

## ARTYKUŁ POGŁĄDOWY

**Ewa Drabik-Danis, Anna Hans-Wytrychowska, Dagmara Pokorna-Kałowak**

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

# Badanie dziecka chorego w POZ – sygnały alarmowe

## Examination of a sick child in a basic health service – alarm signals

### Streszczenie

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej codziennie badają wielu małych chorych pacjentów. Ich liczba znacznie wzrasta sezonowo. Badanie lekarskie większości chorych dzieci pozwala na ustalenie rozpoznania i włączenie odpowiedniego leczenia. Ostre choroby infekcyjne mają zwykle przewidywalny przebieg. Lekarze dobrze wiedzą, że objawy chorobowe pojawiają się w określonej kolejności i mogą być różnie nasilone. Podczas badania chorego dziecka lekarz powinien zawsze ocenić jego stan ogólny i uważnie sprawdzić obecność lub brak objawów alarmowych. Każdy przypadek, w którym dochodzi do pogarszania się stanu ogólnego, narastania objawów, wymaga decyzji, czy należy pacjenta skierować do szpitala. Znajomość objawów alarmowych w różnych chorobach jest niezwykle ważna. Ich potwierdzenie lub wykluczenie pozwala na zmniejszenie liczby nietrafionych diagnoz i pomyłek terapeutycznych. Ponadto pomagają nie przeoczyć trudnych przypadków, zaskakujących przebiegów choroby czy stanów zagrożenia. Szczególną ostrożność należy zachować, badając chore dzieci w najmłodszej grupie wiekowej – do 5 lat.

### Słowa kluczowe

dziecko chore, badanie lekarskie, objawy alarmowe, lekarz rodzinny, hospitalizacja

### Abstract

Primary health doctors examine many sick small patients every day. Their quantity significantly increases seasonally. Medical examination for the majority of sick children allows to set the diagnosis and start adequate therapy. Severe infectious diseases usually go in a predictable way. Doctors know very well that symptoms of sicknesses appear in a defined order and have different intensity. During examination of a sick child the doctor should always evaluate its general condition and carefully check whether alarming symptoms are present or absent. Each child having a tendency to get worse general shape, growing intensity of sickness symptoms requires a decision to be sent to hospital. Knowledge about alarming symptoms in different diseases is very important. Confirming or excluding them for a patient allows to limit mistaken diagnoses and wrong therapies. It also helps to note difficult cases, surprising course of the disease and dangerous states. Special care is required when examining sick children from the youngest age group (below 5 years).

### Key words

sick children, doctor's examination, alarming symptoms, family doctor, taking care at the hospital

## Wprowadzenie

Badanie chorego dziecka w POZ ma swoje ograniczenia i słabości wynikające ze specyfiki leczenia otwartego, sezonowego przeciążenia pracą, czasu trwania wizyty w gabinecie i wielu innych. Wrogiem lekarza POZ zawsze będzie zarówno rutyna, jak i brak doświadczenia, niedostatki warsztatowe w badaniu podmiotowym i przedmiotowym, pośpiech, niedopuszczanie do głosu wątpliwości diagnostycznych. Sprzymierzeńcem zaś: nabywane nieustannie doświadczenie, dociekliwość, doskonalenie metodyki badania, ugruntowana wiedza lekarska i nieustanne uczenie się w praktyce. Pewną gorzką prawdę zawiera stwierdzenie *dziecko choruje na to, o czym pomyśli lekarz*.

Wskazanie na **sygnały alarmowe**, które mogą być wykryte podczas badania dziecka chorego, to nic innego jak próba udoskonalenia techniki badania lekarskiego i dochodzenia do najbardziej prawdopodobnej diagnozy. Jest to w pewnym sensie pojęcie jakościowe, bo znajomość tych objawów i praktyczne ich potwierdzanie lub wykluczanie podczas badania lekarskiego podnosi skuteczność diagnostyczną lekarza. Ponadto ogranicza możliwość nieodpowiednich diagnoz i – co również ważne – pozwala nie przeoczyć trudnych przypadków, zaskakujących przebiegów choroby czy stanów zagrożenia.

Wybrano kilka jednostek chorobowych spośród schorzeń układu oddechowego i pokarmowego oraz podejrzenie zakażenia uogólnionego, których przebieg kliniczny, dochodzenie lekarza do ustalenia rozpoznania i zasady terapii w pediatrii są bardzo dobrze znane i określone. Znajomość możliwych w przebiegu tych schorzeń sygnałów alarmowych pozwala nie popełnić błędu lekarskiego.

Objawy alarmowe wskazują na:

- możliwy niestandardowy przebieg schorzenia,
- ewentualne powikłania,
- pułapki diagnostyczno-terapeutyczne,
- konieczność zmiany rozpoznania i zaleceń lekarskich,
- potrzebę korekty postępowania lekarskiego, włącznie ze skierowaniem pacjenta na leczenie szpitalne,
- konieczność zweryfikowania leczenia.

## Infekcje dróg oddechowych u dzieci

Infekcje dróg oddechowych u dzieci to powszechne schorzenia w praktyce lekarskiej. Rozpoznanie i postępowanie terapeutyczne w ogromnej większości przypadków jest znane, nie sprawia większych trud-

ności i opiera się głównie na objawach klinicznych. Dla schorzeń dróg oddechowych można określić co najmniej kilka sygnałów alarmowych. Ich zauważenie powinno być impulsem do zweryfikowania podejścia lekarskiego. Mogą one pełnić rolę znaku ostrzegawczego i są szansą na nieprzeoczenie tych wszystkich rozpoznań, które stanowią odstępstwo od codziennej rutyny w POZ.

### Zapalenie płuc u dzieci

Poniżej wymieniono sygnały alarmowe, tzw. czerwone flagi, wskazujące jednoznacznie, że dziecka nie można leczyć w domu [1].

1. Każde zapalenie płuc u noworodków i niemowląt zarówno o wczesnym, jak i późnym początku (do 3. miesiąca życia). Bardzo ważne są czynniki ze strony matki i samego noworodka zwiększające ryzyko wystąpienia noworodkowego zapalenia płuc. U matki są to: gorączka, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, nieprawidłowy wygląd wód płodowych; u noworodka: niska punktacja w skali Apgar, wcześniactwo, wspomaganą wentylacją, pobyt na oddziale intensywnej terapii, takie schorzenia dodatkowe, jak np. wada serca czy zaburzenia neurologiczne. Ocena stanu ogólnego noworodka i małego niemowlęcia ujawnia szereg objawów mniej lub bardziej specyficznych: gorączka lub zaburzenia termoregulacji, kaszel suchy, sucho-mokry, nieefektywny, głęboki, męczący; spłycenie i przyspieszenie oddychania (tachypnoe > 50 oddechów/min), wyraźna niechęć do jedzenia, męczenie się dziecka przy ssaniu, niepokój lub apatia; zauważalne objawy duszności i niewydolności oddechowej; zmiany osłuchowe i opukowe: trzeszczenia i rżenia drobnobańkowe, stłumienie wypuku lub odgłos bębnowy, brak zmian osłuchowych przy niepokojącym zachowaniu dziecka [2, 3].
2. Zapalenie płuc u wszystkich niemowląt do 6. miesiąca życia.
3. Zapalenia płuc u starszych dzieci, jeśli stan ogólny dziecka budzi uzasadnione wątpliwości, przebieg oceniony jako pogarszający się – średnio ciężki i ciężki; podejrzewana etiologia bakteryjna, stwierdzony brak poprawy lub pogorszenie po 3 dobach leczenia.
4. Zapalenie płuc o ciężkim przebiegu z objawami alarmowymi: duszność – wciąganie międzyżebry, dołków nadobojczykowych, unoszenie przepony, ruchy skrzydełek nosa, stękanie, arytmia oddechowa i bezdechy, tachykardia,

zmiana zachowania dziecka wskazująca na zaburzenia świadomości: osłabienie, apatia, brak powrotu do normalnej aktywności po obniżeniu gorączki, gorsze reakcje na bodźce zewnętrzne, utrata przytomności, drgawki [4].

5. Zapalenie płuc u dziecka, gdy nie ma możliwości leczenia doustnego (wymioty) i odpowiedniej podaży płynów. Objawy alarmowe: powrót kapilarny > 2 s, zmniejszenie diurezy, inne cechy odwodnienia, niekorzystny bilans pokarmowo-płynowy (dziecko nie je, je bardzo mało, nie pije).
6. Objawy alarmowe sepsy lub wstrząsu w przebiegu zapalenia płuc, które można szybko określić: powrót kapilarny > 2 s; tachypnoe: > 60/min u noworodków, > 50/min do 12. miesiąca życia, > 40/min od 2. do 5. roku życia, > 20/min powyżej 5 lat; saturacja < 92%, tachykardia, duszność, zaburzenia oddychania (stękanie, stridor, bezdechy).
7. Wszystkie małe dzieci z pewnym klinicznie lub potwierdzonym na zdjęciu rentgenowskim klatki piersiowej zapaleniem płuc powinny otrzymać antybiotyki. Należy uznać argumenty o częstym występowaniu zakażeń mieszanych oraz to, że nie można w sposób pewny odróżnić zapalenia płuc o etiologii wirusowej od bakteryjnej.
8. Każde podejrzenie zapalenia płuc z wysiękiem w jamie opłucnowej, gdy do typowych objawów osłuchowych i klinicznych zapalenia dołączają takie objawy alarmowe, jak: ból w klatce piersiowej (podrażnienie opłucnej), gorsza tolerancja wysiłku, oszczędzanie połowy klatki piersiowej objętej chorobą, a w badaniu przedmiotowym: duszność, jednostronne osłabienie ruchów klatki piersiowej, stłumienie odgłosu opukowego, osłabienie drżenia piersiowego i szmeru pęcherzykowego aż do zniesienia nad obszarem wysięku [3, 5].
9. Współwystępowanie zapalenia płuc z chorobą przewlekłą (np. wrodzona wada serca, niedobory odporności, mukowiscydoza, przewlekła choroba płuc i wiele innych) [6].
10. Objawy alarmowe u niemowląt i starszych dzieci z zapaleniem płuc w ocenie stanu klinicznego [7, 8]:
  - gorączka > 38,5°C,
  - tachypnoe > 60/min u niemowląt i > 50/min u starszych dzieci,
  - znaczna duszność – poruszanie skrzydełkami nosa, wciąganie międzyzębrzy, stękanie, bezdechy,

- tachykardia,
- zasinienie powłok skórnych, zasinienie wokół ust,
- odwodnienie (skóra, śluzówki, ocena diurezy, ocena podaży płynów i niedoborów),
- brak łaknienia i osłabienie,
- powrót włóścikowy > 2 s.

**Podsumowanie:** Wszystkie wymienione objawy alarmowe mogą być potwierdzone lub wykluczone u każdego pacjenta podczas prawidłowo (uwaga, skrupulatnie) przeprowadzonego badania przedmiotowego poprzedzonego starannie zebraniem wywiadem lekarskim.

#### **Zapalenie oskrzeli z dusznością i świszczący oddech**

W przypadku zapalenia oskrzeli z dusznością i świszczącego oddechu u niemowląt i małych dzieci za objawy alarmowe należy uznać:

- nasilającą się duszność i pogarszający się stan ogólny pacjenta,
- duszność, która nie zmniejsza się wyraźnie po nebulizacji lub aplikacji z inhalatora leku  $\beta_2$ -mimetycznego krótko działającego lub antycholinergicznego i/lub glikokortykosteroidów wziewnych (GKS); włączenie tych leków i brak poprawy po ich prawidłowym zastosowaniu w zasadzie wyczerpuje możliwości leczenia,
- istnienie chorób współistniejących, które wpływają na pogorszenie stanu dziecka (m.in. mukowiscydoza, wady serca, astma oskrzelowa, niedobory odporności, refluks żołądkowo-przełykowy).

#### **Napady bezdechu u niemowląt i małych dzieci**

Napad bezdechu zawsze jest objawem alarmowym, który wiąże się z koniecznością hospitalizacji. Bezdechy u dzieci mogą wynikać z wielu przyczyn (złożona etiologia) i to właśnie powoduje, że wymagają obserwacji szpitalnej oraz odpowiednio dobranych i ukierunkowanych badań diagnostycznych. Pod uwagę należy brać m.in. możliwość zakrzuszenia, choroby infekcyjne dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego, przebyte urazy, schorzenia neurologiczne czy początek zakażenia uogólnionego.

#### **Zapalenie gardła i angina**

Ostre bakteryjne zapalenie gardła i migdałków podniebiennych zwykle nie nastręcza trudności diagnostycznych. Większość pacjentów dobrze reaguje na właściwie dobraną antybiotykoterapię w odpowiedniej dawce przez 10 dni.

Zapalenie gardła i migdałków podniebiennych wywołane przez paciorkowce można dość dobrze zróżnicować co do etiologii przez porównanie z wyglądem gardła i migdałków podniebiennych w zakażeniach wirusowych górnych dróg oddechowych. Bardzo pomocna jest skala Centora i dobrze jest się nią posłużyć. Porządkuje ona objawy przemawiające na rzecz zakażenia bakteryjnego. Uwzględnia i punktuje następujące objawy: gorączka  $> 38^{\circ}\text{C}$ , brak kaszlu, powiększenie węzłów chłonnych szyjnych przednich, nalot włóknikowy i obrzęk migdałków podniebiennych, wiek  $\leq 5$  lat. Standardowo terapia antybiotykiem daje wymierną i zdecydowaną poprawę po 48–72 godzinach leczenia. Ustępują w tym czasie objawy ostre: wysoka gorączka, silny ból gardła, poprawia się, a nawet normalizuje wygląd gardła i migdałków podniebiennych. Nierzadko efekt znacznej poprawy stanu ogólnego dziecka jest spektakularny już po dobie leczenia. Warto pamiętać, że nawet tak prosta choroba może sprawić kłopot diagnostyczny i terapeutyczny i okazać się nie tym schorzeniem, które jest rozpoznawane i leczone [6].

Objawy alarmowe, które pozwalają nie przeoczyć innych jednostek chorobowych, w których angina i zapalenie gardła jest jednym z objawów [8, 9, 10]:

- powiększenie węzłów chłonnych,
- powiększenie wątroby (hepatomegalia),
- powiększenie śledziony (splenomegalia),
- hepatosplenomegalia,
- wysypka o różnej morfologii,
- brak oczekiwanej poprawy po leczeniu prawidłowo dobranym antybiotykiem przez 2–3 doby,
- utrzymywanie się wysokiej gorączki powyżej 3–5 dni i dłużej mimo leczenia,
- pogarszający się lub zły stan pacjenta,
- wciąż tzw. anginowe migdały mimo prawidłowego leczenia antybiotykiem; często zdarza się wtedy, że antybiotyk (uznany za nieskuteczny) jest zamieniany na drugi, a nawet kolejny, zanim zostanie postawiona prawidłowa diagnoza; w zweryfikowaniu rozpoznania bardzo pomocne jest występowanie objawów alarmowych (jednego lub więcej).

Poniżej zestawiono najczęstsze choroby, które należy uwzględnić w diagnostyce różnicowej paciorkowcowego zapalenia gardła i anginy:

- mononukleoza zakaźna,
- choroba Kawasaki,
- zespoły gorączek nawrotowych (*periodic fever with aphthous pharyngitis adenitis* – PFAPA),

- zespół hemofagocytarny,
- ostra białaczka,
- agranulocytoza,
- wysypkowe choroby zakaźne wieku dziecięcego,
- choroby układowe tkanki łącznej.

Warto pamiętać, że wymienione objawy alarmowe mogą być obecne w różnych konfiguracjach i często pojawiają się w kolejnych dniach trwania choroby. Powinny one skłaniać do analizy ustalonego wcześniej rozpoznania i jego weryfikacji lub skierowania pacjenta do szpitala w celu rozszerzenia diagnostyki, postawienia diagnozy i leczenia. Bardzo pomocne dla lekarza lecznictwa otwartego w takich niejednoznacznych przypadkach i przy wątpliwościach jest wykonanie podstawowych badań dodatkowych (morfologia krwi z rozmazem ręcznym, CRP, OB, enzymy wątrobowe) [11, 12].

### Ostra biegunka u dzieci [13, 14]

Każdy lekarz POZ spotyka się na co dzień z przypadkami ostrej biegunki u dzieci. Powszechnie wiadomo, że ostra biegunka ma najczęściej etiologię wirusową, trwa nie dłużej niż 7–10 dni i jest w większości przypadków chorobą samoograniczającą. Nie wymaga leczenia szpitalnego ani diagnostyki laboratoryjnej, jeśli spełniony jest wymóg skutecznego uzupełniania płynów przez podawanie doustnego płynu nawadniającego (DPN), nie ma innych czynników ryzyka, a stopień odwodnienia jest lekki. Szczególnej uwagi wymagają przypadki nieżytów żołądkowo-jelitowych odbiegające od powyższej charakterystyki.

Badając dziecko z ostrą biegunką w POZ, należy zawsze uwzględnić następujące składowe badania podmiotowego i przedmiotowego:

- zebranie danych na temat czasu trwania objawów chorobowych i ich nasilenia: wymioty, liczba stolców oraz ich charakter i objętość, gorączka, diureza, bilans płynów na podstawie danych, ile dziecko ich wypija, a jeśli odmawia ich doustnego przyjmowania, to od kiedy, zaburzenia zachowania,
- ocena ryzyka i stopnia odwodnienia – na podstawie analizy takich objawów klinicznych, jak: ocena stanu ogólnego w odniesieniu do wieku dziecka, analiza pragnienia i przyjmowania płynów i jedzenia, stan skóry (elastyczność, kolor), stan błon śluzowych jamy ustnej, napięcie gałek ocznych, wypełnienie ciemniczek u niemowląt, obecność łez, diureza, ubytek masy ciała.

Dokładne badanie przedmiotowe pozwala określić przybliżony stan odwodnienia. Wyróżniamy

dzieci z ostrą biegunką bez cech odwodnienia do odwodnienia w stopniu lekkim (ubytok masy ciała < 5%): dziecko w dobrym stanie ogólnym, spokojne, w kontakcie, reagujące, dobrze pije, skóra elastyczna, wilgotne śluzówki, napięte gałki oczne, prawidłowe ciemączko, oddaje moc. Takie dziecko może być leczone objawowo w domu.

Dla obu poniżej wymienionych szacunkowych stopni odwodnienia punktem odniesienia jest lista objawów alarmowych ryzyka poważnego odwodnienia i konieczności skierowania dziecka do szpitala:

- odwodnienie umiarkowane (ubytok masy ciała o 5–9%): dziecko niespokojne, pobudzone, podsychnięte śluzówki i „plastelinowa” skóra, fałd skóry ciastowaty lub rozprostowuje się wolniej, zapadnięte gałki oczne, brak łez, pije łapczywie, mniejsza diureza (sucha pielucha przez kilka godzin),
- odwodnienie ciężkie (zmniejszenie masy ciała o > 9%): dziecko apatyczne, podsypiające, trudno nawiązać z nim kontakt, jest nieprzytomne, „leje się” przez ręce, nie pije lub pije bardzo mało, nie je, suche śluzówki, fałd skórny nie rozprostowuje się wcale lub w niewielkim stopniu, zapadnięte i podsychnięte gałki oczne, brak łez przy płaczu, skąpomocz lub bezmocz.

Dokładne badanie przedmiotowe pozwala wykryć także inne objawy alarmowe świadczące o pogorszeniu się stanu dziecka z ostrą biegunką z odwodnieniem, a nawet brać pod uwagę uogólnianie się procesu chorobowego:

- wykładniki wstrząsu,
- domieszka krwi, ropy, śluzu w kale,
- wydłużony czas powrotu włósczkowego > 2 s,
- zapadnięte ciemączko przednie u niemowląt.

Warto pamiętać, że im więcej objawów alarmowych udaje się zauważyć u pacjenta, tym mają one większą wartość w rozpoznawaniu odwodnienia i ocenie ciężkości stanu ogólnego.

### **Podejrzenie zakażenia uogólnionego [8, 15, 16]**

Jak nie przeoczyć rozwijania się zakażenia uogólnionego u dzieci? Co można zrobić, żeby powstrzymać kaskadę niekorzystnych zdarzeń? Zdecydowanie pomocne jest wyczulenie na konkretne objawy uznawane za sygnały alarmowe możliwego rozwoju zakażenia uogólnionego. Dobrą zasadą (swoistą normą) w przypadku poważnie chorego dziecka powinno być takie przeprowadzenie badania, żeby możliwe było wykluczenie lub potwierdzenie tych objawów. Wiele objawów chorób inwazyjnych,

posocznicy czy neuroinfekcji to objawy wspólne i w części nieswoiste, szczególnie u najmłodszych dzieci. Prawidłowy wynik badania przedmiotowego przemawia przeciwko sepsie, zwłaszcza jeśli taki stan utrzymuje się przez kolejne dni, mimo innych objawów ostrego zakażenia (np. wysokiej gorączki przez kilka dni przy dobrym stanie ogólnym lub z niewielkimi odchyleniami od stanu prawidłowego). Objawy sepsy w okresie wczesnoniemowlęcym to długa lista mniej lub bardziej swoistych sygnałów alarmowych. Jeśli lekarz wyrobi sobie nawyk sprawdzania ich obecności, to pozwoli mu uniknąć błędów w ocenie badanego pacjenta.

Badanie przedmiotowe musi być kompletne, a ocenę podlegają:

- stan ogólny dziecka – jego pogarszanie się, apatia lub pobudzenie, ograniczona aktywność, drażliwość, przeculica, zmiana zachowania na inne niż dziecka zdrowego; dziecko sprawia wrażenie chorego, budzi niepokój,
- zaburzenia termoregulacji – wysoka gorączka, krótkotrwałe jej obniżanie się po lekach przeciwgorączkowych i szybkie zwwyżki > 39–40°C, gorączka typu „zęby piły”, centralizacja krążenia i narastające dreszcze przy skoku temperatury (chłodne kończyny górne i dolne, rozpalony tułów); szczególną czujność należy wykazać wobec noworodków i niemowląt do 3. miesiąca życia, u których można stwierdzić hipotermię (równie ważny sygnał alarmowy jak wysoka gorączka),
- skóra – bladość, kolor marmurkowy, sinica, wysypka o charakterze krwotocznym (wybroczyny, podbiegnięcia krwawe – mogą to być nawet pojedyncze zmiany, dyskretne i ograniczone lub gwałtownie pojawiające się w krótkim czasie), zażółcenie powłok skórnych i białkówek, szczególnie u najmłodszych dzieci; jakiegokolwiek zmiany ropne (mogą to być wrota zakażenia uogólnionego),
- drżenia mięśniowe lub drgawki,
- tętniące lub nadmiernie wypełnione ciemączko u niemowląt lub stwierdzane objawy oponowe u dzieci starszych (także wymioty, silne bóle głowy),
- zaburzenia napięcia mięśniowego i odruchów: podwyższenie i/lub odruchy wygórowane albo osłabienie i/lub odruchy zniesione,
- układ krążeniowo-oddechowy: tachypnoe, duszność, bezdech, stękanie, oddech sploty, tachykardia lub bradykardia (ważna znajomość częstości akcji serca w normie i poza normą – zależnie od grupy wiekowej!), zaburzenia rytmu,

- układ pokarmowy: ulewianie, wymioty, osłabione łaknienie aż do odmowy przyjmowania jedzenia i płynów (ważna jest kalkulacja ryzyka i stopnia odwodnienia oraz przybliżona ocena bilansu dobowego płynów: podaż – zapotrzebowanie, straty – szacunkowy niedobór); bóle brzucha, wzdęcia, hepatomegalia i/lub splenomegalia,
- zmniejszenie diurezy.

Należy pamiętać, że przedstawione objawy alarmowe (pojedyncze, kilka z nich lub dołączające się kolejne) stanowią absolutną granicę możliwości pomocy przez lekarza lecznictwa otwartego. Sytuacje takie wymagają natychmiastowej decyzji o hospitalizacji, nawet z osobistym wezwaniem przez lekarza karetki R do pacjenta.

### **Trudności komunikacyjne w relacji lekarz POZ – pacjent, lekarz – rodzice/opiekunowie dziecka chorego, gdy narastają objawy chorobowe**

**Sytuacja 1.** Dziecko choruje kilka dni, było badane przez lekarza, ustalono rozpoznanie, zalecenia lekarskie są realizowane – brak poprawy w ocenie rodziców.

**Rada** – ponowne zbadanie dziecka, dokładne wypytanie rodziców o to, co ich niepokoi, zrozumiały komentarz lekarski odnośnie do tych obaw, utrzymanie lub zmiana zaleceń lekarskich z wyjaśnieniem.

**Sytuacja 2.** Dziecko ma objawy ostrej choroby, które według rodziców narastają w kolejnych godzinach lub dniach, w porównaniu ze stanem ocenianym przez lekarza.

**Rada** – dokładne wypytanie o konkretne objawy, które niepokoją rodziców. Wyjaśnienie, z czego wynikają i które są rzeczywiście ważne w ocenie stanu małego pacjenta i przebiegu choroby. Ustalenie potrzeby ponownej oceny lekarskiej (niezwłocznie lub po umówieniu). Zrewidowanie diagnozy, terapii i innych zaleceń lekarskich.

**Sytuacja 3.** Dziecko badane ponownie (drugi lub nawet trzeci raz) przez lekarza w krótkim odstępie czasu od poprzedniej wizyty (rodzice są bardzo zaniepokojeni).

**Rada** – dokładny wywiad z rodzicami. Uważne przeanalizowanie przebiegu choroby. Wykluczenie lub potwierdzenie objawów alarmowych w badaniu przedmiotowym i przystępne wyjaśnienie rodzicom oceny sytuacji.

**Sytuacja 4.** Lekarz badający dziecko stwierdza pogorszenie i decyduje o konieczności hospitalizacji w trybie pilnym (wypisuje skierowanie do szpitala).

**Rada** – konieczna jest szczerza rozmowa i przekonanie rodziców, że hospitalizacja jest potrzebna. Trzeba wyjaśnić, dlaczego leczenie pozaszpitalne nie może być kontynuowane. Należy wysłuchać obaw rodziców i pomóc im oswoić lęk poprzez racjonalne wytłumaczenie, jaki jest stan dziecka, co wskazuje na postęp choroby mimo leczenia, co gwarantuje szpital (diagnostyka, nadzór całodobowy, leczenie parenteralne).

**Sytuacja 5.** Lekarz decyduje o skierowaniu małego pacjenta do szpitala, ale informuje rodziców, że robi to na ich wyraźną prośbę.

**Rada** – nieprofesjonalna postawa lekarza wobec rodziców. Nawet jeśli lekarz tak myśli i nie podziela ich obaw, to nie powinien tego oceniać. Trzeba pamiętać, że jeśli rodzice nie radzą sobie z lękiem i obawami w opiece nad chorym dzieckiem, to właściwe i w interesie pacjenta jest skierowanie go do szpitala.

**Sytuacja 6.** Zaniepokojeni stanem dziecka rodzice słyszą, że teraz bardzo dużo dzieci tak ostro choruje i że to jest normalne w tym okresie.

**Rada** – należy koniecznie dokładnie wysłuchać obaw rodziców i je przeanalizować. Nie powinno się od razu uznawać ich za przesadzone. Tłumaczenie, że inne dzieci też tak chorują, jest niewłaściwe i może skutkować popełnieniem błędu lekarskiego. Trzeba się strzec zachowań zrutynizowanych i wychodzić poza nie.

Tym, co łączy przedstawione sytuacje, jest zawsze obecny i narastający niepokój rodziców o dziecko. Jest to zupełnie zrozumiałe i od umiejętności komunikacyjnych lekarza zależy, czy uda się racjonalizacja tych lęków. Kluczem jest rozmowa, a to oznacza udział dwóch stron. Odejdźcie od, niestety, dość powszechnej formuły monologu lekarza, który wręcza recepty i kartkę z dawkowaniem, wydaje się istotnym krokiem w kierunku budowania lepszych relacji. Rodzice mają prawo niepokoić się, nie rozumieć, co się dzieje z dzieckiem, nie wiedzieć, co powinni obserwować i jakie są sygnały alarmowe poważnych chorób.

Zadaniem lekarza jest wyjaśnienie rozpoznania, oczekiwanego przebiegu choroby i spodziewanej (w jakim czasie?) pozytywnej reakcji na leczenie. Zalecenia muszą być przekazane w formie ustnej oraz pisemnej, a język przekazu powinien być zrozumiały dla rodziców. Należy się upewnić, że zalecenia będą właściwie realizowane. Ważne jest, żeby w konkretnej sytuacji chorobowej dziecka wskazać rodzicom:

- jakie są ich obowiązki w wypełnianiu tych zaleceń i dlaczego to jest ważne,

- jakie objawy są alarmujące,
- co powinni uważnie obserwować i odnotować,
- kiedy należy poinformować lekarza,
- w jakich okolicznościach należy zgłosić się do szpitala.

Zasady pokonywania trudności komunikacyjnych można zawrzeć w kilku punktach:

1. Rozmawiać z intencją zrozumienia.
2. Uważnie słuchać.
3. Nie zostawiać żadnych wątpliwości rodziców bez odpowiedzi.
4. Umieć przekonać pacjenta, że jest się zawsze po jego stronie i działa się dla jego dobra, tak jak jego rodzice.

#### Piśmiennictwo

1. Doniec Z, Radwańska M. Zapalenia płuc u dzieci. *Pediatra po Dyplomie* 2014; 18: 15-21.
2. Krawiec M. Zakażenia układu oddechowego. W: *Pediatra. Kawalec W, Grenda R, Ziółkowska H (red.). PZWL, Warszawa 2013; 301-308.*
3. Kulus M, Krenke K. Zapalenie płuc i opłucnej. W: *Pediatra. Dobrzańska A, Ryżko J (red.). Wyd. II. Elsevier, Wrocław 2014.*
4. Bradley JS, Byington CL, Shah S i wsp. Postępowanie w pozaszpitalnym zapaleniu płuc u dzieci po 3. miesiącu życia – cz. 1, 2, 3. Aktualne (2011) wytyczne Pediatric Infectious Diseases Society oraz Infectious Diseases Society of America. Wersja skrócona (oprac. Rywczak I, Mrukowicz J). *Medycyna Praktyczna – Pediatra*, wydanie specjalne 3/2013; 27-48.
5. Pacek Z, Kwinta P. Zapalenie oskrzelików – czy pediatra jest nadal bezradny? *Pediatra po Dyplomie* 2016; 20: 30-37.
6. Hryniewicz W, Albrecht P, Radzikowski A. Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego. *Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2016; 141-160.*
7. Krajnik-Gwóźć A. Dziecko z drgawkami w izbie przyjęć. *Pediatra po Dyplomie* 2010; 14: 104-108.
8. Rawicz M. Dziecko we wstrząsie w izbie przyjęć. *Pediatra po Dyplomie* 2014; 18: 53-61.
9. Szczepańska-Putz M. Wysypki w przebiegu chorób zakaźnych. W: *Pediatra. PZWL, Warszawa 2013; 962-967.*
10. Wolska-Kuśnierz B, Mikołuc B, Pietrucha B. Proponowany standard postępowania diagnostycznego przy podejrzeniu zespołu gorączek nawrotowych. *Standardy Medyczne* 2009; 2: 211-220.
11. Wieteska-Klimczak A, Gietka P, Książek J. Trudności w rozpoznawaniu chorób u dzieci manifestujących się wstępnie gorączką niejasnego pochodzenia. *Standardy Medyczne* 2010; 7: 667-678.
12. Musiej-Nowakowska E, Woźniak J. Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów o początku uogólnionym – przebieg choroby. *Reumatologia* 2008; 46: 313-320.
13. Sawiec P, Szajewska H, Szymański H. Postępowanie w ostrej bieguncie u dzieci. *Medycyna Praktyczna. Pediatra* 2014; 4: 33-49.
14. Ryżko J. Biegunka ostra. W: *Pediatra. Kawalec W, Grenda R, Ziółkowska H (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013; 476-478.*
15. Szenborn L. Rozpoznawanie i wczesne leczenie inwazyjnej choroby meningokokowej (ICHM) u dzieci – zalecenia dla lekarzy pierwszego kontaktu. *Medycyna po Dyplomie* 2009, supl. 01/09: s4-7.
16. Skoczyńska A, Kuch I, Waśko A. Inwazyjna choroba meningokokowa u chorych poniżej 20. roku życia w Polsce w latach 2009–2011. *Pediatra Polska* 2012; 87: 438-443.

#### Adres do korespondencji:

dr n. med. Ewa Drabik-Danis  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich  
ul. Syrokomli 1  
51-141 Wrocław  
tel.: 693 060 800  
e-mail: edede@vp.pl