

Funkční dyspepsie

prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc.

II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická LF UP a FN Olomouc

Jde o edukační článek charakteru narrative review, zaměřený na klasifikaci, diagnostiku a léčbu funkční dyspepsie. V článku je rozvedena jednak klasifikace české školy funkčních poruch trávicího traktu a jednak klasifikace Rome III. V diagnostice se doporučení opírají o římská kritéria. V článku jsou zmíněny některé zvlášť diskutované otázky a sice tak zvaných překrývajících se syndromů u funkčních poruch, dále léčba inhibitory protonové pumpy a eradikace *H. pylori*. V terapii funkční dyspepsie je kladen důraz na komplexnost farmakologického a nefarmakologického přístupu, včetně vyšetření psychologického nebo psychiatrického. V medikamentózní léčbě je zdůrazněn velmi dobrý účinek sulpiridu.

Klíčová slova: funkční dyspepsie, klasifikace, diagnostika, léčba.

Functional dyspepsia

Educational narrative review apply to diagnostic procedures and treatment of the functional dyspepsia with respect to the Rome III and traditional Czech classification. The special mention is to functional overlap syndromes, treatment of PPI and positivity of *H. pylori* in patient with functional dyspepsia. Therapy of functional dyspepsia have to be complex that is pharmacological and non-pharmacological inclusively psychological investigation. The accent is put on very well treatment effect of sulpirid.

Key words: functional dyspepsia, classification, diagnosis, treatment.

Med. praxi 2013; 10(2): 50–53

Úvod

Slovo dyspepsie je řeckého původu. Dys je předpona s významem zesláblý, vadný, porušený a pepsis znamená vaření, trávení. Termín dyspepsie použil zřejmě jako první Adolf Kussmaul (1868) a sice v souvislosti s domnělým přebytkem a/nebo nedostatkem kyseliny chlorovodíkové. Termín se později tak zveřejněl, že začal být používán pro téměř všechny symptomy pocházející z trávicí trubice. Dnes dyspepsii definujeme jako komplex nepříjemných a/nebo bolestivých vjemů nebo jejich proměnlivé kombinace, lokalizované většinou do oblasti trávicí trubice a spojené s trávením. Jde o následující příznaky:

- bolest na různých místech v břiše
- pocit postprandiální plnosti, předčasné sytosti, pocit netrávení, potrava leží v žaludku
- pálení žáhy, říhání, regurgitace žaludečního obsahu do jícnu, ruminace, suchost v ústech nebo nadměrné slinění
- nevolnost, zvracení, pocit žaludku na vodě
- plynatost, nadměrná flatulence, zácpa, průjem

Klasifikace dyspepsii

Podle původu: klasifikaci podle původu navrhl u nás již Emerich Maixner začátkem minulého století a v podstatě stále platí. Doslovně prof. Maixner uvádí:

- dyspepsie při níž zažívací orgány sami vinu nesou – organické dyspepsie (příkladem jsou nádory nebo záněty trávicího traktu)
- případy vznikající mimo veškeré přímé účastenství útrob zažívacích – dyspepsie

při celkových onemocněních (příkladem může být metabolické selhání, toxické nebo toxoinfekční poškození)

- neurózy – funkční dyspepsie

Podle lokalizace:

- horní, žaludeční dyspepsie
- dolní, střevní dyspepsie

Podle průběhu:

- akutní do 2 týdnů
- chronická déle než 3 měsíce, nemusí být souvislé

Obecná charakteristika funkčních gastrointestinálních poruch

V medicíně jsou stavy, pro které nejsou vyvinuty metody kvantitativního a kvalitativního posuzování a hodnocení stojí na názorech expertů. K takovým stavům patří **funkční dyspepsie (FD)**.

Tu již v roce 1921 Josef Thomayer popsal takto: „Dyspepsii nervózní, neurastenickou rozumíme skupinu příznaků, odehrávajících se hlavně ve sféře senzitivní při neporušeném trávení a normálním objektivním nálezu. Nemocní mají normální nebo špatnou chuť k jídlu, bolesti v krajině žaludeční, někdy vrhnou, mají zácpu či průjem, bolesti hlavy, návaly do hlavy při trávení. Stav tento je obvykle součástí neurastenického syndromu a examen nemocného zjevuje, že trpí i jinými neurastenickými obtížemi. Léčba takových nemocných je nevděčná“ (1).

U nás to později byl prof. Zdeněk Mařatka, který založil „českou školu“ funkčních poruch trávicího traktu. Uváděl také, že by termín neorganické trávicí poruchy byl lepší než funkční

poruchy, který je ale vžitý. Sám pak doporučuje funkční poruchy dělit do následujících skupin (2):

- poruchy psychofunkční
- poruchy neuropatické
- funkční poruchy ve vlastním slova smyslu neboli orgánové neurózy

Psychofunkční poruchy:

- dysfagie při prudkém vzrušení
- zvracení při odporném zážitku
- bolesti břicha v úzkosti
- nucení na stolici při trémě
- průjem při úleku a strachu
- nechutenství a zácpa při depresi

Poruchy neuropatické:

- globus hystericus, pocit cizího tělesa v jугуlu, např. při úzkostném stavu
- ruminace – přežvýkování, jde o fyziologický atavismus (pokud je vyvoláno úmyslně, mluvíme o merycizmu)
- aerofagie, neurotický tik, při kterém je vzduch podvědomě nasáván jícnem (vědomě to dělají břichomluvcí)
- funkční zvracení mívající ráz hysterický
- funkční nebo nespecifické bolesti břicha nebo také neuropatické visceralgie
- funkční vzednutí břicha neboli neplynové vzednutí břicha – proptóza. Je podmíněno povolením břišní stěny při současném stahu svalstva zádového (nejde o meteorismus)
- proctalgia fugax, je asi způsobena křečí některých svalů pánevních a nemá nic společného s funkcí střeva

- dále je možné mezi neuropatické poruchy zařadit karcinofobii, hysterii, scestné představy a další

Orgánové neurózy:

- ústa: funkční xerostomie, záchvatovitě slinění
- jícen: spasmus jícnu (horní a dolní svěrač)
- **žaludek: dyspepsie jako nemoc – funkční gastropatie**
- tenké a tlusté střevo: funkční střevní poruchy (zejména dráždivý tračník)
- konečník: prostá zácpa (dyschezie), dráždivý konečník
- ostatní poruchy: neurodigestivní astenie

Předmětem tohoto článku je funkční dyspepsie jako nemoc, pro kterou prof. Mařatka doporučuje také termín funkční gastropatie. Doporučuje ji dělit do dvou skupin.

Dráždivý – hypertonický žaludek neboli syndrom dyspepticko-algický. Obtíže mohou někdy připomínat vředovou chorobu a pro takové případy doporučuje termín pseudoulcerózní syndrom.

Chabý – hypotonický žaludek, charakterizovaný jen indigescí (nestravností) bez bolesti. Další možné termíny odrážející charakter obtíží jsou gastroptóza, hypotonická elongace žaludku, dolichogastrie.

Římská kritéria funkčních poruch GIT a jejich historický vývoj

Autor tohoto článku má ze zkoušek v pregraduálním nebo postgraduálním vzdělávacím programu tu zkušenost, že si studenti hlasitě oddychnou při otázce „Funkční poruchy trávicího traktu“. Mají zato a ani se moc nemýlí, že to bude nezávazné povídání. Přijde to líto při vědomí, jak sofistikované odpovědi jsou žádány u chorob s daleko menší prevalencí. Ale nejde jen o zkoušení. Ambivalentní pohled na funkční poruchy trávicího traktu přetrvává často v podvědomí mnohých lékařů celý jejich život. Na dotaz daný 706 členům americké gastroenterologické společnosti „Co je funkční porucha gastrointestinálního traktu?“ 81 % opovědělo, že je to absence abnormálního patologického, radiologického, metabolického nebo infekčního nálezu. V jiné studii odpovědělo 57 % praktických lékařů a 34 % akademiků, že jde o chorobu v důsledku stresu a 43 %, resp. 26 %, že jde o chorobu z poruchy motility trávicího traktu. Nejzávažnějším ale bylo zjištění, že někteří lékaři vůbec popírali existenci tohoto onemocnění, na nemocné pohlížejí pejorativně a finanční prostředky vynakládají na jejich léčení považují za neúčelné (3).

V druhém vydání (1965) několika tisícstránkové Bockusovy monografie „Gastroenterology“ (4) je funkčním poruchám trávicího traktu věnováno pouhých 40 stran a z toho se většina textu týká psychiatricko-psychologické problematiky. V úvaze o vyhlídkách vývoje „funkčních psychoviscerálních poruch“, ke kterým podle autorů knihy funkční dyspepsie patří, je zdůrazňována nutnost jednotné klasifikace, která by byla srovnatelná s klasifikacemi chorob se známým a prokázaným původem.

Myšlenka vytvořit jednotnou formulaci příznaků funkčních poruch trávicího systému (FPTS) vznikla v roce 1978 (5), nicméně až Torsolia a jeho spolupracovníci předložili v roce 1987 na Mezinárodním gastroenterologickém kongresu v Římě návrh kritérií pro FPTS, která pak byla publikována v roce 1991 (6). Byla vytvořena tzv. delfskou technikou. Ta byla použita již dříve v různých vědních oborech, a to v situacích, kdy bylo třeba učinit závěry, ale chyběly pro ně objektivní důkazy. Delfská technika vytváření závěrů je vlastně věštění, jako když v antickém Řecku kněží nabízelí odpovědi na různé otázky věřící, že síla jejich odpovědí pramení z unikátního místa Apollonova chrámu ve městě Delphi. Tuto techniku lze jako vědeckou akceptovat, pokud je třeba „problém“ řešit a nejsou důkazy na úrovni EBM. Pramenem síly závěrů je však konsenzus odborníků (7). Tato první konsenzuální kritéria funkčních poruch trávicího traktu byla v roce 1994 novelizovaná pod redakcí prof. Drossmana (profesor medicíny a psychiatrie v USA), prof. Corazzariho (profesor gastroenterologie v Itálii), prof. Talleyho (profesor medicíny v Austrálii), prof. Thompsona (profesor medicíny v Kanadě), prof. Whiteheada (profesor medicíny a psychiatrie v USA) a dalších a nazvaná „Functional Gastrointestinal Disorders Rome I“ – „Funkční poruchy trávicího traktu Římská klasifikace I“ (8). Další novelizace byla provedena v roce 1999 s názvem FGD Rome II (9) a poslední a dnes stále platná je novelizace z roku 2006 „Functional Gastrointestinal Disorders Rome III“ (3). V roce 2003 se pracovní tým pro římská kritéria mění v Roma Foundation k zvýraznění globálního, celosvětového rozšíření.

Jedním z cílů římské klasifikace funkčních poruch GIT je pozitivní diagnostika. Zabrání opakovaným vyšetřením a pro lékaře má také forenzní význam.

Definice a klasifikace funkčních poruch trávicího traktu podle Římských kritérií III

Podle těchto kritérií definujeme funkční poruchy gastrointestinálního traktu jako soubor

izolovaných symptomů nebo jejich proměnlivé kombinace bez prokazatelných organických, biochemických, ultrazvukových, endoskopických či dalších změn, postihujících trávicí trakt případně biliární systém. Dělíme je do následujících skupin označených velkými písmeny abecedou:

- Functional esophageal disorders – Funkční poruchy jícnu
- Functional gastroduodenal disorders – Funkční poruchy gastroduodena**
- Functional bowel disorders – Funkční střevní poruchy
- Functional abdominal pain syndrome – Funkční břišní bolestivý syndrom
- Functional gallbladder and Sphincter of Oddi disorders – Funkční poruchy žlučníku a Oddiho svěrače
- Functional anorectal disorders – Funkční anorektální poruchy
- Functional disorders: neonates and toddlers – Funkční poruchy novorozenců a batolat
- Functional disorders: children and adolescents – Funkční poruchy dětí a adolescentů

Funkční dyspepsie, která je předmětem tohoto článku, je podle Rome III kritérií řazena mezi funkční gastroduodenální poruchy, ke kterým patří další následující stavy:

- Functional gastroduodenal disorders – Funkční gastroduodenální poruchy
- Functional dyspepsia – Funkční dyspepsie**
- Belching disorders – Funkční poruchy spojené s říháním
- Nausea and vomiting disorders – Funkční poruchy s nevolností a zvracením
- Rumination syndrome in adults – Ruminační syndrom dospělých

Diagnostika funkční dyspepsie podle Rome III (10)

Funkční dyspepsie (B1) musí obsahovat nejméně jednu z následujících obtíží:

postprandiální plnost, časná sytost, epigastrická bolest nebo epigastrické pálení. Dále musí být vyloučeny organické změny. Za třetí, obtíže musí trvat nejméně 3 měsíce, nemusí být souvislé a jejich vznik musí být nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy.

Zejména pro výzkumné účely a lékové studie je funkční dyspepsie podle Rome III dále ještě dělena do dvou skupin.

B1a. Postprandiální distress syndrom, který musí obsahovat nejméně jednu z následujících obtíží: postprandiální plnost několikrát týdně nebo časná sytost několikrát týdně. Musí

být dále vyloučeny organické příčiny a splnění časový limit jako u B1. Mezi podpůrná kritéria patří: postprandiální nevolnost, nadměrné říhání, nadmutí v epigastriu nebo i bolest v epigastriu.

B1b. Syndrom epigastrické bolesti.

Musí obsahovat všechny následující obtíže: Intermitentní bolest nebo pálení v epigastriu, bolest není generalizovaná a nikam se nešíří, není závislá na defekaci ani průchodu plynů, nejsou kritéria pro bolest žlučníku a Oddiho svěrače. Musí být dále vyloučeny organické příčiny obtíží a splněny časové limity jako u B1. Mezi podpůrná kritéria patří: bolest může být pálivá, vznikne po jídle, ale i na lačno, mohou být i symptomy B1a.

Čtenář tohoto článku si jistě povšimne, že syndromu epigastrické bolesti (B1b) odpovídá v Mařatkově klasifikaci dráždivý – hypertonický žaludek a postprandiální distress syndromu (B1a) odpovídá v Mařatkově klasifikaci chabý – hypotonický žaludek. Zejména praktičtí lékaři se mohou oprávněně tázat, kterou klasifikaci funkční dyspepsie používat. Pokud mluvíme pouze o funkční dyspepsii, rozdíl v podstatě není až na to, že klasifikace Rome III je sofistikovaněji vyjádřena. Navíc je ale nutné, a pro diagnostiku funkčních poruch podle Rome III zásadní, splnit časový limit. U funkční dyspepsie musí obtíže vzniknout nejméně 6 měsíců před stanovením diagnózy, přičemž musí trvat nejméně 3 měsíce, i když nemusí být souvislé. V praxi to znamená, že lékař nemůže vyslovit diagnózu funkční dyspepsie, pokud nejsou splněna časová kritéria, a to i přesto, že byly vyloučeny všechny organické příčiny obtíží.

Diagnostický postup u funkční dyspepsie

Anamnéza a objektivní nález: příznaky FD jsou v Rome III klasifikaci explicitně vyjádřeny a nelze proto jakýkoliv abdominální dyskomfort po vyloučení organických obtíží nazvat FD. I když heredita je u funkčních poruch GIT intenzivně studovaná, jednoznačné závěry nejsou. Na druhé straně v rodinné anamnéze často zjišťujeme výskyt funkčních poruch u příbuzných. Může se jednat o genetický vliv, ale také o přejímání životního stylu. Funkčními poruchami mohou trpět osoby různého věku, i když u starších osob musíme být velmi obezřetní při vyslovení této diagnózy. Prevalence FD je víceméně stejná u mužů a žen. Některými je FD považována za civilizační nemoc, v praxi ale vidíme, že i zdánlivě vyrovnaná, třeba i prostá a od civilizačních stresů osvobozená osoba může trpět těžkou FD. Zvláště pečlivě je třeba odebrat farmakologickou anamnézu. Je řada

léků, např. nesteroidní antirevmatika, antibiotika, které jsou příčinou akutních dyspeptických obtíží, nicméně je potřeba se ptát i na chronický abúzus léků, zejména těch, které si nemocný volně kupuje. V posledních letech je věnována pozornost potravinové alergii, ať již se jedná o alergii zprostředkovanou protilátkami třídy IgE nebo potravinovou alergií nezávislou na těchto protilátkách. Průkaz potravinové alergie zpochybňuje nebo dokonce vylučuje FD. Z vyslovením diagnózy FD musíme být opatrní u kuřáků a u osob s větší konzumací alkoholu. Totéž platí o drogách. S FD nejsou dále kompatibilní nevyšvětlitelný váhový úbytek, opakované zvracení, nesplňuje-li kritéria funkčního původu, progresivní dysfagie a zejména pak známky krvácení do GIT. Rovněž dyspeptické potíže, které budí nemocného ze spánku, nejsou obvykle kompatibilní s FD.

Jednou z nejnáročnějších částí diagnostiky FD je anamnéza psychiatricko-psychologická.

Psychofunkční poruchy, jak jsou uvedeny výše v Mařatkově klasifikaci, nepatří do symptomatologie FD. Psychiatricko-psychologické vyšetření by ale mělo být samozřejmým zejména u těžších forem FD.

Podmínkou diagnózy FD je normální nález při fyzikálním vyšetření, a to nejen nález na břicho, ale i na srdci, plicích a dalších orgánech.

Laboratorní a zobrazovací vyšetřovací metody:

vyšetřit je nutné a normální by měli být: FW, CRP, krevní obraz, jaterní testy, tj. sérové hodnoty bilirubinu, ALT, AST, ALP a GGT, dále amyláza a lipáza séra a moči, močovina, kreatinin a kyselina močová. Normální musí být sérová hladina sodíku, draslíku, chlóru, magnézie. Vyšetřit je třeba chemicky moč a močový sediment. K základnímu laboratornímu vyšetření patří také vyšetření sérových lipidů, TSH a glykemie.

Ze zobrazovacích metod je první volbou abnormální **ultrasonografie**. Druhým nezbytným vyšetřením je **gastroduodenoskopie**.

Zejména praktického lékaře zajímá, jak postupovat při vzniku dyspeptických obtíží. Kdy provést gastrokopii či jiná vyšetření. Navíc se udává, že nejvíce nemocných je s tak zvanou nevyšetřenou dyspepsií. Tyto otázky Římská klasifikace neřeší. Ona pouze říká, že když jsou u nemocného splněna příslušná kritéria, lze jeho stav označit jako poruchu funkční. Možná se to zdá málo, ale to je zatím jediný výsledek širokého konsenzu odborníků.

Ani předmětem tohoto článku nebylo jak postupovat u nemocných s projevy dyspepsie, jak načasovat jednotlivá vyšetření. Autor v těchto

otázkách odkazuje na Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře (11).

Některé okolnosti hodné pozornosti při diagnostice FD

1. Je známou klinickou zkušeností, že symptomatologie FD se často překrývá s funkčními poruchami jícnu (v Rome III kategorie A) a nebo s funkčními poruchami střevními (v Rome III kategorie C). Jde zejména o pálení žáhy, nadýmání a příznaky dráždivého tračníku, ať s prevalencí zácpy či průjmu. Ani jeden s příznaků nepatří mezi typické příznaky FD. Na druhé straně Corsetti uvádí 54% koexistenci FD a dráždivého tračníku. Hovoří se někdy o „overlap syndrome“. Jindy choroba začíná jako FD a po letech může přecházet do obrazu dráždivého tračníku (12, 13).
2. Jiná situace je v případě pálení žáhy. Pyróza je kardinálním příznakem GERD, tedy onemocnění organického původu. Jestliže akceptujeme existenci mikroskopické esofagitidy, pak je sporné, zda vůbec existuje funkční pyróa. Podle některých studií více než 70 % nemocných udává pálení žáhy v souvislosti s FD. Podle Rome III se v takových případech doporučuje podat PPI. Pokud dojde k vymizení pyrózy i funkčních dyspeptických obtíží, nejednalo se o FD. Naopak, pokud vymizí jen pyróa a je vyloučena GERD, jde o překrytí funkční poruchy jícnu a FD (14).
3. Třetí diskutovanou otázkou je pozitivita H. pylori. Podle Rome III je eradikace H. pylori zařazena do diagnostického a léčebného algoritmu FD, nicméně je třeba s nemocným riziko/benefit eradikace diskutovat. U nemocných se syndromem epigastrické bolesti (B1b) může eradikace být efektivní. U nás se touto problematikou zabývají pracovníci v Hradci Králové. V publikovaných pracích neprokázali rozdíl v prevalenci infekce H. pylori mezi osobami s dyspepsií a bez ní, a to ani při dlouhodobém sledování. Rovněž kvalita života nemocných s FD s infekcí H. pylori a bez ní nebyla rozdílná (15, 16).

Léčba funkční dyspepsie

V medicíně platí, že nejhůře se léčí takové stavy, u kterých nejenže není známá etiologie a patogeneze, ale u kterých je normální objektivní nález a normální jsou nálezy při vyšetřeních laboratorních, funkčních a zobrazovacích. K takovým stavům patří také FD. Diagnóza se pak opírá o anamnestické údaje a popis subjektiv-

ních potíží. Navíc v případě FD je třeba, aby potíže trvaly alespoň 3 měsíce, nemusí být sice souvislé, ale se začátkem nejméně před 6 měsíci. V praxi to tedy znamená, že nemocný obvykle již prodělal řadu vyšetření, která příčinu obtíží neodhalila, a že také byl již různým způsobem léčen. Lékař, který nemocného s FD do své péče přebírá nebo již v péči má, je postaven před složitý, a jak již začátkem minulého století prof. Thomayer napsal, často nevděčný úkol.

Obecně lze léčbu FD dělit na léčbu nefarmakologickou a farmakologickou.

Nefarmakologická léčba FD

Měla by předcházet léčbě farmakologické. Rozhovor s nemocným musí být pečlivý a důkladný, a to nejen ten první, ale všechny další, a to i přesto, že nemocný uvádí stále stejné obtíže a opakovaně se táže na to stále stejné. Lékařova empatie je důležitou součástí léčby. Nemocným je třeba vysvětlit a opakovaně vysvětlovat princip choroby, a to i těm, o jejichž inteligenci nelze jinak vůbec pochybovat. Navíc, funkční poruchy nezbavují nemocného rizika onemocnění chorobou organickou. Celá psychoterapie se může zhroutit, když se přenesou informace, že jiný pacient, rovněž léčený pro FD, onemocněl například rakovinou žaludku.

Dietě u FD někteří kladou velký význam, jiní ji považují za málo důležitou. Pozor je třeba dát na potravinovou alergii (17). Pokud nejde o jednoznačně „škodlivou“ dietu, nemocného neomezujeme, i když to někdy může být na úkor medicínského rozumu. Nicméně to nesmí být důvodem pejorativního přístupu k pacientovi.

Farmakologická léčba FD

Můžeme ji rozdělit do následujících forem, které se ale v praxi kombinují a prolínají:

- léčba bolesti
- léčba dyspepsie
- léčba psychické tenze, event. deprese
- psychoterapie včetně hypnózy

Nemocného je třeba zbavit dyspeptických obtíží, hlavně epigastrické bolesti. Podáváme proto **spazmolytika** s upřednostněním spazmolytik muskulotropním a/nebo parasympatolytik s kvarterním dusíkem. Podáváme je 2–3 týdny nebo i delší dobu do vymizení nebo podstatného ústupu epigastrické bolesti.

Účinnost léků se může i u stejného nemocného měnit, a proto je vhodné spazmolytika střídát. Druhou skupinou léků u dráždivého žaludku jsou **inhibitory žluďeční sekrece**. Etiologický vztah mezi sekrecí kyseliny chlorovodíkové a funkční dyspepsií sice nebyl prokázán, nicméně její inhibice je často úspěšným léčebným zásahem. Podáváme spíše antagonisty H₂ receptorů, tj. ranitidin (2krát denně 150 mg nebo 1krát denně 300 mg) nebo famotidin (2krát 20 mg nebo 1krát 40 mg) po dobu 1 měsíce. Pokud léčba není efektivní, nepokračujeme v ní. Když se rozhodneme pro léčbu PPI, pak v menší denní dávce než v případě vředové choroby. Pokud léčba inhibitory sekrece kyseliny chlorovodíkové je efektivní a po jejím vysazení dojde k znovu vzplanutí obtíží, o FD se s největší pravděpodobností nejedná. Daleko svízelnější než u dráždivého žaludku je léčba u chabého žaludku (podle Rome III typ B1a). Spazmolytika jsou většinou bez efektu, nebo dokonce obtíže zhoršují. To stejné platí i o inhibitory žluďeční sekrece. Podáváme **prokinetika**, obvykle 2–3krát denně, dlouhodobě.

Psychofarmaka nepodáváme každému nemocnému. Je třeba odlišit, zda nemocný trpí anxiózními stavy nebo má zatím třeba jen lehkou, larvovanou formu deprese. Anxiolytika benzodiazepinové řady, nejčastěji užívaná, většinou nemají antidepresivní účinek. U deprese podáváme tricyklická antidepresiva. Na druhé straně antidepresiva III. generace – SSRI mohou zhoršovat dyspeptické obtíže. Z neuroleptik se FD osvědčil sulpirid v dávce 50–100 mg/den, který navíc zmírňuje nebo úplně eliminuje dyspeptické obtíže. Nicméně, podle zkušeností autora je účinnější u dráždivého tračníku. Eradikace infekce *H. pylori* je indikací nejistou a nemocný musí být před jejím provedením seznámen s rizikem a benefitem.

Psychoterapie je důležitá, musí se ale umět a lékař také musí odhalit event. depresi, zejména endogenní. Proto je tak naléhavá spolupráce s psychologem nebo psychiatrem. Pokud se ale potvrdí diagnóza FD, nemocný by měl zůstat v péči praktického lékaře nebo gastroenterologa (18).

Co se týká léčby FD hypnózou, u nás nejsou vůbec žádné zkušenosti, ačkoliv např. v Anglii se u těžkých forem dráždivého tračníku s úspěchem užívá (19).

Literatura

1. Thomayer J. Pathologie a terapie nemocí vnitřních; Buršík&Kohout 1921, Praha 820–825.
2. Mařatka Z. In.: Lukáš K, a spol. Funkční poruchy trávicího traktu. Grada: Praha 2003.
3. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006; 130, 1377–1390.
4. Rome HP, Brannick TL. Psychiatric Aspects of Gastrointestinal Function and Disease. Orientation and Mechanism of Functional Disorders. In Bockus HL. ed. *Gastroenterology*; WB. Saunders Company Philadelphia & London; Sec. Ed. 1965: 1079–1118.
5. Manning AP, et al. *BMJ* 1978; 653–654.
6. Torsolia A, et al. The WTR's, the Delphic oracle and the Roma conclaves. *Gastroenterol int* 1991; 4: 44–45.
7. Dalkey N, Brown B, Cochran S. The Delphi Method III. Use of self-rating to improve group estimates (RM-6115-PR). Santa Monica, California, Rand Corporation, June 1969.
8. Drossman DA, et al. The Functional Gastrointestinal Disorders, Diagnosis, Pathology, and Treatment; Little Brown and Comp. Boston; 1994.
9. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al. Rome II: A multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 80(Suppl II): 81.
10. Tack J, Halley NJ, et al. Functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1466–1479.
11. Seifert B. Přístup k pacientovi s dyspepsií v ordinaci praktického lékaře. In *Gastroenterology* 2012; 7–10; <http://www.svl.cz>.
12. 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.
13. Cremonino F, Talley NJ. 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.
14. Pueri DA, Kováč 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.
15. Rejchrt S, a spol. Delta values of the 13C-urea breath test in *Helicobacter pylori* positive persons with and without dyspepsia. *Folia Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 105–110.
16. Bureš J, Kopáčková M, Rejchrt S. Pokles prevalence infekce *Helicobacter pylori* v České republice. *Čas Lék čes* 2008; 147: 255–257.
17. Entnerová K, Kohout P. Funkční poruchy a alergie. In Lukáš K a spol. Praha: Grada 2003: 164–173.
18. Honzák R. Pohled psychiatra na funkční poruchy trávicího traktu. In Lukáš K, a spol: Funkční poruchy trávicího traktu. Praha: Grada 2003: 174–192.
19. Kratochvíl S. Gastrointestinální poruchy. In. Kratochvíl S. Klinická hypnóza. 2001; Praha: Grada 186–192.

Článek přijat redakcí: 12. 12. 2012

Článek přijat k publikaci: 30. 1. 2013

prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc.

II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická LF UP a FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
ehrmanj@fnol.cz

