

Pregledni članek / Review article

## DELO PEDIATRA Z ZDRAVNIKI BREZ MEJA

### A PAEDIATRICIAN'S WORK WITH DOCTORS WITHOUT BORDERS

K. Vincek<sup>1</sup>, J. Breclj<sup>2</sup>

*(1) Otroški oddelek, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija*

*(2) Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana in Katedra za pediatrijo, Medicinska fakulteta Ljubljana, Ljubljana, Slovenija*

#### IZVLEČEK

Zdravniki brez meja so mednarodna humanitarna nevladna organizacija, ki že od leta 1971 nudi medicinsko pomoč ljudem v stiski. Organizacijo sestavlja pet operativnih centrov, ki z različnimi medicinskimi programi delujejo v več kot 70 državah na svetu. V prispevku predstavljamo pogled dveh slovenskih pediatrov, ki sta pomagala v Južnem Sudanu v dveh različnih bolnišnicah preko dveh organizacijskih enot. Na kratko opisujemo najmlajšo državo na svetu in lastnosti tamkajšnjih prebivalcev. Predstavljamo posebnosti pregleda otroka s temno kožo in tropske bolezni, ki jih pri nas ni. Po drugi strani pa se pri delu v tropih srečujemo tudi z boleznimi, ki jih srečujemo pri nas. Velik izziv je zdravljenje novorojenčkov. Zaradi velikega števila nepreceptljenih prebivalcev Zdravniki brez meja z drugimi nevladnimi organizacijami organizirajo tudi velike cepilne kampanje.

**Ključne besede:** prostovoljstvo, tropske bolezni, zapostavljene bolezni, Južni Sudan.

#### ABSTRACT

Doctors Without Borders is an international humanitarian non-governmental organisation, which has provided medical assistance to people in distress since 1971. The organisation consists of five operational centres, which assist with various medical programmes in more than 70 countries around the world. The paper presents the experience of two Slovenian paediatricians who provided assistance in South Sudan in two different hospitals administered by two different operational centres. The world's youngest country

is briefly presented as well as the characteristics of the people living there. Differences in the approach to dark-skinned children and tropical diseases not present in our country are outlined. On the other hand, many medical conditions in the tropics are the same as those seen here. Treatment of neonates is a great challenge. Due to a large number of unvaccinated inhabitants, Doctors Without Borders, together with other non-governmental organisations, also organise large-scale vaccination campaigns.

**Key words: volunteering, tropical diseases, neglected diseases, South Sudan.**

## ZDRAVNIKI BREZ MEJA

Zdravniki brez meja so mednarodna humanitarna nevladna organizacija, ki je znana predvsem po projektih na vojnih področjih in v državah v razvoju (1).

Organizacija je bila ustanovljena decembra leta 1971, ko je majhna skupina francoskih zdravnikov in novinarjev, ki so bili priča državljanske vojne v Nigeriji, želela dostopnost zdravstvene oskrbe razširiti preko nacionalnih meja, ne glede na raso in versko ali politično pripadnost. Vse od ustanovitve Zdravniki brez meja delujejo v več kot 70 državah na svetu. Večina osebja so prostovoljci, medtem ko organizacija zaposluje tudi lokalne zdravnike, medicinske tehnike, vodne in sanitarne inženirje, administratorje in drugo osebje, ki skrbi za delovanje bolnišnic in klinik (1).

Glavni načeli delovanja organizacije sta neodvisnost in nepristranskost, medtem ko izrecno izključuje vpliv političnih, gospodarskih in verskih dejavnikov. Financira se predvsem z zasebnimi posamičnimi donacijami, kar ji omogoča prosto odločanje glede vojnih dejanj, korupcije in drugih ovir zdravstvene oskrbe (1).

Zdravnike brez meja sestavlja pet večjih operativnih centrov – Amsterdam, Barcelona-Atene, Bruselj, Pariz in Ženeva (1).

Leta 1999 je organizacija prejela Nobelovo nagrado za mir kot priznanje za prizadevanje svojih članov pri omogočanju zdravstvene oskrbe v kriznih ža-

riščih in ozaveščanju mednarodne skupnosti o možnih humanitarnih katastrofah (1).

## JUŽNI SUDAN

Južni Sudan je najmlajša država na svetu, ki je neodvisnost dosegla leta 2011. Je 30-krat večji od Slovenije in ima 13 milijonov prebivalcev. Skoraj polovica je mlajša od 15 let, srednja starost prebivalcev pa je 17,3 leta. Zaradi nemirov v državi sta kar dva milijona ljudi zapustila svoje domove in živita v mirnejših področjih v državi. V Južnem Sudanu prevladujeta dve plemeni, Dinka (35,8 % prebivalstva) in Nuer (15,6 %), ki še vedno ne živita v sožitju. Pismenost je zelo nizka, saj zna brati in pisati samo 27 % ljudi, starejših od 15 let (40 % moških in 16 % žensk). Neonatalna umrljivost se je od leta 1997 (67,8 umrlih novorojenčkov/1000 živorojenih otrok) do leta 2017 (37,9 umrlih novorojenčkov/1000 otrok) zmanjšala skoraj za polovico. Umrljivost mater je med najvišjimi na svetu. Podhranjenih je 27,6 % otrok, mlajših od 5 let (2, 3).

## DELO PEDIATRA Z ZDRAVNIKI BREZ MEJA

### Družina, odnos do bolezni, odnos do zdravnika

V družini je največkrat več kot pet otrok. Starejši otroci skrbijo za mlajše. Razširjena družina je najpomembnejša celica družbe. Hudo bolnega v bolnišnico navadno pripelje več družinskih članov. V Južnem Sudanu pogosto najprej obiščejo vrača, zato

bolnike pogosto pripeljejo zelo pozno. Tudi v bolnišnici se nemalokrat srečamo s primeri, ko želijo bolnike odpeljati k vraču, kar je za zdravnika lahko velik izziv. Kljub nepismenosti pa nekatere bolezni zelo dobro poznajo. Tako včasih že ob jemanju anamneze povedo, da imajo malarijo. Zelo dobro so seznanjeni tudi s simptomi rumene mrzlice, ki se pojavlja v epidemijah na nekaj let, in prepoznajo ošpice z zapleti, ki otroke pripeljejo do hude podhranjenosti. Do zdravnika imajo zelo spoštljiv odnos.

Nekateri še nikoli niso videli belega človeka. Tako se lahko zgodi, da skušajo mlajši otroci pobegniti iz ambulate, starejši pa z zanimanjem proučujejo lase in se skušajo dotakniti kože. Podajanje slabih novic je drugačno. Smrt je zanje pomemben del življenja in jo zato sprejemajo drugače. Če je bolezen tako napredovala, da bolnikom ne moremo več pomagati, jih svojci navadno odpeljejo domov. Še vedno pa so velik tabu bolezni, kot sta tuberkuloza in HIV. O njih neradi govorijo in včasih šele po nekaj dneh ugotovimo, da je družinski član umrl zaradi tuberkuloze. Za zdravnika so velik izziv prav te bolezni, saj je zdravljenje dolgotrajno, opustitev zdravljenja ob izboljšanju zdravstvenega stanja pa zelo pogost pojav.

### **Kako deluje bolnišnica, stiske pediatra**

Delo v bolnišnici poteka drugače kot doma. Največkrat se moramo zanesti na podatke anamneze in kliničnega pregleda. Laboratorijske preiskave so zelo omejene, ustaljenih slikovnih preiskav ni. Na začetku je bil prav to največji izziv, saj smo zahodni zdravniki navajeni delovati drugače. Število bolnikov je precej večje in bolniki resnično hudo bolni. Pri delu nam pomagajo izkušeni zdravstveni delavci, t. i. clinical officers. Zjutraj pregledamo najbolj prizadete otroke (otroke na intenzivnem in neonatalnem oddelku), čez dan pa se zvrstijo pregledi otrok na navadnem oddelku in v enoti za podhranjene. Klici v urgentno ambulanto zelo pogosto prekinjajo miren tok dela. Laboratorijske preiskave

potekajo počasi, zato izvide nemalokrat prejmemo šele naslednji dan. Slikovnih preiskav se lotevamo sami (ultrazvočna preiskava). Na voljo imamo ustrezna zdravila, ki »pokrijejo« večino bolezni.

Glavne stiske pediatra so pomanjkanje diagnostičnih pripomočkov in visoka smrtnost. Bolnišnice nimajo pravih intenzivnih enot, kar onemogoča vzdrževanje umetnih dihalnih poti.

### **Pregled otroka s temno kožo**

Pregled otroka s temnejšo kožo je v splošnem enak kot pri nas. Največji izziv so izpuščajne bolezni. Pomembno je, da pregledamo veznice in svetlejša področja (dlani in podplate), kjer lahko opazimo petehije, medtem ko so makulopapulozni izpuščaji v ravni kože izjemno težko opazni. V pomoč je pregled bezgavk (povečane retroavrikularne bezgavke so značilne za rdečke, pri sumu na ošpice lahko pri pregledu ustne sluznice opazimo Kopligrave pege). V endemičnih področjih za malarijo pri pregledu trebuha neredko tipamo povečano vranico, ki je najpogosteje posledica ponavljajočih se okužb, pozorni pa moramo biti tudi na druge možne diagnoze, predvsem kala azar (tj. visceralno lišmaniozo). Kapilarni povratek najlažje ocenimo s pritiskom na noht. Pri vseh otrocih moramo biti pozorni tudi na edeme, saj so pogosto posledica hude anemije.

### **Tropske bolezni**

Bolezni so, tako kot pri nas, odvisne od sezone. V deževni dobi je pri otrocih najpogostejša diagnoza malarija. Težka oblika malarije s hudim epileptičnim statusom in komo je za pediatra največji zalogaj. Pri otrocih, mlajših od 5 let, je najpogostejša cerebralna malarija, v tem starostnem obdobju pa je največja tudi smrtnost. Odrasli zaradi pogostih okužb z leti pridobijo delno imunost, zato malarija pri njih navadno poteka v blagi obliki. S težkimi oblikami malarije se pri nas srečujemo zelo redko, saj popotniki prejmejo profilaktično zdravljenje in so tako za težko obliko malarije manj dovzetni.

Južni Sudan je endemičen za visceralno lišmaniozo. Kala azar povzročajo lišmenije iz rodu donovani. Amastigotov v kostnem mozgu ali po punkciji vranice v teh razmerah ne moremo dokazovati. V pomoč so izvidi seroloških preiskav, ki predvsem pri odraslih bolnikih ne povedo, ali gre za akutno okužbo ali za stanje po preboleli okužbi.

Južni Sudan sodi v meningokokni pas. Med našo odpravo se nismo srečali z epidemijo meningokoknega meningitisa, smo pa dokazali okužbe osrednjega živčnega sistema s pnevmokoki.

Vzrok zlatenice so neredko virusni hepatitis. Najpogosteje smo dokazali okužbo s hepatitisom B, neredko pa tudi z ostalimi virusi hepatitisa. Hepatitis E je nevaren predvsem za nosečnice, pri otrocih pa okužba poteka v blažji obliki s klinično sliko gastroenteritisa in zlatenice.

V državah v razvoju so zelo pogoste zapostavljene bolezni (angl. *neglected diseases*, NTD). Okužbe s črevesnimi paraziti, shistosomoza, denga, garje, spalna bolezen, gobavost, filarioza in steklina so diferencialne diagnoze, na katere moramo pomisliti ob značilni klinični sliki. Od leta 2017 med NTD uvrščamo tudi pike kač. Prevladujejo citotoksični učinki strupov, ki jih uspešno rešujemo z dajanjem protistrupov.

### **HIV in tuberkuloza**

Razširjenost okužb z virusom HIV v bolnišnici je visoka, po uradni oceni pa je okuženih le 2,7 % prebivalstva. Na HIV smo testirali vse otroke, ki so se zdravili v bolnišnici zaradi zapletov podhranjenosti. V večini primerov smo na diagnozo HIV pomislili prav na osnovi podhranjenosti in neuspevanja. Z uvedbo ustreznega zdravljenja HIV se je stanje otrok hitro pričelo izboljševati. Nema lokrat je okužbi s HIV pridružena tudi okužba s tuberkulozo. Dokazovanje okužbe s tuberkulozo je pri manjših otrocih velik izziv. Ob vztrajanju povišane telesne temperature kljub zdravljenju z ustreznim antibiotikom in ob ne pridobivanju telesne teže kljub jemanju

protivirusnih zdravil smo otroke zdravili tudi proti tuberkulozi. Pri nekaj odraslih bolnikih smo dokazali okužbo z večkratno odpornimi sevi mikobakterij, kar je zaskrbljujoče stanje, saj je tuberkuloza izjemno nalezljiva bolezen predvsem v razmerah, v kakršnih živijo prebivalci Južnega Sudana. Problem dolgotrajnega zdravljenja je tudi sodelovanje bolnikov, saj morajo vsak mesec prevzeti zdravila na najbližji zdravstveni postaji (če seveda deluje), kar se pogosto ne uresniči in zato zdravljenje predčasno prekinemo.

### **Podhranjenost**

Z začetkom suhega obdobja je vse več podhranjenih otrok. Ker v državi poleg Zdravnikov brez meja delujejo tudi številne druge nevladne organizacije, ki skrbijo za njihovo prehranjenost, smo se v bolnišnici srečevali le z zapleti podhranjenosti. Zdravili smo pljučnice, kronična vnetja ušes, kožne bolezni, črevesne okužbe ter seveda HIV in tuberkulozo. Podhranjene otroke, mlajše od 6 mesecev, smo hranili v bolnišnici do dopolnjenega 6. meseca starosti in uvedbe trde hrane.

### **»Naše« bolezni**

Pri svojem delu smo se srečevali tudi z nam dobro poznanimi boleznimi, predvsem infekcijskimi boleznimi, kot so vnetja ušes, angine (bakterijske in virusne), pljučnice, bronhiolitisi, ki so večinoma potekali v blažji obliki, gastroenteritisi in okužbe sečil. Pogoste so bile tudi bolezni ledvic – nefritični in nefrotski sindromi. Srečevali smo se tudi s sladkorno boleznijo tipa 1 z diabetično ketoacidozo, hudi anemijami, onkološkimi boleznimi ter srčnimi napakami, ki jih niso kirurško oskrbeli v otroštvu. Poleg vsakodnevnih primerov epileptičnega statusa smo se srečevali tudi s primeri Guillain-Barréjevega sindroma ter demielinizacijskih bolezni. Revmatske bolezni so pri otrocih redkejše. Zaradi vojne in številnih drugih travm so pogoste tudi psihiatrične motnje.

## Novorojenčki

Otroci se v večini primerov rojevajo doma. V deževni dobi ob veliki razširjenosti malarije se nosečnost lahko konča veliko prezgodaj. Porodna teža otrok je tako neredko nižja od dveh kilogramov, bolnišnična oskrba pa je namenjena otrokom s porodno težo < 1,5 kilograma. Pogosti so zapleti nedonošenosti (nekrotizirajoči enterokolitis, dihalna stiska, druge okužbe). Rojstvo doma, nepravilna nega popka in nepreceppljenost lahko vodijo v razvoj neonatalnega tetanusa.

Zaradi omejenih možnosti zdravljenja in večje umrljivosti zaradi nizke porodne teže večina programov Zdravnikov brez meja obravnava novorojenčke s porodno težo > 1,25 kg, nekateri celo samo novorojenčke, težje od 1,5 kg. Novorojenčkov z nižjo porodno težo na neonatalni oddelek ne sprejemajo.

Pri presejanju porodnic na spolno prenosljive bolezni ob rojstvu smo pogosto potrdili sifilis. V teh primerih smo novorojenčke 10 dni zdravili parenteralno s penicilinom, kar je močno povečalo obremenjenost neonatalnega oddelka.

## Poškodbe in opekline

Padci z dreves in poškodbe v prometnih nesrečah se pogosto končajo s smrtjo ali z invalidnostjo, saj so kirurški programi omejeni. Oteženo je tudi slikovno diagnosticiranje, saj je tudi rentgensko slikanje večinoma težje dostopno. Zlome dolgih kosti praviloma zdravijo z dolgotrajno večtedensko trakcijo, ki pogosto ni uspešna in vodi v psevdartrozo, invalidnost in še težje življenje v pogojih brez možnosti rehabilitacije in ob nedelovanju socialne države.

Odrpta ognjišča, veliko lačnih otrok brez nadzora preobremenjenih žensk, ki večinoma brez pomoči moških skrbijo za gospodinjstvo in za otroke, so vzrok hudih opekline glave, trupa in udov. Zdravlje-

nje je dolgotrajno. Kožni presadki se pogosto okužijo, kar vodi v hude estetske in funkcionalne okvare ter družine peha v dodatno stisko, saj takšnih otrok večinoma ne bodo mogli poročiti.

## Cepjenja

V južnem Sudanu rednih cepilnih programov ni. Otroke, ki se rodijo v bolnišnici, takoj ob rojstvu cepijo proti tuberkulozi, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju in poliomielitisu. Prejmejo tudi datum nadaljnjih cepljenj, a pride do velikega osipa navadno že pri drugem cepljenju. Večina ljudi tudi ni cepljena proti ošpicam, rdečkam in mumpsu, zato epidemije ošpic niso nenavaden pojav in se pojavljajo na 5–7 let. Ob novih primerih ošpic Zdravniki brez meja z drugimi nevladnimi organizacijami organizirajo tudi cepilne kampanje in v nekaj dneh precepijo tudi več tisoč prebivalcev. Proticepilne kampanje do Južnega Sudana niso prispele.

## ZAKLJUČEK

Delo pediatra z Zdravniki brez meja v Južnem Sudanu zahteva številna dodatna znanja in sposobnost za spopadanje z večinoma drugačnimi problemi, kot smo jim priča v Sloveniji. Težavno je predvsem sporazumevanje z bolniki, ki poteka preko prevajalca, medtem ko se z ostalimi zaposlenimi pogovarjamo v angleščini. Pri kliničnem delu je izziv zlasti telesni pregled izpuščajev in cirkulacije pri bolnikih z izrazito temno kožo ter diagnosticiranje ob omejeni dostopnosti laboratorijskih in slikovnih preiskav. Delo poteka v tujem okolju z novimi sodelavci z vsega sveta in čeprav je lahko velika obremenitev, je po drugi strani predvsem neprecenljiva, večinoma pozitivna izkušnja, zlasti ob opaznih rezultatih zdravljenja hudo bolnih otrok že v dnevu ali dveh. V redkih prostih trenutkih večeri minevajo v družbi zanimivih in podobno mislečih ljudi različnih poklicev z vsega sveta, ki ne vidijo in poznajo le potro-

šniškega življenja, ampak želijo predvsem obogatiti življenjske izkušnje.

## LITERATURA

1. MSF Suisse. Volunteer's handbook. 2nd ed. Geneva: Médecins Sans Frontières Suisse; 2009.
2. World Health Organisation. Country profile South Sudan. WHO; 2018. Dosegljivo na: <http://www.who.int/countries/ssd/en/>.
3. Abu Ata M, Accidat R, Baker C, Barney D, Borshova M, Bouchouareb T et al. International activity report 2016. Geneva: MSF International; 2017.

### **Kontaktna oseba / Contact person:**

Katarina Vincek, dr. med., DTM&H  
Otroški oddelek  
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja  
Japljeva ulica 2  
SI-1525 Ljubljana  
Slovenija  
E-pošta: katarina.vincek@kclj.si

**Prispelo/Received: 8. 7. 2018**

**Sprejeto/Accepted: 2. 9. 2018**