

*Lek. Joanna Martynuska-Dobrucka
Klinika Pediatrii i Żywienia,
Instytut-Pomnik „Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. med. Janusz Benedykt Książyk*

Nagle wystąpienie rozdrażnienia, trudnego do ukojenia płaczu u dotychczas zdrowego pogodnego noworodka lub niemowlęcia, może bardzo niepokoić rodziców, zwłaszcza w sytuacji, gdy takie zdarzenia często powtarzają się. Zaniepokojeni rodzice zgłaszają się do lekarza, oczekując wyjaśnienia przyczyny i leczenia objawów u ich cierpiącego dziecka.

Na pytanie o dolegliwości w odpowiedzi lekarz słyszy o objawach takich jak: epizody niepokoju dziecka występujące nagle, rozdrażnienie, krzyk, płacz, który trudno uspokoić zwykle stosowanymi metodami lub poprzez zadbanie o podstawowe potrzeby malucha. Ponadto często współistnieje wzdęcie brzucha, oddawanie gazów, trudności z wypróżnianiem. Wygląd niemowlęcia w trakcie trwania dolegliwości niepokoi rodziców: cierpiący wyraz twarzy, piskliwy przejmujący krzyk, podkurczone, prężące się kończyny dolne, powiększony obwód brzuszka.

Jeżeli pogłębienie wywiadu z rodzicami potwierdza, że u dziecka nie stwierdzono innych schorzeń, rozwój, w tym przybieranie na wadze następuje prawidłowo, a ponadto przez większą część dnia samopoczucie niemowlęcia jest dobre, prawdopodobne jest, że jest to

KOLKA NIEMOWŁĘCA

M.A. Wessel w latach pięćdziesiątych XX wieku opracował kryteria rozpoznania kolki niemowlęcej, które opisuje reguła trzech: dziecko płacze ponad 3 godziny dziennie, przez więcej niż 3 dni w tygodniu, przez co najmniej 3 tygodnie.(1)

Według Kryteriów Rzymskich III opublikowanych w 2006r. aby rozpoznać kolkę niemowlęcą muszą być spełnione jednocześnie trzy warunki:

1. napady niepokoju, rozdrażnienia, płaczu rozpoczynające się i kończące bez określonej przyczyny
2. napady trwające co najmniej 3 godziny w ciągu doby pojawiające się minimum 3 dni w tygodniu przez co najmniej jeden tydzień
3. rozwój dziecka i jego wzrastanie są prawidłowe

Kolka niemowlęca dotyka noworodki i młode niemowlęta. Występowanie tego zaburzenia, zależnie od autorów, obejmuje wiek od urodzenia do ukończenia 4. miesiąca (2), bądź od 3. tygodnia do 5. miesiąca życia (3). W swej praktyce każdy pediatra i lekarz rodzinny zetknie się nie raz z tą częstą przypadłością. Występowanie kolki stwierdza się u od 3-28% (4, 5) do 10-40% (6, 7) populacji niemowląt. U znacznej większości niemowląt napady płaczu

pojawiają się w 2. tyg. życia. U dzieci, u których stwierdzono kolkę niemowlęcą u 90% występowały objawy w 3. tyg. życia. Dolegliwości ustępują samoistnie, niezależnie od wybranego postępowania, przeważnie około 3. miesiąca życia, a najpóźniej do 5. miesiąca. Pojawienie się i nasilenie objawów w 3. miesiącu życia oraz utrzymywanie się powyżej 3. miesiąca życia wskazuje na inną przyczynę płaczu niż kolka. (7)

Charakterystyczny jest jednakowy charakter płaczu oraz podobna pora występowania dolegliwości (najczęściej pora popołudniowa i wieczór). Objawy mogą wystąpić tak u dzieci karmionych mieszankami mlecznymi, jak i wyłącznie pokarmem naturalnym. Dodatni atopowy wywiad rodzinny stwierdza się w 47-52%. (4,5)

Stwierdzenie u noworodka lub niemowlęcia objawów wpisujących się w ramy kryteriów kolki niemowlęcej zobowiązuje do diagnostyki różnicowej na podstawie wywiadu, badania fizykalnego oraz ewentualnie badań dodatkowych (gdy jest to uzasadnione podejrzeniem organicznego lub metabolicznego podłoża napadów niepokoju dziecka). Warunkiem rozpoznania kolki jest brak objawów klinicznych wskazujących na proces zapalny lub nowotworowy, wadę anatomiczną lub wadę metaboliczną oraz wykluczenie innych czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego (np. zaparcia).

Różnicowanie napadowego niepokoju i płaczu noworodka lub niemowlęcia musi uwzględniać najczęstsze infekcyjne przyczyny, takie jak zapalenie ucha środkowego, zakażenie układu moczowego, nieżyt żołądkowo-jelitowy oraz zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu. Objawy przypominające kolkę niemowlęcą może powodować refluks żołądkowo-przełykowy. Konieczne jest wykluczenie przyczyn chirurgicznych, wymagających pilnej interwencji: niedrożności jelit, wgłobienia, czy uwięźnięcia przepukliny. Pod uwagę należy wziąć również schorzenia tak rzadko spotykane w populacji niemowląt, jak zapalenie wyrostka robaczkowego.

W Klinice Chirurgii IPCZD w 2009r. rozpoznano zgorzelinowe zapalenie wyrostka robaczkowego u dziecka w wieku 4 miesięcy. Ten kazuistyczny przypadek stwierdzono u niemowlęcia z obciążonym wywiadem okołoporodowym (wcześniactwo, zamartwica okołoporodowa, przebyte martwicze zapalenie jelit, wylewy dokomorowe) przyjętego w trybie nagłym z powodu wymiotów, biegunkowych stolców oraz gorączki, z podejrzeniem niedrożności przewodu pokarmowego. Początkowo, nie stwierdzając radiologicznych cech perforacji przewodu pokarmowego zdecydowano o obserwacji dziecka w oddziale zachowawczym w kierunku ostrego zakażenia przewodu pokarmowego. Wobec narastających objawów „ostrego brzucha” wykonano laparotomię, stwierdzając ropny naciek tkanki okołowyrostkowej i zapalnie zmieniony wyrostek robaczkowy, który resekowano i skierowano do badania histopatologicznego (potwierdzono zgorzelinowe zapalenie wyrostka robaczkowego).

Należy pamiętać również o schorzeniach metabolicznych i neurologicznych (np. zespół Westa, encefalopatia poniedotlenieniowa i inne).

Przeważnie dokładne zebranie wywiadu i badanie dziecka pozawala na postawienie rozpoznania bez konieczności wykonywania dodatkowych badań diagnostycznych.

Podstawowe badania laboratoryjne: morfologia krwi, badanie ogólne i bakteriologiczne moczu oraz USG jamy brzusznej mogą jednak okazać się przydatne dla rozwiania wątpliwości lekarza oraz uspokojenia rodziców.

Nie ma dowodów na to, że napadowy niepokój i płacz niemowlęcia cierpiącego na kolkę jest spowodowany bólem brzucha lub dolegliwościami bólowymi o innej lokalizacji. Próby dotarcia do przyczyny kolki niemowlęcej spędzają sen z oczu lekarzom od około 50 lat. Przypuszcza się, że mogą to być zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego prowadzące do bolesnych skurczów jelit, wiążące się z reakcją alergiczną na białka mleka krowiego, soję lub pszenicę (4,6), bądź z nietolerancją laktozy. Niektórzy autorzy objawy kolki wiążą z nadmiernym gromadzeniem się gazu w przewodzie pokarmowym, będącym skutkiem nieprawidłowej techniki karmienia prowadzącej do połykania dużych ilości powietrza, inni natomiast wzdęcia brzucha uważają za następstwo aerofagii towarzyszącej nasilonemu płaczowi. Podkreśla się również niedostateczną dojrzałość u niemowląt układu neuroendokrynnego, z czego wynikają zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego. Badania prowadzone w ciągu ostatnich kilku lat pozwalają wysunąć hipotezę, iż dolegliwości mogą być skutkiem zaburzenia składu flory jelitowej. (5) Teoria psychologiczna plasuje kolkę niemowlęcą pośród zaburzeń zachowania w zakresie relacji rodzic-dziecko, tłumacząc płacz niemowlęcia jako reakcję na nieprawidłowy kontakt emocjonalny rodzica z dzieckiem. Najprawdopodobniej etiologia jest złożona. Być może pod postacią kolki niemowlęcej objawiają się różne zaburzenia, które trudno odróżnić na podstawie obrazu klinicznego. Włączenie kolki niemowlęcej do grupy zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego przez zespół opracowujący *III Kryteria Rzymskie*, podyktowane było intencją zaznajomienia gastroenterologów z kolką niemowlęcą celem zapobieżenia wielu błędów diagnostycznym i terapeutycznym.

U dzieci cierpiących w wieku niemowlęcym z powodu kolki nie stwierdza się poważnych następstw w rozwoju i dalszym życiu. Nie stwierdzono predyspozycji do innych zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego w późniejszym wieku. Obserwowano jednak zaburzenia funkcjonowania rodziny utrzymujące się nawet do 3 lat od czasu zmagania się z problemem kolki, które wynikały z nadmiernego niepokoju i napięcia emocjonalnego rodziców oraz poczucia winy. (6)

Pierwszym krokiem zatem w postępowaniu w przypadku rozpoznania kolki niemowlęcej jest uspokojenie rodziców i zapewnienie, że niemowlę jest zdrowe, zaś charakter dolegliwości jest przemijający.

Do interwencji o potwierdzonej skuteczności należą:

Ograniczenie narażenia dziecka na bodźce zewnętrzne i pozostawienie go w spokoju podczas płaczu (6)

Modyfikacja diety matek karmiących piersią (unikanie mocnej kawy i herbaty, ostrych przypraw, czekolady, a w niektórych przypadkach mleka krowiego; udowodniono

skuteczność diety z wykluczeniem jaj, soi, pszenicy, orzeszków ziemnych, orzechów i ryb) (4); zaprzestanie palenia tytoniu przez matkę karmiącą (6)

Wyeliminowanie białek mleka krowiego z diety dziecka (karmionego mieszankami mlecznymi); udowodnione działanie mają hydrolizaty kazeiny o znacznym stopniu hydrolizy; preparaty hydrolizatów białek serwatkowych o znacznym stopniu hydrolizy są prawdopodobnie skuteczne, natomiast brak jest odpowiednich badań. Wyłączenie białek mleka krowiego powinno dać widoczny efekt po 6-8 dniach, jeśli przyczyną kolki jest alergia na białka mleka krowiego (6)

Doustne podawanie *Lactobacillus reuteri* w dawce 10^8 CFU przez 28 dni (potwierdzono skuteczność jedynie tego szczepu, u dzieci karmionych wyłącznie piersią, w porównaniu do grupy kontrolnej otrzymującej symetykon) (5)

Stosowanie dicykloweryny, która jednak u 5% leczonych niemowląt dawała niepożądane skutki - zaparcie, senność, niezgrabność ruchów, trudności w oddychaniu, drgawki, utratę świadomości, asfiksję, zmniejszenie napięcia mięśniowego, śpiączkę (6)

Kryteria Rzymskie III wskazują jako celowe kontynuowanie każdego postępowania uznanego przez rodziców za skuteczne (kołysanie, noszenie, łagodne monotonne dźwięki, np. radio, suszarka do włosów, jazda samochodem, ciepła kąpiel lub okłady z ciepłej wody na brzusek dziecka), o ile nie mają szkodliwych następstw (3,7). W praktyce nierzadko zaleca się herbatki ziołowe z koperku, mięty itp. (jednak skuteczność ich jest niejednoznaczna) lub symetykon (wyniki badań poddają w wątpliwość jego skuteczność). (4, 6) Bywają stosowane również trimebutyna i leki uspokajające (hydroksyzyna, neospazmina) w przypadku wyjątkowo uciążliwych objawów.

Piśmiennictwo:

1. Wessel M.A. *Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic"*. Pediatrics 1954
2. *Choroby czynnościowe przewodu pokarmowego. Wytyczne rzymskie III.* „Medycyna Praktyczna”. 8/2007 (wydanie specjalne), str.: 81–82
3. Wąsowska-Królikowska K., Modzelewska-Hołyńska M.; *Kolka niemowlęca*, , Wyd. Specjalne Medycyny Praktycznej Pediatrii 1/2008; str.: 56-59
4. Dubiel B., Konsultacja prof. dr hab. med. Hanna Szajewska, *Wpływ diety hipoaergenowej stosowanej przez matki karmiące piersią na występowanie kolki jelitowej u niemowląt*; na podstawie: *Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial*; D.J. Hill, N. Roy, R.G. Heine, C.S. Hosking, D.E. Francis, J. Brown, B. Speirs, J. Sadowsky, J.B. Carlin; Medycyna Praktyczna Pediatria 2007/01; str.: 83
5. Dubiel B., Konsultacja prof. dr hab. med. Hanna Szajewska; *Lactobacillus reuteri* skraca czas utrzymywania się kolki niemowlęcej; Porównanie skuteczności *Lactobacillus reuteri* i symetykonu w leczeniu kolki niemowlęcej; opracowanie na podstawie: *Lactobacillus reuteri (American type culture collection strain 55730) versus simethicone in the treatment*

- of infantile colic: a prospective randomized study*; F. Savino, E. Pelle, E. Palumeri, R. Oggero, R. Miniero; *Medycyna Praktyczna Pediatria* 2007/03; str.: 114
6. Mrukowicz J., komentarz prof. dr hab. med. Józef Ryżko ; *Skuteczność różnych metod leczenia kolki niemowlęcej – metaanaliza*, na podstawie *Effectiveness of treatments for infantile colic: a systematic review*; P.L.B.J. Lucassen, W.J.J. Assendelft, J.W. Gubbels, J.T.M. van Eijk, W.J. van Geldrop, A. Knuistingh Neven, *Medycyna Praktyczna Pediatria* 2001/01
7. Ryżko J., *III klasyfikacja rzymska zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego okresu niemowlęcego i młodszego dzieciństwa*, *Przegląd Gastroenterologiczny* 2008; 3 (2); str.: 72–78