

Obsah

Klasifikace a terapie funkčních chorob trávicího traktu – 2. část..... 1

KLASIFIKACE A TERAPIE FUNKČNÍCH CHOROB TRÁVICÍHO TRAKTU

2. část

B. Funkční anorektální bolest

Funkční anorektální bolesti (chronická proktalgie a proctalgia fugax) jsou rozlišitelné na základě trvání, častosti a charakteristické kvality bolesti. Je nezbytné vyloučit ostatní příčiny anorektální bolesti, jako je ischemie, fisury a záněty.

C. Chronická proktalgie

Neboli též syndrom levatoru ani, spasmus levatoru, puborektální syndrom, pyriformis syndrom nebo pánevní tenzní myalgie.

Diagnostická kritéria musí obsahovat všechny podmínky:

- chronická nebo rekurentní rektální bolest nebo „obolavělost“;
- epizody trvající nejméně 20 minut;
- vyloučení ostatních možných rektálních bolestí, jako je ischemie, idiopatický střevní zánět, intramuskulární absces, fisura, hemoroidy, prostatitida, coccygodynie.

Chronická proktalgie může být dále rozdělena v syndrom levator ani a nespecifickou anorektální bolest pomocí digitálního vyšetření per rektum. Během puborektální palpce může být zejména vlevo bolestivost a masáž tohoto svalu obvykle vyvolá charakteristický diskomfort.

a. *Syndrom levatoru ani*. Kritéria pro chronickou proktalgiu a bolestivost během tlaku (tahu) na puborektalis.

b. *Nespecifická funkční anorektální bolest*. Kritéria pro chronickou proktalgiu, ale není bolestivost během tlaku na puborectalis. Syndrom levatoru ani je hypotetickým důsledkem z příliš kontrahovaných pánevních svalů. Patofyziologie nespecifické funkční anorektální bolesti je nejasná. Některé práce ukazují, že by tyto poruchy mohly být spojeny s psychologickou zátěží, tenzí a úzkostí.

D. Proctalgia fugax

Bolest v anální oblasti, obvykle náhlá, trvající několik minut, která spontánně odezní. Ataky nejsou časté, vyskytují se < 5x za rok u 51 % pacientů.

Diagnostická kritéria musí zahrnovat všechny podmínky:

- rekurentní epizody bolesti lokalizované od anu po dolní rektum;
- epizody trvají sekundy až minuty;
- v období mezi epizodami se bolest neobjeví. Musí být vyloučena onemocnění urogenitálního traktu a chronická benigní prostatitida.

Identifikace patofyziologického mechanismu je při sporadickém výskytu a krátkém trvání potíží obtížná. Pravděpodobně se jedná o abnormální kontrakce hladkých svalů. Familiární forma proctalgia fugax je spojena s hypertrofií análního svěrače. Ataky jsou často vyvolány stresovými situacemi nebo úzkostí. Mnozí z pacientů jsou úzkostliví perfekcionista nebo hypochondři.

E. Funkční poruchy defekace

Funkční zácpa je klasifikována jako pomalý průchod tračnickem nebo opožděné vyprázdnění. Tyto poruchy jsou charakterizovány paradoxní kontrakcí a neadekvátní relaxací svalů pánevního dna

během pokusu o defekaci (dyssinergická defekace) nebo nedostatečnou propulzivní silou během pokusu o defekaci (inadekvátní defekační propulze).

a. *Dyssinergická defekace*.

Diagnostická kritéria: nepřiměřené kontrakce pánevního dna nebo méně než 20 % relaxace bazálního klidového tlaku s adekvátní propulzivní silou během přípravy defekace.

b. *Nedostatečná defekační propulze*.

Diagnostická kritéria: nedostatečná propulzivní síla s nebo bez nepřiměřené kontrakce nebo méně než 20 % relaxace análního svěrače během pokusu o defekaci.

Terapie funkčních chorob trávicího traktu

Terapie funkčních chorob trávicího traktu musí být vždy komplexní. Mezi základní principy terapie funkčních poruch trávicí trubice patří zejména úprava životosprávy a stravovacího režimu, psychoterapie a farmakoterapie^{4/}.

Úprava životosprávy

Základními požadavky je práce v klidném pracovním prostředí, odpočinek po práci a dostatečný a kvalitní spánek. Moderní hypnotika III. generace zaručují takřka fyziologický spánek s minimem nežádoucích účinků (zolpidem, zopiklon).

Úprava stravovacího režimu

Hlavní dietetickou zásadou u funkčních střevních poruch je individuální tolerance potravy. U funkčních poruch není důvod pro speciální dietu, rozhodující je jen skutečná snášenlivost stravy, která může být u jednotlivých nemocných rozdílná. Intolerance nejrůznějších složek potravy je pro funkční poruchy příznačná.

Psychoterapie

Normalizace psychiky je jedním ze základních terapeutických požadavků. Ve většině případů funkčních poruch lze při pečlivé anamnéze odhalit nejrůznější tzv. negativní psychosociální vlivy. Nemusí se jednat přímo o rodinné tragédie, ve většině případů jde o drobnější vlivy, které však působí dlouhodobě. Psychoterapie ve svých různých variantách a metodikách je ověřená a progresivně se rozvíjející terapeutická metoda, o jejímž smyslu řada materiálně založených lékařů může pochybovat, ale v terapii funkčních poruch jde jistě o jednu ze zásadních terapeutických modalit.

Farmakoterapie

Mezi hlavní principy farmakoterapie funkčních poruch patří respektování placebového účinku léků, léčba hlavního symptomu a terapeutický test.

Zvláště u nemocných s funkční chorobou zažívacího traktu je nutno počítat s velkým placebovým účinkem. Tento efekt vidíme až u 60 % pacientů po podání nového léku. Důležité je jistě vystupování lékaře jako odborníka a vysvětlení, jakým mechanismem má lék působit.

Rozhodujícím měřítkem u funkčních poruch je subjektivní úleva. Při volbě farmakoterapie se jistě rozhodujeme zpočátku především podle vedoucího příznaku celého symptomového komplexu^{5/}.

Při léčbě funkčních poruch poměrně často využíváme tzv. terapeutický test. Při klasifikační nejistotě, kdy symptomatologie je nejednoznačně interpretovatelná a postrádáme objektivní měřítka pro správné zařazení funkční poruchy, volíme terapii na zkoušku. Podáme lék se známým mechanismem účinku, podle výsledku můžeme pak do jisté míry usuzovat na to, které patogenetické děje se podařilo ovlivnit. Důležitou zásadou terapeutického testu je podávat zkoušené léky jednotlivě. Podáme-li dva či více léků najednou, při případném příznivém účinku nevíme, který z léků je ten účinný.

Psychofarmaka

Ve většině případů není důvod předepisovat psychofarmaka každému nemocnému s funkční poruchou, spíše je chybou, je-li psychoterapie nahrazena rovnou psychofarmaky.

U psychicky zřetelně alterovaných nemocných (až 50 % pacientů s funkční chorobou GIT trpí i zřetelnou psychiatrickou chorobou), kde je zřejmé, že dominují psychiatrické symptomy (anxieta, deprese), nebo v těch situacích, kdy nemocný nemá dosti sil, aby své problémy účinně a v přijatelném čase vyřešil, je podání psychofarmak indikováno^{1/}.

Anxiolytika jsou v praxi velmi často předepisována, zvláště přípravky z benzodiazepinové řady. Tyto mají účinek především anxiolytický, ale nepůsobí antidepressivně, s výjimkou alprazolamu a klonazepamu. Pokud dominuje anxiózní symptomatologie, pak volíme z benzodiazepinových přípravků ty s krátkým nebo středním poločasem metabolismu (oxazepam, alprazolam). Tyto přípravky s krátkou vylučovací dobou jsou také vhodné u starších osob a u nemocných s případnou hepatopatií.

U nemocných s převažujícím depresivním laděním jsou indikována antidepressiva. Mají tu výhodu, že běžně užívané přípravky patřící do skupiny tricyklických antidepressiv (amitriptylin a dosulepin) mají též účinek anxiolytický. Při jejich ordinaci je třeba respektovat skutečnost, že jejich léčebný účinek se projeví nejdříve za 14 dní, nežádoucí účinky se ohlásí však již dříve. Tricyklická antidepressiva mají také zřetelné anticholinergní nežádoucí účinky, což se využívá vhodně u průjmových forem funkčních kolopatií. Vzhledem k tomu, že u antidepressiv III. generace (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu – SSRI) jsou poměrně časté gastrointestinální nežádoucí účinky, nejsou většinou u funkčních poruch trávicí trubice indikovány.

Neuroleptika jsou především doménou psychiatrie, avšak vhodně zvolené neuroleptikum dokáže ve správné dávce výrazně snížit obtíže pacientů s funkční gastrointestinální chorobou. Takovým přípravkem je např. sulpirid podávaný v nízké dávce. Patří mezi takzvaná atypická neuroleptika. Chemicky jde o substituovaný benzamidový derivát. Působí selektivní blokádu D2 a D3 receptorů v limbické oblasti. Působení sulpiridu v nižších dávkách je dezinhibiční, antidepressivní a anxiolytické. Zdá se, že snižuje i hladinu sérového gastrinu, upravuje gastrointestinální motilitu a modifikuje i zvýšenou viscerální percepci^{6/}.

Funkční poruchy jícnu

Léčbu obvykle zahájíme antirefluxní terapií, tj. inhibicí žaludeční sekrece. Tím eliminujeme případy nediagnostikované refluxní choroby jícnu, která může být pravou příčinou zdánlivě funkční, neorganické poruchy. Předepisujeme inhibitory protonové pumpy (omeprazol, lansoprazol), doplněné event. prokinetikem (itoprid, domperidon). Udává se, že až 78 % léčených pacientů má úlevu již v 1. týdnu nasazení inhibitorů kyselé sekrece.

Tam, kde dominuje bolest (spasmus jícnu), zkoušíme nitráty (isosorbid-dinitrát) nebo blokátory kalciového kanálu (nifedipin, diltiazem, verapamil). Výsledky této léčby bývají neřídka sporné.

U spastických bolestí lze podat též spazmolytika papaverinového typu (drotaverin). Alternativou při neúspěchu této terapie může být léčba antidepressivy nebo neuroleptiky (ovlivnění viscerální hypersenzitivity)^{7/}.

Výsledky léčby nitráty, blokátory kalciového kanálu, anticholinergiky přinesly v kontrolovaných zkouškách nekonkluzivní výsledky.

Funkční gastroduodenální poruchy

Základem farmakoterapie jsou blokátory protonové pumpy a H2 blokátory. Výsledky kontrolovaných studií jsou rozporné a nejednotné. V meta-analýze se terapeutický prospěch inhibitorů sekrece proti placebo uvádí až ve 20 %.

Nezastupitelnou roli ve farmakoterapii dráždivého žaludku hrají spazmolytika. Při vzniku obtíží u dráždivého žaludku předpokládáme také účast poruch motility. Jedná se patrně o hypertonus nebo i spastické stahy žaludeční svaloviny. Volíme nejspíše spazmolytika muskulotropní (papaverinového typu), především pro jejich velmi dobrou toleranci. Pinaverium působí selektivně v gastrointestinálním traktu blokádu kalciových kanálů, neovlivňuje kardiovaskulární systém. Drotaverin působí rovněž přímo na hladký sval, blokuje fosfodiesterázu a zvyšuje intracelulární cAMP, je mnohonásobně účinnější než papaverin. Druhou lékovou skupinou se spazmolytickým účinkem jsou parasymptomolytika. Obvykle se používají látky s kvartérním dusíkem, jelikož mají méně nežádoucích účinků. Hůře pronikají do CNS a mají menší antimuskarinový účinek (menší vliv na sekreci) a zesílený antinikotinový efekt v gangliích (spazmolytický účinek v GIT). Blokují účinek acetylcholinu na M receptorech. Zvláštnosti jednotlivých látek spočívají jednak ve farmakokinetických vlastnostech, jednak v afinitě k určitému podtypu M receptorů^{8/}.

Otilonium má kombinovaný účinek parasymptomolytický a antagonizuje kalciové kanály. Málo se resorbuje, proto vykazuje spazmolytickou aktivitu především v trávicí trubici. Tato látka je indikována všude tam, kde je žádoucí spazmolytický efekt v trávicím traktu. Méně selektivní anticholinergní působení mají butylskopolamin a oxyfenon.

V terapii tzv. chabého žaludku (dysmotilní dyspepsie) jsou pilířem terapie prokinetika. K dispozici je několik přípravků s rozdílným mechanismem prokinetického účinku. Nejdéle používané prokinetikum je metoklopramid, benzamidový derivát příbuzný prokinamidu. Působí blokádu centrálních i periferních dopaminových receptorů. Uvolňuje též acetylcholin v autonomních nervových pleteních trávicí trubice. Proniká hematoencefalickou bariérou, proto má relativně časté centrálně nervové nežádoucí účinky, kromě toho zvyšuje sekreci prolaktinu. I z toho jsou nežádoucí účinky v gynekologické oblasti (poruchy menstruačního cyklu, galaktorrhoea). Dlouhodobé podávání metoklopramidu je nežádoucí pro riziko tardivních dyskinez^{6/}. Domperidon má podobný mechanismus účinku, ale hematoencefalickou bariérou proniká jen minimálně, takže je podstatně lépe tolerován. Jelikož aborální část trávicí trubice postrádá prakticky zcela dopaminové receptory, působí oba tyto přípravky jen v orální části trávicí trubice. Nejnovějším prokinetikem je itoprid. Stimuluje motilitu duálním mechanismem. Antagonizování periferních dopaminových D2 receptorů vede ke zvýšenému uvolňování acetylcholinu na nervových zakončeních a současně inhibice acetylcholinesterázy snižuje jeho metabolizování. Antagonizování dopaminových D2 receptorů umožňuje i antiemetický účinek. Velice účinné prokinetikum cisaprid bylo bohužel staženo z trhu pro jeho nežádoucí účinky na kardiovaskulární systém.

Funkční střevní poruchy

Do léčby funkčních kolopatií patří vždy úprava diety. U typických forem dráždivého tračníku lze předpokládat přítomnost změněné mikroflóry v důsledku poruch motility a sekrece vody a hlenu ve střevě^{1/}. Pokusem o restituci střevní mikroflóry je opatrné přidávání probiotik, tj. vhodné vlákniny do stravy. Tato „tračníková

potrava“ je štěpena mikrobiálními enzymy, vzniká tak řada látek, které jsou nezbytné pro výživu kolonocytů i mikrobiální flóry. Vlákna má kromě toho schopnost vázat vodu, takže se může uplatnit i tento mechanismus v úpravě frekventních a urgentních defekací^{9/}. Vláknu přidáváme opatrně proto, že je třeba vyčkat, jak pacient bude na tento postup reagovat.

Velmi jednoduché a bezpečné je podání látek, které mají vazebnou schopnost pro různé toxické nebo dráždivé látky existující ve střevním obsahu. Příkladem je přírodní silikát se zvláštní mineralogickou strukturou – diosmectitum.

U dráždivého tračnicku se předpokládá střevní hypertonus a hyperkineze, případně dyskineze a v řadě případů jsou tyto mechanismy doloženy. Klinickým projevem jsou bolestivé střevní spazmy a urgentní ranní nebo postprandiální defekace. Proto je užití přípravků se spasmolytickým účinkem logické. Významnou roli hraje zřejmě viscerální hypersenzitivita. Používáme stejné přípravky, jako při terapii dráždivého žaludku, tj. z muskulotropních spasmolytik drotaverin a pinaverium. Pro působení v oblasti střeva je též vhodný mebeverin, který působí přímo na svalovinu zejména tlustého střeva. V této indikaci se osvědčuje rovněž otilonium. Oba přípravky ruší především patologické stahy, neinterferují s normální peristaltikou. Všechny tyto přípravky v metaanalýze byly prokázány jako účinné^{10/}. Přípravek trimebutin působící přes opioidní receptory není bohužel na našem trhu. K tlumení bolestivých spasmů lze použít i parasympatolytika butylskopolamin či oxyfenon. V těch případech, kde předchozí opatření nejsou dostatečně účinná, nebo ve vypjatých situacích, kdy pacient potřebuje mít jistotu, že nedojde k debaklu, je vhodné použít přípravky, které významně inhibují střevní motilitu. Velmi účinná je opiová tinktura. Spolehlivý efekt má též kodein a jeho deriváty. Za bezpečné lze pokládat difenoxylát a loperamid^{11/}. Jejich protiprůjmový účinek vzniká interakcí s opioidními receptory působením na intramurální nervové pleteně ve střevě. Loperamid má díky své farmakokinetice minimální systémové účinky. V minulém roce publikovaná systematická review terapie dráždivého tračnicku ukazuje, že existují jen velmi omezené důkazy o efektu farmakoterapie při léčbě dráždivého tračnicku, snad kromě látek ovlivňujících serotonin (viz dále).

Relativní novinkou v terapii funkčních kolopatií jsou probiotika^{1/}. Tak jsou označovány živé mikroorganismy, které příznivě ovlivňují mikroflóru tlustého střeva a mají řadu pro organismus příznivých účinků. Vytvářejí koliciny, tj. peptidy, které ničí jiné, nepříslušné mikroby. Podílejí se na tvorbě důležitých substrátů a na regulaci některých střevních funkcí. Vykazují významnou metabolickou činnost. Probiotické přípravky jsou vhodné v těch případech, kde jsou zřetelné klinické důvody uvažovat o spoluúčasti významné dysmikrobie na střevních symptomech (kvasná a hnilobná dyspepsie, potíže po léčbě širokospektrými antibiotiky). Za bezpečné a účinné probiotikum s genovou typizací lze pokládat *E. coli* kmen Nissle^{7/}.

Významnou kapitolou funkčních kolopatií je funkční zácpa. Z projímadel povolujeme jen laktulózu. Laktulóza působí jako fyziologické laxativum. V některých případech je užitečná preskripce prokinetik, která ovlivňují i motilitu tlustého střeva. Při spastických bolestech je vhodné předepsat spasmolytika papaverinového typu (drotaverin, otilonium, pinaverium, mebeverin), která uvolňují spazmy, ale nepůsobí na normální peristaltiku^{12/}. Izolovaná plynatost patří mezi formy funkčních kolopatií, které jsou na léčbu nejrezistentnější. Nejjednodušší je zkusit nejdříve deflatulencia, simetikonové přípravky. Užitečná mohou být i karminataiva se spasmolytickým účinkem. V případě neúspěchu je nutno zkoušet postupně většinu léčebných postupů uvedených u předchozích typů kolopatií. Zejména při zvýšených kvasných procesech je vhodný uhlíčan vápenatý (calcii carbonas) nebo diosmectit. Někdy uspějeme s Psylliem, jindy s probiotiky^{1/}. Někdy při výrazné dysmikrobie je úspěšné krátkodobé podání střevních dezinficiencí (nifuroxazid, kloroxin) nebo minimálně resorbovaných antibiotik a následně probiotika^{13/}.

Nejmodernější terapií funkčních kolopatií jsou látky ovlivňující 5-HT receptory. Serotonin, 5-hydroxytryptamin (5-HT), je významný neurotransmitter nejen v mozku, ale i ve střevních nervových pleteních. Zatím je známo 6 typů 5-HT receptorů. V trávicím traktu hrají významnou roli 5-HT₃ a 5-HT₄ receptory. Receptory 5-HT₃ se podílejí na modulaci střevní motility a viscerální percepce. Antagonisté těchto receptorů zpomalují střevní průchod, mohou způsobit zácpu. Jejich hlavní praktické uplatnění je ve významném antiemetickém účinku (ondansetron, granisetron, tropisetron). Alosetron, který je rovněž selektivním antagonistou 5-HT₃ receptorů, byl zkoušen v léčbě dráždivého tračnicku u žen. Prokázal větší účinnost než mebeverin a trimebutin v úlevě v bolestech, v urgentnosti a frekvenci stolic. Agonisté 5-HT₄ receptorů stimulují peristaltiku, normalizují porušenou motilitu a snižují viscerální percepci, a to jak v experimentu, tak i v klinických zkouškách. V klinických zkouškách prokázal účinnost tegaserod, který by měl ovlivnit příznivé symptomy zejména u nemocných s funkčním nadýmáním a spastickou zácpou^{14/}. Bohužel v březnu roku 2007 byl přípravek Zelnorm (tegaserodmaleinát) stažen z trhu západních zemí pro signifikantně vyšší výskyt kardiovaskulárních komplikací u pacientů léčených tímto preparátem (v ČR neregistrován). FDA následně výrazně omezila podporu výzkumu látek ovlivňujících serotonin, přestože tyto preparáty jsou dle dostupných studií jedinou účinnou farmakoterapií IBS^{15/}.

Funkční poruchy žlučníku a Oddiho svěrače

Funkční poruchy žlučových cest nepochybně existují a mohou být zdrojem zřetelných obtíží. Jejich diagnostika je však velmi svízelná, i při využití všech diagnostických metod. Vždy je třeba mít na paměti, že existují drobné biliární konkrementy, které přes všechnu snahu unikají poznání, a právě ty mohou být pravou příčinou obtíží, které jsou mylně interpretovány jako funkční. U stavů s převažující hyperkinezou vyzkoušíme hymeckromon. V této indikaci lze využít jeho selektivní spasmolytický účinek ve žlučových cestách a choleretický efekt.

Užitečné může být podání kyseliny ursodeoxycholové. Snižuje pohotovost ke spasmům ve žlučových cestách a příznivě ovlivňuje litogenní index žluče, nemá toxické účinky^{9/}.

Nitráty a blokátory kalciového kanálu mohou snížit tonus Oddiho sfinkteru, ale jejich dlouhodobé podávání může být provázeno nežádoucími účinky, které jejich využití limitují (pyróza, obstipace).

U stavů s předpokládanou hypokinezou žlučníku je vhodná aplikace prokinetik. Užití spazmoanalgetik je vhodné jen pro jednorázovou nebo krátkodobou aplikaci.

U dysfunkce Oddiho svěrače se pokládají za účinné blokátory kalciového kanálu (nifedipin), snižují tlak Oddiho svěrače a jeho fázické kontrakce, podobně snad na krátkou dobu mohou působit nitráty.

Závěr

Péče o nemocné s funkčními gastrointestinálními poruchami je neobyčejně složitá a ovlivňuje ji celá řada nikoliv jen čistě medicínských faktorů. Především se jedná o zcela heterogenní skupinu nemocných, ale dále například souvisí s věkem, osobností, případnou psychiatrickou poruchou a dalšími komorbidity. To vše musí ošetřující lékař analyzovat a vytvořit jasný diagnostický a terapeutický plán. Je běžné, že postižený trpí i jinými funkčními poruchami, jako jsou bolesti hlavy, jiné neurologické problémy, bolestivé menses, únavový syndrom či artralgie. Zejména se musí rozlišit, zda se jedná o první manifestaci obtíží, či zda osoba s dlouhodobými obtížemi přichází poprvé v rámci změny lékaře. Nemocný může obtíže prezentovat velmi sugestivně, my však většinou zjistíme, že se vlastně „nic neděje“. Důležitá je i skutečnost, že variabilita příznaků téměř nemá hranic, dva se však neobjeví: krvácení do trávicí trubice a ikterus (vyjma sebepoškození, ale to je jiná kapitola). Vždy je třeba vztahovat

symptomy k věku. U mladých se může jednat o dyspepsii v rámci alkoholismu, užívání drog či o čisté účelovou reakci. Nově vzniklá dyspepsie u osob nad 45 let vyžaduje vždy velmi přesné posouzení, protože se může jednat o první manifestaci tumorů různých orgánů. I zde však může nasedat na nově vzniklou psychiatrickou poruchu. Je třeba si být vědom, že funkční poruchy jdou napříč společností bez ohledu na postavení, vzdělání a bohatství. VIP může mít i smůlu – časté návštěvy v něm pocit choroby mohou spíš zařítovat a jistě se dočká celé palety instrumentálních nepřijemností. Léčba nastupuje po upřesnění diagnózy a vyloučení organické příčiny. Diskuse o provedení zobrazovacích metod stojí mimo rámec zaměření tohoto článku, přesto se jim většinou nevyhneme. Dotyčný pacient se radí i se svým okolím a budeme-li se jim vzpírat, je pravděpodobné, že najde ochotnějšího odborníka. Jakmile slovo endoskopie padne, jistě se také dříve nebo později provede. Je třeba je ovšem indikovat uvážlivě, v logickém sledu podle charakteru obtíží jednu metodu za druhou a zvažovat jejich invazivitu. ERCP bez předchozí magnetické rezonance a jasné rozvahy je trestuhodným výstřelkem.

Priměřená jistota, jakou lékař vyznačuje, má zásadní význam, obvykle se musí smířit s tím, že přibírá dlouhodobého, případně celoživotního nemocného, jemuž se stává všestrannou oporou a rádcem. Musí vycítit, zda se nemocný chce svých obtíží aktivně zbavit, či zda je adoptoval jako součást své osobnosti a chce se jimi dále honosit. Je ovšem možné, že bude chtít lékaři udělat radost a míru svých obtíží sníží. K úspěchu nikdy nevede bagatelizace a většina nemocných je citlivá na nálepku hypochondra. Osvědčuje se si nemocného soustředěně vyslechnout a vysvětlit mu negativní působení civilizačních faktorů a podstatu poruchy. Musí se zvážít, kdy je třeba se poradit s jiným specialistou – nejčastěji psychologem nebo psychiatrem. Na prvním místě se musíme snažit upravit životosprávu, k medikaci sáhnout až následně. Je třeba si uvědomit, že ač je spektrum medikamentózních možností široké, téměř neexistují léky, kde byl prokázán účinek principem „evidence based medicine“.

Léky je třeba volit obecně podle charakteru poruch, jako bychom léčili organické onemocnění s podobnou symptomatologií. Na horní dyspepsii se hodí blokátory protonové pumpy, na křečovitě bolestí spasmolytika, na pocit plnosti a netrávení prokinetika a pankreatická substituce. Nitráty většinou nezabírají. Obecně je třeba volit přednostně preparáty bez větších nežádoucích účinků. Občas se smíříme s tím, že zabere lék bez jakékoliv logiky. Když se jedná o preparát jinak neškodný, buďme rádi, nestojí za to účinek nemocnému rozmlouvat.

Nemocní s funkčními poruchami tvoří až třetinu klientely specialistů a 10 % praktických lékařů. Méně to v budoucnosti nebude. Správná péče a zjevné výsledky by měly přinášet příslušné

uspokojení mimo nemocného i ošetřujícímu lékaři a mohou být důsledkem jeho skutečného mistrovství.

Literatura:

1. Jirásek V. Probiotika v klinické praxi. *Remedia*, 10, 2000, č. 4, s. 262-266.
2. Lukáš K, Hep A. Roma classification III. *Čes a Slov Gastroent a Hepatol* 2007; 61(1): 39-45.
3. Corazzari E, Shaffer EA, Hogan WJ. Functional disorders of the biliary tract and pancreas. *Gut*, 45, Suppl. II, p. II48-II54.
4. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC et. al. Functional gastroduodenal disorders. *Gut*, 45, 1999, Suppl. II, p. II37-II42.
5. Clouse RE, Mayer EA, Aziz Q, et al. Functional abdominal pain syndrome. *Gastroenterology* 2006; 130: 1492-1497.
6. Behar J, Corazziari E, Guelrud M, et al. Functional gallbladder and sphincter of oddi disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1498-1509.
7. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut*, 45, Suppl. II, p. II43-II47.
8. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al. Rome II: A multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders. *Gut*, 45, 1999, Suppl. II, p. II 1-II 81.
9. Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty B, Locke RG, et al. Systematic Review on the Management of Irritable Bowel Syndrome in North America. *The American Journal of Gastroenterology*, Vol 97, No. 11, Suppl., 2002.
10. Hungin APS, Whorwell PJ, Tack J. The Prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40 000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17, 643-650.
11. Pasricha PJ. Desperately seeking Serotonin. A Commentary on the Withdrawal of Tegaserod and the State of Drug Development for Functional and Motility Disorders. *Gastroenterol* 132, 2007, 2287-2290.
12. Mařatka Z. Funkční trávicí poruchy. *Gastroenterologie*. Karolinum; Praha, 1999, 407-434.
13. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1466-1479.
14. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1480-1491.
15. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1510-1518.
16. Tack J, Fried M, Houghton LA, Špičák J, Fisher G. *Aliment Pharmacol Ther* 2006, 24: 183-205.

Postup, jakým jsou naše články připravovány: témata navržená redakční radou jsou zpracovávána vybranými odborníky z oboru a procházejí recenzí a event. dopracováním oponenty a redakční radou. Autor má možnost vlastního kritického pohledu, ale články reprezentují i názor redakční rady. Nadále proto nebudeme autory uvádět, v posledním čísle každého ročníku však naleznete souhrnné poděkování všem, kteří pro nás články do příslušného ročníku napsali. Podobně pracují i ostatní nezávislé lékové bulletiny (např. britský DTB), sdružené v Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB), jejímž řádným členem jsou Farmakoterapeutické informace od roku 1996.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv s podporou Nadace prof. Skarnitzla a distribuovány jako příloha Věstníku SÚKL a časopisu ČLK zdarma nebo na objednávku za uhrazení poštovního (100,- Kč).

Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

Oborní redaktori: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., FNKV; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyrer, Sante; MUDr. B. Seifert, praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Prof. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

Poradní sbor: Doc. MUDr. A. Hahn, CSc., FNKV; Doc. MUDr. K. Hynek, CSc., VFN; MUDr. M. Jirásková, CSc., VFN; Doc. MUDr. F. Perlík, CSc., VFN; Doc. MUDr. E. Růžičková, CSc., VFN; Prof. MUDr. J. Švihovec, DrSc., 2. LF UK; Doc. MUDr. P. Vavřík, CSc., VFN; MUDr. V. Vomáčka, FTN.

Náklad 52.000 výtisků

Korespondenci zasílejte na adresu: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL (www.sukl.cz).



ISSN 1211 - 0647
MK ČR E 7101