

Bezpieczny wcześniak w szpitalu i w domu



Drodzy Rodzice,

do Waszych rąk trafił bardzo ważny poradnik. Jest on poświęcony szczególnie dzieciom – noworodkom urodzonym przedwcześnie. Opieka nad wcześniakiem nie jest zadaniem łatwym, wymaga nie tylko miłości, której Rodzicom nigdy nie brakuje, ale również specjalistycznej wiedzy.

Pierwszy rozdział poświęcony jest opiece Rodziców nad dzieckiem w trakcie pobytu na oddziale intensywnej terapii. Już tutaj możecie podejmować pewne działania mające na celu wspieranie rozwoju wcześniaków, w tym rozwój jego zmysłów. Możemy też niestety zaszkodzić – warto więc wiedzieć, na co zwracać uwagę w pierwszych dniach po wypisie z oddziału noworodkowego: jak bezpiecznie podróżować z dzieckiem, jakie są optymalne warunki dla spokojnego snu niemowlaka, jak go nosić i układać. Trzeci rozdział poradnika może przestraszyć, ale wiedza dotycząca postępowania w sytuacjach trudnych, mimo że zdarzają się one rzadko, jest niezbędna. Każdy Rodzic wcześniaka znając podstawowe zasady pierwszej pomocy będzie czuć się bezpieczniej i pewniej.

Ze względu na poród przedwczesny, ryzyko zakażeń wśród wcześniaków jest istotnie większe niż w innych grupach noworodków. Dlatego w czwartym rozdziale przedstawiono wiarygodne dane na temat bezpieczeństwa i potrzeby szczepień. Poznanie prostych metod wspierania odporności wcześniaków, zrozumienie zasad szczepień ochronnych i innych metod zapobiegania chorobom zakaźnym może pomóc przejść dziecku przez najtrudniejsze dni zwiększonej zachorowalności.

Materiały zawarte w tym krótkim poradniku nie wyczerpują listy zagadnień i problemów, z jakimi mogą spotkać się Rodzice wcześniaka. Wybrane tematy dotyczą przede wszystkim bezpieczeństwa dzieci i mam nadzieję, że będą cennym wsparciem dla Rodziców w tej szczególnej sytuacji, jaką jest opieka nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie.

Z serdecznymi pozdrowieniami,
Przemko Kwinta

Szanowni Państwo

Stawanie się rodzicem to niezwykle piękny, choć czasami niełatwy proces. Niezależnie od tego, gdzie ta droga się zaczyna – czy na oddziale położniczo-noworodkowym, czy w oddziale intensywnej terapii – każdy rodzic potrzebuje informacji, dzięki którym zapewni swojemu dziecku bezpieczeństwo oraz najlepszą opiekę.

Poradnik, który oddajemy w Państwa ręce, poświęcony jest zagadnieniu, jakim jest bezpieczeństwo dziecka, a każdy rozdział przedstawia je w zupełnie innym świetle.

Po zapoznaniu się z nim będą mogli Państwo dowiedzieć się o:

- bezpieczeństwie związanym z bliskością oraz delikatnym dotykiem, jaki mogą Państwo ofiarować swojemu dziecku na każdym etapie pobytu w szpitalu oraz w domu;
- bezpieczeństwie, które wiąże się z posiadaniem wiedzy dotyczącej udzielania pierwszej pomocy;
- bezpieczeństwie, jakie można zapewnić dziecku w trakcie transportu, noszenia na rękach, układania w łóżeczku;
- bezpieczeństwie związanym ze szczepieniami, które chronią zarówno Wasze, jak i inne dzieci przed groźnymi chorobami.

Szanowni Rodzice, życzymy Wam, aby ta lektura pomogła odnaleźć się w natłoku informacji, które docierają do Was każdego dnia. I żebyście uwierzyli, że przy pomocy tak prostego narzędzia, jakim jest ten poradnik, możecie dla Waszego dziecka zrobić tak wiele, zapewniając mu przy tym bezpieczny start w przyszłość.

Dr n. o zdr. Magdalena Panek
Klinika Chorób Dzieci
Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Spis treści

ROZWÓJ ZMYŚŁÓW

6

dr n. o zdr. Magdalena Panek, Klinika Chorób Dzieci, Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

ZASADY PIELĘGNACJI NOWORODKA.

Bezpieczne układanie i transport

11

Roma Lewińska, fizjoterapeutka, Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

PIERWSZA POMOC

19

Katarzyna Starzec, specjalista pediatrii, instruktor i dyrektor kursów Europejskiej Rady Resuscytacji, Klinika Pediatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

ODPORNOŚĆ WCZEŚNIAKÓW.

Zdrowe dziecko – bezpieczne dziecko

28

prof. dr hab. Przemko Kwinta, dr Małgorzata Klimek, Klinika Chorób Dzieci Katedry Pediatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

ROZWÓJ ZMYŚŁÓW

Okres prenatalny (tj. czas między poczęciem, a narodzinami dziecka) to etap intensywnego rozwoju dziecka. Dla noworodków, które przychodzą na świat o czasie, czyli rodzą się po 37. tygodniu trwania ciąży, zmiany te zachodzą w bardzo specyficznych warunkach. Dziecko przebywa w brzuchu mamy, w dość ciemnym, ciepłym i mokrym środowisku. Natomiast dla wcześniaka takie same zmiany muszą nastąpić w zupełnie innych warunkach. Czas związany z intensywnym rozwojem, dojrzewaniem układu nerwowego oraz tworzeniem się nowych połączeń nerwowych wiąże się z pobytem w oddziale intensywnej terapii noworodka. Dlatego każdego dnia reakcja Waszego dziecka na Waszą obecność i otaczające go środowisko może być inna. Zrozumienie, w jaki sposób dojrzewają zmysły Waszego dziecka, może pomóc Wam w poznaniu tego, co czuje i w jakim jest nastroju. Dzięki temu będziecie mogli w bezpieczny sposób opiekować się nim i wpływać na jego rozwój.

W rozwoju płodowym narządy zmysłów dojrzewają stopniowo. Najpierw zaczyna funkcjonować dotyk, później węch, zmysł przestrzenny, smak, słuch i na samym końcu wzrok.

Dotyk

Dotyk jest jednym z pierwszych zmysłów, jaki rozwija się u jeszcze nienarodzonego dziecka. Pierwsze receptory czuciowe (zakończenia nerwów odpowiedzialne za odbiór bodźców ze środowiska zewnętrznego) pojawiają się już w 7. tygodniu trwania ciąży wokół ust. Kolejne pojawiają się na całej twarzy i rączkach dziecka w 11.-12. tygodniu. U wcześniaka, który przychodzi na świat w 24.-25. tygodniu zmysł dotyku jest już dobrze rozwinięty. Tak delikatny maluszek lubi być przytulany i głaskany. Dlatego, jeśli tylko stan ogólny na to pozwala, to dotykajmy dziecka.

Oczywiście dziecko urodzone przed terminem inaczej odbiera bodźce niż noworodek urodzony o czasie. Dlatego warto wiedzieć, jak dotykać dziecko, aby było to

dla niego przyjemne i przede wszystkim bezpieczne. Należy robić to bardzo powoli i delikatnie. Użyj do tego całej dłoni – połóż ją na dziecku obejmując jednocześnie jego główkę i tułów.



Unikaj dotykania jednym palcem, niepotrzebnego głaskania czy podnoszenia rączek i nóżek dziecka. Obserwuj przy tym zachowanie maluszka. Jego reakcja może być różna, ale pamiętaj, że te doświadczenia są dla niego zupełnie nowe, a dojrzewający układ nerwowy musi nauczyć się przetwarzania nowych bodźców.



Węch i smak

Zmysł smaku rozwija się już u 14-tygodniowego płodu. Od tego czasu dziecko zaczyna połykać wody płodowe w ilości około jednego litra dziennie i wykazuje przy tym wrażliwość na ich smak. Pierwsze kubki smakowe pojawią się już w 8. tygodniu trwania ciąży. Co ciekawe, noworodek posiada większą powierzchnię odbioru wrażeń smakowych niż dorośli. Kubki smakowe rozmieszczone są na powierzchni całego języka, na podniebieniu twardym oraz w śluzówce warg i dziąseł.

Pomimo że strukturalnie nos zaczyna się kształtować od 11.-15. tygodnia, rozwój węchu rozpoczyna się już w 9. tygodniu ciąży. W tym czasie pojawiają się pierwsze komórki nabłonka węchowego. W 3. trymestrze ciąży dziecko ma już dobrze rozwinięty zmysł węchu i wyraźnie odbiera wrażenia węchowe z wód płodowych. Zaraz po urodzeniu zapach piersi mamy pomaga nawet śpiącemu noworodkowi odszukać jej sutek, ponieważ zapach mamy, to pierwsze wrażenie węchowe, z którym miał kontakt.

Pamiętajcie, że oba zmysły są u wcześniaka rozwinięte, a przyście na świat zewnętrzny daje mu okazję do kontaktu z nowymi smakami oraz zapachami. Starajcie się nie używać w tym czasie zbyt intensywnych perfum lub innych kosmetyków. Niech pierwszym zapachem, z którym będzie miało kontakt Wasze dziecko, będzie zapach Waszego ciała.

Słuch

Dziecko zaczyna reagować na dźwięki już około 16. tygodnia trwania ciąży. Na początku malec odbiera dźwięki przez skórę - płyn owodniowy przewodzi fale dźwiękowe, które są odbierane przez odpowiednie receptory na powierzchni ciała. Strukturalnie narząd słuchu jest ukształtowany około 24. tygodnia. Najlepszym dźwiękiem dla maluszka jest głos, ponieważ to z nim spotyka się już w życiu płodowym (ponadto słyszy bicie serca mamy, przepływ krwi w naczyniach krwionośnych i odgłosy dobiegające z jelit i żołądka). Nie obawiajcie się rozmawiać ze swoim dzieckiem. Możecie mu również czytać książeczki dla dzieci. Pamiętajcie, że dziecko urodzone w 24.-25. tygodniu jeszcze nie słyszy bardzo cichych dźwięków (poniżej 40 decybeli, czyli natężenia dźwięku związanego z normalną rozmową). Nie musicie


więc do niego szeptać, ale używajcie tonu normalnej, spokojnej rozmowy – dzięki temu dziecko będzie czuło się bezpieczniej.

Przed 35. tygodniem małżowiny uszne są miękkie, pozbawione chrząstek. Dlatego podczas zmiany pozycji dziecka możecie zauważyć, że małżowinka zwinęła się i nie chce wrócić na swoje miejsce. Należy jej delikatnie pomóc i rozprostować ją przy pomocy palca.

Wzrok

Jest zmysłem, który rozwija się najpóźniej. Ma to związek ze specyficznym środowiskiem, w którym rozwija się płód. Przez ścianę brzucha dostaje się niewielka ilość światła, tylko po to, aby delikatnie stymulować rozwój wzroku malucha. Powieki dziecka pozostają zarośnięte aż do 24.-25. tygodnia trwania ciąży. Około 26. tygodnia będziecie mogli w końcu zobaczyć śliczne oczka dziecka, ponieważ w tym czasie powinien je po raz pierwszy otworzyć. Od tego momentu do 29. tygodnia mały człowiek dostrzega jedynie plamy światła i ciemności, nie rozróżniając przy tym wzorów. Lepiej i bezpieczniej dla dziecka będzie, jeżeli w tym czasie nie będzie docierało do niego intensywne światło. To dlatego często na oddziale intensywnej terapii noworodka inkubator, w którym przebywa maluszek, nakryty jest pieluszką. Chodzi o to, aby zachować półmrok i nie przemęczać wzroku dziecka. Dopiero od 30. tygodnia wzrok zaczyna się poprawiać. Pojawia się coraz większa możliwość skupienia wzroku na prostym wzorze (czarna linia na białym tle) umieszczonym w odległości 20-30 cm od oczu. W tej odległości zaczyna również dostrzegać twarze. Wszystko, co znajduje się dalej, przypomina świat widziany przez matową szybę. Między 3. a 4. miesiącem licząc od daty fizjologicznego porodu, niemowlę zaczyna dokładniej dostrzegać rysy twarzy rodziców, zapamiętując je. W początkowym okresie rozwoju dziecka, mięśnie gałek ocznych nie są jeszcze dojrzałe, dlatego jego wzrok często ucieka i można zauważyć, że oczka ustawiają się w zezie.

Chociaż narządy zmysłów dojrzewają w różnym czasie i początkowo maluszek nie widzi dokładnie, to pamiętajcie, że odbiera Was innymi zmysłami. Jest doskonale wyposażony w działający już zmysł dotyku, węchu i smaku. To bliskość fizyczna, niezależnie od tego, czy polega na kangurowaniu malucha, czy delikatnym głaskaniu



całą ręką, stanowi podstawę porozumiewania się rodziców z dzieckiem. Każdy noworodek będzie reagował na otaczający go świat inaczej, bowiem jego układ nerwowy dojrzeje. Czasami dziecko może być bardziej wrażliwe na dotyk, a czasami bardziej wrażliwe na światło. Obserwujcie maluszka każdego dnia. Chociaż personel medyczny pracujący na oddziale intensywnej terapii noworodka stara się każdemu dziecku zapewnić takie same warunki, w których będzie czuł się bezpiecznie (przykrycie inkubatora tkaniną, odpowiednia wilgotność oraz temperatura), to ekspozycja na czynniki zewnętrzne (światło, hałas) będzie różna, co również będzie wpływało na reakcje Waszego dziecka na otaczający go świat. Niezależnie od tego, starajcie się spędzać przy dziecku jak najwięcej czasu. Obserwujcie go i uśmiechajcie się nawzajem. Niech każdy dzień wspólnie spędzony będzie dla Was wspaniałą podróżą.

ZASADY PIELEGNACJI NOWORODKĄ

Bezpieczne układanie i transport

Wszyscy rodzice czekają na wypis dziecka ze szpitala. W przypadku rodziców wcześniaków ten moment może być stresujący. Pojawiają się pytania: „czy sami poradzimy sobie w opiece nad dzieckiem”, „czy odpowiednio przygotowaliśmy nasz dom na przyjęcie wcześniaka”, „czy zauważymy niepokojące objawy”. Przedstawiamy podstawowe zasady dotyczące układania dziecka w łóżeczku, noszenia i przewożenia w foteliku samochodowym, aby dziecko było bezpieczne. Na początku mogą się one wydawać skomplikowane, ale z czasem z pewnością okażą się bardzo pomocne.

Układanie w łóżeczku

Noworodki, małe niemowlęta, w tym dzieci przedwcześnie urodzone, nie są w stanie same zmieniać swojej pozycji. Dlatego rodzice lub opiekunowie powinni wielokrotnie w ciągu dnia zmieniać ułożenie dziecka w łóżeczku – najlepiej kierując się porami karmienia. Po nakarmieniu i po tym, jak dziecku się odbije, układamy je na boku w łóżeczku i pozostawiamy go w tej pozycji na przynajmniej jedną godzinę. Po kolejnym posiłku zmieniamy ułożenie na przeciwległy bok i tak robimy przez całą dobę.

Pozycja na boku po karmieniu daje dziecku bezpieczeństwo w razie fizjologicznego ulewania. Treść pokarmowa zostanie usunięta i wypłynie z ust na podłożoną pod głowę pieluchę tetrową, nie doprowadzając do krztuszenia i ryzyka zachłyśnięcia.

Pod policzek dziecka podkładamy pieluchę lub specjalną, cienką poduszkę dla niemowląt o grubości dostosowanej do rozmiaru barku dziecka. Dzięki tej „podkładce” głowa dziecka ułożona jest symetrycznie i wygodnie.



Pozycję na boku ustalamy i stabilizujemy wałkiem zrobionym z kocyka, ułożonym wokół ciała.



Jeżeli dziecko interesuje się już zabawkami, umieszczamy jedną kolorową zabawkę przed twarzą dziecka na wysokości pępka, żeby dziecko nie odchyliło główki do tyłu, co mogłoby się zdarzyć, gdyby zabawka była ułożona wyżej.

Gdy minie czas „odpoczynku” po karmieniu (minimum jedna godzina), dziecko przebudzi się i zapagnie zmiany pozycji (zacznie się przeciągać, zwiększy aktywność ruchową lub zacznie marudzić), można ułożyć je na plecach.



W tej pozycji ciało dziecka powinno być podparte wałkiem zrobionym z kocyka, aby utrzymać je w symetrii. Należy unieść ręce i nogi maleństwa nieco ponad materac. U tak ułożonego malucha nie wolno blokować jego głowy w pozycji na wprost, ponieważ spowoduje to zbyt głębokie zgięcie szyi do przodu. Broda powinna być oparta na klatce piersiowej.



Dziecko ułożone na plecach ma maksymalną swobodę ruchów kończyn i głowy.

W tej pozycji zabawkę umieszczamy nad pępkiem dziecka.



Ostatnią pozycją, którą możemy wykorzystać w łóżeczku, jest leżenie na brzuchu. Najlepszym czasem na takie ułożenie jest 15-30 minut przed karmieniem i tylko w ciągu dnia, pod nadzorem opiekunów!

Materac powinien być niezbyt miękki i nakryty jedynie prześcieradłem, ponieważ zbyt „puchate” podłoże może ograniczyć dostęp powietrza maluchowi.

Dziecko ułożone w tej pozycji może samodzielnie unosić i przekładać głowę podpierając się na rękach oraz naprzemiennie zginać i prostować nogi.



Noszenie niemowląt na rękach

Przy noszeniu na rękach niedojrzałych dzieci pamiętajmy o dwóch ważnych zasadach:

1. Należy unikać pozycji pionowej kręgosłupa, ponieważ nie jest on jeszcze gotowy na takie obciążenia.
2. Należy pamiętać, aby dziecko noszone było raz na prawej, a raz na lewej stronie ciała. Noszenie dziecka tylko na jednym boku może prowadzić do wystąpienia asymetrii ułożeniowej.



Zasady bezpiecznego i prawidłowego transportu dziecka w foteliku samochodowym

Fotelik należy dostosować do wieku i rozmiaru dziecka. Foteliki dostępne na rynku różnią się konstrukcją i rozmiarem. Ten prezentowany poniżej przeznaczony jest do przewożenia najmłodszych dzieci, ale mimo to może okazać się za duży dla wcześniaka!



Fotelik dla najmłodszych dzieci musi mieć możliwość ustawienia pozycji leżącej i dodatkowo powinien mieć możliwość zmodyfikowania jego kształtu tak, aby zniwelować zbyt duży kąt pomiędzy częścią pod miednicą a częścią pod plecami. Aby zapewnić te warunki wcześniakowi możemy użyć koca, który układamy na całej długości fotelika, dodatkowo rolując go w najniższym miejscu, tak aby kształtem podłoża, na którym ułożone jest dziecko, przypominał hamak, a nie odchylone krzesło.



Takie ułożenie zapewni delikatnej strukturze kręgosłupa prawidłowe podparcie.

Aby uniknąć rozwijania się asymetrii ułożeniowej kręgosłupa i miednicy, powinno się podeprzeć oba boki tułowia krótkimi wałkami (zrobionymi np. z pieluchy tetrowej) od wysokości pach aż do stawów biodrowych.



Bardzo ważne jest zabezpieczenie ułożenia głowy i kręgosłupa szyjnego, aby nie doprowadzić do dyskomfortu oddechowego i uniknąć zniekształceń głowy.

Gdy duża i ciężka głowa dziecka jest zbyt mocno pochylona do przodu można użyć pasa zrobionego z pieluchy tetrowej, który w części środkowej podeprze od tyłu kręgosłup szyjny, a obie części po bokach uformowane w małe wałki zapobiegną opadaniu głowy na boki oraz do przodu.

Alternatywnie można wykonać miękki krążek z waty i bandaża o średnicy odpowiedniej do wielkości głowy dziecka. Aby określić, jakiej średnicy powinien być krążek, należy zmierzyć odległość między uszami dziecka z tyłu głowy.



Noszenie w chuście

Na koniec kilka uwag odnośnie noszenia małych dzieci w chustach. Należy pamiętać, że wcześniaki oraz niemowlęta do około 3. miesiąca życia mają obniżone napięcie mięśniowe i nie należy nosić ich w chuście w pozycji przodem i pionowo do klatki piersiowej mamy. Taką pozycję w chuście można znakomicie wykorzystać kangurując dziecko w fotelu lub leżąc na łożku.

Wyjście wcześniaka do domu to moment, w którym rodzice i dziecko uczą się siebie nawzajem, co z pewnością wymaga czasu. Odpowiednie przygotowanie domu oraz przestrzeganie pewnych zasad, aby zapewnić dziecku bezpieczeństwo, jest bardzo ważne, ale najważniejsza dla dziecka jest bliskość i miłość rodziców.

PIERWSZA POMOC

Każdemu dziecku, nie tylko wcześniakowi, mogą przydarzyć się sytuacje potencjalnie niebezpieczne dla jego zdrowia i życia – zadławienie, zachłyśnięcie, bezdech czy zatrzymanie oddechu i krążenia. Warto wiedzieć, jak w takich sytuacjach odpowiednio zareagować, aby zwiększyć bezpieczeństwo dziecka i szanse na pozytywne zakończenie zdarzenia, zanim przyjedzie wykwalifikowana pomoc.

Poniżej przedstawiamy kroki, które należy podjąć w poszczególnych sytuacjach, aby dziecko było bezpieczne.

Bezdech

Bezdech to przerwa w oddychaniu, podczas której dziecko pozostaje przytomne, ale nie oddycha i nie potrafi samodzielnie go zapoczątkować. Jeśli przerwa trwa długo (powyżej 20 sekund), to prowadzi do zmiany zabarwienia skóry (blandość, zsinienie), zwolnienia częstości pracy serca, co w dalszej konsekwencji może prowadzić do utraty przytomności.

Przyczyną bezdechów jest: niedojrzałość wcześniaków (do bezdechów dochodzi najczęściej właśnie w tej grupie dzieci), obturacja (upośledzenie drożności) górnych dróg oddechowych (np. wydzielina podczas kataru), refluks żołądkowo-przełykowy (możliwe cofnięcie się pokarmu z żołądka do przełyku, gardła, jamy ustnej, nosa), zakażenie uogólnione i w ośrodkowym systemie nerwowym oraz inne, rzadsze przyczyny. Niekiedy silny bodziec bólowy lub duży niepokój może wywołać u dzieci predysponowanych tzw. bezdech afektywny (zaburzenie neurologiczne, przebiegające z zaburzeniami oddychania, zblednięciem lub zsinieniem i możliwą utratą przytomności).



Postępowanie:

Stymulacja do oddychania:

Używając dość mocnego dotyku pocieramy, lekko podszczypujemy skórę na stopach dziecka. Czynności te można wykonywać trzymając dziecko na rękach.



Możemy użyć umiarkowanego „potrząsania” za ramiona dziecka (jakbyśmy chcieli wybudzić dziecko z głębokiego snu).



Trzymając dziecko na rękach, kilkakrotnie (do 5 razy) dmuchamy mocno w twarz dziecka z niewielkiej odległości.

Podczas wykonywania powyższych czynności cały czas obserwujemy dziecko i zaprzestajemy ich wykonywania, gdy nastąpi poprawa i dziecko zacznie oddychać lub płakać. W przypadku braku poprawy po zastosowaniu jednej z metod, możemy zastosować kolejne. Jeśli i one nie przyniosą efektów lub stan dziecka się pogorszy, tj. straci przytomność i nastąpi zatrzymanie krążenia – wykonujemy oddechy ratownicze, a przy braku poprawy rozpoczynamy działania resuscytacyjne (opis poniżej).

Ciało obce w drogach oddechowych (zakrztuszenie, zadławienie).

Zakrztuszenie, zadławienie to przedostanie się ciała obcego (np. fragmentu jedzenia lub zabawki) do dróg oddechowych z częściowym lub całkowitym zamknięciem ich drożności.

Przedstawione postępowanie dotyczy niemowląt (dzieci w pierwszym roku życia).

1. Dopóki dziecko kaszle dźwięcznie (czyli słyszymy kaszel), nie ma konieczności wykonywania żadnych zaawansowanych manewrów udrażniających drogi oddechowe. Należy asekurować dziecko, ułożyć je na boku lub w tej pozycji trzymać na rękach. Jeśli dziecko jest starsze, należy zachęcać je do kaszlu.
2. Nie należy wkładać palców do ust dziecka i „na ślepo” próbować znaleźć i usunąć ciało obce. Jedyna dopuszczalna sytuacja wykonania tej czynności to widoczne w jamie ustnej ciało obce, osadzone płytko – możemy wówczas haczykowato zgiętym małym palcem spróbować je usunąć, uważając, aby nie wepchnąć go przy tej próbie głębiej. Jeśli nie jest w zasięgu palca, nie wykonujemy tego manewru – grozi to przesunięciem go głębiej i pogorszeniem sytuacji.
3. Kiedy kaszel dziecka staje się bezgłówny (czyli widzimy, że dziecko próbuje kaszleć, płakać, ale nie słyszymy dźwięku), układamy niemowlę na brzuchu i uderzamy w okolicę międzyłopatkową (środek pleców), maksymalnie 5 razy. Cały czas stabilizujemy głowę dziecka. Uderzenia





wykonujemy z dość dużą siłą, podstawą otwartej ręki lub łódeczkowato złożoną ręką do skutku, czyli usunięcia ciała obcego i pojawienia się dźwięcznego (słyszalnego) kaszlu lub płaczu.



4. W przypadku braku poprawy po 5 uderzeniach (dziecko przytomne, próbujące oddychać, kaszleć, płakać, ale bezgłośnie, czyli nadal nie słyszymy dźwięku głosu), obracamy niemowlę na plecy i wykonujemy maksymalnie 5 uciśnień klatki piersiowej. Cały czas stabilizujemy głowę dziecka. Należy starannie wybrać miejsce ucisku – środek klatki piersiowej (dolna część klatki piersiowej, tuż nad brzuchem dziecka). Uciiski wykonujemy 2 palcami ułożonymi podłużnie lub poprzecznie w stosunku do położenia dziecka, do skutku, czyli usunięcia ciała

obcego i pojawienia się dźwięcznego (słyszalnego) kaszlu lub płaczu, ale nie więcej niż 5 razy. Każdorazowo ucisk powinien być dość głęboki i dość intensywny.



5. Jeśli nadal nie ma efektu (czyli dziecko nadal jest przytomne, próbuje oddychać, kaszleć, płakać, ale bezgłośnie), powtarzamy manewry z punktu 3 i 4 naprzemiennie, do czasu:
 - a. uzyskania poprawy (widoczne wypadnięcie, wyplucie, wymiotowanie ciała obcego i/lub ponownie słyszalny, dźwięczny płacz dziecka),
 - b. przybycia wykwalifikowanej pomocy,
 - c. braku efektu prowadzonych działań i utraty przytomności dziecka – wtedy rozpoczynamy działania resuscytacyjne (opis jak poniżej).
6. Tak szybko, jak dostępna jest osoba, która może wykonać telefon, należy wezwać wykwalifikowaną pomoc (telefon 112 lub 999). Należy to zrobić najpóźniej wtedy, gdy dziecko traci przytomność lub przedłuża się konieczność naprzemiennego wykonywania uderzeń w okolicę międzyłopatkową i ucisków klatki piersiowej.
7. Jeśli na jakimkolwiek etapie działań dziecko zacznie wymiotować, należy ułożyć je na twardym, stabilnym podłożu lub przytrzymać na rękach w ułożeniu na boku, aby umożliwić wydostanie się treści na zewnątrz, z jak najmniejszym ryzykiem zakrzuszenia się nią dziecka.

Zatrzymanie oddechu i krążenia – resuscytacja krążeniowo-oddechowa

Zatrzymanie oddechu i krążenia to ustanie spontanicznego oddychania i prawidłowej pracy serca oraz funkcji układu krążenia, przebiegające z utratą przytomności i zaburzeniem funkcji wszystkich narządów.

U dzieci najczęstszą przyczyną zatrzymania krążenia są przyczyny oddechowe, np. przedłużający się bezdech, znacznie rzadziej przyczyny pierwotnie sercowe, np. ciężkie zaburzenia rytmu serca.

Postępowanie:

1. Oceniamy przytomność i reakcję dziecka dotykiem i głosem. Przy braku reakcji – głośno wołamy o pomoc cały czas pozostając przy dziecku.



2. Brak reakcji – oceniamy oddech:

- a. dziecko układamy na twardym podłożu, z głową w tzw. pozycji neutralnej (nie za bardzo odgiętą i nie za bardzo przygiętą),
- b. pochylamy się nad dzieckiem policzkiem zwróconym w stronę ust i nosa dziecka, tak aby widzieć klatkę piersiową dziecka: staramy się poczuć oddech dziecka na swoim policzku, usłyszeć szmery oddechowe, zobaczyć ruchy klatki piersiowej,
- c. oceniamy nie dłużej niż 10 sekund.



ułożenie nieprawidłowe

3. Jeśli zaobserwujemy brak oddechu (nie widzimy ruchów klatki piersiowej, nie słyszymy szmerów oddechowych, nie czujemy oddechu) lub mamy wątpliwości, czy dziecko oddycha, wykonujemy oddechy ratunkowe – maksymalnie 5 oddechów:
 - a. utrzymujemy głowę dziecka w pozycji neutralnej,
 - b. obejmujemy własnymi ustami usta i nos dziecka (noworodki i niemowlęta) lub tylko usta dziecka (większe dzieci, wówczas zamykamy nos dziecka palcami),



- c. wykonujemy 5 wdechów trwających około 1 sekundę, starając się obserwować i/lub czuć ręką ułożoną na klatce piersiowej dziecka, ruchy klatki piersiowej podczas wdychania powietrza,
 - d. jeśli nie widzimy, nie czujemy ruchów lub mamy wątpliwości – poprawiamy pozycję głowy dziecka, obejmujemy starannie własnymi ustami usta i nos dziecka (noworodki i niemowlęta) lub tylko usta (starsze dzieci) – wykonujemy ponownie 5 oddechów.
 - e. jeśli dziecko zacznie oddychać, płakać, ruszać się, wymiotować, kaszleć w trakcie wykonywania oddechów – przerywamy i obserwujemy
4. Jeśli po wykonaniu 5 oddechów ratunkowych nie widzimy poprawy – dziecko nieprzytomne, niereagujące, nie oddycha i nie wykazuje innych czynności życiowych (nie rusza się, nie otwiera oczu) – rozpoczynamy uciski klatki piersiowej prowadzone razem z wentylacją:
 - a. układamy dwa palce na środku klatki piersiowej (jak przy uciskach w przypadku zakrztuszenia) i wykonujemy 30 ucisków,



- b. następnie podajemy 2 oddechy (technika jak przy 5 oddechach powyżej),
 - c. wykonujemy naprzemiennie uciski klatki piersiowej i oddechy (odpowiednio 30 ucisków i 2 oddechy) do czasu przybycia wykwalifikowanej pomocy (jeśli została wezwana) lub do czasu poprawy stanu dziecka (pojawienie się ruchów, oddechu, płaczu lub innych przejawów życia).
5. Wezwanie wykwalifikowanej pomocy:
- a. jeśli jest dostępna osoba do pomocy, to powinna wezwać wykwalifikowaną pomoc (telefon 112 lub 999) w momencie stwierdzenia przez nas, że dziecko jest nieprzytomne,
 - b. jeśli pomoc nie jest dostępna i jesteśmy sami z poszkodowanym dzieckiem, najpierw podejmujemy działania, jak w punktach 1-4 – wykonujemy uciski klatki piersiowej i oddechy przez około 1 minutę, a następnie wzywamy wykwalifikowaną pomoc,
 - c. w przypadku prowadzenia działań, jak w punkcie 1-4 i uzyskania poprawy (dziecko odzyskuje przytomność, zaczyna oddychać), również konieczne jest wezwanie wykwalifikowanej pomocy – dziecko musi być zbadane przez lekarza, konieczna może być dodatkowa diagnostyka i obserwacja w warunkach szpitalnych.

Nie bójmy się udzielać pomocy.

Dzięki temu możemy pomóc naszemu dziecku, a nawet uratować mu życie. Warto zapoznać się z instrukcjami, by umieć sprawnie i skutecznie zadziałać w przypadku nagłego zdarzenia.

ODPORNOŚĆ WCZEŚNIAKÓW

Zdrowe dziecko – bezpieczne dziecko

Układ odpornościowy dziecka urodzonego przedwcześnie nie jest w pełni dojrzały i przez to nie spełnia swojej ochronnej funkcji. To powoduje, że nawet najmniejsza infekcja może przerodzić się w groźną chorobę i sprawić, że dziecko będzie musiało wrócić do szpitala, a nawet na oddział intensywnej terapii. Aby mieć pewność, że dziecko będzie bezpieczne, warto od pierwszych dni po urodzeniu zadbać o jego odporność i w ten sposób zabezpieczyć go przed groźnymi infekcjami. Jak to zrobić?

Karmienie mlekiem matki

Podstawą budowania odporności u wcześniaków jest karmienie mlekiem matki. Zawiera ono wiele składników bioaktywnych (białek, cukrów, minerałów, witamin, przeciwciał), które wpływają na prawidłowy rozwój dziecka. Mleko matki jest dla wcześniaków jak lek. Badania potwierdzają jego dobroczynny wpływ na wcześniaki. Karmione mlekiem matki są mniej narażone na infekcje czy martwicze zapalenie jelit. Bardzo ważne jest, aby przyjmowały je od pierwszych dni życia. Oczywiście na początku może to być trudne zarówno dla matki, jak i dla dziecka, ale wtedy z pewnością będzie pomocny personel medyczny.

Nie każda mama będzie w stanie karmić dziecko swoim mlekiem. Przyczyny tego mogą być różne. Warto wtedy skorzystać z mleka innej mamy, pochodzącego z banku mleka.

Odpowiednia higiena i pielęgnacja

Układ odpornościowy dziecka można wzmocnić poprzez odpowiednią higienę i pielęgnację. Dla wcześniaków bardzo ważne jest unikanie wirusów i bakterii. Dlatego podstawą opieki nad wcześniakiem jest higiena rąk. Ważne, aby myć je przed każdym kontaktem z dzieckiem. Równie ważna jest odpowiednia pielęgnacja skóry, która jest cieńsza niż u dziecka urodzonego o czasie, a przez to bardziej skłonna do przenikania przez nią wirusów i bakterii. Do pielęgnacji należy wybierać delikatne środki, które nie będą jej dodatkowo podrażniać.

Ochrona przed wirusami i bakteriami to także unikanie dużych skupisk ludzi (szczególnie w okresie zwiększonej zachorowalności) oraz kontaktu z osobami chorymi. Jeżeli wcześniak ma starsze rodzeństwo, to należy zadbać o zmianę ich ubrania na „domowe” po powrocie ze szkoły czy przedszkola.

Układ odpornościowy może być stymulowany do rozwoju poprzez hartowanie, dlatego ważne jest wychodzenie z dzieckiem na spacer – oczywiście wtedy, gdy pogoda na to pozwala. Ważne jest, aby ubrać dziecko odpowiednio – stosownie do pogody – ani za ciepło, ani za lekko. Natomiast bez względu na porę roku powinno mieć na głowie czapkę.

Unikanie dymu tytoniowego

Dym tytoniowy jest czynnikiem, który ma niekorzystny wpływ na rozwój układu odpornościowego i oddechowego. Należy bezwzględnie wyeliminować go z otoczenia wcześniaka i nie chodzi tylko o niepalenie papierosów przy dziecku. Cząsteczki dymu tytoniowego są przenoszone na ubraniu, dlatego nie wystarczy wyjść na balkon czy na klatkę schodową. Osoby z otoczenia wcześniaka powinny przestać palić.

Szczepienia ochronne

Szczepionka jest lekiem pochodzenia biologicznego, zawierającym substancje (drobnoustroje lub ich produkty) pozbawione cech chorobotwórczych, zdolne

do wytworzenia odpowiedzi immunologicznej bez wywołania choroby. Celem podawania szczepionek jest zabezpieczenie przed wystąpieniem choroby^{1,2}.

Stosowanie szczepień ochronnych jest jednym z największych osiągnięć współczesnej medycyny. Umożliwiło wyeliminowanie śmiertelnych chorób, takich jak ospa prawdziwa, polio czy cholera³.

Dzięki szczepieniom możemy zabezpieczyć dziecko już od pierwszych dni życia przed poważnymi chorobami zakaźnymi.

Grupą szczególnej troski są dzieci urodzone przedwcześnie, z niedotlenieniem okołoporodowym, z wrodzonymi zapaleniami płuc, zespołem aspiracji smółki i innymi problemami, z powodu których dzieci te już na początku ich drogi życiowej wymagają przedłużonego pobytu w szpitalu i leczenia na Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (OITN). Dzieci z tej grupy są bardziej podatne na infekcje, których przebieg jest cięższy, w porównaniu do dzieci urodzonych o czasie. Z powodu wczesnych problemów organizmom tych dzieci ciężiej będzie pokonać infekcje.

Dane epidemiologiczne wskazują na zwiększone ryzyko hospitalizacji z powodu np. choroby wywołanej przez pneumokoki u dzieci:

- urodzonych przedwcześnie
- urodzonych z niską punktacją w skali Apgar
- z wadami wrodzonymi (na przykład wadami układu krążenia).

Dzieci urodzone przedwcześnie, wypisywane do domu z objawami dysplazji oskrzelowo-płucnej są szczególnie podatne na zakażenia górnych i dolnych dróg oddechowych często o bardzo ciężkim przebiegu. Te zakażenia (zapalenia oskrzelików czy zapalenia płuc) wymagają ponownej hospitalizacji, podczas której może dojść do zakażenia biegunką rotawirusową. Dlatego wykonanie szczepień i zabezpieczenie przed groźnymi chorobami jest szczególnie ważne właśnie w tej grupie dzieci. Wcześnieiki nie szczepione w terminie są narażone na zachorowania, a każda infekcja dodatkowo obciąża ich organizm⁴.

Aktualnie obowiązujący kalendarz szczepień można znaleźć na stronie www.szczepienia.info oraz na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS) www.gis.gov.pl/zdrowie/szczepienia-ochronne.

Szczepienia obowiązkowe

- Gruźlica (BCG) – 1 dawka
- Zapalenie wątroby typu B (HBV) – trzy dawki (masa <2000 g 4 dawki)
- Błonica, tężec, krztusiec (DTP) – trzy dawki
- Polio – 2 dawki
- Sepsa wywołana bakterią *Haemophilus influenzae* (Hib) – trzy dawki
- Sepsa wywołana przez *Streptococcus pneumoniae* (Pneumokoki) – trzy dawki dla dzieci z grupy ryzyka
- Odra, świnka, różyczka – dwie dawki

Szczepienia zalecane

- Zakażenie Rotawirusem – wirus Rota dwie lub trzy dawki
- Sepsa wywołana przez *Neisseria meningitidis* (Meningokoki) – dawkowanie zależne od szczepionki
- Ospa wietrzna – po 12. miesiącu życia
- Kleszczowe zapalenie mózgu – po 12. miesiącu życia
- Szczepienia przed podróżami w rejony zachorowań np. na żółtą gorączkę

Koszt pokrywa budżet państwa.

U dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia całokomórkową szczepionką przeciwko krztuścowi (DTPw), urodzonych przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży lub z masą urodzeniową ciała <2500 g należy podać szczepionkę bezkomórkową (DTPa).

Koszt pokrywają rodzice/opiekunowie dziecka.

We wskazanych grupach szczepienie przeciwko ospie wietrznej jest refundowane.

Kiedy nie można zaszczepić dziecka?

Dziecka nie szczepimy wtedy, gdy istnieją co to tego przeciwwskazania:

- Stałe przeciwwskazania to reakcja anafilaktyczna na poprzednią dawkę szczepionki lub na jej składniki.
- Czasowe przeciwwskazania to ostra choroba infekcyjna lub zaostrzenie przewlekłego procesu chorobowego.
- Przeciwwskazaniem do stosowania szczepionek żywych są głębokie zaburzenia odporności wrodzone lub nabyte.

Pamiętajmy, że przeciwwskazaniem do wykonania szczepień NIE są: łagodne lub umiarkowane odczyny po poprzedniej dawce szczepionki – ból, zaczerwienienie, obrzęk, niewielka lub średniego stopnia gorączka, łagodna choroba infekcyjna, antybiotykoterapia, wcześniactwo czy karmienie piersią.

Każdorazowo decyzję o wykonaniu szczepienia podejmuje lekarz po zebraniu dokładnego wywiadu rodzinnego, wywiadu dotyczącego dziecka oraz po dokładnym zbadaniu pacjenta⁵.

Fakty i mity dotyczące szczepień

1. Zbyt dużo szczepionek w zbyt młodym wieku

Nie powinniśmy się obawiać, że nasze dziecko otrzymuje zbyt dużo szczepionek, jak na swój wiek. Układ odpornościowy niemowląt jest w pełni zdolny do wytwarzania odpowiedzi na antygeny zawarte w szczepionkach. Ich ilość jest niewielka w stosunku do tego, z czym codziennie kontaktuje się noworodek, a następnie niemowlę – przedmiotybrane do ust, kontakt z bliskimi osobami i ich florą bakteryjną. Dzieci

mogą odpowiadać na ok. 10 000 różnych antygenów równocześnie⁶. W wielu badaniach nie wykazano, aby liczba szczepionek i zawartych w nich antygenów podana we wczesnym okresie życia dziecka powodowała zwiększone ryzyko złych następstw dla zdrowia i rozwoju malucha⁷.

2. Zbyt liczne iniekcje

Podanie szczepionki podskórnie lub domięśniowo sprawia dziecku ból związany z ukłuciem. Aby go złagodzić można malucha ułożyć w objęciach mamy, przystawić do piersi na ok. 2 minuty przed szczepieniem, podać 2 ml wody z glukozą (stężenie 24%) przez smoczek w trakcie podawania szczepionki.

3. Czy można szczepić dziecko urodzone przedwcześnie i w jakim wieku?

Szczepienia dzieci urodzonych przedwcześnie należy realizować zgodnie z ich wiekiem kalendarzowym. Udowodniono naukowo skuteczność oraz bezpieczeństwo takiego postępowania. Dziecko już od 24. tygodnia życia płodowego jest w stanie produkować przeciwciała po podaniu szczepionek.

Nie ma żadnych dowodów na zwiększoną liczbę powikłań poszczepiennych u dzieci urodzonych przedwcześnie.

Zgodnie z obowiązującym w Polsce Programem Szczepień Ochronnych pierwsze szczepienie zarówno u noworodka donoszonego, jak i urodzonego przedwcześnie – przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B – powinno odbyć się w pierwszych 24 godzinach po urodzeniu.

Dzieci urodzone o czasie przed wypisem z oddziału noworodkowego powinny być zaszczepione przeciwko gruźlicy. Szczepienie to u dzieci urodzonych przedwcześnie wykonuje się po osiągnięciu przez dziecko masy ciała 2000 gramów i stabilnego stanu klinicznego – najczęściej kilka dni przed wypisem z oddziału^{8,9,10,11,12}.

4. Czy szczepionki zawierają rtęć?

Związek rtęci – tiomersal stosowany jest w procesie produkcji szczepionek lub jako ich konserwant. Chroni on preparaty szczepionkowe przed niekontrolowanym wzrostem bakterii. Pomimo, że nie udowodniono szkodliwości śladowych ilości rtęci

zawartych w szczepionkach, tiomersal został wycofany ze wszystkich szczepionek pediatrycznych – z wyjątkiem pełnokomórkowej szczepionki DTPw.

Rada Sanitarno-Epidemiologiczna przy głównym Inspektoracie Sanitarnym kontroluje sumaryczną, bezpieczną ilość rtęci.

5. Czy szczepienia powodują autyzm?

Kilkadziesiąt badań klinicznych NIE potwierdziło teorii o istnieniu związku pomiędzy szczepieniami, a ryzykiem wystąpienia autyzmu. Podobny wniosek wyciągnięto w stosunku do zarzutu, że tiomersal powodował autyzm.

6. Po co szczepić przeciwko chorobom, które już nie występują?

O wielu chorobach zakaźnych, które występowały jeszcze kilkadziesiąt lat temu (polio, ospa prawdziwa, cholera), dziś nie słyszymy właśnie dlatego, że zostały wprowadzone powszechne szczepienia ochronne. Dzięki temu choroby przestały się rozprzestrzeniać, a z czasem zostały wyeliminowane. Jednak tylko dzięki ciągłym szczepieniom całej populacji możemy być pewni, że nie wrócą.

Strategia „kokonu”, czyli szczepienie osób ze środowiska dziecka

Gdy dziecko nie może być szczepione, należy rozważyć zastosowanie strategii „kokonu”, by nie narażać dziecka na kontakt z chorym z rodziny (grypa, ospa, odra, zakażenia pneumokokami, meningokokami, krztusiec) zaleca się, aby Rodzice (jak również przyszli opiekunowie, dziadkowie dziecka) zaszczepili się zaraz po urodzeniu wcześniaka przeciwko np. krztuścowi, grypie sezonowej. Dzięki temu dziecko będzie chronione przed infekcjami przenoszonymi najczęściej przez dorosłych już od pierwszych tygodni życia, nawet wtedy, gdy z przyczyn medycznych samo nie będzie mogło być zaszczepione terminowo.

Zalecane są również szczepienia dla kobiet przed planowaną ciążą – np. przeciwko ospie wietrznej, odrze, różyczce, krztuścowi.

Uodpornienie bierne – profilaktyka bierna

Profilaktyka bierna polega na podaniu preparatu zawierającego immunoglobuliny w dużym stężeniu, wytworzone poza organizmem biorcy. Do tego typu preparatów należą immunoglobuliny przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu B, wścieklizny, ospy wietrznej i półpaśca, cytomegalii, toksynie tężcowej oraz monoklonalne przeciwciała zabezpieczające przed zakażeniami wirusem RSV (*Respiratory Syncytial Virus*)

Profilaktyka zakażeń

Profilaktyka zakażeń wirusem RS u dzieci urodzonych przedwcześnie

Wirus RS, czyli syncytialny wirus nabłonka oddechowego, jest jednym z najgroźniejszych wirusów, z którymi mają styczność małe dzieci (zarówno te urodzone w terminie, jak i wcześniaki). Jest najczęstszą przyczyną zakażeń dróg oddechowych u dzieci do 2. roku życia – w sezonie zwiększonej zachorowalności odpowiada nawet za 70% infekcji. W Polsce występuje sezonowo – od października do kwietnia. U dzieci starszych i u osób dorosłych zwykle powoduje łagodne infekcje górnych dróg oddechowych – kaszel czy katar. Natomiast dla dzieci urodzonych przedwcześnie może być szczególnie groźny. Często jest przyczyną ciężkich zaburzeń oddychania wymagających powrotu na oddział intensywnej terapii. W leczeniu niekiedy konieczne bywa zastosowanie metod wspomagających oddychanie łącznie z wentylacją mechaniczną.

Nie opracowano jeszcze skutecznej szczepionki przeciwko wirusowi RS, istnieje natomiast tzw. profilaktyka bierna. W Polsce realizowany jest program lekowy, który umożliwia bezpłatne zabezpieczenie wcześniaków przed infekcjami wywoływanymi przez wirus RS. Polega on na podaniu domięśniowo 5 dawek (w odstępach miesięcznych) monoklonalnego przeciwciała zabezpieczającego przed zakażeniami wirusem RSV. Profilaktykę stosuje się w okresie zwiększonej zachorowalności, a więc od października do kwietnia.

Bezpłatna profilaktyka przysługuje dzieciom, które:

- w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyły 1. roku życia i urodziły się do 28. tygodnia ciąży (28 tygodni i 6 dni) lub zdiagnozowano u nich dysplazję oskrzelowo-płucną,
- w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyły 6. miesiąca życia i urodziły się między 29. a 32. tygodniem ciąży (32 tygodnie i 6 dni).

Krótko o chorobach:^{3,13,14}

W przypadku braku możliwości bezpłatnego zabezpieczenia dziecka warto rozważyć zakup leku z własnych środków – należy porozmawiać z lekarzem, czy dziecko powinno otrzymać zabezpieczenie w postaci immunoprofilaktyki, by uchronić wcześniaka przed groźnymi konsekwencjami zakażenia wirusem.

Powikłania poszczepienne

Nie ma żadnych dowodów wskazujących na większą liczbę powikłań poszczepiennych u dzieci urodzonych przedwcześnie lub z problemami we wczesnym okresie noworodkowym. Łagodne odczyny poszczepienne, takie jak ból, zaczerwienienie, obrzęk w miejscu podania szczepionki czy gorączka występują sporadycznie, a ich częstość jest podobna, jak u dzieci urodzonych w terminie.¹

Szczepienia ochronne zabezpieczają przed najgroźniejszymi chorobami zakaźnymi. Przede wszystkim tych, co do których nie mamy skutecznych sposobów leczenia.

Warto znać objawy chorób zakaźnych, aby jak najszybciej udać się do lekarza, gdyby się pojawiły.

Krztusiec

Bardzo zakaźna choroba dróg oddechowych, której podstawowym objawem jest napadowy kaszel z zanoszeniem, mogący prowadzić do bezdechów, niedotlenienia i powikłań neurologicznych. U dzieci najmniejszych może przebiegać w sposób piorunujący. Powikłaniem krztuśca może być zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego, a nawet uszkodzenie mózgu.

Odra

Wysoko zakaźna choroba wywołwana przez wirusa odry. Objawem jest bardzo wysoka gorączka, zapalenie spojówek ze światłowstrętem, nudności, brak apetytu, a potem wysypka. Ostroymi powikłaniami odry są wtórne zakażenia bakteryjne, a także biegunka czy zapalenie płuc, ale prawdziwym problemem jest fakt, że wirus może przejść w postać uśpioną i nawet po kilku latach objawić się jako postępujące zapalenie mózgu, na które niestety nie mamy leczenia.

Różyczka

Wysoko zakaźna choroba wywołwana przez wirusa różyczki, której objawami są: gorączka, drobnoplamista bladoróżowa wysypka, powiększenie węzłów chłonnych szyjnych. Na różyczkę najczęściej chorują dzieci, ale występują również u dorosłych. Jest szczególnie niebezpieczna dla kobiet w ciąży.

Świnka

Nazywana również zapaleniem ślinianek przyusznych. Choroba zakaźna, która objawia się wysoką gorączką, bolesnym obrzękiem ślinianki przyusznej, które może wystąpić z obu stron. Często występują również ból brzucha. Powikłaniem świnki może być zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, a u chłopców zapalenie jąder w wieku dojrzewania.

Ospa wietrzna

Wysoko zakaźna choroba wywołwana przez wirus ospy i półpaśca. Najczęstsze objawy to: gorączka, charakterystyczne wykwity skórne (grudki, pęcherzyki, strupki) z dużym świądem. Powikłaniem ospy może być bakteryjne nadkażenie wykwitów skórnych, zapalenie płuc, serca, a także powikłania neurologiczne, w tym zapalenie mózdzku.

Infekcje wywołwane przez pneumokoki

Bakterie *Streptococcus pneumoniae* (pneumokoki) mogą wywoływać zwykłe infekcje tj. zapalenie ucha środkowego, zapalenie zatok, ale również mogą być przyczyną inwazyjnej choroby pneumokokowej (zapalenia płuc, ropnego zapalenia opon mózgowych, a także sepsy). Zakażenie przenoszone jest między ludźmi drogą oddechową, przy czym często spotyka się nosicielstwo bezobjawowe, czyli osoba zaraża innych sama nie mając objawów choroby.

Infekcje wywołane przez meningokoki

W Polsce najczęściej występują infekcje wywołane przez meningokoki typu B lub C. Meningokoki mogą wywoływać: zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, stawów, wsierdzia, ale najgroźniejsze jest zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz sepsa meningokokowa.

Rotawirusy

Zaraźliwość rotawirusami jest bardzo duża. Wywołują biegunki i wymioty, które mogą prowadzić do odwodnienia. W przypadku ciężkiego przebiegu infekcji wywołanych rotawirusami konieczne jest leczenie w szpitalu.

Kleszczowe zapalenie mózgu

Choroba przenoszona przez kleszcze. W Polsce obszarami zwiększonego ryzyka są: Podlasie, Warmia, Mazury, Małopolska i szczególnie w tych miejscach warto pomyśleć o szczepieniu przeciwko tej chorobie.

Polio (nagminne porażenie dziecięce)

Właściwie nie występuje, dzięki wprowadzeniu powszechnych szczepień. Objawami choroby były nieodwracalne uszkodzenia komórek nerwowych w rdzeniu kręgowym prowadzące do paraliżu.

Więcej informacji na temat chorób, objawów, przebiegu i możliwościach leczenia można szukać na portalu www.mp.pl

Nie bójmy się szczepień.

Wszystkie „za i przeciw” można zawsze omówić z neonatologiem lub pediatrą.

Piśmiennictwo:

1. Pietrzyk JJ, Kwinta P. red. *Pediatrics* t. I. Kraków. Wyd. UJ, wyd. I, 2018.
2. Czajka H. Standard realizacji szczepień wcześniaka po wypisie. W: *Standardy opieki ambulatoryjnej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego*. Warszawa, wyd. Media-Press Sp. z o.o. 2018: 16-23.
3. Cianciara J, Juszczyk J (red). *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Lublin, wyd. Czelej 2007.
4. Borszewska-Kornacka K. *i wsp.: Niezbędnik rodzica wcześniaka*. Warszawa, wyd. Printfaktoria Sp. z o.o. 2015; 62-64.
5. Wysocki P, Czajka H. *Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach*. Wyd. VI, Kraków. Help-Med. 2018.
6. Ludwikowska K, Matkowska-Kocjan A. Szczepienia w grupach ryzyka. *Wyd. Med. Praktyczna Szczepienia* 1;2019; 88-89.
7. Frank DeStefano *i wsp.* Najczęstsze kontrowersje związane z bezpieczeństwem szczepień. *Med. Praktyczna Szczepienia* 2;2019; 66-76.
8. Borszewska-Kornacka MK. Szczepienia w oddziale noworodkowym u noworodków urodzonych przedwcześnie. W Borszewska-Kornacka MK (red). *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego*. Wyd. II. Warszawa, wyd. Media-Press 2017; 107-112.
9. Czajka H, Lauterbach R, Pawlik D *i wsp.* Implementation of mandatory vaccinations against diphtheria, tetanus and pertussis in preterm infants as part of the Polish Immunization Programme. *Pediatrics Polska* 2017;92(5):485-493.
10. Gagneur A, Piquier D, Quach C. Immunization of preterm infants. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2015;11(11):2556-2563.
11. Omenaca F, Sarlangue J, Szenborn L *i wsp.* Safety, Reactogenicity and immunogenicity of the Human Rotavirus Vaccine in Preterm European Infants: a Randomized Phase IIIb Study. *Pediatrics Infectious Disease Journal* 2012;31(5).
12. Resch B. Vaccination of Preterm Infants. *J Neonatal Biol* 2014;3:e107.
13. Pietrzyk JJ, Kwinta P (red). *Pediatrics* t. II. Kraków, wyd. UJ, wyd. I, 2018.
14. Rudkowski Z. Choroby zakaźne i pasożytnicze u dzieci. *Biblioteka Pediatri*. Warszawa, wyd. PZWL 2001.

NOTATKI

40

NOTATKI

NOTATKI

42

Koalicja dla
wczesniaka

