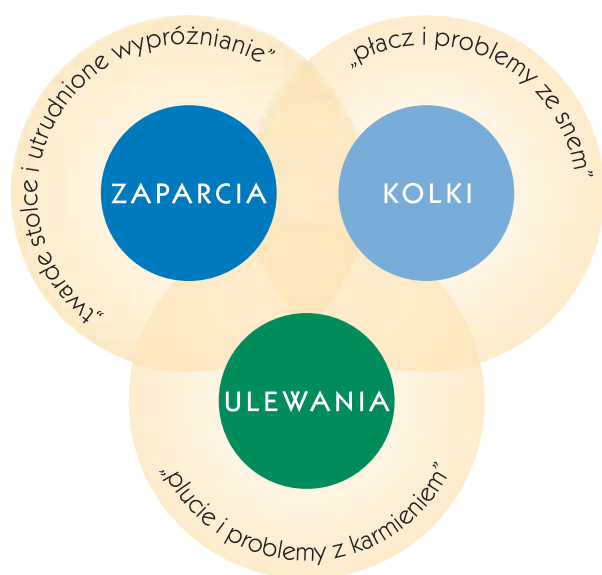


Biuletyn

Akademii Zdrowego Jelita

Dolegliwości ze strony układu pokarmowego: kolki i zaparcia

wywiadu udzieliła
dr hab. n. med. **Ewa Toporowska-Kowalska**, prof. UM w Łodzi



OBJAWY CZPP NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH
U NIEMOWLĄT O CZYM OPIEKUNÓW



seria edukacyjna **4**

Biuletyn

Akademii Zdrowego Jelita

Drogie Czytelniczki i Drodzy Czytelnicy!

Być lekarzem to nieustannie poszerzać swoją wiedzę. Być przyjaznym lekarzem to porozumiewać się z szukającymi pomocy rodzicami dziecka w taki sposób, aby jak najlepiej odpowiadać na ich potrzeby, używając najbardziej aktualnej wiedzy.

Pragniemy zwrócić Państwa uwagę na zagadnienia będące przedmiotem świeżych, szeroko dyskutowanych doniesień, w szczególności takich, które dotyczą roli prawidłowego żywienia i które warto przybliżyć opiekunom naszych małych pacjentów. Rzucamy hasło: wiedz i daj wiedzieć innym. Od zaciekawienia do zaangażowania – zachęcamy do pójścia tą drogą. Nie ma w terapii pediatrycznej partnera lepszego niż rodzic, który czuje, że może pod każdym względem liczyć na swojego pediatrę.

Zespół Akademii Zdrowego Jelita

Dr hab. n. med. Ewa Toporowska-Kowalska, prof. UM w Łodzi

Konsultant wojewódzki z zakresu gastroenterologii dziecięcej w województwie łódzkim, kierownik III Katedry Pediatrii oraz Kliniki Alergologii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ordynator Oddziału Gastroenterologii, Żywienia Klinicznego, Pediatrii i Alergologii w Ośrodku Pediatrycznym im. M. Konopnickiej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zastępca dyrektora CSK UM w Łodzi do spraw leczenia pediatrycznego, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci i Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, członek Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego oraz ESPGHAN.

W serii omawiamy

1. Rozwój i znaczenie mikrobioty jelitowej
2. Rozwój układu pokarmowego w okresie 1000 pierwszych dni
3. Niedojrzałość układu pokarmowego niemowlęcia
Dodatek: stolec jako wskaźnik stanu zdrowia
4. Dolegliwości ze strony układu pokarmowego: kolki i zaparcia
5. Dolegliwości ze strony układu pokarmowego: ulewania
6. Mleko kobiece

Więcej informacji w serwisie dla lekarzy

BebikoMed.pl

Zapraszamy

Dolegliwości ze strony układu pokarmowego: kolki i zaparcia

wywiad z dr hab. n. med. Ewą Toporowską-Kowalską, prof. UM w Łodzi

Pani Profesor, w 2016 roku opublikowano nową edycję Kryteriów Rzymskich. Dlaczego ta nowa, czwarta edycja powstała?

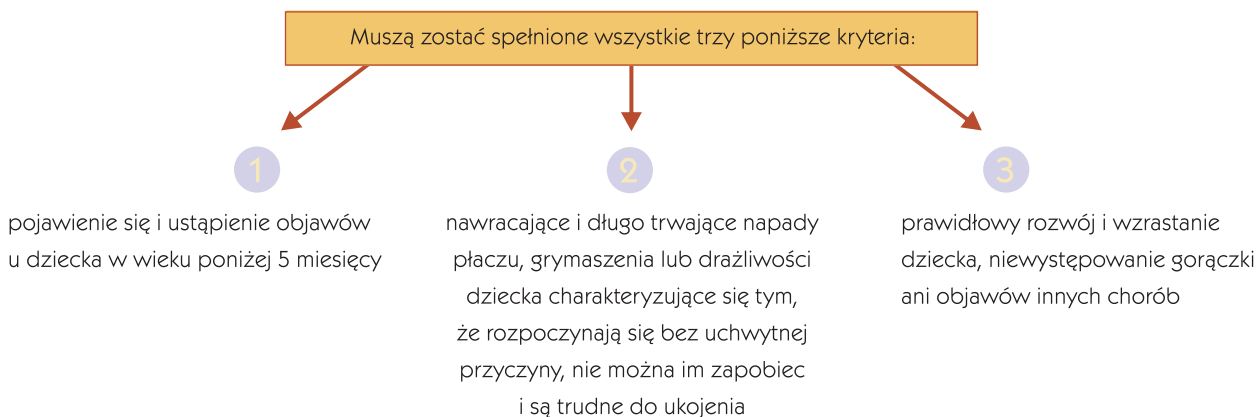
Przede wszystkim dlatego, że dokonał się postęp w zrozumieniu podłoża czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego (CZPP). Pod wpływem wyników licznych badań w tym zakresie podkreślono, że **schorzenia czynnościowe są zaburzeniami interakcji mózg – przewód pokarmowy** prowadzącymi do rozwoju zespołów chorobowych klasyfikowanych na podstawie objawów zależnych od dowolnej kombinacji: zaburzeń motoryki, nadwrażliwości trzewnej, zmienionej funkcji błony śluzowej i immunologicznej, zmian mikrobioty i przetwarzania w OUN. Mamy więc nowe spojrzenie na ten problem, obecnie traktujemy CZPP szerzej, podkreślając wielokierunkową rolę OUN.

Co istotne, dotychczas patogenezę CZPP opisywano za pomocą modelu psycho-społecznego. Obecnie ma zastosowanie model bio-psycho-społeczny. Podkreślono rangę składnika biologicznego, oddziałującego intraluminarnie – mikrobiomu, diety, kwasów żółciowych oraz czynników genetycznych i epigenetycznych.

Poza tym **celem zaktualizowanej klasyfikacji było doprecyzowanie kryteriów diagnostycznych, aby w praktyce stosowało się je łatwiej** i aby były one bardziej adekwatne do tego, co poszczególne jednostki chorobowe rzeczywiście reprezentują.

Zdecydowano, że należy – kiedy tylko to możliwe – odejść od stosowania w klasyfikacji i terminologii przydomka „czynnościowe” i posługiwać się zmodyfikowanymi określeniami dla poszczególnych jednostek nozologicznych, tak by unikać stygmatyzacji związanej z podkreśleniem „czynnościowego” charakteru dolegliwości. Wyjątki stanowią np. biegunka czynnościowa, nudności/wymioty czynnościowe, zgaga czynnościowa.

Ponadto zauważono potrzebę uwzględnienia różnic kulturowych. Dotychczas Kryteria Rzymskie koncentrowały się na kulturze Zachodu, natomiast pomijano specyfikę innych kultur, chociażby azjatyckich. Po to, **by dobrze zdefiniować jakąś jednostkę chorobową, trzeba posługiwać się precyzyjnymi określeniami objawów, oznaczającymi to samo w każdym języku**. Ma to znaczenie praktyczne, ponieważ **klasyfikacja rzymska opiera się na objawach, nie na rodzaju uszkodzenia przewodu pokarmowego**. Ponadto znaczenie mają wzorce zachowań. Jeżeli dziecko nie chce czegoś jeść, możemy to uznać za objaw chorobowy, awersję, a przecież może mieć miejsce zachowanie wynikające z kulturowo wykształconego stosunku do określonego rodzaju pokarmu. Ten złożony problem dotyczy jednak głównie badań naukowych.



RYCINA 1.

Kolka niemowlęcia – kryteria rozpoznania w świetle Kryteriów Rzymskich IV [1].

Dodano nowe, we wcześniejszych edycjach nie uwzględnione, jednostki chorobowe. U dzieci – czynnościowe nudności i czynnościowe wymioty, a w części dotyczącej dorosłych kategorię nadwrażliwości na refluks fizjologiczny, a także zespoły o znanej etiologii i jednocześnie czynnościowym charakterze: zespół narkotycznego jelita, zaparcie indukowane opioidami oraz zespół ciężkich wymiotów kannabinoidowych. Zmienione zostało nazewnictwo zespołów przebiegających z bólem brzucha, a nowa terminologia podkreśla znaczenie zjawiska ośrodkowego wzmacniania percepcji prawidłowego bodźca trzewnego („zaburzenia żołądkowo-jelitowe z bólem brzucha pochodzenia ośrodkowego”). Ponadto zliberalizowano kryteria diagnostyczne niektórych jednostek chorobowych. W publikacjach, które oceniały przydatność kliniczną poprzednich edycji Kryteriów Rzymskich, powtarza się krytyka bardzo ścisłego określenia wyznaczników czasowych (częstotliwość / czas trwania dolegliwości). Ich rewizję uznawano za konieczność. Dotychczas precyzowano: „co najmniej raz w tygodniu przez co najmniej 2 miesiące” albo „trzy lub więcej godzin dziennie co najmniej 3 dni w tygodniu”, tymczasem to nie jest takie proste. Nowe kryteria określiłabym jako bliższe życiu. Jednocześnie – jak w przypadku kolki jelitowej – zostały stworzone dwie definicje: jedna do *real life*, druga, bardziej precyzyjna, do działań naukowych.

I wreszcie najważniejsze: potrzebujemy kryteriów do rozpoznawania interakcji mózg – jelito, przekładających się na czynność przewodu pokarmowego, ale chcemy rozpoznawać jednostki chorobowe w oparciu o ich charakterystyczną symptomatologię, a nie na zasadzie wykluczenia, drogą bardzo głębokiej diagnostyki laboratoryjno-instrumentalnej. Chodzi więc o to, żeby poznać obraz kliniczny jednostek nozologicznych ujętych w Klasyfikacji Rzymskiej i umieć sformułować diagnozę – analogicznie jak choćby w zapaleniu wyrostka robaczkowego, gdzie przecież do postawienia rozpoznania nie trzeba zawsze wykonywać tomografii komputerowej. Odzwierciedla to **aktualna definicja CZPP: mowa w niej nie o stawianiu diagnozy „po wykluczeniu wszystkich innych jednostek na podstawie przeprowadzonych badań”, tylko o „zaburzeniach, których nie da się przypisać do innej choroby na podstawie najlepszej wiedzy”.** Konieczne jest oczywiście poszukiwanie tak zwanych objawów alarmowych / czerwonych flag, czyli objawów, których stwierdzenie zwiększa prawdopodobieństwo rozpoznania choroby organicznej, choć o nim nie przesądza (w IV Klasyfikacji Rzymskiej użyto określenia „potencjalne objawy alarmowe”). Weszła zatem w życie zasada: selektywna diagnostyka, pozytywna diagnoza.



Muszą zostać spełnione co najmniej dwa z poniższych kryteriów przez co najmniej 1 miesiąc:

- 1 oddawanie stolca z częstością mniejszą niż 3 razy w tygodniu
- 2 objawy nasilonej retencji stolca
- 3 oddawanie nadmiernie twardych stolców lub defekacja z bólem
- 4 oddawanie stolców o dużej średnicy
- 5 obecność obfitych mas kałowych w odbytnicy.



U dzieci oddających stolec do toalety można zastosować dwa dodatkowe kryteria diagnostyczne:

- 6 co najmniej raz w tygodniu incydent nietrzymania (popuszczania) stolca u dziecka, które wcześniej nauczyło się już prawidłowego korzystania z toalety
- 7 oddawanie stolców o dużej średnicy, mogących nawet „zatykać” toaletę.

RYCINA 2.

Zaparcia czynnościowe u dziecka w wieku poniżej 4 lat w świetle Kryteriów Rzymskich IV [1].

Dlaczego temat dolegliwości trawiennych u niemowląt i małych dzieci w rozmaitych opracowaniach, rozmaitych wytycznych naukowych powraca i właściwie jest to nieprzerwanie gorący temat?

Ponieważ dolegliwości te stanowią niezwykle częsty problem w praktyce pediatry i w praktyce gastroenterologa. Badania wskazują, że 55% niemowląt cierpi z powodu drobnych dolegliwości trawiennych. Jeżeli spojrzymy na statystyki wizyt u gastrologów dziecięcych, czołowe pozycje zaj-

mują ulewania, kolka i zaparcie. Lekarz musi więc umieć sobie poradzić z dzieckiem z takimi dolegliwościami. I tutaj wiemy na przykład, że tylko 5% dzieci prezentujących zaparcie wykaże zaburzenia organiczne, a do 95% trzeba umieć zastosować Kryteria Rzymskie.



RYCINA 3.

Zaparcia czynnościowe u dziecka w wieku poniżej 4 lat w świetle Kryteriów Rzymskich IV.

Czy te dane piśmiennicze potwierdza praktyka kliniki, którą Pani Profesor kieruje?

Jak najbardziej potwierdza. Z tymi wyzwaniem niewątpliwie powinien sobie radzić na pierwszym etapie każdy lekarz pediatra czy lekarz rodzinny, ze względu na to, że na przykład **zaparcie to dolegliwość występująca powszechnie i mogąca przydarzyć się dziecku całkowicie zdrowemu**, w różnych okolicznościach życiowych.

Bardzo ważnym problemem jest również kolka niemowlęca. Spada on niespodziewanie na młodych rodziców, a oni zwracają się z oczekiwaniem pomocy do lekarzy pierwszego kontaktu. **Dokładna patogeneza kolki nie jest wciąż wyjaśniona. Za główną przyczynę, najogólniej rzecz ujmując, uznaje się niedojrzałość czynnościową i neurohormonalną przewodnictwa pokarmowego niemowlęcia, prowadzącą do bolesnych skurczów mięśniówki jelit w odpowiedzi na różne bodźce.** Znaczenie może mieć również zaburzony skład mikrobioty jelitowej, kolka może być również objawem alergii na białka mleka krowiego. Podkreśla się

też ogromny wpływ na powstawanie dolegliwości kolkowych zaburzonych relacji występujących w rodzinie. Sama definicja kolki mówi, że jest to specyficzne zachowanie niemowlęcia bez objawów chorobowych, zaczynające się bez uchwytnej przyczyny, bez możliwości podjęcia działań zapobiegawczych. Kolka przychodzi sama, kończy się spontanicznie – nie wiadomo z jakiego powodu. Można podejmować rozmaite interwencje nefarmakologiczne, ale właściwie sprowadzają się one do różnych prób ukojenia płaczu dziecka – na przykład poprzez ciepłą kąpiel lub masaż brzuszka, niektóre dzieci uspakają monotonne kołysanie, inne jazda samochodem czy delikatne dźwięki – i nie ma fundamentalnych dowodów na ich skuteczność. Problem jest złożony, wynika z adaptacji przewodnictwa pokarmowego małego dziecka do warunków środowiskowych: diety, mikrobiomu, wzorców zachowań otoczenia i innych czynników.

W jaki sposób wiedza sformułowana przez grono eksperckie ma przełożenie na pracę pediatry niepracującego w szpitalu klinicznym? W jaki sposób może on pewną porcję wiedzy z tych zaleceń zaczerpnąć i wykorzystać w swojej praktyce?

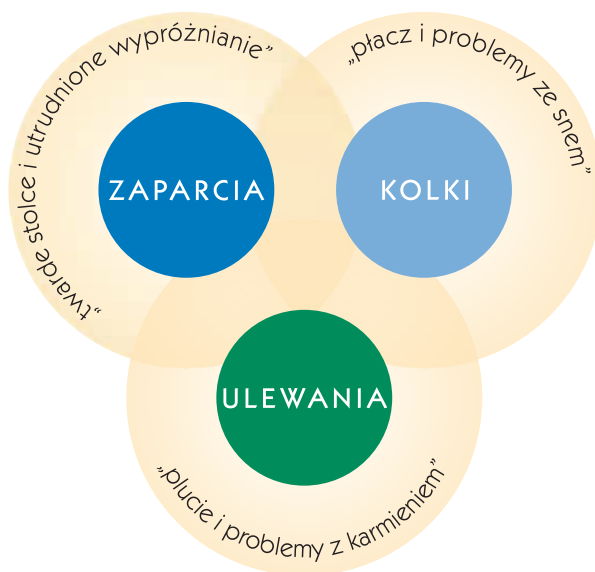
Dostrzegam takie przełożenie w bardzo szerokim zakresie. Dociekliwy pediatra może nawet przestudiować materiały edukacyjne z serii „Kryteria Rzymskie IV” przeznaczone właśnie dla lekarzy pierwszego kontaktu – nie gastroenterologów, nie klinicystów. Znajdziemy tam kompaktowy zestaw wytycznych. Jak je wykorzystać? **Najważniejsze, by pediatra, lekarz pierwszego kontaktu przyswoił sobie, że rozpoznanie zaburzeń wyspecyfikowanych w klasyfikacji rzymskiej jest takim samym rozpoznaniem, jak rozpoznanie choroby organicznej. Wymaga dobrej znajomości symptomatologii pediatrycznej.** Trzeba też wiedzieć, jakie jest prawdopodobieństwo rozpoznania choroby organicznej, a jakie czynnościowej przy określonych parametrach

klinicznych dziecka – do tego najbardziej przyda się znajomość fizjologii i etapów prawidłowego rozwoju dziecka. **Dużą rolę odgrywa także znajomość tak zwanych czerwonych flag albo objawów alarmowych,** czyli pochodzących z badania przedmiotowego, wywiadu, a czasem badań laboratoryjnych – wykładników mówiących, że dziecko nie może być traktowane w łagodny sposób, czyli nie można ograniczyć się do obserwacji i wyznaczenia kolejnej wizyty, jak przy zaburzeniach czynnościowych. Za kluczowe należy więc uznać pojęcie dziecka będącego w dobrym stanie – bez objawów typowych dla jednostek chorobowych, które wymagają bardziej rygorystycznego i energicznego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

W tym odcinku Biuletynu interesują nas szczególnie kolka niemowlęca i zaparcia. W poprzedniej edycji Kryteriów wymieniono takie narzędzie diagnostyczne kolki niemowlęcej, jak reguła Wessela. Teraz jej nie utrzymano w mocy.

Reguła ta mówiła o tym, że dziecko musi mieć dolegliwości przez co najmniej trzy godziny dziennie, co najmniej trzy razy w tygodniu i przez co najmniej trzy tygodnie; to jest klasyczna postać reguły Wessela, potem ją zmodyfikowano. W komentarzach do ostatnich zmian Kryteriów pojawia się pytanie, czym różni się dziecko, które płacze dwie godziny pięćdziesiąt minut, od tego, które płacze trzy godziny dziesięć minut. Częstotliwość precyzowano także przy innych dolegliwościach. A przecież jeżeli dziecko płacze tylko dwa razy w tygodniu, to też mogą to być objawy kolki. Należy więc bardziej zwracać uwagę na sposób manifestowania się niepokoju dziecka, niż tak ściśle trzymać się reguł liczbowych. **W przypadku kolki i napadów niepokoju oraz nieutulonego płaczu kluczowe jest to, że objawy przypadają na pewien określony etap życia. Nie powinny się pojawiać u dziecka powyżej piątego miesiąca życia. Raczej rzadko dolegliwości występują od samego urodzenia.** Objawów pojawiających się nagle w czwartym miesiącu życia u wcześniej bezproblemicznego niemowlęcia również nie należy łatwo przypisywać kolce niemowlęcej. Tu refleksja ogólna: swego rodzaju płynność granic jest cechą charakterystyczną róż-

nych definicji w Kryteriach Rzymskich. Na przykład zespół jelita drażliwego traktuje się jako pewne spektrum objawów – u tego samego pacjenta może występować zarówno zaparcie, jak i biegunka, a manifestacja u konkretnej osoby zależy od tego, jak przebiega interakcja przewodu pokarmowego z czynnikami środowiskowymi.



RYCINA 4.

Objawy CZPP najczęściej występujących u niemowląt oczami opiekunów.

Czy istnieją dowody na związek między zaparciem czynnościowym a alergią pokarmową?

Istnieją ograniczone dowody na to, że zaparcie może wiązać się z nadwrażliwością o charakterze immunologicznym na spożywany pokarm. Reakcje mogą wywoływać alergeny białek mleka krowiego albo inne pokarmy. Taki związek istnieje na przykład w celiakii: jej objawem może być zaparcie. Niektórzy autorzy uznają za uzasadnione zastosowanie diety eliminującej alergeny białek mleka krowiego na dwa do czterech tygodni jako test diagnostyczny. Pamiętajmy jednak, że w aler-

gii pokarmowej mamy zwykle do czynienia z manifestacją wielonarządową – nie tylko dotyczącą przewodu pokarmowego, lecz także obejmującą zmiany skórne, objawy z układu oddechowego. Decyzja zależy zatem od obrazu klinicznego. U niemowlęcia lub małego dziecka z występującymi ewidentnie zaparciami można taką próbę podjąć. Nie należy jej jednak przy braku efektów wydłużać, ponieważ takiego postępowania nie wspierają twarde dowody.

A czy skuteczne są preparaty polimeryczne glikolu polietylenowego? Czy Kryteria Rzymskie IV coś zmieniły w zakresie ich zastosowania?

Niewiele zmieniły. Makrogole pozostają lekiem pierwszego rzutu. Właściwie wszystkie publikacje i doniesienia z badań porównawczych z randomi-

zacją kładą nacisk na skuteczność makrogoli i na to, że mogą być one potrzebne przez bardzo długi okres.

Leczenie może mieć charakter dwufazowy.

Oczywiście. I nie jest to nowość wynikająca z Kryteriów Rzymskich IV. Mamy wśród pacjentów dzieci, u których zaparcie stanowi problem przewlekły i utrwalony. U tych dzieci należy zastosować wstępną większą dawkę makrogoli na kilka dni, żeby uzyskać oczyszczenie jelita grubego z zalegających mas kałowych. Często wystarczy takie zwykłe zwiększenie dawki i podawanie preparatów drogą doustną. Leczymy też jednak dzieci, u których zalegający z powodu zaparcia stolec po prostu blokuje końcowy odcinek jelita grubego. Ci pacjenci wymagają bardzo intensywnego oczyszczenia końcowego odcinka, więc stosujemy wlewki doodbytnicze. Z jakim rezultatem? Badania pokazują, że ten bardziej inwazyjny sposób oczyszczenia jelita w pierwszej fazie leczenia wiąże się z większą skutecznością w następnym etapie. Chcę jednak podkreślić: grupa dzieci z zaparciem nie jest jednolita. Dziecka z uporczywym zaparciem,

mającego olbrzymią odbytnicę, nie da się zrównać z dzieckiem, które co jakiś czas doświadcza problemów z oddawaniem stolca. Dawka podtrzymująca też oczywiście nie będzie taka sama u każdego pacjenta; na gruncie wytycznych niektórym dzieciom podajemy makrogole codziennie, a innym co dwa dni. U dzieci mających problemy z zaparciami, ale niewymagających leczenia farmakologicznego można wdrożyć postępowanie dietetyczne. W przypadku dzieci młodszych jest możliwe zastosowanie mlek specjalistycznych. Dostępne są na przykład mieszanki modyfikowane o nieznacznym stopniu hydrolizy, zawierające błonnik i β -palmityniany, czyli taką formę nasyconych kwasów tłuszczowych, która występuje w pokarmie naturalnym; wywierają one korzystny wpływ na sprawność trawienia pokarmów, poprawiają konsystencję i zwiększają częstość oddawania stolca, a co za tym idzie, redukują dyskomfort trawienny.

Interwencja farmakologiczna w kolce niemowlęcej nie ma dowiedzionej badaniami klinicznymi skuteczności i mówi się, że jest zasadne postępowanie niefarmakologiczne, np. stosowanie hydrolizatów białka, preparatów sojowych. Czy to może przynieść korzyść? Czy Kryteria Rzymskie IV coś mówią na temat takiego postępowania?

Kryteria Rzymskie podsumowują dotychczasową wiedzę. Niepokój i płacz dziecka są objawami bar-

dzo niecharakterystycznymi i mogą wyrażać albo przejściowe niedostosowanie przewodu pokarmo-

wego dziecka do otaczającego środowiska (w tym diety, zachowań otoczenia) – a więc mieć charakter kolki niemowlęcej – albo reakcję patologiczną o podłożu immunologicznym na spożywany pokarm – i wówczas mówimy o alergii pokarmowej. Podobnie jest w przypadku niemowlęcia z ulewaniem – czasami objawy nie pozwalają na odróżnienie refluksu żołądkowo-przełykowego od alergii lub innej choroby organicznej. W przypadku kolki leczenie dietetyczne może polegać na próbie zastosowania hydrolizatów białka. Można też rozważyć zmianę mleka modyfikowanego na mleko typu „komfort”; opublikowano badania, z których wynika, że takie mieszanki mogą być skuteczne już po kilku dniach stosowania. Mimo że nie mamy jednoznacznych dowodów, że interwencja dietetyczna jest w stu procentach skuteczna w kolce, zawsze warto próbować pomóc dziecku i rodzicom w przetrwaniu tego trudnego okresu.

Jednocześnie, wzięwszy pod uwagę inne wyniki badań, nie ma zaleceń wdrażania diety bezlaktozowej czy też stosowania preparatów sojowych. Podsumowując, włączenie hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy może być uzasadnione, ale na zasadzie potraktowania tej interwencji jako diety diagnostycznej: jeżeli obserwujemy poprawę na diecie bezmlecznej i nawrót dolegliwości po prowokacji, to mamy podstawy, by rozpoznać nie kolkę, a alergię pokarmową manifestującą się niepokojem/płaczem. Nie mówimy więc o wyleczeniu z kolki, ale o rozpoznaniu objawów alergii pokarmowej i znalezieniu na nie remedium. Podkreślmy raz jeszcze: jeśli trzymamy się definicji zaburzeń czynnościowych, to tak długo, jak nie znajdujemy innej przyczyny dolegliwości u zdrowego niemowlęcia w spełniającym kryteria wieku, mówimy o kolce.

A prebiotyki lub probiotyki?

Istnieją badania dokumentujące pozytywne oddziaływanie probiotyków, tutaj też brakuje jednoznacznych dowodów, ale jeśli coś mielibyśmy stosować, to *Lactobacillus reuteri*, szczep DSM 17 938. **Obiecujące wyniki badań dotyczą też zastosowania prebiotyków. Zarówno wspierają one rozwój**

korzystnej mikrobioty jelitowej, jak i redukują ilości wytwarzanych gazów jelitowych. Dowiedziono klinicznie, że stosowanie mleka specjalistycznego zawierającego między innymi prebiotyki daje szybsze rezultaty i jest skuteczniejsze w walce z kolką niż podawanie simetikonu.

Jeśli nie podłoże czynnościowe, to choroba organiczna. Jakie jednostki wchodzą w grę przy kolce? Czego więc tak naprawdę boją się rodzice, myśląc, że kolka niemowlęcia jest poważnym problemem?

Rodzice boją się wszystkich chorób poważnych. Natomiast dla lekarza jest ważne, czy zwiększa się masa ciała dziecka, czy ma ono objawy obiektywne takie jak wymioty albo nasilone ulewania, jaki jest charakter stolców oraz ogólny stan dziecka. U pacjenta z bardzo nasilonymi objawami niepokoju napadowego i intensywnymi wymiotami trzeba iść ścieżką diagnostyczną na przykład w kierunku niedrożności przewodu pokarmowego. Ale to już jest domena diagnostyki klinicznej. Natomiast zawsze warto wykonać badanie moczu, ponieważ niepokój u dziecka może stanowić objaw infekcji w drogach moczowych. Duże badanie przeprowadzone w odpowiedniku naszego SOR-u w Stanach

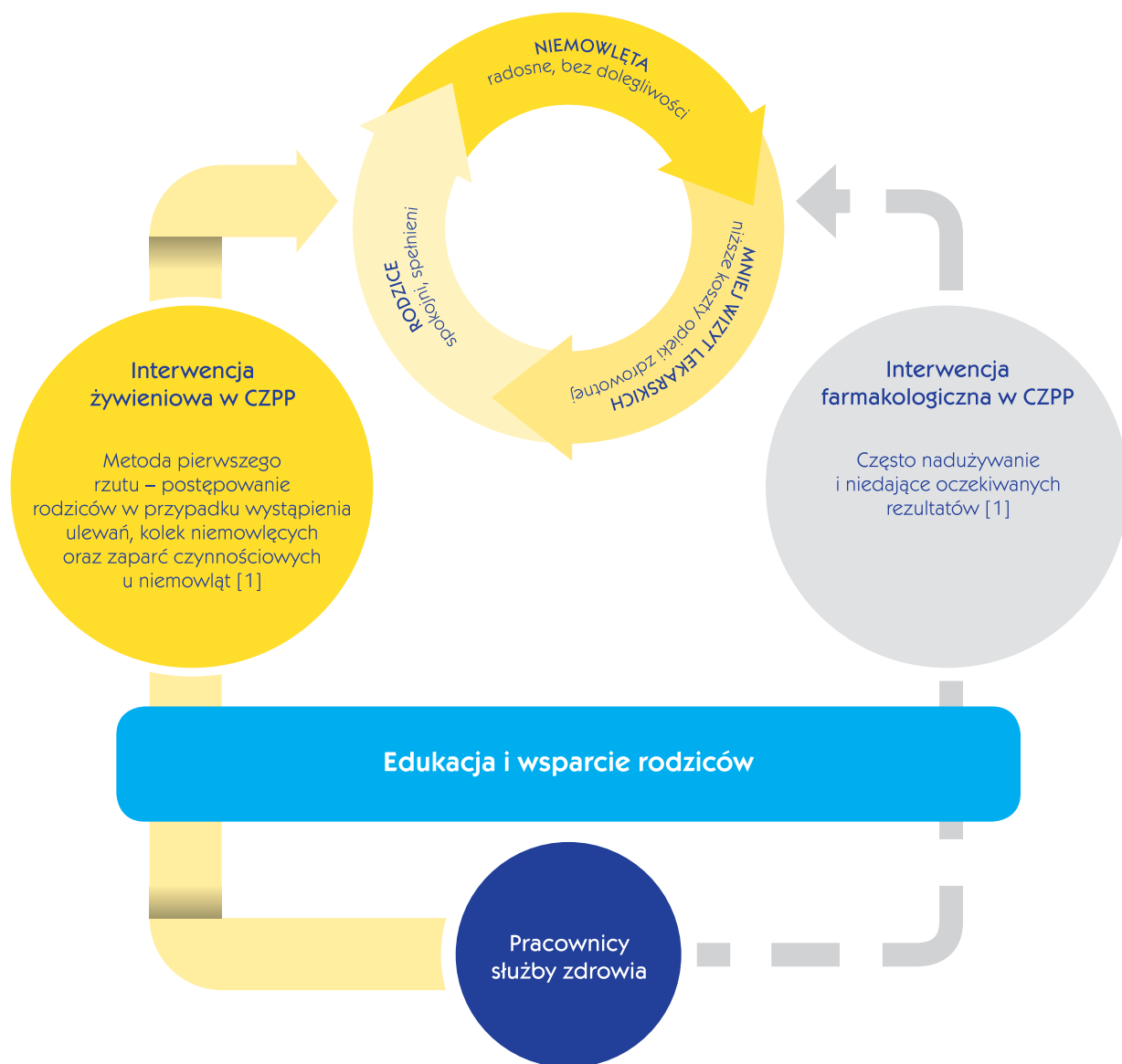
Zjednoczonych pokazało, że spośród bardzo, bardzo wielu badań najbardziej przydaje się badanie moczu. Kolka równa się niepokój i płacz, a niepokój pojawia się wtedy, kiedy mały człowiek źle się czuje – z różnych powodów, najczęściej dlatego, że boli brzuszek; powiązanie układu pokarmowego i układu moczowego to dla praktyka oczywistość.

U dzieci są powszechnie wykonywane wielokrotne badania USG, najczęściej wnoszące niewiele do diagnostyki zaburzeń czynnościowych (stwierdzono, że tylko < 1% dzieci wykazuje odchylenia w badaniu USG mające znaczenie dla postawienia rozpoznania).

Choroby organicznej szukamy wtedy, kiedy niemowlę nie prezentuje obrazu typowego dla zaburzeń czynnościowych, czyli kiedy nie rozwija się prawidłowo, kiedy ma niedokrwistość albo intensywnie/przewlekłe wymiotuje, słabo przybiera na wadze – to wykracza daleko poza spektrum objawów typowej kolki. Dziecko odwiedza lekarza zwykle przed południem i to nie jest typowa pora jego kolki – ujawniającej się zwykle popołudniami, kiedy

rodzice wracają z pracy i chcą odpocząć. W gabinecie najczęściej widzimy zdrowe, normalnie zachowujące się dziecko. Obserwując u dziecka niepokój/kapryśnienie nadmierne, uciążliwe, powinniśmy sobie zadać pytanie, czy nie ma ono podłoża, które można zidentyfikować jako chorobę organiczną, wówczas leczenie przyczynowe może przynieść dziecku ulgę.

ZAPEWNIENIE ZDROWIA DZIECKA POPRZEZ EDUKACJĘ RODZICÓW POZWALA NA ZMNIJSZENIE KOSZTÓW LECZENIA W CZYNNOŚCIOWYCH ZABURZENIACH PRZEWODU POKARMOWEGO (CZPP)



RYCINA 5.

Znaczenie edukowania rodziców w przypadku dziecka z czynnościowymi zaburzeniami przewodu pokarmowego.

Gdy pediatra stwierdza, że jest potrzebna dalsza diagnostyka i dziecko należy skierować do ośrodka specjalistycznego, jak można przygotować rodziców do tej dalszej ścieżki?

To zależy od tego, jaką chorobę lekarz podejrzewa, i od głównego objawu. Jeżeli kierujemy dziecko z uporczywym zaparciem, pediatra powinien poinformować rodziców, że muszą zostać wykluczone wady strukturalne i ewentualnie kilka innych chorób organicznych, jako potencjalne przyczyny dolegliwości. Z wad strukturalnych wchodzi w grę przede wszystkim choroba Hirschsprunga. W takim wypadku opiekunom należy wytłumaczyć, na czym będzie polegać diagnostyka. Jeżeli wstępują objawy z górnego odcinka przewodu pokarmowego, trzeba zaznaczyć, że diagnostyka może być etapowa, i uprzedzić, aby się nie spodziewali, że dziecko

zostanie od razu poddane inwazyjnej diagnostyce endoskopowej. Warto podkreślać, że szpitalne postępowanie diagnostyczne nadal pozostanie różnicowaniem między zaburzeniami czynnościowymi a patologiami organicznymi. Tymczasem w przypadku zaburzeń czynnościowych im więcej dołożymy staranności diagnostycznej, z tym większym prawdopodobieństwem możemy uzyskać efekt niekorzystny: wzmocnienie poczucia choroby. Przy tym pamiętajmy o istotnej okoliczności komplikującej: z zaburzeniem czynnościowym może współwystępować choroba organiczna.

Czy jeszcze coś w Kryteriach Rzymskich IV wymagałoby komentarza?

Kryteria Rzymskie IV są kolejną próbą klasyfikacji zaburzeń, które dotyczą interakcji mózg – przewód pokarmowy. W tym tkwi pewna magia. Oczywiście w świeżych artykułach naukowych udokumentowano powiązanie dolegliwości z przewodu pokarmowego na przykład z aktywnością OUN w obrazowaniu metodą rezonansu magnetycznego. Oczywiście jest więc w tej interakcji rola różnych mediatorów. Są to jednak badania eksperymentalne, oczywiście nie do zastosowania w procesie diagnostycznym u każdego pacjenta, jak też nie do zrealizowania przez każdego lekarza. Tym mniej „idiopatycznych” zaburzeń czynnościowych będzie diagnozowanych w przyszłości, im więcej dowiemy się o powyższych mechanizmach.

W aktualnych Kryteriach Rzymskich IV warto jeszcze raz podkreślić przywiązanie olbrzymiej wagi do mikrobioty jelitowej, czyli zbioru mikroor-

ganizmów, które zasiedlają nasz przewód pokarmowy i wiążą się ściśle z tym, skąd jesteśmy, gdzie się urodziliśmy, jaki był rodzaj porodu, co zjadamy i jakie mamy kontakty z drobnoustrojami we wczesnym i późniejszym etapie życia. Z czynników tych można wiele wywnioskować o dalszych losach pacjentów. Mowa o zagadnieniach fascynujących i ciągle otwartych, ale na pewno ukażą się następne modyfikacje i rewizje Kryteriów Rzymskich.

Na razie będziemy sprawdzać trafność zaleceń edycji z 2016 roku. Praktyka pokaże, czy na podstawie nowych definicji i kwestionariuszy zdołamy u tych pacjentów, u których nie ma wykładników choroby organicznej, postawić konkretne rozpoznanie zaburzenia czynnościowego, czy większość z tych pacjentów uzyska właściwą diagnozę. Taki jest bowiem cel: żeby ustalać rozpoznanie jak najbardziej precyzyjne, bo z tym wiąże się plan terapeutyczny.

Czyli kilka lat dyskusji przed nami. Dziękujemy Pani Profesor za rozmowę.

Wywiad nagrano w Łodzi 11 lipca 2017 r.

PIŚMIENNICTWO

1. Kwiecień J. *Kryteria Rzymskie IV (2016) – aktualne wytyczne rozpoznawania i leczenia czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego u dzieci*. Standardy Medyczne Pediatria 2016; 4: 597–605.
2. Vandenplas Y., Abkari A., Bellaiche M. et al. *Prevalence and Health Outcomes of Functional Gastrointestinal Symptoms in Infants From Birth to 12 Months of Age*. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2015; 61 (5): 531–537. Doi: 10.1097/MPG.0000000000000949.
3. Jastrzębska I., Fyderek K. *Regurgitacje i refluks żołądkowo-przełykowy*. Medycyna Praktyczna Pediatria 2015; wyd. specj.: płyta CD.
4. Glanville J., Ludwig T., Lifschitz C. i wsp. *Costs associated with functional gastrointestinal disorders and related signs and symptoms in infants: a systematic review protocol*, BMJ Open 2016; 6 (8): e011475. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011475.

© Copyright by PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości bądź części książki bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.



Wydawca: Damian Strzeszewski

Redaktor prowadzący: Beata Bednarczuk

Redakcja merytoryczna: Zespół

Producent: Anna Bączkowska

Specjalista ds. Kluczowych Klientów: Monika Gramek (monika.gramek@pwn.pl)

Projekt seryjny okładki i segregatora oraz opracowanie ryciny 5: Jarosław Dąbrowski, Pro Arte studio

Opracowanie okładki odcinka oraz rycin 1–4: Lidia Michalak-Mirońska

Rysunki: calendrier 2013 vierge (ryc. 2, kalendarz), b_plan88 (ryc. 2, urządzenie sanitarne)

Wydanie I
Warszawa 2017

Odcinek 4
ISBN 978-83-200-5374-6
Seria
ISBN 978-83-200-5328-9

PZWL Wydawnictwo Lekarskie
02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2
tel. 22 695-43-21
www.pzwl.pl

Biuro Reklamy i Sprzedaży B2B
PZWL Wydawnictwo Lekarskie
e-mail: reklama@pzwl.pl



Skład i łamanie: Lidia Michalak-Mirońska
Druk i oprawa: Regis Sp. z o.o.

Ważna informacja: Karmienie piersią jest najwłaściwszym i najtańszym sposobem żywienia niemowląt oraz jest rekomendowane dla małych dzieci wraz z urozmaiconą dietą. Mleko matki zawiera składniki odżywcze niezbędne do prawidłowego rozwoju dziecka oraz chroni je przed chorobami i infekcjami. Karmienie piersią daje najlepsze efekty, gdy matka prawidłowo odżywia się w ciąży i w czasie laktacji oraz gdy nie ma miejsca nieuzasadnione dokarmianie dziecka. Przed podjęciem decyzji o zmianie sposobu karmienia matka powinna zasięgnąć porady lekarza.

Materiał przeznaczony dla pracowników służby zdrowia