

**PREVENCIJA KRONIČNIH BOLESTI I STANJA U DJECE:
NAGLASCIMA S XIII. SIMPOZIJA PREVENTIVNE PEDIJATRIJE**

**CHRONIC DISEASE AND HEALTH CONDITION PREVENTION IN CHILDHOOD:
EMPHASES FROM THE 13TH SYMPOSIUM OF PREVENTIVE PEDIATRICS**

MAJA BATINICA, JOSIP GRGURIĆ, FILIP JADRIJEVIĆ-CVRLJE*

Deskriptori: Kronična bolest – epidemiologija, klasifikacija, prevencija i kontrola; Pedijatrija – tendencija, metode; Dječja zdravstvena zaštita – metode; Preventivna zdravstvena služba – metode; Skrb za djecu

Sažetak. Kronične bolesti u djece postaju sve veći prioritet, osobito u razvijenim zemljama, zbog relativno i apsolutno veće učestalosti. Uz to je specifičnost kronično bolesnog djeteta u tome što neprimjereni postupci mogu rezultirati poremećajem njegova rasta i razvoja. Prema podacima iz literature 15–20% djece ima kroničnu bolest koja utječe na njihov fizički, mentalni i emocionalni status. Kada se govori o prevenciji prilikom razmatranja određene bolesti, na umu treba imati tri vida prevencije – primarnu, sekundarnu i tercijarnu, što u osnovi znači kako smanjiti pojavnost bolesti, kako je rano otkriti i ispravno liječiti te naposljetku kako poboljšati kakvoću života djeteta s kroničnom bolesti. Sve se više govori i o kvartarnoj prevenciji radi smanjenja polipragmazije. U radu se navode recentna mišljenja o mogućnostima prevencije kroničnih bolesti u djetinjstvu, koje na početku 21. stoljeća postaju sve aktualnije i novi su izazov u zdravstvenoj zaštiti djece. Tako se s preventivnoga gledišta razmatraju ove kronične bolesti: astma, maligne bolesti, autizam, epilepsija, cerebralna paraliza, tuberkuloza, šećerna bolest tipa 1, prirodne srčane grješke, arterijska hipertenzija, celijakija te poremećaji hranjenja. Navedena su mišljenja iznesena na XIII. simpoziju preventivne pedijatrije, održanom u Skradu 2. lipnja 2012. Daljnjim aktivnostima namjerava se nastaviti promicanje skrbi za djecu oboljelu i od ostalih kroničnih bolesti i stanja.

Descriptors: Chronic disease – epidemiology, classification, prevention and control; Pediatrics – trends, methods; Child health services – methods; Preventive health services – methods; Child welfare

Summary. Chronic diseases in childhood have become an important priority, especially in developed countries, because of higher prevalence, relatively and absolutely. Besides that, inappropriate procedures a chronically ill child can result in child's growth and development disorder. According to literature data, 15–20% of children have chronic disease with the impact on their physical, mental and emotional status. Disease prevention strategies are described at the primary, secondary and tertiary level: how to avoid occurrence of disease, how to diagnose and treat existent disease in early stages, before it causes significant morbidity, and finally how to reduce negative impact of existent disease by restoring function and reducing disease-related complications – how to improve quality of life of children with chronic diseases. The new term of quaternary prevention describes methods to mitigate or avoid results of unnecessary or excessive interventions in the health system. In this paper the authors present recent attitudes about chronic diseases prevention modalities in childhood, which, at the beginning of the 21st century, have become more intriguing and represent a new challenge for pediatric health care. Thus, from preventive standpoint, the following chronic illnesses are discussed: asthma, malignant diseases, autism, epilepsy, cerebral palsy, tuberculosis, diabetes type 1, congenital heart diseases, arterial hypertension, celiac disease, and eating disorders. These emphases are from the 13th Preventive Pediatrics Symposium, which took place in Skrad, June 2nd, 2012. Further activities are planned with the aim of continuation of health care furtherance for children with other chronic illnesses.

Liječ Vjesn 2013;135:213–218

Kronične bolesti u djece postaju sve veći prioritet, osobito u razvijenim zemljama, zbog relativno i apsolutno veće učestalosti. Uz to je specifičnost kronično bolesnog djeteta u tome što neprimjereni postupci mogu rezultirati poremećajem djetetova rasta i razvoja. Kod definiranja kronično bolesnog djeteta treba imati u vidu četiri kriterija:

1. pojavnost u djece, dakle osoba u dobi od 0 do 18 godina;
2. utemeljenost dijagnoze na stručno-znanstvenim kriterijima te mogućnost naknadne potvrde dijagnoze;
3. prisutnost bolesti tijekom posljednja 3 mjeseca ili pojavnost bolesti u 3 navrata tijekom prošle godine, s vjerojatnosti ponovne pojave;
4. rezistentnost bolesti na terapijski postupak.¹

Zbog neujednačenosti definicija u literaturi nalazimo širok spektar stopa prevalencije kroničnih bolesti u djece. Tako se u Nelsonovu udžbeniku pedijatrije, temeljem američkih nacionalnih istraživanja, navodi da 15–20% djece ima neki od kroničnih zdravstvenih problema.² Porast učestalosti kroničnih bolesti u djece dokazuju istraživači iz Bo-

* Kardiološki odjel, Klinika za pedijatriju, Klinika za dječje bolesti Zagreb (mr. sc. Maja Batinica, dr. med.; prof. dr. sc. Josip Grgurić, dr. med.), Hematoonkološki odjel, Referentni centar za solidne tumore dječje dobi, Klinika za dječje bolesti Zagreb (Filip Jadrijević-Cvrlje, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Mr. sc. M. Batinica, Kardiološki odjel, Klinika za pedijatriju, Klinika za dječje bolesti Zagreb, 10000 Zagreb, Klaićeva 16, e-mail: mbatini2@gmail.com

Primljeno 3. travnja 2013., prihvaćeno 13. svibnja 2013.

stona, SAD, koji iznose podatke o 12,8% djece s kroničnim bolestima 1994. godine, a 26,6% 2006. godine.³ Prema studiji koju je objavila Američka pedijatrijska akademija računalo se da 43% djece SAD-a (32 milijuna djece) ima jednu od 20 kroničnih bolesti, a ako bi se uračunala i pretela djeca, tada bi udio iznosio 54%.⁴

Za kronično bolesno dijete osobito je važan holistički pristup, koji uključuje ne samo ostvarivanje najviših mogućih standarda u dijagnostici i liječenju već i posebnu brigu za prevenciju bolesti, odnosno njezino rano otkrivanje i učinkovito liječenje. Baš je prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece bila glavna tema XIII. simpozija preventivne pedijatrije, održanog 2. lipnja 2012. u Skradu, u Gorskom kotaru, u organizaciji Hrvatskog društva za preventivnu i socijalnu pedijatriju Hrvatskoga liječničkog zbora i uz pokroviteljstvo Ministarstva zdravlja RH i UNICEF-ova ureda za RH. Simpozij tradicionalno svake godine okupi oko 150 liječnika koji se skrbe za djecu, većinom pedijataru, potom specijalista školske i obiteljske medicine te mladih liječnika na edukaciji. Simpoziju je prisustvovao i predsjednik Slovenskog društva socijalne i preventivne pedijatrije dr. Martin Bigec, koji je pohvalio dosadašnju uspješnu suradnju pedijatrijskih društava dviju susjednih država.

Preventivne mjere mogu se provoditi na četiri razine: primarnoj, sekundarnoj, tercijarnoj i kvartarnoj. Mjere primarne prevencije usmjerene su na sprječavanje pojavnosti bolesti, a uključuju većinu populacijskih programa i akcija promicanja zdravlja, primjerice zdrave prehrane, redovite tjelesne aktivnosti, nepušenja i sl. Mjere sekundarne prevencije usmjerene su na rano dijagnosticiranje i liječenje postojeće bolesti u što je moguće ranijem razvojnom stadiju, prije nastupa značajnog morbiditeta. Mjere tercijarne prevencije imaju za cilj smanjenje negativnih učinaka postojeće bolesti obnavljanjem funkcije i smanjenjem komplikacija povezanih s bolešću. Tercijarna prevencija podrazumijeva bolju kakvoću života djeteta s kroničnom bolešću, uključujući i sveobuhvatno sudjelovanje takve djece u društvenom životu. Kvartarna prevencija, o kojoj se sve više govori radi smanjenja polipragmazije, uključuje mjere za ublažavanje ili izbjegavanje rezultata nepotrebnih ili suvišnih intervencija zdravstvenog sustava. Specifičnosti pojedinih preventivskih razina predočava tablica 1.⁵

Tablica 1. *Specifičnosti pojedinih preventivskih razina – prema literaturnom navodu 5.*

Table 1. *Characteristics of the prevention levels – according to literature reference 5.*

Razina prevencije / Prevention levels		Liječničko stajalište / Doctor's side	
		Bolest / Disease	
		odsutna / absent	prisutna / present
Pacijentovo stajalište / Patient's side	odsutan / absent	Primarna prevencija / Primary prevention	Sekundarna prevencija / Secondary prevention
		pobol odsutan / illness absent	pobol odsutan / illness absent
	prisutan / present	bolest odsutna / disease absent	bolest prisutna / disease present
		Kvartarna prevencija / Quaternary prevention	Tercijarna prevencija / Tertiary prevention
		pobol prisutan / illness present	pobol prisutan / illness present
		bolest odsutna / disease absent	bolest prisutna / disease present

U pristupu djetetu s kroničnom bolešću važan je timski rad, ne samo unutar medicinske struke već i suradnja sa sustavom školstva, socijalne zaštite i općenito zajednice, u osiguravanju uvjeta za što primjereniji rast i razvoj te socijalnu integraciju takve djece.

Posebno treba promicati primjenu holističkog pristupa djetetu. Holistička je medicina globalni trend u medicinskoj skrbi i podrazumijeva ne samo ostvarivanje najvećih mogućih standarda u dijagnostici i liječenju već i posebnu brigu za prevenciju bolesti, odnosno rano otkrivanje i učinkovito liječenje sve do ozdravljenja. Holistički pristup koji proizlazi iz Konvencije Ujedinjenih naroda o pravima djeteta znači razumijevanje, znanje o životu, zdravlju i funkcionalnim kapacitetima djeteta i obitelji, pa zdravlje sagledava šire od uobičajenog povezivanja s institucijama koje se brinu za zdravstvenu zaštitu populacije.

Naglasci sa simpozija

Na Simpoziju su pojedini profili stručnjaka razmatrali preventivne mjere određenih kroničnih bolesti i stanja u djece.

Tema izlaganja prof. dr. sc. Srđana Banca iz KBC-a Rijeka, Klinike za pedijatriju – Kantrida, bila je prevencija astme.⁶ Naglasio je da, sagledavajući dječju astmu kao kroničnu alergijsku bolest, primarna prevencija obuhvaća mjere za sprječavanje nastupa alergijske senzitivizacije u zdrave djece. Mjerama sekundarne prevencije pokušava se spriječiti pojava bolesti u već senzitivizirane djece. Tercijarna prevencija odnosi se na liječenje i sprječavanje pogoršanja već klinički razvijene astme, pri čemu se pozornost posvećuje očuvanju plućne funkcije i kakvoće života bolesnog djeteta. Mjere prevencije uglavnom su usmjerene prema rizičnim skupinama djece vezanim za atopiju. No kako svi slučajevi dječje astme nemaju alergijske mehanizme u podlozi i s obzirom na to da postoji znatan broj djece s astmom koja se ne regrutiraju iz visokorizičnih skupina, nameće se potreba razvoja preventivnih mjera usmjerenih prema općoj populaciji. One bi metodološki trebale biti pogodne za primjenu u sklopu javnozdravstvenih intervencija.

Dr. sc. Jasminka Stepan Giljević iz Klinike za dječje bolesti Zagreb izlagala je o preventivnom pristupu malignim bolestima u djece.⁷ Maligne su neoplazme dječje dobi u odnosu na populaciju odraslih rijetke bolesti. Kod odraslih postoji i trend porasta broja novooboljelih, povezan s čimbenicima iz okoliša, što se još ne registrira u djece. Važno je sagledavanje preventivnih mjera u području rane dijagnostike i praćenja prirođenih anomalija. Potrebno je praćenje kasnih komplikacija liječenja, koje nastaju zbog neselektivnosti današnje terapije. Nužno je prihvaćanje zdravih životnih navika kod izliječenih i njihovih obitelji. Terapija malignog tumora treba biti definirana rizikom od bolesti kako bi se spriječile moguće komplikacije liječenja. U budućnosti se očekuje individualizacija terapije radi što boljeg sprječavanja nuspojava. Pravodobno uključivanje palijativnih mjera poboljšava kakvoću života djeteta i njegove obitelji.

Tema izlaganja prof. dr. sc. Ingeborg Barišić iz Klinike za dječje bolesti Zagreb bila je autistički spektar poremećaja (ASD).⁸ Smatra se da je prevalencija autizma oko 1 na 1000 djece, a poremećaja iz autističkog spektra 6–7 na 1000 djece, pri čemu je omjer muških i ženskih bolesnika oko 4:1.^{9,10} Liječnici koji se skrbe za djecu trebaju se upoznati s ranim metodama otkrivanja ovog poremećaja, postupnikom obrade bolesnika i novim mogućnostima i kliničkim implikacijama genetičkog testiranja. Prof. Barišić je istaknula zalaganje da se zdravstvena zaštita osoba s ASD-om uvrsti u »Program mjera zdravstvene zaštite stanovništva Republike

Hrvatske«. Predlaže se donošenje »Nacionalnog programa brige za osobe s autizmom«, koji bi stvorio okvir zdravstvene zaštite za tu populaciju. On bi trebao obuhvatiti izradu registra osoba s ASD-om, dijagnostičke smjernice, osnivanje i financiranje ambulanta za ASD, koje bi uključivale odgovarajuće stručne timove, trajnu suradnju i edukaciju svih stručnih profila iz sustava zdravstva, obrazovanja i socijalne skrbi, koji su uključeni u dijagnostiku i liječenje ASD-a, suradnju s udrugama te umrežavanje na nacionalnoj i internacionalnoj razini u stručnom i znanstvenom području.

O prevenciji epilepsije, najčešće kronične neurološke bolesti u djece, izlaganje je održala prof. dr. sc. Nina Barišić iz KBC-a Zagreb.¹¹ Primarna prevencija epilepsija, odnosno smanjenje njihove učestalosti, postiže se djelovanjem na uzroke i mehanizme koji uzrokuju razvoj epilepsije. Budući da je hipoksično-ishemična encefalopatija najčešći uzrok epilepsija u novorođenačkoj dobi, perinatalna, osobito antenatalna skrb trudnica, posebno s rizičnim trudnoćama, važna je u prevenciji razvoja epilepsija. Prevencija infekcija središnjega živčanog sustava primjenom cjepiva, kao i rano prepoznavanje unutar materničnih i perinatalnih infekcija i njihovo liječenje također mogu smanjiti učestalost epilepsija. Veća sigurnost na cestama i u prometu, pravodobnost i veća kakvoća reanimacijskih postupaka također su važne i dostupne preventivne mjere. Prenatalna, odnosno rana dijagnostika nekih nasljednih degenerativnih i neurometaboličkih bolesti udruženih s epilepsijom također je važna, iako je primjenjiva u vrlo malom broju djece u odnosu na ukupan broj djece oboljele od epilepsije. Sekundarne mjere prevencije obuhvaćaju rano otkrivanje epilepsije, racionalnu anti-epileptičku terapiju te pravodobno i opravdano neurokirurško liječenje bolesti, što može spriječiti razvoj kognitivnih poremećaja i ostalih komorbiditeta udruženih s epilepsijom, poboljšati kakvoću života i smanjiti smrtnost u djece koja boluju od te bolesti. Tercijarna prevencija epilepsije jest poboljšanje kakvoće života bolesnika koji boluju od te bolesti, što uključuje sprječavanje komplikacija liječenja anti-epilepticima, smanjenje kognitivnog oštećenja, poremećaja ponašanja, psihosocijalnih teškoća te mogućnost primjerene i kvalitetne edukacije.

Predavanje o prevenciji cerebralne paralize izložila je prof. dr. sc. Vlatka Mejaški-Bošnjak iz Klinike za dječje bolesti Zagreb.¹² U uvodu je podsjetila na to kako je perinatalno oštećenje mozga najčešći uzrok neurorazvojnih odstupanja u djece: cerebralne paralize, epilepsije, mentalnog razvoja, kao i razvoja vida i sluha. Najčešći tipovi perinatalnog oštećenja mozga jesu: intrakranijalno krvarenje, hipoksično-ishemično oštećenje mozga, fokalna vaskularna oštećenja te infekcije tijekom trudnoće i porođaja. Nedonoščad je posebno ugrožena skupina novorođenačadi zbog mogućeg perinatalnog oštećenja mozga, kao i razvoja cerebralne paralize i pridruženih odstupanja. S druge strane, nedonoščad, zbog još prisutne perinatalne reorganizacije mozga, ima veći potencijal plastičnosti mozga u usporedbi s terminskom novorođenačadi. Rana dijagnostika perinatalnog oštećenja mozga i posljedičnih neurorazvojnih odstupanja, praćena ranim terapijskim postupcima, sekundarna je prevencija neurorazvojnih odstupanja, posebno težih, uključujući i cerebralnu paralizu. Rana dijagnostika temelji se na praćenju djece s perinatalnim oštećenjem mozga – program praćenja neurorizične djece, kliničkoj procjeni spontanog pokreta i neurološkog razvoja (neurološki sindromi dojenačke dobi) te dijagnostici tipa, opsega i lokalizacije perinatalnog oštećenja metodama slikovnog prikaza. Na temelju

nalaza navedenih parametara novorođenačad se razvrstava na niskorizičnu i visokorizičnu, čime se određuje i program praćenja neurorizične djece i postupci rane intervencije. Perinatalno hipoksično-ishemično oštećenje mozga, napose nedonoščadi, periventrikularna leukomalacija, najčešći su uzroci cerebralne paralize i pridruženih odstupanja. Poznavanje patogeneze tog tipa oštećenja preduvjet je za primarnu prevenciju. U patogenezi perinatalnog oštećenja mozga nedonoščadi isprepleću se »vaskularni« (hipoperfuzija, ishemija) i stanični čimbenici (oligodendroglija koja je uključena u mijelinizaciju bijele tvari mozga, tj. maturacijski selektivna vulnerabilnost bijele tvari mozga). Posrednici oštećenja bijele tvari mozga jesu medijatori upale, citokini, slobodni radikali, glutamat, sprječavanje njihova oslobađanja ili davanje antagonista, napose ciljano i pravodobno liječenje infekcije pružaju mogućnosti za primarnu prevenciju.

Na tuberkulozu, u djece relativno zanemarenu i zaboravljenu bolest, podsjetila je u svom izlaganju prof. dr. sc. Neda Aberle iz Klinike za pedijatriju KBC-a Osijek.¹³ U Hrvatskoj je incidencija dječje tuberkuloze niska. Postoje varijacije učestalosti s obzirom na zemljopisna područja pa je incidencija tuberkuloze manja u južnim dijelovima, a veća u kontinentalnom dijelu Hrvatske. U razdoblju od 1987. do 1997. godine incidencija tuberkuloze u djece u dobi od 0 do 14 godina kretala se u rasponu od 2,4% (1991. godine) do 11,3% (1997. godine). Prevalencija tuberkuloze u dječjoj populaciji Hrvatske 2008. godine bila je 2,1 na 100.000 djece u dobi od 0 do 4 godine, 2,0 na 100.000 djece u dobi od 5 do 9 godina, 6,3 na 100.000 djece u dobi od 10 do 14 godina te 6,4 na 100.000 djece u dobi od 15 do 19 godina. Smanjenje incidencije registrirano posljednjih godina rezultat je preventivnih mjera, posebno u djece koja su u kontaktu s oboljelim odraslim osobama.¹⁴ Cjepivo protiv tuberkuloze – BCG uglavnom štiti od primarne infekcije, a ne sprječava obolijevanje od kasnih (postprimarnih) oblika tuberkuloze. Pokušavaju se proizvesti nova cjepiva – bilo kao primarne vakcine, odnosno kao zamjene za BCG, bilo kao pojačivačka (tzv. busterska) cjepiva za osnaživanje primarno stečene imunosti i/ili za suzbijanje latentne infekcije. Istražuju se cjelostanični pripravci genetički modificiranih mikobakterija te acelularna, rekombinantna cjepiva. Za dobru učinkovitost acelularnih cjepiva potrebni su adjuvanti koji će usmjeravati imunoreakciju prema tipu Th1, tj. prema staničnoj, a ne humoralnoj imunosti. Pritom se ima na umu različita imunost na tuberkulozu u odraslih i djece, jer je u djece slabija funkcija makrofaga i dendritičnih stanica, nepotpun je razvoj Th1-tipa T-stanične imunosti, uz povećanu sklonost dojenčadi i male djece da u reakciji na imunogenične podražaje odgovaraju Th2 CD4+ tipom stanične imunosti. U novije se vrijeme istražuju i virusna cjepiva s ugrađenim genima za mikobakterijske antigene i njihova primjena putem sluznica.

O prevenciji šećerne bolesti tipa 1 izlagala je prim. dr. sc. Gordana Stipančić iz KBC-a »Sestre milosrdnice«.¹⁵ Istaknula je da je posljednjih desetljeća zabilježen osjetan porast incidencije šećerne bolesti tipa 1, osobito u najmlađoj dobnoj skupini, onoj do 5. godine života. Primarna prevencija ove bolesti ima za cilj spriječiti ili odgoditi bolest postupcima primijenjenim prije razvoja autoimunskog procesa usmjerenog na β -stanicu, što u kliničkoj praksi znači odmah nakon rođenja, a možda i ranije. Sekundarna prevencija počinje u razdoblju već prisutne autoimunosti, što dokazuju protutijela na β -stanicu, a cilj joj je zaustaviti imunosna zbijanja. Tercijarna prevencija uključuje bolesnike s klinički

manifestnom bolesti i zadaća joj je, također ponajprije terapijom usmjerenom na imunosni sustav, očuvati funkciju preostalih β -stanica. Zasad kratkoročno očuvanje funkcije β -stanica zabilježeno je u okviru mjera tercijarne prevencije, dok dosadašnji pokušaji prevencije u razdoblju prediabetesa nisu dali pozitivne rezultate.

O mogućoj prevenciji u pedijatrijskoj kardiologiji od perikonceptijskog razdoblja do odrasle dobi izlaganje je pripremio prof. dr. sc. Ivan Malčić,¹⁶ a prikazao dr. sc. Daniel Dilber iz Klinike za pedijatriju KBC-a Zagreb. Prirodne srčane grješke još su i danas važan epidemiološki problem. Njihova godišnja incidencija od oko 1% statistička je konstanta, a oko 30% njih otpada na konotrunkusne anomalije. Riječ je o heterogenoj skupini grješaka koje nastaju zbog poremećaja u razvoju konalnog tkiva i arterijskog trunkusa, a prema raznim studijama čine 12–30% svih prirodnih srčanih grješaka. Djelomično se javljaju u obliku prepoznatljivih kliničkih sindroma. Etiopatogenetski mogu biti pridružene deleciji kromosoma (22q11-delecija, 10p-delecija), nedostatnom unošenju folne kiseline prehranom te nekim teratogenim čimbenicima (alkohol, retinoidna kiselina). Nedostatan unos folne kiseline prehranom i utjecaj teratogenih čimbenika odgovorni su za 30% konotrunkusnih anomalija. Nedostatak folne kiseline remeti migraciju neuroektodermalnih stanica u mezodermalnu osnovu za srce u embrionalnom životu pa osim poremećaja formiranja neuralne cijevi uzrokuje i prirodne srčane grješke, pretežito u skupini konotrunkusnih anomalija. Stoga bi se preventivnim unošenjem folne kiseline u perikonceptijskom razdoblju (3 mjeseca prije i 3 mjeseca nakon koncepcije) značajno mogla smanjiti učestalost tih grješaka koje ugrožavaju život. U Hrvatskoj se približno na godinu rađa 60-ero novorođenčadi s konotrunkusnom grješkom, a preventivnim davanjem folne kiseline u perikonceptijskom razdoblju (4 mg folacina *per os* 3 mjeseca prije i 3 mjeseca nakon koncepcije) mogla bi se smanjiti njihova učestalost za 30%.

O prevenciji esencijalne arterijske hipertenzije u djetinjstvu izlagala je mr. sc. Maja Batinica iz Klinike za dječje bolesti Zagreb.¹⁷ Esencijalna arterijska hipertenzija u djece i adolescenata sve se više prepoznaje kao važan javnozdravstveni problem, ne samo zbog rastuće prevalencije posljednjih godina, zbog sinergističkog djelovanja više rizičnih čimbenika, već i zbog njezina značajnog utjecaja na zdravlje i dobro osjećanje djece i adolescenata te prosljeđivanja u odraslu dob. Prevalencija hipertenzije u djece i adolescenata u porastu je i u kontekstu epidemije debljine. Esencijalna arterijska hipertenzija i drugi kardiovaskularni rizični čimbenici počinju rano i za njihovu primarnu prevenciju potrebne su edukativne intervencije. Niska porođajna masa i nedonošenost rizični su čimbenici koji pridonose porastu tlaka od najranije dobi pa bi provođenje javnozdravstvenih mjera usmjerenih na zdravu prehranu i primjerenu prenatalnu skrb trudnica bilo i način preveniranja hipertenzije. Uz to je i »programirajući« učink dojenja važan u prevenciji dječje debljine, hiperlipidemije, hipertenzije, šećerne bolesti tipa 2. Preventivne mjere o kojima je bilo govora uključuju mjere primarne prevencije, usmjerene na održavanje primjerene tjelesne mase, redovite tjelesne aktivnosti te zdravih prehrambenih navika: mediteranske prehrane, dijeta *D.A.S.H.* (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), te manjeg unosa kuhinjske soli i natrija. Zdravi način života najbolje se uči od rane dobi. Istaknuta je važnost savjetovanja oko načina života u djetinjstvu i primarne prevencije hipertenzije, posebno u djece s hipertenzijom ili ateroskle-

rotskom vaskularnom bolesti u obitelji. Mjere sekundarne prevencije usmjerene su na rano otkrivanje hipertenzije te, kao i mjere tercijarne prevencije, na mijenjanje nezdravih životnih navika, liječenje i redovite kontrole arterijskog tlaka. U hipertenzivnih osoba koje već uzimaju medikamentnu antihipertenzivnu terapiju, preinake životnog stila mogu dodatno sniziti tlak.

Što se tiče ranog otkrivanja hipertenzije, preporučuje se svoj djeci, počevši od dobi od 3 godine, izmjeriti arterijski tlak kod svakoga medicinskog pregleda, a ranije djeci mlađoj od 3 godine, ako su rođena prematurno ili imaju srčanu ili bubrežnu bolest, odnosno drugo stanje koje može utjecati na tlak.^{18,19} Također je naglašena važnost redovitih kontrola arterijskog tlaka u djece s izmjerenim normalnim vrijednostima tlaka, kako bi se mogla rano otkriti hipertenzija, prije nastanka oštećenja ciljnih organa.

O prevenciji celijakije, kronične bolesti tankog crijeva koja nastaje kao posljedica imunosnog odgovora na gluten, izlaganje je održala dr. sc. Zrinjka Mišak iz Klinike za dječje bolesti Zagreb.²⁰ Celijakija se klinički može očitovati različitim simptomima, a osnovne su značajke enteropatija, prisutnost protutijela tipičnih za celijakiju te HLA DQ2 ili DQ8-pozitivan heterodimer. Liječi se doživotnom bezglutenskom prehranom koja podrazumijeva izostavljanje sve hrane koja sadržava pšenicu, ječam ili raž. Uz striktno provođenje bezglutenske prehrane dolazi do nestanka simptoma i do oporavka sluznice, a ako se ne liječi, celijakija može dovesti do brojnih zdravstvenih problema. Celijakija nastaje kao posljedica međudjelovanja okolišnih čimbenika i genske predispozicije, no, još nisu potpuno razjašnjene sve pojedinosti patogeneze ove bolesti. Među okolišnim čimbenicima koji pridonose različitoj pojavnosti bolesti spominju se: količina glutena koji se uvodi u dohranu, način uvođenja glutena, dužina dojenja, rano uvođenje kravljeg mlijeka u prehranu ili hrane koja sadržava gluten, ponavljane infekcije. Naglašeno je da bi primarna prevencija, tj. intervencija prije nego što počne bolest bila korisna ne samo za osobu koja bi bila pošteđena celijakije nego i za javno zdravlje općenito.²¹ Što se tiče sekundarne prevencije, tj. ranog otkrivanja bolesti, potrebno je povećavati svjesnost o celijakiji kao općem zdravstvenom problemu i pojačati aktivno traženje oboljelih. Važno je misliti na celijakiju i obaviti probir u djece sa simptomima, kao i u one s pridruženim bolestima ili pozitivnom obiteljskom anamnezom, a kod pozitivnih nalaza protutijela uputiti dijete pedijatrijskom gastroenterologu radi biopsije sluznice duodenuma. Do konačne potvrde dijagnoze dijete treba jesti svu hranu, uključujući i gluten, a bezglutensku prehranu treba početi tek nakon završetka dijagnostičkog procesa i postavljanja konačne dijagnoze celijakije. Skraćivanjem vremena od pojave simptoma do postavljanja dijagnoze može se smanjiti nepotrebni teret bolesti. U tercijarnoj prevenciji, uz strogu doživotnu bezglutensku prehranu, bolju edukaciju bolesnika, aktivno praćenje i veću dostupnost bezglutenskih proizvoda, poboljšat će se liječenje i kakvoća bolesnikova života.

O prevenciji poremećaja hranjenja izlagao je prof. dr. sc. Goran Palčevski iz KBC-a Rijeka – Klinika za pedijatriju »Kantrida«.²² U bolesti hranjenja (engl. *eating disorders*) svrstavaju se anoreksija nervoza (AN), bulimija nervoza (BN), a u novije vrijeme i nekritično prejedanje (engl. *binge eating disorder – BED*). Te bolesti obilježavaju tipični obrasci ponašanja: provođenje raznih oblika dijetalne prehrane, samoinducirano povraćanje, uporaba laksativa i sredstava za mršavljenje te razdoblja nekritičnog prejedanja.^{23,24}

Sveobuhvatniji pojam – poremećaji hranjenja (engl. *eating disturbances*) obuhvaća bolesti hranjenja u užem smislu (AN, BN, BED), nezdravo mršavljenje uzrokovano prekomjernim ograničavanjem unosa kalorija, nezdrave načine hranjenja (npr. preskakanje obroka ili visok udjel masti u prehrani) te prekomjernu tjelesnu masu.^{25,26} No pri spomenu pojma poremećaja hranjenja uobičajeno se misli na AN i BN. Riječ je o teškome zdravstvenom problemu koji pogađa sve više djevojaka i mladih žena. Prevencija poremećaja hranjenja, osobito primarna i sekundarna, još i sad je u fazi razvoja, dok za tercijarnu prevenciju ima više podataka iz literature. Cilj je primarne prevencije smanjivanje broja novooboljelih, umanjivanjem rizika ili unapređenjem zaštitnih čimbenika, a preventivnim mjerama može biti obuhvaćena veća ili manja skupina populacije (univerzalna ili selektivna prevencija). Osobito su potrebni programi primarne prevencije usmjereni na dublje uključivanje sudionika u kritičku analizu zapadne kulture i rad na promjenama okolinskih čimbenika koji pogoduju nastanku negativne slike tijela i ostalih rizičnih čimbenika u razvoju poremećaja hranjenja. Sekundarna ili ciljana prevencija usmjerena je prema pojedincima kod kojih postoji rizik od razvoja bolesti hranjenja. Ona uključuje rano prepoznavanje problema i aktivnosti kojima se sprječava potpuni razvoj bolesti. Tercijarnom prevencijom nastoje se minimalizirati oštećenja nastala djelovanjem poremećaja te omogućiti rehabilitaciju kad se bolest potpuno razvije.²⁷ Liječnik primarne zdravstvene zaštite treba pomoći djeci i obiteljima u prihvaćanju osnova pravilne prehrane te odgovarajuće tjelesne aktivnosti, naglašavajući štetnost ograničavajućih dijetalnih načina prehrane. Njegova je uloga također vrlo važna u ranom prepoznavanju poremećaja hranjenja. Preporučeno je da bi sveobuhvatni program za prevenciju poremećaja hranjenja trebao uključivati: 1. izobrazbu osoblja; 2. preventivne programe namijenjene učenicima starijih razreda osnovne škole i srednjoškolicima; 3. integraciju edukativnog materijala u postojeći školski program; 4. pojedinačna savjetovanja i rad u malim skupinama za rizične adolescente; 5. sustav učinkovitog obavještanja unutar škole te između škole i lokalne zdravstvene službe; 6. omogućavanje što primjerenije školske prehrane; 7. promjene u nastavi tjelesne i zdravstvene kulture i u sportskim klubovima, kojima bi se omogućavala odgovarajuća tjelesna aktivnost za sve učenike te politika kojom bi se sprječavale izrazite promjene tjelesne mase. Pokazalo se da preventivni programi imaju pozitivan kratkoročni učinak na znanje, pojedine aspekte slike tijela te neka ponašanja vezana za hranjenje. No održavanje dugoročnih promjena u mišljenjima i ponašanjima, kao i ostvarivanje punog učinka preventivnih programa, još i sad ostaje cilj kojemu se teži.

Posljednje predavanje na ovom simpoziju, o ulozi školskog liječnika u skrbi za djecu s kroničnim bolestima održala je dr. Franciska Lančić.²⁸ Uloga školskog liječnika usmjerena je prema bolesnom učeniku, obitelji i okolini. Utvrđuje se primjereni oblik odgoja i obrazovanja, vrsta i stupanj tjelesne aktivnosti na nastavi tjelesne i zdravstvene kulture, savjetuje pri školskoj i profesionalnoj orijentaciji te realizaciji drugih prava prema važećim propisima. Radom u savjetovalištu liječnik školske medicine pruža pomoć i potporu učeniku, obitelji, učiteljima i stručnim suradnicima. Savjetuje ih o odgojnom pristupu kronično bolesnom djetetu, organizaciji svakodnevnog života, prihvaćanju i prilagodbi na bolest, sprječavanju zlostavljanja te realizaciji drugih prava iz područja socijalne zaštite. U odnosu na okolinu nadležni školski liječnik poveznica je s izabranim liječ-

nikom, školom, centrom za socijalnu skrb, udrugama roditelja i drugim društvenim institucijama. Cilj skrbi je koordiniranim, timskim, višestrukovnim i holističkim pristupom kronično bolesnom djetetu omogućiti optimalan fizički, psihički i emocionalni razvoj, a u slučaju tjelesnog oštećenja i invaliditeta, što bolje uključivanje u društvo. Kakvoća života kronično bolesnog djeteta određena je njegovim videnjem vlastite bolesti i njegove bliske okoline, na što se može pozitivno utjecati samo dugotrajnim timskim radom uz primjerenu edukaciju. U skladu s izrečenim, prikazani su rezultati rada tima školske medicine u Ivancu koji se odnose na kronično bolesnu djecu, a koji se skrbi za 2683 učenika osnovne škole.

Zaključno, edukacijski cilj ovog simpozija bio je vrlo izazovan i sudionicama je dao recentna mišljenja o mogućnostima prevencije kroničnih bolesti u djece, što postaje novi izazov u njihovoj zdravstvenoj zaštiti na početku 21. stoljeća. Naglašeno je da kada se govori o prevenciji prilikom razmatranja određene bolesti, na umu treba imati tri vida prevencije – primarnu, sekundarnu i tercijarnu, što u osnovi znači kako smanjiti pojavnost bolesti, kako je rano otkriti i ispravno liječiti te naposljetku kako poboljšati kakvoću života djeteta s kroničnom bolesti. Za uspjeh u praksi nuždan je holistički pristup djetetu te timski rad. Daljnjim se aktivnostima također namjerava nastaviti promicati skrb za djecu oboljelu i od ostalih kroničnih bolesti i stanja.

LITERATURA

1. Mokkink LB, van der Lee JH, Grootenhuus MA, Offringa M, Heymans HS; Dutch National Consensus Committee Chronic Diseases and Health Conditions in Childhood. Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0–18 years of age): national consensus in the Netherlands. *Eur J Pediatr* 2008;167(12):1441–7.
2. Wise PH. Chronic Illness in Childhood. U: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, ur. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 18. izd. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2004;188–9.
3. Lowry F. Prevalence of chronic illness in USA kids has increased. *JAMA* 2010;303:623.
4. Van Cleave J, Gortmaker SL, Perrin JM. Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *JAMA* 2010;303(7):623–30.
5. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Prim Care* 2010;10(18):350–4.
6. Banac S. Prevencija astme. U: Grgurić J, ur. *Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2012, str. 11–4.
7. Stepan Giljević J. Preventivni pristup malignim bolestima u djece. U: Grgurić J, ur. *Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2012, str. 15–7.
8. Barišić I. Autistički spektar poremećaja. U: Grgurić J, ur. *Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2012, str. 18–24.
9. Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66(suppl 10):3–8.
10. Bilder D, Pinborough-Zimmerman J, Miller J, McMahon W. Prenatal, perinatal, and neonatal factors associated with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2009;123(5):1293–300.
11. Barišić N. Prevencija epilepsija. U: Grgurić J, ur. *Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2012, str. 25–30.
12. Mejaški Bošnjak V. Prevencija cerebralne paralize. U: Grgurić J, ur. *Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2012, str. 31–6.
13. Aberle N. Tuberkuloza – zaboravljena bolest. U: Grgurić J, ur. *Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2012, str. 37–42.
14. Napatuk za suzbijanje i sprečavanje tuberkuloze, II. dopunjeno i izmijenjeno izdanje. Zagreb, siječanj 2010. NN 70/1998, 95/1998 URL: <http://www.nn.hr>
15. Stipančić G. Prevencija tipa 1 šećerne bolesti. U: Grgurić J, ur. *Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2012, str. 43–9.
16. Malčić I. Moguća prevencija u pedijatrijskoj kardiologiji od perikonceptijskog razdoblja do odrasle dobi. U: Grgurić J, ur. *Prevencija kro-*

- ničnih bolesti i stanja u djece. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku, 2012, str. 50–7.
17. *Batinica M.* Prevencija esencijalne arterijske hipertenzije u djetinjstvu. U: Grgurić J, ur. Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2012, str. 58–63.
 18. *National high blood pressure education program working group on high blood pressure in children and adolescents.* The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2004;114:555–76.
 19. *Lurbe E, Cifkova R, Kennedy Cruickshank J i sur.* Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 2009;27:1735.
 20. *Mišak Z.* Celijakija – primarna, sekundarna i tercijarna prevencija. U: Grgurić J, ur. Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2012, str. 64–9.
 21. *Ivarsson A.* The Swedish epidemic of coeliac disease explored using an epidemiological approach – some lessons to be learnt. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2005;19(3):425–40.
 22. *Palčevski G, Pokrajac-Bulian A, Kosec T, Peršić M.* Prevencija poremećaja hranjenja. U: Grgurić J, ur. Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2012, str. 70–9.
 23. *Fairburn CG, Harrison PJ.* Eating disorders. *Lancet* 2003;361:1913–4.
 24. *Tozum M, Unsal A, Ayranci U, Arslan G.* Prevalence of disordered eating and its impact on quality of life among a group of college students in a province of west Turkey. *Sal Pub Mex* 2010;52(3):190–8.
 25. *Neumark-Sztainer D.* School-based programs for preventing eating disturbances. *Journ School Health* 1996;66(2):64–71.
 26. *Neumark-Sztainer D.* Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health providers do? *J Adolesc Health* 2009;44(3):206–13.
 27. *DiGioacchino DeBate R, Tedesco LA.* Increasing dentist's capacity for secondary prevention of eating disorders: identification of training, network, and professional contingencies. *J Dent Educ* 2006;70(10):1066–75.
 28. *Lančić F.* Uloga školskog liječnika u skrbi za djecu s kroničnim bolestima. U: Grgurić J, ur. Prevencija kroničnih bolesti i stanja u djece. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2012, str. 80–7.



Vijesti

News



SIMPOZIJ POVODOM SVJETSKOG DANA KRALJEŽNICE

MEDICINSKE VJEŽBE U KRIŽOBOLJI

utorak, 15. listopada 2013.

Multimedijnska dvorana, KBC Sestre milosrdnice, Vinogradska 29, Zagreb

Organizatori:

Hrvatsko vertebrološko društvo Hrvatskoga liječničkog zbora u suradnji s
Klinikom za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju
i Klinikom za neurokirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu,
KBC Sestre milosrdnice – Zagreb

Obavijest na telefon:

01/3787248

e-mail:

mirjana.bregni@kbcsm.hr

Kotizacija:

250,00 kuna, a za članove Hrvatskoga vertebrološkog društva besplatno

Kotizacija se uplaćuje isključivo na račun:

IBAN: HR7423600001101214818

Poziv na broj: 268143

