

SEMINARIUM · III ROK · KIERUNEK LEKARSKI · PEDIATRIA

Objawy infekcji i chorób górnych dróg oddechowych u dzieci

Pacjent od noworodka do 18. roku życia — od objawu do decyzji klinicznej, z elementami eduScrum

CZĘŚĆ I a ·

Mapa objawów górnych dróg oddechowych

Katar · zatoki · gardło · krtań · kaszel · ucho · sen

Pięć pięter górnych dróg oddechowych

Każde piętro ma swój objaw wiodący — u dziecka piętra są bliżej siebie, a drogi oddechowe węższe

1

Nos i zatoki przynosowe

katar, blokada nosa, ból twarzy, zaburzenia węchu

2

Nosogardło (migdałek gardłowy, ujścia trąbek słuchowych)

oddychanie ustami, chrapanie, nawracające zapalenia ucha, niedosłuch

3

Gardło środkowe (migdałki podniebienne)

ból gardła, dysfagia, trismus przy ropniu

4

Krtąń

chrypka, stridor, „szczekający” kaszel, duszność wdechowa

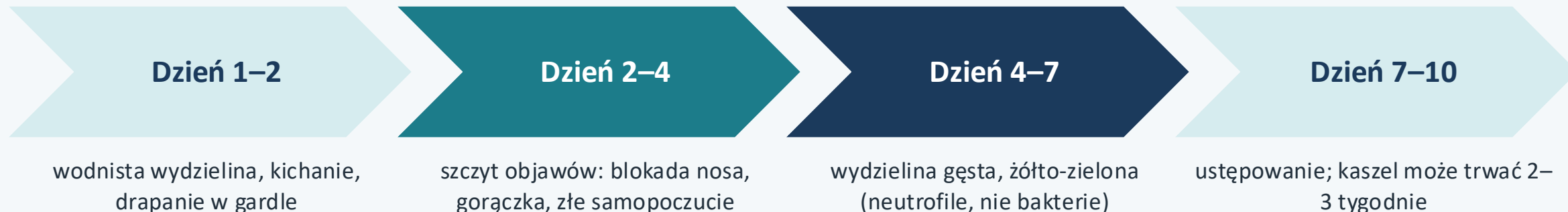
5

Ucho środkowe (przez trąbkę słuchową)

otalgia, wyciek, niedosłuch, gorączka u małego dziecka

Katar: naturalny przebieg przeziębienia

Dziecko w żłobku i przedszkolu choruje 6–8 razy w roku; każdy epizod trwa do 10 dni — kolor wydzieliny to etap, nie etiologia



Kiedy to już nie jest „zwykły katar”?

- objawy > 10 dni bez poprawy
- pogorszenie po wstępnej poprawie („double sickening”)
- objawy nasilone: gorączka $\geq 39^{\circ}\text{C}$ i ropna wydzielina ≥ 3 dni

Odpowiedź na pytanie z rozgrzewki

- zielony katar = faza przeziębienia z napływem neutrofili
- sam kolor nie jest wskazaniem do antybiotyku
- liczy się czas trwania i dynamika objawów

Katar: cztery pytania, które zmieniają rozpoznanie

Od kiedy? Jedno- czy obustronny? Sezonowy? Czy dziecko oddycha nosem w nocy? U niemowlęcia: czy je i śpi?



Ostry wirusowy

- < 10 dni, obustronny
- gorączka, ból gardła, kaszel
- leczenie objawowe: sól fizjologiczna, nawodnienie



Alergiczny

- świąd nosa i oczu, kichanie salwami
- wodnista wydzielina, sezonowość lub ekspozycja
- błada, obrzęknięta śluzówka; „salut alergiczny”



Jednostronny, cuchnący

- u małego dziecka = ciało obce do wykluczenia
- ropna, krwista wydzielina z jednej strony
- u nastolatka: polip antrochoanalny, zapalenie zębopochodne



Przewlekła blokada nosa

- przerost migdałka gardłowego — najczęstsza przyczyna 2–8 lat
- polipy nosa u dziecka → wyklucz mukowiscydozę
- oddychanie ustami, chrapanie, „twarz adenoidalna”

Ostre zapalenie zatok: trzy fazy wg EPOS 2020

Definicja u dzieci (EPOS 2020): nagły początek ≥ 2 objawów — blokada nosa, zmieniona wydzielina, kaszel (dzienny i nocny); < 12 tygodni

Wirusowe

< 10 dni

- = przeziębienie
- leczenie objawowe
- bez antybiotyku

Pozawirusowe

nasilenie po 5. dniu lub objawy > 10 dni

- najczęstsza przyczyna „przedłużającego się kataru”
- GKS donosowe, płukanie nosa
- nadal bez antybiotyku

Bakteryjne

≥ 3 z 5 kryteriów

- ropna wydzielina (przewaga jednostronna)
- silny ból miejscowy (jednostronny)
- gorączka $> 38^{\circ}\text{C}$
- CRP / OB podwyższone
- „double sickening”

Antybiotyk tylko w fazie bakteryjnej — czyli u $\sim 0,5\text{--}2\%$ pacjentów z ostrym zapaleniem zatok.

Zapalenie zatok u dziecka: czego szukać w badaniu

Dziecko rzadko zgłasza ból twarzy — obraz to katar, kaszel (także nocny) i gorączka

1 Obraz u dzieci (EPOS 2020)

- blokada nosa / zmieniona wydzielina ± kaszel
- ból twarzy i ból głowy — rzadziej i mniej swoiste
- zatoki sitowe i szczękowe od urodzenia; czołowe dopiero po 6.–8. r.ż.

2 Badanie przedmiotowe

- rynoskopia przednia: ropna wydzielina, przewaga jednostronna
- spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła
- bolesność uciskowa okolicy zatok — tylko u starszych dzieci i nastolatków



Powikłania oczodołowe — najczęstsze powikłanie u dzieci (klasyfikacja Chandlera)

- obrzęk i zaczerwienienie powieki → zapalenie przedprzegrodowe (I) vs. oczodołowe (II–IV)
- ból przy ruchach gałki, wytrzeszcz, ograniczenie ruchomości, zaburzenia widzenia = pilna TK, hospitalizacja, antybiotyk i.v., laryngolog + okulista
- sztywność karku, silny ból głowy, zaburzenia świadomości → powikłanie wewnątrzczaszkowe

Ból gardła: wirus czy paciorkowiec?

W 70–85% przypadków przyczyna jest wirusowa — objawy towarzyszące mówią więcej niż sam wygląd migdałków

Za etiologią wirusową

- kaszel, katar, chrypka
- zapalenie spojówek, biegunka
- wysypka plamista, owrzodzenia jamy ustnej (enterowirusy)
- stopniowy początek, wiek < 3 lat
- objawy ogólne łagodne

Za anginą paciorkowcową (*S. pyogenes*)

- nagły początek, gorączka > 38 °C
- wysięk na migdałkach, obrzęk łuków
- bolesne węzły szyjne przednie
- wybroczyny na podniebieniu, „malinowy język”
- BRAK kaszlu i kataru; wiek 5–15 lat, kontakt z chorym

Skala Centora w modyfikacji McIsaaca

Zalecana przez rekomendacje NPOA (2016) dla dzieci ≥ 3 lat — narzędzie do decyzji: badać czy nie badać

Gorączka $> 38^{\circ}\text{C}$ +1

Brak kaszlu +1

Powiększone, bolesne węzły szyjne przednie +1

Wysięk na migdałkach i ich obrzęk +1

Wiek 3–14 lat +1

Wiek 15–18 lat (nastolatek) 0

Wiek < 3 lat: skali nie stosujemy —

0–1 pkt

leczenie objawowe, bez badań mikrobiologicznych

2–3 pkt

szybki test antygenowy (RADT) lub posiew —
antybiotyk tylko przy dodatnim wyniku

4–5 pkt

szybki test lub posiew; w ciężkim przebiegu
dopuszczalne leczenie empiryczne

Ujemny szybki test u dziecka → potwierdź posiewem (czułość RADT 70–90%).

Ból gardła: cztery rozpoznania, których nie wolno przeoczyć

Każde ma jeden objaw-klucz, o który trzeba zapytać lub który trzeba zbadać

1

Mononukleozą zakaźną (EBV)

- nastolatek, zmęczenie tygodniami, wysięk na migdałkach
- węzły szyjne TYLNE, splenomegalia (do 50%)
- wysypka po amoksycylinie; limfocyty atypowe, VCA IgM

2

Ropień okołomigdałkowy / zagardłowy

- nastolatek: trismus, głos „gorącego kartofla”, asymetria łuku, odchylenie języczka
- małe dziecko (< 5 lat): ropień zagardłowy — sztywność karku, ślinienie, odgięcie głowy
- pilnie laryngolog: obrazowanie, drenaż + antybiotyk i.v.

3

Zapalenie nagłośni

- gwałtowny początek, wysoka gorączka, toksyczny wygląd
- ślinienie, dysfagia, pozycja „tripod”, stridor
- nie badaj gardła szpatułką — zabezpiecz drogi oddechowe

4

Zespół PFAPA

- nawracająca gorączka co 3–8 tyg. u dziecka < 5 lat
- afty, zapalenie gardła, powiększone węzły
- ujemne posiewy, dobra odpowiedź na jedną dawkę GKS

Chrypka u dziecka: objaw z krtani

Chrypka = zaburzenie drgań fałdów głosowych. Pytania kluczowe: od ilu tygodni? od urodzenia? czy towarzyszy stridor?

Ostra (< 3 tyg.)

- wirusowe zapalenie krtani — zwykle z przeziębieniem
- krup — chrypka + szczekający kaszel + stridor (6 mies. – 3 lata)
- nadużycie głosu (krzyk na boisku, koncert)
- leczenie: oszczędzanie głosu, nawilżanie; antybiotyk nie ma zastosowania

Przewlekła (> 3–4 tyg.)

- guzki głosowe („guzki krzykaczy”) — najczęstsza przyczyna u dzieci w wieku szkolnym
- refluks krtaniowo-gardłowy: chrząkanie, kaszel nocny
- nawracająca brodawczakowatość krtani (HPV 6/11) — chrypka postępująca
- GKS wziewne (astma), niedoczynność tarczycy

Czerwone flagi

- chrypka + stridor u niemowlęcia: laryngomalacja ciężka, naczyniak podgłośniowy, porażenie fałdów
- chrypka postępująca lub od urodzenia (brodawczaki, wady wrodzone)
- duszność, dysfagia, zaburzenia karmienia, brak przyrostu masy ciała
- chrypka po intubacji lub operacji kardiochirurgicznej (n. krtaniowy wsteczny)

AAO-HNS 2018 (dotyczy także dzieci): laryngoskopia, jeśli chrypka nie ustępuje w ciągu 4 tygodni — lub wcześniej, gdy towarzyszy jej stridor, duszność lub zaburzenia karmienia.

Stridor u dziecka: krup czy zapalenie nagłośni?

Stridor wdechowy = zwężenie powyżej lub na poziomie głośni. Różnicowanie decyduje o tym, czy w ogóle wolno zajrzeć do gardła

Cecha	Krup (podgłośniowe zapalenie krtani)	Zapalenie nagłośni
Wiek / etiologia	6 mies. – 3 lata; wirus paragrypy, RSV	2–7 lat; H. influenzae typu b — obecnie rzadkie (szczepienia), S. pyogenes, S. aureus; pamiętaj o nieszczepionych
Początek	stopniowy, 1–2 dni kataru, nasilenie w nocy	gwałtowny, w ciągu godzin
Gorączka / stan ogólny	niska lub umiarkowana; dziecko „chore, ale bawi się”	wysoka; dziecko toksyczne, przestraszone, blade
Kaszel / głos	kaszel szczekający, chrypka	kaszel nieobecny; głos stłumiony, cichy
Ślinienie / pozycja	nie; leży	ślinienie, dysfagia; pozycja „tripod”, szyja wyciągnięta
Postępowanie	deksametazon p.o. (0,15–0,6 mg/kg) jednorazowo; adrenalina w nebulizacji przy stridorze spoczynkowym; skala Westleya	NIE badać gardła, nie kłaść; tlen, wezwać anestezjologa i laryngologa — zabezpieczenie dróg oddechowych; antybiotyk i.v.

Kaszel z górnych dróg oddechowych

Kaszel nie jest objawem płuc — bardzo często jego źródło leży wyżej



Zespół kaszlu z górnych dróg (UACS)

- spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła
- kaszel nasila się w pozycji leżącej, rano chrząkanie
- przyczyna: nieżyt nosa, zapalenie zatok, przerost migdałka



Kaszel poinfekcyjny

- utrzymuje się 3–8 tygodni po przeziębieniu
- suchy, bez gorączki, dziecko w dobrym stanie
- nie wymaga antybiotyku ani RTG, jeśli brak innych objawów



Krup

- szczekający, „foczy” kaszel + stridor + chrypka
- nasilenie w nocy, 6 mies. – 3 lata
- ocena nasilenia: skala Westleya



Krztusiec (uwaga!)

- napady kaszlu zakończone „pianiem” lub wymiotami
- u niemowląt: bezdech i sinica zamiast „piania”
- kaszel > 2 tyg. bez gorączki; potwierdzenie PCR

Ucho: ból, wyciek, niedosłuch

Ucho środkowe jest przedłużeniem nosogardła — zapalenie ucha to zwykle konsekwencja kataru

1

Ostre zapalenie ucha środkowego

- otalgia (u niemowląt: płacz, pocieranie ucha, gorączka, niepokój nocny)
- otoskopia: UWYPUKLONA, przekrwiona błona bębenkowa lub świeży wyciek
- sam rumień bez uwypuklenia ≠ OZUŚ

2

Wysiękowe zapalenie ucha

- płyn za błoną bez cech ostrego zapalenia
- bez bólu i gorączki: NIEDOSŁUCH, „nie słucha”, głośny TV, opóźnienie mowy
- związek z przerostem migdałka gardłowego; obserwacja 3 mies.

3

Zapalenie ucha zewnętrznego

- ból przy pociąganiu małżowiny i ucisku na skrawek
- obrzęk i wydzielina w przewodzie, latem („ucho pływaka”)
- błona bębenkowa prawidłowa (jeśli widoczna)

Czuje wyczekiwanie 48–72 h (NPOA / AAP) — antybiotyk od razu, gdy:

wiek < 6 mies. · gorączka $\geq 39^{\circ}\text{C}$ lub wymioty · obustronne OZUŚ < 2 r.ż. · wyciek z ucha · nawracające zapalenia · wady twarzoczaszki, zespół Downa, niedobory odporności

Zaburzenia oddychania w czasie snu u dzieci

Chrapanie nawykowe: ~10% dzieci · obturacyjny bezdech senny: 1–5% · szczyt 2–8 lat (przerost migdałków)



Objawy nocne

- chrapanie ≥ 3 noce w tygodniu
- obserwowane przez rodziców bezdechy, „łapanie powietrza”
- niespokojny sen, potliwość, odgięta głowa
- oddychanie ustami, moczenie nocne (wtórne)



Objawy dzienne

- NADPOBUDLIWOŚĆ, trudności z koncentracją — nie senność jak u dorosłych
- gorsze wyniki w nauce, drażliwość
- poranne bóle głowy
- przy długim trwaniu: zaburzenia wzrastania



Badanie

- migdałki podniebienne III–IV° (skala Brodsky'ego)
- „twarz adenoidalna”: otwarte usta, wąska szczęka, podkrążone oczy
- mowa nosowa zamknięta
- masa ciała: niedobór lub otyłość

Postępowanie (AAP 2012)

każde dziecko na wizycie pytamy o chrapanie → chrapanie + objawy = polisomnografia (złoty standard) lub skierowanie do laryngologa → adenotonsillektomia jako leczenie pierwszego wyboru przy przeroście migdałków; postać łagodna: GKS donosowe $\pm$ montelukast, kontrola po 6–8 tyg.

Dwa fenotypy bezdechu sennego u dzieci

Małe dziecko z przerostem migdałków i nastolatek z otyłością — ten sam objaw, inne rozumowanie i inne leczenie



Typ I: 2–8 lat, przerost migdałków

- szczupłe lub z niedoborem masy ciała, „twarz adenoidalna”
- nadpobudliwość, moczenie nocne, nawracające OZUŚ
- leczenie: adenotonsillektomia — skuteczność 70–80%



Typ II: nastolatek z otyłością

- senność dzienna (jak u dorosłych), poranne bóle głowy
- nadciśnienie, insulinooporność, gorsze wyniki w nauce
- leczenie: redukcja masy ciała + adenotonsillektomia; CPAP przy OBS resztkowym

Narzędzie przesiewowe: Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ, Chervin 2000)

- 22 pytania do rodzica: chrapanie, bezdechy, oddychanie ustami, senność, nadpobudliwość, moczenie
- ≥ 8 odpowiedzi „tak” ($\geq 33\%$) = wynik dodatni $\rightarrow$ polisomnografia lub laryngolog
- kwestionariusze dla dorosłych (STOP-BANG, Epworth) nie są walidowane u dzieci

CZĘŚĆ I b · BADANIE PRZEDMIOTOWE

Jak zbadać, żeby zobaczyć

Kolejność · otoskopia · gardło · nos · szyja · obserwacja krtani — to, czego AI nie robi

Badanie dziecka z infekcją GDO: zasady ogólne

Od najmniej do najbardziej nieprzyjemnego — gardło zawsze na końcu, a czasem wcale

1

Patrz, zanim dotkniesz

stan ogólny, pozycja, oddech, głos, kaszel, ślinienie, stridor, zabarwienie skóry — z odległości, gdy dziecko jest spokojne

2

Na kolanach rodzica

dziecko siedzi przodem (gardło, nos) lub bokiem (uszy); rodzic przytrzymuje ręce i głowę — badający ma obie ręce wolne

3

Skóra, szyja, węzły, klatka

wysypka, węzły szyjne przednie / tylne, wyrostek sutkowaty, sztywność karku, osłuchiwanie — jeszcze bez łez

4

Uszy, potem nos

otoskopia obustronnie (zdrowe ucho najpierw), rynoskopia przednia tym samym otoskopem

5

Gardło na końcu

jedno spojrzenie, dobrze przygotowane; NIGDY przy podejrzeniu zapalenia nagłośni lub stridorze spoczynkowym

Zasada: to, co zobaczysz z odległości u spokojnego dziecka, jest warte więcej niż to, co zobaczysz przez łyżę. Płacz zmienia kolor błony bębenkowej i gardła.

Otoskopia: technika

Największy wziernik, jaki wejdzie do przewodu — mały wziernik to mały obraz i większe ryzyko urazu

1 Pozycja i chwyt

- dziecko bokiem na kolanach rodzica, głowa przytulona do klatki rodzica, ręka rodzica przytrzymuje głowę
- otoskop trzymany jak długopis, palec IV–V opiera się o policzek dziecka — gdy dziecko szarpnie, otoskop porusza się razem z głową

2 Wyprostuj przewód

- niemowlę i małe dziecko: małżowinę pociągnij do TYŁU i w DÓŁ
- dziecko starsze (> 3 lat) i nastolatek: do TYŁU i do GÓRY
- wziernik wprowadź płytko (tylko do części chrzęstnej) — część kostna boli

3 Co robisz po kolei

- najpierw ucho zdrowe (lub mniej bolesne)
- obejrzyj przewód: woskowina, wydzielina, obrzęk, ciało obce, ból przy pociąganiu małżowiny (ucho zewnętrzne!)
- znajdź rękojeść młoteczka — punkt orientacyjny — i dopiero oceniaj błonę

Otoskopia pneumatyczna

gruszka na otoskopie, szczelnie dobrany wziernik; delikatne wdmuchnięcie powietrza → błona prawidłowa porusza się wyraźnie, błona z płynem za nią (OME) lub uwypuklona (OZUŚ) — słabo albo wcale. To najczulsze proste badanie w kierunku płynu w uchu środkowym.

Otoskopia: cztery cechy błony bębenkowej

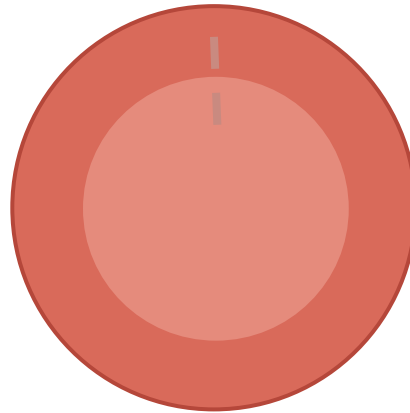
Położenie · kolor · przezierność · ruchomość — a nie tylko „czerwona / nieczerwona”

Prawidłowa



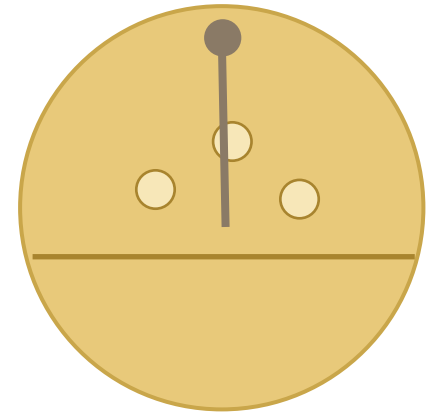
perłowoszara, przezierna, refleks świetlny przednio-dolny, rękojeść młoteczka widoczna, ruchoma

Ostre zapalenie ucha środkowego



UWYPUKLONA (zatarte zarysy młoteczka), przekrwiona lub żółtawo-matowa, brak refleksu, nieruchoma; ± wyciek

Wysiękowe zapalenie ucha



wciągnięta lub w położeniu neutralnym, matowa, bursztynowa; poziom płynu lub pęcherzyki powietrza; ruchomość ograniczona

Badanie gardła: jedno dobre spojrzenie

Dziecko na kolanach rodzica, źródło światła, szpatułka na 2/3 języka, „aaa” — nie „wysuń język”

1

Technika

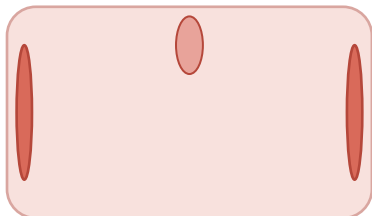
- rodzic: jedna ręka na czole dziecka, druga obejmuje ręce
- szpatułka płasko na środek języka (2/3), nie na nasadę — odruch wymiotny
- oglądaj w tej kolejności: wargi i śluzówka policzków → podniebienie → łuki i migdałki → języczek → tylna ściana
- nie badaj: stridor spoczynkowy, ślinienie, podejrzenie zapalenia nagłośni

2

Co opisujesz

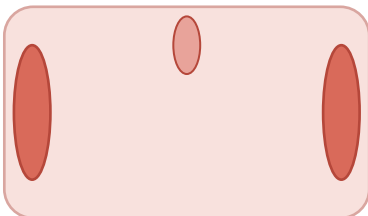
- migdałki: wielkość (skala Brodsky'ego), SYMETRIA, nalot (wysięk / błona), krypty
- podniebienie: wybroczyny (paciorkowiec, EBV), pęcherzyki i owrzodzenia (enterowirusy, HSV)
- języczek: odchylenie w stronę zdrową = ropień okołomigdałkowy; łuk uwypuklony
- tylna ściana: spływanie wydzieliny, grudki chłonne, uwypuklenie (ropień zagardłowy)

Skala Brodsky'ego — jaką część szerokości gardła zajmują migdałki



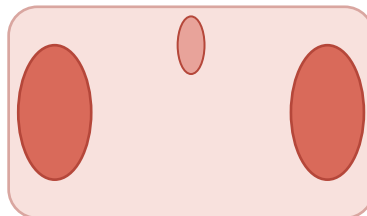
0

w niszach



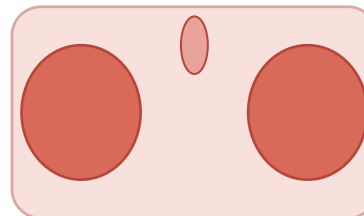
I

< 25%



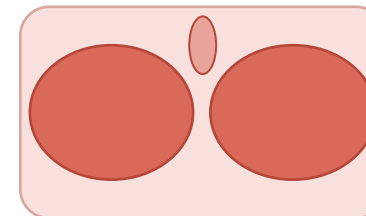
II

25–50%



III

50–75%



IV

> 75%

Nos, szyja i krtań: co badamy, a czego tylko słuchamy

Rynoskopia przednia tym samym otoskopem; krtani u dziecka nie oglądamy — obserwujemy



Nos: rynoskopia przednia

- kciukiem unieś czubek nosa, otoskop z dużym wziernikiem lub światło czołowe
- wydzielina: wodnista / śluzowa / ropna; JEDNO- czy obustronna
- śluzówka: biała, sina, obrzęknięta (alergia) vs przekrwiona (infekcja)
- ciało obce, krwawienie, przegroda
- drożność: zatkaj jedno nozdrze, poproś o wdech; u niemowlęcia — para na lusterku



Szyja: węzły i okolice

- badaj obiema rękami od tyłu, dziecko patrzy przed siebie
- PRZEDNIE (wzdłuż m. MOS, podżuchwowe): paciorkowiec, OZUŚ
- TYLNE (za m. MOS), potyliczne: EBV, różyczka, wirusy
- wielkość, bolesność, konsystencja, ruchomość, skóra nad węzłem
- wyrostek sutkowaty: obrzęk, ból, odstawanie małżowiny = mastoiditis
- sztywność karku, tarczyca, ślinianki



Krtań: patrz i słuchaj

- stridor: wdechowy (powyżej głośni: krup, nagłośnia), wydechowy (tchawica), dwufazowy
- głos: chrypka (fałdy), stłumiony „gorący kartofel” (nadgłośnia, ropień)
- kaszel: szczekający = krup
- pozycja, ślinienie, zaciąganie, SpO₂, świadomość → skala Westleya
- nie kładź, nie odłączaj od rodzica, nie wkładaj szpatułki

Dla każdej infekcji jedno badanie, które rozstrzyga

To jest tabela do zapamiętania — i lista pytań do Product Ownera podczas sprintu

Podejrzanie	Najważniejsze w badaniu	Co przesądza / czego szukasz	Pułapka
Nieżyt nosa	rynoskopia przednia — jedno- czy obustronny	jednostronna, cuchnąca wydzielina = ciało obce; biała obrzęknięta śluzówka = alergia	ocena koloru wydzieliny jako „bakteryjnej”
Zapalenie zatok	OKO: powieki, ruchomość gałki, wytrzeszcz	obrzęk powieki, ból przy ruchach = powikłanie oczodołowe; spływanie ropy po tylnej ścianie	ucisk zatok u małego dziecka nic nie wnosi
Ból gardła	węzły przednie vs tylne, symetria migdałków, trismus, języczek	nalot + węzły tylne + śledziona = EBV; asymetria + trismus = ropień	nalot = antybiotyk
Stridor / chrypka	obserwacja z odległości: stridor, ślinienie, pozycja, kaszel	szczekający kaszel + dobry stan = krup; ślinienie + toksyczny + brak kaszlu = nagłośnia	szpatułka przy podejrzeniu zapalenia nagłośni
Ból ucha	otoskopia: położenie błony (uwypuklenie) + wyrostek sutkowaty	uwypuklenie + przekrwienie = OZUŚ; ból przy pociąganiu małżowiny = ucho zewnętrzne	rumień u płaczącego dziecka = „zapalenie”
Chrapanie / bezdechy	migdałki (Brodsky), twarz, oddychanie ustami, otoskopia	III–IV° + twarz adenoidalna + płyn w uszach; masa ciała, ciśnienie	rozpoznanie ADHD bez pytania o sen

Czerwone flagi w chorobach górnych dróg oddechowych

Osiem objawów, przy których „obserwacja” przestaje być opcją



Stridor spoczynkowy

krup ciężki, zapalenie nagłośni, ciało obce



Ślinienie + pozycja tripod

zapalenie nagłośni, ropień zagardłowy



Trismus, głos stłumiony

ropień okołomigdałkowy



Obrzęk powieki, ból ruchu gałki

powikłanie oczodołowe zapalenia zatok



Sztywność karku, zaburzenia świadomości

powikłanie wewnątrzczaszkowe, ZOMR



Jednostronny cuchnący katar u dziecka

ciało obce w nosie



Chrypka + stridor u niemowlęcia

naczyniak podgłośniowy, laryngomalacja ciężka, porażenie fałdów



Niemowlę < 3 mies. z gorączką, bezdechy

sepsa, krztusiec, RSV — hospitalizacja

Objaw to nie wskazanie: kiedy antybiotyk w GDO

Dzieci otrzymują najwięcej antybiotyków ambulatoryjnych właśnie z powodu infekcji górnych dróg oddechowych — w większości wirusowych

~0%

przeziębienie i ostry nieżyt nosa

antybiotyk nie skraca choroby, zwiększa działania niepożądane

15–30%

bólu gardła u dzieci 5–15 lat to *S. pyogenes*

leczymy tylko potwierdzone (test / posiew)

0,5–2%

ostrych zapaleń zatok jest bakteryjnych

kryteria EPOS: ≥ 3 z 5

Wskazania do antybiotyku

- angina paciorkowcowa potwierdzona (fenoksymetylopenicylina 10 dni)
- bakteryjne zapalenie zatok wg kryteriów EPOS (amoksycylina)
- OZUŚ bez kryteriów do wyczekiwania (amoksycylina w dużej dawce)
- zapalenie nagłośni, ropnie, krztusiec, powikłania

Co zamiast antybiotyku

- jasna informacja o naturalnym przebiegu: „katar do 10 dni, kaszel do 3 tygodni”
- leczenie objawowe: sól fizjologiczna, ibuprofen/paracetamol, GKS donosowe
- plan bezpieczeństwa: „wróć, jeśli...” (double sickening, czerwone flagi)
- recepta odroczone jako narzędzie

Pięć pytań, które zawsze zadajemy

Zabierzcie je do sprintu — to jest Wasza lista kontrolna

1

Od kiedy?

< 10 dni · > 10 dni · > 3–4 tygodnie

2

Jaki przebieg?

jednofazowy · pogorszenie po poprawie

3

Która strona?

obustronny = zwykle wirus · jednostronny = szukaj przyczyny

4

Co się dzieje w nocy?

kaszel, chrapanie, bezdechy, stridor

5

Czy jest czerwona flaga?

stridor, ślinienie, trismus, obrzęk powieki, sztywność karku

Piśmiennictwo

1. Hryniewicz W, Albrecht P, Radzikowski A (red.). Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, Warszawa 2016.
2. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C i wsp. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 (EPOS 2020). *Rhinology* 2020;58(Suppl S29):1–464.
3. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW i wsp. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: IDSA. *Clin Infect Dis* 2012;55(10):e86–e102.
4. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T i wsp. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2013;131(3):e964–e999.
5. Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA i wsp. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 2012;130(3):576–584.
6. Chervin RD, Hedger K, Dillon JE, Pituch KJ. Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Sleep Med* 2000;1(1):21–32.
7. Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR i wsp. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia) (update). *Otolaryngol Head Neck Surg* 2018;158(1 Suppl):S1–S42.
8. Bjornson CL, Johnson DW. Croup in children. *CMAJ* 2013;185(15):1317–1323.
9. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope* 1970;80(9):1414–1428.
10. Delhij W, van Solingen R, Wijnands W. The eduScrum Guide. Wersja 2.0, 2020. eduscrum.org