



1



2

BADANIE GŁOWY

Ocena obejmuje:

struktury kostne czaszki

skórę i tkanki miękkie

objawy neurologiczne

dolegliwości bólowe i zawroty

Badanie prowadzi systematycznie.

3

KOLEJNOŚĆ BADANIA FIZYKALNEGO



W praktyce klinicznej obowiązuje sekwencja:



**wywiad → oglądanie → palpacja → opukiwanie
→ osłuchiwanie**



od metod najmniej do bardziej inwazyjnych
→ nie prowokujemy objawów przed ich oceną

4

WYWIAD – BÓL I ZAWROTY GŁOWY

Zawsze ustal:

kiedy się zaczęło

gdzie boli

jak długo trwa

jaki ma charakter

co nasila

co łagodzi

jakie leczenie zastosowano

Pomocny schemat: OLDCART



5

SKARGA GŁÓWNA

Przykłady

6

USZY - ISTOTNE INFORMACJE W WYWIADZIE

Informacja z wywiadu	Co sugeruje	Co wykonuje pielęgniarka
Przebyte infekcje ucha	możliwe powikłania przewodzeniowe	wykonaj otoskopię , oceń drożność przewodu
Przebyte urazy	uszkodzenia struktur ucha	obejrzyj małżowinę, sprawdź wyciek,
Choroby ogólnoustrojowe	możliwy niedosłuch odbiorczy	oceń słuch orientacyjnie, przygotuj do diagnostyki
Stosowanie leków ototoksycznych	ryzyko uszkodzenia ślimaka	zapytaj o szumy, pogorszenie słuchu
Narażenie na hałas	uszkodzenie słuchu odbiorczego	oceń komunikację, skieruj na badania
Korzystanie z aparatów słuchowych	istniejący ubytek słuchu	sprawdź czy aparat działa, czy pacjent słyszy

7

PACJENT MÓWI → O CZYM MYŚLISZ

Pacjent mówi...	Co to może oznaczać	Najczęstszy kierunek diagnostyczny
„Gorzej słyszę.”	niedosłuch przewodzeniowy lub odbiorczy	woskowina, zapalenie, presbycusis
„Nic nie słyszę na to ucho.”	nagła głuchota	stan pilny laryngologiczny
„Mam uczucie zatkanego ucha.”	blokada przewodu lub dysfunkcja trąbki słuchowej	woskowina, katar, wysięk
„Szumi / dzwoni mi w uchu.”	tinnitus	ekspozycja na hałas, uszkodzenie słuchu
„Kręci mi się w głowie.”	zaburzenia błędnika	zawroty obwodowe
„Boli mnie ucho.”	proces zapalny	zapalenie ucha zewnętrznego / środkowego
„Coś mi wycieka z ucha.”	perforacja lub zakażenie	zapalenie ucha
„Słyszę własny głos bardzo głośno.”	zaburzenie przewodzenia	wysięk, niedrożność trąbki

8

NOS – PACJENT MÓWI → O CZYM MYŚLISZ

Pacjent mówi...	O czym myślisz
„Nos mam cały czas zatkany.”	infekcja, alergia, przerost małżowin
„Jedna dziurka jest ciągle niedrożna.”	skrzywienie przegrody, polip, guz, ciało obce
„Leje się woda z nosa.”	alergia, wirusowe zapalenie
„Katar jest żółty / zielony.”	zakażenie bakteryjne, zapalenie zatok
„Czuję brzydki zapach z nosa.”	ciało obce, przewlekłe zapalenie
„Coś spływa mi do gardła.”	zapalenie zatok
„Kicham seriami.”	alergia
„Nie czuję zapachów.”	infekcja, polipy, uraz
„Leci mi krew z nosa.”	pęknięcie naczyń, nadciśnienie, uraz
„Boli mnie twarz / czoło.”	zapalenie zatok

9

PACJENT MÓWI → O CZYM MYŚLISZ

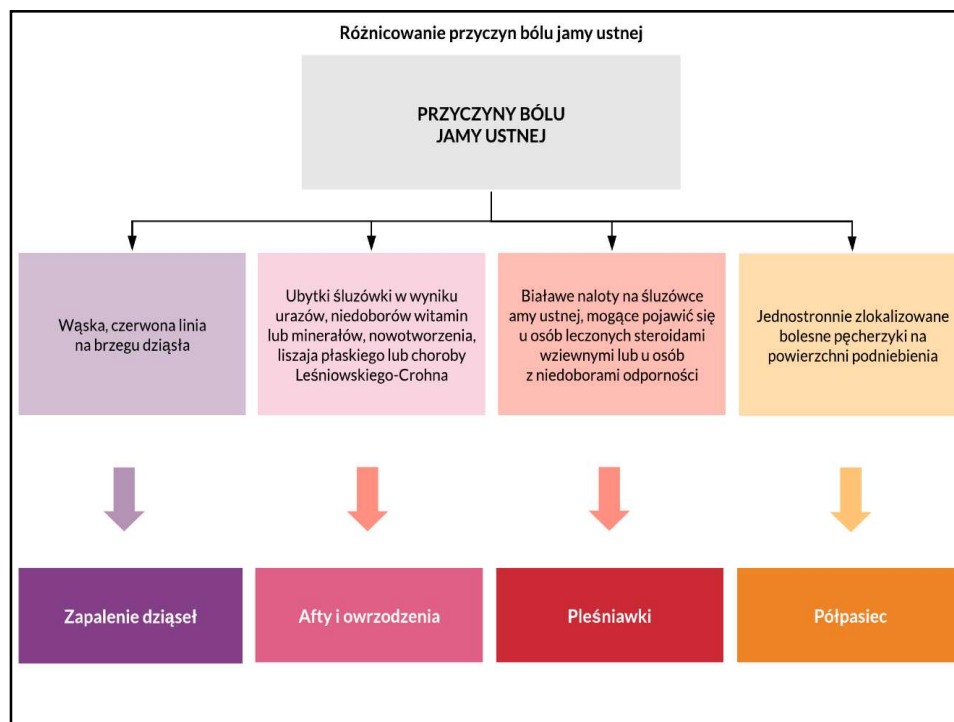
Pacjent mówi...	Co sugeruje	Co wykonuje pielęgniarka / tryb
„Widzę podwójnie.”	zaburzenia ustawienia i koordynacji oczu, możliwe tło neurologiczne	ocenić ustawienie gałek ocznych , wykonaj badanie ruchomości w 9 kierunkach spojrzenia, cover test , ocenić reakcję źrenic na światło – bezpośredni i konsensualny → PILNE
„Obraz jest zamglony.”	zaburzenie przejrzystości ośrodków optycznych	ocenić ostrość wzroku do dali i bliży , zapytaj o stosowaną korekcję → PILNE JEŚLI NAGŁE
„Proste linie są krzywe.”	podejrzenie patologii plamki	ocenić widzenie centralne (test Amslera) → PILNE
„Coś zasłoniło oko jak kurtyna.”	odwarstwienie lub niedokrwienie siatkówki	ustal czas wystąpienia, ocenić jedno- czy obuoczną, wykonaj szybką ocenę ostrości → NATYCHMIAST
„Widzę błyski.”	trakcja siatkówki	zbierz wywiad o czasie pojawienia, zapytaj o współistniejące męty → PILNE
„Latają mi muszki.”	zmiany w ciele szklistym	ocenić dynamikę objawu; nowe, nagłe → pilne
„Wokół lamp widzę tężowe koła.”	wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, obrzęk rogówki	ocenić ból oka , przekrwienie, wykonaj ocenę źrenic → NATYCHMIAST
„Boli mnie oko i gorzej widzę.”	proces zapalny lub jaskra	przeprowadź ogłędziny oka , ocenić ostrość wzroku , wielkość i reakcję źrenic → NATYCHMIAST

10

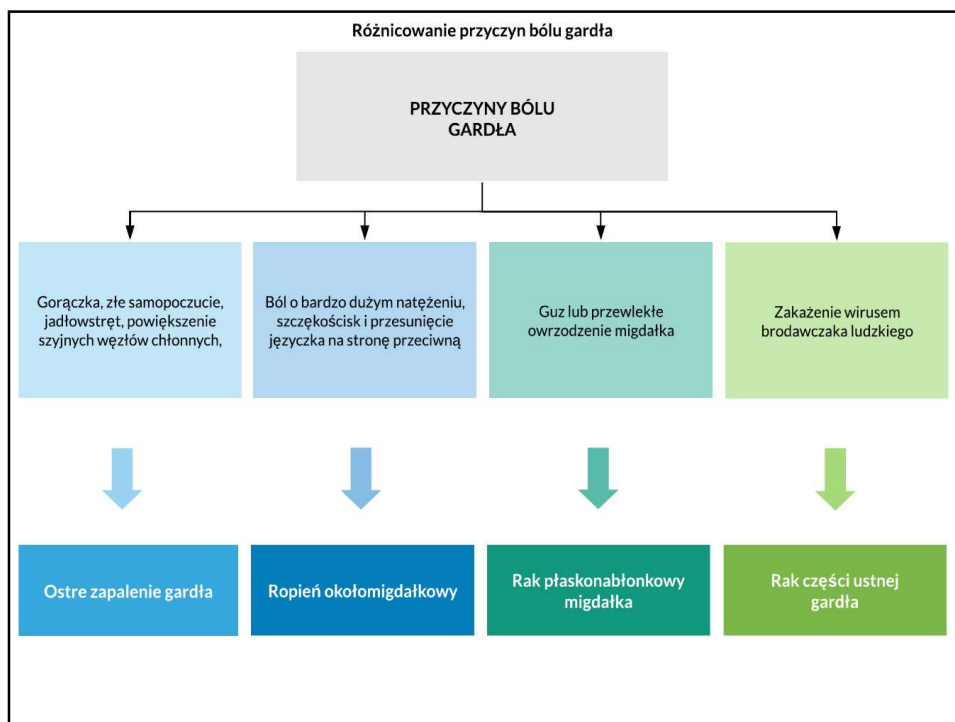
JAMA USTNA I GARDŁO – INTERPRETACJA PIELĘGNIARSKA

Objaw (pacjent mówi)	Najczęstsza przyczyna	Co może sprawdzić pielęgniarka
„Boli mnie gardło.”	zapalenie gardła / angina	oglądanie gardła (szpatułka), zaczerwienienie, naloty, obrzęk migdałków, pomiar temperatury
„Boli mnie przy połykaniu.”	stan zapalny gardła / migdałków	ocena połykania śliny, symetria łuków podniebiennych, naloty, ślinotok
„Mam chrypkę.”	zapalenie krtani, przeciążenie głosu	ocena barwy głosu, duszność, stridor → czy drogi oddechowe są drożne
„Piecze mnie język / jama ustna.”	afty, grzybica, podrażnienie protezą	oglądanie błony śluzowej, naloty białe, nadżerki, pęknięcia
„Krwii mi dziąsła.”	zapalenie dziąseł, choroby przyzębia	oglądanie dziąseł – obrzęk, zaczerwienienie, krwawienie przy dotyku
„Mam owróżdzenie, które nie chce się zagoić.”	zmiana przewlekła, podejrzenie nowotworowe	wielkość, brzegi, czas trwania → >2 tyg. = pilna konsultacja
„Czuję suchość w ustach.”	odwodnienie, leki, choroby ogólnoustrojowe	wilgotność śluzówek, język suchy, lepka ślina
„Nie czuję smaku.”	infekcja, uszkodzenie nerwów, COVID, leki	orientacyjna ocena smaku, stan śluzówek, wywiad infekcyjny

11



12



13



14

OGLĄDANIE TWARZOCZASZKI



Przystąp do oglądania twarzoczaszki pacjenta.
Oceń symetrię, stan skóry, tkanek miękkich oraz widoczne cechy urazu.



1. Oceń symetrię twarzy. Spójrz na pacjenta od przodu.
Oceń: ustawienie oczu, brwi, fałdy nosowo-wargowe, ułożenie żuchwy. Zwróć uwagę na ewentualną asymetrię.



2. Oceń skórę i tkanki miękkie. Obejrzyj twarz oraz owłosioną skórę głowy. **Szukaj:** ran, krwiaków, obrzęków, zasinień, blizn

15

OGLĄDANIE TWARZOCZASZKI

3. Oceń kształt czaszki. Zwróć uwagę na: zapadnięcia, wypuklenia, nieprawidłowy obrys kości. Pomyśl o możliwości złamania.

4. Oceń okolice oczodołów. Sprawdź: podbiegnięcia krwawe, obrzęk, symetrię szpar powiekowych, ból oczu.

5. Oceń nos i uszy. Sprawdź obecność: krwi, płynu surowiczego. Pamiętaj o ryzyku wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego.

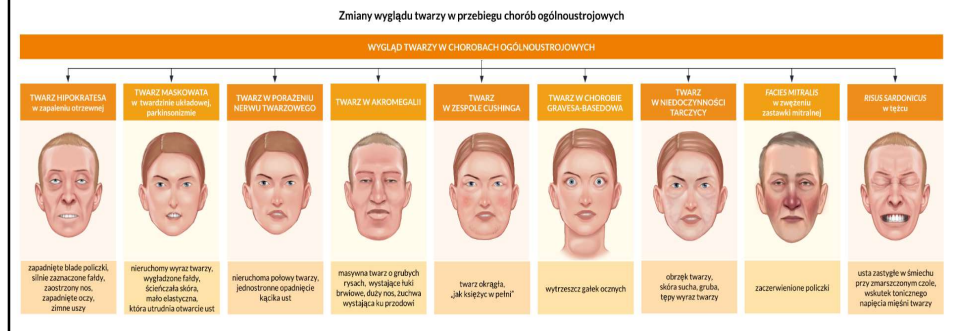
6. Obserwuj zachowanie pacjenta. Oceń: stan świadomości, kontakt logiczny, reakcję na polecenia

16

TWARZ

Oglądamy:

- **Symetrię i wyraz** (może wystąpić porażenie nerwu twarzowego, jakie wyraża emocje)
- **Skórę, jej zabarwienie**, strukturę w dotyku i zmiany na powierzchni (trądzik, rak skóry, obrzęki)
- **Skórę brwi w kierunku gnid, a także łysienie brwi** (w niedoczynności tarczycy)



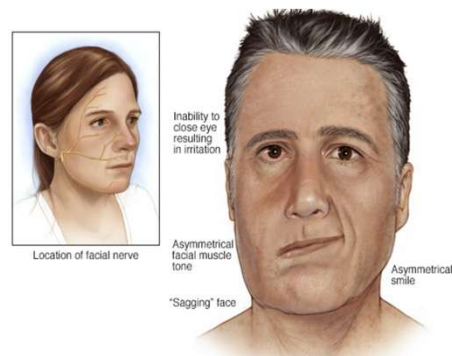
17

BAĐANIE TWARZY – NAJWAŻNIEJSZE OBRAZY KLINICZNE

- **asymetria = myśl o nerwie twarzowym**

Obraz:

- opadanie kąćka ust
- wygładzenie fałdów
- problem z zamknięciem oka
- twarz „ucieka” na stronę zdrową



18



BADANIE TWARZY – NAJWAŻNIEJSZE OBRAZY KLINICZNE

- „uśmiech szatana” = **tężec**

Co widzi pielęgniarka:

- usta jak w wymuszonym uśmiechu
- zmarszczone czoło
- wzmożone napięcie mięśni twarzy

19

BADANIE TWARZY – NAJWAŻNIEJSZE OBRAZY KLINICZNE

- **wytrzeszcz = tarczyca**

Charakterystyczne:

- wytrzeszcz
- szeroko otwarte oczy
- błyszczące spojrzenie
- często wilgotna, zaczerwieniona skóra



20

BADANIE TWARZY – NAJWAŻNIEJSZE OBRAZY KLINICZNE

- **twarz okrągła = sterydy /
Cushing**

Obraz:

- okrągła, pełna twarz
- rumień
- odkładanie tkanki
tłuszczowej



21

BADANIE TWARZY – NAJWAŻNIEJSZE OBRAZY KLINICZNE

- **brak mimiki + obrzęk =
niedoczynność**

Wygląd:

- twarz bez mimiki
- obrzęknięta
- blada, sucha skóra
- spojrzenie „nieobecne”



22

BADANIE TWARZY – NAJWAŻNIEJSZE OBRAZY KLINICZNE

- **rumiane policzki + sinica**
= wada serca

Cechy:

- sinawo-różowe policzki
- często sinica warg
→ sugeruje **stenozę**
mitralną.



23

BADANIE TWARZY – NAJWAŻNIEJSZE OBRAZY KLINICZNE

- **rumiane policzki + sinica**
= wada serca

Cechy:

- sinawo-różowe policzki
- często sinica warg
→ sugeruje **stenozę**
mitralną.

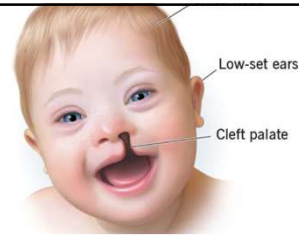


24

BADANIE TWARZY – NAJWAŻNIEJSZE OBRAZY KLINICZNE

• ZESPÓŁ PATAU – trisomia 13

- **Najważniejsze cechy do rozpoznania**
- **małe, blisko osadzone oczy** (hipoteloryzm)
- rozszczep wargi i/lub podniebienia
- ubytki skóry owłosionej głowy (aplasia cutis)
- **polidaktylia**
- ciężkie wady serca
- często bardzo ciężki stan ogólny noworodka



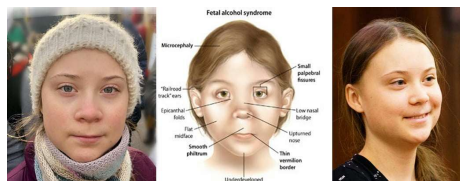
25

BADANIE TWARZY – NAJWAŻNIEJSZE OBRAZY KLINICZNE

• FAS – FETAL ALCOHOL SYNDROME

Charakterystyczne cechy twarzy

- wygładzona **rynienka podnosowa**
- **cienka górna warga**
- krótkie szpary powiekowe / małe oczy
- spłaszczona środkowa część twarzy
- często małogłowie
- mikrognacja



26

ROZSZCZEP WARGI I/LUB PODNIEBIENIA



Rozszczep wargi.



Rozszczep podniebienia.

27

BADANIE TWARZY – NAJWAŻNIEJSZE OBRAZY KLINICZNE

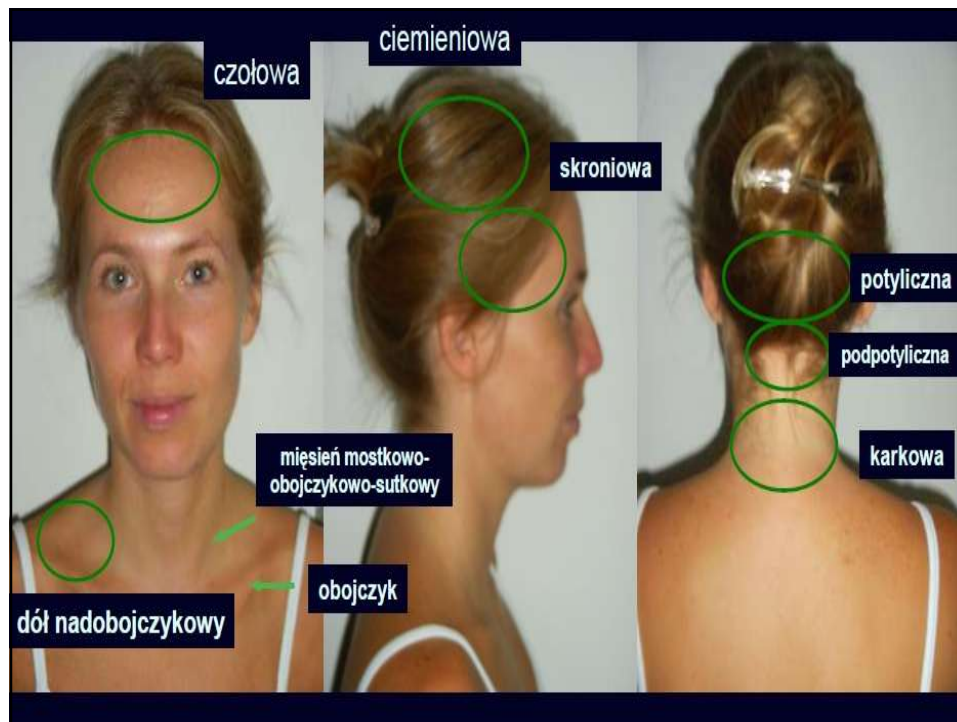
Zespół downa – trisomia 21

Twarz

- skośne ustawienie szpar powiekowych
- **zmarszczka nakątna**
- spłaszczony profil twarzy
- mała, okrągła głowa
- małe uszy
- często wystający język



28



29

BADANIE FIZYKALNE GŁOWY I SZYI

WIELKOŚĆ ORAZ PROPORCJE GŁOWY W ODNIESIENIU DO:

WIEKU PACJENTA. Im młodsze dziecko, tym proporcjonalnie większa głowa. Wraz z wiekiem proporcja ulega zmniejszeniu

u niemowlęcia głowa stanowi ok. $\frac{1}{4}$ długości ciała

u dorosłego ok. $\frac{1}{8}$ długości ciała

BUDOWY CIAŁA. Sprawdź czy głowa jest adekwatna do wzrostu i sylwetki. U dzieci ocenij według siatek centylowych.

małogłowie (microcephalia) → obwód głowy mniejszy niż normy dla wieku i płci

wielkogłowie (macrocephalia) → obwód głowy większy niż normy dla wieku i płci

OGÓLNEGO WYGLĄDU. Zwróć uwagę na obecność cech dysmorficznych

30

WIELKOŚĆ GŁOWY

Technika pomiaru obwodu głowy

- użyj **nierozciągliwej taśmy** centymetrowej,
- poprowadź ją **przez największą wypukłość potylicy** (guzowatość potyliczna zewnętrzna),
- z przodu przez punkt **glabella** – między łukami brwiowymi, nad nasadą nosa,
- taśma ma przylegać, ale **nie uciskać**,
- wykonaj **2 pomiary** i zapisz większy.



Baby with Typical Head Size



Baby with Microcephaly



Baby with Severe Microcephaly



31

WIELKOŚĆ GŁOWY

Wynik pomiaru	Interpretacja
3–97 centyl	norma
< 3 centyl	mikrocefalia
> 97 centyl	makrocefalia
szybkie przekraczanie linii centylowych w górę	podejrzenie wodogłowia / wzrostu ciśnienia śródczaszkowego
spadek o ≥ 2 kanały centylowe	zahamowanie wzrastania mózgu



Mikrocephalia – małogłowie

32

OBWÓD GŁOWY PRZYROST W PIERWSZYM ROKU ŻYCIA

Wiek dziecka	Przeciętny przyrost
I kwartał (0–3 m.ż.)	1,5–2 cm / miesiąc
II kwartał (4–6 m.ż.)	~1 cm / miesiąc
III–IV kwartał (7–12 m.ż.)	~0,5 cm / miesiąc

33

WYNIK POMIARU → POSTĘPOWANIE PIELĘGNIARKI

Wynik / sytuacja	Co może oznaczać	Co robi pielęgniarka
Wartość w kanale 3–97 centyla, zgodna z poprzednimi	rozwój prawidłowy	wpis do dokumentacji kontrola wg bilansu zdrowia
< 3 centyla	mikrocefalia, zahamowanie wzrostu mózgu	ponowny pomiar ocena rozwoju zgłoszenie lekarzowi
> 97 centyla	makrocefalia, możliwe wodogłowie	ponowny pomiar ocena cięmiączka i szwów pilna konsultacja
Nagły wzrost, przekroczenie ≥ 2 linii centylowych	wzrost ciśnienia śródczaszkowego	pomiar kontrolny ocena napięcia cięmiączka pilne powiadomienie lekarza
Wolniejszy przyrost niż normy wieku	możliwe zaburzenia rozwaju OUN	sprawdzenie wcześniejszych wyników konsultacja
Asymetria czaszki	plagiocefalia / kraniosynostoza	ocena ustawienia uszu edukacja pozycyjna gdy utrwalona → skierowanie

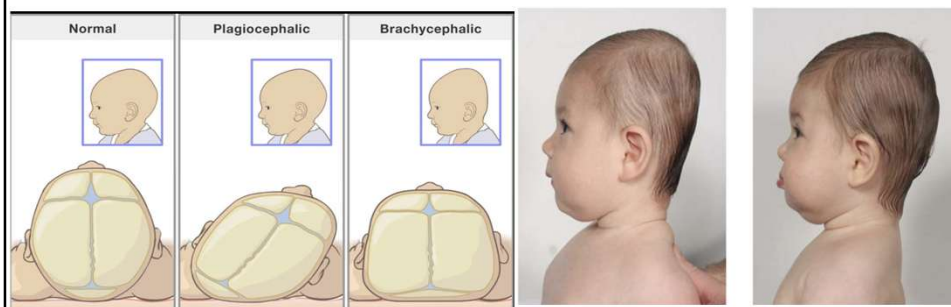
34

ASYMETRIA GŁOWY- PLAGIOCEFALIA

Co robi pielęgniarka?

- ocenia symetrię z góry
- patrzy na ustawienie uszu
- pyta o preferowaną pozycję spania
- edukuje rodziców o zmianie ułożenia

Objaw	Co sugeruje
splaszczanie potylicy	plagiocefalia ułożeniowa
przesunięcie ucha ku przodowi	deformacja mechaniczna
asymetria twarzy	długotrwały ucisk
brak poprawy mimo zmiany ułożenia	konsultacja specjalistyczna



35

KSZTAŁT GŁOWY U NOWORODKÓW

- **Krwak podokostnowy (cephalhematoma)** – krwawienie pod okostną.
- **Cechy charakterystyczne:**
ograniczony do **jednej kości**
nie przekracza linii szwów
pojawia się kilka godzin po porodzie
może narastać w pierwszych dobach
wchłaniania się zwykle w ciągu **6–8 tygodni**



36

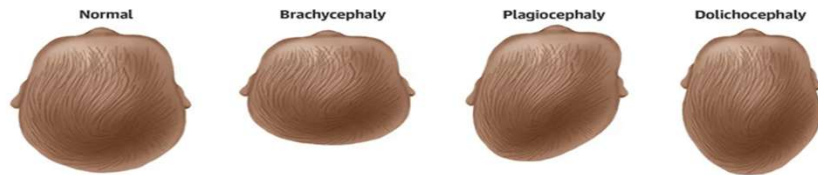
KSZTAŁT GŁOWY

Czaszka wieżowa (oxycephalia, turriccephalia)
powstaje w wyniku
przedwczesnego zarastania
szwów czaszkowych
(kraniosynostoza).

- Najczęściej dotyczy:
szwu wieńcowego
szwu strzałkowego
wielu szwów jednocześnie
- Efekt → **wysoka, stroma**
czaszka.

- **Czaszka kwadratowa (caput quadratum)**
głowa o kanciastym obrysie, z
wydatnymi guzami czołowymi i
ciemieniowymi.

- Typowo występuje w:
krzywicy
- Często współistnieje:
craniotabes – rozmiękanie
kości potylicy („jak piłeczka
pingpongowa”).



37

TORTICOLLIS – KRĘCZ SZYI

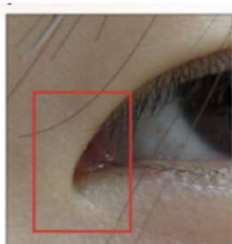
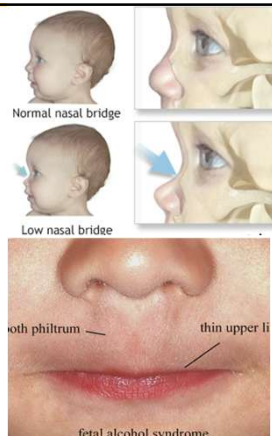
- Asymetryczne ustawienie głowy i szyi
wynikające najczęściej ze skrócenia
lub uszkodzenia **mięśnia mostkowo-
obojczykowo-sutkowego**.
- Głowa pochylona w chorą stronę,
twarz zwrócona w stronę przeciwną.
- Może prowadzić do wtórnej
plagiocefalii i asymetrii twarzy.
- W rzadkich przypadkach podobne
ustawienie może występować w
Zespół Sandifera
(torticollis + refluks żołądkowo-
przełykowy + dystoniczne ustawienia
ciała).



38

DYSMORFIE TWARZY

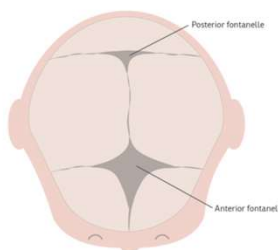
Okolica	Na co patrzymy
Oczy	rozstaw (hiperteloryzm / hipoteloryzm), szpary powiek
Nos	szeroki, spłaszczony, mały
Uszy	nisko osadzone, zniekształcone
Usta	wąska warga, rozszczep
Profil	cofnięta żuchwa, wysunięte czoło



39

BADANIE CIEMIĄCZEK

Badanie wykonujemy **w spoczynku dziecka**, najlepiej gdy nie płacze i nie napina się. Oceniamy **wielkość, napięcie oraz tętnienie**.



Obraz	Co może sugerować	Tryb
Miękkie, na poziomie kości	Stan prawidłowy	rutynowy
Zapadnięte	odwodnienie	pilna konsultacja
Uwydatnione + dziecko spokojne	↑ ciśnienia śródczaszkowego, wodogłowie, ZOMR	pilne
Uwydatnione podczas płaczu	może być fizjologiczne	obserwacja

40

BADANIE SZWÓW CZASZKI U NIEMOWLĘCIA

Co sprawdza pielęgniarka	Jak bada / czego szuka	Co może oznaczać nieprawidłowość
Obecność szwów	czy są wyczuwalne linie między kośćmi	brak → kraniosynostoza (przedwczesne zarośnięcie)
Szerokość	czy są wąskie czy poszerzone	poszerzone → ↑ ciśnienie śródczaszkowe, wodogłowie
Równość przebiegu	linia prosta czy zniekształcona	deformacje wzrostu czaszki
Nakładanie kości	wyczuwalny „uskok”, jedna kość nad drugą	może być fizjologiczne po porodzie, utrzymujące się → patologia
Ruchomość	delikatna elastyczność	brak ruchomości → podejrzenie synostozy
Bolesność	reakcja dziecka na ucisk	proces zapalny, uraz

41

WIELKOŚĆ

Struktura	Norma	Kiedy powinno się zamknąć	Co uznajemy za niepokojące
Ciemniaczko przednie	zwykle 1–3 cm (romb)	9–18 mies. życia (czasem do 24 mies.)	bardzo duże, napięte, tętniące, zamknięte zbyt wcześnie
Ciemniaczko tylne	małe, trójkątne, często ledwo wyczuwalne	do 2–3 mies. życia	brak przy urodzeniu lub utrzymuje się długo
Szew strzałkowy	wyczuwalna wąska szczelina	stopniowe kostnienie w dzieciństwie	brak / twardy wał
Szew wieńcowy	wyczuwalny	jw.	asymetria, brak → deformacja czaszki
Szew węglowy	wyczuwalny	jw.	zniekształcenie potylicy
Szerokość szwów	do 0,5 cm u noworodków, do 0,2 - 0,3 cm u niemowląt;	zmniejsza się z wiekiem	szersze → ↑ ciśnienie śródczaszkowe

42

CRANIOTABES

- **Ugięcie i sprężyste zapadanie się kości czaszki pod uciskiem palca („jak piłeczka ping-pongowa”).**
- **Gdzie badamy?** okolica potyliczna wzdłuż szwów – potyliczny i ciemieniowe
- **Kiedy może być fizjologiczne?** u noworodków i niemowląt **do ok. 2–3 miesiąca życia**
- **Kiedy jest nieprawidłowe?** Gdy utrzymuje się **po 3–4 miesiącu życia**, jest rozległe / nasilone oraz towarzyszą mu inne objawy zaburzeń mineralizacji
- **Najczęstsza przyczyna patologiczna** - krzywica (niedobór witaminy D)



43

CRANIOTABES

Palpacja – krok po kroku

- Dziecko spokojne, najlepiej na rękach rodzica.
- Opuszką palca uciskasz **tylną część czaszki**.
- **Główne punkty badania:** okolica **potyliczna**, okolice przy szwie **węglowym**, przejście kości potylicznej i ciemieniowych
- **Szukasz miejsca, które:** ugina się pod naciskiem zapada i wraca daje wrażenie „pływania”.



44

WŁOSY

45

BADANIE WŁOSÓW

Pielęgniarka ocenia włosy równoległe ze skórą głowy –
ogłędaniem i palpacyjnie.

Co oceniamy?



Obszar	Na co zwrócić uwagę
Ilość / rozmieszczenie	przerzedzenie, ogniska wyłysienia, symetria
Struktura	łamiwość, suchość, ścieńczenie
Połysk	matowe vs błyszczące
Skóra głowy	rumień, łuska, strupy, blizny
Pasożyty	obecność gniid, wszy
Higiena	przetłuszczenie, zapach

46

KIEDY WYPADANIE WŁOSÓW JEST NORMĄ?

- noworodki / niemowlęta – potylica
- okres pokwitania – kąty czołowe
- wiek podeszły / menopauza
- po ciąży (telogen effluvium)

Co powinno zaniepokoić pielęgniarkę?

- nagła, masywna utrata
 - ogniska plackowate
 - utrata brwi / rzęs
- zmiany zapalne skóry
- objawy ogólnoustrojowe



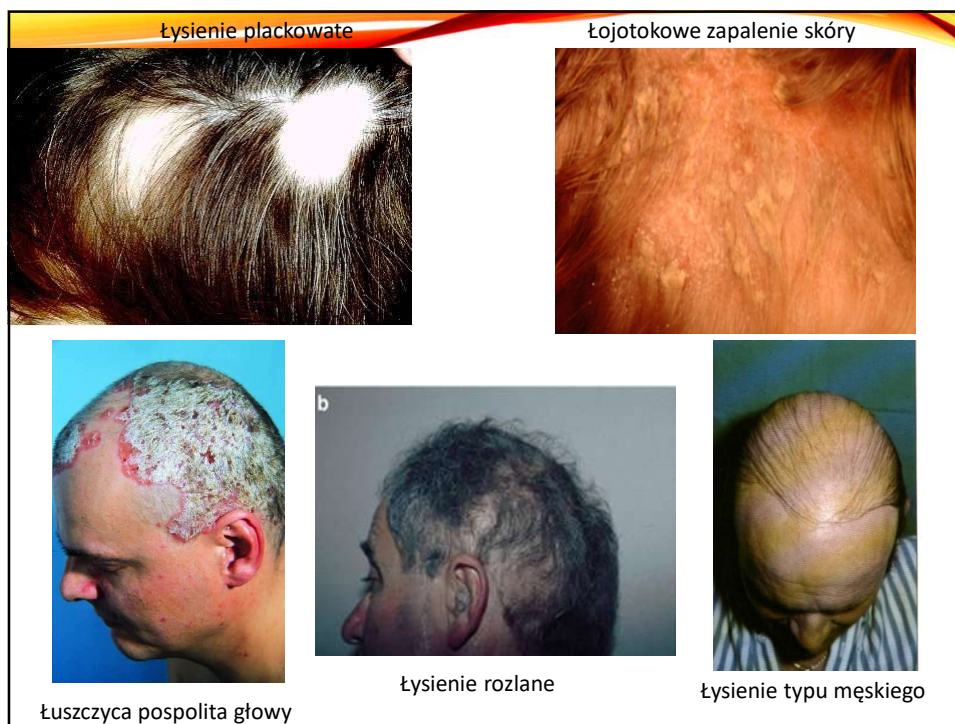
47

WYWIAD

„Wypadanie włosów często odzwierciedla wydarzenia sprzed 2–3 miesięcy.”

PYTANIE DO PACJENTA	CO MOŻE SUGEROWAĆ	CO DALEJ ROBI PIELĘGNIARKA
Od kiedy wypadają włosy? Nagle czy narastająco?	nagle → telogenowe, stres, choroba powolne → androgenowe	zbiera wywiad o zdarzeniach sprzed 2–3 mies., planuje konsultację
Czy utrata jest rozlana czy są łysie miejsca?	placki → autoimmunologiczne	zgłasza potrzebę konsultacji dermatologicznej
Czy był silny stres, poród, operacja, gorączka?	telogen effluvium	edukuje, obserwacja, ewent. POZ
Czy są objawy ogólne (osłabienie, wahania masy, kołatanie)?	zaburzenia hormonalne, tarczyca	sugeruje diagnostykę laboratoryjną
Czy pacjent przyjmuje nowe leki?	utrata polekowa	informuje lekarza prowadzącego
Czy stosowana była restrykcyjna dieta / odchudzanie?	niedobory Fe, białka, cynku	zaleca konsultację, możliwe badania
Czy w rodzinie występowało łysienie?	androgenowe	edukacja, lekarz

48



49

ŁYSIENIE TELOGENOWE (TELOGEN EFFLUVIUM)




Telogen "Club" Hair

Duża liczba włosów **przedwcześnie przechodzi w fazę spoczynku** → po czasie wypada.

Kiedy pojawia się wypadanie? - zwykle **3-4 miesiące po zadziałaniu bodźca**

Typowe przyczyny: stres, poród, operacja, infekcja z gorączką, niedobory, choroby tarczycy

Jak wygląda włos? - biała, okrągła „buławka”, brak uszkodzeń, włos dojrzały

50

ŁYSIENIE ANAGENOWE (DYSTROFICZNE)



Uszkodzenie włosa w czasie intensywnego wzrostu.



Kiedy wypada? - szybko → dni / 1-3 tygodnie



Najczęstsze przyczyny: chemioterapia, radioterapia, toksyny, ciężkie zatrucia



Jak wygląda włos? - brak buławki, zwężona, zniekształcona cebulka, włos cienki, łatwo się łamie

Buławka (ang. club hair) to zgrubiała, biała końcówka włosa, która powstaje, gdy włos zakończył fazę wzrostu i znajduje się w fazie telogenu (spoczynku). To włos „gotowy do wypadnięcia”.

51

TEST DIAGNOSTYCZNY → CO WYKRYWA

Test	Kiedy stosujemy	Co pomaga rozpoznać / potwierdzić
Test pociągania	szybka ocena	aktywne wypadanie, telogen effluvium
Test mycia	gdy pacjent mówi „wypada bardzo dużo”	Obiektywna ocena liczby traconych włosów
Trichogram	gdy potrzebna dokładna ocena faz wzrostu	↑ telogen → telogen effluvium, miniaturyzacja → androgenowe
Trichoskopia	zmiany plackowate, podejrzenie choroby skóry	łysienie plackowate, bliznowaciejące, androgenowe
Badania laboratoryjne	objawy ogólne, przewlekłe wypadanie	niedobory żelaza, zaburzenia tarczycy, stany zapalne
Biopsja skóry głowy	gdy rozpoznanie niejasne	łysienia bliznowaciejące

52

TESTY DIAGNOSTYCZNE W OCENIE WYPADANIA WŁOSÓW

Test pociągania (Hair Pull Test)

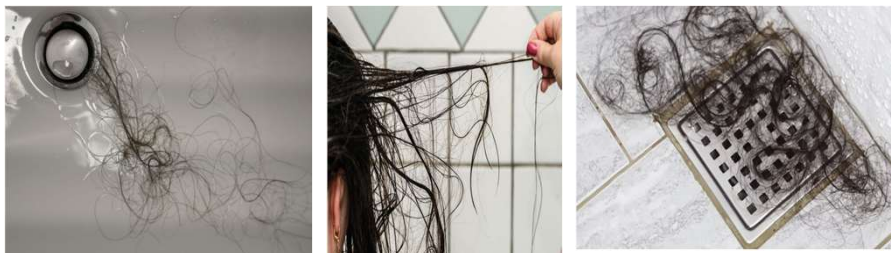
- **Jak wykonać:** chwyćmy **ok. 40–60 włosów**, delikatnie, ale stanowczo pociągamy. Badamy w kilku okolicach głowy
- **Wynik:** **0–2 włosy** → norma; **> 10%** → wynik dodatni



53

TESTY DIAGNOSTYCZNE W OCENIE WYPADANIA WŁOSÓW

- **Test mycia (Wash Test)**
- **Jak wykonać:** pacjent nie myje głowy przez 3–5 dni, podczas kolejnego mycia zbiera wypadające włosy i liczy
- **Interpretacja:** do **100 włosów** → zwykle norma; więcej → nadmierna utrata



54

ŁYSIENIE ANDROGENOWE

Najczęstsza przyczyna utraty włosów.

Postępujące, przerzedzenie wynikające z nadwrażliwości mieszków włosowych na androgeny.

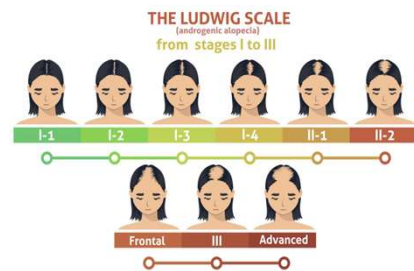
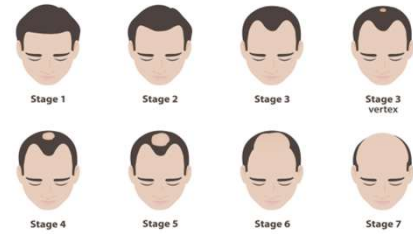
Obraz kliniczny

Mężczyźni

- cofanie linii włosów (zakola)
- przerzedzenie w okolicy ciemieniowej
- może dojść do całkowitej utraty na szczycie głowy

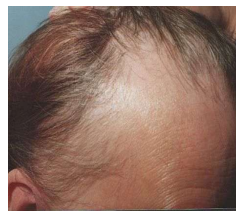
Kobiety

- rozlane przerzedzenie na czubku
- linia czołowa zwykle zachowana
- rzadko całkowita utrata



55

ŁYSIENIE ANDROGENOWE MĘSKIE



- zakola w okolicy czołowo-skroniowej
- cofanie linii włosów
- przerzedzenie na vertex
- stopniowy postęp
- miniaturyzacja włosów (coraz cieńsze)

56

ŁYSIENIE ANDROGENOWE KOBIET



- poszerzenie przedziałka
- prześwity skóry na szczycie
- zachowana linia czołowa
- rozlane przerzedzenie, nie łyse placki
- postęp powolny



57

ŁYSIENIE ŁOJOTOKOWE

- Stan zapalny skóry owłosionej głowy związany z **nadmiernym wydzielaniem łoju** i reakcją zapalną na drożdżaki z rodzaju *Malassezia*.
- Sam w sobie **nie niszczy mieszków**, ale przewlekły stan zapalny może **nasilać wypadanie włosów**.
- **Obraz kliniczny – co widzi pielęgniarka?** - żółte, tłuste łuski, rumień skóry, świąd, często przetłuszczanie włosów, okresowe zwiększone wypadanie
- **Mechanizm utraty włosów.** Zapalenie → zaburzenie środowiska mieszków → przejście większej liczby włosów do fazy telogenu → **telogen effluvium wtórne do stanu zapalnego**.



58

PACJENT + WŁOSY → CO PODEJRZEWASZ?

Obraz pacjenta / skarga	Jak wyglądają włosy	Co najbardziej prawdopodobne
Kobieta kilka miesięcy po porodzie, mówi „leczę garściami”	Rozlane wypadanie, bez łysych placków	spadek estrogenów (łysienie poporodowe)
Kobieta w ciąży	Gęste, lśniące, mniej wypadają	wysoki poziom estrogenów
Zakola, cofająca się linia włosów, czubek rzadki	Cieńsze, krótsze, miniaturyzacja	androgeny – łysienie androgenowe
Pacjent ospały, marznie, sucha skóra	Suche, szorstkie, łamliwe, przerzedzone	niedoczynność tarczycy
Chudnięcie, kołatanie serca, nadpobudliwość	Cienkie, delikatne, łatwo wypadają	nadczynność tarczycy
Nagły stres, operacja, ciężka choroba 2–3 mies. temu	Rozlane wypadanie	łysienie telogenowe
Okrągłe ogniska bez włosów	Placki, skóra gładka	łysienie plackowate

59

BADANIE OCZU

60

CZERWONE FLAGI W BADANIU OCZU

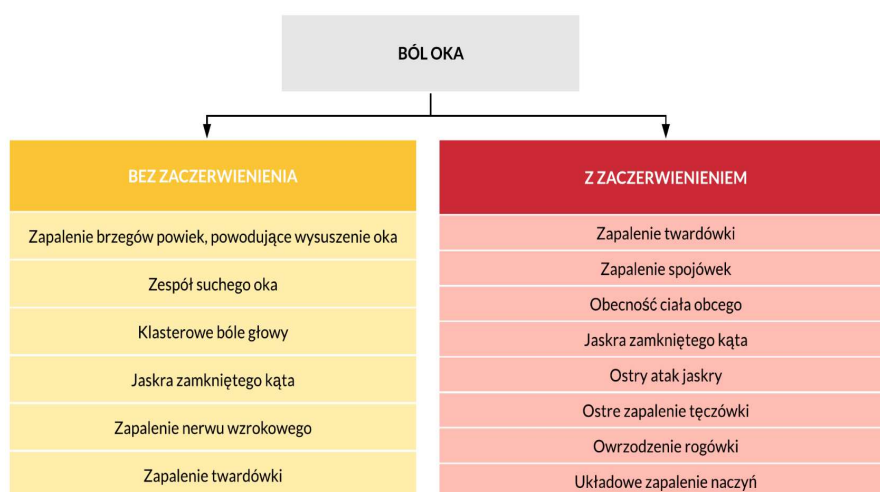
- nagła utrata widzenia
- silny ból oka
- pogorszenie widzenia po urazie
- Światłowstręt
- podwójne widzenie
- błyski światła lub nagły wysiew mętów
- widzenie „halo” wokół światła
- nierówność źrenic

Objawy ogólnoustrojowe towarzyszące

- ból głowy
- nudności / wymioty
- zaburzenia świadomości
- objawy neurologiczne

61

OCZY - BÓL



62

OCZY - WADY WZROKU

W przypadku pacjenta, który zgłasza się ze skargą dotyczącą narządu wzroku, pamiętaj, by dopytać czy korzysta ze SZKIEŁ KOREKCYJNYCH/ SOCZEWEK KONTAKTOWYCH.

Wada	Jak widzi pacjent	Co możesz zauważyć w badaniu
Krótkowzroczność (myopia)	dobrze z bliska, źle w dal	mrużenie oczu przy patrzeniu daleko, podchodzenie bliżej tablicy
Dalekowzroczność (hyperopia)	lepiej w dal, gorzej z bliska	odsuwanie tekstu, bóle głowy przy czytaniu
Astygmatyzm	obraz zniekształcony, zamazany w każdej odległości	trudność z odczytem liter, przekrzywianie głowy
Starczowzroczność (presbyopia)	po 40 r.ż. trudność z czytaniem z bliska	„wydłużanie ręki do czytania”

63

ZABURZENIA WIDZENIA

Objaw	Co oznacza klinicznie	Najczęstsze przyczyny
Podwójne widzenie (diplopia)	brak prawidłowej współpracy oczu	porażenie nerwów okoruchowych, zaburzenia mięśni, patologie oczodołu; w jednoocznym – choroby rogówki lub soczewki
Przymglenie obrazu	pogorszenie przejrzystości układu optycznego	wada refrakcji, zaćma, zmiany rogówki, zmiany w ciele szklistym
Nagła utrata widzenia	objaw alarmowy	odwarstwienie siatkówki, zamknięcie tętnicy środkowej siatkówki, ostry atak jaskry, udar
Stopniowa utrata widzenia	proces przewlekły	zaćma, jaskra, zwyrodnienie plamki
Zniekształcenie obrazu	zaburzenie w obrębie plamki	AMD, obrzęk plamki
Błyski i męty	trakcja ciała szklistego na siatkówkę	odłączenie tylne ciała szklistego, ryzyko odwarstwienia siatkówki
Widzenie „halo”	rozproszenie światła w oku	obrzęk rogówki, ostry atak jaskry

64

ZABURZENIA WIDZENIA - PODWÓJNE WIDZENIE



Dwojenie obuoczne. Powstaje w wyniku **nieprawidłowej ruchomości gałek ocznych**

→ podejrzewaj zaburzenia mięśni okoruchowych lub porażenie nerwów.



Dwojenie jednooczne. Utrzymuje się po zastąpieniu drugiego oka → wskazuje na **patologię w obrębie badanego oka.**

65

WYDZIELINA Z OKA – INTERPRETACJA

Charakter wydzieliny	Co sugeruje	Najczęstsze przyczyny
Ropna (żółta, gęsta)	aktywny proces bakteryjny	bakteryjne zapalenie spojówek
Śluzowo-ropna (białożółta)	infekcja o umiarkowanym nasileniu	łagodne zapalenie bakteryjne, zakażenia chłamydiowe
Śluzowa (biała, lepka)	podrażnienie, niedobór filmu łzowego	zespół suchego oka, alergia
Wodnista (przezroczysta)	reakcja zapalna bez ropy	infekcja wirusowa, reakcja alergiczna, podrażnienie chemiczne lub polekowe

66

UTRATA WIDZENIA – SZYBKIE RÓŻNICOWANIE

Czas pojawienia się objawu	Najbardziej prawdopodobne przyczyny	Pilność
Nagła, przejściowa	aura migrenowa, przemijające niedokrwienie siatkówki	▶ pilna diagnostyka
Nagła, utrzymująca się	zamknięcie tętnicy środkowej siatkówki, zakrzep żyły środkowej siatkówki	▶ natychmiast
Stopniowa, narastająca	zaćma, zwyrodnienie plamki (AMD)	planowa, ale wymaga kontroli
Powolna + objawy neurologiczne	guz uciskający drogę wzrokową (np. przysadka, oponiak)	▶ pilna diagnostyka

Im bardziej nagły początek, tym większe ryzyko stanu ostrego

67

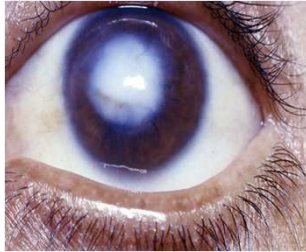
ZABURZENIA WIDZENIA – INTERPRETACJA OBJAWÓW

Objaw	Co widzi pacjent	Najczęstsze przyczyny	Znaczenie kliniczne
Zniekształcenie widzenia	linie falują, obraz krzywy, deformacje centralne	zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD)	grozi nieodwracalną utratą widzenia centralnego
Błyski światła	krótkie, jasne rozbłyski	pociąganie / zmiany w ciele szklistym	wymaga kontroli okulistycznej
Męty	„muszki”, cienie, nitki	degeneracja ciała szklistego, częste u osób starszych i krótkowidzów	zwykle łagodne, ale nowe → pilne
Widzenie „halo”	kolorowe kręgi wokół światła	obrzęk rogówki, najczęściej jaskra zamkniętego kąta	stan nagły

68

OCZY – OGŁĄDANIE

Oceniając oczy zwróć uwagę na:



- **powieki** – obrzęk, opadanie, zaczerwienienie
- **spojówki** – przekrwienie, wydzielina
- **rogówkę** – przejrzystość
- **źrenice** – wielkość, symetria, kształt



69

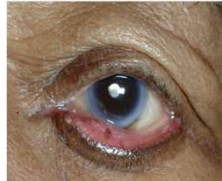
OCZY – OBSERWACJA

Powieki

- prawidłowo przykrywają górną część tęczówki
- opadanie → podejrzenie **ptozy**
- nadmierne uniesienie → wytrzeszcz / zaburzenia neurologiczne

Drogi łzowe

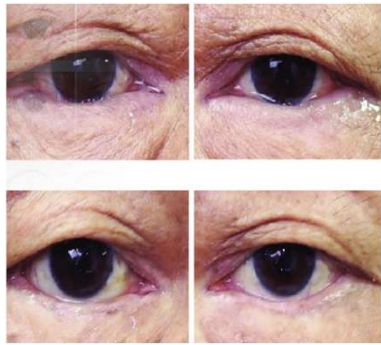
- ocena kąta przyśrodkowego oka
- zaczerwienienie, obrzęk → stan zapalny
- stałe łzawienie → możliwa **niedrożność przewodu**



70

CO OCENIAMY PODCZAS BADANIA POWIEK

• Ustawienie powiek

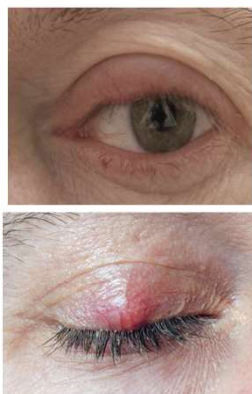


- **opadanie powieki (ptosis)** – może sugerować zaburzenia neurologiczne
- **entropion** – zawinięcie do wewnątrz, rzęsy drażnią rogówkę
- **ektropion** – wywinięcie na zewnątrz, łzawienie
- **retrakcja powiek przy wytrzeszczu** (np. nadczynność tarczycy)

71

CO OCENIAMY PODCZAS BADANIA POWIEK

• Obrzęk i zaczerwienienie



Zwracamy uwagę na:

- **obrzęk** (np. choroby nerek, alergja, zapalenie)
- **zapalenie brzegów powiek**
- **gradówkę** – przewlekły guzek gruczołu Meiboma
- **jęczmień** – ostry, bolesny stan zapalny

72

CO OCENIAMY PODCZAS BADANIA POWIEK

• Zmiany skórne



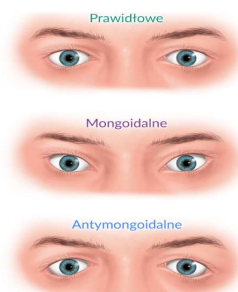
Najczęściej:

- kępki żółte (dyslipidemia)
- opryszczka
- zmarszczka nakątna
- zmiany nowotworowe

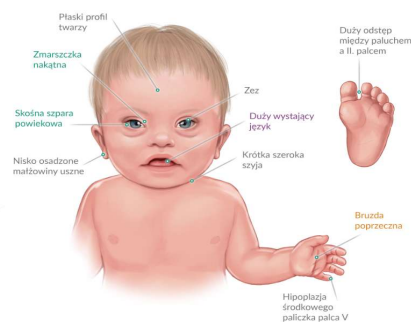
73

BADAJĄC POWIEKI, ZWRÓĆ UWAGĘ NA:

kształt, szerokość i ustawienie
szpar powiekowych



skórę powiek



74

OCZY - BADANIE ŻRENIC

Oceń PERRLA (oglądanie)

- **P**: położenie oczu / symetria
- **E**: wielkość źrenic (mm) – czy równe?
- **R**: kształt – okrągłe/nieregularne
- **R**: reakcja na światło
- **A**: akomodacja (zbieżność)



Anizokoria to **nierówna wielkość źrenic** – czyli sytuacja, gdy jedna źrenica jest większa od drugiej (różnica średnicy).

Fizjologiczna (łagodna): u części osób bywa stała, zwykle ≤ 1 mm, bez innych objawów.

Niepokojąca: gdy jest **nowa**, szybko narasta, różnica jest wyraźna (np. >1 mm) lub towarzyszą jej objawy typu: ból oka/głowy, opadnięcie powieki, podwójne widzenie, zaburzenia widzenia, uraz, „czerwone bolesne oko” → wymaga pilnej oceny lekarskiej.

75

BADANIE ŻRENIC

Etap OSCE (PERRLA)	Co robisz (instrukcja)	Na co zwracasz uwagę / wynik prawidłowy	Gotowa fraza do wypowiedzenia
Oglądanie	Oglądasz źrenice w spoczynku (najlepiej w porównywalnym oświetleniu).	Wielkość i symetria – różnica fizjologiczna zwykle ≤ 1 mm. Kształt – okrągłe, regularne.	„Źrenice równe / anizokoria ... mm, okrągłe i symetryczne.”
Reakcja na światło – bezpośrednia	Świecisz latarką do prawego oka, potem do lewego .	Po oświetleniu oka: zwężenie źrenicy w tym samym oku .	„Reakcja bezpośrednia zachowana.”
Reakcja na światło – konsensualna	Świecisz do prawego oka i obserwujesz lewe (i odwrotnie).	Po oświetleniu jednego oka: zwężenie źrenicy w drugim oku .	„Reakcja konsensualna zachowana.”
Akomodacja (zbieżność)	„Proszę spojrzeć daleko... teraz na mój palec blisko nosa.”	Zwężenie źrenic + zbieżność gałek ocznych przy patrzeniu na bliski obiekt.	„Akomodacja zachowana.”
Podsumowanie (PERRLA)	Krótko podsumowujesz całość.	PERRLA: Pupils Equal, Round, Reactive to Light, Accommodation.	„Źrenice równe / anizokoria ... mm, okrągłe, reagują na światło bezpośrednio i konsensualnie, akomodacja zachowana.”

76

REAKCJA ŻRENIC NA ŚWIATŁO

Reakcja bezpośrednia (direct)

- **Co robisz:** świecisz latarką do prawego oka (z boku, nie „z czoła”).
- **Analogicznie:** świecisz do lewego oka
- Świecisz w prawe oko → zwęża się prawa źrenica.
- Świecisz w lewe oko → zwęża się lewa źrenica.

Reakcja konsensualna (pośrednia)

- **Co robisz:** świecisz do prawego oka...
- **Potem:** świecisz do lewego oka
- Świecisz w prawe oko → zwęża się lewa źrenica.
- Świecisz w lewe oko → zwęża się prawa źrenica.

Zawsze sprawdzasz reakcję direct + consensual dla prawego i lewego oka

77

INTERPRETACJA REAKCJI ŻRENIC NA ŚWIATŁO

Świecisz w PRAWE → powinny zwęzić się **obie** (prawa = bezpośrednia, lewa = konsensualna).

Świecisz w LEWE → powinny zwęzić się **obie**.

Jeśli **obie się zwężają** przy każdym oświetleniu → **wynik prawidłowy**.

Świecisz w chore oko i... **NIE** zwęża się **NIC**

Światło w PRAWE → brak zwężenia prawej i lewej

Światło w LEWE → zwężają się **obie**

Problem dotyczy **oka oświetlanego** (nie „widzi” bodźca) = zaburzona **droga dośrodkowa (CN II) po stronie oświetlanej**.

(Czyli: gdy świecisz w to oko – mózg nie dostaje sygnału, więc nie ma odruchu w żadnym oku.)

Świecisz w chore oko i **zwęża się TYLKO drugie (to oświetlane – nie)**

Światło w PRAWE → prawa się **nie** zwęża, lewa się zwęża

Światło w LEWE → zwężają się **obie**

Problem to droga **odśrodkowa (CN III)** po stronie źrenicy, która nie reaguje. (Czyli: sygnał „widzę światło” dochodzi, ale jedna źrenica nie potrafi się zwęzić.)

78

BADANIE ŻRENIC - AKOMODACJA (ZBIEŻNOŚĆ)

Jak wykonać

- Ustaw palec/długopis ok. 30–40 cm przed oczami pacjenta.
- Powiedz: „Proszę spojrzeć na punkt daleko (np. na ścianę)... teraz proszę spojrzeć na mój palec.”
- Przesuń palec powoli bliżej nosa (do ok. 10–15 cm).

Co ma się wydarzyć (prawidłowo)

- **Żrenice przy patrzeniu w dal – rozszerzają się**
- **Żrenice zwężają się**, przy patrzeniu z daleka na blisko. Żrenica akomoduje się do odległości
- **Oczy zbiegają** (konwergencja) – gałki oczne „schodzą się” do środka.

79

ZABURZENIA ŻRENICZNE

ANIZOKORIA

Polega na **nierówności żrenic**, tzn. różnicy ich szerokości > 1 mm.

W niektórych chorobach oczu lub ośrodkowego układu nerwowego.



MIOSIS

Żrenica jest **wąska**, o szerokości < 4 mm.

W wyniku stosowania niektórych leków (morfiny, pilokarpiny); w stanach zapalnych przedniego odcinka błony naczyniowej.



MYDRIASIS

Żrenica jest **szeroka**, o szerokości > 7 mm.

W wyniku stosowania niektórych leków (atropina, fenylefryna), porazowo lub wskutek porażenia n. III.



80



81

BADANIE POLA WIDZENIA- METODA KONFRONTACYJNA

1) Ustawienie

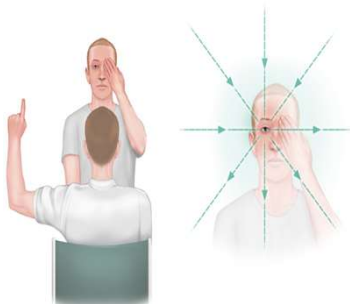
- Pacjent i badający **naprzeciwko**, na podobnej wysokości, ok. **1 m**. Pacjent patrzy **na Twój nos** (nie na rękę).
- Badamy **każde oko osobno**: pacjent zasłania jedno oko, Ty zasłaniasz **przeciwnie** (żeby porównywać te same pola).

2) Wykonanie

- „Proszę mówić **‘teraz’**, kiedy zobaczy Pani/Pan mój palec.”
- Poruszaj palcem z obwodu do środka w **4 kwadrantach**: góra/dół, skroniowe/nosowe i skośnie.
- Powtórz dla drugiego oka.
- (Opcjonalnie) Sprawdź **ruchy palców** / „ile palców widzi” w różnych miejscach.

3) Co uznajesz za prawidłowe

- Pacjent zauważa palec **w podobnym momencie** jak Ty → pole widzenia „zachowane” w teście przesiewowym.



Cel: szybkie, orientacyjne zlokalizowanie ubytków pola widzenia.

82

BADANIE OSTROŚCI WZROKU

Badanie ostrości wzroku jest podstawowym testem czynnościowym oczu i powinno być wykonywane przy każdym badaniu narządu wzroku

Badanie ostrości wzroku do dali/ bliży przeprowadza się dla każdego oka osobno.

Badanie rozpoczynamy od oka prawego lub chorego

Szczelnie zasłaniamy oko nie badane, a krawędź każdej przestony powinna dokładnie przylegać do boku nosa.

83

OSTROŚĆ WZROKU

W Polsce używa się tablic Snellena

- to tablice ze specjalnie dobranymi czarnymi znakami zwanymi **optotypami**- litery, cyfry, pierścienie, haki, łapy, obrazki
- Optotypy należy wskazywać kolejno od góry w dół, a nie wybiórczo z każdego rzędu czy też pojedynczo



84

Odległość w m. **E** Ostrość wzroku

50	E	0,1
25	F H	0,2
16,5	E N T	0,3
12,5	T N H L	0,4
10	L E F N H	0,5
8,3	Z L P O H F	0,6
7,1	H L A E Z T P T	0,7
6,2	N Z E P L P F N	0,8
5,5	F P Z H T L E Z	0,9
5,0	P N P Z H T L E Z	1,0

OBLICZANIE VISUS

- Ostrość wzroku zapisujemy jako ułamek (np. 5/5).**
- Licznik (5 m)** = odległość badanego od tablicy.
- Mianownik (np. 5,5 m / 6,2 m / 10 m)** = odległość, z której osoba z prawidłową ostrością wzroku powinna odczytać ten rząd na tablicy (tj. rząd odpowiadający ostatniemu poprawnie odczytanemu rzędowni liter przez badanego).
- Przykład: 5/5,5** → badany widzi z 5 m to, co zdrowe oko widzi z 5,5 m. **Visus = 0,9**

$V = 1,0$ → prawidłowa ostrość
 $V < 1,0$ → obniżona ostrość
 $V > 1,0$ → ostrość wzroku ponadnormatywna

85

BADANIE OSTROŚCI WZROKU Z BLISKA

Co robisz (instrukcja)
Warunki: dobre światło, pacjent w pozycji siedzącej.
Odległość: podaj tablicę do bliży / tekst na ok. 30–40 cm (typowo 33–35 cm).
Jedno oko: zakryj lewe (bez uciskania gałki) i poproś o czytanie.
Drugie oko: to samo dla oka przeciwnego.
Zapis: zanotuj najmniejszy poprawnie przeczytany wiersz (ostatni poprawny rząd) i odległość.

86

GDY PACJENT NIE CZYTA TABLICY (Z DALEKA)

1) Liczenie palców (CF – counting fingers)

- Stań **ok. 1 m** (czasem 2 m – ważne, żeby podać odległość).
- Pokaż **losową liczbę palców** i poproś: „Ile palców widzi Pan/Pani?”

2) Widzenie ruchu ręki (HM – hand motion)

- Jeśli nie rozróżnia palców nawet z bliska:
- Poruszaj **ręką przed okiem** (góra–dół / lewo–pravo) i pytaj o kierunek.

3) Poczucie światła (LP – light perception)

- Jeśli nie widzi ruchu ręki: świeć latarką i pytaj: „Czy widzi Pan/Pani światło?”

4) Lokalizacja światła (PR – projection)

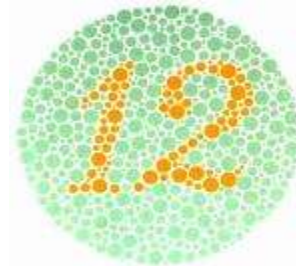
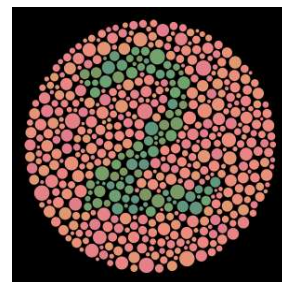
- Jeśli LP+: świeć z różnych stron i pytaj „Z której strony?”

Brak pocucia światła jest równoznaczny z całkowitą ślepotą.

87

TEST PRZESIEWOWY WIDZENIA BARW (ISHIHARA)

- **Kto bada:** osoba **prawidłowo rozróżniająca barwy**.
- **Warunki:** **dobre światło dzienne**, tablice na **wysokości oczu**, bez odbłasków.
- **Wykonanie:** badaj **każde oko osobno**; pokazuj tablicę **3–5 s**; pacjent **nazywa cyfrę/kształt/ścieżkę**.
- **Ocena:** zapisujesz **liczbę błędów** / „prawidłowe vs nieprawidłowe”.
- **Wniosek:** **wynik nieprawidłowy** → podejrzenie zaburzeń widzenia barw (najczęściej czerwono-zielone) i **kierunek:** **okulista**.



88

BADANIE CIŚNIENIA ŚRÓDGAŁKOWEGO

- Prawidłowe ciśnienie gałki ocznej zależy od równowagi pomiędzy wytwarzaniem a odpływem cieczy wodnistej oka.
- Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego nosi nazwę **tonometrii**, a przyrządy do pomiaru to **tonometry**.



89

BADANIE CIŚNIENIA ŚRÓDGAŁKOWEGO (IOP) – ORIENTACYJNIE

1) Przygotowanie

- Pacjent **patrzy w dół**, rozluźnia powieki.
- **Nie uciskaj powiek** i nie „wciskaj” gałki – tylko delikatnie porównujesz napięcie.

2) Technika (palpacyjna, porównawcza)

- Poproś pacjenta, aby **zamknął oczy lekko** (bez zaciskania).
- Połóż opuszki **dwóch palców wskazujących na górnych powiekach** obu oczu (nad rogówką).
- **Naprzemiennie, bardzo delikatnie** dotknij/„sprężynuj” każdy oczodół, porównując:
 - czy gałka jest **mięka, sprężysta**, czy **twarda jak kamień**.
- Oceń **symetrię** napięcia: prawe vs lewe.

Cel: wychwycić podejrzenie jaskry / ostrego ataku jaskry

3) Interpretacja

- **Prawidłowo (orientacyjnie):** gałka „sprężysta”, napięcie **podobne obustronnie**.
- **Podejrzenie wysokiego IOP:** gałka **wyraźnie twarda** (czasem „jak kamień”), często z bólem oka/głowy, nudnościami, zamgleniem widzenia, „tęczami” wokół źródeł światła → **pilna konsultacja** (podejrzenie ostrego ataku jaskry).
- **Podejrzenie niskiego IOP:** gałka **nienaturalnie miękka** (np. po urazie/perforacji, po operacji) → **pilna ocena okulistyczna**.



90

BADANIE OSADZENIA GAŁEK OCZNYCH

1) Oglądanie z przodu (oś twarzy)

- Stań naprzeciw pacjenta, głowa prosto.
- Oceń **symetrię i odległość między oczami**:
 - **hipoteloryzm** – oczy „zbyt blisko” nasady nosa
 - **hiperteloryzm** – oczy „zbyt szeroko” rozstawione

Hipoteloryzm

Prawidłowy

Hiperteloryzm



2) Oglądanie z boku (względem oczodołu)

- Poproś pacjenta, by spojrzał przed siebie.
- Oceń, czy gałki są:
 - **wytrzeszcz** – „wysunięte” do przodu (jedno- lub obustronnie)
 - **zapadnięcie gałki (enophthalmos)** – „cofnięte” w oczodole



91

BADANIE OSADZENIA GAŁEK OCZNYCH

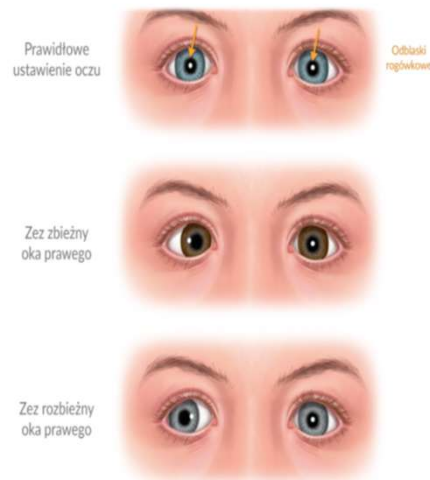
Cecha w oglądaniu	Co widzisz (opis)	Jak to nazwać	Najczęstsze skojarzenia (orientacyjnie)
Rozstaw oczu	oczy „zbyt blisko” nasady nosa	hipoteloryzm	wady wrodzone, zespoły genetyczne
Rozstaw oczu	oczy „zbyt szeroko” rozstawione	hiperteloryzm	wady wrodzone, zespoły genetyczne
Położenie gałki względem oczodołu (z boku)	gałka „wysunięta” do przodu	wytrzeszcz (exophthalmos/proptosis)	Graves-Basedow, guz/krwaki oczodołu, stan zapalny
Położenie gałki względem oczodołu (z boku)	gałka „cofnięta” w głąb	zapadnięcie gałki (enophthalmos)	odwodnienie/wyniszczenie, uraz/złamanie oczodołu
Symetria	różnica między stronami	asymetria osadzenia	jednostronny wytrzeszcz/zapadnięcie → podejrzenie patologii oczodołu

92

OCENA OSI I ZBIEŻNOŚCI OCZU

• Test Hirschberga

- Pacjent patrzy **na punkt** (najlepiej na Twoje oko/latarkę).
- Świecisz **z przodu** (ok. 30–50 cm).
- Patrzysz, czy „błysk” na rogówkach jest **symetrycznie w tym samym miejscu** (zwykle centralnie lub minimalnie przyśrodkowo).
- **Asymetria odruchu** → podejrzenie zez (oko „uciekające” ma błysk przesunięty).

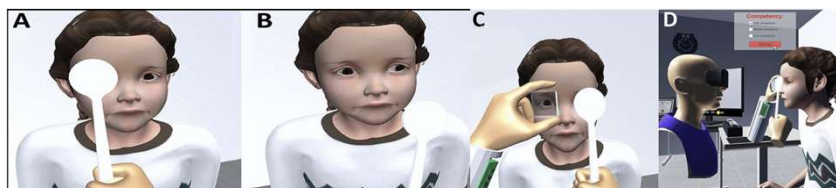


93

OCENA OSI I ZBIEŻNOŚCI OCZU

• Test cover–uncover (test przykrywania)

- **Pacjent patrzy na jeden punkt** (daleko, np. literę na ścianie) i **nie rusza głową**.
- **Cover test (zez jawny / tropia):** zakryj jedno oko i patrz na drugie (niezakryte).
- Jeśli to niezakryte wykona ruch, żeby „złapać” punkt → zez jawny.
- **Uncover (po odsłonięciu):** odstoń i patrz na oko, które było zakryte.
- Jeśli wykona ruch „powrotny” do fiksacji → wskazuje na odchylenie ujawniane po odsłonięciu.
- **Jeśli któreś oko musi „dostawić się” ruchem, żeby fiksować punkt → jest zez**



94

OCENA OSI I ZBIEŻNOŚCI OCZU

Rodzaj zezu	Jak wygląda (kierunek „uciekania” oka)	Nazwa fachowa	Tip do zapamiętania
zez zbieżny	oko ucieka do nosa	esotropia	<i>eso = do środka</i>
zez rozbieżny	oko ucieka do skroni	exotropia	<i>exo = na zewnątrz</i>
zez ku górze	oko ucieka do góry	hypertropia	<i>hyper = w górę</i>
zez ku dołowi	oko ucieka w dół	hypotropia	<i>hypo = w dół</i>
mieszany	np. do nosa i w dół/górę	np. eso + hypo/hyper	zapisujesz dwa kierunki

A. Esotropia



B. Exotropia



95

RUCHY OKA – BADANIE

1) Przygotowanie

- Pacjent siedzi, głowa **nieruchomo**.
- „Proszę **śledzić wzrokiem** mój palec **bez poruszania głową**.”
- Trzymaj palec/końcówkę długopisu **ok. 40–50 cm** od oczu.

2) Ruchy w 6 kierunkach (H)

- Prowadź palec wolno po **literze H**:
 - w prawo → góra → dół
 - w lewo → góra → dół
- Na skrajnych pozycjach zatrzymaj na **1–2 s** i obserwuj **oczołpłs**.

3) Co obserwujesz / o co pytasz

- Czy ruchy są **pełne i symetryczne**?
- Czy pojawia się **ból** przy ruchu?
- Czy pacjent widzi **podwójnie** (kiedy i w którą stronę)?
- Czy występuje **oczołpłs** (drżenie gałek)?

4) Zbieżność (opcjonalnie, ale lubiana na OSCE)

- „Proszę patrzeć na mój palec, zbliżam go do nosa.”
- Oczy powinny **się zbiegać**, źrenice się **związują**.

Cel: ocena ruchomości gałek ocznych i nerwów III, IV, VI + wychwycenie oczołpłsu i podwójnego widzenia.

96

RUCHY OKA – BADANIE

Nerw	Co „robi” (najprościej)	Jakie ruchy kontroluje (najważniejsze)	Jeśli uszkodzony – co zobaczysz
III okoruchowy	większość ruchów + unosi powiekę + zwęża źrenicę	do nosa (przywodzenie), do góry, w dół (w wielu ustawieniach), plus ustawienie „na wprost”; dodatkowo m. dźwigacz powieki i reakcja źrenicy	ograniczenie ruchów: nie idzie do nosa , często nie idzie do góry i słabo w dół ; klasycznie oko ustawia się „ w dół i na zewnątrz ”, ptoza , często szeroka źrenica i brak reakcji na światło
IV błoczkowy	w dół i do nosa (m. skośny górny)	głównie opuszczanie oka w przywiedzeniu (gdy oko jest „do nosa”), stabilizacja przy patrzeniu w dół	problem szczególnie przy patrzeniu w dół, gdy oko jest do nosa (np. schody, czytanie); pionowa diplopia , kompensacja przechyleniem głowy
VI odwodzący	na zewnątrz (odwodzenie)	do skroni (odwodzenie)	oko nie idzie do skroni ; diplopia pozioma nasilona przy patrzeniu w stronę uszkodzenia

97

BADANIE SPOJÓWKI I TWARDÓWKI

Oglądanie spojówki

Oceń:

- **Kolor:** różowa (prawidłowo) vs **zaczerwieniona**.
- **Wydzielina:** brak / wodnista / śluzowa / ropna.
- **Obrzęk spojówki (chemosis).**
- **Wybroczyny/krwotok podspojówkowy** (czerwona plama, zwykle bez bólu).
- **Guzki/ziarniny**, ciała obce.

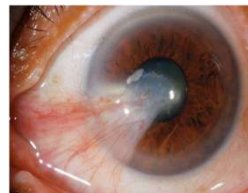
- **Jak obejrzeć spojówkę powiekową (prosto):**
- Poproś pacjenta: „**Proszę spojrzeć w górę**” → delikatnie **odciągnij dolną powiekę**.
- Jeśli potrzeba: „**Proszę spojrzeć w dół**” → unieś górną powiekę za rzęsy (bez wywijania).

98

BADANIE SPOJÓWEK- INTERPRETACJA

Co widzisz na spojówkach	Najprostsza interpretacja
Różowe, wilgotne, bez wydzieliny	Prawidłowo
Rozlane zaczerwienienie + łzawienie/pieczenie	Zapalenie spojówek (często wirusowe)
Zaczerwienienie + świąd	Alergiczne zapalenie spojówek
Wydzielina ropna/żółta , sklejone rzęsy	Bakteryjne zapalenie spojówek
Wodnista wydzielina + „piasek pod powiekami”	Suche oko / podrażnienie
Obrzęk spojówki (chemosis)	Alergia / silny stan zapalny
Czerwona „plama” pod spojówką (bez bólu)	Krwotok podspojówkowy
Błada spojówka (powiekowa)	Podejrzenie niedokrwistości (orientacyjnie)

SKRZYDLIK



99

BADANIE TWARDÓWKI- INTERPRETACJA

Co widzisz na twardówkach	Najprostsza interpretacja
Białe, bez zabarwienia	Prawidłowo
Zażółcenie twardówek	Żółtaczka (hiperbilirubinemia)
Niebieskawy odcień twardówki	Cienka twardówka (np. u dzieci, w chorobach tkanki łącznej – orientacyjnie)
Miejscowe poszerzone naczynka / przekrwienie z bólem	Zapalenie twardówki (rzadziej) → pilna konsultacja



100

BADANIE TĘCZÓWKI

Oglądanie tęczówki – co oceniasz

- **Kolor i jednorodność** (czy barwa jest taka sama w obu oczach).
- **Kształt i brzeg źrenicy** (czy źrenica jest okrągła, czy „poszarpana”/zniekształcona).
- **Wzór tęczówki** (czy jest „regularny”, czy są zmiany/plamki/guzki).
- **Nowe naczynia** na tęczówce (cienkie, „pajęczynkowe” naczynka – nie powinny być widoczne).
- **Zrosty** (podejrzanie, gdy źrenica robi się nieregularna i „ciągnie” w jedną stronę).

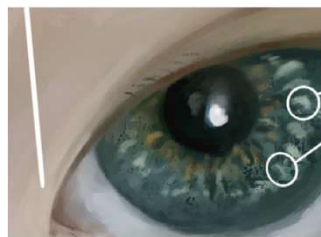
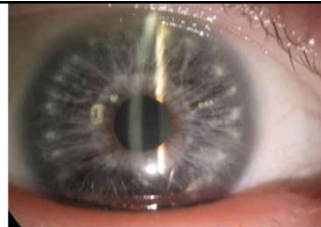
Co zgłosić jako nieprawidłowość (szybka interpretacja)

- **Różny kolor tęczówek** (heterochromia) → może być wrodzona, ale jeśli „nowa” → do oceny lekarskiej.
- **Nieregularna źrenica / „pociągnięta”** → możliwe zrosty po zapaleniu (np. zapalenie błony naczyniowej) lub uraz.
- **Widoczne nowe naczynia na tęczówce (rubeosis iridis)** → alarm, często w ciężkim niedokrwieniu siatkówki (np. cukrzyca) – pilna konsultacja okulistyczna.
- **Tęczówka + ból oka, światłowstręt, pogorszenie widzenia** → podejrzenie stanu zapalnego (pilniej niż „zwykłe zaczerwienienie”).

101

BADANIE TĘCZÓWKI

- **Białawe/szarawe, drobne plamki na obwodzie tęczówki** (zwykle w części obwodowej tęczówki), najlepiej widoczne w dobrym oświetleniu.



102

OBJAW ZACHODZĄCEGO SŁOŃCA

- przymusowe ustawienie gałek ocznych ku dołowi, tak że:
- nad tęczówką widać pas twardówki („białka”) u góry,
- spojrzenie wygląda jakby „uciekało w dół” (czasem z ograniczeniem ruchu ku górze).
- To **objaw wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego u niemowląt**, klasycznie w przebiegu **wodogłowia** (np. przy krwawieniu dokomorowym, wadach OUN, zakażeniach, guzach).



103

BADANIE ROGÓWKI

Oceń rogówkę na obu oczach:

- **przejrzystość** (czy jest zmętnienie),
- **powierzchnię** (nierówności, ubytki nabłonka, owrzodzenie),
- **połysk** (matowa rogówka sugeruje suchość/obrzęk),
- **naczynia w rogówce** (nieprawidłowa neowaskularyzacja),
- **obrzęk** (halo, „mleczna” rogówka),
- **ciało obce**, rdzawy pierścień,
- **pierścień Kaysera–Fleischera** (obwodowo – choroba Wilsona),
- **łuk starczy** (arcus senilis) – obwodowe zmętnienie lipidowe

- **Odruch rogówkowy / czucie rogówki (CN V1 + VII)**
- Poproś pacjenta, by **patrzył w dal**.
- Delikatnie dotknij **brzegiem skrzynek wacika** rogówki z **boku** (nie z przodu).
- Prawidłowo: **mrugnięcie obu oczu**.

Latarka/światło z boku (tzw. oświetlenie skośne) ułatwia wykrycie nierówności i zmętnień.



104

RĄBEK STARCZY ROGÓWKI

- **jasnoszary/białawy pierścień na obwodzie rogówki** (przy granicy z twardówką).
- **Co oznacza:** odkładanie lipidów w rogówce. U osób starszych zwykle **zmiana fizjologiczna**.
- **Kiedy ma znaczenie kliniczne:** jeśli pojawia się u osoby młodej (np. <40–45 r.ż.) → warto pomyśleć o **zaburzeniach lipidowych** (hipercholesterolemia) i skontrolować lipidogram.



105

PIERŚCIEŃ OKOŁOROGÓWKOWY KEYSERA-FLEISCHERA

- **Brunatno-złoty / zielonkawo-brązowy pierścień przy rąbku rogówki** (na obwodzie).
- Powstaje przez **odkładanie miedzi w rogówce**.
- **Co sugeruje: choroba Wilsona** (zaburzenie metabolizmu miedzi) → możliwe objawy **wątrobowe** (np. zapalenie, marskość) i **neurologiczne/psychiatryczne** (np. drżenie, dystonia, zaburzenia zachowania)



Czasem jest subtelny – najlepiej widać w **lampie szczelinowej** (u okulisty).

106

BADANIE DNA OKA

Jest to podstawowe badanie układu wzrokowego.

Określa ono bowiem nie tylko zmiany miejscowe, ale również w dużym stopniu pozwala na ocenę stanu ogólnego chorego.

Informacje uzyskane z badania dna oka mogą wskazywać na chorobę oczu np. jaskrę.

107

BADANIE DNA OKA

- Oftalmoskop daje w oku bez wady refrakcji 12-16 krotne powiększenie obrazu dna oka,
- i pozwala na dokładną ocenę części centralnej.
- „Tarcza nerwu wzrokowego **bladoróżowa, płaska, o wyraźnych granicach**, bez cech obrzęku, bez krwotoczków.”



108

ZASADY UŻYCIA OFTALMOSKOPU

Przygotowanie

- Przyciemnij światło w pomieszczeniu.
- Ustaw oftalmoskop

Zasada "prawe do prawego, lewe do lewego"

- **Prawe oko pacjenta** oglądasz **swoim prawym okiem** i trzymasz oftalmoskop **prawą ręką**.
- **Lewe oko pacjenta** oglądasz **swoim lewym okiem** i trzymasz **lewą ręką**.
To zmniejsza „zderzanie się” nosami i daje lepszy kąt.

Pozycja i bezpieczeństwo

- Stań pod kątem ok. **15°** od osi patrzenia pacjenta.
- Zbliżaj się powoli, **stabilizuj rękę**: oprzyj palec/kość dłoni o czoło/tuk brwiowy pacjenta.
- Poproś: „Proszę patrzeć na punkt za mną i nie ruszać oczami.”
- **Kolejność oglądania (praktyczna)**
- **Czerwony odblask (red reflex)** z ~30–45 cm (najpierw w obu oczach).
- **Zbliż się i oceń:**
 - **naczynia siatkówki** (podążaj nimi),
 - **tarcza nerwu wzrokowego** (kolor, granice, C/D),
 - **plamka** (na końcu; pacjent spojrz w światło – bywa niekomfortowe).

109

RED REFLEX (CZERWONY ODBLASK)

Jak wykonać (kroki)

- Przyciemnij światło.
- Ustaw się **30–45 cm** od pacjenta, na wprost.
- Oftalmoskop: **duża apertura, dioptrie 0**, jasność średnia.
- Poproś: „Proszę patrzeć na punkt za mną.”
- Oceniaj **najpierw oba oczy jednocześnie**, potem **każde osobno**

Prawidłowy wynik

- Odblask **obecny, jasny, jednolity i symetryczny** w obu oczach.

Nieprawidłowy wynik (co oznacza)

- **Oslabiony/brak** lub **asymetria** → podejrzenie przeszkody w przejrzystości ośrodków optycznych (np. **zaćma** lub duża wada refrakcji/zez (czasem daje różnicę odblasku).
- **Biały odblask (leukokoria)** → **czerwona flaga** (np. zaćma wrodzona, retinoblastoma) → pilnie okulista.
- **Ciemne plamy/cienie** w odblasku → zmętnienia w rogówce/soczewce/szklisce.

Red reflex (czerwony odblask) – OSCECo to jest: czerwono-pomarańczowy odblask z dna oka widoczny przez oftalmoskop.

110

RED REFLEX (CZERWONY ODBLASK)



prawidłowy czerwony odbłask
(symetryczny),

osłabiony/brak odbłasku
w jednym oku
(asymetria),

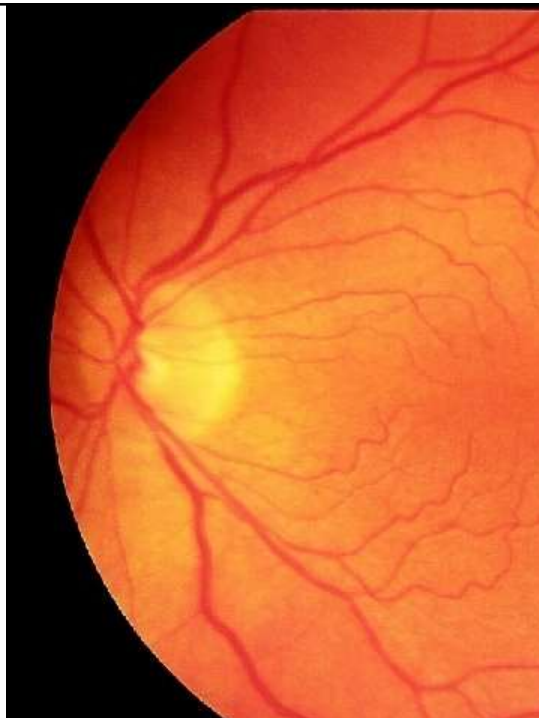


leukokoria (biały odbłask) –
czerwona flaga (np.
retinoblastoma/zaćma),

111

OBRAZ PRAWIDŁOWEGO OKA

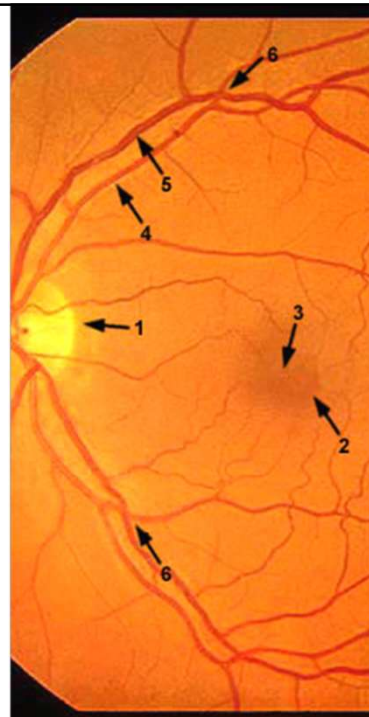
- Prawidłowe zabarwienie dna oka ma kolor jasnoczerwony.
- Tarcza nerwu wzrokowego przedstawia się jako kremoworóżowy krążek położony w poziomie dna
- W środkowej części tarczy znajduje się zagłębienie fizjologiczne o barwie białawej
- Z dna tego zagłębienia wychodzą główne rozgałęzienia tętnicy i wnika żyła środkowa siatkówki.



112

PRAWIDŁOWY OBRAZ OKA

- 1-tarcza nerwu wzrokowego,
- 2-plamka,
- 3-doięcdek,
- 4-naczynie tętnicze,
- 5-naczynie żylne,
- 6-miejsce skrzyżowania naczyńia tętniczego i żylnego

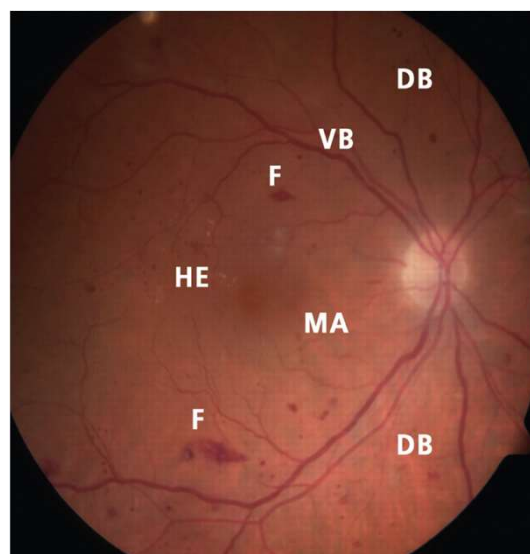


113

RETINOPATIA CUKRZYCOWA

- W badaniu dna oka widoczne są
- **mikrotętniaki i krwotoczki typu dot-błot**
- oraz **pojedyncze twarde wysięki** – obraz sugeruje **nieproliferacyjną retinopatię cukrzycową.**

MA – mikrotętniaki,
DB – krwotoczki dot-błot,
HE – twarde wysięki



114

ODWARSTWIENIE SIATKÓWKI

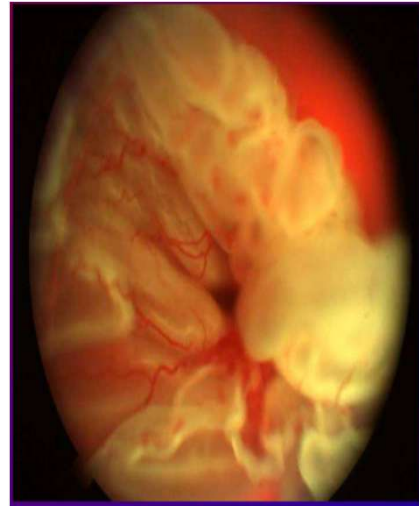
Objawy kliniczne

- **nagłe błyski** („fotopsje”)
- **męty / „sadza”, „muszki”**
- **cień/kurtyna** zasłaniająca część pola widzenia
- szybkie pogorszenie ostrości

Stan nagły – pilna konsultacja okulistyczna.

Obraz w oftalmoskopii

- **uniesiona, pofałdowana („pęcherzowata”) siatkówka**
- siatkówka **szarawa/mleczna**, „odklejona” od podłoża
- **naczynia siatkówki biegą po wyniosłości**, mogą wyglądać na „unoszące się”
- czasem widoczna **dziura/rozdzarcie**



115

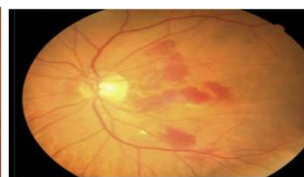
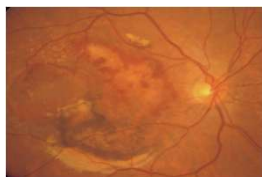
AMD = ZWYRODNIENIE PLAMKI ZWIĄZANE Z WIEKIEM

AMD – typowa skarga pacjenta

- „**Krzywią mi się linie** (metamorfopsje), np. framugi/fugi.”
- „**Gorzej czytam / zlewa mi się środek obrazu.**”
- „Mam **plamę w centrum** pola widzenia (mroczek centralny).”
- Widzenie obwodowe zwykle względnie zachowane.

Dno oka – co widzisz

- W okolicy plamki widoczne druzy i zmiany barwnikowe – obraz sugeruje AMD suche.
- Mokre: w okolicy plamki obecne krwotoki/wysięki –
- „wymaga pilnej konsultacji okulistycznej.”



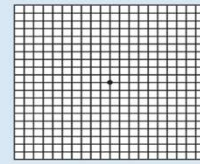
116

TEST AMSLERA

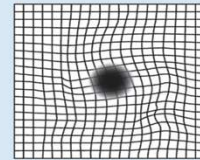
Test Amslera

- Dobre światło, **okulary do czytania**.
- Kratka **30–40 cm** od oczu.
- **Zakryj jedno oko**, drugie patrzy **na kropkę w środku**. Czas – ok. 1 minuty
- Pytasz: „Czy linie są **proste**? Czy są **falujące**? Czy są **ubytki/ciemna plama**?”
- Powtórz dla drugiego oka.

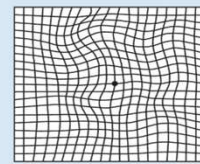
Prawidłowo: linie proste, bez ubytków.
Nieprawidłowo: falowanie lub ubytki →
 podejrzenie choroby plamki (np. AMD) →
pilny okulista, jeśli nowe.



Normal.



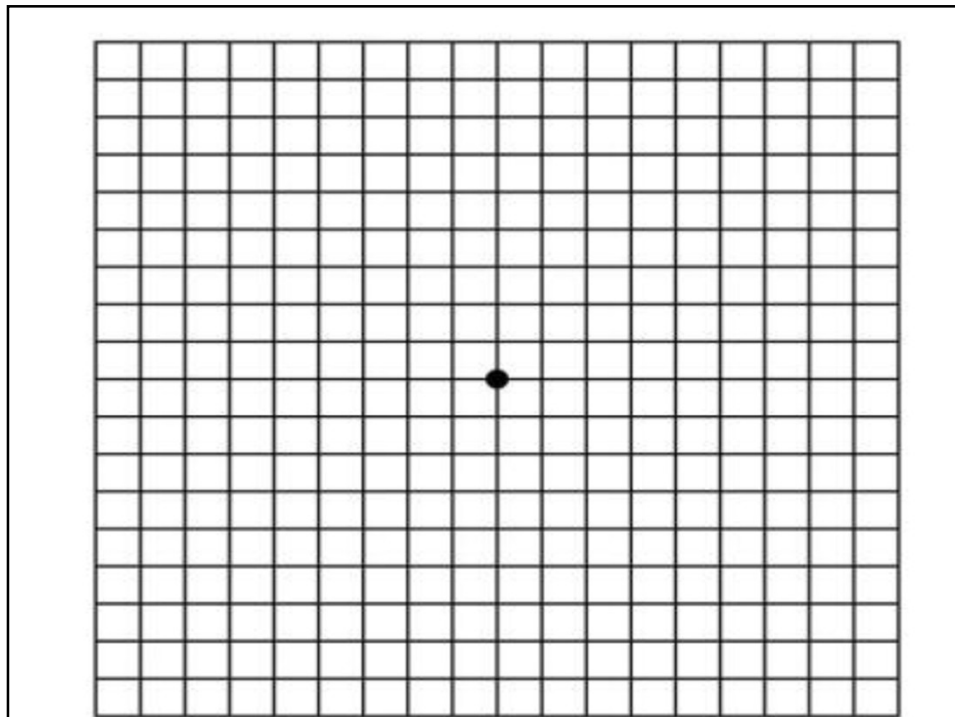
Missing area/blind spot.



Distortion/wavy lines.

Edukacja: kontrola czynników ryzyka (zwł. **palenie**), samokontrola **testem Amslera**, regularne kontrole.

117



118

WADY WZROKU

Wada	Co jest nieostre?	Mechanizm (gdzie ognisko?)	Typowa skarga pacjenta
Krótkowzroczność (myopia)	dal	obraz przed siatkówką	„Nie widzę wyraźnie w dal – tablica/znaki na drodze są rozmazane.”
Dalekowzroczność (hyperopia)	bliź (czasem też dal)	obraz za siatkówką	„Męczą mi się oczy przy czytaniu / litery z bliska się rozmazują, czasem ból głowy.”
Astygmatyzm	i dal, i bliź (zniekształcenie)	brak jednego ogniska	„Obraz jest zniekształcony – linie proste falują, litery są rozmazane.”
Starczewzroczność (presbyopia)	bliź	spadek akomodacji (sztywnienie soczewki)	„Muszę odsuwać tekst, żebym mógł/mogła przeczytać; gorzej widzę z bliska.”

119

BADANIE NOSA I ZATOK

120

BADANIE NOSA

Oglądanie zewnętrzne nosa

- **kształt i symetrię**, ustawienie przegrody (czy nos „ucieka”),
- **skórę**: zaczerwienienie, obrzęk, rany, strupy,
- **wydzielinę** (jedno- czy obustronna, kolor),
- **oddech przez nos** (głośny? utrudniony?).

Palpacja

- Delikatnie uciskaj: **grzbiet nosa, skrzydełka, nasadę**.
- Sprawdź: **bolesność, trzeszczenia, niestabilność** (uraz), tkliwość.

Drożność nosa (osobno dla każdej strony)

- Proszę: „Zatka Pani/Pan jedno nozdrze i weźmie spokojny wdech nosem.”
- Powtórz dla drugiej strony.
- (Opcjonalnie) Ocena przepływu: zbliżam **zimne lustro**/metal do nozdrzy → porównuję zaparowanie.



121

BADANIE NOSA

Rynoscopia przednia (otoskop ze wziernikiem nosowym)

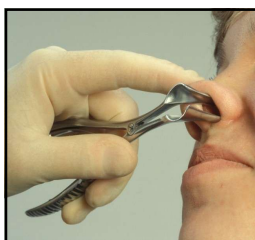
- **Technika**
- Dobierz **największy komfortowy wziernik**, światło włączone.
- Jedną ręką **podnieś czubek nosa** (kciukiem).
- Wziernik wprowadź **płytko, wzdłuż dna nosa**, nie „w górę”.
- Oglądaj kolejno prawe i lewe nozdrze.

Co oceniamy w środku

- **błonę śluzową**: różowa vs zaczerwieniona/obrzęknięta,
- **przegrodę**: skrzywienie, perforacja, krwiał,
- **małżowiny**: przerost, obrzęk,
- **wydzielinę**: wodnista/ropna/krwista, strupy,
- **polipy/ciała obce**.



122



RYNOSKOPIA – BŁONA ŚLUZOWA

Wygląd błony śluzowej	Wydzielina	Najbardziej sugeruje
Błada / sinawa, obrzęknięta („rozpuchnięta”)	Wodnista, obfita	Alergiczny nieżyt nosa
Żywo zaczerwieniona / przekrwiona	Wodnista → śluzowa	Ostry nieżyt wirusowy
Zaczerwieniona + obrzęk, tkliwość okolicy zatok	Gęsta, żółto-zielona	Zapalenie zatok / bakteryjne nadkażenie
Pogrubiała, przewlekłe obrzęknięta	Śluzowa, przewlekła	Przewlekły nieżyt nosa
Gładkie, szarawe, wilgotne „winogrona” (polipy)	Zwykle śluzowa, uczucie blokady	Polipowatość nosa
Sucha, strupy, pęknięcia / nadżerki	Skąpa / krwista	Przesuszenie / podrażnienie / nieżyt zanikowy

123

ALERGICZNY NIEŻYT NOSA

Cechy różniące przeziębienie i alergiczny nieżyt nosa

- Objawy występują w czasie **EKSPOZYCJI** na określony **ANTYGEN**.
- Objawy najczęściej nasilają się w **NOCY** i we wczesnych godzinach **PORANNYCH**.
- Przewaga **WODNISTEGO WYCIEKU** z nosa i **KICHANIA** sugeruje **SEZONOWY/OKRESOWY ANN**.
- Przewaga **ZATKANIA NOSA** sugeruje **CAŁOROCZNY ANN**.
- Do oceny nasilenia objawów choroby można zastosować **SKALĘ WZROKOWO-ANALOGOWĄ (VAS - Visual Analog Scale)**.

Cecha	Przeziębienie	Alergiczny nieżyt nosa
Wodnisty wyciek z nosa	Często	Często
Zatkanie nosa	Często	Często
Kichanie	Zwykle	Często
Świąd nosa	NIGDY	ZWYKLE
Ból nosa	ZWYKLE	NIGDY
Świąd oczu	RZADKO	CZĘSTO
Kaszel	Często	Dość często
Gorączka	Rzadko	Nigdy
Uogólniony ból	Nieznaczny	Nigdy
Zmęczenie, osłabienie	Nieznaczne	Nieznaczne
Ból gardła	CZĘSTO	NIGDY
Świąd podniebienia i gardła	Nigdy	Niekiedy
Czas trwania	3-14 DNI	TYGODNIE/MIESIĄCE

124

ALERGICZNY NIEŻYT NOSA – OBJAWY PRZEDMIOTOWE

1. Zaczerwienienie nosa.
2. **Salut alergiczny.**
3. Oddychanie przez usta.
4. "Cienie alergiczne".
5. Fałdy Denniego i Morgana.



125

ALERGICZNY NIEŻYT NOSA – OBJAWY PRZEDMIOTOWE

1. Zaczerwienienie nosa.
2. Salut alergiczny.
3. Oddychanie przez usta.
4. **"Cienie alergiczne".**
5. Fałdy Denniego i Morgana.



126

ALERGICZNY NIEŻYT NOSA – OBJAWY PRZEDMIOTOWE

1. Zaczerwienienie nosa.
2. Salut alergiczny.
3. Oddychanie przez usta.
4. "Cienie alergiczne".

5. **Faldy Denniego i Morgana.**



127

ZATOKI PRZYNOSOWE

- Zatok przynosowe to przestrzenie wypełnione powietrzem, które znajdują się w obrębie czaszki, czyli wewnątrz kości, które ją tworzą.
- Ich wnętrze jest pokryte błoną śluzową, a każda z zatok połączona jest z jamą nosową wąskim kanałem.



128

Katar w infekcji często zmienia się w czasie:

- 1–2 dzień: wodnisty, przezroczysty → po kilku dniach: gęstszy, żółto-zielony.
- Kolor (żółty/zielony) sam w sobie NIE przesądza o bakterjach (to zwykle efekt komórek zapalnych w wydzielinie).



JAK OBJAWIA SIĘ ZAPALENIE ZATOK? – KATAR

Kiedy myślimy o bakteryjnym zapaleniu zatok

- objawy **>10 dni bez poprawy**, lub
- **pogorszenie po wcześniejszej poprawie** („double-sickening”), lub
- **wysoka gorączka + silny ból twarzy/zębów** + ropna wydzielina przez **≥3–4 dni**.

129

JAK OBJAWIA SIĘ ZAPALENIE ZATOK?

Objawy podmiotowe ostrego zapalenia zatok przynosowych:

- 1) wyciek wodnistej, śluzowej lub ropnej wydzieliny z nosa,
- 2) zatkanie nosa,
- 3) spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła, często wywołujące kaszel,
- 4) upośledzenie węchu,
- 5) ból głowy lub uczucie rozpięcia w okolicy chorej zatoki.

Ból/ucisk twarzy zależny od lokalizacji:

- **zatoka czołowa** → ból czoła (często nasila się przy pochylaniu),
- **zatoka szczękowa** → ból policzka / górnych zębów (promieniowanie do zębów),
- **zatoka klinowa** → ból potylicy/ciemienia lub za oczami (głęboki ból głowy).

130

ROZPOZNANIE ZAPALENIA ZATOK-TEST SCHYLANIA

Test schylania (pochylenie głowy do przodu)

- Poproś pacjenta: „**Proszę pochylić głowę do przodu / schylić się.**”
- Zapytaj: „**Czy ból/ucisk w okolicy czoła lub policzków się nasila?**”
- **Nasilenie bólu/ucisku przy pochylaniu** → wspiera podejrzenie **zapalenia zatok** (wzrost ciśnienia/zaleganie wydzieliny).

Test schylania (pochylenie głowy do przodu)

Nasilenie bólu/ucisku wspiera podejrzenie zapalenia zatok



131

ROZPOZNANIE ZAPALENIA ZATOK- OPUKIWANIE

Palpacja/opukiwanie zatok (delikatnie!)

- ucisk nad zatoką czołową i w okolicy zatoki szczękowej → tkliwość / ból = argument za zapaleniem.
- **Wydzielina ropna** / spływanie po tylnej ścianie gardła + uczucie zatkania nosa → wspiera rozpoznanie (ale kolor sam nie rozstrzyga o bakteriach).

Opukiwanie zatok

Tkliwość przy palpacji wspiera podejrzenie zapalenia zatok



132

PALPACJA ZATOK

1) Zatoki czołowe (frontalne) — ucisk

- Palce/ kciuki położyć **nad brwiami, przyśrodkowo** (nad górnym brzegiem oczodołu).
- Delikatnie **uciśnij** obustronnie i porównaj.
- **Dodatkowo:** opuszkami palca **opukaj** (lekko) nad brwią.
- **Dodatni objaw:** tkliwość/ ból przy ucisku lub opukiwaniu.



2) Zatoki szczękowe (maxillaris) — ucisk

- Palce położyć **pod oczodołem** na kości policzkowej (dotek kłowy / okolica nad górnymi zębami).
- Delikatny **ucisk** obustronnie + porównanie.
- Możesz też lekko **opukać** tę okolice.
- **Dodatni objaw:** ból/tkliwość, często promieniowanie do zębów górnych.



133

ROZPOZNANIE ZAPALENIA ZATOK-DIAFANOSKOPIA

Transiluminacja (diafanoskopia) zatok = przeświecanie zatok silnym światłem w ciemnym pomieszczeniu,

- orientacyjna ocena, czy zatoka jest **powietrzna** (światło przechodzi) czy może być **wypełniona wydzieliną/obrzękiem** (światło słabe/brak).



- **Zatoki czołowe:** przyłóż światło pod górny brzeg oczodołu, przyśrodkowo → porównaj symetrię blasku na czole.
- **Zatoki szczękowe:** przyłóż światło do policzka nad górnymi zębami / w okolicy kąta → szukaj przeświecania podniebienia twardego.
- **Interpretacja:** blask obecny = zwykle zatoka powietrzna; brak/osłabienie jednostronne → możliwy płyn/obrzęk/niedrożność
- **wynik pomocniczy, nieswoisty.**

134

BADANIE UCHA

135

BÓL USZU - ISTOTNE INFORMACJE W WYWIADZIE

Pacjent mówi / objaw	Co sugeruje	Co sprawdza pielęgniarka
Boli przy dotykaniu ucha, ciągnięciu małżowiny, ucisku na skrawek (tragus)	Zapalenie ucha zewnętrznego	palpacja tragusza, poruszanie małżowiną oglądanie przewodu słuchowego
Silny, głęboki ból, często gorączka, brak bólu przy ruszaniu uchem	Zapalenie ucha środkowego	temperatura, ocena wycieku, tkliwość okolicy wyrostka sutkowatego
Ból promieniuje z gardła, nasila się przy połykaniu	Ból udzielony z gardła	ogłędanie gardła, pytanie o infekcję górnych dróg oddechowych
Ból po urazie, uderzeniu, czyszczeniu patyczkiem	Uraz	ogłędanie małżowiny, obecność krwi / wycieku - pilne przy podejrzeniu uszkodzenia
Przewlekły, narastający ból, chudnięcie, krwawienie	Zmiana nowotworowa (rzadko)	pilne skierowanie do lekarza

136

SZUMY USZNE

Szumy uszne to subiektywne wrażenie dźwięku
(np. dzwonienie, brzęczenie, szelest)
występujące **bez obecności bodźca zewnętrznego**.

Najczęstsze przyczyny:

- presbycusis (niedosłuch starczy)
- uszkodzenie słuchu związane z hałasem
- czop woskowinowy
- leki ototoksyczne

Co ustalić w wywiadzie:

- od kiedy występuje
- jednostronne czy obustronne
- ciągłe czy napadowe
- czy towarzyszy niedosłuch lub zawroty głowy

137

WYCIEK - RODZAJ WYDZIELINY

Rodzaj wydzieliny	Co najczęściej sugeruje	Postępowanie pielęgniarki
Ropna, żółta / zielona	infekcja bakteryjna, perforacja błony bębenkowej, zapalenie ucha środkowego	ocenić ból, temperaturę, niedosłuch; zabezpieczyć wyciek jałowym gazikiem; skieruj do lekarza
Śluzowa / wodnisto-śluzowa	przewlekły stan zapalny, możliwa perforacja	zbierz wywiad o czas trwania; obserwuj ilość i zapach; konsultacja laryngologiczna
Przezroczysta, wodnista po urazie	podejrzanie wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego	NIE tamponuj głęboko; pilna konsultacja lekarska / SOR
Krwista	uraz przewodu, ziarnina, polip, powikłane zapalenie	ocenić uraz, zawroty, niedosłuch; pilna konsultacja
Cuchnąca	przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, perlaki	wymaga specjalistycznej diagnostyki

138

USZY - OGLĄDANIE



Symetria/ustawienie małżowin.



Skóra małżowiny: zaczerwienienie / obrzęk / wykwity / rany / blizny.



Deformacje/urazy: krwiak, naderwania.



Okolice zauszna: zaczerwienienie / obrzęk / tkliwość.



Wejście do przewodu: wydzielina (ropna/krwista) / czop woskowinowy / ciało obce.

139

USZY - BÓL

Miejsce ucisku	Gdzie to jest	Jeśli boli → myśl
Ucisk na skrawek (tragus)	chrząstka przed wejściem do przewodu słuchowego	zapalenie ucha zewnętrznego
Ucisk na przeciwskrawek	chrząstka naprzeciw tragusu	zapalenie ucha zewnętrznego
Pociąganie / poruszanie małżowiną	cała małżowina uszna	najczęściej ucho zewnętrzne
Ucisk za uchem – wyrostek sutkowaty	twarda kość za małżowiną	ucho środkowe



Ucho wewnętrzne prawie nigdy nie boli.
Co dominuje zamiast bólu: silne zawroty głowy, nudności, wymioty, zaburzenia równowagi, oczopląs, niedosłuch / szumy uszne

140

USZY - NIEDOSŁUCH

Niedosłuch odbiorczy (czuciowo-nerwowy)

- uszkodzenie ucha wewnętrznego lub nerwu przedsionkowo-ślimakowego (VIII).

Przykłady przyczyn:

- uszkodzenie ślimaka
- uszkodzenie nerwu
- starzenie (presbycusis)
- leki ototoksyczne

Niedosłuch przewodzeniowy

- utrudnione przewodzenie dźwięku do ucha wewnętrznego.

Przykłady przyczyn:

- płyn w uchu środkowym
- ograniczenie ruchomości kosteczek
- perforacja błony bębenkowej
- czop woskowinowy / zamknięcie przewodu

141

NIEDOSŁUCH – SZYBKIE RÓŻNICOWANIE

Objaw zgłaszany przez pacjenta	Co sugeruje	Co może ocenić / wykonać pielęgniarka
„Słyszę ciszej, jakby ucho było zatkane”	niedosłuch przewodzeniowy	oglądanie przewodu (otoskopia), szukanie woskowiny / wydzieliny
„Gorzej rozumiem mowę niż ją słyszę”	niedosłuch odbiorczy	test szeptu, obserwacja reakcji na mowę
„Po infekcji ucha gorzej słyszę”	płyn w uchu środkowym	wywiad infekcyjny, kontrola temperatury
„Od dawna coraz słabiej słyszę”	często presbycusis / odbiorczy	test szeptu, pytanie o aparat słuchowy
„Nagle przestałem słyszeć”	nagły niedosłuch odbiorczy	pilne skierowanie do lekarza

142

OSTROŚĆ SŁUCHU

- **Badania subiektywne (wymagają odpowiedzi pacjenta):**
 - Próba szeptu / mowa potoczna
 - Audiometria tonalna i słowna
- **Badania obiektywne (bez współpracy pacjenta):**
 - **Tympanometria** – ocena ucha środkowego (ruchomość błony bębenkowej, ciśnienie)
 - **OAE** (otoemisje) – funkcja ślimaka
 - **ABR/BERA** – odpowiedzi pnia mózgu (potencjały)

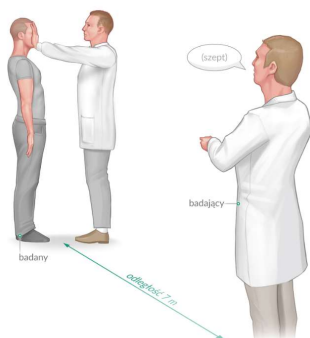
Ostrość słuchu = zdolność słyszenia i rozumienia dźwięków.

143

BADANIE AKUMETRYCZNE- TEST SZEPTU

Badanie przeprowadza się z odległości 6–7 m, mówiąc do badanego szeptem i polecając powtarzanie usłyszanych wyrazów.

Orientacyjne badanie słuchu (badanie akumetryczne)



- W tym badaniu można orientacyjnie ustalić ubytek słuchu, interpretując wynik jak poniżej:
- **słuch prawidłowy** (słyszalność szeptu z odległości 6–7 m),
- **słuch osłabiony** (słyszalność szeptu z odległości 1–4 m),
- **słuch przytępiony** (słyszalność szeptu z odległości do 1 m),
- **przytępienie słuchu graniczące z głuchotą** (szept słyszalny w pobliżu małżowiny usznej).
- Jeśli badanie przeprowadzone jest prawidłowo, na jego podstawie można również różnicować typ niedosłuchu – odbiorczy lub przewodzeniowy.

144

BADANIE SŁUCHU U NOWORODKÓW

Kiedy?

- **Przesiew w szpitalu: między 1.–3. dobą życia.**
- Jeśli poród poza szpitalem → wykonać **do 4. tygodnia życia.**

Test przesiewowy: OAE (otoemisje akustyczne)

- Bezbolesne, trwa kilka minut.
- Sonda w przewodzie słuchowym podaje delikatne bodźce dźwiękowe i rejestruje odpowiedź ślimaka.
- Brak OAE nie zawsze = niedosłuch (np. płyn/maż/woskowina w uchu).

Jeśli OAE jest nieprawidłowe:

- Powtarza się badanie po 2–4 tygodniach

Potem – ABR (ang. Auditory Brainstem Response),

- czyli słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu – dokładniejsze badanie funkcji nerwu słuchowego i mózgu

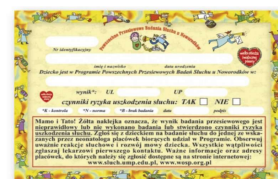


145

TESTY PRZESIEWOWE W KIERUNKU OCENY REAKCJI SŁUCHOWYCH U NOWORODKÓW

W pierwszej kolejności należy zapoznać się z wynikami badań przesiewowych słuchu wykonanych po urodzeniu dziecka.

- **Dzieci z prawidłowym wynikiem badania (niebieska wklejka w książeczce zdrowia)** wymagają kontroli rozwoju słuchu i mowy w terminach wyznaczonych dla dzieci zdrowych.
- **Dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania oraz z grupy ryzyka (żółta wklejka w książeczce zdrowia)** należy objąć opieką audiologa.



146

OCENA ROZWOJU REAKCJI SŁUCHOWYCH I MOWY

**W tej ocenie ważna jest obserwacja dziecka przez rodziców
w warunkach domowych:**

6 miesięcy – Czy dziecko zaczyna gaworzyć? Czy reaguje gaworzeniem na mowę matki? Czy lokalizuje po głosie matkę i inne znane mu dźwięki?

9 miesięcy – tzw. okres melodii - Czy dziecko szuka źródła interesującego go dźwięku? Czy gaworzy? Czy powtarza prezentowane dźwięki? Czy reaguje na swoje imię i rozumie proste polecenia? Czy budzi się z lekkiego snu, gdy ktoś go zaczepia głosem?

12 miesięcy – tzw. okres wyrazu - Czy dziecko reaguje na zakazy? Czy naśladuje wiele słów, intonuje, mówi pierwsze 3-4 słowa? Czy spełnia proste polecenia? Czy naśladuje zwierzęta? Czy zaczyna tańczyć przy muzyce?

147

TEST RINNEGO

INTERPRETACJA PRÓBY

W prawidłowym słuchu:

- **AC** dłużej niż **BC**

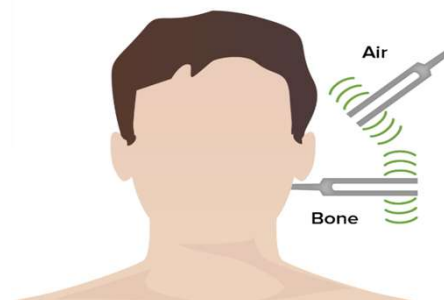
W przewodzeniowym:

- **BC** dłużej niż **AC**

W odbiorczym:

- **AC nadal > BC**, ale oba krócej (w praktyce — pacjent szybko przestaje słyszeć)."

- **Stroik 512 Hz:** podstawa na **wyrostek sutkowaty (BC-
przewodnictwo kostne)**.
- Gdy pacjent mówi „nie słyszę” → przenieś stroik **1–2
cm przed przewód
słuchowy (AC-
przewodnictwo
powietrzne)**.
- **Badasz każde ucho osobno.**



148

PRÓBA WEBERA

INTERPRETACJA PRÓBY

W prawidłowym słuchu:

- dźwięk w środku / po równo (*brak lateralizacji*)

W niedosłuchu przewodzeniowym:

- dźwięk „idzie” do ucha chorego (gorszego)

W niedosłuchu odbiorczym:

- dźwięk „idzie” do ucha zdrowego

- **Stroik 512 Hz: podstawa na czubek głowy /** środek czoła (linia pośrodkowa).
- **Zapytaj:** „Gdzie słyszysz dźwięk: w lewym uchu, prawym, czy po równo?”
- **Upewnij się,** że stroik dotyka skóry stabilnie i nie „ślizga się”



149

INTERPRETACJA PRÓB STROIKOWYCH

Najpierw Weber, potem Rinne

Weber mówi, czy jest lateralizacja, a Rinne dopiero rozstrzyga, czy to niedosłuch przewodzeniowy czy odbiorczy i w którym uchu

Typ niedosłuchu	Weber	Rinne (ucho chore)
Przewodzeniowy	lateralizacja do ucha chorego (gorszego)	Rinne (–) <i>kość (BC) ≥ powietrze (AC)</i>
Odbiorczy	lateralizacja do ucha zdrowego (lepszego)	Rinne (+) (<i>powietrze (AC) > kość (BC)</i>
Prawidłowy	w środku / równo	Rinne (+) obustronnie (w każdym uchu jednakowo)

Przewodnictwo powietrzne (AC) powinno być 2 x dłuższe niż kostne (BC)

150

AUDIOMETRIA (TONALNA)

- **Badanie subiektywne:** pacjent sygnalizuje usłyszenie tonu.
- Mierzy próg słyszenia w dB dla różnych częstotliwości (Hz) osobno dla każdego ucha.
- Wynik zapisuje się jako **audiogram (wykres)**.



151

AUDIOMETRIA (TONALNA)

Przygotowanie

- Krótki wywiad + **otoskopia** (czy nie ma czopu/wydzieliny).
- Pacjent w kabinie ciszy.
- Instrukcja: „Naciśnij przycisk / podnieś rękę ZA KAŻDYM RAZEM, gdy usłyszysz nawet bardzo cichy dźwięk.”
- Zakładamy **słuchawki**, opcjonalnie **wibrator kostny** na wyrostek sutkowaty.

Kolejność i częstotliwości

- Zwykle start: **1000 Hz**, potem: **2000, 4000, 8000, 500, 250 Hz** (czasem też 3000/6000).
- Najpierw **przewodnictwo powietrzne (AC)** dla każdego ucha, potem **kostne (BC)**.

Progi i stopnie niedosłuchu (dB)

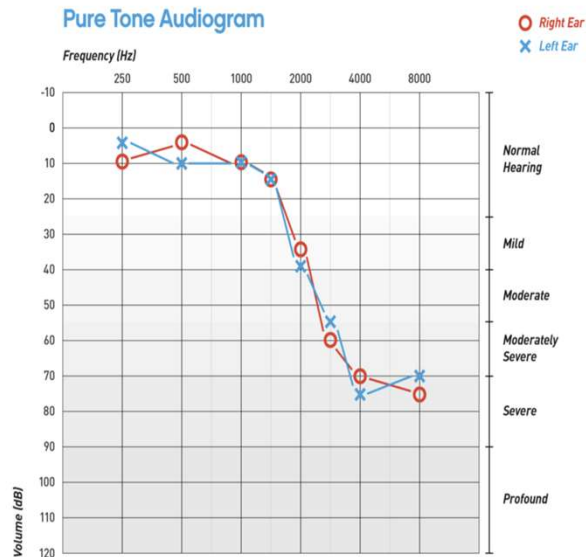
- **Norma:** 10 do 20 dB
- **Lekki:** 21–40 dB
- **Umiarkowany:** 41–55 dB
- **Umiarkowanie ciężki:** 56–70 dB
- **Ciężki:** 71–90 dB
- **Głęboki:** > 90 dB

152

AUDIOGRAM

Oznaczenia na audiogramie:

- Prawe ucho: czerwone "O"
- Lewe ucho: niebieskie "X"



153

INTERPRETACJA AUDIOGRAMU

- Ubytki są obustronne (oba uszy).
- Jest typowy „opadający” przebieg:
- niskie tony (250–500 Hz) ~ ok. 25–35 dB → lekki niedosłuch,
- średnie (1000–2000 Hz) ~ 30–55 dB → lekki–umiarkowany,
- wysokie (4000–8000 Hz) ~ 55–75 dB → umiarkowany do cięższego.
- Czyli: najgorzej z wysokimi tonami → często problem ze zrozumieniem mowy, szczególnie w hałasie (spółgłoski: s, f, t, k).



154

BADANIE PRZEWODÓW SŁUCHOWYCH- OTOSKOP

Przygotowanie

- Higiena rąk, przedstaw się, zgoda.
- Pacjent **siedzi**, głowa lekko odchylona na bok.
- Obejrzyj małżowinę i okolice zauszne (zaczerwienienie, obrzęk, wydzielina)

Dobór wziernika

- Wybierz **największy**, który wchodzi **bez bólu** i „uszczelnia” wejście.

Ułożenie ucha

- **Dorośli i dzieci >3 r.ż.:** pociągnij małżowinę **do góry i do tyłu**.
- **Niemowlęta/małe dzieci <3 r.ż.:** w **dół i do tyłu**.

Technika wprowadzenia otoskopu

- Trzymaj otoskop jak długopis. **W tej samej ręce co badane ucho:**
- **prawe ucho pacjenta → otoskop w prawej ręce**
- **lewe ucho pacjenta → otoskop w lewej ręce**
- **Oprzyj dłoń o policzek** pacjenta (stabilizacja – gdy pacjent poruszy głową).
- Wprowadź wziernik **delikatnie, kierując się lekko do przodu** (nie „na ślepo” w głąb).
- Najpierw oceń **przewód słuchowy zewnętrzny**, potem **błonę bębenkową**.

155

CO OCENIASZ?

Przewód słuchowy:

- drożność, **woskowina/czop**, ciało obce
- zaczerwienienie, obrzęk, maceracja, bolesność
- **wydzielina** (ropna/krwista/surowicza)



Błona bębenkowa:

- **kolor:** perłowo-szara (prawidłowo) vs zaczerwieniona/matowa
- **pozycja:** prawidłowa vs **uwypuklona / wciągnięta**
- **przezierność:** czy widać **poziom płynu/pęcherzyki**
- **perforacja** (otwór), blizny
- **stożek świetlny**
 - Prawe ucho- na godz. 5 w kierunku donosowym,
 - Lewe ucho- na godz. 7 w kierunku donosowym;
- orientacyjnie: **rękojeść młoteczka**

156



157

BADANIE DROŻNOŚCI TRĄBKİ SŁUCHOWEJ

Próba Valsalvy (wyrównanie ciśnienia)

- **Instrukcja dla pacjenta:** „Proszę zamknąć usta, zatkać nos palcami i **delikatnie** próbować wydmuchać powietrze.”
- **Co pacjent czuje/słyszy:** „trzask/pstryk”, uczucie „odełkania” ucha.

Wynik prawidłowy: pacjent zgłasza **klik/odełkanie** (ucho „przepuszcza”).

Wynik nieprawidłowy: brak odczucia kliku, ból lub zawroty → podejrzenie dysfunkcji trąbki.

Alternatywy dla Valsalvy (drożność trąbki słuchowej)

Próba Toynbee

- **Instrukcja:** „Zatkaj nos i **połknij** ślinę.”
- **Prawidłowo:** „klik/odełkanie”, zmiana uczucia ciśnienia w uchu.

Polykanie / ziewanie

- **Instrukcja:** „Proszę kilka razy **przełknąć / ziewnąć**.”
- **Prawidłowo:** „klik”, wyrównanie ciśnienia, uczucie odełkania.

158

JAMA USTNA I GARDŁO

159

BADANIE JAMA USTNA, GARDŁO



Kolejność: jeśli pacjent ma odruch wymiotny / lęk → zostaw na koniec badania fizykalnego.



Oglądanie twarzy i ust: oceniaj symetrię, stan skóry, wargi (pęknięcia, opryszczka, sinica).



Oddychanie i tor oddechowy: zwróć uwagę na drożność nosa i oddychanie przez usta (tzw. „adenoidalne”) + zgryz.

160

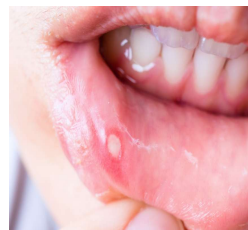
BADANIE JAMA USTNA, GARDŁO

Jama ustna (oglądanie)

- **Błony śluzowe:** kolor (bladość, zaczerwienienie), naloty, owrzodzenia.
- **Uzębienie:** ubytki, próchnica, brak zębów, higiena.
- **Podniebienie twarde i miękkie:** budowa, symetria, uniesienie.

Gardło i migdałki

- Oceń: **wielkość migdałków**, zaczerwienienie, naloty/ropę, asymetrię łuków, stan języczka.



Afty

161

ZMIANY NA ŚLIZÓWKACH JAMY USTNEJ

Co widzisz	Najczęściej sugeruje
Błada śluzówka	niedokrwistość, niedobory żelaza
Żywo zaczerwieniona, obrzęknięta	zapalenie (infekcja, uraz, drażnienie), niedobory
Wybroczyny	infekcja wirusowa/bakteryjna, uraz
Biały nalot, „serowaty”, łatwo się ściera, krwawiące podłoże	kandydoza (pleśniawki)
Białe plamy/nalot NIE daje się zetrzeć	leukoplakia, rogowacenie;
Pęcherzyki → nadżerki/owrzodzenia, bolesne	opryszczka (HSV), afty (jeśli pojedyncze/okrągłe)
Afty: małe, okrągłe, bolesne, białawo-żółte dno + czerwona obwódka	aftowe zapalenie jamy ustnej, stres/niedobory
Rozlane owrzodzenia, martwica, nieprzyjemny zapach, krwawienie dziąseł	ostre zapalenie dziąseł/jamy ustnej (np. martwice) – pilna ocena
Zajady (pęknięcia w kącikach ust)	niedobór żelaza/B2, kandydoza, przesuszenie
Sinica śluzówek / warg	hipoksemia (pilna ocena)
Sucha śluzówka, lepka ślina	odwodnienie, leki
Neprzyjemny zapach z ust	infekcje jamy ustnej, próchnica, zapalenie migdałków, refluks

162

ZMIANY NA ŚLIZÓWKACH JAMY USTNEJ



OPRYSZCZKA



AFTA



KANDYDOZA



LEUKOPLAKIA



ZAJAD

163

ZMIANY NA JĘZYKU

Co widzisz na języku	Co to najczęściej sugeruje
Biały, „serowaty” nalot, daje się zetrzeć (czasem krwawi)	Kandydoza (pleśniawki)
Język wygładzony, „lakierowany”, pieczenie	Niedobór B12/kwasu foliowego/żelaza (zapalenie języka)
„Truskawkowy” język (czerwony, uwypuklone brodawki)	Szkarlatyna, u dzieci także Kawasaki
Język geograficzny (plamy „mapy”, wędrujące)	Zwykle łagodne, idiopatyczne; czasem z atopią/stresem
Język bruzdowany (głębokie bruzdy)	Często wariant normy; czasem odwodnienie/połączony z „geograficznym”
Czarny/włochaty język (wydłużone brodawki, ciemny nalot)	Palenie, antybiotyki, słaba higiena, suchość jamy ustnej
Owzrośnięcia / afty na języku	Afty/uraz; jeśli nawracające → niedobory, choroby zapalne (kontekst)
Drżenie języka	Neurologiczne (np. nadczynność tarczycy, parkinsonizm, lęk, leki) – zależnie od kontekstu
Obrzęk języka	Reakcja alergiczna/obrzęk naczynioruchowy (pilne, jeśli z dusznością)
Odchylenie języka w jedną stronę przy wysuwaniu	Uszkodzenie n. podjęzykowego (XII) po stronie odchylenia

164

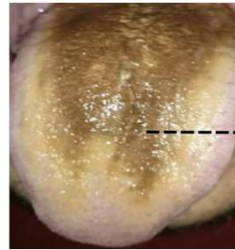
ZMIANY NA JĘZYKU



GEOGRAFICZNY



PLEŚNIAWKI



WŁOCHATY



LEUKOPLAKIA



BRUZDOWATY



TRUSKAWKOWY



ERYTROPLAKIA



GŁADKI

165

Przygotowanie

- Pacjent **siedzi**, dobre oświetlenie.
- Sprzęt: **rękawiczki, szpatułka, latarka** (opcjonalnie gazik).
- Powiedz: „Obejrę teraz gardło. Może pojawić się odruch wymiotny — proszę oddychać spokojnie przez nos.”

Oglądanie jamy ustnej i gardła

- Powiedz „aaa” → oceniasz **uniesienie podniebienia** i **położenie języczka** (symetria).

Oceniaj:

- Łuki podniebienne i języczek:** symetria, uniesienie.
- Migdałki podniebienne:** wielkość, zaczerwienienie, **naloty/ropę**, krypt y.
- Tylną ścianę gardła:** zaczerwienienie, „brukowanie” (grudki chłonne), spływanie wydzieliny.
- Podniebienie miękkie i twarde,** błony śluzowe: owrzodzenia, wybroczyny.
- Zapach z ust** (halitoza) – może wspierać infekcję/ropień (kontekst!).

Nie oglądaj gardła u pacjenta ze stridorem / podejrzeniem ostrej niedrożności (ryzyko skurczu krtani)

BADANIE GARDŁA

Szpatułka – technika

- Szpatułkę połów na przednich 2/3 języka (**nie na nasadzie**).
- Nie dotykaj tylnej ściany gardła i języczka** (mniej odruchu wymiotnego).
- Oglądaj najpierw bez, potem ze szpatułką.
- Asymetria migdałków, uwypuklenie łuku podniebiennego, odchylenie języczka** → podejrzenie ropnia okołomigdałkowego.
- Ślinotok, szczękocisk, trudność połykania/duszność** → pilna ocena drożności.
- Krwawienie, twarde nacieczenie, niegojące się owrzodzenie >2 tyg.** → pilna konsultacja.

Badanie węzłów (po gardle)

- Sprawdź węzły szyjne przednie i tylne (bolesność, powiększenie).

166

BADANIE GARDŁA

Powiedz „eeeeee”

- „Eeeee” w badaniu jamy ustnej/gardła służy do oceny funkcji podniebienia miękkiego i języczka (unerwienie głównie IX i X, zwłaszcza nerw błędny).

Co wtedy obserwujesz

- czy podniebienie unosi się symetrycznie,
- czy języczek jest w linii środkowej,
- czy nie ma opadania jednej strony.

Interpretacja :

- **Asymetryczne uniesienie / odchylenie języczka** → podejrzenie osłabienia mięśni podniebienia (np. dysfunkcja n. X)
- możliwe ryzyko zaburzeń połykania/aspiracji



Podniebienie prawidłowe



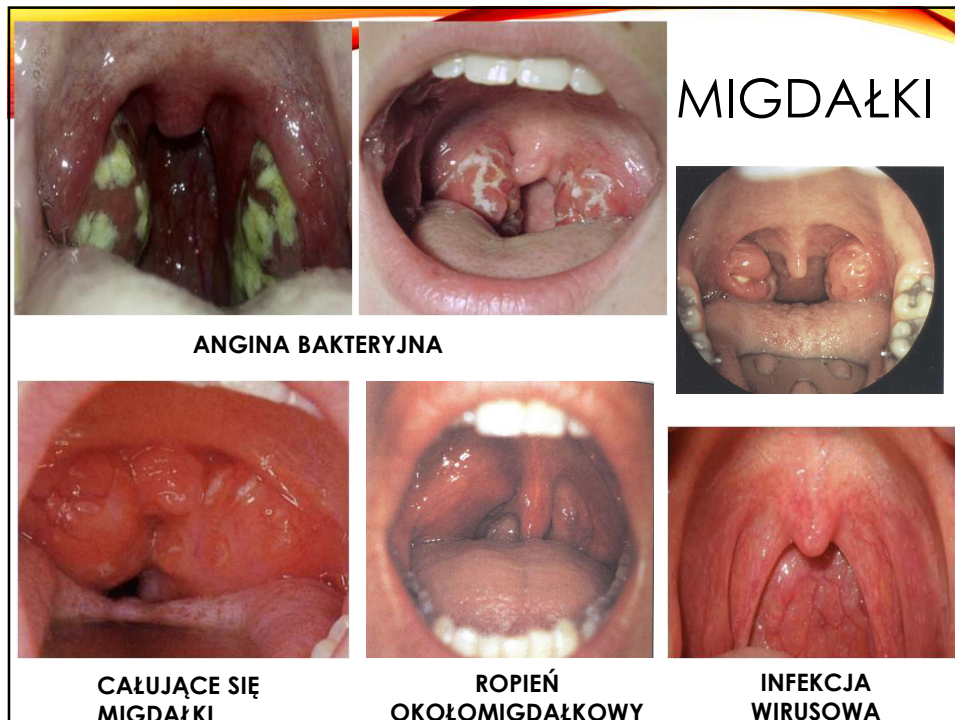
Porażenie podniebienia

167

BADANIE GARDŁA

Co widzisz w gardle	Co to najczęściej sugeruje
Rozlane zaczerwienienie, bez nalotów, katar/kaszel	Wirusowe zapalenie gardła
Naloty/ropne czopy na migdałkach + silny ból gardła + gorączka, zwykle bez kaszlu	Angina paciorkowcowa (GAS)
Powiększone migdałki z nalotem + powiększone węzły szyjne tylne, osłabienie	Mononukleozą zakaźną (EBV)
Wybroczyny na podniebieniu, „truskawkowy/malinowy” język	Szkarlatyna
„Brukowanie” tylnej ściany gardła (grudki chłonne), śluz spływa po tylnej ścianie	Spływanie wydzieliny z nosa / alergia
Pęcherzyki/owrzodzenia na podniebieniu miękkim i łukach	Wirusowe (np. enterowirusy/HSV) – zależnie od obrazu
Biały „serowaty” nalot, łatwo się ściera (czasem krwawi)	Kandydoza jamy ustnej/gardła
Jednostronne uwypuklenie łuku podniebiennego + odchylenie języczka, „kartoflana” mowa, szczękocisk	Ropień okołomigdałkowy (pilne)
Słabe zaczerwienienie + chrypka + poranne drapanie, bez gorączki	Refluks krtaniowo-gardłowy (LPR) / podrażnienie
Nieogające się owrzodzenie, twarde nacieczenie, krwawienie	Czerwona flaga – pilna konsultacja

168



169

ZĘBY

Co sprawdzasz?

- **Liczba i ustawienie zębów** (braki, stłoczenia, wady zgryzu)
- **Stan szkliwa** (przebarwienia, ubytki)
- **Próchnica / ubytki** (czarne/brązowe ogniska, „dziury”)
- **Płytką nazębną / kamień** (zwłaszcza przy szyjkach, na dolnych siekaczach)
- **Dziąsła przy zębach** (krwawienie, obrzęk, cofanie)
- **Protezy/aparaty** (dopasowanie, otarcia)

Najczęstsze zmiany

- **Czarne/brązowe ubytki** → próchnica
- **Żółty/twardy nalot przy szyjkach** → kamień nazębny
- **Krwawiące, zaczerwienione dziąsła** → zapalenie dziąseł
- **Cofnięte dziąsła, „dłuższe zęby”** → recesja/choroba przyzębia
- **Starta powierzchnia zębów** → bruksizm
- **Erozje szkliwa** (gładkie „wyjedzone” powierzchnie) → refluks/wymioty (kontekst)
- **Bardzo zły stan uzębienia + fętor** → zaniedbanie higieny / infekcje

170

ZĘBY



KAMIEŃ NAZĘBNY



PRÓCHNICA Wczesnodziecięca



ZAPALENIE DZIAŚEŁ



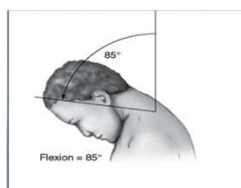
COFNIĘCIE DZIAŚEŁ

171

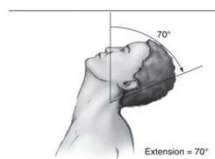
BADANIE SZYI

Oglądanie

- **Sprawdź:**
- **symetrię szyi**, ustawienie głowy
- **obrzęk/masy**, zaciąganie skóry, blizny
- **poszerzenie żył szyjnych** (jeśli oceniasz JVP)
- **ruchy przy połykaniu** (guz tarczycy wędruje z połykaniem)



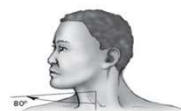
Flexion = 85°



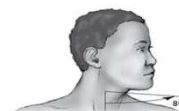
Extension = 70°

Ruchomość szyi (ROM)

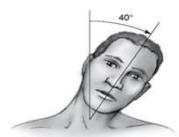
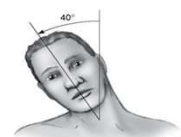
- **Polecenia:**
 - zgięcie (broda do mostka)
 - wyprost
 - skręty w prawo/lewo
 - skłony boczne
- Oceń: **zakres + ból.**



Rotation = 80°



Lateral flexion = 40°



172

BADANIE SZYI

- **Oglądanie + palpacja:** ślinianki, węzły chłonne, tarczycę.
- **Pozycja:** stań za pacjentem; poproś o lekkie pochylenie głowy do przodu (rozluźnia mięśnie szyi).
- **Palpacja węzłów** (powierzchniowo, obustronnie): potyliczne → zauszne → przeduszne → podżuchwowe/podbródkowe → szyjne (przednie/tylne) → wzdłuż m. MOS → nadobojczykowe.
- **Oceń każdy węzeł:** bolesność, wielkość, konsystencję, ruchomość względem podłoża, symetrię.



173

PALPACJA ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ

1) Oglądanie

- Czy jest **asymetria twarzy**, obrzęk przed uchem / przy kącie żuchwy?
- Skóra: **zaczerwienienie**, ucieplenie, bolesność.

2) Palpacja przyusznej (zewnętrznie)

- Palpacja okolicy: **przed uchem** → w dół do **kąta żuchwy**.
- Oceń: **wielkość, twardość, guzki, konsystencję, symetrię**.

3) Ujście przewodu Stenona (wewnętrznie)

- Lokalizacja: **blona śluzowa policzka (przedsionek jamy ustnej), naprzeciw górnego 2. zęba trzonowego** (brodawka przyusznicza).
- Technika: „**milking**” – uciskaj śliniankę od tyłu ku przodowi, obserwując ujście.

Prawidłowo: wypływa **przejrzysta ślina**, bez bólu.

Nieprawidłowo:

- **ropna wydzielina** z ujścia → zapalenie bakteryjne,
- **brak/moło śliny + ból przy posiłkach** → podejrzenie niedrożności,
- **twardy „kamik” w przewodzie** → kamica.



174

PALPACJA ŚLINIANKI PODŻUCHWOWEJ

1) Oglądanie

- Obrzęk w okolicy **podżuchwowej**, bolesność, zaczerwienienie.

2) Palpacja podżuchwowej (zewnątrznie)

- Palpacja pod dolnym brzegiem żuchwy (okolica trójkąta podżuchwowego).
- Oceń: **powiększenie, bolesność, guzki.**

3) Palpacja dwuręczna

- Jedna ręka **zewnątrznie pod żuchwą**, druga **wewnątrzustnie** na dnie jamy ustnej.
- Umożliwia ocenę „ziarnistości”, guzków i bolesności.

4) Ujście przewodu Whartona (wewnątrzustnie)

- Lokalizacja: **dno jamy ustnej**, po obu stronach wędzidełka języka – **brodawki podjęzykowe**.
- Technika: uciskaj gruczoł/ przewód ku ujściu (od tyłu ku przodowi) i obserwuj wypływ.

Prawidłowo: przejrzysta ślina, brak bólu.

Nieprawidłowo:

- ból przy „milking” + skąpa ślina → niedrożność/kamica,
- ropa → infekcja,
- wyczuwalny twardy złoć w dnie jamy ustnej → kamica (częsta w podżuchwowej).



175

BADANIE TARCZYCY - 5 PYTAŃ „MUST HAVE”

Skarga pacjenta	Interpretacja (co może sugerować)
„Schudłem/schudłam lub przytyłem/przytyłam bez zmiany diety.”	Nadczynność (spadek masy) lub niedoczynność (przyrost masy).
„Mam kołatania serca / serce bije szybciej.”	Często nadczynność tarczycy (tachykardia, kołatania).
„Gorzej znośnię ciepło / zimno.”	Nietolerancja ciepła → częściej nadczynność ; nietolerancja zimna → częściej niedoczynność .
„Jestem ciągle zmęczony/a, osłabiony/a.”	Nieswoiste; częściej niedoczynność , ale może też towarzyszyć nadczynności (wyczerpanie).
„Mam suchą skórę / łamliwe włosy.”	Typowe dla niedoczynności tarczycy .

176

TARCZYCA

Lokalizacja:

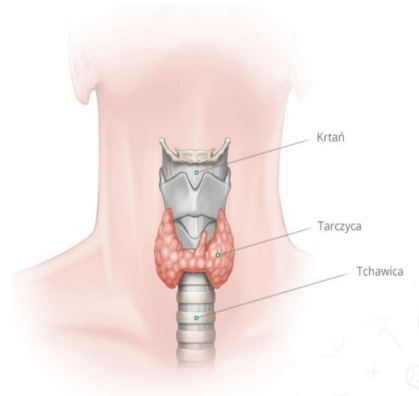
- tarczyca leży w przednio-dolnej części szyi, po obu stronach tchawicy.

Oglądanie:

- spójrz na szyję w spoczynku i przy połykaniu.

Test połykania:

- „Proszę przełknąć ślinę / łyk wody”
→ tarczyca unosi się ku górze (razem z krtanią).
- Ważne:** brak unoszenia lub mała ruchomość podczas połykania może sugerować duże wole albo naciekający proces (wymaga dalszej diagnostyki).



Płaty tarczycy nie są większe niż dystalny paleczek kciuka pacjenta; wymiary tarczycy u dorosłego wynoszą około $4 \times 2 \times 2$ cm.

177

TECHNIKI PALPACJI TARCZYCY

Od przodu (kciuki)

- Stań przed pacjentem.
- Ułóż **kciuki** na przedniej części szyi, po obu stronach tchawicy.
- Delikatnie palpacyjnie oceń **cieśń i płaty**.
- Poproś: „**Proszę przełknąć**” – tarczyca przesuwa się pod palcami.



Od tyłu (palce II-IV)

- Stań za pacjentem, szyja lekko zgięta.
- Ułóż **palce II-IV obu rąk** po bokach tchawicy.
- Palpacyjnie oceń **cieśń i oba płaty**, porównując stronę prawą i lewą.
- Polecenie: „**Proszę przełknąć**” – ułatwia wycucie tarczycy.



W badaniu zawsze oceń: wielkość, symetrię, guzki, twardość, ruchomość (z połykaniem).

178

WOLE

- **I stopień (małe)** → Nie widać w spoczynku. Widać dopiero przy odchyleniu głowy do tyłu lub przy połykaniu.
- **II stopień (średnie)** → Widać uwypuklenie z przodu szyi w spoczynku, ale zarys boczny szyi nie jest zdeformowany (z profilu „ok”).
- **III stopień (duże)** → Wyraźnie widoczne wole, zmienia kontur szyi, deformuje boczne zarysy (widoczne także z profilu).



I STOPIEŃ

II STOPIEŃ

III STOPIEŃ

179

HORMONY TARCZYCY

PRZYSADKA

- **TSH (z przysadki)** → „sterownik” tarczycy: **pobudza** tarczycę do produkcji i uwalniania **T4 i T3**.
 - **TSH ↑** → zwykle sugeruje **niedoczynność** (tarczyca produkuje za mało).
 - **TSH ↓** → zwykle sugeruje **nadczynność** (tarczyca produkuje za dużo).

CO PRODUKUJE TARCZYCA?

- **Komórki pęcherzykowe** → **T4 i T3**
- **Komórki C (przypęcherzykowe)** → **kalcytonina**
- Tarczyca wydziela głównie **T4** (najwięcej), a **T3** działa najsilniej w tkankach.
- W tkankach liczy się frakcja wolna: **ft4 i ft3** (to one wywołują efekt).

KOLEJNOŚĆ BADAŃ

- **Najpierw TSH**
→ to podstawowe **badanie przesiewowe**.
- Jeśli TSH jest nieprawidłowe → **sprawdź ft4**
→ zawsze wybieraj **wolne** hormony (**ft4**, nie „całkowite”).
- **ft3** zwykle dopiero „na końcu”
→ gdy podejrzenie **nadczynności** / „T3-toxicosis” lub gdy ft4 jest ok, a objawy są silne.
- **Kolejność do zapamiętania: TSH → ft4 → (czasem) ft3.**

180

DZIAŁANIE HORMONÓW TARCZYCY

WPLYW HORMONÓW TARCZYCY NA ORGANIZM



Regulacja tempa przemiany materii oraz przemian węglowodanów, tłuszczów i białek



Prawidłowe funkcjonowanie mózgu



Przyspieszenie pracy serca i wzrost przepływu krwi przez narządy



Prawidłowe funkcjonowanie układu rozrodczego, wpływ na płodność i ciążę



Prawidłowy rozwój psychiczny i fizyczny dziecka

181

TSH

- **Pierwsze badanie (przesiewowe) w ocenie funkcji tarczycy.**
- **Jak interpretować:** TSH $\uparrow$ $\rightarrow$ częściej niedoczynność, TSH $\downarrow$ $\rightarrow$ częściej nadczynność (zawsze potwierdź fT4).
- **Norma: zależna od laboratorium** (często ok. 0,4–4,0 mIU/l).
- **Noworodki:** element badań przesiewowych w kierunku wrodzonej niedoczynności tarczycy (pobranie po ok. 3. dobie życia – zależnie od programu).
- **Kontrola leczenia:** służy do monitorowania terapii niedoczynności i nadczynności.



182

JAKIE BADANIA POZWALAJĄ OCENIĆ STAN TARCZYCY? – fT3 i fT4



Jeżeli wynik TSH jest nieprawidłowy, wtedy lekarz zleca dodatkowe badania laboratoryjne, a wśród nich fT3 i fT4, czyli stężenia wolnych hormonów tarczycy we krwi.



1) Obniżone stężenia fT3 i fT4 wskazują na niedoczynność tarczycy.



2) Podwyższone stężenia fT3 i fT4 wskazują na nadczynność tarczycy.

183

fT4, fT3

OCENA CZYNNOŚCI TARCZYCY: ↓ NIEDOCZYNNOŚĆ,
↑ NADOCZYNNOŚĆ,

badania zlecane w drugiej kolejności, gdy stężenie TSH jest nieprawidłowe,

MONITOROWANIE LECZENIA: nadczynności tarczycy (fT4), niedoczynności tarczycy w ciąży oraz wtórnej niedoczynności tarczycy (fT4).

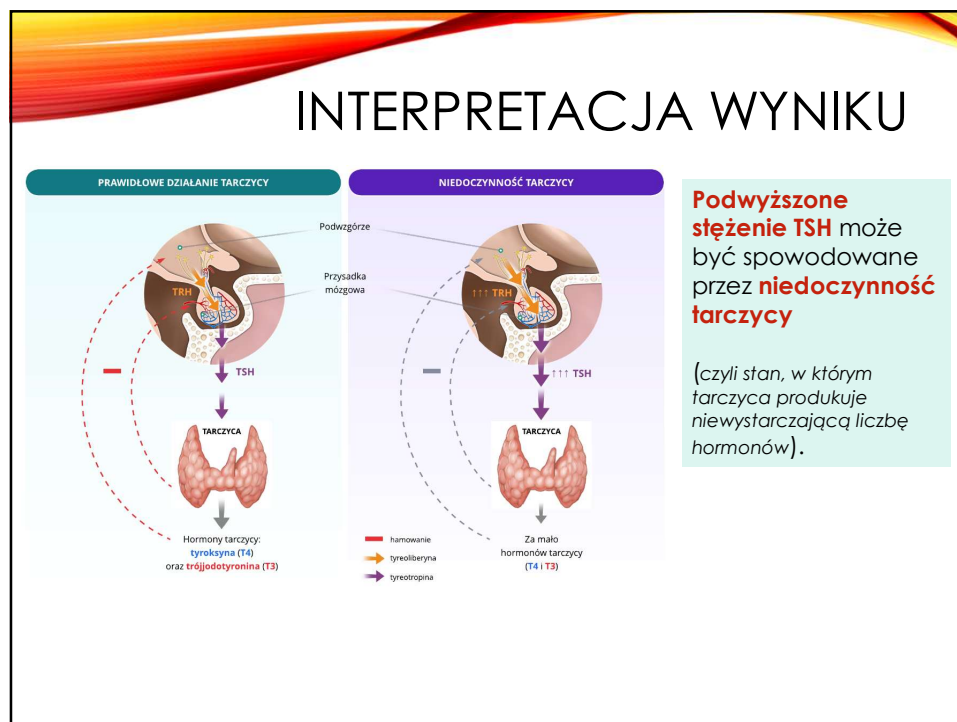
184

CZYM SĄ „WOLNE” HORMONY TARCZYCY?

- **Hormony tarczycy (T3, T4) krążą we krwi w 2 formach:**
 - 1) związane z białkami (większość)
 - 2) „wolne” = fT3, fT4 (mała część)
- **Związane** → to głównie zapas/transport (nie działają bezpośrednio).
- **Wolne (fT3, fT4)** → aktywne biologicznie: wchodzi do komórek i wywołują efekt.
- **To właśnie stężenie wolnych hormonów decyduje o efekcie działania hormonów tarczycy, dlatego oznacza się je we krwi.**

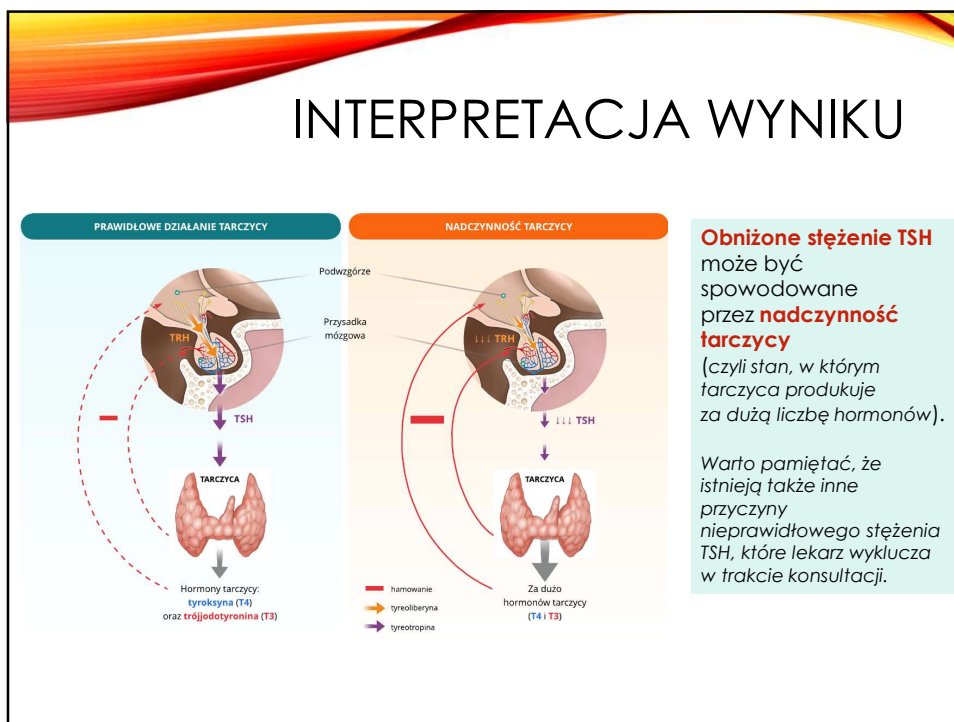
185

INTERPRETACJA WYNIKU



186

INTERPRETACJA WYNIKU



187

JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO BADANIA STĘŻENIA TSH, FT4 I FT3?



1) Badanie najlepiej wykonaj rano.



2) Nie trzeba być na czczo – możesz zjeść śniadanie przed pójściem na pobranie krwi.



3) Jeśli przyjmujesz tabletki z hormonami tarczycy (Letrox, Euthyrox) – weź je PO pobraniu krwi.



4) Jeśli przyjmujesz inne leki niż hormony tarczycy, możesz je wziąć rano, przed pobraniem krwi.

188

JAKIE SĄ OBJAWY NIEDOCZYNNOŚCI TARCZYCY?

- objawów niedoczynności tarczycy jest wiele i dotyczą one różnych części organizmu.
- Co ciekawe – rzadko który pacjent odczuwa wszystkie dolegliwości spowodowane przez niedoczynność tarczycy.
- Większość chorych zgłasza tylko kilka z nich.

189

OBJAWY NIEDOCZYNNOŚCI TARCZYCY - PODSUMOWANIE

 ZWOLNIENIE TEMPA PRZEMIANY MATERII przyrost masy ciała, łatwe marznięcie, uczucie chłodu	 POGORSZENIE SAMOPOCZUCIA osłabienie, zmęczenie, zmniejszona tolerancja wysiłku, senność	 ZMIANY PSYCHICZNE osłabienie pamięci i koncentracji, obniżenie nastroju, chwiejność emocjonalna
 PROBLEMY Z WŁOSAMI I SKÓRĄ włosy łamliwe, suche, matowe, wypadające, skóra sucha, zimna, chropowata	 ZAPARCIA spowodowane zwolnieniem perystaltyki jelit	 ZABURZENIA UKŁADU ROZRODCZEGO u kobiet: zaburzenia miesiączkowania, problemy z zajściem w ciążę u mężczyzn: spadek libido, zaburzenia erekcji, niepłodność

190

NIEDOCZYNNOŚĆ VS NADCZYNNOŚĆ

Obszar	Niedoczynność tarczycy (hipo-)	Nadczynność tarczycy (hiper-)
Metabolizm / masa ciała	Przyrost masy ciała mimo podobnej diety (często niewielki)	Spadek masy ciała mimo apetytu / „jem więcej i chudnę”
Tolerancja temperatury	Nietolerancja zimna , marznięcie	Nietolerancja ciepła , nadmierne pocenie
Energia / aktywność	Zmęczenie, senność , „brak sił”	Pobudzenie, niepokój , „nadmiar energii”, bezsenność
Skóra	Sucha, chłodna , szorstka	Ciepła, wilgotna , wzmożona potliwość
Włosy	Suche, łamliwe , wypadanie	Cienkie, delikatne , możliwe wypadanie
Serce	Bradykardia , spowolniona akcja serca	Tachykardia , kołatania serca
Przewód pokarmowy	Zaparcia	Biegunki / częstsze wypróżnienia
Układ nerwowy	Spowolnienie , gorsza koncentracja, „mgła”	Drżenie rąk , drażliwość, nerwowość, drobnotaliste drżenie rąk,
Psychika / nastrój	Obniżony nastrój , apatia (czasem „jak depresja”)	Lęk, rozdrażnienie , chwiejność emocji
Mięśnie	Bóle mięśni, osłabienie , skurcze	Oslabienie mięśni proksymalnych , męczliwość
Sen	Nadmierna senność	Bezsenność , trudność w zasypianiu
Miesiączki (u kobiet)	Obfite / wydłużone (często), czasem nieregularne	Skąpe / rzadkie , nieregularne, czasem brak
Płodność	Może obniżać płodność; problemy z zająciem w ciąży	Może obniżać płodność; zaburzenia cyklu/owulacji
Objawy „w szyi”	Wole możliwe (np. Hashimoto), zwykle bez bolesności	Wole możliwe; czasem objawy uciskowe
Oczy (gdy Graves)	—	Wytreszcz / objawy oczne (typowo w chorobie Gravesa-Basedowa)

191

NADCZYNNOŚĆ TARCZYCY

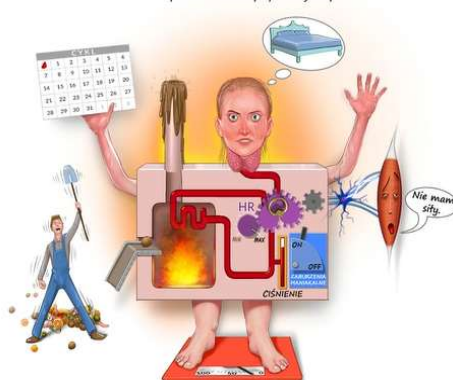
Kogo dotyczy? Częściej kobiety niż mężczyźni.

Najczęstsza przyczyna: choroba Gravesa-Basedowa (autoimmunologiczna).

Druga ważna przyczyna: guzek autonomiczny / wole guzkowe toksyczne (nadmiar hormonów).

Co zapamiętać klinicznie: TSH ↓, fT4/fT3 ↑ + objawy „wszystko za szybko” (kołatania, chudnięcie, poty, drżenie).

Nadczynność tarczycy - objawy



192

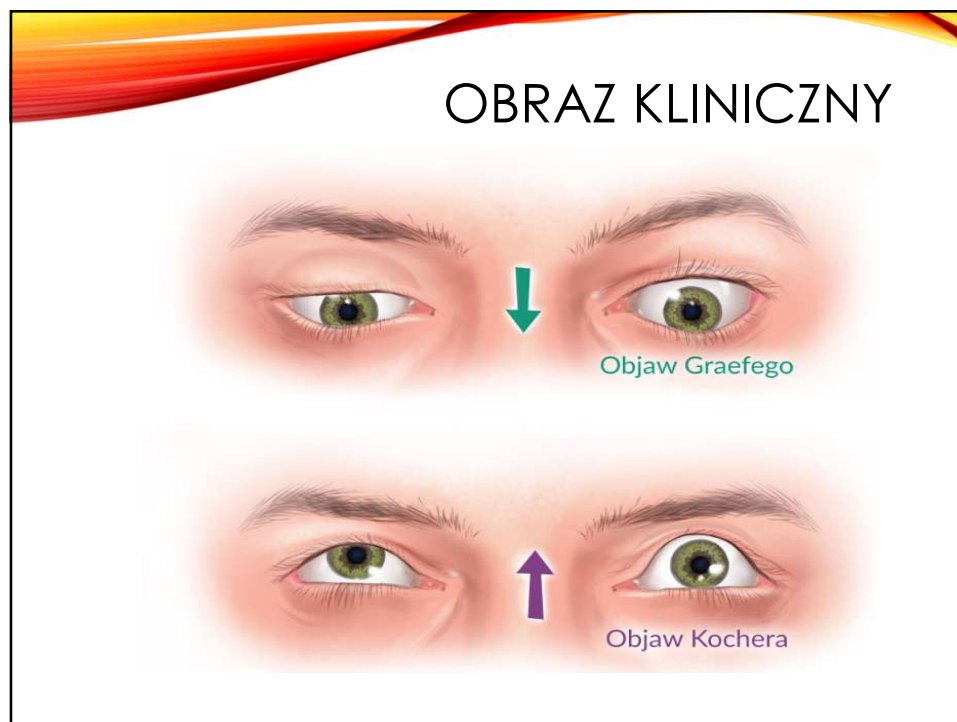
OBRAZ KLINICZNY

Nadczynność tarczycy – objawy oczne

Nazwa	Obserwacja	Przyczyna
Objaw Dalrymple'a	Wrażenie wpatrywania się lub przerażenia	Retrakcja powiek – uniesienie górnej powieki z powodu wzmożonego napięcia układu współczulnego
Objaw Graefego	Ukazanie się rąbka twardówki nad tęczęwką przy ruchu gałek ocznych w dół	Zaburzenie koordynacji ruchu powieki górnej i gałki ocznej
Objaw Kochera	Ukazanie się rąbka twardówki nad tęczęwką przy ruchu gałek ocznych w górę	Zaburzenie koordynacji ruchu powieki górnej i gałki ocznej
Objaw Möbiusa	Zbaczanie jednej z gałek ocznych przy patrzeniu zbieżnym	Oslabienie mięśnia prostego przyśrodkowego gałki ocznej i zdolności konwergencji
Objaw Stellwaga	Rzadkie mruganie	-
Objaw Popowa	Skokowe opadanie powieki przy ruchu gałek ocznych w dół	Przykurcz mięśni powieki górnej
Objaw Jellinka	Zwiększona pigmentacja powiek	Zwiększone stężenie ACTH

193

OBRAZ KLINICZNY



194

Obraz kliniczny nadczynności tarczycy		
Układ/narząd	Objawy podmiotowe	Objawy przedmiotowe
Układ nerwowy	- niepokój, drażliwość, - zaburzenia zachowania, - bezsenność, - pobudzenie psychoruchowe, - zaburzenia psychiczne	- drobnofaliste drżenie rąk, - wzmożenie odruchów ścięgniętych
Zmiany oczne* – choroba Gravesa i Basedowa	- ból gałek ocznych, - światłowstręt, - łzawienie, - pogorszenie widzenia	- retrakcja powiek, - objawy: Graefego, Kochera, Mobiуса, Stellwaga, - wytrzeszcz, - obrzęk, zaczerwienienie powiek, spojówek
Zmiany skórne	- wzmożona potliwość, - łamliwość paznokci, - wzmożone wypadanie włosów	- ciepła, wilgotna, gładka skóra, - obrzęk przedgoleniowy*
Narząd ruchu	- osłabienie siły mięśniowej, - osteoporoza	- zmniejszenie masy mięśniowej, - akropachia tarczycowa*
Zmiany w obrębie szyi	powiększenie obwodu szyi	- tarczycza prawidłowej wielkości lub powiększona, - szmer naczyniowy*, - guzki tarczycy
Układ krążenia	- kołatanie serca, - zmniejszenie tolerancji wysiłku, - nasilenie dolegliwości dławicowych lub objawów istniejącej już niewydolności serca	- tachykardia, - migotanie przedsionków, - nadciśnienie tętnicze z wysokim ciśnieniem tętna
Układ pokarmowy	- utrata masy ciała mimo wzmożonego apetytu, - biegunki	- powiększenie wątroby i żółtaczka: ciężka nadczynność
Układ moczowo-płciowy	- kobiety: zaburzenia miesiączkowania - mężczyźni: obniżenie libido, zaburzenia erekcji	- mężczyźni: ginekomastia

* Objawy występujące w przebiegu choroby Gravesa i Basedowa

195

Najczęstsze objawy nadczynności tarczycy		OBRAZ KLINICZNY
Objawy podmiotowe	Częstość	
nerwowość	35–99%	• U dzieci i młodzieży dominują: niepokój ruchowy, tachykardia, nadpobudliwość, powiększenie tarczycy, zaburzenia wzrastania. • W wieku podeszłym jawna nadczynność tarczycy często jest skąpoobjawowa i występuje pod postacią: - zespołu tarczycowo-sercowego - migotanie przedsionków, zaostrzenie niewydolności serca, choroby wieńcowej • lub - zespołu apatycznego - ciężka depresja i zmniejszenie masy ciała.
wzmożona potliwość	45–95%	
nietolerancja ciepła	20–90%	
kołatanie serca	35–95%	
zmęczenie i słabość	25–90%	
ubytok masy ciała	50–85%	
duszność	40–80%	
wzrost apetytu	10–65%	
Objawy przedmiotowe		
wole	40–95%	
tachykardia (> 90/min)	50–100%	
drżenie	35–95%	

196

OBJAW MARANONA (RUMIEŃ TARCZYCOWY)

- **Co to?** Żywczerwony rumień twarzy u części chorych z nadczynnością tarczycy (tyreotoksykoza).
- **Jak wygląda?** Twarz zaczerwieniona, ciepła, często lekko wilgotna; rumień rozlany lub plamisty.
- **Gdzie?** Najczęściej policzki, często też czoło i broda.
- **Dlaczego?** ↑ hormony tarczycy → rozszerzenie naczyń + ↑ metabolizm → rumień i uczucie ciepła.



197

OBJAW ENROTHA

- **Co to jest?** Miękki obrzęk („napuchnięcie”) **górych powiek i okolicy nadoczołowej**
- **Jak wygląda?** „Poduszkowaty”, czasem wiotki obrzęk tkanek wokół oczu
- najczęściej **powieka górna**,
- współistnieje z uczuciem ciężkości powiek.
- **Gdzie? Oko/oczodół:** powieki + okolica nad brwiami



198

OBJAW CHARCOTA

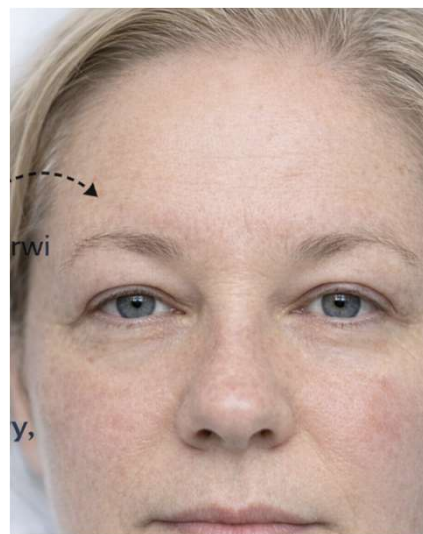
- **Objaw Charcota** (w nadczynności tarczycy)
- = drobne drżenie (tremor) wyciągniętych rąk/palców,
- wynikające z pobudzenia układu współczulnego (β -adrenergicznego).
- **Jak sprawdzić** : poproś pacjenta o wyprostowanie rąk do przodu i rozstawienie palców;
- możesz położyć kartkę na palcach – będzie „drżała”.
- często z towarzyszącą tachykardią



199

OBJAW HERTOGE' A

- **Co to jest?** Przerzedzenie lub utrata bocznej (zewnętrznej) 1/3 brwi.
- **Jak wygląda?** Brwi „kończą się” wcześniej po stronie skroniowej; najbardziej widoczny u góry łuku brwiowego.
- **Występowanie:** niedoczynność tarczycy.



200

POTWIERDZENIE NADCZYNNOŚCI TARCZYCY

Kryteria rozpoznania:

- **TSH** ↓ (zwykle < 0,1 mIU/l, często niewykrywalne)
- **ft4 i/lub ft3** ↑ (wolne hormony podwyższone)

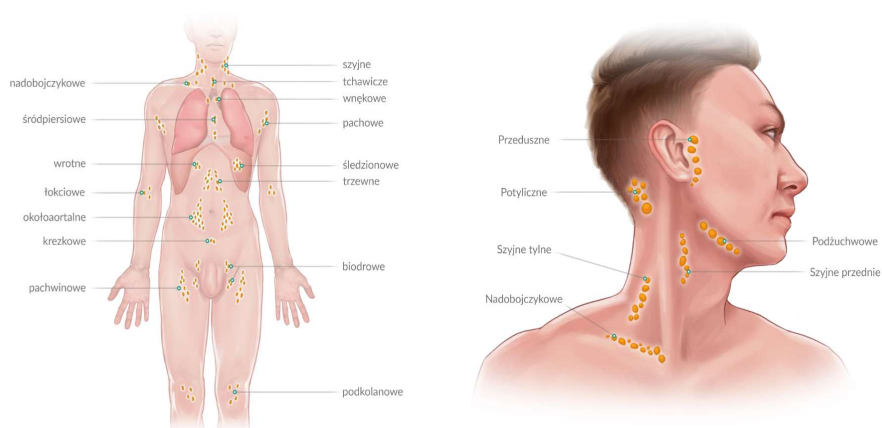
Badania „wspierające” (nieobowiązkowe):

- **lipidy** ↓ (często **cholesterol całkowity, LDL, TG**)
- **mikrocytoza** / łagodna niedokrwistość (u części chorych)
- **ALP** ↑ ± **Ca²⁺** ↑ (związane z przyspieszonym obrotem kostnym)

201

WĘZŁY CHŁONNE - LOKALIZACJA

Wybrane grupy węzłów chłonnych



202

PALPACJA WĘZŁÓW CHŁONNYCH GŁOWY I SZYI

Technika

- Opuszki **2–3 palców**, ruchy **okrężne**, delikatny ucisk.
- Porównuj **symetrycznie** obie strony.
- Węzły badaj **na tkankach miękkich**, a nie „po kości”.

Kolejność

- Potyliczne** (tył głowy przy linii włosów)
- Zauszne**
- Przeduszne** (przed małżowiną)
- Podżuchwowe** (wzdłuż żuchwy)
- Podbródkowe** (pod brodą)
- Szyjne przednie** (wzdłuż przedniego brzegu m. MOS)
- Szyjne tylne** (wzdłuż tylnego brzegu m. MOS)
- Nadobojczykowe** (doły nadobojczykowe)

Co ocenić

- wielkość**
- bolesność**
- konsystencję** (miękkie / twarde)
- ruchomość** (przesuwalne / nieprzesuwalne)
- zlewanie się w pakiety**
- skóra nad węzłem** (zaczerwienienie, ucieplenie)

Szybka interpretacja

- miękkie, bolesne, ruchome** → częściej odczyn zapalny
- twarde, niebolesne, nieprzesuwalne / nadobojczykowe** → **czerwona flaga** (pilna diagnostyka)





203

LIMFADENOPATIA – KRYTERIA WIELKOŚCI

Definicja „powiększonego” węzła

- Zwykle: > 10 mm** w największym wymiarze

Wyjątki:

- łokciowe powierzchowne: > 5 mm** już traktuj jako powiększone
- pachwinowe: > 15 mm** dopiero traktuj jako powiększone

Co może być normą

- małe, wyczuwalne węzły:**
 - szyjne, pachowe, pachwinowe** (jeśli są małe, miękkie, przesuwalne, bez objawów alarmowych)

Co jest zawsze nieprawidłowe (red flags lokalizacji)

- każde powiększenie węzłów:**
 - zausznych**
 - łokciowych powierzchownych**
 - nadobojczykowych**





204

LIMFADENOPATIA

Tło zapalne. Pytania

- „Czy był **nagły początek**?”
- „Czy występuje **gorączka**?”
- „Czy ma Pan/Pani objawy infekcji: **ból gardła/katar/kaszel**, afty, ból zęba, zapalenie ucha?”
- „Czy jest **infekcja miejscowa** w okolicy odpływu chłonki: rana, czyrak, zapalenie skóry, ugryzienie, drapanie przez kota?”

Co sugeruje zapalne

- Węzły zwykle **miernie powiększone, bolesne, przesuwalne** względem skóry i podłoża
- Zwykle **nie tworzą pakietów**
- Bywa: **miejscowe** (przy wrotach zakażenia) lub **uogólnione** (w chorobach zakaźnych)

Tło rozrostowe/nowotworowe. Pytania

- „Czy węzły powiększają się **stopniowo** i utrzymują się >2–3 tygodni?”
- „Czy węzły są **niebolesne**?”
- „Czy wyczuwa Pan/Pani, że są **twarde, słabo przesuwalne** albo ‘zrośnięte’?”
- „Czy tworzą **pakiety**?”

Objawy ogólne :

- „Czy ma Pan/Pani **nocne poty** (mokre ubranie/pościel)?”
- „Czy wystąpiła **niezamierzona utrata masy ciała**?”
- „Czy gorączka nawraca bez infekcji?”
- Dodatkowo: „Czy jest **osłabienie**, świąd skóry, nawracające infekcje?”

„Niebolesne, twarde, słabo przesuwalne węzły, rosnące i/lub w pakietach + objawy ogólne → **podejrzenie tła rozrostowego i pilna diagnostyka.**”

205

BADANIE POŁOŻENIA TCHAWICY

Jak badać (technika)

- Pacjent siedzi prosto, szyja rozluźniona.
- Stań **na wprost** pacjenta.
- Połóż **opuszek palca wskazującego w wcięciu szyjnym mostka** (nad rękojęścią).
- Przesuń palec ku górze do **pierścieni tchawicy**.
- Oceń **odstęp między tchawicą a brzegiem mięśnia mostkowo-obojęczkowo-sutkowego** po prawej i lewej stronie:
 - delikatnie wsuń palec w przestrzeń przytchawiczą po jednej i drugiej stronie, porównaj.
- **Prawidłowo:** tchawica w **linii pośrodkowej**, odstęp po obu stronach podobne.

Interpretacja

- **Odchylenie tchawicy to czerwona flaga** (szczególnie przy duszności).
- **Tchawica „ucieka” OD strony problemu** (zwykle przy zwiększonym ciśnieniu w klp): np. **odma płučna**, masywny wysięk.
- **Tchawica „idzie” W STRONĘ problemu** (zwykle przy „pociąganiu”): np. **niedodma**, zwłóknienie, po pneumonektomii.



206

