

Zácpa – častý problém

MUDr. Jan Martínek, Ph.D.

Interní klinika 1. LF UK a ÚVN, Praha

Zácpa je souborem příznaků, které postihují až 20 % populace. Je-li zapříčiněna konkrétní chorobou (nádor, divertikly, zúžení střeva, hypotyreóza), hovoříme o zácpě sekundární a tu léčíme podle vyvolávající příčiny. Primární zácpa je způsobena buď špatnou motilitou tlustého střeva (tzv. syndrom líného střeva či inertní tračník), anebo problematickým vyprazdňováním v důsledku poruch defekačního reflexu nebo anatomické překážky v oblasti konečníku (= zácpa terminální). Pacient s chronickou zácpou by měl být podrobně vyšetřen u praktického lékaře či specialisty – gastroenterologa. Na příčině zácpy totiž závisí i její léčba. Např. sekundární zácpu způsobenou nádorem nelze léčit laxativy, ale operací. Terminální zácpu lze řešit fyzioterapií nebo chirurgicky a pacienti často nemusí brát laxativa. Naopak syndrom líného střeva nelze často ošetřit ke spokojenosti pacienta jinak než chronickým podáváním laxativ. Úloha lékárníka spočívá jednak v informovanosti pacientů, kdy lze pacientům lékařské vyšetření doporučit. A dále v doporučení nejlepší možné léčby, která danému pacientovi uleví. Léčbu je často nutné individualizovat, na jednoho pacienta lépe působí jeden preparát, zatímco na jiného preparát odlišný. Mezi laxativa řadíme laxativa objemová, stimulační, osmolární a další. Laxativa se neužívají jen u pacientů se zácpou, ale také k vyčištění střeva před chirurgickými nebo diagnostickými zákroky na tlustém střevě. V případě stimulačních laxativ (např. Guttalax) převládá v laické i odborné veřejnosti mýtus, že tato laxativa škodí, vzniká na ně návyk a že zhoršují již přítomnou zácpu. Nic z výše uvedeného nebylo nikdy vědecky prokázáno. Tato laxativa jsou zcela účinná a bezpečná i při užívání delším než 15 let. Zvýšení dávky za takto dlouhou dobu je pouze malé. Nemá proto opodstatnění zrazovat pacienty, kterým stimulační laxativa pomáhají, od jejich chronického užívání. Mezi objemová laxativa patří celá řada volně prodejných preparátů a jejich hlavní složkou je vláknina. Jako laxativa můžeme použít i hyperosmolární roztoky (Fortrans) nebo laktulózu. Článek shrnuje současné poznatky o příčinách a léčbě zácpy se zaměřením na možnou úlohu farmaceutů.

Klíčová slova: zácpa, líné střevo, anismus, laxativa, biofeedback.

Constipation – a common problem

Constipation is a group of symptoms affecting up to 20% of the population. When caused by a specific disease (tumour, diverticula, narrowing of the bowel or hypothyroidism), it is referred to as secondary and treated with respect to the causative agent. Primary constipation is either caused by poor motility of the large bowel (so-called lazy bowel syndrome or inactive colon) or by difficult evacuation due to an impaired defecation reflex or an anatomical obstruction in the rectal region (= terminal constipation). A patient with chronic constipation should be examined thoroughly by his general practitioner or by a specialist – gastroenterologist. It is the cause of constipation that determines the treatment. For instance, secondary constipation caused by a tumour cannot be treated with laxatives, but with surgery. Terminal constipation can be managed with physiotherapy or surgically and the patients often may not need to take laxatives. By contrast, lazy bowel syndrome frequently cannot be treated satisfactorily otherwise than with long-term use of laxatives. The role of the pharmacist consists in informing patients of when a medical examination can be recommended and in recommending the best treatment available that will bring relief to the patient. Treatment often has to be individualized with one patient responding well to a certain preparation and another to a different one. Laxatives include bulk forming, stimulant, osmotic and other agents. Laxatives are not only used in patients with constipation but also to cleanse the bowel before surgical or diagnostic procedures involving the large bowel. As for stimulant laxatives (e.g. Guttalax), the myth persists both among the lay and expert public that these laxatives are deleterious, lead to addiction, and worsen the existing constipation. None of the above has been confirmed scientifically. These laxatives are fully effective and safe, even when used for more than 15 years. The increase in dose during this long period of time is only small. Therefore, discouraging patients who benefit from stimulant laxatives from their long-term use is not warranted. Bulk laxatives include a wide range of over-the-counter preparations and their main constituent is fibre. Hyperosmolar solutions (Fortrans) or lactulose can also be used as laxatives. The article summarizes the recent knowledge on the causes and treatment of constipation with an emphasis on the possible role of the pharmacist.

Key words: constipation, lazy bowel, anismus, laxatives, biofeedback.

Prakt. lékař. 2010; 6(1): 15–21

Co je to vlastně zácpa?

Za zácpou trpící individuum se často mylně považuje pouze člověk, který na velkou stranu chodí méně než 3x za týden. To je však blud, za zácpu naopak považujeme celé spektrum příznaků, nejenom malou frekvenci vyprazdňování.

Mezi tyto příznak patří: složité vyprazdňování s obtížnou defekací, tuhá stolice, pocit nutkání, ale nemožnost stolicí vytlačit, pocit nedokonalého vyprázdnění a tzv. pocit obstrukce v oblasti konečníku. Zácpa tudíž není jeden jediný příznak, ale skupina různých příznaků.

Mnozí pacienti trpící zácpou se klidně mohou vyprazdňovat každý den, problémem je u nich složité vyprazdňování.

Abychom někoho mohli označit jako pacienta se zácpou, musí být potíže přítomné alespoň tři měsíce během posledního roku. To

Tabulka 1. Nejčastější příčiny sekundární zácpy, diagnostika a léčba

	Onemocnění	Diagnóza	Léčba
Obstrukce tlustého střeva	kolorektální karcinom	koloskopie	■ chirurgická ■ onkologická
	divertikulóza	koloskopie, rtg	■ změkčení stolice ■ ATB ■ chirurgie
	m. Crohn	koloskopie, rtg	■ specifická léčba M. Crohn ■ dilatace endoskopická ■ chirurgie
	jiné (např. postradiační) stenózy	koloskopie, rtg	■ dilatace endoskopická ■ chirurgie
Metabolická onemocnění či změny	hypotyreóza	hormony štítné žlázy	■ suplementace hormonů
	diabetes mellitus	glykemie + další testy	■ kompenzace diabetu
	amyloidóza	průkaz amyloidu	■ imunosupresiva ■ cytostatika ■ léčba základního onemocnění
	hyperkalcemie	ca v séru, parathormon	■ operace, normalizace ca
	těhotenství	HCG	■ symptomatická léčba zácpy
Neurologická onemocnění či postižení	Parkinsonova choroba	neurologické vyšetření	■ symptomatická léčba zácpy
	míšní trauma	MR, CT, anamnéza	■ symptomatická léčba zácpy
Medikace léky	opiáty	anamnéza	■ vysazení a nahrazení léku, laxativa
	antacida	anamnéza	■ vysazení a nahrazení léku, laxativa
	antidepresiva	anamnéza	■ vysazení a nahrazení léku, laxativa
	anticholinergika	anamnéza	■ vysazení a nahrazení léku, laxativa
	antagonisté vápníkového kanálu	anamnéza	■ vysazení a nahrazení léku, laxativa

znamená, že pacientku, která si vyjede na horské radovánky do Alp a má během tohoto týdne dovolené potíže s vyprázdněním, které se však rychle upraví po návratu, nemůžeme označit jako pacientku se zácpou. V takovém případě je lépe hovořit o přechodné poruše vyprazdňování a ne o zácpě.

Na „velkou stranu“ chodí každý z nás a pohodová defekace je podobně důležitá jako jiné součásti našeho života (kdo trpí zácpou, ví, o čem je řeč). Normální vyprazdňování je záležitostí individuální. Jsou lidé, kteří se vyprazdňují 3x denně a naopak lidé, kteří se vyprazdňují jednou za dva až tři dny a vše spadá do normálu. Po normální defekaci má ideálně následovat libý pocit (tzv. pocit satisfakce).

Zácpou ve smyslu definice uvedené shora trpí až pětina populace (1, 2). Nicméně dvě třetiny pacientů se zácpou mají potíže lehké či středně těžké, ale asi třetina pacientů trpí zácpou velmi těžkou.

U dětí převažují mezi pacienty se zácpou chlapci, v dospělosti pak mladé ženy, u starších generací se podíl pohlaví vyrovnává. Specificky a přitom přechodně se zácpa vyskytuje v těhotenství.

Zácpa snižuje kvalitu života a zácpa těžká pacienty až invalidizuje (sociálně, psychicky apod.).

Příčiny zácpy

Sekundární zácpa

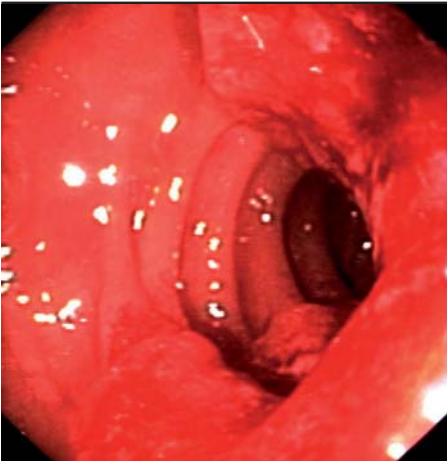
Je-li zácpa způsobena jednoznačnou příčinou, hovoříme o zácpě sekundární. Mezi tyto příčiny patří např. obstrukce střeva zhoubným nádorem (obrázek 1), zúžením při divertikulóze (divertikl = výčlipky střeva) (obrázek 2), různými metabolickými nebo neurologickými poruchami, užíváním léků, jako jsou např. antacida nebo opiáty. Sekundární zácpu léčíme podle vyvolávající příčiny.

Cílem přístupu k pacientovi se zácpou je v prvé řadě zhodnotit pravděpodobnost a vy-

loučit onemocnění, které by u daného pacienta mohlo zapříčiňovat (sekundární) zácpu. Např. přijde-li mladý dvacetiletý chlapec se zácpou, je pravděpodobnost nádoru střeva minimální. Naopak nově vzniklá zácpa u šedesátiletého pacienta jednoznačně vyžaduje koloskopické vyšetření.

Je proto i na farmaceutech, aby se zeptali svých chronických klientů, zvláště pak těch starších 45 let, zda byli vyšetřeni lékařem a pokud ne, aby tak učinili. Musí se samozřejmě jednat o dobře míněnou a podanou radu, nikoliv direktivu. Příčiny sekundární zácpy udává tabulka 1.

Obrázek 1. Zhoubný nádor tlustého střeva



Obrázek 2. Divertikl tlustého střeva



Primární zácpa

Primární zácpu mají pacienti, u kterých se žádné onemocnění (mimo primární onemocnění střevní motility a anorektální oblasti) zjistit nepodaří a příčina tkíví buď v chabé motilitě tlustého střeva, nebo v poruše defekace. U některých pacientů se oba mechanismy mohou kombinovat. Není-li zjištěna žádná organická abnormalita (např. řitní trhlina, rektokéla nebo intususcepcie apod.), hovoříme také o zácpě funkční. Velmi praktické je rozdělit primární zácpu na zácpu v důsledku pomalého střevního tranzitu (tzv. syndrom „líného střeva“) a zácpu terminální (převládají potíže s defekací). Pokud se farmaceut či lékař pacienta cíleně zeptá, lze do určité míry oba dva typy zácpy rozlišit. U syndromu líného střeva převládá malá frekvence defekací, absence pocitu nutkání na stolicí, nadýmání a bolesti břicha. U terminální zácpy převládají složité vyprazdňování či pocit nedokonaleho vyprázdnění.

Syndrom líného střeva

Pacienti s tzv. líným střevem mají poruchu střevní motility. U některých pacientů s velmi těžkými příznaky (např. stolice jednou za dva až tři týdny, a to ještě s pomocí laxativ) se mohou nalézt morfologické změny ve střevním nervovém systému. Původní představa, že toto poškození je způsobováno iritačními laxativy, byla jednoznačně vyvrácena. U jiných pacientů se tyto morfologické změny nenalézají a je předmětem diskuzí, zda se na špatné motilitě podílí porucha funkce střevního nervového systému, receptorů nebo chybná produkce neurotransmiterů.

U pacientů s líným střevem nacházíme dva základní znaky: pacienti mají zácpu a při vyšetření střevního tranzitu (nejčastěji rentgenem nebo scintigraficky) je prokázán zpomalený tranzit tlustým střevem. Normální čas střevního tranzitu ústa-konečník je přibližně 72 hodin. Není výjimkou vidět pacienty s časem střevního tranzitu přesahujícím např. 120 hodin i více.

Dříve se předpokládalo, že pacienti s delším tlustým střevem (tzv. dolichokolón) mají zácpu oproti pacientům s normální délkou tlustého střeva. Normální délka střeva je otázkou diskuzí, pohybuje se mezi 140–170 cm. Žádná významná korelace mezi dolichokolón (definované více jak 200 cm) a zácpou (ani pomalým časem střevního tranzitu) nebyla prokázána.

Terminální zácpa

Pacienti s terminální zácpou mají problémy s přirozeně lehkým vytlačáním stolice navenek. Převažují zde právě příznaky jako pocit obstrukce v oblasti konečníku, pocit nedokonaleho vyprázdnění, přílišné tlačení apod.

Při běžné defekaci je nutná relaxace, čili povolení svalů pánevního dna a svěračů. Díky této relaxaci pak dotýčný netlačí stolicí navenek proti odporu. V našich krajích je zvykem chodit na toaletu s mísou, ideální polohou pro úplnou relaxaci pánevního dna a odchodu stolice ven je poloha vsedě („na bobku“), čili poloha užívaná na tureckých toaletách. Pokud tato relaxace není přítomna, hovoříme o anismu. Jestliže člověk tlačí proti odporu několik let, je zřejmé, že celá anatomie pánevního dna se může změnit a objeví se často anatomické překážky, které lehkou defekaci neumožňují. Mezi tyto překážky patří např. rektokéla (obrázek 3) – vak na přední stěně rekta, kde se hromadí stolice namísto toho, aby byla standardně vypuzena navenek. Je-li zácpa zapříčiněna takovouto anatomickou obstrukcí, hovoříme o tzv. obstrukčním defekačním syndromu (= syndrom ODS).

Terminální zácpu tedy působí buď paradoxní kontrakce svalů dna pánevního (anismus), nebo významná anatomická obstrukce (syndrom ODS). Dlouholetý anismus může být příčinou pozdějšího syndromu ODS. Syndrom ODS je častější u žen po četnějších porodech.

Vyšetření pacienta se zácpou

Na rozdíl od lékaře nemá farmaceut v lékárně jakoukoliv možnost klienta vyšetřit. Nicméně se jej může na některé otázky zeptat a poradit mu. I u lékaře je základním zdrojem informací anamnéza se specifickými otázkami na příznaky, které definují zácpu. Již anamnesticky bychom měli zvážit možnost sekundární zácpy a základními vyšetřeními vyloučit její příčinu. Většinou se ptáme, jak často chodí dotyčný na WC, jak vypadá stolice, je-li defekace namáhavá, má-li nutkání na stolic, pomáhá-li si při stolici prstem apod. Neměli bychom opomenout dotaz na krvácení do stolice a v takovém případě doporučit koloskopické vyšetření. Zvláštní důraz by se měl klást na lékovou anamnézu, neboť mnohé léky (tabulka 1) mohou být příčinou zácpy.

Dalším krokem jsou laboratorní vyšetření (hormony štítné žlázy, vápník, draslík). U osob nad 45 let je jistě namístě zvážení koloskopie (i bez přítomnosti krve ve stolici) kvůli vyloučení zhoubného nádoru.

U většiny pacientů bychom, než přistoupíme k dalším specializovaným vyšetřením, měli zkusit pokus s vlákninou a eventuálně nácvik defekačního reflexu (platí u líného střeva i terminální zácpy, které se mohou i kombinovat). Teprve při neúspěchu je vhodné indikovat další vyšetření.

Vláknina, tekutiny, fyzická aktivita a zácpa

Téměř každému pacientovi se zácpou je doporučena vláknina, aniž by lékaři pacientům blíže poradili, co to vlastně je a kde ji hledat. Vláknina je tedy nestravitelná složka potravy nacházející se v různých potravinách. Obecně platí, že strava má být bohatá na vlákninu. Nicméně účinnost vlákniny u pacientů se zácpou je jen omezená.

Vláknina

Samotná vláknina pacienta se zácpou nespasí. Nutné je vlákninu doprovodit tekutinami (teprve pak vláknina zvětšuje svůj objem). Doporučený příjem vlákniny je 25–30 gramů za den. Je-li příjem vlákniny u některého pacienta dostatečný, nemá smysl její množství zvyšovat. A pokud se příznaky zácpy nezlepší po zvýšení příjmu vlákniny, její nedostatek nebyl příčinou zácpy a je třeba v další diagnostice a léčbě hledat jiné možnosti. Množství vlákniny v potravinách udává tabulka 2. Je vidno, že nejvíce vlákniny je přítomno v pšeničných otrubách. Vláknina může nadýmat, takže ji příliš nedoporučujeme u pacientů, kteří se nadýmají.

Vlákninou léčbu zácpy začínáme, ale měli bychom mít přehled o tom, kolik pacient vlákniny spotřeboval doposud a poradit mu, v jakých potravinách se vláknina vyskytuje. A od vlákniny nečekejme zázraky, působí většinou jen u zácpy lehké. A to platí i pro vlákninu, kterou si pacient může koupit v lékárně jako doplněk stravy. Výhodou tekuté vlákniny je její lepší tolerance.

Tekutiny a fyzická aktivita

Jedná se o jednoduchá, nicméně nepříliš účinná opatření. Doporučujeme denní příjem 2–3 litry. Tak jako u vlákniny platí i zde, že nemá cenu zvyšovat množství tekutin u někoho, kdo ony 2–3 litry již pije. Je-li nedostatek tekutin příčinou zácpy, pak se při jejich dostatku zácpa musí zlepšit. Nestane-li se tak, je nutné hledat jinou léčbu.

Fyzická aktivita opět mírně zrychluje střevní tranzit, ale efekt je malý a u těžké zácpy klinicky nevýznamný.

Nácvik defekačního reflexu

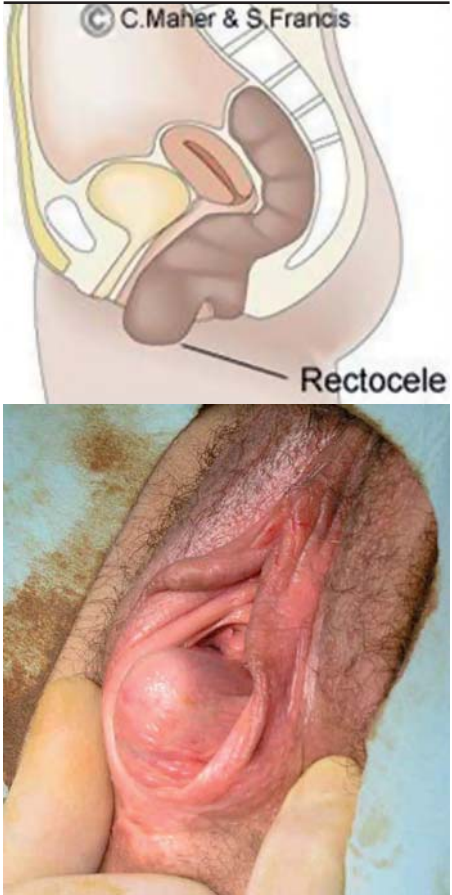
Účinnost tohoto jednoduchého opatření není sice nikterak zázračná, ale někdy působí dobře a neškodí. Proto je v rámci prvních opatření doporučujeme. Pacient má vypít hned po probuzení sklenku vlažné, třeba i lehce projímavé minerální vody nebo něco malého pojit, např. bílý jogurt. Po dvaceti minutách běžné ranní aktivity by měl usednout na toaletu a zkusit se vyprázdnit. Pokud k vyprázdnění nedojde, nevadí, druhý den se to zkusí znovu. U pacientů s terminálními příznaky můžeme doporučit tlačit v sedě, na nočníku (to myslím zcela vážně). Díky relaxované a fyziologičtější poloze k vyprázdnění v dřepu je defekace jednodušší.

Specializované vyšetřovací metody u pacientů se zácpou

Pokud jednoduchá opatření nepomohou, je namístě další vyšetřování, hlavním cílem je vyloučit sekundární zácpu a stanovit hlavní mechanismus zácpy primární. Mezi tato vyšetření patří:

- a) **Koloskopie** – vizuální zobrazení tlustého střeva. Vyloučí nádory střeva, zúžení, záněty apod. K vyšetření je nutná premedikace (analgesedace) a dokonalé vyprázdnění – očista střeva.
- b) **Defekografie** – rtg vyšetření defekačního aktu, kdy se kontrastní látka aplikuje do konečníku. Může prokázat anatomické vady v oblasti pánve (např. rektokélu) (obrázek 3).

Obrázek 3. Schéma rektokély, kde se může retinovat stolice a působit pocit nedokonalého vyprázdnění u syndromu ODS



Tabulka 2. Množství vlákniny v gramech na 100 gramů potravy (doporučená denní dávka vlákniny je 25–30 gramů)

Otruby	45
Lněné semínko	38
Sója a fazole	15–18
Sušené říčky	12
Celozrnné pečivo	8–10
Ovesné vločky	7
Rybíz	6
Hrášek	5
Mrkev	3
Zelí	3
Brokolice	3

- c) **Čas střevního tranzitu** – rtg nebo scintigrafické vyšetření měřící čas tranzitu trávicím traktem. Norma je 72 hodin. Vyšetření může prokázat syndrom líného střeva. Vyšetření nám též podá informaci o místě největšího zdržení. Pacienti s líným střevem mají největší problém v oblasti ascendens a transversa, zatímco pacienti se zácpou terminální mají retenci v oblasti descendens a sigmatu.
- **Anorektální manometrie a balonkový expulzní test** – vyšetření tlaků v oblasti svěrače

Tabulka 3. Přehled volně prodejných laxativ, indikace, výhody a event. nevýhody

Volně prodejná laxativa – léčivé přípravky					
Léčivá látka	Název přípravku	Forma	Vhodné indikace	Výhoda	Nevýhoda
Pikosíran sodný	GUTTALAX	gtt, tbl	chronická zácpa	okamžitý efekt	občas křeče
	LAXYGAL	gtt	akutní porucha vyprazdňování	předvídatelný efekt	
	Regulax pikosulfát kapky	gtt		nepůsobí průjem	
	REGULAX pikosulfát kostky 10 mg	past.		bez vážných vedlejších účinků	
Bisacodyl	BISACODYL-K	tbl	jako u Pikosíranu	jako u Pikosíranu	jako u Pikosíranu
	FENOLAX	tbl			
	Stadalax	tbl			
Sennae folium (senosidy) Senové glykosidy – kombinace*	čaj z listů senny	čaj	chronická zácpa	forma léčivých čajů je někdy preferovaná	melanosis coli
	sennový list	čaj	akutní porucha vyprazdňování		občas křeče
Laktulóza	Duphalac	roztok	zácpa u dětí	nepůsobí křeče	nadýmání
	LACTULOSA BIOMEDICA	sirup	tuhá stolice		pomalejší nástup účinku (třetí den)
	Lactulose AL sirup	sirup	zácpa a onemocnění jater		průjem
Glycerin	SUPPOSITORIA GLYCERINI LÉČIVA	supp	terminální zácpa či akutní porucha vyprazdňování		omezená účinnost, aplikace do konečníku je mnohdy nepohodlná
Doplňky stravy					
Guar galaktomannan	Benefibra		lehká zácpa	dobrá tolerance	omezená účinnost, nadýmání, relativní absence většího počtu kvalitních vědeckých studií
Psyllium (Plantago ovata) – vyčištěné obaly semene jitrocele indického	Psyllium		lehká zácpa	dobrá tolerance	omezená účinnost, nadýmání, relativní absence většího počtu kvalitních vědeckých studií

a senzitivity rekta. Jedná se o doplňkové vyšetření.

Léčba

V léčbě zácpy se mimo výše zmíněná dietní a režimová opatření uplatňují:

- a) prokinetika
- b) laxativa
- c) fyzioterapie
- d) chirurgické metody

Prokinetika, která by byla účinná u pacientů s líným střevem, nejsou tč. dostupná.

Laxativa

Laxativa patří mezi nejužívanější léky pacientů se zácpou. Většina preparátů je volně prodejných. Laxativa lze jednoduše rozdělit na několik skupin:

Laxativa objemová

V podstatě se jedná o preparáty vlákniny, které zvětšují objem stolice. Vhodná jsou u pacientů s lehkou zácpou a jejich příjem je nutné doprovázet tekutinami. Efekt nastupuje do týdne.

Jejich nevýhodou bývá, stejně jako u vlákniny, nadýmání.

Laxativa osmotická

Jedná se o osmoticky aktivní látky, které v lumen střeva vážají vodu a tím vyvolávají průjem. Jedná se o bezpečné preparáty, které se též využívají k očištění střeva před kolonoskopií nebo chirurgickými zákroky. Řadíme mezi ně iontové roztoky (síran hořečnatý, fosfát sodný), polyetylen glykol (Fortrans®) a laktulózu. Laktulóza je výborné změkčovaadlo stolice u pacientů s divertikulózou a tuhou stolicí. Její efekt nastupuje do tří dnů a nevýhodou je nadýmání. Polyetylen glykol se většinou používá k přípravě střeva před kolonoskopií, ale lze jej užít i u pacientů se zácpou, kteří tolerují jeho nedobrou slanou chuť. Fortrans® je dostupný na lékařský předpis. Nevýhodou těchto laxativ je, že vyvolávají průjem.

Laxativa kontaktní (stimulační)

Kontaktní laxativa působí přímo na střevo a nevstřebávají se. V naší zemi jsou nejčastěji používána laxativa se sennosidy (různé čaje,

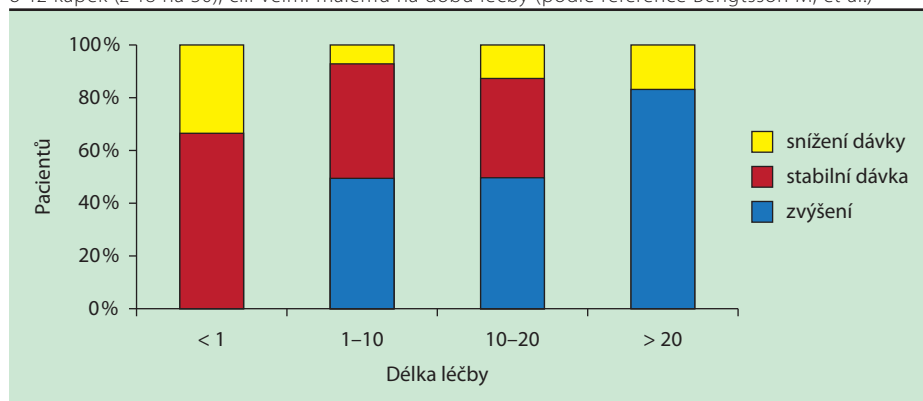
Regulax®) a dále laxativa polyfenolové skupiny (pikosíran sodný – např. Guttalax® či bisacodyl). U nás nejčastěji používané laxativum je Guttalax®. Působí tak, že pikosíran se ve střevě činností střevních bakterií rozštěpí na difenol a ten přímo stimulačně působí na střevo. Účinek nastupuje po 6–12 hodinách.

Kontaktní laxativa se podávají večer a vyvolávají stolicí ráno. Na rozdíl od osmotických laxativ nepůsobí průjem, ale formovanou stolicí.

Ohledně těchto laxativ existuje mnoho po- věr a mýtů. Z tohoto důvodu je často nevyužívají ani pacienti, kteří z nich mají jednoznačný prospěch a kterým jiné způsoby léčby nepomáhají. Lze proto jednoznačně tvrdit, že:

- Nebylo prokázáno, že by stimulační laxativa (zvláště polyfenolové skupina, tj. Guttalax® nebo sennosidy) poškozovaly střevo a zhoršovaly tím jeho funkci. U sennosidů se někdy můžeme setkat s tmavým zbarvením sliznice střeva, která však nemá vliv na jeho funkci. Tento stav se nazývá melanosis coli (3).
- Nebylo prokázáno, že by chronické užívání těchto laxativ vedlo ke změněné proliferaci epitelových buněk nebo ke klinicky

Obrázek 4. Změna dávky Guttalaxu® při dlouhodobé léčbě chronické zácpy. Polovina pacientů nezvyšovala dávku během dlouhodobé léčby do 20 let. U pacientů se zvýšením dávky došlo k průměrnému zvýšení o 12 kapek (z 18 na 30), čili velmi malému na dobu léčby (podle reference Bengtsson M, et al.)



významným změnám sekrece či hladiny střevních hormonů (4).

- Není pravdou, že tato laxativa působí závislost. Vzhledem k tomu, že se nevstřebávají, není možné o závislosti ve farmakologickém smyslu tohoto slova ani hovořit (1).
- Není pravdou, že kontaktní laxativa vykazují fenomén tolerance (tj. s dlouhodobým užíváním se snižuje účinnost a musí se užívat vyšší a stále vyšší dávky). V několika studiích bylo demonstrováno, že během až dvacetileté léčby Guttalaxem® došlo k průměrnému zvýšení dávky jen o 12 kapek/týden, a to pouze u poloviny pacientů. Jedná se tudíž pouze o malé zvýšení dávky (obrázek 4) (5).
- Není pravdou, že laxativa působí klinicky významné změny elektrolytů v séru (6). Pouze u pacientů, kteří zneužívají tato laxativa ve vysokých (čili nedoporučených) dávkách, dochází k depleci draslíku. Studie, které sledovaly vliv dlouhodobé léčby laxativy doporučených dávkách neprokázaly žádné významné změny hladin elektrolytů.
- Není pravdou, že chronické užívání laxativ je nezávislým rizikovým faktorem rakoviny střeva (1).

Z uvedeného plyne, že není důvod se obávat i dlouhodobé léčby stimulačními laxativy v doporučených dávkách. Rozhodně je chybou před nimi pacienty zrazovat s falešnými argumenty, které byly zmíněny výše. Není-li jiné cesty pomoci pacientovi, pak tato laxativa jsou zcela bezpečná a velmi dobře účinná.

U některých pacientů dochází v souvislosti s jejich používáním k bolestem až křečím břicha. Může to být způsobeno nesprávným dávkováním, ale pokud nedojde k ústupu obtíží po snížení dávky a jsou-li tyto výrazné, je nutné laxativum zaměnit za jiné nebo zkusit jiný způsob léčby.

Zajímavou otázkou může být důvod, odkud pramení tolikrát opísované mýty a nepravdy ohledně stimulačních laxativ, které si s sebou do praxe nesou nejenom absolventi lékařských fakult, ale mnohdy jsou rozšířeny i v laické veřejnosti. Zčásti se jedná o chybné výsledky studií, které uvedené otázky sledovaly jako první. Jejich výsledky se velmi rychle rozšířily a lékařská veřejnost je vzala za své. Nicméně studie, které tyto výsledky korigovaly či zcela negovaly, zůstaly již téměř nepovšimnuty.

Laxativa ostatní

Lze sem řadit glycerinové čípky či klysmata se sorbitolem a dokusat sodným (Yal®), byť se jedná též o laxativa osmotická.

Seznam laxativ s vysvětlením mechanismu účinku a výhod či nevýhod uvádí tabulka 3.

Fyzioterapie

Fyzioterapie typu biofeedback je standardní léčebnou metodou pacientů s anismem (7, 8). Cílem fyzioterapie je naučit pacienta opět se řádně vyprázdnit, tj. relaxovat pánev.

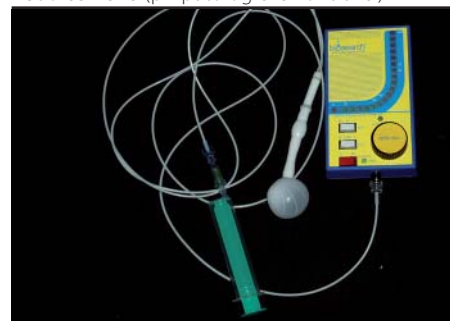
Fyzioterapie probíhá v půlhodinových seancích, kdy je pacientovi do konečníku zavedena sonda s detektorem tlaku a balonkem na konci. Při zatlačení by měl pacient relaxovat svěrač a svaly pánevního dna. Pokud tomu tak není, na přístroji svítí červená, pokud dochází ke správné relaxaci, svítí zelená. K fyzioterapii je nutná asistence fyzioterapeuta nebo vyškolené sestry. Přístroj k biofeedbacku je zobrazen na obrázku 5.

Ve světě je biofeedback rutinní a účinnou metodou. Sám jsem viděl pacientky, které trpěly zácpou několik let a po několika seancích biofeedbacku byly zcela zdravé.

Chirurgické metody léčby zácpy

Chirurgické výkony lze rozdělit do dvou skupin – operace u pacientů s líným střevem

Obrázek 5. Přístroj k biofeedbacku. Na konci sondy je balonek, který se v rektu nafukuje, zhruba vprostřed sondy je senzor, který snímá tlaky z konečníku. Na přístroji malá světýlka – při relaxaci svítí zeleně (čím větší relaxace, tím více světýlko svítí), nebo červeně (při patologické kontrakci)



na straně jedné a operace abnormalit v oblasti konečníku u pacientů se syndromem obstrukční zácpy.

Resekce střeva

u pacientů s líným střevem

U pacientů, kterým nepomáhá žádné jiné řešení, kteří trpí těžkou zácpou a kterým např. nezabírají ani laxativa, můžeme navrhnout radikální operaci odstranění tlustého střeva s ponecháním konečníku, tj. tzv. subtotalní resekci tračníku s ileorektoanastomózou (9). Pokud je tato operace dobře indikována, výsledky jsou dobré. Nejedná se nikdy o operaci urgentní, je nutné, aby k ní pacient „dozrál“. Podmínkou je i psychologické a eventuálně psychiatrické vyšetření. Všichni pacienti indikovaní k tomuto zákroku by měli mít prokázaný pomalý transit tlustým střevem. Po této operaci nepřejde pacient z nemoci do plného zdraví, je nutné očekávat časté stolice, mnohdy neformované, a to i delší dobu po operaci.

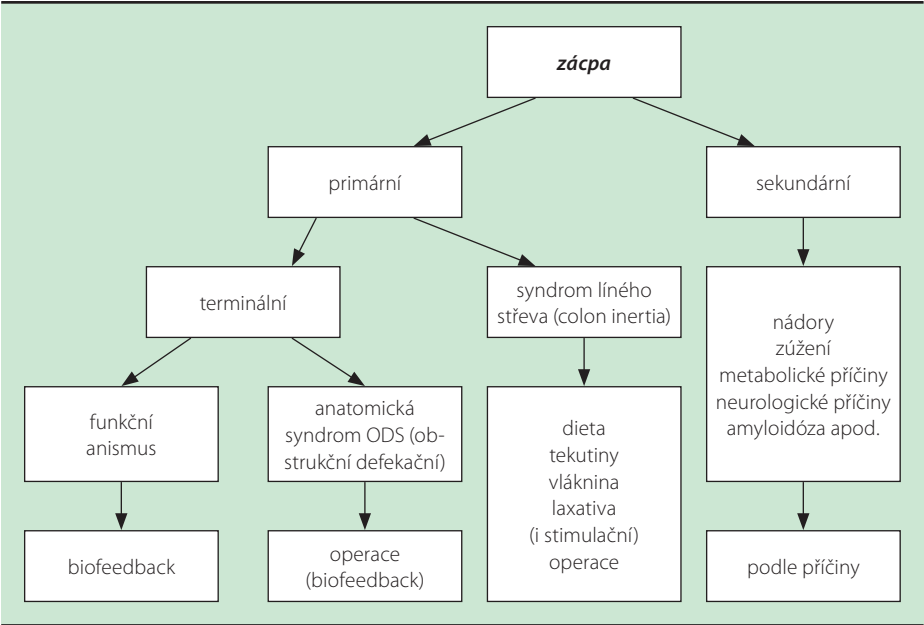
Operace v oblasti konečníku

Indikovaní jsou pacienti s obstrukčním defekčním syndromem (ODS). Cílem operace je odstranit mechanickou překážku. Povaha výkonu se řídí nálezem z klíčového vyšetření – defekografie. Příkladem této operace je tzv. STARR procedura – staplerová transanální rektální resekce. Jedná se o intrarektální proceduru, kdy je pomocí speciálního stapleru resekovaná „přebývajících“ sliznice rekta, která působí intususcepci nebo se podílí na rektokéle. Lze si ji představit jako jakýsi „lifting“ (pojem známý z plastické chirurgie) sliznice rekta.

Závěr

Zácpa je častým onemocněním. Definujeme ji nejenom jako malou frekvenci vyprazdňování, ale také různými dalšími pří-

Obrázek 6. Schéma klasifikace zácpy a principy léčby



znaky. Ve vyšetřovacím algoritmu je nutné vyloučit příčiny tzv. sekundární zácpy (např. nádor). Zácpu primární rozdělujeme na tzv. líné střevo a terminální zácpu. V léčbě zácpy se uplatňují již známá dietní a režimová opatření, jejichž význam se však přeceňuje a zabírají jen u zácpy lehké. Nejčastěji používaným léčivem jsou laxativa. Ohledně stimulačních laxativ panuje v lékařské i laické veřejnosti zbytečný strach a tyto léky lze užívat i dlouhodobě v doporučených dávkách bez jakýchkoliv obav

z návyku, tolerance či poškození střeva. V léčbě terminální zácpy se uplatňuje u nás často nevyužívaná fyzioterapie typu biofeedback a v případě anatomické obstrukce chirurgické metody. U pacientu s rezistentní zácpou v důsledku syndromu líného střeva se může indikovat i totální kolektomie.

Zácpa zasluhuje velkou pozornost farmaceutů, praktických lékařů i specialistů, neboť významně snižuje kvalitu života pacientů a při zodpovědném přístupu lze mnohým z nich vcelku elegantně

pomoci. Schéma rozdělení zácpy a základních principů léčby je znázorněno v obrázku 6.

Literatura

1. Miller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am. J. Gastroenterol.* 2005; 100: 232–242.
2. Mařátka Z. Zácpa. In: Mařátka Z. *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 1999: 238–245.
3. Ghadially FN, Walley VM. Melanoses of the gastrointestinal tract. *Histopathology.* 1994; 25: 197–207.
4. Goebos K. Laxatives and intestinal epithelial cells: a morphological study of epithelial cell damage and proliferation. *Verh. K. Acad. Geneesk. Belg.* 1995; 57: 51–74.
5. Bengtsson M, Ohlsson B. Retrospective study of long-term treatment with sodium picosulfate. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2004; 16: 433–434.
6. Ryan F, Anobile T, Scutt D, et al. Effects of oral sodium picosulphate Picolax on urea and electrolytes. *Nurs. Stand.* 2005; 19: 41–45.
7. Wiesel PH, Dorta G, Cuypers P, et al. Patient satisfaction after biofeedback for constipation and pelvic floor dyssynergia. *Swiss. Med. Wkly.* 2001; 131: 152–156.
8. Martínek J. Zácpa a praktický lékař – fakta a mýty. *Prakt. Lék.* 2008; 88: 328–336.
9. Redmond JM, Smith GW, Barofsky I, et al. Physiological tests to predict long-term outcome of total abdominal colectomy for intractable constipation. *Am. J. Gastroenterol.* 1995; 90: 748–753.

MUDr. Jan Martínek, Ph.D.
Univerzita Karlova v Praze
Interní klinika 1. LF UK a ÚVN
U Vojenské nemocnice 1200, 160 00 Praha 6
jan.martinek@volny.cz