

Aktuální pohled praktického lékaře na dyspeptický syndrom

Bohumil Seifert

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

Souhrn

Dyspeptický syndrom je nejednotně interpretovaný soubor polymorfních obtíží, které provázejí poruchy trávení a pasáže tráveniny v trávicím traktu. Obtíže jsou často projevem gastrointestinálních chorob, mohou být ale průvodním jevem onemocnění jiných orgánů nebo jsou přítomny, aniž bychom jejich příčinu identifikovali. Vzhledem k vysoké prevalenci trávicích obtíží v populaci, tvoří pacienti s tímto syndromem významnou část klientely praktických lékařů, až 10 %. Závažnost stavů, které se prezentují v ordinaci, kolísá od samolimitujících obtíží, až po emergentní situace s vyjádřenými alarmujícími příznaky. Postupy praktického

kého lékaře vycházejí z vyhodnocování rizika přítomnosti závažných chorob, a to na základě znalosti jejich epidemiologie, posouzení symptomů a fyzikálního vyšetření, v kombinaci s nezbytným laboratorním nebo přístrojovým vyšetřením. Zároveň do úvahy zahrnují psychosociální pozadí, osobní a rodinnou anamnézu a konzultační chování pacienta. Tento přístup umožňuje praktickému lékaři identifikovat osoby s alarmujícími příznaky nebo patřící do rizikových skupin a zvolit příslušnou strategii. Umožní mu vyslovit pozitivní diagnózu funkční poruchy tehdy, kdy její pravděpodobnost je vysoká, profil pacienta odpovídá pro-

filu pacienta s funkční poruchou a riziko závažné organické poruchy je nízké. Diagnostický a terapeutický přístup praktického lékaře se tak často liší od přístupu specialisty, který konzultuje selektované pacienty s daleko vyšším rizikem organické příčiny v pozadí obtíží a využívá všech diagnostických prostředků k určení konečné diagnózy. Tyto rozdíly byly zohledněny mezioborovou pracovní skupinou při tvorbě doporučených postupů pro praktické lékaře v gastroenterologii z let 2004 a 2007.

KLÍČOVÁ SLOVA: DYSPEPTICKÝ SYNDROM, DRÁŽDIVÝ TRAČNÍK, PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Summary

Dyspepsia - actual view of general practitioner

Dyspepsia refers to various sets of different symptoms related to the impairment of digestion and motility. From a practical point of view, it is important to distinguish organic (structural) dyspepsia and functional dyspepsia (as a non-organic functional disorder). Dyspeptic patients comprise up

to 10 % of all consultations by general practitioners. A substantial part of dyspepsia in these subjects is a self-limited disorder. However, it is essential to recognize possible alarm symptoms. The diagnostic and therapeutic approach of general practitioners and gastroenterologists is often different. General practitioners try to state a positive diagnosis. Gastroenterologists

investigate a selected subgroup of dyspeptic patients (< 10 %) with a higher risk of an organic underlying disease. Diagnosis of dyspepsia is usually performed by gastroenterologists only after thorough investigation (per exclusionem).

KEY WORDS: DYSPEPSIA, IRRITABLE BOWEL SYNDROME, GENERAL PRACTITIONER

Dyspeptický syndrom je nejednotně interpretovaný soubor polymorfních obtíží, které provázejí poruchy trávení a pasáže tráveniny v trávicím traktu. Obtíže jsou často projevem gastrointestinálních chorob, mohou být ale průvodním jevem onemocnění jiných orgánů nebo jsou přítomny, aniž bychom jejich příčinu identifikovali. Vzhledem k vysoké prevalenci trávicích obtíží v populaci, tvoří pacienti s tímto syndromem významnou část klientely praktických lékařů, udává se až 10 %.

Pacienti, kteří přicházejí do našich ordinací s nejrůznějšími obtížemi ve

vztahu k trávicímu traktu, nás často přivádějí do diagnostických rozpaků. Víme, že nejčastější příčinou v pozadí těchto stavů jsou funkční poruchy, jako např. dráždivý tračník. Umíme rozpoznat varovné příznaky závažných stavů a naopak identifikovat u pacientů stigmata, která jsou typická pro funkční onemocnění. Zároveň vždy zvažujeme možnost organické příčiny; zejména peptický vřed, nádory kolorektální oblasti a nespecifické střevní záněty. Zvažování individuálních rizik pacienta je případem každé konzultace na gastroenterologické téma. Praktického lékaře konzultuje velký

neselektovaný soubor pacientů se záplavou banálních a obvykle samolimitujících onemocnění. Některé pacienty přivádí strach z vážného onemocnění a mají potřebu ujištění, někteří mají strach z choroby mimo trávicí trakt (srdce a reflux), někteří se obávají uplatnění svých rodinných dispozic (vřed, nádor), jiní somatizují psychosociální problémy a jiní se prostě necítí dobře a chtějí pomoci. Mezi těmito pacienty jsou nebo mohou být také pacienti s peptickým vředem, Barrettovým jícnem, rakovinou žaludku nebo střev. 9 z 10 těchto pacientů vyřeší praktický lékař sám,

přestože má obvykle krátký čas na rozhodování a minimální paletu diagnostických prostředků. Na rozdíl od praktického lékaře, vidí specialista jen asi 10 % z těchto pacientů. Z toho vyplývá, že v jeho selektovaném souboru bude incidence závažných nálezů v pozadí obtíží 10krát vyšší. Na rozdíl od převažujícího empirického přístupu praktického lékaře, specialista je orientován na odhalení diagnózy a prakticky každého pacienta podrobí endoskopickému vyšetření.

Nejistota, která provází rozhodovací proces praktického lékaře u pacientů s funkčními poruchami, je často příčinou rezignace na možnost diagnózy funkčního onemocnění podle symptomů (tzv. pozitivní diagnózy) a naopak důvodem pro nadbytečné vyšetřování (postup per exclusionem), které zvyšuje náklady a ohrožuje pacienta jak komplikacemi, tak somatizací funkční poruchy. K postupu per exclusionem někdy nabádají specialisté, kteří zdůrazňují potřebu ujištění pacienta i lékaře, epidemiologii a věk jako kritérium pro riziko malignit zpochybnoují epizodními příběhy z vlastní praxe a jsou nekritičtí ke zbytečným endoskopiím. Výsledkem je na jedné straně nízká kompetence praktických lékařů v gastroenterologii a na druhé straně orientace gastroenterologů na počet výkonů. Tento domácí fenomén se obzvláště zvýrazní v mezinárodním srovnání. Např. Národní zdravotní služba (National Health Service - NHS) na svých webovských stránkách uvádí, že ve Velké Británii je provedeno přes 100 000 horních endoskopií ročně.

V ČR bylo v roce 2005 provedeno 199 000 gastrokopií jen u klientů VZP (tab. 1). To znamená 27 horních endoskopií na 1 000 obyvatel bez rozdílu věku. Podobně je tomu u koloskopí, kde ČR již dnes překračuje téměř 2krát plán NHS do roku 2010. Rozdíl nelze vysvětlit našim depistážním programem, protože koloskopie na podkladě pozitivního testu na okultní krvácení se podílí asi 10 %.

Praktický lékař zná hodnoty a preference pacienta. Pokud stanoví pracovní diagnózu a postupně ji potvrzuje (tzv. afirmativní postup), má proto dobré podmínky. Má možnost sledovat pacienta v čase, vyhodnocovat efekt intervencí a včas zastihnout varovné známky. Vysoká prevalence obtíží se vztahem k trávicímu traktu přitom neumožňuje ani teoreticky, a to ani v zemích s dobrou dostupností endoskopie, podrobit všechny pacienty vyšetření, směřující k exaktnímu stanovení diagnózy. Proto se ve světě hledají algoritmy postupů a bezpečná empirická nebo semidiagnostická řešení pro tyto pacienty. To platí i pro Českou republiku, kde kapacita gastroenterologických pracovišť je a bude stále více využívána k depistážním programům.

Pro praktického lékaře je na druhou stranu složité a do určité míry riskantní, založit dlouhodobý přístup k pacientovi na vyhodnocení několika symptomů a nepřítomnosti alarmujících známek. Na pomoc pozitivní diagnostice funkčních poruch v gastroenterologii byla vypracována **kritéria**, založená na popisu specifických symptomů, jejich trvání a frekvence (Manningova kritéria 1978, Římská

kritéria I-1991, II-2000 a III-2006) [14]. Tato kritéria uplatnění v ordinacích praktických lékařů nenašla; a to ani u nás, kde existují odlišná kritéria Mařatkova (1964), ani jinde v Evropě. Vycházejí totiž z charakteristik pacientů a postupů v sekundární péči a pro využití v každodenní praxi jsou příliš složitá.

Postupy praktického lékaře vycházejí především z vyhodnocování rizika přítomnosti závažných chorob, na základě znalosti jejich prevalence a na základě zhodnocení symptomů, fyzikálního vyšetření, psychosociálního pozadí, anamnézy a konzultačního chování pacienta, v kombinaci s nezbytným laboratorním nebo přístrojovým vyšetřením. Tento přístup umožňuje praktickému lékaři vyslovit **pozitivní diagnózu** funkční poruchy tehdy, kdy její pravděpodobnost je vysoká, profil pacienta odpovídá profilu pacienta s funkční poruchou a riziko závažné organické poruchy je nízké. Situaci u funkčních poruch ještě komplikuje fakt, že nespokojivý efekt terapeutických zásahů je často dalším důvodem k opakovanému vyhodnocování stavu a diagnózy a k opakovanému vyšetřování.

Pracovní skupina složená z gastroenterologů a praktických lékařů se zabývá hledáním mezioborové shody v této oblasti již od roku 2003. Snahou je vytvářet doporučení pro praktické lékaře, které poskytují oporu pro pozitivní diagnostiku funkční poruchy v primární péči a zároveň upozorňují na limity tohoto postupu, poskytují návody k optimálnímu přístupu k pacientům s dyspeptickým syndro-

Tab. 1. Frekvence vybraných zdravotních výkonů u klientů VZP v letech 2004 a 2005. Data poskytl MUDr. Petr Pokorný, VZP Praha.

Název výkonu	2004	2005	Počet na 1 000 obyvatel v roce 2005 (cca 7,5 mil. pojištěnců)
Esofagogastroduodenoskopie	209 818	200 274	27
Koloskopie (totální + neúplná)	121 575	124 296	17
Test na okultní krvácení - pozitivní	11 764	11 410	-

mem a zdůrazňují prvky mezioborové spolupráce [4,13].

HORNÍ DYSPEPTICKÝ SYNDROM

Většina dyspeptických obtíží má samolimitující charakter. Vztah pacienta k jeho obtížím je proto stejně důležitý jako obtíže samotné. Jen méně než třetina pacientů navštíví pro tyto obtíže během svého života lékaře, většinou praktického. Přesto pacienti trpící trávicími obtížemi častěji než ostatní navštěvují lékaře. Ze studie, provedené v ordinacích českých praktických lékařů, vyplývá, že dyspeptické obtíže horního typu byly v pozadí 5 % konzultací. Ve třetině případů se jednalo o pacienty s novou nebo nevyšetřenou dyspepsií. Na takové pacienty praktický lékař v praxi narazí 3–4krát týdně. Přibližně u jednoho pacienta týdně (9 %) dává praktický lékař dyspepsii do souvislosti s užíváním nesteroidních antiflogistik. Dvě třetiny pacientů s dyspeptickými příznaky již prodělali v minulosti vyšetření a byla zjištěna organická (35 %), druhotná (13 %) nebo funkční (15 %) dyspepsie [11].

Nejčastější příčinou organické dyspepsie je peptický vřed. Určitá část ze skupiny pacientů s novou nebo nevyšetřenou dyspepsií má aktuální peptický vřed. Pokud nejsou tito pacienti správně diagnostikováni, pak nelze mít jistotu, že jsou optimálně léčeni. Kvalifikovaný odhad předpokládá kumulativní prevalenci peptického vředu v české populaci 10 %. Dle ústního sdělení v sestavách profesora Dítě z brněnské gastroenterologické kliniky FN Bohunice je peptický vřed odhalen v posledních letech asi u 6–11 % pacientů odeslaných s dyspeptickými obtížemi ke gastrokopii. V sestavě endoskopovaných z důvodu dyspeptických obtíží v projektu METRO [10] byl výskyt aktuálního peptického vředu 8 %, dalších 12 % vyšetřených mělo postulcerózní změny na žaludeční sliznici. Ze statistik vyplývá, že ubývá peptic-

kých vředů gastroduodena a relativně přibývá *Helicobacter pylori* negativních vředů, zřejmě v důsledku častější gastropatie z nesteroidních antiflogistik.

Výskyt **rakoviny žaludku** poklesl za 30 let na polovinu (UZIS). Zatímco v roce 1980 byla incidence 32,4 na 100 000 mužů (u žen 21,5), v roce 2000 to bylo 18,9 (u žen 13,5). Ve věkové skupině do 50 let věku bylo odhaleno 141 případů v celé ČR s mírnou převahou mužského pohlaví. V letech 1976–2000 zemřelo 55 420 osob na rakovinu žaludku, z nich 1 659 (2,9 %) bylo mladších 45 let. K 31. 12. 2000 žilo 4 055 osob s rakovinou žaludku, z nich 149 (3,7 %) bylo mladších 45 let. Obava z možné rakoviny v pozadí dyspeptických potíží neopodstatňuje endoskopické vyšetřování pacientů, kteří nemají alarmující známky a jsou mladší 45, resp. 50 let.

Strategie postupu u pacientů s dyspeptickými příznaky

Jaká kritéria lze k rozhodnutí o optimální strategii postupu v praxi uplatnit? Kdy pacienta odeslat? Jak rozpoznat pacienta s peptickým vředem?

Selekce pacientů se zvýšeným rizikem organické příčiny pro další vyšetření v gastroenterologii byla v zahraničí předmětem celé řady studií a testovaných strategií. Dyspeptické obtíže mají velmi široký a variantní obraz a těžko lze z nich vyjmout příznaky, které mají vyšší senzitivitu a specifitu právě pro peptický vřed. I když někteří autoři inklinují k popisu typické symptomatologie peptického vředu v učebnicích i při přednáškách, většina závěrů studií provedených v primární péči označila diskriminační efekt symptomů pro stanovení diagnózy za nespolehlivý [3,5,7]. Pro lékaře v praxi je důležitější zhodnocení závažnosti jednotlivých symptomů, než jejich typu a výčtu. Všechna doporučení vymezují tzv. **alarmující příznaky**, v přítomnosti kterých je

jasně indikována časná endoskopie (gastroskopie nebo koloskopie). Mezi alarmující příznaky patří: krvácení do trávicího ústrojí, silná bolest, opakované zvracení, mikrocytární hypochromní anemie, nechtěné zhubnutí o více než 10 % hmotnosti za 6 měsíců a patologický nález při fyzikálním vyšetření. Alarmující jsou i nově vzniklé obtíže u osob starších 45, resp. 50 let nebo obtíže, které změnil svůj charakter. Pacienta bychom měli indikovat k endoskopii také vždy, pokud máme pochyby o správnosti empirického postupu. Ke gastrokopii také asi nejspíše pošleme pacienta, přicházejícího opakovaně, trpícího anxiétou a karcinofobií nebo pro kterého může mít invazivní vyšetření terapeutický efekt.

Součástí maastrichtského doporučení v případě dyspeptických obtíží jsou strategie v souvislosti s odpovědností infekce *Helicobacter pylori* za peptický vřed gastroduodenální a s jeho nálepkou karcinogenu, *test & treat* (testuj na *Helicobacter pylori* a v případě positivity eradikuj) a *test & scope* (testuj na *Helicobacter pylori* a v případě positivity endoskopuj) u pacientů s dyspepsií horního typu. Z hlediska rizika pacienta je možno považovat strategii *test & treat* za bezpečnou, protože není ultimativní a nepřinese-li řešení v určitém časovém horizontu, tak pacienta stejně čeká endoskopie. Vyžaduje ovšem kvalitní test diagnostický test na potvrzení efektu eradikace (dechový test nebo stanovení antigenu *Helicobacter pylori* ve stolici). Vzhledem ke snižující se prevalenci infekcí *Helicobacter pylori* podmíněných vředů je efektivita strategie zpochybněna. Studie prof. Bureše et al. [1] prokázala věkově standardizovanou prevalenci infekce *Helicobacter pylori* v České republice 41 %. Ve věkové skupině, u které by strategie *test & treat* přicházela v úvahu, je prevalence nižší. Z těchto a dalších, zejména ekonomických důvodů, není v České republice

postup *test & treat* strategií volby. Postup *test & scope* není vzhledem k nastaveným cenám výkonů u nás racionální.

Daleko častěji se český praktický lékař nejčastěji rozhoduje mezi empirickým postupem a včasnou gastroskopií. Riziko empirických postupů je minimální u pacientů bez alarmujících příznaků, bez anamnézy vředové choroby či užívání nesteroidních antiflogistik nebo aspirinu, mladších 45, resp. 50 let. Dnes v praxi u pacienta s dyspepsií vedle režimových opatření nejčastěji použijeme antisekreční lék jako první volbu. V případě dominantních příznaků refluxní choroby jícnu volíme inhibitory protonové pumpy (PPI), převažují-li ostatní dyspeptické obtíže, podáváme H₂-blokátory nebo PPI, podle závažnosti obtíží. Spíše výjimečně volíme z omezené nabídky prokinetik. O dalším postupu rozhodneme při kontrole. V drtivé většině případů uspějeme a pacienta uspokojíme. Kauzálně jsme tak zasáhli u všech pacientů, kde převažujícím zdrojem obtíží je acidopeptická porucha. Endoskopie by změnila postup jen u pacientů s peptickým vředem, kteří jsou *Helicobacter* pozitivní, což v naší sestavě METRO bylo méně než 9 % [10]. Poučka o dispenzarizaci žaludečního vředu z důvodu jeho možné malignizace v praxi platí, ale je třeba přiznat, že se v současné době neopírá o aktuální medicínské důkazy při nižší incidenci žaludeční rakoviny a při měnícím se poměru etiopatogenetických mechanismů vzniku žaludečního vředu.

DOLNÍ DYSPEPTICKÝ SYNDROM

Dyspeptický syndrom dolního typu je popisován jako bolest nebo nepohoda v celém břiše spojená většinou s poruchou vyprazdňování (plynatost, pocit plnosti, tlaku či napětí v břiše, borborogy, bolesti v dolní části břicha, poruchy defekace a stolice - zácpa, průjem, stolice nepravidelná, naléhavá, střevní koliky). Je třeba vždy myslet

na možnou organickou příčinu obtíží v trávicím traktu i mimo něj.

Dráždivý tračník (irritable bowel syndrome - IBS) je podle římských kritérií popsán jako soubor obtíží (bolest nebo nepohoda, pocívaná v břiše) v souvislosti se změnou frekvence nebo konsistence stolice, s úlevou s defekací, vyskytující se 12 týdnů v roce. Má 3 formy: průjmovitou (IBS-D), formu se zácpou (IBS-C) a formu střídavou (IBS-A).

Mezi další funkční střevní potíže patří podle českého gastroenterologa Mařatky funkční plynatost, funkční zácpa a funkční průjem a nespecifikované střevní poruchy; stavy charakterizované různě vyjádřenými dominantními příznaky, které nesplňují kritéria pro dráždivý tračník.

Prevalence dráždivého tračníku v obecné populaci je odhadována mezi 5 a 25 %; 14–25 % u žen a 5–19 % u mužů. Mezi registrovanými pacienty jednoho praktického lékaře je v průměru 40–50 pacientů s dráždivým tračníkem. Vyskytuje se ve všech věkových kategoriích, častěji u mladších, ale po období středního věku prevalence klesá.

Každý pacient s funkční poruchou je jedinečný. Roli hrají konstituce, osobnostní charakteristiky, psychosociální podněty, životospráva, přestálá onemocnění trávicího traktu, postoje k zdraví. Pacienti s dolním dyspeptickým syndromem 3krát častěji navštěvují praktické lékaře a jsou častěji v pracovní neschopnosti. Do typického obrazu dráždivého tračníku patří všechny nebo některé z následujících symptomů:

- bolesti v břiše nejspíše spastického rázu, obvykle související s pasáží tráveniny,
- pocit plnosti nebo nadmutí s nadměrnou flatulencí nebo bez ní,
- hlasité škroukání (borborygmi),
- poruchy ve frekvenci vyprazdňování stolice (sklon k průjmu nebo zácpě, případně střídavá stolice),
- změny v kvalitě a vzhledu stolice.

Strategie postupu u pacientů s dolním dyspeptickým syndromem

V úvahu přicházejí 2 volby: pozitivní diagnostika, posuzující soubor prezentovaných příznaků, pečlivě vyhodnocující možné varovné známky a vycházející ze znalosti pacienta, a diagnóza per exclusionem. Cesta k pozitivní diagnóze je usnadněna obvykle tehdy, když se symptomy sdruží v typické syndromy. V literatuře existuje celá řada důkazů o bezpečnosti pozitivní diagnózy dráždivého tračníku a její platnosti u pacientů v čase (tab. 2) [1,6]. V praxi je variabilita postupů veliká. Najdou se kolegové, kteří pacienta nebo pacientku do 50 let věku s typickou symptomatologií dráždivého tračníku pošlou hned z první návštěvy ke specialistovi, zatímco jiní budou obtíže pacienta bagatelizovat, případně doporučí návštěvu lékárny a nákup volně prodejných prostředků. Náš doporučený postup je určen na podporu těch praktických lékařů, kteří chtějí s pacienty s dolním dyspeptickým syndromem pracovat.

Jako **podpůrné známky pro diagnózu funkční střevní poruchy** byly identifikovány [9,13]: dlouhá anamnéza obtíží, začátek obtíží v mládí, přítomnost nepříznivých psychosociálních faktorů, vegetativní stigmata (chladná a zpcená akra, erythema pudendi, hrubý třes víček a prstů, tachykardie, respirační arytmie, „smazaná“ neurotická řeč), ženské pohlaví, časté konzultace pro funkční problémy v praxi, dříve pozorovaná tendence k somatizaci psychických obtíží, neurotické chování a reakce na stres a nedávné prožití významné životní události.

Fyzikální vyšetření obvykle nevyšvětlí obtíže pacienta. Základní **laboratorní parametry** (sedimentace, krevní obraz, glykémie, urea, kreatinin, bilirubin, AST, ALT, GMT, ALP, amylázy, vyšetření moči a sedimentu) provedené aktuálně nebo v posledních měsících jsou normální. U průjmové

formy dráždivého tračníku, která je refrakterní na běžnou terapii, doplníme cílený screening celiakie (vyšetřením autoprotilátek k tkáňové transglutamináze), event. bakteriologické vyšetření stolice a vyšetření na parazity. Tato zjištění, spolu s negativním výsledkem případných dalších vyšetření, provedených aktuálně nebo v poslední době, dovolují lékaři stanovit diagnózu funkční poruchy a zahájit empirickou léčbu. Přístup je samozřejmě nutno individualizovat s ohledem na závažnost stavu, osobnostní charakteristiky a preference pacienta. V některých případech bude naopak nejvhodnějším postupem včasná **koloskopie**, event. **gastrokopie** a **ultrasonografické vyšetření** celého břicha. U žen gynekologické vyšetření. Tento postup je indikován, když je ujištění pacienta nezbytné a vždy, když je zvažována organická příčina v pozadí obtíží. Součástí diagnostického postupu u dolního dyspeptického syndromu může být **psychologické** resp. **psychiatrické vyšetření**.

Přístup k pacientům s obtížemi se vztahem k trávicímu traktu je v České republice logicky ovlivněn dramatickou incidencí kolorektální rakoviny. Lze říct, že všichni symptomatictí pacienti nad 50 let jsou indikováni k totální koloskopii, včetně těch, kteří měli obtíže již dříve a koloskopování nebyli. Provádění testu na okultní krvácení je zbytečným mezikrokem při vylučování možné malignity nebo prekancerózního stavu.

Přítomnost **varovných známek** v anamnéze (kolorektální karcinom, gynekologické nádory, idiopatické střevní záněty v rodinné anamnéze), začátek obtíží nebo změna obtíží ve vyšším věku, trvalé bolesti břicha, noční nebo trvalý průjem, anorexie nebo úbytek váhy, krev ve stolici, anemie, projevy malabsorpce, náhle vzniklé obtíže nebo změna charakteru dřívějších dyspeptických obtíží u pacienta staršího 45 let nebo obtíže u pacienta po operačním zákroku, suspektní fyzikální nález při somatickém vyšetření nebo patologický nález při laboratorním nebo přístrojovém vyšetření, jsou důvodem k zahájení diagnostického procesu, provedení totální koloskopie.

TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI

Terapie dolního dyspeptického syndromu je svízelná. V možnostech léčby jsou si v tomto případě praktický lékař i specialista rovni. U obou záležití častěji na poskytnutí sama sebe více, než na poskytnutí léku. Časté selhání léčby je obvykle důvodem k novému hodnocení diagnózy, a tak většina pacientů stejně vyšetření včetně koloskopie v kursu nemoci prodělá. V komplexní léčbě se uplatňují psychoterapie, změny životosprávy, dietetická opatření a medikamentózní léčba. Průzkumy mezi praktickými lékaři a gastroenterology ukazují [12], že psychoterapeutické postupy jsou u nás málo využívány, a to přesto, že většina lékařů považuje dráždivý tračník za převážně psychogenní onemocnění.

Při léčbě obvykle vycházíme z hlavních klinických příznaků. Potlačení vedoucího symptomu ale ještě nemusí vést ke globálnímu zlepšení kvality života. V některých případech se **psychologický přístup** a rozbor „osobních problémů“ vyšetřovaného uplatňuje jako postup kauzální. Pacientovi je nutné vysvětlit podstatu onemocnění a odstranit jeho obavy ze život ohrožující nemoci. Praktický lékař si musí na konzultaci vyhradit dostatek času, což je často v praxi obtížné. Je-li stav spojen se závažnou stresovou zátěží nebo je-li psychopatologie zřejmá, je vhodné požádat o konzultaci psychiatra nebo psychologa. Z léčebných postupů může přinést efekt psychoterapie, relaxační terapie, hypnoterapie nebo kognitivní behaviorální terapie, ale jejich potenciál není u nás zřejmě využit.

Při doporučení **dietního režimu** vycházíme z respektování individuální tolerance nemocného. Nesnášenlivost mléka a mléčných výrobků by neměla být přehlédnuta. Vlákna může pozitivně ovlivnit symptomy u pacientů, kteří trpí zácpou. U některých pacientů může ovšem také obtíže zhoršit.

Farmakoterapie je málokdy vítězná. Přinese úlevu jen některým pacientům. V praxi se osvědčuje empirický postup, při kterém vybíráme přípravky s předpokládaným efektem a pak kriticky hodnotíme jejich účinek.

Pokud je vedoucím příznakem **břišní bolest**, lze použít muskulotropní spazmoanalgetika nebo parasimpatikolytika. Z dosud nepublikovaného průzkumu vyplývá, že mezi praktickými lékaři převažuje velmi rezervovaný postoj k pravidelnému podávání spazmolytik. Důvodem je obava z vedlejších účinků léků, ale také strašák zakrytí závažných příznaků. Přestože se jedná o fenomén ve vztahu k náhlým příhodám břišním, uplatňuje se pravděpodobně i v přístupu k epizodám bolesti u dráždivého tračníku. To

Tab. 2. Jak se dělá pozitivní diagnóza [1,8].

Vyhodnocení symptomů a anamnézy
Vyloučení varovných známek
Fyzikální vyšetření a potřebné diagnostické testy
Diagnóza nemoci/syndromu
Zahájení léčebných opatření
Vyhodnocení po 2-4 týdnech
Sledování / opatření

svědčí o tom, že péče o tyto pacienty není kontinuální. Nejčastější současnou volbou léku u nás i jinde v Evropě je mebeverin (Duspatalin Retard) v dávce 2 × 200 mg, použitelný i u pacientů s glaukomem a hypertrofií prostaty.

Ne všichni nemocní s funkční poruchou potřebují psychofarmaka. Úspěšné použití tricyklických antidepresiv (např. 50–150 mg amitriptylinu v noční dávce) u pacientů s dráždivým tračníkem a bolestí jako dominantním příznakem je dokumentováno velkými studii. V praxi se s nimi v této indikaci u nás setkáme spíše výjimečně. Limitujícím vedlejším účinkem je zácpa, která je méně problematická u antidepresiv typu SSRI. U některých pacientů přináší efekt mezi gastroenterology oblíbený sulpirid (Dogmatil, Prosulpin).

U **průměrné formy** dráždivého tračníku jsou používána adsorbencia (calcium carbonicum, smectit), anti-diarioika (loperamid, difenoxylát, codein), spazmolytika, i prebiotika nebo probiotika (*Lactobacillus*, *Bifidobacter*). Podle doporučeného postupu lze loperamid podávat v dávce 2–4 mg až 4krát denně nebo jako profylaxi příhod 4 mg v jedné dávce před spaním.

U **zácpové formy** je základní podmínkou dieta s dostatečným (tolerovaným) množstvím vlákniny v cereáliích, ovoci a zelenině. Praktičtí lékaři zdůrazňují dostatečný příjem tekutin a umí vysvětlit zásady defekačního režimu. Z prostředků proti zácpě jsou doporučována objemová laxativa. Oblíbená je preskripčně omezená laktulóza. Při pocitu nadmutí jsou k dispozici deflatulencia (simetikon). Při dysmikrobii se zkoušejí probiotika.

Informace o používané farmakoterapii je založena na výsledcích dotazníkového průzkumu praktických lékařů, který byl uskutečněn Ústavem všeobecného lékařství v roce 2006, ale data budou teprve publikována.

ZÁVĚR

Moderní medicína, zaměřená na exaktní stanovení diagnózy a aplikaci důkazů má s funkčními pacienty problém. Praktičtí lékaři to sice dobře vědí, ale to jim roli neusnadňuje. V zájmu pacienta musí velmi poctivě vyhodnotit všechny informace a zjištění v dané klinické situaci a vybrat správný postup, ať je to včasné odeslání specialistovi nebo stanovení diagnózy funkční poruchy. Nejslavnější český gastroenterolog, prof. Mařatka, zdůrazňuje ve svých pracích, že učit praktického lékaře pozitivní diagnostice funkčních chorob v gastroenterologii je naléhavě potřebné!

Poznámka

Autor článku a redakce časopisu uvítají další diskuzi na toto téma.

Literatura

1. Bureš J, Kopáčková M, Koupil I et al. The European Society for Primary Care Gastroenterology. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection in the Czech Republic. *Helicobacter* 2006; 11: 56-65.
2. Drossman DA, Whitehead WE, Camilleri M. Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 1997; 112: 2120-2137.
3. Hansen JM, Bytzer P, Schafflitzky DE, Muckadell OB. Management of dyspeptic patients in primary care. Value of unaided clinical diagnosis and of dyspepsia subgrouping. *Scan J Gastroenterol* 1998; 33: 799-805.
4. Lukáš K, Hep A, Charvátová E et al. Doporučené postupy: Dyspepsie horního typu. *Čes Slov Gastroenterol Hepatol* 2004; 58: 145-147.
5. Muris JW, Starmans R, Pop P et al. Discriminant value of symptoms in patients with dyspepsia. *J Fam Pract* 1994; 38: 139-143.
6. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long term prognosis and the physician-

patient interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122: 107-112.

7. Quartero AO, Numans ME, Post MW et al. One year prognosis of primary care dyspepsia: predictive value of symptom pattern, *Helicobacter pylori* and GP management. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002; 14: 55-60.

8. Paterson WG, Thompson WG, Vanner SJ et al. Recommendations for the management of irritable bowel syndrome in family practice. *Can Med Assoc J* 1999; 161: 154-160.

9. Rubin G, De Wit N, Meineche-Schmidt V et al. The diagnosis of IBS in primary care: consensus development using nominal group technique. *Fam Pract* 2006; 23: 687-692.

10. Seifert B. Refluxní choroba jícnu a projekt METRO. *JAMA* 2004; 12: 850-852.

11. Seifert B, Beneš V, Struk P. Dyspepsie v primární péči. Závěrečná zpráva projektu. Rozvoj integrované primární zdravotní péče. PHARE CZ 9703-01-02-06-010042. 2000.

12. Seifert B, Dítě P, Vojtíšková J. Jak hodnotit gastroenterologové postupy praktických lékařů v České republice - příspěvek k mezioborové spolupráci. *Čas Lék čes* 2005; 144: 424-428.

13. Seifert B, Lukáš K, Charvátová E et al. Dolní dyspeptický syndrom: Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře. *Čas Lék čes* 2007; 146: 17-23.

14. The Functional Gastrointestinal Disorders and Rome III. *Gastroenterology* 2006; 130: 1377-1556.

Adresa pro korespondenci/

Correspondence to:

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství

1. LF UK Praha

Albertov 7, 120 00 Praha 2

e-mail: seifert@terminal.cz