

Tab. 4. Diferenciálně diagnostická vodítka chronického průjmu na podkladě anamnézy, klinického a laboratorního nálezu (převzato a přepracováno z 2)

Anamnéza	Trvání > 3 týdny	Diferenciální diagnostika
	Frekvence – přítomnost noční defekace	Hypersekrece – zánět
	Charakter stolice a příměsi: vodnaté, zpěněná, plovoucí, hlen, krev, zbytky stravy	Vrozené poruchy absorpce, steatorea, zánět, nespecifický průjem batolat.
	Další příznaky: křeče v břiše, flatulence, horečky, mimostřevní příznaky	Malabsorpce karbohydrátů, nespecifický střevní zánět
	Dieta	Nespecifický průjem batolat, nestravitelné karbohydráty
Klinický nálezu		
	Antropometrie: fyziologický růst	Funkční, dietní
	Antropometrie: neprospívání	Malabsorpce
	Nález na sliznicích	Nespecifický střevní zánět
	Distenze břicha	Fermentace, zácpa, zánět
	Hmatná břišní rezistence	Nespecifický střevní zánět, nádorové onemocnění, stolice
	Abnormity rekta	Nespecifický střevní zánět
	Mimostřevní příznaky: plicní, kloubní, oční, kožní	Cystická fibróza, nespecifický střevní zánět, celiakie
Laboratorní vyšetření		
	Elepace zánětlivých ukazatelů	Nespecifický střevní zánět
	Poruchy homeostázy elektrolytů	Hypersekretorické stavy
	Chudokrevnost	Směšená malabsorpce: celiakie, nespecifický střevní zánět
	Nízké hladiny vitaminů rozpustných v tucích	Steatorea: cystická fibróza, abetalipoproteinemie Smíšená malabsorpce: celiakie, nespecifický střevní zánět
	Elepace transamináz	Nespecifický střevní zánět
	Elepace bilirubinu a žlučových kyselin	Cholestáza, cystická fibróza
	Elepace pankreatických enzymů	Nespecifický střevní zánět
	Hypalbuminemie	Ztráty bílkovin střevem: nespecifický střevní zánět
	Nízký cholesterol a triacylglyceridy	Abetalipoproteinemie
	Elepace protilátek proti tkáňové transglutamináze a/nebo endomyziu	Celiakie
	Kultivace stolice	Vyloučení bakteriálních a parazitárních infekcí

Terapie dítěte s chronickým průjmem

Způsob léčby dítěte s chronickým průjmem se odvíjí od vyvolávající příčiny. Na všeobecné rovině lze terapii rozdělit na podporu výživy, eliminační dietu, celkovou symptomatickou léčbu a medikamentózní terapii (4).

Podpora výživy a nutriční rehabilitace mají pozitivní efekt na střevní funkce, imunitní odpověď organismu a celkový zdravotní stav dítěte (2). Makro- i mikronutrienty pomáhají v regulaci proliferace střevní sliznice, diferenciaci, apoptóze a migraci (13).

Vzhledem k četnosti infekčních příčin jako etiologie chronických průjmů, je vždy možná sekundární laktázová insuficience a lze zvážit podání bezlaktózových produktů (2).

Eliminační dieta by měla být zvážena při podezření na potravinové alergie/intolerance (2).

Některé zdroje uvádějí pozitivní efekt podávání zinku při průjmovitých onemocněních (14). Zinek stimuluje imunitní odpověď, potencuje absorpci minerálů a obnovuje „tight junctions“ mezibuněčné spoje a proliferaci epitelálních buněk (2).

Z medikamentů, dle vyvolávací příčiny, lze použít antibiotika při bakteriálních průjmech, imunosupresiva při autoimunitních enteropatiích a léky omezující ztráty tekutin a podporující růst enterocytů (2).

Při těžkých formách IDI je často nutná parenterální výživa a některé potraviny mohou mít trofický efekt na sliznici tenkého střeva (2). I přes agresivní a specifickou nutriční podporu

vyžadují tyto děti často transplantaci tenkého střeva (2).

Závěr a shrnutí do praxe

Průjmovitá onemocnění jsou častá v dětské populaci, přičemž prevalence chronických průjmů se odhaduje na 3–20%. Převážná většina chronických průjmů je infekční etiologie, ale stoupá výskyt imunitně mediovaných a genetických příčin. Při vyšetření kojence nebo batolete s chronickým průjmem je důležitá vždy podrobná anamnéza a důkladné fyzikální vyšetření s cíleným pátráním po varovných signálech. S klesajícím věkem dítěte stoupá riziko závažné patologie a je nutné doplnění cílených vyšetření a zvážení doplnění endoskopických metod a genetických vyšetření. Terapie se odvíjí od etiologie obtíží.

LITERATURA

1. Thiagarajah JR, Kamin DS, Acra S, et al. Advances in Evaluation of Chronic Diarrhea in Infants. *Gastroenterology*. 2018;154(8):2045-2059.e6.
2. Lee KS, Kang DS, Yu J, et al. How to Do in Persistent Diarrhea of Children?: Concepts and Treatments of Chronic Diarrhea. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2012;15(4):229-236.
3. Tripathi PR, Srivastava A. Approach to a Child with Chronic Diarrhea. *Indian J Pediatr*. 2023. ePub ahead of print. DOI 10.1007/s12098-023-04587-9.
4. Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, et al. *Nelson Textbook of pediatrics*. 19th ed. Philadelphia: Saunders Elsevi-

- er;2011. Pp. 1339-1346.
5. Wardlaw T, Salama P, Brocklehurst C, et al. Diarrhoea: why children are still dying and what can be done. *Lancet*. 2010;75(9718):870-872.
6. Bhutta ZA, Ghishan F, Lindley K, et al. Persistent and chronic diarrhea and malabsorption: Working Group report of the second World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2004;39:Suppl 2:S711-6.
7. Weaver LT. Bowel habit from birth to old age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1988;7(5):637-640.
8. Giannattasion A, Guarino A, Lo Vecchio A. Management

- of children with prolonged diarrhea. *F1000Res* 2016;5:F1000 Faculty Rev-206.
9. Zella GC, Israel EJ. Chronic diarrhea in children. *Pediatr Rev*. 2012;33:207-217.
10. Mushtaq I, Cheema HA, Malik HS, et al. Causes of chronic non-infectious diarrhoea in infants less than 6 months of age: Rarely recognized entities. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017;29(1):78-82.

Další literatura u autora a na www.pediatriepropraxi.cz