

Horní dyspeptický syndrom

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

Dyspepsie je souhrnem obtíží, obvykle dlouhodobého rázu, které souvisí s trávením a které nemocný lokalizuje do oblasti trávicího ústrojí. Podrobnější definici a zásady přístupu v praxi přináší doporučený postup Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP ve své aktualizaci z roku 2012. Dyspeptické obtíže patří mezi nejčastější důvody samoléčby i návštěvy lékaře a na jejich diagnostiku a léčbu jsou vynakládány nemalé prostředky. Mění se epidemiologie v pozadí dyspeptických obtíží; v české populaci významně poklesla prevalence infekce *Helicobacter pylori*, výskyt peptických vředů a nádorů žaludku. Článek předkládá přehled léčebných a preventivních přístupů u funkční dyspepsie, peptického vředu, refluxní choroby jícnu a gastropatie z nesteroidních antiflogistik, s důrazem na používání nejúčinnější antisekretorické léčby, léčbu inhibitory protonové pumpy.

Klíčová slova: praktický lékař, dyspepsie, peptický vřed, reflexní choroba jícnu, gastropatie z nesteroidních antiflogistik, inhibitory protonové pumpy.

Upper dyspeptic syndrome

Dyspepsia is a group of symptoms, usually of long-term nature, that are related to digestion and localized by the patient in the area of the digestive system. A more detailed definition and principles of approach in the practice can be found in the Society of General Practice of the Czech Medical Association of J. E. Purkyně 2012 Guideline Update. Dyspeptic complaints are among the most common reasons for self-treatment as well as for seeing a doctor and considerable amounts of money are spent on their diagnosis and treatment. The epidemiological background of dyspeptic complaints has been changing; there has been a significant reduction in the prevalence of infection with *Helicobacter pylori* as well as in the occurrence of peptic ulcer and gastric cancer in the Czech population. The article presents an overview of therapeutic and preventive approaches in functional dyspepsia, peptic ulcer, gastroesophageal reflux disease, and nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy, with an emphasis on the use of the most effective antisecretory therapy, i.e. the treatment with proton pump inhibitors.

Key words: general practitioner, dyspepsia, peptic ulcer, gastroesophageal reflux disease, nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy, proton pump inhibitors.

Med. praxi 2012; 9(12): 470–473

Úvod

V ordinaci praktického lékaře jsou obtíže se vztahem ke gastrointestinálnímu traktu běžnou agendou. Pacienti s těmito obtížemi představují zhruba desetinu všech vyšetřených. V oblasti epidemiologie gastrointestinálních obtíží zaznamenáváme trendy, které nevyplývají jen z biologické povahy chorob a chování populace, ale souvisí také s intervencemi v rámci prevence, s edukací a informovaností lékařů i pacientů, se zlepšenou diagnostikou a léčbou. Předkládaný článek dává tyto trendy do souvislosti se změnou přístupů k pacientům s dyspepsií horního typu v primární péči. Zároveň inventarizuje současné možnosti léčby dyspepsie.

Vymezení a klasifikace dyspepsie

Snaha o sjednocení odborného názvosloví na mezinárodní úrovni vede často ke zjednodušování pojmů a potlačení významu národně specifických způsobů, jakými pacienti prezentují své obtíže. Tak je to s pojmy *dyspepsie* a *dyspeptický syndrom*, které u nás nejsou zdomácnělé, nejsou pacienty používány a ani praktickými lékaři vnímány stejně, jako je tomu např. u kolegů z anglosaských zemí. Naši pacienti hovoří o poruchách trávení, plnosti nebo bolesti žaludku, žaludeční nervóze,

nadýmání nebo nafouknutí, pálení žáhy, pocitu na zvracení, nechutenství, ale nikdy nezminí slovo dyspepsie. Lékařům ovšem nezbyvá, než se mezinárodnímu slovníku přizpůsobit.

Řecké termíny *dys* a *peptin* jsou základem slova *dyspepsie*, které pak v překladu znamená „porucha trávení“. Podle definice v aktuálním doporučení SVL ČLS JEP z roku 2012 (1) je dyspepsie komplex nepříjemných a/nebo bolestivých subjektivních vjemů, spojených s poruchami trávení v nejširším slova smyslu. Nejedná se tedy pouze o vlastní proces digesce, ale i o sekreci, motorické funkce, absorpci, neurohumorální regulaci a percepce.

Dyspepsii lze stručně charakterizovat jako souhrn obtíží, které nemocný lokalizuje do oblasti trávicího ústrojí. Podle převahy lokalizace do horní nebo dolní části lze dyspepsii rozdělit na dyspepsii horní a dyspepsii dolní. V praxi je toto odlišení méně vyhraněné, obtíže se mohou překrývat a navzájem do sebe přecházet (2). Ani pečlivá anamnéza nemusí přinést jednoznačnou informaci. Dyspepsií je dále v textu míněna dyspepsie horního typu.

Dyspepsie horního typu se projevuje bolestí nebo pocitem nepohody v epigastriu, pocitem předčasné sytosti, plnosti po jídle, nauzeou,

zvracením, nechutenstvím, říháním a nadýmáním. Dyspeptické obtíže mohou provázet pálení žáhy a kyselá regurgitace nebo tyto příznaky mohou dominovat a pak lze s vysokou pravděpodobností usuzovat na refluxní chorobu jícnu. Refluxní obtíže ovšem nevyklučují jiné funkční dyspeptické problémy ani problémy organické, např. přítomnost gastroduodenálního vředu.

Z hlediska primární péče je praktické klasifikovat dyspepsii na vyšetřenou, kdy pacient absolvoval přinejmenším endoskopické vyšetření, a nevyšetřenou, kdy nebyla gastroskopie provedena.

Vyšetřenou dyspepsii pak můžeme rozdělit na organickou, je-li v pozadí organická příčina lokalizovaná v gastrointestinálním traktu, sekundární, je-li příčinou jiné, např. chronické systémové onemocnění, a funkční, pokud vyšetřením abnormality zjištěny nebyly.

Poznámky k epidemiologii dyspeptických obtíží

Vnímání trávicích obtíží pacientem je velmi variabilní a práh pro návštěvu lékaře se liší. Pro dyspepsii je charakteristický fenomén ledovce, kdy jen třetina až čtvrtina osob vyhledá pro trávicí obtíže lékaře. Stále více účinných látek je

dostupných ve volném prodeji, včetně např. inhibitorů protonové pumpy nebo léků, upravujících motilitu trávicí trubice. Přesto pacienti trpící trávicími obtížemi častěji než ostatní navštěvují lékaře (3). Také pracovníci neschopnost těchto nemocných je častější.

Prevalence dyspepsie horního typu v západní Evropě se odhaduje kolem 25 % (7–41 %). Epidemiologii dyspepsie v České republice popsal Rejchrt (4) na základě výsledků studie, zorganizované Burešem a spolupracovníky v roce 2000. Dotazníkovým průzkumem byla zjištěna celková prevalence dyspepsie v České republice 12,6 %; 6,6 % osob mělo dlouhodobé dyspeptické obtíže jako jediný zdravotní problém; 6 % mělo dyspepsii spolu s jinými zdravotními problémy nebo nemocemi. V české dospělé produktivní populaci byla zjištěna prevalence 15–20 %. Roční prevalence refluxní choroby jícnu (RCHJ) podle různých studií na komunitní úrovni kolísá od 10 % do 40 %, přičemž každodenní pyrózu má 4–7 % pacientů. Závažné důsledky a komplikace užívání nesteroidních antiflogistik (NSA) na žaludeční sliznici se projeví během roku zhruba u 1–2 % pacientů, užívajících dlouhodobě NSA. Daleko častěji mohou být gastrointestinální stížnosti důvodem přerušení podávání NSA nebo způsobit endoskopicky zjištělné změny na sliznici.

Tradičních organických onemocnění žaludku v populaci ubývá; aktuálně nejsou k dispozici národní data, ale incidence gastroduodenálních vředů u nově vyšetřovaných dyspeptických pacientů klesá hluboko pod 10 %. Obecně více jak polovina gastroscopíí neobjasní původ obtíží pacienta. Zatímco epidemiologická studie prof. Bureše a kol. v roce 2000 zjistila prevalenci infekce *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 41 % (5), výsledky opakovaného šetření stejnou metodou v roce 2011 ukazují signifikantní pokles prevalence na 23,5 % (6). Jak klesá prevalence infekce *H. pylori* v populaci, tak relativně přibývá *H. pylori* negativních vředů, v důsledku gastropatie z NSA. Došlo k dalšímu snížení incidence rakoviny žaludku v roce 2010; u mužů na 18,6 případů, u žen na 13,0 případů na 100 000, se spíše raritním výskytem v populaci do 50 let (u 55 mužů, 42 žen). Je třeba zdůraznit, že uvedená data se týkají české populace a nezohledňují morbiditu migrantů ze zemí třetího světa. Zkušenosti z praxe ukazují, že východoasijská populace nese vyšší riziko peptických vředů a rakoviny žaludku, má vyšší prevalenci infekce *H. pylori* a v přístupech k těmto pacientům je to třeba mít na mysli.

Přístup k pacientům s dyspepsií

Lékař, který vyšetřuje pacienta s dyspepsií, musí vyhodnotit

- a) zda se skutečně jedná o dyspepsii, jaká je lokalizace, závažnost a souvislost obtíží,
- b) zda je podezření na organický původ obtíží, nebo zda může jít o dyspepsii sekundární,
- c) zda pacient vyžaduje specializované, event. neodkladné vyšetření.

Pro dyspeptické obtíže svědčí závislost na činnosti trávicích orgánů (na jídle, lačnění, defekaci aj.) a zjevné příznaky trávicí a/nebo regulační poruchy (nevolnost, zvracení, průjem, zácpa, bolest, říhání, nepohoda v břiše aj.). Zpravidla je možno vysledovat závislost na druhu požitých potravy.

V praxi nejsme schopni často rozlišit, zda se jedná o dyspepsii nebo reflux. Jak bylo výše uvedeno, i mezi pacienty s dominujícími příznaky refluxu jsou pacienti s dyspepsií, u kterých může být odhalen peptický vřed. Anamnestický údaj pálení žáhy a regurgitace žaludečního obsahu do jícnu je nicméně velmi dobrým předpovědním ukazatelem pro správnou diagnózu **refluxní choroby jícnu**: frekventní pyróza (dvakrát týdně nebo častěji) a regurgitace určují správnou diagnózu refluxní choroby jícnu v 89 %, resp. 95 %. Normální endoskopický náález refluxní chorobu jícnu nevylučuje; endoskopie je normální u více jak poloviny nemocných. K endoskopickému vyšetření jsou indikováni pacienti nejasní, složití a komplikovaní, dále osoby neodpovídající na adekvátní léčbu a nemocní s alarmujícími příznaky, při odynofagii a dysfagii. Riziko vzniku Barretova jícnu, komplikace refluxní choroby jícnu, která je prekancerózou, přichází u 10–20 % pacientů s dlouhodobou anamnézou refluxní choroby jícnu (trvající déle než 15 let). Proto je doporučeno provedení endoskopie u všech pacientů starších 50 let do 20 let trvání refluxních obtíží. Obecně platí, že u pacientů s letitými dyspeptickými a refluxními obtížemi, kteří dlouhodobě užívají inhibitory protonové pumpy (IPP), je třeba periodicky revidovat anamnézu, stav a efekt léčby vyhodnocovat.

Přítomnost alarmujících příznaků (tabulka 1) je indikací k endoskopickému vyšetření, stejně jako nově vzniklé potíže ve vyšším věku nebo varovné údaje z anamnézy, mezi které patří např. užívání NSA. Pro endoskopické vyšetření se obvykle rozhodneme i v případě, že pacient potřebuje ujištění. Diferenciální diagnostika dyspeptických obtíží musí zahrnovat i možné příčiny mimo oblast hodnotitelnou gastroscopíí, zejména cholecystopatii, hepatopatii, pankreato-

patii. Kromě základního laboratorního vyšetření je třeba zvážit specifické testy (celiakie), vyšetření břicha ultrazvukem a další metody. Naopak nepřítomnost alarmujících příznaků a závažných anamnestických údajů, věk do 50 let a přítomnost podpůrných známek (tabulka 2), nás opravňuje k diagnóze funkční poruchy.

Léčba dyspepsie

U pacientů, kteří nemají alarmující známky ani anamnézu organického onemocnění trávicího traktu a neužívají NSA, je možné zahájit empirickou léčbu. Podobnou léčbu zahájíme, je-li na endoskopii normální náález nebo není-li náález indikací ke speciálnímu postupu, např. eradikaci infekce *H. pylori*, která zahrnuje podání antibiotik. Nejčastější lékovou skupinou, která se uplatňuje při léčbě dyspepsie, jsou antisekretorika, potlačující produkci kyseliny solné v žaludku. Těto skupině dominují inhibitory protonové pumpy. V daleko menší míře se uplatňují prokinetika, jako léky druhé volby, většinou z indikace specialisty na podporu evakuace žaludku a funkce ezofageálního svěrače. Léčba pacientů s funkční dyspepsií může zahrnovat nízké dávky antidepresiv, deflatulencia, spazmolytika.

Pacientům doporučujeme obecně jíst častěji v menších porcích, v klidu a pomalu, vyhnout se jídlům, které vyvolávají obtíže, omezit působení stresu, učit se relaxovat, dopřát si pravidelně pohybu. K samoléčbě jsou k dispozici volně prodejné antacida, algináty, blokátory H₂ receptorů, IPP v nízkých dávkách a prokinetika. Mezi oblíbené prostředky alternativní medicíny patří žaludeční čajové směsi (např. s mátou peprnou). Při funkčních obtížích může zlepšit stav hypnóza a relaxační techniky.

Léčba refluxní choroby jícnu

Je-li v popředí **refluxní symptomatologie**, tj. pyróza a kyselá regurgitace, volíme terapeutický pokus s inhibitorem protonové pumpy. Dávkování jednotlivých typů IPP přináší tabulka 3. Úvodní 2–4týdenní léčbu je třeba prodloužit na 6–12 týdnů u pacientů s dlouhotrvajícími obtížemi, nočními příznaky nebo u pacientů s mimojícnovou symptomatologií (kašel, chrapot, astmatické projevy, dentální eroze). S ohledem na odpověď na léčbu a individuální klinickou situaci je pak na místě volba mezi následnou dlouhodobou pravidelnou udržovací léčbou IPP nebo léčbou „on demand“ (podle potřeby).

IPP jsou obvykle vysoce efektivní u symptomatologických pacientů s nálezem refluxní ezofagitidy. Naopak u pacientů s refluxem, kteří mají normální endoskopický náález (NERD

= *non erosive reflux disease*), přetrvává symptomatologie i přes terapii IPP až v 60 %. U nočních příznaků refluxu, špatně odpovídajících na léčbu IPP, je doporučeno přidání večerní dávky IPP na noc. Účinnost různých IPP je podobná, nicméně Esoimeprazol má předpoklady nejvyšší účinnosti díky rychlejšímu nástupu, konstantní biodostupnosti a nízké interindividuální variabilitě. IPP nemohou být účinné, pokud se jedná o nekyselý reflux (30–40 % NERD případů) nebo o funkční pyrózu (50–60 % pacientů s NERD) (8), případně o chybnou diagnózu refluxu vůbec. Mimořádné příznaky je vhodné řešit v mezioborové spolupráci. Důvodem selhání léčby IPP může být také špatná compliance pacienta nebo nesprávné podávání IPP; dávku je doporučeno podávat 30 minut před snídaní, event. 30 minut před večeří při druhé dávce.

Prokinetika je možné zkusit v indikacích RCHJ, gastritida, diabetická gastroparéza i funkční dyspepsie, samostatně nebo v kombinaci s IPP. Největší zkušenosti mají praktičtí lékaři s metoclopramidem, ale ten nemá v léčbě dyspepsie příznivý poměr efekt/vedlejší účinky. Volně dostupné jsou itoprid a domperidon. Výhodou uvedených prokinetik je, že nejsou metabolizována přes cytochrom P 450 a tudíž nehrozí nežádoucí interakce např. s warfarinem, ticlopidinem a diklofenakem. Jejich efekt snižují anticholinergika.

Léčba peptického vředu

Nález peptického vředu u pacienta s prokázanou infekcí *H pylori* je indikací k eradikační léčbě. V týdenním eradikačním schématu lze uplatnit kterýkoliv z IPP 2x denně (Omeprazol 20 mg, Lansoprazol 30 mg, Pantoprazol 40 mg, Esoimeprazol 40 mg) s dvojkombinací antibiotik:

- 2x denně Amoxycilin 1 000 mg + Clarithromycin 500 mg,
- 2x denně Metronidazol (Ornidazol) 500 mg + Clarithromycin 500 mg.

Clarithromycin lze nahradit Azithromycinem 500 mg 1x denně.

Další indikace k eradikaci vymezuje doporučení České gastroenterologické společnosti ČLS JEP (9):

- u pacientů s plánovanou dlouhodobou léčbou IPP, pokud mají současně vředovou chorobu, aktuální nebo v anamnéze,
- u pacientů s jaterní cirhózou po individuálním posouzení,
- před zahájením dlouhodobé léčby nesteroidními antiflogistiky u osob s vředovou

chorobou v anamnéze. Eradikaci je vhodné dále zvážit u osob s vyšším rizikem (ženy starší 60 let, současná léčba kortikosteroidy nebo warfarinem, kuřáci).

Eradikace není doporučena u pacientů s funkční dyspepsií. O účinnosti eradikace se lze přesvědčit kontrolním vyšetřením infekce *H pylori* se 4týdenním odstupem po eradikaci dechovým testem s ureou značenou ¹³C nebo vyšetřením antigenu *H pylori* ve stolici.

V případě zjištěného peptického vředu bez prokázané infekce *H pylori* je indikována léčba IPP ve standardních dávkách 2x denně s následnou udržovací léčbou podle obtíží.

Profylaxe gastropatie z nesteroidních antiflogistik

Významnou indikací IPP je **gastroprotektce** při používání NSA. Nepříznivé účinky NSA potencují antidepresiva. Naopak gastrotoxická role kortikoidů je přeceňována. Doporučený postup SVL ČLS JEP vymezuje rizikové faktory gastropatie: vyšší věk (nad 65 let), nutnost podávat vysoké dávky NSA, peptický vřed v anamnéze, anamnéze krvácení do GIT, kombinace NSA s kyselinou acetylsalicylovou, antikoagulancii, kortikoidy, antidepresivy, infekce *H pylori*, idiopatické střevní záněty, alkoholismus a silné kouření. Přehled doporučených dávek IPP v gastroprotektce je v tabulce 4. Všichni lékaři, kteří indikují NSA u polymorbidních pacientů, by měli zajistit ochranu žaludeční sliznice současným podáváním IPP.

Interakce a vedlejší účinky inhibitorů protonové pumpy

Stále častější podávání IPP v indikaci gastroprotektce, vedle jiných indikací, přispívá k problému lékových interakcí a nutí k posuzování

Tabulka 1. Alarmující příznaky

- Neúmyslný (nevysvětlitelný) **úbytek na váze**
- **Anémie** z nedostatku železa
- **Krvácení** do trávicího traktu
- **Dysfagie a odynofagie**
- Přetrvávající **zvracení**
- Hmatná **rezistence** v břiše
- Silná **bolest** v břiše
- Obtíže u pacienta **po operačním zákroku**
- Nově vzniklé potíže u pacienta **nad 45 let**
- (požívání **NSA** v anamnéze)

bezpečnosti dlouhodobé léčby IPP. Protektce postižení trávicího traktu je nejpotřebnější právě u osob v kardiovaskulárním riziku, u kterých jsou nejčastěji předepisována antiagregancia nebo antikoagulancia.

Omeprazol zpomaluje přeměnu clopidogrelu na aktivní formou působením na cytochrom P450 2C19. Bylo poukázáno na snížení účinnosti clopidogrelu při současném podávání IPP a z toho vyplývajícím vyššímu riziku kardiovaskulárních příhod (10). Studie ve velkém populačním souboru ukázala zvýšené riziko infarktu myokardu u osob, užívajících Clopidogrel s Omeprazolem, oproti osobám užívajících Clopidogrel bez Omeprazolu (11). Tento efekt nebyl prokázán pro celou skupinu IPP a ve studiích, publikovaných v roce 2010 (12) nebyl potvrzen ani u Omeprazolu. Nicméně současné doporučení nabádá k opatrnosti při kombinaci Clopidogrelu a IPP. Je třeba sledovat informace SUKL.

IPP zvyšují účinek klaritromycinu, kumarínů a antiepileptik, naopak snižují účinek escitalopramu. Snižují vstřebávání železa a zpomalují metabolismus warfarinu a diazepamu. Ve srovnání jednotlivých IPP je z hlediska interakcí nejbezpečnější pantoprazol, klinicky nevýznamné interakce má lansoprazol.

Mezi nejčastější méně závažné vedlejší účinky IPP patří bolesti hlavy, průjem a zčervenání. Snížení

Tabulka 2. Podpůrné známky pro dyspepsii funkční

- **dlouhá anamnéza** obtíží, začátek obtíží v mládí
- bezpříznaková období
- ženské pohlaví
- přítomnost nepříznivých **psychosociálních faktorů**
- **časté konzultace** pro funkční problémy v praxi
- nedávné prožití významné **životní události**
- dříve pozorovaná **tendence k somatizaci** psychických obtíží
- **vegetativní stigmata** (chladná a zpočtená akra, erythema pudendi, hrubý třes víček a prstů, tachykardie, respirační arytmie, „smazaná“ neurotická řeč)
- **neurotické chování** a reakce na stres

Tabulka 3. Dávkování inhibitorů protonové pumpy u refluxní choroby jícnu

PPI	Úvodní dávka	Udržovací dávka
Esoimeprazol	40 mg 1-0-0	20 mg 1-0-0
Omeprazol	20 mg 1-0-1	20 mg 1-0-0
Pantoprazol	40 mg 1-0-1	40 mg 1-0-0
Lanzoprazol	30 mg 1-0-1	30 mg 1-0-1

Tabulka 4. Dávkování inhibitorů protonové pumpy při profylaxi gastropatie

Gastroprotektce PPI	Dávka
Esomeprazol	20mg 1-0-0
Omeprazol	20mg 1-0-0
Pantoprazol	40mg 1-0-0
Lanzoprazol	30mg 1-0-0

Tabulka 5. Rizikové skupiny pro dlouhodobé užívání inhibitorů protonové pumpy

Klinická situace	Doporučení
Chronická atrofická gastritida <i>H. pylori</i> pozitivní	Eradikace <i>H. pylori</i> před zahájením dlouhodobé léčby IPP
Léčba ATB v nemocnici u seniorů a oslabených	Posoudit nutnost podávání IPP
Starší polymorbidní nemocní s rizikem vzniku pneumonie, osteoporózy, imobilní	Posoudit nutnost podávání IPP, snížit dávky
Postmenopauzální ženy s osteopenií/porózou	Posoudit nutnost podávání IPP, snížit dávky

aciditu žaludečního obsahu znesnadňuje uvolnění ze stravy a vstřebávání vápníku a magnézie. Z toho rezultuje vyšší riziko fraktur kyčle, páteře a předloktí zejména u starších osob s přidruženými riziky. IPP snížením acidity ovlivňují baktericidní účinek žaludeční šťávy a tím zvyšují riziko infekční gastroenteritidy 1,5–3krát. Riziko narůstá s dávkou. Nebezpečné jsou průjem a kolitidy způsobené *Clostridium difficile*. Zvýšené riziko existuje u současného podání IPP a antibiotik. Vztah užívání IPP a nádorů je nejasný. U zhruba 7–10% chronických uživatelů IPP vznikají polypy ze žlázek fundu žaludku, relativní riziko karcinomu žaludku při užívání PPI je 1,3. Podávání IPP představuje riziko zejména u určitých skupin; pacientů s atrofickou gastritidou, hospitalizovaných s ATB léčbou, polymorbidních, žen s osteoporózou (tabulka 5). Přes uvedené lze konstatovat, že bezpečnostní profil IPP je příznivý a jedná se o léky bezpečné. Přesto je třeba indikaci, zejména při dlouhodobém podávání zvažovat, zejména s ohledem na výše uvedená rizika.

Závěr

Všeobecný praktický lékař řeší gastrointestinální problémy pacientů sám nebo na pozadí podpory specialisty, gastroenterologa. Sleduje pacienty v péči odborného lékaře, hodnotí efekt zavedené léčby a případnou změnu symptomatologie. Efektivní spolupráce s gastroenterologem patří mezi to nejúčinnější, co může svým pacientům s GI obtížemi nabídnout. Zároveň musí být připraven poskytovat péči pacientům, pro které specializované vyšetření a jeho výsledek nepřináší řešení, což je případ většiny pacientů s funkčními obtížemi.

Literatura

- Seifert B, Dítě P, Bureš J, Hep A, Jirásek V, Kroupa R, Lukáš K, Vojtíšková J. Gastroenterologie. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. SVL ČLS JEP 2012.
- Agréus L, Svärdsudd K, Talley NJ, Jones MP, Tibblin G. Natural history of gastroesophageal reflux disease and functional

abdominal disorders: a population-based study. Am J Gastroenterol 2001; 96: 2905–2914.

3. Alander T, Svärdsudd K, Agréus L. Functional gastrointestinal disorder is associated with increased non-gastrointestinal healthcare consumption in the general population. International Journal of Clinical Practice 2008; 62(2): 234–240.

4. Rejchrt S, a kol. Prevalence a sociodemografická charakteristika dyspepsie v České republice, Nucleus HK 2005.

5. Bureš J, et al. Epidemiology of *Helicobacter pylori* Infection in the Czech Republic. Blackwell Publishing, *Helicobacter* 2006; 11: 56–65.

6. Bureš J, Kopáčová M, et al. Significant decrease in prevalence of *Helicobacter pylori* in the Czech Republic, World Journal of Gastroenterology 2012; 18(32): 4412–4418.

7. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-based Consensus, Am J Gastroenterol 2006; 101: 1–21.

8. Zerbib F, Roman S, et al. Esophageal pH-Impedance Monitoring and Symptom. Analysis in GERD: A Study in Patients off and on Therapy, Am J Gastroenterol 2006; 101: 1956–1963.

9. <http://lekari.cgs-cls.cz/guidelines/>.

10. Gilard M, Arnaud B, Cornily JC, et al. Influence of omeprazole on the antiplatelet action of clopidogrel associated with aspirin: the randomized, double-blind OCLA (Omeprazole Clopidogrel Aspirin) study J Am Coll Cardiol 2008; 51: 256–260.

11. Juurlink DN, et al. A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel, CMAJ 2009; 180(7): 713–718.

12. Ray WA, Murray KT, Griffin MR, et al. Outcomes With Concurrent Use of Clopidogrel With Proton Pump Inhibitors. Ann Intern Med 2010; (152): 337–355.

Článek přijat redakcí: 25. 9. 2012

Článek přijat k publikaci: 11. 11. 2012

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství
1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
Albertov 7, 120 00 Praha 2
bohumil.seifert@lf1.cuni.cz