

Pytania do specjalisty



Prof. dr hab. n. med. Krystyna Wąsowska-Królikowska

1. Bardzo proszę o komentarz na temat szeroko reklamowanych i stosowanych także u dzieci zabiegów „oczyszczania jelita grubego”. Jakie są korzyści, a jakie zagrożenia?

Oczyszczanie jelita grubego, czyli hydrokolonoterapia, jest zabiegiem, który w ostatnich latach zyskał dużą popularność. Reklamowany jest jako nowoczesna metoda oczyszczania organizmu z toksyn i „złogów”, zwiększająca odporność immunologiczną, a polecana głównie u osób cierpiących na zaparcia, zespół jelita drażliwego.

Jest zabiegiem bardziej komercyjnym niż leczniczym. Nie ma żadnych naukowych dowodów (a zwłaszcza u dzieci) na skuteczność tej metody w trwałym oczyszczeniu jelita grubego czy modyfikacji odpowiedzi immunologicznej organizmu. Sam zabieg niewątpliwie u osób z zaburzeniami defekacji będzie powodował opróżnienie jelita, ale można to osiągnąć również przez zastosowanie odpowiedniego postępowania dietetyczno-farmakologicznego. Wielokrotna podczas tego zabiegu podaż wody do jelita pod określonym ciśnieniem niesie za sobą ryzyko perforacji przewodu pokarmowego, zakażeń oraz zaburzeń w składzie fizjologicznej flory jelitowej. Należy również pamiętać, że zaparcia, wzdęcia, uczucie pełności, ból przy defekacji mogą być objawem choroby organicznej przewodu pokarmowego, takiej jak zapalenie jelita grubego, uchyłek, nowotwór, które to schorzenia są przeciwwskazaniem do hydrokolonoterapii.

2. Dziecko bez objawów ma w wywiadzie rodzinnym (ojciec) chorobę Leśniowskiego-Crohna. Czy tylko obserwujemy, czy wcześniej wykonujemy jakieś badania profilaktyczne?

Choroba Leśniowskiego-Crohna jest schorzeniem, w którym jednym z czynników etiologicznych, obok zaburzeń układu immunologicznego, czynników środowiskowych, jest tło genetyczne. Ryzyko zachorowania dziecka w przypadku istnienia choroby u ojca jest kilkakrotnie wyższe niż w populacji ogólnej. Wystąpienie objawów klinicznych jest dopiero podstawą wdrożenia wielokierunkowej diagnostyki. Należy też pamiętać, że ta choroba zapalna jelit, obok objawów z przewodu pokarmowego, daje objawy pozajelitowe, takie jak np. ogólne osłabienie, stany gorączkowe, zaburzenia odżywiania, opóźnienie dojrzewania płciowego. W tych przypadkach należy zawsze w diagnostyce różnicowej uwzględnić to schorzenie.

3. Czy i jak często zachodzi związek między chorobą Leśniowskiego-Crohna a aftami przełykowymi?

Choroba Leśniowskiego-Crohna może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego od jamy ustnej do odbytu. Najczęściej, bo w 40-50% przypadków, zmiany dotyczą końcowego odcinka jelita krętego, w 30-40% zajęte jest jednocześnie jelito cienkie i grube, a samo jelito grube u 20% pacjentów. Według danych z piśmiennictwa częstość zajęcia przełyku w tym schorzeniu szacuje się na 0,2-16%, a wśród dzieci i młodzieży nawet do kilkudziesięciu. Objawami zgłaszanymi przy tej lokalizacji zmian mogą być: dysfagia, odynofagia, zgaga, bóle w klatce piersiowej, nudności lub wymioty. Zmiany endoskopowe w przypadku

zajęcia przełyku mogą uwidaczniać się w postaci rumienia, nadżerek, aft, głębokich owrzodzeń lub zwężeń.

4. Co to jest enterokliza? Kapsułka rejestrująca obraz jelita?

Enterokliza jest badaniem radiologicznym służącym do obrazowania jelit, głównie środkowego odcinka jelita cienkiego. Jest badaniem, podczas którego przez sondę dojelitową wprowadzoną za więzadło Trietza podajemy mieszaninę wodnego roztworu metylocelulozy, ok. 1500-2000 ml, oraz pozajelitowo niejonowy środek cieniujący. Następnie z wykorzystaniem wielorzędowej tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego uzyskujemy obraz jelita. Ta metoda pozwala nam ocenić grubość ściany jelita, szerokość światła oraz uwidocznic obecność przetok i ropni.

Kapsułka rejestrująca obraz jelita to zupełnie inna technika badawcza

5. Czy dodatni test serologiczny przeciw antygenom *H. pylori* plus bóle brzucha w wywiadzie upoważniają do rozpoczęcia leczenia eradykacyjnego? Jeśli nie, to jakie badanie należy jeszcze wykonać?

Wskazaniami do eradykacji *Helicobacter pylori* u dzieci, zgodnie ze stanowiskiem Roboczej Grupy ds. *Helicobacter pylori* Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, jest: wrzód żołądka lub dwunastnicy, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy w wywiadzie oraz przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka. Zatem, aby zastosować kurację eradykacyjną u dziecka należy potwierdzić aktywność zakażenia na podstawie wyniku histopatologicznego lub hodowli mikrobiologicznej z biopłatów błony śluzowej pobranych podczas badania gastrofiberoskopowego.

Stosowane coraz częściej badania nieinwazyjne, takie jak moczownikowy test oddechowcy (UBT) lub badanie antygenów bakterii w kale

(ELISA), są uznane za złoty standard w wykrywaniu zakażenia u dorosłych. Testy te zaleca się u dzieci jako ocenę skuteczności terapii era-

dykacyjnej. Ogólnie dostępne testy serologiczne nie są miarodajne ani w ocenie czynnego zakażenia, ani też rezultatu leczenia.

Dr n. med. Stanisław Warchoń

1. Jaki jest schemat postępowania z noworodkiem z jednostronnym wnetrostwem? Kiedy należy zgłosić się do chirurga, czy konieczna jest konsultacja endokrynologiczna?

Po stwierdzeniu jednostronnego wnetrostwa u noworodka dalszy schemat postępowania zależy od tego, czy niezstąpione jądro można zbadać palpacyjnie (w górnym biegunie moszny, okolicy pierścienia pachwinowego zewnętrznego lub w kanale pachwinowym) czy nie. W przypadku jądra, które można zbadać, dziecko powinno być skierowane do chirurga lub urologa dziecięcego przed 6 miesiącem życia (ewentualna możliwość zstąpienia jądra). Według aktualnych danych z piśmiennictwa zmiany w jądrze niezstąpionym widoczne są już w 6-8 miesiącu życia, a ponieważ postępują, za optymalny czas wykonania orchidopexji uważa się obecnie 9-12 miesiąc życia.

W przypadku jądra niedającego się zbadać (niewyczuwalnego w wyżej wymienionych okolicach) obowiązuje u noworodka, poza wykonaniem badania ultrasonograficznego, także ocena wyglądu zewnętrznych narządów płciowych: czy są one prawidłowo rozwinięte, czy też są obojętne lub występuje spodziectwo. Ocena i określenie płci dziecka w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wyglądu wymaga skierowania do chirurga lub urologa dziecięcego w celu dalszego leczenia.

2. Jak leczyć przyklejony napletek? Kiedy kierować dziecko z takim rozpoznaniem do chirurga?

Przyklejenie napletka uważane jest obecnie za stan fizjologiczny u chłopców w pierwszych 2-3 latach życia. Według danych z piśmiennictwa w końcu pierwszego roku życia tylko u około 50% chłopców napletek jest odprowadzany poza rowek założony, a po skończeniu 3 lat już u 89%. Wskazania do wcześniejszego odklejenia napletka przed końcem 3 roku życia obejmują stany zapalne napletka, gromadzenie się dużej ilości mastki pod napletkiem, podejrzenie zakażenia układu moczowego na podstawie nieprawidłowych

wyników badania moczu. Zabieg odklejenia napletka powinien być przeprowadzony w znieczuleniu miejscowym kremem EMLA, po uprzednim przygotowaniu napletka przez stosowanie miejscowe przez miesiąc np. Kuteridu (daje uelastyczenie skóry napletka).

Chłopca z rozpoznaniem przyklejenia napletka należy kierować do chirurga lub urologa dziecięcego w 2-3 roku życia w celu ustalenia ewentualnych wskazań do odklejenia (występowanie wymienionych sytuacji), a w pierwszym roku życia z rozpoznąną wadą układu moczowego lub po przebyłym zakażeniu układu moczowego.

3. Jaki preparat steroidowy z dostępnymi na rynku stosować w zachowawczym leczeniu stulejki i jak długo?

Dobry wynik w leczeniu zachowawczym przyklejonego napletka oraz w przygotowaniu do zabiegu odklejenia napletka daje preparat Kuterid maść, stosowany miejscowo 2 razy dziennie przez około 4 tygodnie (uelastyczenie skóry napletka). Trudno natomiast mówić o leczeniu zachowawczym stulejki, ponieważ określenie stulejka powinno być używane tylko w przypadku stwierdzonego zmienionego bliznowato napletka (najczęściej jego części obwodowej, w postaci ciasnego, sztywnego pierścienia), bez jakiegokolwiek możliwości jego odciągnięcia i uwidocznienia ujścia zewnętrznego cewki na szczycie żołądździ, z powstawaniem charakterystycznego balonika pod napletkiem w trakcie oddawania moczu. Leczenie stulejki jest wyłącznie operacyjne (plastyka napletka lub obrzezanie).

4. Co robić z wędrującym jądrem?

Jądro wędrujące, według najnowszych podglądów, uważane jest za tzw. jądro przemieszane wtórnie poza mosznę (tzn. jądro pierwotnie obecne w mosznie i ulegające wtórnemu przemieszczeniu poza nią wraz ze wzrostem dziecka) i *de facto* uważane jest za postać wnetrostwa. W związku z powyższym leczenie jądra wędrującego powinno być takie samo, jak i wnetrostwa (jądra pierwotnie niezstąpionego), a więc operacyjne

(sprowadzenie jądra z jego umocowaniem w mosznie).

5. Kiedy kierować niemowlę do urologa z wodniakiem jądra? Kiedy rozpoznawać wodniaka olbrzymiego?

Każde niemowlę ze stwierdzonym wodniakiem jądra (jedno- lub obustronnym) powinno być skierowane na konsultację do urologa lub chirurga dziecięcego, mimo iż większość wodniaków jądra występujących w okresie noworodkowo-niemowlęcym ustępuje samistnie w pierwszych 2 latach życia. Z wodniakami jądra mogą współwystępować również przepukliny pachwinowe i wodniaki powrózka, co wymaga ich właściwego rozpoznania i postępowania.

Nie ma jednoznacznie określonych parametrów klinicznych czy ultrasonograficznych rozpoznawania wodniaków olbrzymich – wodniak olbrzymi w badaniu przedmiotowym przedstawia sprężysty, napięty twór wypełniający całą połowę moszny i powodujący jej znaczne powiększenie, a palpacyjnie jądro jest niewyczuwalne w masie wodniaka.

6. Czy spermatocela ma wpływ na płodność? Czy się operuje?

Torbiel najądrza (spermatocela) jest coraz częściej rozpoznawaną zmianą u dorastających chłopców w następstwie coraz częstszej przypadkowej stwierdzenia w trakcie badania ultrasonograficznego wykonywanego z innych wskazań oraz zjawiska samorozpoznawalności. Według danych z piśmiennictwa, występowanie torbieli najądrza, nawet dużych rozmiarów, nie ma wpływu na płodność. Wskazaniem do leczenia operacyjnego jest natomiast znaczne powiększanie się torbieli (dające znaczne powiększenie gonady) lub występowanie nasilonych dolegliwości bólowych wskutek obecności torbieli.

7. Jakie są obecnie zalecenia dotyczące leczenia przepukliny pępkowej u noworodków i niemowląt? Czy celowe jest stosowanie plastra?

Występowanie przepukliny pępkowej u noworodków i niemowląt związane jest z niecałkowitym zamknięciem się pierścienia

pępkowego po odpadnięciu kikuta pępowiny i wraz ze wzmocnieniem się mięśni przedniej ściany brzucha, a zwłaszcza mięśni prostych, pierścieni pępkowy ulega zwężeniu, a przepuklina ustępuje. Obecnie uważa się, że przepuklina pępkowa o pierścieniu mniejszym

niż 1,5 cm samoistnie ustąpi w ciągu pierwszych 2 lat życia.

Leczenie zachowawcze, polegające na założeniu plastrów po uprzednim wgłobieniu pępka z jednoczesnym zbliżeniem mięśni prostych, nadal jest opisywane i polecane w róż-

nych podręcznikach, chociaż praktyka kliniczna wykazuje, że można uzyskać ustąpienie przepukliny pępkowej bez stosowania plastra. W związku z powyższym (opinia autora odpowiedzi) nie wydaje się celowe stosowanie plastra.

Dr n. med. Stanisław Warchoł

1. Jaki jest schemat postępowania z dzieckiem w przypadku pogryzienia przez psa znanego i nieznanego pod kątem szczepienia przeciw wścieklicznie?

Każde pogryzione przez psa dziecko (niezależnie od faktu, czy pies był znany czy nie) powinno być skierowane na konsultację do specjalisty od chorób zakaźnych zajmującego się tą problematyką w celu ustalenia dalszego sposobu postępowania odnośnie do szczepień przeciw wścieklicznie, ponieważ wykracza to poza zakres chirurgicznej opieki. Podobnie atakujące zwierzę powinno być poddane kontroli i obserwacji przez lekarza weterynarii.

2. Czy zawsze po ugryzieniu przez psa podajemy szczepionkę przeciw tężcowi?

Jeżeli dziecko było szczepione według kalendarza szczepień i ma aktualne szczepienie przeciw tężcowi (do roku od ostatniej dawki + konieczność sprawdzenia aktualności szczepień) w przypadku ran i uszkodzeń powierzchniowych można odstąpić od podawania anatoksyny. Natomiast w przypadku ran rozległych, głębokich, punktowych przeważa pogląd, że niezależnie od aktualności szczepień powinno się podać przypominającą dawkę anatoksyny przeciw tężcowej.

3. Czy te same zasady postępowania dotyczą również pokąsania przez inne zwierzęta, np. gryzonie?

Ogólne zasady postępowania z ranami kąsanymi odzwierzęcymi (pokąsanie przez psy, koty) obowiązują również w przypadku pokąsania przez gryzonie. Należy tylko zwrócić uwagę na fakt, że w przypadku pogryzienia przez gryzonie dominują punktowe rany kąsane, co ma wpływ na sam sposób postępowania z raną kąsaną.

4. Jak długo stosować antybiotyki profilaktycznie i w jakiej dawce u dziecka pogryzionego przez psa?

Profilaktyczna antybiotykoterapia u dziecka pogryzionego przez psa powinna być stosowana przez 7 dni (a w przypadku ran głębokich, rozległych leczonych w warunkach szpitalnych dłużej) w dawce odpowiedniej do masy ciała.

Dr n. wet. Jerzy Gawor

1. Czy są jakieś regulacje prawne dotyczące noszenia przez psy kagańców? Jak można to wyegzekwować np. od sąsiada prowadzącego dużego psa na smyczy bez kagańca?

Samorząd lokalny może drogą uchwały regulować zasady dotyczące noszenia kagańców. W tym celu często wykorzystywane jest Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 28 kwietnia 2003 r. w sprawie wykazu ras psów uznawanych za agresywne (Dz. U. z dnia 8 maja 2003 r.) To Rozporządzenie nie wyczerpuje jednak oko-

liczności, które mogą sprzyjać pogryzieniom, dlatego wiele samorządów nie czyni ograniczenia tylko do psów ras wymienionych na liście. Właściwym organem, który powinien służyć informacją o lokalnych regulacjach, jest straż miejska.

2. Czy są opracowane konkretne zalecenia dla rodziców i właścicieli psów, które można by przekazać rodzicom, dotyczące ryzykownych zachowań wobec zwierząt, szczególnie dzieci?

Jest wiele pozycji książkowych o tresurze psów, w których opisuje się konkretne zasady postępowania wobec psa. Te zasady często

skupione są na oczekiwaniach względem psa i dlatego warto oprócz nich sięgnąć również po takie książki, w których respektuje się dwustronne relacje między człowiekiem i jego podopiecznym z prawem tego ostatniego do swoich zachowań. Znajomość tych zachowań pozwala uniknąć zagrożeń. Książeczka załączona do pakietu Blue Dog wymienia takie zasady.

3. Pod jakim adresem internetowym można nabyć pakiet The Blue Dog?

The Blue Dog można nabyć w placówkach weterynaryjnych. Jeśli chodzi o zakup w sklepie internetowym, to mogę wskazać np. <http://www.arka.sklep.pl>.

Piśmiennictwo ze str 80

Zalecane piśmiennictwo

Cassidy SB, Allanson JE, eds. Management of Genetic Syndromes. 2nd ed. Wilmington, De: Wiley-Liss; 2004

de Revel TJ, Devriendt K, Fryns JP, Vermeesch JR. What's new in karyotyping? The move towards array comparative genomic hybridisation (CGH). *Eur J Pediatr.* 2007;166:637–643

Faivre L, Portnoi MF, Pals G, et al. Should chromosome breakage studies be performed in patients with VACTER Association? *Am J Med Genet.* 2005;137:55–58

Jessica MJ, Laurie AD. Genetic syndromes determined by alterations in genomic imprinting pathways. *NeoReviews.* 2007;8:e120–e126

Jones KL, ed. Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation. 6th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2005

Online Mendelian Inheritance in Man, OMIM.TM Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim/>

Robin NH, Falk MJ, Haldeman-Englert CR. FGFR-related craniosynostosis syndromes. In: GeneReviews at GeneTests: Medical Genetics Information Resource (database online). © University of Washington, Seattle. 1997–2007. Available at <http://www.genetests.org>. Accessed October 2007