

Vyšetření gastrointestinálního systému dítěte

Onemocnění gastrointestinálního traktu (GIT) jsou v dětském věku velmi častá.

Nejčastější symptomy

Zvracení

- často provázeno nauzeou
- u malých dětí je obtížné **odlišit regurgitaci** žaludečního obsahu při gastroesofageálním refluxu (nebývá provázena nauzeou, žaludeční obsah se vrací do jícnu samovolně, bez aktivního vypuzování)
- **zvracení + průjem** – u akutní gastroenteritidy
- **reaktivní zvracení** – u akutní pyelonefritidy, při NPB
- **opakovaná zvracení bez nauzey + bolesti hlavy + afebrilie** – při nitrolební hypertenzi
- **příměs žluče** ve zvracích – ileus, duodenogastrický reflux, dlouhodobé úporné zvracení
- ve zvracích **zbytky stravy** požití před více než 12 hod. – obleněná motilita GIT
- **příměs krve** ve zvracích – při poškození sliznice úporným zvracením, krvácení z jícnových varixů nebo z peptického vředu
- **zvracení natrávené krve** – po masivní epistaxi se spolykáním krve^[1]

Bolesti břicha

- patří k nejčastějším symptomům, pro které přichází dítě k lékaři
- děti často lokalizují bolest do periumbilikální oblasti
- **viscerální** (difúzní, tupá bolest nepřesné lokalizace)
- **parietální** (ostrá, přesně lokalizovaná bolest)
- bolest může vycházet **z břišní stěny**, být **vertebrogenní** etiologie či **metabolické** (*pseudoperitonitis diabetica* při diabetické ketoacidóze; intoxikace olovem)
- **psychogenní** bolest (diagnóza per exclusionem – vyloučením organické příčiny)
- ptáme se na intenzitu bolestí, dobu trvání obtíží, vyvolávající faktor a doprovodné symptomy^[1]

Zácpa

- **obtížné vyprazdňování tuhé stolice** (nízká frekvence, bolestivá defekace)
- frekvence vyprazdňování stolice je u dětí různá (kojenci mají 1-7 stolic denně; plně kojené děti mohou být pouze 1 stolice za 10 dní)
- zácpa funkční x organická (Hirschprungova choroba, cystická fibróza)
- důležitý údaj – odchod smolky po porodu
- doprovodné obtíže: bolesti břicha, meteorismus, vzedmutí břicha, zvracení
- funkční zácpa nejčastěji u batolat – v období nácviu udržování čistoty
- **špinění** – důsledek přeplnění análního kanálu a ampuly rekta stolicí a snížení tonu rektálních svěračů s následným odchodem menšího množství stolice; palpujeme skybal v průběhu tlustého střeva, zejm. v rektosigmoideu
- u větších dětí a adolescentů je zácpa *frekvence 3 a méně stolic za týden + obtížné vyprazdňování u min. 25 % defekací*^[1]

Průjem u dětí

- **častější vyprazdňování většího objemu řídké stolice**
- ztráta tekutin stolicí může vést k dehydrataci
- dle průběhu: akutní x chronický x rekurentní
- dle patofyz. mechanismu: zvýšená sekrece tekutin, snížená absorpce vody, exsudace
- dle etiologie: virové x bakteriální x parazitární x polékové x nespecifické střevní záněty
- může být příznakem malabsorpce (celiakie, deficit disacharidáz kartáčového lemu)^[1]

viz též Průjmová onemocnění v kojeneckém věku

Fyzikální vyšetření

- vyšetřujeme vleže na zádech s pokrčenými koleny a pažemi podél těla

Pohled

- sledujeme: velikost a tvar břicha, případnou hernií v oblasti tříselného kanálu, distenzi (aerofagie, meteorismus, hepatosplenomegalie, ascites, tumory), vpádlé břicho (diafragmatická hernie), symetrii postupu dechových vln, kůži (ikterus, krvácivé projevy, caput Medusae, palmární erytém, pavoučkovité névy) a traumata^[1]

Pohmat

- stěžejní součást vyšetření
- nejprve povrchová palpce, poté hluboká palpce
- sledujeme výraz dítěte v obličeji^[1]

Poklep

- umožňuje zjistit zvětšení nitrobršních orgánů, přítomnost volné tekutiny, peritoneální dráždění,...
- vyšetření jater poklepem – určíme jejich horní a dolní okraj v medioklavikulární čáře – celková délka jater u dětí je 6-10 cm
 - u kojenců v prvním půl roce života mohou játra přesahovat žeberní oblouk o 1-3 cm
 - horní okraj jater je obvykle v 5. mezižebří v medioklavikulární čáře^[1]

Poslech

- zjiřujeme přítomnost peristaltiky, její zrychlení (např. při gastroenteritidě) či vymizení (např. při ileu)^[1]

Per rectum

- hledáme exkoriace (roupy), píštěle, perianální kožní výrůstky,.. (nespecifické střevní záněty)
- posuzujeme tonus svěrače, obsah ampuly, bolestivost při vyšetřování (při NPB)^[1]

Speciální gastreterologické metody

Vodíkový test

- množství vodíku ve vydechovaném vzduchu nepřimo úměrně závisí na štěpení laktózy střevní laktázou

(snížená aktivita laktázy -> větší obsah vodíku v lumen střeva i ve vydechovaném vzduchu)

- postup:
 - nalačno naráz podáme 20 % roztok laktózy (2 g laktózy/kg t. hm., maximálně 50 g)
 - poté vyšetřovaný vydechuje vzduch přes redukční ventil do injekční stříkačky
 - hodnotíme poslední třetinu dechového objemu
 - měření provádíme ve 30-minutových intervalech celkem 180 minut
- závěr: patologický nález je koncentrace více než 10 ppm na bazální hodnotu^[1]

24hodinová jícnová pH-metrie

- k detekci refluxu žaludečního obsahu do distální třetiny jícnu
- postup:
 - pH-metrickou sondu s antimonovým čidlem zavedeme do distální třetiny jícnu
 - kontinuálně monitorujeme pH á 4 sec. po 24 hod.^[1]

Enterobiopsie

- k odběru vzorku střevní sliznice na histologické vyšetření
- Crosbyho kapsle připojená na sondu, kterou pacient spolkne
 - kapsle je z rentgen-kontrastního materiálu
- provádíme nalačno (6hod. lačnění),u kojenců a batolat v premedikaci^[1]

Jaterní biopsie

- perkutánní jaterní biopsie Menginiho jehlou
- u kojenců, batolat a nespoupracujících dětí v celkové anestézii v apnoické pauze
- u spolupracujících dětí v premedikaci a lokální anestézii
- odběr v poloze na zádech s pravou rukou v upažení či za hlavou, vpich v apnoické pauze (v exspiriu)
- po biopsii leží dítě 24 hodin na pravém boku^[1]

Odkazy

Související články

- **Vyšetření dítěte:** Vyšetření kardiovaskulárního systému dítěte ■ Vyšetření respiračního systému dítěte ■ Vyšetření uropoetického systému dítěte ■ Vyšetření endokrinního systému dítěte ■ Vyšetření pohybového systému dítěte ■ Vyšetření kůže a kožních adnex dítěte ■ Vyšetření zraku a sluchu dítěte
- Vývoj trávicího ústrojí
- Vrozené vady trávicí soustavy

Reference

1. LEBL, Jan, Kamil PROVAZNÍK a Ludmila HEJCMANOVÁ, et al. *Preklinická pediatrie*. 2. vydání. Praha : Galén, 2007. s. 131-138. ISBN 978-80-7262-438-6.

Literatura

- LEBL, Jan, Kamil PROVAZNÍK a Ludmila HEJCMANOVÁ, et al. *Preklinická pediatrie*. 2. vydání. Praha : Galén, 2007. s. 131-138. ISBN 978-80-7262-438-6.