

PIERWSZE CHWILE RAZEM

NIEMOWLĘ I MATKA

W CENTRUM OPIEKI POŁOŻNEJ

The Nutricia logo, featuring a stylized blue 'N' followed by the word 'NUTRICIA' in a bold, sans-serif font.

POSTĘPOWANIE W NAJCZĘSTSZYCH
ZABURZENIACH CZYNNOŚCIOWYCH
PRZEWODU POKARMOWEGO U NIEMOWLĄT



PŁACZ, KTÓRY MA SENS: PRZEWODNIK DLA
PROFESJONALISTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM



HYDROLIZATY BIAŁEK RYŻU W ŻYWIENIU
NIEMOWLĄT I MAŁYCH DZIECI Z ALERGIĄ
NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO

WYDANIE SPECJALNE dla 
pod patronatem MAGAZYNU PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ



POSTĘPOWANIE W NAJCZĘSTSZYCH ZABURZENIACH CZYNNOŚCIOWYCH PRZEWODU POKARMOWEGO U NIEMOWLĄT – ZNACZENIE WCZESNEGO ROZPOZNANIA I WŁAŚCIWEJ INTERWENCJI

Dr n. med. Kinga Gradowska

Klinika Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka i Niemowlęcia Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie

Wprowadzenie

Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego (functional gastrointestinal disorders, FGIDs) stanowią jedną z najczęstszych przyczyn konsultacji pediatrycznych w pierwszym roku życia dziecka.

Według kryteriów rzymskich IV, stanowiących aktualny standard diagnostyczny, FGIDs można rozpoznać na podstawie objawów klinicznych bez konieczności przeprowadzania rozległych badań diagnostycznych¹⁻³. Częstość występowania tych zaburzeń waha się od 21% do 35% w 1 roku życia.

Najczęstsze z nich to:

1. Refluks żołądkowo-przełykowy, czyli zarzucanie treści pokarmowej (13,8-24,1%),
2. Kolka niemowlęca (6,1-19,2%),
3. Zaparcia czynnościowe (7,6-16,1%)
4. Dyschezja niemowlęca (4,0-9,8%).
5. Biegunka czynnościowa (0,09-3%)^{1,4-6}

Zaburzenia te zwykle mają charakter samoograniczający się, jednak znacząco wpływają na jakość życia niemowląt i ich rodzin. Generują niepokój rodziców oraz zwiększają koszty opieki zdrowotnej¹.

Wczesne rozpoznanie i właściwa interwencja są kluczowe dla zapobiegania niepotrzebnym badaniom diagnostycznym, niewłaściwemu stosowaniu leków. Nie do przecenienia jest zatem rola pielęgniarek i położonych w edukacji i wsparciu rodziców.

Czynniki ryzyka występowania FGIDs:

Na podstawie badań epidemiologicznych określono czynniki zwiększające ryzyko rozwoju FGIDs u niemowląt:

- Młodsze niemowlęta (do 6 miesiąca życia)⁴

- Karmienie mlekiem modyfikowanym w porównaniu z karmieniem piersią⁴⁻⁵

- Wcześniactwo⁷

- Wczesne wprowadzanie pokarmów uzupełniających (<6 miesiąca życia)⁶

- Czynniki psychospołeczne – przemoc domowa wobec rodziców⁴

- Wielodzietność w rodzinie⁵

Znaczenie właściwej diagnostyki i postępowania w FGIDs:

Wczesne rozpoznanie i wdrożenie postępowania terapeutycznego w FGIDs ma kluczowe znaczenie zarówno dla dziecka, rodziców i systemu opieki zdrowotnej. Pozwala na:

- Uniknięcie niepotrzebnych badań diagnostycznych, konsultacji^{2,8}

- Uniknięcie poszukiwania niesprawdzonych metod i powikłań związanych z ich stosowaniem

- Uniknięcie utrwalenia objawów, deprywacji snu

- Zapobieganie niewłaściwemu stosowaniu leków⁹

- Udzielenie wsparcia psychologicznego rodzin – poprawa komfortu dziecka, zmniejszenie stresu rodziców¹

- Właściwego poradnictwa żywieniowego – kontynuacja karmienia piersią, unikanie niepotrzebnych zmian preparatów mlecznych czy niepotrzebnych diet eliminacyjnych⁸⁻¹⁰

Ogólne zasady diagnostyki i postępowania w FGIDs:

W diagnostyce problemów brzusznych u niemowlęcia konieczne jest przeprowadzenie wywiadu z rodzicami, weryfikacja zgłaszanych objawów oraz rozróżnienie ich od tzw. objawów alarmowych wymagających konsultacji lekarskiej.

Wywiad powinien być ukierunkowany na:

- Czas/wiek wystąpienia objawów

- Historię żywienia i diety (długość karmienia, objętość każdego posiłku, rodzaj mleka modyfikowanego, sposób przygotowania mleka, wielkość posiłków, dodatki do mleka, ograniczenia alergenów, odstępy czasowe między karmieniami, przy karmieniu piersią- częstość i długość karmień)

- Obecność wymiotów/ulewań/regurgitacji (pora występowania, odstęp od posiłku, charakter wymiocin: strawione czy niestrawione resztki pokarmowe)

- Rozwój dziecka (w tym przyrosty masy ciała)

- Częstość i konsystencja stolców (ból i/lub krwawienie podczas oddawania stolca, współistnienie bólu brzucha lub nietrzymania stolca),

- Historię rodzinną chorób przewodu pokarmowego, historia

psychospołeczna rodziny oraz czynniki środowiskowe (np. palenie tytoniu i narażenie na dym tytoniowy),

- Wcześniejsze interwencje farmakologiczne i dietetyczne.

Należy aktywnie zapytać o tzw. **objawy alarmowe (“red flags”)**:

1. Uporczywe wymioty z siłą lub żółciowe wymioty

2. Krew w wymiotach

3. Przewlekłą biegunkę lub krew w stolcu

4. Nadmierną drażliwość/ból, letarg, gorączkę

5. Wzdęcie brzucha

6. Wymioty nocne

7. Opóźnione wydalenie smółki (>48 godzin po urodzeniu)

8. Brak przyrostów masy ciała

Należy pamiętać, że obowiązujące zasady postępowania przy FGIDs to przede wszystkim dopasowanie interwencji do objawu. Ponadto ocena efektów wdrożonej interwencji, zwłaszcza dietetycznej, jest możliwa po dłuższym czasie (dniach/tygodniach) o czym warto uprzedzić rodziców. Choć czasem wydaje się, że interwencja żywieniowa bywa jednym z pierwszych i realnie dostępnych narzędzi, które mogą przynieść ulgę niemowlęciu warto również zwrócić uwagę na niefarmakologiczne metody postępowania. Są one możliwe do stosowania w przypadku wszystkich zaburzeń z grupy FGIDs. Należą do nich:

- techniki uspokajania,

- masaż brzuszka,

- techniki odpowiedniego układania niemowlęcia w łóżeczku.

Krótką charakterystyka FGIDs:

1. REFLUKS ŻOŁĄDKOWO-PRZEŁYKOWY, czyli zarzucanie treści pokarmowej u niemowląt

To po prostu cofanie się treści pokarmowej z żołądka do przełyku. Szczyt występowania objawów przypada na około 4. miesiąc życia, a u większości niemowląt objawy ustępują samoistnie do 12. miesiąca życia⁸. Czynniki ryzyka obejmują m.in.: karmienie mlekiem modyfikowanym związane z niewłaściwym przygotowywaniem mieszanki mlecznej przez rodziców (niewłaściwa objętość, częstość karmień czy technika karmienia) oraz wcześniactwo (niedojrzałość dolnego zwieracza przełyku, niedojrzałość neurologiczna)^{4,7}.

Istotne jest odróżnienie fizjologicznego zarzucania od choroby refluksowej przełyku (gastroesophageal reflux disease, GERD). Objawy sugerujące GERD to: nawracający dyskomfort lub ból po posiłkach, kaszel, krztuszenie się niemowlęcia, odmowa jedzenia, zahamowanie przyrostu masy ciała lub krwawienie z przewodu pokarmowego¹¹.

Postępowanie terapeutyczne

Podstawą postępowania jest edukacja i uspokojenie rodziców, że zarzucanie jest zjawiskiem fizjologicznym i samoograniczającym się⁸⁻¹⁰.

- W przypadku **niemowląt karmionych piersią** nie zalecane jest przerywanie karmienia naturalnego, ale dodawanie preparatów zawierających **mączkę chleba świętojańskiego** do niewielkiej ilości odciągniętego uprzednio mleka kobiecego¹⁰.

- **U niemowląt karmionych mlekiem modyfikowanym**, przy nadmiernym ulewaniu można rozważyć podaż **zagęszczonych preparatów mlekozastępczych typu AR**, które wykazują skuteczność w redukcji liczby epizodów zarzucania, choć dane dotyczące ich wpływu na częstość i czas trwania refluksu nie są jednoznaczne. Należy zachować ostrożność ze względu na ryzyko nadmiernego przyrostu masy ciała i tendencji do zaparć¹¹.

- **Preparaty o znacznym stopniu hydrolizy białka** – mogą być rozważone w przypadku podejrzenia alergii na białko mleka krowiego (ABMK), której objawy mogą nakładać się na objawy GERD. Zaleca się próbę stosowania przez 2-4 tygodnie¹¹.

- **Eliminacja nabiału z diety matki** – u niemowląt karmionych piersią z objawami sugerującymi ABMK (po konsultacji i pod nadzorem lekarskim)¹¹.

Podaż leków hamujących wydzielanie kwasu solnego (np. inhibitorów pompy protonowej, antagonistów receptora H2) nie jest zalecana w leczeniu fizjologicznego zarzucania u niemowląt⁹. Może być rozważona jedynie w przypadkach GERD z udokumentowanym zapaleniem przełyku lub objawami niewrażliwymi na leczenie zachowawcze i stanowi już element interwencji lekarskiej^{9,11}.

2. KOLKA NIEMOWLĘCA

Charakteryzuje się napadami intensywnego płaczu i niepokoju, które występują bez wyraźnej przyczyny, najczęściej pod wieczór. Najczęściej występuje między 2. a 4. miesiąc życia⁵⁻⁶.

Postępowanie terapeutyczne

Podstawą leczenia jest edukacja rodziców i zapewnienie wsparcia psychologicznego^{8,12}. Wśród zalecanych interwencji żywieniowych warto wziąć pod uwagę:

- Podaż **probiotyków** – szczególnie *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 (wykazano, że u niemowląt karmionych piersią, redukują czas płaczu o 25-65 minut na dobę)¹²⁻¹³, a *L. reuteri* NCIMB 30351 redukują liczby epizodów kolki i czasu płaczu o 144 minuty¹³.

- **Terapie manualne** – o niskiej jakości dowodów na redukcję czasu płaczu (33-76 minut na dobę) przy niskim ryzyku poważnych działań niepożądanych¹².

- Stosowanie **mieszanek typu Comfort** zawierających **modulatory mikrobioty** (wspierających korzystną mikrobiotę przewodu pokarmowego) **z obniżoną zawartością laktozy** (dla redukcji gazów jelitowych i dyskomfortu brzuszego). Choć w chwili obecnej nie ma jednoznacznej rekomendacji dla ich stosowania, wydają się realnym, dostępnym narzędziem, mogącym przynieść ulgę w w/w dolegliwościach¹⁰.

- **Symetikon i inhibitory pompy protonowej** – w dotychczasowych badaniach nie wykazano ich istotnej skuteczności w leczeniu kolki niemowlęcej⁹⁻¹².

3. ZAPARCIA CZYNNOŚCIOWE

To mniej niż 2 wypróżnienia w tygodniu, duże ilości zalegających mas kałowych w odbytnicy, bolesne wypróżnienia lub tzw. „zbite stolce”¹⁴⁻¹⁵.

Postępowanie terapeutyczne

Przy zaparciach warto rozważyć:

- Podaż **soków owocowych zawierających sorbitol** (jabłkowy, śliwkowy, gruszkowy) w dawce 1-3 ml/kg może zwiększyć częstość wypróżnień i zawartość wody w stolcu¹⁵.

- Stosowanie **mieszanek mlecznych wzbogaconych w β -palmitynian i zwiększoną zawartość magnezu** (składniki zmiękczejące stolec)¹⁰.
- Stosowanie **mieszanek z częściowo zhydrolizowanym białkiem serwatkowym** dla łatwiejszego trawienia i skrócenia czasu pasażu żołądkowo-jelitowego w przypadku dzieci karmionych sztucznie. Mimo ograniczonych dowodów dla rutynowego stosowania, w praktyce klinicznej może okazać się skuteczne¹⁶.
- Czopki glicerynowe, po konsultacji lekarskiej¹⁵.

Interwencje lekowe u niemowląt lub dzieci > 12 miesiąca życia powinny być zalecane przez lekarza, np.:

- **Polietylenoglikol (PEG)** jako lek pierwszego rzutu zarówno w leczeniu zalegania kału (1-1,5 g/kg/dobę przez 2-6 dni), jak i w terapii podtrzymującej¹⁵⁻¹⁷.
- **Laktuloza i wlewy doodbytnicze** stanowiące opcje drugiego rzutu¹⁵.

Warto podkreślić, że nie wykazano, aby zwiększenie spożycia błonnika i płynów powyżej zalecanych norm dziennych przynosiło dodatkowe korzyści w leczeniu zaparć, podobnie jak stosowanie probiotyków¹⁵.

4. DYSCHEZJA NIEMOWLĘCA

Charakteryzuje się parciem, płaczem i przejściowym zaczerwienieniem twarzy przed oddaniem miękkiego stolca. [15][18-19] Objawy wynikają z nieskoordynowanej pracy mięśni zwieraczy odbytu i zazwyczaj ustępują samoistnie przed 9. miesiącem życia^{15,19}.

Postępowanie terapeutyczne

Kluczowe jest uspokojenie rodziców i wyjaśnienie, że dyschezja jest zjawiskiem fizjologicznym związanym z dojrzewaniem układu nerwowego. [8][19] Nie wymaga leczenia farmakologicznego ani stosowania czopków czy wlewów, które mogą zaburzać naturalny proces uczenia się koordynacji mięśni. [8] Badania wykazują, że tylko u 4,9% niemowląt z dyschezją rozwijają się zaparcia czynnościowe w późniejszym okresie¹⁹⁻²⁰.

BIBLIOGRAFIA

1. Robin SG, Keller C, Zwiener R, et al. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. The Journal of Pediatrics. 2018.
2. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Functional Disorders: Children and Adolescents. Gastroenterology. Guideline. 2016.
3. Vernon-Roberts A, Alexander I, Day AS. Systematic Review of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders (Rome IV Criteria). Journal of Clinical Medicine. 2021.
4. Steutel NF, Zeevenhooven J, Scarpato E, et al. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in European Infants and Toddlers. The Journal of Pediatrics. 2020.
5. Scarpato E, Salvatore S, Romano C, et al. Prevalence and Risk Factors of Functional Gastrointestinal Disorders: A Cross-Sectional Study in Italian Infants and Young Children. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2023.
6. Beser OF, Cullu Cokugras F, Dogan G, et al. The Frequency of and Factors Affecting Functional Gastrointestinal Disorders in Infants That Presented to Tertiary Care Hospitals. European Journal of Pediatrics. 2021.
7. de Moraes MB, Toporovski MS, Tofoli MHC, et al. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Brazilian Infants Seen in Private Pediatric Practices and Their Associated Factors. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2022.
8. Antono B, Dotson A. Gastroesophageal Reflux in Infants and Children: Diagnosis and Treatment. American Family Physician. 2025.
9. Tighe MP, Andrews E, Liddicoat I, et al. Pharmacological Treatment of Gastro-Oesophageal Reflux in Children. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023.
10. Haiden N, Savino F, Hill S, et al. Infant Formulas for the Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders: A Position Paper of the ESPGHAN Nutrition Committee. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2024.
11. Salvatore S, Abkari A, Cai W, et al Review Shows That Parental Reassurance and Nutritional Advice Help to Optimise the Management of Functional Gastrointestinal Disorders in Infants. Acta Paediatrica. 2018.
12. Ellwood J, Draper-Rodi J, Carnes D. Comparison of Common Interventions for the Treatment of Infantile Colic: A Systematic Review of Reviews and Guidelines. BMJ Open. 2020.
13. Tyrsin OY, Tyrsin DY, Nemenov DG, et al. Effect of Lactobacillus Reuteri NCIMB 30351 Drops on Symptoms of Infantile Functional Gastrointestinal Disorders and Gut Microbiota in Early Infants: Results From a Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial. European Journal of Pediatrics. 2024.
14. Chogle A, Velasco-Benitez CA, Koppen IJ, et al. A Population-Based Study on the Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in Young Children. The Journal of Pediatrics. 2016.
15. Mulhem E, Khondoker F, Kandiah S. Constipation in Children and Adolescents: Evaluation and Treatment. American Family Physician. 2022.
16. Haiden N, Savino F, Hill S, Kivelä L, De Koning B, Köglmeier J, Luque V, Moltu SJ, Norsa L, De Pipaon MS, Verduci E, Bronsky J. Infant formulas for the treatment of functional gastrointestinal disorders: A position paper of the ESPGHAN Nutrition Committee. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024
17. Koppen IJN, Vriesman MH, Tabbers MM, Di Lorenzo C, Benninga MA. Awareness and Implementation of the 2014 ESPGHAN/NASPGHAN Guideline for Childhood Functional Constipation. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2018.
18. Gatzinsky C, Sillén U, Thornberg S, Sjöström S. Bowel Habits in Healthy Infants and the Prevalence of Functional Constipation, Infant Colic and Infant Dyschezia. Acta Paediatrica. 2023.
19. Kramer EA, den Hertog-Kuijl JH, van den Broek LM, et al. Defecation Patterns in Infants: A Prospective Cohort Study. Archives of Disease in Childhood. 2015.
20. Campeotto F, Barbaza MO, Hospital V, Functional Gastrointestinal Disorders in Outpatients Aged Up to 12 Months: A French Non-Interventional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020.
21. Singh P, Lee A, Sheth NM, Chey WD Chronic, Noninfectious Diarrhea. The Journal of the American Medical Association. 2026.
22. Lo Vecchio A, Vandenplas Y, Benninga M, et al. An International Consensus Report on a New Algorithm for the Management of Infant Diarrhoea. Acta Paediatrica. 2016.

5. BIEGUNKA CZYNNOŚCIOWA

Charakteryzująca się występowaniem luźnych lub wodnistych stolców w >25% wypróżnień bez istotnego bólu brzucha, przy czym objawy muszą utrzymywać się przez co najmniej 8 tygodni²¹.

Postępowanie terapeutyczne

W tym wypadku należy wykluczyć infekcje przewlekłe lub reinfekcje, ABMK oraz celiakię, w związku z tym należy dziecko skierować na konsultację pediatryczną [22] W przypadku biegunki czynnościowej podstawą postępowania jest wywiad i ewentualnie edukacja rodziców w zakresie prawidłowego żywienia niemowlęcia i zapewnienie odpowiedniego nawodnienia dziecku²². Nie zaleca się rutynowego stosowania leków przeciwbiegunkowych²².

Podsumowanie:

Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego są powszechne u niemowląt i stanowią istotne wyzwanie kliniczne. Kluczem do skutecznego postępowania jest:

- trafne rozpoznanie oparte na kryteriach rzymskich IV,
- edukacja i uspokojenie rodziców,
- weryfikacja i ocena prawidłowej opieki nad niemowlęciem w tym ocena właściwego karmienia dziecka
- o ile to możliwe promowanie kontynuacji prawidłowego karmienia piersią
- wdrożenie postępowania nefarmakologicznego
- interwencja żywieniowa oparta na dowodach
- wczesna identyfikacja objawów alarmowych – wymagających dalszej diagnostyki i konsultacji lekarskiej

Właściwe postępowanie w FGIDs pozwala na optymalizację opieki zdrowotnej, redukcję niepokoju rodziców oraz poprawę jakości życia niemowląt i ich rodzin.

ZMNIJSZA EPIZODY PŁACZU SPOWODOWANE KOLKĄ
już o 60% w ciągu 7 dni¹



Poprawia konsystencję stolca²⁻³

Zmniejsza objawy żołądkowo-jelitowe⁴

95% pediatrów zaobserwowało poprawę objawów⁵

POMÓŻ RODZICOM ZMNIJSZYĆ ZAPARCIE I PŁACZ SPOWODOWANY KOLKĄ

1. Savino F, et al. Eur J Clin Nutr. 2006;60:1304-10. 2. Schmelzle H, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2003;36(3):343-51. 3. Savino F, et al. Acta Paediatr Suppl. 2005;94:120-4. 4. Veitl V, et al. Ernährungsmed. 2000;2:14-20. 5. Savino F, et al, Acta Paediatr Suppl. 2003 Sep;91(441):86-90.
Bebilon COMFORT 1 i Bebilon COMFORT 2 to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego do postępowania dietetycznego w kolce i/lub zaparciu. Do stosowania pod nadzorem lekarza, po rozważeniu wszystkich możliwych sposobów żywienia, w tym karmienia piersią. BBL_MED25/03/2025
Materiał przeznaczony dla osób mających kwalifikacje w dziedzinie medycyny, żywienia lub farmacji.