

# Ublinkávání v kojeneckém věku

MUDr. Vladimír Volf, Ph.D.

Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

V článku jsou probrány základní projevy ublinkávání a zvracení v kojeneckém věku, jejich diferenciální diagnostika a následná léčba. Příčiny ublinkávání u kojenců jsou většinou na podkladě gastroezofageálního refluxu, ale v rámci diferenciální diagnostiky je třeba vždy provést kompletní vyšetření k vyloučení jiných organických příčin. Autor se zaměřuje nejenom na jejich diagnostiku, ale i na léčbu.

**Klíčová slova:** zvracení, ublinkávání, kojenci, diagnostika, léčba.

## Regurgitation in infancy

The article discusses the basic symptoms of regurgitation and vomiting during infancy, their differential diagnosis and treatment. Causes of regurgitation in infants are usually based on gastroesophageal reflux, but in the differential diagnosis should always perform a complete examination to rule out other organic causes. By focusing only on the diagnosis and treatment.

**Key words:** vomiting, regurgitation, infancy, diagnosis, treatment.

Pediatr. praxi 2013; 14(3): 178–181

## Úvod

Pod termínem ublinkávání rozumíme zvracení nebo vytékání malého množství potravy z úst. S tímto symptomem se u dětí nejčastěji setkáváme v novorozeneckém a časném kojeneckém věku. Ublinkávání je způsobeno nedostatečnou vyzrálostí trávicího ústrojí, kdy dochází k částečné regurgitaci žaludečního obsahu (gastroezofageální reflux). Jedná se v podstatě o fyziologický jev, který se časem spontánně upraví. Pro kojence je samozřejmě každá epizoda zvracení nebo ublinkávání velmi nepříjemná vzhledem ke kyselosti jeho obsahu. Stejný problém vzniká i pro rodiče, kdy opakované epizody ublinkávání u dětí nejenom, že rodiče stresují, ale musejí miminka opakovaně během dne převlékat, jelikož mají neustále obsah žaludku na svém oblečení. Je však velmi důležité vyloučit i jiné příčiny, které mohou ublinkávání způsobovat. Bývá to zvýšená peristaltost střev a žaludku, která vzniká nadměrným spolkáním vzduchu při kojení. Jako preventivní faktor této příčiny je důležité dbát na pravidelné a dostatečné odříhnutí u dětí po jídle. Vodorovná poloha dítěte v postýlce je faktor, který rovněž může zhoršovat klinické projevy. Nelze zapomínat, že četnost ublinkávání samozřejmě bude záviset na pohybové aktivitě dítěte. Na druhou stranu vidíme raději, když je dítě čilejší a občas ublinkává, než když jsou kojenci líní, málo pohybově aktivní. V těchto případech bychom měli spíše pátrat, proč tomu tak je, zda není příčinou nějaká vrozená vada, která nebyla dosud rozpoznána. Rovněž je třeba rodičům zdůraznit, že jakákoli nešetrná manipulace s dítětem během oblékání nebo přebalování může způsobovat jeho opakované ublinkávání. Velmi důležité je rozpoznání, zda se jedná

o pouhé ublinkávání, nebo zda dochází k masivnímu či explozivnímu zvracení (například na podkladě pylorostenózy). Tyto situace jsou samozřejmě mnohem závažnější a jejich řešení je radikálnější.

## Gastroezofageální reflux

Nejčastější příčinou ublinkávání u novorozenců a malých kojenců je gastroezofageální reflux (GER) (1–3). Jedná o zpětné proudění žaludečního obsahu, obsahujícího sliny, ne strávenou potravu a tekutiny, žaludeční sekret, případně i pankreatický a biliární sekret, do jícnu. Patologický reflux může, ale nemusí vyvolávat subjektivní symptomatologii a následné patologické změny v jícnu, nosohltanu nebo v respiračním traktu. GER může být fyziologický jev u kojenců i malých dětí, a to hlavně postprandiálně. Jednotlivá refluxní epizoda by však neměla být delší než 3 minuty. Musíme však odlišit refluxní chorobu jícnu (GERD), která je definována jako onemocnění, kdy reflux žaludečního obsahu působí obtíže nebo komplikace. Regurgitací neboli ublinkáváním do 3 měsíců věku trpí až 50 % kojenců. Dochází k tomu v důsledku přechodné relaxace dolního jícnového svěrače. V následujících měsících se většinou spontánně upravuje. Klinické projevy GER jsou různorodé (tabulka 1), závisí na věku dítěte a rozvoji možných komplikací. GER se však nemusí vždy manifestovat zvracením nebo ublinkáváním, ale typickým projevem bývá neprospívání kojenců, neklid, často bolesti břicha. U větších pacientů (školní děti) bývá projevem GER opakované říhání, pyróza, dysfagie nebo odynofagie a bolest na hrudníku. Vždy se jedná o příznaky, které souvisí s rozvojem refluxní ezofagitidy. Typické však bývá i to, že se GER může manifestovat s kli-

**Tabulka 1.** Příznaky a choroby, které mohou souviset s GER (3)

| Příznaky                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ opakované ublinkávání nebo zvracení</li> <li>■ neprospívání</li> <li>■ neklid</li> <li>■ bolest na hrudníku</li> <li>■ hemateméze</li> <li>■ dysfagie</li> <li>■ dušnost</li> <li>■ stridor</li> <li>■ kašel</li> </ul>                                      |
| Choroby                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ezofagitida</li> <li>■ striktura jícnu</li> <li>■ Barrettův jícen</li> <li>■ laryngitida, faryngitida</li> <li>■ rekurentní pneumonie</li> <li>■ anémie</li> <li>■ kariézní chrup</li> <li>■ poruchy příjmu potravy</li> <li>■ Sandiferův syndrom</li> </ul> |

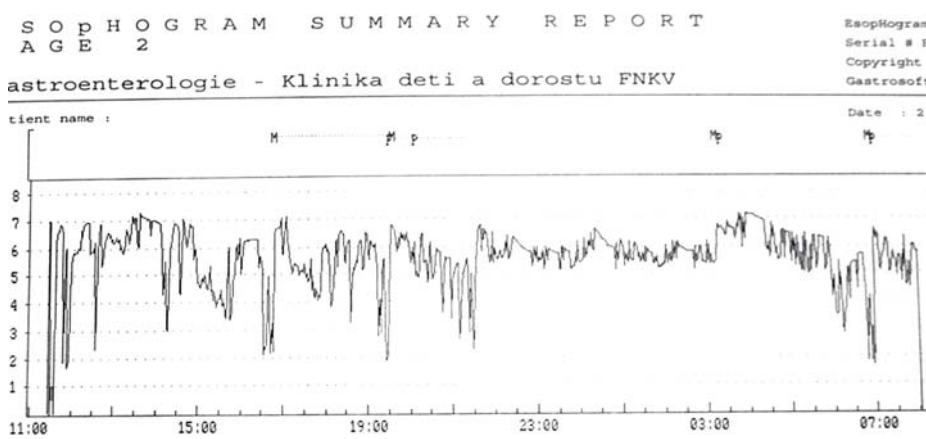
níckými projevy, které jsou mimo GIT. Typickým projevem bývají opakované respirační infekty (laryngitidy, bronchitidy, bronchopneumonie) (4), chrapot, chronický kašel, recidivující otitidy, zápach z úst. Tyto obtíže vznikají na podkladě opakovaných mikroaspirací žaludečního obsahu především ve spánku. Projevy připomínající GER se u dětí mohou manifestovat i v souvislosti s různými formami potravinové alergie, nejčastěji na bílkovinu kravského mléka. Velmi vzácně mohou mít děti s GER neurologickou symptomatiku (Sandiferův syndrom) s různými záškuby nebo třesy, o které se ne vždy v rámci diferenciální diagnostiky uvažuje.

Diagnostické možnosti GER jsou široké. Prvním krokem je správná anamnéza a fyzikální vyšetření dítěte. Důležitým faktorem je posouzení typu zvracení a odlišení závažných patologických situací, které mohou GER připo-

**Obrázek 1.** pH metr**Tabulka 2.** Závažné příznaky vyžadující okamžité vyšetření u kojenců s ublinkáváním nebo zvracením (3)

- biliární zvracení
- krvácení z GIT
- zvracení po 6 měsíci věku
- porucha příjmu potravy
- průjem
- zácpa
- horečka
- letargie
- hepatosplenomegalie
- pulzující velká fontanela
- makro/mikrocefalie
- křeče
- velké břicho
- metabolická/genetická vada

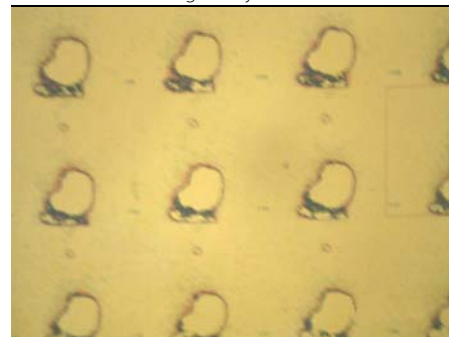
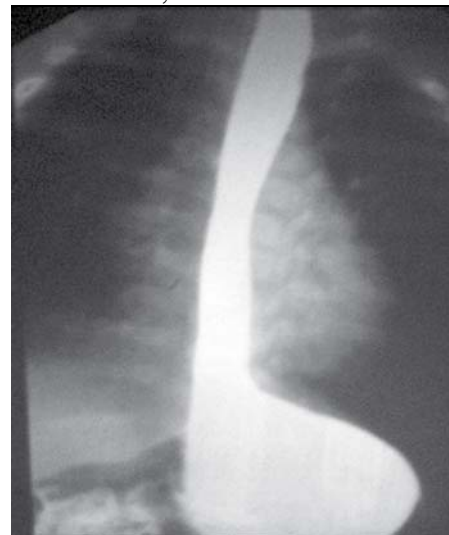
mínat, ale jejichž etiologie je jiná (tabulka 2). Pro děti do 1 roku je typické zvracení, neprospívání a kašel, pro starší děti bolesti břicha, kašel a bolest na hrudníku. Dalším krokem je kontinuální jícnová 24hodinová pHmetrie (obrázky 1, 2). Zavedená sonda kontinuálně monitoruje pH v dolní třetině jícnu. Během tohoto vyšetření se současně zaznamenávají refluxní epizody, jejich četnost a závislost na stravě a poloze pacienta. Jako kyselá refluxní epizoda se hodnotí pokles pH pod 4, který trvá déle než 5 minut. Klinické příznaky nemusí vždy korelovat s pHmetrickým nálezem. Současným trendem v diagnostice GER je kombinace pHmetrie a intraluminární impedance, která monitoruje objektivní epizody (nejen kyselého, ale i alkalického refluxu, hodnotí plyný obsah refluxátu) a může objektivně zjistit efekt léčby. Určitou nevýhodou těchto vyšetření u kojenců a malých dětí je jejich invazivnost. U menších dětí může být určitou náhradou jícnová manometrie nebo scintigrafické vyšetření (obrázek 3). Jedná se o vyšetření neinvazivní, kdy dítě, a to i kojenec, vypije mléko (nebo džus) označené radioaktivní látkou ( $^{99}\text{Tc}$ ) a my sledujeme jeho proudění v jícnu a žaludku. Při tomto vyšetření lze diagnostikovat možnou aspiraci do plic (5). Vzhledem k tomu, že vyšetření trvá jenom relativně krátkou dobu, nelze zachytit refluxní epizody během celého dne. Jeho senzitivita i specifita je mnohem menší než u pHmetrie. Ultrazvukové vyšetření je pouze orientační a slouží spíše k vyloučení pyloro-

**Obrázek 2.** pHmetrický záznam

stenózy, která se však manifestuje zcela odlišným typem zvracení. Nejedná se o ublinkávání, ale o profuzní zvracení obloukem (nejčastěji mezi 3.–8. týdnem života), které se stupňuje. Okamžitým a jediným řešením tohoto problému je chirurgický zákrok. Vzácně lze pro diagnostiku GER využít i endoskopické vyšetření jícnu. Při podezření na jinou vrozenou anomálii v oblasti jícnu, žaludku nebo bránice se využívá rentgenové vyšetření (polykací akt) (obrázek 4). Je však třeba mít na paměti, že při tomto vyšetření je relativně velká rentgenová zátěž, proto by se mělo indikovat po uvažlivém zhodnocení klinického stavu a symptomů dítěte.

## Léčba

Léčba ublinkávání v souvislosti s GER a GERD u kojenců závisí na jeho četnosti a závažnosti. Terapie je komplexní. Využívá se kombinace dietních a režimových opatření, farmakoterapie a eventuálně chirurgická léčba. Důležité je během kojení a po kojení nechat dítě odříhnout, krmit děti v kratších intervalech, aby se nepřepíjely. Důležitá je zvýšená poloha dítěte po jídle tak, aby hlavička a horní část trupu byla výše než břicho a zadeček (6). Doporučuje se, aby rodiče podložili čelo postýlky asi o 20 cm. Tímto způsobem se zajistí alespoň částečně zvýšená poloha dítěte, čímž se relativně sníží četnost refluxních epizod. Pokud dítě trpí na meteorismus, měli bychom použít fenyklový čaj, Sab simplex kapky nebo jemné masáže břicha. S dítětem je třeba manipulovat během přebalování a oblékání velmi pomalu. Ve výživě a četnosti GER není v podstatě rozdíl mezi dětmi kojenými a dětmi, které jsou na umělé stravě. U uměle živěných dětí může klinické projevy zhoršovat i alergie na bílkovinu kravského mléka. Důležité je děti nepřekrmovat a dodržovat výše uvedené režimové opatření. Pokud nemají dostatečný

**Obrázek 3.** Scintigrafie jícnu**Obrázek 4.** Polykací akt

efekt, lze zavést speciální doplňky stravy. U kojených dětí se podává Nutrilon, který obsahuje vlákninu, jíž se mléko v břišku zahustí. U dětí na umělé výživě se doporučuje použít antirefluxní zahuštěné mléko.

Při neúspěchu režimových opatření musíme použít v léčbě GER léky (6). Je možno podat prokinetika, která urychlují motilitu žaludku a střev, ale jejich nevýhodou je, že mají řadu vedlejších účinků (útlum CNS). V současné době je v našich podmínkách obtížné najít prokinetikum vhodné

pro kojence. Vhodné jsou blokátory protonové pumpy, které snižují tvorbu HCl v žaludku (7–9). Další možnou součástí farmakoterapie jsou antagonisté  $H_2$  receptorů, kteří snižují kyselost žaludečního obsahu. Z ostatních léků je možno použít i antacida, ale u kojenců se podávají zcela výjimečně. Naopak u malých dětí je v poslední době často využíván sirup Gastrotuss. Jedná se o antirefluxní sirup, který se dále nevstřebává a vytváří jemnou mechanickou bariéru proti zpětnému proudění potravy ze žaludku do jícnu. Je vyráběn z látky získané z mořské řasy, která se po styku s kyselým obsahem žaludku mění na gelovou substanci.

Pokud selže konzervativní terapie, je nutno provést chirurgickou léčbu. Její podstata spočívá v uvolnění kardie a distálního jícnu od bránice a z mediastinu tak, aby kardie byla bez tahu pod bránicí. Dojde ke zmenšení hiátového defektu na šíři procházejícího jícnu a konstrukci anti-refluxní plastiky. Tento výkon se provádí buď klasickou cestou při laparotomii, nebo laparoskopicky.

## Závěr

Ublinkávání u kojenců je většinou normálním jevem. Jak se nejlépe pozná, že to již nor-

mální není? Za základ se považuje prospívání dítěte. Jestliže dítě prospívá bez problémů a hmotnostní přírůstek je v normě odpovídající věku dítěte, pak se není čeho obávat. Problém nastává až tehdy, když kojenec stagnuje na váze nebo se objeví jiné příznaky (profuzní obiloukovité zvracení, horečka, průjem, zvětšení břicha, dýchací obtíže nebo neurologické příznaky). Tyto situace je nutné okamžitě řešit, jelikož pozdní diagnostika by mohla dítě ohrozit v dalším správném vývoji. Na druhou stranu je nutno zmínit, že prognóza kojeneckého GER je ve většině případů benigní a končí kolem 18. měsíce (u donošených dětí) dozráním kardioezofageální junkce.

## Literatura

1. Campanozzi A, Boccia G, Pensabene L, et al. Prevalence and natural history of gastroesophageal reflux: Pediatric prospective survey. *Pediatrics* 2009; 123: 779–783.
2. Dent J. Pathogenesis of gastro-oesophageal reflux disease and novel options for its therapy. *Neurogastroenterol Motil* 2008; 20: 91–102.
3. ESPGHAN: Pediatric gastroesophageal reflux clinical practise guidelines. *JPGN* 2009; 49: 498–547.
4. Condino AA, Sondheimer J, Pan Z, et al. Evaluation of gastroesophageal reflux in pediatric patients with asthma using impedance-pH monitoring. *J Pediatr* 2006; 149: 216–219.
5. Farhath S, He Z, Nakhla T, et al. Pepsin, a marker of gastric contents, is increased in tracheal aspirates from preterm infants who develop bronchopulmonary dysplasia. *Pediatrics* 2008; 121: e253–e259.
6. Hassall E. Step-up and step-down approaches to treatment of gastroesophageal reflux disease in children. *Curr Gastroenterol Rep* 2008; 10: 324–331.
7. Barron JJ, Tan H, Spalding J, et al. Proton pump inhibitor utilization patterns in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007; 45: 421–427.
8. Chang AB, Lascrson TJ, Gaffney J. Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adults (review), *Cochrane Database Syst Rev*, (1) CD004823, 2011.
9. Orenstein SR, Hassall E, Furmagae-Jablonska W, et al. Multi-center, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr* 2009; 154: 514–520.
10. <http://emedicine.medscape.com/article/176595-overview> (cit. 3. 5. 2013).

Článek doručen redakci: 9. 4. 2013

Článek přijat k publikaci: 6. 5. 2013

**MUDr. Vladimír Volf, Ph.D.**

Klinika dětí a dorostu 3. LF UK  
a FN Královské Vinohrady, Praha  
Šrobárova 1 150/50, 100 34 Praha 10  
volf@fnkv.cz