

# Pytania do specjalisty



Prof. dr hab. n. med.  
Mieczysława  
Czerwionka-Szaflarska

## **Dziecko z dolichocolon ma zalecone (przez chirurga) wlewki doodbytnicze, co 2 dni przez 3-4 miesiące. Czy tak częste wlewki mogą być stosowane?**

Wlewka jest formą podania doodbytniczego leku, stosowaną przy leczeniu miejscowym dolnego odcinka jelita grubego. W postaci wlewek można podawać leki płynne o różnym zakresie działania w różnych schorzeniach (np. o działaniu przeciwzapalnym, przeciwzaparciowym, o działaniu osmotycznym, wlewki fosforanowe). Dolichocolon to zwiększona długość okrężnicy na przykład w postaci dodatkowej pętli jelitowej, która może predysponować do występowania zaparcia. Jeżeli chirurg zlecił wykonywanie wlewek, to prawdopodobnie z powodu współistniejącego zaparcia. W tej sytuacji klinicznej należy pamiętać także o stosowaniu przeciwzaparciowej diety bogatobłonnikowej. Długotrwale stosowane wlewki doodbytnicze mogą mechanicznie drażnić jelito w miejscu podania. Należy zaufać specjalście, jeżeli chirurg zalecił stosowanie wlewek (nie wiemy, o jakim działaniu farmakologicznym) przez tak długi okres, to na pewno były do tego wskazania.

## **2. Kiedy i jak leczyć zaparcia u niemowlęcia karmionego piersią – stolec co 5-7 dni?**

Niemowlę karmione wyłącznie piersią może fizjologicznie oddawać jeden stolec nawet co

kilka dni (nawet co 5-7 dni) pod warunkiem, że jest to stolec o prawidłowej konsystencji, czyli nie twardy, a defekacja następuje bez większego wysiłku.

Występowanie zaparcia u niemowlęcia karmionego wyłącznie piersią może wynikać z kilku przyczyn. Jeżeli niemowlę prawidłowo rozwija się fizycznie i motorycznie, w sposób właściwy następuje przyrost masy ciała, dotychczas nie miało problemów z oddawaniem stolca, przyczynę zaparcia może stanowić zbyt duża utrata płynów przez skórę przy małej jej podaży na przykład w czasie ciepłych dni lub w czasie gorączki. W takiej sytuacji należy częściej i na krócej przystawiać niemowlę do piersi (na początku karmienia mleko matki jest bardziej rozcieńczone), ewentualnie dodatkowo poić np. herbatkami ziołowymi. Matka karmiąca piersią powinna pamiętać o piciu dużej ilości płynów, najlepiej wody oraz aby w jej diecie znajdowało się dużo owoców i warzyw.

Niekiedy zaparcie jest następstwem zaburzonego ekosystemu flory jelitowej, czyli zaburzonego składu bakterii probiotycznych w przewodzie pokarmowym niemowlęcia, na przykład po przebyciu zakażenia jelitowego lub po antybiotykoterapii. W takiej sytuacji zaleca się stosowanie jednego z preparatów probiotycznych dostępnych w aptece bez recepty w postaci saszetek lub kapsulek. Doraźnie matka może wspomagać perystaltykę jelit niemowlęcia przez wykonywanie delikatnego okrężnego masażu brzucha dziecka, zgodnie z ruchem wskazówek zegara.

Należy pamiętać, że zaparcie u niemowlęcia może stanowić objaw alergii pokarmowej, w takiej sytuacji należy zgłosić się do lekarza i przy potwierdzeniu tej etiologii zaparcia karmiąca matka powinna stosować dietę eliminacyjną z wykluczeniem produktów uczulających i nadal karmić piersią.

Jeżeli zaparcie u niemowlęcia jest problemem długotrwałym od okresu noworodko-

wego, a dziecko rozwija się niezadowolająco, należy zgłosić się do gastroenterologa dziecięcego w celu wykluczenia choroby organicznej jelit lub choroby uogólnionej.

## **3. Jakie postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne wdrożyć w przypadku 6-miesięcznej dziewczynki (urodzonej o czasie, w dobrym stanie), u której od 3 miesiąca życia występują zaparcia. Defekacja po 14-17 dniach. Dziecko karmione jest piersią, prawidłowo przyrastające, bez objawów kolki.**

U 6-miesięcznego niemowlęcia z zaparciem, dotychczas karmionego piersią, należy stosować poza karmieniem naturalnym pokarmy uzupełniające bogate w błonnik na przykład: przeciery i musy warzywno-owocowe oraz suszone owoce (na rynku polskim dostępne są dla niemowląt gotowe dania np. z suszonych śliwek). W większości przypadków przyczyną zaparcia są błędy dietetyczne i zaburzenia czynnościowe jelit, ustępujące po modyfikacji diety. Należy pamiętać o odpowiednim dostarczaniu płynów niemowlęciu na przykład w postaci soków owocowych zawierających sorbitol (m.in. jabłkowy, morelowy, gruszkowy). Przy braku poprawy po stosowaniu zmodyfikowanej diety należy zgłosić się do pediatry w celu ewentualnego zalecenia leków wpływających na perystaltykę jelit (trimebutyna) lub leków o działaniu osmotycznym wpływających na rozluźnienie konsystencji stolca (laktuloza). Leczenie farmakologiczne zaparcia powinno być stosowane przez rodzica zgodnie z zaleceniami pediatry. Przy braku poprawy po modyfikacji diety i leczeniu farmakologicznym lekarz prowadzący dziecko rozstrzygnie, czy niemowlę wymaga zalecenia specjalistycznych badań diagnostycznych w celu ustalenia przyczyny utrudnionej defekacji.



Prof. dr hab. n. med.  
Ryszard Grenda

### 1. Czy u dzieci z wrodzonym zespołem nerczycowym, przy jeszcze nie

#### **schyłkowej niewydolności nerek, problemem wiodącym nie są np. dysplastyczne płuca wynikające z ucisku przez nerki w życiu płodowym? Jak wczesnie można więc zdecydować o leczeniu nerkozastępczym?**

Hipoplazja płuc jest problemem klinicznym towarzyszącym recesywnej torbielowatości nerek. W pewnych przypadkach niewydolność oddechowa, utrzymująca się po urodzeniu jest powodem pełnej zależności od respiratora.

Wówczas w trybie doraźnym usuwa się jedną olbrzymią nerkę w celu zmniejszenia ucisku na płuca. O ile to nie pomaga, mogą istnieć wskazania do usunięcia pozostałej nerki i dializoterapii. Leczenie nerkozastępcze można zaczynać w każdym wieku, ale im dziecko jest młodsze i ma mniejsze rozmiary ciała, tym rokowanie odnośnie do skuteczności i bezpieczeństwa terapii nerkozastępczej jest gorsze.

Transplantację nerki można planować przy masie ciała ok. 9-10 kg.



Prof. dr hab. n. med.  
Mirosława Grałek

### 1. Czy każdy noworodek poddany fototerapii niezależnie od czasu stosowania lampy powinien być zbadany przez okulistę? Kiedy? Czy tylko raz w 4 tygodniu życia, jeśli nie stwierdzono w pierwszym badaniu zmian?

Zgodnie z obowiązującym załącznikiem nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, noworodki urodzone o czasie, które poddawane były fototerapii, wymagają badania okulistycznego w 3 tygodniu i w 12 miesiącu życia. Jeśli były to dzieci urodzone przedwcześnie – wcześniaki – wymagają badania w 4, 8, 12 tygodniu i w 12 miesiącu życia. Aktualizacja rozporządzenia z 2007 r. wskazuje ponadto, że noworodki urodzone przed 36 tygodniem ciąży powinny mieć wykonane badania okulistyczne po ukończeniu 6 roku życia.

### 2. Czy Pani Profesor obserwuje u dzieci leczonych przewlekłe lekami steroidowymi (leki wziewne) pojawianie się problemów okulistycznych typu jaskra czy zaćma?

Przewlekła steroidoterapia, w tym także lekami wziewnymi, może powodować zmiany w narządzie wzroku typu zaćma i jaskra.

Istnieje osobnicza predylekcja do zaćmy w następstwie stosowania kortykosteroidów. Dawka kumulacyjna wynosi 1000 mg prednizonu. Według innych autorów przewlekłe, trwające ponad rok, stosowanie steroidów przyczynia się do rozwoju zaćmy. Zaćma powstaje w wyniku destabilizacji strukturalnej białek soczewki. Obraz kliniczny zaćmy związanej ze steroidoterapią jest dość charakterystyczny. Początkowe zmętnienia pojawiają się pod torbą tylną soczewki i w jej przyległych warstwach, w centrum obszaru żrenicznego. Usytuowanie zmętnienia w centrum optycznym powoduje zauważalne obniżenie ostrości wzroku. Kontynuowanie terapii powoduje zmętnienie całej soczewki, co wymaga operacyjnego usunięcia powstałej całkowitej zaćmy. Odstawienie steroidów lub zmiana leczenia choroby podstawowej w początkowym okresie może zahamować rozwój zaćmy, a nawet niekiedy przywrócić przezroczystość soczewki.

Steroidoterapia w dowolnej postaci (ogólnej, miejscowej) przyczynia się również do powstania innego skutku niepożądanego, jakim jest jaskra. Wzrost ciśnienia śródgałkowego i powstanie neuropatii jaskrowej są następstwem posteroïdowych nieprawidłowości w utkaniu beleczkowym kąta przesączania i wynikającym z tego stanu utrudnionym odpływu płynu komorowego z przedniej części oka. Ta postać jaskry wtórnej może wystąpić u osób predysponowanych już po kilku tygodniach stosowania steroidów. Odstawienie leków z tej grupy u większości chorych normalizuje ciśnienie wewnątrzgałkowe. U części pacjentów ujawniona jaskra wymaga dalszego leczenia specjalistycznego.

Biorąc pod uwagę wymieniony wpływ terapii steroidowej na narząd wzroku, dzieci, u których to leczenie jest ordynowane, wymagają okresowej kontroli okulistycznej.

### 3. Dziewczynka, obecnie 2,5-letnia, z wrodzonym brakiem tęczówki, rozwijającą się zaćmą, oczopląsem (dziecko urodziło się z przezierną źrenicą, u matki występuje to samo schorzenie). Czy jest możliwość leczenia zapobiegającego – hamującego rozwój zaćmy?

Wrodzony brak tęczówki (aniridia) jest następstwem defektu genu *PAX6* chromosomu 11p13. Rodzinne występowanie jest cechą autosomalną dominującą o pełnej penetracji z różną ekspresją fenotypową. Wrodzona beztęczówkowość jest zazwyczaj połączona z niedorozwojem plamki i nerwu wzrokowego, co prowadzi do obniżenia ostrości wzroku i powstania oczopląsu. Często stwierdza się także zaćmę biegunową przednią. Zmętnienie soczewki może nie postępować lub w naturalnym przebiegu powiększać się w kolejnych latach życia dziecka. Podobnie może rozwinąć się jaskra i inne powikłania upośledzające i tak niską ostrość wzroku. Nie ma leczenia zapobiegającego rozwojowi zaćmy występującej w tej wadzie rozwojowej tęczówki. Brak jest badań potwierdzających bezpieczeństwo i skuteczność działania u dzieci preparatów (Catalin, Quinax) stosowanych zapobiegawczo i leczniczo u dorosłych w początkowej zaćmie starczej.

Ponieważ u 1/3 dzieci z wrodzonym brakiem tęczówek występuje guz Wilmsa (nephroblastoma), rozpoznawany przed 5 rokiem życia, powinna być u tych dzieci przeprowa-

dzona analiza chromosomu w celu wykrycia genu odpowiedzialnego za wystąpienie guza Wilmsa, konieczne (i możliwe do zrealizowania) jest także wykonanie badania USG jamy brzusznej.

#### 4. Czy u wszystkich zezujących niemowląt należy wykonywać badanie okulistyczne, w tym badanie dna oka, jako badanie przesiewowe?

Stwierdzenie zezowania, niezależnie od wieku dziecka, a więc także u niemowląt, wymaga bezwzględnie badania okulistycznego. Badanie okulistyczne obejmuje także ocenę dna oczu. Celem badania okulistycznego jest wykluczenie przyczyny organicznej zezowania, obejmującej zaburzenia rozwojowe, choroby zapalne siatkówki i nerwu wzrokowego (grupa TORCH i inne), nowotwory wewnątrzgałkowe (siatkówczak), wady refrakcji. W razie wystąpienia którejkolwiek z tych przyczyn konieczne jest bezwzględne podjęcie leczenia choroby podstawowej lub realizacja rehabilitacji wzrokowej w dostępnym zakresie.

#### 5. Jak zachowują się źrenice w zapaleniu naczyniówkowym?

Pojęcie zapalenia naczyniówkowego jest określeniem nieprecyzyjnym i trudno dać jednoznaczną odpowiedź na to pytanie. Błona naczyniowa oka – *tunica vasculosa bulbi* (*uvea*) składa się z trzech części, są to: część przednia – tęczówka (*iris*), część pośrednia – ciało rzęskowe (*corpus ciliaris*), część tylna –

naczyniówka (*chorioidea*), z których każda oddzielnie lub poszczególne jej części, lub całość mogą ulec procesowi zapalnemu. Zapalenie błony naczyniowej, określane mianem *uveitis*, obejmuje szeroko pojęte wewnątrzgałkowe procesy zapalne, pierwotne lub wtórne, włączające tęczówkę, ciało rzęskowe, naczyniówkę. Zapalenie dotyczące przedniej części oka (*uveitis anterior*) obejmujące tęczówkę i przednią część ciała rzęskowego (*iritis, iridocyclitis*) łączy się z reakcją źrenicy w oku dotkniętym zapaleniem. Dotyczy to szczególnie zapalenia o ostrym przebiegu. Zdrażnieniu gałki, która ma cechy nastroju głębokiego lub mieszanego, towarzyszy zwężenie źrenicy, leniwie reagującej na światło. Zwężenie źrenicy jest następstwem zapalnego podrażnienia zwieracza tęczówki. Utrzymujący się, nieleczonego procesu zapalnego doprowadza do powstania zlepek, a następnie zrostów tylnych tęczówki (między tęczówką a powierzchnią soczewki). Pod wpływem mydriatyków zlepy zostają rozrwane, puszczają i źrenica odzyskuje okrągły kształt. Zrosty wpływają na kształt (i funkcję) źrenicy, która pozostaje wąska i odokrągłona, po rozszerzeniu ma kształt liścia koniczynki. Niekiedy tęczówka jest zrosnięta z powierzchnią soczewki okrężnie przy brzegu źrenicznym, a czasami jest to zrost płaszczyznowy z całą powierzchnią soczewki. Podanie kropli rozszerzających źrenicę pozostaje bez efektu; źrenica jest nadal wąska, wręcz szpilkowata. W celu zapobieżenia tym następstwom zapalenie tęczówki

i ciała rzęskowego wymaga bezwzględnego stosowania kropli rozszerzających źrenicę. Miejscowe leczenie ostrego zapalenia przedniej części błony naczyniowej ma na celu niedopuszczenie do zrostów tęczówki z przednią powierzchnią torby soczewki. Podstawowym lekiem rozszerzającym źrenicę jest atropina (maść, krople), a także homatropina, tropikamid. Zapalenia obejmujące odcinek pośredni błony naczyniowej (*uveitis intermedialis*) i włączające w proces chorobowy część płaską ciała rzęskowego i skrajny odcinek naczyniówki z uwzględnieniem przylegającej siatkówki, mają na ogół przewlekły charakter i nie dają tak wyraźnych reakcji źrenicznych jak ostre zapalenie przedniego odcinka. Zapalenie tylnej części błony naczyniowej (*uveitis posterior s. chorioiditis*) usytuowane jest w tylnej części ciała szklonego, siatkówki lub naczyniówki. Zapalenie obejmuje często naczyniówkę z zajęciem siatkówki (*chorioretinitis*). Jeżeli proces zapalny naczyniówki i siatkówki doprowadził do utraty wzroku, to źrenica w takim oku może nie reagować na światło.

Zapalenie dotyczące wszystkich części drogi naczyniówkowej – całej błony naczyniowej (*panuveitis*), czyli tęczówki, ciała rzęskowego i naczyniówki może przebiegać z wymienionymi na wstępie objawami, związanymi z odczynem zapalnym tęczówki (zlepy, zrosty tylne) i następczymi powikłaniami związanymi z występowaniem zmian o typie tęczówki żaglowatej – *iris bombé* – z zarośniętą i odgradzoną źrenicą.