

DZIECKO CHORO W ŚRODOWISKU DOMOWYM I SZKOLNYM
WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE

Mirosława Kram

Bydgoszcz 2014 rok

CHOROBY WIEKU DZIECIĘCEGO

Choroby wieku dziecięcego dzieli się wg różnych kryteriów na ostre i przewlekłe; na typowe dla danego przedziału rozwojowego, tj. choroby zakaźne wieku dziecięcego; poszczególnych układów bądź narządów organizmu- choroby układu oddechowego, pokarmowego, moczowego, skóry, krwi i chłonki, ruchu, krążenia, rozrodczego, tkanki łącznej, endokrynologicznego, immunologicznego, narządów zmysłów, układu nerwowego, psychiczne; na wrodzone i nabyte.

Podział chorób

Ostre choroby charakteryzują się tym, że powstają nagle i trwają krótko, do 14 dni. Są to np. zapalenie migdałków podniebiennych, zapalenie wyrostka robaczkowego.

Choroby przewlekłe, trwają powyżej 4 tygodni, np. nawracające infekcje dróg oddechowych, które mogą utrzymywać się miesiącami i latami; trwają do końca życia - cukrzyca, mózgowo porażenie dziecięce, alergia pokarmowa itp.

Choroby zakaźne są wywołane przez czynniki zakaźne, mające właściwość łatwego przenoszenia się z człowieka na człowieka, człowieka na zwierzęta i odwrotnie. Szerzą się drogą kropelkową, np. grypa, przewodu pokarmowego, np. zatrucie pokarmowe, przez uszkodzoną skórę. np. tężec, odzwierzęce, np. włośnica, przez stawonogi, np. kleszczowe zapalenie mózgu. Wywołane są przez wirusy, bakterie, riketsje, grzyby, pasożyty.

Choroby poszczególnych narządów i układów oraz odrębności fizjopatologiczne organizmu dziecięcego sprawiły, że powstały dziedziny medycyny wieku rozwojowego: nefrologia, kardiologia, neonatologia, medycyna szkolna, psychiatria dziecięca itp.

Choroby wrodzone obejmują wady wrodzone (np. wodogłowie) oraz choroby uwarunkowane genetycznie (np. mukowiscydoza).

Urazy, oparzenia, zatrucia. Każdemu dziecku może przytrafić się nieoczekiwany wypadek i to nawet wtedy, gdy znajduje się pod troskliwą opieką rodziców

Uduszenie jest najczęstszą przyczyną śmiertelnych wypadków, np. uduszenie pod poduszką, zaaspirowanie ciała obcego lub wody z wanny do dróg oddechowych. Kolejną przyczyną śmiertelnych wypadków jest utonięcie w wannie, w ogrodzie w oczku wodnym, na niestrzeżonych kąpieliskach. Oparzenia powodują przede wszystkim gorące napoje ściągnięte ze stołu, u starszych dzieci podczas zabawy ogniem. Zatrucia zdarzają się w

każdym wieku, najczęściej jednak u małych dzieci, poniżej 5 roku życia wkładających bezkrytycznie wszystko do buzi – leki, środki czyszcząco- piorące, rozpuszczalniki, środki ochrony roślin, rośliny trujące i grzyby. **Niedobry smak nie odstrasza – dziecięca ciekawość jest silniejsza.**

Dorośli powinni robić wszystko, aby ograniczyć do minimum liczbę wypadków i powinni umieć udzielić pierwszej pomocy. Jeśli dziecko ma iść do szpitala rodzice powinni wytłumaczyć mu w najprostszy sposób, po co tam idzie. W izbie przyjęć szpitala rodzice podpisują druk oznaczający ich zgodę na hospitalizację, na niezbędne czynności diagnostyczne i lecznicze. Rodzice mają prawo do uzyskania pełnej informacji o stanie zdrowia dziecka, o istocie choroby, przebiegu diagnostyki i stosowanym leczeniu oraz rokowaniu. Do rozmowy z lekarzem o stanie dziecka upoważnieni są jedynie rodzice lub prawni opiekunowie.

Przyczyny chorób

Zewnątrzustrojowe przyczyny chorób są częstsze. Określa się je jako efekt oddziaływania środowiska na człowieka. Przykładem są wszelkie infekcje bakteryjne lub wirusowe, grzyby. Choroby mogą być także wywołane przez pasożyty (owsiki, glisty, świerzbowiec), kleszcze, wszy. Zwierzęta domowe są w większości przenosicielami chorób. Zarobaczony pies może przekazać jaj pasożytów. Koty mogą być przenosicielami toksoplazmozy. Ptaki mogą przenosić chorobę papuzią. Dotyczy to nie tylko papug, ale także gołębi.

Czynniki mechaniczne. Człowiek w ciągu całego swojego życia jest narażony na liczne urazy; szczególnie dotyczy to wieku dziecięcego i młodości.

Wewnątrzustrojowe przyczyny chorób tkwią w organizmie. Podłożem może stać się czynnik przekazany genetycznie i wbudowany w strukturę organizmu. Jednak nie każda zmiana chorobowa, stwierdzana u nowo narodzonego dziecka (choroba wrodzona) jest chorobą dziedziczną. Choroby dziedziczne w dosłownym tego słowa znaczeniu są wynikiem zmian genetycznych, zlokalizowanych w chromosomach jądra komórkowego. Wady zaistniałe podczas pierwszych 3 miesięcy życia są chorobami wrodzonymi, ale nie dziedzicznymi. Najczęstszą ich przyczyną jest wirus różyczki. W ostatnim okresie ciąży może również dojść do uszkodzenia płodu, np. alkoholowe uszkodzenie płodu.

Ogólna konstytucja ciała ludzkiego decyduje o przeciwstawianiu się wielu szkodliwym wpływom środowiska. Obejmuje ogólną budowę ciała, zdolności fizyczne i psychiczne.

RODZICE W ROLI OPIEKUNA CHOREGO DZIECKA W DOMU

Dziecko chore może przebywać w domu z powodu choroby zakaźnej, przeziębienia lub rekonwalescencji po przebytych leczeniu szpitalnym. Choroba dziecka jest dla rodziców dużym przeżyciem i zawsze budzi ich niepokój. **Ale to na rodzicach spoczywa obowiązek udzielenia pierwszej pomocy dziecku, zaprowadzenie do lekarza pediatry, podanie lekarstw, obniżenie wysokiej gorączki.** Rozpoznanie choroby i ustalenie postępowania leczniczego należy do lekarza, a do rodziców zastosowanie się do jego zaleceń.

Dzień chorego dziecka zaczyna się od porannego mycia, prześcielenia łóżka, zmierzenia ciepłoty ciała, przewietrzenia pokoju i spożycia śniadania. Dzielne pożywienie powinno być podzielone na trzy główne posiłki i dwa mniejsze. Dodatkowe pojenie i karmienie jest podyktowane stanem dziecka, np. wysokością gorączki, czy wymiotami. Przed oczekiwaną wizytą lekarza lub/i pielęgniarki powinno się skończyć wszystkie czynności pielęgnacyjne i porządkowe na tyle wcześnie, aby wizyta i badanie lekarskie mogło przebiegać w spokojnej atmosferze. Zlecone leki należy podawać według ściśle zleconych dawek i o określonej porze. Warto nanieść na kartkach zeszytu czy notatnika wszystkie leki które dziecko otrzymuje, ich nazwę, dawki i godziny podania. Pomiar temperatury, ewentualnie tętna i ciśnienia tętniczego krwi i inne pomiary nanosić na osobnej kartce. Także powinny znaleźć się rubryki na tej czy innej kartce na spożyte posiłki, ilość wypitych płynów oraz oddanie stolca i oddawanie moczu i również wszelkie niepokojące objawy (nasilenie kaszlu, wykwyty na skórze). **Taka „domowa „dokumentacja”** jest bardzo przydatna do właściwej pielęgnacji dziecka i obserwacji przebiegu choroby oraz przekazywania informacji lekarzowi. W ciągu dnia przeprowadza się dodatkowe zabiegi zlecone przez lekarza, rehabilitanta np. ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia ruchowe - gimnastyka kończyn dolnych lub górnych; podawanie leków przez skórę; wcieranie maści; wykonywanie inhalacji. Po obiedzie należy zaplanować krótkotrwały odpoczynek w postaci drzemki. Popołudnie może być przeznaczone na przyjmowanie wizyt składanych przez krewnych lub rówieśników. Wizyty powinny stanowić dla dziecka przyjemność i być pocieszające, dodające otuchy. Także popołudniu dziecko można zająć zabawą, oglądaniem programów, filmów czy grami komputerowymi. Po wieczornym posiłku i kąpeli dziecku należy zapewnić spokój, aby przespana noc była początkiem zdrowienia.

DZIECKO CHORE W SZPITALU

Przyjęcie dziecka do szpitala jest dla niego samego i rodziców ogromnym przeżyciem. Potoczne obserwacje, codzienna praktyka szpitalna a także wyniki badań naukowych wskazują, że ludzie chorzy w szpitalu, bez względu na wiek szybciej wracają do zdrowia, jeśli są odwiedzani przez najbliższe im osoby. Dzieci, zwłaszcza małe potrzebują stałej obecności matki w szpitalu, bez niej czują się przerażone, opuszczone i bezradne.

Rodzice w roli opiekuna chorego dziecka w szpitalu

Rola ta dla wielu rodziców jest zadaniem trudnym. Dochodzą bowiem nowe, stresujące czynniki, takie jak: konieczność podania go licznym zabiegom i badaniom, podporządkowanie się szpitalnemu regulaminowi, podpisywanie zgody na leczenie i zabiegi, ostatecznie – lęk o zdrowie i życie dziecka.

Rodzice racjonalni skupiają się na tym, aby jak najlepiej pomóc swojemu dziecku. Są spokojni, zrównoważeni. Przestrzegają zaleceń zespołu terapeutycznego, sensownie organizują dziecku czas wolny. Kiedy nie mogą być z dzieckiem, z uwagi na stan rodzinny, np. zmusza ich do tego opieka nad pozostałymi dziećmi, sytuacja zawodowa, regularnie je odwiedzają, podtrzymują kontakt drogą telefoniczną. **Rodzice roszczeniowi** „znają się na wszystkim”, wiedzą co im się należy, domagają się przywilejów dla dziecka i są stale niezadowoleni.

Rodzice lękowi skupieni na własnych niepokojach, obawach, wyolbrzymiają wszelkie zagrożenia, ciągle wyszukują nowe objawy chorobowe u dziecka nieustannie absorbują pielęgniarki i lekarzy. Własnym niepokojem nasilają lęk u dziecka nie dając mu tak potrzebnego wsparcia. Grają rolę „dobrego rodzica”, który mimo głodu i zmęczenia, nie opuszcza dziecka, nawet wtedy, gdy jest ono w dobrym stanie, śpi lub bawi się pod okiem nauczyciela terapeuty.

Zaniedbujący rodzice nie interesują nieswoim dzieckiem, traktują jego pobyt w szpitalu jak wysłanie dziecka na kolonie lub do sanatorium i tym samym okazję do własnego wypoczynku. Szpital wzywa ich wówczas do kontaktu z lekarzem prowadzącym.

Rodzice o nieprawidłowych postawach wymagają dokładnego poinformowania, jak powinna wyglądać współpraca i jak być z dzieckiem w szpitalu.

Prawa chorego dziecka w szpitalu

W Polsce prawa pacjenta wynikają z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz ratyfikowanych umów międzynarodowych i Ustawy z dnia 6 listopada 2008 o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Prawa pacjenta zebrane w jednym dokumencie określa się mianem **Karty Praw Pacjenta**. Katalog praw jest rozbudowany i poniżej omówiono prawa najbardziej istotne z punktu widzenia pacjentów.

Prawo do informacji. Ma także pacjent, który **nie ukończył 16 lat**. Ma prawo do wszelkich informacji o swoim stanie zdrowia, wynikach badań, rozpoznaniu i rokowaniu na przyszłość, o skuteczności i przydatności leczenia; do informacji o jego pielęgnacji.

Prawo do wyrażenia zgody. Zgoda na udzielenie określonego świadczenia medycznego musi być świadoma, czyli poprzedzona przekazaniem pacjentowi wyczerpujących informacji i jednocześnie pacjent może zawsze odmówić danego świadczenia lub zażądać zaprzestania jego udzielenia. Zgoda może być wyrażona ustnie, pisemnie. Lekarz może podjąć niezbędne czynności bez zgody sądu opiekuńczego tylko w sytuacji, gdy są one natychmiast potrzebne dla ratowania życia i zdrowia pacjenta.

Prawo do poszanowania intymności i godności. Oznacza szacunek dla najbardziej prywatnej, osobistej sfery życia jaką jest konieczność obnażania się do niektórych zabiegów czy badań, czy mówienie o sprawach intymnych. Poszanowanie godności osobistej oznacza szacunek dla odrębności pacjenta jako człowieka, dla jego podmiotowości, zwracanie się do niego w sposób podmiotowy, taktowny i życzliwy.

Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Dziecko w czasie pobytu w szpitalu ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Pacjent ma prawo do opieki pielęgnacyjnej ze strony osób bliskich

Prawo do opieki duszpasterskiej. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej zgodnie z wyznawaną przez siebie religią. Także i nade wszystko w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia lub zagrożenia życia. Dyskryminacja ze względu na rodzaj wykonywanej religii lub światopoglądu jest zakazana.

Prawo do umierania w godności i spokoju. Pacjent ma prawo do prawdy o kończącym się życiu. Ma prawo do profesjonalnej opieki pielęgnacyjnej i wsparcia psychologicznego, opieki duszpasterskiej, dodatkowej opieki osób bliskich oraz do utrzymywania kontaktu z osobami z zewnątrz. Łagodzenie cierpień: bólu, duszności jest podstawowym warunkiem poszanowania godności człowieka w procesie umierania i agonii.

DZIECKO Z GORĄCZKĄ

Gorączka to podwyższenie wewnętrznej temperatury ciała do poziomu przekraczającego zakres normalnych dobowych zmian temperatury przy sprawnie działających mechanizmach termoregulacji. Gorączka jest wyrazem ogólnej reakcji organizmu na działanie szkodliwych czynników, które powodują przestawienie czynności ośrodka termoregulacyjnego w mózgu.

Przyczyny, objawy i pomiar

Za prawidłową temperaturę ciała uznaje się zakres ciepłoty ciała między 36 a 37⁰ C. Rano jest temperatura niższa, a po południu wyższa. Wartości pomiędzy 37 a 38⁰ C określa się jako stan podgorączkowy, 38⁰ C jako gorączkę umiarkowaną, a 39⁰ C i powyżej jako gorączkę wysoką. Człowiek może znieść gorączkę 42-43⁰ C. Powyżej tej wartości następuje koagulacja cieplna białka organizmu.

Gorączka jest reakcją obronną organizmu, hamującą rozwój drobnoustrojów, może także towarzyszyć wysiłkom fizycznym, stanom emocjonalnym. Jest objawem wielu chorób, takich jak: infekcje bakteryjne i wirusowe dróg oddechowych, infekcje bakteryjne dróg moczowych, choroby zakaźne, zatrucia pokarmowe, rozległe obrażenia ciała, i oparzenia, reakcje alergiczne.

W okresie narastania gorączki obserwuje się: skórę bladą i suchą, dreszcze spowodowane skurczami mięśni poprzecznie prążkowanych, wstrząsanie całego ciała, „szczękanie” zębami, „gęsią skórę” wywołaną skurczem mięśni gładkich skóry. Wydzielanie moczu o małej gęstości. W okresie szczytowym gorączki spostrzega się: zaczerwienioną skórę, pokrytą potem, wypieki na twarzy, wargi żywoczerwone, oczy błyszczące; tętno i oddech przyspieszone; ograniczenie świadomości będące wynikiem zaburzeń ilościowych świadomości (senność, ospałość). W okresie narastania gorączki dziecko może odczuwać zmęczenie, bóle mięśniowe, głowy, kości i stawów, zimno i ciepło na przemian. W okresie pomyślnego spadku gorączki dziecko może być nadal zmęczone, ale z reguły zasypia i budzi się z dobrym samopoczuciem. Przy nagłym, niepomyślnym spadku gorączki skóra jest pokryta lepkiem, zimnym potem, kończyny są zimne, rysy twarzy zaostrome; choć temperatura ciała obniża się do normalnej, tętno nadal jest przyspieszone, słabo napięte. Dziecko skarży się na złe samopoczucie. Jest to szczególnie niepokojący stan. Wymaga szybkiej konsultacji lekarskiej.

Pomiaru temperatury dokonuje się przy użyciu termometru lekarskiego (rtęciowego), obecnie coraz rzadziej używanego, na rzecz termometrów elektronicznych. Temperaturę ciała mierzy się u osób z obiektywnymi i subiektywnymi objawami choroby, po podaniu środków przeciwgorączkowych lub wykonaniu zabiegów fizykalnych, np. okładów chłodzących czy wysychających. Przed pomiarem temperatury ciała należy dziecko poinformować o właściwym ułożeniu, tj. przyjęciu pozycji siedzącej lub leżącej, osuszeniu dołu pachowego, usunięciu bielizny z dołu pachowego, konieczności przyciśnięcia ramienia do klatki piersiowej przy pomiarze pod pachą. Czas pomiaru temperatury mierzonej termometrem rtęciowym, pod pachą wynosi ok. 8-10 min. po zakończeniu pomiaru wyjąć termometr, odczytać wartość pomiaru (termometr trzymać poziomo), zapisać. Należy przechowywać go z dala od ognia, słońca, nie narażać na upadki, nie podawać dzieciom do pomiaru temperatury w ustach, dezynfekować środkami nie zawierającymi alkoholu.

Postępowanie terapeutyczne

Gorączka zwiększa zapotrzebowanie organizmu na tlen i płyny. U niektórych dzieci między 6. miesiącem a 6. rokiem życia niekiedy dochodzi do wystąpienia drgawek gorączkowych. Z tych powodów zaleca się zmniejszanie gorączki u dzieci. Dlatego w ciągu pierwszych dwóch, trzech dni choroby przebiegającej z gorączką zaleca się stałe podawanie leków przeciwgorączkowych. Pacjenci, których temperatura ciała wynosi 38°C i powyżej, powinni pozostać w łóżku. Zapisywanie wyników pomiarów temperatury, tętna, oddechów co 2 godziny, pozwala na kontrolowanie wysokości temperatury ciała i kreację na zastosowane leczenie. Głównym celem obniżania gorączki jest zapewnienie pacjentowi maksymalnego komfortu.

Podstawowym lekiem obniżającym gorączkę u dzieci jest **paracetamol**. Jest on lekiem działającym ośrodkowo na ośrodek termoregulacji w podwzgórzu; jest lekiem pozbawionym działań niepożądanych. Dawka doustna u dzieci wynosi 10-15 mg/kg masy ciała, nie częściej niż co 4 godziny. Drugim lekiem najczęściej stosowanym jest **ibuprofen**. Stosowany jest w dawce 5-10 mg/kg masy ciała, co 6 godzin. Lekiem (dopuszczonym do stosowania u dzieci powyżej 5 roku użycia) jest **naproksen** - dawkowany 5 mg/kg masy ciała, co 12 godzin. Dwa ostatnie leki należą do niesterydowych leków przeciwzapalnych (nlpz), które oprócz działania przeciwgorączkowego wykazują działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne.

Pielęgnowanie

Dziecko gorączkujące musi otrzymywać dostateczną ilość płynów, ponieważ traci wodę i elektrolity. Pocenie to objaw korzystny, ułatwia regulowanie temperatury ciała. Utrata wody i elektrolitów zmusza jednak do ich uzupełniania. **Obfite dostarczanie płynów – ok. 1000 – 1500 ml/dobę) wpływa korzystnie na stan pacjenta.** Płyny można podawać w różnych postaciach, tj. wodę przegotowaną, słabą herbatę, napar z rumianku, mięty, lipy, soki owocowe, soki warzywne, kompoty, mleko zsiadłe, kefir, jogurt, zupy czyste.

W okresie bardzo wysokiej temperatury, dieta powinna mieć konsystencję płynną lub papkowatą. Dziecko powinno otrzymać 5-6 posiłków w małych objętościach. Dieta musi być odżywcza, łatwostrawna, bogata w białko, witaminy, składniki mineralne. Nie zaleca się podawania potraw smażonych, pieczonych. Ser twarogowy jest dobrym źródłem białka, można z niego sporządzać różne pasty oraz wiele innych potraw. Jaja są odżywcze, najlepiej podawać je ugotowane na miękko lub w postaci jajecznicy na parze. Mięsa z drobiu, cielęcina, wołowina - zaleca się pulpety. Tłuszcze powinny być łatwo strawne - masło, śmietankę, podaje się na surowo. Z pieczywa można podawać biszkopty, sucharki, herbatniki. Warzywa podawać ugotowane. Na deser podawać galaretki owocowe, kisiele.

W celu utrzymania skóry ciała w czystości należy wykonywać toaletę ciała rano i wieczorem lub w razie potrzeby częściej zmieniać bieliznę osobistą i pościelową, zapobiegać odparzeniom skóry poprzez osuszanie powierzchni skóry stykających się- pod pachami, okolice krocza. Przy dreszczach, uczucia zimna dodatkowo okryć dziecko kocem, założyć dodatkową bieliznę osobistą, podać ciepłe płyny do picia. Przy suchości warg i błon śluzowych - płukać jamę ustną dentoseptem, wodą przegotowaną, naparem z szalwii, mięty; usta smarować wazeliną kosmetyczną (białą). W pół godziny po podaniu leku przeciwgorączkowego można zastosować okład wysychający na czoło i klatkę piersiową, zanurzyć dłonie dziecka w chłodnej wodzie. Przy osłabieniu spowodowanym spadkiem lub wzrostem gorączki należy pozostawić dziecko w łóżku do momentu powrotu temperatury do 37⁰ C, pomóc dziecku w wykonywaniu czynności samoobsługowych- mycie, ubieranie, spożywanie posiłków, wychodzenia do toalety, zapewnić ciszę i spokój.

Gorączka obok bólu jest najczęstszym objawem chorobowym. Najczęstszymi czynnikami gorączkotwórczymi są czynniki zakaźne (wirusy, bakterie) i niezakaźne (stan po operacji, rozległe urazy i oparzenia itp.). Krótkotrwała gorączka może być korzystna dla walczącego z infekcją organizmu. Natomiast długotrwała gorączka prowadzi do wyniszczenia organizmu.

DZIECKO Z BÓLEM

Ból u każdego dziecka powinien być szybko i odpowiednio leczony. Należy podać środek przeciwbólowy o sile stosownej do dolegliwości. W praktyce ambulatoryjnej oznacza to doustne podanie leku przeciwbólowego ogólnie dostępnego, sprzedawanego bez konieczności posiadania recepty. Błędem jest powstrzymywanie się od podania leku, czekając na diagnostykę czy na to, że „samo przejdzie”. Złagodzenie bólu uspokaja dziecko, sprawia możliwość lepszego kontaktu słownego i racjonalizacji zgłaszanych przez dziecko skarg. Podać należy lek przeciwbólowy we wszystkich przypadkach związanych z urazem, raną, stłuczeniem, oparzeniem, zwichnięciem czy złamaniem.

Określenie i opis bólu

Ból jest zjawiskiem złożonym. Ból jest doznaniem zawsze nieprzyjemnym i przynoszącym cierpienie osobie go odczuwającej. Osoba nim dotknięta nie może go udowodnić, a postronni nie mogą zaprzeczyć. Jego składowymi są komponent zmysłowy (czucie) i psychiczny. Ból jest zjawiskiem przewidywalnym w klinice chorób dzieci i obok gorączki stanowi najczęstszy objaw chorobowy. Nie da się wyeliminować bólu z życia człowieka. Pełni on bowiem funkcję informacyjną i obronną. Służy ochronie ustroju przed działaniem czynników szkodliwych. Bódźce bólowe są dominujące czyli wypierają inne i zmuszają człowieka do szukania pomocy.

Ból jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z uszkodzeniem tkanek lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia.

Ból jest odczuciem subiektywnym, nie zawsze proporcjonalnym do stopnia uszkodzenia tkanek. Wszelkie sytuacje wywołujące lęk, zmęczenie, wpływają negatywnie na sposób odczuwania bólu. Przewodzenie bodźca bólowego zmierza od podrażnionego receptora do ośrodkowego układu nerwowego. Ostateczna analiza bólu, kojarzenie go z uczuciem cierpienia w określonym obszarze i czasie trwania dokonuje się w korze mózgowej. Dzieci najczęściej doznają bólu ostrego, nagłego, który powstaje jako efekt uszkodzenia tkanek, rzadziej neuropatycznego określanego jako parzący, piekący, mrowiący i występujący w przebiegu neuralgii półpaścowej, neuropatii cukrzycowej, fantomowy (po amputacji kończyn) czy naciekanie przez guz nowotworowy.

Ocenianie stanu cierpiącego dziecka

Dane dotyczące bólu określa się na podstawie zgłaszania przez dziecko dolegliwości bólowych. Należy ocenić czy ból jest miejscowy, tj. czy występuje w miejscu zadziałania bodźca bólowego (np. uraz), czy ból jest uogólniony, czy promieniuje od miejsca bólu. Dziecko może określić dolegliwości bólowe jako: ból znośny, lekki, średni, dotkliwy, mocny, nie do wyobrażenia.

Ocena natężenia bólu wymaga zastosowania skal bólu. Skala numeryczna - prosi się dziecko, żeby określiło jak silny jest ból wskazując na odpowiednią cyfrę od 0 (brak bólu) do 10 (najsilniejszy jaki można sobie wyobrazić). Skala wzrokowo- analogowa. Skala wzrokowo – analogowa (ang. Visual Analogue Score – VAS, ma charakter graficzny. Prosi się dziecko, aby zaznaczyło stopień natężenia bólu na odcinku o długości 10 cm. Skale odwołują się do doświadczeń i wyobraźni cierpiącego dziecka i pozwalają na zapisanie wyniku w postaci cyfry oraz porównywanie wyników uzyskanych w czasie kolejnych badań. Przyjęto w praktyce, że bóle w przedziale VAS: 1 -3 określa się jako słabe, 4-6 umiarkowane; bóle o nasileniu 7 – 10 traktuje się jako bardzo silne, wymagające szybkiej interwencji.

Dziecko odczuwające ból, może opisywać (zawsze jest to ocena subiektywna) ból jako: poboilewanie, ostry, nagły, tępy, rozległy, pulsujący, rwący, rozsądający, przeszywający, ściskający, swędzący, szczypiący, promieniujący, mdlący, kurczowy, przerażający, dokuczliwy, przykry, irytujący, męczący. Ocenia się początek wystąpienia bólu, w jakiej sytuacji wystąpił, jak długo trwa, jak często trwa, czy wystąpił po raz pierwszy, jak często się powtarza, czy występuje stale, czy z przerwami. Dolegliwościom bólowym mogą towarzyszyć: pobudzenie ruchowe, zahamowanie ruchowe, niepokój, smutek, rozszerzone źrenice, grymasy twarzy, zaciskanie warg, zaciskanie palców dłoni, płacz, szloch, uciskanie wybranych powierzchni ciała, oddech pogłębiony, przyspieszony lub zwolniony aż do chwilowego bezdechu, skóra spocona, zimna, blada, utrata łaknienia, nudności, osłabienie.

Reakcję na ból mogą wzmacniać inne dolegliwości, które dodatkowo występują u dziecka, takie jak: kaszel, unieruchomienie i brak możliwości zmiany pozycji ułożenia.

Ból i stres spowodowany zarówno procesem chorobowym lub ostrym urazem, jak i towarzyszący procedurom leczniczym powinien być leczony u dziecka.

Takie są wymogi współczesnej medycyny.

Postępowanie wobec cierpiącego dziecka

Do bólu (szczególnie ostrego)nie można się przyzwyczać, **nie ma adaptacji do bodźca bólowego**. Wszyscy dorośli – personel medyczny, nauczyciele i wychowawcy, rodzice powinni wiedzieć, że dzieci nie przesadzają, bojąc się zastrzyków, pobierania krwi i szczepień. Płacz dziecka na widok igły to nie wynik histerycznego zachowania. **Ból nie hartuje**. Niedozwolonym jest mówienie do dziecka „Wytrzymaj ten ból, dopiero jak już nie będziesz mógł wytrzymać coś dostaniesz” Ból jest często postrzegany przez dziecko jako niezasłużona i niezrozumiała kara. Lęk i cierpienie fizyczne zwiększają wrażliwość na ból.

Przy obecnym stanie wiedzy medycznej istnieje wiele metod farmakologicznych pozwalających uśmierzyć ból. Do opanowania bólu w praktyce ambulatoryjnej stosuje się paracetamol w dawce 10 – 15 mg na kg masy ciała. Alternatywnymi dla paracetamolu jest ibuprofen w dawce 5 – 10 mg na kg masy ciała, co 6 godzin lub naproksen w dawce 5 mg na kg masy ciała podawany co 12 godzin. Lekami stosowanymi w zwalczaniu bólu o dużym nasileniu, ale już w praktyce szpitalnej stosuje się tzw. słabe narkotyki. Zalicza się do nich kodeinę i tramadol.

Niefarmakologicznymi metodami minimalizacji bólu są:

- Przygotowanie psychiczne dziecka do zabiegu (np. iniekcji), rozmowa i uprzedzenie o ewentualnych doznaniach.
- Obecność rodziców podczas zabiegu – daje ona poczucie bezpieczeństwa.
- Zachęcanie dziecka do współpracy poprzez tzw. pozytywne wsparcie; pochwalenie, zwrócenie uwagi na jego dzielność, nagrodzenie po zabiegu.
- Niekaranie i niezawstydzanie dziecka, jeśli nie umie współpracować.
- Powiedzenie dziecku „**Postaram się, aby jak najmniej cię boleło**”.

Najczęściej powtarzającymi się u dzieci bólami są: bóle brzucha, głowy, kończyn (bóle wzrostowe), bóle w klatce piersiowej. Ból bywa pierwszym sygnałem poważnych i przewlekłych chorób. Przejawem troskliwości wobec dziecka cierpiącego jest obok ocena ilościowa i jakościowa bólu, podawanie leków p-bólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych w sposób przy jak najmniejszym narażeniu pacjenta na dodatkowy ból i zmęczenie

DZIECKO Z CHOROBAŁ ALERGICZNAŁ

Alergia to swoista zdolnořć organizmu do reakcji na substancje obce zwane antygenami (reaginami) nabyta w wyniku nadwraźliwořci po powtórnyu kontakcie z antygenem. Choroby alergiczne mają w dużyu stopniu podłoże rodzinne i jest tzw. atopia. Na występowanie choroby alergicznej ma wpływ nie tylko wymieniona atopia, ale także pewne cechy anatomiczne i fizjologiczne dziecka oraz alergeny i czynniki draźniące środowiska.

Obraz kliniczny

Choroby alergiczne mają podłoże wieloczynnikowe. Udział czynników genetycznyu objawia się m.in. przez większą częřtość alergii u dzieci, których rodzice mają również alergię. Wśród dzieci zdrowyuh rodzicóu prawdopodobieństwa ujawnienia się alergii wynosi 5-15%, jeśli jedno z rodzicóu obciążone jest chorobą atopową to wzrasta do 20-40%,. W sytuacji atopii obojga rodzicóu ryzyko zachorowania wzrasta do 60 – 80%.

Miejscem reakcji alergicznych są: układ pokarmowy, układ oddechowy i skóra. Przez układ pokarmowy alergeny wnikają wraz z pożywieniem, przez układ oddechowy wnikają przez błonę śluzową podczas oddychania, przez skórę i błony śluzowe przez kontakt. Najbardziej pospolityu alergenami są: odchody roztoczy kurzu domowego, pyłki traw i drzew, zarodniki pleśni, składniki sierści zwierząt domowyuh wywołującyuh katar sienny, astmę, zmiany skórne, produkty mleczne, jaja, ryby, orzeszki ziemne, owoce (np. truskawki), a także leki (np. penicyliny), jady os i pszczoł.

Niektóre alergie ujawniają się częřciej w wieku niemowlęcym- (alergie pokarmowe, zapalenia skóry, inne w dziecięcym –astma oskrzelowa, jeszcze inne u nastolatków - katar sienny lub u osób dorosłyuh - pokrzywka, uczulenie na jady, wyprysk alergiczny.

Kiedy rodzice z dzieckiem powinni udać się do alergologa? Wóuczas, gdy ma ono uporczywy katar, napady kichania, zapalenie spojówek, łzawienie, nawracające zapalenia oskrzeli, nawracające infekcje górnyuh dróg oddechowyuh, objawy duszności, kaszel bez cech infekcji. Przy podejrzeniu alergii pokarmowej, wóuczas, gdy występują uczucie drapania, świądu w jamie ustnej i gardle, wymioty, bóle brzucha, odmowa przyjmowania pokarmóu, brak przyrostu masy ciała

Choroby alergiczne atopowe

Ponad 80% chorób alergicznych u dzieci to choroby atopowe: astma oskrzelowa, alergiczny nieżyt nosa, atopowe zapalenie skóry, alergiczne zapalenie spojówek, alergia pokarmowa.

Astma oskrzelowa. Jest przewlekłą chorobą zapalną dróg oddechowych, przebiegającą z nawracającymi zaostrzeniami. Podstawowymi jej objawami są: kaszel, świszczący oddech, duszność, uczucie ciężaru w piersiach. Kaszel jest nieproduktywny (nie daje ulgi), nasila się pod wpływem wysiłku fizycznego, zimnego powietrza, alergenów. Świszczący oddech występuje często po wysiłku czy płaczu. Do rzadziej obserwowanych objawów należą napady duszności wydechowej. Zależnie od częstości występowania objawów i stopnia ciężkości choroby, astmę dzieli się na epizodyczną i przewlekłą a tę ostatnią na łagodną, umiarkowaną i ciężką. Leczenie astmy opiera się na eliminacji alergenów, podawaniu leków p-zapalnych, rozkurczających oskrzela. Nowoczesne leczenie astmy to przede wszystkim podawanie leków drogą wziewną czyli przez inhalacje, bezpośrednio do oskrzeli. Daje to możliwość uzyskania większego stężenia leku w drogach oddechowych. Pacjenci muszą dobrze opanować technikę przyjmowania leków i rozumieć sposób ich działania oraz prowadzić dzienniczek samokontroli.

Alergiczny nieżyt nosa. Typowe objawy prezentują już dzieci po 4-5 roku życia. Do jego objawów należą: świąd i podrażnienie błony śluzowej nosa, kichanie, wodnista wydzielina, często uczucie zatkania nosa. Dziecko pochrząkuje, kaszle, chrapie w nocy, skarży się na swędzenie gardła, oczu i uszu. Wywołany jest uczuleniem na pyłki roślin. Całoroczny nieżyt nosa spowodowany jest uczuleniem na nie sezonowe alergeny w otoczeniu dziecka takie jak roztocze kurzu domowego, pierze, sierść i naskórek zwierząt oraz pleśnie. Cechą całorocznego nieżyty nosa jest kichanie, zwykle kilkakrotne, bezpośrednio po przebudzeniu się. W ciągu dnia objawy stopniowo ustępują, wyciek z nosa jest mniejszy. Objawy te mogą się nasilać zwykle w czasie odkurzania, trzepania, biernego narażenia na dym papierosowy.

Atopowe zapalenie skóry. Zazwyczaj rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie. Choroba rozwija się na podłożu skazy atopowej. Charakteryzuje się wypryskowymi zmianami na skórze w zgięciach łokciowych, kolanowych, na twarzy, szyi. Zmianom towarzyszy świąd. Skóra jest sucha i szczególnie wrażliwa czynniki drażniące, które mogą wyzwalać i zaostrzać stan zapalny. Zmiany na skórze o charakterze grudkowo-wysiękowym są łatwo sączące i często ulegają wtórnym nadkażeniom bakteryjnym, grzybiczym lub wirusowym. Leczenie: eliminacja czynników alergizujących – białka mleka krowiego, drażniące mydła i proszki do

prania, kurz domowy, wełnę, siano, niektóre pokarmy, sierść. W leczeniu miejscowym stosuje się maści w celu natłuszczenia skóry oraz zawiesiny i pasty zmniejszające świąd. **Alergiczne zapalenie spojówek.** Towarzyszy pyłkowicy, AZS, alergii kontaktowej. Objawy to: przekrwione oczy, obrzęknięte powieki, światłowstręt. Z worka spojówkowego wypływa wodnista wydzielina, czasem gęsta zlepiająca powieki dziecka. Leczenie: miejscowe czyli do worka spojówkowego podawanie leków p-histaminowych.

Alergia pokarmowa. Pokarmy są pierwszymi alergenami, z którymi styka się człowiek. Wiek niemowlęcy to okres wytwarzania tolerancji na spożywane pokarmy. Najczęściej uczulającymi pokarmami są: białka mleka krowiego (wiek niemowlęcy), owoce, warzywa (wiek późniejszy), ryby, orzeszki ziemne, owoce krajowe i tropikalne, kakao, konserwy rybne, sery pleśniowe. Leczenie: dieta eliminacyjna, leki p-histaminowe.

Profilaktyka chorób alergicznych powinna obejmować zidentyfikowanie w okresie noworodkowym i niemowlęcym dzieci zagrożonych chorobą atopową, karmienie piersią do 4- 6 m. ż., wprowadzanie pokarmów stałych nie wcześniej niż w 5 miesiącu życia, stopniowe wprowadzanie nowych pokarmów, zapewnienie dziecku dobrych warunków socjalnych i czystego otoczenia, unikanie palenia papierosów w domu; prawidłowe (racjonalne) żywienie dzieci i wnikliwa obserwacja dziecka oraz leczenie choroby alergicznej.

Dziecko z alergią w szkole

Dzieci z chorobą alergiczną w szkole podobnie jak ich rówieśnicy spędzają w szkole kilka godzin dziennie. W tym czasie narażone są na kontakty z alergenami (kurz, kreda, rośliny) nasilające przebieg choroby lub prowokujące do wystąpienia objawów. Emocje wynikające ze sprawdzianów pisemnych bądź odpowiedzi ustnych mogą nasilać przebieg astmy oskrzelowej czy atopowe zapalenia skóry.

W szkole dziecko uczuła kurz w niewłaściwie sprzątanym klasach, w materacach sal gimnastycznej, w starych mapach, planszach długo przechowywanych w szafach. W pracowni biologicznej mogą uczuła wypchane zwierzęta i ptaki, eksponaty roślin, kwiaty. W pracowniach chemicznych drażniący na śluzówkę i skórę mogą działać opary gazów jak i odczynniki używane do doświadczeń. **Uczniowie ze schorzeniami alergicznymi nie powinni uczestniczyć w pracach, zajęciach w czasie których porządkuje się zakurzone pomieszczenia, grabi liście czy maluje sprzęty szkolne.** Dużym problemem dla dzieci i młodzieży uczulonych na pyłki jest nauka, zdawanie egzaminów w czasie pylenia. Zwykle w

tym czasie mają przewlekający się nieżyt nosa, spojówek, napady duszności, ale również bóle głowy, gorszą koncentrację, bywa że i stany podgorączkowe. Są senni i rozdrażnieni. Leki, które muszą przyjmować działają uspokajająco, ale wpływają na zmniejszenie koncentracji, co odbijać się może niekorzystnie na wynikach w nauce. Dzieciom chorym na astmę potrzebne są regularne ćwiczenia fizyczne; dobrze tolerują krótki wysiłek fizyczny z następującymi po nich ćwiczeniem o małej intensywności; wskazane są pływanie i jazda na rowerze. Dzieci z pyłkowicą (alergią na pyłki roślin) powinny unikać uprawiania ćwiczeń, sportów w okresie sezonowego pylenia roślin. Uczniowie uczuleni na różne alergeny nie powinni pracować w zawodach stwarzających potencjalne ryzyko uczulenia. Dzieci z alergią skórą nie powinny być fryzjerami, kuśnierzami; uczulone na pyłki nie mogą wybrać zawodu ogrodnika, rolnika, leśnika, z alergią na jaj, mąkę zawodu kucharza, cukiernika.

Opis sytuacji zdrowotnej

Przypadek 1. Chłopiec, lat 7, został przyjęty do kliniki w połowie marca z powodu silnego, pierwszego w życiu, napadu duszności rozpoznanego jako napad astmy oskrzelowej. W poprzednich latach w tym samym czasie chłopiec czuł się zupełnie dobrze, cierpiał jednak niewielkie zatkanie nosa i katar. Duszność wystąpiła nagle w domu, w dniach poprzedzających Wielkanoc. Jediną nową rzeczą przyniesioną przez matkę chłopca do domu była palemka ułożona z dużej ilości kwitnących, wierzbowych gałązek. Podejrzewając związek wykonano u chłopca testy skórne z pyłkami drzew, przede wszystkim z pyłkami wierzby. Wyniki badania potwierdziły uczulenie. Test skórny był wybitnie dodatni. Chłopiec rozpoczął leczenie poprzez wziewne przyjmowanie leków z inhalatora kieszonkowego.

Przypadek 2. Chłopiec, lat 14, po zjedzeniu około ½ kg czereśni, nagle poczuł się słabo, wystąpił ból brzucha, a następnie stracił przytomność. W Pogotowiu Ratunkowym podano lek przeciwuczuleniowy (Hydrocortyzon) dożylnie, stan chłopca stopniowo się poprawiał. Wcześniej chłopiec jadł czereśnie, ale w mniejszych ilościach. Występował wówczas świąd śluzówek jamy ustnej, i gardła. Od 4 lat, chłopiec w okresie marzec – maj miewał wodnisty katar, napady kichania, czasem świąd oczu. Ustalono, że chłopiec jest także uczulony na roztocze kurzu domowego. Zalecono częste sprzątanie i wietrzenie pokoi, pościeli. Wprowadzono leki przeciwhistaminowe.

DZIECKO Z INFEKCJĄ DRÓG ODDECHOWYCH

Choroby układu oddechowego są jedną z najczęstszych przyczyn konsultacji lekarskich, co wynika z różnic w budowie i czynności układu oddechowego u dzieci. Drogi oddechowe są krótkie, wąskie, szkielet chrząstki krtani, tchawicy i oskrzeli jest cienki; błona śluzowa dróg oddechowych jest bogato ukrwiona; płuca mają bogatą tkankę śródmiąższową; odruch kaszlowy jest niesprawny; mechanizmy immunologiczne są niedojrzałe. Drogi oddechowe są najbardziej narażone na kontakt z drobnoustrojami i innymi czynnikami toksycznymi świata zewnętrznego.

Obraz kliniczny

Pierwotną przyczyną zakażeń górnych dróg oddechowych są w większości przypadków (60 – 90%) wirusy: rinowirusy, koronawirusy, wirusy grypy i paragrypy oraz adenowirusy. Charakterystyczną cechą zakażeń wirusowych jest ich różne nasilenie i różna postać w zależności od wieku. U dorosłych zakażenie np., wirusami RS (Respiratory Syncytical) może przebiegać bezobjawowo lub powodować nieżyt nosogardła, u młodzieży zaostrzyć zapalenie zatok, u trzylatka może być przyczyną podgłośniowego zapalenia krtani. Zakażenia wirusowe nierzadko „torują” drogę zakażeniom bakteryjnym, zlokalizowanych najczęściej w uchu środkowym, zatokach przynosowych, oskrzelach.

Wniknięcie do ustroju wirusów „powinowatych, tropowych” w stosunku do dróg oddechowych inicjuje stan zapalny. Jego początkowymi objawami, trwającymi od 3 do 5 dni są: stan podgorączkowy lub gorączka, uczucie zatkania nosa, upośledzenie słuchu, ból głowy i gardła, trudności w połykaniu, obfita, wodnista wydzielina z nosa, łzawienie spojówek, suchy męczący kaszel lub pokasływanie. Następnie, przez kolejne 2 do 3 dni pojawia się gęsta, trudna do odkrztuszenia wydzielina z dróg oddechowych, załęgająca, gęsta wydzielina w nosie i produktywny kaszel. Ponowny wzrost gorączki i ropna wydzielina świadczy o nadważeniu bakteryjnym. Zakażenia bakteryjne pierwotne stanowią od ok. 10 do 40% wszystkich zakażeń dróg oddechowych.

Ostry wirusowy nieżyt nosa (katar, przeziębienie) występuje u dzieci w każdym wieku. Objawia się obfitą, wodnistą wydzieliną z nosa, kichanie i pokasływanie, nieznacznie podwyższoną ciepłotą ciała.

Zapalenie zatok przynosowych jest rozpoznawane u dzieci powyżej 10 r. ż. i młodzieży, u których objawy nieżyty nosa utrzymują się dłużej niż 7 -10 dni. Jego objawami są ropna wydzielina w nosie, nieprzyjemny zapach z ust, spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła, ból w okolicy zajętej zatoki, kaszel nasilający się w nocy, osłabienie węchu.

Ostre wirusowe zapalenie gardła dotyczy dzieci w każdym wieku. Objawia się ostrym nieżytem nosa, bólem głowy, mięśni i gardła, uczuciem pieczenia i drapania w gardle, suchym kaszlem, chrypką oraz gorączka zwyczaj umiarkowaną.

Bakteryjne zapalenie gardła to angina paciorkowcowa wywołana jest paciorkowcem β -hemolizującym. Objawy: nagły, silny ból gardła, wysoka gorączka, utrudnione połykanie, wymioty, bóle brzucha i głowy.

Ostre podgłośniowe zapalenie krtani. Charakteryzuje je świst krtaniowy pojawiający się nagle, najczęściej w nocy, kaszel jest suchy, z dusznością. Objawy poprzedzone są nieżytem nosa lub gardła. Stan dziecka po ekspozycji na zimne powietrze szybko poprawia się.

Zapalenie oskrzeli, najczęściej wywołane jest przez wirusy. U dziecka z objawami zakażenia górnych dróg oddechowych pojawia się kaszel i trudności w oddychaniu i obturacja (skurcz) oskrzeli, której towarzyszy świst słyszalny podczas oddychania.

Pogarszanie się stanu dziecka, nasilanie się kaszlu lub nawrót gorączki po okresie pozornego wyzdrowienia u dzieci starszych może przemawiać za rozwojem zapalenia płuc.

Leczenie i pielęgnowanie

Dla wszystkich infekcji o etiologii wirusowej leczenie jest wspólne. Podaje się leki przeciwgorączkowe, przeciwkaszlowe i leki rozrzedzające wydzielinę. Chłodne, wilgotne powietrze w zapaleniu dróg oddechowych powoduje zwiększenie drożności nosa, ułatwia oddychanie i uspokaja napadowy kaszel. Najprostszym sposobem rozrzedzania wydzieliny śluzowej jest prawidłowe nawodnienie chorego oraz nawilżanie powietrza, którym oddycha. Skórę wokół nosa można smarować wazeliną kosmetyczną. W upłynnianiu gęstej wydzieliny śluzowej pomoce są leki mukolityczne, np. ambroksol – stosowany przez ok. 7 dni- dopóki utrzymuje się produktywny (wilgotny) kaszel. W zakażeniach bakteryjnych stosuje się antybiotyki, które niszczą bakterie w ognisku zapalnym. W antybiotykoterapii bardzo ważne jest regularne (np. 3 razy na dobę, co 8 godzin) a także odpowiednio długie podawanie antybiotyku.

W ostrym okresie choroby dziecko zazwyczaj nie ma apetytu, należy je jednak zachęcać do wypijania płynów i przyjmowania lekkostrawnych posiłków zapewniających odpowiednią

podaż energii. Nie należy budzić dziecka, po to aby tylko wypilo, zachęcać w momentach gdy dziecko nie śpi. Dziecko należy codziennie kąpać lub sprawnie myć. Zapewnić chłodne (18-19⁰ C i nawilżone powietrze. Dziecku należy zapewnić warunki do wypoczynku i snu.

Profilaktyka infekcji

W działaniach profilaktycznych podstawową rolę odgrywa hartowanie organizmu. Hartowanie to zespół zabiegów i ćwiczeń fizycznych. Ich celem jest usprawnienie mechanizmów termoregulacji ustroju oraz zwiększenie odporności na zimno i zmiany temperatury otoczenia. W Polsce, potrzebę hartowania uzasadnia to, że dzieci w większości mieszka w miastach, w domach ogrzewanych centralnie, wiele z nich jest podwożonych do przedszkola, szkoły samochodem; do tego dochodzi mała ich aktywność fizyczna, zwłaszcza na świeżym powietrzu. Podstawowymi zasadami hartowania jest systematyczność - codzienne lub co drugi dzień i długotrwałość (najlepiej przez całe życie), stopniowe zwiększanie natężenie bodźca, na przykład stopniowe obniżanie temperatury wody; stosowanie różnorodnych **zabiegów hartujących – naprzemienne zabiegi wodne, kąpiele powietrzne, słoneczne, ćwiczenia fizyczne.**

W warunkach domowych można stosować wiele zabiegów hartujących ciało. Do nich należy np.: zmywanie kolejnych części ciała wodą. Początkowo temperatura wody powinna wynosić 32 – 34⁰ C , a czas trwania zabiegu 5 minut. Stopniowo temperaturę obniża się co 4-7 dni do nie niższej niż 16 – 18⁰ C; polewanie większych obszarów ciała wodą. Woda powinna mieć początkowo temperaturę 30⁰ C, stopniowo temperaturę obniża się do 20⁰ C. czas zabiegu powoli wydłuża się; natryski – tu działa dodatkowo czynnik mechaniczny, masujący. Początkowo temperatura wody powinna wynosić 30⁰ C, a czas trwania 30 sek. Codziennie czas trwania takiego natrysku wydłuża się do 1,5 – 2 minut i obniża temperaturę wody jak przy polewaniu; kąpiele stóp. Zaczyna się od zanurzenia stóp na 1-2 minuty w wodzie o temperaturze 38 – 40⁰ C, a następnie przekłada się je na 2 sekundy do naczynia z wodą o temperaturze 30⁰ C. Zmianę wykonuje się trzykrotnie, kończąc zabieg zimną wodą; kąpiele w naturalnych zbiornikach wodnych – dodatkowe działanie słońca, powietrza i ruchu.

Hartujące działanie powietrza wynika z różnicy temperatur między powietrzem a skórą ciała. Połączenie działania chłodnego powietrza i ruchu czyni z niego podstawowa metodę hartowania. Zaleca się także brodenie po wodzie, chodzenie po rosie, kamieniach. Poddawanie dzieci działaniu promieni słonecznych ma na celu adaptację do wysokich

temperatur bez przegrzewania. Najlepszą porą na kąpiele słoneczne są godziny ranne od 8 do 10. Ogólny czas nasłonecznienia nie powinien przekraczać 30 minut. Poza tym należy unikać nadmiernego nasłonecznienia. W profilaktyce należy uwzględnić także realizację zalecanych szczepień ochronnych, zapewnienie dziecku środowiska domowego wolnego od dymu tytoniowego.

Opis sytuacji zdrowotnej

Chłopiec, lat 10, w ciągu ostatniego roku wielokrotnie chorował na zakażenia nosogardła. Za każdym razem były one leczone antybiotykami. Dziecko zaczęło chrapać w nocy, miało utrudniony oddech występujący w czasie zabawy wymagającej wysiłku fizycznego. Zwraçało uwagę upośledzenie drożności nosa z przewlekającym się wyciekami. Początkowo katar był wodnisty, potem gęstniał. Wydzielina była wówczas o charakterze ropnym, chłopiec kaszłał, tracił apetyt, pochrząkiwał. Po podaniu antybiotyku obserwowano cofanie się bakteryjnego zakażenia nosa. Nie ustępował katar. Pediatra skierował chłopca do laryngologa. W czasie konsultacji lekarskiej zwrócono uwagę na niewielkie zmiany skórne typu atopowego zapalenia skóry. Zmiany te pojawiły się u chłopca w 3-cim miesiącu życia. Badając nos stwierdzono typowe zmiany występujące w alergicznym nieżycie nosa. Zastosowano leki na błonę śluzową nosa oraz doustnie leki przeciwhistaminowe. Zalecono usunięcie z domu przedmiotów, w których gromadzi się kurz, częste sprzątanie i wietrzenie mieszkania oraz zabiegi hartujące organizm, 2 razy do roku zmianę klimatu.

Infekcje dróg oddechowych zarówno o przebiegu ostrym jak i przewlekłym stanowią ważny problem wśród chorób wieku rozwojowego. Na przebieg infekcji mają wpływ czynniki zewnętrzne związane z postępowaniem cywilizacyjnym.

DZIECKO CHORO NA CUKRZYCĘ

Cukrzyca (łac. diabetes mellitus) należy do chorób przewlekłych, trwających do końca życia. Istotę choroby stanowi niedobór lub brak insuliny w organizmie. Hormon ten produkowany jest przez komórki beta wysp Langerhansa trzustki. Jego podstawowym zadaniem jest umożliwienie tkance mięśniowej i tłuszczowej, wykorzystanie glukozy jako źródła energii. U dzieci występuje cukrzyca typu 1, tzw. insulinozależna. Oznacza, to konieczność przyjmowanie preparatów insuliny w postaci iniekcji podskórnych przez całe życie.

Obraz kliniczny

Początek cukrzycy u dzieci jest zwykle gwałtowny, tym bardziej nagły, im młodsze jest dziecko. U starszych dzieci okres nasilenia objawów trwa kilka lub kilkanaście tygodni. Analiza okresu poprzedzającego rozpoznanie pozwala zawsze stwierdzić występowanie typowych objawów cukrzycy: wielomoczu, pragnienia, utraty masy ciała. U młodszych dzieci pojawia się moczenie nocne. W okresie ostrym choroby występują bóle brzucha, wymioty, zmiany grzybicze na śluzówkach jamy ustnej i narządów płciowych, postępujące odwodnienie, osłabienie oraz zaburzenia świadomości. **Rozpoznanie cukrzycy równoznaczne jest z koniecznością hospitalizacji w celu wyrównania istniejących ostrych zaburzeń metabolicznych, rozpoczęcia insulinoterapii, uzupełnienia płynów i niedoborów elektrolitowych oraz zwalczania kwasicy ketonowej.** Po wyrównaniu stanu pacjenta rozpoczyna się edukacja diabetologiczna rodziny i dziecka. Dalsze leczenie choroby ma miejsce poradni diabetologicznej.

W domu, przy najlepszej kontroli choroby, zdarzają się wahania poziomu glukozy we krwi albo w postaci hiperglikemii albo hipoglikemii (częściej)

Hiperglikemia jest to zwiększenie ilości glukozy we krwi ponad stan prawidłowy – (norma 80 – 120 mg%) Występuje przejściowo po zbyt obfitym posiłku, w czasie choroby, po błędach w insulinoterapii – zbyt mała dawka insuliny, pominięcie zastrzyku. Przedłużające się stężenie glukozy powyżej normy (powyżej 180 mg%) powoduje wzmożone pragnienie częstsze niż zwykle oddawanie moczu, senność i ogólne zmęczenie. Mogą także wystąpić bóle brzucha, uczucie pieczenia jamy ustnej, zaburzenia widzenia.

Hipoglikemia - niedocukrzenie, to stężenie glukozy we krwi poniżej 60 mg%. Najczęściej do takiego stanu dochodzi na skutek nadmiaru insuliny, błędów w odżywianiu, zbyt dużego

nagłego wysiłku fizycznego, spożycia alkoholu. W miarę zmniejszenia się stężenia glukozy we krwi stwierdza się: drżenie rąk, zimny pot, uczucie głodu, kołatanie serca i podwójne widzenie, nierzadko napady złego humoru i niewłaściwego zachowania się. W łagodnym i umiarkowanym niedocukrzeniu natychmiast należy podać 10-20 gramów cukru (1 stołową łyżkę albo kostkę cukru) lub wypicie słodkiej herbaty. Kiedy dziecko poczuje się lepiej, powinno spożyć dodatkowy posiłek. W przypadku ostrej hipoglikemii, w trakcie której dochodzi do utraty przytomności, należy dziecko ułożyć w pozycji bezpiecznej. Pielęgniarka lub rodzice powinni podać mu zastrzyk glukagonu – podskórnie w dawce 1,0 mg u dzieci w wieku szkolnym. (Dzieci i młodzież chorzy na cukrzycę powinni mieć glukagon w domu).

Leczenie

Celem ambulatoryjnego leczenia cukrzycy u dziecka, realizowanego przez rodziców i stopniowo przez samego pacjenta, składa się z insulinoterapii, stosowania zasad prawidłowego żywienia oraz odpowiedniego wysiłku fizycznego.

W terapii stosuje się insuliny humanizowane oraz zmodyfikowane – Humalog, Actrapid, Humulin U, itp. Dawkowanie insuliny ustalane jest na podstawie oznaczeń glikemii, przy pomocy glukometru- urządzenia umożliwiającego pomiar stężenia glukozy we krwi.

Insulinoterapia polega na codziennym podawaniu insuliny podskórnie w brzuch, przednią stronę uda, boczną stronę ramienia, okolicy podłopatkowej za pomocą tzw. penów (wstrzykiwaczy piórowych). Coraz częściej dzieci są leczone ciągłym podskórnym wlewem insuliny za pomocą pompy insulinowej.

Żywnienie dietetyczne zakłada spożywanie 5 - 6 posiłków dziennie – 3 duże i 2-3 małe, w regularnych odstępach czasu – co ok. 3 godziny. Przed spożyciem posiłku na ok. 30 minut należy wstrzyknąć insulinę. Dieta musi zawierać wszystkie składniki pokarmowe, witaminy i sole mineralne. W głównych posiłkach powinny znaleźć się produkty dostarczające białko pochodzenia zwierzęcego: mleko i przetwory mleczne, ryby, chude mięso i wędliny, białko jaj; węglowodany złożone: kasze, płatki, makarony, pieczywo pełnoziarniste oraz ziemniaki i warzywa strączkowe. Zaleca się obecność warzyw i owoców w każdym posiłku, najlepiej w postaci surowej. Unikać słodczy, słodkich napojów, wyrobów cukierniczych- powodują gwałtowny wzrost stężenia glukozy we krwi. Przy cukrzycy wyrównanej można spożywać ich niewielkie ilości wraz z innymi produktami spożywczymi. Ograniczyć należy także spożywania dań typu fast food, konserw i przetworów wędzonych.

Wysiłek fizyczny powoduje, że insulina i glukoza szybciej ulegają przemianom a pracujące mięśnie szybciej je zużywają. Wynikiem tego jest obniżenie stężenia glukozy we krwi. Zarówno przed wysiłkiem jak i w jego trakcie konieczne jest zjedzenie np. kostki cukru oraz wypicie słodkiej herbaty. fizycznego poprawiają tolerancję. Uczeń chory na cukrzycę może uczestniczyć w zawodach pod warunkiem spożycia posiłku ze zwiększoną ilością węglowodanów i picia słodkich napojów co 1 godzinę. Nauczyciel wf powinien dysponować kostkami cukru, w celu podania w razie objawów hipoglikemii w czasie lub po wysiłku.

Dzieci i młodzież z cukrzycą typu 1 pozostają pod opieką ośrodków diabetologicznych, które dysponują zespołem leczniczym, w skład którego wchodzi lekarz diabetolog, pielęgniarka pełniąca rolę edukatora, dietetyk i psycholog.

Uczeń chory na cukrzycę.

Zadaniem rodziców chorego dziecka jest przekazanie wychowawcy w obecności dziecka, że jest ono chore na cukrzycę. Jednocześnie nauczyciel powinien otrzymać krótką informację pisemną, dotyczącą postępowania wobec dziecka. Takie postępowanie zapewnić powinno dziecku ochronę przed poczuciem inności. To, że dziecko może zjeść np. posiłek w dowolnym czasie, nawet w czasie lekcji, może sobie zbadać glikemię czy zrobić zastrzyk z insuliny w gabinecie medycyny szkolnej, wyjść do toalety w czasie lekcji. Wychowawca powinien z wyprzedzeniem zawiadamiać o wycieczkach, zawodach sportowych. Bardzo ważnym jest przeprowadzenie lekcji informacyjnej na temat choroby w klasie do której uczęszcza uczeń chory na cukrzycę. Pielęgniarka powinna poinformować o udzielaniu pierwszej pomocy w chwili wystąpienia ciężkiego niedocukrzenia (pokazać podanie glukagonu), zapoznać uczniów ze sprzętem podawania insuliny - penem, wykonać uczniom pomiar glikemii na glukometrze. Grono pedagogiczne powinno również otrzymać od pielęgniarki informacje na temat cukrzycy u ucznia.

Uczeń z cukrzycą musi zrezygnować z wyborem zawodów takich jak zawodowy kierowca, operator ciężkiego sprzętu, pracy zmianowej, na wysokościach, w dużym hałasie, narażających na urazy mechaniczne, wibracje.

Samokontrola jest warunkiem skutecznego utrzymywania optymalnego stężenia glukozy we krwi. Pierwszym jej warunkiem jest elementarna wiedza (stale uzupełniana) pacjenta o chorobie. Już w czasie pierwszej hospitalizacji dziecko ze zdiagnozowaną cukrzycą zostaje poinformowane o celach leczenia oraz otrzymuje broszury informacyjne dotyczące zasad

leczenia i samokontroli. Podstawową metodą samokontroli jest oznaczanie stężenia glukozy we krwi za pomocą glikometru. Dziecko powinno także prowadzić „Dzienniczek samokontroli”, w którym powinno ono notować czas i daty badań, stężenia glukozy we krwi, dawkowanie insuliny oraz informacje zdarzeniach mogących wpływać na kontrolę cukrzycy, np. gorączka, wysiłek fizyczny. Dziecko może uczestniczyć we wszelkiego rodzaju uroczystościach rodzinnych, przyjęciach organizowanych przez rówieśników. Przed zaplanowanym przyjęciem konieczne jest skorygowanie dawki insuliny. Unikać powinno spożywania alkoholu, po jego wypiciu wzrasta zagrożenie niedocukrzenia. Samokontrola obejmuje również regularne coroczne kontrolowanie wzroku. Bardzo ważna jest odpowiednia higiena ciała, codzienne mycie całego ciała pod prysznicem, pudrowanie pach i stóp talkiem kosmetycznym, krótkie obcinanie paznokci, noszenie bawełnianej bielizny, codzienne zmienianie. W razie jakichkolwiek wątpliwości dziecko powinno zwrócić się do lekarza lub pielęgniarki.

Opis sytuacji zdrowotnej

Dziewczynka, lat 10, czuła się dobrze aż do 2 tygodni poprzedzających jej przyjęcie do szpitala. Przed 14 dniami stała się senna i blada. Miała silne pragnienie, ponadto zaczęła moczyć się w nocy. Zdaniem matki ostatnio znacznie schudła. Na 2 dni przed hospitalizacją pojawiły się wymioty. W czasie przyjęcia do szpitala była senna i ledwie odpowiadała na zadawane jej pytania. Stwierdzono objawy odwodnienia, tj. suchość skóry ciała i suchy język. Oddychała głęboko. Rozpoznano cukrzycową kwasicę ketonową. Zastosowano dożylnie przetaczanie płynów oraz dożylnie podano insulinę. W programie edukacji diabetologicznej uwzględniono dostarczenie dziecku i jego rodzicom informacji dotyczących codziennej opieki diabetologicznej, dostarczenia praktycznych informacji o istocie choroby i wytworzenia motywacji do działania. Ważne jest, aby dziecko i jego rodzice uzyskali ogólną wiedzę na temat cukrzycy, zapoznali się z podstawowymi problemami zdrowotnymi w chorobie i nabyli podstawowe umiejętności radzenia sobie z chorobą.

DZIECKO Z OTYŁOŚCIĄ PROSTĄ

Otyłość jest przewlekłą chorobą metaboliczną. Jej pierwotną przyczyną są zaburzenia popędu żywieniowego, prowadzące do zwiększenia się tkanki tłuszczowej w organizmie. Jest najczęstszym zaburzeniem rozwoju i w zależności od wieku dotyczy 5 – 15 % populacji wieku rozwojowego.

Obraz kliniczny

Otyłość prosta (pierwotna) jest wynikiem długotrwałego dodatniego bilansu energetycznego i odpowiada za ponad 90% wszystkich jej przypadków. Otyłość wtórna stanowi ok. 10%. Przyczyną otyłości wtórnej jest najczęściej długotrwałe podawanie niektórych leków psychotropowych, przeciwhistaminowych i sterydów oraz przyczyny endokrynologiczne, wśród których to niedoczynność tarczycy, niedobór hormonu wzrostu, rzadkie zespoły genetyczne.

Otyłość pierwotna wynika z przemian cywilizacyjnych związanych ze zmianą stylu życia, nawyków żywieniowych, zwyczajami rodzinnymi oraz zmniejszoną aktywnością fizyczną i biernym spędzaniem wolnego czasu, najczęściej przed ekranem telewizora lub komputera. Ważnym czynnikiem jest także utrwalony, nieprawidłowy sposób żywienia przez rodziców – przekarmianie dziecka od najmłodszych lat, nieregularne spożywanie posiłków, podjadanie między posiłkami, nagradzanie dziecka słodyczami za postępy w nauce czy dobre zachowanie.

Aktualnie w diagnostyce otyłości rekomendowane jest posługiwanie się wskaźnikiem masy ciała (BMI) odczytywanym z tabel lub siatek centylowych. Otyłość rozpoznaje się, gdy BMI jest większy lub równy 95 centylowi dla płci i wieku. Coraz częściej stosuje się wartość obwodu talii odczytywane na siatkach centylowych wraz ze wskaźnikami opartymi na pomiarach obwodu talii i bioder do rozpoznania nadmiernego stanu odżywienia i określenia typu otyłości – stosuje się u dzieci powyżej 10 r.ż.

Każde dziecko z rozpoznaną nadwagą podczas testu przesiewowego powinno być objęte czynną opieką lekarza pediatry w rejonowej przychodni. Rodziców należy zobligować do zapoznania się z podstawowymi zasadami prawidłowego żywienia obejmujących wszystkich członków rodziny.

Profilaktyka

Profilaktyka pierwotna skierowana jest do całej populacji i obejmuje działania mające na celu zapobieganie pojawieniu się nadwagi i otyłości wieku rozwojowego. Elementy profilaktyki pierwotnej obejmują prawidłowe żywienie dzieci i młodzieży, promocję karmienia piersią co najmniej do 6 miesiąca życia, edukację żywieniową ciężarnej, promocję aktywności fizycznej całego społeczeństwa, edukację zdrowotną w środowisku szkolnym.

Profilaktyka wtórna otyłości ma na celu wczesne wykrywanie zaburzeń stanu odżywienia tj. wczesnej identyfikacji grupy ryzyka, możliwe jest wówczas odpowiednie wdrożenie interwencji terapeutycznych umożliwiających zahamowanie nadmiernych przyrostów masy ciała. W praktyce realizowana jest ona w ramach testów przesiewowych i profilaktycznych badań lekarskich zgodnie z obowiązującymi wymogami związanymi z wiekiem badanych lub podczas wizyty z powodu choroby dziecka. Lekarz pediatra jest najczęściej pierwszą osobą, która zwraca uwagę rodziców na pojawiający się problem nadwagi u ich dziecka. A rodzice niejednokrotnie wzmożony apetyt dziecka i jego nadmiernie rozwiniętą tkankę tłuszczową postrzegają jako oznakę zdrowia i wyraz dobrej opieki.

Profilaktyka trzeciorzędowa skierowana jest do dzieci z rozpoznaną otyłością i obejmuje postępowanie terapeutyczne mające na celu zapobieganie dalszemu rozwojowi otyłości i jej konsekwencją zdrowotnym. Polega na wzmacnianiu mocnych stron otyłego dziecka, poprawie jego zazwyczaj niskiej samooceny, naukę radzenia sobie w sytuacjach zwątpienia, stresu. Najbardziej istotną rolę profilaktyki trzeciorzędowej jest uczenie dziecka zasad samokontroli i wytrwałości w realizacji zaleceń lekarskich, dietetycznych, rehabilitacyjnych.

Opieka zespołu terapeutycznego

Zespół terapeutyczny składa się z lekarza prowadzącego- koordynatora oraz dietetyka, rehabilitanta, psychologa, pielęgniarki medycyny szkolnej. Takie wszechstronne leczenie interdyscyplinarne pozwala w większości przypadków na trwałe rezultaty leczenia otyłości

W opiece nad dzieckiem otyłym podstawowym zadaniem jest opracowanie przez dietetyka długoterminowej modyfikacji nawyków żywieniowych. Wprowadza się dietę ubogą energetyczną, ale zbilansowaną pod względem podaży poszczególnych składników pokarmowych – białka, tłuszcze, węglowodany i składników mineralnych. Dziecku zaleca się spożywanie produktów o obniżonej zawartości tłuszczów zwierzęcych i znaczne ograniczenie

tłuszczu dodawanego do potraw w postaci sosów, zasmażek; ograniczenie spożycia cukrów prostych; ograniczenie napojów gazowanych, soków, mleka (zawierają cukier). Zapotrzebowanie na płyny dziecko powinno pokryć wodą mineralną niegazowaną. Niezwykle istotne jest regularne spożywanie posiłków, 5 razy dziennie, o stałych porach, unikanie podjadania między posiłkami, zwłaszcza słodczy.

Każdemu otyłemu dziecku należy uświadomić znaczenie konieczność zmiany nawyków żywieniowych, w czym pomaga wspólne opracowanie strategii radzenia sobie z niepożądanymi zachowaniami, np. nie sięganie po jedzenie w przypadku stresu, niepowodzeń szkolnych, nudy. Podczas każdej wizyty w poradni zaburzeń metabolicznych powinien być wyznaczony cel (do zrealizowania w czasie kolejnej wizyty) – łatwy i realistyczny, dotyczący nawet drobnych zmian, zaakceptowany przez dziecko i rodziców. Realizacja tych celów powinna być nagradzana.

Bardzo ważnym elementem leczenia jest pomoc psychologiczna. Niskie poczucie wartości wiąże się z brakiem akceptacji lub dyskryminowaniem przez rówieśników. Przyczynia się do tego gorsza sprawność ruchowa i mniejsza wytrzymałość. Dlatego podstawowa pomoc psychologiczna to zwiększenie motywacji pacjenta do dalszych wysiłków na rzecz spadku masy ciała i wynikające z tego poczucie zadowolenia i satysfakcji.

U dzieci nie stosuje się metod chirurgicznych ani metod farmakologicznych w leczeniu otyłości.

Kolejnym ważnym problemem jest motywowanie do aktywności fizycznej w celu zwiększenia wydatku energetycznego. Zalecane zajęcia ruchowe dla dziecka otyłego powinny być długotrwałe o umiarkowanej intensywności, możliwe do wykonania przez dziecko tym samym motywujące do zwiększenia aktywności fizycznej i rozbudzające jej potrzebę. Należy także zwrócić dziecka uwagę na formy tzw. małej aktywności fizycznej – chodzenie po schodach zamiast korzystania z windy, ograniczenia korzystania z samochodu i komunikacji miejskiej, zabawy ruchowe na świeżym powietrzu.

Edukacja żywieniowa prowadzona przez pielęgniarkę wśród dzieci i młodzieży powinna im uświadamiać cele prawidłowego żywienia, rozbudzanie motywacji do działania, różnice między nieprawidłowymi i prawidłowymi nawykami i żywieniowymi.

Opis sytuacji zdrowotnej

Chłopiec, lat 7, uczęszcza od 5 roku życia do przedszkola. Rodzice chłopca są młodzi, zdrowi i bardzo zaangażowani w sprawy zawodowe. Skupieni są na zapewnieniu odpowiedniego standardu życia. Konrad mieszka z rodzicami i dziadkami w dużym domu jednorodzinnym na przedmieściach miasta. W godzinach popołudniowych chłopcem opiekują się głównie dziadkowie, ponieważ rodzice pracują do późnych godzin wieczornych. To dziadek przeważnie odbiera Konrada z przedszkola samochodem. Konrad ma swój pokój i nieograniczony dostęp do komputera w najbliższym sąsiedztwie chłopiec nie ma rówieśników, samotne zabawy na powietrzu są pozbawione atrakcji. Babcia martwi się, że Konrad może się przeziębnić, więc nie zachęca chłopca do zabaw na świeżym powietrzu. Posiłki chłopiec spożywa z dziadkami, oglądając programy telewizyjne, na deser babcia oferuje ciastka z kremem.

Podczas badania pediatra stwierdził otyłość u ich syna i skierował na konsultację do poradni schorzeń metabolicznych.

Wizyta w poradni metabolicznej odbyła się miesiąc po rozpoznaniu u chłopca otyłości. W badaniu przedmiotowym stwierdzono nadmierny stan odżywienia: masa ciała - 37,2 kg (>97 centyla), wysokość ciała – 120,5 cm (75 centyl), BMI – 25,8 (>97 centyl) obwód talii – 88 cm (>90 centyla). Z odchyień od prawidłowego stanu stwierdzono koślawość kolan i płaskostopie. Wyniki badań biochemicznych w granicach normy. Wartości ciśnienia tętniczego krwi były prawidłowe. Dokonano analizy diety, która wykazała zasadnicze błędy w żywieniowe. Zalecenia dotyczyły zmian w trybie życia i modyfikacja diety. Druga wizyta miała miejsce po trzech miesiącach. Rodzicom udało się zrealizować większość zaleceń lekarskich i dietetycznych. Konrad nie zgłaszał skarg. Parametry antropometryczne uległy obniżeniu. Jednak chłopca i rodziców czeka jeszcze długa droga do osiągnięcia u Konrada należnej dla wieku i płci masy ciała.

Otyłość jest przewlekłą chorobą metaboliczną, wynikającą z zaburzenia homeostazy energii. Jej pierwotną przyczyną są zaburzenia popędu żywieniowego prowadzącego do zwiększenia się tkanki tłuszczowej w organizmie. Występowanie otyłości w wieku dziecięcym wiąże się z zwiększonym ryzykiem jej występowania w wieku dorosłym. Samo dziecko nie wyrośnie z otyłości, tylko zmiana nawyków żywieniowych i zwiększenie aktywności fizycznej, współpraca opiekunów dziecka z zespołem terapeutycznym pozwoli na sukces w terapii.

DZIECKO CHORE NA PADACZKĘ

Padaczka (łac. epilepsja) jest przewlekłym zaburzeniem czynności bioelektrycznej mózgu. Cechuje się nawracającymi napadami ruchowymi, czuciowymi i psychosensorycznymi na skutek nadmiernych wyładowań neuronów. Wyładowania mogą obejmować większy lub mniejszy obszar kory mózgowej. Do rozpoznania padaczki potrzebne jest stwierdzenie nawracających napadów – przynajmniej dwóch.

Obraz kliniczny

Napad padaczkowy jest skutkiem gwałtownego i nadmiernego wyładowania w neuronach przebiegający z objawami klinicznymi. Wyładowania za pomocą włókien nerwowych są przenoszone w postaci impulsów do innych części układu nerwowego, a także do mięśni różnych części ciała. Każda okolica mózgu może być źródłem napadów padaczkowych.

Napady padaczkowe dzieli się na napady na częściowe i uogólnione.

Napady częściowe to takie, w których nadmierne wyładowania powstają w pewnych grupach neuronów ośrodkowego układu nerwowego. Jednocześnie mogą być one proste lub złożone. Jeżeli ognisko padaczkowe umiejscowione jest w części kory mózgowej reprezentującej czynność np. mięśni twarzy, napad będzie polegał na drgawkach mięśni twarzy po stronie przeciwnej lokalizacji ogniska. Jeżeli prosty napad częściowy zaczyna się od okolicy odpowiadającej za czucie skórne, to pojawi się drętwienie lub mrowienie ręki lub stopy. Ognisko padaczkowe w okolicy słuchowej, wzrokowej, smakowej, węchowej powoduje odpowiednio proste wrażenia czuciowe. Na przykład w korze słuchowej daje trzaski, świsty, szumy. Ognisko w korze wzrokowej – błyski. Ognisko w okolicy smakowej czy węchowej daje uczucie nieprzyjemnego smaku czy równie nieprzyjemnego zapachu. Każdy z napadów częściowych może przejść w napad złożony lub uogólniony toniczno- kloniczny. Świadomość w napadach częściowych prostych nie jest zaburzona. Napady częściowe złożone przebiegają na ogół z zaburzeniami lub ograniczeniem świadomości, któremu może towarzyszyć bezruch lub zatrzymanie dotychczasowej czynności ruchowej.

Napady uogólnione obejmują całą korę mózgową i dlatego świadomość jest zawsze zaburzona. Wyróżnia się tu napady: nieświadomości – dochodzi w nich do „wyłączenia” (krótkotrwałego) świadomości, z niewielkimi zaburzeniami ruchowymi, po krótkiej chwili chory wraca do wcześniejszej aktywności; miokloniczne – charakteryzujące się

występowaniem krótkotrwałych tzw. zrywań mięśniowych; kloniczne - są to rytmiczne skurcze mięśni kończyn i tułowia; toniczno- kloniczne – po krótkiej fazie tonicznej (ok. 20 sek.) występuje faza kloniczna (ok. 2 min.) po czym chory zapada w sen ponapadowy na ok. 30 min. Chory nie pamięta przebytego napadu.

Czynnikami wyzwalającym napad padaczkowy może być głód, stres, bodziec świetlny, choroba przebiegająca z wysoką gorączką.

Diagnostyka i leczenie.

Podstawowym badaniem diagnostycznym w przypadku drgawek czy padaczki jest badanie elektroencefalograficzne (EEG – badanie prądów czynnościowych mózgu) Następnym ważnym badaniem jest analiza laboratoryjna płynu mózgowo- rdzeniowego pobranego drogą nakłucia lędźwiowego (badanie wykonywane tylko w warunkach szpitalnych) w celu wykluczenia bądź potwierdzenia infekcji ośrodkowego układu nerwowego. W zależności od sytuacji klinicznej wykonuje się badania krwi – morfologię, poziom glikemii, stężenie jonów wapnia, magnezu i mocznika. Z badań obrazowych wykonywane są: tomografia komputerowa mózgu (TK) i rezonans magnetyczny (RM).

Leczenie przeciwpadaczkowe jest leczeniem długotrwałym, zwykle kilkuletnim. Celem leczenia jest zapobieganie wystąpieniu napadów lub ograniczenie ich liczby. Leki wprowadza się stopniowo, aby uniknąć działań niepożądanych. Po osiągnięciu optymalnej dawki (ok. 10- 14 dni) lek podaje się nadal, regularnie dwa lub trzy razy dziennie. Bardzo ważne jest, aby pacjent wiedział, że nie wolno pominąć żadnej dawki, gdyż może to doprowadzić do wystąpienia napadu padaczkowego. Po kilku latach prowadzenia leczenia, pod pewnymi warunkami podejmuje się próbę odstawienia leczenia. Polega ono na stopniowym zmniejszaniu dawki leku, co może trwać nawet do pół roku. Jednak u ok. 30 % pacjentów po odstawieniu leków dochodzi do nawrotu napadów.

Dziecko w szkole i w domu

W opiece nad uczniem chorującym na padaczkę konieczna jest współpraca lekarza pediatry z podstawowej opieki zdrowotnej z lekarzem specjalistą neurologii dziecięcej, pielęgniarką medycyny szkolnej, z nauczycielem, z rodziną dziecka i z samym dzieckiem.

Podczas napadu drgawkowego nie należy przeciwdziałać drgawkom, trzeba tylko

zapobiec urazom czy zadławieniu się. Pod głowę podłożyć niewysoką poduszkę lub zwinięty np. sweter, marynarkę, kurtkę itp. a głowę odwrócić na bok. Po napadzie można zawołać dziecko po imieniu, spróbować obudzić, aby odróżnić przymglenie świadomości od snu. Napady powtarzające się napady, jeden po drugim, w odstępie kilkudziesięciu minut). W takich przypadkach należy wezwać natychmiast lekarza.

Dziecko lub/i jego rodzice powinni **prowadzić tzw. zeszyt napadów.** W nim należy narysować rubryki na oznaczenie czasu, rodzaju i okoliczności wystąpienia napadu. Należy także prowadzić notatki dotyczące ważnych wydarzeń dnia codziennego, np. wystąpienie gorączki, wykonanie wysiłku fizycznego, złe samopoczucie, nadmierna senność, drażliwość, ból głowy, sytuacje stresowe.

Zasady kwalifikacji do zajęć wf w stosunku do ucznia z padaczką są ustalane indywidualnie. W większości przypadków, gdy u ucznia nie występują napady i nie wykazuje innych problemów zdrowotnych to powinien mieć szansę zaspokojenia potrzeb ruchowych poprzez uczestnictwo we wszystkich zajęciach w szkole z rówieśnikami. Przeciwwskazane jest uprawianie sportów urazowych typu boks, hokej. Niewskazane jest także chodzenie na dyskotekę. Głośna muzyka, światła migające mogą wyzwać napad drgawek.

Wybór dalszego kształcenia i zawodu wymaga starannego namysłu. Przeciwwskazane są zawody wymagające kierowania pojazdami mechanicznymi – zawodowy kierowca, praca na wysokościach, przy obsłudze maszyn w ruchu a również zawody wymagające dużego wysiłku fizycznego oraz pracy przy monitorach. Ważne jest uświadomienie młodzieży, że prawo jazdy można uzyskać dopiero po trzyletnim okresie bez napadów i prawidłowym wyniku badania EEG.

Opis sytuacji zdrowotnej

Dziewczynka, lat 10, została przywieziona do Oddziału Ratunkowego z powodu napadu drgawek w szkole. Nauczyciel opowiadał, że po jakimś czasie „pustego” patrzenia w przestrzeń upadła na podłogę. Ciało jej zesztyniało, oczy miała skierowane ku górze, miał zaciśnięte zęby i wydawała dziwne jęki. Po upływie kilku minut wystąpiły u niej drgawki rąk i nóg, co trwało około 2-3 minut. Po napadzie była senna. Kiedy obudziła się, co miało miejsce po około 30 minutach zauważono, że przegryzła sobie język. Była już także przytomna i zorientowana, jednak nie pamiętała co się jej przytrafiło.

Wkrótce zgłosiła się matka zawiadomiona przez pielęgniarkę szkolną. Z wyjaśnień matki wynikało, że dziewczynka czuła się dobrze, ale jakieś miesiąc temu zaczęły się u niej momenty nieobecności i zapatrzenia. Bez żadnych powodów twarz jej nieruchomiała, dziecko stawało się jakby nieobecne i tylko od czasu do czasu mrugała powiekami. Po kilku sekundach wracała do czynności uprzednio zaczętej. Ponadto w rozmowie z matką okazało się, że babcia Wiktorii ze strony matki chorował na padaczkę.

W czasie badania klinicznego nie wykryto odchyień od normy. Dopiero badanie EEG pozwoliło ustalić, że Wiktoria cierpiała na padaczkę typu petit mal. (napady małe) i przeżyła jeden duży napad (grand mal). Ponieważ nie znaleziono żadnych przyczyn choroby, uznano, że cierpi ona na idiopatyczną postać choroby. Wprowadzono leczenie przeciwpadaczkowe. Obserwowano skuteczność ich działania, dostosowując dawki leków do stanu dziecka.

W ciągu 2 miesięcy po opuszczeniu szpitala wystąpiły u dziewczynki dwa dalsze duże napady: jeden w szkole, drugi w domu, gdy oglądała program telewizyjny (migotanie ekranu telewizyjnego, podobnie jak migające, kolorowe światła w dyskotecie) są znaną przyczyną wywoływania napadów.

Nadchodzi taki moment, że dziecko chore na padaczkę chce przejąć odpowiedzialność za swój los w tym swoje leczenie. Ważnym jest, aby młody człowiek dobrze rozumiał celowość leczenia, żeby nauczył się żyć ze swoją chorobą tak, aby nie przeszkadzała jemu w realizacji wytyczonych, choć realnych celów życiowych. Dziecko chore na padaczkę powinno prowadzić możliwie normalny tryb życia. Należy zachęcać je do aktywności fizycznej i społecznej przy jednoczesnym dawaniu wsparcia psychicznego.

DZIECKO CHORO NA BIAŁACZKĘ

Ostra białaczka limfoblastyczna należy do najczęściej występującego nowotworu wieku dziecięcego. W onkologii dziecięcej stosuje się tzw. leczenie kompleksowe, tj złożone z chemioterapii, radioterapii, leczenia chirurgicznego, transplantacji komórek krwiotwórczych. Stąd leczenie chorób nowotworowych: białaczek, chłoniaków i guzów narządowych jest prowadzone wyłącznie w odpowiednio wyposażonych ośrodkach onkologii dziecięcej.

Obraz kliniczny

Białaczka jest chorobą rozrostową (nowotworową) układu krwiotwórczego. Charakteryzuje ją złośliwy rozrost limfoblastów, tj. komórek prekursorowych limfocytów B lub T. Polega na niekontrolowanym namnażaniu się nowotworowo zmienionych komórek krwi w szpiku kostnym. Rozrastające się komórki nowotworowe, tzw. blasty wypierają prawidłowe komórki tkanki szpikowej. Patologicznie zmienione komórki rozrastając się wypełniają szpik a następnie pojawiają się we krwi obwodowej, co prowadzi do ujawniania się określonych objawów klinicznych. U dziecka obserwuje się postępującą błądźc skory i sluzówek. Na skoryce pojawiają się wybrczyny. Narasta sklonnośc do siniaczenia pod wplywem lekkich urazów. Występują krwawienia z nosa. Czesto przedluzają się gorączka nie ustępująca po antybiotykach. Dziecko traci na masie ciała. Nacieczenie narządów komórkami białaczkowymi powoduje: bóle kostne i stawowe, powiększenie węzłów chłonnych, bóle brzucha. Niepokojące objawy skłaniają rodziców do wizyty u lekarza pediatry.

Podejrzewanie choroby nowotworowej u dziecka obliguje lekarza do wystawienia skierowania do kliniki onkologii dziecięcej. Zazwyczaj już w ciągu około 3 - 4 dni w klinice ustala się diagnozę. W pierwszej rozmowie lekarz hematooonkolog dziecięcy - przedstawia **obojgu rodzicom** naraz rozpoznanie choroby i jej istotę, plan całościowego leczenia i możliwe objawy uboczne terapii. Informacje przekazuje się rodzicom dostępnie i zrozumiale określając szanse na wyleczenie, w przypadku ostrej białaczki limfoblastycznej wynoszą one ok. 85%. Lekarz i rodzice następnie informują dziecko o chorobie. Od 2002 r. w ośrodkach onkohematologii dziecięcej wprowadzono model informowania dzieci o rozpoznaniu nowotworowym i podkreśla się, że informowanie jest procesem wieloetapowym. Dzieci, które prawidłowo zostają informowane o rozpoznaniu u nich choroby nowotworowej, ujawniają zdecydowanie mniej napięcia i lęku.

Leczenie

Podstawowym celem leczenia ostrej białaczki jest uzyskanie trwałej remisji choroby, tzn. stanu, w którym nie stwierdza się żadnych klinicznych i hematologicznych objawów białaczki. Całość leczenia przeciwnowotworowego w białaczce trwa ok. 2- 2,5 lat. Leki cytostaticzne (2-3 na raz) podawane są według programów leczniczych i w tzw. blokach, tzn. pacjent otrzymuje dożylnie dane leki cytostaticzne przez 4- 5 dni, a następnie stosuje się przerwę 21 dni w celu odbudowy uszkodzonych przez cytostatyki komórek (szczególnie układu pokarmowego i szpiku kostnego) oraz ustąpienia negatywnych skutków leczenia.

W przerwach między blokami, jeśli nie ma żadnych powikłań, dziecko przebywa w domu. W trzeciej fazie leczenia dziecko przyjmuje cytostatyki doustnie i zgłasza się na kontrole do przyklinicznej poradni onkologii dziecięcej.

W czasie chemioterapii u dziecka mogą wystąpić różne objawy niepożądane, które są związane z działaniem leków. Wszystkie z nich powodują głęboką niewydolność szpiku (mielosupresja), która ma charakter przejściowy i trwa do kilkunastu dni. W okresie niewydolności szpiku zostaje zahamowane w różnym stopniu wytwarzanie elementów morfotycznych krwi, co skutkuje ich niedoborem. Znaczny niedobór erytrocytów i hemoglobiny powoduje objawy ostrej niedokrwistości i wówczas jest konieczne przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych. Brak płytek krwi objawia się krwawieniami z błon śluzowych, a niekiedy gwałtownymi krwotokami. W tym przypadku dziecku przetacza się koncentrat płytek krwi. Zmniejszenie liczby granulocytów obojętnochłonnych (neutropenia) powoduje znaczne osłabienie odporności ustroju. Dzieci są także podatne na zakażenia wirusowe (wirus ospy wietrznej, zapalenia wątroby typu B i C, cytomegalii) i grzybicze (*Candida albicans*, *Aspergillus*). Częstym powikłaniem chemioterapii są owrzodzenia w obrębie błony śluzowej jamy ustnej i przewodu pokarmowego oraz nudności i wymioty. Konsekwencją tych zmian i objawów jest odmowa przyjmowania posiłków oraz utrata apetytu. Dodatkowo może wystąpić biegunka na skutek zmian w obrębie błony śluzowej jelit. Chemioterapia prowadzi do przejściowego zniszczenia cebulek włosowych i w konsekwencji do wyłysienia głowy i pozostałych części ciała.

Opieka zespołu terapeutycznego

W klinice onkologii dziecięcej wszechstronną opiekę nad dzieckiem i jego rodziną sprawuje zespół diagnostyczno- terapeutyczny.

Za całość terapii odpowiedzialny jest lekarz prowadzący. To on bezpośrednio kontaktuje się z dzieckiem, rodzicami i stanowi dla nich podstawowe źródło informacji o przebiegu terapii.

Każda pielęgniarka ma pod opieką pewną ilość dzieci i zapewnia pełne zaspokojenie potrzeb i rozwiązywanie problemów zdrowotnych dziecka w trakcie wypełniania funkcji zawodowych: opiekuńczo- pielęgnacyjnej, terapeutycznej, profilaktycznej.

Opiekę psychologiczną sprawuje psycholog kliniczny. Pomaga w adaptacji do nowej sytuacji jaką jest hospitalizacja z powodu choroby nowotworowej u dziecka. Udziela szeroko rozumianego wsparcia gdy dziecko i rodzice przeżywają chwile złamania, gdy ogarnia ich lęk i poczucie beznadziei. Wzbudza nadzieję na wyleczenie dziecka.

Dietetyczka jest głównym źródłem informacji o zalecanej diecie. Posiłki dziecka powinny być wysokokaloryczne, spożywane co 2-3 godz. i w mniejszych ilościach, łatwe do spożycia. Dziecko powinno jeść to na co ma ochotę, jednak z wyeliminowaniem potraw typu Fast – food, surowe owoce i warzywa, potrawy garmażeryjne.

Podczas leczenia dzięki pedagogom ze szkoły przyszpitalnej dzieci realizują obowiązek szkolny i mają poczucie bycia uczniem pomimo wielu ograniczeń. Nauczyciele umożliwiają choremu dziecku powrót do macierzystej szkoły bez obawy o zaległości. Dzieci z chorobą nowotworową mają na okres choroby nauczanie indywidualne w domu. W pownym przystosowanie się do szkoły i rówieśników, po przebytych leczeniu choroby nowotworowej istotną rolę odgrywają rodzice i nauczyciele. To dzięki ich postawie, dziecko zostanie w sposób naturalny włączone w życie swoje klasy.

Opiekę duchową sprawuje ksiądz. Opieka duchowa to wysłuchanie dziecka i jego rodziców, to pogłębienie wiary i nadziei. Rodzice odgrywają niezwykle ważną rolę w czasie leczenia onkologicznego swojego dziecka. Stała obecność, z reguły mamy, daje dziecku poczucie bezpieczeństwa i jest najlepszym środkiem łagodzącym stres.

Opis sytuacji zdrowotnej

Dziewczynka, lat 10, została przyjęta do Kliniki Onkologii Dziecięcej z podejrzeniem ostrej białaczki. Od około dwóch tygodni skarżyła się na osłabienie, apatię, zmniejszone łaknienie, bóle kostne nóg. Występowały stany gorączkowe utrzymujące się mimo stosowanej antybiotykoterapii. W dniu przyjęcia w badaniu przedmiotowym stwierdzono obustronne powiększenie węzłów chłonnych pachowych oraz powiększenie śledziony, co zostało potwierdzone w ultrasonografii jamy brzusznej (niepowiększona, jednorodna, wątroba, powiększona śledziona o długości 11 cm, obie nerki prawidłowej wielkości, bez nacieków białaczkowych). W krwi obwodowej stwierdzono umiarkowaną niedokrwistość: w rozmazie krwi obwodowej 30% blastów białaczkowych. Płyn mózgowo-rdzeniowy był prawidłowy. W badaniu cytologicznym szpiku kostnego spostrzegano ponad 50% komórek o morfologii blastów, co przemawiało za rozpoznaniem ostrej białaczki limfoblastycznej typu B.

U dziewczynki rozpoczęto indukcję remisji. W 33 dobie w badaniu mielogramu (szpiku kostnego) stwierdzono remisję ALL. Podczas intensywnej chemioterapii obserwowano kilka epizodów gorączki wymagających stosowania antybiotykoterapii. Kilkakrotnie konieczne było przetaczanie koncentratów erytrocytarnych i płytkowych. W przebiegu podtrzymywania remisji dziewczynka przeżyła zakażenie wirusem CMV (cytomegali). Chemioterapię zakończono w przewidzianym terminie. Obecnie dziewczynka nadal jest pod obserwacją onkologiczną. Okresowe badania kontrolne w Poradni Hematoonkologicznej potwierdzają utrzymywanie się remisji choroby.

Choroba nowotworowa jest dla dziecka, jego rodziców i rodzeństwa ogromnym cierpieniem, nie tylko ze względu na samo leczenie, ale z powodu tych wszystkich ograniczeń, które się z nią wiążą. Poradzenie sobie ze stresem wymaga czasu i przyjęcia pomocy od innych osób czy instytucji. Wspomaganie rozwoju dziecka chorego obejmują działania mające na celu łagodzenie objawów choroby na każdym jej etapie, niwelowanie doznań bólowych, redukcja lęku i depresji, zachęcanie do aktywnego zmagania się z chorobą, wzmacnianie relacji z rówieśnikami, poprawę osiągnięć szkolnych oraz zachowanie spójności rodziny.

DZIECKO Z ZABURZENIAMI ŚWIADOMOŚCI

Zaburzenia świadomości są grupą nieprawidłowości, w czasie których dochodzi do zmian w świadomości. Świadomość, w aspekcie klinicznym definiuje się jako zdolność odbierania, rejestrowania i przetwarzania informacji, a także celowe reagowanie na informacje. **Zaburzenia świadomości to stan, w którym człowiek nie jest w stanie w pełni odbierać bodźców z otoczenia, zapamiętywać lub reagować na nie.**

Ilościowe zaburzenia świadomości

Zalicza się do nich: senność, ospałość i śpiączkę.

Senność jest stanem obniżenia poziomu świadomości. Chory nie jest zdolny do odczuwania bodźców zewnętrznych. Spontaniczne ruchy są ograniczone, występuje spowolnienie psychoruchowe, powieki opadają, ale nie są całkowicie opuszczone. Człowiek wybudza się pod wpływem łagodnych bodźców, ale pozostawiony w spokoju zapada ponownie w sen. Jej najczęstsze przyczyny to: długotrwałe zmęczenie, niedokrwistość z niedoboru żelaza, zatrucie lekami

Ospałość charakteryzuje się obniżonym poziomem świadomości. Można jedynie chorego wybudzić silnymi i powtarzanymi bodźcami, np. wezwanie po imieniu. Wówczas otwiera on oczy i kieruje spojrzenie na badającego. Człowiek w tym stanie zazwyczaj leży nieruchomo lub wykonuje stereotypowe ruchy. Po ustąpieniu tego stanu pozostaje pełna niepamięć. **Śpiączka** jest stanem głęboko zaburzonej świadomości, w którym człowiek nie jest zdolny do reagowania na bodźce zewnętrzne, leży nieruchomo z zamkniętymi oczyma. W praktyce ambulatoryjnej stan ten może wystąpić np. jako powikłanie w cukrzycy pod postacią śpiączki hiperglikemicznej (stan przecukrzenia organizmu).

Sprawdzenie, czy dziecko jest przytomne polega na podejściu do niego, potrząśnięciu za ramię i zadaniu pytania: „**Czy potrzebujesz pomocy?**” Jeśli nie usłyszy się odpowiedzi, można założyć, że jest ono nieprzytomne. Dodatkowe informacje można uzyskać, przeszukując jego kieszenie odzieży lub bagaż.

Podczas udzielania pierwszej pomocy należy przestrzegać podstawowych zasad, tj: ocenić sytuację; sprawdzić czynności życiowe (oddech, tętno, stan przytomności), wezwać pomoc odpowiednich służb – pogotowie ratunkowe, straż pożarną czy policję; w oczekiwaniu na przyjazd wyspecjalizowanej jednostki, zabezpieczyć miejsce zdarzenia.

Jakościowe zaburzenia świadomości

Jakościowe zaburzenia świadomości to stany, w których obserwuje się zaburzenia pamięci, kontaktu z otoczeniem i kierowania swoim postępowaniem. Wyróżnia się trzy stany jakościowych zaburzeń świadomości: zamroczenie, majaczenie i splątanie.

Zamroczenie polega na ograniczeniu świadomości, braku kontaktu z otoczeniem. Występuje po urazach, zatruciach alkoholem, środkami psychoaktywnymi.

Splątanie charakteryzuje się głębokimi zaburzeniami świadomości i najczęściej towarzyszy psychozom endogennym, może także wystąpić w przebiegu zatrucia organizmu, infekcjach. Człowiek nie pamięta okresu splątania.

Majaczenie charakteryzuje się przymgloną świadomością, tj. zmniejszoną zdolnością rozpoznawania otoczenia i dezorientacją dotyczącą czasu, miejsca lub osoby. Majaczeniu towarzyszą iluzje (zniekształcenie spostrzeżeń), omamy (sposrzeganie czegoś czego nie ma w rzeczywistości) Majaczenie u dzieci i młodzieży może być następstwem bardzo wysokiej gorączki towarzyszącej infekcji, zatruc substancjami psychoaktywnymi – alkohol, narkotyki.

Majaczenie jest stanem poważnym. Początkowo majaczenie może przejawiać się **zmianą zachowania, rozdrażnieniem lub płacliwością**, a potem rozwinąć się w pełen obraz majaczenia z zaburzeniami świadomości. Pojawiają się omamy wzrokowe. Dziecko może nie rozpoznawać swoich rodziców. Majaczenie zwykle trwa przez kilka do kilkunastu godzin. konieczna jest ścisła obserwacja zachowania dziecka, monitorowanie jego funkcji życiowych – tętna, oddechu, temperatury ciała i ciśnienia tętniczego krwi. W celu uspokojenia dziecka należy umieścić je w osobnym pokoju i zapewnić spokój.

Poważnym problemem klinicznym u dzieci i młodzieży są zaburzenia przytomności w wyniku urazu. U dzieci częstym problemem jest tzw. zamknięty uraz głowy związany z upadkiem lub urazem komunikacyjnym. Każde nieprzytomne dziecko powinno być dokładnie zbadane, przede wszystkim pod kątem doznania urazu. Należy poszukiwać nawet niewielkich objawów, np. po uderzeniu piłką może powstać tylko nieznaczny obrzęk skóry, krwawienie z przewodu słuchowego czy krwiak za uchem może wskazywać na złamanie podstawy czaszki. Podczas badania głowy należy „wykorzystać zmysł węchu” aby wyczuć ewentualny zapach alkoholu lub acetonu.

Zatrucia lekami a zaburzenia świadomości

W każdym przypadku zaburzeń świadomości (senność, śpiączka) lub nadmiernego pobudzenia psychoruchowego (omamy, drgawki) należy podejrzewać zatrucie lekami. Jeżeli dziecko jest nieprzytomne lub nie można z nim nawiązać kontaktu, to informacje można uzyskać, przeszukując jego kieszenie lub bagaż. Objawy zatrucia zależą od rodzaju leku, jego ilości, czasu jaki upłynął od momentu zatrucia, od wieku dziecka i indywidualnej wrażliwości. Nadmierne pobudzenie i halucynacje towarzyszą zatruciu np. salicylanami, atropiną. Spowolnienie ruchowe, senność i w końcowym etapie – śpiączka są objawami zatrucia przez wszystkim lekami uspokajającym i nasennymi (np. Relanium). Częstym objawem zatrucia różnymi lekami są drgawki, wynikające bądź z bezpośredniego wpływu leku na tkankę mózgową, bądź też z niedotlenienia mózgu wywołanego uszkodzeniem przez lek ośrodka naczynioruchowego lub oddechowego. Drgawki obserwuje się w toku zatruc m.in. Aspiryną, Efedryną, kofeiną, Cardiazolem. Niezborność ruchowa często połączona z drżeniem mięśniowym charakteryzuje stan zatrucia alkoholem, barbituranami, chloropromazyną, lekami przeciwhistaminowymi.

Do leków nasennych, będących najczęstszą przyczyną zatruc należą barbiturany.

W zatruciach lekkiego stopnia występują nudności, wymioty, niezborność ruchowa, senność. W zatruciach ciężkich dochodzi do utraty przytomności i śpiączki. Dziecko nie reaguje nawet na silne bodźce bólowe. Stwierdza się błądliwość lub sinicę skóry, zniesienie odruchów, brak reakcji źrenic na światło. Zgon może być wynikiem porażenia ośrodka oddechowego.

Ogólne zasady postępowania w ostrych zatruciach.

Bez względu na rodzaj trucizny należy ją jak najszybciej usunąć ze skóry i błon śluzowych – zmyć wodą a z żołądka – wywołać wymioty. W celu sprowokowania wymiotów podać należy letnią wodę do popicia i drażnić tylną ścianę gardła. Pierwszą porcję wymiocin należy zabezpieczyć do badania toksykologicznego. Unikać podawania mleka, gdyż większość trucizn jest rozpuszczalna w tłuszczach. **Wymiotów nie wolno prowokować u chorych nieprzytomnych., zatrutych benzyną, środkami piorącymi ze względu na możliwości aspiracji treści wymiotnej do żołądka.**

W każdym przypadku zatrucia obserwacja dziecka, stała kontrola tętna i oddechu. Należy zadbać o utrzymanie drożności dróg oddechowych – pozycja bezpieczna. Następnie należy wezwać pomoc- ze strony odpowiednich służb medycznych.

Opis sytuacji zdrowotnej

Dziewczynka, lat 15, bez obciążeń ciąży--porodowych i rodzinnych, została skierowana do diagnostyki w warunkach szpitalnych po drugim incydencie utraty przytomności. Z wywiadu wynikało, że pierwszy napad wystąpił 14 miesięcy wcześniej, prawdopodobnie z drgawkami. Objawy w obu przypadkach wystąpiły w godzinach rannych, bezpośrednio po wstaniu z łóżka. Od kilku miesięcy dziewczynka po nagłej zmianie pozycji ciała odczuwała zawroty głowy oraz zaburzenia widzenia o charakterze mroczków. Konsultacja neurologiczna oraz zapis EEG były prawidłowe. Ze względu na charakter omdleń dziewczynka została przyjęta do Kliniki Kardiologii Dziecięcej. Przy przyjęciu stwierdzano dobry stan ogólny, pacjentka nie zgłaszała żadnych dolegliwości. Badanie przedmiotowe poza szmerem nad sercem nie wykazało odchyień od stanu prawidłowego, RR 120/70 mmHg. Wyniki rutynowych badań laboratoryjnych, poziom elektrolitów i hormonów tarczycy oraz parametry stanu zapalnego także w granicach normy. W badaniu echokardiograficznym (EKG) nie stwierdzano wady, a wymiary jam serca, kurczliwość i przepływy przez zastawki były prawidłowe. Wysłuchiwany szmer uznano za przygodny. Zapisy EKG mieściły się w granicach normy. W badaniu neurologicznym nie stwierdzano cech ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Wyniki konsultacji okulistycznej, laryngologicznej i psychologicznej były prawidłowe (IQ 107). Zapis EKG w granicach normy. Po 11 miesiącach obserwacji ambulatoryjnej, w godzinach porannych, bezpośrednio po przebudzeniu wystąpił trzeci w życiu epizod utraty przytomności, tym razem z obserwowaną fazą toniczno-kloniczną, trwający około 10 minut. Dziewczynkę przewieziono do szpitala rejonowego. Przy przyjęciu przytomna, kontakt prawidłowy, skarżyła się na ból głowy i brzucha. Wyniki badań fizykalnego, neurologicznego oraz laboratoryjnych były prawidłowe. Zastosowano relanium, witaminę B6, paracetamol. Dolegliwości bólowe ustąpiły. Rozpoznano padaczkę z napadami uogólnionymi toniczno-klonicznymi.

Utrata przytomności – śpiączka jest nieprawidłowym stanem neurologicznym. Podstawowymi przyczynami utraty przytomności u dzieci są: zatrucia lekami, truciznami, alkoholem, uraz, stan po napadzie padaczki, niedokrwienie i niedotlenienie, infekcja (posocznica), hipoglikemia (niedocukrzenie) lub hiperglikemia (przecukrzenie) w przebiegu cukrzycy. W postępowaniu diagnostycznym należy przeprowadzić wywiad od rodziców, opiekunów świadków zdarzenia oraz ocenić bezpośrednie okoliczności utraty przytomności.