

Funkční dyspepsie

Jiří Ehrmann

2. interní klinika LF UP a FN, Olomouc

Mnoho lékařů, ale i pacientů si různě vysvětlují termín dyspepsie. Termíny s ní související jsou často užívány synonymně nebo zcela odlišně. To bývá příčinou zmatku nejen v diagnostice ale i léčbě. Dnes definujeme dyspepsii jako komplex nepříjemných a/nebo bolestivých vjemů a/nebo jejich proměnlivé kombinace, lokalizovaný do oblasti trávicího traktu a spojených s trávením. Pokud jsou vyloučeny organické, systémové a metabolické změny a pokud potíže trvají delší dobu, mluvíme o funkční dyspepsii. Její klasifikace prošla v posledních 20 letech řadou změn. V roce 2006 byla zveřejněna poslední klasifikace funkčních poruch trávicího traktu vytvořená Roma Foundation, ke kterým funkční dyspepsie (jako skupina B1) patří. Prezentovaný článek pojednává o této klasifikaci, diagnostických kriteriích funkční dyspepsie a dalších otázkách s ní souvisejících, včetně léčby. V článku je také zmíněn tradiční český pohled na tuto problematiku.

Klíčová slova: historie dyspepsie, funkční dyspepsie, Rome III klasifikace, tradiční česká klasifikace – léčba.

Functional dyspepsia

Many different sets of symptoms have been used synonymously with the term dyspepsia which has caused confusion. Most patients do not recognize the term dyspepsia and most physicians have interpreted the term dyspepsia very variably. The functional dyspepsia, the most frequent component of functional gastrointestinal disorders is defined as the presence of symptoms thought to originate in the gastrointestinal region, in the absence of any organic, systemic, or metabolic diseases that is likely to explain the symptoms. The main topic of this article is to present the historical development of conceptions of the functional gastrointestinal diseases, especially of the functional dyspepsia and present this day classification – Rome III (2006) formed by the Roma Foundation. In the article is also presented the traditional Czech point of view on this problem. The next parts of this review presentation take up with special questions of the functional dyspepsia including methods of treatment.

Key word: history of dyspepsia, functional dyspepsia, Rome III classification, traditional Czech classification – treatment.

Klin Farmakol 2009; 23(1): 35–41

Úvod

Dyspepsie je častým zdravotním problémem, pro který navštěvuje svého lékaře asi 25 % nemocných. Slovo je řeckého původu. „Dys“ znamená nesprávný, chybný a „pepsis“ znamená trávit. Termín dyspepsie použil zřejmě jako první Adolf Kussmaul (1868) a sice v souvislosti s domnělým přebytkem a/nebo nedostatkem kyseliny chlorovodíkové. Josef Thomayer ve své monografii „Pathologie a Therapie nemocí vnitřních“, vydané v roce 1921 o dyspepsii mimo jiné píše: „Dyspepsie, porušené trávení jest zhusta příznakem jiných namnoze skrytých nezřetelných nemocí rozmanitých ústrojí a útrob“. V další části kapitoly o dyspepsii mluví také o dyspepsii neurastenické, v dnešní terminologii funkční: „Dyspepsii nervosní, neurastenickou rozumíme skupinu příznaků odehrávajících se hlavně ve sféře citlivosti při neporušeném trávení, jakož i integritě stěny žaludeční. Proto jsou příznaky tohoto stavu subjektivní. Nemocní takoví při normální nebo špatné chuti k jídlu mívají po jídle bolesti v krajině žaludeční, zřídka kdy vrhnou, trpívají zácpou nebo průjmy,

nařikají si na bolesti hlavy při trávení nebo návaly horka v hlavě při trávení, avšak jinak tráví normálně. Stav tento jest obvykle součástí neurastenického syndromu a zevrubnější examen nemocného zjeví, že stížnost jest ještě jinými obtížemi neurastickými, takže diagnosa nevyžaduje obvykle velkého umění. Léčení jen jako při neurastenii a tudíž dosti nevďěčné“ (1). Po Thomayerovi se i další naši významní internisté věnovali dyspepsii, včetně dyspepsie funkční. Byl to Emerich Maixner, který zdůrazňoval, že dyspepsie, pro kterou navrhol český termín nestrávnost, je pouze příznak vyplývající z řady příčin a mluví nejen o dyspepsii žaludeční ale i střevní. Vytvořil také klasifikaci dyspepsií, která platí ve svém principu dodnes: „Dyspepsie, při nichž zažívací orgány sami vinnu nesou. Případy vznikající mimo veškeré přímé účastenství útrob zažívacích. Neurosy.“ (2). Pavel Lukl ve své monografii a učebnici vnitřního lékařství, ze které studovali mnozí, dnes ještě aktivní lékaři, píše o dyspepsii v krátké kapitole nazvané „Žaludeční neuróza a funkčních poruch střevní“. Za příčinu té první považuje

poruchy senzorické (nechutenství, anomální chutě), sekreční (zvracení, pyróza) a motorické (zvracení, regurgitace, bolest). Ke střevním poruchám řadí kvasnou a hnilobnou dyspepsii a dále příčiny nervové (reakce na strach), ale i infekční a toxické (3).

Nicméně, zakladatelem české školy funkčních poruch trávicího traktu je Zdeněk Mařatka. Již v roce 1950 publikuje práci „Neurodigestivní astenie“ (4) a pak celou řadu dalších, včetně těch posledních s kritickými poznámkami k definicím a klasifikacím neorganických trávicích poruch (5, 6, 7).

Dnes definujeme dyspepsii jako komplex nepříjemných a/nebo bolestivých subjektivních vjemů, nebo jejich proměnlivé kombinace, spojených s trávením a lokalizovaných do oblasti gastrointestinálního traktu. Pokud jde o poruchu trávení v žaludku, hovoříme o žaludeční dyspepsii, nebo také o dyspepsii horního typu. V případě poruchy trávení ve střevech hovoříme o střevní dyspepsii nebo také o dyspepsii dolního typu. Z hlediska patofyziologického a klinického dělíme dyspepsie na **organické** s prokazatelnou příčinou onemocnění trávicího

systému (zánětlivé a nádorové choroby GIT, jater, žlučníku, pankreatu). Dále na dyspepsie **sekundární**, druhotné. Ty provázejí řadu jiných organických onemocnění (dyspepsie při metabolickém rozvratu v důsledku ledvinné nedostatečnosti, diabetu mellitu, Addisonovy choroby a dalších endokrinopatií, dále dyspepsie při otravách, v důsledku nežádoucích účinků léků, při srdeční nedostatečnosti, dyspepsie jako jeden z projevů vegetativní symptomatologie u šokových stavů a řady dalších chorob). Třetí skupinu tvoří dyspepsie **funkční**, neorganické, lépe řečeno bez průkazu organické příčiny. Problematické je řadit mezi funkční dyspepsie psychiatrické stavy s projevy poruchy příjmu potravy (mentální anorexie) a projevy neuropatických neorganických poruch (solární syndrom, hypochondrie).

Myšlenka vytvořit jednotnou formulaci příznaků a stanovit diagnostická kritéria funkčních poruch trávicího systému vznikla již na začátku druhé poloviny 20. století, nicméně až zásluhou A. Torsoliho a jeho týmu vznikla v průběhu Mezinárodního gastroenterologického kongresu v Římě (1988) kritéria pro diagnostiku funkčních poruch trávicího traktu (8). Je třeba připomenout, že hned od počátku byla zvolena tzv. „delfská metoda“ (9), tj. vytvoření kritérií na základě širokého konsenzu, i když nebude úplná shoda. Tato pracovní římská skupina spolupracovala i nadále a v roce 1994 své závěry publikuje v knize „The Functional Gastrointestinal Disorders“ editované DA Drossmanem (10). V roce 1996 se římská skupina mění ve „Working Team for Diagnosis of Functional GI Disorders“ a v roce 1998 na XI. světovém gastroenterologickém kongrese ve Vídni zahajuje tento tým proces inovace kritérií z roku 1994. Jsou zohledněny výsledky rozsáhlých validních studií, zkušenosti klinických lékařů, psychologů a poznatky farmaceutických společností. V roce 1999 jsou časopisecky (11) a v roce 2000 knižně (12) publikovaná Římská kritéria II (The Functional Gastrointestinal Disorders Rome II), coby výsledek této inovace. V roce 2003 se pracovní tým mění v Roma Foundation, aby se zohlednilo globální, celosvětové rozšíření problematiky funkčních poruch trávicího systému. Bylo také rozhodnuto co 4 roky dít vždy znovu odpověď na 13 rigorózních ustanovení, která zohledňují zejména metodologii zkoumání a aktuálnost prezentace nových konsenzů. Tak vznikla nová kritéria *The Functional Gastrointestinal Disorders Rome III* (dále jen Rome III), publikovaná časopise-

ky v roce 2006 (13) a v téže roce i knižně (14). Je třeba ale připomenout, že zejména na „Rome III“ padá dost kritických připomínek, a to i z úst bezprostředních jejich tvůrců. Nicméně, s tím tvůrci kritérií museli a musí počítat. Kritické hlasy se ozývají i z úst našich předních gastroenterologů, na příklad již zmínovaného prof. Mařatky, a/nebo naposledy z pera prof. Bureše v článku – editorálu nazvaném „Neměli bychom léčit Římská kritéria, ale pacienta“ (15). Ten mimo ostatní v něm píše: „Zdá se, že klasifikace podle římských kritérií může být užitečná pro některé farmakologické klinické studie, nikoliv však pro běžnou klinickou praxi ani gastroenterologů, ani praktických lékařů. Římská kritéria funkčních poruch gastrointestinálního traktu jsou založena na dvou principech: klasifikace na základě symptomů (některými kritiky označovaná jako „delfský přístup“) a vyloučení organického onemocnění“. Dále píše: „prof. Mařatka (Comments on Rome criteria of functional gastrointestinal disorders. Hepatogastroenterology 2007) ve své kritice upozorňuje, že hlavním nedostatkem Římských kritérií je, že jsou sestavena podle orgánů bez ohledu na jejich původ. Nerozlišují poruchy neuropatické od skutečných funkčních trávicích poruch“. Prof. Bureš poukazuje na více než stoletou zkušenost generací našich lékařů s funkčními chorobami a jejich léčbou i na u nás vžitou terminologii, lépe vymezující jejich členění a klasifikaci.

Autor tohoto článku je tak postaven před dilema, o kterých kritériích psát. U nás vyšly v poslední době nejméně dvě kvalitní monografie týkající se funkčních dyspepsií (2, 16) a edukační články (17). Jsou v nich uvedeny klasifikace Mařatkovy i klasifikace a kritéria Římská, včetně kritických připomínek.

Na konci již zmíněného článku prof. Bureš píše: „1. Držme se Mařatkovy klasifikace funkčních gastrointestinálních poruch a nesnažme se Římská kritéria modifikovat na české poměry. Mařatkova klasifikace je jednoduchá, snadno aplikovatelná do běžné klinické praxe a nedvojznaně diferencuje nemocné jednotlivých podskupin. 2. Snažme se léčit pacienta, jakkoliv je to u funkčních poruch obtížné. Vyžaduje to nejen farmakoterapii, ale především mnoho umu, empatie, trpělivosti a času lékaře. Vyvarujeme se snah léčebně ovlivnit (uměnit) pouze jednotlivé položky kritérií (jakkoliv jsou mezinárodní). Římská kritéria jsou nevyčísitelná doslova i obrazně“. V poznámce nakonec je uvedeno, že autor tohoto článku i redakce časopisu (Čech Slov Gastroenterol Hepatol) uvítají diskuzi na toto téma.

Rome III člení gastrointestinální funkční poruchy do 8 skupiny označených A–H

- A. Functional esophageal disorders – funkční poruchy jícnu
- B. Functional gastroduodenal disorders – funkční poruchy gastroduodena
- C. Functional bowel disorders – funkční poruchy střevní
- D. Functional abdominal pain syndrome – funkční abdominální bolest
- E. Functional gallbladder and Sphincter of Oddi (SO) disorders – funkční poruchy žlučníku a dysfunkce Oddiho svěrače
- F. Functional anorectal disorders – funkční anorektální poruchy
- G. Functional disorders: neonates and toddlers – funkční poruchy novorozenců a batolat
- H. Functional disorders: children and adolescents – funkční poruchy dětí a dospívajících.

Funkční dyspepsie

Klasifikace a diagnostická kritéria funkční dyspepsie

Předmětem tohoto článku je funkční dyspepsie (dále FD), tedy jen určitá část, i když nejvýznamnější, funkčních poruch gastroduodena podle Rome III. V tabulce 1 jsou všechny funkční poruchy této skupiny (skupina B) uvedeny anglicky i česky.

Mnoho i velmi fundovaných gastroenterologů, ale i praktických lékařů a i pacientů si různě vysvětlují termín funkční dyspepsie. Zejména tato názorová nejednotnost přinutila zodpovědné řešitele této kategorie (B) a jejich konzultanty (to stejné ale platí i o ostatních kategoriích Rome II a III) vytvořit pragmatickou definici funkční dyspepsie a navrhnout diagnostická kritéria přijatelná většinově, i když s výhradami, delfskou metodou.

V rámci Rome III je zodpovědným řešitelem kategorie (skupiny) B. J. Tack (18). Oproti klasifikaci Rome II je zásadní změnou podmínka časová, tedy délka trvání obtíží. Ty musí podle Rome III trvat nejméně 3 měsíce v roce (podle Rome II to bylo 6 měsíců), nemusí jít po sobě, ale musí začít nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy. Diagnostická kritéria funkční dyspepsie jsou v Rome III vyjádřena ve dvou rovinách. Pro široké klinické užití jsou vytvořena kritéria obecnější, zastřešující, označená písmenem B1. Pro účely výzkumné, a to jak v oblasti patofyziologie, tak i terapie je funkční dyspepsie členěna do dvou entit: postprandiální distress syndrom označený B1a a syndrom epigastrické bolesti označený B1b.

Kritéria pro diagnostiku funkční dyspepsie (B1)

Přítomnost symptomů pocházejících z gastroduodenální oblasti, při absenci or-

Tabulka 1. Rome III Functional gastroduodenal disorders. Funkční gastroduodenální poruchy – klasifikace Římská III. (Předmětem tohoto článku jsou kategorie označené B1, B1a, B1b)

B. Functional gastroduodenal disorders Gastroduodenální funkční poruchy	
B1. Functional dyspepsia Funkční dyspepsie	
	B1a. Postprandial distress syndrome Postprandiální distress syndrom
	B1b. Epigastric pain syndrome Syndrom epigastrické bolesti
B2. Belching disorders Poruchy spojené s říháním	
	B2a. Aerophagia Aerofagie
	B2b. Unspecified excessive belching Nespecifické nadměrné říhání
B3. Nausea and vomiting disorders Poruchy s nevolností a zvracením	
	B3a. Chronic idiopathic nausea Chronická idiopatická nevolnost
	B3b. Functional vomiting Funkční zvracení
	B3c. Cyclic vomiting syndrome Syndrom cyklického zvracení
B4. Rumination syndrome in adults Ruminační syndrom dospělých	

ganického, systémového nebo metabolického onemocnění, které se mohou projevovat stejnými symptomy. Jsou to následující symptomy:

- epigastrická bolest
- pálení v epigastriu
- postprandiální plnost (nepříjemný pocit dlouhodobého přetrvávání potravy v žaludku)
- časná sytost (pocit, že žaludek je přeplněn brzy po zahájení konzumace jídla, bez závislosti na objemu požité potravy, a to tak, že jídlo nemůže nemocný dokončit).

Diagnostika se opírá o přítomnost nejméně jednoho z uvedených příznaků při vyloučení organické příčiny, včetně vyšetření horní endoskopii. Musí být splněna výše uvedená časová kritéria.

Kritéria pro diagnostiku postprandiálního distress syndromu (B1a)

Ke stanovení diagnózy je zapotřebí jeden nebo více následujících symptomů:

- nepříjemná postprandiální plnost, vyskytující se po obvyklé porci jídla a to nejméně několikrát za týden,

- časná sytost, která zabráňuje dokončení obvyklého (řádného) jídla, a to několikrát za týden.

Diagnostiku podporují: pocit nadmutí v horní části břicha. Postprandiální nevolnost. Nadměrné říhání. Případně epigastrická bolest.

Musí být vyloučeny strukturální změny včetně horní endoskopii a musí být splněna výše uvedená časová kritéria.

Kritéria pro diagnostiku epigastrické bolesti (B1b)

Ke stanovení diagnózy je zapotřebí přítomnost všech následujících příznaků:

- bolest nebo pálení lokalizované v epigastriu, nejméně střední tíže, nejméně jednou týdně
- bolest je intermitentní
- bolest není generalizovaná ani se nešíří do ostatních břišních nebo hrudních oblastí
- bolest není závislá na defekaci nebo průchodu plynů. Bolest nesplňuje kritéria pro onemocnění žlučníku a Oddiho svěrače.

Diagnostiku podporuje: zmírnění bolesti požitím potravy. Bolest může být pálivá, ale bez retrosternální propagace. Může být

současně přítomen postprandiální distress syndrom.

Musí být vyloučena organická příčina a musí být splněna výše uvedená časová kritéria.

Na tomto místě je třeba zmínit se o *naší tradiční koncepci funkčních poruch trávicího systému, vytvořené zejména prof. Mařatkou*. Ten doporučuje klasifikovat regulační poruchy trávicího systému do tří skupin.

Psychofunkční (fyziologické) příznaky a syndromy (suchost v ústech při strachu, dysfagie nebo zvracení při úleku či děsivém zážitku, průjem nebo nucení na stolicí při strachu, trémě, nechutenství a zácpa při depresi ev. jiné).

Neuropatické poruchy tj. příznaky a syndromy provázející neurózy. Patří sem globus hystericus (pocit cizího těla v jugulu nemající nic společného s činností jícnu, je projevem úzkostného stavu). Dále rumínace (přežvykování), fyziologický atavismus, který není poruchou trávení. Dále to je aerofagie – neurotický tik, při němž je vzduch podvědomě nasáván do žaludku. Dalšími příznaky neuropatických poruch jsou hysterické zvracení, neuropatické visceralgie nebo funkční vzednutí břicha, které nemá nic společného s meteorismem.

Třetí skupinu tvoří funkční trávicí poruchy v užším slova smyslu tj. **orgánové neurózy**. Mařatka poukazuje na nutnost terminologického odlišení dyspepsie jako příznaku a dyspepsie jako nemoci. Dále je třeba odlišovat bolest od dyspepsie, a také doporučuje nahradit často užívaný termín abdominální „diskomfort“ termínem „indigesce“, který současně zahrnuje i poruchu trávení – tedy vazbu na jídlo. Také pro termín funkční dyspepsie doporučuje vhodnější názvem „funkční gastropatie“. Tu člení na dva typy: dráždivý žaludek s projevy indigesce a epigastrické bolesti (v anglosaském označení ulcer-like dyspepsia, nebo také pseudoulcerózní syndrom, podle klasifikace Rome III syndrom epigastrické bolesti) a na chabý žaludek (dřívější termíny gastroptóza, hypotonická elongace žaludku, podle Rome II dysmotilitní dyspepsie, podle Rome III postprandiální distress syndrom). Zvláštní postavení mají podle Mařatky solární syndrom, neurodigeštní astenie nebo syndrom pravého a levého podžebří. Tato Mařatkova klasifikace je lepší pro klinickou praxi a účelnou léčbu. Na příklad dieta u psychofunkčních a neuropatických poruch nemá žádný význam. Odlišná je farmakologická léčba u orgánových neuróz na jedné straně a poruch psychofunkčních a neuropatických na straně druhé.

1. Epidemiologie funkční dyspepsie

Přesná data nejsou známa. Odhaduje se však, že asi 20 až 25 % populace každý rok navštíví svého lékaře pro chronické nebo rekurentní dyspeptické obtíže, nicméně v těchto datech jsou zahrnuty i nespecifikované dyspeptické potíže, často pyróza a i později odhalené obtíže organického původu (19). Epidemiologií dyspepsie v České republice se v poslední době zabývali Reichrt a kol. Prevalence dyspepsie v České republice je podle jejich studií 12,6 %. Z toho 6,6 % má dyspepsii jako jediný zdravotní problém. Nebyl prokázán rozdíl v prevalenci infekce *H. pylori* mezi osobami s dyspepsií a bez ní. Uplatňují se však faktory psychosociální a demografické (bydliště, vzdělání, ekonomické postavení a jiné (20).

2. Etiologie a patogenese funkční dyspepsie

Známé nejsou. Původně byla FD dávána do souvislosti s žaludeční hyper – nebo hypoaciditou. Později byla zdůrazňována porucha motility. Dnes, stejně jako i u jiných funkčních poruch trávicího systému, se předpokládá multifaktoriální etiologie. Studují se genetické dispozice, psychosociální faktory, infekce, viscerální hypersenzitivita, role CNS, endokrinní, parakrinní a neurokrinní mechanismy regulace funkce GIT, elektrická aktivita a další. Pro praxi to má však zatím ten význam, že léčíme symptomaticky, i když s celostním pohledem na nemocného. Také lze pozorovat, že v rodinách s výskytem FD se tato „dispozice“ často přenáší na další generaci a nemusí to být odrazem přímé genetické podmíněnosti. I to je třeba zohledňovat při celostním pohledu na FD.

3. Funkční dyspepsie a pálení žáhy – pyróza

Tento příznak nepatří do symptomatologie FD. Podle Rome II i Rome III je příznakem funkčních poruch jícnu (skupina A). Řada lékařů i nemocných však pyrózu považuje za nejčastější příznak funkční dyspepsie. Podle některých studií více než 70 % nemocných udává tento příznak v souvislosti s funkční dyspepsií (21). Pýróza však může být jako příznak funkční poruchy považovaná pouze při vyloučení patologického refluxu nebo refluxní ezofagitidy a při vyloučení onemocnění motility jícnu (včetně histologické verifikace). Jestliže akceptujeme pojem mikroskopické ezofagitidy, pak je sporné, zda vůbec diagnóza funkční pyrózy obстоjí.

4. Funkční dyspepsie a dráždivý tračník

Corsetti (22) ve studii 249 nemocných s FD udává 54 % koexistenci s dráždivým tračníkem,

přičemž formy s predominancí zácpy a průjmu jsou v přibližně stejném zastoupení. Cremonini a Talley shrnují dvě protichůdná stanoviska v otázce, zda FD a IBS představují jednu entitu, která se jednou projevuje symptomatologií horní funkční dyspepsie a jindy příznaky funkční dyspepsie dolní („overlap syndrome“) a/nebo se jedná o dvě samostatné choroby. Pro žádné ze stanovisek nejsou důkazy. Oba syndromy mohou být současně, častěji ale je zpočátku symptomatologie FD, která po letech může být vystřídána příznaky dráždivého tračníku (23).

5. Funkční dyspepsie a *Helicobacter pylori*

Intenzivně, léta studovaný problém, stojící ve dvou rovinách: kauzalita a eradikace *H. pylori*. Podle Rome III je eradikace *H. pylori* zařazená do diagnostického a léčebného algoritmu FD, nicméně je třeba riziko/benefit eradikace diskutovat s nemocným (24, 25). Naše stanovisko lze shrnout: *H. pylori* nemá přesvědčivý podíl na vzniku klinické symptomatologie FD a eradikační léčba není zejména u dysmotilního typu (dle Mařatky chabého žaludku, dle Rome III typu B1b) indikována. Rizikovým potenciálním faktorem eradikace *H. pylori* u těchto nemocných je vznik gastroezofageálního refluxu. Eradikace *H. pylori* může být u nemocných s FD individuálně zvažovaná, zejména u dráždivého žaludku (podle Mařatky) nebo vředovou chorobu napodobující dyspepsie (Rome II) nebo typu B1a (podle Rome III), pokud nereagují na konvenční léčbu (26, 27).

6. Souběh funkční dyspepsie a organických onemocnění, včetně onemocnění trávicího systému

Žádný nemocný, trpící jakoukoliv formou funkčního onemocnění trávicího systému není vyloučen z možnosti ve stejnou dobu onemocnět chorobou s organickým původem, včetně maligního onemocnění nádorového. Mnohdy strach z takových situací zhoršuje a napomáhá dalším recidivám FD třeba i po dlouhodobé remisi. Ale i lékař bývá nucen řadu vyšetření někdy i z alibistických důvodů opakovat. Do nedávné doby byla diagnóza funkčních poruch prováděná per exclusionem, tedy po vyloučení všech ostatních stavů, tedy „co zbylo“. Proto občas ten „přezíravý“ náhled některým lékařům na funkční onemocnění. V tomto světle lze také Římská kritéria chápat jako snahu o aktivní diagnostiku funkčních chorob a navíc také pomoc lékařům v případech forenzních sporech.

Léčba funkční dyspepsie

Nefarmakologická léčba

Funkční dyspepsií trpí osoby různého věku, obou pohlaví (více méně stejně), vzdělání, sociální úrovně a ekonomického postavení. To musí mít lékař na zřeteli při vytváření vztahu lékař/pacient, který zejména u funkčních chorob je tak důležitý. Nesmí to ale být vztah paternalistický, který by zejména submisivní nemocní rádi navázali. Pacientovi je třeba opakovaně vysvětlovat – přiměřeně jeho schopnostem – princip choroby a vyvracet jeho znepokojení. Od lékaře to vyžaduje um, trpělivost, empatii a čas. To platí pro všechny typy funkčních poruch trávicího systému (28). Co se týká *diety*, nemá u FD až tak velký význam. Eliminační diety mají pouze limitovanou roli, nicméně každý nemocný by měl svůj stravovací režim. *Psychoterapie* je sice teoreticky zdůrazňovaná, v praxi však spolupráce zejména s psychologem není dobrá, a to nejen u nás. Více než polovina nemocných FD trpí současně psychickými problémy, anxiétou nebo depresivními stavy (29, 30). Zejména larvované formy těchto posledních nemusí gastroenterolog odhadnout, a jak říká náš psychiatr Radkin Honzák „Šolichání anxiolytiky je u deprese jen na škodu a ignorovat depresi je ničemné“ (31).

Farmakologická léčba

I s přihlédnutím k potřebám celostního pohledu na nemocného je nutné zbavit nemocného dyspeptických symptomů, kterými trpí. U dráždivého žaludku (podle Mařatky) či epigastrického bolestivého syndromu (podle Rome III) podáváme *spazmolytika* – vhodná jsou tučně vyznačená v tabulce 2. Dáváme přednost spazmolytikům muskulotropním a/nebo parasympatolytikům s kvartérním dusíkem. Podáváme je jednorázově nebo i delší dobu. Jejich účinnost (včetně placebového efektu) není u nemocných stejná a i u téhož nemocného se může měnit. Je vhodné je proto střídát. Druhou skupinou léků u dráždivého žaludku jsou *inhibitory žaludeční sekrece*. Etiologický vztah mezi sekrecí kyseliny chlorovodíkové a funkční dyspepsií nebyl sice prokázán, kupodivu ale inhibice její sekrece je často úspěšným léčebným zásahem. Podáváme antagonisty H₂ receptorů – ranitidin (2krát 150 mg nebo jednorázově 300 mg) nebo famotidin (2krát 20 mg nebo jednorázově 40 mg) po dobu jednoho měsíce. Pokud léčba není efektivní, nepokračujeme v ní. Naopak, pokud

Tabulka 2. Spazmolytika

Neurotropní	
Parasympatolytika s terciární dusíkem	atropin skopolamin homatropin
Parasympatolytika s kvartérním dusíkem	butylskopolamin – Buscopan otilonium – Spasomen tropenzilin fenpiverin oxyfenonium glykopyrinium poldin oxybutil – Ditropan-urol. ipratropium – Atrovent inhal.
Muskulotropní	
	alverin – Meteospasmyl drotaverin – No-Spa mebeverin – Duspatalin papaverin – Papaverin spofa pitofenon – Algifen, Spasmopan pinaverin – Dicetel propiverin – Mictonorm – urol.
*Tučně jsou vyznačena spazmolytika vhodná pro funkční dyspepsii	

Tabulka 3. Prokinetika užívaná v léčbě funkční dyspepsie

Účinná látka	Mechanismus působení	Antiemetický účinek	Evakuace žaludku	Viscerální senzitivita	Antrální motilita
Metoclopramid (Ceruleal, Degan)	D ₂ antagonist 5HT ₄ agonista	ano	zvyšuje	snižuje	zvyšuje
Domperidon (Motilium)	D ₂ antagonist	ano	zvyšuje	snižuje	
Tegaserod	5HT ₄ agonista		zvyšuje		zvyšuje
Itoprid (Ganaton)	D ₂ antagonist Inhibitor cholinesterázy	ano	zvyšuje		
Mosaprid	5HT ₄ agonista 5HT ₃ antagonist	ano	zvyšuje		zvyšuje
Levosulpirid	D ₂ antagonist 5HT ₄ agonista	ano	zvyšuje	snižuje	zvyšuje
*5HT ₃ , 5HT ₄ : receptory serotoninu (5-hydroxytriptaminu); D2: receptor dopaminu					

jsme dosáhli remise, léčbu můžeme při relapsu opakovat. V některých případech se osvědčily inhibitory protonové pumpy, podáváme je však v nižších dávkách než u vředové choroby, poněvadž úplný útlum sekrece kyseliny solné není u FD vhodný. U chabého žaludku (podle Mařatky), či postprandiálního distress syndromu (podle Rome III) jsou indikovaná prokinetika. Jsou uvedena – včetně mechanismu působení a účinku v tabulce 3. Podáváme je obvykle 2–3krát denně dlouhodobě. Dříve rozšířený a účinný cisaprid (Prepulsid) byl celosvětově stažen z trhu pro závažné arytmogenní vedlejší účinky. *Psychofarmaka* nepodá-

váme každému nemocnému. Je třeba odlišit, zda nemocný trpí anxiózními stavy nebo má třeba i zatím jen larvovanou formu deprese. Anxiolytika benzodiazepinové řady – nejčastěji užívaná – většinou nemají antidepresivní účinek. U depresí podáváme tricyklická antidepresiva. Antidepresiva III. generace SSRI však mohou zhoršovat dyspeptické obtíže. Z neuroleptik se u FD nejvíce osvědčil sulpirid v dávce 50 mg/den.
Funkční dyspepsie však nemá tak vyhraněné podoby (B1a nebo B1b) a pro klinickou praxi a léčbu Rome III doporučuje se držet klasifikace B1 a potíže tak léčit.

Závěr

Čím méně je znalostí o původu a patogenese chorob, tím složitější a nejednoznačnější jsou obvykle jejich klasifikace. To platí i o funkčních onemocněních trávicího systému, včetně funkční dyspepsie. Kritické připomínky ke klasifikaci Rome III, uvedené v úvodní části tohoto článku, jsou v mnoha ohledech pochopitelné. Jistě např. termín „postprandiální distress syndrom“ řada zejména starších lékařů bude obtížně přijímat. Nicméně si myslím, že při chybění důkazů je nutný konsenzus, a i v lékařství by mělo platit „lex dura sed lex (zákon sice tvrdý, ne dobrý, ale přece jen zákon)“.

Literatura

1. Thomayer J. Neurosy žaludeční a Dyspepsie podružné. In Pathologie a terapie nemocí vnitřních. Praha: Bursík & Kout 1921: 820–825.
2. Rejchrt S. Definice a vymezení základních pojmů. Literární přehled. In Rejchrt S. a kol. eds. Prevalence a sociodemografická charakteristika dyspepsie v České republice. Hradec Králové: Nucleus HK 2005: 5–43.
3. Lukl P. Žaludeční neuroza a funkční poruchy. In Vnitřní lékařství. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství 1965: 613–614.
4. Mařatka Z. Neurodigestivní astenie. Čas lék čes 1950; 89: 449–455.
5. Mařatka Z. Funkční trávicí poruchy – vývoj názorů a česká tradice. Vnitřní lék 2001; 47: 250–252.
6. Mařatka Z. Functional gastrointestinal disorders – 50 years experience in comparsion with the Rome criteria. Folia Gastroenterol Hepatol 2005; 3: 10–16.
7. Mařatka Z. Functional digestive disorders – pathophysiological approach. Folia Gastroenterol Hepatol 2008; 6: 85–87.
8. Torsolia A, Corazziari E. The WTR’s, the Delphic Oralce and the Roman Conclaves. Gastroenterol Int 1991; 4: 44–45.
9. Milholland AV, Wheeler SG, Heieck JJ. Medical assessment by delphi group opinioun technique. N Engl J Med 1973; 298: 1272–1275.
10. Drossman DA. eds. The Functional Gastrointestinal Disorders, Diagnosis, Pathology, and Treatment. Boston: Little, Brown and Company, 1994.
11. Drossman DA, Corazziari E, Zalley NJ, et al. Rome II: A multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders. Gut 1999; 80(Suppl. II): 81.
12. Drossman DA. eds. The Functional Gastrointestinal Disorders, Diagnosis, Pathophysiology and Treatment. A Multiple Consensus Rome II: Virginia USA: Degnon Associates McLean 2000: 764.
13. Douglas A, Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology 2006; 130: 1379–1556.
14. Drossman DA eds. The Functional Gastrointestinal Disorders, Diagnosis, Patholophysiology and Treatmen. A Multiple Consensus Rome III: Virginia USA: Degnon Associated McLean, 2006.
15. Bureš J. Neměli bychom léčit Římská kriteria, ale pacienta. Editoriál. Čes Slov Gastroent Hepatol 2008; 62: 139–141.
16. Lukáš K, a kol. eds. Funkční poruch trávicího traktu. Praha: Grada 2003: 198.
17. Lukáš K, Hep A. Římská klasifikace III (2006). Čes a Slov Gastroent Hepatol 2007; 61: 39–45.
18. Tack J, Nicholas J, Talley M, et al. Functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology 2006; 130: 1466–1479.
19. Rejchrt S. Epidemiologie dyspepsie v České republice. In Rejchrt S. a kol. eds. Prevalence a sociodemografická charak-

teristika dyspepsie v České republice: Hradec Králové: Nucleus HK 2005: 43–74.

20. Puera DA, Kovacs TD, Metz CD, et al. Lansoprazole in the treatment of functional dyspepsia: two double-blind, randomized, placebo-controlled trials. *Am J Med* 2004; 116: 740–748.

21. Corsetti M, Caenepeel P, Fischer B, et al. Impact of coexisting irritable bowel syndrome on symptoms and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 1152–1159.

22. Cremonini F, Talley NJ. Review article: the overlap between functional dyspepsia and irritable bowel syndrome – a tale of one or two disorders? *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20(Suppl.7): 40–49.

23. Ford AC, Moayyedi P, Jarbol DE, et al. Meta-analysis: Helicobacter pylori „test and treat“ compared with empirical acid

suppression for managing dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 28: 534–544.

24. Talley NJ, Vakil N. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2324–2337.

25. Bureš J, Kopáčová M, Rejchrt S. Pokles prevalence infekce Helicobacter pylori v České republice. *Čas. Lék. čes.* 2008; 147: 255–257.

26. Zelenková J. Funkční poruchy a *Helicobacter pylori*. In Lukaš a kol. eds. Funkční poruchy trávicího traktu. Praha: Grada, 2003: 132–140.

27. Ehrmann J. Současné možnosti terapie dráždivého tračníku. *Klin Farmakol Farm* 2008; 22: 99–102.

28. Van Kerkhoven AS, Rossum LGM, Van Oijen, et al. Anxiety, depression and psychotropic medication use in patients

with persistent upper and lower gastrointestinal symptoms. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 21: 1001–1006.

29. Hillilä T, Hämäläinen J, Heikkinen ME, et al. Gastrointestinal complaints among subjects with depressive symptoms in the general population. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 28: 648–654.

30. Honzák R. Pohled psychiatra na funkční poruchy trávicího traktu. In Lukáš K a kol. eds. Funkční poruchy trávicího traktu. Praha: Grada, 2003: 174–192.

prof. MUDr. Jiří Ehrmann, Scc.

2. interní klinika LF UP a FN

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc

ehrmanj@fnol.cz
