

Koliky v kojeneckém věku a jejich řešení

MUDr. Eva Bronská, Ph.D.¹, doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.²

¹Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, Praha

²Oddělení dětské gastroenterologie, Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Koliky postihují 10–20 % kojenců s maximem výskytu ve 3. měsíci věku. Příčina kolik je dosud neznámá. Jsou definovány jako neztížitelný pláč u jinak zdravého dítěte, bez známek chronického onemocnění, které dobře prospívá. Kauzální terapie není známá. Žádný z doporučených léčebných postupů (simetikon, masáže a manipulace, teplé obklady, simulace jízdy automobilem apod.) nebyl vědeckými studiemi dostatečně prokázán jako účinný. Některé studie hovoří o pozitivním efektu kojeneckých formulí s hydrolyzovanou bílkovinou a vyřazení alergizujících složek ze stravy matky, ale je třeba provést metodologicky kvalitní studie k ověření jejich efektu.

Klíčová slova: kojenec, koliky, psychosociální faktory, vědecké důkazy, alergie.

Infant colics

Prevalence of infant colics is approximately 10–20 % and are usually present at 3 months of age. The cause of colics is unknown. It is defined as uncalmable crying in otherwise-healthy well-developing infant without any signs of chronic disease. There is no known causal therapy. None of the studied therapeutical approaches (simethicone, massages and manipulations, warm wrappings, car ride simulation etc.) was proven as beneficial by controlled studies. Some authors mention positive effect of infant formulae with hydrolysed protein and elimination of allergic components from mother's diet. However, more high quality randomised controlled studies are needed to prove this effect.

Key words: infant, colics, psychosocial factors, scientific evidence, allergy.

Pediatr. prax, 2012, 13(4): 181–184

Úvod

Jako kolika je označován stav spojený s náhle vzniklým křikem, je intenzivní a neztížitelný, více či méně kontinuální, bez zjištěného důvodu a může přetrvávat i několik hodin. Začíná často v návaznosti na jídlo a objevuje se obvykle ve stejnou dobu, většinou v pozdním odpoledni nebo večer.

Typickými příznaky jsou kopání nožičkami, jejich propínání, ruce v pěst, zrudnutí v obličeji s cirkumorální bledostí až zmodráním v obličeji. Dítě se potí, kroutí se bolestí, břicho je distendované, napjaté. Tento stav končí často odchodem stolice nebo větrů, někdy až vyčerpáním dítěte. Častým průvodním jevem je ublíkávání po jídle.

Tyto obtíže se většinou vyskytují od 2 týdnů věku dítěte, vrchol výskytu kolik je ve 3. měsíci a odeznívají spontánně po 4. měsíci věku, většinou do konce druhého trimenonu. Odtud pojmenování tříměsíční koliky. Incidence u kojenců se odhaduje na 10–15 %. Představují 10–20 % časných návštěv u pediatra a mohou vést k vyčerpání a stresu rodičů.

Diagnostická kritéria

Kojenecké (tříměsíční) koliky jsou definovány tzv. „**pravidlem tří**“:

- Neztížitelný pláč jinak zdravého dítěte, který trvá 3 hodiny denně nejméně 3 dny v týdnu po dobu 3 týdnů.

- Dítě nejvíce známky žádného chronického onemocnění a dobře prospívá.

Etiologie

Příčina zůstává neznámá. Zvažovány jsou příčiny gastrointestinální, psychosociální a vývojové (1).

Gastrointestinální faktory

Protože se koliky často vyskytují u překotně pijících kojenců, jsou provázeny distenzí břicha a zvýšeným odchodem plynů ze střeva, je jako příčina kolik často uváděno nadměrné polykání vzduchu během příjmu stravy nebo při nesprávné technice kojení. Ale nezdá se, že by tento mechanismus byl příčinou kolik, protože rtg snímek žaludku provedený při kolice je normální (2). Spekuluje se, že by koliky mohly být výsledkem hyperperistaltiky. Tuto teorii podporuje nález, že anticholinergika redukuje symptomy kolik. Hlavní roli může hrát střevní hormon motilin (3). V některých případech se může jednat o první manifestaci alergie na bílkovinu kravského mléka, reakci trávicího traktu na některé složky stravy matky či alergii bezprostředně na součást stravy dítěte nebo poruchy motility. Z části je lze tedy považovat za funkční gastrointestinální obtíže.

Symptomy doprovázející kojenecké koliky bývají často mylně přičítány gastroezofageální-

mu refluxu (GER). Vzhledem k tomu, že GER nemá v kojeneckém věku žádný typický příznak, nelze ani symptomy doprovázející koliky považovat za projev GER. Pokud bychom i přesto chtěli potvrdit, že příčinou obtíží je GER, je třeba provést 24hodinovou impedanční pHmetrii s prokázáním jednoznačné asociace mezi symptomy a refluxními epizodami, nikoliv „sono na GER“ – jak je u nás bohužel často a zcela nesprávně indikováno. GER je u prospívajícího a jinak zdravého kojence zcela fyziologickou záležitostí a není třeba jej potvrzovat žádnými vyšetřovacími metodami ani léčit. Je třeba pouze uklidnit rodiče, že – stejně jako u kojenecké koliky – se jedná o nezávažnou situaci, která dítě nijak neohrožuje.

Psychosociální faktory

Studie ukazují možnosti příčiny v oblasti psychosociální, ale neexistují důkazy podporující tento mechanismus. Prospektivní longitudinální studie nepotvrdila hypotézu, že koliky jsou časným projevem živějšího temperamentu dítěte (4). Rodiče kojenců s kolikami mají často obavy, že příčinou je nedostatek jejich rodičovských zkušeností, také se v rodinách těchto dětí často vyskytují problémy v komunikaci či funkci rodiny, ale nejsou důkazy, že by osobnost otce či matky nebo anxiozita rodičů měla příčinnou souvislost se vznikem kolik (5).

Vývojové faktory

Studie ukazují, že koliky jsou ve většině případů variantou fyziologického chování kojenců bez postižení gastrointestinálního traktu, že epizody pláče se vyskytují i u normálních kojenců, ačkoliv kojenci s kolikami pláčou déle a jsou hůře utižitelní. Skutečnost, že u většiny kojenců obtíže spontánně mizí po 4. měsíci věku, podporuje možnou souvislost s vývojem nervové soustavy a s celkovou nezralostí trávicího traktu kojence (6).

Diagnostika

Pro stanovení diagnózy je často postačující podrobná anamnéza a pečlivé fyzikální vyšetření. Typické anamnestické a fyzikální nálezy shrnuje tabulka 1. Laboratorní testy a radiologické vyšetření nejsou obvykle nutné, pokud dítě normálně přibývá na váze a je normální fyzikální nález.

Protože příčinu kolik nelze jednoznačně určit, je nutno v diferenciální diagnostice vyloučit organickou příčinu pláče dítěte, která se ale vyskytuje u méně než 5 % kojenců s nadměrným křikem. Organické příčiny shrnuje tabulka 2.

K vyloučení organické příčiny pláče pátráme v anamnéze po cyanóze, apnoe a poruchách dýchání, které by naznačovaly dosud nediagnostikované plicní nebo kardiální onemocnění. Ptáme se na frekvenci a kvantitu ublinkávání k vyloučení pylorostézy.

Při fyzikálním vyšetření pátráme po známkách infekčního onemocnění (letargie, studená akra, tachypnoe, horečka, odmítání stravy), gastrointestinálního (GIT) onemocnění a onemocnění centrálního nervového systému (CNS). Je nutno vyloučit úraz, zneužívání dítěte a možnost fraktury jako příčiny pláče. Při pochybnostech je vhodné provést neurologické a gastroenterologické vyšetření.

U neustupujících obtíží je vždy nutné vyloučit organické onemocnění GIT, zejména alergickou (eosinofilní) kolitidu. Je třeba zhodnotit celkové prospívání dítěte, zánětlivé parametry a provést test na okultní krvácení, případně eliminační a provokační test při podezření na alergii.

Terapie

Nejdůležitějším úkolem lékaře je uklidnit rodiče a informovat je o časové ohraničenosti kolik, poukázat na dobré prospívání dítěte, poučit je o správné technice kojení, účinném odříhnutí a výživě kojence.

Výživa

Incidence kolik u kojených a uměle živěných dětí je stejná, proto kojící matky podporujeme v pokračování kojení (7). Byla provedena řada studií k posouzení vlivu výživy na redukci kolik. U většiny kojenců neměla výživová opatření pozitivní efekt. U malého počtu kojenců může podle některých studií pomoci hypoalergenní dieta kojící matky s vynecháním mléčných výrobků, vajec, pšenice, ořechů a ryb, ale pro tato doporučení jsou v literatuře rozporuplné důkazy. U nekojených dětí s pozitivní rodinnou anamnézou atopie může koliky zlepšit nahrazení mléčné formule hypoalergenní formulí na 14 dní (8). Ti, co dobře zareagují, by měli znovu dostat mléčnou formuli ve 3–4 měsících věku. Výsledky studií jsou ale v tomto ohledu rozporuplné a je třeba provést další metodologicky kvalitní studie k ověření tohoto efektu. U dětí s alergií na bílkovinu kravského mléka a s krví ve stolici, regurgitací či průjmy jsou doporučovány přípravky náhradní kojenecké mléčné výživy s extenzivně hydrolyzovanou bílkovinou nebo u těžšího průběhu aminokyselinové preparáty (9, 10, 11).

Sójová kojenecká mléka mohou dle některých studií také snižovat výskyt kolik, ale nejsou doporučována, protože sójový protein je častým alergenem u kojenců (9). Nejsou důkazy o pozitivním účinku při užití kojeneckých formulí obohacených vlákninou nebo s přidavkem laktázy v terapii kolik, a nejsou proto doporučovány (9, 10).

Jsou nedostatečná data pro doporučení probiotik. Studie prokazující efekt *Lactobacillus reuteri* na množství epizod pláče u kojenců s kolikami je často kritizována pro některé metodologické nedostatky (12). Existují některá data, že v redukci kolik může být úspěšné použití prebiotických oligosacharidů, které přispívají k obnově normální střevní mikrobioty (8).

Medikamentózní léčba

Kojenci s kolikami často jeví známky meteorizmu. Nejčastěji předepisované a bezpečné jsou preparáty se simetikonom v sirupové formě. Podle placebem kontrolovaných randomizovaných studií měl však simetikon stejný efekt na redukci kolik jako placebo (13). Lepší výsledky než simetikon měla ve studiích anticholinergika (nejčastěji používaný dicyclomin), ale byla spojena s apnoe, proto nejsou doporučována.

Alternativní přístupy a behaviorální studie

Koliky jsou obtížné léčitelné a neúspěch konvenční terapie vede rodiče k vyhledávání

Tabulka 1. Typické anamnestické a fyzikální známky kojeneckých kolik

Anamnéza	
Bolestivý pláč, křik	100 %
Pláč, křik 15 min.	100 %
Těžká utižitelnost	100 %
Náhly začátek pláče	98 %
Odchod plynů	89 %
Problémy s jídlem	56 %
Špatný spánek	47 %
Fyzikální nález	
Hypertonie	86 %
Pláč	58 %
Zrudnutí	56 %
Flexe nožiček	56 %
Distenze břicha	44 %
Neziřitelnost	28 %
Opistotonus	20 %

Tabulka 2. Organické příčiny nadměrného pláče u kojence

CNS	
Vrozené vady CNS (Chiariho malformace)	
Kojenecká migréna	
Subdurální hematom	
Gastrointestinální	
Vrozené vady trávicího traktu	
Tříselná kýla	
Zácpa	
Alergie na bílkovinu kravského mléka	
Alergie na sóju	
Gastroezofageální reflux	
Intolerance laktózy	
Řitní trhлина	
Infekce	
Meningitida	
Zánět středouší	
Infekce močových cest	
Viróza	
Trauma	
Zneužívání dítěte	
Abuze rohovky	
Cizí těleso v oku	
Zlomeniny	

způsobů alternativní medicíny (bylinné extrakty, manipulační techniky, masáže, reflexologie). Většina studií byla metodologicky špatně provedená, což snižuje význam jejich výsledků. Nejslibnější se zdá extrakt fenýklu, směsné bylinné čaje (heřmánek, lékořice, meduňka, máta, fenýkl) a roztok sacharózy, u kterých prokázala pozitivní efekt více než jedna studie (14, 15).

Výsledky jsou však špatně hodnotitelné, protože ve studiích byla nedostatečná standardizace dávků a síly použitých extraktů a nebyla vyloučena možnost ovlivnění ostatními složkami stravy. Jiné techniky nemají signifikantně pozitivní efekt (simulace jízdy automobilem, profylaktické nadměrné nošení dítěte, kojenecké masáže, chiropraktiky apod.) (16, 17).

Behaviorální studie týkající se chování (změny v reakci rodičů na stesky dítěte, snížení stimulace kojení a použití hudby apod.) ukázaly určitý efekt, ale mají slabý metodologický základ (8, 10).

Závěr

Kojenecké koliky jsou velmi stresující situací pro rodiče dítěte, ale žádný z doporučených léčebných postupů (simetikon, bylinné extrakty, masáže a manipulace, teplé obklady, simulace jízdy automobilem, snížení celkové stimulace kojení apod.) nebyl vědeckými studiemi jednoznačně prokázán jako účinný. Některé menší studie hovoří o pozitivním efektu kojeneckých mlék s hydrolyzovanou bílkovinou a vyřazení alergizujících složek ze stravy matky. Je třeba provést metodologicky kvalitní studie k ověření jejich efektu. Jediným východiskem je vyčkat

spontánního ústupu obtíží, který nastává ve valné většině případů do 6 měsíců věku.

Literatura

1. Roberts DM, Ostapchuk M, O'Brien JG. Infantile Colic. American Family Physician 2004; 70(4): 15.
2. Harley LM. Fussing and crying in young infants. Clinical considerations and practical management. Clin Pediatr 1969; 8: 138–141.
3. Gupta SK. Is colic a gastrointestinal disorder? Curr Opin Pediatr 2002; 14: 588–592.
4. White BP, Gunnar MR, Larson MC, et al. Behavioral and physiological responsivity, sleep, and patterns of daily cortisol production in infants with and without colic. Child Dev 2000; 71: 862–877.
5. Barr RG. Changing our understanding of infant colic. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156: 1172–1174.
6. Barr RG. Colic and crying syndromes in infants. Pediatrics 1998; 102(5 suppl E): 1282–1286.
7. Clifford TJ, Campbell MK, Speechley KN, Gorodzinsky F. Infant colic: empirical evidence of the absence of an association with source of early infant nutrition. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156: 1123–1128.
8. Shergill-Bonner R. Infantile colic: practicalities of management, including dietary aspects. J Fam Health Care 2010; 20(6): 206–209.
9. Critch JN. Infantile colic: Is there a role for dietary interventions? Paediatr Child Health 2011; 16(1): 47–49.
10. Hall B, Chesters J, Robinson A. Infantile colic: a systematic review of medical and conventional therapies. J Paediatr Child Health 2012; 48(2): 128–137.
11. Iacovou M, Ralston RA, Muir J, et al. Dietary Management of Infantile Colic: A Systematic Review. Matern Child Health J. 2011, Jun 28.

12. Savino F, Pelle E, Palumeri E, et al. Lactobacillus reuteri (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: A prospective randomized study. Pediatrics 2007; 119: e124–130.

13. Metcalf TJ, Irons TG, Sher LD, Young PC. Simethicone in the treatment of infant colic: a randomized, placebo controlled, multicenter trial. Pediatrics 1994; 94: 29–34.

14. Perry R, Hunt K, Ernst E. Nutritional Supplements and Other Complementary Medicines for Infantile Colic: A Systematic Review. Pediatrics 2011; 127: 720.

15. Weizman Z, Alkrinawi S, Goldfarb D, Bitran C. Efficacy of herbal tea preparation in infantile colic. J Pediatr 1993; 122: 650–652.

16. Huhtala V, Lehtonen L, Heinonen R, Korvenranta H. Infant massage compared with crib vibrator in the treatment of colics infants. Pediatrics 2000; 105: E84.

17. Hughes S, Bolton J. Is chiropractic an effective treatment in infantile colic? Arch Dis Child 2002; 86: 382–384.

Článek je převzatý z

Pediatr. praxi 2012; 13(4): 233–236.

MUDr. Eva Bronská, Ph.D.

Ordinace PLDD

Ke zdravotnímu středisku 447/9,

155 00 Praha 5 – Řeporyje

e. bronska@seznam.cz



- * Sekcia detskej onkológie a hematológie Slovenskej pediatickej spoločnosti SLS
- * Klinika detskej hematológie a onkológie LFUK a DFNSP Bratislava
- * Slovenská lekárska spoločnosť
- * Pracovní skupina pro dětskou hematologii ČR – sekce České hematologické společnosti a České pediatické společnosti ČLS JEP
- * Sekce pediatické onkologie České onkologické společnosti ČLS JEP
- * Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
- * Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava
- * Karlova Univerzita Praha
- * Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- * Bátor Tábor Alapítvány

Vás pozývajú na / Invite you to

XXII. Konferenciu detských hematológov a onkológov Českej a Slovenskej republiky V4 International Conference of Paediatric Haematology and Oncology

Supported by Visegrad Fund

19. – 21. október 2012

Bratislava, Hotel DoubleTree by Hilton

Hlavné témy

- Imúnna trombocytopénia *
- Leukémie *
- Relapsy solídnych nádorov *
- Podporná liečba *
- Transplantácie krvotvorných buniek *
- Varia *

Main Topics

- Immune thrombocytopenia *
- Leukaemias *
- Relapses of solid tumours *
- Supportive treatment *
- Haematopoietic stem cell transplantation *
- Miscellaneous *