

DĚTSKÁ GASTROENTEROLOGIE

Kniha vyšla za laskavé podpory společností:

abbvie

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNER



**MUDr. Eva Karásková, Ph.D.
a kolektiv**

**DĚTSKÁ
GASTROENTEROLOGIE**
PRO PRAXI

MAXDORF
JESSENIUS

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ

Autoři i nakladatel vynaložili velkou péči a úsilí, aby všechny informace v knize obsažené týkající se dávkování léků a forem jejich aplikace odpovídaly stavu vědy v okamžiku vydání. Nakladatel však za údaje o použití léků, zejména o jejich indikacích, kontraindikacích, dávkování a aplikačních formách, nenese žádnou odpovědnost, a vylučuje proto jakékoli přímé či nepřímé nároky na úhradu eventuálních škod, které by v souvislosti s aplikací uvedených léků vznikly. Každý uživatel je povinen důsledně se řídit informacemi výrobců léčiv, zejména informací přiloženou ke každému balení léku, který chce aplikovat.

Ochranné obchodní známky (chráněné názvy) léků ani dalších výrobků nejsou v knize zvlášť zdůrazňovány. Z absence označení ochranné známky proto nelze vyvozovat, že v konkrétním případě jde o název nechráněný.

Toto dílo, včetně všech svých částí, je zákonem chráněno. Každé jeho užití mimo úzké hranice zákona je nepřipustné a je trestné. To se týká zejména reprodukování či rozšiřování jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, fotografického či elektronického), ale také ukládání v elektronické formě pro účely rešeršní i jiné. K jakémukoli využití díla je proto nutný písemný souhlas nakladatele, který také stanoví přesné podmínky využití díla. Písemný souhlas je nutný i pro případy, ve kterých může být udělen bezplatně.

Publikace byla podpořena grantem MZ ČR – RVO (FNOI, 00098892).

© Eva Karásková, 2020

© Maxdorf, 2020

Illustrations © Maxdorf, 2020

Cover layout © Maxdorf, 2020

Cover photo (top) © iStockphoto.com / ThitareeSarmkasat (bottom) © archiv autorů

Vydal Maxdorf s. r. o., nakladatelství odborné literatury, Na Šejdru 247/6a, 142 00 Praha 4

e-mail: info@maxdorf.cz, internet: www.maxdorf.cz

Jessenius® je chráněná značka [No. 267113] označující publikace určené odborné zdravotnické veřejnosti.

Odpovědný redaktor: **Ing. Veronika Pátková**

Jazyková redakce: **Mgr. Irena Kratochvílová**

Ilustrace: **Ing. Jaroslav Nachtigall, Ph.D.**

Sazba: **Blanka Filounková**

Tisk: Books Print s.r.o.

Printed in the Czech Republic

ISBN 978-80-7345-677-1

HLAVNÍ AUTORKA

- MUDr. Eva Karásková, Ph.D., Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

SPOLUAUTOŘI

- MUDr. Radka Drápalová, Dětská klinika LF UP a FN Olomouc
- MUDr. Miloš Geryk, Dětská klinika LF UP a FN Olomouc
- MUDr. Vendula Látalová, Dětská klinika LF UP a FN Olomouc
- MUDr. Barbora Nováková, Dětské oddělení Nemocnice AGEL Přerov, AGEL Středomoravská nemocniční a.s.
- MUDr. Vratislav Smolka, Dětská klinika LF UP a FN Olomouc
- MUDr. Lenka Šigutová, Dětské oddělení Nemocnice AGEL Prostějov, AGEL Středomoravská nemocniční a.s.
- MUDr. Mária Véghová Velgáňová, Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

RECENZENTI

- Doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D., Pediatrická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha
- MUDr. Radana Kotalová, CSc., Pediatrická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

PŘEDMLUVA

Vážené čtenářky a čtenáři,

dětská gastroenterologie patří mezi jeden z „velkých“ oborů pediatrie, který v posledních letech prošel řadou změn. Gastroenterologické potíže jsou u dětí velmi časté, praktičtí lékaři pro děti a dorost se s nimi ve svých ambulancích setkávají denně. V raném kojeneckém věku jsou to zejména dyspeptické potíže na základě intolerance bílkovin kravského mléka nebo jiných potravin. Velmi častým problémem jsou také funkční bolesti břicha a zácpa. Právě praktičtí lékaři vedou úvodní diferenciální diagnostiku, pátrají po alarmujících známkách v klinickém stavu i laboratorních nálezech tak, aby se těm dětem, u kterých je podezření na organické onemocnění, včas dostalo specializovaného vyšetření a péče. Další diagnózou, která postihuje až 1 % populace, je celiakie. Její včasné odhalení je v pediatrii zásadní i vzhledem k probíhajícímu růstu. Nezřídka se u dětí praktický lékař setká také s podezřením na nespecifický střevní zánět. I tyto děti potřebují rychlou diagnostiku následovanou adekvátní efektivní terapií s cílem dosáhnout remise onemocnění. Exkluzivní enterální výživa představuje léčbu první linie Crohnovy choroby u dětí. Je to logisticky poměrně složitá terapeutická modalita, zvláště pokud musí být podávána sondou. Klade vysoké nároky na dítě i jeho rodiče. Základem jejího úspěšného průběhu je úzká spolupráce s ošetřujícím gastroenterologem a praktickým dětským lékařem. Výrazný rozvoj a rozšíření zažívá také léčba biologická. Pokud je dobře a ve správný čas indikována, umožňuje velké části pacientů s nespecifickým střevním zánětem vrátit se do běžného života.

S rozvojem metod digestivní endoskopie došlo nejen v medicíně dospělých, ale i v pediatrii k významnému posunu v možnostech diagnostiky a léčby gastroenterologických chorob. Ve srovnání s dospělými se u dětí často setkáváme s problematikou požití cizích těles, a proto je velmi důležitá znalost správné indikace endoskopické extrakce. Endoskopické metody jsou dnes nedílnou součástí diagnostického algoritmu nejen u nespecifických střevních zánětů, ale i v případě dalších zažívacích onemocnění a pooperačních stavů. Naopak u celiakie není dnes endoskopické vyšetření nezbytné za předpokladu splnění požadovaných kritérií.

Dalším rychle se rozvíjejícím podoborem dětské gastroenterologie je nutriční péče. V dnešní době je k dispozici velké množství preparátů enterální výživy, a to již pro nejmenší věkové kategorie od nedonošených novorozenců přes kojence a batolata po starší děti a adolescenty. Enterální výživu je možné podávat buď *per os*, nebo sondou. Permanentním přístupem do zažívacího traktu je nejčastěji perkutánní endoskopická gastrostomie. Její zavedení je již dnes běžně dostupné a u chronicky nemocných dětí často využívané. Rovněž péče o tyto pacienty vyžaduje logisticky náročnější postupy (sondy, sety, pumpy atd.) a přínos praktického lékaře v péči o tyto pacienty je výrazný. Nejnáročnější péči pak vyžadují děti se syndromem krátkého střeva na domácí parenterální výživě.

Když jsme tuto publikaci připravovali, zaměřili jsme se na gastroenterologické diagnózy, které jsou podle našeho názoru v praxi často diskutovány. Nejedná se tedy o komplexní učebnici, ale o výběr témat, která se nám jevila zajímavá pro nemocniční i ambulantní praxi. Kniha je zaměřena především na čtenáře z řad lékařů, kteří se, spolu s dětskými gastroenterology, o děti se zažívacími potížemi starají a léčí je. Především jsou to praktičtí lékaři pro děti a dorost, jimž také patří náš dík za ochotu a spolupráci v péči o naše pacienty. Dětských gastroenterologických center není v České republice mnoho, děti do nich dojíždějí i ze vzdálených oblastí, a zejména v těchto případech si péči o děti bez spolupráce s praktickými lékaři ani nelze představit. Doufáme, že kapitoly v publikaci budou přínosné také lékařům v přípravě k atestaci z dětského lékařství nebo z dětské gastroenterologie, hepatologie a výživy.

Závěrem bychom rádi poděkovali paní profesorce MUDr. Dagmar Pospíšilové, Ph.D., přednostce Dětské kliniky FN a LF v Olomouci, která nás v naší práci podporovala. Stejně díky patří rovněž prof. MUDr. Vladimíru Mihálovi, CSc. Recenzentům doc. MUDr. Jirímu Bronskému, Ph.D., a paní asistentce MUDr. Radaně Kotalové, CSc., děkujeme za pečlivé zhodnocení textu, cenné rady a připomínky. MUDr. Janu Hugovi a všem členům redakce nakladatelství Maxdorf děkujeme za skvělou spolupráci při přípravě knihy.

Dík patří také všem našim kolegům a našim rodinám. Ti všichni nás při práci na této publikaci podporovali.

OBSAH

PŘEDMLUVA	7
1 FUNKČNÍ BOLESTI BŘICHA	11
<i>Miloš Geryk, Eva Karásková</i>	
2 OBSTIPACE	20
<i>Miloš Geryk, Eva Karásková</i>	
3 AKUTNÍ GASTROENTERITIDY	27
<i>Lenka Šigutová</i>	
4 GASTROEZOFAGEÁLNÍ REFLUXNÍ ONEMOCNĚNÍ	34
<i>Barbora Nováková, Eva Karásková</i>	
5 INFEKCE HELICOBACTER PYLORI	54
<i>Eva Karásková</i>	
6 CELIAKIE	69
<i>Mária Véghová Velgáňová</i>	
7 NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY	81
<i>Eva Karásková</i>	
8 AUTOIMUNITNÍ ONEMOCNĚNÍ JATER	100
<i>Vratislav Smolka</i>	
9 NEALKOHOLOVÁ TUKOVÁ CHOROBA JATER	114
<i>Radka Drápalová</i>	
10 AKUTNÍ PANKREATITIDA	129
<i>Eva Karásková</i>	
11 CHRONICKÁ A REKURENTNÍ PANKREATITIDA	148
<i>Eva Karásková</i>	
12 POTRAVINOVÁ ALERGIE	166
<i>Vendula Látalová</i>	
13 ALERGIE NA BÍLKOVINY KRAVSKÉHO MLÉKA	184
<i>Vendula Látalová</i>	

14	EOZINOFILNÍ EZOFAGITIDA	191
	<i>Vendula Látalová</i>	
15	ENTERÁLNÍ VÝŽIVA	203
	<i>Mária Véglová Velgáňová</i>	
16	PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA	215
	<i>Eva Karásková</i>	
17	REFEEDING SYNDROM	221
	<i>Eva Karásková</i>	
18	DIGESTIVNÍ ENDOSKOPIE	229
	<i>Eva Karásková</i>	
19	CIZÍ TĚLESA V TRÁVICÍM TRAKTU	246
	<i>Eva Karásková</i>	
	PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK	263
	SUMMARY	267
	SEZNAM OBRÁZKŮ	268
	REJSTŘÍK	273

1 FUNKČNÍ BOLESTI BŘICHA

Miloš Geryk, Eva Karásková

DEFINICE

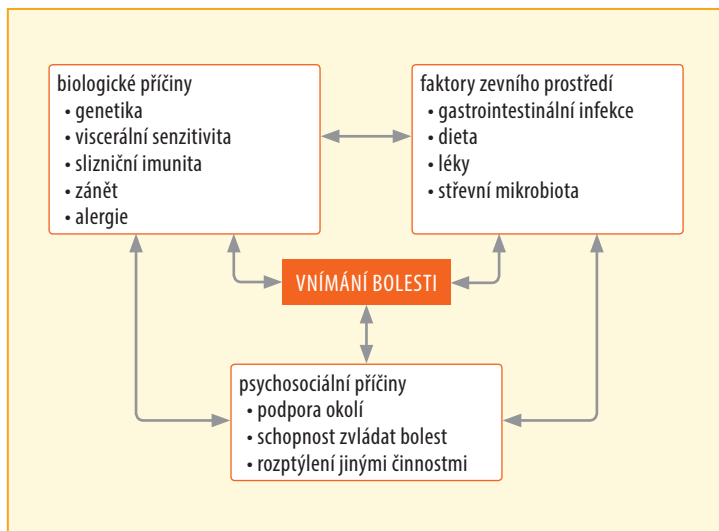
- Za funkční bolesti břicha (FBB) označujeme ty, jejichž symptomy nejsou přiřaditelné ani po uvážlivém zhodnocení k organickému onemocnění.
- Jsou diagnostikovány dle revidovaných Římských kritérií IV.
- Dělí se na funkční dyspepsii, syndrom dráždivého tračníku, břišní migrénu a FBB nezařaditelné jinam [1].

EPIDEMIOLOGIE

- Funkční bolesti břicha jsou v dětské populaci velmi časté. Vyskytují se až u 13,5 % dětí mezi 4. a 18. rokem [2].
- U dívek jsou funkční bolesti břicha častější než u chlapců.
- Více ohroženy rozvojem FBB jsou děti ve stresu a po prožití traumatických událostí.
- Nejvyšší prevalence FBB je u dětí mezi 4. a 6. rokem a v časně adolescenci [3].

ETIOPATOGENEZE

- Původ bolestí břicha u dětí je multifaktoriální, společným patologickým jevem je viscerální hypersenzitivita [4].
- Předpokládá se, že infekce, potravinové alergie a změny střevní mikrobioty mohou být spouštěcím bodem zvýšené citlivosti k bolesti [5].
- Biopsychosociální model (obr. 1.1) dává do souvislosti možné faktory, které se podílí na vzniku FBB (biologické, psychosociální příčiny a faktory zevního prostředí).



Obr. 1.1 Biopsychosociální model FBB, upraveno podle [6]

PAMATUJ

Psychologické faktory – stres, anxióza a deprese – jsou spojeny s viscerální hypersenzitivitou a rozvojem chronických bolestí břicha [5].

Dělení funkčních onemocnění spojených s bolestí břicha podle Římských kritérií IV:

- funkční dyspepsie
- syndrom dráždivého tračníku
- břišní migréna
- FBB nezařaditelné jinač [1]
- obvykle se mezi funkční onemocnění řadí i funkční zácpa (viz kap. Obstipace)

U dětí jsou FBB diagnostikovány, pokud splňují následující kritéria:

1. chronické (déle než dva měsíce trvající) bolesti břicha
2. nejsou přítomny alarmující příznaky (tab. 1.1 a 1.2)

■ **Tabulka 1.1** Alarmující příznaky v anamnestických údajích, upraveno podle [9]

Anamnestický údaj	Možné organické příčiny uvažované v dif. dg. FBB
necílená ztráta hmotnosti	malabsorpce, IBD, celiakie, pankreatitida, malignita
obtížné nebo bolestivé polykaní	eozinofilní ezofagitida
opakované zvracení (biliární, protrahované, projektilové)	gastroezofageální refluxní choroba, eozinofilní gastroenteritida, střevní obstrukce, diabetická ketoacidóza, adrenální krize, cholecystitida, intrakraniální léze
chronický průjem	enterální infekce, IBD, imunodeficience, celiakie
horečka neznámého původu	zánětlivý proces, periodické horečky
močové obtíže (změna ve funkci měchýře, bolesti při močení, hematurie, bolest v bedrech)	opakované záněty dolních cest močových, nefrolitiáza
bolest v zádech	přenesená bolest (chronická pankreatitida)
rodinná anamnéza IBD, celiakie nebo vředové choroby	IBD, celiakie, vředová choroba gastroduodena
krvavé průjmy	IBD
meléna (černá, dehtovitá stolice)	vředová choroba, Meckelův divertikl
změny na kůži (vyrážka, ekzém, kopřivka)	IBD, celiakie, potravinová alergie

IBD – nespecifické střevní záněty

3. je normální fyzikální vyšetření

4. je negativní test na okultní krvácení [7]

Funkční dyspepsie

U diagnózy funkční dyspepsie jsou splněna kritéria pro FBB 1–4 a více následujících kritérií, která se vyskytují déle než čtyři dny v měsíci:

- bolest nebo pálení v epigastriu, které nesouvisí s defekací
- pocit plnosti po najezení
- časný pocit sytosti

■ **Tabulka 1.2** Alarmující příznaky ve fyzikálním vyšetření, upraveno podle [9]

Fyzikální vyšetření	Možné organické příčiny uvažované v dif. dg. FBB
propad v růstových grafech, opožděná puberta	IBD, celiakie
aftózní léze v dutině ústní	IBD
bolest lokalizovaná do pravého horního kvadrantu	žlučnickové kameny, cholecystitida, cysta choledochu
bolest lokalizovaná do pravého dolního kvadrantu	chronická apendicitida, ovariální cysta
bolest lokalizovaná do levého dolního kvadrantu	zácpa, ovariální cysta, ulcerózní kolitida
bolest v suprapubické oblasti	infekce močových cest
hepatomegalie	chronická hepatitida, lysozomální (střádavá) onemocnění
splenomegalie	hemolytické onemocnění, infarkt sleziny, lysozomální (střádavá) onemocnění
bolest v zádech	pyelonefritida
perianální postižení – fisury	IBD
pozitivní test na okultní krvácení	enterální infekce, IBD, juvenilní polypóza, vaskulitidy

IBD – nespecifické střevní záněty

Syndrom dráždivého tračníku

Má několik forem: s převahou zácpy, s převahou průjmu nebo se smíšeným typem vyprazdňování [8]. U diagnózy syndrom dráždivého tračníku jsou splněna kritéria pro FBB 1–4 a jedno a více následujících kritérií, která se vyskytují déle než čtyři dny v měsíci:

- bolest asociovaná s vyprazdňováním
- změny ve frekvenci stolice
- změny ve formě (vzhledu) stolic

PAMATUJ

Pokud dítě trpí na zácpu a má přitom bolesti břicha, musí být po vyloučení organické příčiny nejprve léčena zácpa, a pokud bolesti břicha neustanou, může být stanovena diagnóza dráždivého tračníku s převahou zácpy.

Břišní migréna

U diagnózy břišní migrény jsou splněna kritéria pro FBB 1–4 a všechna následující kritéria:

- paroxysmální intenzivní periumbilikální nebo difuzní bolest břicha
- epizody jsou stereotypní a dělí je od sebe týdny až měsíce
- bolest omezuje vykonávání běžných činností
- s bolestí břicha se vyskytují nejméně dva další příznaky: nechutenství, nauzea, zvracení, bolest hlavy, fotofobie, bledost

Funkční bolesti břicha nezařaditelné jinam

U diagnózy funkční bolesti břicha nezařaditelné jinam jsou splněna kritéria pro FBB 1–4 a všechna následující kritéria:

- vyskytuje se nejméně čtyřikrát za měsíc
- epizodická nebo kontinuální bolest břicha, která se nevyskytuje výhradně během fyziologických událostí (menstruace, po konzumaci jídla)
- nejsou naplněna diagnostická kritéria pro funkční dyspepsii, syndrom dráždivého tračníku nebo břišní migrény

DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Před stanovením diagnózy FBB je nutno vyloučit organické onemocnění:

- při podezření na FBB bez přítomnosti varovných známek není třeba žádných dalších vyšetření vyjma testu na okultní krvácení ve stolici
- při pochybnostech o diagnóze je možné vyšetřovací panel rozšířit (tab. 1.3)

■ **Tabulka 1.3** Doporučené laboratorní testy při bolestech břicha v případech přítomnosti varovných známek; upraveno podle [6]

Laboratorní test	Výsledek	Možná příčina
test na okultní krvácení	pozitivní	enterální infekce, IBD, juvenilní polypóza, žaludeční vředy, vaskulitidy, cizí těleso v GIT
krevní obraz s diferencálním rozpočtem	anemie	celiakie, IBD
	leukocytóza	zánětlivá onemocnění
	eozinofilie	atopie, eozinofilní ezofagitida, parazitární infekce
sedimentace erytrocytů, CRP	zvýšená sedimentace erytrocytů, zvýšený CRP	aktivní zánětlivý proces
metabolický panel	zvýšená alaninaminotransferáza	hepatální infekce
	zvýšený přímý bilirubin	cholestáza
	zvýšená gama-glutamyl transferáza	žlučnickové kameny
	snížený albumin	poškozená syntéza tvorby v játrech, střevní ztráty proteinů – Crohnova choroba
lipáza	zvýšená	akutní pankreatitida
IgA, anti-TG IgA	pozitivní	celiakie
moč chemicky sediment	hematurie	nefrolitiáza

anti-TG IgA – protilátky proti tkáňové transglutamináze ve třídě IgA, CRP – C-reaktivní protein, GIT – gastrointestinální trakt, IBD – nespecifické střevní záněty, IgA – imunoglobulin A

- týž postup je možné použít v případě výrazně úzkostné rodiny a obav z organického onemocnění
- ultrasonografie břicha není u dětí s FBB bez varovných známek doporučena [10]

TERAPIE

Léčba FBB je často dlouhodobá. Nutná je dobrá spolupráce pacienta i jeho rodičů:

- Děti s funkční dyspepsií by se měly vyvarovat nápojů obsahujících kofein, tučných a pálivých jídel a nesteroidních protizánětlivých léků [1].
- V případě podezření, že dítě má intoleranci laktózy (průjmy, bolesti břicha po požití mléčných výrobků), doporučujeme vyloučit z diety na dva týdny všechny mléčné výrobky a sledovat efekt.
- U FBB bez obstrukce není doporučena žádná medikamentózní léčba.
- Pokud má dítě sklon k zácpě, je doporučeno jako první opatření podat makrogol (viz kap. Obstrukce).
- U syndromu dráždivého tračníku snižovalo podávání pepřminového oleje bolest u 75 % účastníků studie [12]. Tento preparát je sice dostupný, nejsou však data pro dávkování u dětí.
- U pacientů s abdominální migrénou je nutné omezit možné spouštěče, např. nápoje s kofeinem, emoční vypětí, přerušované světlo. U těchto pacientů se zkoušel profylakticky podávat propranolol, terapeuticky sumatriptan [13,14].
- Velmi významné místo v léčbě FBB mají relaxační techniky, psychoterapeutická a rodinná terapie, např. hluboké dýchání: „Zhluboka dýchejte – položte ruce na své břicho a vnímejte, jak se vaše břicho zvětšuje a zmenšuje“ [15].
- Relaxační techniky s využitím představivosti, např.: „Představte si nějaké útulné místo – kde jste byli nebo kde byste chtěli být. Jak se cítíte? Co vnímáte? Co cítíte? Představujte si několik minut vše o tomto místě“ [16].

PRAKTICKÉ TIPY A DOPORUČENÍ

- *Funkční bolest břicha je časté onemocnění u dětí. Je nutné posoudit přítomnost varovných známek poukazujících na možnou organickou příčinu. Vše lze většinou realizovat u praktického lékaře pro děti a dorost. Důležité je rodiče a pacienta uklidnit a ponechat v ambulantním sledování.*
- *Pokud má dítě sklon k zácpě, doporučujeme podání makrogolu.*
- *I přes intervence bývá léčba FBB dlouhodobá a neobejde se bez úzké spolupráce s rodiči, event. lze doporučit psychologickou péči.*

LITERATURA

- [1] Hyams JS, Di Lorenzo C, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1456–68.e2
- [2] Korterink JJ, Diederik K, Benninga MA, et al. Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders: a meta-analysis. *PLoS ONE*. 2015; 10(5):e0126982.
- [3] Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NJ. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2005;100(8):1868–75.
- [4] Di Lorenzo NN, Sigurdsson YL, et al. Visceral hyperalgesia in children with functional abdominal pain. *J Pediatr*. 2001;139:838–43.
- [5] McClellan N, Ahlawat R. Functional Abdominal Pain In Children. [online]. [cit. 5. 11. 2020] dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537298/>
- [6] Fishman MB, Aronson MD, Chacko MR. Chronic abdominal pain in children and adolescents: Approach to the evaluation [online]. [cit. 5. 11. 2020] dostupné z: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-abdominal-pain-in-children-and-adolescents-approach-to-the-evaluation>
- [7] American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain. Chronic abdominal pain in children. *Pediatrics*. 2005;115(3):812–5.
- [8] Rajindrajith S, Devanarayana NM. Subtypes and symptomatology of irritable bowel syndrome in children and adolescents: a school-based survey using Rome III criteria. *J Neurogastroenterol Motil*. 2012;18:298–304.
- [9] Chacko MR, Chiou E. Functional abdominal pain in children and adolescents: Management in primary care [online]. [cit. 5. 11. 2020] dostupné z: <https://www.uptodate.com/contents/functional-abdominal-pain-in-children-and-adolescents-management-in-primary-care>
- [10] Yip WC, Ho TF, Yip YY, Chan KY. Value of abdominal sonography in the assessment of children with abdominal pain. *J Clin Ultrasound*. 1998;26(8):397–400.

- [11] Nevoal J. Chronické bolesti břicha u dětí a adolescentů. *Pediatr pro Praxi*. 2009;10(3):151–5.
- [12] Kline RM, Kline JJ, Di Palma J, et al. Enteric-coated, pH-dependent peppermint oil capsules for the treatment of irritable bowel syndrome in children. *J Pediatr*. 2001;138:125–8.
- [13] Russell G, Abu-Arafah I, et al. Abdominal Migraine. *Pediatr-Drugs*. 2002;4:1–8.
- [14] Kakisaka Y, Wakusawa K, Haginoya K, et al. Efficacy of Sumatriptan in Two Pediatric Cases With Abdominal Pain-Related Functional Gastrointestinal Disorders: Does the Mechanism Overlap That of Migraine? *J Child Neurol*. 2010;25(2):234–7.
- [15] Gerik SM. Pain management in children: Developmental considerations and mind-body therapies. *South Med J*. 2005;98:295.
- [16] van Tilburg MA, Chitkara DK, Palsson OS, et al. Audio-recorded guided imagery treatment reduces functional abdominal pain in children: A pilot study. *Pediatrics*. 2009;124:e890.

2 OBSTIPACE

Miloš Geryk, Eva Karásková

DEFINICE

- Obstipace (zácpa) je symptom. Je charakterizována odchodem málo frekventní, tuhé stolice.
- Většinu případů zácpy označujeme jako funkční (až 95 %), tj. bez organického podkladu [1].
- K diagnóze funkční zácpy se užívají Římská kritéria IV (viz tab. 2.1) [2].

EPIDEMIOLOGIE

- Zácpa se vyskytuje u 24,1 % dětí do jednoho roku, u 18,5 % batolat a 14,1 % dětí vyššího věku a adolescentů.
- Je velmi častou příčinou návštěvy praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) nebo dětského gastroenterologa.
- Chlapci i dívky jsou postiženi stejně často [3].

ETIOPATOGENEZE

Patogeneze funkční zácpy: příčiny jsou multifaktoriální, tj. dědičné, dietní, psychosociální a biologické.

- Velký podíl na vzniku zácpy má stres. U dětí je to například strach z chození na společné toalety, nedostatek času ráno před odchodem do mateřské školy atd. Dochází k volnímu zadržení stolice, která se následně zahušťuje. Tento stav se označuje jako fekální retence. Defekace tuhé stolice bolí a může způsobit anální fisuru. Dítě poté zadržuje stolicí častěji a celý mechanismus se opakuje [4].

- Pokud tuhou stolicí v ampule rekta obtéká tekutá stolice, hovoříme o enkopréze, která může být rodiči mylně považována za průjem.

Zácpa jako příznak organického onemocnění:

- Přibližně 5 % případů zácpy je způsobeno organickým onemocněním.
- Mezi typické onemocnění projevující se zácpou patří Hirschsprungova nemoc. Příčinou této choroby je porucha inervace střeva (různě dlouhý aganglionární úsek).
- Další onemocnění projevující se zácpou jsou celiakie, cystická fibróza, potravinové alergie, hypotyreóza, anomálie páteře v lumbosakrální oblasti, různá neurologická onemocnění.

PAMATUJ

- » Pouze 5 % případů zácpy je způsobeno organickým onemocněním. Je však nezbytné na tato onemocnění myslet (celiakie, cystická fibróza, Hirschsprungova choroba atd.).
- » Velký podíl na vzniku zácpy má stres.

KLINICKÝ OBRAZ

- Zácpa se u dětí projevuje sníženou frekvencí defekace, která může být bolestivá.
- Stolice je tuhá, objemná.
- Některé děti trpí nechutenstvím.
- Často se vyskytuje denní i noční pomočování.
- Zácpu může doprovázet enkopréza (špinění).
- Často jsou pozorovány retenční manévry, při kterých se dítě snaží zadržet stolicí. Typicky stojí ve vzpřímeném postoji se zkříženými nohama. Jsou opocené a rudé ve tvářích.