

Dráždivý tračník a funkční zácpa

MUDr. Karel Hrubant

1. lékařská fakulta, IV. interní klinika, Univerzita Karlova v Praze

Dráždivý tračník a funkční zácpa patří k nejčastěji se vyskytujícím funkčním poruchám trávicího traktu, které postihují značné procento populace rozvinutých zemí. V klinickém obraze dráždivého tračníku převládá bolest břicha a/nebo břišní diskomfort zmírňující se po defekaci a/nebo související se změnou formy či frekvence stolice. Hlavním symptomem funkční zácpy je trvale obtížné, málo časté vyprazdňování tuhé stolice, nezřídka spojené s pocitem neúplného vyprázdnění. Patogeneze obou onemocnění není přes extenzivní výzkum známa. Předpokládají se poruchy neurohumorální regulace funkce tračníku vznikající u geneticky disponovaných osob působením nepříznivých zevních faktorů. Porušená regulace vede ke změnám motility, sekrece a viscerální senzitivity střeva, jejichž důsledkem je vznik charakteristických symptomů. Obě onemocnění mají chronický průběh, často výrazně snižující kvalitu života pacientů. Pokud chybí alarmující příznaky, lze diagnózu stanovit přímo, na základě přítomnosti charakteristických symptomů a normálního fyzikálního nálezu jako pozitivní diagnózu. Další vyšetření nejsou nutná, s výjimkou rozlišení jednotlivých typů těžké funkční zácpy. Terapie je komplexní, cílená na dominující symptom, základem její úspěšnosti je vytvoření vzájemné důvěry mezi lékařem a pacientem.

KLÍČOVÁ SLOVA: dráždivý tračník, funkční zácpa, průjem, bolest břicha, břišní diskomfort.

The irritable colon and functional constipation

The irritable colon and functional constipation are the most frequent functional disorders of the digestive system and occur in a high percentage of the population in developed countries. The predominant symptom of the irritable colon is abdominal pain and/or abdominal discomfort, which is eased by defecation or a change in the form or frequency of the stools, and malfunction in evacuation. The main symptom of functional constipation is a permanent difficulty in defecation associated with the infrequent passage of hard stools, often associated with the feeling of incomplete emptying. The pathogenesis of both conditions is not known despite extensive research. We suppose this is a defect of the neurohumoral regulatory function of the colon, originating in people with a genetic predisposition and an incidence of adverse external factors. This dysfunctional regulation leads to a change of colonic motility, colonic secretion and visceral sensitivity of the bowel, the consequence of which is the occurrence of characteristic symptoms. Both conditions run a chronic course, often markedly reducing the quality of a patient's life. The diagnosis can be established on the basis of current characteristic symptoms, negative physical findings and in the absence of alarming symptoms as a positive diagnosis. Other investigations, except the differentiation of specific types of severe functional constipation, are not necessary. Therapy is complex, targeting the predominant symptoms, the basis for success being the creation of mutual trust between doctor and patient.

Key words: irritable colon, functional constipation, diarrhoea, abdominal pain, abdominal discomfort.

Interní Med. 2010; 12(9): 407–410

Dráždivý tračník (DT) a funkční zácpa (FZ) patří k nejčastějším funkčním poruchám trávicího traktu, kterými je označován souhrn izolovaných symptomů nebo jejich proměnlivé kombinace bez prokazatelných organických, biochemických, ultrazvukových či endoskopických abnormalit postihujících trávicí trubici (1).

Dráždivý tračník (irritable colon, syndrom dráždivého tračníku – irritable bowel syndrome, dolní dyspeptický syndrom) je funkční střevní porucha charakterizovaná bolestí břicha a/nebo břišním diskomfortem, ve spojení se změnami konzistence a frekvence stolice a jejího vyprazdňování. Intenzita potíží kolísá od zanedbatelných po invalidizující. Osmdesát procent pacientů s DT současně vykazuje četné extraintestinální potíže (tabulka 2) a až 50% psychické poruchy (2). Průběh onemocnění je chronický s relapsy a remisemi, ale u 1/3 pacientů potíže se stoupajícím věkem spontánně mizí (3). Nejčastěji jsou touto poruchou postiženy osoby ve vě-

ku 20–45 let s prevalencí v evropské populaci v rozmezí 5% až 25%, v populaci USA 10–15%, s dominujícím postižením žen v poměru 2:1 proti mužům (4). Lékařskou pomoc vyhledává až 1/3 nemocných a tvoří tak velkou část pacientů v ambulancích praktických lékařů, internistů a gastroenterologů (5).

Funkční zácpa (FZ). Zácpa je obecně definována jako obtížné, málo časté vyprazdňování tuhé stolice nezřídka spojené s pocitem neúplného vyprázdnění. Podle různých statistik postihuje tato porucha 2–27% populace, z toho 95% připadá na zácpu funkční a funkční poruchy defekace a pouze 5% je zácpou symptomatickou vyskytující se z nejrůznějších intestinálních a extraintestinálních příčin – onemocnění tračníku, neurologické, endokrinní a metabolické choroby, nepříznivé účinky některých léků a další (5). Za příčinu FZ je označován nedostatečný příjem tekutin, nedostatek nerozpustné vlákniny v dietě, nízká fyzická aktivita a/nebo potlačování nucení

na stoli se vznikem dyschezie – snížení citlivosti konečníku na obsah, vedoucí k postupné ztrátě defekačního reflexu (vymizení pocitu potřeby při naplněném konečníku). Porucha postihuje 2–3x častěji ženy než muže, všech věkových kategorií, ale s věkem její prevalence stoupá. Průběh je chronický s tendencí k pozvolnému zhoršování. Výskyt extraintestinálních potíží a psychický stav se u osob s funkční zácpou proti pacientům s DT neliší od běžné populace a také potřeba vyhledávat zdravotní pomoc je u nich podstatně menší. Často k ní dochází až při výskytu komplikací, jako jsou krvácející hemeroidy, řitní eroze,

Tabulka 2. Extraintestinální příznaky spojené s DT

- Poruchy soustředění, spánku, celková únava
- Pocit sucha v ústech, dysfagie, pocit časného nasycení
- Bolesti hlavy, zad, pánevní oblasti
- Poruchy urogenitální
- Psychické poruchy – úzkost, deprese

Tabulka 1a. Římská klasifikace III – Diagnostická kritéria DT (IBS)

Rekurentní břišní bolest nebo diskomfort nejméně 3 dny v měsíci v minulých třech měsících (začátek nejméně před 6 měsíci) ve spojení nejméně se dvěma kritérii:
■ zlepšení defekací ■ začátek spojen se změnami frekvence stolice ■ začátek spojen se změnami formy (vzhledu) stolice

Tabulka 1b. Podpůrné symptomy DT – nejsou součástí diagnostického kritéria

Abnormální frekvence vyprázdnění
a) < 3 vyprázdnění za týden
b) > 3 vyprázdnění za den
Abnormální forma stolice
c) kouskovitá/tvrdá stolice nebo
d) řídká/vodnatá stolice
Změněné vyprazdňování
e) namáhavé vyprazdňování
f) naléhavost nebo pocit nekompletního vyprázdnění, odchod hlenu a nadýmání

trhliny a další. Výjimku tvoří pacienti s těžkou formou hypokineticke zácpy, která je provázena bolestmi břicha a depresí.

Definice – klasifikace DT a FZ

Názory na funkční poruchy gastrointestinálního traktu (GIT) u nás v posledních několika desetiletích utvářel a formoval prof. Mařatka, který definuje DT jako funkční střevní poruchu vyznačující se bolestmi v břiše, střevní dyspepsií a nutkavými defekacemi. Podle klinického obrazu dělí DT na formu s obtížemi 1. občasnými, 2. každodenními, 3. trvalými a 4. atypické tvary DT (6). Mezinárodně uznávaná diagnostická kritéria pro DT byla publikována poprvé v roce 1978 Manningem (7). V dalších třiceti letech díky snaze mezinárodních expertů o zpřesnění diagnostiky funkčních poruch GIT došlo k postupnému vypracování definic a detailních diagnostických kritérií těchto poruch, tzv. Římských klasifikací I, II, III. Římská klasifikace III z roku 2006 (8) definuje DT jako funkční střevní poruchu manifestující se rekurentní břišní bolestí a/nebo diskomfortem ve spojení s minimálně 2 ze 3 dalších symptomů, kterými je úleva bolestí po defekaci, změna formy stolice a změna frekvence vyprazdňování stolice (tabulky 1a, 1b). Podle vzhledu stolice se rozlišují 4 subtypy DT (tabulka 1c). Funkční zácpa je podle výše uvedené klasifikace definována jako střevní porucha, která se projevuje trvale obtížným, málo častým nebo zdánlivě nedostatečným vyprázdněním stolice, její diagnostická kritéria jsou uvedena v tabulce 4 (1). Mařatka označuje FZ za vleklou funkční poruchu defekace projevující se obtížnou evakuací stolice.

Tabulka 1c. Subtypy DT dle základního vzhledu stolice

	Konzistence stolice	
	Tvrdá nebo kouskovitá (bobkovitá)	Řídká (kašovitá) nebo vodnatá
Subtypy DT	% vyprázdnění	% vyprázdnění
1. DT se zácpou	> 25	< 25
2. DT s průjemem	< 25	> 25
3. Smíšený DT	> 25	> 25
4. Nezařaditelný DT	nedostatečné abnormality v konzistenci stolice, neklasifikovatelné jako typ 1–3	

Rozlišuje zácpu prostou, spastickou a hypokineticou (9).

Etiopatogeneze

Patogeneze DT a FZ není přes extenzivní výzkum známa. Předpokládají se poruchy neurohumorální regulace funkce tračníku vznikající u geneticky disponovaných osob působením nepříznivých zevních faktorů. K těmto faktorům patří např. psychický a fyzický stres, střevní infekce, léčba antibiotiky, dietní vlivy, operace a další. Porušená regulace vede ke změnám motility, sekrece a viscerální senzitivity střeva, jejichž důsledkem je vznik charakteristických symptomů. Poslední výzkumy ukazují, že hlavní roli v patogenezi funkčních poruch GIT hrají poruchy funkce osy „mozek – GIT“. Tato osa je tvořena CNS, autonomním nervovým systémem a tzv. střevním nervovým systémem (enteric nervous system, ENS), který funguje částečně nezávisle na CNS. Efektorovým orgánem výše uvedené osy je sliznice a svalovina GIT (10). Porucha funkce těchto systémů nebo jejich vzájemné komunikace může vyvolat poruchy motility či senzorycké percepce (11). V centru pozornosti je dnes jeden z nejvýznamnějších mediátorů souhry uvedených systémů, kterým je serotonin (5-hydroxytryptamin, 5-HT) produkovaný a skladovaný enterochromafinními buňkami střevní sliznice. Průchod tráveniny střevem stimuluje sliznici s následným uvolněním 5-HT a jeho vazbu na specifické receptory (5-HT_{1P}, 5-HT₄). Tak je zajištěna komunikace mezi ENS a jeho efektorovým systémem – svalovinou, sekrečním epitelem, endokrinními buňkami a cévním systémem, která je nezbytná pro funkci GIT. Navíc vazbou na 5-HT₃ receptory eferentních senzoryckých vláken vagu a míšních nervů zprostředkuje 5-HT signály mezi ENS a CNS a mimo jiné tak moduluje vnímání bolesti (12). Porucha serotoninové signalizace, zjišťována u pacientů trpících DT v mnoha studiích, může negativně ovlivnit motilitu, sekreci a viscerální senzitivitu a manifestovat se typickými symptomy. Její příčinou může být defekt serotoninu nebo jeho změněná tvorba event. porucha specifických receptorů a další (13, 14). Poruchami regulace na úrovni různých etází po-

psaného systému se zabývala řada dalších prací. U nemocných s DT byly popsány odchylné reakce mozku na gastrointestinální podněty, např. snazší aktivace oblastí mozku podílejících se na inhibici bolesti. Podávání antidepresiv vedlo k úlevě bolestí rekta, která byla spojena se změnami aktivit některých oblastí mozku (15). Poruchy funkce neurotransmitterů hrají pravděpodobně významnou roli i u zácpové formy DT, kde je zjišťována snížená sekrece 5-HT, ale i peptidu YY nebo vazoaktivního intestinálního peptidu. Naproti tomu u poruch provázených zvýšenou sekrecí a motilitou GIT s průjmy je prokazována zvýšená aktivita těchto působků (16). Klinické studie sledovaly zejména význam aktivace serotoninových receptorů ve střevě, která stimuluje motilitu GIT a střevní sekreci a tlumí jeho senzitivitu. Nabízí se tak možný význam poruchy funkce serotoninové signalizace v patogenezi hypokineticke FZ (5). Obdobné patogenetické mechanismy by se mohly uplatňovat rovněž u vzniku dyschezie.

Klinický obraz

DT se zácpou – charakteristickým projevem této formy DT je zácpa s málo častým, obtížným vyprazdňováním tuhé stolice formované do kouskovitých skybal nebo pentlic, obvykle s příměsí hlenu. Stálým příznakem jsou tlakové až křečovitě bolesti, které po stolici ustupují, ale často přetrvává pocit břišního napětí a neúplného vyprázdnění s opakovaným nucením.

DT s průjemem se vyznačuje opakovanými záchvaty křečovitých bolestí v dolní polovině břicha spojenými s imperativním nucením na stolici,

Tabulka 3. Varovné známky – alarmující symptomy svědčící proti dg. DT

Rodinná anamnéza
■ kolorektální karcinom ■ idiopatické střevní záněty ■ celiakie
Osobní údaje a laboratorní změny
■ věk ≥ 50 let ■ krátké trvání/náhlá změna potíží ■ noční symptomy ■ příměs krve ve stolici ■ nevysvětlitelný hmotnostní úbytek ■ neobjasněná hypochromní anémie

kerá je zpočátku kašovitá, postupně až vodnatá s příměsí hleny. Po sérii defekací, označovaných jako debakly, dochází k úlevě. Obtíže jsou buď občasné, nebo každodenní. Občasné se objevují např. při psychické zátěži nebo po požití některých pokrmů a v mezidobí je pacient většinou bez problémů. Každodenní záchvaty se dostávají buď jako ranní debakly, nebo postprandiální nutkavé defekace. U ranního typu se objevují již záhy po probuzení, ale i během cesty do zaměstnání a dopoledne. Ve zbylé části dne a v noci je pacient bez potíží. Postprandiální nutkavé defekace se dostávají pravidelně za půl až 2 hodiny po jídle a lze je přičíst vystupňovanému gastrokolickému reflexu. **Smíšený typ DT** je charakterizován nepravidelným střídáním projevů předchozích forem. Konzistence stolice bývá kašovitá až vodnatá, ale urgency se dostávají obvykle jen ve stresových situacích. Jindy stolice několik dnů chybí, objevuje se nadýmání, pocit břišního napětí a obtížná defekace peletovitě stolice s hlenem. **Nezařaditelný typ DT** – u tohoto typu jsou nejasně vyjádřené změny formy a frekvence stolice. Pacienti si často stěžují na neurčité tlakové či křečovitě bolesti břicha nebo pocit břišního diskomfortu – břišní napětí, nadýmání, zvýšená flatulence, borbyrgmy apod. **Funkční zácpa** je vnímána jako obtížné, málo časté vyprazdňování tuhé stolice nezdávající provázené pocitem neúplného vyprázdnění. Případně se vyskytující bolest nebo břišní diskomfort nejsou na rozdíl od DT dominujícím příznakem. FZ dělíme podle Mařatky na zácpu spastickou, prostou a hypokineticou. Spastická zácpa je součástí klinického obrazu DT se zácpou – viz výše. **Zácpa prostá** je charakteristická tím, že chybí ohlašovací fáze defekace. Postižený má podle stupně dyschezie snížený nebo zcela chybějící pocit potřeby, i když má plný, roztažený konečník. Vypuzovací fáze defekace je namáhavá, neboť se děje převážně pomocí břišního lisu bez koordinovaného zapojení střevní svaloviny. Po takové defekaci následuje pocit neúplného vyprázdnění a pocit plnosti střev. Pokud není stolice více dní, dostává se tlak v břiše, celková nevolnost a často bolesti hlavy. Tyto potíže vznikají reflexně v důsledku nadměrného a dlouhotrvajícího roztažení konečníku (6). Časté jsou bolestivé řitní komplikace (hemoroidy, eroze, řitní trhliny) jak z vlastní obtížné defekace, tak v důsledku mechanického poškození manuálním vybavováním stolice, nešetrně aplikovanými klyzmaty a dalšími manipulacemi. Pokud postižený dlouhodobě používá kontaktní projímadla, objevuje se často katarální kolitida s bolestmi břicha a dalšími příznaky DT (9). **Hypokineticá zácpa** (inertní tračník) je úpornou formou funkční zácpy charakterizova-

nou málo četnou a navíc sníženou propulzní peristaltikou tračníku. Postiženy jsou většinou mladé ženy. Projevuje se nízkou frekvencí stolic, břišním diskomfortem až bolestmi a nadýmáním. Počet stolic s věkem klesá a dostává se jen s použitím dráždivých projímadel. K výraznému zhoršení dochází na začátku klimakteria, kdy bývá defekace možná již jen s použitím očištných klyzmat.

Stanovení diagnózy. Diagnózu DT a FZ lze stanovit buď jako diagnózu negativní, nebo pozitivní. Negativní diagnóza – „per exclusionem“ předpokládá podrobným vyšetřením GIT případně dalších systémů vyloučit přítomnost organického onemocnění. Jde často o diagnózu z rozpaků, zatěžující zdravotní systém i pacienta. V současné době se doporučuje u pacientů mladších padesáti let provedení diagnózy pozitivní – symptomatické, která se stanoví z přítomnosti typických potíží a chybění alarmujících příznaků (tabulka 3) (17, 18) v pečlivě odebrané anamnéze a další vyšetření již nejsou nutná (19, 20). Dlouhodobá platnost pozitivní diagnózy je v literatuře doložena řadou studií (21). Fyzikální nález je buď normální, nebo nevysvětluje obtíže nemocného. Často nalézáme u pacientů s DT známky vegetativní lability, které diagnózu spíše podporují. Laboratorní vyšetření – krevní obraz, sedimentace erytrocytů a základní biochemické testy – jsou v mezích normy. U pacientů s průjemovým DT se doporučuje navíc stanovení protilátek proti tkáňové transglutamináze k vyloučení celiakie. Lze zvážit parazitologické vyšetření stolice a vyšetřit hodnoty TSH k rozpoznání případné tyreopatie. U nemocných s FZ neodpovídajících na základní terapii indikujeme provedení irigografie, která poskytne informaci o anatomických a funkčních charakteristikách tračníku. Případně se provádějí specializovaná funkční vyšetření, především vyšetření rychlosti a charak-

Tabulka 4. Funkční zácpa – Římská klasifikace III

Funkční zácpa je střevní porucha, která se projevuje trvale obtížným, málo častým nebo zdánlivě nedostatečným vyprázdněním stolice, trvajícím po dobu ≥ 3 měsíců se začátkem před ≥ 6 měsíci.

1. Požaduje se přítomnost ≥ 2 podmínek:

- namáhání nejméně ve 25 % defekací
- tvrdá nebo bobkovitá stolice nejméně ve 25 % defekací
- pocitu neúplného vyprázdnění nejméně po 25 % defekací
- pocitu anorektální překážky/uzávěru nejméně ve 25 % defekací
- digitální manévry k usnadnění nejméně ve 25 % defekací
- méně než 3 defekace za týden

2. Měkká stolice je výjimečně přítomna, pokud nejsou užita laxativa

3. Jsou nedostačující kritéria pro dráždivý tračník (IBS)

teru posunu střevního obsahu pomocí radiokontrastních kapslí, tzv. „transit time“. Rovnoměrně zpomalená pasáž podporuje diagnózu „inertního tračníku“. Městnání kapslí v rektosigmoideu svědčí pro dyschezii nebo pro jiné poruchy v anorektální oblasti, které lze dále upřesnit pomocí defekografie, anorektální manometrie a elektromyografie (22). Invazivní vyšetření se rutinně neprovádějí, neboť incidence závažných organických onemocnění GIT není u pacientů s DT a FZ vyšší než v běžné populaci (5, 20).

Terapie. Léčba pacientů s DT a FZ je komplexní a dlouhodobá, vyžaduje trpělivost lékaře i nemocného se získáním jeho důvěry ve stanovenou diagnózu a navržené terapeutické postupy. Cílem je obtíže pacienta zmírnit a zlepšit tak jeho celkový stav, představa úplného vyléčení není realistická. Komplexní terapie zahrnuje správný psychologický přístup k pacientovi, poučení o životosprávě, dietní opatření, symptomatickou farmakoterapii a psychoterapii. Zpočátku je nutné pacientovi srozumitelně vysvětlit podstatu onemocnění a odstranit jeho obavy z přítomnosti život ohrožující nemoci. Toto uklidnění často vede k výraznému zmenšení jeho potíží. Z hlediska životosprávy se doporučuje pravidelný režim s dostatkem pohybových a zájmových aktivit, odpočinku a spánku se snahou vyvarovat se působení stresujících faktorů event. dosáhnout změny na jejich nazírání. Při závažné stresové situaci požádáme o pomoc psychologa či psychiatra. **Dietní opatření** jsou individuální v závislosti na charakteru onemocnění a dietních zvyklostech pacienta. U pacientů s průjemovou formou DT a udávanou nesnášenlivostí některých potravin je nutná jejich eliminace. Jinak obecně doporučujeme vyvarovat se konzumace kořeněných jídel, přepalovaných tuků, většího množství jednoduchých cukrů i umělých sladidel (žvýkací guma), omezit příjem kávy a alkoholu a zanechat kouření. Při obstrukci, jak je tomu u zácpové formy DT a u FZ, je rozhodující dostatečný příjem tekutin a odpovídající pohybová aktivita. V dietě se doporučuje pozvolné zvyšování příjmu zbytkové potravy.

Medikamentózní terapie. Jen u části pacientů lze dosáhnout zmírnění symptomů DT a FZ předchozími postupy. U většiny je nutné časem zahájit medikamentózní léčbu zaměřenou na dominující příznaky. **Břišní bolest** u DT nejčastěji tlumíme podáváním **musklotropních spazmolytik-spazmoanalgetik**. Signifikantně vyšší účinnost těchto látek proti placebo a minimální vedlejší účinky prokazují různé studie (23). Z dostupných látek je to např. pinaverin, mebeverin, alverin, pitofenon. Ke stejnému účelu lze použít i některých

parasympatikolytik – butylscopolamin, otilonium bromid. Pro možnou ztrátu účinku je vhodné tyto preparáty střídát. Podobný účinek jako tyto látky vykazují i silice máty pepřné obsažené v digestivních přípravcích (23). **Psychofarmaka** lze použít ke zvýšení účinnosti spazmoanalgetické léčby, ale v tlumení bolesti u pacientů s DT jsou účinná i samostatně. Nejčastěji se užívá tricyklických antidepresiv a antidepresiv se selektivní inhibicí zpětného vychytávání serotoninu, které v dávkách pod hranici antidepresivního účinku mají prokazatelný efekt na snížení bolesti a zlepšení celkového stavu u pacientů trpících DT (24). Používá se např. amitriptilin v dávce 25–150 mg na noc nebo paroxetin 10 mg, jehož výhodou je menší tendence ke vzniku zácpy, která bývá u amitriptilinu limitujícím vedlejším účinkem (18).

Terapie DT s průjemem. Ke kontrole průjmů u pacientů s tímto typem DT používáme antidiarika, především loperamid, méně často pro nepříznivé vedlejší účinky difenoxylat a codein. Loperamid v dávce 2–4 mg až 4x denně snižuje průchod tráveniny tenkým střevem i tračníkem, frekvenci i urgenci stolic. U ranních imperativních defekací je výhodné jeho podávání v dávce 4 mg na noc (22). Další možností léčby je podávání adsorbentů, jako je smectit nebo magistraliter připravené calcium carbonicum precipitatum, případně i ve směsi s codeinem a bismutem. Nadýmání tlumíme podáváním simeticonu. Pokud máme podezření na přítomnost dysmikrobie, zkusíme aplikaci probiotik (bifidobacter, *E. coli* Nissle 1917, *Saccharomyces boulardii*) či krátkodobou terapii nevstřebatelnými antibiotiky, např. rifaximinem či cloroxinem (24). Velkou nadějí představují pro pacienty s průjemovou formou DT antagonisté 5-HT₃ receptoru serotoninu, tzv. setrony. Alosetron dostupný v zahraničí vykazuje v klinických studiích výrazně vyšší účinnost než placebo v tlumení průjmů a zlepšení celkového symptomového skóre u žen s průjemovou formou DT (10). **Terapie FZ a DT se zácpou.** Pacienty je nutné nejprve poučit o zásadách normálního defekačního režimu a doporučit nácvik pravidelné ranní defekace podle Mařatky (6). Dále zdůrazníme příjem dostatečného množství tekutin 2,5–3 l/den. V dietě se doporučuje pozvolné zvyšování obsahu vlákniny. U pacientů s FZ by měl příjem nerozpustné vlákniny postupně dosáhnout až 25 g/den, což odpovídá např. 200 g celozrnného chleba. V tomto směru jsme však velmi opatrní u pacientů s DT, neboť u části z nich může nerozpustná vláknina vést ke zhoršení příznaků. Nadýmání a zvýšenou flatulenci opět omezuje podáváním simeticonu. Při podezření na dysmikrobie zkusíme probiotika nebo dietetické doplňky obsahující

bifidobacter a lactobacillus s ovocnými výtažky ze švestek a fíků, které šetrným způsobem podporují peristaltiku (25). Projímadla u obou poruch používáme až po selhání režimových a dietních opatření. U DT podáváme pouze relativně fyziologicky působící objemová (psyllium) nebo osmotická laxativa (lactulosa, glycerol supp.). U těžších forem FZ nereagujících na tuto terapii aplikujeme látky změkčující stolic (paraffinum liquidum) podávané perorálně nebo formou klyzmat. Případně krátkodobě nasazujeme i kontaktní projímadla (senna, bisacodyl) působící přímým drážděním střevní sliznice sekreci vody a elektrolytů, u kterých se však stále diskutuje možnost vzniku těžké poruchy motility tračníku. Zjistíme-li per rektum impaktovanou stolic, je nutné nejprve provést její manuální vybavení s následnou aplikací očištěného klyzmatu a pak nasazení laxativ. Akutně u zácpy s extrémní hypomotilitou tračníku lze použít inhibitorů acetylcholinesterázy (neostigmin, distigmin), event. antagonistů opioidních receptorů, jako je naloxon (26). Při selhání terapie je výjimečně indikována i chirurgická léčba spočívající v provedení subtotální či totální kolektomie.

Psychoterapie. Některé metaanalytické studie prokázaly vyšší efektivitu kognitivně behaviorální terapie, dynamické psychoterapie a hypnózy na celkové zlepšení symptomů DT proti obvyklé léčbě (24). U FZ se z těchto postupů uplatňuje především biofeedback sloužící k edukaci vyprazdňování poskytnutím vizuální a/nebo sluchové zpětné informace o stavu svěrače a pánevního dna pacientovi během defekace.

Závěr

DT a FZ jsou často se vyskytující funkční poruchy GIT s překrývajícími se symptomy, které souvisejí se změnou stolice a jejího vyprazdňování. Klíčovou roli v patogeneze těchto poruch pravděpodobně hraje porušená neurohumorální regulace vedoucí ke změnám motility a viscerální senzitivity tračníku. Léčba bývá obtížná a dlouhodobá. Vyžaduje trpělivost a empatický přístup lékaře, jejím cílem by mělo být zmírnění dominujících příznaků a tak zlepšení celkového stavu pacienta.

Literatura

1. Lukáš K, Hep A. Římská klasifikace III (2006). Čes a Slov Gastroent a Hepatol 2007; 61(1): 39–45.
2. Francis CY, Whorwell PJ. The irritable bowel syndrome. Postgrad Med J 1997; 73(855): 1–7.
3. Dalton CB, Drossman DA. Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. Am Fam Physician 1997; 55(3): 875–880.
4. Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty MB, et al. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. Am J Gastroenterol 2002; 97(11 Suppl.): S7–S26.

5. Foxx-Orenstein AE, McNally MA, Odunsi ST. Update on constipation: one treatment does not fit all. Cleve Clin J Med 2008; 75(11): 813–824.
6. Mařatka Z. Funkční trávicí poruchy. In Mařatka Z. Gastroenterologie. Praha, Karolinum, 1999: 407–433.
7. Manning AP, Thompson WG, Newton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. Br Med J 1978; 2(6138): 653–654.
8. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology 2006; 130(5): 1377–1390.
9. Mařatka Z. Zácpa. In Mařatka Z. Klinická gastroenterologie. 1. vyd. Praha, Avicenum, 1988: 341–352.
10. Foxx-Orenstein AE. IBS – review and what's new. Med Gen Med 2006; 8(3): 20.
11. Crowell MD. The role of serotonin in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. Am J Manag Care 2001; 7(8 Suppl.): S252–S206.
12. Gershon MD. Nerves, reflexes, and the enteric nervous system: pathogenesis of the irritable bowel syndrome. J Clin Gastroenterol 2005; 39(5 Suppl. 3): S184–S193.
13. Coates MD, Mahoney CR, Linden DR. Molecular defects in mucosal serotonin content and decreased serotonin reuptake transporter in ulcerative colitis and irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2004; 126(7): 1657–1664.
14. Miwa J, Echizen H, Matsueda K, Umeda N. Patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome (IBS) may have elevated serotonin concentrations in colonic mucosa as compared with diarrhoea-predominant patients and subjects with normal bowel habits. Digestion 2001; 63(3): 188–194.
15. Morgan V, Puckens D, Gautam S, et al. Amitriptyline reduces rectal pain related activation of the anterior cingulate cortex in patients with irritable bowel syndrome. Gut 2005; 54(5): 569–573.
16. Dunlop SP, Coleman NS, Blackshaw E, et al. Abnormalities of 5-hydroxytryptamine metabolism in irritable bowel syndrome. Clin Gastroenterol Hepatol 2005; 3(4): 349–357.
17. Lukáš K. Funkční střevní dyspepsie v terénní praxi. Interní Med 2007; 9(10): 420–424.
18. Seifert B. Aktuální pohled praktického lékaře na dyspeptický syndrom. Folia Gastroenterol Hepatol 2007; 5(2): 9–15.
19. Longstreth GF. Irritable bowel syndrome. Diagnosis in the managed care era. Dig Dis Sci 1997; 42(6): 1105–1111.
20. Cash BD, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review. Am Gastroenterol 2002; 97(11): 2812–2819.
21. Adeniji OA, Bamett CB, Palma JA. Durability of the diagnosis of irritable bowel syndrome based on clinical criteria. Dig Dis Sci 2004; 49(4): 572–574.
22. Lukáš K, Hep A. Zácpa. Čes Ger Rev 2005; 3(3): 19–20.
23. Ford AC, Halley NJ, Spiegel BM, et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. BMJ 2008; 337: a2313.
24. Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, et al. An Evidence-Based Position Statement on the Management of Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterol 2009; 104(Suppl. 1): S1–S35.
25. Lukáš M. Postavení probiotika v terapii gastrointestinálních onemocnění u seniorů. Čes Ger Rev 2008; 6(2): 116–119.
26. Wald A. Constipation. Med Clin North Am 2000; 84(5): 1231–1246.

MUDr. Karel Hrubant

IV. interní klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
karel.hrubant@vfn.cz