



ANALIZA PRZYCZYŃ BÓLI BRZUCHA U DZIECI POWYŻEJ 3. ROKU ŻYCIA HOSPITALIZOWANYCH NA ODDZIALE PEDIATRYCZNYM Z UWZGLĘDNIENIEM WYKONYWANYCH BADAŃ

ANALYSIS OF THE REASONS FOR STOMACH ACHE IN CHILDREN OVER 3 YEARS OLD HOSPITALISED AT A CHILDREN'S WARD, IN CONSIDERATION OF THE TESTS MADE

Wioletta Waksmańska¹, Anna Biela², Halina Woś¹, Renata Łukasik¹

¹ Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

² Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.9>

STRESZCZENIE

Wstęp. Ból brzucha jest częstym problemem wśród dzieci i młodzieży we wszystkich grupach wiekowych. Jest objawem towarzyszącym różnym jednostkom chorobowym. W jego etiologii biorą udział czynniki organiczne, środowiskowe i psychologiczne.

Cel pracy. Celem pracy była analiza rozpoznań końcowych w przypadku bólów brzucha u dzieci powyżej 3. roku życia, zgłaszających się do Szpitala Pediatrycznego na Podbeskidziu, poprzez rozpatrzenie obserwacji klinicznej i wykonanych badań laboratoryjnych i obrazowych.

Materiał i metody. Analizą objęto pacjentów z bólami brzucha, hospitalizowanych od 1 stycznia 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku na oddziale pediatrycznym. Metodą badawczą była analiza danych zebranych z historii chorób. Badani to dzieci w wieku od 3 do 18 lat. Zebrane dane były kodowane w bazie danych programu Microsoft Access 2015, a ich analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu Microsoft Excel 2015.

Wyniki. Najczęstszym rozpoznaniem końcowym były czynnościowe bóle brzucha – u 123 dzieci (74,6%). U 23,6% rozpoznano nieżyt żołądkowo-jelitowy, u 15,5% dzieci – refluks żołądkowo-przełykowy, u 13,3% dziewcząt i 4,2% chłopców – nietolerancję laktozy. Ostre choroby chirurgiczne (zapalenie wyrostka robaczkowego, kamicę pęcherzyka żółciowego) obserwowano sporadycznie u 3 dzieci, 1 dziecko było obserwowane w kierunku wglębienia. U 13 dzieci rozpoznano inne choroby, które mogą być przyczyną bóli brzucha, takie jak: zaburzenia emocjonalne, psychosomatyczne, depresję.

Wnioski. 1. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji pacjentów były czynnościowe bóle brzucha, które w większości powinny być zdiagnozowane w podstawowej opiece pediatrycznej lub poradni gastroenterologicznej. 2. W ustaleniu przyczyn bólów brzucha należy uwzględnić nierzadko patologię innych narządów, w tym również zaburzenia emocjonalne. 3. Diagnostyka bólów brzucha w praktyce szpitalnej powinna być ukierunkowana w zależności od objawów, aby ograniczyć ilość badań laboratoryjnych i obrazowych. 4. Należy dokładnie przeanalizować wskazania do wykonania badań radiologicznych w ocenie bólów brzucha, a w szczególności w kierunku refluksu żołądkowo-przełykowego.

Słowa kluczowe: dziecko, ból brzucha, hospitalizacja.

ABSTRACT

Introduction. Stomach ache is frequent in children of all age groups. The symptom accompanies illnesses originating from organic, environmental and psychological factors.

Aim of the study. Analysis of stomach ache final diagnoses in children over 3 years old hospitalised at Bielsko-Biała Paediatric Hospital based on clinical observation and laboratory/imaging tests results.

Material and methods. Analysis of data from case records of 3–18 years old children with stomach aches hospitalised at the children's ward in 2015. The collected data was coded in MS Access 2015, statistical analysis was carried out in MS Excel 2015.

Results. The most frequent final diagnosis was functional stomach ache – in 123 children (74.6%). Gastroenteritis was diagnosed in 23.6% of children, gastroesophageal reflux in 15.5% of children, lactose intolerance in 13.3% of girls and 4.2% of boys. Acute surgical problems (appendicitis, cholecystolithiasis) were observed only in 3 children. One child was suspected of intussusception. In 13 children other illnesses which may result in stomach ache were diagnosed, such as emotional/psychosomatic disturbance or depression.

Conclusions. 1. The most frequent reason for hospitalisation was functional stomach ache which should have been diagnosed mostly at general child care centres or gastroenterology outpatient clinics. 2. When determining the reasons for stomach ache, other organs pathology must be considered, including emotional disturbance. 3. Stomach ache diagnostics in hospital practice should be selected based on symptoms so as to limit the number of laboratory and imaging tests. 4. Indications for X-ray in diagnosing stomach ache must be carefully analysed, specifically as regards gastroesophageal reflux.

Keywords: child, stomach ache, hospitalisation.

Wstęp

Ból brzucha jest częstym problemem wśród dzieci i młodzieży we wszystkich grupach wiekowych. Jest objawem towarzyszącym różnym jednostkom chorobowym. W jego etiologii biorą udział czynniki organiczne, środowiskowe i psychologiczne [1–3], może mieć on charakter ostry lub przewlekły, a objawami towarzyszącymi mogą być: wymioty, biegunka, wzdęcia, krwawienie z przewodu pokarmowego, wysoka temperatura ciała, objawy otrzewnowe [4, 5].

Do chorób z ostrym bólem brzucha wymagającymi pilnej interwencji chirurgicznej należą: niedrożność przewodu pokarmowego, perforacja wrzodu żołądka lub dwunastnicy, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego, pęknięcie śledziony czy ropnie jamy brzusznej, a także ostre krwawienia z górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego [1]. Wśród przyczyn internistycznych ostrych bólów brzucha możemy wyróżnić: zmiany zapalne płuc, opłucnej i serca, zakażenia układu moczowego, zaburzenia metaboliczne [1, 6].

Przewlekłe bóle brzucha mają zazwyczaj charakter trzewny i mogą być spowodowane chorobami każdego narządu jamy brzusznej, jak również chorobami narządów znajdujących się poza jamą brzuszną [4]. Do grupy tej można zaliczyć: refluks żołądkowo-przełykowy, nietolerancje pokarmowe (alergiczne i niealergiczne), choroby pasożytnicze układu pokarmowego (owsica, glistnica, lamblioza) [6, 7].

U dzieci 20–30% bólów brzucha to bóle organiczne (spowodowane stanem zapalnym żołądka, jelit lub chorobą wrzodową żołądka czy dwunastnicy) i bóle psychogenne (związane są ze stresem i niekorzystnymi czynnikami środowiskowymi). Najczęstsze jednak są czynnościowe bóle brzucha, dla których trudno ustalić czynnik etiologiczny [8].

Czynnościowe bóle brzucha to różnorodne, przewlekłe lub nawracające objawy ze strony przewodu pokarmowego, których nie udaje się wytłumaczyć nieprawidłowościami strukturalnymi i biochemicznymi. Definicja i kryteria rozpoznania tych dolegliwości powinny być prowadzone w oparciu o Kryteria Rzymskie IV, które zostały opublikowane w 2016 roku [9].

Bólu brzucha przynajmniej raz w roku doświadcza 76–78% nastolatków, przy czym 13–17% badanych odczuwa go raz w tygodniu. W Stanach Zjednoczonych problem ten dotyczy 10–15% dzieci w wieku szkolnym. Przewlekły ból brzucha występuje u 20–40% dzieci [2].

Cel pracy

Celem pracy była analiza rozpoznań końcowych w przypadku bólów brzucha u dzieci powyżej 3. roku życia, zgłaszających się do Szpitala Pediatrycznego na Podbeskidziu, poprzez rozpatrzenie obserwacji klinicznej i wykonanych badań laboratoryjnych i obrazowych.

Materiał i metody

Analizą objęto pacjentów z bólami brzucha, hospitalizowanych od 1 stycznia 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku na oddziale pediatrycznym z dwoma pododdziałami: gastroenterologicznym i ogólnopediatrycznym.

Metodą badawczą była analiza danych zebranych z historii chorób. Dane, które pozyskano, to: wiek, płeć, rozpoznanie wstępne, rozpoznanie końcowe, czas trwania hospitalizacji, wykonywane badania dodatkowe (laboratoryjne i obrazowe), przeprowadzone konsultacje psychologiczne, psychiatryczne i chirurgiczne. Badani to dzieci, mieszkańcy Podbeskidzia, mające w chwili przyjęcia do szpitala od 3 do 18 lat.

Analizą objęto 165 dzieci – 102 dziewczynki i 63 chłopców. Do analizy liczby i rodzaju przeprowadzonych badań diagnostycznych badaną grupę podzielono na 5 podgrup: grupę przedszkolną (3–6 lat), grupę nauczania początkowego (7–9 lat), grupę uczniów klas 4–6 (10–12 lat), grupę gimnazjalistów (13–15 lat) i grupę licealistów (16–18 lat). Najliczniejsze grupy to dziewczynki w wieku 13–15 lat (30,4%) oraz chłopcy w wieku 3–6 lat (28,6%) (**Tabela 1**).

Zebrane dane były kodowane na potrzeby pracy w bazie danych programu Microsoft Access 2015, a ich analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu Microsoft Excel 2015. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrektora placówki.

Wyniki

Przeprowadzona analiza dotycząca czasu trwania hospitalizacji wykazała, że najliczniejsze grupy stanowiły dzieci przebywające w szpitalu od 3 do 6 dni (82 dzieci – 49,7%) oraz do 2 dni (62 dzieci – 37,6%). Od 7 do 8 dni w szpitalu przebywało 14 dzieci (8,5%), jedynie u 7 dzieci (4,2%) czas hospitalizacji wynosił 9–12 dni.

Wskazaniem do hospitalizacji były bóle brzucha, w młodszej grupie wiekowej (3–9 rok życia) określane jako bóle w podbrzuszu – 34,4% dziewczynek i 31,2% chłopców, natomiast u dzieci starszych dominowały bóle w nadbrzuszu – 32,4% dziewczynek i 31,6% chłopców.

Przyjęcia w trybie nagłym dotyczyły dzieci młodszych do 9. roku życia (29,5% dziewczynek i 30,1% chłopców), przyjęcia planowe natomiast występowały częściej u dzieci starszych (dziewczynki – 46,1%, chłopcy – 49,2%), które były diagnozowane z powodu przewlekającego się bólu brzucha. U dzieci przyjmowanych w trybie nagłym dodatkowo występowały objawy: gorączka u 15,6% dziewczynek i 14,2% chłopców, wymioty u 6% dziewczynek i 5,5% chłopców, biegunka u 25,4% dziewczynek i 12,7% chłopców.

Najczęstszym rozpoznaniem końcowym były czynnościowe bóle brzucha – u 123 dzieci (74,6%). U 23,6% rozpoznano nieżyt żołądkowo-jelitowy, głównie o etiologii wirusowej, u 2 dzieci – o etiologii salmonellowej. Refluks żołądkowo-przełykowy rozpoznano u 15,5% dzieci podejrzanych o tę jednostkę chorobową, nietolerancję laktozy rozpoznano u 13,3% dziewcząt i 4,2% chłopców. Ostre choroby chirurgiczne (zapalenie wyrostka robaczkowego, kamicy pęcherzyka żółciowego) obserwowano sporadycznie u 3 dzieci, 1 dziecko było obserwowane w kierunku wgłobienia, która to patologia nie potwierdziła się. Stany gorączkowe i przewlekły ból brzucha były wskazaniem do obserwacji w kierunku nieswoistych zapaleń jelit, jednostka ta została wstępnie rozpoznana u 5 pacjentów, którzy zostali skierowani na specjalistyczne badania dodatkowe.

U 44 dzieci rozpoznano współistnienie chorób innych układów, które mogły – lub nie – być powodem bólów brzucha. Zaburzenia emocjonalne, psychosomatyczne, depresję rozpoznawano na podstawie badania psychologicznego i konsultacji psychiatrycznej u 13 dzieci (7,8%). Współistnienie schorzeń układu wydalniczego rozpoznano u 14 (10,3%), zaś zaburzenia endokrynologiczne (głównie tarczycy) – u 17 (12,5%) dzieci.

Badania laboratoryjne wykonywane były u wszystkich dzieci w momencie przyjęcia na oddział. W celu wykluczenia stanu zapalnego zbadano białko C-reaktywne (CRP), które u ponad 29% dzieci było nieprawidłowe, leukocytoza występowała u 1 dziecka. Nie obserwowano niedokrwistości oraz nieprawidłowych wartości w rozmazie krwi. Parametry wydolności nerek (analizowano stężenie kreatyniny u 100% pacjentów, a stężenie mocznika u 80% badanych) wykazały podwyższone stężenie kreatyniny u 4,8% dzieci, natomiast częściej obserwowano zaburzenia wydalania mocznika (u 7,8%). Parametry czynnościowe wątroby – aminotransferazę alaninową (ALAT), aminotransferazę asparaginianową (ASPAT) – wykonano u prawie wszystkich obserwowanych dzieci, natomiast patologia wystąpiła u 1 dziecka. Badanie kału (posiewy kału i badanie w kierunku rotawirusów – RV) wskazały na potencjalny czynnik etiologiczny bólów brzucha u 23,6%.

Dodatkowo wynik badania kału w kierunku *Helicobacter pylori* pozwolił rozpoznać tę patologię u 7,8%. Krew utajoną w kale wykryto u 1 pacjenta. Badania parazytologiczne pozwoliły na wykrycie pasożytów jako przyczyny bólów brzucha u 3 (1,8%) dzieci. Badanie ogólne moczu wykonano u wszystkich obserwowanych dzieci, u prawie połowy wynik był nieprawidłowy (**Tabela 2**). Nieprawidłowy wynik badania ogólnego moczu wynikał z obecności w moczu bakterii.

Wszystkie kontrolne badania laboratoryjne wykonywane u dzieci wykazały prawidłowe wartości.

Ukierunkowane badanie w kierunku celiakii (przeciwciała przeciwko transglutaminazie tkankowej tTG2 oraz przeciwciała przeciwko endomysium mięśni gładkich – EmA) wykonano u 3 dzieci (dzieci starsze: 10, 12 i 14 lat), które, z podwyższonymi wartościami, zostały przekazane do specjalistycznej jednostki celem wykonania dalszych badań (**Tabela 2**).

Pięcioro dzieci miało wykonaną tomografię komputerową, natomiast badanie kontrastowe górnego odcinka przewodu pokarmowego wykonano aż u 39,7% dzieci. U ponad 50% obserwowanych wykonano próbę laktozową, a u 7 (4,2%) – test obciążenia glukozą. Badania obrazowe, w tym badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, wykonano u wszystkich dzieci (**Tabela 3**).

Dyskusja

Bóle brzucha u dzieci stanowią jedną z najczęstszych dolegliwości, występującą u 10–15% dzieci w wieku szkolnym, i należą do najczęstszych przyczyn konsultacji gastrologicznych. Ze względu na różną etiologię bólów brzucha bardzo często nieodzowna jest hospitalizacja związana z prowadzoną diagnostyką [1, 8].

Jończyk-Potoczna i wsp. w 2012 roku przeprowadzili wśród 1645 dzieci (823 dziewczynek i 822 chłopców) badania, z których wynikało, że w grupie dzieci do 4. roku życia z ostrymi bólami brzucha przeważali chłopcy, natomiast w grupach wiekowych 10–14 lat i 15–17 lat przeważały dziewczynki [10].

W badaniach własnych przeprowadzono analizę trybu przyjęcia do szpitala, która pozwoliła stwierdzić, że w trybie nagłym częściej przyjmowano dzieci młodsze, do 9. roku życia. W trybie nagłym przyjęto 29,5% dziewczynek i 30,1% chłopców w tym wieku. W starszej grupie wiekowej (powyżej 9. roku życia) dominowały przyjęcia w trybie planowym, które dotyczyły 95,3% tej grupy badanej.

Badania przeprowadzone przez Biernat i wsp. w latach 2000–2013 na terenie Dolnego Śląska wykazały, że zakażenie *Helicobacter pylori* występowało, w zależności

Tabela 1. Liczebność badanej grupy w poszczególnych grupach wiekowych z podziałem według płci

Wiek dziecka w latach	3–6		7–9		10–12		13–15		16–18		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dziewczynki	19	18,6	24	23,5	15	14,7	31	30,4	13	12,8	102	100
Chłopcy	18	28,6	6	9,5	15	23,8	11	17,5	13	20,6	63	100

n – liczba dzieci, % – odsetek z grupy chłopców lub dziewcząt

Tabela 2. Ilość wykonanych wybranych badań laboratoryjnych z uwzględnieniem liczby nieprawidłowych wyników w badanej grupie podzielonej według wieku

Wiek dziecka w latach/ Wykonane badanie diagnostyczne		3–6		7–9		10–12		13–15		16–18		Ogółem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CRP	Wykonane	37	22,4	30	18,2	30	18,2	42	25,4	26	15,8	165	100
	Nieprawidłowe	16	9,7	10	6	4	2,4	10	6	9	5,5	49	29,6
Kreatynina	Wykonane	37	22,4	30	18,2	30	18,2	42	25,4	26	15,8	165	100
	Nieprawidłowe	5	3	1	0,6	1	0,6	-	-	1	0,6	8	4,8
Mocznik	Wykonane	37	22,4	24	14,6	20	12,1	34	20,6	17	10,3	132	80
	Nieprawidłowe	4	2,4	3	1,8	1	0,6	3	1,8	2	1,2	13	7,8
Próby wątrobowe (ALAT, ASPAT)	Wykonane	32	19,4	28	17	30	18,2	39	23,6	24	14,5	153	92,7
	Nieprawidłowe	1	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,6
Badanie kału	Wykonane	36	21,8	30	18,2	28	17	41	24,8	24	14,5	159	96,3
	Nieprawidłowe	23	13,9	5	3	10	6	11	6,7	7	4,2	56	33,8
Badanie moczu	Wykonane	37	22,4	30	18,2	30	18,2	42	25,4	26	15,8	165	100
	Nieprawidłowe	26	15,8	15	9,1	13	7,8	20	12,1	7	4,2	81	49
Badania w kierunku celiakii	Wykonane/	-	-	-	-	2	1,2	1	0,6	-	-	3	1,8
	Nieprawidłowe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

69

Tabela 3. Rodzaj i liczba wykonywanych badań diagnostycznych z podziałem badanej grupy według wieku

Wiek dziecka w latach/ Wykonane badanie diagnostyczne	3–6		7–9		10–12		13–15		16–18		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tomografia komputerowa	-	-	-	-	3	1,8	2	1,2	-	-	5	3
Badanie kontrastowe górnego odcinka przewodu pokarmowego	6	3,6	12	7,2	14	8,4	22	13,3	12	7,2	66	39,7
USG	37	22,4	30	18,2	30	18,2	42	25,4	26	15,8	165	100
Próba laktozowa	19	11,6	17	10,3	17	10,3	18	10,9	12	7,2	83	50,3
Test obciążenia glukozą	-	-	2	1,2	1	0,6	1	0,6	3	1,8	7	4,2

od roku przeprowadzonego badania, u 8,9–23,06% dzieci w wieku 1,5–18 lat [11].

W badaniach własnych stwierdzono na podstawie rozpoznania końcowego, że zakażenie *Helicobacter pylori* dotyczyło 7,8% dzieci, jednak grupa badana obejmowa-

ła dzieci powyżej 3. roku życia. Biernat i wsp. wykazali, że w roku 2000–2001 zakażenie *Helicobacter* dotyczyło aż 20% dzieci w grupie do 4. roku życia [11]. Być może więc dotycząca częstości rozpoznawania tego zakażenia różnica między badaniami własnymi a badaniami Biernat

i wsp. wynika z różnicy wiekowej badanych grup. Należy przy tym pamiętać, że zakażenia, a zwłaszcza zakażenie *H. pylori*, związane są z warunkami socjoekonomicznymi – złe warunki, ubóstwo sprzyjają częstszemu występowaniu [11]. Na częściej występujące zakażenie *H. pylori* u dzieci z gorszych warunków mieszkaniowych zwracają również uwagę Krusiec-Świdergoń i wsp., którzy stwierdzili tę jednostkę chorobową u 15,7% badanych [12].

Gijsbers i wsp. przeprowadzający badania w Holandii u 220 dzieci w wieku 4–16 lat (128 dziewczynek, 92 chłopców) z nawracającymi bólami brzucha stwierdzili, że badania USG jamy brzusznej wykonano u 213 (97%) dzieci, a RTG jamy brzusznej – u 212 (96%) dzieci. Badania prowadzone były w kierunku występowania *Helicobacter pylori*, infekcji żołądkowych, pierwotniaków czy celiakii. W 88% przypadków stwierdzono, że występujące nieprawidłowości w wykonanych badaniach mogły być przyczyną bólu brzucha. U 11% badanych stwierdzono zakażenie *H. pylori*, w 36% ból brzucha spowodowany był zaparciami, natomiast u 33% dzieci stwierdzono pierwotniaki [3].

W badaniach własnych częstość wykonywania USG jamy brzusznej wynosiła 100%, natomiast badanie kontrastowe górnego odcinka przewodu pokarmowego wykonane było u 39,7% badanych, a więc rzadziej niż w badaniach Gijsbersa. Jednak w badaniach własnych stwierdzono, że dzieci miały dodatkowo wykonaną tomografię komputerową (5 osób).

Gijsbers i wsp. w innych badaniach przeprowadzonych w grupie 220 dzieci z nawracającymi bólami brzucha, analizując wchłanianie laktozy i fruktozy, stwierdzili, że nietolerancja laktozy dotyczyła 26% dzieci, a nietolerancja fruktozy – 36% dzieci [13].

W badaniach własnych w diagnostyce bólów brzucha stosowano test obciążenia laktozą, który wykonano u 83 (50,3%) dzieci. Nietolerancję laktozy jako rozpoznanie końcowe postawiono 17,5% dzieci. Rowicka i wsp. przeprowadzający badania w Warszawie na grupie dzieci z bólami brzucha wyodrębnili dwie grupy badane: w wieku 2–7 lat i w wieku 8–18 lat. Badania te wykazały u dzieci do 7. roku życia nietolerancję laktozy w 13%, zaś w grupie powyżej 7 lat – w 34% [14]. Jednak w badaniach własnych rozpoznanie nietolerancji laktozy było efektem przeprowadzonej próby laktozowej, natomiast Rowicka i wsp. rozpoznawali tę jednostkę chorobową na podstawie testu oddechowego wodoru.

Shakya i wsp. przeprowadzili badania u 356 pacjentów pediatrycznych z bólami brzucha. Przyczyna bólu została rozpoznana tylko w 117 (32,9%) przypadkach, z czego 91,5% były to przyczyny medyczne. Obejmowały one głównie choroby biegunkowe (28,3%), kolkę niemowlęcą

(9,4%), zakażenie układu moczowego (7,7%), chorobę refluksową żołądka (6,8%) i w 8,5% przyczyny chirurgiczne [15].

W badaniach własnych stwierdzono jako rozpoznanie końcowe u 74,6% dzieci „czynnościowe bóle brzucha”, u 15,5% rozpoznano refluks żołądkowo-przełykowy, a zaburzenia układu wydalniczego dotyczyły aż 10,3% dzieci. Stosunkowo często rozpoznawano refluks żołądkowo-przełykowy na podstawie badania kontrastowego górnego odcinka przewodu pokarmowego. Wydaje się, że tak często postawione rozpoznanie wymagałoby wykonania pH-metrii przełyku w celu wykluczenia nadrozpoznawalności.

W grupie badanej nierzadko pojawiało się więcej niż jedno rozpoznanie końcowe. Stwierdzono również, że część rozpoznań końcowych, z jakimi dzieci były wypisywane do domu, nie ma wśród swoich objawów klinicznych bólów brzucha. Do takich jednostek chorobowych można zaliczyć zaburzenia emocjonalne, depresyjne, schorzenia endokrynologiczne. Tak duży wachlarz postawionych rozpoznań w badaniach własnych związany był z szeroko zakrojoną diagnostyką. Analizując dostępną literaturę, nie napotkano badań prowadzonych w kierunku występowania bólów brzucha jako objawu towarzyszącego innym jednostkom chorobowym.

W badaniach własnych analizowano również czas trwania hospitalizacji dzieci i stwierdzono, że bardzo duża grupa (49,7%) przebywała w szpitalu od 3 do 6 dni, a więc stosunkowo krótko. Inni autorzy nie prowadzili badań w kierunku czasu trwania pobytu dziecka w szpitalu w trakcie prowadzonej diagnostyki bólów brzucha. Jest to o tyle istotne, że czas hospitalizacji z jednej strony związany jest ze sferą emocjonalną dziecka, mogącą wpływać na występujące dolegliwości bólowe, a z drugiej strony – z aspektem finansowym placówki prowadzącej diagnostykę.

Często postawienie rozpoznania końcowego, jak glistnica czy zakażenie *Helicobacter pylori*, może wskazywać na niski poziom edukacji zdrowotnej rodziców. Ważne jest więc, aby stawiając rozpoznane końcowe, odpowiednio ukierunkować dalsze postępowanie zarówno lecznicze, jak i profilaktyczno-edukacyjne.

Wnioski

1. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji pacjentów były czynnościowe bóle brzucha, które w większości powinny być zdiagnozowane w podstawowej opiece pediatrycznej lub poradni gastroenterologicznej.
2. W ustaleniu przyczyn bólów brzucha należy uwzględnić nierzadko patologię innych narządów, w tym również zaburzenia emocjonalne.

3. Diagnostyka bólów brzucha w praktyce szpitalnej powinna być ukierunkowana w zależności od objawów, aby ograniczyć ilość badań laboratoryjnych i obrazowych.
4. Należy dokładnie przeanalizować wskazania do wykonania badań radiologicznych w ocenie bólów brzucha, a w szczególności w kierunku refluksu żołądkowo-przełykowego.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Pokorna-Kaławak D, Muszyńska A, Gwiazda E, Steciwko A. Bóle brzucha u dzieci w praktyce lekarza rodzinnego. *Terapia*. 2009; 17(9): 86–89.
2. Mielczarek J, Bąk-Romaniszyn L. Ból brzucha u dzieci jako przyczyna zgłaszania się do szpitala – obserwacje własne. *Prz Pediatr*. 2010; 40(4): 213–217.
3. Gijsbers C, Benninga MA, Buller HA. Clinical and laboratory findings in 220 children with recurrent abdominal pain. *Acta Paediatrica*. 2011; 100: 1028–1032.
4. Kaczka A, Małeczka-Panas E. Bóle brzucha. *Pediatr Med Rodz*. 2011; 7(1): 9–16.
5. Świeboda P, Filip R, Prystupa A, Drozd M. Assessment of pain: types, mechanism and treatment. *Ann Agric Environ Med*. 2013; 1: 2–7.
6. Craig WR, Hanlon-Dearman A, Sinclair C, Taback S, Moffatt M. Metoclopramide, thickened feedings, and positioning for gastro-oesophageal reflux in children under two years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 12: 5.
7. Bartnik W. Choroby przewodu pokarmowego – postępy 2011/2012. *Med Prakt*. 2012; 6: 26–37.
8. Cichy W. Bóle brzucha u dzieci – problem nie tylko gastrologiczny. *Stand Med Pediatr*. 2010; 7, 2: 236–243.
9. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, Tilburg M. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*. 2016; 150: 1456–1468.
10. Jończyk-Potoczna K, Szłyk E, Stefaniak Ł, Rogozińska J. The most frequent causes of acute abdominal pain in children referred from the Accident and Emergency Department for ultrasound examinations – a retrospective analysis. *Fam Med Prim Care Rev*. 2014; 16, 4: 345–348.
11. Biernat MM, Iwańczak B, Bińkowska A, Grabińska J, Gościński G. The Prevalence of Helicobacter pylori Infection in Symptomatic Children. A 13-Year Observational Study in the Lower Silesian Region. *Adv Clin Exp Med*. 2016; 25, 2: 303–308.
12. Krusiec-Świdergoń B, Kwiecień J, Jonderko K, Strój L, Kasicka-Jonderko A, Błońska-Fajfrowska B. Zmniejszająca się częstość zakażeń Helicobacter pylori u dzieci w Polsce. *Prz Gastroenterol*. 2010; 5, 5: 279–284.
13. Gijsbers C, Kneepkens C, Buller HA. Lactose and fructose malabsorption in children with recurrent abdominal pain: results of double-blinded testing. *Acta Paediatrica*. 2012; 101: 411–415.
14. Rowicka G, Strucińska M, Dyląg H. Lactose intolerance in children with abdominal pain – do we relatively often take this diagnosis into account? *J Preclin Clin Res*. 2010; 4, 2: 131–133.
15. Shakya KN, Dongol USM, Khadka SB. A Study of abdominal pain in children. *J Med Nepal*. 2008; 47, 172: 193–196.

Zaakceptowano do edycji: 2018-04-26
Zaakceptowano do publikacji: 2018-05-14

Adres do korespondencji:

Renata Łukasik
Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej
ul. Willowa 2
43-300 Bielsko-Biała
tel.: 33 827 94 03
e-mail: rlukasik@ath.bielsko.pl