

Kojenecké koliky

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN,
Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví 1. LF UK, Praha

Kojenecké koliky – současný pohled.

Klíčová slova: kojenecké koliky, kojenecký distres.

Infant colics – state of art

Key words: infant colics, infant mistress.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(1): 16–18

Diagnostická kritéria kojeneckých kolik (KK) – nutná přítomnost všech kritérií (1)

- 1) 0. – 4. měsíc,
- 2) paroxysmus dráždivosti, neklidu/pláče začínající a končící bez jednoznačné příčiny,
- 3) ≥ 3 hod./den, ≥ 3 dny/týden, ≥ 1 týden (v původních kritériích Wessela udávány 3 týdny),
- 4) není neprospívání.

Prevalence KK

Je udávána různě od 6,4 až do 48 % kojenecké populace. Reálný odhad odvíjející se od spotřeby léků (především deflatulencií) v prvních třech měsících je 15–20 % (2).

Etiologie

Kojenecké koliky jsou syndrom, jehož příčiny jsou mnohočetné, jako nejčastější jsou uváděny tyto důvody:

- krajní fyziologická varianta chování kojence,
- laktóзовá intolerance (pokládáno za spíše nepravděpodobné) (3),
- dysmotilita (dysbalance mezi sympatikem, parasympatikem, hypermotilita střeva) (4),
- GER, resp. ezofagitida (pokládáno za méně pravděpodobné) (5),
- hormonální vlivy (motilin, ghrelin, chybění cirkadiálního rytmu sekrece kortizolu) (6, 7),
- obtíže při výživě (méně rytmické sání a menší kontakt s matkou během krmení) (8),
- alergie (popsány příznivé efekty eliminace mléka a mléčných výrobků na snížení neklidu u kojených i uměle živěných dětí) (9, 10),
- psychologické faktory (vyšší anxiety v graviditě, vyšší riziko u mladých matek a matek s nemanuálním zaměstnáním) (11, 12, 13),
- gastrointestinální flóra (diferentní složení mikrobioty u dětí s KK a bez KK) (14, 15, 16).

Organická příčina KK

Je nacházena podle různých autorů méně než u 5 % kojenců s KK (14, 17, 18):

- a) CNS a smyslové orgány:
 - abnormity (Chiariho malformace I),
 - infantilní migréna,
 - subdurální hematom,
 - glaukom,
 - cizí těleso v oku.
- b) břicho:
 - obstipace,
 - intolerance kravského mléka,
 - gastroezofageální reflux/ezofagitida,
 - rektální fisura,
 - invaginace,
 - inkarcerovaná hernie,
 - volvulus,
 - poruchy průchodnosti biliárních cest vč. litiázy,
 - renální patologie, zvl. obstrukce ureteropelvicke junkce,
 - torze varlete a jeho apendixu.
- c) infekce:
 - meningitis,
 - otitis media,
 - infekce močových cest,
 - viróza,
 - kandidová dermatitida.
- d) trauma:
 - poškození rohovky,
 - fraktura,
 - hair turniquete syndrom (obtočení vlasu např. kolem prstu),
 - iritace kůže v perianální oblasti bez přítomnosti infekce,
 - týrání (syndrom CAN = Child Abuse and Neglect), tj. neklid a křik způsobený bolestí při fraktuře, nitrolební krvácení – Shaken baby syndrome, nedostatečná péče vedoucí k opruzení apod.
- e) medikace:

- léky podávané matce a vylučované do mateřského mléka.

Léčba KK

- V případě zjištění organické příčiny její řešení.
- Behaviorální intervence (i–p) (1, 19).
 - informace o benigní prognóze,
 - jestliže dítě ve věku 3 týdnů dostatečně přibývá na váze, prodlužovat intervaly nočního krmení,
 - kontakt v noci minimalizovat, nekrmit ve spánku, při probuzení pokus o zklidnění přebalením, ne jídlem,
 - liší se režim den/noc (?) – diferencovat (!),
 - manévry tlumící pláč, ne bolest (např. jízda autem), mají diagnostický význam,
 - neanalgetické, nenutritivní tišící manévry: kolébání, broukání 2–3/sec, klidné prostředí,
 - omezit noční krmení: ve 22–24 hodin poslední,
 - psychologická intervence rodičů.
- Čaje: neredukují KK, nebyly popsány nežádoucí účinky. Konzumace čaje vede k přijímání sníženého množství mléka (1).
- Dietní intervence (1, 3, 9, 20):
 - kojené děti: striktní bezmléčná dieta, event. bez vajec, pšenice, ořechů,
 - uměle živěné děti: eHF, event. AAF, sojová mléka nejsou doporučována, efekt eliminace by se měl objevit do 48 hodin.
- Farmakologická intervence:
 - deflatulencia: není popsán jejich přesvědčivý efekt, nejsou popsány nežádoucí účinky při jejich podávání (3),
 - probiotika: v kontrolované klinické studii byl popsán příznivý efekt *Lactobacillus reuteri* na průběh KK, který vedl k jejich snížení u 95 % kojenců při sledování po dobu jednoho měsíce (21). Je rovněž popsán příznivý efekt tohoto probiotika na zlepšení

evakuace žaludku u nedonošenců, což vedlo ke snížení neklidu (22).

Prognóza KK

- Kompletní ústup KK může nastat až mezi 4.–5. měsícem.
- Vývoj alergie: asociace mezi KK a ekzémem, potravinovou, respirační a oční alergií, jiná studie to nepotvrzuje (23, 24).
- KK jsou uváděny do vztahu s pozdějším výskytem recidivujících bolestí břicha (25).
- Děti s KK měly ve 4 letech více negativních emocí a větší množství negativních pocitů během příjmu potravy (26) a ve věku 6–8 let více rysů ADHD, obtížnější emoční regulace a více kognitivních omylů (27).
- Rodiny dětí s KK mají pocit neuspokojení z fungování rodiny (28).

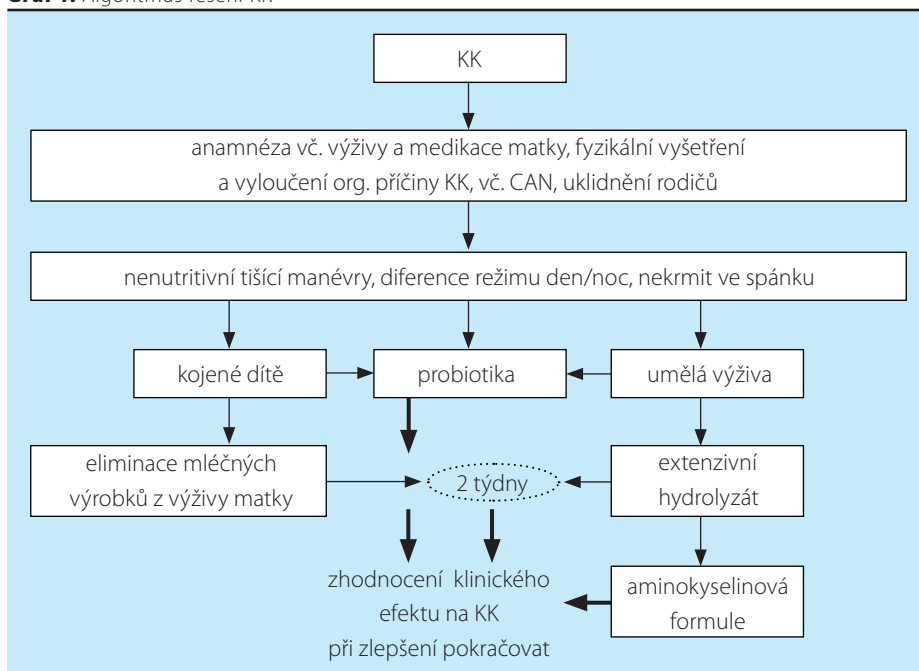
Závěr

Péče a zájem ošetřujícího personálu a interakce s rodinou je klíčovým bodem terapie KK, pro které přes všechnu medicínskou snahu dosud nemáme ve většině případů efektivní terapii. Systematické sledování a empatický pediatr jsou tedy stále základem léčby KK (29).

Literatura

- Hyman PE, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2006; 130: 1519–1526.
- Headley J, et al. Medication administered to children from 0 to 7,5 years in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63: 189–195.
- Garrison MM, et al. A Systematic Review of Treatments for Infant Colic. *Pediatrics* 2000; 106(Suppl.): 184–190.
- Kirjavainen J. The balance of the autonomic nervous system is normal in colicky infants. *Acta Paediatr* 2000; 90: 250–254.
- Heine RG, et al. Clinical predictors of pathological gastroesophageal reflux in infants with persistent distress. *J Paediatr Child Health* 2006; 42: 134–139.
- Savino F, et al. Ghrelin and motilin concentration in colicky infants. *Acta Paediatr* 2006; 95: 738–741.
- White BP, 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.
- Miller-Loncar C, et al. Infant colic and feeding difficulties. *Arch Dis Child* 2004; 89: 908–912.

Graf 1. Algoritmus řešení KK



9. Hill DJ, et al. Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2005; 116: 709–715.

10. Lucassen PL, et al. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ*. 1998; 316: 1563–1569.

11. Canivet C, et al. Higher risk of colic of nonmanual employee mothers with a demanding work situation in pregnancy. *Int J Behav Med* 2004; 11: 37–47.

12. Canivet C, et al. Infantile colic and the role of trait anxiety during pregnancy in relation to psychosocial and socioeconomic factors. *Scand J Public Health* 2005; 33: 26–34.

13. Zwart P, et al. Characteristics of infants admitted to hospital for persistent colic, and comparison with healthy infants. *Acta Paediatr* 96; 2007: 401–405.

14. Savino F. Focus on infantile colic. *Acta Paediatr* 2007; 96: 1259–1264.

15. Savino F, et al. Intestinal microflora in breastfed colicky and non-colicky infants. *Acta Paediatr* 2004; 93: 825–829.

16. Savino F, et al. Bacterial counts of intestinal Lactobacillus species in infants with colic. *Pediatr Allergy Immunol* 2005; 16: 72–75.

17. Barr RG. Colic and crying syndromes in infants. *Pediatrics* 1998; 102(5 Suppl. E): 1283.

18. Poole SR. The infant with acute unexplained, excessive crying. *Pediatrics* 1991; 88: 452.

19. Pinilla T, et al. Help me make it through night: behavioral entrainment of breast-fed infants sleep patterns. *Pediatrics* 1994; 91: 436–444.

20. Vandenplas Y, et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Arch Dis Child* 2007; 92: 902–908.

21. Savino F. Lactobacillus reuteri (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. *Pediatrics* 2007; 119: 124–130.

22. Indrio F, et al. The effects of probiotics on feeding tolerance, bowel habits, and gastrointestinal motility in preterm newborns. *J Pediatr* 2008; 152: 801–806.

23. Castro-Rodriguez JA, et al. Relation between infantile colic and asthma/atopy: a prospective study in a unselected population. *Pediatrics* 2001; 108: 878–882.

24. Kalliomäki M, et al. Extent of fussing and colic type crying preceding atopic disease. *Arch Dis Child* 2001; 84: 349–350.

25. Savino F, et al. A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic. *Acta Paediatr* 2005; 94(Suppl 1): 29–32.

26. Canivet C, et al. Infantile colic. Follow-up at four years of age: still more „emotional“. *Acta Paediatr* 2000; 8: 13–17.

27. Neu M, et al. Infants with colic: Their childhood characteristics. *J Pediatr Nurs* 2003; 18: 12–20.

28. Rautava P, et al. Infantile colic: child and family three years later. *Pediatrics* 1995; 96: 43–47.

29. Deshpande PG. Colic 2007; www.emedicine.com.

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 2, 121 09 Praha 2
fruhaf.pavel@vfn.cz