.

Prva i osnovna stvar koju roditelj, ili osoba koja se nalazi u blizini djeteta, mora učiniti kod bilo koje vrste takvoga incidenta jest u što kraćem vremenskom roku odvesti dijete djetetovu liječniku

Pristup liječenju mliječnih i trajnih zuba ponešto se razlikuje, ali obama pristupima cilj je spasiti zub

dentalne medicine. Ako je njegov liječnik dentalne medicine nedostupan, potrebno je obratiti se bilo kojem drugom. Liječnik dentalne medicine znat će procijeniti težinu ozljede i pružiti prvu pomoć. Ako je potrebno, može pacijenta i roditelja uputiti i specijalisti.

Ozljedu bilo koje vrste i bilo kojega zuba treba ozbiljno shvatiti jer svaki ozlijeđeni zub može izazvati komplikacije, a posljedice mogu biti ozbiljne. Najteže su posljedice gubitak ozlijeđenoga zuba, pogotovo trajnoga, što djeci predstavlja ozbiljan problem posebno u razdoblju puberteta i adolescencije kada jako posvećuju pažnju svome izgledu. Zubi nam

služe i za pravilan govor pa se i tu mogu javiti problemi. Pristup liječenju mliječnih i trajnih zuba ponešto se razlikuje, ali obama pristupima cilj je spasiti zub.

Povrede zuba u slučajevima kada se odlomi veći ili manji dio krune zuba, uglavnom su lagane i jednostavne za tretman, no nisu beznačajne i treba ih pravilno i na vrijeme zbrinuti. Također, kada se radi o ozljedama kada zubi nisu slomljeni, ali su rasklimani ili bolni na dodir, procedura i stav prema ozljedi su jednaki.

Izbijeni zub staviti u mlijeko do dolaska stomatologu

Ako dođe do loma zuba ili izbijanja zuba iz usta, valja pokušati na mjestu nesreće naći zub ili dijelove zuba i staviti ih u posudu s mlijekom. Mlijeko je najbolji od priručnih transportnih medija iako su bolji fiziološka otopina ili tzv. HBSS, no oni obično nisu pri ruci kad se ozljeda dogodi. Važno je napomenuti da ne treba gubiti vrijeme, već se treba s tako

pohranjenim zubom hitno uputiti liječniku dentalne medicine! Važno je da zub ili njegovi dijelovi tijekom transporta ne budu na suhom! Na ovome se inzistira jer je u većini slučajeva moguće vratiti izbijen zub u alveolu (čšašicu u kosti u kojoj je inače smješten) ili zalijepiti komadiće zuba te na taj način sanirati ozljedu. Naravno, to nije uvijek moguće i odluku o tome treba prepustiti liječniku dentalne medicine.

Nakon traume zuba potrebno je dobro i redovito provoditi oralnu higijenu da se ozlijeđeno tkivo ne inficira bakterijama iz zubnoga plaka (naslaga na zubima). Pacijenti i roditelji su često u zabludi te u tim situacijama izbjegavaju pranje zuba što samo dovodi do produbljivanja upale i komplikacija tijekom liječenja.

Nakon pružanja hitne pomoći potrebno je pratiti stanje ozlijeđenoga zuba jer se mogu razviti ozbiljne posljedice koje ne moraju pokazivati simptome dok ne bude kasno. Zube se mora kontrolirati u redovitim razmacima do pet godina od nastanka ozljede. Praćenje se sastoji od pregleda, određenih testova i rendgenskih snimanja.

Cilj je svakoga stomatološkog zahvata nakon traume zuba zadržati zub ili korijen zuba što duže u ustima ili, ako je moguće, trajno. Ako ostane samo korijen, važno je nadograditi zub da se zadovolji funkcija i estetika. Ako se zub ipak izgubi, mjesto na kojem je bio mora se sačuvati izradom protetskoga nadomjestka (držača mjesta) koji pacijent nosi do kraja rasta i razvoja. Nakon toga može se pristupiti izradi konačnoga, estetski zadovoljavajućeg, rješenja koje će u ustima ostati dulje vrijeme (mostovi, implantati i sl.)

Ozljede zuba teško je prevenirati jer se uvijek događaju iznenada, u različitoj dobi i u različitim životnim situacijama. Može se jedino utjecati na pojavu ozljeda zuba kod sportskih aktivnosti, pogotovo kod kontaktnih sportova. To se postiže izradom i nošenjem štitnika za zube. Potrebno je inzistirati na nošenju štitnika od najmlađe dobi pa sve do prestanka aktivnoga bavljenja takvim sportom.

SINDROM PEKUĆIH USTA

NEUGODNO, ali neopasno stanje

Osnovna je značajka sindroma zdrava i klinički nepromijenjena oralna sluznica bez patoloških promjena praćena simptomima peckanja ili žarenja

Piše **Ella Sever**, dr. med. dent.

Sindrom pekućih usta (SPU) bolan je i frustrirajući poremećaj koji je karakteriziran osjećajem pečenja, žarenja ili bola zdrave oralne sluznice. Osjećaj pečenja sličan je osjećaju opekline jezika ili oralne sluznice vrućim napitcima. Unatoč svojim frustrirajućim i dramatičnim simptomima, ne predstavlja opasno zdravstveno stanje. Ovaj kronični poremećaj oralne

sluznice poznat je i pod stručnim nazivom stomatopiroza/glosopiroza (pečenje usne šupljine/jezika) i stomatodinija/glosodinija (bolna usna šupljina/jezik). Poremećaj se relativno često javlja i najčešće zahvaća osobe srednje do starije životne dobi. Može zahvatiti oba spola, ali tri puta učestalije zahvaća žene tijekom i poslije razdoblja menopauze. Sindrom se rijetko javlja prije 30-e godine, a nije opisan niti jedan slučaj kod djece i adolescenata.

Osnovna je značajka sindroma zdrava i klinički nepromijenjena oralna sluznica (izostanak patoloških promjena) praćena simptomima peckanja ili žarenja. Simptomi mogu zahvatiti bilo koji dio usne šupljine, a najčešće zahvaćaju jezik (vršak jezika, bočne rubove ili cijeli jezik), usnice i nepce. Ovo stanje kroničnoga je karakter, a intenzitet simptoma varijabilne je prirode. Blaža varijanta sindroma praćena je simptomima peckanja, svrbeža i utrnutosti, dok je teži oblik karakteriziran jakim pečenjem i bolom što narušava kvalitetu života i dnevne aktivnosti. Glavni simptom gorućih usta može, također, pratiti i osjećaj suhoće usne šupljine te promjena osjeta okusa koja je karakterizirana gorkim ili metalnim okusom te pojačanom osjetljivošću na slatko i kiselo.

Primarni i sekundarni oblik

Uzroci ovoga stanja još uvijek nisu u potpunosti razjašnjeni i najčešće se radi o višezročnom djelovanju različitih čimbenika koji se istovremeno mogu i preklapati, što dodatno otežava njihovo otkrivanje.

Uzročno gledano postoje dva tipa sindroma pekućih usta, primarni i sekundarni oblik. Primarni oblik nepoznatoga je uzroka, dok se sekundarni oblik povezuje s jednim od potencijalnih uzročnih čimbenika. Uzročni čimbenici mogu se podijeliti u lokalne uzroke, sustavne bolesti i psihološke čimbenike. Lokalni uzroci podrazumijevaju promjenu oralne sluznice koja je rezultat mehaničkih iritacija (nova neadaptirana proteza ili nesanirani zubi), nepodesnih navika (grickanje oralne sluznice, stiskanje jezika ili zubi), alergijskih reakcija i oralnih gljivičnih infekcija (kandidijaza).

Sustavni uzročnici i stanja višestruki su, a najčešće se javljaju bolesti probavnoga sustava (GERB, gastritis), hormonalne promjene (poremećaj rada hormona štitnjače i/ili spolnih hormona), šećerna bolest, manjak vitamina i minerala (vitamina B kompleksa, vitamina C, cinka, željeza). Osim sustavnih bolesti, simptomi pečenja mogu biti i rezultat korištenja određenih skupina lijekova, a najčešće onih za

povišeni krvni tlak.

Zadnja skupina uzročnih čimbenika psihološki su činitelji. Simptomi pečenja usta vrlo često se manifestiraju kod depresije, anksioznosti i kancerofobije, a dugotrajni osjećaj nelagode, osim posljedice, može biti i uzrok navedenih stanja.

Dijagnoza u četiri koraka

Postavljanje dijagnoze sindroma pekućih usta zahtijeva provođenje više laboratorijskih i dijagnostičkih pretraga. Ne postoji jedan karakterističan test za postavljanje dijagnoze pa se postavljanje dijagnoze temelji na isključivanju potencijalnih uzročnih čimbenika. Postavljanje dijagnoze provodi se u četiri koraka, a to su: anamneza (povijest bolesti), klinički pregled, laboratorijska testiranja te psihološka evaluacija. Razgovor s pacijentom o njegovim trenutačnim medicinskim stanjima daje nam podatke o općim bolestima, alergijama, psihološkom stanju, korištenju lijekova i simptomima povezanim uz pečenje (intenzitet, učestalost, olakšavajućim i pogoršavajućim čimbenicima). Tijekom kliničkoga pregleda potrebno je isključiti prisustvo patoloških promjena na oralnoj sluznici i detaljno pregledati prisutne protetske nadomjestke te preispitati pojavnost nepodesnih navika. U daljnjim dijagnostičkim koracima treba provesti test određivanja količine slina (sijalometrija) i pacijenta uputiti na laboratorijske pretrage. Preporučeni laboratorijski testovi uključuju kompletnu krvnu sliku, razinu glukoze, željeza, feritina, folata, vitamina B, cinka, mikrobiološke testove i alergološka testiranja. Psihološka evaluacija podrazumijeva ispunjavanje različitih upitnika kojima se procjenjuje psihološki status pacijenta.

Liječenje

Višestruki uzroci sindroma zahtijevaju individualan pristup svakom pacijentu i ključna je točka uspješne terapije otkrivanje potencijalnih lokalnih ili sustavnih uzročnih čimbenika. Ako postoji potencijalni uzročni čimbenik, terapija se temelji na njegovu uklanjanju što najčešće dovodi do povlačenja simptoma pečenja i

poboljšanja općega zdravstvenog stanja. Najčešće se ovaj oblik liječenja provodi kod manjka vitamina i minerala ili nadoknadom hormona kod žena u menopauzi. Nasuprot tomu, ako se ne pronađe potencijalni lokalni ili sustavni uzročni čimbenik, terapija je uglavnom simptomatska i temelji se na olakšavanju i stišavanju simptoma. U terapiji je prvenstveno potrebno pacijentu objasniti da ova bolest nije rak (karcinom), da nije životno ugrožavajuća i nije zarazna bolest (infekcija) koja bi se mogla prenijeti drugim članovima obitelji. Lokalno se mogu primijeniti preparati u obliku gela, masti ili spreja. Najčešće su to preparati hijaluronske kiseline koja zaštićuje oralnu sluznicu od iritacijskih podražaja. Pacijenti koji pate od suhih usta trebaju poticati lučenje slina korištenjem bombona bez šećera i žvakaćih guma te olakšavati simptome pečenja hladnom i neutralnom hranom (sladoled, hladan jogurt). Također, potrebno je redovito i pravilno održavanje oralne higijene, uklanjanje nepodesnih navika (pušenje, alkoholizam) te ograničavanje unosa kisele i slane hrane u prehrani, odnosno hrane koja dovodi do pogoršanja simptoma. Mogući neinvazivni način liječenja jest uporaba lasera za meka tkiva koji poboljšava cijeljenje tkiva i uklanjanje simptoma pečenja. Sustavna primjena lijekova nije uobičajena metoda liječenja kod sindroma i uglavnom se koristi samo kod težih i tvrdokornijih oblika sindroma pekućih usta. Najčešće se koriste lijekovi kao što su antidepresivi, benzodiazepini, antipsihotici ili anksiolitici koji se prepisuju u nižim dozama od uobičajenih i dovode do olakšanja simptoma bola.



ZUBNE PROTEZE

IZBOR OVISAN O STANJU ČELJUSTI, funkciji i troškovima



Pišu doc. dr. sc. **Petra Tariba Knežević**, dr. med. dent., spec. stom. prot. izv. prof. dr. sc. **Sunčana Simonić-Kocijan**, dr. med. dent., spec. stom. prot. Klinika za dentalnu medicinu, KBC Rijeka

Zubne proteze mobilni su protetski nadomjestci kojima se nadoknađuju izvađeni zubi i resorbirana kost čeljusti. Za razliku od krunica i mostova koji su fiksni (trajno fiksirani), protetske nadomjestke, proteze pacijent može (i mora) samostalno vaditi iz usta ponajprije radi održavanja oralne higijene.

Zubna proteza kojom se nadomještaju određeni zubi u čeljusti, naziva se djelomičnom (parcijalnom) dok se potpunom (totalnom) naziva ona kojom se zamjenjuju svi zubi u jednoj čeljusti.

Protezama se može nadomjestiti i samo jedan nedostajući zub, ali i svi zubi u pojedinoj čeljusti. Ipak, proteze se najčešće izrađuju u slučaju gubitka

Za razliku od krunica i mostova koji su fiksni, tj. trajno fiksirani, protetske nadomjestke, proteze pacijent može i mora samostalno vaditi iz usta ponajprije radi održavanja oralne higijene

većega broja zuba, odnosno u situacijama u kojima nedostaje preveliki broj zuba za izradu fiksnoga nadomjestka (mosta) ili kada je raspored preostalih zuba takav da onemogućuje izradu mosta. Postoje i situacije u kojima je moguće izraditi most, ali se pacijent odlučuje za izradu djelomične proteze jer ne želi brusiti postojeće zube (za izradu mosta potrebno je prisutne zube izbrusiti, čime se trajno oštećuje postojeći prirodni zub i nepovratno brusi zubno tkivo).

Financijski razlozi također su bitni pri izboru vrste protetskoga nadomjestka. Naime, fiksni rad, tj. most, financira se iz vlastitih sredstava, dok se izrada djelomičnih proteza financira iz sredstava Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje osiguranicima koji posjeduju policu dopunskoga osiguranja.

Materijali akrilat i metal

Materijali za izradu proteza jesu akrilat i metal. Akrilat je materijal nalik na plastiku iz kojega se izrađuje veći dio proteze. Može biti ružičaste boje, čime se estetski imitira sluznica usne šupljine, ili bijele boje, od kojeg su izrađeni protezni zubi. Metal se u izradi proteze koristi kako bi se povećala čvrstoća samoga nadomjestka. Najčešće se koristi pri izradi baza djelomičnih proteza. U kliničkim slučajevima alergijskih reakcija na akrilat i/ili metal zubne se proteze mogu izraditi i

iz drugih, znatno rjeđe korištenih materijala.

Kao što je već navedeno, djelomične i potpune proteze razlikuju se prema tome postoje li prirodni zubi u čeljusti ili ne. S obzirom na tu njihovu osnovnu razliku, postoji i razlika u njihovom izgledu. Potpune proteze sastoje se od baze i proteznih zuba. Baza prekriva sluznicu čeljusti i podležu kost u području izgubljenoga zubnog niza, a širi se i na okolne strukture u svrhu povećanja stabilnosti proteze na svom ležištu i minimalizacije pomicanja pri govoru, žvakanju, gutanju. Tako gornja potpuna proteza pokriva i cijelo nepce, a donja se maksimalno proširuje u podjezični prostor (da ne smeta govoru, žvakanju, gutanju). Najčešće su u potpunosti izrađene od akrilata, iako postoje i varijante u kojima se u akrilatnu bazu "ubacuje" metalna mrežica (ili rjeđe, individualno izlivena metalna ploča) radi povećanja čvrstoće, odnosno smanjenja lomljivosti. Protezni zubi zamjenjuju izgubljene prirodne zube i imitiraju ih u veličini, boji, obliku i položaju. Estetika je u potpunosti zadovoljena.

Djelomične pak proteze sastoje se od protezne baze, umjetnih zuba i veznih (retencijskih) elemenata kojima se proteza pričvršćuje na preostali prirodni zub. Baza je onaj dio kojim proteza naliježe na sluznicu i podležu kost na dijelovima zubnoga luka u kojima su zubi

izvađeni, ali i na dijelove nepca (gornja proteza) odnosno podjezičnoga prostora (donja proteza). Što je veći broj zuba koji nedostaje, to je baza proteze veća. Povećanjem protezne baze osigurava se čvršći položaj same proteze u ustima u mirovanju i pri funkcijama govora, žvakanja, gutanja. Protezni zubi u estetskom i funkcionalnom smislu zamjenjuju izvađene zube, što znači da izgledom (bojom, oblikom, veličinom, položajem) imitiraju izvađene zube i da se njima mogu izvršiti sve uobičajene funkcije. Retencijski element je onaj dio kojim se proteza povezuje s određenim preostalim prirodnim zubima kako bi se osigurala čvrstoća i stabilnost proteze u mirovanju i pri izvođenju kretnji. U retencijske elemente ubrajamo kvačice, zglobove pričvrstke, teleskopske krunice i prečke.

Kvačice

Kvačice predstavljaju najjednostavniji oblik retencije i osiguravaju najmanju retencijsku snagu u odnosu na druge oblike retencije (što ne znači da su loše sredstvo za retenciju proteze, ali druga retencijska sredstva osiguravaju čvršći ležaj proteze u ustima). Izrađene su od metala, bilo da su žičane (prefabricirana žica oblikuje se prema zubu na koji se hvata, iako nikada nije savršeno prilagođena) ili lijevane (izlivena iz metala, individualno točno prilagođena zubu na koji se vežu). Najlošije su

Proteze na implantatima

Zasebnu vrstu proteza predstavljaju one koje se vežu na implantate. Uglavnom se izrađuju u situacijama u kojima pacijent nema prirodnih zuba pa se pribjegava postavljanju implantata na koje se proteza "veže" čime se znatno povećava stabilnost proteze u mirovanju i pri kretnjama.

Iako proteze predstavljaju vrlo dobro protetsko rješenje, kod pacijenata se nerijetko primjećuje odbojnost prema takvoj vrsti protetske opskrbe. Glavni razlozi su veća dimenzija samoga nadomjestka u odnosu na fiksni rad i nužnost svakodnevnoga skidanja radi održavanja oralne higijene. S obzirom na to da se proteze povezuju sa starijom životnom dobi, postoji i psihološki aspekt koji otežava prilagodbu na takvu vrstu nadomjestka. Ipak, mnogi se pacijenti odluče za neki oblik proteze ponajprije radi njihove niže cijene u odnosu na fiksni rad na zubima ili implantatima.

estetsko rješenje, vidljive su pri osmijehu i kretnjama, ali su financijski najpovoljnije jer troškove pokriva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Zglobni pričvrstci

Radovi kod kojih postoji fiksni dio (krunica ili most) koji je zglobovom vezom pričvršćen s djelomičnom protezom nazivaju se kombiniranim protetskim nadomjestcima. Zglobni pričvrstci (nazivaju se i etečmenima prema engl. attachment) vezni su elementi između krunice, koja se trajno cementira na zub nosač, i djelomične proteze. Prirodni se zub treba izbrusiti kako bi se na njega mogla cementirati krunica koja nosi zglobnu vezu. Svaki se pričvrstak sastoji od matrice (ženski dio) i patrice (muški dio) i funkcionira kao 'druker'. Matrica i patrica se "zakopčavaju" čime se ostvaruje stabilan i čvrsti ležaj proteze u ustima. Često se koriste iako su financijski zahtjevniji i izrada im je složena. Značajna prednost u odnosu na kvačice jest estetika, jer su pričvrstci potpuno pokriveni protezom, i



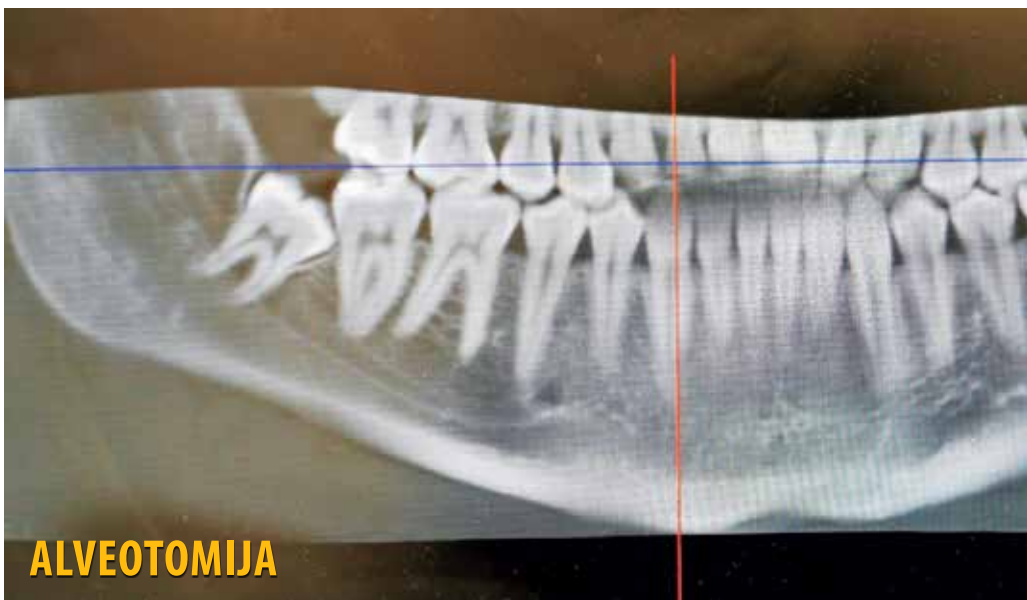
stabilnost.

Teleskopske krunice

Teleskopske krunice dvostruke su krunice kod kojih se unutarnja krunica (patrica, muški dio) trajno cementira na prirodnom zubu nosaču, a vanjska krunica (matrica, ženski dio) dio je proteze. Patrica ima izgled metalne kapice i opskrbljuje zub koji je prethodno potrebno izbrusiti. Matrica imitira izbrušeni zub nosač bojom, oblikom i veličinom. Trenje između vanjske površine patrice i unutarnje površine matrice osigurava izrazito stabilan položaj proteze u ustima te izvrsno prijanjanje proteze pri hranjenju i govoru. Teleskopska krunica može se izraditi na jednom ili više preostalih prirodnih zuba. Njezina izrada je složena, ali osigurava znatno veću stabilnost i prijanjanje proteze u ustima. Teleskopske krunice estetski su izrazito prihvatljive s obzirom na to da imaju izgled zuba, ali su cjenovno zahtjevnije (ne financiraju se preko Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje).

Prečke

Prečka je metalna spojnica koja povezuje krunice cementirane na prirodnim zubima i predstavlja patricu dok je matrica smještena u bazi djelomične proteze. Estetski u potpunosti zadovoljava jer su svi dijelovi veznoga elementa pokriveni djelomičnom protezom i osiguravaju stabilan položaj i sigurno prijanjanje u ustima pri izvođenju kretnji. Tijekom laboratorijske izrade složen je i financijski zahtjevniji od proteze na kvačicama. Nešto se rjeđe izrađuju u odnosu na druge protezne retencijske elemente.



ALVEOTOMIJA

PRIKLJEŠTENE ILI ZUBE KOJI NISU NIKLI najčešće je nužno operirati

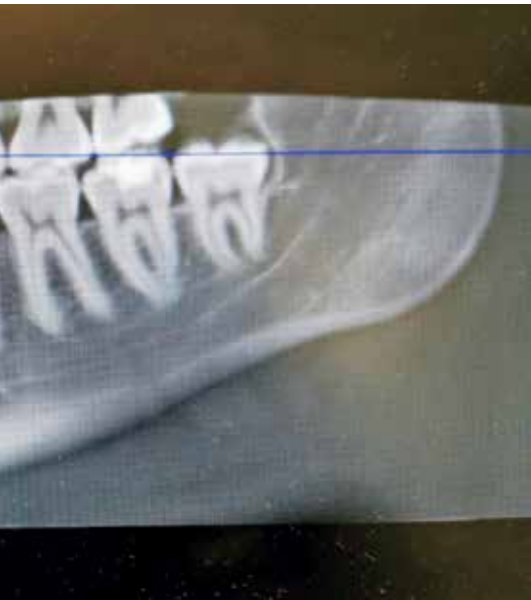
Zahvat je indiciran kod slučajeva kada zubi ne izniknu na očekivanom mjestu unutar zubnoga luka, kao i kod zaostalih korjenova u slučajevima neizniklih zuba, a riječ je o uklanjanju dijela koštanoga grebena jedne od čeljusti

Piše **Nenad Popov**, dr. med. dent.
specijalist oralne kirurgije
Klinika za dentalnu medicinu
KBC Rijeka

Alveotomija jedan je od najčešćih oralnokirurških zahvata koji podrazumijeva uklanjanje dijela kosti alveolarnoga grebena radi lakšega vađenja zuba ili zaostalog korijena. Alveolarni

greben ili alveolarni nastavak koštani je dio gornje i donje čeljusti u kojem se u početku razvijaju zubni zametci mliječne i trajne denticije, dok kasnije, kada zubi izniknu, služi kao sidrište za korjenove tih istih zuba.

Navedeni zahvat indiciran je kod slučajeva kada zubi ne izniknu na očekivanom mjestu unutar zubnoga luka u određenom vremenskom razdoblju, kao i kod



zaostalih korjenova. U slučajevima neizniklih zuba, ovisno o uzroku nenicanja, govorimo o impaktiranim (prikleštenim) i retiniranim (zadržanim) zubima.

Impaktirani i retinirani zubi u pravilu su potpuno razvijeni zubi koji nisu izniknuli na očekivanom mjestu u zubnom luku, već su smješteni potpuno ili većim dijelom unutar alveolarnoga grebena.

Pojam impaktirani zubi najčešće se vezuje za umnjake, dok retinirani za očnjake. Razlika je između impaktiranih i retiniranih zuba u uzroku zbog čega pojedini zub nije niknuo unutar zubnoga luka. Kod impaktiranih zuba postoji mehanička prepreka koja fizički sprečava njihovo nicanje, poput susjednoga zuba, nedostatka mjesta unutar zubnoga luka (jer umnjaci niču posljednji) te ostale anatomske strukture, kao što je tvrda kost uzlaznoga kraka donje čeljusti. Kod retiniranoga zuba uzrok nenicanju nije mehanički, već može biti neki patološki proces koji može uzrokovati oštećenje zametka ili potpuno razvijenoga zuba, nepovoljan smjer uzdužne osovine zubnoga zametka, predboki položaj istoga ili njegovo pogrešno mjesto u čeljusti te gubitak impulsa za nicanje, kao i nasljedni faktori.

Indikacije

Preporuka je izvoditi alveotomiju u strogo indiciranim slučajevima zbog mogućih pojava komplikacija u tijeku i poslije zahvata. Indikacije za alveotomiju postavljaju se na osnovi kliničkoga pregleda

pacijenta uz radiološku analizu (izrada ortopantomograma ili CBCT-a) i eventualnu konzultaciju specijalista parodontologije, ortodontije ili dentalne patologije i endodoncije.

U indikacije za alveotomiju spadaju stalne i ponavljajuće upale do nekoliko puta godišnje koje se mogu pojaviti u području oko krune impaktiranoga zuba sa pseudodžepom (perikoronitis), prisutnost duboke karijesne lezije što može rezultirati jakim boli "živca" zuba, tj. pulpe, zatim pojava granuloma koji može napredovati do razvoja apscesa. Osim pojave upale, indikacije mogu biti i lokalni razvoj cista i novotvorovina te patološka resorpcija korijena susjednih zuba.

U rijetkim slučajevima može se dogoditi i pritisak umnjaka na živac donje čeljusti (nervus alveolaris inferior) što može dovesti do pojave neuralgične boli.

Tu su i ortodontski razlozi za alveotomiju umnjaka: zbog manjka mjesta u zubnom luku alveotomija se izvodi u većini slučajeva prije ortodontske terapije dok se rjeđe radi poslije njezina završetka.

Također, u rijetkim se slučajevima alveotomija radi i kod autotransplantacije umnjaka na mjesto izvađenoga prvog ili drugog kutnjaka.

Kod određenih zdravstvenih stanja, kao što je bolest srca te kod pripreme pacijenta prije terapije zračenjem, kemoterapije ili transplantacije organa, također je nužno napraviti alveotomiju umnjaka ili zaostalih korjenova radi uklanjanja mogućega žarišta upale koji može kompromitirati opće zdravstveno stanje.

S obzirom na odnose okolnih anatomskih struktura i umnjaka te fiziološko

stanje okolne kosti najpovoljnije je vrijeme za alveotomiju umnjaka, ako postoji razlog za njegovo vađenje, između sedamnaeste i dvadesete godine života.

Kontraindikacije

Kontraindikaciju za alveotomiju predstavljaju slučajevi kada umnjak ima pravilan smjer nicanja uz dovoljno mjesta za svoj smještaj u zubnom luku, zatim mogućnost održavanja dobre oralne higijene ili kada je duboko smješten u grebenu ili uzlaznom kraku čeljusti bez lokalnih ili sistemskih smetnji te starija životna dob pacijenta.

Alveotomija

Prije samoga zahvata, osim kliničkoga pregleda u usnoj šupljini, potrebna je i



Nekad nužan interdisciplinarni pristup

Težina zahvata može varirati od lakšega do težega što ovisi o položaju i dubini smještaja zuba, odnosno zaostalog korijena, anatomskim odnosima, vremenskom trajanju zahvata, postojanju patoloških promjena u blizini, fiziološkom i zdravstvenom stanju pacijenta te o znanju, spretnosti i iskustvu operatera.

Da bi se izbjegli nepotrebni rizici od mogućih komplikacija, potrebno je odrediti pravilnu indikaciju za alveotomiju. Nekada to znači interdisciplinarni pristup u donošenju odluke što u konačnici može uključivati i specijaliste iz ortodontije, parodontologije, dentalne patologije i endodoncije.



radiološka analiza impaktiranoga odnosno retiniranoga zuba za što se koristi ortopantomogram i eventualno CBCT. Pri toj se analizi gleda položaj zuba, njegova veličina, oblik krune i korijena, dubina smještaja u kosti čeljusti, njegov odnos prema okolnim anatomskim strukturama te radi li se o impakciji ili retenciji. Bitno je pritom utvrditi njegov odnos s mandibularnim kanalom kroz koji prolaze krvne žile i živac donje čeljusti (nervus alveolaris inferior), kao i odnos prema susjednim zubima.

Kirurški zahvat započinje adekvatnom lokalnom anestezijom operativnoga polja, zatim se kirurškim nožićem napravi odgovarajući rez i odvoji se gingiva (zubno meso), tj. režanj od koštane podloge. Postoji nekoliko vrsta reza, a koji će se koristiti, ovisi o dubini i položaju impaktiranoga odnosno retiniranoga zuba. Bitno je da režanj svojim oblikom i veličinom omogućava dobru preglednost i pristupačnost prilikom zahvata.

S okruglim čeličnim svrdlom uklanja se koštani dio grebena koji se nalazi iznad i

oko impaktiranoga/retiniranoga zuba, odnosno zaostalog korijena. Time se napravi otvor kroz koji se uklanja zub, odnosno zaostali korijen, uporabom odgovarajućih instrumenata poput poluge. Kada je kruna zuba prevelika ili su korijeni izrazito zakrivljeni ili je položaj takav da se ne može ukloniti u jednom komadu bez opsežne destrukcije okolne kosti, anatomskih struktura ili susjednoga zuba, onda se ciljani zub, odnosno korijen, može prepiliti, tj. separirati posebnim svrdlom (svrdlo po Lindemannu) u dva ili više komada. Nakon što se zub izvadi, rana se dobro očisti i ispere fiziološkom otopinom te se režanj vrati u prvobitan položaj uz šivanje kirurškim koncem koji može biti resorbirajući ili neresorbirajući.

Komplikacije

Najčešće postoperativne upute koje pacijenti dobivaju od operatera jesu uzimanje analgetika na usta 2-3 dana te istovremeno hlađenje operiranoga područja. Preporučuje se mekša prehrana uz mirovanje nekoliko dana. Potrebno je održavati higijenu usta i rane ispiranjem dezinficirajućim otopinama. Ovisno o težini zahvata mogu se prepisati i

odgovarajući antibiotici.

Nažalost, kako je u području kirurgije općenito moguća pojava komplikacija, one su moguće i ovdje. Komplikacije se mogu podijeliti u dvije grupe ovisno o vremenu kada se javljaju u odnosu na zahvat.

Komplikacije koje se mogu pojaviti tijekom izvođenja alveotomije jesu prijelom korijena, potiskivanje zuba ili korijena u mandibularni kanal, podčeljusni prostor, tj. prostor ispod stražnjega dijela jezika ili u sinus gornje čeljusti. Također može doći do oštećenja okolnih živaca i krvnih žila, zatim do prijeloma dijela čeljusnoga grebena ili pak do prijeloma same čeljusti u području zahvata.

Komplikacije koje se mogu pojaviti nakon završenoga operativnog zahvata jesu naknadno krvarenje iz rane, grč mišića žvakača, tzv. trizmus, zatim potkožni emfizem kao posljedica utiskivanja zraka u rahlo vezivno tkivo prema obrazu, vratu ili donjem kapku. Jedna je od svakako najneugodnijih komplikacija pojava bola nakon alveotomije kao posljedica nedostatka ili raspadanja krvnoga ugruška u rani što se najčešće označava medicinskim pojmom alveolitis sicca, a nekada i kao dolor post extractionem.



APIKOTOMIJA ZUBA

NE USPIJE LI ENDODONTSKA TERAPIJA ZUBA, VRŠAK KORIJENA

Piše **Luka Morelato**, dr. med. dent.
specijalist oralne kirurgije

Apikotomija zuba čest je oralnoki-rurški postupak uklanjanja vrška korijena zuba (apeksa) u svrhu očuvanja zuba u zubnom nizu. Apikotomija zuba provodi se u slučaju neuspjeloga pokušaja ili nemogućnosti endodontske terapije zuba. Cilj endodontske terapije zuba jest vađenje tkiva iz endodontskoga prostora, dezinfekcija i ispunjavanje prostora bioinertnom masom. Endodontski prostor nalazi se manjim dijelom unutar krune zuba te se taj dio naziva zubna pulpa, dok se većim dijelom proteže cijelom duljinom korijena zuba te se taj dio naziva korijenski kanal. Cijeli postupak se često naziva i "liječenje zuba" ili, ponekad, "vađenje živca".

Zašto se "vadi živac"

Ako karijesna lezija uzrokovana bakterijama proдре kroz tvrda tkiva krune zuba, dođe u blizinu zubne pulpe – živca. Bakterije naseljavaju endodontski prostor i izazivaju upalu unutar zuba. Upala se obično manifestira zuboboljom u vidu pulsirajućega bola koji se pogoršava prilikom liježanja. Tkivo unutar endodontskoga prostora zuba može biti inficirano i uslijed traume zuba.

Endodontska terapija – liječenje zuba

Endodontska terapija provodi se kroz otvor unutar krune zuba kojim se pristupa endodontskom prostoru. Otvor u kruni zuba mora biti dovoljne veličine kako bi se omogućila provedba endodontske terapije, ali i prilagođen veličini pojedinoga zuba kako se ne bi narušila struktura same krune zuba. Liječenje

zuba mora se ukloniti

Kada liječenje "vađenjem živca" nije moguće, odstranjuje se vršak – apeks zuba u svrhu očuvanja zuba u zubnom nizu



zuba provodi se igličastim instrumentima različitih dimenzija koji se uvode u endodontski prostor i služe za uklanjanje tkiva i oblikovanje stijenki korijenskoga kanala. Ovisno o namjeni instrumenata nazivamo ih strugači i proširivači. Tijekom liječenja zuba endodontski prostor višekratno se ispire dezinfekcijskim sredstvima kako bi se uklonio zaostali materijal nastao oblikovanjem stijenki te kako bi se prostor dezinficirao od svih prisutnih bakterija koje nije bilo moguće ukloniti mehaničkim postupkom.

Nakon čišćenja i ispiranja korijenski kanal se suši za to namijenjenim i posebno oblikovanim papirnatim štapićima. Suhi endodontski prostor preduvjet je za punjenje korijenskoga kanala.

Punjenje korijenskih kanala provodi se bioinertnim materijalom u obliku štapića obično narančaste boje koji se prije punjenja umaču u cement namijenjen ispunjavanju prostora u koji bioinertni materijal ne može prodrijeti i povezivanju punjenja u homogenu masu. Nakon napunjenih korijenskih kanala dio prostora pulpe zuba i kruna zuba rekonstruiraju se zubnim ispunom - plombom.

Razlozi neuspjeha endodontske terapije

Liječenje zuba kao i svaki postupak u dentalnoj medicini nosi određene rizike i mogućnost neuspjeha koji ne mora biti nužno vezan uz vještinu doktora dentalne medicine i opremu kojom se koristi.

Endodontski prostor unutar zuba je varijabilan, zub ne mora imati točno

Zahvat bezbolan ali kompleksan

Zahvat apikotomije provodi se u suradnji i dogovoru doktora dentalne medicine specijalista endodontije i specijalista oralne kirurgije u svrhu očuvanja zuba nakon neuspjeloga pokušaja endodontskoga liječenja zuba. Sam zahvat je bezbolan i kompleksan jer zahtijeva planiranje i suradnju doktora različitih specijalnosti.

određeni broj korijenskih kanala koji se očekuju. Najvarijabilniji dio upravo je dio vrška korijena (apeksa) koji često završava većim brojem kanalića koji se račva u i slikovito se opisuju kao riječno ušće delta.

Stanice koje se normalno nalaze unutar endodontskoga prostora prilikom prodora bakterija kroz krunu zuba brane se prirodnim mehanizmom povećanoga odlaganja minerala na stijenske korijenskoga kanala što dovodi do njegova sužavanja. Uski korijenski kanali mogu biti vrlo teški za proširivanje i oblikovanje. Ponekad dolazi do nemogućnosti prolaska instrumenta kroz korijenski kanal te se tada korijenski kanal naziva obliteriranim.

Nadalje, sama anatomija korijena zuba, a posljedično i korijenskoga kanala, može varirati oblikom. Jako zakrivljene korijenske kanale vrlo je teško adekvatno instrumentirati i napuniti. Prilikom instrumentacije zakrivljenih kanala može doći do neželjenih incidenata u vidu pucanja

instrumenata čiji dio zaostane unutar endodontskoga prostora.

Veće upale ili cistične promjene u području vrška korijena ponekad nije moguće riješiti samo endodontskom terapijom zbog nemogućnosti postizanja zadovoljavajućih uvjeta u vidu suhoće korijenskih kanala.

U svrhu rješavanja pojedinih navedenih komplikacija provodi se postupak apikotomije korijena. Važno je naglasiti da je apikotomija korijena postupak koji se provodi u slučaju neuspjeha endodontske terapije te nije nikako prvi izbor u postupku liječenje zuba.

Apikotomija korijena

Oralnokirurški pristup u područje vrška korijena provodi se u lokalnoj anesteziji te je potpuno bezbolan zahvat. Preduvjet i osnova apikotomije zuba jest adekvatno napunjen endodontski prostor zuba. Zahvat se izvodi kirurškim podizanjem zubnoga mesa te pristupanjem svrdlom kroz koštanu stijenu grebena kosti do područja vrška korijena. Vršak korijena se rotirajućim instrumentima uklanja te se, ovisno o procjeni operatera, može dodatno izvršiti intraoperativno punjenje područja vrha korijenskoga kanala, retrogradno punjenje korijenskoga kanala.

Uklanjanju vrška korijena obično prethodi uklanjanje upalnoga tkiva u području oko samoga vrška korijena. Upalno tkivo oko vrška korijena zuba naziva se granulomom. Sama upala u području vrška korijena u nekim situacijama može biti impuls za stvaranje ciste koju se tada naziva upalna odontogena radikularna cista. Ako se cista ne liječi, može doći do njezina rasta i ponekad zahvaćanja susjednih zubi ili anatomskih struktura.

Postupak apikotomije vrška korijena zuba rutinski se provodi na jednokorijenskim zubima, a postupak na višekorijenskim zubima otežan je i upitne prognoze.

U fazi oporavka nakon zahvata pacijent može biti blago natečen. U svrhu ublažavanja i prevencije otekline poželjno je nakon zahvata držanje hladnih obloga u regiji operiranoga područja. U slučaju postoperativnih bolova preporučuju se analgetici.



CISTE U ORALNOJ
KIRURGIJI

RANIJA DIJAGNOSTIKA

olakšava zahvat

Piše **Ana Barbalić**, dr. med. dent.
specijalist oralne kirurgije
Klinika za dentalnu medicinu KBC Rijeka

Oralna kirurgija, kao jedna od grana u dentalnoj medicini, obuhvaća različite kirurške zahvate u oralnoj šupljini pacijenta. Za razliku od mnogih zahvata u prošlosti, današnji zahvati obavljaju se u lokalnoj anesteziji i potpuno bezbolno.

Jedna od najčešćih problematika koje zahtijevaju dolazak i terapiju kod oralnoga kirurga jesu ciste čeljusti ili ciste mekih tkiva. Sama definicija ciste govori nam o asimptomatskoj promjeni unutar tvrdoga tkiva (u kosti gornje ili donje čeljusti) ili mekoga tkiva (gingiva usne šupljine ili usnice). Možemo je zamisliti kao zatvorenu vrećicu tkiva. Neke su od tih

Ciste čeljusti i mekih tkiva su česte promjene uobičajeno benignoga karaktera. Ako se dijagnosticiraju dovoljno rano, kirurški zahvat je kraći, a postoperativni oporavak za pacijenta manje zahtjevan

vrećica ispunjene zrakom, neke mekanim sadržajem ili tekućinom. One su najčešće bezbolne i neprimjetno rastu dulje vrijeme, sve dok se ne upale. Ciste čeljusti i mekih tkiva su česte promjene uobičajeno benignoga karaktera. Ako se dijagnosticiraju dovoljno rano, kirurški zahvat je kraći, a time je postoperativni oporavak

za pacijenta manje zahtjevan. Preporučljivo je za svakoga pacijenta biti redovit u kontrolama i ne odlagati posjete primarnom doktoru dentalne medicine

Dijagnostika cista

Sumnja na cističnu promjenu koja zahtijeva oralnokiruršku terapiju postavlja se na temelju kliničkoga i radiološkoga pregleda pacijenta. Pacijent može dati dobru anamnezu u vezi sa svojim stanjem: od kad je primijetio vidljivo izbočenje na kosti u usnoj šupljini ili na mekim tkivima, je li promjena bolna, jesu li okolni zubi pomični, ima li znakova upale. Ponekad su potrebne i dodatne dijagnostičke metode kao što su: punkcija sadržaja cistične šupljine (uz lokalnu anesteziju iglom se aspirira sadržaj cistične šupljine te se klinički sadržaj pregleda), citološki

pregled stanica same ciste i njezina sadržaja (to je patohistološka analiza) te CBCT (tzv. 3D) snimka područja čeljusti zahvaćenoga cističnom promjenom.

Najčešće vrste cista

1. Radikularna cista

Kao što joj i samo ime govori, ovo je cista koja se nalazi uz korijen (lat. radix) zuba. Njezina terapija najčešće uključuje endodontsko liječenje (liječenje korijenskoga kanala) zuba zahvaćenoga cistom prije samoga operativnog zahvata. Time je zub pripremljen za operativni zahvat cistektomije - počisti se cista i ukloni vršak korijena oko kojega se sama cista nalazi. Cilj terapije je zadržavanje vlastitoga izliječenog zuba u usnoj šupljini.

2. Rezidualna cista

Ova vrsta ciste nastaje kada se prethodno upaljen zub odstrani, a sama cista ostaje u čeljusti. Ona nastavlja polagano rasti. Najčešće ne stvara nikakve subjektivne tegobe pacijentu koji nije ni svjestan da je cista u kosti. Otkrije se slučajno, na sljedećem kontrolnom pregledu i na novoj ortopanskoj snimci. U rjeđim slučajevima rezidualna cista postane toliko velika da uzrokuje deformaciju čeljusti

ili naknadno uzrokuje infekciju sa svojim klasičnim simptomima: bolovima, oteklinom, crvenilom itd. Terapija je također cistektomija.

3. Folikularna cista

Folikularne ciste najčešće su neupalne ciste vezane za zube. Nastaju oko već formirane i kalcificirane krune neiznikloga ili impaktiranoga zuba. Lokacijski, u skoro 50 posto svih slučajeva, folikularne ciste nalazimo oko krune retiniranoga ili impaktiranoga trećeg molara (umnjaka) donje čeljusti, a vrlo često i u području zaostalih očnjaka u gornjoj čeljusti. Mogu biti povezane i s prekobrojnim zubima te ju nalazimo i u slučajevima meziodensa (prekobrajnoga zuba u gornjoj čeljusti, nalazi se između lijevoga i desnoga prvog sjekutića).

Manje folikularne ciste potpuno su asimptomatske. Nađu se kao slučajan rendgentski nalaz, tipično kao okrugli ili ovalni "mjehurić" u koji strši kruna neiznikloga zuba, djelomično ili potpuno u "mjehuriću". Međutim, i ove ciste mogu narasti i dosegnuti značajnu veličinu te time dovode do širenja kosti, a pacijent pritom ne osjeća bol. Terapija folikularne ciste je također oralnokirurški zahvat

cistektomije u lokalnoj anesteziji pri čemu se najčešće uklanja i cista i neiznikli zub oko čije krune se cista razvila.

4. Eruptivna cista

Eruptivna cista ili eruptivni hematoma pojavljuje se kod neke djece prilikom nicanja zuba, najčešće mliječnih ili trajnih kutnjaka. Promjena se nalazi na području zubnoga grebena i tipično je plavičaste boje. Pojavljuje se nekoliko tjedana uoči nicanja zuba. Iako nekim roditeljima može djelovati dramatično, nema razloga za zabrinutost jer ova promjena prolazi spontano kako zub niče prema usnoj šupljini. Ako ipak eruptivna cista počne stvarati tegobe, potrebna je pomoć doktora dentalne medicine koji će olakšati nicanje zuba.

5. Ciste žlijezda slinovnica

Ciste žlijezda slinovnica ciste su mekih tkiva i njihov nastanak nije vezan za zube. Najčešće ciste žlijezda slinovnica su mukokele i ranule.

Mukokela se javlja najčešće na sluznici donje usne. Izgleda kao prozirni ili plavičasti "balončić". Također je najčešće bezbolna promjena. Iz pacijentove anamneze saznajemo da se "balončić" puni i potom spontano prazni. Taj se ciklus može nekoliko puta ponavljati dok pacijent ne odluči doći na oralnokirurški pregled i terapiju. Mukokele nastaju ili radi mehaničke ozljede (npr. zbog čestoga grickanja donje usnice, slučajnoga ugriza ili piercinga) ili nekoga drugog razloga zbog kojeg dođe do opstrukcije izvodnih kanala malih žlijezda slinovnica. Terapija mukokele je kirurška, uz lokalnu anesteziju.

Ranula je cista vezana za žlijezde slinovnice slična mukokeli, ali se lokacijski razlikuju. Ranula je veća, plavičasta fluktuirajuća oteklina oblika kupole. Ona odiže jezik samo s jedne strane. Pacijent ne može jezik držati u prirodnom položaju. Nastaje jer je izvodni kanal ili sublingvalne ili submandibularne žlijezde slinovnice začepljen te je time onemogućeno otjecanje sline van prema usnoj šupljini. Uzrok začepljenja može biti sijalolit - kamenac u izvodnom kanaliću žlijezde slinovnice, mukozni čep ili suženje izvodnoga kanala žlijezde slinovnice. Terapija je također kirurška.



MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP LIJEČENJU RAKA DOJKE

SURADNJA STRUČNJAKA

različitih specijalnosti za najbolje ishode liječenja

Piše doc. dr. sc. **Damir Grebić**, dr. med.
specijalist opće kirurgije
subspecijalist kirurške onkologije

U razvijenom svijetu danas je rak dojke najčešća zloćudna bolest kod žena. U posljednjih desetak godina smrtnost od karcinoma dojke znatno se smanjila zahvaljujući ranom dijagnosticiranju bolesti i što ranijem početku liječenja. Različiti specijalisti koji se bave oboljelima od malignih bolesti željeli su formirati multidisciplinarni tim koji će svakoj osobi pristupiti individualno, svaki slučaj posebno razmotriti i svima pružiti jednake mogućnosti. Time se želi poboljšati ishod liječenja oboljelih. Kako bi se osigurala adekvatna zdravstvena zaštita svakoj bolesnici, preporučeno je u tim uključiti mrežu specijalista. Mreža obuhvaća dijagnostiku te kiruršku i nekiruršku skrb. Liječenje malignih bolesti, pa tako i raka dojke, zahtijeva suradnju većega broja liječnika specijalista koji se bave problematikom bolesti dojke

Članovi tima pristupaju svakoj pacijentici na opsežan i individualiziran način koji znatno podiže standarde dijagnostike i liječenja. Razmatraju se i biraju najbolji dijagnostički i terapijski protokoli

i svi skupa tvore jedan tim koji se zove multidisciplinarni tim. Multidisciplinarnost je definitivno najbolji pristup liječenju za određenu bolesnicu prema njezinim individualnim karakteristikama i potrebama. Sastanci multidisciplinarnoga tima bitni su i za usavršavanje mladih liječnika budući da imaju i edukacijsku ulogu. Mladi liječnici, specijalizanti kirurgije ili onkologije, mogu u timu pratiti ispravno postavljanje indikacije za liječenje bolesnica na osnovi učinjenih dijagnostičkih pretraga. U svakom većem kliničkom bolničkom centru, pa tako i u KBC-u Rijeka, postoje mnogi multidisciplinarni timovi: tim za melanome, tim za kolorektalni karcinom, tim za urogenitalne tumore, tim za ginekološke tumore i tim za oboljele od karcinoma

dojke. Multidisciplinarni se tim sastoji od terapijskoga dijela tima koji čine onkolog i kirurg (onkološki kirurg i plastični kirurg), dijagnostičkoga dijela tima koji čine patolog, citolog, radiolog i specijalist nuklearne medicine te rehabilitacijskoga dijela tima koji čine psiholog i fizijatar. Budući da je sve veći broj mladih žena oboljelih od karcinoma dojke, bilo je neophodno u tim uvesti i ginekologa koji se bavi područjem humane reprodukcije.

Zajednički pristup liječnika različitih specijalnosti koji se bave liječenjem raka smatra se neophodnim i ključnim za adekvatnu borbu protiv bolesti i za izlječenje bolesnica. Multidisciplinarni tim planira dijagnostičke i terapijske procedure te osigurava način kako navedene

procedure što brže provesti. Time se nastoji ubrzati dijagnostičku obradu bolesnica, poboljšati ishod i kvalitetu života.

Iskustva riječkoga KBC-a

Multidisciplinarni tim za dojke u KBC-u Rijeka osnovan je 2002. g., ali se tada sastojao od manjeg broja članova nego što je to slučaj danas. Formiran je iz potrebe da specijalisti: kirurg, patolog, onkolog i radiolog na jednom mjestu zajednički analiziraju nalaze bolesnica umjesto da se dogovaraju telefonski. Od tada pa do danas učinjeni su brojni koraci koji su doprinijeli napretku tima i njegovom funkcioniranju te povećanju broja članova. Voditelj suvremenoga multidisciplinarnog tima onkološki je kirurg pa stoga na timu predstavlja najveći broj slučajeva bolesnica. Sastanak se vodi uvijek na isti uhodani način. Način rada ne mora biti isti u ostalim kliničkim bolničkim centrima. U KBC-u Rijeka multidisciplinarni tim za bolesnice oboljele od karcinoma dojke sastaje se svakoga utorka u predavaonici Klinike za kirurgiju.

Razmatraju se slučajevi s novootkrivenim tumorom kojima je potrebna hitna dijagnostika i način liječenja, slučajevi bolesnica oboljelih od karcinoma dojke kod kojih je potrebno operativno liječenje ili pak onkološko liječenje u obliku primjene neoadjuvantne kemoterapije (kemoterapija prije operacije) te slučajevi operiranih bolesnica s definitivnim PH nalazom kod kojih se odlučuje o daljnjem tijeku liječenja. Predstavljaju se slučajevi iz kirurške ambulante za koje kirurg pretpostavlja da će biti potrebno operativno liječenje ili neoadjuvantno kao primarno liječenje te slučajevi koji su predviđeni za liječenje radikalnom operacijom s rekonstrukcijom dojke. Razgovara se o slučajevima

za koje je potrebno mišljenje radiologa kao i o bolesnicama s nalazima iz drugih ustanova za koje je potrebno mišljenje i dodatna dijagnostička obrada, o bolesnicama sa sumnjivim lezijama ili s lezijama koje su nepalpabilne, a za koje treba odlučiti kakvom će obliku kirurškoga pristupa biti podvrgnute.

Odluke o svim medicinskim procedurama

Prezentiraju se slučajevi bolesnica koje boluju od karcinoma dojke, a predviđene su i za biopsiju limfnoga čvora stražara (sentinel limfni čvor) pazušne jame. Takva vrsta zahvata radi se jednom tjedno budući da je prije operacije potrebna suradnja sa specijalistom nuklearne medicine zbog potrebne limfoscintigrafije da bi se obilježio limfni čvor čuvar. Ponekad se, u dogovoru sa specijalistom nuklearne medicine, takva procedura radi i dva puta tjedno. Patolog na timu izvještava o svim gotovim PH nalazima, a citolog o nalazima citoloških punkcija. Onkolog prikazuje slučajeve za biopsiju recidiva i rebiopsiju metastaza te slučajeve bolesnica koje su prošle neoadjuvantnu terapiju, a kod kojih se planira operativno liječenje. Na timu se u dogovoru s kirurgom



određuje i vrsta operacije kojoj će bolesnica biti podvrgnuta. Razmatraju se slučajevi predviđeni za operacijski zahvat u tekućem tjednu i tjednu koji dolazi. Dogovara se o bolesnicama koje će biti operirane i kojom vrstom operacije. Potom se iznose i slučajevi bolesnica operiranih prethodnoga tjedna te se na osnovi PH nalaza određuje je li im potrebna dodatna kirurška intervencija ili pak onkološko mišljenje o terapiji (radioterapija, kemoterapija, hormonska terapija). Ako je pak potrebna dijagnostička obrada, radiolog odmah na timu određuje termin bilo da je riječ o UTZ-u dojki i potrebne UTZ punkcije ili iglene biopsije (core biopsija) ili pak MR-u dojki. Ako je potreban scintigram kosti u svrhu isključenja koštanih metastaza, specijalist nuklearne medicine određuje termin. Da bi se što prije započelo s liječenjem, oboljele osobe odmah dobivaju potrebne termine koji im se pripoće prilikom pregleda kirurga u grudnoj ambulanti. Ako pacijentice imaju D1 uputnicu za kirurga, on im izdaje i uputnice za navedene dijagnostičke pretrage. Svi članovi tima, ili barem većina njih, trebaju se složiti oko svake odluke. Sastavni dio tima je i kirurg specijalist plastične kirurgije (radi mišljenja o potrebi rekonstrukcije dojke) kao i medicinske sestre koje su od iznimne važnosti jer čine sponu između tima i pacijenata. Medicinska sestra prikuplja sve podatke, odnosno nalaze, prati bolesnice kroz sustav, priopćava im termine zakazanih pretraga, poziva bolesnice na pregled, vodi brigu o odazivanju bolesnica na dogovoreni termin u svezi s pretragama i pregledima. Medicinska sestra vodi popise pacijenata, dok činovnica zapisuje, za svaku bolesnicu posebno, ključak tima koji potpisuju svi specijalisti prisutni na sastanku multidisciplinarnoga tima i koji se kao dokument u pisanom obliku dostavlja svakoj bolesnici. Zahvaljujući ulozi medicinskih sestara, bolesnice ne čekaju nalaze, dobivaju jasne termine i informirane su kamo trebaju ići i kome se obratiti tijekom svoga liječenja. Svaku se bolesnicu prati od otkrivanja tumora, preko dijagnostike, liječenja i nakon izlječenja poštujući pritom individualni pristup svakoj osobi, što je od iznimne važnosti.

Multidisciplinarnost najefikasnija

Kako bi se smanjila mogućnost donošenja subjektivnih odluka o liječenju te zbog kompleksnosti pristupa svakoj bolesnici i postojanja raznih dijagnostičkih i terapijskih procedura, neophodno je uvođenje multidisciplinarnih timova u suvremeni pristup liječenju bolesnica s karcinomom dojke kao i u pristup liječenju bolesnika s drugim karcinomima. Time se izbjegavaju nepotrebne dijagnostičke pretrage, poštuju se indikacije za određene terapijske procedure i odlučuje se o izboru terapijskoga protokola poštujući pritom individualni pristup čime se postiže bolji i viši standard liječenja.

INFEKCIJE
DIŠNIH
PUTOVA

VRUĆA JUHA PROTIV virusa



Dijete “trese” temperatura, bezvoljno je, odbija jelo, a vi ne znate što prije učiniti: skidati mu temperaturu lijekovima, voditi ga liječniku ili ga liječiti “bakinim lijekovima”.

Piše **Petar Radaković**, dr. med.
specijalist hitne medicine

Sasvim je normalno da zdravo dijete predškolske dobi godišnje “preleži” i do deset respiratornih infekcija i to je pokazatelj njegova dobrog, a ne lošega imuniteta. Jedino na taj način dijete stječe imunitet na određene viruse koji vladaju u okruženju. Djeci se tijekom cijele godine jača imunitet davanjem većih količina svježega voća i povrća, unošenjem meda u prehranu (za djecu stariju od jedne godine, koja nemaju atopijski dermatitis) te pomoćnih ljekovitih preparata i ljekovitih biljaka.

Prehlada

Prehladu izaziva virus koji se prenosi kapljičnim putem (pljuvačkom, korištenjem istoga pribora za jelo, pribora za higijenu, poljupcem). Boravak u grupi (vrtići, škole, kino, kazalište, autobus...) povećava rizik od infekcije. Sigurna je udaljenost od zaražene osobe više od jednoga metra. Bolest nastupa postupno. Najprije jedan do dva dana curi nos, a tek kasnije dijete počinje kašljati i boli ga grlo. Inkubacija traje obično 3 – 4 dana od kontakta s prehladenom osobom. Infekcija traje najčešće sedam dana, ako naknadno ne dođe do bakterijske superinfekcije. Dijete je zarazno u prosjeku nekoliko dana. Dovoljno je da dijete ne ide u društvo dok traje infekcija, približno jedan tjedan. Najbolje što možete učiniti jest olakšavati

djetetu simptome bolesti: davati mu laganu hranu s više ugljikohidrata, dovoljno tekućine (vode i čaja), voće. Možete davati i ljekovite biljke, med... Nemojte djetetu davati nikakve lijekove. Samoinicijativno nemojte skidati temperaturu nižu od 38 °C. Antibiotici nisu potrebni (osim ako dođe do naknadne bakterijske infekcije, a to može utvrditi jedino liječnik i eventualno prepisati antibiotik).

Gripa

Izazivač bolesti je virus. Prenosi se na isti način kao i prehlada. Simptomi se naglo i jako razvijaju, gotovo svi istovremeno. Već za 3 – 4 sata javlja se kompletna klinička slika: visoka temperatura (obično traje nekoliko dana), dijete je malaksalo, ima bolove u mišićima i kostima, stezanje u grlu, a kod osjetljive djece može doći i do povraćanja. Infekcija najčešće traje sedam dana, a mogu se javiti i komplikacije na plućima, koje nisu česta pojava. Dijete je zarazno nekoliko dana, dok traje povišena temperatura, i oko sedam dana treba izbjegavati društvo. Što treba raditi? Skidajte temperaturu tek kada prijeđe 38 °C i to tuširanjem mlakom vodom (ne hladnom) te sirupom na bazi paracetamola (ili brufen ako dijete ima više od 5 godina). Raskomotite dijete, dajte mu dovoljno tekućine. Izbjegavajte mnogo mesa i mliječnih proizvoda u ishrani jer bjelancevine utječu na rast temperature. Antibiotici nisu potrebni. Djeci ne skidajte temperaturu alkoholnim oblozima

jer koža upija alkohol, a alkoholne pare mogu smetati.

Recepti

S prvim znakovima prehlade i gripe možete dati sljedeće:

1. Čaj od bijelog sljeza

Sljezova sluz, koja se nalazi u čaju, stvara zaštitni sloj i vlaži sluznicu grla, smiruje podražaj na kašalj, ublažava upalu i olakšava disanje. Naročito pomaže kod “suhoga kašlja”.

2. Čaj od cvjetova zove

Uzima se na početku prehlade kod upale grla jer potiče krvotok i čisti organizam od otrova. Tri žlice cvjetova prelijte kipućom vodom. Pije se tijekom dana, po nekoliko gutljaja. Ako dijete boli grlo, može mu se dati napitak koji se radi tako da se cvjetovi preliju vrućim mlijekom, procijede i zaslade medom.

3. Čajna smjesa nane, zove i đumbira

Deset grama nane, deset grama cvjetova zove, deset grama korijena đumbira prelijte s pola litre kipuće vode, ostavite da odstoji pa dajte djetetu da popije toplo jer utječe na preznojanje kod visoke temperature.

4. Domaća pileća juha – hrana i lijek

Pripremite komad pilettine, dvije mrkve, korijen peršina, korijen pastrnaka, manji celer (može i list celera), manju glavicu crvenoga luka (prepečenu na ploči štednjaka). Najprije prokuhajte pilettinu, dodajte povrće i kuhajte na tihoj vatri, poklopljeno, dok povrće ne omekša.



VAŽNI POKAZATELJI ZDRAVLJA

REGULIRAJTE RAZINU MASNOĆA, BILIRUBINA I

hemoglobina u krvi

Piše **Petar Radaković**, dr. med.
specijalist hitne medicine

Laboratorijskim pregledom krvi, koji je nezaobilazna dijagnostička metoda, otkrivamo najrazličitije poremećaje u organizmu, potvrđujemo neku bolest ili provjeravamo uspješnost primijenjene terapije. Pored kompletne krvne slike (KKS), ponekad se traži lipidni status (kolesterol i trigliceridi) i bilirubin.

Kolesterol

Kolesterol je vrsta masnoće, prisutna u ljudskom organizmu, neophodna za izgradnju staničnih membrana i za proizvodnju hormona (estrogen, testosteron, kortizol). On može biti "loš" (LDL) ako je u

Za normaliziranje vrijednosti specifičnih zdravstvenih pokazatelja iz krvi mogu se početno primijeniti fitoterapijski narodni recepti

sastavu LD lipoproteina čiju strukturu čini 75 posto masti. LD lipoproteini obavljaju transport kolesterola do stanice i tkiva te stvaraju naslage na stijenka arterija i drugih krvnih žila. "Dobar" kolesterol (HDL) u HD lipoproteinima sastavljen je od 50 posto proteina i samo 20 posto kolesterola. On čisti kolesterol s krvnih žila i odvodi ga u jetru gdje se prerađuje u žuč i izlučuje iz organizma. Povišena

koncentracija u krvi ukupnoga i "lošega" kolesterola i snižene vrijednosti "dobroga" kolesterola predstavljaju velik rizik za pojavu kardiovaskularnih oboljenja.

Vrijednosti kolesterola u krvi određuju se kao:

- preporučene: ako je ukupna vrijednost kolesterola u krvi niža od 5,0 mmol/l,

- LDL – kolesterola niža od 3,0 mmol/l, a HDL kolesterola viša od 1,54 mmol/l

- značajno poremećene: ako je ukupna vrijednost kolesterola u krvi viša od 6,2 mmol/l, LDL – kolesterola viša od 4,12 mmol/l, a HDL kolesterola ispod 1,0 mmol/l.

Na što ukazuje poremećaj razine kolesterola u krvi

Do povećane koncentracije kolesterola

u krvi dolazi u slučaju ishrane bogate zasićenim masnoćama, loše kontrolirane šećerne bolesti, snižene funkcije štitne žlijezde, kroničnoga oštećenja jetre (upala, ciroza), kroničnoga oštećenja bubrega (nefrotski sindrom), uporabe lijekova (anabolika, kontraceptiva). Snižene vrijednosti ukupnoga kolesterola prisutne su u slučaju pothranjenosti, anemije, akutnoga hepatitisa, kronične bolesti crijeva i želuca, ponekad hipertireoze (pojačani rad štitne žlijezde), kod uzimanja lijekova (acetilsalicilna kiselina, estrogen, hormoni štitne žlijezde).

Kako normalizirati razinu kolesterola

Bez obzira na uzrok, svako liječenje započinje promjenom životnih navika i odgovarajućom dijetom/prehranom, a ako ove mjere ne daju rezultate ni poslije dva mjeseca, obično se uvode lijekovi. Preventivne su mjere zdrav stil života što podrazumijeva pravilnu ishranu sa smanjenim unosom masnoća i bjelanjčevina životinjskoga podrijetla (meso, jaja, mliječni proizvodi), uz povećani unos voća, povrća i žitarica. Antioksidansi, vitamin C i beta karoten sprječavaju oksidaciju kolesterola, a biljna vlakna smanjuju njegovu koncentraciju u krvi. Dopušteno je jesti puretinu, govedinu i piletinu iako bi ih bilo najbolje zamijeniti ribom. Iz uporabe treba izbaciti mast, bijeli šećer i bijelo brašno te njihove prerađevine. Uz svakodnevnu tjelesnu aktivnost treba normalizirati tjelesnu težinu, ublažavati posljedice stresa, umjereno konzumirati alkohol i prestati pušiti.



Fitoterapija (narodni recepti)

1. Dvije velike žlice meda i tri male žlice cimeta pomiješati s dvije šalice čaja i piti tri puta dnevno dok se kolesterol ne normalizira.

2. U jednakim omjerima pomiješati rešnik, hajdučku travu, kleku, kičicu, pirevinu, troskot, list jagode, korijen čička i list koprive. Dvije žlice ove smjese preliti s dva dcl proključale vode i ostaviti da odstoji jedan sat; procijediti i piti mlako 3 – 4 puta dnevno.

Trigliceridi

Trigliceridi su vrsta lipida koji osiguravaju značajan dio energije potreban za pravilan rad stanica. Glavni je izvor ovih masnoća hrana bogata zasićenim mastima životinjskoga podrijetla. Trigliceridi se upijaju u tankom crijevu i stižu do jetre koja ih prerađuje i šalje do dijelova tijela koji ne mogu funkcionirati bez masnoća. Višak se pohranjuje u obliku masnih

naslaga.

Razina triglicerida određuje se kao:

- normalna, ako su vrijednosti niže od 1,7 mmol/l
- blago povišena, od 1,7 do 2,2 mmol/l
- visoka, od 2,3 do 5,6 mmol/l
- vrlo visoka, ako je vrijednost viša od 5,6 mmol/l.

Prvi korak u normaliziranju povišene razine triglicerida u krvi jest otkrivanje uzroka i, ako je potrebno, određivanje terapije. Kod većine pacijenata najdjelotvorniji oblik liječenja i najdjelotvornija preventivna mjera jest promjena životnih navika koja podrazumijeva dobro izbalansiranu prehranu, održavanje normalne tjelesne težine, ograničeni unos masti i šećera, pojačanu tjelesnu aktivnost. Dijabetičari trebaju održavati razinu šećera u krvi uvijek u granicama normale. Neophodno je izbjegavati konzumaciju alkohola te koristiti omega-3 masne kiseline (odlični su regulatori masnoća u krvi) na način da se u prehranu uvede riblje ulje i da se barem dva puta tjedno jede ribu (losos, tuna ili sardina). Dobro je često konzumirati češnjak, maslinovo ulje, lecitin, biljna vlakna, citrusno voće i grožđe.

Fitoterapija (narodni recepti)

1. U stroju za mljevenje mesa samljeva 5 limuna i 30 češnja češnjaka. Smjesu kuhati u litri vode dok ne proključa, procijediti i piti po jednu čašicu poslije ručka. Nakon jedne popijene ture (jedna litra) napraviti pauzu od najmanje 8 dana. Ne preporuča se više od dvije ture godišnje.

2. Jedan kg meda, pola kg naribanoga celera i pola kg naribanoga hrena pomiješati i staviti u staklenke; uzimati po jušnu žlicu svakoga jutra na prazan želudac.

3. Dvije glavice češnjaka usitniti tučkom pa ih umiješati u pola kg meda, dodati 20 g cimeta u prahu, izmiješati i prebaciti u staklenku. Uzimati 2 x 1 kavenu žlicu dnevno.

Hemoglobin

Hemoglobin je protein crvenih krvnih stanica zadužen za prijenos kisika od pluća do ostalih stanica organizma. Smanjenje hemoglobina ukazuje na anemiju nastalu kao posljedicu obilnoga krvarenja,



nedostatka željeza, vitamina B12 ili folne kiseline. Može biti posljedica razvoja tumora, bolesti bubrega, a može se javiti i nakon dužega primanja infuzije ili zbog prisutnih edema (nakupljanje tekućine) u organizmu. Tada su eritrociti hipokromični (manjak crvenoga pigmenta) i mikrocitični (manji od normalnih). Povećana koncentracija hemoglobina javlja se u slučajevima dehidracije, kao posljedica boravka na višim nadmorskim visinama, zbog pušenja, kronične opstruktivne bolesti pluća (KOBP) i emfizema.

Normalne vrijednosti hemoglobina (Hb) u krvi jesu:

- od 12,1 do 15,1 g/dcl za žene
- od 13,8 do 17,2 g/dcl za muškarce
- od 11 do 16 g/dcl za djecu

- od 11 do 12 g/dcl za trudnice.

Kritične vrijednosti kreću se ispod 5 g/dcl i iznad 20 g/dcl.

Kako normalizirati razinu hemoglobina

Terapija ovisi od uzroka. U većini slučajeva niske vrijednosti hemoglobina liječe se lijekovima ili preparatima željeza te odgovarajućom prehranom koja uključuje pojačani unos crvenoga mesa (posebno konjskoga), jetrice, zelenoga povrća (peršin) i mahunarki.

Fitoterapija (narodni recept)

Pripremiti smjesu od 40 g vrbove kore, 40 g listova i cvjetova hajdučke trave, 40 g listova divlje nane, 40 g stabljike

dubčaca, 30 g hrastove kore (donje, bijele), 30 g listova i cvjetova vrijeska – plavoga cvijeta, 20 g stabljika trave ive, 20 g stabljike celera, 20 g stabljike timijana, 20 g listova kadulje, 20 g stabljike preslice. U litru ključale vode staviti 10 g smjese, kuhati poklopljeno jednu minutu, ohladiti poklopljeno. Čaj naliti u bocu i piti 6 x 1 dcl dnevno, prije i poslije jela te pola dcl između obroka oko 10 i 16 sati.

Bilirubin

Bilirubin je žučni pigment koji nastaje pri raspadanju eritrocita i hemoglobina. Povišene vrijednosti ukupnoga bilirubina najčešće su u slučaju virusnoga hepatitisa, ciroze jetre, infektivne mononukleoze, opstruiranih žučnih kanala, fiziološke žutice kod novorođenčadi, u slučaju dugotrajnoga gladovanja, nedovoljnoga unosa hranjivih tvari, djelovanja lijekova koji oštećuju jetru. Viša vrijednost direktnoga bilirubina u krvi može biti posljedica začepjenja žučnih putova, oštećenja jetrenih stanica, kolestaze (izlivanja žuči u krv uslijed mogućnosti prolaska u crijeva) u primarnoj hiperbilirubinemiji.

Normalne vrijednosti:

- ukupni bilirubin od 5,1 do 17 mmol/l
- direktni bilirubin od 1,7 do 5 mmol/l
- indirektni bilirubin od 3,4 do 12,0 mmol/l.

Kako normalizirati razinu bilirubina

Prema vrsti poremećaja koji ga je izazvao, normalizira se razina bilirubina. Kada postoji blokada žučnih kanala kamenom, cistom ili tumorom, operativni zahvat je jedino rješenje. Potrebno je iz prehrane izbaciti zasićene masnoće i izbjegavati alkohol jer bolesna jetra ne može prerađivati bilirubin. Mladi sir, povrće i sirutka pospješuju obnavljanje jetre.

Fitoterapija (narodni recept)

Na vrh noža uzeti sušeni korijen selena i pomiješati ga s čajnom žličicom sjemenja komorača i lavande. Smjesu kuhati 10 minuta u šalici mlijeka, zatim procijediti i konzumirati.



OZLJEDE DJECE SPORTAŠA



SINDROMI PRENAPREZANJA

i njihova prevencija

Sindrom prenaprezanja nastaje kao posljedica kumulirane ponavljajuće mikrotraume koja nadilazi reparativne sposobnosti tkiva. Drugim riječima, za razliku od akutne ozljede, gdje u kratkom vremenu vrlo visoka mehanička energija dovodi do uništenja tkiva, u slučaju prenaprezanja puno ponavljajućih mikrotrauma, koje same po sebi nisu dovoljne da izazovu oštećenje, kroz određeni vremenski period dovode do oštećenja, odnosno do razvoja sindroma prenaprezanja

Piše **Nino Vidulin**, prof. kineziologije

Kretanje je primarna potreba svakog čovjeka. Bavljenje sportom, kao i kretanje općenito, izuzetno je značajno za svakog pojedinca. Sport bitno pridonosi poboljšanju i održavanju zdravlja, povoljno djeluje na psihičko zdravlje i osjećaj zadovoljstva.

U užem smislu riječi, dobrobiti bavljenja sportom jesu:

- adekvatni rast i razvoj koštano - zglobnih struktura,
- razvoj ravnoteže i koordinacije pokreta,

- smanjenje kronične mišićne napetosti,
- smanjenje rizika od kroničnih oboljenja (dijabetes, pretilost, astma),
- poboljšanje kardiovaskularnih funkcija.

Nedovoljno kvalificiranih sportskih trenera

Ponuda sportskih sadržaja mladoj populaciji danas je veća nego ikada, a sve se veći broj djece i adolescenata uključuje u profesionalni vrhunski sport. Medijska popraćenost, ugled u zajednici i bogatstvo vrhunskih sportaša pogoduju

pojavi sve većeg broja sportskih društava i brojnosti članstva. Posljedica toga je nedovoljan broj kvalitetnih i kvalificiranih sportskih trenera te kvalitetne zdravstvene skrbi mladih sportaša.

Nije rijetkost da djeca i adolescenti provode nekoliko sati na dan trenirajući, ponekad i dvaput dnevno. Kada se tome doda pretjerana želja mladog sportaša, sportskog trenera i roditelja da uspjehom bude što brži, otvoren je put nastanku sindroma prenaprezanja, sa svim mogućim oštećenjima organskih sustava. Istovremeno se često zaboravlja da se ne radi o "malim odraslim osobama", već o



djeca koja svakodnevno, osim sportskog, imaju još jedan težak "trening" – njihov mišićno-koštani sustav prolazi kroz kompleksno razdoblje rasta i razvoja. Samim time on je podložniji najrazličitijim ozljedama i oštećenjima.

Iako kod djece akutne ozljede, poput prijeloma, iščašenja ili puknuća, nisu rijetkost, visok intenzitet treninga, uz nezrelost mišićno-koštanog sustava, dovodi do povećanja rizika od skupine sindroma koje nazivamo sindromima prenaprezanja.

Sindrom prenaprezanja nastaje kao

posljedica kumulirane ponavljajuće mikrotraume koja nadilazi reparativne sposobnosti tkiva. Drugim riječima, za razliku od akutne ozljede, gdje u kratkom vremenu vrlo visoka mehanička energija dovodi do uništenja tkiva, u slučaju prenaprezanja puno ponavljajućih mikrotrauma, koje same po sebi nisu dovoljne da izazovu oštećenje, kroz određeni vremenski period dovode do oštećenja, odnosno do razvoja sindroma prenaprezanja.

Noviji podaci govore da je udio sindroma prenaprezanja u svim sportskim

ozljedama između 30 i 50 posto. Među najučestalijim sindromima prenaprezanja kod djece i mladih sportaša spominju se Osgood-Schlatterova i Severova bolest.

Osgood-Schlatterova bolest (Mb Osgood-Schlatter)

Osgood-Schlatterova bolest vrlo je usko povezana sa sportskom aktivnošću, a najčešće se javlja u mladim sportaša između 11. i 15. godine života, i to u sportovima koji uključuju skakanje, trčanje i udaranje nogom. Tijekom pojačanog adolescentnog rasta, duge kosti puno brže rastu od mišićno-tetivne jedinice, što u konačnici rezultira povećanim silama na mekane i slabe ligamente i tetive. Dijete - sportaš najčešće se žali na bol, osjetljivost, a kliničkim se pregledom mogu utvrditi otok i kvržica goljenične kosti, kao i skraćenost mišića prednje (kvadricepsa) i stražnje strane natkoljenice (hamstringsa). Bol je obično prisutna mjesecima prije dolaska liječniku, pogoršava se trčanjem i skakanjem, a prolazi mirovanjem. Liječenje počinje kratkotrajnom poštedom od aktivnosti (do smirenja akutnih simptoma) te primjenom krioterapije (hladni oblozi), a potom slijedi kineziterapija -propriocepcijske vježbe, izometričke (statičke) vježbe za mišiće potkoljenice i natkoljenice te vježbe istezanja i jačanja mišića natkoljenice i

Prevenција sindroma prenaprezanja

Temelj za postavljanje kriterija prevencije sindroma pretreniranosti kod djece, te osnovna smjernica u združenom djelovanju liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika u sportu s jedne strane, te sportskih trenera i roditelja s druge jeste činjenica da "djeca nisu mali odrasli". U današnjim uvjetima kakvi vladaju kod nas prevencija bi se trebala organizirati kroz:

Izobrazbu

- *djece i roditelja (pedijatri, školska i obiteljska medicina)*
- *sportskih trenera/kineziologa (kineziterapeuta)/fizioterapeuta*



potkoljenice. U pravilu, sa završetkom rasta bol prolazi, i to bez značajnijih funkcionalnih poremećaja u daljnjem životu. U vrlo rijetkim slučajevima potreban je kirurški zahvat, i to samo u slučaju kada zaostaje bolan fragment kosti.

Severova bolest (Kalkanealni apofizitis)

Severova bolest, ili kalkanealni apofizitis, nastaje kao posljedica ponavljajućih traksijskih sila koje skraćena Ahilova tetiva i plantarna fascija proizvode na apofizu petne kosti. Bitno je napomenuti da je bolest u čak 61 posto slučajeva bilateralna, tj. obostrana. Mb Sever najčešće vidimo kod mladih sportaša, u dobi od 9 do 12 godina, koji se bave sportovima koji uključuju trčanje ili skakanje. Tipično je moguće kliničkim pregledom utvrditi bolnost stražnjeg ruba pete na dodir, skraćivanje Ahilove tetive, uz ograničenje dorzifleksije. Obično se pojavljuje u periodu priprema, odnosno kod promjene sportske obuće ili podloge. Liječenje ovisi o simptomima, a u slučaju jake boli, započinje poštedom i krioterapijom. Potom slijede masaža, vježbe istezanja i izometričke (statičke) vježbe za potkoljenu. Također je moguće propisati

Umreženost

Unatoč razvoju medicine, znanosti, treninga, pristupu informacijama i svim blagodatima koje nam pruža moderan život, djeca sportaši nikad nisu bili ugroženiji nego danas. Neophodno je unutarnje povezivanje osoba uključenih u rad s mladim sportašima: liječnika koji rade pri klubovima, liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, liječnika specijalista u bolnicama, fizioterapeuta i kineziologa. Unutarnje povezivanje bi se trebalo zasnivati na zajedničkim stručnim sastancima te stalnoj razmjeni znanja.

“Djeca trebaju i zahtijevaju stalnu i potpunu skrb i ničim ne bismo smjeli opravdavati naše propuste. Na nama je velika odgovornost za njihovu budućnost kao ljudi, i kao sportaša.”

odgovarajuće ortopedske uloške. Severova bolest obično prolazi spontano, tijekom razdoblja od 12 do 18 mjeseci, i to bez posljedica.

Liječenje sindroma prenaprezanja

Djeca nije dovoljno samo smanjiti intenzitet i učestalost treninga odraslih sportaša, jer takav stav upravo vodi u sindrom prenaprezanja. Bol često biva jedini simptom sindroma prenaprezanja. Vrlo lako, ukoliko nije stručan, zdravstveni djelatnik može podleći pritisku roditelja i sportskog trenera u njihovoj želji za što bržim oporavkom i povratkom na sportski teren.

Pri liječenju sindroma pretreniranosti

potrebno se pridržavati dva osnovna kora:

Anamneza - bitno je saznati podatke o naglom povećanju intenziteta rada, promjeni obuće, podloge, intenzivnom porastu tjelesne visine i/ili težine. Potrebno je obratiti pažnju na određene anatomske nepravilnosti, znakove mišićno tetivne neravnoteže, poremećaje vezivnog tkiva.

Relativni odmor - ako se sindrom pretreniranosti u bilo kojem obliku predvidi ili prepozna u začetku potrebno je voditi se principom rasterećenja kako lokomotornog tako i svih drugih sustava. Postepeno, pod stručnim vodstvom, potrebno je dijete vraćati u sport. Ne smije se upasti u zamku preranog povratka u puno radno opterećenje.

SVJETSKI DAN ZDRAVLJA

7. TRAVNJA 2022.



Our Planet Our Health

Clean our air, water & food

#HealthierTomorrow



NASILJE



STRAH I BESPOMOĆNOST - HRANA ZA NASILNIKE



Jedina stvar koja je zajednička svoj djeci žrtvama jest da su ih odabrali nasilnici, ili skupina nasilnika. Svatko od njih bio je izdvojen kao objekt prezira. Nasilnici trebaju mete na kojima mogu iskaliti svoju agresiju, a različitosti koje se identificiraju kao opravdanja za napade jesu “u najboljem slučaju izmišljene, a u najgorem slučaju besramni izgovori”.

Piše **Nina Vela Vrabec**, dipl. soc. pedagog

Mete nasilniku mogu biti gotovo svi:

- novo dijete u razredu
- najmlađe dijete u školi, najmanje, uplašeno, možda nesigurno
- traumatizirano dijete koje je već povrijeđeno ranijom traumom, izbjegava vršnjake da bi izbjeglo dalju bol i teško traži pomoć
- submisivno dijete - tjeskobno, niskoga samopouzdanja i lako povodljivo te radi stvari kojima udovoljava drugima ili ih umiruje
- dijete čije ponašanje iritira druge
- dijete koje se ne voli svađati i tući
- sramežljivo, rezervirano, tiho i skromno dijete
- bogato ili siromašno dijete
- dijete čiju rasu ili entitet nasilnik vidi kao inferiorne
- dijete čiji spol ili seksualnu orijentaciju nasilnik vidi kao inferiornu
- dijete čiju vjeroispovijest nasilnik vidi kao inferiornu
- pametno, bistro ili talentirano dijete jer je drukčije
- nezavisno dijete, neopterećeno socijalnim statusom, koje se ne priklanja normama
- dijete koje spremno izražava osjećaje
- debelo ili mršavo, visoko ili nisko dijete
- dijete koje nosi ortodontski aparat ili naočale
- dijete s aknama ili drugim promjenama na koži
- dijete s beznačajnim fizičkim osobinama kojima se razlikuje od većine
- dijete s fizičkim ili psihičkim teškoćama (u odnosu na druge, 2-3 puta veća vjerojatnost da će biti zlostavljano)
- dijete koje se našlo u pogrešno vrijeme na pogrešnom mjestu kada se nasilnik

Nikada nemojte:

- *umanjivati, racionalizirati ili nastojati objasniti ponašanje nasilnika*
- *požuriti rješavati probleme umjesto svojega djeteta*
- *savjetovati svom djetetu da izbjegava nasilnika*
- *reći svojem djetetu da nasilniku vrati istom mjerom*
- *sami se suočiti s nasilnikom i njegovim roditeljima.*

želi na nekome iskaliti upravo sada i ovdje.

Nakon što je određeno za metu, način na koji će dijete reagirati odredit će hoće li dijete od mete postati žrtva.

Žrtva sve podložnija

Ako se dijete pokori napadu, odnosno pruži nasilniku ono što traži, pokazujući uznemirenost, strah ili apatiju, ili ne uspije odgovoriti asertivno, mijenja se i emocionalno i fizički. Postaje drukčije nego što je bilo prije napada i svi budući napadi bit će usmjereni na metu koja slabi. Krivnja, sram i osjećaj neuspjeha koji osjeća meta koja se ne može suočiti i nositi s brutalnošću nasilnika, pridonose uništavanju osjećaja – izolira se od vršnjaka, ima teškoća s koncentracijom i usvajanjem gradiva na nastavi, stvara vlastiti svijet u kojem se osjeća zaštićeno te razvija strategije preživljavanja, na štetu socijalnih vještina, sve se više identificirajući s ulogom žrtve.

Način na koji promatrači reagiraju i na nasilnika i na žrtvu ima golem utjecaj na ishod, odnosno dalje ponašanje i nasilnika i žrtve. Ako promatrači ne odobravaju čin nasilja, nasilje može imati situacijski karakter. No, ako su promatrači pasivni, oni sudjeluju u

povećanju tolerancije na nasilje čime povećavaju mogućnost da i sami postanu nečije mete/žrtve.

Reagirajte na vrijeme

Roditelji su često zadnji koji saznaju da je njihovo dijete izloženo nasilju. Djeca traže pomoć, ali malo njih ju od odraslih dobije na adekvatan način zbog čega odustaju od traženja pomoći. Stoga, ako je vaše dijete meta nasilnika, nemojte očekivati da će vam to otvoreno reći. Razlozi za to mogu biti:

1. Sram ih je jer su žrtve nasilništva. Manja je vjerojatnost da će se dječak povjeriti odrasloj osobi nego djevojčica jer su dječaci kulturalno uvjetovani idejom da bi trebali "izdržati", "biti jaki" i sl. Vrlo je malo vjerojatno da će i djevojčice i dječaci prijaviti seksualno zlostavljanje jer ga smatraju ružnim dijelom socijalne i školske kulture koju treba podnijeti. Veća je vjerojatnost da će se povjeriti mlađa djeca od starije jer mlađa očekuju pomoć od odraslih dok starija sumnjaju da im odrasli mogu pomoći.

2. Djeca se boje osвете ako se povjere odrasloj osobi. Nasilnici potpiruju taj strah stalnim prijetnjama te uvjetuju "kodeks šutnje" koji im omogućuje da nesputano nastavljaju svoje brutalne aktivnosti.

3. Misle da im nitko ne može pomoći ili misle da im nitko ne želi pomoći jer im je rečeno da se pokušaju slagati s nasilnikom, da

ga se klone ili da se vrate i ne budu "slabići".

4. Uvučeni su u laž da je nasilništvo nužan dio odrastanja jer "pakao je dio pejzaža odrastanja".

5. Mogu vjerovati da su odrasli dio laži, s obzirom na činjenicu da ih ne zlostavljaju samo druga djeca (moguće je prisutno i nasilje u obitelji) nego ih i sami roditelji psihički i fizički zlostavljaju.

6. Naučili su ih da je "cinkanje" vršnjaka, loše, glupo te je prešutno pravilo da "pametniji popušta".

Djeca odraslima, možda, neće govoriti, povjeriti im se, ali im mogu davati znakove tijelom, licem, očima, tonom glasa i riječima po kojima nam intuicija može ukazivati da je dijete izloženo nasilju. Nemojte odbacivati promjene u ponašanju djeteta kao neku fazu, već budite osjetljivi i brižni jer nasilništvo ostavlja dugotrajne psihičke i fizičke posljedice.

Kada opazite znakove upozorenja, slušajte iza riječi, gledajte iza postupaka, pokušajte se "staviti u cipele svoga djeteta" i djelujte.

"Imao bih drukčiji život da se prema meni nisu ovako ponašali"

Nasilništvo je pitanje života i smrti koje mi ignoriramo po cijenu ugroženosti vlastite djece. Ono više ne smije biti umanjeno ni trivializirano od odraslih jer indiferentnošću prema toj pojavi pridonosimo toleranciji na nasilje potičući ga.

Neka djeca potisnu bol kroz dulje vremensko razdoblje i onda uzvrate udarac... Tako je tih, miran i talentiran dječak, nakon dugogodišnjega odolijevanja napadima vršnjaka koji su slomili njegov duh i pomogli uništenju slike o sebi, sam sebi presudio ostavivši za sobom poruku: "Slobodan sam kretati se bez njihovih prosuđujućih očiju na sebi, mogu spavati bez snova ispunjenih očajem i prijevarom... u sjenama, ja sam kod kuće." Nemalen je broj djece i mladih, žrtava nasilja, koji su, bezumno usamljeni i napušteni,

Kako, radeći s nasilnikom, pomoći i žrtvi da se što bolje oporavi?

Uspješno disciplinirati nasilnika bolje je nego kazniti ga jer povećava njegovu sposobnost da postupa pozitivno, a žrtvi se ne daje osjećaj da je kriva.



završavali godine patnje i boli ubijanjem drugih ili su oni ubijeni, ili su učinili samoubojstvo, ili su završili na liječenju na psihijatrijskim odjelima.

Zašto čekati

Ako učite svoju djecu da vole sebe, razmišljaju svojom glavom i pristupaju teškoćama kao izazovima koje treba riješiti, veća je vjerojatnost da će potražiti pomoć, neće dopustiti da se situacija pogorša jer očekuju sljedeće poruke od vas:

1. Čujem te, tu sam za tebe, vjerujem ti, nisi sam u svemu tome. Pustite da vaše dijete priča, ne postavljajte puno pitanja, dopustite da oblikuje misao. Oblikujte shvaćanja, brige i strahove svojega djeteta - možda shvatite na koji je način taj napad pogodio njegovo dostojanstvo i njegovu vrijednost. Aktivno slušajte, tek nakon toga pitajte: tko, gdje i kada jer, u suprotnom, nikada nećete shvatiti na

koji je način taj napad povrijedio vaše dijete, pa mu nećete moći ni adekvatno pomoći.

2. To nije tvoja greška. Krivnja pripada nasilniku. Nikakvo ponašanje ne može biti razlogom za prijezirno ponašanje nasilnika.

3. Postoje stvari koje možeš napraviti. Možemo smisliti učinkovit plan. Možemo raditi na djetetovoj asertivnosti. Što možeš učiniti? Kako bi ti to moglo pomoći? Postoji li bolji način?

4. Prijavite nasilništvo djelatnicima škole. Oni su zaduženi za sigurnost vašeg djeteta u školi i dogovore s roditeljima.

Protuotrovi za nasilništvo

Prema Evelyn M. Field, protuotrovi za nasilništvo su u tajnama uspješnih međuljudskih odnosa:

1. Suočite se sa svojim osjećajima

Djeca prvo moraju dati oduška svojim negativnim bolnim osjećajima da bi imala snage

izaći na kraj s nasilništvom. Treba naučiti prepoznati, kvantificirati te osjećaje i dati im oduška. To im daje temelje koji će im pomoći da steknu osjećaj moći nad svojim životom. Zapravo, moć ćemo osjetiti kada izrazimo osjećaje na samosvjestan način.

2. Shvatite zašto ste zlostavljani

Djeca i roditelji moraju shvatiti uzroke nasilništva. Time će izbjeći dugotrajno i iscrpljujuće "traženje krivca", manje se opravdavati i osloboditi se srdžbe i osjećaja nemoći. Brojni su razlozi zašto su djeca zlostavljana. Među njima su i osobne značajke, kao što su nedovoljno samopoštovanje, različitost, stidljivost i nesamosvjesnost, a ponekad se jednostavno netko nađe u krivo vrijeme na krivom mjestu. Obiteljsko podrijetlo, škola i prevladavajuća kultura mogu isto tako

utjecati na vjerojatnost da će djeca postati žrtve.

3. Izgradite samopoštovanje

Mladi ljudi moraju ponovo izgraditi samopoštovanje kako bi popravili štetu koju je nasilništvo nanijelo. Taj proces potiče djecu da nauče nove vještine i omogućuje im da ovladaju potrebnim tehnikama i odvrate nasilnika. Izgrađivanje samopoštovanja smanjuje vjerojatnost da će nasilnici iskoristiti ranjivost djece pa će ona manje razmišljati o vlastitim potrebama i imat će više vremena za dublje suosjećanje s drugima. Ako reakcije budu primjerene, bit će i socijalno prihvatljivije.

Ako vaše dijete vidi sebe kao sposobno, kompetentno, spremno na suradnju, odgovorno, snalažljivo i otporno, ne samo da

"Čitajmo" dijete

Znakove koji upozoravaju da se s djetetom nešto događa moguće je navrijeme prepoznati:

- *pokazuje nagli izostanak interesa za školu ili odbija ići u školu*
- *ide neuobičajenim putem u školu*
- *popušta u školskom uspjehu (ispočetka osmišljavajući strategije kako izbjeći nasilnike, a kasnije smišljajući plan osvete)*
- *povlači se od obitelji i školskih aktivnosti (želi biti sam, da ga svi ostave na miru)*
- *gladno je nakon škole, govori da je izgubilo novac*
- *uzima novac od roditelja i daje čudne izgovore zašto je novac potrošilo*
- *pri povratku kući juri u toalet (igrališta, hodnici, blagovaonice i toalet najčešća su mjesta za sačekivanje žrtava)*
- *nakon telefonskog poziva ili čitanja e-mail-a tužno je, ljuto ili preplašeno*
- *radi nešto što nije karakteristično za njega, npr. bježi s nastave*
- *koristi pogrdne ili omalovažavajuće riječi kada govori o vršnjacima*
- *prestaje govoriti o vršnjacima i svakodnevnim aktivnostima*
- *dolazi kući s neurednom i potrganom odjećom ili bez nekih odjevnih predmeta*
- *ima fizičke ozljede koje nisu u skladu s danim objašnjenjem*
- *žali se na bolove u trbuhu, glavobolju, ima napadaje panike, ne može spavati, previše spava, iscrpljeno je (nasilnici su bol u mislima i tijelu, stres-adrenalin, stalna napetost - trbuh se grči, udovi trzaju, mozak se umrtvljuje, s vremenom se sustav kvari, a um i tijelo kolabiraju do stanja iscrpljenosti).*



postoji manja vjerojatnost da će ono samo biti okrutno već postoji i veća vjerojatnost da će biti spremno obraniti se od nasilnika. Unutarnji govor osobe koja ima pozitivnu sliku o sebi bio bi: "Ja sam poštena, brižna i odgovorna osoba. Nisam ovo tražio ni za služio."

Djeca koja okrivljuju sebe za nasilništvo koje doživljavaju, postat će mete nasilnika, postajat će tjeskobni i depresivni: "Zašto baš ja?" Pozitivan samogovor omogućuje bolje mišljenje o sebi, a pozitivni ljudi pružaju im ohrabrenje i ona nastavljaju voljeti sebe i znaju da su sposobna rješavati probleme, znaju se samozastupati.

Asertivni odgovori i ponašanja imaju potencijal da rasprše agresiju, a ostavljaju netaknute vlastite osjećaje. Nasilnici guraju, guraju kako bi otkrili vašu granicu. Oni testiraju ljude da vide od čega su sazdani. Na nastrani se način dive samo onima koji kažu: "Ovoga se puta s tim nećeš izvući."

Hoće li uspravno držanje, asertivan govor, hodanje sa svrhom i sigurnošću uvijek "upaliti"? Ne, ali to je dobar obrazac koji

je vrijedno znati. Katkada je korisnije vikati upomoć, katkada štedjeti dah, znati brzo trčati. Izgleda glupo, ali ste živi.

Načini prevladavanja nasilja

1. Postanite samopouzdan komunikator

Razvijene komunikacijske vještine ne dopuštaju djeci da se doimlju slabima ili agresivnima. Djeca mogu naučiti jednostavne verbalne i neverbalne komunikacijske vještine što im omogućuje ponašanje i komunikaciju na samosvjestan način. Djeca koja dobro komuniciraju uklapaju se u "pleme".

Pitanje koje si vaše dijete treba postaviti kako bi odredilo je li grupa dobra za nje ga jest: "Mogu li biti dobar (i iskren prema sebi), činiti dobro u ovoj grupi?"

Dijete treba ovladati vještinama pregovaranja i rješavanja sukoba. Kad djeca iznose svoje ideje, slušaju razmišljanja drugih te surađuju i dogovaraju se da bi došli do rješenja, ona uče da ne postoji uvijek jednoznačno dobro ili loše te da za većinu problema ne postoji samo jedan ispravan način rješavanja. Djeca koja zajedno uspijevaju



rješavati probleme, vjerojatno će jedan drugome i pomagati u nevolji.

Izražavanje osjećaja pomoći će im naučiti da zaključke ne donose naglo i da postanu sposobniji suosjećati. Dijete treba znati da ima pravo osjećati se ljuto, razočarano i poniženo. Da bi se oporavilo i krenulo dalje, mora biti sposobno ispričati svoju priču, mora priznati svoju bol i izraziti ljutnju, a mi mu u tome možemo pomoći pitanjima o njegovim osjećajima.

Ako smo se suočili s problemom i prihvatili svoje osjećaje, stvorili smo preduvjet za pripremu strategije ponašanja.

2. Pripremite vlastiti “paket mjera”

Unatoč činjenici da djeca koja su zlostavljana otežano stječu prijatelje, postoje načini osmišljavanja strategija kada nešto “krene po zlu”. Ovisno o kakvom je obliku nasilja riječ, uvijek postoji mogućnost za promjenom ponašanja u odnosu na istu situaciju, za rad i analizu svojih negativnih misli, vizualizaciju s pozitivnim

ishodom, brzih, unaprijed smišljenih odgovora i sl.

3. Izgradite mrežu podrške

Svako dijete mora imati mrežu “vjernih prijatelja” i “biti prijatelj”. Ako djeca pripadaju skupini koja ih podržava, manja je vjerojatnost da će postati meta. Budete li surađivali s učiteljima, učenicima, školom, dobit ćete najveću moguću podršku i pomoć. Katkada ćete to morati potražiti i izvan škole.

Vještine prijateljstva imaju važnu ulogu u sprečavanju nasilja, zaštiti djece od štetnih posljedica nasilja te pomoći djeci da se nose s doživljenim epizodama nasilništva.

Djecu je potrebno naučiti kako mudro stvarati prijateljstva te kako se maknuti od prijatelja koji im štete. Odgojni stil u obitelji utječe na naše modele odnosa s prijateljima, ljudima uopće.

Mir nije odsutnost sukoba. Mir je gledanje na sukob kao na izazov i “priliku da se raste i razvija”.