

9. Jak došlo k odhalení „syndromu břišní diastázy“

V roce 2000 přichází do rehabilitační ambulance v českotěšínské nemocnici čtyřiapadesátiletá úřednice s torakalgií, pravostrannou lumboischialgií, gonartrózou, incipientní koxartrózou i sinistrokonvexní skoliózou, **obézní žena** v širokém, téměř těhotenském oblečení. Svléčena pak na lehátku konzultuje vyšetření, přičemž **zvedá hlavu**, aby se s vyšetřující osobou lépe kontaktovala. Mezi pupkem a sternem se objevuje kulovitý útvar velikosti grepu (snímky 1–4). Zkouším **Lassègueův** manévř, pacientka chce být nápomocna a **zvedá ihned aktivně obě extendované dolní končetiny**. K mému překvapení se kulovitý útvar v nadbříšku zvětšil do velikosti dětské hlavy nad úroveň přední břišní stěny. S předstíraným klidem se ptám, jak dlouho již tento jev trvá a zda není bolestivý. Obdržela jsem odpověď, že od porodu druhého dítěte ve třiceti letech, po kterém byla provedena operace břišní „kýly“, avšak po několika dnech došlo k povolení stehů. Poněvadž bolesti v oblasti břišní neměla, o další operaci neusilovala. Do hovoru vstupuje její gracilní osmdesátiletá matka (na první pohled těžká osteoporóza), která současně s dcerou vstoupila do ordinace a sděluje další informace. „To bylo po válce, měla těžkou křivici a pro slabé nožky nemohla do tří let chodit, až mi někdo doporučil rybí tuk“. *Tato skutečnost mne přivedla k názoru, že obrovská břišní kýla by mohla být důsledkem proběhlé v útlém dětství těžké křivice.*

V ordinaci se objevuje **čtyřletý chlapec s rachitickým hrudníkem**. Dítě bylo v prvním roce života řádně suplementováno Infadinem. Na hrudníku zjišťuji typickou Harrisonovou rýhu, zvonovité rozšíření dolní apertury hrudní a lehce naznačený rachitický růženec (snímek 5 a 6). Podíváme se na břicho, jestli se u tohoto chlapce s rachitidou neobjeví náznak rozestupu břišní stěny. Ano, **bez námahy jsem zabořila své prsty do linea alba** (snímek 7) **a při zvedání dolních končetin se objevila měkká podélná prominence mezi sternem a pupkem**. Z anamnézy a vyšetření přední stěny břicha vyplývá dále, že dítěti byla již chirurgicky odstraněna pupeční kýla!

Jelikož koincidence obou případů byla nadmíru nezvyklá, provedla jsem fotodokumentaci a začala jsem studovat dostupnou literaturu.

Akademik Houštek et al. ve své učebnici „Dětského lékařství“ z roku 1979 uvádí diastázu břišních svalů jako jeden z projevů křivice [1]. Absolventi lékařských fakult se však s tímto pojmem, dle mých informací, nesetkali. Ani já jsem se v mé praxi touto otázkou dosud nezabývala.

V Lékařském repetitoriu z roku 1981 popisuje náš přední **dětský chirurg prof. MUDr. V. Tošovský, DrSc. rozestup břišních svalů u dětí** následovně: „Přímé břišní svaly jsou od sebe vzdálené tak, že aponeuroza mezi nimi zcela postrádá svalový kryt. Při zvýšení nitrobřišního tlaku je mezi mečíkovitým výběžkem sternu a pupkem patrná prominence vystupující jako jelito. Takto postižené děti jsou bez obtíží. Léčíme tělocvikem, zaměřeným na ochablé břišní svalstvo a břišní fascie. Operujeme výjimečně. Prognóza je dobrá“ [2].

V chirurgickém písemnictví je diastáza břišních svalů zařazována mezi **kýly přední stěny břišní** a etiopatogeneticky mezi vrozené nebo získané oslabení svalové a vazivové tkáně.

*Úloha vitaminu D v etiopatogenezi diastázy nebyla dosud brána v úvahu, ani klesání fyzické kondice ve vyšším věku nebyla spojována s chronickou karencí vitaminu. **Protruze břicha je převážně spojována s obezitou a nedostatkem trénovanosti.** Dle mých poznatků z praxe není diastáza zcela neobvyklým nálezem ani u sportovců, dokonce ani u **kulturistů**, vyznačujících se silným svalovým korzetem, kterým vitamin D, dle údajů pacientů, podáván nebyl (kazuistika na konci kapitoly).*

Zjištění diastázy u dítěte nebo dospělého člověka je velmi jednoduché a vhodné pro rychlý screening deficitu vitaminu D, např. na školách nebo v ordinacích. Kineziologický test, při kterém dochází ke zvýšení nitrobřišního tlaku a vizualizaci i incipientních diastáz, byl následně použit ke zjišťování deficitu vitaminu D u školní mládeže.

*Dle vlastního pozorování v rehabilitační praxi není diastáza přímých břišních svalů jen bezvýznamnou estetickou vadou postavy, nýbrž silně rizikovým faktorem, locus minoris resistentiae. S přibývajícím věkem a chronickou deplecí vitaminu D může vést k syndromu **spondylolistézy**, klouzavému obratli, způsobujícím někdy i přes dokonalé chirurgické řešení trvalou invaliditu.*

V chirurgickém oboru se diastáza přímých břišních svalů označuje jako **břišní kýla**, která může být v případě potíží odstraněna.

Proč však jeden kýlu má a druhý ji nemá? Chabější vazivový aparát!

A proč někdo má chabější vazivo? Vrozená dispozice nebo necvičí!

A vadné držení těla mládeže a slabá kondice? Málo sportuje a sedí jen u počítače!

Tato tvrzení je nutno přehodnotit odkazem na pravou příčinu těchto všeobecně rozšířených jevů, kterou je nejčastěji deficit vitaminu D. Na něj navazuje další řetěz neduhů i nemocí vystupujících u nás v každém věkovém údobí, což bude doloženo mnoha příklady z praxe.

Kazuistika: Čtyřiačtyřicetiletý horník trpěl v dětství rachitidou, pak skoliózou a Scheuermannovou nemocí. Pro urputné torakalgie

i lumbalgie byl doporučen k rehabilitaci. Na rtg byly zjištěny klínovité deformace prsních obratlů, Schmorlovy uzly, iniciální esovitá skolióza torakolumbální páteře, **spondylolistéza L5**, s ventrálním skluzem obratlového těla prvního stupně (rtg č. 1) a navíc **spina bifida occulta S1** (rtg č. 2). Díky kulturistickému tréninku i těžké práci v uhelném dole má mladý horník pevné svalstvo břišní stěny, trupu i končetin. Rehabilitačním vyšetřením byla zjištěna rachitická konfigurace hrudníku a břišní **diastáza** menších rozměrů. Doposud mu nebyla poskytnuta žádná vitaminová léčba. Na oddělení chirurgie páteře byla navržena **spondylodéza lumbosakrální**, kterou pacient odmítl. Námi navržena suplementace vitaminem D, přechodná fixace břišním pásem, citlivá rehabilitace a následující klimatická léčba v Chorvatsku měly velmi dobrý léčebný efekt, takže od operace bylo odstoupeno. Pacient získal méně namáhavou práci a každoročně tráví dovolenou u jižního moře. Kontrola po sedmi letech vykazuje téměř úplné vymizení břišní diastázy i spondylolistézy. Na rtg č. 1 nevidíme typický pro spondylolistézu nález sacrum acutum, jelikož pacient má silné břišní svalstvo. Na torakalgie a lumbalgie si pacient již nestěžuje.

Problematicke diastasis musculorum rectorum abdominis věnuji zvýšenou pozornost od roku 2000, kdy jsem ji poprvé diagnostikovala. Motivovaná dobrým úspěchem rehabilitační i vitaminové léčby jsem inicio-



vala dispenzarizaci i dlouhodobou péči těchto pacientů, kterých neustále přibývalo. Po zpracování získaných údajů došlo v roce 2001 a 2004 ke zveřejnění dvou publikací a v roce 2002 k realizaci dokumentárního filmu „Rachitická diastáza břišních svalů v etiopatogenezi lumbálních vertebropatií“. Publikace uvádím ve zkrácené formě v 10. a 13. kapitole.

Snímek 1: 54letá pacientka s obrovskou břišní diastázou vestoje



Snímek 2: Během zvedání hlavy se prolaps břišních útrob zvětšuje.



Snímek 5: Rachitický hrudník u 4letého chlapce vsedě. Harrisonova rýha.



Snímek 3: Palpace rozestupu přímých svalů břicha není bolestivá.



Snímek 6: U téhož chlapce vleže zvonovité rozšíření dolní apertury hrudní. Náznak rachitického růžence.



Snímek 4: Aktivní elevace obou dolních končetin zvyšuje nitrobřišní tlak a zvýrazňuje diastázu.



Snímek 7: Palpací v linea alba mezi sternem a pupkem zjišťujeme štěrbinu, do které naše prsty pronikají bez většího úsilí. Diastasis musculorum rectorum abdominis.

Literatura

1. Houštek J, Kubát K, Rubín A. Dětské lékařství. Praha; Avicenum, 1979: 155.
2. Tošovský V. Hernia. Pediatricko-chirurgický dodatek. In: Autorský kolektiv. Lékařské repetitorium. Praha: Avicenum, 181: 732–33.