

NIEMOWLĘ 2019

Marek Pleskot



© Marek Pleskot 2019

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

Na okładce: Jaś Wójcik, zdjęcie wykonali rodzice

ISBN 978-83-938919-6-2

Dołożono wszelkich starań, aby informacje zawarte w książce były zgodne z aktualnym stanem wiedzy. Książka ta nie może jednak zastąpić konsultacji medycznej. Autor ani wydawca nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za utratę zdrowia czy inne komplikacje, bezpośrednie lub pośrednie, wynikłe ze stosowania zaleceń umieszczonych w tej publikacji.

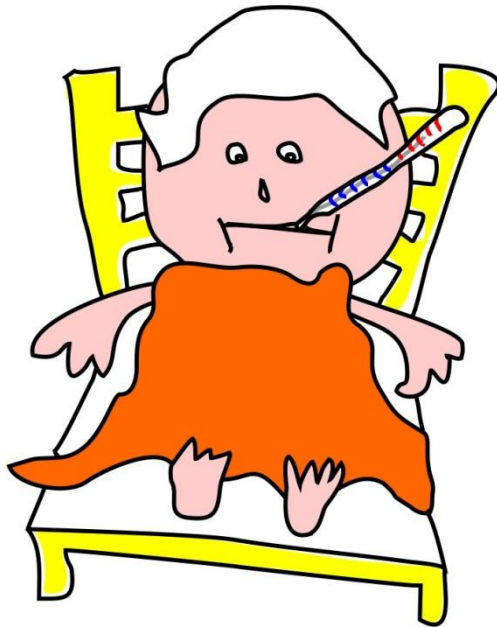
MAREK PLESKOT



Autor poradnika jest pediatrą od 35 lat.

Przez 14 lat uczył studentów oraz specjalizujących się lekarzy w Warszawskiej Akademii Medycznej, od 25 lat prowadzi gabinet pediatryczny w Podkowie Leśnej. Wie, czego potrzebują dzieci, ale wie także, z czym sobie często nie radzą rodzice i czego zwykle nie zdążą wytłumaczyć lekarze.

CHOROBY



W rozdziale:

Dziecko płacze.....	6
Choroba przeziębieniowa niemowląt.....	13
Gorączka	20
Drgawki gorączkowe.....	25
Kolka	26
Alergia.....	36
Atopowe zapalenie skóry (AZS).....	42
Skórna uroda czy choroba?	54
Problemy z urodą, czyli choroby skóry niemowląt..	69
Oczne kłopoty.....	77
Cierpiąca buzia.....	89
Brzuszek i jego dolegliwości.....	97
Intymne problemy dziewczynek i chłopczyków.....	128

Dziecko płacze

Napady płaczu bez konkretnego powodu, trwające do godziny, zdarzają się prawie każdemu niemowlakowi. Płacz jest dla niemowlęcia narzędziem komunikacji, toteż niepokój pediatry budziłoby raczej dziecko, które nie płacze. No, bo jak ma powiedzieć? Trudno, noworodek też człowiek i ma swoje potrzeby i zachciewajki, a daje o nich znać – płacząc. Badania wskazują, że szczyt płaczu przypada na okres między 4 a 12 tygodniem życia. Prawdopodobnie jest to związane z dojrzewaniem mózgu do nowych okoliczności. Dzieci płaczą częściej po południu, gdy mózg jest przeładowany bodźcami i przeżyciami. Maleńki człowiek uczy się sygnałów, które do niego docierają i które wysyła jego ciało. Gdy jest zmęczony – będzie płakać, bo nie wie, co się z nim dzieje i czego pragnie.

Płacz dziecka najczęściej kojarzy się rodzicom z głodem i bólem, co nie zawsze jest prawdą, ale może być. To, że dziecko przed godziną zakończyło posiłek, wcale nie znaczy, że nie chce znów jeść.

Najmłodszych najczęściej boli brzuch – z powodu kolki jelitowej. Dzieci płaczące ponad miarę, czyli dłużej niż trzy godziny dziennie, mogą

mieć kolkę jelitową, ale też mogą być po prostu „wrażliwcami”. Jeśli tak długotrwałe napady płaczu rozpoczynają się i kończą bez uchwytnej przyczyny i są częściej niż trzy dni w tygodniu, to zwykle chodzi o kolkę. W ocenie problemu pomocne bywa zapisywanie godzin płaczu z zaznaczeniem sytuacji poprzedzających jego wystąpienie.

Brzuch boli maleństwo w przebiegu każdej infekcji, a może nią być łagodny nieżyt żołądka. Również łagodne zapalenie gardła, gdy niemowlę jak choruje, to w całości – od stóp po czubek głowy. Nie możemy zapominać, że kolonizacja przez zarazki zaczyna się od porodu. Wcześniej zarazków było zero, a z czasem jest 100 bilionów. Taka jest przyroda i tak być musi, ale ważne, aby zarazki zbyt szybko i w zbyt dużej ilości nie wchodziły, bo będzie bolało.

U starszych niemowląt mogą boleć wychodzące zęby. Pierwszym objawem są obfite ślinienie i rozpulchnione dziąsła; maluch chętnie wszystko gryzie, ale nie chce jeść i jest rozdrażniony, przede wszystkim zaś – płaczliwy i marudny. Ból może pojawić się wiele tygodni wcześniej, zanim mleczak przebije powierzchnię dziąsła, na szczęście nie jest tak silny, jak ból powodowany kolką jelitową.

Wszelkiego rodzaju inne dyskomforty również zostaną wykrzywane swoistym „protest songiem”. Na przykład – mokra pielucha. Malec głośnym krzykiem może wyrażać prośbę o jej wymianę na czystą. Również potrafi zaprotestować przeciw niewygodzie podczas leżenia. Brak możliwości zmiany pozycji jest bardzo uciążliwy, wie to każdy dorosły, który tego doświadczył. Małe niemowlę jest w podobnej sytuacji.

Młode mamy często przegrzewają swoje pociechy. Bywa, że w mieszkaniach jest gorąco, a dziecko poci się, gdy jest w dwóch koszulkach i śpioszkach. Gdy jest mu zbyt ciepło, zaczyna płakać i robi mu się jeszcze cieplej.

Maleństwo może protestować również z potrzeby miłości. Niemowlak potrzebuje kontaktu, przytulania, kołysania, a szczególnie zależy mu na bliskości mamy. Jej ciepło, zapach, dotyk i głos dają mu poczucie bezpieczeństwa. Dlatego niemowlęta bardzo często krzyczą tuż po przebudzeniu, jeśli nikogo bliskiego nie zobaczą.

Rodzice, widząc, jak dziecko w pierwszych miesiącach pozwala się nosić obcym, a nawet odwzajemnia uśmiech, sądzą, że maleństwo niczego się nie boi. Ale to nieprawda. **Niepokój dziecka jest znacznie większy, niż dorostłym się wydaje i może przemieniać się w paniczny strach.**

W drugim półroczu dziecko boi się i płacze, gdy ktoś obcy dla niego próbuje wziąć je na ręce. Takie zachowanie jest objawem tzw. lęku przed rozłąką. To naturalny etap rozwoju emocjonalnego, dziecko uczy się wtedy odróżniać obcych od swoich. Niemowlak najlepiej czuje się z rodzicami, niepotrzebne mu spotkania towarzyskie w licznych gronie. Będzie mu znacznie lepiej we właściwej domowej atmosferze, ze spokojnymi rodzicami. **Dzieci niespokojnych rodziców i babć płaczą znacznie częściej.**

Niemowlę może wystraszyć nadmiar światła czy dźwięków, a nawet zapach. Niemowlęta mają wyjątkowo wrażliwy węch; w ten

sposób rozpoznają osoby oraz pomieszczenia. Nowy intensywny zapach może im w tym przeszkadzać i stać się przyczyną płaczu.

Dziecko może się wystraszyć nie tylko na jawie, lecz także w czasie snu. Zaczyna w nocy szlochać i nie potrafi się wybudzić albo odwrotnie – budzi się z głośnym krzykiem. Pewnie śniło mu się coś złego. Dziecko zaraz po obudzeniu często ma problemy z odróżnieniem snu od jawy, dlatego może płakać nawet kilkanaście minut. Należy zachować stoicki spokój.

Niezależnie od przyczyny płaczu, staramy się maleństwo uspokoić. Pierwszym odruchem jest przytulenie dziecka do piersi, najlepiej natychmiast – może to być męczące, ale obserwacje wskazują, że **dzieci matek, które szybciej reagowały na ich płacz, później, w drugim i trzecim roku życia, płaczą mniej.** „Przetrzymanie i przeczekanie” jest przesądem zaburzającym rozwój więzi dziecka z rodzicami.

Wziąć dziecko na ręce – to może być za mało, zwykle trzeba z nim jeszcze chodzić. Niektóre niemowlęta lubią ciasne zawinięcie w kocyk (słodka ciasnota płodowa), inne dobrze reagują na ciepłą kąpiel lub spacer na świeżym powietrzu. Dobrze, jeśli na spacer z płaczącym dzieckiem wyjdą ojciec lub dziadkowie. Mamie przyda się chwila przerwy w jej nieustającym dyżurze.

W wyjątkowych sytuacjach, jeśli dziecko skończyło miesiąc, można mu dać smoczek (wcześniej smoczek mógł mieć negatywny wpływ na ssanie piersi). Smoczek powinien być ortodontyczny, co znaczy, że nie doprowadzi do wady zgryzu. Nie wolno go przyczepiać dziecku tasiemką czy łańcuszkiem, które mogłyby zawinąć się wokół szyi. I nie należy go oblizywać. Przede wszystkim jednak trzeba pamiętać, że smoczek nie zastąpi rodziców.

Jeśli płacz spowodowany jest trudnościami w oddaniu gazów i stolca, skuteczne bywa ułożenie dziecka na brzuszku, na kolanach rodzica lub na ramieniu, tak aby brzuszek był uciśnięty. Można też naprzemiennie zginać kolanka dziecka i przyciskać mu do brzuszka na 10 sekund, potem powoli puścić i wyprostować; powtarzamy to kilkakrotnie.

Przyczyn płaczu jest wiele i niełatwo je rozpoznać. Najważniejsze, czy płacz może zostać ukojony przytulaniem lub karmieniem. Jeśli tak, to ból nie jest zwykle jego przyczyną. Jeśli nawet nieco boli, nie jest to dolegliwość niepokojąca, gdy nie towarzyszą jej inne podejrzane objawy. Dodatkowe objawy bądź zachowanie dziecka są bardzo ważne; pora dnia oraz okoliczności, w jakich zaczyna płakać. Charakter płaczu też jest istotny. Warto się wsłuchać, może łatwiej dziecko zrozumiemy.

Płacz o bardzo wysokiej tonacji, krótkie, głośne i przenikliwe zawrodożenie przerywane bezdechem może być płaczem z bólu. Szczególnie, jeśli przy takim płaczu maluch ma podkurczone nóżki i rączki, a na buzi widać cierpienie.

Płacz, który jest krótki, zrywany i na niższych tonach niż ten z bólu może oznaczać, że dziecko jest głodne. Głodne nie tylko płacze, ale także wkłada piąstkę do ust lub zaczyna mlaskać, jakby już ssało. Jeśli jeszcze do tego obraca głową i otwiera buzię, to nie ma wątpliwości, że szuka butelki lub piersi. Kiedy mama przykłada dziecko do piersi, a ono zaczyna ssać, to znaczy, że faktycznie płacz wywołany był potrzebą zaspokojenia głodu.

Łagodny płacz, kwilenie przechodzące stopniowo w głośny i rozpaczliwy krzyk, z czasem zmienia się w cichnące szlochanie i dziecko zasypia. Taka muzyka, szczególnie wieczorem, wskazuje na zmęczenie dziecka i prośbę, aby wyłączyć telewizor, opuścić rozbawione towarzystwo czy zmniejszyć oświetlenie.

Jeśli do krótkiego, przerywanego kwilenia dochodzi kręcenie główką i rozglądanie się, to z pewnością dziecko daje znać, że mu się nudzi. Łatwo to sprawdzić, wystarczy się odezwać, a płacz ustaje. Maluch, który się nudzi, ma otwarte oczy i szuka czegoś, na czym mógłby zawiesić wzrok, wstuchuje się także w dźwięki, które do niego dobiegają.

Dziecko może płakać, gdy coś mu przeszkadza, na przykład banalne metki w ciuszkach. Kiedy malcowi jest niewygodnie, czuje

dyskomfort, płacze co prawda mniej przenikliwie niż podczas bólu, ale równie głośno i żałośnie. Najczęściej ustaje, kiedy bierze się go na ręce. Można spróbować pomasować brzuszek, pozginać delikatnie nóżki. Jeśli widzicie, że się odpręża, to nie ma powodu do zmartwień.

Po dniu z nadmiarem wrażeń, czasami już nawet po południu, dziecko robi się marudne, jego płacz jest przerywany, powracający. Noszenie na rękach, uspokajanie pomaga jedynie na chwilę.

Kiedy malec marudzi, a jego buzia jest rozluźniona, nieco się krzywi, ale też odpręża, to znaczy, że odreagowuje emocje z całego dnia. Trzeba cierpliwości i spokoju, by pozwolić dziecku wyzalić się na nadmiar wrażeń.

Kiedy do lekarza?

Jeśli napadom płaczu towarzyszą inne niepokojące objawy (wymioty, biegunka, przewlekły brak apetytu) lub jeśli płacz znacznie się nasila, albo pojawił się nagle u spokojnego dotąd dziecka.

Choroba przeziębieniowa niemowląt

Dzieci najczęściej chorują na stany zapalne nosa i gardła, najczęściej (w 80%) wywołane przez wirusy. Zarazki zwykle przynoszą do domu ojcowie, z pracy, albo starsze rodzeństwo – z przedszkola. Ojcowie do pracy chodzić muszą i można im tylko przypomnieć, żeby uważali na siebie – często myli ręce i unikali bliskich kontaktów z kichającymi kolegami.

Poważnie jednak należy rozważyć, czy posyłać do przedszkola rodzeństwo niemowlęcia, dopóki maleństwo nie skończy czterech miesięcy. Przedszkolaki przeziębiamy się bez przerwy; chorują na łagodne zakażenia górnych dróg oddechowych i w ten sposób nabywają odporności. Zараżają się od siebie nawzajem – wirusy mogą być wydzielane z dróg oddechowych chorego nawet przez trzy tygodnie.

Dziecka w pierwszych miesiącach życia lepiej jednak nie zarazić, ze względu na zbyt duże ryzyko rozprzestrzeniania się choroby do oskrzeli, płuc, czy też uszu. **Szczególnie niebezpieczny jest drugi–trzeci miesiąc życia dziecka.** Ten okres nazywamy „dołkiem odpornościowym” – zanikają przeciwciała z okresu życia płodowego, a własne są wytwarzane w śladowych ilościach. Często rodzice błędnie sądzą, że katar jest taką samą łagodną chorobą dla małego dziecka, jak dla dorosłego. Tymczasem to, co

jest banalną dolegliwością u dorosłego albo u starszego dziecka, może być poważne dla młodszego brata czy siostry.

Jeśli w domu pojawi się choroba, wskazane jest zachowanie odpowiedniego reżimu sanitarnego. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową oraz przez styczność z wydzieliną nosa i gardła osoby chorej, a także przez zakażone przedmioty. Tak więc przeziębione rodzeństwo lub ojciec nie powinni przebywać w jednym pokoju z niemowlęciem i jego matką. Chorych należy izolować przez cały czas choroby i jeszcze trzy dni po ustąpieniu gorączki, kataru i męczącego kaszlu. Warto rozważyć wyślanie chorego do rodziny, gdzie nie mieszkają niemowlęta.

Przeziębiony podczas kaszlu i kichania powinien zasłaniać usta jednorazową chusteczką, a następnie wyrzucić ją do kosza i dokładnie umyć ręce (w razie braku chusteczki zaleca się zasłanianie ust przedramieniem, a nie dłonią); po oczyszczeniu nosa też trzeba wyrzucić chusteczkę do kosza i dokładnie umyć ręce; unikać kontaktu twarzą w twarz z innymi osobami; unikać dotykania niemytymi rękami ust, nosa i oczu; często dokładnie wietrzyć pomieszczenia. Warto pamiętać, że w około 70% przypadków do zakażenia dochodzi w następstwie bliskiego kontaktu twarzy z twarzą, a w 25% przez ręce.

Jeśli przeziębione, a może nawet zagrypięte, jest rodzeństwo – osoby pielęgnujące chorego muszą zachować szczególną ostrożność. Niezbędne jest bardzo częste mycie rąk: po każdym kontakcie z chorym, skorzystaniu z toalety, przed jedzeniem lub dotykiem ust i nosa. Ręce należy myć wodą z mydłem przez 20 sekund, a następnie osuszyć ręcznikiem jednorazowym. Środek odkażający na bazie alkoholu

powinno się wcierać w dłonie, aż wyschnie. Przestrzeganie zasad higieny rąk także przez chorego zmniejsza ryzyko przeniesienia wirusa na inne osoby z otoczenia (np. w wyniku skażenia zanieczyszczonymi rękami klamek i innych przedmiotów).

Zalecane jest noszenie maseczki na twarz (np. chirurgicznej, dentystrycznej) zarówno przez chorego, jak i współmieszkańców. **Noszenie w domu maseczki i przestrzeganie ścisłej higieny rąk może zmniejszyć ryzyko zakażenia i zachorowania innych domowników nawet o ponad 50%.** Maseczki należy często (po każdym kontakcie z chorym) zmieniać na nowe, a zużyte wyrzucać do kosza.

Jeśli się zdarzy, że przeziębii się matka karmiąca, to powinna również przebywać w innym pomieszczeniu niż niemowlę. **Zabiegi pielęgnacyjne przy dziecku powinna wykonywać osoba zdrowa,** a matka – dochodzić tylko na karmienie, w maseczce na twarzy (należy zakładać świeżą maseczkę na każde karmienie). Oczywiście, wcześniej matka musi bardzo dokładnie umyć ręce.

Jeżeli zachoruje małe dziecko – rodzice często błędnie uważają, że skoro doszło już do zachorowania niemowlęcia, to kontakt z innymi chorymi jest bez znaczenia. Tymczasem choroba przeziębieniowa to nie jest jeden i ten sam zarazek, tylko ponad 200 różnych wirusów. Kiedy dziecko walczy z tymi, które go zaatakowały, dodatkowe zarazki ułatwią rozwinięcie się choroby i powikłań. Spartanie pod Termopilami też dzielnie się bronili, gdy nowe zastępy nieprzyjaciół atakowały, ale do czasu.

Pierwsze objawy choroby przeziębieniowej pojawiają się w postaci wirusowego zapalenia gardła i nosa do sześciu dni od zakażenia. Gardło i nos są pierwszą linią obrony organizmu, chroniącą przed zapaleniami w uszach, oskrzelach i płucach. Nos jest integralnie połączony z gardłem, pełni ważną funkcję filtra chroniącego przed zarazkami. Niedrożność może być spowodowana zarówno przez śluz, jak i przez obrzęk śluzówki. Nawet niewielki obrzęk jest proporcjonalnie duży dla małego noska i może utrudnić oddychanie i jedzenie. Wymuszone oddychanie przez otwarte usta wysusza i osłabia z kolei śluzówkę gardła. Zwalczanie zakażenia dróg oddechowych w dużym stopniu zależy zatem od przywrócenia drożności nosa.

Nasze postępowanie powinno być adekwatne do problemu, czyli robimy tylko to, co jest w danym okresie choroby konieczne. W pierwszych dniach zakażenia górnych dróg oddechowych, szczególnie przebiegającego z katarem i bez gorączki, wskazane jest „leczenie domowe”. Nie ma bowiem leków przeciwwirusowych, które moglibyśmy zastosować w tego typu przypadkach, szczególnie u niemowląt. Pozostają jedynie środki, które mogą zmniejszać objawy choroby. I nie są to syropy, gdyż skuteczność wielu z nich nie jest naukowo potwierdzona, a zawierają cukier oraz barwniki i dodatki smakowe, które mogą być dla niemowlęcia szkodliwe. **Należy stale pamiętać, że leki stosuje się tylko wtedy, gdy korzyści z ich użycia przewyższają efekty uboczne. Już chyba wszystkim rodzicom wiadomo, że na wirusy nie działa żaden antybiotyk.**

Podstawą leczenia jest zdrowy klimat – gdy dziecko jest przeziębione, rodzice często zwiększają temperaturę w pomieszczeniach i w konsekwencji jeszcze bardziej utrudniają mu oddychanie. W dzień temperatura powinna wynosić około 20°C, w nocy powinna być obniżona do 17–18°C. Wilgotność powietrza należy utrzymać na poziomie mniej więcej 50%. Zbyt ciepłe i suche powietrze może spowodować sапkę nawet u zdrowego niemowlęcia.

Usuwanie śluzu z nosa ma istotne znaczenie – śluz utrudnia oddychanie, a poza tym jest siedliskiem zarazków. Niemowlę z chusteczki nie skorzysta, ale potrafi śluz wydmuchać. Najlepiej, gdy leży na brzuszku. Wysiętek fizyczny związany z dźwiganiem głowy wymusza głębokie oddychanie i sprzyja oczyszczaniu nie tylko nosa, lecz także oskrzeli. Na brzuszku układamy niemowlę do ćwiczeń oddechowych w dzień, ale nie robimy tego do spania w nocy.

Jeśli pomimo starań rodziców i wysięków dziecka śluz nadal zalega, to możemy spróbować go wyplukać. W tym celu do noska można wpuścić 1–2 krople soli fizjologicznej. Przedtem warto ampułkę ogrzać w dłoni, żeby płyn nie był zimny. Podanie soli fizjologicznej lub odpowiedniego dla wieku wodnego aerosolu może spowodować wykichanie śluzu z noska. Stosując aerosole wodne, należy upewnić się, że z pojemnika wylatują w postaci mgiełki, a nie strumienia, który dodatkowo mógłby podrażnić śluzówkę. Gdy mimo wszystko śluz nadal zalega, to trzeba go odessać. Stosujemy do tego odsysacze, które można dokładnie wyczyścić

i zdezynfekować. Nigdy **nie należy używać (jak przed laty) gruszek jednocześnie z końcówką wkładaną do nosa**. W taki sposób najłatwiej doprowadzić do przewlekłych ropnych katarów i zapalenia zatok.

Czasami rodzice informują lekarza, że śluz jest za głęboko i nie mogą go odciągnąć. W takich sytuacjach problem dotyczy zwykle zablokowania nosa przez obrzękniętą śluzówkę. Obrzęk często ustępuje, gdy dziecko oddycha chłodniejszym powietrzem, na przykład podczas spacerów.

Przeziębienie niemowlęcia nie oznacza zakazu wychodzenia na spacer, nawet w chłodnej porze roku. Spacerowanie jest przeciwwskazane, jeśli dziecko nie może oddychać noskiem, a temperatura spada poniżej 5°C.

Objawy wirusowego zakażenia u dzieci zaczynają ustępować samoistnie pod koniec tygodnia i u większości chorych znikają po około 10 dniach. Trwają dłużej niż u dorosłych, często nie tydzień, a dwa. Przebyte choroby powodują osłabienie i ułatwiają ponowne infekcje, nawet w trakcie już istniejącej. Jeśli tak się stanie, znacznie wzrasta ryzyko powikłań. Im młodsze dziecko, tym ryzyko większe.

Chorującemu niemowlęciu należy bacznie się przyglądać. Choroba zmienną jest i nie zawsze „idzie” w dobrą stronę. Jeżeli u dziecka przeziębionego pojawi się gorączka, należy pilnie zgłosić się z nim do lekarza.

Jeżeli do tego wystąpią:

- nasilający się kaszel,
- wymioty,
- duszność, częstotliwość oddechów (u dziecka spokojnego, w czasie godzinnej obserwacji) powyżej 60/minutę,
- wiotkość i narastające trudności w podnoszeniu głowy podczas leżenia na brzuchu,

natychmiast wieziemy dziecko do szpitala lub wzywamy pogotowie (telefon 999).

Gorączka

Wiele chorób wieku dziecięcego, nawet stosunkowo łagodnych, przebiega z wysoką temperaturą. Należy podkreślić, że gorączka nie jest chorobą, tylko jej objawem, a także reakcją obronną organizmu.

Postępowanie z chorym dzieckiem zależy od jego wieku. U starszych nie zaleca się rutynowego obniżania gorączki związanej z zakażeniem dróg oddechowych. W tej grupie wiekowej celem leczenia przeciwgorączkowego nie powinno być obniżenie temperatury ciała samo w sobie, tylko poprawa komfortu pacjenta. Niepotrzebne podanie leków przeciwgorączkowych wiąże się z ryzykiem ich przedawkowania i toksycznym wpływem na narządy.

Z najmłodszymi niemowlętami sprawa jest poważniejsza. Z jednej strony trudniej dochodzi u nich do obronnego podwyższenia temperatury, z drugiej – ich choroby są bardziej niebezpieczne. Wyjątkiem jest łagodny gorączkowy odczyn pojawiający się w pierwszej dobie po szczepieniu.

Niemowlę z temperaturą 38°C i powyżej (prawidłowo zmierzona w odbycie, a dziecko nieprzegrzane) w pierwszych trzech miesiącach życia wieziemy do szpitala lub wzywamy pogotowie (telefon 999).

W zależności od stanu zdrowia i wyników podstawowych badań laboratoryjnych dziecko będzie przyjęte do szpitala, lub też zostanie zalecona dalsza obserwacja domowo-ambulatoryjna.

Pilnej konsultacji lekarskiej (nie od razu szpitalnej) wymagają również gorączkujące niemowlęta w czwartym–szóstym miesiącu życia oraz niemowlęta starsze sprawiające wrażenie chorych.

Kiedy rozpoznajemy gorączkę?

Normalna temperatura niemowlęcia, mierzona w odbytnicy, to 36,9–37,4°C; o stanie podgorączkowym mówimy, odczytując temperaturę do jednego stopnia powyżej wartości prawidłowych, czyli gorączkę rozpoznamy, jeśli temperatura w odbycie przekroczy 38,4°C.

Jeśli jednak dziecko nie sprawia wrażenia nadmiernie ciepłego, bawi się i dobrze zjada – należy upewnić się, czy termometr funkcjonuje należycie. Im termometr jest bardziej „nowoczesny”, tym bardziej może być zawodny. Koniecznie należy postępować zgodnie z instrukcją i nabyć wprawy w powtarzalności mierzonej temperatury. Należy pamiętać, że różne termometry, w różnych punktach pomiaru, mają różne skale wartości prawidłowych. U dziecka do drugiego roku życia temperatura do 38°C, mierzona na czole lub w uchu, uznawana jest za prawidłową. Temperatura mierzona w uchu może być jednak zaniżona, jeśli nie „trafimy” w błonę bębenkową. Mierząc takim termometrem, do oceny warto wybrać najwyższy z kilku pomiarów.

Jak mierzyć?

U niemowlaka najdokładniejszą metodą jest pomiar temperatury ciała w odbycie. Trwa to nieco dłużej, ale wartość pomiaru jest bardziej wiarygodna, niż jeśli mierzymy pod pachą, w uchu lub na czole. Używając termometrów będących odpowiednikiem rtęciowych (wycofanych) – nie zawsze musimy trzymać się zalecanych trzech minut. Mierząc temperaturę, można obserwować przesuwanie się kolorowego płynu na skali. Gdy znacznik przestaje się przesuwać, a szczególnie gdy wykaże gorączkę, to nie trzeba już mierzyć dalej. Uzyskaliśmy potrzebną informację, a czy gorączka będzie wyższa o ułamek stopnia Celsjusza – to już nie jest takie istotne.

Po zakończeniu pomiaru termometr należy umyć i zdezynfekować końcówkę wkładaną do odbytu.

Co robić?

Niemowlęciu w pierwszym półroczu życia należy obniżyć gorączkę, czyli podać lek przeciwgorączkowy. Od drugiego półrocza ważniejszym do tego wskazaniem jest dyskomfort towarzyszący gorączce niż ona sama. Udowodniono, że nawet bardzo częste podawanie leków przeciwgorączkowych nie zmniejsza ryzyka wystąpienia drgawek gorączkowych. Starszym niemowlętom należy obniżać temperaturę powyżej 38,5°C. Wskazaniem do podania leku są również ból lub wspomniane wybitnie złe samopoczucie z powodu gorączki. U najmłodszych niemowląt takim najbezpieczniejszym środkiem jest paracetamol, sprzedawany w aptekach pod różnymi

nazwami handlowymi, w różnych stężeniach. U dzieci starszych za podstawowy lek przeciwgorączkowy uważany jest ibuprofen, który może być stosowany również u niemowląt powyżej trzeciego miesiąca życia, które ważą nie mniej niż 7 kg.

Najmłodszym łatwiej podać lek w formie czopka, dla starszych preferowana jest forma doustna, jako szybciej i pewniej działająca. Zarówno czopki, jak i preparaty doustne paracetamolu stosujemy w dawce 10–15 mg/kg masy ciała. Taka dawkę możemy powtarzać nie częściej niż co 4 godziny, do 4 razy w ciągu doby. I tak na przykład, dla dziecka ważącego 5 kg dawką zalecaną będzie 75 mg. Obliczanie dawki według wagi dziecka jest znacznie dokładniejsze niż kierowanie się wiekiem, bowiem waga poszczególnych dzieci w tych samych miesiącach życia może się znacznie różnić. Ustalając dawkę preparatów doustnych, należy uwzględnić jej stężenie. Konieczne jest zwrócenie uwagi, czy preparat zawiera 12, 24, 50 czy też 100 mg w 1 ml. Obecnie dostępne są czopki 50, 80, 125, 150 mg lub więcej. Wielkość czopka można zmniejszyć przez odcięcie zbędnej części.

Skuteczna leczniczo powinna być już dawka 10 mg paracetamolu/kg masy ciała dziecka. Nie można przekraczać dla noworodków 45, a dla niemowląt 60 mg/kg w ciągu doby, ale nie zaszkodzi dziecku podanie jednorazowe dawki 20 mg/kg. Paracetamol to lek bezpieczny (jest duży odstęp między jednorazową dawką terapeutyczną a dawką toksyczną 120 mg/kg masy ciała).

Jeśli po godzinie od podania paracetamolu gorączka powyżej 39°C się utrzymuje, a niemowlę skończyło trzy miesiące i sprawia wrażenie cierpiącego, możemy ostatecznie dodatkowo zastosować ibuprofen – doustnie lub doodbytniczo, w dawce 5–7mg/kg (na zlecenie lekarza do 10 mg/kg) masy ciała dziecka i taką dawkę w razie konieczności powtórzyć po 6 godzinach. Obecnie na polskim rynku dostępne są: zawiesina doustna zawierająca 20 mg ibuprofenu w 1 ml, w postaci forte (dla starszych dzieci) – 40 mg w 1 ml, oraz czopki 60 mg.

Po podaniu leku przeciwgorączkowego:

- ubierz dziecko w lekkie i przewiewne rzeczy, nie opatulaj go ciepłą kołdrą,
- utrzymuj temperaturę pomieszczenia na poziomie około 20°C, pamiętaj jednak, aby dziecko nie przebywało w przeciągu,
- podawaj dziecku więcej płynów do picia. Jest to szczególnie ważne, gdyż podczas gorączki zwiększa się utrata wody przez skórę i wzrasta ryzyko odwodnienia.

O lekach przeciwgorączkowych i innych, o tym, kiedy je podawać i kiedy ich nie podawać oraz jak je podawać, gdy dziecko nie chce współpracować:

<http://www.drpleskot.pl/files/Farmakologia-dla-dociekliwych.pdf>

Drgawki gorączkowe

U niemowląt podczas gorączki mogą wystąpić drgawki. Opiekunowie mogą je pomylić z drżeniem lub dreszczami. Noworodki i niemowlęta często reagują na bodźce nagłymi kilkusekundowymi drżącymi ruchami. Drżenie może być powstrzymane przez unieruchomienie kończyny. W przeciwieństwie do drżenia lub dreszczy, podczas drgawek występują gwałtowne skurcze ręki, nogi, a czasami wszystkich czterech kończyn. Aktywność ruchowa jest wyczuwalna, pomimo powstrzymywania drgających nóg lub rąk. Dziecko nawet traci przytomność. Napady drgawek gorączkowych zwykle nie są groźne, ustępują samoistnie po kilku minutach.

W razie napadu drgawek u dziecka wykonaj następujące czynności:

1. Trzymaj dziecko swobodnie w ramionach lub połóż je na miękkim podłożu na boku, z głową spoczywającą poniżej tułowia.
2. Usuń z ust dziecka resztki jedzenia oraz smoczek.
3. Wezwij karetkę pogotowia, tel. 999.
4. Staraj się obniżyć temperaturę dziecka przez podanie czopka z paracetamolu.
5. Nie kąp dziecka, gdyż napad drgawek może się powtórzyć.

Kolka

Kolki jelitowe występują u co trzeciego niemowlęcia. Objawiają się napadowym, niedającym się ukończyć płaczem, a nawet krzykiem, który pojawia się i kończy bez uchwytnej przyczyny. Zwykle przed płaczem widoczne jest nagłe zaczerwienienie buzi, podkurczenie nóżek i wzdęcie brzucha. U niektórych niemowląt ataki trwają kilka minut, u innych – wiele godzin.

Typowa kolka jelitowa pojawia się w trzecim tygodniu życia, zazwyczaj wieczorem, minimum trzy razy w tygodniu, płacz trwa co najmniej trzy godziny (łącznie w ciągu doby). Wzrastanie i rozwój dziecka są prawidłowe. Dolegliwości ustępują w czwartym–szóstym miesiącu.

Kolkę niemowlęcia rozpoznaje lekarz, po wykluczeniu (na podstawie szczegółowego wywiadu i dokładnego badania fizykalnego) innych niepokojących objawów i chorób.

Do objawów niebezpiecznych zaliczamy: gorączkę, nadmierną senność, znaczne osłabienie, biegunkę, zaparcia, wzdęcie brzucha z bolesnością uciskową.

U dziecka nadmiernie płaczącego lekarz musi najpierw wykluczyć chorobę. Najczęściej schorzenia są łagodne, choćby kolonizacja przewodu pokarmowego. Przeciwnie przed porodem dziecko ma praktycznie zero zarazków, później następuje inwazja na malucha i jego

przewód pokarmowy. Bóle brzucha mogą być niczym innym jak tylko łagodnym nieżytem żołądkowym.

Wiele chorób infekcyjnych może powodować bóle brzucha. Do nich zaliczamy zakażenia układu moczowego, a nawet dróg oddechowych. Z chorób nieinfekcyjnych – alergie lub niealergiczne nietolerancje pokarmowe.

Uważa się, że za bóle brzucha niemowlęcia mogą odpowiadać niektóre składniki diety karmiącej matki – być może: produkty mleka krowiego, orzechy, ryby, pszenica, soja i jaja kurze. Mogą to być alergeny dla dziecka. Usunięcie ich z jadłospisu przynosi poprawę – w postaci krótszego płaczu – u co trzeciego niemowlęcia.

Takie diety mogą być przydatne dla niektórych dzieci karmionych piersią. Trudno jednoznacznie ocenić, czy poprawa rzeczywiście jest następstwem wykluczenia alergenu, czy też bardziej wpływa na dziecko uspokojenie mamy. Mama na diecie jest przekonana, że jej poświęcenie musi pomóc dziecku. Z prawdziwej alergii nie wyrasta się tak szybko jak z kolki.

Wycofanie z diety matek karmiących tak wartościowych produktów spożywczych, jak mleko i jego przetwory, wymaga poważnego zastanowienia. U dzieci karmionych wyłącznie pokarmem mamy alergia na białka mleka krowiego występuje maksymalnie u 0,5% maluchów, a niektórzy lekarze w ogóle wykluczają ten typ alergii. Alergia na białka mleka krowiego rozpoznawana jest u 8% niemowląt karmionych mlekiem modyfikowanym. Najczęściej objawia się bólami brzucha z wymiotami i biegunką. Dolegliwości są podobne do zakażenia żołądkowo-jelitowego.

Jeśli mamy uzasadnione podejrzenie, że przyczyną kolkowych bólów brzuszka dziecka karmionego mlekiem modyfikowanym jest alergia, pomocne bywa zastosowanie mieszanki zawierającej hydrolizaty białkowe wysokiego stopnia. Pokarm, w którym duże cząsteczki białkowe zostały rozbite na małe fragmenty, uczula znacznie mniej.

W przypadku dziecka z kolką bez innych niepokojących objawów diety eliminacyjne dla matek lub hydrolizaty dla malucha karmionego sztucznie powinny być zawsze wprowadzane na krótko i jedynie w celach diagnostycznych. Brak poprawy lub zaledwie niewielka poprawa w trakcie takiej interwencji powinny skłaniać do szybkiego (1–2 tygodnie) powrotu do poprzednich zasad żywienia. Każda eliminacja wiąże się z ryzykiem niedoborów jakościowych i ilościowych w diecie zarówno matki, jak i dziecka.

Jeśli lekarz zaleci matce dietę bezmleczną, to powinna zażywać zakupione w aptece wapno, w dawce 1400 mg/dzień.

Aby ułatwić zaakceptowanie przez dziecko nowego smaku, rodzice mogą przechodzić na żywienie hydrolizatami stopniowo, przez ich mieszanie z dotychczas stosowanym preparatem i stopniowe zwiększanie zawartości hydrolizatu w ciągu czterech dni, do czasu, gdy będzie się podawać już tylko produkt zhydrolizowany.

Gdy przyczyną dolegliwości jest istotnie alergia na białka mleka krowiego, poprawa powinna być widoczna po tygodniu diety.

Jeśli nowa mieszanka skutecznie zmniejszy bóle, to po ukończeniu przez dziecko trzeciego–szóstego miesiąca można powrócić do standardowego mleka modyfikowanego dla niemowląt.

Liczne wodniste i spienione stolce mogą nasunąć podejrzenie, że przyczyną kolki jest nietolerancja cukru mlecznego laktozy. Lekarz może zalecić podawanie dziecku preparatu z laktazą. U niemowląt karmionych mieszankami mlekozastępczymi można rozważyć zmianę mieszanki na niskolaktozową. Laktaza to naturalny enzym, który rozkłada laktozę, a w organizmie dziecka może występować czasowo w niedostatecznej ilości.

Przyczyny klasycznej kolki jelitowej mogą być różne.

Podejrzewane są:

- naturalna dla wieku niedojrzałość układu nerwowego i przewodu pokarmowego,
- stres z powodu nadmiaru bodźców w okresie pourodzeniowym,
- nieprawidłowe relacje między rodzicami, dziadkami i dzieckiem, a szczególnie stany lękowe matki i stres w rodzinie
- palenie tytoniu przez matkę albo stosowanie przez nią nikotynowej terapii zastępczej,
- nieodpowiednie techniki karmienia,
- zmiany w składzie flory jelitowej.

Wiele badań wykazuje, że kolka niemowlęcia jest ściśle związana z wczesnymi procesami dojrzewania mózgu, nawet przed urodzeniem.

Dużą uwagę zwraca się na środowisko prenatalne (przed porodem) i matczyne stany psychobiologiczne, które mogą wywoływać długoterminowe zaburzenia zachowania potomstwa.

Wykazano, że stres prenatalny we wczesnej i późnej ciąży wywołuje w mózgu płodu zmiany strukturalne, które wiążą się z chwiejnością emocjonalną. Prenatalny stres łączył się z płaczem /rozdrażnieniem niemowlęcia w pierwszych sześciu miesiącach po porodzie.

Dobry stan psychiczny matki po porodzie i jej umiejętność radzenia sobie w stresujących sytuacjach zmniejszają efekt poporodowy stresu prenatalnego, którego doznało dziecko, mogą łagodzić objawy jego kolki, a przede wszystkim płacz. Niemowlęta, podobnie jak dorośli, mają różne temperamenty i czasami łatwo się irytują oraz okazują niezadowolenie. Różnice w zachowaniu można przypisać również wrodzonym czynnikom biologicznym.

Wiadomo również, że na dojrzewanie ośrodkowego układu nerwowego mają wpływ bodźce środowiskowe. Szczególnie ważny, ale niedoceniany jest lęk dziecka. Pojawienie się bólów kolkowych ma bardzo silny związek ze sferą emocji. Dziecko może mieć zbyt dużo bodźców w otoczeniu i w ten sposób sygnalizuje potrzebę wyciszenia.

Nie bez znaczenia są także nerwowa atmosfera w domu, zestresowana mama, głośny „gadający” telewizor, nieprzyjemne rozmowy – to wszystko wzbudza niepokój i napięcie u dziecka.

O adaptacji do środowiska zmienionego przez narodziny można przeczytać w części poświęconej pielęgnacji.

Rodzice na kolikę stosują wiele preparatów bezrecepturowych. Nie ma złotego środka na bolące brzuszki. Jedne ułatwiają wydalanie gazów, inne wspomagają trawienie cukru mlecznego, a jeszcze inne ułatwiają wydalanie stolca. Lekarz może zalecić preparaty „przeciw wzdęciom”, jak simeticone, które zmniejszają napięcie powierzchniowe pęcherzyków gazu w przewodzie pokarmowym i w ten sposób ułatwiają ich wydalanie. Leki zawierające simeticone (Bobotic, Colinox, Espumisan, Infacol) podawane są w postaci kropli, niektóre przed każdym posiłkiem, inne przed karmieniem albo po nim – sposób dawkowania i podania leku zawsze opisany jest w ulotce, podobnie jak sposób przechowywania. Nie można ich łączyć, aby nie przekroczyć zalecanej dawki. Przed odmierzeniem porcji leku zawsze trzeba wstrząsnąć butelką. Warto zapisać sobie datę jej otwarcia.

Podobny w działaniu dimethicone dostępny jest w postaci preparatu Espoticon.

W łagodniejszych postaciach kolki jelitowej pojawia się tylko niespodziewany krótkotrwały krzyk w godzinach wieczornych. Bywa, że płacz ustępuje podczas rytmicznego kołysania, poklepywania, jazdy wózkem lub samochodem. Niestety, w wielu przypadkach w czasie ataku kolki maleństwo nie przestaje krzyczeć. Karmione, ssie łapczywie, połykając duże ilości powietrza. Po chwilowym uspokojeniu dochodzi

do skurczów jelitowych objawiających się bólem i silny płacz przerywa karmienie.

Jeśli dziecko uspokaja się podczas karmienia, to nie jest kolka.

Niedojrzały przewód pokarmowy niemowlęcia jest bardzo wrażliwy na nadmierną ilość połykanego powietrza, dlatego istotny jest prawidłowy sposób karmienia piersią. Dziecko z kolkami, podobnie jak z ulewaniem, powinno być karmione w pozycji lekko uniesionej i tak trzymane przez kilkanaście minut po posiłku.

U dzieci karmionych sztucznie należy zwrócić uwagę na temperaturę mleka – nie powinno mieć więcej niż 36°C.

Jeśli mamy do czynienia z „kolką łagodną”, pomoc może częste karmienie mniejszymi porcjami, a w czasie ataku – noszenie, kołysanie, ścisłe zawijanie tułowia dziecka tetrowymi pieluchami lub kontakt typu „skóra do skóry” (metoda kangurowania). Dobrze jest też położyć dziecko na brzuszku, na pofałdowanym ręczniku albo na udzie rodzica, masować brzuszek czy położyć ciepły okład. Można spróbować dmuchania na brzuszek ciepłym powietrzem z suszarki, a w końcu można dać smoczek. Dobre efekty przynosi kojąca, spokojna i cicha muzyka.

Teorie kojącego oddziaływania dźwięków imitujących szum krwi (płynącej w naczyniach matki w okresie ciąży) na uspokajanie niemowlęcia są bardzo popularne. Nie można jednak przesadzać ze stosowaniem generatorów tzw. białego szumu. Wykorzystywane przez rodziców do tego celu odkurzacze, suszarki i inne generatory dźwięków mogą doprowadzać do uszkodzenia słuchu dziecka.

Dzieci z tego typu problemami należy karmić w cichym pomieszczeniu, z przygaszonymi światłami. Trzeba też pamiętać o zapewnieniu odpowiedniego odpoczynku i wsparcia emocjonalnego matkom. Ojcowie powinni jak najczęściej wyprowadzać dziecko na spacer, aby matka, zwolniona z dyżuru, mogła złapać oddech.

Jeszcze lepiej, jeśli mogą powierzyć na krótko płaczące niemowlę innym członkom rodziny lub opiekunowi i oboje przez chwilę odpocząć. Taka przerwa pozwala na szybką regenerację sił, bez popadania w irytację z powodu niepokoju dziecka. Wsparcie psychologiczne też może pomóc niektórym rodzinom w przetrwaniu trudnego „kolkowego czasu”.

Niemowlęciu mającemu więcej niż miesiąc możemy podać herbatkę ziołową z kopru włoskiego, rumianku, werbeny pospolitej, lukrecji albo mięty. Herbatki nie mogą być słodzone i za ciepłe (do 35°C), podajemy je w niewielkich ilościach. Przyzwyczajanie dziecka do słodkich smaków może skutkować nieprawidłowymi wzorcami żywienia i trudnościami w akceptacji smaków „wytrawnych” w przyszłości.

Dziecku z kolką niemowlęcą pomoc mogą niektóre probiotyki. Można rozważyć zastosowanie *Lactobacillus reuteri* DSM 17 938. Stwierdzono, że u dzieci karmionych piersią podawanie tego probiotyku w dawce 5 kropli na dobę istotnie zmniejszało objawy kolki (po 21 dniach odnotowano, że czas płaczu był krótszy średnio o 61 minut na

dobę). Nie wykazano przydatności takiej terapii u dzieci karmionych mlekiem modyfikowanym.

Należy bezwzględnie wyeliminować z otoczenia dziecka palenie papierosów. Nikotyna w pokarmie kobiecym wywiera wpływ na motorykę przewodu pokarmowego dziecka. Sam zapach na ubraniu opiekuna jest dla maleństwa szokujący. Zaleca się też „święty spokój”, czyli ograniczenie hałasów i jaskrawego światła.

Kiedy to się skończy?

Po czwartym miesiącu. Kolka jelitowa jest uciążliwa, ale przechodzi w miarę dojrzewania układu pokarmowego dziecka. Tymczasem niepokój rodziców i dziadków udziela się maleństwu i pogarsza jego stan. Choćby z tego powodu należy kolkujące dziecko regularnie pokazywać lekarzowi. Badanie wykluczy poważne (bardzo rzadko występujące) przyczyny dolegliwości, lekarz będzie mógł zapewnić rodziców, że dziecko jest zdrowe, zmniejszy się lęk i wszystkim będzie lepiej. Każdy sposób poprawienia samopoczucia kolkującego dziecka, który rodzice wyjadą, a który nie budzi sprzeciwów lekarza, jest dobry. Nie ma jednego cudownego środka na kolkę, tak jak nie ma jednej jej przyczyny. Trzeba próbować i z optymizmem czekać.

Kluczem do sukcesu są po prostu spokój, czas i cierpliwość. Rodzice muszą pamiętać, że kolka jest zjawiskiem powszechnie występującym i ustępuje zwykle samoistnie po kilku tygodniach.

Okresowe badania lekarskie upewnią rodziców, że niemowlę nie jest chore, a kolka nie jest wynikiem popełnianych przez nich błędów pielęgnacyjnych.

Kiedy do lekarza?

Jeśli objawom kolki towarzyszą gorączka, wymioty, biegunka, krwiste stolce, zwolnienie tempa przyrostu masy ciała. Trzeba wtedy szczegółowo diagnozować dziecko – może to być zakażenie (np. układu moczowego, zapalenie ucha środkowego), alergia, nietolerancja pokarmowa lub inna choroba przewodu pokarmowego czy ośrodkowego układu nerwowego.

Alergia

Prędzej czy później rodzice każdego dziecka zadają sobie pytanie: Czy to alergia? O alergii dużo się czyta i mówi, każdy zna kogoś, kto na to cierpi, i w końcu powstaje wrażenie, że każde albo prawie każde dziecko ma alergię.

Na szczęście nie jest aż tak źle. Szacuje się, że alergia na pokarmy (najczęstsza u niemowląt) występuje u około 5–8% dzieci, u karmionych piersią jeszcze rzadziej, do 2%. W większości, ale poniżej 1%, mamy do czynienia z alergią na białka mleka krowiego. Trzykrotnie rzadziej zdarzają się uczulenia na jaja kurze (spożywane przez matki).

Rozpoznać alergię nie jest łatwo. Reakcje typu natychmiastowego, występujące do 2 godzin bezpośrednio po spożyciu posiłku, zwykle nie budzą wątpliwości co do związku przyczynowo-skutkowego między spożytym alergenem a objawami. W przypadku reakcji opóźnionych lub objawów nieswoistych (jak np. zaparcia) taki związek jest o wiele trudniejszy do udowodnienia.

Ponadto, podobnie jak każda choroba, alergia ma swoje skrajne bieguny, może przebiegać ciężko, ale też bardzo łagodnie.

Nie każda zresztą nadwrażliwość na pokarm jest alergią. **Alergia pokarmowa to niepożądana reakcja na spożyty pokarm, która jest**

wynikiem błędnego rozpoznania pokarmu przez układ odpornościowy. Niepożądane reakcje na pokarmy bez udziału układu odpornościowego są nazywane niealergiczną nadwrażliwością lub nietolerancją pokarmową. Przykładem takiej reakcji jest nietolerancja cukru mlecznego (laktozy) spowodowana niedoborem enzymu trawiącego go w jelitach.

Alergia u dzieci może mieć postać wysypki, rzadziej występuje pokrzywka, bardzo rzadko – obrzęk warg. Objawy ze strony układu oddechowego – świszczący oddech, sapka, czy też alergiczny nieżyt nosa – u najmłodszych niemowląt są na szczęście mniejszym problemem zdrowotnym.

W pierwszych miesiącach życia objawy alergii dotyczą najczęściej przewodu pokarmowego. Mogą to być: luźne stolce, zaparcia bądź bóle brzucha, ulewanie lub wymioty, zaburzenia przyrostu masy ciała.

Objawem alergii na pokarm bywa krew w kale. Należy odróżnić smużki jasnej „świeżej” krwi, pojawiającej się w banalnych przypadkach pęknięcia śluzówki odbytu, od wymieszanych ze stolcem czerwono - brunatnych plam krwi. U dziecka chorego krew w stolcu zwykle pojawia się w 2–6 tygodniu życia, ale opisywano również jej wystąpienie już w pierwszej dobie. Najczęściej dotyczy to niemowląt, u których nie obserwuje się innych zaburzeń i poza tym objawem sprawiają wrażenie

zdrowych. Ten obraz kliniczny wskazuje na alergiczne zapalenie fragmentów jelita grubego zwanych prostnicą i okrężnicą. Utrata krwi jest tu niewielka, jednak niekiedy może wywołać niedokrwistość, a w bardzo rzadkich przypadkach długotrwałe zaburzenie wzrastania. Choroba najczęściej ma charakter łagodny i samoistnie ustępuje po zastosowaniu okresowej diety. Bardziej nasilone objawy, jak obfite wymioty lub ciężka biegunka sugerują inne, rzadziej występujące zaburzenia alergiczne, na przykład zapalenie jelit lub enteropatię.

Wystąpienie objawów alergii u niemowlęcia karmionego wyłącznie piersią bywa wskazaniem do eliminacji z diety matki alergenu najczęściej wywołującego chorobę. Wyklucza się zatem wszystkie produkty zawierające mleko, również kozie: jogurty, sery, masło, lody, czekoladę, herbatniki, bułki maślane itd. **Mama zwykle jest na diecie przez 2 tygodnie, gdy problemy dotyczą skóry dziecka, oraz 4 tygodnie, gdy dominują objawy ze strony przewodu pokarmowego.**

W przypadku atopowego zapalenia skóry lub objawów wskazujących na zapalenie jelita grubego czasowo wyklucza się również jaja; wprowadza się je ponownie po uzyskaniu tolerancji na produkty mleczne. W trakcie diety bezmlecznej matka powinna zażywać wapń w dawce 1000 mg/24 h oraz preparat multiwitaminowy. Zwykle w ciągu 3–4 dni obserwuje się u dziecka ustąpienie objawów. Po uzyskaniu poprawy należy rozważyć ponowne wprowadzenie mleka do jadłospisu matki. W razie nawrotu objawów alergen ten trzeba wykluczyć z diety na co najmniej 6 miesięcy i nie wprowadzać go przed ukończeniem przez dziecko 9 miesiąca życia. **Można mieć nadzieję, że z czasem**

„dojrzewający” przewód pokarmowy niemowlęcia znacznie lepiej tolerować mleko w mleku mamy. Dieta może być wydłużona do 12 miesięcy, jeśli obserwowane objawy są nasilone lub występują dodatkowe – objawy nadwrażliwości na pokarm (np. zmiany skórne).

Jeśli **po 10 dniach stosowania diety bezmlecznej** nie widzimy poprawy, wskazane jest dodatkowe wyeliminowanie z diety matki karmiącej innych pokarmów mogących mieć istotne właściwości alergizujące: jaj, cytrusów, soi, orzechów, orzeszków ziemnych, pszenicy, kukurydzy, truskawek. W trakcie stosowania diety eliminacyjnej trzeba uważnie czytać skład spożywanych produktów, aby się upewnić, że nie zawierają alergenów nawet w śladowej ilości. Taką dietę należy stosować do 4 tygodni, kontrolując przyrost wagi. Jeżeli nadal nie ma poprawy, należy dokładnie zapisywać wszystkie spożywane pokarmy przez co najmniej 2 dni robocze i weekend. Dokładna analiza listy pokarmów może pomóc lekarzowi w identyfikacji alergenu.

Należy brać pod uwagę, że utrzymywanie się objawów podczas stosowania diety eliminacyjnej w zasadzie wyklucza alergię na dany pokarm, natomiast poprawa wymaga zawsze próby prowokacji w celu jej potwierdzenia. Często się okazuje, że niepokojącym dolegliwościom błędnie przypisuje się przyczynę alergiczną.

Przed wprowadzeniem bardziej restrykcyjnej diety lekarz powinien przeprowadzić bilans korzyści dla dziecka i ryzyka dla matki.

Eliminacja pokarmów, takich jak ryby lub produkty zawierające gluten, wymaga konsultacji dietetyka, aby zapewnić matce spożycie odpowiedniej ilości substancji odżywczych. Jeśli jednak objawy alergii u dziecka są bardzo nasilone, alergolog może zalecić matce skrajnie hipoalergenową dietę, złożoną na przykład z jagnięciny, gruszek, musów owocowych i ryżu.

Ciężkie postacie alergii powinny być leczone w ośrodkach specjalistycznych. Do czasu konsultacji należy kontynuować dietę bezmleczną z suplementacją wapnia u matki karmiącej.

Po ustąpieniu objawów u dziecka do diety matki wprowadza się kolejne pokarmy w odstępach co najmniej tygodniowych. Przyczyną ewentualnego nawrotu objawów najprawdopodobniej będzie ostatnio wprowadzony pokarm, który należy wyeliminować z diety na podobnych zasadach, jak opisane mleko krowie.

W razie skrajnie ciężkiej alergii, zwykle z upośledzeniem wzrastania dziecka, lekarz może zalecić przerwanie karmienia piersią i zastosowanie mieszanki hipoalergenowej do czasu konsultacji specjalistycznej.

Niekiedy matki dzieci z rodzin obciążonych alergią na wszelki wypadek podczas karmienia piersią unikają mleka i jaj, w przekonaniu, że uchroni to ich dzieci przed alergią pokarmową. Dowiedziono jednak,

że **profilaktyczna eliminacja silnych alergenów z matczyego jadłospisu nie jest czynnikiem skutecznie zapobiegającym rozwojowi alergii na pokarmy** u niemowlęcia, zarówno w okresie karmienia piersią, jak i po jego zakończeniu. Niepotrzebne ograniczenia mogą natomiast prowadzić do niedoborów w diecie matki karmiącej i tym samym szkodzić kobiecie. Należy zachować zdrowy rozsądek. Najzdrowiej jest dla dziecka, jeśli matka je częściej i różnorodnie – sześć skromniejszych posiłków składających się z rozmaitych produktów. W ten sposób, jeśli nawet matka zje coś alergizującego, to zje tego mało. Zawsze należy unikać konserwantów i sztucznych barwników.

W przypadku rozpoznanej alergii na białka mleka krowiego zalecane są zwykle mieszanki będące fragmentami tych białek (hydrolizaty). W razie ekstremalnie silnej reakcji uczuleniowej (anafilaksji) zalecane są tzw. mieszanki elementarne zawierające jedynie aminokwasy, z których dopiero białka powstają. Podobne zalecenia dotyczą eozynofilowego zapalenia przełyku.

Atopowe zapalenie skóry (AZS)

Powszechnie się uważa, że dziecko dostało wysypki, bo matka czegoś się najadła. Owszem, istnieje związek zapalenia skóry z alergią, a konkretnie z atopią, czyli genetycznie uwarunkowanym ryzykiem wystąpienia alergii. Atopia u chorego lub członków jego rodziny jest nawet jednym z kryteriów ułatwiających rozpoznanie, ale nie są to procesy jednoznaczne. Nie jest prawdą, że wszystkie dzieci z AZS mają alergię pokarmową. Jedynie u co piątego stwierdza się taką zbieżność. Prawdą jest, że alergie mają związek ze skórą (opisany w rozdziale o alergii), i to, że alergenów mogą nasilać zmiany atopowe na skórze, ale nie jest prawdą, że alergenów wywołują AZS.

Przyczyna choroby jest wieloczynnikowa, a w jej rozwoju istotną rolę odgrywają zaburzenia odpowiedzi immunologicznej, współdziałanie czynników genetycznych i środowiskowych czy uszkodzenie bariery naskórkowej. Zaostrzenie AZS może być również spowodowane przez wiele czynników, takich jak: alergenów (pokarmowe i powietrzno-pochodne), zakażenia, temperatura (zarówno wysoka, jak i niska oraz jej zmiany – nie ma reguły) i wilgotność powietrza (głównie duża), substancje drażniące czy stres.

U niemowląt decydującą rolę w rozwoju choroby odgrywają defekt bariery naskórkowej lub zapalenie neurogenne. Defekt bariery naskórkowej jest uwarunkowanym genetycznie niedoborem jednego z białek; zaburzenie powoduje zwiększoną utratę wody przez skórę, a w konsekwencji wysuszenie i podrażnienie. Osłabiona skóra nie stanowi skutecznej bariery dla drobnoustrojów, alergenów i innych czynników. Im młodsze dziecko, tym skóra słabsza.

Zapalenie neurogenne oznacza wydzielanie przez zakończenia nerwowe substancji odpowiedzialnych za stan zapalny skóry. Takie substancje wydzielane są w wyniku jej drażnienia.

Wystarczy delikatne pocieranie, a nawet przytulanie, nie musi być ekstremalnego drapania. W przypadku łagodnych zmian zapalnych widoczne są jedynie zaróżowienie i szorstkość policzków. Policzkami dziecko się przytula nie tylko do nieogolonej brody ojca, ale również do sweterka mamy. Odporność skóry na takie pieszczoty jest osobniczo zmienna. U jednych skóra staje się podobna do pergaminu, u innych do delikatnej papierowej chusteczki. Z włosami przecież też jest różnie, nie wszyscy obdarzeni są jak kiedyś Violetta Villas.

Dodatkowo zakończenia nerwowe w skórze mogą stymulować wydzielanie substancji zapalnych w stresie, który nie jest obcy nawet niemowlętom.

Musimy również pamiętać, że im młodsze dziecko, tym skóra cieńsza, delikatniejsza i mniej odporna. Na jej osłabienie wpływają też

inne nieszczęścia, jak ząbkowanie, infekcje, pora roku czy suche powietrze. Może to być zbyt wiele złego jak na jedną skórę maleństwa. Dopiero skóra dziecka powyżej trzeciego roku życia przypomina skórę dorosłego.

W praktyce spotykam bardzo dużą nadrozpoznawalność AZS. Dyskretne zmiany odpowiadają jedynie kontaktowemu zapaleniu skóry (wypryskowi), ale nie spełniają kryteriów AZS. Często AZS jest również mylone z łojotokowymi zmianami zapalnymi związanymi z zaburzeniami wydzielania łoju.

Skóra nawet małego człowieka stanowi barierę zwykle skutecznie zapobiegającą wnikaniu alergenów do wnętrza organizmu. Tylko u nie-których nadwrażliwych maleństw z suchą skórą w wyniku kontaktu z uczulającymi alergenami dochodzi do stanu zapalnego zwanego **atopowym zapaleniem skóry** (inaczej **wypryskiem atopowym**, dawniej egzemą).

Kontakt z alergenem powoduje powstanie zmian skórnych – zaczerwienień, grudek, a nawet małych ranek. Typowy jest **silny świąd suchej skóry** zmuszający chorego do stałego drapania, co jeszcze bardziej ją uszkadza. Ewentualna alergia kontaktowa ma większe znaczenie niż ewentualna pokarmowa, która nie musi występować.

Do alergenów pokarmowych związanych z AZS u dzieci należą białka: mleka krowiego, jaja kurzego, roślinne (soja, zboża) i ryb. **Nie można zapominać, że zmiany skórne nie są wyłącznie prostą reakcją na zjedzony pokarm, jak wielu sądzi.**

AZS jest to najczęstsza, przewlekła i nawracająca zapalna choroba skóry u dzieci, na szczęście nie aż tak częsta, jak podejrzewają rodzice – w Polsce choruje w pierwszym roku życia około 4% dzieci.

Pierwsze **objawy** mogą występować od trzeciego miesiąca życia, najczęściej około szóstego, często w zależności od pory roku. Skóra jest sucha i zaczerwieniona, pojawia się grudkowo-pęcherzykowa wysypka, często z wysiękiem i obrzękiem naskórka. Zmiany powstają zwykle tam, gdzie skóra niemowlęcia jest najbardziej delikatna i narażona na drażniące czynniki zewnętrzne: na policzkach, głowie i pod brodą, na szyi, grzbietach rąk i przednio-bocznych powierzchniach kończyn dolnych. W przeciwieństwie do łojotokowego zapalenia skóry przebieg jest przewlekły, a świąd znacznie bardziej nasilony, szczególnie u dzieci przegrzewanych; **swędzenie** bywa tak silne, że nie mogą spać i drapią się do krwi. Na szczęście wiele niemowląt choruje łagodniej.

Rodzice bardzo często proszą lekarzy o badania umożliwiające wykrycie alergicznej przyczyny zmian skórnych.

Diagnostykę alergologiczną AZS można rozpocząć od oznaczenia we krwi podstawowego wskaźnika alergii, czyli IgE całkowitego. Można w sposób ilościowy oznaczyć również ściśle określone przeciwciała IgE,

co do których istnieje podejrzenie, że są zaangażowane w wywoływanie objawów.

Zwiększenie produkcji IgE nie występuje jednak u wszystkich dzieci. Dlatego AZS podzielono na AZS związane z IgE (zewnątrzpochodne), częstsze u dzieci po pierwszym roku życia, i niezwiązane z IgE (wewnątrzpochodne), występujące u większości niemowląt. **Stwierdzenie obecności swoistych IgE nie jest zatem warunkiem koniecznym rozpoznania AZS.** IgE-zależną alergię na pokarmy u chorych na AZS o umiarkowanym i ciężkim przebiegu stwierdza się tylko u co trzeciego dziecka. Odsetek wyników ujemnych u niemowląt jest znacznie większy niż u dzieci starszych – stężenie IgE w pierwszych miesiącach życia jest małe i zwiększa się dopiero z wiekiem.

Jeśli u chorego zachodzi podejrzenie udziału reakcji alergicznych w powstawaniu zmian skórnych, można wykonać testy skórne. W rutynowej diagnostyce alergologicznej robi się przede wszystkim dwa rodzaje testów: skórne testy punktowe oraz naskórkowe testy płatkowe, które różnią się nie tylko sposobem wykonania, ale przede wszystkim rodzajem reakcji immunologicznej zachodzącej w trakcie testu.

Skórne testy punktowe teoretycznie są możliwe do wykonania u niemowląt, ale ze względu na pożądaną współpracę podczas nakłuwania skóry alergolodzy często zalecają je od czwartego roku życia.

W razie podejrzenia alergii kontaktowej i wywołanego lub nasilonego przez nią wyprysku można również wykonać naskórkowe testy płatkowe. Próbuje się je także stosować u dzieci, u których przypuszcza się istnienie nasilonej alergii na pokarmy, choć zarówno badanie swoistych IgE, jak i wykonanie punktowych testów skórnych nie wykryły alergenów. Jak dotąd nie opracowano jednak jednolitego protokołu wykonywania tych testów w kierunku alergii pokarmowej, dlatego rutynowo nie są zalecane.

W interpretacji wyników testów skórnych należy uwzględnić, w jakim stopniu badany alergen ma rzeczywisty wpływ na występowanie objawów skórnych. Leczymy przecież pacjenta, a nie wyniki badań. Z przykrością należy stwierdzić, że **obecnie dostępne testy skórne mają bardzo małą przydatność w rozpoznawaniu alergii na pokarmy u niemowląt.**

W przypadku podejrzenia o alergię kontaktową większe znaczenie mają podwójne płukanie ubranek, dobór kosmetyków i zwracanie uwagi, gdzie dziecko jest kładzione i czego dotyka.

Wobec ciągłych problemów z rozpoznawaniem alergii na pokarmy **nadal najważniejsze są testy eliminacji i prowokacji najczęściej uczulających pokarmów, takich jak: mleko, jaja, pszenica, soja i orzechy.** Większość chorych (60%) jest uczulona na jeden rodzaj pokarmu, 28% – na dwa, a tylko 8% i 4% odpowiednio na trzy i cztery pokarmy.

Wyniki badań wskazują zatem, że diety o chlebie i ryżu są bezpodstawne i bezsensowne. Lepiej, aby karmiąca mama miała dietę

maksymalnie zróżnicowaną, czyli kilka produktów w jednym posiłku. Tym samym będzie zjadać mniej pokarmu, który może uczulać malucha i jest szansa na szybsze nabywanie tolerancji na to coś, co mogło być gorzej tolerowane. Dietę eliminacyjną można zastosować po potwierdzeniu szkodliwości pokarmu w próbie eliminacji i prowokacji, a nie na podstawie wyniku jakiegokolwiek testu diagnostycznego. Jak wspomniano, uczulenie najczęściej dotyczy pojedynczych pokarmów, dlatego uzasadniona jest eliminacja tylko rzeczywiście szkodliwych produktów. W razie konieczności eliminacji pokarmu pacjentowi należy zaproponować dietę równoważną, zabezpieczającą przed powstaniem niedoborów żywieniowych.

Pielęgnacja jest podstawą leczenia dzieci z AZS – ma nie tylko nie pogarszać dolegliwości, lecz także przywrócić skórze „szczelność” i ją nawilżyć. W wyniku takiego działania oczekujemy zmniejszenia zmian zapalnych, suchości i świądu.

Istotną rolę odgrywają kąpiele wodne z dodatkiem emolientów. Woda usuwa z powierzchni skóry łuski, strupy i substancje drażniące, a emolienty ją nawilżają, natłuszczają, zmiękczejają oraz dodatkowo działają przeciwzapalnie i przeciwświądowo. Tworzy się „niewidzialne ubranie” chroniące przed wyparowaniem wody ze skóry.

Do kąpieli nie należy stosować mydeł, ponieważ mogą nasilać zasadowe pH skóry i uszkadzać barierę naskórkową, ani myjek, które mogą być siedliskiem bakterii. Można ewentualnie stosować nieperfumowane syndety (syntetyczne detergenty), których odczyn pH 5,5 jest podobny do naturalnego, byle w niewielkich ilościach, bo wyłukują lipidy z powierzchni skóry.

Należy pamiętać, że chlor wysusza skórę, podrażnia ją i nasila objawy alergii. Jeśli mamy w kranie wodę chlorowaną, najmłodsze niemowlęta z AZS powinny być kąpane po jej przegotowaniu – chlor podczas gotowania odparuje.

Prawidłowa kąpiel z dodatkiem emolientów powinna trwać ok. 10 minut, w wodzie o temperaturze zbliżonej do temperatury ciała – ok. 36°C. Kąpiele łagodzące z dodatkiem krochmalu, siemienia lnianego lub otrąb owsianych – 5 minut dłużej.

Emolient wybieramy w zależności od zajętej okolicy ciała i nasilenia zmian, a nawet warunków pogodowych. U niemowląt stosujemy głównie balsamy, emulsje czy lekkie kremy. Balsamy i emulsje zawierają więcej wody niż kremy, tak więc lepiej nawilżają, ale gorzej natłuszczają skórę. Maści są zbyt tłuste, pozostawiają tłusty film na powierzchni naskórka i mogą nasilać zapalenie skóry przez zatykanie ujścia gruczołów łojowych i potowych.

W celu właściwego nawilżenia i natłuszczenia skóry u dzieci z AZS emolienty należy stosować nie tylko w czasie, ale również po kąpielach, najlepiej w ciągu 3–5 minut, kiedy skóra jest jeszcze wilgotna. Wykazano, że działanie emolientów utrzymuje się przez 6–8 godzin. Z tego powodu preparatów tych trzeba używać co najmniej 2 razy dziennie i ewentualnie, w zależności od potrzeb, miejscowo nimi **dosmarowywać**, aby skóra nie była sucha. Zasada: co za dużo, to niezdrowo – również dotyczy emolientów. Rodzice czasami natłuszczają skórę zgodnie z zaleceniem „tak często, jak to możliwe”. Efektem takiego „leczenia” są przetłuszczenie skóry i nasilenie się rumienia oraz świądu. Kolejnym błędem jest stosowanie preparatów z mocznikiem na

popękaną skórę, gdyż możemy zwiększyć świąd i pieczenie. Należy pamiętać, że emolient, jak każdy preparat nakładany na skórę, może powodować podrażnienia lub kontaktowe zapalenie skóry. Dużą rolę w doborze preparatu odgrywa więc doświadczenie rodziców.

Zdarza się, że u jednego chorego konieczne jest stosowanie kilku różnych preparatów. Miejsca intensywnie zaczerwienione muszą „oddychać”, czyli wymagają wstrzemięźliwości w natłuszczaniu. Początkowo, po zblednięciu rumienia, mogą być wskazane raczej balsamy niż kremy. Im skóra bardziej blada i sucha, tym bardziej tłustym kremem powinna być smarowana.

Dla niemowląt z atopowym zapaleniem skóry szczególnie ważny jest zdrowy klimat. Wilgotność powietrza powinna wynosić około 50%. W pokoju muszą mieć chłódno. W całym domu nie wolno palić tytoniu. Rodzice powinni unikać przeziębień i nie dopuszczać przeziębionych gości do dziecka. Nawet łagodne zakażenie, podobnie jak ząbkowanie, nasila zmiany skórne.

Ubranka również mogą podrażniać. Trzeba ubierać dziecko w rzeczy przewiewne, bawełniane, **luźne**; nie powinno być spocone. Odzież dziecka nie może być intensywnie barwiona, mieć drapiących metek ani ostrych szwów wewnętrznych. Po kupieniu, przed użyciem, trzeba ją wyprać w środkach piorących przeznaczonych dla dzieci. Pamiętajmy o podwójnym płukaniu ubranek, ale nie należy przeceniać roli proszków w zapaleniu skóry.

W razie nasilonego świądu skóry pomóc mogą okłady z gazy nasączonej wodą. W razie dużych zmian skórnych niemowlęciu można na noc założyć wilgotne śpioszki, a na nie suche.

Kiedy do lekarza?

W przypadku nasilenia zmian sama pielęgnacja nie wystarczy. Lekarz musi zbadać dziecko i zdecydować o dalszym leczeniu.

W okresie zaostrzeń lekarz może przepisać, nawet u małych dzieci, maść z łagodnym preparatem sterydowym. Trzeba pamiętać, aby najpierw skórę delikatnie natłuścić obojętnym kremem, zanim miejsca z nasilonymi zmianami wypryskowymi posmarujemy preparatem leczniczym. Wymagane jest ściśle przestrzeganie zaleceń lekarza – leczenie na własną rękę może prowadzić do przedawkowania i spowodować na przykład zaniki skóry lub rozstępy, zwłaszcza tam gdzie skóra jest szczególnie delikatna.

W okresie nasilonego świądu lekarz może zalecić podawanie przez kilka dni kropli przeciwhistaminowych. **Wyniki dotychczasowych badań nie potwierdzają skuteczności przewlekłego stosowanych leków przeciwhistaminowych.**

Tylko uzasadnione podejrzenie alergii pokarmowej jest wskazaniem do leczenia dietetycznego. Matkom karmiącym zaleca się unikanie mleka, jaj, chemii spożywczej i pszenicy (patrz: Alergia). Dzieciom karmionym sztucznie zaleca się przez 6–8 tygodni preparaty zawierające hydrolizaty białka krowiego.

Jeśli leczenie i dieta nie skutkują, trzeba rozważyć, czy przyczyną nasilenia choroby nie są inne alergeny kontaktowe, substancje drażniące lub zakażenia skóry.

Alergię na białka mleka krowiego ostatecznie potwierdza się albo wyklucza w warunkach szpitalnych, na podstawie próby prowokacji pokarmowej. U dzieci z potwierdzoną alergią leczenie dietetyczne jest kontynuowane do 9–12 miesiąca. Jeśli są karmione mieszanką, powinny dalej dostawać hydrolizat o znacznym stopniu hydrolizy białka lub preparat zawierający aminokwasy.

Wiele różnych czynników wpływa na stan skóry dziecka. Stan zapalny mogą nasilić:

- stres,
- mycie skóry zwykłym mydłem,
- zmiany wilgotności i temperatury powietrza,
- zakażenia skóry.

Jeżeli do osłabionej i uszkodzonej skóry dostaną się bakterie, stan zapalny może się zaostrzyć. Wiemy, że skóra chorych na AZS łatwiej i częściej ulega zakażeniom gronkowcem złocistym. Zakażone ogniska wyprysku atopowego mają cechy tzw. zliszajcowacenia, sączy się z nich płyn, są pokryte drobnymi nadżerkami i żółtawą wydzieliną lub drobnymi żółtomiodowymi strupami.

Dalsza pielęgnacja skóry bez konsultacji z lekarzem byłaby błędem. Lekarz, stwierdziwszy jednoznaczne objawy wtórnego bakteryjnego zapalenia skóry, zleci odpowiedni antybiotyk.

Nawet w okresach, kiedy na skórze nie ma zmian chorobowych, trzeba o nią dbać i pielęgnować ją specjalnymi środkami natłuszczającymi.

Trzeba pamiętać, że składniki leków stosowanych na skórę w leczeniu wyprysku alergicznego też z czasem mogą uczulić niektórych chorych (dotyczy to np. lanoliny, a nawet maści ze sterydami).

Atopowe zapalenie skóry (wyprysk atopowy) ustępuje z wiekiem u około 40% dzieci. U pozostałych chorych zdarzają się nawroty w wieku dorosłym. Ponieważ przyczyną wyprysku atopowego jest wrodzone nieprawidłowe działanie skóry, jest to choroba trwająca wiele lat, a niekiedy całe życie. Zdarzają się jednak długie okresy bez typowych dla niej dolegliwości.

Skórna uroda czy choroba?

Duża głowa z małą twarzą, długi tułów i krótkie kończyny – to po prostu noworodkowa uroda. Również inne niepokojące rodziców objawy mogą być jej elementem.

Żółtaczka

Co trzeci noworodek w pierwszym tygodniu życia – poczynając od drugiej lub trzeciej doby – ma żółte zabarwienie skóry i białka oka. Podwyższone stężenie bilirubiny (żółtego barwnika) wynika ze zwiększonego rozpadu krwinek czerwonych; niedojrzała wątroba nie potrafi jej wychwycić i wydalić. Wszystko to jest fizjologiczne, czyli prawidłowe.

Żółte zabarwienie skóry może się utrzymywać do 10 dni (u wcześniaków – do dwóch tygodni). Stężenie bilirubiny we krwi u noworodków urodzonych o czasie nie przekracza 12 mg% i ustępuje samoistnie w ciągu 14 dni, a u wcześniaków w siódmej dobie życia – 15 mg% i ustępuje w ciągu 21 dni. Zwiększone stężenie bilirubiny lub przedłużanie się żółtaczki może mieć związek z karmieniem piersią.

Wyróżnia się dwie postacie kliniczne żółtaczki związanej z karmieniem naturalnym. Postać wczesna, tzw. żółtaczka dzieci karmionych piersią, u około 13% noworodków ujawnia się w drugiej–trzeciej dobie życia (stężenie bilirubiny >12 mg%), a jej główną przyczynę stanowi zbyt późne rozpoczęcie karmienia lub rzadkie albo nieefektywne karmienie w pierwszych dobach życia.

Postać późna, tzw. żółtaczka pokarmu kobiecego, występuje u 2–4% noworodków około siódmej doby życia (stężenie bilirubiny >10 mg%). Pod koniec drugiego tygodnia życia stężenie bilirubiny może nawet osiągnąć wartości w granicach 20–30 mg%. Żółtaczka ta utrzymuje się przez 4–12 tygodni, jej patomechanizm nie jest do końca wyjaśniony.

W ustaleniu rozpoznania bardzo istotne są wywiad dotyczący przebiegu ciąży i porodu (choroby matki, przyjmowane leki) oraz żółtaczki u rodzeństwa, ocena stanu ogólnego dziecka oraz wykluczenie patologicznych przyczyn przedłużania się żółtaczki (przede wszystkim zakażenia, niedrożności dróg żółciowych, niedoczynności tarczycy).

U większości noworodków z nasiloną żółtaczką (bez względu na jej przyczynę i rodzaj zastosowanej terapii) trzeba kontynuować karmienie piersią. Nie należy odstawiać dziecka od piersi w trakcie fototerapii. Nie ma dowodów, że podawanie dodatkowej ilości płynów przyspiesza wydalanie bilirubiny, dlatego nie zaleca się rutynowo dopajania noworodka wodą lub glukozą, jeśli karmienie piersią przebiega prawidłowo. Nieefektywne karmienie piersią może nasilić

objawy wczesnej żółtaczki, dlatego matce dziecka, u którego ten problem wystąpił, należy udzielić właściwej porady laktacyjnej.

Jeżeli żółtaczka pojawiła się w pierwszej dobie albo stężenie bilirubiny w pierwszych dniach życia dziecka przekracza granice normy – lekarz zajmie się maleństwem już na oddziale noworodkowym. Przyczyną takiej żółtaczki mogą być konflikt serologiczny, zakażenie albo choroba wątroby.

Kiedy do lekarza?

Jeśli żółtaczka pojawia się lub nasila po wypisie ze szpitala, kolor skóry zmienia się na żółtooliwkowy, mocz jest ciemny, stolce są szarobiałe, a dziecko jest mało aktywne, wiotkie, wykonuje dziwne ruchy, piskliwie krzyczy. Jeżeli stężenie bilirubiny będzie bardzo duże, dziecko zostanie skierowane do szpitala na badania i leczenie.

Sine stopy i ręce

Sinawe zabarwienie skóry może pojawić się u tak małych dzieci wtedy, gdy jest im chłodno.

Podobnie zblednięcie skóry wokół ust dziecka może uwidocznić liczne żyłki, które będą zauważalne w postaci sinego zabarwienia. Sinica obwodowa stwierdzana jest niemal u wszystkich noworodków

bezpośrednio po urodzeniu. Jest to związane ze zwiększoną wrażliwością naczyń krwionośnych na obniżenie temperatury otoczenia.

Gdy podczas płaczu na wargach oraz śluzówkach jamy ustnej dziecka pojawia się sinawe zabarwienie z fioletowym odcieniem, należy zgłosić się do lekarza. Bywają wrodzone sinicze wady serca, których dyskretne objawy mogą nie zostać zauważone na oddziale noworodkowym.

Badanie echokardiograficzne jednoznacznie potwierdzi prawidłową budowę serca.

Skóra marmurkowata

Taka skóra charakteryzuje się sinoczerwonym zabarwieniem, siatkowatym układem z jednoczesnym zblednięciem w polach zamkniętych przez siatkowato ułożone zasinienia. Zmiany występują zazwyczaj w obrębie skóry tułowia oraz kończyn i powstają na skutek jej wzmożonej fizjologicznej reakcji naczynioruchowej na warunki otoczenia: zastoju żylnego krwi wskutek ochłodzenia. Wykwity znikają zwykle tuż po ogrzaniu skóry. Przy długo utrzymujących się i nasilonych objawach skóry marmurkowatej dziecko powinien zbadać lekarz, który rozważy występowanie niedoczynności tarczycy lub innej patologii.

Plamy mongolskie

W zdecydowanej większości przypadków jest to nieostro ograniczone granatowe lub szaroniebieskie przebarwienie skóry podobne do siniaka, widoczne już w okresie noworodkowym. Najczęściej występuje na plecach lub pośladkach przedstawicieli rasy azjatyckiej czy afroamerykańskiej. Zwykle znika około piątego roku życia. Nie wymaga leczenia.

Rumień noworodkowy

To intensywne zaczerwienienie skóry, zwane też rumieniem toksycznym, które pojawia się 2–3 dni po porodzie, najczęściej poza obszarami pieluszkowymi. Na rumieniu mogą być widoczne małe białe krostki lub pęcherzyki, pojedyncze lub w skupiskach. Przyczyna tej patologii nie została wyjaśniona. Poza rumieniowymi zmianami skórnymi nie obserwuje się żadnych klinicznie istotnych objawów patologicznych.

Schorzenie nazywa się groźnie, ale po tygodniu samo ustępuje.

Trądzik noworodkowy

U większości noworodków na twarzy występują grudki, krostki i zaskórniki, podobne to tych, jakie miewa młodzież w okresie pokwitania. Grudki mogą pojawić się również na głowie i szyi, mają często zaczerwienioną podstawę, a wierzchołki biało-żółte.

Przyczyną jest działanie hormonów (androgenów) przechodzących do dziecka od matki jeszcze w czasie ciąży.

Zmienioną skórę trzeba trzy razy dziennie przemywać przegotowaną wodą i jej nie natłuszczać. Należy zachować ostrożność w stosowaniu preparatów leczniczych na twarzy noworodka.

Leczenie pielęgnacyjne trądziku noworodkowego wymaga czasu i cierpliwości, zmiany ustępują bowiem bardzo powoli. Ważne, aby się nie nasilały. W żadnym wypadku nie wolno zdrapywać ani wyciskać wyprysków na twarzy dziecka. Zmiany zwykle znikają samoistnie około trzeciego miesiąca życia.

Kiedy do lekarza?

Jeśli zmiany, zamiast ustąpić, tylko się nasilają, wskazana jest wizyta u dermatologa. Pogorszenie występuje częściej u dzieci, których rodzice mieli poważne problemy trądzikowe w okresie dojrzewania.

W leczeniu dermatolog może zastosować miejscowo nadtlenek benzoilu, antybiotyki lub kwas azelainowy.

Konsultacji wymagają również niemowlęta, u których trądzik pojawi się po raz pierwszy dopiero po kilku miesiącach życia.

Trądzik niemowlęcy

Jest znacznie poważniejszą chorobą niż trądzik noworodków. Taki trądzik może mieć charakter przewlekły i przebiega ze zmianami skórnymi, jak: zaskórniki, grudki, krostki, nacieki zapalne. W przypadkach o przebiegu łagodnym stosuje się leczenie miejscowe nadtlenkiem benzoilu i antybiotykami. W razie ciężkiego przebiegu wprowadza się terapię doustną antybiotykami z grupy makrolidów. W trądziku opornym na leczenie wskazana jest konsultacja endokrynologiczna. Przypadki o tak nasilonym przebiegu występują na szczęście bardzo rzadko.

Noworodkowa krostkowica głowy

Wykwity mogą być podobne do trądzikowych, ale grudki i krostki są w stanie zapalnym (czerwone). O rozwój tych zmian podejrzewana jest kolonizacja skóry przez drożdżaka. Ustępują spontanicznie, praktycznie bez konieczności wdrażania jakiegokolwiek leczenia.

Przerost gruczołów łojowych

Ten stan jest następstwem hormonalnego pobudzenia gruczołów. U noworodków urodzonych o czasie widoczne są liczne drobne żółte grudki, z reguły umiejscowione na nosie, górnej wardze i policzkach. Rzadko przerost gruczołów łojowych stwierdzany jest natomiast u noworodków urodzonych przedwcześnie. Te zmiany skórne nie są groźne i samoistnie ustępują w ciągu pierwszych tygodni lub miesięcy.

Prosaki

Mają one wygląd drobnych białych lub cielistych grudek. Są podobne, ale jaśniejsze, do opisanych przerośniętych gruczołów łojowych. Również lokalizacja tych zmian jest podobna: pojawiają się na czole, policzkach, grzbiecie nosa i fałdach nosowo-policzkowych. Różnią się morfologią. Prosaki są naskórkowymi lub podnaskórkowymi cystami powstałymi w następstwie nadmiernego rogowacenia ujść mieszków włosowych z zaleganiem wydzieliny gruczołów łojowych.

Perty Epsteina

Czyli torbiele naskórka, które objawiają się jako skupiska białych grudek w buzi dziecka, po obu stronach szwu łączącego podniebienie twarde oraz na dziąsłach. To też są prosaki, tyle że zajmują błony śluzowe. Po kilku tygodniach perty Epsteina, podobnie jak prosaki, ulegają samoistnemu złuszczeniu. Dla dziecka nie mają żadnego znaczenia, to tylko uroda.

Łuszcząca się skóra

Skóra noworodków, zwłaszcza urodzonych po terminie, czasem wygląda tak, jakby schodziła po poparzeniu słonecznym. Niekiedy zmiany dotyczą całego ciała, niekiedy tylko jego fragmentów, na przykład rąk i nóg. To normalna reakcja – po miesiącach spędzonych w płynie owodniowym skóra bardzo szybko wysycha. Ciało maleństwa trzeba dwa razy dziennie natłuszczać – oliwką albo balsamem emolientowym, które zatrzymują w skórze wilgoć i nie pozwalają jej wysychać. Łuszczenie się powinno trwać nie dłużej niż kilka tygodni. Jeśli nie ustąpi, warto odwiedzić lekarza.

Obrzęk piersi

Zdarza się w pierwszych tygodniach życia, że piersi noworodka – i chłopca, i dziewczynki – są lekko opuchnięte, a z sutków sączy się białawy płyn. To efekt hormonów mamy (estrogenów), które pod koniec ciąży dostały się do płodu za pośrednictwem łożyska.

Płynu z piersi nie wolno wyciskać, gdyż grozi to infekcją. Wystarczy go zmywać gazikiem nasączonym ciepłą przegotowaną wodą. Obrzęk zniknie po tygodniu czy dwóch. Niestety, ale na szczęście rzadko, pojawia się czasami zaczerwienienie i bolesność obrzękniętego sutka. Takie zmiany wskazują na stan zapalny, który musi pilnie ocenić lekarz.

Wydzielina z pochwy

Zazwyczaj gęsta i biaława. U niektórych kilkudniowych dziewczynek pojawia się również lekkie krwawienie przypominające miesiączkę. Oba objawy spowodowane są przez hormony mamy. Biała wydzielina znika sama i nie wymaga leczenia. Krwawienie zwykle trwa tylko jeden dzień – jeśli nie ustanie po upływie pierwszego tygodnia życia, trzeba skontaktować się z lekarzem.

Nierówna bruzda międzypośladowka

U niektórych noworodków występuje rozdwojenie (rozwidlenie) lub asymetria górnej części bruzdy międzypośladowej. To może być tylko uroda, ale zmiany tego typu mogą wskazywać na nieprawidłowości w dolnym odcinku kręgosłupa. Następstwem takiej wady mogą być zaburzenia neurologiczne w nogach. Czasami w takich przypadkach pojawiają się skolioza, ból pleców i nieprawidłowości ortopedyczne stóp – zwłaszcza duże skrócenie ścięgien Achillesa powodujące przetrwały chód na palcach. U noworodków ewentualne wady kręgosłupa można określić za pomocą badania USG. U starszych niemowląt i dzieci lekarz rozważy wykonanie rezonansu magnetycznego kręgosłupa, by wykluczyć anomalię lub ją potwierdzić.

Zatoka skórna okolicy krzyżowo-guzicznej

Około 5% noworodków ma wrodzone zagłębienia skórne w linii pośrodkowej okolicy krzyżowo-guzicznej. Znaczna większość takich zmian występuje w obrębie bruzdy międzypośladowej i nie ma dla dziecka żadnego znaczenia. Większe zaniepokojenie mogą wzbudzać zatoki zlokalizowane powyżej górnej granicy bruzdy.

Zagłębienie może powodować miejscowe stany zapalne, zwłaszcza w razie głębszych kanałów zatoki. W takiej sytuacji właściwa higiena może być utrudniona i zalegająca wydzielina gruczołów skóry ulega zakażeniu. Na szczęście zatoki skórne są najczęściej krótkie i wąskie.

Mała zatoka skórna okolicy guzicznej, przy braku innych sąsiadujących zmian i prawidłowym rozwoju dziecka, nie wymaga zwykle dalszych badań. Można wykonać USG okolicy krzyżowo-guzicznej, np. podczas badania stawów biodrowych. Zwykle badanie wykazuje, że nic złego się nie dzieje. Jednak nieprawidłowy wynik USG stanowi wskazanie do wykonania rezonansu magnetycznego. Podobnie zmiany o dużym ryzyku są wskazaniem do dodatkowych badań specjalistycznych.

Za duże ryzyko są uważane zatoki o średnicy ponad pół centymetra oraz dodatkowe zmiany skórne tej okolicy, jak:

- naczyniak krwionośny jamisty (wypukły),
- włosy w obrębie zagłębienia,
- znamię barwnikowe (niebędące plamą mongolską lub typu kawa z mlekiem),
- wyrośla skórne,
- grudka lub guzek podskórny,
- widoczny zanik skóry.

Zagłębienia w okolicy krzyżowej, które nie spełniają tych kryteriów, bardzo rzadko wymagają dalszej diagnostyki. W razie wątpliwości lekarz zleci badania obrazowe, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, również konsultację z neuro-chirurgiem.

Brązowa moszna

W terminologii medycznej określana jako hiperpigmentacja moszny. Najczęściej jest urodą po przodkach. Bardzo rzadko może być objawem wrodzonego przerostu nadnerczy (WPN). W przypadku tej choroby najbardziej zagrożone są noworodki, u których może się rozwinąć zespół utraty soli (zwykle w drugim tygodniu życia). Objawy utraty soli to: brak przyrostu masy ciała, odwodnienie, brak łaknienia, wymioty, senność, pogarszanie się stanu ogólnego. Lekarz podejrzewający WPN zleca badania laboratoryjne krwi umożliwiające ocenę stężenia: sodu, potasu i glukozy oraz hormonu 17-OH progesteronu.

Ciemiączka

Przednie zwane jest większym i rzeczywiście jest znacznie większe od tylnego. Zazwyczaj ma kształt rombu, najczęściej o wymiarach 2,5 cm x 4 cm. U dzieci zdrowych, w pozycji siedzącej, jego powierzchnia jest lekko zapadnięta. W przypadkach odwodnienia – zapadnięcie może być widoczne również u leżącego niemowlęcia. Nadmiernie tętniące ciemiączko może wzbudzać uzasadniony niepokój, zwłaszcza gdy występują dodatkowe objawy, jak gorączka czy wymioty. U zdrowego maleństwa ciemiączko może napinać się (a nawet uwypuklać) podczas krzyku.

Przednie ciemię zazwyczaj zamyka się między 10 a 18 miesiącem życia dziecka, jednak nie należy traktować tego jako sztywnej normy. Wcześniejsze zamknięcie ciemienia nie musi oznaczać przedwczesnego zarośnięcia szwów czaszkowych i deformacji czaszki, nazywanej ścieśnieniem, ani małowłowa.

Błędem jest odstawienie witaminy D u dzieci z szybko zmniejszającym się ciemieniem, jeśli nie stwierdza się innych zaburzeń, a obwód głowy wzrasta prawidłowo.

W ocenie czaszki bardzo ważne jest tempo przyrostów obwodu głowy. Niemowlęta, które nie mają 10 miesięcy, a ich ciemię przednie zarośło – powinny pozostawać pod opieką pediatry. Pediatra powinien co 2–4 tygodnie mierzyć obwód głowy dziecka, a wynik pomiaru nanosić na siatkę centylową i oceniać przyrost. Dodatkowo należy oceniać rozwój dziecka. Lekarz może zalecić ocenę gospodarki wapniowo-fosforanowej.

Dzieci, u których występuje spowolnienie wzrostu obwodu głowy i/lub deformacje czaszki, wymagają konsultacji w poradni neurochirurgicznej i ewentualnie dodatkowo u innych specjalistów.

Guzy na czaszce

Zmiany guzowate występujące po porodzie na czaszce noworodka można zaliczyć do jednego z trzech typów: przedgłowie, krwiak podkostnowy lub krwiak podczepcowy. Nazwy zależą od struktury anatomicznej, pod którą się znajdują. Ultrasonografia pozwala dokładnie ocenić charakter guza, jego zawartość i zasięg.

Przedgłowie jest obrzękiem w części przodującej czaszki podczas przechodzenia przez kanał rodny. Zwykle ustępuje po kilku dniach bez następstw.

Krwiak podkostnowy jest mniejszy i ograniczony do jednej kości. Najczęściej pojawia się na czubku głowy. Mniejsze krwiaki wchłaniają się bez śladu. Większe z czasem wapnieją i mogą powodować deformację czaszki. Zniekształcenie czaszki niepokoi rodziców, ale po kilku miesiącach deformacja zwykle samoistnie ustępuje

Z kolei krwiak podczepcowy jest duży i może spowodować niedokrwistość, a wchłanianie krwi z tak dużej zmiany może się stać przyczyną przedłużonej żółtaczki u noworodka. W razie uszkodzenia skóry nad zmianą może dojść do zakażenia krwiaka. Zwykle nic się z takim krwiakiem nie robi, zalecana jest obserwacja. Leczenie chirurgiczne stosowane jest rzadko i zwykle ogranicza się do dzieci, u których może dojść do trwałej deformacji lub zakażenia krwiaka.

Problemy z urodą, czyli choroby skóry

Łojotokowe zapalenie skóry

Objawy łojotokowego zapalenia skóry pojawiają się już w pierwszych dniach lub tygodniach życia dziecka, czyli znacznie wcześniej niż objawy atopowego zapalenia skóry. Dominującym objawem jest **ciemieniucha**, ale zmiany mogą się pojawić nie tylko na owłosionej skórze głowy, lecz także za uszami, w fałdach skórnych, na twarzy i szyi, pod pachami i w okolicy zakrytej pieluszką. W przypadku zajęcia fałdów skórnych można obserwować sączenie i powstawanie liniowych pęknięć. Na zaczerwienionej skórze widać sączące się i złuszczone wykwity. Na owłosionej skórze głowy wyglądają jak tłuste, żółtoszare łuski, zwykle mocno przylegające do podłoża. Przyczyną tych zmian, nazywanych „czepcem kołyskowym”, są nadmierna produkcja łoju – wywołana hormonami matki, które wpływają na dziecko jeszcze jakiś czas po urodzeniu – oraz zakażenie drożdżakami. Drożdżaki namnażają się nadmiernie u dzieci ze zwiększonym wydzielaniem łoju.

Zmiany łojotokowe mogą być podobne do atopowego zapalenia skóry – oba stany zapalne mogą też wystąpić jednocześnie. Niektórzy autorzy uważają, że chorób tych nie można odróżnić we wczesnym okresie.

W przypadku atopowego zapalenia skóry świąd jest zwykle znacznie bardziej nasilony i przewlekły, a zmiany skórne nie są obserwowane pod pieluszką.

Zrogowaciałą żółtą skorupę na głowie można posmarować specjalnym preparatem albo zwykłą oliwą z oliwek, odczekać pewien czas, a potem usunąć zmiękczone strupki miękką szczotką do włosów lub do zębów.

Z czasem działanie matczynych hormonów ustaje, zmniejszają się gruczoły łojowe oraz ich wydzielanie, a zmiany na skórze znikają.

Kiedy do lekarza?

Jeśli pojawi się intensywne zaczerwienienie zajmujące rozległe powierzchnie, w tym okolice pielnuszkową, z krostkami sączącymi albo zmiany utrzymują się dłużej niż dwa tygodnie.

Jeśli zmiany są bardzo nasilone, podstawę leczenia stanowi postępowanie przeciwgrzybicze w postaci kremów i szamponów. W razie nadkażenia bakteryjnego lekarz zleci na skórę odpowiednie preparaty z antybiotykiem.

W przypadku nasilonych objawów zapalnych, rumienia oraz świądu – można na krótko włączyć do leczenia krem z hydrocortyzonem, co drugi dzień.

Jeśli postępowanie jest prawidłowe, łojotokowe zapalenie skóry u niemowląt mija najczęściej w ciągu kilku tygodni, chociaż może trwać nawet do roku; u dorosłych natomiast ma tendencję do nawrotów i wymaga stałej pielęgnacji.

Pieluszkowe zapalenie skóry

Jest to najczęstsze schorzenie skóry okresu niemowlęcego, występuje u co czwartego dziecka. Przyczyną są niewłaściwa pielęgnacja, osłabienie z powodu choroby lub ząbkowania, leczenie antybiotykami, zbyt rzadkie przewijanie, stała wilgoć pod pieluszką i brak dostępu powietrza. Do stanu zapalnego mogą się przyczyniać składniki chemiczne zawarte w preparatach pielęgnacyjnych i pieluszkach.

Alergiczne zapalenie skóry mogą wywoływać nawet tzw. neutralne kremy zawierające eucerynę czy lanolinę, a preparaty witaminowe (zwłaszcza z witaminą A) mogą skórę podrażniać. Nawet mydła, którymi opiekunowie myją ręce przed nakładaniem kremu na skórę dziecka, mogą wywoływać u niego podrażnienia alergiczne. Przyczyną stanu zapalnego bywa podcieranie chusteczkami higienicznymi zamiast podmywania wodą. Trzeba również pamiętać, że występowaniu zmian w tej okolicy sprzyja także zbyt intensywne pocieranie delikatnej skóry niemowlęcia w celu dokładnego usunięcia zabrudzeń.

Stan zapalny widoczny jest w postaci zaczerwienienia skóry w okolicy narządów płciowych i odbytu. To początek pieluszkowego zapalenia skóry (PZS) zwanego rumieniem pieluszkowym, a potocznie „odparzeniem”.

Po kilku dniach, a czasem już po kilku godzinach, zaczerwienienie okolicy podpieluszkowej może stać się nasilonym rumieniem. Zmieniona skóra robi się wtedy mocno czerwona, nadmiernie ucieplona

i bolesna. Dolegliwości mogą się rozszerzyć na pośladki, podbrzusze, krocze oraz bliższe części ud. Na zmianach rumieniowych pojawiają się grudki sączące i pęcherzyki. Pękające pęcherzyki tworzą nadżerki – żywe sączące się ranki.

Nasilenie oraz rozszerzenie rumienia (również na fałdy skórne), ze złuszczeniem na obwodzie, oraz dodatkowy wysiew grudkowo-krostkowych wykwitów mogą wskazywać na nadkażenie drożdżakami. Z kolei pęcherze lub powierzchowne nadżerki pokryte żółtymi strupami przemawiają za wtórnym zakażeniem gronkowcowym. Paciorkowce są odpowiedzialne za wystąpienie wyraźnie ograniczonego rumienia (zaczerwienienia) w okolicy okołodbytniczej, szerzącego się na narządy płciowe. W skrajnych, nieleczonych przypadkach może dojść do wystąpienia pęcherzy, nadżerek oraz owrzodzeń pokrytych ropną wydzieliną, a także powikłań ze strony układu moczowego.

Leczenie PZS polega na częstszej zmianie pieluszek oraz wietrzeniu oczyszczonej chorej skóry: rozbieramy dziecko do połowy i przykrywamy pieluchą z tetry lub flaneli. Przydatne są kąpiele pupy w jasnoróżowym roztworze nadmanganianu potasu. Można rozważyć zastosowanie preparatu odkażającego Octenisept i/lub przeciwgrzybicznego Clotrimazolu. Po wietrzeniu smarujemy zmianę (cienką warstwą!) kremami łagodzącymi z tlenkiem cynku. Przemiennie aplikujemy preparaty o działaniu nawilżającym. Tłuste maści ograniczają dostęp powietrza i mogą zmiany nasilać.

Kiedy do lekarza?

Jeśli leczenie nie przynosi efektów, co może wynikać z dodatkowego zakażenia, lekarz prawdopodobnie zaleci krótkotrwałe stosowanie maści zawierających antybiotyki, lek przeciwgrzybiczy oraz kortykosteryd o słabej sile działania.

Profilaktyka. Bardzo ważne jest, jak wcześniej pisałem, prawidłowe oczyszczanie skóry znajdującej się pod pieluchą. Pupa zabrudzona kałem musi być za każdym razem dokładnie umyta pod bieżącą wodą, z użyciem mydeł w postaci syntetycznych detergentów (syndetów) o pH 5,5, bez składników zapachowych i drażniących. Tradycyjne mydła oraz tzw. antyseptyczne nie są wskazane. Przeciwwskazane są myjki wielorazowe, bo mogą być siedliskiem zarazków.

Umytą skórę należy bardzo dokładnie osuszyć, szczególną uwagę zwracając na zagłębienia między fałdami. W miarę możliwości umyta pupa powinna być wietrzona.

Oczyszczoną i suchą skórę najlepiej posmarować emolientowym kremem ochronnym. Nie jest zalecane zasypywanie talkiem, czy też mąką ziemniaczaną – powoduje to na zdrowej skórze podrażnienia, a nawet stany zapalne.

Potówki

To częste zmiany skórne u noworodków i niemowląt; przyczyną jest zwykle wzmożone pocenie w następstwie przegrzania organizmu, a więc za ciepłe okrycie i nieprzewiewne ubranko. Czynnikiem sprzyjającym pojawianiu się potówek są utrudnienie odpływu potu, maceracja naskórka i przetłuszczanie skóry. Zaczopowanie ujść gruczołów potowych w obrębie głębszych warstw naskórka prowadzi do powstania **potówek czerwonych**, które wyglądają jak grudki, oczywiście czerwone.

Należy przestać maleństwo przegrzewać: obniżyć temperaturę pomieszczenia do 20°C i założyć dziecku lekkie ubranko. Ponadto trzeba zrezygnować z oliwek kosmetycznych; pozwoli to skórze oddychać. Wskazane są kąpiele z dodatkiem delikatnych produktów przeznaczonych dla dzieci, ale niezawierających składników olejowych.

Przy zmianach bardziej nasilonych zaleca się stosowanie preparatów z cynkiem. W przypadku wtórnego nadkażenia zmian skórnych lekarz może zalecić miejscowo preparaty antybiotykowe.

Kiedy do lekarza?

Jeśli pojawi się żółtawa wydzielina i obrzęk skóry. Lekarz zaleci środki o działaniu odkażającym.

Znamiona

U wielu noworodków na potylicy występują różowe plamki, zwane dziobnięciem bociana. Takie same zmiany na czole i powiekach nazywane są pocałunkiem anioła. Wszystkie zaliczamy do **znamion prostych**. Powstają w wyniku rozszerzania się naczyń krwionośnych i są widoczne już w pierwszych dobach życia. Zmiany na czole mają tendencję do blednięcia i całkowitego zaniku – najczęściej w pierwszym roku życia, choć niektóre mogą pozostać na zawsze; będą tylko bledsze. Przetrwale znamiona są płaskie i nie wiążą się z ryzykiem innych zmian.

Naczyniaki

Naczyniaki niemowlęce mogą być widoczne po urodzeniu, ale częściej pojawiają się w dwóch pierwszych miesiącach życia. Występują u 10% niemowląt – najczęściej na twarzy, skórze owłosionej głowy i przedniej powierzchni klatki piersiowej. Gdy są położone powierzchownie, mają kolor czerwono-wiśniowy, gdy głęboko – siny odcień. Zabarwienie skóry nad głęboko umiejscowionymi naczyniakami może nie być zmienione. Naczyniaki położone powierzchownie są zmianami wyraźnie ograniczonymi, wyniosłymi i poddają się uciskowi.

Naczyniaki położone głębiej, dawniej nazywane jamistymi, wyglądają na bardziej rozlane niż te powierzchowne i nie są ograniczone tak wyraźnie.

Naczyniaki niemowlęce początkowo się powiększają, a później bardzo często zanikają. Niemowlęta z dużymi naczyniakami lekarz kieruje na leczenie specjalistyczne. Położone powierzchownie rzadko bywają miejscem owrzodzenia, zakażenia lub krwawienia. Zlokalizowane na powiece mogą utrudniać widzenie, ale bardzo rzadko naczyniaki niemowlęce zaburzają czynności narządów ważnych dla życia.

Do naczyniaków niemowlęcych podobne są znacznie rzadziej występujące **naczyniaki wrodzone** – zwykle pojedyncze guzy naczyń, często zlokalizowane na głowie, szyi i kończynach. Mogą być ciepłe przy dotyku, mają postać zaokrąglonych, wypukłych zmian, wyraźnie bledszych na obwodzie, fioletowych, różowych lub szarych. Jeśli zanikają w pierwszych miesiącach życia, często pozostawiają nadmiar skóry i prześwitujące poszerzone naczynka krwionośne. Podobnie jak wszystkie większe zmiany na skórze muszą być okresowo oceniane przez lekarza. W niektórych przypadkach wskazane jest chirurgiczne usunięcie.

Na skórze niemowlaka można dostrzec także inne znamiona i naczyniaki. Jedne są zupełnie niegroźne, inne mogą być niebezpieczne. Wszystkie powinien ocenić lekarz. Więcej na opisywany temat:

<http://www.drpleskot.pl/porady-zdrowotne/199-naczyniaki-i- znamiona>

Oczne kłopoty

Do okulisty planowo powinny się zgłosić dzieci urodzone przedwcześnie; obowiązkowe badanie okulistyczne przeprowadzane jest u wcześniaków w 4, 8 i 12 tygodniu życia. Zaleca się badanie dzieci z rodzin obciążonych genetycznie zaćmą oraz jaskrą i siatkówczakiem, czy też – jeśli rodzice mają ciężką wadę wzroku.

Maluch także powinien trafić do okulisty, gdy:

- gałki oczne ma niesymetryczne,
- źrenice ma nierówne lub poszerzone,
- odbłask źrenicy jest żółty lub żółtobiały,
- w trzecim miesiącu życia nie nawiązuje z rodzicami kontaktu wzrokowego i nie reaguje na ich widok uśmiechem ani machaniem rączkami,
- sięga i chwyta przedmioty na wprost, a nie po łuku, i/lub zbliża je tylko do jednego oka,
- oraz w przypadku każdej, potwierdzonej przez pediatrę, nieprawidłowości narządu wzroku.

Nawet przewlekłe łzawienie wymaga kontroli okulistycznej. Jeśli u niemowlęcia występuje nadmierne łzawienie, to jego przyczyną jest najczęściej niedrożność dróg łzowych.

Oko mniejsze i większe

U niemowląt można zaobserwować asymetryczną wielkość oczu. Czasami jest widoczne mniejsze oko na „mniejszej połowie” twarzy. Nikt nie jest perfekcyjny.

Niezależnie od wielkości oka można zaobserwować różnicę między szerokością źrenic (anizokoria). U co piątego człowieka jest niewielka, ok. 1 mm. Trzeba się dobrze wpatrywać, aby ją dostrzec, gdy mieści się w granicach **anizokorii fizjologicznej**, czyli gdy różnica jest mniejsza od 2 mm. Pomocne w ocenie może być zdjęcie buźki.

Dobrze, jeśli asymetrii nie towarzyszą opadanie powieki ani zaburzenia ruchomości gałek ocznych. Nie stwierdza się również żadnych nieprawidłowości w badaniu neurologicznym i stanie ogólnym dziecka.

Dla pełnego bezpieczeństwa niemowląt, u których uwidocznione jest ciemię przednie, wykonuje się badanie ultrasonograficzne. Celem badania jest wykluczenie nieprawidłowości w mózgu. Można także ocenić dno oczu, co pozwoli określić, czy asymetrii źrenic nie towarzyszą inne nieprawidłowości w budowie oka. Jak zawsze w pediatrii warto powtarzać badanie pacjenta – oceniać go kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu. Pozwala to uzyskać pewność, że nie pojawiają się nowe objawy.

Warto namówić lekarza do odnotowania fizjologicznej anizokorii w książeczce zdrowia dziecka. Zaoszczędzi to pacjentowi niepotrzebnego badania tomograficznego po niewielkich urazach głowy.

Nie można jednak zapomnieć, że istnieje **anizokoria rzeczywista**. Szerokość źrenicy zależy przecież nie tylko od natężenia oświetlenia, lecz także od mózgu. Nieprawidłowości w przebiegu włókien nerwowych mogą zaburzać prawidłowy odruch i powstaje nierówność źrenic. W takich przypadkach podczas lekarskiego badania przedmiotowego stwierdza się również inne nieprawidłowości (np. dodatnie objawy oponowe, zaburzenia świadomości czy opadanie powieki).

W razie stwierdzenia anizokorii rzeczywistej u każdego pacjenta zaleca się przeprowadzenie diagnostyki obrazowej, gdyż prawdopodobną przyczyną tego objawu jest uszkodzenie struktur mózgu.

Fałszywy lub rzekomy objaw zachodzącego słońca

Ponad kolorową tęczęwką jest widoczny odstonięty przez powiekę biały rąbek twardówki, a sama tęczęwka nie jest częściowo zakryta dolną powieką. Taki objaw można czasowo zaobserwować u zdrowych niemowląt, częściej, gdy są pobudzone. Powstaje w wyniku niewielkiego wzmożenia napięcia mięśnia dźwigacza powieki górnej. Wszystkie ruchy gałki ocznej są zachowane, co można sprawdzić, wykonując próbę wodzenia wzrokiem za kolorowym przedmiotem. Reakcje zwężenia źrenic na światło latarki są prawidłowe. Bez problemów ze ssaniem czy połykaniem. Dziecko jest w dobrym stanie ogólnym, robi postępy w rozwoju, dobrze przybiera na wadze. Objaw nie wymaga leczenia i ustępuje z wiekiem. W przypadku wątpliwości lekarz powinien zlecić USG przezciemiączkowe.

Objaw zachodzącego słońca

Jest to objaw patologiczny, w którym tęczęwka oka pozostaje częściowo ukryta pod dolną powieką, a biała twardówka – widoczna ponad tęczęwką. Objaw występuje przez cały czas obserwacji dziecka. Najczęściej, choć nie zawsze, towarzyszy wzrostowi ciśnienia śródczaszkowego w przebiegu wodogłowia. Mogą z nim współwystępować inne objawy, jak: nadmierny przyrost obwodu głowy, poszerzenie szwów czaszkowych, wymioty, senność, drażliwość, zaburzenia łąknienia, zmiana zachowania dziecka, zwolnienie czynności serca, brak przyrostu masy ciała. Wtedy należy **zgłosić się do lekarza**.

Zezowanie

Noworodkom mogą „uciekać” oczka. Zdarza się – wcale nierzadko – że każde oczko porusza się po swojemu, jedno ucieka na zewnątrz, drugie do środka. Jest to spowodowane tym, że mięśnie koordynujące ruchy gałek ocznych są jeszcze słabe.

W okresie niemowlęcym gałki oczne często są w niewielkim stopniu zwrócone na zewnątrz (rozbieżnie). Ten najczęstszy typ zezania szybko przyjmuje postać zbieżną, która początkowo również mieści się w granicach normy. **Jeżeli zez utrzymuje się po ukończeniu przez dziecko drugiego miesiąca, konieczne jest skierowanie do okulisty dziecięcego.**

Jednym z częstych błędów w ocenie wzroku niemowlęcia jest stwierdzenie odchylenia gałki ocznej, które w rzeczywistości nie występuje – co nazywamy zezem pozornym.

Na szczęście wykrycie zezania pozornego jest dość proste. W tym celu wykonuje się test odbłasków rogówkowych, który polega na ocenie położenia refleksu świetlnego (świecąca plamka) przy oświetleniu obu oczu latarką kieszonkową i skupieniu wzroku na źródle światła. Refleks zlokalizowany równo w środkowych punktach obu źrenic wskazuje na prawidłowe ustawienie gałek ocznych.

Jaskra wrodzona

Rzadko, u jednego na 10 tysięcy noworodków, nasilone łzawienie towarzyszy jaskrze wrodzonej. Jej klasycznymi dodatkowymi objawami są światłowstręt i kurcz powiek, często – nasilony płacz i niepokój dziecka. Duża średnica środkowej czarnej części oka, zwanej rogówką, sprawia wrażenie ślicznych dużych oczu. Objawem alarmowym jest jej zmętnienie.

Biała źrenica (leukokoria)

Występuje również bardzo rzadko, ale może być następstwem zaćmy lub różnych ciężkich chorób. Wymaga pilnej diagnostyki w oddziale okulistycznym.

Niedrożność dróg łzowych

Dopiero pod koniec pierwszego miesiąca życia dziecka jego gruczoły łzowe zaczynają produkować łzy, czyli łzawienie oczu w pierwszym miesiącu nie jest związane z płaczem. Łzy płyną nieprzerwanie. Przepływają i nawilżają oczy, a potem wyciekają przez małe kanaliki łzowe rozpoczynające się na brzegu powiek w wewnętrznym kącie oka, wpływają do worka łzowego, a następnie przewodem nosowo-łzowym do nosa.

Najczęstszą zmianą chorobową dróg łzowych jest ich wrodzona niedrożność. Zazwyczaj niedrożne jest ich ujście do nosa. W czasie ciąży otwór ten jest zamknięty przez błonę, która pęka, kiedy dziecko zaczyna krzyczeć po porodzie. Ponieważ nie zawsze do tego dochodzi, łzy nie mogą odpływać z worka spojówkowego do nosa i mamy do czynienia z wrodzoną niedrożnością dróg łzowych.

W przypadku niedrożności ujścia przewodu nosowo-łzowego łzy gromadzą się w worku łzowym. Bakterie normalnie bytujące w tym miejscu, które nie mogą się rozwijać ze względu na szybki przepływ łez, mają wówczas bardzo dobre warunki do namnażania się. Worek łzowy zostaje wypełniony wydzieliną ropną, która – nie mogąc odpłynąć do nosa – przedostaje się wstecznie przez kanaliki łzowe na powierzchnię gałki ocznej. Objawia się to stałym ropieniem oczu, sklejeniem powiek

rano po obudzeniu się dziecka i odkładaniem się na brzegu powiek łuseczek powstałych po wysuszeniu wydzieliny ropnej. Może dojść do stanu zapalnego błony śluzowej worka łzowego i spojówek.

Jeżeli dziecko nie ma typowych objawów infekcji oczu z zaczerwienionym brzegiem powiek, a są one jedynie pokryte „szklaną” powłoką łez – możemy podejrzewać niedrożność przewodu nosowo-łzowego. Jego blokadę potwierdza cofanie się wydzieliny ropnej z worka łzowego do oka, gdy tuż przy jego kąciku uciśniemy nosek.

U dzieci w pierwszym roku życia z wrodzoną niedrożnością dróg łzowych może dojść do ich samoistnego udrożnienia. Dlatego niemowlętom początkowo zalecane jest masowanie worka łzowego, a nie operacja.

Co robić?

1. Kilka razy dziennie należy przepłukiwać oczka dziecka za pomocą jałowego roztworu soli fizjologicznej.

2. W celu udrożnienia kanalika łzowego możemy zastosować delikatny jego masaż czystym opuszką palca. Trzeba uciskać brzegi obu powiek w kącie przyśrodkowym, a następnie przesuwać palec (z powieki górnej) w dół po bocznej ścianie nosa. Zwiększenie ciśnienia w worku łzowym może spowodować pęknięcie błony zamykającej ujście

przewodu nosowo-łzowego do nosa. Taki zabieg należy powtarzać minimum pięciokrotnie, cztery razy dziennie.

Potem należy oczyścić oko dziecka z wydzieliny, która może wydobyć się pod wpływem ucisku. Najlepiej zrobić to jałowym gazikiem zwilżonym letnią przegotowaną wodą lub solą fizjologiczną.

Jeżeli błona zamykająca przewód nosowo-łzowy jest cienka, to dochodzi do jej pęknięcia w pierwszych miesiącach życia dziecka. W przypadku grubej błony masaże worka łzowego są zazwyczaj nieskuteczne, niezależnie od tego, jak długo są wykonywane.

Kiedy do lekarza?

Gdy podejrzewamy zapalenie spojówek, czyli gdy żółtawa wydzielina skleja rzęsy i brzegi powiek. Lekarz może zlecić antybiotyki w kroplach.

Jeśli masaż worka łzowego nie doprowadzi do udrożnienia przewodu nosowo-łzowego, należy wykonać sondowanie dróg łzowych. Termin jego wykonania jest przedmiotem kontrowersji. W większości podręczników podaje się, że zabieg powinien być przeprowadzony pod koniec pierwszego roku życia dziecka.

Ropienie oczu

Ropna wydzielina w oczach jest objawem zapalenia spojówek. W zależności od wieku dziecka choroba może mieć różne przyczyny, odmienny przebieg i różny stopień ryzyka powikłań. U noworodków i niemowląt jest znacznie groźniejsza niż u przedszkolaków.

U kilkudniowego noworodka mogą się pojawić zaczerwienienie oczu, obrzęk powiek, a czasami nawet ropa – jest to skutek zabiegu Credego, który wykonuje się po urodzeniu. Zabieg polega na wpuszczeniu do każdego oka dziecka jednej kropli 1-procentowego roztworu azotanu srebra; ma zapobiec zakażeniu dwoinkami rzeżączki, które mogą znajdować się w drogach rodnych kobiety, czyli rzeżączkowemu zapaleniu spojówek. Chemiczne zapalenie spojówek po podaniu azotanu srebra zwykle pojawia się 6–8 godzin po wkropleniu, czyli w czasie pobytu na oddziale noworodkowym. Stan zapalny samoistnie ustępuje w ciągu 2–4 dni. Jeśli objawy nie ustąpią w ciągu 3 dni, trzeba iść do lekarza okulisty, szczególnie gdy ropienie i obrzęk powiek się nasilają.

Najczęściej zapalenie spojówek u noworodków jest wywoływane przez bakterie, rzadziej przez zakażenie chlamydiami lub wirusami. Do zakażenia może dojść w trakcie porodu, podczas kontaktu z drogami rodnymi matki; choroba ujawnia się zwykle 5–14 dni po porodzie. Może

przebiegać łagodnie z minimalnym wysiękiem śluzowo-ropnym, ale też z obustronnym obrzękiem powiek oraz śluzowo-krwistą, później ropną wydzieliną. Takiego stanu nie można bagatelizować. Lekarz zleci antybiotyki, miejscowo w kroplach, a wyjątkowo nawet dożylnie, jeśli będzie podejrzewał uogólnione zakażenie chlamydiami. Konieczne jest równoczesne leczenie matki dziecka oraz osób, z którymi utrzymuje ona kontakty seksualne, ponieważ zakażenia chlamydiami przenoszą się drogą płciową.

W przeciwieństwie do bakteryjnego zapalenia spojówek, które trwa przeciętnie około 5 dni, zakażenie chlamydiami ma przebieg przewlekły (trwa ponad 3 tygodnie) i często dochodzi do nawrotów. Czasami zmianom towarzyszy zapalenie rogówki. Dość często zapalenie spojówek współwystępuje z zakażeniem ogólnym (zapaleniem gardła, krtani, uszu, rzadziej z zapaleniem płuc).

Bakteryjne zapalenie spojówek u niemowląt występuje częściej niż u noworodków, ale na szczęście przebiega mniej dramatycznie. Kiedy na rączkach niemowlaka znajduje się dużo zarasków, bardzo łatwo jest je przenieść do oka – w ten sposób dochodzi do powstania zakażenia. Choroba objawia się zazwyczaj jednostronnym łzawieniem, zaczerwienieniem, obrzękiem powieki i ropną wydzieliną. Po 1–2 dniach zwykle dochodzi do zakażenia drugiego oka. Stan zapalny i ropienie trwają przeciętnie około 5 dni. Nie towarzyszą temu żadne dodatkowe objawy ogólne.

Ze względu na ryzyko powikłań dziecko powinno zostać zbadane przez lekarza, który zadecyduje o dalszym postępowaniu.

Leczenie bakteryjnego zapalenia spojówek zazwyczaj rozpoczyna się od podania kropli antybiotykowych o szerokim spektrum działania przeciwbakteryjnego. Terapia ta ma na celu przede wszystkim skrócenie czasu choroby, która może ustąpić samoistnie.

Należy pamiętać o konieczności odpowiedniego dawkowania kropli (minimum trzy, a częściej cztery razy dziennie), aby skutecznie leczyć, a zarazem zmniejszyć możliwość rozwoju oporności bakterii na stosowane antybiotyki.

Badania bakteriologiczne nie są konieczne. Bakterii nie uda się wyhodować, jeżeli chory był leczony antybiotykami w kroplach.

U niemowląt z niedrożnymi drogami łzowymi, jak wcześniej opisałem, łatwiej dochodzi do nawracających zakażeń.

Cierpiąca buzia

Krótkie wędzidełko języka

Krótkie wędzidełko języka u noworodka zwykle rozpoznaje się po urodzeniu, gdy widoczny jest fałd błony śluzowej łączący dolną powierzchnię języka z dnem jamy ustnej. Można zaobserwować ograniczenie zakresu ruchów języka, zwłaszcza wysuwania poza dziąsła i wargi, oraz charakterystyczne zniekształcenie przedniej części.

Matki noworodków z krótkim wędzidełkiem języka często skarżą się na nieprawidłowe ssanie piersi, bolesność i zranienia brodawek sutkowych w postaci linijnych nadżerek i pęknięć.

Bezwzględnymi wskazaniami do podcięcia krótkiego wędzidełka języka w okresie noworodkowym są zaburzenia ssania oraz dolegliwości matki podczas karmienia piersią.

Bolesne ząbkowanie

Rodzice często zaczynają szukać zębów w buzi dziecka już po trzecim miesiącu, gdy ślina obficie wycieka z jego ust. Za wcześnie, to tylko ślinianki produkują więcej śliny, której dziecko nie potrafi połykać. Ząbkowanie zwykle następuje w drugim półroczu.

Wychodzenie ząbków wywołuje u niemowląt pewne dolegliwości, raczej łagodne, ale nie każde dziecko znosi je cierpliwie. Rozdrażnienie, marudzenie, kłopoty ze spaniem są objawami bólu, świąd dziąseł i ból prowokują dziecko do wpychania do buzi paluszków i różnych przedmiotów, co z kolei zwiększa ilość wydzielanej śliny. W miarę rozwoju umiejętności połykania ślinienie jest coraz mniej widoczne. Należy zwracać uwagę, aby dziecko nie wkładało do buzi ostrych lub brudnych rzeczy – mogą one spowodować uszkodzenie błony śluzowej i zakażenie, które dodatkowo nasili dyskomfort ząbkowania.

Z ząbkowaniem wiąże się wiele mitów, z których najgroźniejszy dotyczy gorączki. Należy podkreślić, że gorączkuje dziecko chore. **Ząbkowaniu może towarzyszyć temperatura do 38°C, ale nie wyższa.** Niestety, czas na ząbki zbiega się z wyczerpaniem przeciwciał uzyskanych od mamy. Tym samym łatwo o wszelkiego rodzaju zakażenia dróg oddechowych i przewodu pokarmowego oraz zmiany na skórze.

Do złagodzenia dolegliwości związanych z ząbkowaniem najczęściej stosuje się masaż dziąseł, przemywanie ich naparem z rumianku i podawanie dziecku schłodzonych (ale nie zimnych) gryzaków. Dziąsła niemowlęcia są bardzo delikatne. Szczególnie ostrożnie należy je przecierać, gdy stosuje się sterylną, wilgotną gazę nawiniętą na palec. Wygodniejsza i bezpieczniejsza może być nakładka silikonowa.

Rodzice często, ale z miernym skutkiem, stosują żele zawierające środki przeciwbakteryjne, odkażające i znieczulające. Gdy duża bolesność uniemożliwia spanie, można sporadycznie podać paracetamol w dawce 15 mg na każdy kilogram ciężaru ciała dziecka (np. $15 \times 8 \text{ kg} = 120 \text{ mg}$ paracetamolu).

Poszczególne zęby mleczne wyrzynają się w następującej kolejności: siekacze przyśrodkowe w żuchwie (górne), siekacze przyśrodkowe i boczne w szczęcie (dolne), zęby trzonowe, kły i drugie zęby trzonowe jednocześnie w szczęcie i żuchwie. Bywa i inna kolejność. Eksperci, na szczęście, nie uznają zmiany kolejności za nieprawidłowość.

Próchnica

Chrońmy zęby przed próchnicą. **Jak wiadomo, bakterie próchnicotwórcze są najczęściej przekazywane dziecku przez matkę – oblizując smoczek, łyżeczkę czy całując po rączkach.** Im więcej próchnicy zębów w rodzinie, tym wcześniej wystąpi ona u dziecka. Pojenie w nocy słodkimi płynami skutecznie ją nasili. Niemowlaki po szóstym miesiącu życia należy stopniowo odzwyczajać od zasypiania z piersią lub butelką w buzi. W ciągu dnia wskazane jest karmienie łyżeczką, a nie butelką. Popijanie wody (bez cukru), a nie soków, również zwiększa szansę na zdrowe zęby.

Ryzyko próchnicy wzrasta u wcześniaków, bliźniaków, niepełnosprawnych, urodzonych przez cięcie cesarskie i z niską urodzeniową masą ciała oraz u niemowląt, u których ząbki pojawiły się przed ukończeniem piątego miesiąca życia.

Badania wykazały chorobę próchnicową u większości polskich trzylatków. Czyli u większości przedszkolaków możemy się obawiać: zębopochodnych stanów zapalnych, bólu, przedwczesnej utraty uzębienia mogącej prowadzić do zaburzeń żucia i mowy, a nawet upośledzać odżywianie dziecka. Występowanie zmian próchnicowych w zębach mlecznych predysponuje także do rozwoju choroby próchnicowej w uzębieniu stałym.

Kiedy do lekarza?

Zdarza się, że dziecko rodzi się z ząbkami albo ząbek mu wyrasta już w pierwszym miesiącu. Z takim ząbkami więcej kłopotu niż radości. Gdy jest nadmiernie rozchwiany – musi być usunięty, żeby nie wpadł do płuc. Niestety, większość zębów przedwcześnie wyrzniętych to zęby mleczne, które wyrosły w jamie ustnej w niewłaściwym terminie; zdecydowanie rzadziej są to zęby przedmleczne (nadliczbowe). W związku z tym zamiast usuniętego zęba nie wyrasta następny ząb mleczny. Z takimi szczerbatymi dziećmi około trzeciego roku życia trzeba iść do ortodonta. Wizyta u stomatologa dziecięcego wskazana jest w razie pojawienia się znacznego zaczerwienienia lub zasinienia błony śluzowej (krwiak) w miejscu wyrzynania się zęba oraz w wypadku owrzodzenia języka.

Dentyści zalecają pierwszą wizytę w gabinecie stomatologicznym w czasie wyrzynania się zębów mlecznych, nie później niż w drugim roku życia.

Brak zębów przed ukończonym rokiem wskazuje na opóźnione ząbkowanie i wymaga konsultacji stomatologicznej.

Pleśniawki

Jeżeli w buzi dziecka pojawi się **biały grudkowy nalot przypominający twaróg lub resztki mleka** – to mogą być pleśniawki. Żeby się przekonać, czy tak, trzeba spróbować to zetrzeć jałowym gazikiem – nalotu grzybiczego, w przeciwieństwie do resztek mleka, nie ściera się łatwo, a po starciu pojawia się zaczerwienienie albo krwawienie. Nalot z reguły obejmuje język i wewnętrzną stronę policzków. Nielezione pleśniawki pokryją śluzówki malca grubym kremowym kożuchem i mogą rozprzestrzenić się na dziąsła, podniebienie i wargi. Łagodna postać choroby nie wywołuje bólu ani dyskomfortu; nasilenie stanu zapalnego może już spowodować ból i trudności w przełykaniu.

Pleśniawki są zakażeniem grzybiczym wywołanym przez *Candida albicans*. Mogą wystąpić już w 5–6 dobie życia. Do takiego wczesnego zakażenia dochodzi podczas porodu – noworodek może zarazić się zarazkami występującymi w drogach rodnych matki (kobiety ciężarne są szczególnie narażone na infekcje grzybicze). Niemowlęta bywają zwykle (w ok. 80%) bezobjawowymi nosicielami drożdżaków na błonach śluzowych jamy ustnej, gardła oraz odbytu. W razie zachwiania równowagi między bakteriami a drożdżakami dochodzi do zakażenia

objawowego. Dzieje się tak, gdy dziecko ma obniżoną odporność (np. podczas ząbkowania), po leczeniu antybiotykami, czy też z powodu nieprzestrzegania przez rodziców zasad higieny.

Ryzyko infekcji wzrasta przez kontakt z zakażonymi zabawkami bądź osobami. Małeństwo może się zarazić, wkładając do ust obcałowaną rączkę bądź ssąc zainfekowany drożdżakami sutek mamy. Zakażenie jest możliwe również w drugą stronę. Pleśniawki mogą się pojawić na brodawkach matek karmiących piersią, powodując świąd, pieczenie i ból.

Pleśniawki same nie znikną, konieczna jest wizyta u lekarza. Pediatra przepisuje zwykle przeciwgrzybiczną Nystatynę w zawiesinie. Do buzi niemowląt najczęściej podaje się ją cztery razy na dobę, kroplami 1 ml. Przed podaniem leku można zmoczonym w nim patyczkiem kosmetycznym (jednorazowym) posmarować zmiany, delikatnie je ścierając. Leczenie trwa około tygodnia; powinno być kontynuowane jeszcze przez kilka dni po ustąpieniu objawów. Matce karmiącej piersią zaleca się smarowanie lekiem również brodawek sutkowych, gdyż infekcja może się z nich przenieść z powrotem do buzi dziecka. Czasami stosuje się wodny roztwór gencjany (0,5–1%): dwie krople leku trzeba wkraplać do buzi dziecka dwa razy dziennie przez kilka dni.

Pleśniawki mogą nawracać.

Aby nie dopuścić do ponownego nieszczęścia, należy rygorystycznie przestrzegać higieny. Matki karmiące muszą:

- dokładnie myć piersi i obserwować brodawki sutkowe,
- zmieniać często wkładki laktacyjne,
- co 1–2 dni prać biustonosz oraz wymieniać własny ręcznik.

Rodzice karmiący mieszanką sztuczną muszą dokładnie sterylizować butelki i smoczki po każdym karmieniu. Jeśli dziecko przyjmuje antybiotyki, na zlecenie lekarza trzeba podawać dodatkowo probiotyki, które pomagają utrzymać prawidłowy skład flory bakteryjnej.

Brzuszek i jego dolegliwości

Wzdęty brzuszek

Wystający brzuszek ma każdy niemowlak. Maleństwo przyjmuje stosunkowo większą ilość pokarmu, ma również względnie większą objętość wątroby. Brzuch określamy jako wzdęty, jeśli nadmiernie wystaje w porównaniu z tym, jak było wcześniej.

Wzdęciu zwykle towarzyszą inne dodatkowe objawy, i to one bywają ważniejsze dla zdrowia dziecka. Niemowlę najczęściej płacze, bo brzuch boli, może wymiotować. Praktycznie nie ma objawu, który nie może współistnieć ze wzdętym brzuszkiem, gdyż ten stan nie jest konkretną patologią, a tylko jednym z wielu sygnałów różnych chorób.

Wzdęcie nie musi być groźne. Zwykle jest spowodowane nadmiarem gazów w jelitach. Gazy jelitowe powstają w zbyt dużych ilościach z powodu gorszej tolerancji niektórych składników pożywienia, np. laktozy. U bardzo małego dziecka karmionego piersią wzdęcia, „strzelające” stolce mogą być oznaką dysproporcji pomiędzy fizjologicznymi możliwościami trawienia laktozy zawartej w mleku matki a aktywnością laktazy w tym okresie. Stan ten jest przejściowy i nie wymaga interwencji dietetycznej.

Gorzej, gdy gazy trudniej są wydalane, a jeszcze gorzej, gdy dziecko ma zaparcia.

Wzdęcie najczęściej jest następstwem nadmiernie połykanego powietrza z powodu nieprawidłowej techniki karmienia.

Dziecko, u którego obserwuje się prawidłowy przyrost masy ciała, bez innych towarzyszących dolegliwości poza wzdętym brzuszkiem i zwiększoną produkcją gazów – obserwowanymi jedynie w subiektywnej ocenie rodziców – nie wymaga żadnej diagnostyki.

Na szczęście bardzo rzadko wzdęcie może powstać z powodu ciężkiej choroby. Powiększenie brzucha może być zauważalne w przebiegu zakażeń w jamie brzusznej, niedrożności jelit, guza, czy też powiększenia wątroby, śledziony lub nerki.

W każdym przypadku pogarszającego się stanu dziecka, a szczególnie innych niepokojących objawów konieczna jest konsultacja lekarska. Tym pilniej, im bardziej stan zdrowia dziecka się pogarsza

Ulewanie

Ulewanie (regurgitacja) polega na swobodnym i niegwałtownym cofaniu się zawartości żołądka do jamy ustnej. Cofanie pokarmu z żołądka do przełyku i gardła zwykle skutkuje wyptywaniem pokarmu z ust dziecka, w małej ilości, najczęściej zaraz po posiłku. Niekiedy może to być bliższe chlustaniu. Zdarza się nawet kilka razy dziennie, trwa do 3 minut.

Niemowlęta mają krótszy i słabszy mięsień tworzący zwieracz między żołądkiem a przełykiem, ponadto spożywają nieproporcjonalnie duże ilości pokarmu w stosunku do pojemności żołądka. Ulewa co trzecie niemowlę, a w 3–4 miesiącu większość. Problem zwykle znika w ciągu pierwszego roku; im młodsze dziecko, tym mniejszy żołądek, krótszy przełyk i słabsze napięcie zwieracza między przełykiem a żołądkiem.

Ulewanie nie wymaga leczenia – jeśli maleństwo prawidłowo się rozwija i przybiera na wadze.

U dziecka ulewającego trzeba ocenić, z jaką częstotliwością, a także jakie objętości zjada zarówno jednorazowo, jak i sumarycznie w ciągu całej doby. Nierzadkim zjawiskiem jest mylne interpretowanie przez rodziców zasady karmienia na żądanie. Dokładnie oznacza ona, że to dziecko określa, kiedy i jak często powinno dostawać pokarm.

W pierwszych tygodniach życia zazwyczaj karmienie odbywa się nawet co godzinę czy półtorej, ale w miarę wzrostu niemowlaka liczba karmień zmniejsza się do około ośmiu na dobę. Bywa jednak, że każdy niepokój czy płacz niemowlęcia odczytywany jest przez rodziców jako głód. Sprzyja to przekarmianiu, co może być przyczyną ulewania.

Do ulewania dochodzi częściej, jeśli matka karmi nerwowo, a dziecko trzyma w pozycji leżącej. Dzieci ze skłonnością do ulewania powinny być karmione w pozycji odchylonej o około 30 stopni od pionu, potem trzeba je trzymać w tej pozycji do 10 minut, do czasu „odbicia”. Przesadnie długie „odbijanie” dziecka po karmieniu może nasilać regurgitacje. Lepiej też karmić częściej, a krócej – im więcej pokarmu w żołądku, tym łatwiej się wylewa. Jeśli obficie wypełnione piersi utrudniają ssanie, wskazane bywa częściowe odciągnięcie pokarmu. Powinno się unikać przewijania, gdy niemowlę ma pełny brzusek.

Obecnie nie jest zalecane układanie dziecka na plecach z uniesioną głową i tułowiem – zgięcie tułowia i ucisk na brzuch może prowokować ulewanie. Nakarmione dziecko dobrze jest ułożyć na prawym boku, a po godzinie zmienić mu pozycję – ułożyć je na lewym boku. Nie podtrzymujemy tej pozycji poduszkami. Trzeba stale uważać, czy maleństwo nie przekręciło się na brzuch – to może być dla niego niebezpieczne.

W żadnym wypadku niemowlęcia nie narażamy na dym tytoniowy. Nawet jego zapach na ubraniu opiekunów może nasilać ulewanie.

Ulewanie niemal nigdy nie jest wskazaniem do przerwania karmienia piersią. Można rozważyć – szczególnie w razie stwierdzenia spowolnienia tempa przyrostu masy ciała – zastosowanie komercyjnych preparatów zagęszczających, zazwyczaj na bazie mączki z chleba świętojańskiego. Rozpuszczone w niewielkiej objętości wody nadają się do podania do jamy ustnej bezpośrednio przed karmieniem piersią lub w jego trakcie.

Jeśli dziecko karmione sztucznie często ulewa (pięć lub więcej razy dziennie) lub objętość ulewanego pokarmu dochodzi do połowy tego, co zjadło – lekarz może polecić mleko typu AR.

Należy podkreślić, że zarówno mieszanki AR, jak i wcześniej wspomniane preparaty zagęszczające, choć pomagają w zmniejszeniu liczby widocznych regurgitacji, mają jednak wpływ na liczbę epizodów refluksowych – a tym samym nie zmniejszają ekspozycji przełyku na kwaśną treść.

Nie wydaje się, aby którakolwiek z wymienionych substancji miała przewagę nad innymi. Mieszanka AR gęstnieje dopiero w żołądku, nie ma zatem potrzeby korzystania ze smoczka z większym

otworem. Ma ona także kaloryczność i inne parametry zbliżone do mieszanek zwykłych. Inaczej jest w przypadku stosowania zagęstników dodawanych do tradycyjnej mieszanki. Zwiększają one jej gęstość i kaloryczność, co może wymuszać zmianę smoczka i, co ważniejsze, może sprzyjać nadmiernemu przyrostowi masy ciała. Ponadto u niektórych niemowląt po takiej zmianie diety dochodzi do zagęszczenia stolca.

Ulewanie **może** być objawem alergii na białka mleka krowiego. Jeśli istnieje takie podejrzenie, u niemowląt karmionych sztucznie podejmuje się dwutygodniową próbę karmienia mieszanką hipoalergiczną (oznaczoną jako HA), czasami z zagęstnikiem, i ocenia się ulewanie po zmianie mieszanki i ewentualnym ponownym włączeniu zwykłej. W zależności od wyników leczenia dietetycznego zaleca się dalszy rodzaj karmienia.

Jeśli dziecko ma udokumentowaną alergię na białka mleka krowiego, karmione jest mieszankami HA i nadal ulewa, można mu zalecić na 2–4 tygodnie mieszanki zawierające białko o znacznym stopniu hydrolizy (Nutramigen, Bebilon Pepti).

Kiedy do lekarza?

Zdrowe, prawidłowo przybierające na wadze i rozwijające się niemowlęta nie odczuwają zwykle ulewania jako reakcji nieprzyjemnej i z tego powodu są określane jako weseli ulewacze. Ulewania zwykle samoistnie ustępują, ale niemowlęta wymagają okresowej kontroli lekarskiej. Lekarza należy zawsze informować o intensywności i częstotliwości ulewań, rodzaju zwracanej treści oraz objawach towarzyszących.

Do **niepokojących objawów** przede wszystkim należą:

- pojawienie się ulewania przed trzecim tygodniem lub po szóstym miesiącu życia,
- wymioty treścią żółciową, krwistą, fusowatą,
- forsowne wymioty,
- upośledzenie rozwoju fizycznego,
- biegunka/zaparcie,
- gorączka
- stałe uwypuklenie ciemiączka.

Refluks żołądkowo-przełykowy

Refluks żołądkowo-przełykowy polega na niewidocznym ruchu wstecznym treści z żołądka do przełyku, czemu mogą, ale nie muszą, towarzyszyć ulewania. Ulewania to fizjologiczna, niepowikłana, widoczna postać refluksu żołądkowo-przełykowego niemowląt.

U każdego zdrowego człowieka, niezależnie od wieku, w ciągu doby dochodzi do kilkunastu–kilkudziesięciu epizodów refluksowych. Są one krótkotrwałe – zazwyczaj poposiłkowe – i nie towarzyszą im istotne objawy.

Niewyjaśniony niepokój i płacz rzadko są związane z fizjologicznym refluksiem żołądkowo-przełykowym. W takich przypadkach należy w pierwszej kolejności wykluczyć inne podłoże obserwowanych dolegliwości.

Ulewaniom sprzyja spożywanie dużych objętości pokarmu (często zjadanie lęku), zaleca się więc zwiększenie częstotliwości karmienia przy równoczesnej redukcji jego ilości w porcji.

Tylko u niemowląt ze słabym przyrostem masy ciała wskazane jest zagęszczanie pokarmu dla zwiększenia jego kaloryczności. Dzieci te jednak wymagają dodatkowej obserwacji i diagnostyki w kierunku

innych przyczyn niż fizjologiczny refluks żołądkowo-przełykowy. Stosowanie mieszanek AR (antyrefleksowe) lub preparatów zagęszczających zmniejsza częstość występowania ulewania i może być pomocne u niemowląt z dużą liczbą takich epizodów w ciągu doby. Nie stwierdzono jednak wpływu tych preparatów na ilość GER. Należy pamiętać, że substancje te podnoszą wartość energetyczną oraz wpływają modyfikująco na skład podawanego pokarmu.

W przypadku terapii ułożeniowej za korzystne można uznać układanie na brzuchu, jednak z uwagi na ryzyko SIDS nie jest ona zalecana i może być stosowana tylko pod stałą kontrolą opiekuna, natomiast bezwzględnie nie powinna być wykonywana w czasie snu.

Gdy lekarz podejrzewa alergię na białko mleka krowiego u niemowląt karmionych preparatem mlekozastępczym, możliwa jest próba jego zmiany na mleko o znacznym stopniu hydrolizy lub mieszanek elementarną, z następną próbą prowokacji.

U niewielkiego odsetka niemowląt (częściej u wcześniaków) mamy do czynienia z chorobą refluksową, czyli refluksiem patologicznym. O chorobie refluksowej mówimy, gdy cofaniu się treści z żołądka towarzyszą dokuczliwe objawy lub powikłania. Te objawy, to: nasilony niepokój, krwiste wymioty, napady kaszlu po jedzeniu lub w nocy, dławienie się, nawracające zapalenia płuc, niedokrwistość, epizody bezdechu i **zahamowanie przybierania na wadze**.

Należy podkreślić, że możliwości diagnostyczne choroby refluksowej są ograniczone. Nie można jej ani potwierdzić, ani wykluczyć za pomocą badania USG. Opisywane często skrócenie podprzeponowego odcinka przełyku lub epizody refluksu żołądkowo-przełykowego widoczne podczas badania nie muszą świadczyć o jakiegokolwiek patologii. Badanie to może być przydatne jedynie w celu określenia, czy ulewanie/wymioty nie wynikają z niektórych anatomicznych przeszkód dla pasażu treści żołądkowej, np. przerostowego zwężenia odźwiernika.

Klasyczna 24-godzinna pH-metria jest badaniem bardziej przydatnym, ale jej dostępność jest słaba. Pozwala ona w wiarygodny sposób ocenić narażenie przełyku na kwaśną treść żołądkową i może pomóc w określeniu czasowej zależności między objawem a epizodem choroby refluksowej. Jednak nie wykrywa częstych u niemowląt jej poposiłkowych epizodów, gdyż pH może być niekwaśne w wyniku zobojętnienia treści żołądkowej przez pokarm.

Szczęśliwie u znacznej większości niemowląt ulewanie nie ma podłoża patologicznego i jest wyrazem fizjologicznej niedojrzałości przewodu pokarmowego, stopniowo przemijającej (do 14 miesiąca).

Obfite zwracanie pokarmu, szczególnie na odległość, to już wymioty, które w przeciwieństwie do ulewań często są objawem

choroby. Przed wymiotami i podczas ich trwania można zauważyć cierpienie dziecka i skurcz mięśni brzucha.

Wymioty z krwią lub żółcią wskazują na chorobę. **Do lekarza** również należy się pilnie zgłosić, jeśli u wymiotującego maleństwa występują inne dodatkowe objawy, jak: gorączka, drgawki, biegunka, wzdęty i bolesny przy dotykaniu brzuszek oraz jeśli wymioty są bardzo nasilone.

Wymioty mogą być spowodowane zwężeniem odźwiernika, zakażeniem żołądkowo-jelitowym i układu moczowego, a także uczuleniem na leki lub pokarmy.

Przepuklina

U niektórych niemowląt widoczne jest w okolicy pępka uwypuklenie wielkości od czereśni do dużej śliwki, które powiększa się w czasie płaczu, ale nie wywołuje bólu. To **przepuklina pępkowa**. Nie trzeba się nią niepokoić; w przeciwieństwie do przepukliny pachwinowej nie ma tu ryzyka uwięźnięcia pętli jelitowej i nie trzeba operować w trybie pilnym. Planowo nie operuje się dzieci w pierwszym roku życia – małe otwory, będące wrotami przepukliny, zamykają się samoistnie po kilku miesiącach, a większe przepukliny pępkowe znikają po roku albo dwóch. U starszych dzieci, bardzo rzadko, mogą zaistnieć wskazania do operacji – na przykład: przepuklina pępkowa olbrzymich rozmiarów czy stwierdzenie drożnego pierścienia pępkowego o średnicy 1,5–2 cm u dziecka powyżej drugiego roku życia.

Obecnie uważa się, że plastrowanie przepuklin pępkowych nie przyspiesza ich zamykania. Plastrowanie czy inne „dziwne metody” ucisku mechanicznego na pępek nie mają żadnego uzasadnienia – wpływają jedynie na wyrównanie wypukłości pępka, a przecież przyczyną przepukliny jest drożny pierścień pępkowy. Nieleczenie uznaje się za korzystniejsze niż leczenie.

Inaczej należy potraktować **przepuklinę pachwinową**. Objawem przepukliny pachwinowej jest pojawienie się miękkiej kulki powyżej pachwiny, u dziewczynek w dole wzgórka łonowego, a u chłopców na granicy wzgórka łonowego i moszny. Kulka powiększa się przy płaczu,

krzyku dziecka lub podczas kaszlu, kiedy zwiększa się ciśnienie w obrębie jamy brzusznej. Takie stany sprzyjają ujawnieniu się przepukliny pachwinowej, ale nie są odpowiedzialne za samo jej powstanie. Przepuklina pachwinowa u dziecka ma charakter wrodzony. Wypukłość w pachwinie cofa się, gdy dziecko się uspokoi (np. podczas snu) lub przy delikatnym wmasowaniu (np. podczas ciepłej kąpieli).

U chłopców do worka przepuklinowego dostają się najczęściej pętle jelita cienkiego. Nagromadzenie zawartości powoduje znaczne powiększenie się worka przepuklinowego, a napięty pierścień kanału pachwinowego może uniemożliwić cofnięcie się zawartości worka do jamy brzusznej, co doprowadza do stanu określanego jako **uwięźnięcie przepukliny**. Uwięźnięta przepuklina pachwinowa może spowodować niedrożność jelita z powodu jego ucisku i niedokrwienia. Dziecko bywa wówczas niespokojne, nie chce jeść, może też wymiotować. Wyczuwalna w pachwinie kulka, czasami nawet wielkości piłeczki pingpongowej, staje się twarda i bolesna przy ucisku. Długotrwałe niedokrwienie uwięźniętej pętli jelita może doprowadzić do martwicy i rozwoju uogólnionego zakażenia (posocznicy).

U dziewczynek uwięźnięty w przepuklinie jajnik może ulec martwicy, jeśli w porę nie zostanie odprowadzony do jamy brzusznej, a naczynia doprowadzające i odprowadzające krew do i od jajnika ulegną zaciśnięciu.

Kiedy do lekarza?

Stwierdzenie miękkiego guzka w okolicy pachwinowej z charakterystycznym „trzeszczeniem” podczas ucisku i zanikaniem pod jego wpływem (w przeciwieństwie do węzła chłonного) świadczy o wolnej (nieuwięźniętej) przepuklinie pachwinowej. W takiej sytuacji nie ma pośpiechu. Zalecana jest planowa wizyta u pediatry w najbliższych dniach.

Pilnie należy zawieźć dziecko (lub wezwać transport medyczny) do szpitala chirurgicznego, jeżeli stwierdza się objawy wskazujące na możliwość uwięźnięcia przepukliny. **Na takie zagrożenie wskazuje czerwonosina twarda i tkliwa kulka, która nie cofa się, a płaczącego malca nie można uspokoić.**

W przypadku podejrzenia uwięźnięcia przepukliny **nie należy karmić ani poić dziecka**, gdyż pełny żołądek może doprowadzić do zachłyśnięcia i przedostania się treści żołądkowej do dróg oddechowych.

Wgłobienie jelita

Choroba występuje rzadko, ale jest groźna. W Europie wgłobienie jelita pojawia się u jednego na około 2000 dzieci, najczęściej między 3 a 18 miesiącem życia. Przyczyna wgłobienia pozostaje najczęściej niejasna, ale liczne publikacje sugerują, że zarówno zakażenia rota-, jak i adenowirusowe mogą predysponować do wgłobienia.

Wgłobienie podejrzewamy w przypadku bólów brzucha i wymiotów. Nagły początek silnych napadowych kolkowych bólów brzucha, w trakcie których dziecko podkurcza nóżki, krzyczy z przerwami i często jest zlane potem, to klasyczne objawy.

Typowe napady są zazwyczaj kilkuminutowe, z przerwami trwającymi do 30 minut. Między napadami dziecko jest zwykle spokojne, wygląda na zdrowe i powraca do normalnej aktywności. Rodziców powinno utwierdzić w podejrzeniu stwierdzenie obecności krwi w stolcu (objaw galaretki porzeczkowej/malinowej). W brzuchu dziecka można wymacać guz.

Takie objawy wymagają bardzo pilnego zgłoszenia się do szpitala z oddziałem chirurgii dziecięcej. Nielezione wgłobienie jelita zagraża życiu dziecka.

Kupka „zdrowa” i „niezdrowa”

Rodzice zamartwiają się, że ich nowo narodzone maleństwo wypróżnia się za często albo za rzadko, a kupka ma dziwny kolor i konsystencję.

Pierwsze wypróżnienie po urodzeniu to tzw. smółka – ciemna i rzadka, powinna pojawić się w ciągu dwóch dni (u 90% w pierwszej dobie). Potem przez kilka dni stolce mają barwę zieloną, konsystencję luźną – te tzw. stolce przejściowe zawierają nie do końca strawiony cukier mleczny (laktozę) z pokarmu matki. Później stolce noworodka zmieniają barwę na żółtą (musztardową), często pozostają wodniste, zapach miewają kwaśny.

Niewielka ilość śluzu (zwłaszcza w stolcach niemowląt karmionych piersią) nie świadczy o chorobie i nie wymaga żadnych działań. Większe ilości mogą wskazywać na zakażenie przewodu pokarmowego, które może przebiegać łagodnie.

Jeśli noworodek lub małe niemowlę przed oddaniem stolca napina się, stęka i czerwienieje – nie oznacza to zaparcia. Problemy wynikają z niedojrzałości przewodu pokarmowego i po kilku miesiącach ustąpią. U małych zdrowych niemowląt obserwujemy często tzw. **dyschezję**, czyli nagły krzyk, trwający od dziesięciu minut do pół godziny, z widocznym zaczerwienieniem twarzy. Krzyk ustępuje po oddaniu miękkiego stolca. Nie ma czym się przejmować. Niemowlę w pierwszych miesiącach nie zawsze potrafi wytworzyć zwiększone ciśnienie w jamie brzusznej i skutecznie przeć na stolec, a zaciskanie

odbytu podczas prób wydalania jeszcze pogarsza problem. Dyschezja nie wymaga leczenia, ustąpi sama, gdy dziecko nauczy się skutecznie zwiększać ciśnienie w jamie brzusznej. **Czopki, a tym bardziej lewatywy nie są wskazane.**

Liczba wypróżnień i ich konsystencja może być bardzo różna; każde dziecko ma swój rytm defekacji, czyli kupkowania. Noworodki karmione piersią mogą wydalać stolec raz na kilka dni (za normę uważamy nawet jedną kupkę na tydzień), a mogą też częściej, nawet kilkanaście razy dziennie. Zmiana konsystencji stolca po pierwszym miesiącu życia wynika ze zmiany składu pokarmu kobiecego (zanika siara). Stolce stają się bardziej uformowane, można w nich zauważyć grudki. Prawidłowej defekacji nie towarzyszy ból ani wzmożony wysięk. Zaczerwienie dziecka i postękiwanie są naturalne.

Karmione sztucznie wydają zwykle 2–3 papkowate lub uformowane stolce na dobę. Po okresie noworodkowym, czyli od drugiego miesiąca życia powinny wydalać nie mniej niż 4 stolce tygodniowo.

Zaparcia

Podczas wydalania stolca wiele niemowląt stęka, kwęka i czerwienieje. Dyskomfort może występować, ale zwykle są to łagodne stany przejściowe określane jako zaparcia czynnościowe.

Do rozpoznania **zaparcia czynnościowego** konieczne jest wykluczenie podczas badania lekarskiego nieprawidłowości oraz zaobserwowanie co najmniej przez miesiąc minimum dwóch takich symptomów, jak:

- do 2 wypróżnień na tydzień,
- bolesne wypróżnienia lub twarde stolce,
- stolce o dużej średnicy,
- obecność dużej ilości mas kałowych w odbytnicy.

Występowanie groźnych objawów, tzw. czerwonych flag, **wyklucza rozpoznanie zaparcć czynnościowych.**

Czerwone flagi to:

- opóźnione oddanie smółki (do 48 godzin),
- wczesny początek zaparcia (w pierwszym miesiącu życia),
- występowanie w rodzinie choroby Hirschsprunga,
- obecność krwi w stolcu, bez cech szczeliny odbytu,
- zahamowane przyrostu masy ciała i długości,
- wymioty żółcią,
- patologiczne wzdęcie jamy brzusznej,
- zaburzenia hormonalne tarczycy,
- wady anatomiczne z nieprawidłowym położeniem odbytu,
- brak odruchu odbytowego i nosidłowego,
- zmniejszenie napięcia mięśniowego i/lub siły w kończynach dolnych,
- znamię, kępka włosów w okolicy krzyżowej kręgosłupa,
- blizny wokół odbytu.

W diagnostyce różnicowej zaparcia czynnościowego u niemowląt lekarz powinien wykluczyć:

- chorobę Hirschsprunga
- celiakię,
- niedoczynność tarczycy,
- alergię na białko mleka krowiego,
- pseudoniedrożność jelit.

Powodem niepokoju rodziców może być zaliczana do zaburzeń czynnościowych dyschezja niemowlęcia, czyli czasowe trudności w opanowaniu perfekcyjnej techniki kupkowania.

Prawdziwe **zaparcia u niemowląt** występują rzadko, zwłaszcza jeśli dziecko oddało smótkę w pierwszej dobie po urodzeniu. Jak już opisałem, dzieci karmione piersią mogą robić kupkę tyle razy, ile razy jedzą, ale mogą również wypróżniać się raz na kilka dni. Zdarzają się niemowlęta, które w trakcie karmienia naturalnego oddają bez wysiłku jeden stolec na tydzień i nie mają przy tym żadnych innych niepokojących objawów. Stan taki należy również traktować jako wariant normy.

Naturalne jest zwiększenie twardości stolca i zmniejszenie częstotliwości defekacji w chwili przejścia z mleka matki na mieszanki modyfikowane.

Zmiany w konsystencji i częstości wypróżnień może spowodować nawet wprowadzanie pokarmów uzupełniających. Na szczęście taki problem ustępuje zwykle po kilku dniach.

Pamiętajmy, że w profilaktyce oraz leczeniu zaparcia u niemowląt w drugim półroczu życia bardzo istotne jest prawidłowe odżywianie.

Częstą przyczyną zaparcć jest niewystarczająca ilość płynów.

Czasowo lepiej ograniczyć produkty uważane za „zapierające”, do których zaliczane są kaszki i kleiki ryżowe, kaszka manna, banan, gotowana marchewka. Stolec powinien się rozluźnić, gdy będziemy podawać dziecku więcej kaszek pełnoziarnistych, kukurydzianych i gryczanych. **Wskazane są** owoce, jak śliwki suszone, gruszki, morele, brzoskwinie, maliny i truskawki. Podobnie warzywa: brokuł, kalafior, burak, surowe jabłko i surowa marchewka. Będzie lepiej, gdy będziemy podawać jogurt i pełnoziarniste produkty zbożowe dostosowane do wieku dziecka.

Zaparcie prawdziwe to oddawanie przez niemowlaka stolców nadmiernie zbitych, powodujących duży wysiłek lub ból, albo wypróżnianie się rzadziej niż raz na 2–3 dni, jeśli towarzyszą temu inne niepokojące objawy, jak: drażliwość dziecka, osłabienie apetytu, słabe przyrosty masy ciała.

Kiedy do lekarza?

Niemowlę, które zbyt rzadko oddaje twarde stolce, powinno być zbadane przez lekarza i może wymagać diagnostyki w kierunku organicznych przyczyn zaparcia (np. choroby Hirschsprunga) oraz alergii na białka mleka krowiego, zwłaszcza gdy objawy nawracają.

Niepokój powinny budzić: nagła zmiana w wyglądzie stolców, gorączka, wymioty, silne bóle oraz objawy wcześniej wymienione jako czerwone flagi.

Co robić?

Nie wolno prowokować wypróżnienia za pomocą termometru czy innego przedmiotu.

Można w ten sposób tylko zakłócić prawidłowy odruch, a do tego spowodować poważny uraz. W łagodnych przypadkach perystaltykę jelit może pobudzić podawana na czczo w niewielkich ilościach woda o temperaturze pokojowej.

U dzieci karmionych sztucznie w pierwszej kolejności można rozważyć zmianę mleka modyfikowanego – wprawdzie wszystkie preparaty dostępne na rynku mają zbliżony skład (zgodny z dyrektywą UE), jednak dzieci różnie je tolerują. Dziecko podejrzewane o zaparcie nie powinno otrzymywać mieszanek niskolaktozowych. Jeśli zmiana

mleka nie poprawi rytmu wypróżnień i matka dziecka nadal będzie zmuszona do stosowania czopków glicerynowych w celu ich wywołania – można podjąć próbę leczenia laktulozą (1–2 g/kg masy ciała w 1–2 dawkach/dobę).

Dzieciom, które ukończyły sześć miesięcy można podać preparat zawierający makrogol w dawce 1–1,5 g/kg/dobę przez 3–6 dni. W leczeniu podtrzymującym makrogol powinien być stosowany w dawce 0,4 g/kg/dobę. W aptekach dostępny jest bez recepty preparat zawierający 5 g w saszetce, proszek można podzielić na mniejsze porcje. Leczenie musi trwać przynajmniej dwa miesiące. Po ustąpieniu objawów zaparcia stolca leki trzeba podawać jeszcze przez miesiąc i odstawiać stopniowo.

Biegunka

Na biegunkę choruje wiele dzieci, zwłaszcza najmłodszych. U większości choroba przebiega łagodnie, ale niektóre muszą być leczone w szpitalu. Obecnie zdecydowana większość biegunek jest wywoływana przez wirusy. Zwykle nie ma wskazań do badania mikrobiologicznego stolca.

Podstawowym problemem rodziców jest rozpoznanie, czy luźne stolce są już biegunką, czy też nie. Jeśli zatem dotychczasowa **konsystencja albo liczba oddawanych stolców znacząco się zmieni, to należy biegunkę podejrzewać.** W takiej sytuacji bardzo ważne będzie zważenie dziecka – jego waga na początku biegunki i w trakcie będzie bardzo istotna w ocenie ewentualnego odwodnienia.

Odwodnienie jest głównym objawem gwałtownie przebiegającej biegunki. Im bardziej nasilone, tym cięższy przebieg choroby. Do objawów odwodnienia pozwalających najdokładniej określić stan chorego należą zmniejszenie masy ciała i wydłużony czas powrotu włośniczkowego.

Powrót włośniczkowy oceniamy, ściskając delikatnie koniec paluszka dziecka do momentu zblednięcia skóry pod paznokciem. Puszczanie ucisku powinno spowodować ponowne zaróżowienie w ciągu 2 sekund. Na odwodnienie wskazuje również zmniejszone

napięcie skóry. Z boku pępka ujmujemy fałd skórny, puszcza go po chwili i sprawdzamy, czy szybko się rozpręża.

U wielu dzieci wodnista biegunka trwa od 4 do 8 dni, a dodatkowo mogą występować wymioty i gorączka dochodząca nawet do 40°C. **Najciężej biegunki przebiegają u niemowląt poniżej szóstego miesiąca życia.** Małe dzieci łatwiej ulegają odwodnieniu z powodu biegunki i wymiotów i częściej wymagają nawadniania dożylnego.

Podstawę leczenia biegunki stanowi nawadnianie doustne, które należy rozpocząć jak najszybciej – u niemowląt w drugim półroczu jeszcze przed planowaną wizytą u lekarza. Po zbadaniu lekarz zaleci dalsze szczegółowe postępowanie.

Ważne jest zapisywanie ilości przyjętych przez dziecko płynów. Prowadzony bilans płynów wydalonych i przyjętych ułatwi ocenę choroby.

Do picia polecany jest tak zwany niskoosmolarny (50/60 mmol/l) doustny płyn nawadniający (DPN), **pod warunkiem, że nie prowokuje wymiotów.**

W aptekach bez recepty można kupić preparat w postaci proszku, który należy rozpuścić w wodzie według dołączonej ulotki. Po rozpuszczeniu uzyskamy płyn zawierający glukozę i elektrolity w odpowiednim stężeniu o optymalnej osmolarności. Tylko taki płyn potrafi przenikać do komórek jelita i skutecznie nawadniać. Herbatki, kompoty, czy też woda „przeptywają” przez jelita, zwiększając tylko objętość wydalanych stolców. Płyny z dużą zawartością sacharozy lub innych cukrów, jak soki, mogą spowodować biegunkę osmotyczną, nasilającą utratę wody. Zachęcenie dzieci do picia płynów zawierających elektrolity może być pewnym problemem; lepiej akceptowane są płyny schłodzone, podawane po 2–3 łyżeczki lub małymi łykami co kilka minut.

Wyniki badań dowiodły, że **nawadnianie właściwymi doustnymi płynami jest tak samo skuteczne jak nawadnianie kroplówkami**, skraca czas pobytu w szpitalu i zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań. Niepowodzenie leczenia doustnego zdarza się tylko u 4% chorujących. Wymioty, dość często współistniejące z biegunką, nie są przeciwwskazaniem do pojenia dziecka. Płyny nawadniające należy podawać często i małymi porcjami (np. łyżeczka co 2–3 min). Zwykle wymioty ustępują w ciągu kilku godzin, co pozwala na stopniowe zwiększenie objętości podawanego płynu.

Jeżeli wymioty się utrzymują pomimo takiego pojenia, konieczne jest nawadnianie dożylnie. Dziecko nieprzyjmujące zalecanego płynu

z innych powodów również wymaga leczenia w szpitalu, szczególnie jeśli ubytek na wadze przekroczy 5%.

W razie niewielkiego odwodnienia, gdy dziecko traci na wadze do 5%, zaleca się podanie 50 ml/kg masy ciała DPN w ciągu 3–4 godzin. Czyli dziecku ważącemu 7 kg trzeba będzie podać 350 ml płynu nawadniającego. Dodatkowo należy wyrównywać bieżące straty płynów; można je określić, prowadząc bilans płynów straconych w stolcu, tzn. ważąc zawartość pieluszek oraz szacując objętość wymiocin. Lepiej zatem, jeśli dziecko wymiotuje do miski. Gdy ważenie pieluszek nie jest możliwe, należy przyjąć, że po każdym stolcu trzeba podać dodatkowo DPN w ilości 5–10 ml/kg masy ciała.

Gdy odwodnienie niemowlęcia oceniamy na 6–9% (ubytek masy ciała), to dalsze leczenie domowe jest (moim zdaniem) jedynie możliwe **pod ścisłą kontrolą lekarską**. Początkowo podajemy proporcjonalnie więcej DPN, czyli 50–100 ml/kg masy ciała, oraz wyrównujemy straty bieżące. Nie ma przeciwwskazań do podania większej objętości płynu, chyba że widzimy objawy przewodnienia (np. obrzęk powiek).

Po wstępnym nawodnieniu – w czasie 3–4 godzin – należy kontynuować dotychczasowe karmienie.

Nie można zapominać, że wyrównanie utraty płynów z powodu choroby to nie wszystko. Dziecku należy się jeszcze podstawowe dobowe zapotrzebowanie na płyny, które należy wyliczyć w zależności od masy ciała dziecka:

- 1–10 kg mc. – 100 ml/kg mc.
- 10–20 kg mc. – 1000 ml + 50 ml/kg mc. na każdy kg >10 kg mc.

Jeśli dziecko jest karmione piersią, powinno tak być karmione nadal. Jeśli nie, w większości przypadków można karmić zwykłym mlekiem modyfikowanym.

Badania wykazały, że sporadycznie w przebiegu ostrych biegunek pojawia się nietolerancja cukru mlecznego (laktozy), czy też alergia na białka mleka krowiego. Wskazaniem do przejściowego zastosowania diety bez laktozy i białek mleka krowiego może być utrzymywanie się luźnych stolców dłużej niż dwa tygodnie.

Należy pamiętać, że u dzieci chorych na biegunkę po wprowadzeniu normalnej diety przez kilka dni można obserwować częstsze oddawanie stolców, nawet o znacznie luźniejszej konsystencji. Taki stan jest naturalnym etapem przejściowym. Jeśli dziecko nie wymiotuje i jest w dobrym stanie ogólnym, bez objawów odwodnienia – nie ma wskazań do stosowania ograniczeń dietetycznych. Praktyka dowodzi, że lepiej tolerowane są częściej podawane mniejsze porcje.

Dobre będą zupy jarzynowe, nieco osolone. W takich zupkach powinno być zdecydowanie więcej marchwi i kartofli. Dodatek mięsa i ryżu też wskazany.

Leki podczas biegunki zwykle nie są konieczne.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi w leczeniu ostrej (utrzymującej się do 14 dni) biegunki u dzieci mogą być stosowane probiotyki. Probiotykami są bakterie (produkujące kwas mlekowy) lub drożdże. W leczeniu biegunek zalecane są probiotyki o udokumentowanym działaniu, takie jak: *Lactobacillus rhamnosus* GG, *Saccharomyces boulardii* i *Lactobacillus reuterii*. Im wcześniej we właściwej dawce zostaną włączone do leczenia, tym szansa na lepszy efekt jest większa. Wyniki badań dowodzą, że zastosowanie tych probiotyków skraca średnio o dzień czas ostrej biegunki u niemowląt i małych dzieci.

Standardowe nawadnianie może być uzupełnione podawaniem smectynu dwuoktanościennego (bez recepty). W pierwszym roku zalecana jest jedna saszetka dziennie.

Zachorowanie na ostrą biegunkę rzadko wymaga zastosowania antybiotyków. Antybiotykoterapia może prowokować i wydłużać nosicielstwo.

Kiedy do lekarza?

Wskazaniem do pilnego skontaktowania się z lekarzem jest wystąpienie biegunki w pierwszych dwóch miesiącach życia dziecka. Na szczęście u takich maluchów alarm bywa fałszywy z powodu tzw. stolców przejściowych lub naturalnie częstego kupkania.

Około 5-procentowy ubytek wagi również wymaga pilnego skontaktowania się z lekarzem. Celem wizyty ambulatoryjnej jest przede wszystkim ocena stanu dziecka i ustalenie, czy potrzebne jest skierowanie do szpitala. Lekarz uwzględni zarówno aktualny stan nawodnienia dziecka, jak i ryzyko niekorzystnego przebiegu choroby.

Kiedy do szpitala?

Natychmiastowe podanie kroplówki w szpitalu będzie konieczne, gdy odwodnienie dziecka przekroczy 9% jego masy ciała.

Do takiego zagrożenia łatwo może dojść, gdy niemowlę straciło **5%** swojej masy ciała, dlatego już w takiej sytuacji należy **pilnie zgłosić się do SOR-u.**

Należy pilnie zgłosić się do szpitala również z niemowlęciem, któremu ubyło mniej niż 5% na wadze, ale gdy ryzyko dalszego odwodnienia jest duże. Do takiej grupy ryzyka zaliczamy niemowlęta,

które wydalają więcej niż 8 obfitych stolców w ciągu doby i jest to liczba co najmniej dwukrotnie większa lub objętość znacznie obfitsza.

Szczególnie groźna jest biegunka, gdy niemowlę przy niej uporczywie wymiotuje, odmawia picia oraz gdy chorują na ciężką chorobę nerek, serca lub inną.

Podobnie, jeśli dziecko z biegunką jest apatyczne i senne lub jeśli w wymiocinach jest żółć.

Oczywiście inne stany nagłe, jak drgawki, są jednoznaczne z wezwaniem karetki pogotowia.

Wiadomo, że dzieci do buzi wpychają nie tylko ręce, ale i cały otaczający je „brudny świat”, i aż się proszą o zachorowanie. Uczmy więc dzieci higieny, im wcześniej opanują sztukę prawidłowych zachowań, tym będą zdrowsze.

Intymne problemy dziewczynek i chłopczyków

Sklejone wargi sromowe

Sklejenie warg sromowych mniejszych u dziewczynek w wieku niemowlęcym występuje stosunkowo często, ale na szczęście zwykle można je leczyć w sposób zachowawczy. Wada ta często nazywane jest z greckiego synechią lub zrośnięciem. Moim zdaniem zrośnięciem powinniśmy określać stan znacznie bardziej zaawansowany w stosunku do sklejenia, wymagający leczenia operacyjnego.

Przyczyną tej patologii u pieluszkowych panienek jest podrażnienie długotrwałym kontaktem nie tylko z moczem i kałem, lecz także z kremem zalegającym między wargami sromowymi. Wargi sromowe u małej dziewczynki są cienkie, a niski poziom estrogenów powoduje ich suchość. To sprzyja uszkodzeniom nabłonka, pojawieniu się zapalnego wysięku, a następnie sklejeniu. Efektem gojenia jest sklejenie, a następnie utrwalone zrośnięcie warg sromowych. W zależności od nasilenia wady stosuje się postawę wyczekującą, maść sterydową lub ręczne rozdzielenie warg. W najpoważniejszych przypadkach konieczna jest interwencja chirurgiczna. Pilnej interwencji chirurgicznej wymaga stan, w którym występują trudności w oddawaniu moczu.

Postępowanie zachowawcze polega na miejscowym stosowaniu kremu z estrogenami (hormonami). Skuteczność takiego leczenia jest wysoka. W większości przypadków zrost ustępuje po 2–4 tygodniach. Leczenie można przedłużyć, ale istotnym ograniczeniem takiego postępowania jest ryzyko wystąpienia dolegliwości niepożądanych (jak powiększenie gruczołów piersiowych czy krwawienie z dróg rodnych).

Leczenie zachowawcze może prowadzić lekarz pierwszego kontaktu (rodzinny, pediatra lub ginekolog). Regularna okresowa kontrola jest konieczna do oceny efektu leczenia i wykrycia ewentualnych działań niepożądanych stosowanej kuracji.

Ręczne rozdzielenie warg sromowych wykonuje się, gdy występują dolegliwości, jak wspomniane trudności w oddawaniu moczu, oraz gdy leczenie zachowawcze nie przynosi oczekiwanego skutku. Zabieg wymaga jedynie miejscowego znieczulenia (lidokaina w żelu, krem EMLA) i chirurg może je wykonać w warunkach ambulatoryjnych.

Leczenie zabiegowe zwykle prowadzi ginekolog lub chirurg, choć samo rozklejenie warg można przeprowadzić w gabinecie pediatrycznym. Leczenie chirurgiczne jest ostatecznością w przypadku zrostów trwałych, do których dochodzi po latach nierozpoznanego problemu. Operacja przeprowadzana jest w szpitalu, w znieczuleniu ogólnym.

Wnętrostwo

U noworodków płci męskiej, szczególnie wcześniaków, można nie wyczuwać jąder w worku mosznowym. Ten stan, zwany wnętrostwem, zaraz po urodzeniu rozpoznaje się nawet u około 3% dzieci urodzonych o czasie i 30% wcześniaków. Stąd większość przypadków wrodzonego wnętrostwa ustępuje spontanicznie we wczesnym niemowlęctwie. Najczęściej do szóstego miesiąca życia jądra spontanicznie zstępują do moszny.

Jądro może być obecne poza moszną lub może go nie być w ogóle. Brak jądra w mosznie, nazywany **niezstąpionym jądrem**, u chłopców powyżej szóstego miesiąca życia jest wskazaniem do konsultacji chirurga dziecięcego.

Szczęśliwie częściej specjalista rozpoznaje **jądro wędrujące** niż niezstąpione. Jądra wędrujące nie zwiększają ryzyka niepłodności i nie wymagają leczenia operacyjnego. U większości chłopców jądra takie, przed okresem dojrzewania, ostatecznie przyjmą prawidłową pozycję mosznową. Ale u części z nich stają się tzw. **jądrami wstępującymi**, czyli trwale przyjmującymi nieprawidłową pozycję poza workiem mosznowym. Jądra wstępujące zwiększają ryzyko zmniejszenia płodności, dlatego u chłopców z jądrami wędrującymi należy co najmniej raz w roku przeprowadzać badanie kontrolne.

W ocenie jąder należy pamiętać o odruchu nosidłowym, który wykształca się w okresie późnoniemowlęcym i jest najsilniejszy między 5 a 8 rokiem życia. Jest on wyzwalany przez bodziec termiczny (np. zimne dłonie badającego), mechaniczny (drażnienie wewnętrznej powierzchni uda) lub emocjonalny. Silne podciągnięcie gonady może sprawić, że będzie ona niebadalna. Taka sytuacja zdarza się zwłaszcza u małych chłopców, u których kanał pachwinowy jest krótki, a tkanka tłuszczowa okolic pachwinowo-łonowych obfita.

Wnętrostwo zwykle jest wrodzone, ale może być i nabyte. W przypadkach wrodzonych jądro jest poza moszną od urodzenia, podczas gdy w nabytych po urodzeniu znajduje się w worku mosznowym, ale później „węduje” poza mosznę. Pacjentów z nabytym wnętrstwem należy skierować do specjalisty natychmiast po ustaleniu rozpoznania.

W leczeniu wnętrstwa nie zaleca się terapii hormonalnej, ponieważ charakteryzuje się ona małą skutecznością oraz prawdopodobnie niekorzystnym wpływem na płodność.

Obecnie za najbardziej optymalny czas do leczenia operacyjnego **niezstąpionych jąder** przyjmuje się 12–18 miesiąc życia.

Obustronny brak jąder

Obustronny brak jąder to szczególnie trudny problem, dlatego każde dziecko z takim rozpoznaniem lekarz powinien skierować do ośrodka endokrynologii dziecięcej. Takie maluchy wymagają szerszej diagnostyki w celu wykluczenia wrodzonego przerostu nadnerczy oraz zaburzeń rozwoju płci. Diagnostyka obejmuje pomiar stężeń elektrolitów w surowicy, analizę kariotypu oraz badania hormonalne, w tym określenie stężenia hormonu hamującego rozwój żeńskich narządów rozrodczych w celu ustalenia, czy obecne są tkanki jądra i czy jest ono funkcjonalne.

Wodniak jądra

Wodniak jądra jest to nagromadzenie płynu w jego osłonkach powodujące powiększenie objętości. W mosznie stwierdza się obecność miękkiego, elastycznego guza, w obrębie którego wyczuwa się jądro. W celu dokładnej oceny może być wskazane badanie USG. Wielkość wodniaka często zmienia się w ciągu dnia – powiększa się on wieczorem, a zmniejsza po spokojnie przespanej nocy. Czasami wodniakowi towarzyszy lub go imituje przepuklina pachwinowa.

Większość wodniaków u niemowląt, nawet znacznych rozmiarów, zanika samoistnie. Wodniaki utrzymujące się w drugim roku życia dziecka kwalifikują się do zabiegu chirurgicznego.

Szanowni Czytelnicy,

Strona internetowa: **www.pediatraodpowiada.pl** ma na celu przekazywanie nieodpłatnie informacji edukujących opiekunów, jak dbać o zdrowie dziecka i jak postępować w przypadku jego zachorowania.

Podobną pomoc mogą przynieść dostępne e-booki:

O LEKACH I LECZENIU. Farmakologia dla dociekliwych rodziców

<http://www.drpleskot.pl/files/Farmakologia-dla-dociekliwych.pdf>

oraz OBSERWACJA CHOREGO DZIECKA

http://www.drpleskot.pl/files/obserwacja_chorego_dziecka.pdf