

# METODICKÝ LIST

## RACIONÁLNEJ FARMAKOTERAPIE

### 44.

## Manažment a racionálna farmakoterapia dyspepsie

### 1. Úvod – klasifikácia dyspepsie

**Dyspepsia** je spoločné označenie súboru polymorfných tráviacich ťažkostí, ktoré sú väčšinou prejavom rôznych gastrointestinálnych chorôb, vyskytujú sa však často aj pri chorobách iných orgánov. Príčinou dyspeptických ťažkostí môžu byť *organické* zmeny v oblasti tráviaceho systému (napr. peptický vred, refluxová choroba pažeráka (GERD) s ezofagitídou alebo bez ezofagitídy, choroby žlčníka, pankreasu, čriev, malignity, poliekové zmeny a pod.) alebo jeho *funkčné* poruchy.

Podľa prevažujúcej **lokalizácie** ťažkostí rozoznávame **hornú dyspepsiu** (bolesť alebo dyskomfort sa lokalizujú do epigastria alebo do okolia pupku) a **dolnú dyspepsiu** (bolesť alebo dyskomfort sa vyskytujú v celom bruchu a spájajú sa zvyčajne aj s poruchou vyprázdňovania). V anglosaskej literatúre sa pod termínom dyspepsia myslí obvykle dyspepsia horného typu, na ktorú sa zameriava tento metodický list.

Podľa **priebehu** rozdeľujeme dyspepsiu na **akútnu** (zvyčajne infekčného alebo alimentárneho pôvodu) a **chronickú** (má dlhodobý, obvykle viac ako tri mesiace trvajúci, intermitentný, prípadne sezónne viazaný priebeh).

Podľa toho, či **príčina** dyspeptických ťažkostí u daného pacienta už bola (alebo nebola) diagnosticky doriešená, môžeme prípady dyspepsie klasifikovať nasledovne:

- **dyspepsia nediferencovaná** – organické ochorenia zatiaľ neboli vylúčené,
- **dyspepsia organická** – spôsobená organickým ochorením tráviaceho systému,
- **dyspepsia funkčná** – organické ochorenia boli vykonanými vyšetreniami vylúčené,
- **dyspepsia sekundárna** – príčinou je ochorenie nachádzajúce sa mimo tráviaceho systému (gynekologické, urologické, metabolické, endokrinné a pod.)

Funkčné poruchy gastroduodena sa (podľa posledných (III.) *rímskych kritérií*) rozdeľujú na 4 skupiny (tabuľka 1).

Tabuľka 1 Funkčné poruchy gastroduodena

B. Funkčné poruchy gastroduodena
B1. Funkčná dyspepsia
B1a. Syndróm postprandiálnej nevoľnosti (PDS)
B1b. Syndróm epigastrickej bolesti (EPS)
B2. Poruchy grgania
B3. Nauzea a poruchy spojené s vracaním
B4. Syndróm ruminácie u dospelých

**Funkčná dyspepsia (FD)** sa definuje prítomnosťou klinických príznakov (symptómov) z gastroduodenálnej oblasti, bez dokázateľného organického, systémového alebo metabolického ochorenia, ktoré by mohlo tieto príznaky vysvetľovať. Príznaky FD (tabuľka 2) musia trvať minimálne 3 mesiace v rámci posledného roku (nemusia však byť kontinuálne), pričom začiatok príznakov musí byť minimálne 6 mesiacov pred stanovením diagnózy FD.

Novšie sa odporúča (najmä vo vzťahu k realizácii patofyziologických a terapeutických štúdií) termín FD nahradiť presnejšie definovanými pojmami, ktorými sú:

1. syndróm postprandiálnej nevoľnosti (*angl. Postprandial Distress Syndrome* – PDS; nahradzuje doteraz používané označenie „chabý žalúdok“ – *angl. dysmotility-like dyspepsia*),
2. syndróm epigastrickej bolesti (*angl. Epigastric Pain Syndrome* – EPS; nahradzuje označenie „dráždivý žalúdok“ – *angl. ulcer-like dyspepsia*) (tabuľka 2).

Tabuľka 2 Diagnostické kritériá pre jednotlivé podkategórie funkčnej dyspepsie

<p><b>B1a. Diagnostické kritériá pre PDS</b></p> <p>Musia zahŕňať <i>jedno alebo oboje</i> z nasledujúceho:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pocit nepríjemnej <i>postprandiálnej plnosti</i>, ktorý sa vyskytuje po bežnej objemnom jedle, aspoň niekoľkokrát za týždeň.</li> <li>2. Pocit <i>včasnej sýtosti</i>, ktorý bráni dojedaniu bežného jedla, aspoň niekoľkokrát za týždeň.</li> </ol> <p><b>Podporné kritériá:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Môže byť prítomné nafukovanie v hornej polovici brucha, postprandiálna nauzea alebo nadmerné grganie.</li> <li>2. EPS môže koexistovať.</li> </ol>
<p><b>B1b. Diagnostické kritériá pre EPS</b></p> <p>Musia zahŕňať <i>všetko</i> z nasledujúceho:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Bolesť alebo pálenie lokalizované v epigastriu</i>, aspoň strednej intenzity, najmenej raz za týždeň.</li> <li>2. Bolesť je intermitentná.</li> <li>3. Nie je generalizovaná alebo lokalizovaná do iných brušných alebo hrudných regiónov.</li> <li>4. Neustupuje po defekácii alebo odchode plynov.</li> <li>5. Nespĺňa kritéria pre poruchy žlčníka a Oddiho sfinktera.</li> </ol> <p><b>Podporné kritériá:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bolesť môže byť páľivého charakteru, ale bez retrosternálneho komponentu.</li> <li>2. Bolesť je bežne indukovaná alebo uvoľnená príjmom jedla, ale môže sa vyskytovať aj na lačno.</li> <li>3. PDS môže koexistovať.</li> </ol>

*Skratky: EPS – syndróm epigastrickej bolesti (angl. Epigastric Pain Syndrome), PDS – syndróm postprandiálnej nevoľnosti (angl. Postprandial Distress Syndrome).*

Existujú aj **prekrývajúce sa** (*angl. overlap*) **syndrómy**. Najčastejšie ide o súčasný výskyt príznakov GERD a syndrómu dráždivého čreva (*angl. Irritable Bowel Syndrome* – IBS). Príznaky GERD (pyróza, regurgitácia, retrosternálna bolesť) nie sú súčasťou definície FD. Môžu sa však vyskytovať súčasne s príznakmi hornej FD. Nemali by však byť v popredí. Prítomnosť častých a typických príznakov gastroezofágového refluxu by mala vždy viesť k pracovnej diagnóze GERD. Prítomnosť samotnej pyrôzy však nevylučuje diagnózu EPS alebo PDS – najmä vtedy, ak dyspepsia pretrváva napriek adekvátnej antisekretnej terapii. Ak sa príznaky hornej FD vyskytujú nezávisle od príznakov typických pre IBS, u pacientov konštatujeme súčasnú prítomnosť FD a IBS. V prípade, že symptómy FD miznú po defekácii, alebo sú spojené so zmenami v častosti alebo konzistencii stolice, stav hodnotíme ako IBS.

**Epidemiológia.** Ročná prevalencia dyspepsie horného typu predstavuje v krajinách Európy a USA približne 25 %. Celková

prevalencia dyspepsie v Českej republike je 12,6 %, pričom 6,6 % populácie udáva dlhodobé dyspeptické ťažkosti ako jediný zdravotný problém. Výskyt dyspepsie je rovnako častý u žien aj u mužov. Väčšina pacientov s nevyšvetlenými dyspeptickými príznakmi má tieto ťažkosti dlhodobé, s rôzne dlhými obdobiami remisie. Len asi polovica ľudí s dyspeptickými ťažkosťami v Európe a v USA vyhľadá lekársku pomoc. Napriek tomu predstavuje manažment dyspeptických ťažkostí značný podiel bežnej klinickej praxe: 2 – 5 % konzultácií v ambulancii praktického lekára a 30 – 40 % konzultácií u gastroenterológa. Intenzita bolesti a úzkosť, vrátane obavy z vážneho ochorenia, sú dôvodom, pre ktoré pacienti prichádzajú na lekárske vyšetrenie.

**Etiopatogenéza.** Prípady hornej dyspepsie možno z etiologického hľadiska rozdeliť do 3 skupín: 1. dyspepsia s identifikovanou príčinou (napr. peptický vred, ezofagitída, malignita a pod.), 2. dyspepsia s identifikovanou patofyziologickou alebo mikrobiologickou abnormalitou, ktorej klinický význam pre vznik dyspepsie však nie je jasný (napr. gastritída pri infekcii *Helicobacter pylori* (HP), histologicky verifikovaná duodenitída, poruchy motility gastroduodéna a pod.), 3. dyspepsia s neidentifikovanou príčinou, ktorá by vysvetľovala prítomné symptómy – t. j. FD.

Ochorenia, ktoré najčastejšie spôsobujú dyspepsiu horného typu, sú uvedené v tabuľke 3. Etiopatogenéza organickej a sekundárnej dyspepsie vyplýva z porúch pri základnom ochorení.

Tabuľka 3 Najčastejšie príčiny dyspepsie horného typu

Výskyt	Ochorenie
≤ 60 %	funkčná dyspepsia
15 – 25 %	peptický vred gastroduodéna
5 – 15 %	refluxová ezofagitída
< 2 %	karcinóm žalúdka alebo pažeráka
<b>zriedkavé</b>	choroby biliárneho traktu, gastroparéza, pankreatitída, karcinóm pankreasu, malabsorpčný syndróm, lieky (nesteroidové antiflogistiká (NSA), antibiotiká, p. o. prípravky železa, draslíka, alkohol, alendronát, digoxín, teofylín, orlistat, metformín, akarbóza atď.), infiltrácia žalúdka (Crohnova choroba, sarkoidóza), metabolické poruchy (hyperkalcémia, hyperkaliémia,...), hepatóm, ischémia čreva, systémové ochorenia (diabetes mellitus, ochorenia štítnej žľazy a príštítnych teliesok, ochorenia spojivového tkaniva,...), črevné parazity (giardiáza, strongyloidóza...)

V otázkach etiopatogenézy FD doteraz neexistuje jednotný názor na mechanizmy jej vzniku a vývoja. Ide pravdepodobne o heterogénnu skupinu porúch s rôznymi mechanizmami vzniku, ktoré sa u jednotlivých pacientov uplatňujú v rozličnom rozsahu. Predpokladá sa aj vplyv genetickej predispozície, ktorá však dosiaľ nebola presnejšie špecifikovaná.

FD sa považuje aj za tzv. *bio-psycho-sociálne ochorenie*, pri ktorom zmeny v motilité GIT, jeho zvýšená senzitivita na rôzne podnety, poruchy nervovej a humorálnej regulácie, vplyvy sociálne, kultúrne a psychické pôsobia spoločne vo vzájomnej interakcii, ktorej výsledkom je vznik dyspeptických symptómov.

Vzťah infekcie HP k vzniku a priebehu FD nie je dostatočne objasnený. V závislosti od prevalencie infekcie HP v danej populácii, môžeme ju zistiť u 20 – 60 % pacientov s FD. Dosiaľ však nebol potvrdený kauzálny vzťah HP – FD.

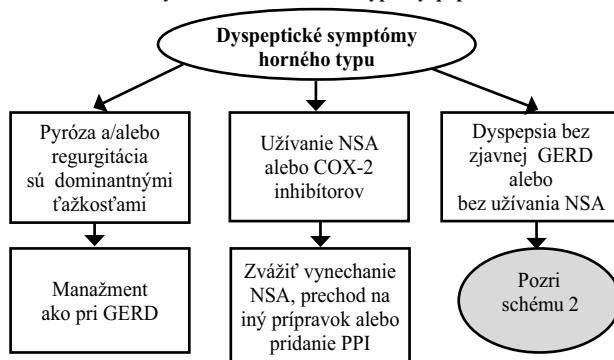
## 2. Diagnostické princípy

Základom vyšetrenia každého pacienta s horným typom dyspepsie je podrobná **anamnéza**. Služi na vylúčenie príčin dyspepsie mimo GIT a na zistenie **alarmujúcich príznakov a rizikových faktorov**, ktoré si vyžadujú adekvátnu a včasnú reakciu lekára. Medzi alarmujúce príznaky patrí náhla a výrazná zmena charakteru chronických dyspeptických ťažkostí u pacienta nad 45 rokov, intenzívne bolesti v epigastriu, výrazný nechcený úbytok hmotnosti, progredujúca dysfágia, odynofágia, opakované zvracanie, krvácanie z GIT (hemateméza, meléna, hematochézia), nevyšvetlená sideropenická anémia, hmatný tumor v epigastriu alebo v inej časti brucha, lymfadenopatia, ikterus. Z rizikových faktorov ide najmä o anamnézu peptického vredu alebo predchádzajúceho chirurgického výkonu na žalúdku alebo dvanástniku, malignity horného GIT v osobnej alebo rodinnej anamnéze pacienta, dlhodobé užívanie nesteroidných antiflogistik, fajčenie a abúzus alkoholu. Aj keď uvedené alarmujúce znaky a rizikové faktory majú nízku

pozitívnu predikatívnu hodnotu pre organické ochorenia GIT, sú dôvodom na včasné indikovanie vyšetrení, akými sú ezofago-gastro-duodenoskopia (EGD), abdominálna ultrasonografia (USG), prípadne ďalších vyšetrení v rámci komplexnej diferenciálnej diagnostiky predpokladaných ochorení GIT.

Hodnotenie anamnézy a klinického nálezu je základom rozhodnutia o začatí liečby, alebo o indikovaní laboratórných a ďalších pomocných vyšetrení (schéma 1 a 2).

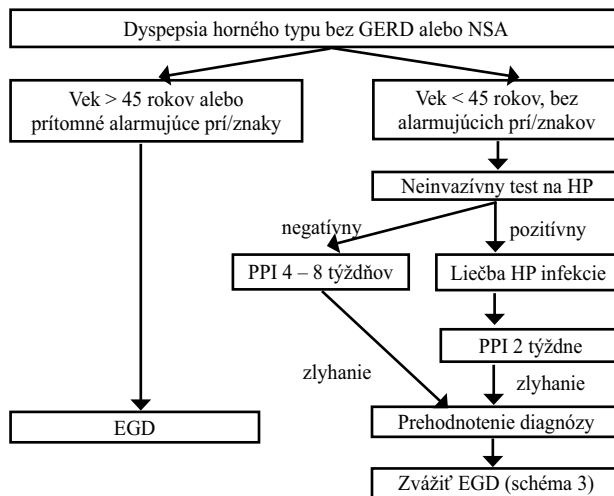
Schéma 1 Iniciálny manažment horného typu dyspepsie



Skratky: GERD – refluxová choroba pažeráka (angl. Gastro-Esophageal-Reflux-Disease), NSA – nesteroidové antiflogistiká, PPI – inhibitory protónovej pumpy, COX-2 – cyklooxygenáza typu 2.

Medzi indikované **laboratórne** vyšetrenia pri prvotnom vyšetrení pre dyspepsiu patria: krvný obraz, sedimentácia erytrocytov, CRP, glykémia, urea, kreatinín, bilirubín, sérové enzýmy (transaminázy AST a ALT, GMT, ALP, amylázy), chemické vyšetrenie moču a močového sedimentu, parazitologické vyšetrenie stolice.

Schéma 2 Manažment nediferencovanej dyspepsie horného typu



Skratky: EGD – ezofago-gastro-duodenoskopia, GERD – refluxová choroba pažeráka (angl. Gastro-Esophageal-Reflux-Disease), HP – *Helicobacter pylori*, NSA – nesteroidové antiflogistiká, PPI – inhibitory protónovej pumpy (angl. Proton Pump Inhibitors).

Ďalej sa podľa klinickej situácie indikuje EGD a/alebo USG.

Neinvazívne vyšetrenia na dôkaz infekcie HP sa odporúčajú u pacientov s horným typom dyspepsie do 45 rokov, bez prítomných alarmujúcich príznakov a závažných rizikových faktorov. Tzv. zlatým štandardom je dychový test s použitím značkovej urey (izotopom <sup>13</sup>C). Alternatívou dychového testu je stanovenie antigénu HP v stolici. Tri dni pred uvedenými vyšetreniami je u pacienta potrebné vynechať lieky zo skupiny inhibítorov protónovej pumpy, ktoré môžu v dôsledku potlačenia aktivity HP ureázy viesť k falošne negatívnym výsledkom testu. Vyšetrenie protilátok proti HP (IgG a IgA) v sére nie je dostatočne senzitivné a špecifické, preto sa v súčasnosti už neodporúča.

Iné vyšetrenia: gastroduodenálna manometria, scintigrafické vyšetrenie so zameraním na evakuáciu žalúdka, elektrogastrografia, prípadne funkčné dychové testy môžu verifikovať poruchy motility hornej časti GIT. U žien sa odporúča realizovať aj gynekologické vyšetrenie.

### 3. Liečivá používané u pacientov s horným typom dyspepsie

U pacientov s horným typom dyspepsie sa podľa aktuálneho zdravotného stavu, výskytu a závažnosti jednotlivých dyspeptických symptómov, ako aj v závislosti od prítomného organického ochorenia GIT používajú liečivá z viacerých farmakodynamických skupín.

Na tomto mieste budeme venovať pozornosť liečivám, ktoré sa u pacientov indikujú z dôvodu ovplyvnenia jednotlivých príznakov dyspepsie. Informácie o liečivách využívaných v liečbe jednotlivých organických ochorení GIT sú súčasťou príslušných špeciálnych odborných usmernení.

#### 3.1 Antiulcerosa

**Blokátory protónovej pumpy** (angl. Proton Pump Inhibitors – PPI). V súčasnosti predstavujú liečivá voľby pri liečbe peptických afekcií ezofagu, žalúdka, dvanástnika a pri gastroezofágovom refluxe (GERD). Mechanizmom účinku je inhibícia protónovej pumpy v membráne parietálnych buniek žalúdočnej sliznice. Uplatňujú sa aj v kombinovanej liečbe infekcie HP. Patria sem *omeprazol*, *pantoprazol*, *esomeprazol*, *rabeprazol*, *lansoprazol*. Nežiaduce účinky PPI sú zriedkavé.

**Blokátory H<sub>2</sub> receptorov**. Pôsobia znížením vylučovania kyseliny chlorovodíkovej prostredníctvom blokády histamínových (H<sub>2</sub>) receptorov parietálnych buniek žalúdočnej sliznice. Sú o niečo menej účinné ako PPI. Bezpečnostný profil novších liečiv z tejto skupiny je pomerne priaznivý. Zaraďujú sa sem napr. *ranitidín* a *famotidín*.

**Iné antiulcerosa**. Patria sem antacidá (viď nižšie) a *sukralfát*, ktorý má cytoprotektívny a antacidný účinok. Sukralfát sa neodporúča kombinovať s PPI a blokátormi H<sub>2</sub> receptorov.

#### 3.2 Prokinetiká

Ide o liečivá, ktoré pôsobia na poruchy motility prevažne horného GIT. Niektoré liečivá z tejto skupiny boli v minulosti vyradené z používania pre závažné nežiaduce účinky. V súčasnosti sú na liečbu dyspepsie k dispozícii nasledovné liečivá: *metoklopramid*, *domperidón* a *itoprid hydrochlorid*. V mechanizme duálneho účinku itopridu sa uplatňuje blokáda dopamínových D<sub>2</sub> receptorov a inhibícia acetylcholinesterázy. Pri vyšších dávkach metoklopramidu, jeho dlhodobejšom používaní, prípadne pri závažných poruchách parenchýmových orgánov (pečeň, obličky) sa môžu vyskytnúť extrapyramídové nežiaduce účinky (antidopamínové pôsobenie), a to najmä u detí a mladistvých. Zriedkavo sa udáva hyperprolaktinémia.

#### 3.3 Spazmolytiká a spazmoanalgetiká GIT

Ovplyvňujú dyspeptické ťažkosti zmierňovaním kŕčov hladkej svaloviny GIT. Patria sem anticholinergné látky *pitofenón* a *fenpiverín*. *Drotaverín* pôsobí inhibíciou fosfodiesterázy IV v hladkých svalových bunkách, jeho nežiaduce účinky sú pomerne zriedkavé.

#### 3.4 Antacidá

Ide o perorálne podávané bázičné látky, ktoré viažu H<sup>+</sup> kyseliny chlorovodíkovej v lúmene žalúdka. Sem patria hydroxid hlinitý a hydroxid horečnatý, ich zmesi, magaldrát, uhličitan vápenatý a hydrogenuhličitan sodný. Indikujú sa na zvládnutie ľahkých a prechodných symptómov v období relatívnej remisie hornej dyspepsie. Keďže ide o voľne predajné liečivá, pacienti ich nezriedka využívajú aj pri samoliečení menej závažných dyspeptických ťažkostí. Závažné nežiaduce účinky týchto látok sa môžu vyskytnúť u pacientov s ťažkou poruchou funkcie obličiek (hypermagneziémia pri podávaní hydroxidu horečnatého, intoxikácia alumíniom pri podávaní hydroxidu hlinitého).

#### 3.5 Psychofarmaká

V liečbe dyspepsie s výraznejšou psycho-somatickou zložkou môžu mať pozitívny účinok aj liečivá zo skupiny **anxiolytík** (najmä zo skupiny benzodiazepínov) a **antidepresív** (bližšie viď *Metodický list racionálnej farmakoterapie* (ďalej len „ML“) č. 42 – „Racionálna liečba depresie“, ročník 11, č. 3 – 4, júl 2007, s. 1 – 8).

### 4. Manažment pacientov s horným typom dyspepsie

Postup liečby u pacienta s dosiaľ diagnosticky neupresnenou dyspepsiou sa odlišuje od postupu u pacienta, kde sa vykonali potrebné vyšetrenia na objasnenie alebo vylúčenie „organickej“ príčiny dyspepsie (schéma 1 a 2).

#### 4.1 Manažment pacientov s nediferencovanou dyspepsiou

Na základe subjektívnych ťažkostí pacienta, anamnézy a fyzikálneho vyšetrenia je potrebné najprv vylúčiť extragastrointestinálne príčiny dyspepsie.

V prípade prítomnosti typických príznakov GERD by sa mala stanoviť diagnóza GERD a začať príslušná liečba (bližšie viď *ML* č. 38 – *Racionálna liečba refluxovej choroby pažeráka*, ročník 9, č. 2, apríl 2005, s. 1 – 6) (schéma 1).

Pokiaľ pacient užíva prípravky kyseliny acetylsalicylovej alebo iných nesteroidových **antiflogistík** (NSA), môžu byť tieto príčinou jeho dyspeptických ťažkostí. V takomto prípade sa potom postupuje podľa odporúčaní, ktoré sú platné v rámci prevencie a liečby NSA gastropatie (schéma 1).

Včasná EGD sa indikuje u pacientov s alarmujúcimi príznakmi a rizikovými faktormi, alebo u pacientov vo veku nad 45 rokov.

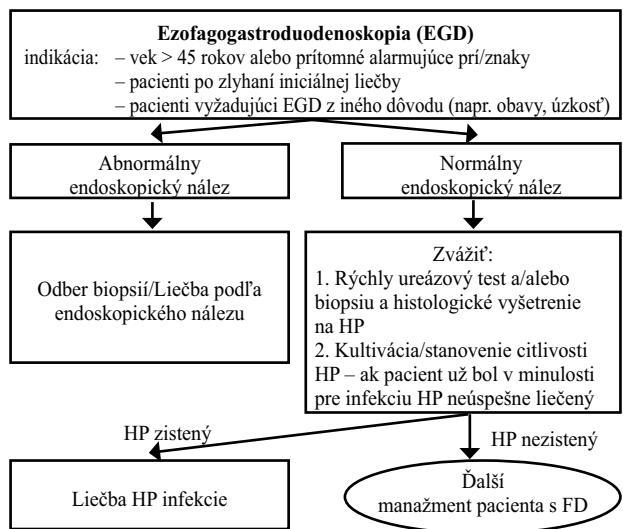
Ak u pacienta mladšieho ako 45 rokov nie sú prítomné alarmujúce príznaky alebo závažné rizikové faktory organického postihnutia horného GIT, odporúča sa v súčasnosti **postup „testuj a lieč“** (angl. *test-and-treat strategy*). Ide o neinvazívne vyšetrenie prítomnosti **infekcie HP** (viď vyššie – kap. 2) s následnou eradikačnou liečbou podľa štandardného postupu (schéma 2) (bližšie viď *ML* č. 33 – *Racionálna liečba peptického vredu*, ročník 8, č. 3, apríl 2004, s. 1 – 4 a aktuálne odporúčania Európskej, ako aj Slovenskej pracovnej skupiny pre štúdium HP).

V prípade neúspechu postupu „testuj a lieč“ sa ako následný krok odporúča **„terapeutický test liečby PPI“** (vo zvyčajnom dennom dávkovaní a trvaní liečby 2 týždne) (schéma 2).

Pacienti, u ktorých sa liečbou PPI alebo eradikačnou liečbou infekcie HP podarilo uspokojivo ovplyvniť prítomné dyspeptické ťažkosti, nevyžadujú už v danom čase ďalšie diagnostické postupy alebo liečbu. Tie sa zvažujú v prípade relapsu dyspepsie.

Pri neúspechu uvedených postupov liečby alebo pri skorom relapse dyspeptických ťažkostí je indikovaná EGD (schéma 2 a 3).

Schéma 3 Postup v prípade indikovanej ezofagogastroduodenoskopie



Skratky: EGD – ezofago-gastro-duodenoskopia, FD – funkčná dyspepsia, HP – *Helicobacter pylori*.

Endoskopické vyšetrenie pri doteraz nediferencovanej dyspepsii indikujeme aj v prípade, ak vylúčenie prípadnej organickej lézie GIT je potrebné z hľadiska psycho-sociálnej podpory liečebného postupu u pacienta (zvýšená úzkosť, obavy, karcinofóbia a pod.). Pri EGD je potrebné vykonať rýchly ureázový test a/alebo odobrať biopsiu na histologické vyšetrenie prítomnosti infekcie HP. Ak pacient bol už v nedávnej minulosti pre infekciu HP neúspešne liečený, pri EGD odoberieme vzorky na kultivačné vyšetrenie a stanovenie citlivosti HP na uvažované spektrum antibiotík. Pri potvrdení infekcie HP sa indikuje eradikačná liečba (viď vyššie).

#### 4.2 Manažment pacientov s diferencovanou dyspepsiou

V prípade organickej alebo sekundárnej dyspepsie sa liečba zameriava predovšetkým na ovplyvnenie základného ochorenia. U pacienta zvažujeme podanie symptomaticky zameranej liečby podľa prítomnosti konkrétnych dyspeptických ťažkostí. V ďalšom sa ML venuje manažmentu pacienta s funkčnou dyspepsiou (definícia a diagnostické odlišenie – viď vyššie).

## Manažment pacienta s funkčnou dyspepsiou (FD) – iniciálna liečba

Dôležitým momentom pri liečbe FD je nadviazanie vzťahu dôvery medzi lekárom a pacientom. Lekár by mal poznať rodinné zázemie pacienta, charakter jeho zamestnania a záľub, jeho životosprávu a rizikové faktory životného štýlu. Empatickým prístupom a bežnou psychoterapeutickou intervenciou môže podstatne prispieť k zmierňovaniu ťažkostí pacienta. Pri liečbe FD sa pozorovala vysoká účasť placebo efektu (udáva sa až v rozmedzí 20 – 60 %). Cieľom informovania pacienta je objasnenie benígnej, funkčnej povahy prítomných dyspeptických symptómov, ich relabujúcej povahy a možnosti i očakávaného účinnosti ich nefarmakologického ovplyvnenia.

Odporúčame dodržiavanie pravidiel správnej životosprávy (dostatočný odpočinok a spánok, primeraný oddech, aktívna relaxácia, primeraný fyzický pohyb a pod.). **Diétne opatrenia** upravujeme individuálne. Pravidelné stravovanie, konzumovanie viacerých a menších porcií jedla za deň, zloženie a príprava potravy sa riadi individuálnymi potrebami pacienta. Odporúča sa obmedziť konzum alkoholických nápojov a kávy, zákaz fajčenia.

Pokiaľ realizované nefarmakologické liečebné postupy nie sú u pacienta dostatočne účinné, je potrebné pristúpiť k **farmakologickej liečbe**. Na začiatku liečby sa odporúča úsilie o ovplyvnenie vedúceho príznaku FD a dosiahnutie zlepšenia kvality života.

**Antisekretorická liečba** (PPI, zriedkavejšie sa používajú antagonisty H<sub>2</sub> receptorov) sa indikuje predovšetkým u pacientov, kde je dominantným symptómom bolesť (t. j. pri symptómoch charakteru EPS – vid' vyššie, kap. 1). Obvykle postačuje štandardné denné dávkovanie PPI (napr. *omeprazol* 20 mg 1x denne, *lanzaprazol* 30 mg 1x denne, *pantoprazol* 20 mg 1x denne).

U pacientov s dominujúcimi postprandiálnymi ťažkosťami typu PDS (vid' vyššie – kap. 1) sa v úvode liečby indikujú predovšetkým **prokinetika** (*itoprid*, *metoclopramid* alebo *domperidon*), nakoľko u tejto skupiny pacientov antisekretorické liečivá zvyčajne nemajú dostatočný efekt.

V prípade nedostatočného účinku danej liečby sa odporúča **výmena** za alternatívny typ (t. j. antisekretorický liek alebo prokinetikum – podľa typu FD).

Aj keď pacienti s FD často sami užívajú **antacidá**, doteraz neexistujú presvedčivé dôkazy o ich účinnosti v tejto indikácii. To isté možno povedať vo vzťahu k účinnosti sukralfátu.

V prípade dokázanej infekcie HP (EGD vyšetrenie, ureázový test, biopsia, kultivácia – vid' vyššie) sa odporúča kombinovaná eradikačná liečba, aj ako prevencia výskytu peptickej lézie a jej komplikácií, ako aj výskytu karcinómu žalúdka. Účinnosť eradikačnej liečby vo vzťahu k ovplyvneniu dyspeptických ťažkostí však ostáva naďalej otázná. Metaanalýza Cochrane, ktorá zahrnula 13 randomizovaných klinických štúdií z roku 2005 ukázala, že tento účinok sa dosiahne len u pomerne malej časti liečených pacientov (8% relatívna redukcia oproti placebo).

## Manažment pacienta s relapsom FD

Keďže FD je typická svojím chronickým priebehom s obdobiami zhoršenia, prípadne relapsu dyspeptických ťažkostí, je potrebné predpokladať, že aj po úspešnej iniciálnej liečbe sa dyspeptické symptómy s väčšou alebo menším časovým odstupom budú opakovať.

V prípade relapsu dyspepsie sa odporúča predovšetkým zopakovať liečbu, ktorá bola v predchádzajúcom období účinná. Možno ju začať aj ako podávanie daného liečiva podľa potreby pacienta (*angl. on demand*).

U niektorých pacientov však vyššie uvedené opatrenia nepriťahujú dostatočný terapeutický efekt a potrebné je individuálne zvažovať alternatívne alebo doplnkové liečebné postupy.

V určitých prípadoch môže byť úspešné akcentovanie psychosociálnej podpory zo strany ošetrojúceho lekára, iných zdravotníckych pracovníkov, prípadne s vhodným zapojením príbuzných pacienta.

Potrebné je včas zvážiť aj indikáciu podpornej psychofarmakoterapie (vid' vyššie) v spolupráci s psychiatrom. Vhodnými sú zvyčajne liečivá zo skupiny anxiolytík a antidepresív. V terapeutickom vedení pacienta s FD je potrebná systematickosť a kontinuita. V rámci dlhodobého sledovania pacienta je vždy potrebné myslieť aj na možnosť vývoja organického postihnutia GIT a riadiť sa hodnotením aktuálneho klinického stavu.

Väčšina pacientov s dyspepsiou je v **starostlivosti praktických lekárov**. Sledovanie a liečbu u špecialistu vyžadujú pacienti, ktorí primerane neodpovedajú na liečbu, pacienti s alarmujúcimi príznakmi, so závažným organickým ochorením GIT, ako aj pacienti s komplikovaným priebehom alebo častými recidivami dyspepsie.

## 5. Prognóza pacientov s dyspepsiou a posudkové hľadiská

Prognóza pacientov s dyspepsiou z hľadiska mortality a výskytu závažných komplikácií je relatívne priaznivá. U časti pacientov sa však ani štandardnou liečbou nedosiahne uspokojivá dlhodobá kontrola dyspeptických ťažkostí. Hospitalizácia pacientov s dyspepsiou je potrebná len zriedkavo – pri vzniku naliehavých stavov a komplikácií. Pacienti s FD zvyčajne nie sú z titulu samotnej dyspepsie práceneschopnými. Znížená kvalita života však môže spôsobiť zníženie pracovnej výkonnosti alebo problémy pri výkone niektorých psychicky náročných povolání a zamestnaní.

### Literatúra

1. DICKERSON, L. M., KING, D. A.: Evaluation and Management of Nonulcer Dyspepsia. *Am Fam Physician*, 2004, 70, s. 107 – 114.
2. KOPÁČOVÁ, M., et al.: *Využití funkčních dechových testů v gastroenterologii*. Nucleus, Hradec Králové, 2006, 129 s.
3. KUŽELA, L.: Dyspepsia. In: JURGOŠ, E., KUŽELA, L., HRUŠOVSKÝ, Š.: *Gastroenterológia*. Bratislava: Veda, 2006, s. 157 – 162.
4. LUKÁŠ, K., HEP, A., CHARVÁTOVÁ, E., DÍTĚ, P., et al.: Dyspepsie horního typu. *Čes a slov Gastroent a Hepatol*, 2004, 58, s. 145 – 147.
5. MALFERTHEINER, P., MÉGRAUD, F., O'MORÁIN, C., et al.: Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection – The Maastricht 2-2000 Consensus Report. *Aliment Pharmacol Ther*, 2002, 16, s. 167 – 80.
6. MALFERTHEINER, P., MÉGRAUD, F., O'MORÁIN, C.: *Guidelines for the Management of Helicobacter Pylori Infection*. Business Briefing: European Gastroenterology Review 2005.
7. REJCHRT, S., et al.: Prevalence a sociodemografická charakteristika dyspepsie v České republice. Hradec Králové: Nucleus, 2005, 96 s.
8. TACK, J., TALLEY, N. J., CAMILLERI, M., et al.: Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*, 2006, 130, s. 1466 – 1479.
9. TALLEY, N. J., VAKIL, N. B., MOAYYEDI, P., et al.: American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Evaluation of Dyspepsia. *Gastroenterology*, 2005, 129, s. 1753 – 1755.
10. TALLEY, N.J., VAKIL N. B., et al: Guidelines for the Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol*, 2005, 100, s. 2324 – 2337.

### Zoznam skratiek

COX-2	– cyklooxygenáza typu 2
EGD	– ezofago-gastro-duodenoskopia
EPS	– syndróm epigastrickej bolesti (angl. Epigastric Pain Syndrome)
FD	– funkčná dyspepsia
GERD	– refluxová choroba pažeráka (angl. Gastro-Esophageal-Reflux-Disease)
GIT	– gastrointestinálny trakt
HP	– <i>Helicobacter pylori</i>
IBS	– syndróm dráždivého čreva (angl. Irritable Bowel Syndrome)
ML	– Metodický list racionálnej farmakoterapie
NSA	– nesteroidové antiflogistiká
PDS	– syndróm postprandiálnej nevoľnosti (angl. Postprandial Distress Syndrome)
PPI	– inhibitory protonovej pumpy (angl. Proton Pump Inhibitors)

### Autori

MUDr. E. Veseliny, PhD., I. interná klinika LF UPJŠ a FN LP, Košice  
MUDr. M. Zakuciiová, I. interná klinika LF UPJŠ a FN LP, Košice  
Doc. MUDr. P. Jarčuška, PhD., I. interná klinika LF UPJŠ a FN LP, Košice

### Oponenti

Prof. MUDr. R. Hyrdel, CSc., IV. Interná klinika MFNSP, Martin  
Doc. MUDr. E. Jurgoš, PhD., GE ambulancia, D-FNSP, Bratislava  
Prof. MUDr. M. Kriška, DrSc., FÚ LF UK, Bratislava  
MUDr. I. Katusčák, CSc., MFNSP, Martin  
Prof. MUDr. R. Dzúrik, DrSc., OKEF SZU, Bratislava  
PharmDr. L. Magulová, PhD., OKF FNSP Nitra

## Metodický list Ústrednej komisie racionálnej farmakoterapie a liekovej politiky MZ SR

**Redakčná rada:** Ján Bielik, Peter Findo, Viliam Foltán, Rastislav Dzúrik, Jozef Hal'ko, Jozef Holomán – **vedúci redaktor**, Ján Gajdošík, Jozef Glasa – **výkonný redaktor**, Milan Kriška – **predseda**, Milan Pavlovič, Katarína Chylová, Lívia Magulová SZU, Limbová 12, 833 03 Bratislava, tel. 02/5936 9557, 5936 9505, fax: 02/5936 9507, e-mail: katedra.kf@szu.sk

Zdravotnícke vydavateľstvo HERBA, spol. s r. o., tel./fax: 02/5477 6683