

Zgodny z rekomendacjami ESPGHAN 2014¹



Praktyczny poradnik

dla rodziców dziecka z zaparciem

Redakcja wydania polskiego
oraz informacje na temat zaparcia u dzieci
prof. dr hab. n. med. Elżbieta Czkwianianc
dr Ryszard Makosiej
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi
Klinika Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii

Vitis pharma
Dicofarm group

SPIS TREŚCI

3	DEFINICJA ZAPARCIA
3	ZAPARCIE CZYNNOŚCIOWE
4	PRZYCZYNY ZAPARCIA
7	OBJAWY
8	JAK ZAREAGOWAĆ NA PROBLEM ZAPARCIA ?
9	KIEDY NALEŻY UDAĆ SIĘ DO LEKARZA ?
9	PRZYGOTOWANIE DO SPOTKANIA Z LEKARZEM
11	W TRAKCIE OCZEKIWANIA NA WIZYTĘ
11	BADANIA I DIAGNOSTYKA
12	LECZENIE FARMAKOLOGICZNE ZAPARCIA
13	STYL ŻYCIA
15	ZAPOBIEGANIE ZAPARCIU U DZIECKA
15	DO ZAPAMIĘTANIA
16	DIETA
22	DZIENNICZEK WYPRÓŻNIEŃ
23	NOTATKI

Definicja

Zaparcie jest zaburzeniem polegającym na oddawaniu stolca w odstępach dłuższych niż co 3 dni, lub rzadziej niż 3 razy w tygodniu. Jednak trzeba zaznaczyć, że ta definicja nie stosuje się do noworodków i niemowląt karmionych wyłącznie piersią, u których fizjologiczny rytm wypróżnień waha się znacznie, od 1 wypróżnienia w ciągu 10 dni do 10 wypróżnień na dobę.

Zaparcie jest definiowane także jako utrudnione, wymagające wysiłku oddawanie stolca o bardzo dużej lub zbyt małej objętości. Czasem występuje odczucie niepełnego wypróżnienia. Czyli zaburzenie to może polegać na nieprawidłowej częstotliwości, objętości oraz konsystencji oddawanego stolca, ze zwiększonym wysiłkiem w trakcie defekacji, a stolce z reguły mają wygląd zbity, spieczony. Przewlekłemu zaparciu może towarzyszyć popuszczanie papkowatego, a nawet wodnistego stolca, co jest związane z tzw. przeciekaniem nowo tworzonych płynnych mas kałowych. Masy te są płynne, bowiem woda, która powinna być wchłonięta w jelicie grubym nie jest absorbowana w wystarczającym stopniu. Wpływa na to zmniejszona powierzchnia kontaktu zawartości okrężnicy z błoną śluzową jelita, którego ściany są pokryte twardymi masami kałowymi. Ten stan, jeśli jest nasilony, może być mylony nawet z biegunką. Dodatkowo jeśli zaleganie twardego, zbitego kału w dużej ilości dotyczy odbytnicy i trwa kilka dni, to osłabiają się fizjologiczne odruchy parcia. Zwieracze odbytu poddane ciągłej presji napierających mas również zmniejszają napięcie i pozwalają na ciągłe wydalanie niewielkich ilości stolca, bezwiednie i bez sygnalizacji czy odczuwania popuszczania i brudzenia bielizny przez dziecko.

Zaparcie czynnościowe (nawykowe)

To opracowanie dotyczy zaparcia czynnościowego, czyli zaparcia, które nie jest spowodowane przez choroby organiczne. Takie sytuacje będą omówione tylko w aspekcie występowania chorób organicznych, które mogą być powodem zaparcia lub zaparcie jest jednym z objawów. Dotyczy to około 5% dzieci z zaparciem, a leczenie zaparcia sprowadza się wówczas do leczenia choroby podstawowej, o ile taka terapia jest możliwa (np. operacyjne leczenie choroby Hirschsprunga). U większości dzieci (95%) zaparcie wynika z zaburzeń czynnościowych.



Przyczyny zaparcia nawykowego (czynnościowego)

Etiologia przewlekłego zaparcia jest złożona, i mimo, że uwarunkowania środowiskowe wydają się mieć większy wpływ na wystąpienie zaparcia, to jednak czynniki genetyczne nie pozostają bez znaczenia. Tych zależności dowodzą badania wskazujące na częstsze występowanie zaparcia u osób pochodzących z rodzin, w których również występował ten problem oraz podobna częstość występowania zaparcia u bliźniąt. Należy podkreślić, że przewlekłe zaparcie może być objawem choroby organicznej i zespołów wrodzonych np. choroby Hirschsprunga, mukowiscydozy, alergii pokarmowej (zwłaszcza na białka mleka krowiego u niemowląt), zespołu Downa, niedoczynności tarczycy, obecności polipów jelit, zwężeń jelit i wielu innych chorób.

Wśród czynników środowiskowych, sprzyjających wystąpieniu zaparcia u dzieci za bardzo ważne uważa się uwarunkowania dietetyczne. Błędy w żywieniu powodują nieprawidłowe nawyki, które mogą utrwalić się na długie lata i powodować przewlekłą chorobę zaparciową.

Błędy w karmieniu dzieci do 2. roku życia polegają na:

- karmieniu sztucznym, które sprzyja zaparciu
- podaży zbyt małej ilości płynów u niemowląt karmionych sztucznie
- u dzieci powyżej 6. miesiąca życia często dieta nie jest wzbogacona o warzywa i owoce, lub jeśli są one obecne w diecie dziecka, to wyłącznie jako przeciery gotowane i soki
- u dzieci powyżej 1. roku życia jeszcze wyraźniej zarysowuje się niedobór błonnika (brak lub niedobór surowych warzyw i owoców, podawanie jedzenia w formie papek)
- zbyt mała ilość podawanej wody i błędna interpretacja działania „anty-zaparciowego” soków owocowych (takie działanie mają tylko przeciery lub kawałki owoców)
- przejściowy deficyt płynów (np. choroby gorączkowe) może spowodować pierwszy incydent zaparcia, jeśli zakończony oddaniem stolca z bólem, to dziecko będzie się bronić przed następnymi wypróżnieniami z obawy przed powtórzeniem się bólu



- obecność słodczy, zwłaszcza z udziałem ziarna kakaowego w tym wieku (czekolada, ciastka powlekane czekoladą, batoniki, płatki kukurydziane kakaowe, czekoladowe, kakao zamiast mleka itp.)
- przedłużone karmienie butelką – powyżej 1. roku życia (w tym karmienia nocne).

Zaburzenia stylu życia w tym wieku są bardzo rzadkie ze względu na naturalną ruchliwość dziecka, chyba że dotyczą:

- dzieci z opóźnionym rozwojem fizycznym i nieprawidłową rehabilitacją (np. mózgowe porażenie dziecięce)
- dzieci z przewlekłymi i przewlekającymi się stanami chorobowymi, wymagającymi dłuższego unieruchomienia

Po ukończeniu 2. roku życia zaburzenia dietetyczne nazwane są zaburzeniami odżywiania i one mogą mieć bardzo zróżnicowany charakter – od zbyt małego spożycia posiłków do przekarmiania oraz z niewłaściwymi proporcjami poszczególnych składników pokarmowych.

Najczęstsze błędy w karmieniu dzieci od 2. roku życia:

- nadmiar węglowodanów w diecie (słodycze złożone zwłaszcza z zawartością ziarna kakaowego)
- zbyt mała podaż płynów – zwłaszcza wody
- zbyt mała podaż błonnika (niedobór surowych warzyw i owoców)
- zbyt duże obciążenie pokarmami mącznymi, drobnymi kaszami (manna, mleczno-ryżowa, kleiki ryżowe itp.)
- zbyt mała podaż kasz z grubego przemiału (jęczmienna, pęczak, kasza jaglana)
- zbyt duża przewaga mąki wysokooczyszczonej nad razową (pełnoziarnistą) w pieczywie, makaronach itp.
- zbyt duża podaż pokarmów wysoko przetworzonych (np. chrupki kukurydziane).

Im starsze dziecko, tym bardziej zarysowuje się udział niewłaściwego stylu życia w występowaniu zaparcia, a mianowicie:

- siedzącego trybu życia (wielogodzinne zajęcia w szkole i dodatkowe lekcje np. języków, konieczność wielogodzinnego uczenia się po lekcjach w domu, przeciążenie rozrywką wizualną – gry komputerowe, konsole do gier, oglądanie TV, bajek, filmów, utrzymywanie wirtualnych kontaktów

z rówieśnikami – portale społecznościowe, SMS-y itp., unikanie zajęć W-F i zajęć o charakterze sportowym)

- unieruchomienie, hospitalizacja, długotrwała podróż mogą być czynnikami spustowymi dla incydentu zaparcia, następowego oddania stolca z bólem, czasem po urazie śluzówki przez twarde stolec powodującymi wypróżnienie z domieszką krwi na powierzchni, co sprzyja rozwinięciu postawy lękowej i powstrzymywania się od wypróżniania
- ograniczenie w dostępie do toalety lub niechęć do korzystania z toalety publicznej (brudne, nieprzyjemne otoczenie, niezamykane drzwi, brak przyborów toaletowych, pośpiech z powodu zajęć w przedszkolu, szkole, zbyt mała liczba toalet) może prowadzić do niepełnego wypróżnienia i zalegania stolca, a także do nieoddawania stolca z powodów lękowych
- czasem zaparcie jest spowodowane nie przywiązywaniem wagi do regularnych wypróżnień przez dziecko i otoczenie
- czasem zaparcie jest spowodowane chęcią zwrócenia uwagi na siebie
- do rozwoju zaparcia mogą przyczyniać się także niektóre leki (nadmiar witaminy D, kodeina w preparatach przeciwkaszlowych, leki rozkurczowe w odniesieniu do bólów brzucha, wiele leków psychotropowych i przeciwdepresyjnych oraz dłużej lub często stosowane leki przeciwbólowe z grupy tzw. niesterydowych leków przeciwzapalnych).

Najczęstszą przyczyną wystąpienia zaburzeń defekacji jest nieodpowiednia zmiana w diecie oraz nieodpowiedni, czasem zbyt wczesny lub zbyt późny trening toaletowy. Nieumiejętna nauka świadomych czynności fizjologicznych tj. oddawania stolca i moczu do nocnika czy do toalety wprowadzona zbyt wcześnie lub nawet odpowiednia, ale zbyt późno (powyżej 3. roku życia) może powodować wystąpienie objawów niechęci i buntu u dzieci. Proces ten, szczególnie u dzieci powyżej 3. roku życia, jest wynikiem stosowania, ponad fizjologiczną konieczność, higroskopijnych materiałów higieny osobistej niemowląt i małych dzieci. Jest to wygodne dla opiekunów, ale nieodczuwanie dyskomfortu z powodu mikcji czy wypróżnienia przez dziecko utrwała świadomość, że materiały te stanowią „naturalną i integralną” część organizmu od urodzenia, a więc jak ją teraz odrzucić?! Powoduje to z jednej strony zahamowanie kształtowania świadomej kontroli nad procesem mikcji i defekacji (kształtowanie odruchów 1-3 rok życia), z drugiej zaś, może prowadzić do reakcji histerycznych i wtórnego tłumienia parcia na stolec prowadzący do dłuższego pozostawiania mas kałowych w jelicie i odbytnicy. W ten sposób dochodzi do kształtowania postawy retencyjnej (świadome hamowanie potrzeby defekacji poprzez zaciskanie

pośladków, prostowanie nóg i stanie na paluszkach z jednoczesnym przytrzymywaniem się krawędzi mebli).

Na szczęście, we wstępnym etapie rozwoju dziecka, większość przypadków zaparcia ma charakter przemijający, ale wymagają ze strony rodziców i opiekunów uwagi poświęconej temu problemowi (w tym oceny częstości i konsystencji oddawanego stolca) by zaparcie nie utrzymało się, doprowadzając do pełnoobjawowej choroby zaparciowej z powstaniem dysfunkcji mięśni dna miednicy. W ocenie konsystencji stolca pomocna jest zamieszczona w końcowej części opracowania, Bristolska Skala Uformowania Stolca (BSUS).

Zachęcanie dziecka do podejmowania prostych zmian zmierzających do modyfikacji nawyków żywieniowych (spożywanie większych ilości błonnika, czyli warzyw i owoców, zwłaszcza surowych, oraz przyjmowanie większych ilości płynów – głównie wody, unikanie zbyt częstego spożycia pokarmów zawierających ziarno kakaowe), a także zwiększenie aktywności fizycznej, jest pierwszym, często wystarczającym postępowaniem w profilaktyce zaparcia. W przypadku braku istotnej poprawy, dalsze postępowanie terapeutyczne powinno być prowadzone przez lekarza pediatrę, a w razie braku efektów, przez lekarza gastroenterologa.

Objawy

Na zaparcie u dziecka mogą wskazywać:

- mniej niż trzy wypróżnienia w tygodniu
- stolce twarde, suche
- ból podczas wypróżnienia
- brudzenie bielizny (popuszczanie stolca)
- niekiedy obecność świeżej (żywoczerwonej) krwi w niewielkiej ilości (zazwyczaj kilka kropeł) na powierzchni twardego stolca lub na papierze (ten objaw może też wskazywać na inne choroby)
- postawa retencyjna – przy odczuciu parcia na stolec chowanie się przed otoczeniem, zaciskanie pośladków, przyjmowanie pozycji stojącej na paluszkach, czasem widać grymasy twarzy podczas tych manewrów
- po kilku dniach zaparcia stopniowo może pojawić się utrata apetytu, a nawet ból brzucha, który często staje się uwypuklony i ma zwiększony obwód, jednak po wypróżnieniu, apetyt wraca, a obwód brzucha zmniejsza się.





Jak zareagować na problem zaparcia, gdy się pojawi?

Trzeba pamiętać, że wiele zależy od wieku dziecka i karmienia. Czyli nie jest problemem niezbyt częste nawet co kilka dni oddawanie stolca u niemowlęcia do 6 m. ż. jeżeli jest karmione wyłącznie piersią i nie występują u niego inne objawy chorobowe. Jeśli zaparcie dotyczy dziecka powyżej 6. miesiąca życia, a zwłaszcza do 4. roku życia należy jak najszybciej podjąć działanie w ramach własnych czynności opieki nad dzieckiem, a w razie pojawienia się dalszych problemów należy zgłosić się do lekarza. Udowodniono bowiem, że wczesna interwencja jest o wiele bardziej skuteczna niż zbyt późna.

Przede wszystkim należy przeanalizować dietę i styl życia dziecka. Należy zastanowić się czy ma swobodny dostęp do toalety, czy pije wystarczająco dużą ilość wody, czy trening toaletowy w przypadku młodszego dziecka jest odpowiedni.

Należy też pamiętać by sprowokować wypróżnienie (za pomocą czopka glicerynowego), jeśli stolec nie jest oddawany dłużej niż przez 3 doby. W tym miejscu chcemy obalić mit szkodliwości wkładania czopków glicerynowych (dopasowanych wielkością do wieku dziecka) i jednocześnie zwrócić uwagę na sposób ich wprowadzania do odbytu. Konieczne jest użycie rękawiczek jednorazowych, wazeliny, którą należy użyć do posmarowania odbytu i czopka oraz delikatne wprowadzenie czopka poprzez naciskanie otworu odbytowego, połączone z ruchem okrężnym - rozwierającym. Należy wprowadzić czopek kompletnie, kontrolując jego położenie palcem tak by nie znajdował się w obrębie zwieraczy odbytu. Wówczas dziecko będzie odczuwać dyskomfort i szybko wywali czopek, bez efektu wywołania wypróżnienia.

Kiedy należy udać się do lekarza?

1. Jeśli ingerencja własna jest nieskuteczna, ewentualnie rodzice obawiają się braku odpowiednich umiejętności stosowania czopków, lepiej jest zasięgnąć porady lekarskiej.
2. Jeśli mimo stosowania odpowiednich sposobów postępowania dotyczących diety i modyfikacji stylu życia rozwijają się objawy wskazujące na przewlekłą chorobę zaparciową (omówione wcześniej).
3. Jeśli dziecko nie oddaje stolca przez kilka dni (6-7 i więcej).
4. Jeśli dziecko nie oddało pierwszego stolca (tzw. smółka) w ciągu 24-48 godzin po urodzeniu i występują objawy zaparcia.
5. Jeżeli zaparcie towarzyszą inne objawy wskazujące na chorobę organiczną będącą przyczyną zaparcia:
 - gorączka lub stany gorączkowe bez wyraźnej przyczyny infekcyjnej
 - bóle brzucha
 - wymioty
 - krwawienie z odbytu/anemia
 - znacznie zwiększony obwód brzucha
 - utrata masy ciała
 - pęknięcie/szczelina odbytu
 - wypadanie odbytnicy
 - pojawianie się nienaturalnej masy w odbycie podczas parcia na stolec
 - przyspieszenie tętna i oddechu.

Przygotowanie do spotkania z lekarzem

Jeśli zaparcie trwa dłużej niż dwa tygodnie, to należy zgłosić się do lekarza pierwszego kontaktu (pediatry). Jeśli to konieczne, dziecko może zostać skierowane do gastroenterologa.

Pacjent przygotowany do wizyty jest dużym wsparciem dla lekarza, ponieważ może udzielić mu wielu ważnych informacji:

- kiedy dziecko oddało pierwszy stolec (tzw. smółkę) po urodzeniu, czy było to w ciągu 48 godz.
- kiedy po raz pierwszy zaobserwowano problemy z wypróżnieniem

- od kiedy zaparcie ma charakter przewlekły
- jak często występuje spontaniczne wypróżnienie, jaka jest konsystencja stolca (można posłużyć się Bristolską Skalą Uformowania Stolca – rycina na końcu poradnika)
- czy występuje brudzenie bielizny i od kiedy
- czy występuje krew na stolcu / na papierze toaletowym
- czy dziecko wypróżnia się z dużym wysiłkiem
- czy występuje zmniejszenie apetytu
- czy występują u dziecka inne dolegliwości (ból brzucha, nudności, wymioty i inne)
- dieta (sposób karmienia / odżywiania)
- czy i kiedy dziecko odbyło skuteczną naukę świadomego oddawania stolca
- zmiany w życiu dziecka – np. uczęszczanie do żłobka, przedszkola, szkoły
- leki, witaminy, suplementy diety – jakie dziecko przyjmuje
- czy dziecko miało kiedykolwiek objawy alergiczne (tzw. „skazę białkową”, atopowe zapalenie skóry, pokrzywkę, uczulenia na alergeny pokarmowe i wziewne)
- jakie gastrologiczne choroby (np. wrzodowa, refluksowa, kamica żółciowa, nowotwory) występują w rodzinie dziecka (rodzice, babcie i dziadkowie, rodzeństwo rodziców i ich dzieci, rodzeństwo dziecka).

Są to jednocześnie pytania jakich można oczekiwać od lekarza.

Czas kontaktu Państwa z lekarzem w trakcie wizyty z dzieckiem może być ograniczony, więc przygotowanie listy pytań, może pomóc w pełni wykorzystać czas wizyty.

Oto kilka podstawowych pytań do lekarza związanych z zaparciem:

- jaka jest najbardziej prawdopodobna przyczyna dolegliwości mojego dziecka?
- czy istnieją inne możliwe przyczyny?
- jakich badań potrzebuje moje dziecko?
- jak długo może trwać ten stan?
- jakie zabiegi są polecane?
- czy i jakie należy wprowadzić zmiany w diecie/stylu życia dziecka?

- czy potrzebna jest konsultacja gastroenterologa? i/lub dietetyka?
- czy konieczne jest stosowanie leków?
- czy są broszury lub inne materiały drukowane, które są poświęcone problemowi zaparcia u dziecka?

Co można zrobić w trakcie oczekiwania na wizytę?

Zadbać o prawidłową dietę ze zwiększoną ilością warzyw oraz płynów (woda, sok z suszonych śliwek).

Zadbać o regularną aktywność fizyczną, co poprawia pracę jelit.

Jeśli zachodzi podejrzenie, że trening toaletowy może odgrywać rolę w zaburzeniach wypróżniania u dziecka, należy zrobić przerwę w treningu czystości.

Badania i diagnostyka specjalistyczna



Lekarz pediatra:

- zbierze pełną historię medyczną. Poprosi o informacje o przebytych chorobach Twojego dziecka oraz zapyta o obecną dietę i aktywność fizyczną.
- przeprowadzi badanie fizykalne (być może też badanie palcem przez odbyt).

Szersze badania są zwykle zarezerwowane tylko dla najcięższych przypadków zaparcia (gastroenterolog, chirurg).

W razie potrzeby można wykonać badania (w przypadku dzieci, zwłaszcza młodszych na ogół w warunkach stacjonarnego 3. dniowego pobytu szpitalnego):

- ultrasonograficzne / ewentualnie rentgenowskie badanie jamy brzusznej ogólne lub dotyczące okolicy odbytnicy.
- manometria anorektalna (w tym teście, cienki cewnik – zostaje umieszczony w odbycie i za jej pomocą mierzy się koordynację mięśni okołoodbytnicznych), wymaga świadomej współpracy ze strony dziecka (na ogół od 5. roku życia).

- kontrastowy wlew doodbytniczy (doodbytniczo zostaje podawana zawiesina kontrastująca) w celu uwidocznienia jelita grubego i wykluczenia organicznych przyczyn przewlekłego zaparcia stolca).
- chirurgiczna biopsja jelita. W tym teście, próbka tkanki jest pobierana z błony śluzowej odbytnicy, aby ocenić pod mikroskopem komórki nerwowe.
- test Hintona - w tym teście, dziecko będzie połykać kapsułki zawierające znaczniki, widoczne w radiologicznym, przeglądowym zdjęciu jamy brzusznej. Lekarz przeanalizuje sposób rozmieszczenia znaczników i na tej podstawie oblicza czas pasażu jelitowego przez poszczególne odcinki jelit co może pomóc w identyfikacji odcinka gorzej funkcjonującego.
- bardzo rzadko może być potrzebne badanie kolonoskopowe – przy podejrzeniu obecności polipa lub zwężeń lub zmian zapalnych.
- badania krwi (m.in. ocena hormonów tarczycy).

Leczenie:

Leczenie przewlekłego czynnościowego (nawykowego) zaparcia u dzieci jest wielokierunkowe, głównie farmakologiczne i dietetyczne, powinno odbywać się w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Często potrzebna jest konsultacja gastrologiczna, żeby wykluczyć chorobę organiczną. Ponadto w leczeniu może okazać się pomocna porada dietetyka lub/i psychologa.

Leczenie farmakologiczne zaparcia polega na odpowiednim doborze leków z kilku grup różnych działających leków

Najczęściej podaje się kilka środków z różnych grup, tak aby jelita były stymulowane w różny sposób, naśladujący fizjologię. Leczenie zaparcia jest procesem długotrwałym, nie wystarczy jedynie postępowanie farmakologiczne, lecz konieczna jest także edukacja co do charakteru zaburzeń czynnościowych oraz co do zmiany diety i stylu życia, czyli np. zwiększenia aktywności fizycznej.

Wyboru leczenia dokonuje zawsze lekarz.

W zależności od okoliczności, lekarz może zalecić:

- podawanie leków osmotycznie czynnych (makrogole, czy np. laktuloza). W chwili obecnej są dostępne wyroby medyczne, zalecane do stosowania u dzieci już od 6. miesiąca życia. Dzięki osmotycznemu działaniu, naturalnie regulują pracę jelit, zmiękczają stolec i tym samym ułatwiają wypróżnianie. Istotnym jest, że po podaniu doustnym nie drażnią błony śluzowej jelita, nie wchłaniają się z przewodu pokarmowego oraz nie powodują występowania skurczowych bólów brzucha i nagłego parcia.

Sposób dawkowania leków i wyrobów medycznych, powinien być uzgodniony z lekarzem prowadzącym.

Nie należy podawać dziecku środków przeczyszczających ani samodzielnie stosować wlewów doodbytniczych tj. lewatyw bez konsultacji z lekarzem. Rodzaj lewatywy i sposób jej wykonania należy dokładnie przedyskutować z lekarzem. Nigdy nie stosujcie Państwo w formie wlewów doodbytniczych wodnych roztworów mydła, które mogą powodować podrażnienie i chemiczne uszkodzenie błony śluzowej odbytnicy, co może skutkować pogorszeniem występujących dolegliwości. Nigdy nie podejmujcie Państwo prób samodzielnego wydobywania spieczonego stolca!

- Leczenie szpitalne. Czasami u dziecka może wystąpić tak poważne zaparcie, że wymaga ono hospitalizacji na krótki czas, aby m.in. zastosować mocniejszą lewatywę lub dokonać ręcznego wydobycia zalegającego, spieczonego stolca. W szpitalu można też dokonać specjalistycznych analiz przyczyn zaparcia. Czasem wymagane jest leczenie chirurgiczne.

Styl życia i domowe środki wspomagające

Często proste zmiany w diecie i aktywność ruchowa może pomóc w złagodzeniu zaparcia u dzieci:

- dieta bogata w błonnik (tabela 1.)

Zalecane spożycie błonnika pokarmowego wynosi ok. 14 gramów na każde 1000 kalorii w diecie dziecka.

Dla młodszych dzieci, dzienna dawka wynosi około 20 g błonnika dziennie.



Dla dorastających dziewcząt i młodych kobiet, 29 gramów dziennie, a dla dorastających chłopców i młodych mężczyzn 38 gramów dziennie.

Należy więc proponować dziecku pokarmy bogate w błonnik, takie jak groch czy fasola, surowe warzywa, produkty pełnoziarniste z mąki razowej (pieczywo, makarony itp.) czy owoce. Jednak dieta nie powinna być zmieniana drastycznie i zbyt szybko. Zatem należy powoli i stopniowo włączać produkty bogate w błonnik (kilka gramów błonnika dziennie) przez kilka tygodni. W ten sposób można osiągnąć stopniową adaptację organizmu i uniknąć nagłego zwiększenia ilości gazów jelitowych i wzdęcia, które mogą wystąpić u osoby, która nie jest przystosowana do spożywania produktów spożywczych bogatych w błonnik. Należy także pamiętać, że do zwiększonej ilości błonnika należy podać odpowiednią ilość płynów, najlepiej wody.

- zwiększona podaż odpowiednich płynów

Woda i inne płyny wpływają na spoistość (zmiękczenie) stolca dziecka. Nie należy podawać dziecku do picia zawieszistych, nieklarownych płynów, gdyż „zawieszono” w nich cząsteczki roślinne, mogą wpływać na wystąpienie i nasilenie zaparcia stolca. Szczególnie należy zwracać uwagę na ilość wypijanego słodkiego mleka, gdyż jego nadmiar może przyczyniać się i nasilać występowanie zaparcia stolca.

- trening defekacji

Dobrze jest zachęcać dziecko, do treningu defekacji polegającym na siadaniu na sedesie/nocniku przez pięć do 10. minut, w ciągu pół godziny po każdym posiłku. Może się to odbywać początkowo w asyście ulubionych zabawek, czy książeczek, tak by dziecko było zainteresowane siadaniem i siedzeniem na nocniku.

- rodzicielskie oddziaływania wspomagające

Należy nagradzać wysiłki dziecka, a nie wyniki. Dziecko może otrzymywać małe nagrody za każdą próbę defekacji do sedesu/nocnika, chociaż i tak najważniejsze są pochwały. Nie wolno stosować kar, ani straszyć nimi, nie należy wyśmiewać jego zachowania nawet, gdy popuści stolec i ma brudną bieliznę. Można natomiast okazać zmartwienie, co będzie i tak nieprzyjemne dla dziecka.

Zapobieganie zaparciu u dziecka

Aby uniknąć zaparcia u dzieci:

- proponowanie dziecku pokarmów bogatych w błonnik. Uwzględnić należy w diecie pokarmy bogate w błonnik, takich jak owoce, warzywa, pieczywo pełnoziarniste z ziarnami zbóż
- zachęcanie dziecka do picia dużej ilości płynów (najlepiej wody)
- promowanie aktywności fizycznej. Regularna aktywność fizyczna pomaga stymulować normalne funkcjonowanie jelit
- utworzenie warunków do rutynowej defekacji



Regularnie poświęcać czas dziecku po posiłku, w celu zachęcania do korzystania z toalety. Jeśli to konieczne, należy zapewnić podnózek, tak, żeby dziecko wygodnie siedziało na toalecie i miało wystarczający punkt podparcia (dźwignię) do wydalenia stolca.

- przypomnianie dziecku o potrzebie wypróżnienia

Niektóre dzieci tak bardzo pochłonięte są zabawą, że ignorują sygnały płynące z organizmu o potrzebie wypróżnienia. Odwlekanie i powstrzymywanie defekacji może prowadzić do problemów z wypróżnianiem w przyszłości.

- jeżeli dziecko przyjmuje leki które powodują zaparcie, należy zapytać lekarza o możliwą zmianę terapii.

Do zapamiętania przez Rodziców i Opiekunów

1. Zaburzenia defekacji we wczesnym etapie życia dziecka (po wykluczeniu chorób organicznych przewodu pokarmowego, chorób metabolicznych i innych), mają charakter przemijający, z reguły wymagający modyfikacji diety.
2. Obecność stolca typ I/II wg BSUS (Bristolaska Skala Uformowania Stolca) i/lub obecność krwi na stolcu, a także oddawanie stolca co 1-2 tygodnie, wymaga bezwzględnego kontaktu z lekarzem.
3. Należy promować „zdrowe żywienie” dziecka, zachęcać do aktywnych form wypoczynku, a z niemowlakami w wózekkach należy dużo spacerować.
4. Należy zachować kontrolę nad dietą dziecka, w tym także w trakcie odwiedzin rodziny oraz znajomych.

5. Należy dbać o odpowiednią ilość wypijanych płynów (głównie woda).
6. Należy odpowiednio wcześnie rozpocząć zabawowe treningi czystości życia dziecka, stopniowo i z rozważą, rezygnować ze stosowania higroskopijnych środków higieny osobistej.
7. W razie pojawienia się problemu z zaparciem dobrze jest prowadzić tzw. Dzienniczek wypróżnień dla dziecka z pozytywnymi naklejkami – czyli odnotowanie kiedy i jakie było wypróżnienie. W przypadku przedszkolaka może polegać to na wklejaniu naklejek lub namalowaniu rysunku o optymistycznej wymowie np. uśmiechnięte słońce czy wesoły samochód. Może to być także odpowiednik nagrody dla dziecka. W przypadku dzieci starszych można do prowadzenia kalendarza wykorzystać Bristolską Skalę Uformowania Stolca. **Na końcu książeczki znajduje się przykładowy Dzienniczek wypróżnień wraz z naklejkami dołączonymi do poradnika, który może być dodatkową motywacją dla dziecka.**
8. Rozpoczęte leczenie farmakologiczne należy prowadzić pod kontrolą lekarza pediatry i/lub gastroenterologa. Bez konsultacji z lekarzem samodzielnie nie należy rezygnować lub modyfikować stosowanego leczenia.
9. Trzeba pamiętać, że z przewlekłego zaparcia stolca, niestety się nie wyrasta! Zwykle przeradza się to w problem dotyczący następnie życia dorosłego.

Dieta

Na koniec tego poradnika przedstawimy komentarz własny do wskazówek dietetycznych, dotyczących zaparcia. Po pierwsze dieta powinna być urozmaicona. Można by więc powiedzieć, że dziecko może jeść wszystko, pod warunkiem, że produkty będą zrównoważone pod względem ilościowym i jakościowym. Np. jeśli nawet kanapka będzie przyrządzona z pieczywa białego (mąka z wysokiego przemiału) to jeśli dołożymy do niej plasterki chudej wędliny i sałatę z ogórkiem, pomidorem czy rzodkiewką, a dziecko po jej zjedzeniu wypije kubek kawy zbożowej i wodę to jest to przykład diety zawierającej elementy niewskazanych produktów (pieczywo z mąki z wysokiego przemiału), ale zrównoważonych przez pozostałe składniki warzywne. Jeśli jednak kanapka pod postacią kromki białego pieczywa będzie posmarowana wyrobem czekoladowym, a dziecko będzie popijało ją nieklarownym sokiem owocowym, to taka kompozycja może okazać się

niewłaściwą biorąc pod uwagę zaparcie. Problem polega też na tym, że dziecko, któremu jakiś produkt bardzo smakuje (np. wyrób czekoladowy) zjada go chętnie, szybko i w dużych ilościach, co sprawia, że opiekunowie nie mają kłopotu z zachęcaniem, przygotowywaniem posiłku i jednocześnie mają poczucie, że dziecko zjadło wystarczającą ilość. Prawda jest jednak taka, że ilościowo (biorąc pod uwagę kalorie) ten posiłek może być nawet zbyt kaloryczny, że jest to posiłek o tzw. wysokim indeksie glikemicznym (wywołuje znaczne wahania stężenia glukozy i insuliny we krwi) i nie zwiiera tak pożądanego błonnika. Wszyscy wiemy, że dietetycy nawołują do spożywania warzyw nawet do 5. razy na dobę. Tyle posiłków należałoby spożyć w ciągu dnia pamiętając o dokładaniu warzyw i owoców. Owoce przeważnie są słodkie – więc dobrze je stosować jako desery, zaś warzywa powinny być dokładane do posiłków głównych – np. jeśli na kolację serwujemy dziecku twarożek – to niech w tym twarożku znajdą się kawałki rzodkiewki i szczypiorku. Te dodatki sprawiają że wizualnie taki twarożek jest kolorowy, co również może pobudzić chęć do jego spożycia. Jeżeli jeszcze posypimy ten twarożek otrębami pszennymi to widok będzie jeszcze bardziej urozmaicony, a nawet może trochę przypominać pieprz (dla miłośników ostrych przypraw). Choć takie przyrządzanie posiłków wymaga więcej czasu i energii, to jednak zdrowe i właściwie odżywione dziecko, z odpowiednimi nawykami żywieniowymi dostarczy dużo szczęścia i satysfakcji w rodzinie. A co robić zimą, gdy nie ma świeżych produktów warzywnych i owocowych? Nadal są płatki owsiane, świetnie komponujące się z suszonymi owocami (śliwki i morele suszone, rodzynki, suszone jagody Goji, pestki dyni czy słonecznika i wówczas nawet kawałki słodkiego banana nie będą błędem w diecie (pokarm zrównoważony). Zimą też ciągle dostępne są buraczki, marchewka (ważne by była spożywana na surowo), kiszzone ogórki czy kiszona kapusta. No i wreszcie warzywa mrożone, jeśli zblanszowane, również są godne polecenia. Należy pamiętać, że dieta bogata w błonnik ale bez odpowiednio dużej ilości płynów (najlepiej wody) nie przyczyni się do poprawy wypróżnień. W tym miejscu należy też obalić mit o sokach owocowych. Przeważnie są dosładzane i nie mają takich samych właściwości uruchamiających pracę jelit jak błonnik zawarty w warzywach. Cukier zawarty w owocach będzie poprzez fermentację uruchamiał perystaltykę – jednak z towarzyszącym wzdęciem.

Poniżej przedstawiona tabela dotycząca diety jest opracowana przez dietetyków i została poddana modyfikacji własnej. Wszyscy wiemy, że posiłki zawierające dużą ilość tłuszczu są niezdrowe. Tłuszcz wpływa także na spowolnienie opróżniania żołądka (odpowiada za przykre uczucie nadmiernej

pełności po posiłku) oraz hamuje odruch żołądkowo-jelitowy, który jest odpowiedzialny za perystaltykę jelit i przyczynia się do wyróżnienia. Jednak to działanie staje się znaczące dopiero po przekroczeniu norm spożycia, a zwłaszcza niezrównoważonego. Myślenie o tłuszczu powinno być również przeanalizowane pod kątem rozwoju dziecka, które do drugiego roku życia potrzebuje związków cholesterolu do prawidłowego rozwoju centralnego układu nerwowego (kształtowanie się i rozwój mózgu) i nie jest to dobry wiek do ograniczania spożycia masła czy żółtek jaj.

W jakich zatem pokarmach mamy do czynienia z tłuszczem? Ten tłuszcz, który jest widoczny raczej zostanie przez dziecko wyeliminowany (np. tłuste kawałki od szynki). Jednak połączenie tłuszczu z cukrem (podstawa do wyrobów cukierniczych) już smakuje bardzo dobrze, co sprawia, że nie pamiętamy na co dzień ile tłuszczu znajduje się w czekoladzie, batonach i ciastach (nawet tych bez kremu). Tłuszcz ukryty znajduje się również w niektórych mięsach, a zwłaszcza w wieprzowinie czy wołowinie. Jednak hiszpańska czy francuska szynka długo dojrzewająca z mięsa wieprzowego, gdy trzoda chlewna karmiona jest głównie kasztanami ma zupełnie odmienne właściwości. Podobnie rzecz się ma z serami żółtymi, które są produktami o dużej zawartości tłuszczu. Jednak sery długo dojrzewające, które są twarde, mogą być spożywane (oczywiście nie w nadmiarze i w sposób zrównoważony). Z tego wywodu wynika, że przyrządzanie pokarmu jest sztuką i wymaga wiedzy, czytania o produktach, a także umiejętnej kompozycji i przyrządzania. Droga „na skróty” może prowadzić do złego odżywiania i chorób tzw. cywilizacyjnych, a w tym zaparcia. Informacje zawarte w tabeli 1. mają charakter orientacyjny i powinno być brane pod uwagę, ale z domieszką krytycyzmu mającym na względzie posiłki urozmaicone i zrównoważone.

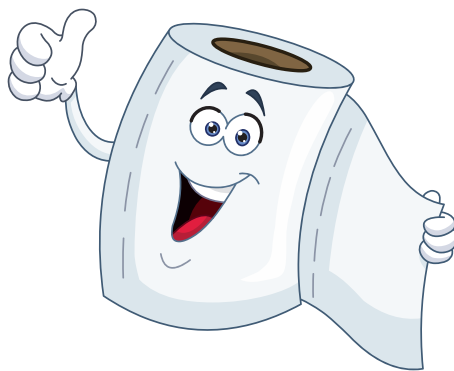








Tabela 1. Zalecenia dietetyczne:

PRODUKTY I POTRAWY	ZALECANE	NIEZALECANE
PIECZYWO	o dużej zawartości błonnika: pieczywo z mąki razowej, żytnie, chleb z otrębami, pieczywo chrupkie	o małej zawartości błonnika: pszenne jasne bułki, bagietki, pieczywo cukiernicze i półcukiernicze – czyli np. słodkie bułki
MĄKA	o dużej zawartości włókna roślinnego: żytnia i pszenna z niskiego przemiału (razowa)	o małej zawartości włókna roślinnego: pszenna oraz kukurydziana i ziemniaczana
KASZA	gryczana, jęczmienna, jaglana, pęczak	o małej zawartości włókna roślinnego: kukurydziana, manna, ryżowa
MLEKO	Odtuszczone (2%), świeże i zsiadłe, kefir jogurt z odtuszczonego mleka	Tłuste, nadmierne ilości naleśników
SERY	Twaróg, biały ser z chudego mleka	pozostałe
JAJA	Białka nie mają ograniczeń, żółtka w ilościach ograniczonych do 2 -3 szt. na tydzień	Duże ilości żółtek, nadmierne ilości naleśników
MIĘSO	Chude: cielęcina, wołowina, królik, jagnięcina, mięso drobiowe, kurczaki, indyk	Tłuste: baranina, wieprzowina, podroby, tłuste gęsi i kaczki

RYBY	Chude: dorsz, karmazyn, sandacz, szczupak, lin, leszcz, karaś. Ryby morskie mimo, że są tłuste są bardzo wskazane zwłaszcza jeśli będą podane w sposób zrównoważony.	Ryby tłuste, wędzone i smażone
MASŁO	Świeże	Topione, solone, w dużych ilościach
ŚMIETANA	Śmietanka do 90% tłuszczu w ograniczonych ilościach	Tłusta śmietana i śmietanka
ZIEMNIAKI	Gotowane i pieczone w łupinach, gotowane z wody, puree z chudym mlekiem	Frytki smażone, placki ziemniaczane
WARZYWA, OWOCE I CUKIER	Wszystkie warzywa, wszystkie owoce, powidła, miód, dżemy niskosłodzone. W ograniczonych ilościach galaretki, landrynki, dropsy i cukier	Banany – podawane w sposób izolowany i w dużych ilościach. Słodycze zawierające tłuszcze, wyroby czekoladowe, kakao, krówki, batony
NAPOJE	Odtłuszczone mleko, napoje fermentowane z odtłuszczonego mleka, maślanka, napary z ziół, słaba herbata, kawa zbożowa	Kakao, mocna kawa, mocna herbata, śmietana

Rycina 1. Bristolska Skala Uformowania Stolca (BSUS).

TYP 1		Pojedyncze zbite grudki podobne do orzechów, trudne do wydalenia
TYP 2		Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowy
TYP 3		Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni
TYP 4		Smukłe, węzowate kawałki stolca, gładkie i miękkie
TYP 5		Miękkie grudki z wyraźnymi krawędziami (łatwo wydalane), stolec zawieszony
TYP 6		Drobne fragmenty z postrzępionymi krawędziami, stolec zawieszony
TYP 7	CAŁKOWICIE WODNISTY	Stolce wodniste, bez stałych elementów (ciecz)

Typ 1,2-zaparcie stolca;

Typ 4-stolec prawidłowy,

Typ 6,7-stolec biegunkowy

Typ 3-analiza diety-modyfikacja, płyny

Typ 5-analiza diety, rozpoczynająca się infekcja jelitowa?, obserwacja.

Rycina 2. Dzienniczek wypróżnień dla dziecka z pozytywnymi naklejkami

PONIEDZIAŁEK				
WTOREK				
ŚRODA				
CZWARTEK				
PIĄTEK				
SOBOTA				
NIEDZIELA				

Po każdym wypróżnieniu dziecko powinno samodzielnie nakleić świnkę w odpowiednie miejsce w tabeli.

A large rectangular area with a hand-drawn orange border and horizontal orange lines, resembling a sheet of lined paper. The lines are evenly spaced and cover most of the page's width and height.

A large rectangular area with a wavy orange border containing horizontal orange lines for writing. The lines are evenly spaced and cover most of the page's width and height.

Zgodny z rekomendacjami ESPGHAN 2014¹

Dicopeg Junior Dicopeg Junior Free

pozwala na indywidualne dawkowanie
dla dziecka powyżej 6. miesiąca życia

Po 5 gramów



SASZETKI 5 g

Zalecane dawkowanie:



- Od 6. miesiąca życia do 2 lat (do 12 kg):
1-2 sachetki dziennie
- Od 2. do 11. roku życia (od 12 kg do 20 kg):
2-4 sachetki dziennie
- Powyżej 11. roku życia (lub > 20 kg):
2-6 sachetek dziennie

100 gramów



PUSZKA

Zalecane dawkowanie:



- Od 6. miesiąca życia do 2 lat (do 12 kg):
0,8 g produktu na kilogram masy ciała dziennie
- Od 2. do 11. roku życia (od 12 kg do 20 kg):
1 g produktu na kilogram masy ciała dziennie
- Powyżej 11. roku życia (lub > 20 kg):
10-30 g produktu dziennie

Wyroby medyczne  0426



To jest wyrób medyczny.
Używaj go zgodnie z instrukcją
używania lub etykietą.

Firma Vitis Pharma Sp. z o.o. jest właścicielem wszelkich praw autorskich.
Wszelkie prawa zastrzeżone. Żaden fragment niniejszej publikacji nie może być powielany lub rozpowszechniany w żadnej formie i w żaden sposób bez uprzedniego zezwolenia właściciela lub właścicieli praw autorskich.

Zgodny z rekomendacjami ESPGHAN 2014¹

Makrogol 3350

dicopeg
free junior

dicopeg
junior

Działa przeczyszczająco i naturalnie reguluje pracę jelit dziecka
Daje możliwość dostosowania dawkowania w zależności od wieku i wagi dziecka



Wyroby medyczne  0426

DICOPEG JUNIOR/DICOPEG JUNIOR FREE jest wyrobem medycznym mającym postać proszku do sporządzania roztworu doustnego, zalecanym w leczeniu przewlekłych zaparć u dzieci. DICOPEG JUNIOR/DICOPEG JUNIOR FREE jest preparatem o osmotycznym działaniu przeczyszczającym, który w naturalny sposób reguluje pracę jelit. Nie jest wchłaniany i nie ulega fermentacji w jelitach, nie podrażnia błony śluzowej i jest wydalony z kałem w niezmienionej formie. DICOPEG JUNIOR/DICOPEG JUNIOR FREE jest szczególnie wskazany w przypadku przewlekłych zaparć oraz w sporadycznych przypadkach nieregularnej pracy jelit. Dzięki swoim właściwościom hydrofilowym, DICOPEG JUNIOR/DICOPEG JUNIOR FREE zmiękcza stolec, ułatwiając wypróżnianie, przy czym nie powoduje skurczów, bólów brzucha ani nagłego parcia. Skuteczność wyrobu nie zmniejsza się z upływem czasu. Skład DICOPEG JUNIOR: makrogol 3350. Substancje pomocnicze: dwutlenek krzemu, aromat, sól sodowa, sacharyny. Nie zawiera glutenu. Skład DICOPEG JUNIOR FREE: makrogol 3350. Nie zawiera glutenu.

1. Tabbers M.M., Di Lorenzo C., Berger M.Y. et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence - Based Recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. J. Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;58;265-81.



SIIT Srl, Via Ariosto, 50/60
20090 Trezzano 5/N (MI), Włochy

Dystrybutor: Vitis Pharma Sp. z o.o., ul. Giełdowa 7/9,
01-211 Warszawa, tel. +48 22 526 86 00

www.vitispharma.pl

Vitis pharma
Dicofarm group