



# Przewodnik Pacjenta

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 8 (20) Sierpień 2014

Dr med. Anna Zajęc

Oddział Neuroinfekcji i Neurologii Dziecięcej

Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

## ■ KIEDY DZIECKO ŹLE SYPIA

Sen jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania organizmu choć jego rola do końca nie jest poznana. U pacjentów dorosłych warunkuje on prawidłowy rozwój systemu pamięci długotrwałej, natomiast u dzieci odgrywa istotną rolę w kształtowaniu funkcji behawioralnych oraz poznawczych. Szacuje się, że około 25% dzieci ma zaburzenia snu, od krótkich problemów z zaśnięciem do bardziej poważnych obejmujących pierwotne zaburzenia snu. Występowanie zaburzeń snu może być związane z pewnymi kulturowymi zwyczajami charakterystycznymi dla danego regionu świata np. w badaniach van Litsenburga opublikowanych w 2010 roku u dzieci holenderskich występowały one znamienne częściej niż u dzieci w USA, ale rzadziej niż u dzieci chińskich.



dr med. Anna Zajęc

Problemy ze snem zauważane były u 25-50% dzieci w wieku przedszkolnym i u około 37% dzieci w wieku 4-10 lat. Wśród nastolatków problemy w czasie snu obserwowano u prawie 40%, a 12% z nich określało siebie jako „przewlekłe źle sypiający”. Mimo iż większość z tych zaburzeń ma charakter przejściowy i samoograniczający się to jednak często twierdzenie, że „dziecko z tego wyrośnie” nie jest właściwym podejściem ze względu na konsekwencje tych zaburzeń w ciągu godzin dziennych.

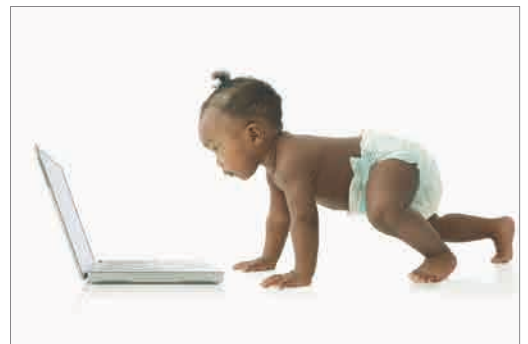


## Parasomnie

Najczęściej omawianymi zaburzeniami snu u dzieci i młodzieży są parasomnie (w nowym podziale uwzględnia się 30 rodzajów parasomni). Są to niezwykle powtarzające się epizodycznie lub nawracające zachowania lub przeżycia związane ze snem, czasem zapadania w sen lub wybudzaniem.

Od okresu noworodkowego do 18 miesiąca życia u dzieci trwa okres ciszy dla parasomni. Tłumaczy się to niedojrzałością korowej sieci neuronalnej, niekompletną mielinizacją zstępujących dróg ruchowych oraz niedojrzałością struktur mózdzku.

Nadal do końca nie poznany jest mechanizm powstawania parasomni. Uważa się, że występują one u 25% populacji dziecięcej i uważane są raczej za „zjawisko normalne” niż za objaw choroby. W przeprowadzonych badaniach stwierdzano u 78% dzieci w wieku 3-13 lat oraz u 88% dzieci w wieku 2,5-6 lat przynajmniej 1 epizod parasomni. Rozważa się udział czynników genetycznych w ich powstawaniu, gdyż często występują one rodzinnie, obok czynników środowiskowych i interakcji pomiędzy nimi a uwarunkowaniami genetycznymi.



Wśród czynników środowiskowych mogących mieć wpływ na zaburzenia w czasie snu rozważa się:

- przewlekłe choroby np. alergie,
- pełny pęcherz,
- przewlekły lub ostry ból,
- źle dobrane leki,
- zwyczajowo późna pora spania,
- nadużywanie kofeiny w ciągu dnia (młodzież),
- niedostosowana temperatura otoczenia lub ciągły hałas,
- wspólne spanie z rodzicami lub dzielenie pokoju z dziećmi,
- źle dobrane programy TV lub gry komputerowe.

Podział na: 1. Parasomnie pierwotne związane z fazami snu i 2. Parasomnie wtórne.

### Parasomnie pierwotne

**Związanie z zasypianiem:** mioklonie przysenne, halucynacje hypangogiczne, porażenie przysenne, rytmiczne ruchy, zespół niespokojnych nóg

**Związane z lekkim snem NREM:** bruksizm, okresowe ruchy nóg

**Związane z głębokim snem NREM:** wybudzenia z dezorientacją, sennowództwo, lęki nocne

**Związane ze snem REM:** koszmary senne i idiopatyczne zaburzenia zachowania

**Związane z okresem wybudzenia:** halucynacje hypnopompiczne, porażenie przysenne

**Nie związane z określonym czasem snu:** mówieni przez sen, katatrenia oraz moczenie nocne

### Parasomnie wtórne.

**O początku związanym z zaburzeniami somatycznymi:** padaczka związana ze snem, choroby dróg oddechowych (astma, bezdechy obturacyjne), refluks żołądkowo-przełykowy, migrena, objawowy zespół niespokojnych nóg i okresowe ruchy kończyn dolnych.

**O początku związanym z chorobami psychiatrycznymi:** zespół stresu pourazowego, nocne napady paniki, zaburzenia jedzenia związane z snem, pseudoparasomnie.

### Mioklonie przydenne

Są to łagodne, izolowane i szybkie skurcze mięśni kończyn górnych lub dolnych, pojawiające się na początku snu. Mogą towarzyszyć uczuciu spadania, czy odczuwania błysków świetlnych.

### Zaburzenia z rytmicznymi ruchami podczas snu (jaktacje)

Rytmiczne ruchy pojawiające się podczas zasypiania obserwowane u dzieci w okresie niemowlęcym i ponie-mowlęcym są zjawiskiem fizjologicznym i ustępują samoistnie przed ukończeniem 3-4 roku życia. Zachowania te trwają krócej niż 15 minut i można je przerwać. Szczyt występowania przypada między 9 a 18 miesiącem. Różni się 3 typowe rodzaje ruchów: kręcenie lub uderzanie głową oraz kołysanie całym ciałem. Obserwuje się je czterokrotnie częściej u chłopców niż u dziewcząt. Niektórzy autorzy podkreślają związek występowania tego zaburzenia z depresją matki lub stresem wynikającym z niskiego statusu ekonomicznego rodziny.

### Bruksizm

Jest to mimowolne, stereotypowe i nie służące zad-

nemu celowi silne zaciskanie zębów, zgrzytanie lub tarcie zębami szczęki o zęby żuchwy w czasie snu. Takie zaburzenia obserwuje się również u dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi jak zespół Downa lub Retta w ciągu dnia. Częstość tego zaburzenia waha się u dzieci około 4-6%, a u nastolatków i dorosłych 1-9%. Pomimo braku genetycznego markera dla tego zaburzenia, około 20-50% pacjentów z nim ma dodatni wywiad rodzinny w tym kierunku. Zaburzenie to może prowadzić do uszkodzenia szkliwa zębów, dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych i następowych bólów głowy.

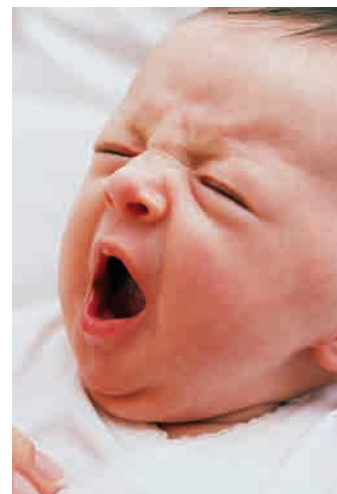


### Somnambulizm

Częstość występowania tego zaburzenia bywa różna, jedni autorzy podają iż schorzenie to okazjonalnie występuje nawet u 20-40% dzieci, natomiast często u 3-4% dzieci (głównie między 4 a 8 rokiem życia). Epizody somnambulizmu trwają zwykle około 10 minut, małe dzieci mogą raczkować lub chodzić po łóżeczku a starsze chodzą w obrębie pokoju lub przechodzą do innych pomieszczeń (jak pokój rodziców czy toaleta) i tam zasypiają. Młodzieży i dorosłym zdarzają się incydenty wyjścia z domu. W tym czasie obserwuje się brak reakcji na polecenia słowne, dzieci są spokojne z otwartymi oczami i „szklanym wzrokiem” oraz z towarzyszącymi zaburzeniami wegetatywnymi (pocenie się czy zaczerwienienie twarzy).

### Lęki nocne

Zaburzenie to najczęściej występuje w późniejszym dzieciństwie (4-12 rok życia) i pojawia się u około 3% dzieci. W przypadku tego zaburzenia istnieje silna predyspozycja genetyczna. Epizody te pojawiają się w ciągu pierwszej 1/3 części snu nocnego. Dziecko budzi się nagle z przerażającym krzykiem, z przerażonymi oczami, jest pobudzone, spocone, ma zaczerwienioną twarz i występuje u niego tachykardia. Może nawet wyskoczyć z łóżka, jakby uciekało przed niewidocznym zagrożeniem a próby uspokojenia dziecka przez



rodziców są nieskuteczne. U większości dzieci lęki nocne ustępują samoistnie, stopniowo w ciągu kilku miesięcy lub lat. Czas trwania ich określa się od kilku do 20 minut, charakterystyczny jest nagły koniec i dziecko ponownie zapada w sen. Jeśli wybudzi się pod koniec tego zdarzenia, to może opisywać uczucie strachu lub niebezpieczeństwa ale nie tak barwnie jak to bywa w koszmarach sennych i zazwyczaj jest pokryte niepamięcią.

### Koszmary senne

To przeżywanie przerażających marzeń sennych, które powodują wybudzenie dziecka ze snu REM. Rozpowszechnienie tego zaburzenia jest duże, ocenia się, że 40-50 % dzieci w wieku 3-6 lat ma je regularnie, zaś okazjonalnie doświadczą ich do 75-90% dzieci. Objawy występują w drugiej połowie nocy, najczęściej nad ranem a dziecko budzi się z lękiem, w pełni świadome i pamięta treść przeżyć sennych. Czynniki predysponującymi do

ich wystąpienia mogą być choroby, zespół stresu pourazowego, alkohol, leki (antydepresanty i beta antagoniści stosowane w nadciśnieniu tętniczym), jak również płęć żeńska.

W większości przypadków parasomnie ustępują samoistnie i nie wymagają leczenia. Podstawą postępowania jest uspokojenie rodziców i dziecka oraz poinformowanie o łagodnym charakterze zaburzenia oraz przestrzeganie higieny snu. W przypadku stwierdzenia obecności czynników wyzwalających (bezdech senny, refluks żołądkowo-przełykowy, ruchy kończyn w czasie snu), należy je leczyć w pierwszej kolejności. Leczenie farmakologiczne zaleca się rzadko ze względu na negatywny wpływ na procesy uwagi i uczenia się dziecka.



*mgr piel. Bogusława Szegłowska*  
*Specjalistka w pielęgniarstwie chorób wewnętrznych*

## TERAPIA LEKAMI WZIEWNYMI

Szeroko stosowane w schorzeniach pulmonologicznych leki wziewne wymagają od pacjenta wiedzy i umiejętności prawidłowego ich zażywania. Celem podawania leków wziewnych jest bezpośredni dostęp do obszarów zmienionych chorobowo oraz zminimalizowanie działań niepożądanych przyjmowanego leku jak również uzyskanie szybkiego efektu terapeutycznego, uzyskanie długotrwałej remisji, powrót pacjenta do pełnienia ról społecznych a wreszcie - wydłużenie okresu przeżycia.

### Co jest potrzebne?

Zażywanie leków wziewnych jest procesem wymagającym wiedzy na temat leku. Potrzebny jest dozownik, w którym lek się znajduje, umiejętności posługiwania się inhalatorem oraz prawidłowej aplikacji leku do dróg oddechowych. Pacjent powinien używać takiego inhalatora, jaki najbardziej mu odpowiada, lekarz z kolei powinien dobrać lek i jego dawkę, pielęgniarka powinna nauczyć pacjenta poprawnej techniki inhalacji. Zażywanie leku wziewnego wymaga koncentracji, koordynacji wdechu z aplikacją leku oraz zabiegów higienicznych jamy ustnej.

### Pacjent dobrze wyedukowany

Współpraca pielęgniarki z pacjentem musi opierać się na zaufaniu i właściwej komunikacji. Spełnienie tych warunków gwarantuje prawidłowe zażywanie leków wziewnych przez pacjenta. Pacjent wyedukowany przez personel



*mgr piel. Bogusława Szegłowska*

medyczny wie, że przed inhalacją leku musi oczyścić oskrzela (odkrtusić) usunąć protezy zębowe, wykonać pełny wydech, objąć ustami ustnik inhalatora, a następnie - wykonując głęboki wdech - zaaplikować lek. W zależności od stosowanego inhalatora wdech powinien być wolny lub szybki; tylko przyjmowanie leku w nebulizacji nie wymaga głębokiego wdechu. Opóźnienie wdechu powoduje, że do układu oddechowego trafia niższa od zalecanej dawka leku, więc jego depozycja jest zbyt mała. Jeśli wszystkie elementy inhalacji zostaną dobrze spełnione, lek dotrze tam, gdzie powinien. Nebulizacja to również przyjmowanie leków wziewnych, którą cechuje łatwe wykonanie; nie jest wymagana koordynacja wdechowo-wydechowa. Można dobrać indywidualną dla każdego chorego dawkę i rodzaj leku, można podawać jednocześnie kilka leków. Możliwa jest równoczesna tlenoterapia. Wadą nebulizatora jest to że nie mieści się w kieszeni, torebce, nie można go użyć w miejscach publicznych. Wymaga określonego czasu inhalowania leku.



### Słowniczek:

**Nebulizacja** – czyli inaczej: terapia aerozolowa, to nowoczesna i skuteczna metoda leczenia schorzeń dróg oddechowych. Kiedyś stosowana tylko w placówkach ochrony zdrowia, dzisiaj, dzięki dostępności na rynku małych aparatów, dostępna również w warunkach domowych.

## Działania niepożądane leków wziewnych

Jak każde leki, leki wziewne mogą powodować działania niepożądane, są one jednak obserwowane dość rzadko. Mogą być to: podrażnienia, odczyny alergiczne w miejscach bezpośrednio mających kontakt z lekiem, niepokój, kołatania serca, bóle i zawroty głowy, drżenia mięśniowe, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, reakcje uczuleniowe, może pojawić się suchość błon śluzowych jamy ustnej, podrażnienie gardła lub przełyku. Leki wziewne mogą nasilić bądź zmniejszyć skuteczność stosowanych innych leków przez pacjenta, zatem należy powiedzieć lekarzowi o wszystkich swoich chorobach, wszystkich lekach które są przyjmowane.



Pamiętajmy o tym nawet wtedy, jeśli lekarz nie pyta.

## Aplikacja leku i...co dalej?

Po aplikacji leku pacjent powinien:

- Wstrzymać oddech na ok. 10 sek.,
- Powoli wypuszczać powietrze ustami,
- Wyplukać jamę ustną w celu usunięcia cząsteczek leku, które się w niej osadziły.

Wyplukanie jamy ustnej w przypadku sterydów wziewnych jest wymagane, a w przypadku pozostałych leków – zalecane.

Inhalator nie wymaga szczególnych zabiegów higienicznych, musi być zawsze zamknięty, suchy. Ustnik można przetrzeć czystą, suchą ściereczką. Nie wolno inhalatorów moczyć, gotować, sterylizować w kuchence mikrofalowej.

## PRZESZCZEP NERKI W SZPITALU IM. JANA PAWŁA II

Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II zapisał się chlubnymi zgłoszkami w historii polskiej transplantologii dzięki programowi przeszczepiania serca, funkcjonującemu nieprzerwanie od 26 lat. W czerwcu br. Szpital otrzymał również pozwolenie Ministra Zdrowia na pobieranie i przeszczepianie nerek od zmarłych dawców. Decyzja ta wieńczy długotrwały proces akredytacyjny prowadzony pod nadzorem Poltransplantu – agencji rządowej odpowiedzialnej za działalność przeszczepową w Polsce. Program przeszczepów nerek będzie realizowany w Oddziale Klinicznym Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, w ramach wielospecjalistycznego zespołu chirurgów i kardiochirurgów transplantologów, nefrologów specjalizujących się w transplantologii oraz chirurgów naczyniowych.

Przeszczepianie nerek stanowi rozszerzenie dotychczasowej działalności transplantacyjnej oddziału klinicznego i wykorzystuje jego ogromne doświadczenie w tym zakresie, jak również bogate zasoby specjalistów wielu dziedzin medycyny i nowoczesne zaplecze diagnostyczne oraz zabiegowe Szpitala. W Szpitalu działa poradnia transplantacyjna zlokalizowana w nowym budynku M-V (wejście D). Zespół złożony z doświadczonych chirurgów i nefrologów będzie zapewniał całościową opiekę biorcom przeszczepów zarówno szpitalną, jak i ambulatoryjną przez cały czas funkcjonowania przeszczepu. Będzie również ośrodkiem konsultacyjnym dla chorych na schyłkową niewydolność nerek kwalifikowanych do przeszczepienia.

W regionach Małopolski i Podkarpacia, dzięki szeroko zakrojonej akcji informacyjnej, prowadzonej wspólnymi siłami agend rządowych i samorządowych, koordynatorów i innych pracowników Szpitala oraz stowarzyszeń pacjentów, w ostatnich latach zwiększyła się liczba dawców.

Dzięki temu zmniejszył się dystans dzielący te regiony w stosunku do przodujących ośrodków w kraju, aczkolwiek pozostaje dużo do zrobienia w kwestii szerzenia idei dawstwa narządów, budowania zaufania do instytucji i prawa regulujących działalność transplantacyjną oraz w kwestiach proceduralnych. Nowy zespół Szpitala stawia sobie za cel również propagowanie idei przeszczepiania narządów, zwłaszcza w ośrodkach i społecznościach pozostających dotąd na uboczu aktywności transplantacyjnej.

W dniu 7.08.2014 wykonano pierwsze zabiegi przeszczepienia nerek w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II. Pacjenci którym przeszczepiono nerkę czują się dobrze, narządy podjęły czynność. Ufamy, że jest to kolejny krok na drodze ku nowoczesnemu programowi przeszczepów wielonarządowych w Krakowie.

*Oprac. dr med. Tomasz Kruszyna*



**Wydawca:** Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II  
**Redakcja:** Biuro Marketingu i Edukacji  
e-mail: [promocja@szpitaljp2.krakow.pl](mailto:promocja@szpitaljp2.krakow.pl)  
**Druk:** Drukarnia Kraków  
Wrzesień 2014  
**Nakład:** 2 tys. egz.

