

Choroba przeziębieniowa u dzieci

Pediatra odpowiada na pytania.

Dlaczego przeziębienie jest niebezpieczne dla niemowląt?

Dlaczego przedszkolaki chorują najczęściej?

Kiedy do lekarza z przeziębionym dzieckiem?

Jak postępować z chorym dzieckiem?

Czy gorączkę należy obniżać?

Jakie są naturalne metody leczenia przeziębienia?

Jak obniżać gorączkę?

Jak obserwować chore dziecko?

Jak rozpoznać astmę oskrzelową?

Jak rozpoznać pierwotne niedobory odporności?

Które objawy choroby należy uznać za szczególnie niepokojące?

Jak oceniać: duszność, tachykardię, drgawki, spadek aktywności, sztywność karku, wymioty, odwodnienie, zabarwienie skóry ... ?

Kiedy przeziębienie zamienia się w groźną chorobę?

Jak rozpoznać inwazyjną chorobę bakteryjną i sepsę?

Kiedy wzywać karetkę pogotowia?

Co jest mitem a co prawdą?

Odpowiedzi na pytania są fragmentami poradnika

Przeziębienie

mity i fakty

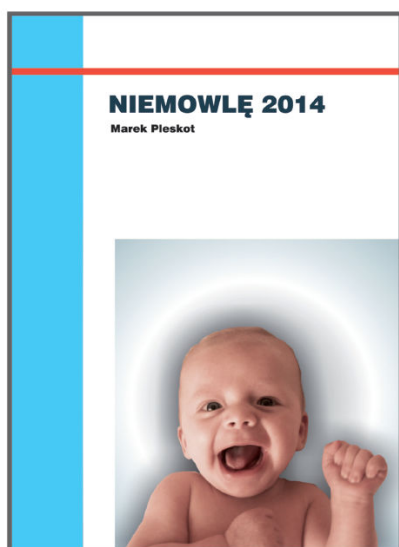
All rights reserved. Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody autora. Dotyczy to również sporządzania fotokopii, mikrofilmów, gromadzenia w pamięci komputerowej oraz powielania w inny sposób.

**PIEŁĘGNACJA, KARMIENIE, ROZWÓJ,
SZCZEPNIENIA, CHOROBY, PIERWSZA POMOC**
- aktualne zalecenia dla polskich niemowląt

PRZEZIĘBIENIE

FAKTY I MITY

Marek Pleskot



www.drpleskot.pl www.pediatraodpowiada.pl
ISBN 978-83-938919-1-7



Dołożono wszelkich starań, aby informacje zawarte w tej książce były zgodne z aktualnym stanem wiedzy. Książka ta, oraz zamieszczone poniżej jej fragmenty są materiałem edukacyjnym dla rodziców, ale nie mogą zastąpić konsultacji medycznej. Autor i wydawca nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za utratę zdrowia czy inne komplikacje, bezpośrednie lub pośrednie, wynikłe ze stosowania zaleceń umieszczonych w tej publikacji.

Dla kogo choroba przeziębieniowa jest niebezpieczna, a kto choruje najczęściej?

Powszechnie uważa się, że przeziębienie, to tylko przeziębienie. Nic poważnego.

Dla dorosłych, tak. Dziecka w pierwszych miesiącach życia lepiej nie zarażać ze względu na duże ryzyko rozprzestrzeniania się choroby do oskrzeli, płuc i uszu – co wymaga zwykle leczenia szpitalnego.

Z tego rodzice często nie zdają sobie sprawy. Sądzą, że katar jest taką samą łagodną chorobą dla małego dziecka, jak dla dorosłego.

Na pytanie, czy ktoś w domu był przeziębiony, często słyszę: ależ skąd. Mama miała tylko katar, a tatę bolało gardło. Tymczasem to, co jest banalną dolegliwością u dorosłego albo u starszego dziecka, może być niebezpieczne dla jego młodszego brata czy siostry.

Małe dziecko łatwiej zachoruje, będzie chorowało dłużej, dokuczliwe objawy będą bardziej nasilone. Im dziecko młodsze, tym większe jest ryzyko rozwoju choroby i powikłań.

Każdy organizm..... Zdolność niemowlęcia do produkcji własnych przeciwciał jest w pierwszym półroczu znacznie ograniczona.

Wąskie i krótkie drogi oddechowe małego człowieka łatwo zatykają się gęstym śluzem, ich błona śluzowa jest łatwo przepuszczalna, a aparat rzęskowy mało wydolny. Dlatego dzieci chorują znacznie częściej niż ich rodzice. Jak w życiu, dużemu byle kto nie podskoczy. Na szczęście odporność nabyta wzrasta – wraz z wysokością.

Z każdym kolejnym rokiem dziecko jest wyższe i podobnie wyższa staje się jego odporność. Malec będzie chorować rzadziej, przynajmniej do czasu przedszkola.

Tymczasem należy zrobić wszystko, co możliwe, aby niemowlę nie kontaktowało się z przeziębionymi. Poważnie trzeba rozważyć, czy w sezonie jesienno-zimowym rodzeństwo niemowlaka – przynajmniej dopóki nie skończy

on czterech miesięcy – powinno chodzić do przedszkola. Rodzice muszą być świadomi, że nie uda się zachować prawidłowych relacji między odpychanym starszakiem a czekającym na zarażenie maluchem.

W sezonie dziecko choruje bez chwili przerwy. To dlatego że nie zostało raz a porządnie doleczone.

Nie, nie dlatego. Infekcje są jak kurz, który pojawia się ponownie, nie dlatego, że nie został porządnie wysprzątny. Dziecko choruje bez przerwy, bo osłabione chorobą łatwiej zaraża się ponownie.

Maluchy często są zarażane przez rodzinę. Zarazki zwykle przynoszą do domu rodzice z pracy albo starsze rodzeństwo z przedszkola lub szkoły. Dzieci zarażają się od siebie wzajemnie. Zakażenie wywołane przez jeden rodzaj zarazków ułatwia nadkażenie przez inny. Dlatego przeziębiony maluch, idąc do przedszkola, nie tylko pozaraża swą grupę, ale sam wróci w gorszym stanie, niż poszedł i jeszcze bardziej będzie zarażał domowników.

Uczęszczanie do żłobka i przedszkola, podobnie jak niezdrowy tryb życia, zwiększa ryzyko zakażeń. Wyliczono, że mały przedszkolak jest mniej lub bardziej przeziębiony przeciętnie przez pół roku – co roku. Dziecko uważane za zdrowe, bez żadnych zaburzeń odporności, nim skończy pięć lat, może przechodzić nawet dziesięć zakażeń dróg oddechowych w ciągu roku. Przeziębienie jest najczęstszą chorobą w cywilizowanym świecie. Z punktu widzenia pediatry dziecko idzie do przedszkola po nowe zakażenie. Dzieci wracają chore z przedszkola albo żłobka, gdzie wszyscy kichają i zaślinionymi łapkami dotykają wspólnych zabawek.

Kiedy do lekarza z przeziębionym dzieckiem?

Im wcześniej do lekarza, tym szybciej choroba zostanie wyleczona.

Tak błędnie sądzi wielu rodziców. Często chcą zapisywać dziecko na wizytę w trakcie odbierania go ze żłobka czy z przedszkola, gdy personel zwraca uwagę, że maluch kaszle lub gorączkuje.

Pośpiech rodziców zwykle wynika z chęci podania leków, które powstrzymają rozwój przeziębienia, czy też innej wykluwającej się choroby. A najlepiej takich, po których dziecko nie będzie miało więcej katarów i kaszłów.

Dobry lekarz od razu pozna, co dziecku jest.

Nie ma aż tak dobrych lekarzy, chyba, że są jasnowidzami. Żeby leczyć, lekarz musi najpierw rozpoznać chorobę, a z chorobą jest jak z kiełkującą roślinką – początkowo nie widać, co wyrasta.

Bardzo wiele chorób zaczyna się w ten sam sposób i zbyt wczesna wizyta u lekarza najczęściej opóźnia rozpoznanie. W trakcie przeziębienia zmieniają się wszystkie objawy – katar z wodnistego staje się gęstniejący i żółty, kaszel suchy przechodzi w wilgotny, a gorączka występuje z mniejszą częstotliwością. To jest naturalne. Rodzice jednak niewiele o tym wiedzą i wyobrażają sobie, że choroba wygląda tak samo, kiedy się zaczyna i kiedy kończy.

Lekarz rozpoznaje chorobę na podstawie nieprawidłowości stwierdzonych podczas badania i tego, czego się dowie o dotychczasowym jej przebiegu – od rodziców. Postawiona w ten sposób diagnoza, to rozpoznanie wstępne. Brak umiejętności wróżenia z fusów i czytania z kryształowej kuli uniemożliwia rozpoznanie ostateczne. Staje się ono możliwe dopiero po zakończeniu choroby.

Ten przykry fakt potrafi podważyć autorytet lekarza. Często słyszę, że dziecko przed tygodniem było u lekarza, który się „nie poznał” na chorobie. A siedem dni to 168 godzin, w ciągu których wiele mogło się zdarzyć. Nawet następne zakażenie.

Na szczęście rozpoznanie wstępne i ostateczne często bywają zgodne, zwłaszcza jeśli dziecko nie jest badane zbyt wcześnie. Na „wyklucie się” kolejnych objawów potrzeba czasu, po jednym akordzie trudno powiedzieć, jaka to melodia.

Obserwacja chorego dziecka

Chore dziecko trzeba czujnie obserwować. Banalne przeziębienie czasem może okazać się groźną inwazyjną chorobą bakteryjną. Zdarza się to rzadko, musimy jednak zachować czujność, zwracać uwagę nie tylko na objawy, lecz także na dynamikę ich zmienności.

Istotna jest odpowiedź na pytania:

- czy zmienność choroby potwierdza wstępne rozpoznanie?
- czy zmienność objawów wskazuje na pomyślny przebieg choroby?
- czy pojawiają się nowe objawy, mogące wskazywać na powikłanie choroby?

Zgłoszenie się do lekarza w istotnym stopniu zależy od oceny choroby oraz niepokoju opiekunów.

Skuteczne leki na przeziębienie

Im więcej leków, tym dziecko z przeziębienia szybciej zostanie wyleczone.

Niestety, nie. Brakuje leków przeciwwirusowych, czyli działających na przyczynę choroby. W ograniczonym zakresie możemy stosować leki działające na jej objawy. (Leki, które wpływają na kaszel, zostały opisane przy kaszlu właśnie, a przeciwgorączkowe w części poświęconej gorączce).

Podstawą leczenia przeziębienia pozostaje odpowiednia pielęgnacja chorego i stymulacja jego naturalnych procesów obrony.

Reżim sanitarny i zdrowy klimat

Na wirusy nie ma rady. Jeśli ktoś w domu zachoruje, wszyscy będą chorowali.

Niekoniecznie. Można znacznie zmniejszyć ryzyko zakażenia dzięki wprowadzeniu reżimu sanitarnego, który polega na izolacji chorego i zachowaniu higieny.

Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową oraz przez styczność z wydzieliną z nosa i gardła osoby chorej, a także przez zakażone przedmioty. Wiadomo, że przeziębieniem najczęściej (70%) zarażamy się podczas bezpośredniego kontaktu – twarzy z twarzą, a tylko 5% na odległość. U co czwartego przeziębionego do zachorowania doszło przez ręce.

Jeśli przeziębi się ktoś dorosły – trzeba go izolować od dziecka. Przeziębione rodzeństwo albo ojciec nie powinni przebywać w jednym pokoju z maluchem i jego matką. Wskazane jest izolowanie chorych przez cały czas choroby i jeszcze trzy dni po ustąpieniu gorączki, kataru i męczącego kaszlu. Można rozważyć wysłanie chorego do rodziny, gdzie nie mieszkają niemowlęta. Jeśli matka jest chora – warto ściągnąć do opieki nad dzieckiem kogoś zdrowego spośród krewnych i znajomych. Jeśli przeziębi się matka karmiąca, również powinna przebywać w innym pokoju niż dziecko i przychodzić tylko na karmienie, w maseczce na twarzy (należy zakładać świeżą maseczkę na każde karmienie). Oczywiście, wcześniej musi bardzo dokładnie umyć ręce.

Wszyscy powinni bardzo często myć ręce (żeby np. nie zostawić bakterii na klamkach i innych przedmiotach) – wodą z mydłem, przez 20 sekund, potem wytrzeć ręcznikiem jednorazowym. Środek odkażający na bazie alkoholu wcieramy w dłonie, aż wyschnie.

Proste, a skuteczne. Jeśli chory nosi w domu maseczkę i przestrzega ścisłej higieny rąk, ryzyko zakażenia domowników spada o 50%.

Jeżeli chore jest dziecko, trzeba uważać, żeby nie zarazili się od niego rodzice. Choroba dziecka zwykle się wydłuża o czas choroby mamy czy taty i wzrasta ryzyko powikłań. Dzieci czekają, aż

Jeśli dziecko choruje, to nie ma znaczenia, czy dalej styka się z innymi przeziębionymi. Przecież już to i tak ma.

Nie. Choroba przeziębieniowa wywoływana jest przez 200 różnych wirusów. Kiedy nasze dziecko ze wszystkich sił walczy ze swoimi zarazkami, następną mają łatwiej – do armii, która już zaatakowała maleństwo, dołącza druga, siejąc kolejne spustoszenie. Zanim dziecko wyzdrowieje, mogą się rozwinąć nowa choroba i powikłania.

W grupach przedszkolnych okresowo dochodzi do wzrostu liczby zakażeń górnych dróg oddechowych, zdarza się, że choruje nawet 3/4 grupy. Wytłumaczenie tego jest proste: duża zakaźność w skupisku z naturalnie niską odpornością. Najczęściej dzieci

Zachorowanie dziecka to zawsze problem dla rodziców – kto weźmie zwolnienie na opiekę? Ojciec? Matka? A może babcia weźmie urlop? Nic dziwnego, że jest przemożna chęć wysłania chorego do przedszkola lub szkoły. Najlepiej, gdy lekarz zbada, da leki i niech maluch dalej chodzi.

Nie tak dawno we Wrocławiu, gdy przeziębila się czwórka dzieci zaprzyjaźnionych ze sobą rodziców, przedsiębiorcze matki wpadły na taki oto pomysł: zwolnienie wzięła jedna z nich i po weekendowym leczeniu w domach wszystkie dzieci zwieziono w jedno miejsce, pod jej opiekę. Zabawa chorych dzieci trwała trzy dni, czwartego – wysoka gorączka i męczący kaszel „pościnały” całe towarzystwo. Dzieci miały poważne powikłania, dalsze leczenie zajęło dwa tygodnie.

Matki zlekceważyły wszystkie możliwe prawa przyrody. Nie uwierzyły, że choroby są zaraźliwe, że wirusy są liczne i różnorodne, że chory może się pochorować łatwiej niż zdrowy oraz że czas choroby i ryzyko powikłań są proporcjonalne do liczby chorych w domu. Zbagatelizowały podstawowe zasady zdrowego klimatu i reżimu sanitarnego. Zawierzyły cudownej mocy syropków, którymi poiły dzieci. W konsekwencji rozpoznano bakteryjne nadkażenia z powikłaniami w uszach u dwojga dzieci, w oskrzelach – też u dwojga, jedno miało na dodatek zapalenie płuc. I szczęśliwie, że nie doszło do jeszcze groźniejszych chorób bakteryjnych.

Chore dziecko musi mieć bardzo ciepło w domu.

Nie musi. Kiedy dziecko się przeziębi, rodzice często zwiększają temperaturę w domu, czym jeszcze bardziej utrudniają dziecku oddychanie. Zbyt ciepłe i suche powietrze nawet u zdrowego malca może spowodować sapkę.

Podstawą leczenia domowego jest zdrowy klimat. W dzień temperatura w domu powinna wynosić 20–21°C, w nocy tylko 17–18°C. Pomieszczenia trzeba dokładnie wietrzyć – w ten sposób zmniejsza się stężenie zarazków w otaczającym nas powietrzu. Podobnie

Jeśli dziecko nie ma gorączki, a pogoda jest dobra – nie ma powodu, żeby nie wyszło na spacer. Trzeba tylko odpowiednio je ubrać i zachować rozsądek. Sami się zorientujemy, jak długo ten spacer ma trwać. Należy wystrzegać się „sportów ekstremalnych”, dziecko nie powinno się spocić ani zmarznąć. Trzeba też pamiętać, żeby nie wyziębiało się w domu, na przykład w czasie zabawy na zimnej podłodze. Dotyczy to zwłaszcza maluchów raczkujących.

Zmarznąć nie mogą również dorośli. W końcu to ich dobre zdrowie jest warunkiem dobrego zdrowia dzieci. Babcine gadanie o ciepłych butach i czapce ma swoje uzasadnienie – sam się o tym przekonałem. Unikam wyziębienia i długo jestem w stanie przetrwać wizyty kaszlących i zasmarkanych pacjentów.

Szkoda, że nie ma mrozu. Mróz jest zdrowy – wymrozi zarazki.

Nic podobnego. Zarazki nie wiszą na drzewach – przenoszą się z człowieka na człowieka. Podczas mrozów ludzie chorują mniej, bo wreszcie ubierają się rozsądnie. Kiedy temperatura rośnie, nagle ubranie przestaje być ważne – a zarazki tylko na to czekają.

Sezon infekcyjny zwykle występuje w sezonie grzewczym, w mieszkaniach nie tylko bywa zbyt ciepłe, lecz także powietrze jest zbyt suche. Wilgotność powietrza należy utrzymywać na poziomie 50%. Można rozwieszać mokre ręczniki na grzejnikach, ustawić otwarte zbiorniki z wodą, można też użyć nawilżaczy

Nawilżone powietrze chroni błonę śluzową dróg oddechowych przed wysychaniem i zapobiega gęstnieniu wydzieliny, a w konsekwencji zatykaniu wąskich dróg oddechowych.

Udowodniono, że styl życia (w tym bierne palenie tytoniu, niedobory snu, nieprawidłowa dieta) wpływa na częstość infekcji u małych pacjentów. Bardzo szkodliwe jest bierne palenie papierosów. Aż 40% polskich dzieci jest codziennie na to narażonych. Dym tytoniowy niszczy nabłonek dróg oddechowych i ułatwia wnikanie zarazków, zwłaszcza wirusów. Palenie tytoniu, jeśli nawet nie odbywa się w obecności dziecka, też stanowi poważne zagrożenie, nie tylko dla osoby palącej. Szkodliwe substancje znajdują się wciąż w powietrzu wydychanym przez palacza. Palacze chorują częściej, zmuszają do biernego palenia swoje otoczenie i promują papierosy – uczą dzieci, że palenie jest czymś dobrym. A nie jest.

Zdrowy klimat, to również zdrowa atmosfera. Stres dotyka nas już od kołyski. Przewlekły lęk powoduje zwiększone wydzielanie katecholamin, które obniżają poziom immunoglobulin, a te z kolei są odpowiedzialne za nasze siły obronne. Dawno udowodniono, że zestresowani znacznie częściej chorują. Nic dziwnego, że dzieci „dygotki” rozpaczające w żłobkach czy przedszkolach chorują częściej niż ich koledzy „luzacy”. Stres dziecka

Nie można zapominać również o zdrowym stylu życia. Wszyscy wiemy, jaką rolę w nim odgrywa jedzenie.... Prawidłowe odżywianie.....

Udokumentowano, że „kanapowcy” trzykrotnie częściej chorują niż sportowcy. Od usportowienia rodziców zależy aktywność fizyczna ich dzieci. Jej ocena stanowi jednak poważny problem. Bawiące się dziecko rodzice postrzegają jako bardzo aktywne. Zapewne przez nieuzasadnione porównanie z własną aktywnością. A wysiłek fizyczny, jak wskazuje sama nazwa, jest stanem prowadzącym do zmęczenia. Oczywiście, obciążenia fizyczne muszą być dostosowane nie tylko do wieku, ale i do możliwości. Dzieci posyłane są na naukę języków obcych, muzykę, plastykę i brakuje im czasu na sport.

Naturalne mechanizmy obrony

Chore dziecko musi leżeć w łóżku.

Nie. Leżenie w łóżku, to dla dziecka trudna do zniesienia kara. Jeśli się czuje dobrze i w łóżku nudzi – będzie nieustannie wstawało i biegało boso po zimnej podłodze, a jeśli uda się je utrzymać w pozycji leżącej, oddech będzie miało

płytszy, niż gdyby się normalnie ruszało. Lepiej ubrać je ciepło i niech chodzi po domu, a nawet biega, jak ma ochotę. Będzie wtedy głęboko oddychać. Głębokie oddychanie podczas zakażeń dróg oddechowych jest bardzo ważne. Wyzwalany przepływ powietrza będzie oczyszczał, podobnie jak się dzieje z odkurzaczem i dmuchawą.

Dziecko powinno wydmuchiwać nos z całych sił – inaczej nałyka się kataru.

Jeśli się nawet nałyka, to soki trawienne skutecznie go strawią. Z medycznego punktu widzenia nie jest istotne, czy dziecko umie wydmuchać nos, czy wciąga śluz. Ważniejsze jest udrożnienie nosa. Od tego w dużym stopniu zależy zwalczanie zakażenia górnych dróg oddechowych.

Wodnisty katar sam wypływa, trzeba tylko..... Natomiast gęstniejącą wydzielinę trzeba usuwać.

Rodzice często nakłaniają dzieci do dmuchania w chusteczkę tak mocno, jak się da – ale tym sposobem nie oczyszczamy nosa skuteczniej, tylko wtłaczamy zakażony śluz do zatok i uszu.

U maluchów można zastosować Gdy w nosku małego dziecka nadal słychać furkotanie, można odciągnąć śluz za pomocą specjalnego odsysacza. Nie wolno używać jednoczęściowych gumowych gruszek – nie da się ich dokładnie oczyścić, mogą zatem stanowić „bakteriologiczną bombę”, której zawartość zostanie wdmuchnięta do noska.

Nosek dziecka może być zatkany nie tylko gęstym śluzem. Ponieważ jest mały, to jego przewody wewnętrzne są wąskie. Nawet niewielki ich obrzęk i niewielka ilość śluzu mogą spowodować blokadę. Rodzice często informują: z nosa nic nie wypływa, nic w nim nie ma, a dziecko i tak nie może oddychać nosem. Przyczyną jest obrzęknięta śluzówka. W takich przypadkach dziecku znacznie lepiej oddycha się chłodnym powietrzem (na przykład na spacerze) albo po zastosowaniu kropli czy aerozolu obkurczającego śluzówkę. Takie preparaty muszą być odpowiednie do wieku dziecka i można je podawać do pięciu dni. Strumień aerozolu bezpieczniej kierować na boczną część nosa, a nie na przegrodę.

Nie należy używać takich środków, jeśli śluz sam wycieka z nosa lub jeśli po usunięciu śluzu dziecko swobodnie oddycha z zamkniętą buzią. Zbyt wczesne podanie kropli obkurczających uniemożliwi ich zastosowanie, gdy będą bardziej potrzebne.

Może to też być alergia. Jeśli maluch intensywnie kicha na kota albo inne kwiatki – płynące z przekrwionych oczek łzy nie są oznaką wzruszenia. Może to być alergiczny nieżyt nosa – choroba występująca cały rok lub okresowo, gdy wzrasta stężenie alergenów w powietrzu. Zauważyłem, że wirusy potrafią otwierać furtki dla alergenów – gdy ustąpi infekcja, zdrowa śluzówka często radzi sobie z alergenami.

U dzieci z alergicznym nieżytem nosa konieczne bywa podawanie

Przewlekła blokada nosa powoduje, że dziecko choruje częściej, jest bardziej zmęczone i gorzej się uczy. Problemy z uszami i zatokami zaczynają się od katarów.

Permanentne oddychanie ustami, chrapanie, bezdechy (kilkunastosekundowa przerwa w oddychaniu) w czasie snu, powiększenie migdałków podniebiennych i płyn w uszach wskazują na przerost migdałka gardłowego. Nosek dziecka zatkany jest przerośniętym migdałkiem, jak butelka korkiem. Nawracające przeziębienia pogarszają sprawę – dlatego należy rozważyć, czy w oczekiwaniu na, często konieczne, operacyjne wycięcie migdałka dziecko powinno uczęszczać do przedszkola.

Kaszel jest męczący i trzeba go zwalczyć.

Kaszel potrafi być bardzo uciążliwy i dla dziecka, i dla rodziców – jednym i drugim nie daje spać, u dziecka może nawet doprowadzić do wymiotów. Nic dziwnego, że lekarze proszeni są o przepisanie skutecznych leków przeciwkaszlowych. Problem polega na tym, że takich leków nie ma.

Należy również pamiętać, że kaszel jest darem natury, odruchową reakcją obronną na zalegającą lub spływającą do gardła, tchawicy i oskrzeli wydzielinę, podobnie jak na obecność ciała obcego w drogach oddechowych, i ma na celu ich oczyszczenie.

Lepsza męcząca obrona niż kapitulacja prowadząca do

Kaszel jest zresztą także objawem choroby. W początkowym okresie przeziębienia pojawia się kaszel suchy, który stanie się mniej dokuczliwy, jeśli powietrze w pokoju chorego będzie chłodniejsze (18°C) i wilgotne (60%), a nos skutecznie oczyszczany.

Dolegliwości można złagodzić, podając niemowlętom w drugim półroczu ciepłą wodę: 1–3 łyżeczki kilka razy dziennie, a dzieciom powyżej pierwszego roku życia, zgodnie z rekomendacją WHO, rozpuszczony w letniej wodzie miód (jedna łyżeczka na szklanke, można dodać kilka kropel soku z cytryny). Pomocne bywają inhalacje z soli fizjologicznej. Długotrwały napad męczącego kaszlu może przerwać wdychanie przez dziecko ciepłego wilgotnego powietrza, na przykład w naparowanej łązience. Czasem lekarz zapisuje na noc syrop na kaszel suchy (może pomoże).

W przebiegu zapalenia krtani kaszel

Jest grupa dzieci szczególnie „uzdolnionych” do kaszlu. Mają kaszel niewspółmierny do procesu zapalnego, najczęściej nasilający się przed zaśnięciem i po obudzeniu. Wśród dzieci z alergią

U dzieci przeziębionych kaszel suchy zmienia się po kilku dniach w wilgotny. Kaszel wilgotny wywołany jest zwiększoną produkcją śluzu w oskrzelach; mamy „katar w oskrzelach”. I jak z nosa trzeba katar wydmuchać, tak z oskrzeli trzeba go wykaszeleć. Kaszel jest potrzebny, ponieważ chroni oskrzela i płuca przed zakażeniem.

Nie należy go hamować; nie trzeba dziecka na siłę uspokajać, żeby się nie ruszało, „bo się zakaszle”. Przeciwnie, należy prowokować wykastywanie, we właściwym czasie, czyli przed posiłkami i spaniem, i 3–4 kwadransy po podaniu syropów rozpuszczających gęsty śluz. Podskakiwanie, chociażby lubiane pajacyki działają lepiej niż nieudolne zwykle oklepywanie.

Dziecko się wykaszele, jeśli damy mu dostatecznie dużo pić. Ciepły chudy rosółek, herbatka lipowa z prawdziwym sokiem malinowym czy herbatki owocowe bywają skuteczniejsze od wielu kosztownych syropków.

W tym okresie przeziębienia, w którym kaszel staje się wilgotny, a katar gęstnieje, pomocne są inhalacje ze stężonego roztworu soli – Natrium Chloratum. Domowym sposobem można

Gdy kaszel staje się suchy – nie ma potrzeby wykaśływać, więc nie ma potrzeby inhalować. Po dłuższych inhalacjach, dziesięciominutowych, warto opłukać dziecku buzię, żeby pozbyć się soli, która może podrażniać.

Inhalacje z wrzątkiem nie są dla dzieci wskazane ze względu na ryzyko oparzeń; podobnie zresztą jak bańki. Można zastosować bańki bezogniowe, pamiętając o tym, żeby

Gorączka to niebezpieczna choroba. Trzeba ją zawsze zbijać.

Zacznijmy od tego, że gorączka nie jest chorobą. Jest objawem jakiejś choroby. U niemowląt w pierwszych trzech miesiącach życia – bardzo niepokojącym. Najmłodsze niemowlęta z natury są tak słabe, że nie mają siły do walki i zdecydowanie trudniej dochodzi u nich do obronnego podwyższenia temperatury. Choroby w tym wieku są też bardziej niebezpieczne.

Gorączkujące dzieci w wieku do trzech miesięcy należy natychmiast zawieźć do szpitala lub wezwać karetkę pogotowia.

Gorączkujące niemowlęta cztero- i pięciomiesięczne wymagają pilnego kontaktu z lekarzem (wyjątkiem jest łagodny odczyn w pierwszej dobie po szczepieniu).

Jeśli jednak chodzi o dzieci starsze, to nie ma co panikować. Wiele stosunkowo łagodnych chorób wieku dziecięcego przebiega z podwyższoną temperaturą. Dzieci potrafią bardzo wysoko gorączkować (40–41°C) z powodu zakażenia górnych dróg oddechowych albo gorączki trzydniowej. Wysoka temperatura budzi wśród rodziców niepotrzebną grozę, a jest nie tylko objawem choroby, lecz także reakcją obronną organizmu. Nie wykazano jej szkodliwego wpływu – ani na mózg, ani na serce. Z reguły inne objawy mają dla zdrowia dziecka większe znaczenie niż sama gorączka.

Jeśli po lekach gorączka ustępuje, a wraz z nią: złe samopoczucie, uczucie rozbicia i zimna, mdłości, dreszcze, ból głowy i mięśni, majaczenia – to choroba nie jest tak groźna, jak wygląda.

U dzieci ponad półrocznych zwykle wysokość gorączki i to, jak długo trwa, nie wskazuje na ciężkość choroby. Jeśli jednak utrzymuje się dłużej niż trzy dni, może to budzić podejrzenie

U przeziębionych dzieci od drugiego roku życia nie zalecam rutynowego zbijania gorączki niższej niż 38,5°C. Z powodu samej gorączki nic złego się dziecku nie stanie. Intensywne obniżanie temperatury nie zmniejsza ryzyka wystąpienia drgawek gorączkowych.

Celem leczenia przeciwgorączkowego u dzieci w tym wieku powinno być przede wszystkim poprawienie komfortu pacjenta.

Gorączka jest lekarstwem, z którego należy skorzystać, ale jeśli lekarstwo szkodzi – trzeba z niego zrezygnować. W takich wypadkach gorączkę obniżamy.

Jeśli termometr wskazuje podwyższoną temperaturę, a dziecko nie robi wrażenia nadmiernie ciepłego, bawi się i dobrze zjada – trzeba użyć innego termometru. Im bardziej nowoczesny, tym bardziej może być zawodny.

Rodzice wykorzystują różne termometry mierzące ciepłotę w wielu miejscach ciała. Ostatnio najczęściej mierzy się promieniowanie cieplne z błony bębenkowej ucha lub skóry czoła.

Temperatura mierzona na powierzchni ciała wykazuje dużą zmienność. Należy dokładnie przeczytać załączoną do termometru instrukcję obsługi oraz zapoznać się z prawidłowym zakresem ciepłoty ciała dziecka dla danego termometru. Prawidłowa temperatura jest najniższa w godzinach porannych, a najwyższa w wieczornych.

Ciepłota ciała wzrasta również podczas wysiłku, po gorącej kąpieli, po picciu ciepłych płynów oraz jedzeniu. Wyniki pomiarów temperatury często są zawyżone u przegrzanego dziecka, podobnie jeśli mierzymy na czole pod grzywką lub bezpośrednio po zdjęciu czapki. Mierząc w uchu, można zaniżyć temperaturę, jeśli zmierzymy ją poza błoną bębenkową. Wiarygodność pomiarów będzie większa, jeśli wyniki będą powtarzalne. Trening pomiarów

warto przeprowadzić u dziecka zdrowego, w okresie, kiedy jest chętne do współpracy. Rada nie dotyczy pomiarów w odbycie, które mogą nieść dyskomfort. Z tego powodu oraz w obawie o utrzymanie czystości termometru nie zaleca się robienia ich rutynowo. W razie wątpliwych wyników pomiarów warto jednak wykorzystać tę starą i sprawdzoną metodę. Nie zawsze zresztą konieczne jest mierzenie przez zalecane trzy minuty – gdy słupek kolorowego płynu przestaje rosnać, a szczególnie gdy wykaże gorączkę, nie musimy mierzyć już dalej. Uzyskaliśmy informację, że trzeba gorączkę obniżyć, a czy jest ona w danym momencie wyższa o ułamek stopnia, to już nie takie istotne.

Prawidłowa temperatura ciała to: w ustach – 35,6–38,2°C; w uchu – 35,8–38,0°C; pod pachą – 34,7–37,3°C. Prawidłowa temperatura mierzona w odbycie, to 36,6–37,9 °C.

Takie wartości są podawane przez producentów najczęściej, ale koniecznie trzeba sprawdzić informacje dla konkretnego termometru.

Ciepłota ciała powyżej podanych wartości – to stan podgorączkowy, a od 38,4°C – gorączka, zwykle istotna dla pacjenta.

Wartość zmierzonej temperatury wraz z datą i godziną pomiaru należy zapisać.

Zamiast dawać dziecku leki, gorączkę można zbić przez zimne okłady albo kąpiele w zimnej wodzie.

Nie, najpierw zawsze należy podać lek przeciwgorączkowy. Jeśli jego działanie nie jest w pełni skuteczne, można zastosować albo kąpiel w wodzie o temperaturze ciała dziecka, albo nacieranie wilgotną gąbką o temperaturze o stopień niższej, albo chłodne okłady wokół szyi. Tylko że wszystko to u gorączkującego dziecka bez wcześniejszego podania leku obniżającego gorączkę może wywołać drgawki.

Leki przeciwgorączkowe

Błędem jest podawanie aspiryny dziecku przed ukończeniem dwunastego roku życia.

Dla najmłodszych najbezpieczniejszym lekiem jest paracetamol, sprzedawany pod różnymi nazwami handlowymi, w różnych postaciach i stężeniach. Za podstawowy lek przeciwgorączkowy dla dzieci (również niemowląt powyżej trzeciego miesiąca i powyżej 7 kg wagi) uważany jest ibuprofen. Nie stosuje się go w ospie wietrznej i ostrej bieguncie. W zapaleniu dróg moczowych podobnie, bezpieczniej podać paracetamol.

Najmłodszym niemowlakom najłatwiej dać czopek, starszym lepiej lek doustnie, bo tak zadziała najszybciej i najpewniej. Oczywiście, jeśli dziecko wymiotuje, to lepszy będzie czopek.

Dawka paracetamolu to 15 mg/kg masy ciała. Możemy ją stosować nie częściej niż co 4 godziny, do 4 razy na dobę. Przeliczamy dawkę na kilogramy, a nie na wiek – jest to znacznie dokładniejsze, waga maluchów w tym samym wieku może się bardzo różnić.

Obliczając dawkę preparatów doustnych, należy uwzględnić stężenie – konkretny lek może zawierać 12, 24, 50 albo 100 mg paracetamolu w 1 ml preparatu. Dostępne czopki zawierają 50, 80, 125, 150, 250 albo 300 mg paracetamolu. Właściwą dawkę można uzyskać przez odcięcie części czopka.

U noworodków nie można przekraczać 45 mg/kg masy ciała w ciągu doby; u niemowląt – 60 mg/kg. Nie zaszkodzi jednak jednorazowe podanie 20 mg/kg. Paracetamol jest lekiem bezpiecznym ze względu na dużą różnicę między dawką terapeutyczną a toksyczną (120 mg/kg).

Jeśli po godzinie od podania paracetamolu gorączka nadal się utrzymuje, dołóżmy ibuprofen (u dzieci powyżej trzeciego miesiąca). Dawka to 5–7 mg na kg masy ciała dziecka. Możemy w razie potrzeby powtórzyć ją po sześciu godzinach. Lekarz zleca czasem dawkę 10 mg/kg masy ciała.

Dostępne są preparaty zawierające 20 albo 40 mg ibuprofenu w 1 ml i czopki – 60 albo 125 mg.

Nie należy podawać planowo naprzemiennie paracetamolu z ibuprofenem. Zaleca się wybór jednej grupy i ewentualne, w sytuacji koniecznej, dodatkowe podanie środka przeciwgorączkowego z drugiej grupy, po 30–50 minutach. Warto wykorzystać czas potrzebny na zadziałanie leku.

Nie są teoretycznie uzasadnione obawy rodziców, że na ich dziecko nie działa jeden z leków przeciwgorączkowych. Często efekt zależy od dawki oraz reakcji na gorączkę podczas danego zakażenia, a nie od wpływu leku na dziecko.

Po zaaplikowaniu leku przeciwgorączkowego ubieramy

Nieco skomplikowane zakończenie, czyli możliwe powikłania

Nawracające zakażenia dróg oddechowych

Najczęstsze jest przeziębienie nawracające. Dziecko po chorobie idzie do przedszkola, a po kilku dniach ponownie pojawiają się katar i kaszel. Rodzice podejrzewają, że choroba została niedoleczona albo że w nosie i gardle siedzi jakiś złośliwy megazarazek.

Prawda jest bardziej prozaiczna: dziecko ma nowe zakażenie. Objawy są co prawda te same – katar, kaszel, ból gardła – ale skoro wirusy „wchodzą” nosem i gardłem, to tak musi być.

Poważnym problemem są rodzinne zakażenia nawracające. Rodzice tłumaczą, że ciężko unikać dziecku kontaktu z przeziębionymi domownikami, gdyż stale ktoś jest zakatarzony i kaszlący.

Bagatelizują fakt, że przeziębienie jest chorobą zakaźną. Niestety, brutalne prawa przyrody obowiązują nas wszystkich:

- zdrowie dziecka zależy od zdrowia całej rodziny,
- młodsze, czyli słabsze, nie wyzdrowieje, gdy ktoś z domowników rozsiewa zarazki,
- biologiczne pierwszeństwo w powrocie do zdrowia ma starszy,

- starszy nie wyzdrowieje, jeśli naraża się na nowe zakażenia i osłabia swój organizm zmęczeniem, wychłodzeniem oraz stresem,
- przeziębionego malca nowe wirusy dopadną jeszcze łatwiej, gdyż jest dodatkowo osłabiony chorobą.

Każde, także nieinfekcyjne, przewlekłe zatkanie nosa musi zwiększać częstotliwość zachorowań. Niedrożność nosa może być również spowodowana obrzękiem alergicznym śluzówki, przerośniętym migdałkiem gardłowym albo wadami rozwojowymi nosa i zatok. Blokady sprzyjają zakażeniom, a zakażenie je potęguje – i tak błędne koło wydłuża i nasila chorobę. Dziecko z przewlekłą blokadą nosa należy skierować na konsultację do laryngologa.

Często rodzice

Przerost migdałka gardłowego

U dzieci z nawracającymi zakażeniami górnych dróg oddechowych często dochodzi do przerostu migdałka gardłowego

Zapalenie ucha

Wskutek przeziębienia może dojść do zatkania trąbki Eustachiusza, która łączy tylną część nosa z uchem środkowym. Jej zatkanie prowadzi do ...

Zapalenie zatok

Zapalenie zatok spowodowane jest tym, że powietrze nie przepływa swobodnie między zatokami i nosem, a śluz ...

Zapalenie oskrzeli

Zapalenie oskrzeli jest kolejnym stosunkowo częstym powikłaniem choroby przeziębieniowej. Objawem jest charakterystyczny wilgotny kaszel, nasilający się w nocy i po wysiłku. Jeśli dziecko nie ma gorączki i ogólnie czuje się dobrze,

mamy do czynienia z zakażeniem wirusowym (tak jest w 95% przypadków), nie zaleca się zatem antybiotyku – w bezgorączkowym zapaleniu oskrzeli antybiotyk „należy się” dopiero po 70 roku życia.

Zapalenie oskrzeli można porównać do kataru w oskrzelach. Trzeba to po prostu wykaślać, jak każdy kaszel wilgotny.

Ze względu na szczególne predyspozycje osobnicze, dzieci mają swoje „ulubione” choroby. Nawet podczas banalnego przeziębienia

Astma oskrzelowa

Ostatnio u bardzo wielu dzieci rozpoznaje się astmę oskrzelową i podejmowane jest leczenie, które nie daje spodziewanych efektów. Tymczasem brak wyraźnej reakcji na prawidłowo przyjmowane leki przemawia przeciw astmie oskrzelowej. W wytycznych GINA opisano wskaźnik przewidywania astmy opracowany przez J.A. Castro-Rodrigueza, który można wykorzystać do oceny jej ryzyka. Według tego algorytmu prawdopodobieństwo astmy jest duże, jeśli co najmniej czterem epizodom świszczącego oddechu u dziecka w ciągu ostatniego roku dodatkowo towarzyszą jedno duże kryterium lub dwa małe kryteria.

Duże kryteria:

- astma u rodziców potwierdzona przez lekarza,
- atopowe zapalenie skóry (stwierdzone przez lekarza),
- uczulenie na minimum jeden alergen wziewny.

Małe kryteria:

- eozynofilia (ilość krwinek białych – eozynofilów w rozmazie krwi) >4%,
- świszczący oddech bez współistniejącego zakażenia układu oddechowego,
- uczulenie na pokarmy.

Biorąc pod uwagę te kryteria, można praktycznie wykluczyć astmę u wielu niepotrzebnie o nią podejrzewanych.

Brak efektów leczenia nawracających zakażeń dróg oddechowych jest zwykle spowodowany tym, że dziecko łapie kolejne, chodząc do przedszkola.

U dzieci bardzo często zapadających na choroby „poważniejsze” niż przeziębienia – jak zapalenia płuc, uszu i zatok – można obawiać się tzw. **pierwotnych niedoborów odporności**. Szczególnie obawy dotyczą tych dzieci, które nie przybierają na wadze.

Na szczęście tylko 10% dzieci zgłaszających się do poradni immunologicznych z powodu nawracających infekcji ma pierwotne niedobory odporności. U prawie 30% Połowa dzieci z nawracającymi zakażeniami z czasem przestaje chorować.

Dla zachowania bezpieczeństwa, u dzieci z nawracającymi zakażeniami dróg oddechowych należy ocenić rodzaj i liczbę dotychczasowych infekcji. Fundacja Jeffrey Modella (www.info4pi.org) wymienia dziesięć objawów alarmowych sugerujących niedobór odporności:

- 1) co najmniej osiem zapaleń ucha w ciągu roku,
- 2) co najmniej dwa zapalenia zatok w ciągu roku,
- 3) co najmniej dwa miesiące bezskutecznej antybiotykoterapii,
- 4) co najmniej dwa zapalenia płuc w ciągu roku,
- 5) brak przyrostu masy ciała i zahamowanie wzrastania,
- 6) nawracające ropnie skórne lub narządowe,
- 7) nawracające po pierwszym roku życia pleśniawki, owrzodzenia błon śluzowych i skóry,
- 8) konieczność stosowania antybiotykoterapii dożylnej podczas każdej infekcji,
- 9) przebycie co najmniej dwóch ciężkich zakażeń (zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu, kości, szpiku, posocznica),
- 10) dodatni wywiad rodzinny w kierunku niedoborów odporności.

Dziecku z wyjątkowo często nawracającymi zakażeniami dróg oddechowych należy zlecić badania krwi: morfologię z obrazem odsetkowym leukocytów oraz

stężenie przeciwciał w klasie IgA, IgG, IgM. Często są też wskazania do badania radiologicznego klatki piersiowej.

Obserwacja chorego dziecka

Chore dziecko wymaga czujnej obserwacji. Starożytni mawiali *femina mobile est*, ale ja twierdzę, że jeszcze bardziej zmienna jest choroba. Banalne przeziębienie może okazać się groźną inwazyjną chorobą bakteryjną. Pomimo że takie przypadki, na szczęście, zdarzają się bardzo rzadko, konieczne jest zachowanie czujności.

Dlatego musimy zwracać uwagę nie tylko na objawy choroby, lecz także na ich dynamikę.

Choroba tak samo „wygląda”, jak się zaczyna i jak kończy.

Tak wielu błędnie sądzi. Tymczasem w trakcie przeziębienia zmieniają się wszystkie objawy i to jest naturalne. Katar z wodnistego staje się gęstniejący i żółty, kaszel suchy przechodzi w wilgotny, a gorączka występuje z mniejszą częstotliwością. Brak podstawowej wiedzy o chorobach budzi nieuzasadniony lęk wśród opiekunów.

Zarówno dla rodziców, jak i dla lekarza bardzo istotna jest odpowiedź na kilka pytań:

- czy zmienność choroby potwierdza wstępne rozpoznanie?
- czy zmienność objawów wskazuje na pomyślny przebieg choroby?
- czy pojawiają się nowe niepokojące objawy, mogące wskazywać na powikłanie choroby?

Lekarz, badając pacjenta, rozpoznaje chorobę na podstawie uzyskanych informacji o dotychczasowym jej przebiegu oraz nieprawidłowości stwierdzonych podczas badania. Postawiona w ten sposób diagnoza określana jest jako rozpoznanie wstępne. Brak czarodziejskich kryształowych kul w gabinetach lekarskich, tudzież zdolności wrózenia z fusów uniemożliwia

postawienie ostatecznego rozpoznania. Ten przykry fakt potrafi dyskredytować autorytet lekarza. Często słyszę, że dziecko było przed tygodniem u lekarza, który się „nie poznał”.

A siedem dni to jest 168 godzin, w ciągu których wiele musiało się zdarzyć. Niestety, był również czas na nowe zakażenia.

Rozpoznanie ostateczne możliwe jest jedynie po zakończeniu choroby. Szczęśliwie rozpoznanie wstępne i ostateczne często bywają zgodne, jeśli zbyt wcześnie dziecko nie jest badane. Jak już wspomniałem, potrzeba czasu na „wyklucie się” kolejnych objawów, a doprawdy trudno po jednym akordzie odpowiedzieć, jaka to melodia.

Choroba ustępuje po kilku dniach. Niecierpliwi rodzice często telefonują po 2–3 dniach choroby z niepokojem, że katar, kaszel i gorączka wciąż się utrzymują. Istotniejsze dla lekarza są nasilenie i częstotliwość objawów.

Czy gorączka występuje rzadziej, czy częściej?

Jak zachowuje się dziecko po obniżeniu gorączki?

Jeśli kaszel wilgotny dokucza tylko rano, gorączka stała się tylko podgorączką wieczorną, a dziecko optymistycznie się uśmiecha, to lekarz oddycha spokojnej – choroba „idzie” dobrą drogą i byle nie pobłądziła.

.....

Dla rodziców choroba dziecka jest zawsze bardzo ciężka. Gorączka wprawia ich w panikę, kaszel – przeraża. Na szczęście dzieci rzadko są naprawdę niebezpiecznie chore.

Oto **przewodnik po niepokojących objawach** – wyjaśniający, jak przypatrywać się choremu dziecku i kiedy pilnie kontaktować się z lekarzem.

* oznaczono objawy bardzo niepokojące, zwykle wymagające wzywania karetki pogotowia bądź pilnego zgłoszenia się do szpitalnego oddziału pediatrycznego.

Objawy bez gwiazdki wymagają skontaktowania się z lekarzem w ciągu doby od wystąpienia.

Aktywność

- dziecko się nie porusza lub jest krańcowo słabe i wygląda na bardzo chore*,
- zachowuje się inaczej niż zwykle, nie przejawia chęci do zabawy, jest smutne – nawet po obniżeniu gorączki,
- śpi znacznie więcej niż zwykle i trudno je obudzić.

Świadomość

(oceniana po obniżeniu wysokiej gorączki):

- nie można nawiązać kontaktu z dzieckiem, śpi, a wybudzane ponownie zasypia*.

Chore dziecko znacznie więcej śpi (to dobrze), ale po obudzeniu musi być przytomne i z kontaktem, czyli z prawidłową reakcją na otoczenie;

- zachowuje się nietypowo, np. zaczyna niewyraźnie mówić, ma trudności z chodzeniem, zaburzenia widzenia (ponad 5 minut) lub dezorientację*;

Majaczenia, czyli mówienie o dziwnych i oderwanych od rzeczywistości sytuacjach, nierozpoznawanie osób bliskich może występować podczas wysokiej gorączki do 5 minut. Dłuższe nietypowe zachowania należy uznać za niepokojące;

- utrata przytomności na dłużej niż minutę i utrzymująca się duszność*;
- utrata przytomności krótkotrwała – do minuty, bez innych niepokojących objawów, wymaga planowej kontroli lekarskiej w ciągu kilku najbliższych dni.

*Drgawki**

Rodzice często mylą drgawki z dreszczami. Dreszcze to „drobne dygotki” całego ciała. Są objawem znacznie mniej niepokojącym. Powodują dyskomfort u dziecka i skłaniają rodziców do nadmiernego opatulania. Pojawiający się efekt termosu prowadzi do szkodliwego nadmiernego przegrzania.

Drgawki to nagłe, gwałtowne ruchy jednej lub kilku kończyn, przypominające padaczkę, nieustępujące po objęciu dziecka. Często chory pręży się i sztywnieje, traci przytomność i bezwiednie oddaje mocz. Czasami znieruchomiłe oczy zwrócone są ku górze, mogą też wystąpić zaburzenia oddychania. Atakowi nie muszą towarzyszyć typowe drgawki rąk i nóg – bywa, że dziecko blednie, sinieje, „odpływa” bez kontaktu.

Skóra

- siny kolor skóry ciała*; niebieskawoszary cień jedynie wokół warg nie jest sinicą,
- kolor skóry blady, marmurkowy lub szary,
- nieblednąca pod uciskiem wysypka* (uciskamy płamki szklanym spodeczkiem lub przezroczystą linijką plastikową. Utrzymywanie się wysypki pod uciskiem może wskazywać na jej wybroczynowe pochodzenie),
- uwypuklenie ciemiączka*. Ciemiączko stale napięte i wypukłe, w przeciwieństwie do pulsującego, należy uznać za objaw niepokojący, mogący wskazywać na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- obrzęk ręki, nogi lub stawu,
- obrzęk powiek bez zaczerwienienia i ropienia,
- obrzęk wokół oka z łososiowym zabarwieniem bądź wytrzeszcz gałki ocznej,
- zauważenie pod skórą nowego guzka (węzła chłonного) o średnicy powyżej 2cm,
- różowa lub czerwona opuchlizna za uchem,
- wyciek krwistej, ropnej lub mętnej wydzieliny z ucha,
- wyciek bursztynowej wydzieliny z nosa po urazie głowy*.

Temperatura ciała

Jak pamiętamy, temperatura ciała zależy od miejsca pomiaru. Wysoka gorączka u dzieci pojawia się znacznie częściej niż u osób dorosłych i nie musi być objawem groźnej choroby. Rodzice miewają na tym punkcie fobię. Tymczasem niebezpieczna jest gorączka z powodu udaru słonecznego, ale nie z powodu przeziębienia. Temperatura do 40°C w drugim półroczu życia malca może być objawem łagodnej choroby, zwanej gorączką trzydniową. Ważne i uspokajające jest zaobserwowanie, że po obniżeniu gorączki dziecko wygląda na zdrowe.

Uśmiech dziecka, nawet w chorobie, jest optymistyczny. Jeśli jednak maluch nadal nie chce się bawić i jest ospały – można to uznać za niepokojące. Zwykle od gorączki są ważniejsze inne współwystępujące objawy. Gdy ich nie dostrzegamy, a gorączkujące dziecko nie zgłasza dolegliwości, to zawsze należy pomyśleć o zakażeniu układu moczowego i badaniu moczu, szczególnie wtedy, gdy wcześniej dochodziło do podobnych zakażeń.

Niezależnie od zastosowanej techniki, temperatura powyżej 38°C jest już nieprawidłowa, jeśli była zmierzona sprawnym termometrem, a dziecko nie zostało przegrzane.

Za szczególnie niepokojącą, wymagającą pilnego kontaktu

z lekarzem, należy uznać:

- gorączkę powyżej 40°C, utrzymującą się ponad dwie godziny po prawidłowo podanej dawce leku przeciwgorączkowego (ibuprofen lub paracetamol),
- gorączkę utrzymującą się trzy – cztery dni i nawracającą po 24 godzinach na dłużej niż dobę,
- gorączkę powyżej 38°C, trwającą pięć dni lub dłużej,
- gorączkę powyżej 38°C u dzieci w pierwszych trzech miesiącach życia* (w takich przypadkach obniżanie gorączki nie jest zalecane),
- gorączkę powyżej 39°C u niemowląt w wieku czterech – sześciu miesięcy (wyjątkiem może być pierwsza doba po szczepieniu)*.

Temperatura niższa niż 36°C (mierzona w odbytnicy) jest niebezpieczna, szczególnie gdy łączy się u chorego z innymi niepokojącymi objawami.

Oddychanie

Duszność (oceniana u malca spokojnego, bez gorączki, nieustępująca):

- oddychanie z trudnością, wyraźnie widać poruszanie się klatki piersiowej, liczba oddechów na minutę przekracza 60*,
- powyżej 50 oddechów na minutę u dziecka w wieku sześciu – dwunastu miesięcy i powyżej 40 oddechów u dziecka starszego (przeszło rocznego),
- poruszanie rozszerzonymi nozdrzami.

Duszności towarzyszy przyspieszony oddech, wciąganie żeber podczas każdego oddechu. Można zaobserwować zasinienie warg i języka. Dziecko z nasiloną dusznością nie może pić, a nawet płakać. Charakterystyczny, poprzedzający duszność wdechową (podczas nabierania powietrza), kaszel szczekający (piejący lub focy) wskazuje na zapalenie krtani.

Świszczący wydech zwykle świadczy o skurczu oskrzeli wymagającym podania leków rozszerzających. Konieczność wzywania zespołu medycznego zależy od wcześniejszych doświadczeń rodziców oraz reakcji dziecka na zastosowane leczenie.

Szybkość bicia serca

Liczmy, przykładając ucho albo rękę do klatki piersiowej, u dziecka spokojnego, bez wysiłku, bez bólu i gorączki. Alternatywnie możemy policzyć tętno, jeśli potrafimy je dobrze wyczuć.

Niepokojącym objawem jest zarówno tachykardia (przyspieszona częstotliwość rytmu serca), jak i bradykardia (zbyt wolna czynność serca). Oto granice normy:

- w pierwszych trzech miesiącach życia – 80 do 185 uderzeń na minutę,

- w drugim półroczu – 70 do 160,
- w drugim roku życia – 70 do 150,
- w trzecim – dziesiątym roku życia – 60–130 uderzeń, u nastolatków: 50–120.

Odwodnienie

- łagodne: suche usta i język, dziecko mało i rzadko siusia, a jego mocz jest ciemnożółty, powrót kapilarny poniżej 2 sekund (powrót kapilarny oceniamy tak: uciskamy płytkę paznokciową do zblednięcia opuszki palca i puszczamy. Zaróżowienie powinno się pojawić w ciągu dwóch sekund, a lepiej, półtorej sekundy)
- ciężkie: cechy odwodnienia – jak powyżej, a do tego zmniejszone napięcie skóry i powrót kapilarny dłuższy niż dwie sekundy*.

Płacz

- płacze słabym głosem lub w sposób ciągły, bądź wydaje nietypowe wysokie dźwięki*,
- dziecko jest rozdrażnione i krzyczy ponad godzinę.

Ból

- utrzymujący się ból ostry, paraliżujący, szczególnie podczas poruszania lub brania na ręce, jest wybitnie niepokojącym objawem*,
- ból ucha,
- silny jednostronny ból twarzy.

Ból często występuje u dzieci chorych, ale bardzo istotne jest jego natężenie. Ostry ból może sprawiać, że dziecko nieustannie płacze, ale cierpiący maluch często raczej pojękuje, stęka i kwili.

Zgłaszane objawy bólowe są wiarygodne u dziecka powyżej piątego roku życia. Bóle zatokowe głowy występują powyżej dziesiątego roku życia.

Szttywność karku* (tzn. dziecku leżącemu płasko na plecach nie można przygiąć brody do klatki piersiowej). U dzieci powyżej pierwszego roku jest objawem mogącym wskazywać na początek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Ten objaw badamy u dziecka po obniżeniu gorączki, w pozycji leżącej. Unosimy mu głowę tak, aby podbródek dotknął klatki piersiowej. Dziecko powinno współpracować lub należy odwrócić jego uwagę od wykonywanej czynności.

Wymioty

- treścią żółciową*,
- z krwią*,
- nawracające z wysoka gorączką.

Wymioty i biegunka mogą być objawem częstego wśród dzieci zakażenia żołądkowo-jelitowego. Jest to choroba o stosunkowo łagodnym przebiegu. Wymioty bywają też oznaką wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego u dziecka, które ma na przykład zapalenie mózgu. Zatem u dziecka z wysoką gorączką wymioty z biegunką są mniej niepokojące niż same wymioty.

Objawy niepokojące są bardziej istotne, gdy występują w trakcie choroby, nawet „zwykłego” przeziębienia. Gorączka pojawiająca się po kilku dniach kaszlu jest bardziej niepokojąca niż sama gorączka. Za jeszcze bardziej niepokojące należy uznać występowanie kilku objawów. U dzieci chorujących na choroby przewlekłe (np. astma) niektóre objawy chorobowe mogą być znacznie częstsze oraz stwarzać szczególne niebezpieczeństwo. O takich indywidualnych zagrożeniach rodzice powinni zostać poinformowani przez lekarza.

Objawy oceniamy różnie – w zależności od wieku dziecka. Wymioty, kaszel, bladość u starszego nie muszą oznaczać groźnej choroby, ale u noworodka należy uznać je za niepokojące, wymagające pilnego zbadania przez lekarza. Im młodsze dziecko, tym choroba może rozwijać się szybciej i stwarzać większe zagrożenie.

Im młodsze dziecko, im cięższa choroba, tym dynamika obserwowanych objawów jest większa. Znaczne pogorszenie stanu ogólnego w ciągu godziny, niezależnie od wieku, i niepowiązane z pojawieniem się gorączki również należy uznać za niepokojące.

Zmienność choroby wyraża się w dynamice jej objawów. Rodzice często zadają pytanie, jak długo dziecko może chorować?

Odpowiedź jest trudna, gdyż chorowanie zależy od bardzo wielu czynników. Dla lekarza ważniejsze jest, jak zmieniają się częstotliwość i nasilenie niepokojących objawów, czyli w którą stronę choroba „idzie”.

Choroby bywają nieprzewidywalne; jeśli rodzice zauważą inne niż tu wymienione niepokojące objawy, powinni skonsultować się z lekarzem. Sygnałem alarmowym może być każda nagła, zaskakująca zmiana zachowania dziecka.

Za niepokojące, wymagające kontroli lekarskiej, należy uznać objawy nawet łagodne, ale utrzymujące się długo, na przykład kaszel trwający ponad trzy tygodnie. Podobnie, gdy gęsta (ropna) wydzielina z nosa nie zmniejsza się po dwóch tygodniach, pomimo odizolowania dziecka od osób chorych.

Naprawdę poważne kłopoty, czyli inwazyjne choroby bakteryjne

Zdarza się – na szczęście bardzo rzadko, ale jednak się zdarza – że dziecko zachoruje na coś, co wygląda jak zwykłe przeziębienie, ale jest chorobą poważną i niebezpieczną. Chodzi o inwazyjne choroby bakteryjne, których początkowe objawy wskazują na banalne, łagodne zakażenie.

Do zakażenia bakteryjnego dochodzi przez bliski kontakt z chorym lub zdrowym, ale będącym nosicielem bakterii. Te bakterie lubią przebywać w nosie i gardle człowieka. Nosicielstwo najczęściej nie daje objawów

chorobowych. Ani „właściciel” bakterii, ani jego otoczenie nie wiedzą, że ma tę „zarazę”. Samo nosicielstwo nie jest zresztą wskazaniem do jakiegokolwiek leczenia.

Czy dojdzie do zachorowania i jak będzie ono przebiegać – zależy od zjadliwości szczepu bakterii i odporności gospodarza, czyli od tego, jak silny jest organizm nosiciela. Małe dzieci są bardziej zagrożone zachorowaniem, bo nie mają jeszcze w pełni rozwiniętej odporności.

Bakterie mogą wywoływać zachorowania określane jako nieinwazyjne (w miejscach, do których mają łatwy dostęp – jak zapalenie ucha środkowego albo zapalenie płuc) lub inwazyjne (w których bakterie przedostają się do krwi lub/i opon mózgowo-rdzeniowych). Do tego mają szczególnie zdolność niektóre szczepy pneumokoków i meningokoków.

Na choroby pneumokokowe – ciężkie zapalenie płuc (60%), zapalenie opon mózgowych (22%) czy sepsę (18%) – choruje jedno na 5000 dzieci (0,02% populacji).

Na chorobę meningokokową w 2012 roku zachorowało w Polsce 237 osób, dzieci i dorosłych. Nie są to liczne zachorowania, ale śmiertelność ich jest bardzo duża – około 10%.

Przebieg inwazyjnej choroby meningokokowej może być różny, od zakażenia krwi z łagodnymi, nieswoistymi objawami, do piorunującej posocznicy (10–15% przypadków), prowadzącej do śmierci w pierwszej dobie. Najczęstszą postacią (60%) jest zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Wczesne rozpoznanie inwazyjnej choroby bakteryjnej jest trudne, również dla lekarza. Początkowe objawy nie są jakieś szczególne. Gorączka, ból gardła, osłabienie, nudności, wymioty, rozdrażnienie – mogą wskazywać na zwykłe przeziębienie. W najgroźniejszej postaci, po 4–6 godzinach można zaobserwować przejściową poprawę, po której stan dziecka dramatycznie szybko się pogarsza. Obserwuje się: bladość skóry, zimne dłonie i stopy, szybkie nitkowate tętno, szybkie oddychanie i senność. Mogą pojawić się: ból głowy, światłowstręt, nadwrażliwość na bodźce, wymioty, zaburzenia świadomości, sztywność karku.

Na skórze występuje wysypka, początkowo podobna do widywanych w zakażeniach wirusowych, która później przybiera postać charakterystycznej wysypki krwotocznej. Są to wybroczyny podskórne, które, w przeciwieństwie do „niewinnych” wysypek wirusowych, **nie bledną pod wpływem ucisku**.

Skórę chorego trzeba dokładnie oglądać, zwracając szczególną uwagę na kończyny, dłonie i stopy, również podeszwy stóp.

Pierwsze wybroczyny mają wielkość główki od szpilki, później zmiany skórne się zlewają i są wyraźnie widoczne.

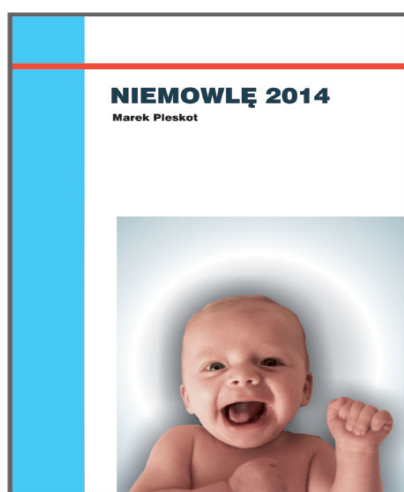
Zaobserwowanie nieblednącej wysypki u ciężko chorego wskazuje na niebezpieczeństwo choroby meningokokowej. W razie jej podejrzenia opiekunowie powinni natychmiast wezwać karetkę pogotowia, najlepiej reanimacyjną. Dziecko musi szybko znaleźć się w szpitalu. Im szybciej udzielona będzie pomoc, tym większe szanse ma dziecko.

Należy pamiętać, że

Przedstawiłem fragmenty poradnika Przeziębienie mity i fakty,

zainteresowani mogą nabyć kompletną wersję papierową. Szczegółowe informacje w zakładce Poradniki na stronie www.drpleskot.pl

**PIELĘGNACJA, KARMIENIE, ROZWÓJ,
SZCZEPIENIA, CHOROBY, PIERWSZA POMOC**
- aktualne zalecenia dla polskich niemowląt



www.drpleskot.pl www.pediatraodpowiada.pl
ISBN 978-83-938919-1-7

**PRZEZIĘBIENIE
FAKTY I MITY**

Marek Pleskot

