

Småbarn, gravide og utenlandsreiser

Småbarnsforeldre og gravide som planlegger å reise til ikke-vestlige land, må vurdere hvilken risiko de dermed utsetter seg selv og sitt barn for. Reiser i disse spesielle periodene av livet krever omhyggelig planlegging. Reiseforsikringen bør dekke hele familien, og for gravide ev. prematur fødsel. Lange reiser i svangerskapet medfører i seg selv en viss risiko. Hvis svangerskapskomplikasjoner skulle oppstå, kan også lavere nivå på helsetjenestene på bestemmelsesstedet øke risikoen. Selv om spedbarn og småbarn vanligvis greit tilpasser seg nye omgivelser, må man regne med minst like mange sykdoms-episoder under reise som hjemme.

Enkelte vaksiner og malariamidler skal ikke brukes til barn under en viss alder. Bare et fåtall vaksiner og de eldre malariamidlene er systematisk studert hos gravide med tanke på foster-skade. Andre forhold ved vaksinasjon og malariabeskyttelse, forholdsregler ved transport, klima og omgivelser, ernæring, drikkevanns- og næringsmiddelhygiene omtales.

Det er ikke noe nytt at nordmenn reiser i arbeidssammenheng, heller ikke at barnefamilier oppholder seg i fjerntliggende strøk i årevis. Men det er en ny trend at lange svangerskapspermisjoner brukes til å oppsøke eksotiske reisemål. Med dagens migrasjonsmønster og internasjonale arbeidsmarked kan reisen bli lang når et nyfødt barn skal besøke slekten. Reiser i disse spesielle periodene i livet krever mye omtanke og forberedelse. I store deler av verden er klima, kosthold og sykdomsforekomst ganske annerledes enn vi er vant til her hjemme. Riktignok meldes ikke veldig mange tilfeller av importerte infeksjoner til Norge, men alle aldersgrupper er utsatt, og noen infeksjoner rammer særlig de yngste. I figur 1 har vi samlet alle importerte tilfeller av hepatitt A og tyfoidfieber meldt til Meldingssystem for infeksjonssykdommer (MSIS 1992–2000). Enkelte steder er også risikoen for sykdom så stor at reise bør frarådes.

En gravid kvinne bør tenke seg godt om før hun legger ut på reise til et sted hvor fødselshjelp og nyfødmedisin kan ha mye lavere standard enn hjemme. Språkproblemer eller kulturforskjeller kan også vanskelig-

Synne Sandbu

synne.sandbu@folkehelse.no

Hanne Nøkleby

Divisjon for smittevern

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Postboks 4404 Nydalen

0403 Oslo

Sandbu S, Nøkleby H.

Young children, pregnant women, and travel.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1573–6

Pregnant women and parents of young children travelling to non-western countries should consider the risks to which they expose themselves and their children. Travelling during these periods of life needs to be particularly well planned. Travel insurance should cover the whole family, and for pregnant women also the risk of premature birth. Travelling long distances during pregnancy involves a certain amount of risk in itself. This risk could be increased if complications were to occur in areas with a lower standard of health service. As a rule, infants and young children easily adapt to new environments but children abroad should be expected to need a doctor at least as often as at home.

Some vaccines and antimalarials must not be used for children below a certain age. Only a few vaccines and antimalarials have been systematically studied in pregnant women in order to exclude teratogenicity. We present some aspects of vaccination and malaria prevention, transport, climate and environment, nutrition, food and drinking water hygiene.

☞ Se også side 1542

gjøre diagnostikk og behandling. Svangerskapet er riktignok en normal tilstand, men det er en normaltilstand som er så spesiell, og for de fleste vedkommende så sjelden, at det er rimelig å ta ekstra hensyn i den perioden. Reiseforsikringen må alltid dekke hjemreise for hele familien i tilfelle sykdom, for gravide også ev. prematur fødsel og et nyfødt barn.

Før langvarige opphold er det viktig å skaffe informasjon om forholdene på stedet: Tilgjengelighet og kvalitet på matvarer og drikkevann, helsetjeneste (lege, tannlege, sykehus, apotek) og hvilke sykdommer som er vanlige. Bedrifter og organisasjoner som plasserer ansatte i ikke-vestlige land, sørger ofte for at hele familien får en helsesjekk som inkluderer rådgivning og vaksinasjoner, avdekker ev. symptomfattig sykdom og sikrer hensiktsmessige forholdsregler ved

kroniske tilstander. Helsemessige forbedringer bør også omfatte tannlegebesøk. Riktignok kan tannbehandling være billig, men mange steder i verden kan både hygien og kvaliteten på arbeidet stå tilbake for det som er ønskelig. Langtidsopphold innebærer lengre eksponeringstid og dermed økt risiko for smittsomme sykdommer, men risikoen kan reduseres ved at man selv har kontroll over matstell og hjemmemiljø. Det følgende retter seg mest mot reiser av kortere varighet.

Spesielt for barn

Foreldre må regne med at barna blir syke minst like ofte under utenlandsopphold som hjemme. I ikke-vestlige land er risikoen for infeksjonssykdommer større, og på fremmede steder kan det være vanskelig å få kontakt med lege.

Vaksinasjon

I forbindelse med kortvarige feriereiser er det sjelden nødvendig å gjøre endringer i forhold til det vanlige vaksinasjonsprogrammet. For spedbarn som skal oppholde seg noen måneder eller mer i ikke-vestlige land, bør et vaksinasjonsprogram tilpasset reise-målet vurderes. Vårt vaksinasjonsprogram kan om nødvendig starte fra tomånedersalder (tab 1). I situasjoner der god, tidlig og relativt langvarig immunitet tilstrebes, er det aktuelt å gi tre doser difteri-tetanus-kikkhoste-polio-Hib-vaksine med tidlig start (fra 6–8 ukers alder) og korte intervaller (minimum fire uker), og ta sikte på fjerde dose etter 1–3 år. Poliovaksinasjon bør alltid starte før utreise til område med poliomyelitt (deler av Afrika og Asia). Vaksinen kan gis helt fra fødselen. Også BCG-vaksine kan gis til nyfødte, og er aktuell for barn som skal ha langtidsopphold i ikke-vestlige land. MMR-vaksine gir beskyttelse hos omkring 80 % av barna fra ni måneders alder og er aktuell for barn som skal ha nær kontakt med lokalbefolkningen i land der meslinger fremdeles er vanlig (obs Mellom- og Sør-Europa).

Når det gjelder andre vaksiner, bør barna prinsipielt få samme tilbud som voksne i den utstrekning vaksinen er godkjent for aldersgruppen (tab 1). Vaksinasjon ved lavere alder kan for noen vaksiner gi varig hyporesponsivitet, for andre økt komplikasjonsrisiko. Gulfebervaksine kreves ved innreise i mange land i Afrika og tropisk Sør-Amerika for barn over 9–12 måneder. Selv om hepatitt A hos førskolebarn vanligvis ikke er

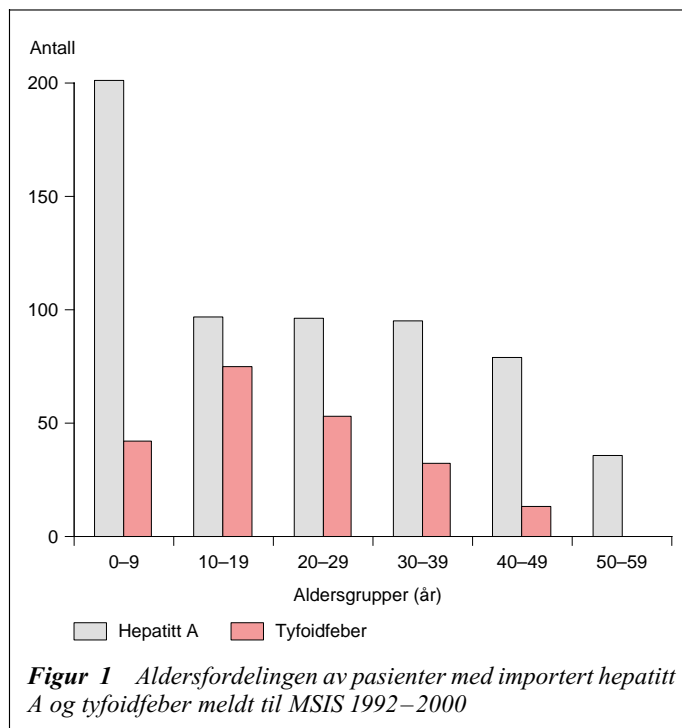
noen alvorlig sykdom, bør vaksine tilbys fra 12-månedersalder, både for å unngå en ubehagelig sykdomsepisode og for å hindre smittespredning etter hjemkomst. Rabiesvaksine er mest aktuelt for litt større barn, som kan eksponeres for smitte uten at foreldrene får vite det. Meningokokk A+C-vaksine kan brukes fra toårsalder (unntaksvis fra tremånedersalder ved opphold i områder med høy forekomst av meningokokk A-sykdom). Den nye meningokokk C-konjugatvaksinen kan gis til spedbarn.

Malariaproylaks

Malaria hos små barn kan forløpe dramatisk, og behandlingen kan være vanskelig. Derfor er malariabeskyttelse spesielt viktig for barn. Det bør sterkt advares mot å ta småbarn med til områder med høy forekomst av falciparum malaria.

Det eneste som gir fullstendig beskyttelse mot malaria er å unngå myggstikk. Derfor bør huset eller hotellrommet holdes myggfritt (netting foran dører, vinduer og ventiler), og barn bør være inne fra solnedgang til soloppgang. I tillegg bør det alltid være myggnett over barnesenger etter mørkets frembrudd. Babykurv bør være fôret med stoff som hindrer at mygg og andre insekter kommer inn. Ved risiko for uplanlagte overnattinger på steder med svært enkel standard kan et medbrakt myggnett for dobbeltseng være en god forsikring for hele familien – husk hyssing til oppheng. Også myggmiddel og bruk av klær med ermer og buksebein hindrer myggstikk. Små barn har stor kroppsoverflate i forhold til kroppsmasse, og absorberer relativt mye av det som appliseres på huden. Derfor bør myggmidler i større grad appliseres på klærne. Både myggnett og klesplagg kan impregneres med permetrin, som ikke er særlig giftig for mennesker, men som ikke bør inntas.

Spedbarn skal ha sine egne malariaforebyggende medisiner, helst samme preparat som resten av familien. Imidlertid er det bare klorokin og proguanil som kan doseres til barn under 5 kg. Tabletter kan deles og knuses og blandes med en liten mengde syltetøy, sjokoladepålegg eller liknende for å dempe den bitre smaken (ikke honning til barn under ett år). Det er en viss overgang av malariamedikamenter til morsmelken, men ikke tilstrekkelig til å beskytte barnet.



Figur 1 Aldersfordelingen av pasienter med importert hepatitt A og tyfoidfeber meldt til MSIS 1992–2000

Transport

Reiseruten må legges opp slik at barna får nok tid til hvile og mulighet til å leke og være i bevegelse. Ved flyging er trykkproblemer i mellomøret vanlig. Fordi det er mye vanskeligere å utlikne trykket i mellomøret i liggende enn sittende stilling, bør spedbarn og småbarn tas opp og settes på fanget når trykket øker i landingsfasen. Amming, drikke eller noe å tygge stimulerer til svelgebevegelser, som bidrar til å åpne øretuben. Kullsyreholdige leskedrikker gir økt gassmengde i tarmene og kan gi kolikkmerter. Ved biltransport bør foreldre insistere på barneseter. Et mindre trygt alternativ er å holde barna på fanget.



Figur 2 Kjekspakker og bananer pleier å være lett tilgjengelig. Foto Synne Sandbu

Spesielt for gravide

Det er legens oppgave å gjøre oppmerksom på helserisiko ved reisen og oppholdet og den økte risikoen svangerskapet i seg selv medfører for problemer som krever medisinsk tilsyn. Hvis den gravide er frisk, ikke tidligere har hatt kompliserte svangerskap og ikke har spesielle sykdommer, kan hun reise hvis hun tar forholdsregler for ikke å utsette seg selv og fosteret for fare. Det er lavest risiko for komplikasjoner og den gravide er mest i velbefinnende i annet trimester (1).

Men komplikasjoner i tidlige svangerskap og tidligere ektopisk svangerskap medfører risiko for gjentakelse. Komplikasjoner i det aktuelle svangerskapet, flerlingsvangerskap og en rekke kroniske sykdommer medfører økt behov for overvåking i svangerskapet og kan innebære at reisen bør frarådes. Placentaproblemer og alvorlig anemi (inkludert

sigdcellanemi) er relative kontraindikasjoner til flyging (1, 2).

Svangerskapsjournal i oversettelse og dokumentasjon for forventet termin bør medbringes. Det er også fornuftig å skaffe seg informasjon om helsetjenestene på bestemmelsesstedet. Planlagt fødsel i land med lavere sykehusstandard bør frarådes, og hjemreise må skje så lenge før termin som flyselskapsregler tilsier.

Vaksiner til gravide

Få vaksiner har vært benyttet til gravide i større utstrekning, derfor er kunnskapen om mulig risiko for fosterskade begrenset. I de fleste situasjoner vil imidlertid den sykdommen vaksinen beskytter mot, innebære større risiko for mor og barn enn den teoretiske risikoen ved vaksinasjon. I hvert enkelt tilfelle må derfor den reelle smittefaren og sykdommens alvorlighetsgrad veies mot usikkerheten knyttet til vaksinen. Konklusjonen avhenger av reisemål, reisen varighet og art og kvinnens vaksinasjonsstatus.

Levende virusvaksiner gir infeksjon med vaksinevirus, og er derfor i prinsippet kontraindisert. Risikoen ved rubellavaksinasjon like før eller tidlig i svangerskapet er best studert. Oppfølging av et stort antall vaksinerte gravide kvinner har ikke avslørt økt forekomst av misdannelser (3). Imidlertid er risikoen for rubellasmitte oftest så beskjeden at vaksinasjon er uaktuelt. Mer aktuell er levende virusvaksiner mot gulfeber, en sykdom med høy dødelig-

het. Vaksinasjon av gravide under gulfeberutbrudd har ikke gitt økt forekomst av medfødte misdannelser (4, 5).

Også inaktiverede vaksiner bør mistenkes for å kunne ha teratogen effekt inntil det motsatte er dokumentert. Noen få vaksiner er brukt til gravide i så stor utstrekning at vi kan si at de er trygge. Det gjelder først og fremst tetanusvaksine, som i mange land gis rutinemessig til gravide for å forebygge neonatal tetanus (6). Det er også betydelig erfaring med bruk av difteri- og poliovaksine og med influensavaksine til gravide i risikogrupper.

Systematiske studier av hepatittvaksiner til gravide er ikke gjort. Av mange grunner er det særlig viktig for den gravide å overholde god matvare- og drikkevannshygiene. Det vil ofte være nok til å forebygge hepatitt A-smitte ved kortvarige reiser. I situasjoner med høy smitterisiko vil vaksinen imidlertid innebære langt mindre risiko enn sykdommen, som kan forløpe dramatisk hos gravide. Vaksinasjon mot hepatitt B er mindre aktuelt i reisesammenheng. Imidlertid medfører hepatitt B-infeksjon i svangerskapet stor risiko både for mor og barn. Derfor vil det være riktig å vaksinere gravide som av en eller annen grunn kan utsettes for betydelig smitterisiko.

Malariaproylaks

Malaria i svangerskapet er farlig for kvinnen og medfører risiko for fosterdød (7, 8). Som for småbarn må myggstikk i størst mulig grad unngås. Tiltak som beskytter mot stikk vil samtidig forebygge andre myggoverførte sykdommer, som japansk encefalitt og denguefeber.

Klorokin og proguanil er ikke-teratogene i doser aktuelle for malariaproylaks. Det er også en god del erfaring med meflokin til gravide, men få systematiske studier. Publiserte studier kan gi mistanke om økt risiko for abort, men ikke økt forekomst av medfødte misdannelser etter meflokinbruk i svangerskapet (8, 9). WHO anbefaler meflokin fra 4. svangerskapsmåned i områder hvor det er indisert (10). I deler av Afrika er imidlertid risikoen for smitte med alvorlig malaria så stor, og i enkelte distrikter i Thailand og Laos er det så høygradig medikamentresistens, at gravide bør frarådes å reise dit hvis det ikke er helt nødvendig.

Transport

Allerede reiseforbereidelsene kan medføre risiko i form av betydelig stress og mas og tunge løft. Langvarige flyreiser medfører risiko for tromboemboliske komplikasjoner (11). Den generelle tromboserisikoen er ca. ti ganger høyere hos gravide enn hos ikke-gravide. Faktorer som bidrar er langvarig stillesitting, direkte press mot vener og relativ dehydrering pga. tørr luft i fly. Dessuten er det påvist endret koagulasjonsmønster som direkte følge av høyden (12). Enkle og gjenomførbare forebyggende tiltak er mosjon

Tabell 1 Laveste anbefalte alder for bruk av visse vaksiner. Noen vaksiner er uvirksomme hvis de gis for tidlig i livet, og noen kan i tillegg indukere varig hyporesponsivitet. For enkelte vaksiner trengs flere doser hvis vaksinasjon begynner i tidlig spedbarnsalder, og for enkelte vaksiner mangler data om sikkerhet og effekt hos barn under 1 år

Vaksintype	Laveste anbefalte alder
BCG	1. levedøgn
Hepatitt B	1. levedøgn
Polio	6 uker (tre doser med minst fire ukers intervall og forsterkningsdose senere) 8 uker i vanlig norsk program Ikke-tellende dose kan gis 1. levedøgn.
Difteri-stivkrampe-kikhoste	6 uker (tre doser med minst fire ukers intervall og forsterkningsdose etter minst ett år) 8 uker i vanlig norsk program
Haemophilus influenzae b	6 uker (tre doser med minst fire ukers intervall og forsterkningsdose etter ett års alder) 8 uker i vanlig norsk program
Mesling-kusma-rubella (MMR)	9 måneder (bør gjentas ved alder 15 måneder)
Gulfeber	9–12 måneder
Hepatitt A	1 år (bare ett produkt, ref. MSIS-rapport 2001; 29: 20)
Rabies	Ingen nedre grense for posteksposisjonell bruk
Kolera/ETEC	2 år
Tyfoid polysakkarid	2 år
Tyfoid levende oral	5 år
Meningokokk C-konjugat	2 måneder ¹
Meningokokk AC polysakkarid	2 år (A-komponent virksom fra 3 md.)
Japansk encefalitt	1 år
Skogflåtencefalitt	1 år
Influenza	6 måneder
Varicella	9 måneder
Pneumokokk polysakkarid 23-valent	2 år
Pneumokokk konjugat 7-valent	2 måneder ¹

¹ Antall doser avhenger av barnets alder

under reisen (sete ved midtgang), rikelig væskeinntak og bruk av støttestrømper (11). Den teoretiske risikoen for fosterskader pga. kosmisk stråling under interkontinentale flyreiser er så langt ikke bekreftet i epidemiologiske studier. Oksygentrykket i flykabinen tilsvarende høyde på ca. 2 500 m o.h., og påvirker fosteret minimalt pga. O₂-dissosiasjonskurven for føtalt hemoglobin (11).

Omgivelser, klima og høyde

De fleste barn vil greit tilpasse seg et varmt klima. Men små barn kan ikke så lett si ifra om sine behov. Foreldrene må påse at barna er passe kledd for temperaturen, at de holdes i skyggen når det er varmt og får nok å drikke. Spedbarn og småbarn har sart hud og bør beskyttes mot direkte sollys (solhatt eller lue, solkrem med høy solfaktor, T-skjorte under utendørs bading). Gravide må være klar over at de kan reagere annerledes på varme enn de er vant til.

I varmt klima er det viktig å unngå insek-

ter og slanger og forebygge kuttsår og hake- mark ved å bruke sko. Det bør søkes råd på stedet om lokale forhold, så man f.eks. ikke går ut i vann som er utrygt pga. brennmaneter, krokodiller, schistosoma (bilharzia), flodhester, hai eller understrømmer.

Gravide har i utgangspunktet økt belastning på hjerte og lunger, og bør derfor ikke legge opp til turer i store høyder (vær oppmerksom på veitransport gjennom fjellpass). Barn har i prinsippet samme risiko for høydesyke som voksne. Toleransen for høyde reduseres ved selv lettere luftveisinfeksjoner (2).

Mat og drikke

Både barn og gravide har behov for relativt hyppige spisepauser (den voksende livmoren gir ikke plass for store måltider) og ernæringsmessig riktig mat. For barn må rent drikkevann alltid være for hånden. Selv om varm og nyttillaget mat er lett tilgjengelig, vil ikke alle barn akseptere ukjente matretter.

Reserveproviant kan være helt nødvendig. Kjekspakker og bananer er hygienisk tilfredsstillende og pleier være lett tilgjengelig, men kan bli ensformig i lengden.

Ved alle reiser utenfor Norden øker risikoen for toksoplasmamitte, som kan føre til fosterskader (13, 14). Det anbefales anti-stofftesting av gravide før reise og ny testing av seronegative tre uker etter hjemkomst.

Mage- og tarminfeksjoner forebygges ved god matvare- og drikkevannshygiene (heat it, peel it or leave it) og håndvask før måltider. Dette er særlig viktig for gravide, fordi diaré kan provosere rier når som helst i svangerskapet. De tilgjengelige vaksinene mot tyfoidfieber og diaré gir begrenset beskyttelse, men bør vurderes for personer som mangler magesyre eller har grunn sykdommer som øker risikoen for komplikasjoner ved diaré, og for personer skal leve i omgivelser med usikker standard på matvarehygiene. Tannpuss i kokt eller kjøpt vann har liten betydning for voksne, men stor betydning for mindre barn, som vanligvis svelger tannpussevann. Frukt skal skrelles, vann skal være kokt eller ha tilsvarende kvalitet, og isbiter av dårligere vannkvalitet skal ikke aksepteres. Spedbarn bør ammes hvis det er mulig. På reiser er det mye lettere å amme et spedbarn enn det er å holde flasker rene og blande morsmelkstatning på hygienisk tilfredsstillende måte. Leker og ting småbarn bruker og putter i munnen, kan vaskes eller desinfiseres. Barn som liker å drikke badevann, kan bades stående.

Reisediaré rammer oftere og er mer alvorlig hos barn enn hos voksne. Små barn kan bli uttørket på få timer. Viktigste behandling er rikelig inntak av væske, f.eks. søtet te, ris-avkok, saft eller doven brus blandet med vann. Selv ved oppkast kan pasienten beholde en del av den tilførte drikken hvis den gis langsomt teskjevis. Pulver for oral rehydreringsløsning (ORS) med salt og karbohydrater i riktig forhold er å få kjøpt. Det blandes ut i vann, og er grei behandling sammen med mat etter ønske (15, 16). Salt og karbohydrater kan også tilføres som salte kjeks, kalium ved bananer og væske som rent vann. Riktignok inneholder Coca-Cola ikke mikrober, men det er en misforståelse at det er god behandling for diaré. Både juice og brus inneholder så mye sukker at det ufortynnet kan gi osmotisk diaré. Spedbarn med kraftig diaré bør ha legetilsyn før det har gått et døgn. Andre bør kontakte lege hvis diareen er blodtilblandet eller varer mer enn 2–3 dager med feber.

Avslutning

Lange reiser i svangerskapet medfører i seg selv en viss risiko. Hvis svangerskapskomplikasjoner skulle oppstå, kan også lavere nivå på helsetjenestene på bestemmelsesstedet øke risikoen. Små barn har selv liten glede av å reise, men finner seg vanligvis til rette når foreldrene er i nærheten. Samtidig kan samfunn som er materielt fattigere enn vårt,

være meget rike på medmenneskelig varme og omsorg, og ha bedre plass for og glede over barn. Hvis man velger sitt reisemål med omtanke og tar rimelige forholdsregler for å unngå sykdom, kan oppholdet bli en rik og positiv opplevelse for både foreldre og barn.

Litteratur

1. National Center for Infectious Diseases. Traveler's health. Pregnancy, breast-feeding, and travel. Health information for international travel, 2001–2002. <http://www.cdc.gov/travel/pregnant.htm> (1.3.2002).
2. Owe JO, Christensen CC. Helsemessige problemer hos flypassasjerer. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3623–7.
3. Plotkin SA. Rubella vaccine. I: Plotkin SA, Orenstein WA, red. Vaccines. 3. utg. London: WB Saunders, 1999: 409–39.
4. Tsai TF, Paul R, Lynberg MC, Letson GW. Congenital yellow fever virus infection after immunization in pregnancy. J Infect Dis 1993; 168: 1520–3.
5. Robert E, Vial T, Schaefer C, Arnon J, Reuvers M. Exposure to yellow fever vaccine in early pregnancy. Vaccine 1999; 17: 283–5.
6. The Immunological Basis for Immunization 3. Tetanus. WHO/EPI/GEN/93.13. Genève: World Health Organization, 1993.
7. White NJ. Malaria. I: Cook GC, red. Manson's tropical diseases, 20th edition. London: WB Saunders, 1996: 1087–164.
8. Nosten F, Vincenti M, Simpson J, Yei P, Thwai KL, de Vries A et al. The effects of mefloquine treatment in pregnancy. Clin Infect Dis 1999; 28: 808–15.
9. Schlagenhauf P. Mefloquine for malaria chemoprophylaxis 1992–1998: a review. J Travel Med 1999; 6: 122–33.
10. International travel and health. Vaccine requirements and health advice. Genève: World Health Organisation, 2001.
11. Aerospace Medical Association, Air Transport Medicine Committee. Medical guidelines for air travel. Aviat Space Environ Med 1996; 67: B1–16.
12. Bendz B, Rostrup M, Sevre K, Andersen TO, Sandset PM. Association between acute hypobaric hypoxia and activation of coagulation in human beings. Lancet 2000; 356: 1657–8.
13. Stray-Pedersen B, Jenum PA. Toksoplasmose og graviditet. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1823–6.
14. Kapperud G, Jenum PA, Stray-Pedersen B, Melby KK, Eskild A, Eng J. Risk factors for Toxoplasma gondii infection in pregnancy. Results of a prospective case-control study in Norway. Am J Epidemiol 1996; 144: 405–12.
15. Rautanen T, Halme S, Vesikari T. Community-based survey of paediatric diarrhoeal morbidity and home treatment practices in Finland. Acta Paediatrica 1998; 87: 986–90.
16. The management and prevention of diarrhoea. Practical guidelines. 3. utg. Genève: WHO, 1993.

○