

Pediatria

WYDANIE 5



Tom Lissauer
Will Carroll

Pediatria

Redakcja

Tom Lissauer

Will Carroll

Przedmowa

Alan Craft

Redakcja wydania polskiego

Andrzej Milanowski

Tytuł oryginału: *Illustrated Textbook of Paediatrics*
Fifth edition

Redakcja: Tom Lissauer MB BChir FRCPC, Will Carroll BM BCh MD MRCPCH

Przedmowa: Professor Sir Alan Craft

ELSEVIER

© 2018, Elsevier Limited. All rights reserved.

First edition 1997, Second edition 2001, Third edition 2007, Fourth edition 2012

Tłumaczenie niniejszej publikacji zostało podjęte przez wydawnictwo **EDRA URBAN & PARTNER** na jego własną odpowiedzialność. Lekarze kliniczni oraz prowadzący badania naukowe, oceniając oraz wykorzystując jakiegokolwiek opisane tu informacje, metody, związki chemiczne czy eksperymenty, muszą zawsze opierać się na swoim osobistym doświadczeniu i wiedzy. Ze względu na szybko dokonujący się postęp w dziedzinie nauk medycznych należy przede wszystkim zwrócić uwagę na niezależną weryfikację rozpoznania oraz dawkowania leków. W najpełniejszym zakresie dozwolonym przepisami prawa Elsevier, autorzy, redaktorzy ani inne osoby, które przyczyniły się do powstania niniejszej publikacji, nie ponoszą żadnej odpowiedzialności w odniesieniu do jej tłumaczenia ani za jakiegokolwiek obrażenia czy zniszczenia dotyczące osób czy mienia związane z wykorzystaniem produktów, zaniedbaniem lub innym niedopatrzaniem ani też wynikające z zastosowania lub działania jakichkolwiek metod, produktów, instrukcji czy koncepcji zawartych w przedstawionym tu materiale.

This edition of entitled *Illustrated Textbook of Paediatrics, 5e*, edited by **Tom Lissauer** MB BChir FRCPC and **Will Carroll** BM BCh MD MRCPCH is published by arrangement with Elsevier Limited.

Książka *Illustrated Textbook of Paediatrics, wyd. 5* (redakcja: **Tom Lissauer** MB BChir FRCPC, **Will Carroll** BM BCh MD MRCPCH) została opublikowana przez Elsevier Limited.

ISBN 978-0-7234-3871-7

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje, zwłaszcza dotyczące podawania leków nowych lub rzadko stosowanych. Radzimy również zapoznać się z informacjami producenta leku. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu lekarskiego.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2019

Redakcja naukowa oraz tłumaczenie z języka angielskiego III wydania polskiego: prof. dr hab. med. Andrzej Milanowski

W III wydaniu polskim częściowo zostały wykorzystane teksty redagowane i tłumaczone przez:
prof. dr. hab. med. Andrzeja Milanowskiego (redakcja naukowa I i II wydania polskiego, tłumaczenie z języka angielskiego II wydania polskiego)

Tłumaczenie z języka angielskiego I wydania polskiego: mgr Karolina Barczyk (rozdz. 23), mgr Marzena Czubak (rozdz. 26), prof. dr hab. med. Jagna Czocharńska (rozdz. 27), prof. dr hab. med. Jacek Grygalewicz (rozdz. 6, 7), dr n. med. Kamil K. Hozyasz (rozdz. 12), lek. med. Edyta Jabłońska (rozdz. 17, 20), lek. med. Dorota Korycińska-Chaaban (rozdz. 18, 19), prof. dr hab. med. Barbara Kowalewska-Kantecka (rozdz. 9, 10), dr hab. med. Maciej Krawczyński (rozdz. 3–5, 8, 11, 28), prof. dr hab. med. Andrzej Milanowski (rozdz. 1, 2, 15, 16), lek. med. Urszula Oczkowska (rozdz. 25), dr n. med. Anna Raciborska (rozdz. 21, 22), lek. med. Magdalena Wołoszko (rozdz. 13, 14, 24)

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti
Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska
Redaktor prowadzący: Dorota Lis-Olszewska
Skorowidz: Zofia Szamrowicz

ISBN 978-83-66067-99-8

Edra Urban & Partner
ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław
tel.: 71 726 38 35
biuro@edraurban.pl
www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Andrzej Kuriata
Druk i oprawa: KDD, Konin



Spis treści

Przedmowa	vi
Wstęp	vii
Przedmowa do wydania polskiego	ix
Współautorzy	x
Podziękowania	xiv
1. Dziecko w społeczeństwie	1
2. Wywiad i badanie dziecka	10
3. Prawidłowy rozwój dziecka, rozwój słuchu i wzroku	31
4. Zaburzenia rozwojowe i dziecko specjalnej troski	49
5. Opieka nad chorymi dziećmi i młodzieżą	72
6. Stany nagłe w pediatrii	91
7. Wypadki i zatrucia	109
8. Ochrona dziecka	122
9. Genetyka	136
10. Perinatologia	159
11. Neonatologia	188
12. Wzrastanie i dojrzewanie	220
13. Żywność	240
14. Gastroenterologia	266
15. Zakażenia i odporność	292
16. Alergia	328
17. Choroby układu oddechowego	336
18. Choroby serca	366
19. Choroby nerek i dróg moczowych	393
20. Choroby narządów płciowych	421
21. Choroby wątroby	430
22. Nowotwory złośliwe	442
23. Hematologia	460
24. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży	486
25. Choroby skóry	508
26. Cukrzyca i endokrynologia	521
27. Wrodzone wady metabolizmu	542
28. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	552
29. Choroby układu nerwowego	573
30. Medycyna wieku młodzieńczego	602
31. Zdrowie dzieci na świecie	613
Dodatek	623
Skorowidz	639

Przedmowa do wydania polskiego

Trzecie polskie wydanie *Pediatrics* Lissauera i Carrolla jest tłumaczeniem piątego wydania *Illustrated Textbook of Paediatrics* z roku 2017. Podręcznik ten ukazuje się od 1997 roku i systematycznie, co 4–6 lat, pojawia się jego zaktualizowane wydanie napisane w większości przez nowych autorów. Angielski tytuł doskonale oddaje charakter tego podręcznika bogato ilustrowanego fotografiami i rycinami, tabelami, diagramami oraz opisami historii chorób. Autorzy zastosowali wiele metod mnemotechnicznych ułatwiających czytelnikowi zapamiętanie objawów klinicznych, zasad diagnostyki różnicowej i postępowania terapeutycznego, w postaci ramek, posumowań i sentencji oznaczonych symbolem słonecznika. Zmieniło się ponad 60% nazwisk współautorów, którzy w znacznym stopniu unowocześnili poprzedni tekst, aktualizując przede wszystkim dane statystyczne oraz zasady leczenia, pomijając nieaktualne fragmenty i porządkując układ niektórych rozdziałów. Kilka rozdziałów napisano od nowa, dodano również nowe diagramy i ilustracje.

Podręcznik zawiera podstawowy zasób wiadomości z zakresu pediatrii, które student i lekarz specjalizujący się w zakresie pediatrii czy medycyny rodzinnej znać powinien. Nie ma tu zbędnych rozważań na temat patogenezy czy patofizjologii chorób, które nie mają bezpośredniego przełożenia na praktykę lekarską. Podręcznik ten jest przykładem tak charakterystycznego dla Zjednoczonego Królestwa (UK) praktycznego szkolenia studentów medycyny, którzy po uzyskaniu dyplomu lekarskiego mogą bardzo szybko przystąpić do samodzielnego wykonywania zawodu.

Z pełnym przekonaniem polecam ten podręcznik wszystkim nauczycielom akademickim z klinik pediatrycznych jako podstawę kształcenia studentów, tym bardziej że książka ta wykazała już swoją przydatność w dydaktyce w kilkunastu krajach świata, o czym świadczą kolejne jej wydania oraz liczne tłumaczenia na języki obce.

Jestem przekonany, że podręcznik ten będzie również pomocny w nauce pediatrii lekarzom rodzinnym – z pewnością znajdą w nim wiele praktycznych wskazówek dotyczących postępowania z dziećmi w zdrowiu i chorobie. Książka ta powinna być niezbędna w ich codziennej pracy.

W tym miejscu chciałbym również podziękować tłumaczom rozdziałów w pierwszym polskim wydaniu tego podręcznika z roku 2012, z których pracy korzystałem przy opracowywaniu niniejszych tekstów: mgr Karolinie Barczyk (rozdz. 24), mgr Marzenie Czubak (rozdz. 28), prof. Jagnie Czochońskiej (rozdz. 29), prof. Jackowi Grygalewiczowi (rozdz. 6 i 7), prof. Kamilowi K. Hozyaszowi (rozdz. 13), dr Edycie Jabłońskiej (rozdz. 18, 21), dr Dorocie Korycińskiej-Chaaban (rozdz. 19, 20), prof. Barbarze Kowalewskiej-Kanteckiej (rozdz. 10, 11), prof. Maciejowi Krawczyńskiemu (rozdz. 3–5, 9, 11 i 30), prof. Annie Raciborskiej (rozdz. 22, 23), dr Magdzie Wołoszko (rozdz. 14, 15, 25) oraz zmarłej w październiku 2017 roku dr Urszuli Oczkowskiej (rozdz. 26).

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Milanowski

Współautorzy

Mark Anderson BM BS BSc BMedSci MRCPCH

Consultant Paediatrician, Great North Children's Hospital, Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust, Newcastle upon Tyne, UK

7. Accidents and poisoning

Ian W. Booth BSc MSc MD FRCP FRCPCH DCH DRCOG

Professor Emeritus, Paediatrics and Child Health, University of Birmingham, UK

14. Gastroenterology

Robert Boyle BSc MB ChB MRCP PhD

Clinical Senior Lecturer in Paediatrics, Imperial College London and Honorary Consultant Paediatric Allergist, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

16. Allergy

Will Carroll BM BCh MD MRCPCH

Consultant in Paediatric Respiratory Medicine, University Hospital of the North Midlands, Stoke-on-Trent, UK

17. Respiratory disorders

Subarna Chakravorty PhD MRCPCH FRCPATH

Consultant Paediatric Haematologist, King's College Hospital London, UK

23. Haematological disorders

Gabby Chow MBBChir MD MBA BSc BA DCH FRCPCH

Consultant Paediatric Neurologist, Nottingham Children's Hospital, Queens Medical Centre, Nottingham, UK

29. Neurological disorders

Angus J. Clarke BM BCh DM FRCP FRCPCH

Professor and Honorary Consultant in Clinical Genetics, Institute of Medical Genetics, University Hospital of Wales, Cardiff, UK

9. Genetics

Rory Conn MBBS BSc MRCPsych

Higher Trainee in Child and Adolescent Psychiatry, Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, London, UK

24. Child and adolescent mental health

Max Davie MB BChir MA MRCPCH

Consultant Community Paediatrician, Evelina London Children's Hospital, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

24. Child and adolescent mental health

Paul Dmitri BSc MBChB FRCPCH PhD

Honorary Professor of Child Health and Consultant in Paediatric Endocrinology, Sheffield Children's NHS Trust, Sheffield, UK

12. Growth and puberty

26. Diabetes and endocrinology

Rachel Dommert BMBS PhD BMedSci

Consultant Paediatrician in Haematology/Oncology, Bristol Royal Hospital for Children, Bristol, UK

22. Malignant disease

Saul Faust FRCPCH FHEA PhD

Professor of Paediatric Immunology & Infectious Diseases, University of Southampton and University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, Southampton, UK

15. Infection and immunity

**Helen E Foster MB BS MD FRCPCH
FRCP DCH CertClinEd**

Professor of Paediatric Rheumatology, Newcastle University and
Honorary Consultant in Paediatric Rheumatology, Great North Children's Hospital, Newcastle Hospitals NHS Foundation Trust, Newcastle upon Tyne, UK

28. Musculoskeletal disorders

Andrea Goddard MB BS MSc FRCPCH

Consultant Paediatrician, Imperial College Healthcare NHS Trust and Honorary Senior Lecturer in Paediatrics, Imperial College London, UK

8. Child protection

**Anu Goenka MB ChB BSc DFRH
DTM&H MRCP MRCGP**

Clinical Research Fellow, Manchester Collaborative Centre for Inflammation Research, University of Manchester, Manchester, UK and Honorary Specialist Registrar in Paediatric Immunology, Royal Manchester Children's Hospital, Manchester, UK

31. Global child health

**Jane Hartley MB ChB MRCPCH
MMedSc PhD**

Consultant Paediatric Hepatologist, Birmingham Children's Hospital, Birmingham, UK

21. Liver disorders

David P. Inwald MB BChir PhD FRCPCH

Consultant Paediatrician and Honorary Senior Lecturer in Paediatric Intensive Care, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

6. Paediatric emergencies

**Elisabeth Jameson MBBCh BSc MSc
MRCPCH**

Consultant in Paediatric Inborn Errors of Metabolism, Manchester Centre for Genomic Medicine, Central Manchester University Hospitals NHS Foundation Trust, St Marys Hospital, Manchester, UK

27. Inborn errors of metabolism

Sharmila Jandial MBChB MRCPCH MD

Consultant Paediatric Rheumatologist, Great North Children's Hospital, Newcastle upon Tyne, UK and Honorary Clinical Senior Lecturer, Newcastle University, UK

28. Musculoskeletal disorders

**Huw Jenkins MB BChir MA MD FRCP
FRCPCH DL**

Consultant Paediatric Gastroenterologist, Children's Hospital for Wales, Cardiff, UK

14. Gastroenterology

Deirdre Kelly MD FRCP FRCPI FRCPCH

Professor of Paediatric Hepatology, Birmingham Children's Hospital, Birmingham, UK

21. Liver disorders

Larissa Kerecuk MBBS BSc FRCPCH

Consultant Paediatric Nephrologist, Birmingham Children's Hospital, Birmingham, UK

19. Kidney and urinary tract disorders

Anthony Lander PhD FRCS (Paed) DCH

Consultant Paediatric Surgeon, Birmingham Children's Hospital, Birmingham, UK

14. Gastroenterology

Tom Lissauer MB BChir FRCPCH

Honorary Consultant Paediatrician, Imperial College Healthcare Trust, London, UK and Centre for International Child Health, Imperial College London, UK

2. History and examination

5. Care of the sick child and young person

10. Perinatal medicine

11. Neonatal medicine

20. Genital disorders

**Andrew Long MA MB FRCP FRCPCH
FACadMED DCH**

Vice President (Education), Royal College of Paediatrics and Child Health; Consultant Paediatrician, Great Ormond Street Hospital, London, UK

5. Care of the sick child and young person

**Chloe Macaulay BA MBBS MRCPCH
MSc PGCertMedEd**

Consultant Paediatrician, Evelina London Children's Hospital, London, UK

2. History and examination

Janet McDonagh MB BS MD

Senior Lecturer in Paediatric and Adolescent Rheumatology, Centre for Musculoskeletal Research, University of Manchester, UK

30. Adolescent medicine

Dan Magnus BM BS BMedSci MSc MRCPCH

Paediatric Emergency Consultant, Bristol Royal Hospital for Children, Bristol, UK

31. Global child health

Daniel Morgenstern MB BChir PhD FRCPCH

Staff Physician – Solid Tumor Program, Assistant Professor, Department of Paediatrics, University of Toronto, Division of Haematology/Oncology, The Hospital for Sick Children, Toronto, Canada

22. Malignant disease

Rob Primhak MD FRCPCH

Consultant Paediatric Respiratory Physician (ret), Sheffield Children's Hospital, Sheffield, UK

17. Respiratory disorders

John Puntis BM DM FRCP FRCPCH

Consultant in Paediatric Gastroenterology and Nutrition, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Leeds, UK

13. Nutrition

Irene A.G. Roberts MD FRCPPath

Professor of Paediatric Haematology, Oxford University Department of Paediatrics, John Radcliffe Hospital, Oxford, UK

23. Haematological disorders

Damian Roland BMedSci MB BS MRCPCH PhD

Consultant and Honorary Senior Lecturer in Paediatric Emergency Medicine, University Hospitals of Leicester NHS Trust, Leicester, UK

5. Care of the sick child and young person

Don Sharkey BMedSci BM BS PhD FRCPCH

Associate Professor of Neonatal Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK

10. Perinatal medicine

11. Neonatal medicine

Diane P.L. Smyth MD FRCP FRCPCH

Honorary Consultant Paediatric Neurologist / Neurodisability, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

3. Normal child development, hearing and vision

4. Developmental problems and the child with special needs

Marc Tebruegge DTM&H MRCPCH MSc FHEA MD PhD

NIHR Clinical Lecturer in Paediatric Infectious Diseases & Immunology, Academic Unit of Clinical & Experimental Sciences, The University of Southampton, Southampton, UK

15. Infection and immunity

Tracy Tinklin BM FRCPCH

Consultant Paediatrician, Derbyshire Childrens Hospital, Derby, UK

12. Growth and puberty

26. Diabetes and endocrinology

Robert M. Tulloh BM BCh MA DM FRCP FRCPCH

Professor, Congenital Cardiology, University of Bristol, Bristol, UK and Consultant Paediatric Cardiologist, Bristol Royal Hospital for Children, Bristol, UK

18. Cardiac disorders

Ian Tully MBBCh MRCPCH

Academic Clinical Fellow in Genomic Medicine, Cardiff University & University Hospital of Wales, Cardiff, UK

9. Genetics

Julian Verbov MD FRCP FRCPCH CBiol FSB FLS

Honorary Professor of Dermatology, University of Liverpool;

Consultant Paediatric Dermatologist, Royal Liverpool Children's Hospital, Liverpool, UK

25. Dermatological disorders

Premila Webster MBBS DA MSc MFPHM FFPH DLATHE DPhil

Director of Public Health Education & Training, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Oxford, UK

1. The child in society

William P. Whitehouse MB BS BSc FRCP FRCPCH

Clinical Associate Professor and Honorary Consultant Paediatric Neurologist, University of Nottingham and Nottingham Children's Hospital, Nottingham University Hospital's NHS Trust, Nottingham, UK

29. Neurological disorders

Lisa Whyte MBChB MSc

Consultant Paediatric Gastroenterologist,
Birmingham Children's Hospital, Birmingham, UK
14. Gastroenterology

Bhanu Williams MB BS BMedSci MRCPCH DTMH BA MAcadMed

Consultant in Paediatric Infectious Diseases,
London North West Healthcare NHS Trust, Harrow,
UK

31. Global child health

Clare Wilson BA MBBChir MRCPCH

Academic Clinical Fellow, Institute of Child Health,
University College London, UK

6. Paediatric emergencies

Neil Wimalasundera MBBS MRCPCH MSc

Consultant in Paediatric Neurodisability,
The Wolfson Neurodisability Service, Great
Ormond Street Hospital, London, UK

3. Normal child development, hearing and vision

*4. Developmental problems and the child with
special needs*



Wywiad i badanie dziecka

Zbieranie wywiadu	11	Porozumiewanie się z dziećmi	27
Sposób badania dziecka	14	Badania podczas konsultacji	27
Uzyskiwanie współpracy dziecka	14	Podsumowanie i plan działania	28
Badanie dziecka	15		

Wywiad i badanie fizyczne w praktyce pediatrycznej cechują się:

- w odróżnieniu od medycyny dorosłych pytania zadawane podczas wywiadu oraz sposób przeprowadzania badania muszą być dostosowane do wieku dziecka;
- badanie musi mieć charakter oportunistyczny, to znaczy, że np. u niemowlęcia i małego dziecka serce i płuca można osłuchać tylko wtedy, kiedy jest ono spokojne, często badanie może wymagać przerywania lub zabawiania dziecka;
- aby skutecznie i całościowo zbadać małe dziecko, często konieczna jest pomysłowość;
- rodzice są żywo zainteresowani i pełni niepokoju o swoje dziecko – bardzo szybko zorientują się, który lekarz okazuje zainteresowanie, empatię oraz ma doświadczenie.

Pomimo postępu technologii i dostępu do coraz bardziej nowoczesnych metod diagnostycznych, wciąż kamieniem węgielnym praktyki klinicznej jest zbieranie wywiadu oraz badanie fizyczne. Umiejętność ta jest decydująca zwłaszcza w pediatrii, w której większość rozpoznań ustala się na podstawie dobrze zebranego wywiadu, podpartego bystrą obserwacją dziecka i ukierunkowanymi badaniami dodatkowymi.

Przed przystąpieniem do zbierania wywiadu i badania dziecka warto wziąć pod uwagę najczęstsze sytuacje, w których dzieci zgłaszają się do lekarza, oraz wiek badanego dziecka. Ma to wpływ na sposób zbierania wywiadu i przebieg badania dziecka.

Najczęstsze kliniczne scenariusze to:

- ostre zachorowanie, np. infekcja dróg oddechowych, dziecko gorączkujące, zapalenie wyrostka robaczkowego
- choroba przewlekła – opóźnione wzrastanie, zaparcia
- noworodek z wadami wrodzonymi lub malformacjami, jak np. dysplazja stawu biodrowego czy zespół Downa.
- podejrzenie zaburzeń rozwoju, np. opóźnienie umiejętności chodzenia lub mowy
- zaburzenia zachowania – napady złości, nadmierna aktywność, zaburzenia jedzenia

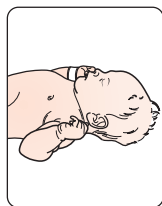
Celem i przedmiotem wszystkich klinicznych sytuacji jest:

- ustalenie istotnych faktów z wywiadu, co zawsze jest najważniejszym źródłem informacji diagnostycznych – opis zdarzenia przez rodziców stanowi wartościowe informacje
- uzyskanie wszystkich istotnych klinicznie faktów i stwierdzeń
- konfrontacja danych z wywiadu i badania przedmiotowego
- sformułowanie rozpoznania wstępnego lub diagnostyki różnicowej
- ułożenie listy problemów i planu postępowania.

Zasadniczymi punktami wywiadu i badania fizycznego są:

- wiek dziecka – jest zawsze podstawowym elementem różnicującym sposób zbierania wywiadu i badania dziecka (ryc. 2.1).

Pediatria jest specjalnością uzależnioną od wieku dziecka



Niemowlę

Noworodek
(<4 tyg.)
Niemowlę
(<1. r.ż.)



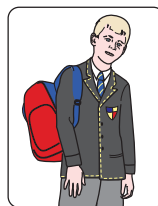
Okres poniemowlęcy

1.–2. r.ż.



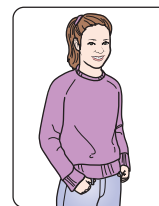
Okres przedszkolny

Dziecko
młodsze
(2.–5. r.ż.)



Dziecko szkolne

Dziecko
starsze



Nastolatek

Okres
młodzieńczy

Rycina 2.1 Choroby i problemy występujące w wieku dziecięcym są w znacznej mierze zależne od wieku dziecka. Wiek dziecka determinuje pytania, które należy zadać podczas zbierania wywiadu, sposób przeprowadzania badania, diagnostyki różnicowej oraz plan postępowania.



Pediatria zajmuje się dziećmi od urodzenia do wieku młodzieńczego. Zastanawiając się nad pediatrycznym problemem, czy to medycznym, czy rozwojowym, czy behawioralnym, przede wszystkim należy zapytać: „W jakim wieku jest dziecko?”.

Określa on:

- rodzaj objawów klinicznych choroby, zaburzeń rozwoju lub zachowania,
- sposób, w jaki zbierany jest wywiad i przeprowadzone badanie dziecka
- sposób, w jaki ustala się dalsze postępowanie.
- istotę problemu – ocena ciężkości choroby dziecka wymaga skupienia się i zwięzłości działania („jak ciężko chore jest dziecko właśnie w momencie badania?”), natomiast ocena rozwoju dziecka wymaga szczegółowego badania
- obserwacja dziecka – jego wyglądu, zachowania, podczas zabawy i chodzenia. Stała obserwacja dziecka podczas całej wizyty może być zasadnicza dla rozpoznania problemu i jego leczenia.

W celu uzyskania największej skuteczności każdej konsultacji należy tak zorganizować otoczenie, w którym odbywa się badanie dziecka, aby było ono przyjazne i niegroźne dla niego. Powinny w nim być dostępne odpowiednie zabawki i gry. Należy unikać biurka lub łóżeczka, które odgradzają lekarza od rodziny.



Rodzice lub opiekunowie znają swoje dziecko najlepiej – nigdy nie należy lekceważyć ani pomijać tego, co mówią.

Zbieranie wywiadu

Wprowadzenie

- Przed rozpoczęciem konsultacji należy przeczytać skierowanie i/lub kartę informacyjną ze szpitala.

- Witając się z dzieckiem, jego rodzicami i rodzeństwem, upewnij się, czy znasz jego imię i płeć. Zapytaj, jak dziecko chce, aby się do niego zwracać.
- Przedstaw się.
- Określ pokrewieństwo między dorosłymi a dzieckiem.
- Nawiąż kontakt wzrokowy i dobre stosunki z rodziną, ale zachowaj odpowiedni dystans. Niemowlęta i małe dzieci czują się bezpieczniej w ramionach lub na kolanach rodziców. Młodsze dzieci mogą potrzebować trochę czasu, aby poczuć się swobodnie.
- Obserwuj, w jaki sposób dziecko się bawi i nawiązuje relacje z obecnym rodzeństwem.
- Nie zapomnij o bezpośrednim zadawaniu odpowiednich pytań dziecku.
- Niekiedy rodzice chcą porozmawiać z lekarzem pod nieobecność dziecka, a czasem dziecko powinno być zbadane bez obecności rodziców. Zwykle zdarza się to w sytuacji, kiedy rodzice nie chcą stawiać starszego dziecka lub nastolatka w kłopotliwej sytuacji lub chcą przekazać drażliwe informacje. Należy to przeprowadzić w sposób taktowny, uzgadniając rozmowę z każdym po kolei. Nastolatkowi należy dać okazję porozmawiania na osobności. Można to zapowiedzieć w ten sposób: „W mojej praktyce zwykle postępuję tak, że....”. Zobacz się z nastolatkiem po rozmowie z rodzicami, aby wiedział, że intymne/poufne informacje nie zostały ujawnione.

Objawy kliniczne

Konieczne jest uzyskanie wszystkich szczegółów dotyczących objawów, z którymi zgłasza się dziecko. Najlepiej zacząć od otwartych pytań. Należy pozwolić rodzicom i dziecku na opisanie dolegliwości własnymi słowami. Trzeba notować słowa rodziców o występujących u dziecka objawach, ich początku, okresie trwania, poprzednich epizodach, w jakich okolicznościach ustępują lub nasilają się, od jak dawna dolegliwość występuje i czy się nasila, czy występują objawy towarzyszące. Czy dolegliwość zaburza normalne życie dziecka lub rodziny. Co dotychczas zrobiono w tej sprawie? Jeżeli rodzice opisują wysypkę lub napad drgawek, należy zapytać, czy nie zarejestrowali tych objawów telefonem komórkowym, co byłoby bardzo pomocne.

Należy upewnić się, czy już wiemy:

- co spowodowało zgłoszenie się z dzieckiem do lekarza,
- co jest powodem obaw rodziców. Czy poszukiwali wiadomości w internecie lub rozmawiali o tym z innymi.

Zakres i szczegółowość dalszego wywiadu zależą od rodzaju i nasilenia objawu i od wieku dziecka. Chociaż omówiony tutaj obszerny zakres rozmowy czasem jest potrzebny, to zwykle właściwsze jest bardziej selektywne podejście (ryc. 2.2). Chociaż nic nie usprawiedliwia pobieżnego i powierzchownego sposobu zbierania wywiadu, można się skupić na zagadnieniu, którego gruntowne i szczegółowe opisanie jest konieczne. Na przykład, u małego dziecka z opóźnieniem rozwoju mowy należy uzyskać szczegóły dotyczące porodu i okresu noworodkowego oraz rozwoju psychoruchowego. Nie jest to jednak właściwe w rozmowie z licealistą cierpiącym na bóle głowy (ryc. 2.2).



Rycina 2.2 Wywiad powinien być dostosowany do wieku dziecka. Pytanie, kiedy dziecko zaczęło chodzić, ma sens u dziecka kilkuletniego, ale jest nieistotne u nastolatka z liceum skarżącego się na bóle głowy.

Pytania ogólne i dotyczące narządów i układów

Należy zapytać o:

- ogólny stan zdrowia – jak aktywne i żywotne jest dziecko? Do kiedy jego samopoczucie było normalne?
- prawidłowość wzrastania – czy przyrosty masy ciała i wzrostu przebiegały zgodnie z należnymi wartościami centylowymi?
- karmienie/picie/taknienie
- ostatnio zaobserwowane zmiany zachowania lub osobowości.

Odpowiednio do sytuacji należy zapytać o występowanie objawów:

- ogólnych – jak wysypka, gorączka (jeśli temperatura była mierzona)
- ze strony układu oddechowego – kaszel, świszczący oddech, trudności w oddychaniu
- laryngologicznych – ból ucha, zapalenie gardła, chrapanie, głośnie oddychanie (stridor)
- sercowo-naczyniowych – sinica, wydolność wysiłkowa, omdlenia
- pokarmowych – wymioty, biegunka lub zaparcia, bóle brzucha
- ze strony narządów moczowo-płciowych – ból przy oddawaniu moczu, częstomocz, nietrzymanie moczu lub stolca
- neurologiczne – stan rozwoju, wzrok, słuch, napady drgawkowe, bóle głowy, nieprawidłowe ruchy, zmiany w zachowaniu
- mięśniowo-szkieletowe – zaburzenia chodu, bóle lub obrzęki kończyn, inne zaburzenia czynności
- rozwój płciowy w okresie dojrzewania.

Należy upewnić się, czy właściwie zrozumieliśmy problem opisany przez rodziców i dziecko. Na przykład rodzice mogą opisywać jako „świsty” wszelkie dźwięki podczas oddychania.



W praktyce pediatrycznej bardzo przydatne mogą być zdjęcia lub zapisy wideo niepokojących objawów u dziecka, wykonane przez rodziców, jak np. nieprawidłowe ruchy kończyn lub gałek ocznych.

Wywiad dotyczący przeszłości

Najprościej przeprowadza się go w porządku chronologicznym:

- przebieg ciąży i porodu wraz z wynikami badań USG i skринingowych badań krwi
- urodzeniowa masa ciała i wiek płodowy
- problemy okołoporodowe, czy dziecko było le-



Stany nagłe w pediatrii

Dziecko ciężko chore	91	Posocznica (<i>sepsis</i>)	99
Resuscytacja		Reakcja anafilaktyczna	101
krążeniowo-oddechowa	94	Neurologiczne stany nagłe	102
Dziecko po ciężkim urazie	94	Wydarzenia pozornie zagrażające	
Niewydolność oddechowa	94	życiu	102
Wstrząs	98	Niespodziewany zgon dziecka	106

Stany nagłe w pediatrii charakteryzują poniższe stwierdzenia:

- szybka ocena kliniczna dziecka ciężko chorego, wraz z oceną stanu jego przytomności, nie powinna zajmować więcej czasu niż 1 minuta
- resuscytację krążeniowo-oddechową u dzieci prowadzi się inaczej niż u dorosłych, chociaż podlega ona tym samym zasadom co u dorosłych
- zasadnicze w leczeniu ciężko chorego dziecka jest szybkie rozpoznanie i interwencja w celu zapobieżenia niewydolności płuc i serca; kiedy one wystąpią, są już trudne do odwrócenia
- leczenie stanu padaczkowego i anafilaktycznego podlega ogólnie przyjętym zasadom.

Niewiele jest sytuacji wywołujących większy niepokój lekarza niż wezwanie do ciężko chorego dziecka. Chociaż takie sytuacje nie są częste, to niezwykle ważne jest szybkie rozpoznanie dzieci w krytycznie zaburzonym stanie i bezzwłoczne rozpoczęcie właściwego leczenia.

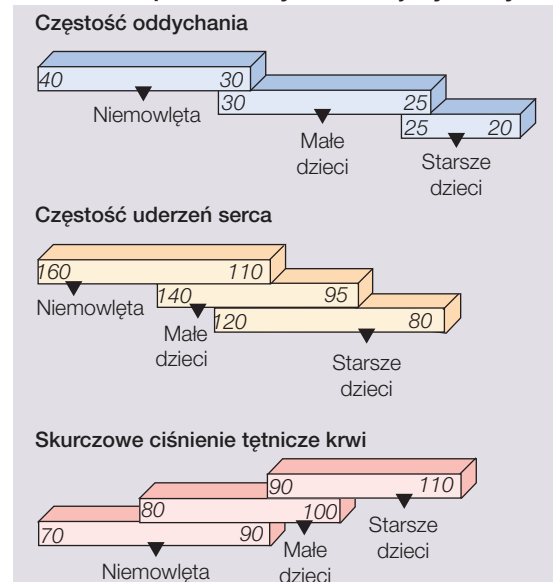
Niektóre dzieci będą musiały być przeniesione na oddział intensywnej terapii (OIOM). Oddziały te są zwykle umiejscowione w szpitalach dziecięcych, do których dzieci są przewożone przez wyspecjalizowane zespoły transportowe.

W tym rozdziale przedstawiono podstawowe zasady postępowania w stanach nagłych u dzieci ciężko chorych lub z obrażeniami ciała.

Dziecko ciężko chore

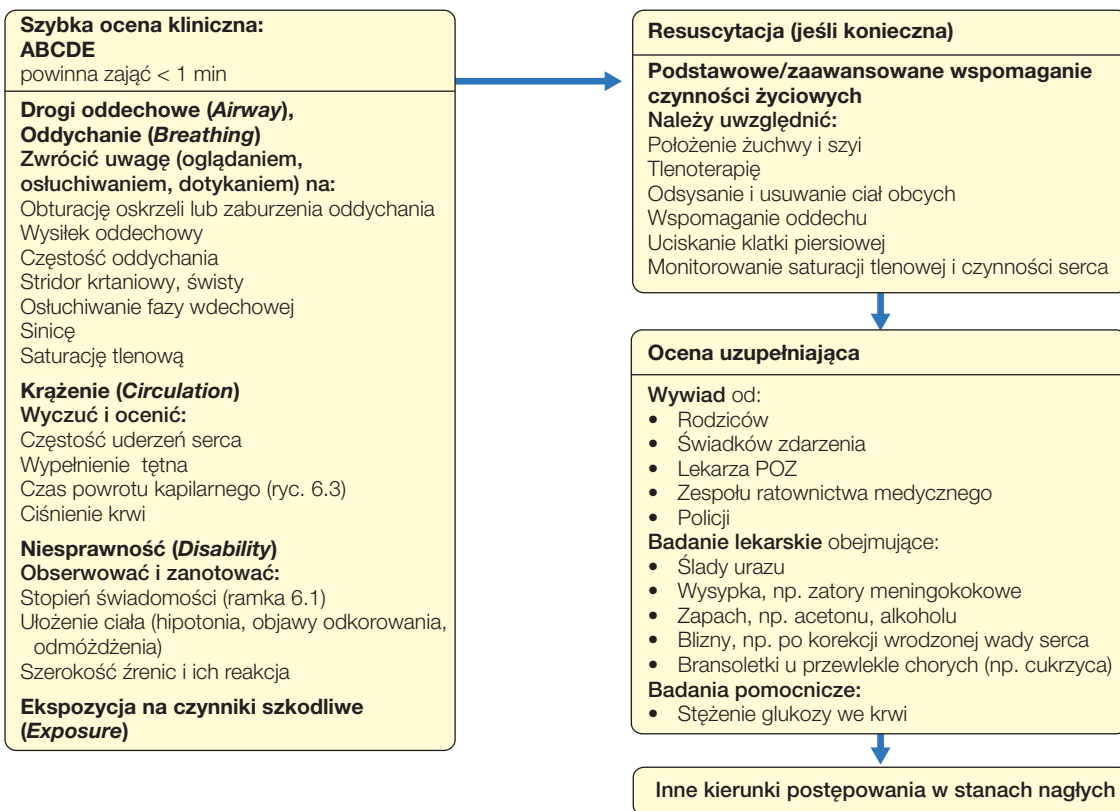
Szybko przeprowadzone badanie lekarskie pozwoli ustalić, czy występują zaburzenia czynności układu oddechowego, sercowo-naczyniowego czy nerwowego. Ocena kliniczna nie powinna zająć więcej niż 1 minutę. Wskaźniki prawidłowej czynności narządów ważnych dla życia przedstawiono na ryc. 6.1, a sposób dokonywania szybkiej oceny na ryc. 6.2.

Wskaźniki prawidłowych funkcji życiowych



Rycina 6.1 Zmieniające się z wiekiem prawidłowe wartości czynności oddychania, czynności serca i skurczowego ciśnienia tętniczego.

Ocena ciężko chorego dziecka



Rycina 6.2 Ocena ciężko chorego dziecka.

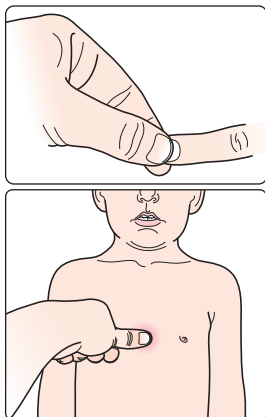
Jeżeli okaże się to konieczne, natychmiast podejmuje się resuscytację i prowadzi dalsze postępowanie według zasad intensywnego nadzoru i leczenia.

Ramka 6.1 Szybka ocena stopnia świadomości AVPU – ocena dokładniejsza – na podstawie Skali Śpiączki Glasgow (zob. tab. 6.2)

- A** Czujny/przytomny (**ALERT**)
- V** Reaguje na głos (*responds to VOICE*)
- P** Reaguje na ból (*responds to PAIN*)
- U** Nie reaguje na żadne bodźce (**UNRESPONSIVE**)

Czas powrotu kapilarnego może być zaburzony przy ekspozycji ciała na zimno.

Czas powrotu kapilarnego

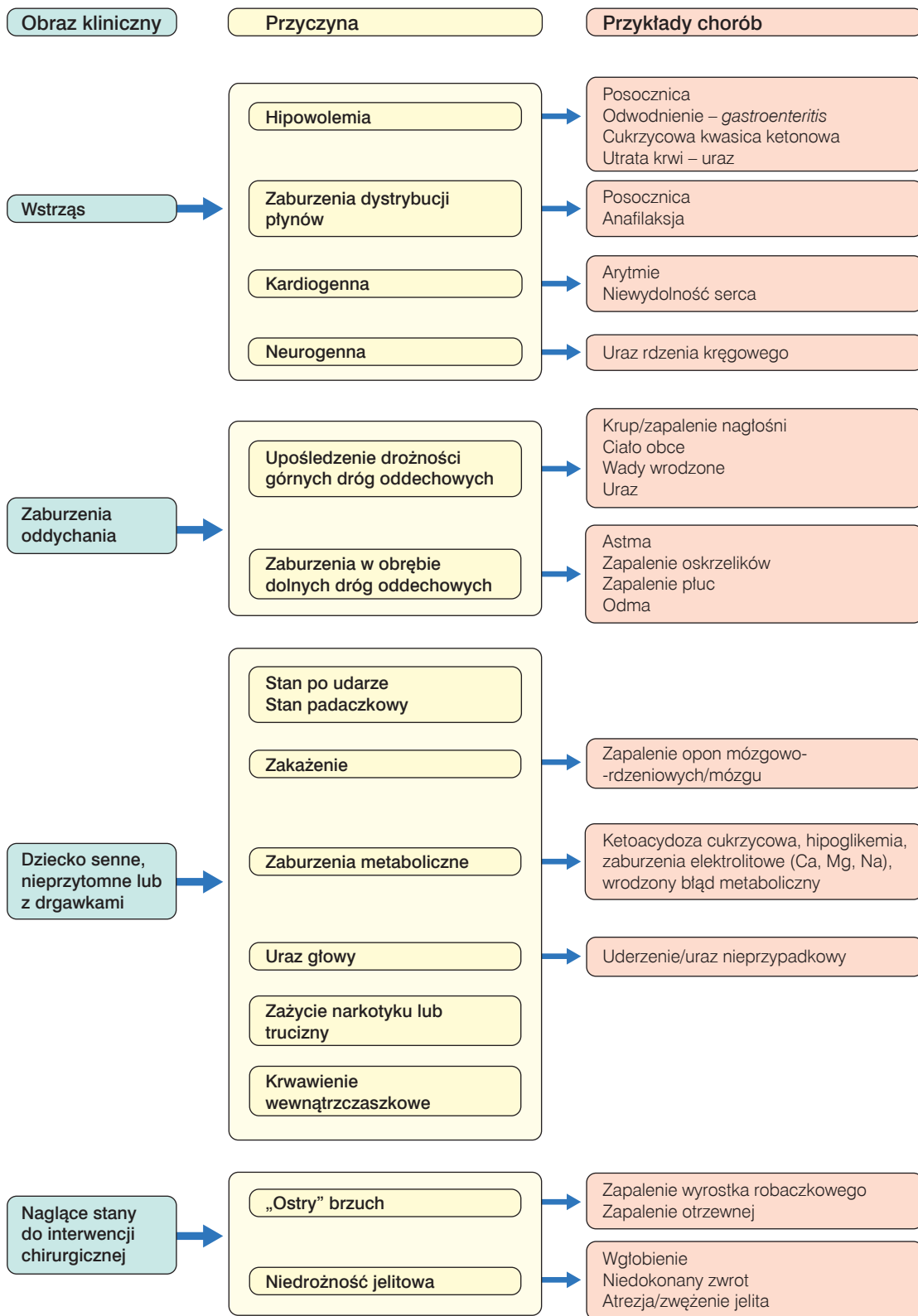


Uciskać paznokieć albo skórę mostka palcem na wysokości serca
Utrzymać ucisk powodujący zblednięcie skóry (lub paznokcia) przez 5 sekund
Zmierzyć czas powrotu ukrwienia po uniesieniu palca
Czas powrotu kapilarnego jest wydłużony, jeśli przekracza 2 sek.

Rycina 6.3 Czas powrotu kapilarnego.

U ciężko chorego dziecka mogą występować: wstrząs, niewydolność oddychania i zaburzenia świadomości różnego stopnia, albo też objawy choroby wymagającej interwencji chirurgicznej. Przyczyny stanów nagłych wymieniono na ryc. 6.4. Kluczowe znaczenie dla opanowania zaburzeń zagrażających życiu (potencjalnie odwracalnych) ma wczesne rozpoznanie i energiczne leczenie. W celu identyfikacji dzieci poważnie chorych w UK obecnie zaleca się stosowanie punktowej skali ostrzegawczej. Obejmuje ona pomiar rytmu serca, częstości oddechów, tlenowej saturacji hemoglobiny oraz temperatury ciała. Wyższa punktacja sugeruje pogorszenie stanu klinicznego wymagające interwencji.

Objawy i przyczyny ciężkich chorób u dzieci



Rycina 6.4 Objawy i przyczyny ciężkich chorób u dzieci.

Pediatria

Podręcznik zawiera podstawowy zasób wiadomości z zakresu pediatrii, które student i lekarz specjalizujący się w zakresie pediatrii czy medycyny rodzinnej znać powinien. Nie ma tu zbędnych rozważań na temat patogenezy czy patofizjologii chorób, które nie mają bezpośredniego przełożenia na praktykę lekarską.

W obecnym wydaniu zmieniło się ponad 60% nazwisk współautorów, którzy w znacznym stopniu unowocześnili poprzedni tekst, aktualizując przede wszystkim dane statystyczne oraz zasady leczenia, pomijając nieaktualne fragmenty i porządkując układ niektórych rozdziałów. Kilka rozdziałów napisano od nowa, dodano również nowe diagramy i ilustracje.

Z pełnym przekonaniem polecam ten podręcznik wszystkim nauczycielom akademickim z klinik pediatrycznych jako podstawę kształcenia studentów, tym bardziej że książka ta wykazała już swoją przydatność w dydaktyce w kilkunastu krajach świata, o czym świadczą kolejne jej wydania oraz liczne tłumaczenia na języki obce.

Jestem przekonany, że podręcznik ten będzie również pomocny w nauce pediatrii lekarzom rodzinnym – z pewnością znajdą w nim wiele praktycznych wskazówek dotyczących postępowania z dziećmi w zdrowiu i chorobie. Książka ta jest niezbędna w ich codziennej pracy.

Z Przedmowy do wydania polskiego

Tytuł oryginału: **Illustrated Textbook of Paediatrics, 5th edition**. Publikację wydano na podstawie umowy z Elsevier.

ELSEVIER

ISBN 978-83-66067-99-8



www.edraurban.pl