

Sadržaj

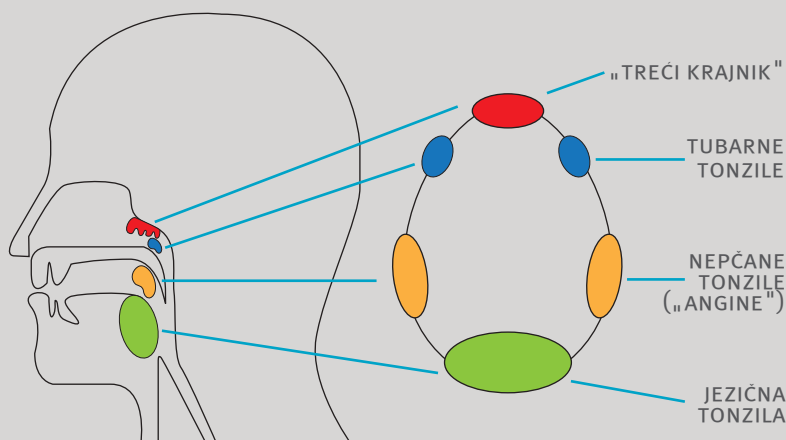


- 2 **Malo anatomije za uvod**
- 4 **Što je operacija tonzila (tonzilektomija)?**
- 5 **Kada operirati tonzile ili što je to tonzilarni problem?**
- 7 **Najčešće nedoumice**
- 9 **Odlazak otorinolaringologu**
- 15 **Kako pripremiti dijete (i sebe) za operaciju?**
- 16 **Što se događa s mojim djetetom na dan operacije?**
- 18 **Što moram znati o poslijeoperacijskom oporavku djeteta nakon operacije „angina“?**
 - 18 Opće higijensko-dijetetske mjere
 - 18 Što mogu očekivati kada dijete dođe kući?
 - 19 Čega se moram bojati?
 - 19 Kada ću dijete dovesti na kontrolu?
 - 19 Kada dijete može ponovno u školu ili vrtić?
 - 19 Zašto mu se promijenila boja glasa?
- 20 **Preporučena djela nakon operacije**

Malo anatomije za uvod

Nepčane tonzile („angine“) i treći krajnik (treća mandula) dio su Waldeyerova prstena koji funkcionira poput imunskog stražara na mjestu ulaska mikroorganizama u naše tijelo.

Radi se o nakupinama limfnog tkiva na križanju probavnog i dišnog puta te predstavlja „klopu za mikrobe“ koji ulaze u organizam zrakom i/ili hranom. Osnovni dijelovi prstena su: „treći krajnik“ (lat. *vegetationes adenoideae*), koji je neparan i nalazi se iza nosnih šupljina; nepčane tonzile (lat. *tonsillae palatine*), koje su parne i nalaze se u ždrijelu; tubarne tonzile (lat. *tonsillae tubariae*), koje su parne i nalaze se na ždrijelnom ušću Eustahijevih cijevi odmah uz treći krajnik; jezična tonzila (lat. *tonsilla lingualis*), koja je neparna i nalazi se na korijenu jezika (slika 1).

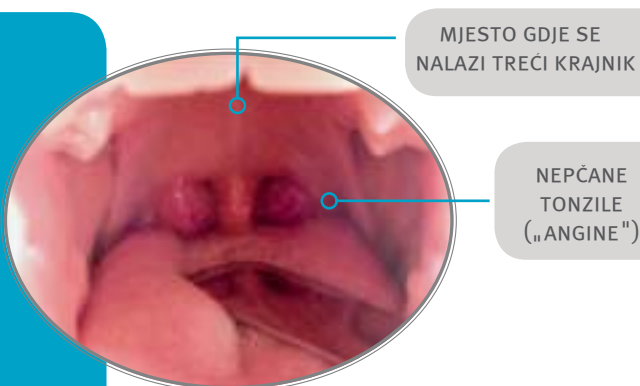


SLIKA 1. WALDEYEROV PRSTEN.

Ako pažljivo promotrite shemu, bit će Vam jasno da se na „običnom“ pregledu (kaži: AAA!) mogu vidjeti samo nepčane tonzile, a nikako se ne može vidjeti treći krajnik.

SLIKA 2. OROFARINGOSKOPSKI PREGLED ŠPATULOM.

Pogledajte to i na fotografiji: Nepčane tonzile uistinu se dobro vide, zar ne? Treći krajnik se ne vidi! Kako bi se vidio kad je iza nosa?!



Sada kada smo razjasnili položaj tonzila i trećeg krajnika, red je da kažemo nešto o njihovoj **veličini**.

Veličina tonzila mijenja se ovisno o dobi i naslijeđu. Zbog toga je teško definirati njihovu normalnu veličinu i izgled. U prvih pet ili šest godina života nepčane tonzile se povećavaju dosežući maksimalnu veličinu u pubertetu, kada mjere 20 mm – 25 mm u vertikalnom i 10 mm – 15 mm u poprečnom promjeru. Njihovo smanjivanje započinje nakon puberteta, tako da u starijoj životnoj dobi postoje samo ostatci tkiva unutar nepčanih lukova. Treći krajnik najrazvijeniji je u ranom djetinjstvu,

nakon čega se postepeno smanjuje, ako nije bolestan, i do puberteta nestaje. No ako se u trećem krajniku ponavljaju virusne ili bakterijske infekcije, može se dogoditi da zadrži svoju veličinu ili, dapače, još naraste, pa ga ponekad valja odstraniti i u kasnijoj životnoj dobi. Jezična tonzila najrazvijenija je u odrasloj dobi, poglavito ako je vrlo rano napravljena operacija trećeg krajnika i nepčanih tonzila.



Što je operacija tonzila (tonzilektomija)?

Tonzilektomija je najčešći kirurški zahvat u otorinolaringologiji i jedan od najčešćih kirurških zahvata u dječjoj dobi uopće.

U nazivu tonzilektomija grčki je korijen *ektome* – izrezivanje, pa bi doslovan prijevod glasio: izrezivanje tonzila. Osnovna filozofija ovog kirurškog postupka zadržana je do današnjih dana, samo su se, u skladu s razvojem medicinske tehnike i znanosti uopće, mijenjale tehničke mogućnosti i instrumentarij. Naizgled nezahtjevan, kirurški postupak kao što je tonzilektomija postaje problematičan zbog izrazitog poslijeoperacijskog pobola koji uključuje poslijeoperacijske bolove, primarno krvarenje (< 24 sati) i poslijeoperacijsku infekciju koja dovodi do kasnog ili odgođenog poslijeoperacijskog krvarenja (> 24 sati).

Za razliku od većine operacijskih postupaka u kojima se rana primarno zatvara, tonzilektomija završava otvorenom ranom koja cijeli bez šivanja, čime se otvara mogućnost za razvoj poslijeoperacijskih komplikacija. Bol je rezultat oštećenja sluznice, mišića i živčanih završetaka IX. i X. moždanog živca, nakon čega dolazi do upale i grča mišića ždrijela, što dovodi do smanjenja opskrbe kisikom i pojačavanja bolnog osjeta. Bol u cijelosti prestaje tek nakon 14. – 21. dana, kada dolazi do potpunog zarastanja. Vrlo često tonzilektomija se kombinira s adenoidektomijom (uklanjanjem adenoidnih vegetacija ili trećeg krajnika). Takvu operaciju nazivamo adenotonzilektomija.

VRSTE OPERACIJA:

- 1. TONZILEKTOMIJA - OPERACIJA NEPČANIH TONZILA (ANGINA)**
- 2. ADENOIDEKTOMIJA (OPERACIJA TREĆEG KRAJNIKA - ADENOIDNIH VEGETACIJA)**
- 3. ADENOTONZILEKTOMIJA (1 + 2)**



Kada operirati tonzile ili što je to tonzilarni problem?



Tonzilarni problem je zajednički naziv za skup pitanja vezanih uz donošenje ispravne odluke o tome kome je tonzilektomija potrebna (indikacije za tonzilektomiju).

Valja odvagovati je li veća korist ili štetnost od odstranjenja tonzila i ovisno o tome donijeti pravu odluku: za tonzilektomiju ili protiv nje.

Tijekom povijesti gledišta o indikacijama za tonzilektomiju kretala su se između dviju krajnosti. Prema prvoj, tonzile je trebalo odstraniti svakom djetetu jer se tako sprječavaju bolesti tonzila i sve posljedice vezane uz to (upale zglobova, bubrega, srčanih zalistaka). Drugu krajnost predstavlja gledište koje zagovara da se tonzile ne odstrane nikome jer imaju svoju imunosnu ulogu. Istina je, naravno, negdje u sredini.

Kako je tonzilektomija najčešća operacija u dječjoj dobi, to znači da velik broj djece jednom u životu zbog tonzilektomije trpi poslijeoperacijske bolove, ne može normalno jesti barem deset dana, ne može ići u vrtić i/ili školu, roditelji zbog toga ne mogu na posao. Svi ti parametri daju tonzilektomiji općemedicinsku, pa i socijalnu dimenziju.

U našoj zemlji još uvijek vlada uvriježeno mišljenje da se tonzile operiraju samo ako dijete ima stalne gnojne angine i upale grla. Istina je sasvim drugačija.

Veliki broj operacija odnosi se na uklanjanje tonzila i trećeg krajnika zbog otežana disanja tijekom dana i noći, hrkanja i prestanaka disanja duljih od 10 sekundi tijekom noći.

U SAD-u se 80 posto operacija napravi zbog opstrukcije disanja, a ne upale tonzila. Naravno, isti pacijent može imati i jedne i druge smetnje. Ako prestanci disanja dulji od 10 sekundi (u djece čak i dulji od 5 sekundi) traju dulje vrijeme (mjesecima i godinama), mogu dovesti do trajna oštećenja stijenki krvnih žila, mozga, srca i pluća te poremećaja u neurokognitivnom razvoju djeteta. U svakom prekidu disanja dolazi do pada zasićenosti krvi kisikom, organizam „vapi“ za njim, zbog čega uslijedi duboki udah i „hvatanje“ zraka koje podsjeća na utopljenika u moru. Zaista, može se slikovito reći da dijete cijelu noć „roni“ i „hvata zrak“. Stoga je ta indikacija za operaciju prepoznata kao iznimno važna i u odrasloj dobi kroz medicinu spavanja.

U Republici Hrvatskoj apsolutne indikacije za tonzilektomiju jasno su određene smjernicama Interdisciplinarnе sekcije za kontrolu rezistencije na antibiotike (ISKRA) - radne grupe za grlobolju Ministarstva zdravlja i socijalne skrbi Republike Hrvatske, a to su:

Apsolutne indikacije (ili kada treba obavezno operirati):

- **grlobolja uzrokovana tonzilitisom uz zadovoljene sljedeće uvjete:**
 - pet ili više epizoda grlobolje godišnje (tonzilitis mora biti dijagnostički potvrđen barem jednim od sljedećih kriterija: pozitivan obrisak na beta-hemolitički streptokok skupine A (BHS-A), gnojni eksudat na tonzilama, tjelesna temperatura $\geq 38\text{ }^{\circ}\text{C}$, limfadenitis na vratu s barem jednim čvorom veličine $\geq 2\text{ cm}$)

- epizode grlobolje koje utječu na opće stanje bolesnika i njegovo normalno funkcioniranje u svakodnevnom životu
- trajanje simptoma barem godinu dana
- **komplikacije tonzilitisa (peritonzilarni apsces, sepsa)**
- **trajna opstrukcija / začepjenost dišnih putova**
- **sindrom opstruktivske apneje (prekida disanja) u spavanju**
- **poremećaji okluzije i sumnja na tumor tonzile.**

Relativne indikacije (ili kada je preporučljivo operirati):

- **kronični tonzilitis** – ako bolesnik kronično pati od grlobolje i lošeg zadaha i ako se simptomi ne smanjuju tijekom jednogodišnjeg razdoblja
- **trajni kliconoše.**

Prije odluke za tonzilektomiju preporučuje se šestomjesečno praćenje bolesnika. Jednom kad se indikacija postavi, potrebno je što prije izvesti zahvat kako bi se polučio što veći uspjeh.

Apsolutne indikacije za adenoidektomiju (uklanjanje trećeg krajnika) jesu trajna opstrukcija / začepjenost dišnih putova i sindrom opstruktivske apneje u spavanju, a **relativne:** učestale upale srednjeg uha te smetnje sluha zbog prisutnosti sekreta u srednjem uhu.

Bez obzira na vrstu operacije indikaciju uvijek određuje otorinolaringolog u suradnji s liječnicima specijalistima iz ostalih područja (pedijatar, infektolog, dermatolog, internist, liječnik obiteljske medicine...) na temelju podataka koje daje roditelj, kliničkog pregleda i vlastitog znanja i iskustva.



Najčešće nedoumice

Moje dijete nikada nije imalo upalu grla, a mora operirati tonzile!

Vaše dijete ima poremećaj disanja tijekom spavanja (hrče, ima stanke u disanju, nemirno spava, preznojava se) i zato se mora operirati. Takvo disanje nije normalno. Dijete je noću stalno u nedostatku kisika, što dugoročno oštećuje krvne žile i vitalne organe. Osim toga, dijete koje tako diše budi se umorno i nervozno jer se nije odmorilo tijekom noći. To rezultira lošijim rezultatima u školi, dijete djeluje „hiperaktivno“ i neposlušno. Ponekad je nužno operirati samo treći krajnik, ali u slučaju opstrukcijske apneje u spavanju (prekida disanja duljeg od 10 sekundi), to nije dovoljno.

Dijete mi nikada nije imalo upalu uha, a liječnik predlaže operaciju trećeg krajnika!

Veliki treći krajnik, osim što predstavlja smetnju u disanju na nos, zatvara ušća Eustahijevih cijevi i dovodi do stvaranja podtlaka u srednjem uhu, nakupljanja tekućine i nemogućnosti izjednačavanja tlaka te dijete slabije čuje. Ako takvo stanje potraje dulje od šest mjeseci, može doći do stvaranja priraslica među slušnim košticama i trajna oštećenja sluha. Detaljno objašnjenje mehanizma nastanka ovog problema naći ćete u brošurici „Mama, boli me uho!“.

Koja je najranija dob za operaciju?

Operacija trećeg krajnika može se napraviti već s jednom godinom. Operacija tonzila i treće mandule obično se radi nakon treće godine života jer očekivani gubitak krvi tijekom operacije može biti rizični čimbenik za manje dijete. Tome se može doskočiti primjenom tzv. beskrvnih metoda operiranja te tako možemo operirati i mlađu djecu. Najmlađe dijete kojem sam zbog opstrukcijske apneje i stalnih upala grla te nemogućnosti gutanja krute hrane napravila operaciju tonzila i trećeg krajnika koblacijskom metodom (radiofrekvencija) imalo je samo 9,2 kg!

isla



pastile

Olakšanje za grlo




Pažljivo pročitati uputu.

- **Prirodna snaga i ljekovitost islandskog lišaja**
- **Pomoć kod nadražene sluznice grla i podražaja na kašalj**
- **Za djecu od 4. godine**
- **U tri odlična okusa**

Odlazak otorinolaringologu

U većini slučajeva roditelji dovode dijete na pregled s određenom idejom o tome treba li dijete operaciju ili ne, stoga su iskazi roditelja o zdravstvenom stanju djeteta vrlo često iskrivljeni i oblikovani prema zacrtanom cilju.



Otorinolaringolog sluša roditelje, ali samo odgovore na ciljane pitanja, pažljivo gleda i sluša dijete te procjenjuje njegovo disanje, govor, uhranjenost, boju kože, izraz lica i čita uputnicu pedijatra.



Kako se indikacije za (adeno)tonzilektomiju mogu ugrubo podijeliti u dvije skupine, smetnje disanja i/ili učestale upale, tako su i pitanja koja postavlja otorinolaringolog podijeljena u dvije skupine.

Prva skupina pitanja „traži“ znakove opstrukcije disanja:

- Kako dijete diše – na usta ili na nos?
- Hrče li noću?
- Spava li nemirno?
- Preznojava li se noću?
- Ima li stanke u disanju?
- Govori li „kroz nos“?
- Kako guta krutu hranu?

Djeca s poremećajima disanja tijekom spavanja (SDB) mogu imati vrlo različite simptome: od običnog hrkanja do opstruktivske „sleep“ apneje (OSA) sa sekundarnim poremećajima u rastu, neurokognitivnim funkcijama i ponekad kardiovaskularnim posljedicama koje mogu rezultirati smrtnim ishodom. Zapamtite, dragi roditelji, svaki put kad Vaše dijete prestane disati tijekom noći, koncentracija kisika u krvi spušta se znatno ispod donje dozvoljene granice!

Druga skupina pitanja otkriva učestalost i značaj upalnih promjena:

- Koliko često dijete ima upale grla?
- Koliko antibiotika godišnje popije?
- Ima li česte upale uha?
- Kako čuje?
- Curi li mu često gnojni sekret iz nosa?
- Ima li neugodan zadah iz usta?

Ova pitanja može postaviti i roditelj sam sebi kada razmišlja

o zdravlju ili bolesti svog djeteta i eventualnoj potrebi za operacijskim liječenjem.

Vrlo je važan kontakt otorinolaringologa s djetetom.



SLIKA 3. „FACIES ADENOIDEA“.

Već pri ulasku u ordinaciju uočava se uhranjenost i razvijenost djeteta, boja kože i vidljivih sluznica, karakterističan izraz lica (slika 3), tzv. *facies adenoidea* (usko lice, stalna sekrecija iz nosa,

otvorena usta iz kojih često prominiraju šiljasti sjekutići, nerijetko zahvaćeni karijesom zbog neodgovarajuće kiselosti usne šupljine, mala gornja čeljust, kratka gornja usnica, mali vanjski nos, podočnjaci). U razgovoru se otkriva nazalan govor, a ponekad i smetnje sluha.

Nakon razgovora slijedi pregled koji mora biti cjelovit:

pregled uha, nosa, ždrijela i vrata.

Ne smije se dogoditi da se pregled svodi samo na „kaži: AAA!“

Za pregled trećeg krajnika potrebno je napraviti **endoskopiju nosa i nosnog dijela ždrijela** krutom ili fleksibilnom optikom. Treći krajnik se ne vidi na „običnom“ ORL pregledu osim postrinoskopskim pregledom (teško izvedivo) ili palpacijom epifarinksa (koja je izuzetno neugodna i invazivna za dijete). Danas je endoskopija fleksibilnom optikom zlatni standard u

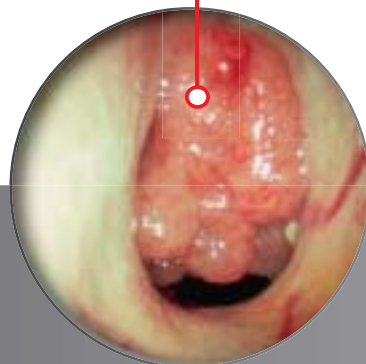
dijagnostici bolesti nosa i nosnog dijela ždrijela u kojem se nalazi treći krajnik. Pretraga je bezbolna, kratko traje i uspijeva se adekvatno izvesti u gotovo 95 posto djece. Ne može se napraviti prisilno te ako dijete ne surađuje, plače, kašlje, trga se iz stolice za pregled.

Stoga je adekvatna roditeljska priprema iznimno važna!



SLIKA 4A. FIBERENDOSKOPIJA NOSA I NOSNOG DIJELA ŽDRIJELA (TREĆI KRAJNIK, UŠĆA EUSTAHIJEVIH CIJEVI).

treći krajnik

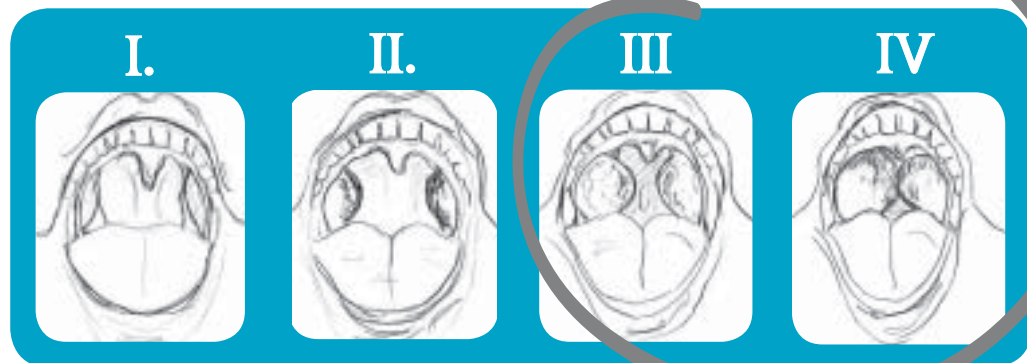


SLIKA 4B. TREĆI KRAJNIK KOJI ZATVARA STRAŽNJI OTVOR NOSA GOTOVO U CIJELOSTI PRIKAZAN FIBERENDOSKOPOM.

Apsolutne mjere trećeg krajnika i nepčanih tonzila nisu toliko važne. Važan je njihov odnos prema okolnim strukturama. Stoga se u procjeni veličine služimo

stupnjevanjem zatvorenosti dišnog puta (viši stupanj = veća zatvorenost dišnog puta).

U praksi to izgleda ovako:
a. Orofaringoskopski (OFS) nalaz (klasifikacija po Friedmanu):



b. Fiberendoskopija nazofarinksa (nalazi se iza nosa i iznad mekog nepca):

Na shemi se vide stražnji otvori nosa (hoane) i procjenjujemo njihov stupanj začepjenosti.



STUPANJ I. (< 25 %)
STUPANJ II. (25 % - 50 %)
STUPANJ III. (50 % - 75 %)
STUPANJ IV. (> 75 %)

Ima li dijete u oba slučaja stupanj III. i/ili IV., vjerojatnost poremećaja disanja je velika i operacijski zahvat je nužan (slika 5)!



Tzv. tonzile ljubilice (eng. *kissing tonsils*)
STUPANJ IV.

SLIKA 5.
TREĆI
KRAJNIK I
NEPČANE
TONZILE U
CIJELOSTI
ZATVARAJU
DIŠNI PUT.

Važno!

Sama veličina nepčanih tonzila nije indikacija za operaciju nema li dijete smetnje disanja, hranjenja ili česte upale! Procjenjujemo zdravlje djeteta u cjelini, a ne „umjetnički dojam” koji na nas ostavlja u tonzile.

PROSPAN[®]

Kod kašlja i bronhitisa



- **Učinkovito pospješuje iskašljavanje**
- **Za cijelu obitelj**

Djelatna tvar: suhi ekstrakt bršljanovog lista (INN: *Hederae Folii extractum siccum*). **Terapijske indikacije:** za olakšano iskašljavanje kod bolesti dišnog sustava praćenih produktivnim kašljem. **Doziranje i način primjene:** doziranje sirupa uz dozirnu čašicu prilagodite dobi.

Prije uporabe pažljivo pročitati uputu o lijeku. Za obavijesti o indikacijama, mjerama opreza i nuspojavama upitajte svog liječnika ili ljekarnika

Kako pripremiti dijete (i sebe) za operaciju?



Osim psihološke pripreme na odvajanje od roditelja i stres od operacijskog zahvata, potrebno je utvrditi opće stanje djeteta i njegovu fizičku kondiciju pred planirani zahvat.

Prijeoperacijska priprema uključuje:

- **sedimentaciju (SE), kompletnu krvnu sliku (KKS), pregled sustava za zgrušavanje krvi (PV, INR, aPTV), KG i Rh faktor, nalaz urina, razinu šećera u krvi (ŠUK), nalaz pedijatra, zaključak anesteziologa**
- **pristanak na anesteziološke postupke**
- **pristanak na operacijski zahvat.**

Nalazi ne smiju biti stariji od dva tjedna kako bi procjena bila vjerodostojna.

Što se događa s mojim djetetom na dan operacije?

Dijete na dan operacije mora biti „natašte“, što znači da od ponoći ne smije ništa jesti i piti. U sobi dobiva tzv. premedikaciju (blagi sedativ) i čepić protiv bolova pola sata prije samog zahvata. U operacijskoj dvorani dijete prihvaćaju anesteziološki tehničar i anesteziolog, čija je uloga u uspješnom ishodu operacije nezamjenjiva. Dijete se uvede u opću anesteziju i pristupa se operaciji.

Napredak tehnologije omogućio je razvoj brojnih tehnika i instrumenata u cilju smanjenja poslijeoperacijskog pobola, kako bi se zadovoljili uvjeti za sigurno, netraumatsko i beskrvno uklanjanje tonzila koje mora biti jednostavno za svakog kirurga.

U RH se najčešće primjenjuje „klasična“ tonsilektomija koja uključuje kombinaciju tupe i oštre disekcije s instrumentima za višekratnu uporabu (slika 6).



SLIKA 6.
SET KIRURŠKIH
INSTRUMENATA ZA KLASIČNU
TONZILOADENOIDEKTOMIJU.

Osim na taj način tonzile se mogu operirati radiofrekvencijom, laserom, ultrasoničnim nožem i elektrokauterom, što ovisi o edukaciji osoblja i o financijskim mogućnostima ustanove u nabavci dijelova za jednokratnu uporabu.

Prednosti koblacijske (radiofrekvencijske) tehnike koja se radi u Splitu u posljednjih osam godina jesu u manjem intraoperacijskom gubitku krvi (< 10 ml), bržem poslijeoperacijskom oporavku zbog manjih poslijeoperacijskih bolova i manje lokalne upalne reakcije (slika 7).

Već dva sata nakon operacije dijete pije čaj ili prokuhanu vodu, čime se vlaži operirano područje i aktiviraju mišići ždrijela, što smanjuje bol i sprječava nastanak krvarenja.

Ako je dijete operirano u bolnici, u RH je praksa da ostaje hospitalizirano 24 sata. Iskustva o duljini boravka djeteta u bolnici u svijetu su različita, ali stav struke je sljedeći:

Posebno se preporučuje za vrlo malu djecu (mlađu od 3 godine), anemičnu djecu i djecu s problemima zgrušavanja krvi.



SLIKA 7. AUTORICA OPERIRA DIJETE TEHNIKOM KOBACIJE SETOM ZA JEDNOKRATNU UPORABU.

tonzilektomija se tretira kao „outpatient procedure“, dakle kao ambulantni zahvat, nema li dijete neke druge prateće bolesti ili stanja koja povećavaju rizik od nastanka komplikacija.

Što moram znati o poslijeoperacijskom oporavku djeteta nakon operacije „angina“?

Roditelj je obično anksiozan i nekoncentriran pri otpustu djeteta te iako se osoblje trudi dati sve važne informacije o poslijeoperacijskom tijeku, već nakon pola sata započinje zvonjava telefona i bezbrojni upiti:

„Što ću sada?“

Stoga je uputno već u pripremi operacije roditelju dati pisani materijal o svim nedoumicama vezanim za poslijeoperacijsko razdoblje, o kojima će mama i tata u miru razmisliti i pripremiti se za njegu djeteta.

Krenimo redom:

I. OPĆE HIGIJENSKO–DIJETETSKE MJERE

- Ne prati zube!
- Piti više od dvije litre tekućine na dan!
- Ne piti na bočicu i pomoću slamke!
- Ne piti ni jesti: gazirano, prevruće, prehladno, ljuto, začinjeno, kiselo!
- Može se tuširati.
- Ne primajte posjete! Svaki posjetitelj je potencijalni izvor infekcije, a rane u ždrijelu predstavljaju povoljno ulazno mjesto za mikroorganizme.

II. ŠTO MOGU OČEKIVATI KADA DIJETE DOĐE KUĆI?

- Grlobolju.
- Bol u uhu (nije upala već refleksni bolovi od rane u ždrijelu).
- Povišenu tjelesnu temperaturu (do 38 °C).

Za sve od navedenog koristiti analgoantipiretike (Ibuprofen, Paracetamol).

Napomena:

Operacijska rana se ne šije – ostaje „otvorena“ i drugi dan se prekriva bijelim naslagama koje „otpadaju“ između četvrtog i osmog dana nakon operacijskog zahvata. Ako su te naslage predebele ili osjećate da dijete ima

intenzivno neugodan zadah, to je znak da ne pije dovoljno tekućine, naslage postaju sve deblje i pri njihovu ljuštenju može doći do krvarenja! **Naslage nisu gnoj**, već odgovaraju normalnom procesu cijeljenja!



SLIKA 8. IZGLED ŽDRIJELA NAKON OPERACIJE (2. DAN, 8. DAN, 11. DAN).
OVO JE NORMALAN NALAZ.

III. ČEGA SE MORAM BOJATI?

- Krvarenja – u slučaju pojavljivanja svježe krvi u ustima ili u povraćenom sadržaju, valja se odmah javiti u ORL kliniku radi zaustavljanja krvarenja. Manja količina sukrevice u ustima normalna je pojava uslijed ljuštenja „krasta“.
- Infekcije – ako dijete ima temperaturu višu od 38 °C dva ili više dana, javiti se svom pedijatru ili operateru.

IV. KADA ĆU DOVESTI DIJETE NA KONTROLU?

Tjedan dana nakon operacijskog zahvata, po mogućnosti k operateru.

V. KADA DIJETE MOŽE PONOVO U ŠKOLU ILI VRTIĆ?

Za dva tjedna.

VI. ZAŠTO MU SE PROMIJENILA BOJA GLASA?

Neposredno nakon operacije dijete šteti ždrijelo i zato govori tiho i piskutavo. I nakon završetka procesa cijeljenja glas neće biti isti jer se mijenja rezonantni prostor u kojem se oblikuje boja glasa. Konačna boja i raspon glasa procjenjuje se nakon 3 – 6 mjeseci.

Preporučena dijeta nakon operacije

„0“ nulti dan ili dan operacije – dva sata nakon operacijskog zahvata dijete ne smije ništa piti. Nakon toga treba uzeti ohlađeni čaj (bez limuna) ili ohlađenu prokuhanu vodu. Navečer smije pojesti visokokalorični multivitaminski pripravak, s čim se preporučuje nastaviti još osam dana. Dijete mora mirno ležati, ne smije „hrakati“, kašljati, govorno se naprezati. Posjeti nisu dopušteni. Sredstvo protiv bolova daje se prema potrebi.

1. i 2. dan: tekuća mlaka hrana (griz, juha, kompot, čokolino, čajevi, mlijeko, voda, sladoled).

Od 3. do 5. dana: uz tekuću hranu uzima se i kašasta (povrće, kuhano pasirano voće, keksi namočeni u mlijeku, voćni jogurt).

Od 6. do 12. dana: uz gore navedeno uključuje se raskuhano i mljeveno meso, meki dijelovi kruha (sredina), raskuhana riža i tjestenina i sl.

Nakon 12. dana: može se početi normalno hraniti.

Važno!

Dragi roditelji, brzina oporavka Vašeg djeteta nakon operacije ovisi isključivo o Vama! Slijedite ove upute kako bi rezultat operacije bio što bolji.

Najvažnije je da dijete dovoljno pije (više od dvije litre tekućine dnevno). Ustrajte u tome, ne popuštajte djetetu! Na taj način spriječit ćete moguće komplikacije (na prvom mjestu krvarenje) koje zahtijevaju ponovnu hospitalizaciju i moguću ponovnu kiruršku intervenciju.

Svi smo mi partneri u tonzilektomiji i samo zajedničkim radom, trudom i disciplinom polučit ćemo najbolji mogući rezultat: zdravo, veselo i zadovoljno dijete kao što je moja mala pacijentica i prijateljica Ani. Slika govori više od riječi!

