

REPETITORIUM ODBORNÉ ČLÁNKY

GASTROENTEROLOGIE



- Anatomie GIT
- Histologie sliznic
- Protonová pumpa
- Helicobacter pylori
- Stresový faktor
- Etiopatogeneze
- Jiná etiologie
- Peptický vřed
- NSAID gastroterapie
- Refluxní nemoc jícnu
- Komplikace
- Diagnostika
- Dif. diagnostika
- Obecná léčba
- Farmakoterapie
- HELICID
- Standard léčby**
- Prevence
- Vědecké studie
- Testové otázky
- Literatura
- Odkazy
- FAQ

Standard léčby

Standard léčebného plánu Dyspepsie horního typu ve všeobecné praxi

A. Identifikační údaje

Kód:	CLK007 LP	
Autor:	MUDr. Bohumil Seifert, MUDr. Eva Charvátová	
Editor:	MUDr. Miloš Suchý	
Oponent:	Doc. MUDr. Jan Bureš, CSc, MUDr. Aleš Hep, CSc, MUDr. Jiří Dolina	
Koordinátor:	MUDr. Aleš Bourek	
Verze provedení:	20..12.1998 - 1. Autorská verze předkládaná řešitelům grantu ČLK (IGA Mzd. 5066-1)	
Za zpracování a další aktualizaci doporučeného postupu odpovídá:	Česká lékařská komora, MUDr. Bohumil Seifert Pracovní skupina pro gastroenterologii v primární péči Sekretariát Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP	
Autorská doména:	Česká lékařská komora	
Kdo péči poskytuje	Praktický lékař, gastroenterolog	
Odbornosti (dle číselníku VZP)	001, 105	
Komu je péče poskytována	Pacienti se známkami dyspepsie horní části trávicího traktu	
Poznámka:	Standard není v konečné verzi a bude upravován na základě připomínek dalších odborníků a Národní rady pro medicínské standardy. Konsensus nad konečným zněním standardu se očekává do konce roku 1999.	

- **B. VĚCNÝ RÁMEC STANDARDU**
 - **C. PROCES PÉČE**
 - **D. VÝSLEDKY - KRITERIA A INDIKÁTORY KVALITY PÉČE**
 - **E. ODKAZY NA LITERATURU**
-

B. Věcný rámec standardu

B1. Vymezení věcného rámce standardu

Použité pojmy a zkratky:

Hp - Helicobacter Pylori (vysvětlení viz. text)

PPI - Inhibitory protonové pumpy

ELISA - laboratorní metoda

antagonisté H₂R - antagonisté vodíkových receptorů

UBT - dechový test s ureou značenou izotopem uhlíku

Definice problému (onemocnění):

Vymezení dyspepsie horního typu

Toto doporučení vychází z definice používané Evropskou skupinou pro gastroenterologii v primární péči, kde je dyspepsie chápána jako stálá nebo opakující se bolest nebo nepohoda, pociťovaná v epigastriu. Může se projevovat dalšími obtížemi se vztahem k horní části zažívací trubice, jako je pocit předčasné sytosti, pocit plnosti po jídle, nauzea, zvracení, nechutenství, říhání, nadýmání. Tento soubor příznaků odpovídá popisu žaludeční dyspepsie v domácí odborné literatuře. Dyspepsií dále v textu je tedy míněna dyspepsie horního typu.

Klasifikace onemocnění:

- Dyspepsie dosud nevyšetřená (R10.1,R11,R12,R14)
 - u pacienta nad 45 let a/nebo provázená alarmujícími příznaky
 - u pacienta do 45 let věku, bez alarmujících příznaků
- Dyspepsie druhotná, kdy jsou obtíže vyvolány celkovým onemocněním mimo zažívací trubici, např. nastupující virózou, zápalem plic, srdečním, nádorovým onemocněním, atd.
- Dyspepsie organická, při níž jsou obtíže způsobeny organickým onemocněním, např. žaludečním nebo duodenálním vředem, nemocemi jícnu, rakovinou žaludku. (K20 - K31)

Dyspepsie jako důsledek užívání léků, zejména nesteroidních antirevmatik

- **Dyspepsie funkční**, o které hovoříme, jestliže obtíže trvají déle než 3 měsíce a vyšetřením nebyla zjištěna organická příčina (K30).

B2. Epidemiologické charakteristiky onemocnění

Prevalence

Pacienti trpící obtížemi se vztahem k horní části zažívací trubice častěji než ostatní navštěvují lékaře a tvoří podle literárních údajů okolo 5-20% ze všech pacientů přicházejících do ordinace praktického lékaře. Také pracovní neschopnost těchto nemocných je častější.

Evropské studie udávají prevalenci dyspeptických obtíží horního typu 19-41% v populaci. Jen méně než polovina z těchto pacientů navštíví pro tyto obtíže během svého života lékaře. Vztah pacienta k jeho obtížím je proto stejně důležitý jako obtíže samotné.

Pro Českou republiku nemáme k dispozici průkazná data o prevalenci dyspepsie.

Vyšetřování všech pacientů s dyspepsií specialisty není ani odborně zdůvodnitelné ani ekonomicky možné.

Existuje tedy dobrý důvod pro vytvoření doporučení pro přístup ve všeobecné praxi s vědomím, že dyspeptický pacient bude vždy vyžadovat individuální přístup lékaře v každé klinické situaci.

B3. Kvalifikační předpoklady

Instituce: odpovídá podmínkám provozování ordinace praktického lékaře

Odborný personál: splnění podmínek výkonu povolání v rámci odbornosti praktický lékař

Stavby, technologie a zdravotnická technika: vybavení ordinace praktického lékaře

Jiné předpoklady: v případě spolupráce se specialistou - gastroenterologem, nebo v případě indikace endoskopie nebo RDG vyšetření nutno splnit podmínky umožňující provozování těchto činností

C. Proces péče

Viz. vývojový diagram (VD)

Anamnéza a příčiny dyspeptických obtíží

Dyspeptické obtíže horního typu mohou provázet organické choroby jícnu, žaludku a duodena, onemocnění žlučníku, žlučových cest a slinivky břišní (viz TAB 2). Dyspeptické obtíže mohou být také způsobeny užíváním některých léků, nejčastěji při léčbě nesteroidními antirevmatiky. Dyspeptické obtíže mohou také být vyvolány celkovým onemocněním mimo zažívací ústrojí. U většiny pacientů (60-70%) se ale vyšetřením jasná příčina nezjistí.

Tabulka 1 - alarmující příznaky provázející dyspepsii [1]

nevysvětlitelný úbytek hmotnosti
úporné zvracení
hemateméza
meléna
neobjasněná hypochromní anemie
dysfagie
resistence v epigastriu
silná bolest v epigastriu
náhle vzniklá dyspepsie u pacienta nad 45 let
obtíže u pacienta po operaci žaludku nebo s anamnézou žaludečního vředu

Pacienti s dyspepsií, provázenou alarmujícími příznaky (viz TAB 1), kterých je v praxi 10%, jsou indikováni k odeslání do specializované péče ambulantní nebo ústavní.

Na vzniku funkční dyspepsie se mohou podílet i jiné faktory jako nižší sociální postavení, stres, obava z vážné nemoci nebo sklon k neuróze. Psychoterapie může obtíže zlepšit.

Funkční dyspepsie horního typu bývá pro potřeby praxe rozdělována do klinických podskupin na základě hlavních příznaků :

dyspepsie se symptomy vředové choroby (ulcer-like),

- dyspepsie se symptomy poruchy motility žaludku (dysmotility-like),
- dyspepsie se symptomy refluxní choroby - pálení za hrudní kostí, regurgitace (reflux-like),
- dyspepsie s nespecifickými obtížemi,

Tento koncept má ale jen omezený význam pro přístup k pacientům ve všeobecné praxi.

Studie ukazují, že na základě příznaků lze obtížně rozlišit mezi vředovou chorobou a funkční dyspepsií. Empirická léčba léky potlačujícími aciditu nebo prokinetiky u všech dyspeptických pacientů bude znamenat neadekvátní terapii pro pacienty s peptickou chorobou.

Skupina nemocných, u kterých dominuje retrosternální pálení a kyselá regurgitace

nad ostatními dyspeptickými příznaky je jasněji klinicky vymezena. Ale i v této skupině mívá 10% pacientů peptický vřed.

Rozdělování pacientů s dyspepsií do podskupin podle vedoucích příznaků tedy není klíčem k empirické léčbě dyspepsie.

Tabulka 2 - diferenciální diagnostika dyspeptických obtíží
• refluxní choroba jícnu
• rakovina jícnu
• gastritida, duodenitida (včetně Hp+, při užívání nesteroidních antirevmatik)
• vředová choroba žaludku a duodena, včetně bulbitidy
• rakovina žaludku
• onemocnění žlučníku a žlučových cest: záněty, lithiáza, nádory
• onemocnění slinivky břišní: záněty, nádory
• onemocnění jater: záněty, nádory, cirhóza
• onemocnění střev (Crohnova choroba)
• potravinová alergie zažívacího traktu
• dysmikrobie, parazitózy

C2. Vlastní proces péče

Diagnostika - základní vyšetření

Vyšetření k vyloučení organické příčiny dyspepsie indikovaná praktickým lékařem

Anamnéza k vyloučení extragastrointestinální etiologie obtíží, alarmujících příznaků a okolností zvyšujících riziko, jako je užívání nesteroidních antirevmatik

- Fyzikální vyšetření, včetně vyšetření per rectum
- Základní laboratorní vyšetření, pokud nebylo provedeno v poslední době: KO+dif, FW, urea, kreatinin, glykémie, bilirubin, ALT, AST, GMT, ALP, amyláza v séru a v moči, moč a sediment.
- Další vyšetření indikovaná praktickým lékařem v pořadí podle klinické situace
- Ultrasonografie celého břicha
- Serologie Hp (event. UBT), pokud není indikována endoskopie
- Endoskopie horní části zažívací trubice
- Gynekologické vyšetření u žen

Vyšetření indikovaná výhradně specialistou:

např. radionuklidové vyšetření pasáže žaludkem, dynamická cholescintigrafie, stanovení zevní pankreatické sekrece, 24hodinová pH-metrie, motilitometrie apod.

Další vyšetření:

Indikace k endoskopii horní části zažívací trubice [2]

Metodou volby pro spolehlivé stanovení diagnózy ezofagitidy, vředové choroby žaludku a duodena včetně neoplazií je jednoznačně vyšetření endoskopické. Existují důkazy o tom, že i endoskopické vyšetření bez organického nálezu vede kromě uklidnění pacienta k racionalizaci preskripce, ke snížení počtu návštěv u lékaře a počtu hospitalizací.

Zároveň ale epidemiologická data ukazují, že v mladších věkových skupinách je výskyt rakoviny žaludku vzácný. Mnohé příznaky rakoviny žaludku jsou charakteristické a alarmují vyšetřujícího lékaře. Riziko nepoznání rakoviny žaludku u pacientů s dyspepsií bez alarmujících příznaků ve věku do 45 let, bez provedené endoskopie je tedy velmi nízké.

Provedení endoskopie

Pokud je pacient indikován k provedení endoskopického vyšetření (indikace viz TAB 3), měl by být svým praktickým lékařem správně motivován, poučen a připraven. Pacient nemá 6 hodin před plánovaným výkonem jíst a pít a neměl by přijet vlastním vozem. Vlastní výkon se provádí v poloze na levém boku a trvá obvykle jen několik minut. Vyšetření je nebolestivé. Zavedení endoskopické sondy je usnadněno aplikací spasmolytika, sedativa a lokálního anestetika. Znečitlivění přetrvává asi hodinu.

Tabulka 3: indikace k endoskopii
Indikováni jsou:
Pacient s dyspepsií horního typu provázenou alarmujícími příznaky (viz. TAB.1)
Pacient ve věku nad 45 let s nově vzniklými nebo změněnými příznaky dyspepsie
Pacient pod 45 let
- s rekurentní dyspepsií, která nereaguje na symptomatickou léčbu
- s dyspepsií a dalšími rizikovými faktory jako je užívání nesteroidních antirevmatik
- s dyspepsií, pozitivní při serologickém testování na infekci Hp
Indikováni nejsou:
Pacient s prokázaným duodenálním vředem, který reaguje na symptomatickou léčbu
Asymptomatický pacient
Pacient, který absolvoval endoskopii pro stejné obtíže v nedávné době

Indikace pro RTG vyšetření žaludku (TAB 4) [7]

RTG vyšetření žaludku přináší radiační zátěž, ale nepřináší s sebou malé riziko komplikací endoskopie (viz. kapitola D - odstavec "Rizika"). RTG vyšetření neumožňuje odebrání biopsie a provedení přímého ureázového testu, zjištění peptických lézí malých rozměrů, eroze a bulbitidy. Podezření na nádor, stenózu nebo žaludeční vřed při RTG vyšetření vyžaduje následnou endoskopii.

Tabulka 4: Indikace pro RTG vyšetření žaludku

Pacienti, u kterých je endoskopie kontraindikována, nebo je technicky neproveditelná
--

Pacienti, kteří i přes vysvětlení odmítají endoskopické vyšetření

Helicobacter pylori a jeho vztah k dyspepsii [4]

Význam infekce Helicobacter pylori (Hp)

V naší populaci se odhaduje prevalence infekce Hp 30-55%, podle některých autorů až 80% v asymptomatické populaci. Studie, u kterých lze předpokládat zjištění validních dat pro Českou republiku, jsou v současné době prováděny.

Prevalence infekce Hp v populaci roste s věkem, což je vysvětlováno infekcí získanou ve vyšších věkových skupinách za horších sociálních podmínek v dětství. Někteří lidé mohou získat infekci i v dospělosti. Reinfekce po eradikaci je spíše vzácná.

Existují důkazy o důležité roli infekce Helicobacter pylori v etiopatogenezi peptického vředu. U 90-95% pacientů s duodenálním vředem a u 60-80% pacientů s žaludečním vředem zjišťujeme pozitivitu Hp infekce. Eradikace infekce Hp jednoznačně snižuje počet relapsů a riziko krvácení.

Helicobacter pylori je hodnocen jako kancerogen I.třídy. Není ale dostatek důkazů o tom, že eradikace Hp snižuje riziko rakoviny žaludku.

Prevalence infekce Hp u pacientů s ezofagitidou nevykazuje žádný rozdíl proti zdravé populaci. Infekce Hp pravděpodobně nehraje roli v etiopatogenezi ezofagitidy.

Není jasné, zda infekce Hp má podíl na patogenezi funkční dyspepsie. Přestože podle některých studií část dyspeptických pacientů profituje z léčby Hp, nejsou dostatečné důkazy na podporu testování a eradikace Hp u této skupiny pacientů.

Je zkoumán vztah Hp k ischemické chorobě srdeční.

Diagnostika Hp

V diagnostice infekce Helicobacter pylori jsou používány testy invazivní, vyžadující endoskopii (rychlý ureázový test, histologické vyšetření bioptického materiálu a kultivace), a testy neinvazivní (dechový test se značenou ureou a serologie).

Za zlatý standard pro diagnostiku Hp je ve světě považován dechový test s ureou značenou izotopem uhlíku ¹³C. Tento test je u nás dostupný jen na vybraných pracovištích a pro potřebu všeobecné praxe v současné době prakticky nedostupný. Lze ale předpokládat, že v krátké době se jeho dostupnost zvýší a bude hrazen ze všeobecného zdravotního pojištění. Je metodou volby k potvrzení úspěšnosti eradikační léčby.

Serologické vyšetření protilátek proti Hp laboratorní metodou ELISA je běžně dostupné, neinvazivní, citlivé, specifické a relativně levné. Je vhodné jako metoda screeningová a metoda pro testování pacientů s nealarmujícími déletrvajících obtížemi. Existují i serologické testy k provádění přímo v ordinaci ("office-based tests"), na bázi enzymatické imunoeseje nebo aglutinace. Přinášejí rychlou informaci lékařů, ale mají nižší senzitivitu než standardní testy laboratorní a pro široké použití vyžadují další ověřování.

Validita serologického vyšetření musí být ještě u nás zhodnocena ve vztahu k prevalenci infekce Hp a ve vztahu k antigenním vlastnostem jednotlivých kmenů Hp.

Metoda není vhodná pro ověřování úspěšnosti eradikace.

Platí, že testování nemá smysl, pokud by nebyla v případě positivity indikována eradikační terapie. Není tak doporučeno testování pacientů s vyšetřenou funkční dyspepsií, rodinných příslušníků Hp-positivních pacientů nebo asymptomatických jedinců.

Sporné je testování a eradikace na výslovnou žádost pacientů v těchto případech, např. byla-li v příbuzenstvu rakovina žaludku.

Eradikační léčba [5]

Eradikační léčba musí být efektivní, bezpečná a co nejjednodušší pro pacienta. Je třeba počítat s možnými nežádoucími účinky. Lékař musí proto pacientovi podat vysvětlení a informovat ho o předpokládaném užítku i možných komplikacích léčby.

Současná doporučení preferují 7-denní léčebný režim za užití inhibitoru protonové pumpy (PPI) a kombinace dvou antibiotik:

PPI 2 x 20mg + Clarithromycin 2 x 500mg + Amoxicilin 2 x 1000mg
Nebo
PPI 2 x 20mg + Clarithromycin 2 x 500mg + Metronidazol 2 x 500mg
Nebo
PPI 2 x 20 mg + Amoxicilin 2 x 1000mg + Metronidazol 2 x 500mg

Přestože role Hp v etiopatogenezi peptického vředu je dnes jasná a eradikace Hp se jeví jako léčba kauzální, podle literárních údajů u 30% pacientů příznaky perzistují i po úspěšné eradikaci.

Helicobacter pylori vytváří resistenci na běžně používaná ATB včetně nitroimidazolových a makrolidových preparátů.

Amoxicilin je dobře snášený, prakticky bez resistance Hp. V případě alergie na PNC je třeba ho z trojkombinace vyloučit. Na Claritromycin je resistantních 1-2% Hp v České republice. V ostatních evropských zemích je míra resistance vyšší, od 5 do 12%. Metronidazol resistantních kmenů Hp je okolo 30%. K zajištění efektivní empirické léčby je třeba sledovat stav resistance na Metronidazol a Clarithromycin v antibiotických střediscích a v aktuální literatuře. V současné době může praktický lékař předepisovat eradikační léčbu na doporučení gastroenterologa.

Léčba - (principy léčby dyspeptických obtíží horního typu) [6]

Role životosprávy a dietních opatření

Význam diety byl dříve neúměrně zdůrazňován, dnes je jí v mezinárodních doporučeních věnována minimální pozornost. Některým pacientům s dyspepsií může i přes zavedenou terapii obtíže zhoršovat kouření, káva, alkohol a silný čaj. U nemocných se sklonem ke krvácení se nedoporučují kořeněná jídla. Medikaci, zejména nesteroidními antirevmatiky, kyselinou acetylosalicylovou případně kortikoidy, je třeba upravit s ohledem na možný ulcerogenní efekt.

U pacientů s regurgitací a pyrózou se kromě výše uvedeného doporučuje snížit hmotnost, jíst v častějších a menších porcích, omezit tučná jídla, nejíst před ulehnutím, omezit předklony a zvedání břemen. Některé léky jako beta-blokátory a anticholinergika ovlivňují relaxaci dolního jícnového svěrače a je tedy lépe je u této skupiny pacientů nepodávat.

Medikamentózní léčba

Antacida mohou příznivě ovlivnit některé symptomy dyspepsie, zvláště na začátku léčby. Antacida by měla být podávána s nejméně dvouhodinovým odstupem od jiných léků, včetně antagonistů H₂R, vzhledem k ovlivnění jejich resorpce.

Anticholinergika, parasymptolytika

Léčba léky této skupiny u pacientů s peptickým vředem je považována za obsolentní s výjimkou pirenzepinu. V některých případech, jako je biliární dyspepsie, mohou být použita epizodicky.

Antagonisté H₂ receptorů

H₂R antagonisté vysoce selektivně inhibují působení histaminu na H₂ receptory. Jedna denní dávka léku má klinicky stejný efekt jako dávkování rozložené. Léčba je pro pacienta jednoduchá, bezpečná, efektivní a relativně levná. Neovlivňuje však patogenezi choroby, pokud je způsobena infekcí *Helicobacter pylori*, a neřeší hlavní problém peptických vředů - tendenci k recidivám.

Inhibitory protonové pumpy (PPI)

Jsou nejefektivnějšími inhibitory kyselé žaludeční sekrece, a to nezávisle na druhu stimulace. PPI jsou dobře tolerovány a nežádoucí účinky se u nich vyskytují ve stejné míře jako u H₂ antagonistů. Ani při použití léků této skupiny není sníženo riziko recidiv peptického vředu po skončené léčbě. V kombinaci s antibiotiky prokazatelně eradikují infekci Hp.

Některé studie a názory ukazují na rizika dlouhodobé léčby PPI, například vznik refluxní ezofagitidy, a proto její indikace a sledování pacienta patří specialistovi.

Cena PPI je relativně vysoká a její indikace je u nás v současné době vázána na doporučení specialisty.

Ostatní léky používané v terapii vředové choroby jako sukralfát, bizmutové preparáty, analoga prostaglandinů a jiné, by neměly být podávány praktickým lékařem v souvislosti s dyspepsií.

Léky ovlivňující motilitu žaludku - prokinetika

Tato skupina léků ovlivňuje symptomy způsobené poruchou motility žaludku. Praktický lékař může s jejich pomocí zvládnout symptomaticky epizodu dyspepsie. Pacienti dlouhodobě užívající prokinetika by měli být kontrolováni specialistou.

Choleretika a pankreatické enzymy

Léky této skupiny jsou používány při dyspepsiích biliární etiologie a při pankreatické insuficienci.

Psychologický přístup k nemocnému

Jak bylo již uvedeno, psychogenní složka může hrát roli při vzniku, trvání i vnímání dyspeptických obtíží pacientem. Praktický lékař se svou znalostí pacienta a jeho prostředí může rozebrat okolnosti vzniku obtíží a pomoci citlivým přístupem sám, případně indikovat psychoterapii. Pacientovi je třeba vysvětlit postup k vyloučení organické příčiny, v případě zbytečných obav pacienta uklidnit a společně hledat další léčebnou strategii.

Přístup k pacientovi s dyspeptickými obtížemi v různých klinických situacích

Dyspeptický pacient s alarmujícími příznaky [1]

Pacient prezentující příznaky uvedené v TAB 1, je indikován k vyšetření u specialisty. Praktický lékař se rozhoduje na základě klinické situace, zda toto

vyšetření je neodkladné, v ústavním zařízení, nebo může být provedeno u ambulantního specialisty.

Endoskopické vyšetření by v tom případě mělo být provedeno nejpozději do 10 dnů.

Stejný postup platí pro pacienty starší 45 let, kteří sice nemusí mít alarmující příznaky, ale u kterých nově vznikly dyspeptické symptomy nebo došlo k jejich změně.

Pacient s dyspepsií, dosud nevyšetřený [3]

Pacientovi, který neudává alarmující obtíže, doporučíme úpravu životosprávy event. navrhneme symptomatickou terapii antisekreční (H₂R antagonisté), případně léky ovlivňující žaludeční motilitu (prokinetika) na 2-4 týdny. Dle literárních údajů se u 30% pacientů stav upraví a nevyžaduje další léčbu.

Přetrvávající obtíže jsou důvodem ke zhodnocení klinické situace a zvážení:

správnosti pracovní diagnózy

- změny symptomatické terapie
- dalšího vyšetření
- indikace k endoskopii
- serologického vyšetření Hp

V případě positivity serologie Hp je doporučena endoskopie. Eradikace Hp u této skupiny pacientů by přinesla profit prokazatelně jen pro část pacientů s peptickým vředem (10%), profit ostatních není podložen důkazy.

Pacient s dyspepsií, vyšetřený specialistou

Praktický lékař vede symptomatickou terapii tohoto pacienta a hodnotí při každé návštěvě jeho klinický stav, zejména přítomnost alarmujících příznaků, změny v symptomatologii a případné nežádoucí účinky léků. Rutinní testování Hp a eradikace nejsou doporučeny. U některých pacientů může dojít po eradikaci ke zlepšení. Většina literárních zdrojů ale tento postup nedoporučuje.

Pacient s diagnostikovaným duodenálním vředem

Může se jednat o pacienta s čerstvě zjištěným duodenálním vředem nebo o pacienta s dříve diagnostikovaným duodenálním vředem, který má obtíže nebo vyžaduje dlouhodobou antisekreční terapii.

Praktický lékař předepisuje symptomatickou terapii a průběžně hodnotí jeho klinický stav.

Pacient je indikován k eradikační terapii bez předchozího Hp testování.

Pacient s žaludečním vředem

Může se jednat o pacienta s nově diagnostikovaným žaludečním vředem nebo o pacienta s dříve diagnostikovaným žaludečním vředem, který má obtíže nebo vyžaduje dlouhodobou antisekreční terapii.

Pacient by měl být sledován specialistou včetně indikace kontrolních endoskopií.

Je indikován k testování Hp a k eradikační terapii pokud je shledán pozitivním.

Asymptomatický pacient s peptickým vředem v anamnéze

Pacient s peptickým vředem v anamnéze, který je bez obtíží a jehož stav nevyžaduje dlouhodobou antisekreční léčbu, nemusí být vyšetřován na Hp a léčen.

Rutinní potvrzování úspěšnosti eradikace není vyžadováno. Je indikované u pacientů s anamnézou komplikovaných vředů (krváčení, perforace) a u pacientů s žaludečním vředem. Provádí se při endoskopii nebo ureázovým dechovým testem.

Pacient s rekurentní dyspepsií po Hp eradikační terapii

Reinfekce u dospělých není běžná.

Pacienti s přetrvávajícími dyspeptickými obtížemi po eradikační terapii by měli být k dalšímu vyšetření odesláni ke specialistovi.

Posudková problematika

Pracovní neschopnost u většiny pacientů s dyspepsií horního typu je nutno posuzovat individuálně. Dyspepsie bez alarmujících známek nevyžaduje pracovní neschopnost, pokud práce není příliš stresující, fyzicky náročná nebo ve směnném provozu. Délka pracovní neschopnosti závisí na tíži klinických příznaků pacienta, charakteru práce a také na jeho vztahu ke vlastním obtížím.

Mezioborová spolupráce

Péče o pacienty s dyspepsií vyžaduje nezbytně spolupráci gastroenterologů a praktických lékařů. S výhodou je možné využít současnou síť gastroenterologických pracovišť a relativně dobrou dostupnost endoskopického vyšetření. Smyslem tohoto doporučení není omezit přístup k endoskopii a ke specialistům. Vzhledem k výše uvedené prevalenci dyspepsie v populaci je však určitá dělba práce mezi uvedenými odborníky nezbytná.

Očekáváme dodatek nebo úpravu tohoto doporučení pro přístup praktických lékařů pro děti a dorost vzhledem k rozdílnostem v epidemiologii infekce Hp a v příčinách dyspepsie u těchto věkových skupin.

Základním předpokladem je aktualizace informací a soustavné studium zúčastněných odborníků, což je i záměrem tohoto doporučení.

Praktický lékař se zabývá diagnostikou a léčbou pacientů s nekomplikovanými dyspeptickými obtížemi. Vybírá pacienty pro vyšetření u svého specialisty.

Specialista pak doporučuje u jednotlivých pacientů praktickému lékaři postupy uvedené v tomto materiálu.

Informace pacientům

Pacienti by měli mít přístup k obecným informacím o dyspepsii, její epidemiologii, symptomatologii, diagnostice a terapii, včetně problematiky Hp. Měli by vědět, co mohou očekávat od svého praktického lékaře a co od specialisty, co je obsahem některých vyšetření a jakou přípravu vyžadují. Od svého praktického lékaře by měli dostat plnou informaci o indikovaných léčebných režimech, očekávání jejich efektu a případných nežádoucích účinků.

C3. Podmínky ukončení procesu péče

Výstupní kritéria pacienta:

1. Zjištění a léčba základní choroby mimo zažívací ústrojí

2. Vymizení nebo významné snížení obtíží po vysazení nesteroidních antirevmatik
3. Vymizení nebo významné snížení obtíží po režimových opatřeních nebo po 2-4 týdenní symptomatické léčbě
4. Vymizení, nebo významné snížení symptomů po eradikaci infekce Hp u pacientů s peptickým vředem
5. Přetrvávající příznaky onemocnění bez progresu v případech nálezů žaludečního vředu nebo ezofagitidy, vedoucí k zavedení režimových opatření a symptomatické léčby (viz. VD, výstup [6])

D. Výsledky - kritéria a indikátory kvality péče

Část standardu	Kontrolní kritéria	Způsob kontroly
Podmínky zahájení péče	Kvalitně odebraná anamnéza, včasné rozpoznání alarmujících příznaků	Záznam v dokumentaci, časové prodlení mezi objevením alarmujících příznaků a realizací opatření dle doporučení
Proces	Vyšetření a terapie dle VD	Záznam v dokumentaci
Podmínky ukončení péče	Zhodnocení vývoje příznaků a posouzení kritérií remise onemocnění	Záznam v dokumentaci

Kritéria efektivity a možná rizika

Cíl doporučení

Cílem tohoto doporučení je zvýšit úroveň kvality péče o pacienta s dyspeptickými obtížemi, a to i ve smyslu efektivního využití vynakládaných prostředků a vytvoření podmínek pro efektivní mezioborovou spolupráci.

Zejména jde o:

- Vyhledávání pacientů s alarmujícími příznaky a jejich včasné předání do specializované péče.
- Eradikaci infekce Hp u všech pacientů, u kterých lze na základě uvedených důkazů očekávat zlepšení.

Ukazatelé pro sledování v praxi

- Poměr pacientů s peptickým vředem, s obtížemi nebo na antisekretoriální terapii, kteří absolvovali úspěšně eradikační terapii.
- Dlouhodobé sledování dyspeptických pacientů, efekt empirické léčby a poměr těch, u kterých byla prokázána v dalším průběhu organická příčina.
- Sledování spokojenosti pacientů a následné kvality života po léčebných opatřeních.
- Farmakoekonomické zhodnocení

Rizika

Výsledky některých zahraničních studií zaměřených na poměr nákladů a zisku podporují přístup s úvodní antihelikobakterovou léčbou u Hp pozitivních dyspeptických nevyšetřených pacientů. Tyto studie ovšem vychází z odlišných vstupů, např. vysoké ceny a omezené dostupnosti endoskopie, jiných cen léků a podobně, a tím nejsou plně využitelné v našich současných podmínkách.

Nezpochybnitelné je určité, i když nízké, riziko komplikací endoskopie (0,05%, u starší populace 0,1-0,5%).

Postup upřednostňující eradikaci u Hp+ pacientů přináší nárůst preskripce antibiotik, jejich vedlejších účinků (v 50% mírných, v 5% vyžadujících přerušeni terapie) a nárůst resistance. Zahraniční zkušenosti ukazují na riziko nadužívání inhibitorů protonové pumpy v primární péči u pacientů s nekomplikovanou dyspepsií.

Při dodržování postupu a indikací, uvedených v tomto doporučení, se uvedená rizika snižují. Doporučený postup nezvyšuje riziko z hlediska zanedbání ovlivnitelných vážných onemocnění horní části zažívacího traktu.

Závěr:

Současná evropská i světová doporučení pro přístup k dyspepsii svěřují velkou část této problematiky do rukou lékařů primární péče, a to včetně léčby infekce Hp. V našich podmínkách je překážkou preskripční omezení inhibitorů protonové pumpy a nedostupnost dechového testu se značenou ureou pro praktické lékaře. Na druhou stranu jsou u nás vyšší předpoklady pro využití mezioborové spolupráce a zvýšení kvality péče o pacienta s dyspepsií.

Chybí průkazná data o prevalenci dyspepsie a infekce Hp v naší populaci. Dlouhodobé sledování pacientů s dyspepsií může přinést zodpovězení některých otázek. Zde je prostor pro studie prováděné na úrovni primární péče.

Do budoucna předpokládáme aktualizaci stávajícího doporučení na základě nových dat o prevalenci dyspepsie a infekce Hp v České republice, nových poznatků o epidemiologii Hp, změnách resistance na antibiotika, dostupnosti dechového testu se značenou ureou a změně některých administrativních omezení.

E.Odkazy na literaturu

1. Agreus L. et al. Challenges in managing dyspepsia in general practice. *BMJ* 1997, 315 (7118): 1284-1288.
2. American Gastroenterological Association, Medical Position Statement. Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998, 114: 578-581
3. Blaser, M.J. Not all *Helicobacter pylori* strains are created equal: should all be eliminated? *Lancet* 1997, 349: 1020-1022
4. British Society of Gastroenterology : Dyspepsia Management Guidelines, 1996
5. Bureš J., *Helicobacter pylori*: Další souvislosti a perspektivy, Sborník přednášek II.kongresu ČLS JEP: Současné diagnostické a léčebné postupy v gastroenterologii, 1998.

6. Dítě P., Munzová H., Novotný I, Hep A. Relaps vředové nemoci dudoena za dva roky od zhojení vředové léze a redaikace Helicobacter pylori, Čes. a Slov. Gastroenterologie, 51, 1997, No.1, 3-6.
7. Duda M., Gryga A., Dlouhý M., Remlová E., Švach I. Chirurgie gastroduodenálního vředu v České republice. Praktický lékař 1997, Suppl.1, 19-21
8. European Helicobacter pylori Study Group, The Maastricht Consensus Report: Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infection. Gut 1997, 41: 8-13
9. Fixa B., Komárková O., Nožička Z. Eradikace Helicobacter pylori po týdenní léčbě omeprazolem, klarithromycinem a metronidazolem, Čes. a Slov. Gastroenterologie, 1998, r.52, č.1. 18-20
10. Fixa B., Komárková O. Současné principy a způsoby léčby infekce Helicobacter pylori. Literární přehled a vlastní zkušenosti. Česká a Slov. Gastroenterologie, 1997, r.51.
11. Megraud, F., Advantages and disadvantages of current diagnostic tests for the detection of Helicobacter pylori. Scand. J. Gastroenterology 1996, 215 (5): 57-62
12. Labenz, J. Malfertheiner, P. Helicobacter pylori in gastro-esophageal reflux disease: Causal agent, independent or protective factor. Gut 1997, 41: 277-280
13. Lee, J., O'Morain, C. Who should be treated for helicobacter pylori infection? A review of Consensus Conferences and Guidelines, Gastroenterology 1997, 113 (Suppl): S99-S106
14. Lind et al. The MACH 2 study: Optimal Helicobacter pylori therapy needs omeprazole and can be reliably assessed by urea breath test. Gastroenterology 1997, 112 (Suppl): A200
15. Lukáš K. Refluxní choroba ,Časopis lékařů českých, 136, 1997, No.11, 337-342
16. Mařatka Klinická gastroenterologie, Avicenum Praha 1988
17. Ofman J. J., Etchason J., Fullerton S., Kahn L., Soll H. Management Strategies for Helicobacter pylori - Seropositive Patients with Dyspepsia: Clinical and Sconomic Consequences. Ann Intern Med 1997, 126(4):280-291
18. Professional Advisory Panel (CRAG) and Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Helicobacter pylori eradication therapy in dyspeptic disease: a clinical guideline. 1996.
19. Talley, N.J. Hunt, R.H. What role does Helicobacter pylori play in dyspepsia and non-ulcer dyspepsia? Arguments for and against H.pylori being associated with dyspeptic symptoms. Gastroenterology 1997, 113: S67-S77