



# DOLNÍ DYSPEPTICKÝ SYNDROM

Doporučený diagnostický a léčebný postup  
pro všeobecné praktické lékaře.  
2007

**Autoři:**

Bohumil Seifert  
Karel Lukáš  
Eva Charvátová  
Tomáš Koudelka  
Jana Vojtíšková  
Jan Bureš  
Aleš Hep  
Václav Jirásek  
Petr Dítě

**Oponenti:**

Julius Špičák  
Karel Janík



**Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře**  
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10



**Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře**  
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

# DOLNÍ DYSPEPTICKÝ SYNDROM

Doporučený diagnostický a léčebný postup  
pro všeobecné praktické lékaře.  
2007

## **Autoři:**

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP  
prim. MUDr. Karel Lukáš, CSc., Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP  
MUDr. Eva Charvátová, Katedra všeobecného lékařství IPVZ  
MUDr. Tomáš Koudelka, praktický lékař, Žirovnice  
MUDr. Jana Vojtíšková, Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze  
prof. MUDr. Jan Bureš, CSc., Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP  
prof. MUDr. Aleš Hep, CSc., Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP  
doc. MUDr. Václav Jirásek, CSc., Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP  
prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc., Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

## **Oponenti:**

doc. MUDr. Julius Špičák, CSc., Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP  
MUDr. Karel Janík, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

## OBSAH

<b>1. ÚVOD</b> .....	1
<b>2. DEFINICE</b> .....	1
<b>3. EPIDEMIOLOGIE</b> .....	1
<b>4. ETIOLOGIE A PATOGENEZE</b> .....	1
<b>5. KLASIFIKACE</b> .....	
<b>5.1. Dyspepsie organická</b> .....	1
<b>5.2. Dyspepsie sekundární</b> .....	2
<b>5.3. Dyspepsie funkční (střevní funkční poruchy, funkční kolopatie)</b> .....	2
5.3.1. Dráždivý tračník .....	2
5.3.2. Funkční průjem .....	2
5.3.3. Spastická zácpa (dráždivý konečník) .....	2
5.3.4. Změny střevního chemismu (kvasná a hnilobná dyspepsie) .....	2
5.3.5. Formy neúplné a atypické .....	2
<b>6. KLINICKÉ PROJEVY DOLNÍHO DYSPEPTICKÉHO SYNDROMU</b> .....	2
<b>7. DIAGNOSTIKA</b> .....	2
<b>8. TERAPIE</b> .....	3
<b>8.1. Přístup k pacientovi a psychoterapie</b> .....	3
<b>8.2. Opatření dietetická</b> .....	3
<b>8.3. Medikamentózní léčba</b> .....	3
<b>8.4. Léčba podle hlavních symptomů</b> .....	4
<b>9. ORGANIZACE PÉČE O NEMOCNÉ</b> .....	4
<b>10. POSUDKOVÁ PROBLEMATIKA A PROGNÓZA</b> .....	4
<b>11. LITERATURA</b> .....	4
<b>12. PŘÍLOHY</b> .....	5
<b>Příloha č. 1: Algoritmus postupu</b> .....	5
<b>Příloha č. 2: Léky užívané při léčbě dolního dyspeptického syndromu</b> .....	5

## 1. ÚVOD

V literatuře existuje celá řada definic, klasifikací a kritérií pro členění dyspepsie, zejména pak dyspepsie funkční. Česká medicína má v problematice dyspepsie dlouhou tradici, která byla založena Josefem Thomayerem (1853 – 1927) a Emerichem Maixnerem (1847 – 1920) a v posledních 50 letech byla detailně propracována Zdeňkem Mařatkou. V dalším textu vycházíme z pojetí „české školy“.

V zahraniční literatuře jsou pro funkční dyspeptický syndrom dolního typu používána zejména Manningova kritéria (1978), opakující se Římská kritéria (I v roce 1991, II v roce 2000 a III v roce 2006). Obecně, anglosaská literatura termín „dyspepsie“ používá pouze pro dyspepsii horního typu, německé písemnictví pro potíže střevní a francouzská literatura pro obtíže funkční.

## 2. DEFINICE

**Dyspepsie** je souhrnné označení pro soubor polymorfních trávicích obtíží, které jsou nejčastěji projevem rozličných gastrointestinálních chorob, vyskytují se však neřídka jako průvodní jev při onemocnění jiných orgánů. Stručně lze dyspepsii charakterizovat jako souhrn obtíží pocházejících z oblasti trávicího traktu, u kterých je možno zjistit (alespoň dílčí) závislost na druhu a množství požití potravy a na časovém intervalu od jejího příjmu. Závažnost obtíží je různá od epizodických problémů po dietních chybách až po těžké stavy.

**Dyspepsie dolního typu (dolní dyspeptický syndrom)** je střevní porucha projevující se zejména bolestmi nebo pocitem nepohody v břiše a poruchami defekace, ve smyslu změny ve frekvenci a konsistenci stolice.

K příznakům patří pocity tlaku a plnosti v břiše, průjem (s bolestmi nebo bez bolesti), pocit neúplného vyprázdnění po defekaci, zácpa nebo obtížné vyprázdnění (s bolestmi nebo bez bolesti), nepravidelná stolice, kručení v břiše a přelévání střevního obsahu (tzv. borborygmi, s křečemi v břiše nebo bez nich), meteorismus (zvýšený obsah plynů ve střevech), flatulence (zvýšený odchod plynů konečníkem). Někdy nemocný nedokáže obtíže dobře popsat.

Uvedený soubor obtíží odpovídá popisu dráždivého tračníku (IBS – Irritable bowel syndrome) v anglosaské literatuře. Kvalita života pacientů s dráždivým tračníkem může být ovlivněna podobně jako kvalita života pacientů s některými závažnými chronickými chorobami.

## 3. EPIDEMIOLOGIE

Prevalence dráždivého tračníku v evropské populaci je odhadována v rozmezí 5 % až 25 %; 14 – 25 % u žen a 5 – 19 % u mužů. Rozptyl frekvence výskytu je dán charakterem sběru dat, při prospektivním aktivním přístupu je incidence vyšší. V České republice je celková prevalence dyspepsie zhruba 13 % (Rejchrt, Bureš, 2005).

V ordinaci praktického lékaře tvoří pacienti s obtížemi se vztahem k dolní části trávicího traktu přibližně

5 % vyšetřených. Odhaduje se, že 2 % z pacientů, kteří navštěvují praktického lékaře, trpí dráždivým tračníkem. V ordinacích gastroenterologů tvoří pacienti s dolním dyspeptickým syndromem až třetinu nově vyšetřených (36 %).

Prevalence chronické zácpy je udávána od 1 do 27 %. Je častější u žen (16 – 21 %) než u mužů (8 – 12 %).

## 4. ETIOLOGIE A PATOGENEZE

**Funkční dolní dyspeptický syndrom** je podmíněn regulační poruchou nižších nervových center, vyvolanou negativními vlivy zevního prostředí (psychosociální vlivy). Složitou cestou nervovou a humorální jsou ovlivňovány cílové duté orgány trávicího traktu, vybavené hladkou svalovinou a enterálními nervovými pleteněmi. Porucha netkví v orgánu, ale v jeho regulaci (orgánová neuróza). U některých nemocných mohou hrát roli blíže neurčené genetické vlivy.

Na patogeneze dolního dyspeptického syndromu se podílejí různou měrou a intenzitou tyto faktory:

- abnormální motilita,
- abnormální viscerální percepce,
- psychosociální vlivy,
- lumenální faktory dráždící tenké a tlusté střevo (laktosa a další cukry, žlučové sole, mastné kyseliny s krátkým řetězcem, potravinové alergie).

Dalšími pravděpodobnými faktory, které zřejmě přispívají k rozvoji dráždivého tračníku jsou:

- nerovnováha neurotransmiterů a/nebo střevních bakterií
- možné zánětlivé změny střevní sliznice.

Příčinou navozující dráždivý tračník může být infekční průjem.

## 5. KLASIFIKACE DOLNÍHO DYSPEPTICKÉHO SYNDROMU (DYSPEPSIE)

### 5.1. DYSPEPSIE ORGANICKÁ

Je způsobena nebo provází organické onemocnění střeva, např. zánětlivé nebo nádorové.

## 5.2. DYSPEPSIE SEKUNDÁRNÍ

Tvoří velmi heterogenní skupinu obtíží a provází řadu chorobných stavů (zejména kardiovaskulárních, metabolických a endokrinních) nebo je nežádoucím vedlejším účinkem léků (např. nesteroidních antiflogistik, cytostatik, antibiotik a dalších) nebo mohou být příznakem intoxikace (např. těžkými kovy).

## 5.3. DYSPEPSIE FUNKČNÍ (STŘEVNÍ FUNKČNÍ PORUCHY, FUNKČNÍ KOLOPATIE)

Funkční střevní poruchy představují různé kombinace chronických nebo rekurentních symptomů z trávicího traktu, nevysvětlitelných strukturálními nebo biochemickými abnormalitami.

### 5.3.1. DRÁŽDIVÝ TRAČNÍK

Dráždivý tračník je funkční porucha, projevující se bolestmi v břiše, střevní dyspepsií a nutkavými defekacemi.

Podtypy s charakteristickou symptomatologií, jsou charakterizovány okolnostmi, za nichž se bolesti a nutkavé defekace dostávají, diagnózu lze stanovit se značnou pravděpodobností už na základě anamnézy:

- **ranní frakcionované defekace** – po první „normální“ defekaci následují další, stále řidší defekace v různém počtu a v různých intervalech, po zbytek dne a v noci je klid, potíže se objevují téměř každý den,
- **postprandiální defekace** – vystupňovaný gastrokolicový reflex, nemocní např. před cestou raději nejedí, protože vědí, že po každém jídle musí použít toaletu, potíže se také objevují téměř každý den,
- tzv. **debakly** – urgentní defekace, které se případně několikrát opakují, vrcholí až odchodem vodnaté stolice, jsou provázeny kolikovitou střevní bolestí. Vyvolávající příčiny jsou různé, např. emoce, stres, fyzická zátěž, nevhodné jídlo, z čehož vyplývá, že se jedná o potíže občasně, intermitující

V rámci dráždivého tračníku se může vyskytnout **mukózní kolika** (s bolestmi spojená defekace velkého množství hlenu).

### 5.3.2. FUNKČNÍ PRŮJEM

Stav, který se projevuje průjmem bez výrazných bolestí – „nebolestivá forma dráždivého tračníku“, chybí pravidelnost defekací a v některých případech může být průjem i v noci, může být pocit „obolavělého břicha“, ale ne vyslovené bolesti.

### 5.3.3. SPASTICKÁ ZÁCPA (DRÁŽDIVÝ KONEČNÍK)

Projevuje se bolestmi břicha a zácpou; chybějí nutkavé defekace, stolice je hrudkovitá, rozkouskovaná spastickou haustrací, případně stužkovitá. Komplexní problematika zácpy bude řešena v samostatném doporučeném postupu.

### 5.3.4. ZMĚNY STŘEVNÍHO CHEMISMU (KVASNÁ A HNILOBNÁ DYSPEPSIE)

Kvasná enteropatie (kvasná dyspepsie) je podmíněna hyperkinezií tenkého střeva a kvasnou dysmikro-

bií. Nemusí být jen funkční poruchou, může provázet i řadu chorobných stavů (a být tak součástí dyspepsie sekundární).

**Hnilobná dyspepsie** vzniká po převládnutí hnilobných bakterií ve střevě. V rámci funkční dyspepsie je vzácná (např. nadužívání projímadel), spíše komplikuje závažná organická onemocnění.

### 5.3.5. FORMY NEÚPLNÉ A ATYPICKÉ

Izolovaný meteorismus, nepravidelná stolice, flatulence, někdy záchvatovitá, bolesti břicha – syndrom levého nebo pravého podžebří nebo syndrom pravé jámy kyčelní.

## 6. KLINICKÉ PROJEVY DOLNÍHO DYSPEPTICKÉHO SYNDROMU

Do pojmu dolní dyspeptický syndrom lze zahrnout pestrrou škálu potíží, které se někdy sdružují do charakteristických, diagnosticky využitelných celků. Dolní dyspeptický syndrom tvoří tyto hlavní **subjektivní příznaky**:

- bolesti v břiše nejspíše spastického rázu, obvykle související s pasáží tráveniny,
- pocit plnosti nebo nadmutí s nadměrnou flatulencí nebo bez ní,
- hlasité škroukání (borborygmi),
- poruchy ve frekvenci vyprazdňování stolice (sklon k průjmu nebo zácpě, případně střídavá stolice),
- změny v kvalitě a vzhledu stolice.

Obtíže jsou občasně (např. debakly), mohou se vyskytovat pravidelně (např. frakcionované nebo postprandiální defekace) nebo jsou trvalé (pocit nadmutí, plnosti, flatulence), ale v kolísavé intenzitě. Častou stížností jsou borborygmi. Stolice bývá nepravidelná, většinou spíše řidká. Plyny mohou být bez příznačného zápachu, nebo převládá zápach kyselý nebo hnilobný (kvasná nebo hnilobná enterokolopatie).

Je pochopitelné, že může dojít ke koincidenci funkční poruchy s onemocněním, jehož projevem je některý z dále uvedených varovných znaků (např. krev po stolici z hemoroidů). Vyšetření musí přinést uspokojivé vysvětlení příčiny těchto varovných projevů.

**Celkové příznaky** nejsou vždy přítomny, ale mohou dokreslovat klinický obraz funkční poruchy. Může se vyskytovat únavnost, snížená schopnost koncentrace, poruchy spánku, obsedantní jednání, anxiozita nebo i depresivní stavy. Mezi méně časté extraintestinální projevy dráždivého tračníku patří „močové symptomy“ (polakisurie, dráždivý močový měchýř), sexuální dysfunkce a primární fibromyalgie.

## 7. DIAGNOSTIKA

U pacienta s typickým příznakovým souborem, může být pracovní diagnóza dolního dyspeptického syndromu stanovena v ordinaci praktického lékaře. Základem vyšetření je podrobná anamnéza ke zjištění možných příčin dyspepsie mimo trávicí trakt, podchycení alarmujících příznaků a zvážení okolností, které zvyšují nebo snižují pravděpodobnost

funkčních obtíží, případně je vylučují. Je třeba pátrat po užívání léků, které mohou způsobit průjem (např. širokospektrá antibiotika, enzymatické preparáty) nebo zácpu (analgetika s obsahem kodeinu, antitussika s kodeinem, antidepresiva, antacida obsahující kalcium a hliník, parasymptolytika, diuretika, blokátory kalciového kanálu).

Mezi **varovné známky a příznaky**, které snižují pravděpodobnost funkčního dolního dyspeptického syndromu patří: údaje v osobní a rodinné anamnéze (malignity, zejména kolorektální karcinom, idiopatické střevní záněty a celiakie u příbuzných 1.stupně), začátek obtíží ve vyšším věku, nevysvětlený úbytek hmotnosti, trvalá bolest břicha, krev ve stolici, noční průjmy, subfebrilie, neobjasněná hypochromní anémie, projevy malabsorpce, náhle vzniklé obtíže nebo změna charakteru dřívějších dyspeptických obtíží u pacienta staršího 45 let nebo obtíže u pacienta po operačním zákroku. Výše popsané příznaky jsou indikací k dalšímu vyšetření.

Mezi **podpůrné anamnestické údaje** patří dlouhá anamnéza obtíží, začátek obtíží v mládí, intervaly bez obtíží, přítomnost nepříznivých psychosociálních faktorů, vegetativní stigmata (chladná a zpotená akra, erythema pudendi, hrubý třes víček a prstů, tachykardie, respirační arytmie, „smazaná“ neurotická řeč), časté konzultace pro funkční problémy v praxi, dříve pozorovaná tendence k somatizaci psychických obtíží, neurotické chování a reakce na stres a nedávné prožití významné životní události.

**Somatické vyšetření** včetně vyšetření konečníku je v diagnostice dolního dyspeptického syndromu nezbytné. Při fyzikálním vyšetření neprokážeme chorobné změny, které by vysvětlovaly obtíže nemocného. Je možná náhodná koincidence s organickým onemocněním (např. s cholecystolitiazou).

Do základního **laboratorního vyšetření** (pokud nebylo provedeno v posledních 2 měsících) je vhodné zařadit následující testy: krevní obraz, sedimentace červených krvinek, případně CRP, glykémie, urea, kreatinin, bilirubin, AST, ALT, GMT, ALP, amylázy, vyšetření moči a sedimentu. U průjmové formy dráždivého tračníku, která je refrakterní na běžnou terapii je vhodný cílený screening celiakie (vyšetřením autoprotilátek k tkáňové transglutamináze, AtTGA), event. bakteriologické vyšetření stolice a vyšetření na parazity.

Je indikováno **gynekologické vyšetření**.

Přístup k pacientovi s předpokládanými funkčními obtížemi je nutno individualizovat s ohledem na závažnost stavu, osobnostní charakteristiky a preference pacienta. V některých případech bude nejvhodnějším postupem včasná **kolonoskopie**, event. **gastroskopie** a **ultrasonografické vyšetření** celého břicha. Tento postup je také indikován vždy, když je zvažována organická příčina v pozadí obtíží a při varovných znamkách a příznacích.

U **pravděpodobné diagnózy** funkčních obtíží lze postupovat empiricky a zvolit terapii podle symptomatologie a typu pacienta (viz léčba), obvykle na 2 – 4 týdny. Při neúspěchu léčby je třeba opět vyhodnotit stav pacienta, zopakovat diferenciatně diagnostickou úvahu a zvažovat další postup, kterým může být volba jiné terapie, diagnostický výkon nebo předání specialistovi.

Součástí diagnostického postupu u dolního dyspeptického syndromu může být **psychologické resp. psychiatrické vyšetření**.

## 8. TERAPIE

Funkční střevní obtíže mají obvykle dlouhodobý charakter a představují pro lékaře v praxi náročný problém. Jen málokterý terapeutický režim je úspěšný a terapie zaměřená na potlačení jednoho symptomu nemusí přinést celkové zlepšení. Pro klinické studie terapie funkčních střevních poruch je typický velký **placebo** efekt (17 – 64 %).

Při léčbě je třeba vycházet z hlavních klinických příznaků. V některých případech se psychologický přístup a rozbor „osobních problémů“ vyšetřovaného může uplatnit jako postup kauzální.

### 8.1. PŘÍSTUP K PACIENTOVI A PSYCHOTERAPIE

Součástí přístupu lékaře, který stanovil diagnózu funkční střevní poruchy, musí být **pohovor** s nemocným, při kterém je nutné vysvětlit podstatu onemocnění a odstranění obav ze život ohrožující nemoci. Na konzultaci musí být vyhrazeno dostatek času. Je třeba trpělivě pacienta vyslechnout, k jeho údajům zaujmout, pokud lze, jednoznačně postoje a především příčinu potíží vysvětlit. Je-li stav spojen se závažnou stresovou zátěží nebo je-li psychopatologie zřejmá, je vhodné požádat o konzultaci psychiatra nebo psychologa. Z léčebných postupů může přinést efekt psychoterapie, relaxační terapie, hypnotherapie nebo kognitivní behaviorální terapie, zejména u pacientů s refrakterní funkční dyspepsií.

### 8.2. OPATŘENÍ DIETETICKÁ

Základem dietního režimu je respektování individuální tolerance nemocného. Je třeba zdůraznit potřebu pravidelného stravování, častěji (4 – 5x za den) a v klidném prostředí. Problémem může být častější pití kávy a nevhodná mohou být umělá sladidla. Při zácpě je nutný důsledný pitný režim. Nesnášenlivost mléka a mléčných výrobků by neměla být přehlédnuta. Vlákna může pozitivně ovlivnit symptomy, zvláště u pacientů s funkční zácpou (viz níže).

### 8.3. MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Farmakoterapie přinese efekt jen některým pacientům. Výsledek léčby může být významně ovlivněn placebovým účinkem. Medikamentózní léčbu volíme podle vedoucího příznaku. Metodou volby je terapeutický test, při němž postupně zkusíme jednotlivé přípravky se známým nebo předpokládaným mechanismem účinku a kriticky hodnotíme jejich účinek.

#### 8.4. LÉČBA PODLE HLAVNÍCH SYMPTOMŮ

Je-li vedoucím příznakem **břišní bolest**, pak největší efekt lze očekávat u muskulotropních spasmolytik (alverin, drotaverin, mebeverin, pitofenon) nebo parasympatikolytik s anticholinergními nebo antimuskarinovými účinky (butylscopolamin, otilonium). Meta – analýzy studií prokázaly signifikantně vyšší účinek oproti efektu placebo u cimetropium bromidu, pinaverium bromidu, otilonium bromidu, trimebutinu a mebeverinu.

U nás dostupný mebeverin je možno použít v dávce 2x200 mg i u pacientů s glaukomem a hypertrofií prostaty.

**Psychofarmaka** jsou podávána často. Mechanismus účinku antidepresiv u funkční dyspepsie je nejasný, ačkoliv deprese je u pacientů s funkčními poruchami trávicího traktu relativně častá. Úspěšné použití tri-cyklických antidepresiv (např. 50 – 150 mg amitriptylinu v noční dávce) u pacientů s dráždivým tračníkem a bolestí jako dominantním příznakem je dokumentováno velkými studiemi. Limitujícím vedlejším účinkem je zácpa, která je méně problematická u antidepresiv se selektivní inhibicí zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Je nutno počítat s intervalem nástupu účinku a potřebou delšího podávání. U některých pacientů přinese efekt podání atypických neuroleptik, jako je sulpirid. Většinou ale není důvod předepisovat psychofarmaka každému nemocnému s funkční poruchou.

U **průjmové formy** dráždivého tračníku je paleta široká, od adsorbencií (calcium carbonicum, smectit) přes antidiaroeika (loperamid, difenoxylát, codein), spasmolytika, k prebiotikům a probiotikům (*Lactobacillus*, *Bifidobacter*).

Krátkodobě nebo podle potřeby lze podat *Calcii carbonici precipitati 1 čajová lžička 1 hodinu po jídle*. Loperamid v dávce 2 – 4 mg až 4x denně snižuje transitní čas v tenkém i tlustém střevě, frekvenci i urgenci stolic. Efektivní může být podání 4 mg v jedné dávce před spaním. Některým pacientům, kteří očekávají problém po odchodu z domova, může pomoci i profylakticky. Alternativně lze použít codein nebo difenoxylát, ale jejich možné vedlejší účinky (sedace, vznik lékové závislosti) jsou limitací při delším užívání.

Setrony (antagonisté 5-HT<sub>3</sub> serotoninových receptorů), v zahraničí používané v léčbě dráždivého tračníku, se v České republice v této indikaci nepoužívají.

U **zácpové formy** je základní podmínkou dieta s dostatečným (individuálně vyzkoušeným) množstvím vlákniny v cereáliích, ovoci a zelenině. Vlákna zvětšuje objem stolice a zrychluje střevní tranzit. Příjem 10 – 30 g žitné vlákniny denně byl prokázán jako efektivní, ale pouze část pacientů u tohoto režimu zůstává, u některých dokonce zhorší příznaky. Je třeba zdůrazňovat dostatečný příjem tekutin a vysvětlit zásady defekačního režimu. Doporučujeme laktulózu nebo objemová laxativa, nikoliv laxativa kontaktní. Deflatulencia (simetikon) je možno podávat při aerofagii a pocitech nadmutí, podobný efekt mají i preparáty obsahující mentha piperita. Při plynatosti

mohou ulevit deflatulencia (simetikon) a při dysmikrobii probiotika, cloroxin nebo nifuroxazid. U žen se spastickou zácpou je zkoušen tegaserod, agonista 5-HT<sub>4</sub> receptorů, který působí prokineticky a má i účinek na bolest břicha. U nás v této indikaci není prozatím k dispozici. Pro doporučení v současné době dostupných prokinetik nejsou podklady.

## 9. ORGANIZACE PÉČE O NEMOCNÉ

Role praktického lékaře, který vnímá pacienta se všemi problémy a vlivy okolí, je v oblasti funkčních chorob a stavů velmi významná. Pacient s dolním dyspeptickým syndromem u něhož nejsou větší pochybnosti o funkční povaze onemocnění, obvykle nepotřebuje vyšetření specialistou. Kdykoli v průběhu dlouholetých obtíží; při diagnostických pochybách, je-li třeba ujistit pacienta nebo nedaří-li se léčbou stav ovlivnit, je nutné odborné vyšetření. Komplikované pacienty obvykle sdílí gastroenterolog a praktický lékař, případně psycholog nebo psychiatr.

## 10. POSUDKOVÁ PROBLEMATIKA A PROGNÓZA

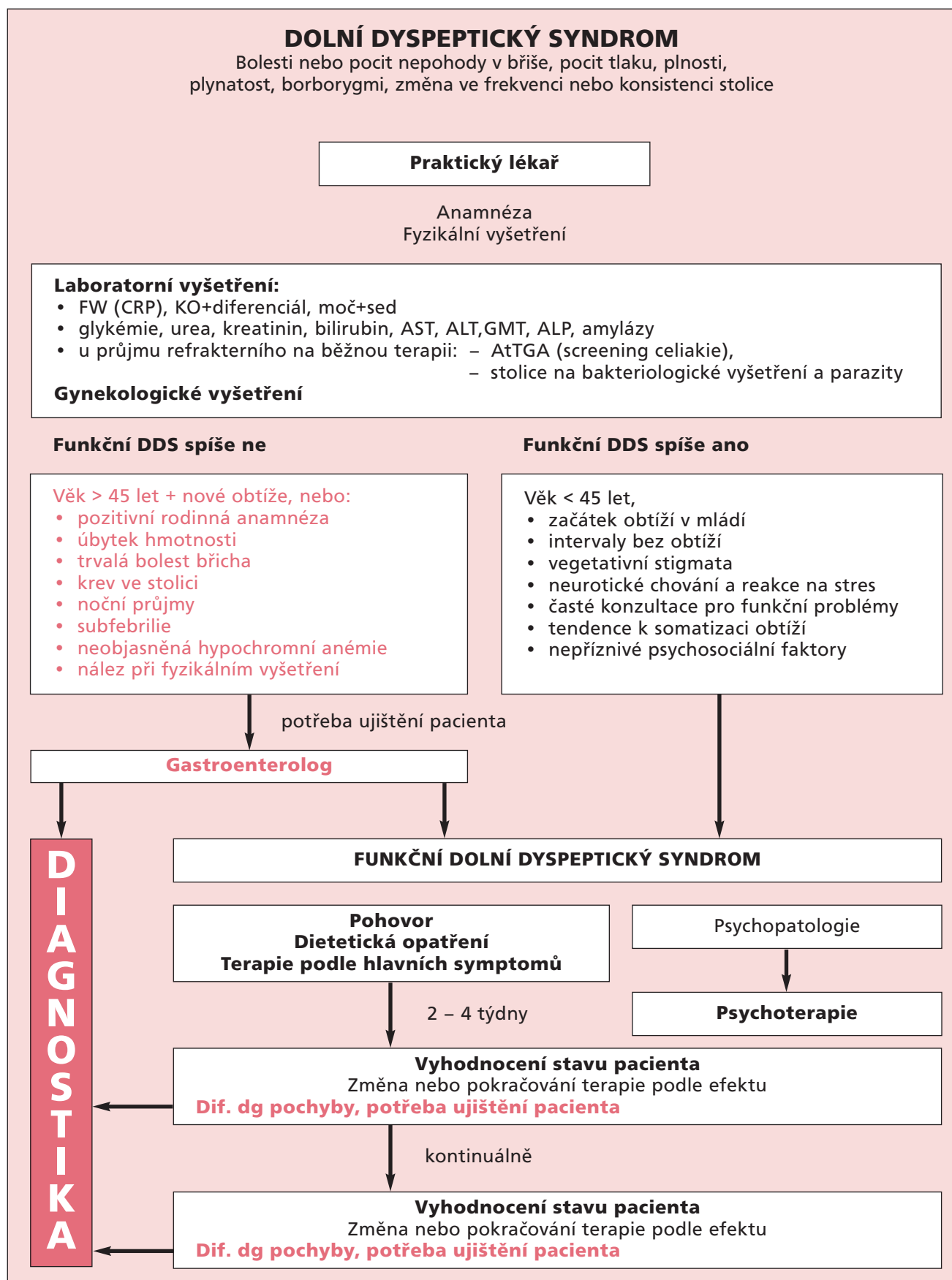
Projevy onemocnění jsou individuální a záleží většinou na jednotlivci, jak vnímá obtíže a zvládá je životem a dietními opatřeními. Funkční dolní dyspeptický syndrom je onemocnění benigní, které provází nemocného řadu let, někdy celý život. Nezpůsobuje většinou pracovní neschopnost. Někdy pacienta na životě ani ho neinvalidizuje. Onemocnění ale může významně zhoršit kvalitu života. Prognóza quoad vitam dobrá, quoad sanationem velmi nejistá.

## 11. LITERATURA

- Lukáš, K., Hep, A., Charvátová, E., Dítě, P., Jirásek, V., Bureš, J., Seifert, B., Vojtíšková, J., Koudelka T., *Doporučené postupy – Dyspepsie horního typu. Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie, 2004, 58, č. 4, str. 145 – 147*
- Lembo, A. J., Drossmann, D. A.: *Irritable Bowel Syndrome*. HHC Books, Newton, 2002
- Lukáš, K. a kol.: *Funkční poruchy trávicího traktu*. Grada Avicenum, Praha, 2003
- Mařatka, Z.: *Příznaky poruch trávicího ústrojí a Funkční trávicí poruchy*. In: *Gastroenterologie*. Mařatka, Z. ed., Karolinum, Praha, 1999, s. 13 – 32, 407 – 43
- Rejchrt, S. a kol.: *Prevalence a sociodemografická charakteristika dyspepsie v České republice*. Nukleus, HK, Hradec Králové, 2005
- „The Functional Gastrointestinal Disorders and Rome III“ in: *Gastroenterology, 130, 5, April 2006, s.1377 – 1556*
- Quarero A. O., Meineche – Schmidt V., Muris J., Rubin G., de Wit N. *Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrom (Review)*, *The Cochrane Library 2006, Issue 3*

## 12. PŘÍLOHY

### Příloha č. 1: Algoritmus postupu





## Příloha č. 2: Léky a léčivé přípravky, používané v léčbě dolního dyspeptického syndromu

<b>Laxativa</b>		
<b>Objemová laxativa</b>		
indická vláknina	PSYLLIUM	
<b>Osmoticky působící laxativa</b>		
Laktulóza	DUPHALAC® sirup	L
	LACTULOSE® Alsirup	L
	LACTULOSA INFUSIA® sirup	L
<b>Jiná laxativa</b>		
Glycerol	SUPPOSITORIA GLYERINI® čípky	
<b>Antidiaroika</b>		
<b>Střevní antiinfektiva</b>		
Rifaximin	NORMIX® tbl	
Cloroxin	ENDIARON® tbl 250 mg	
Nifuroxazid	ERCEFURYL® cps 200 mg	
<b>Střevní adsorbencia</b>		
Calcium carbocinucm	magistraliter formy	
Aktivní uhlí	CARBO MEDICINALIS® tbl	
	CARBOSORB® tbl,plv	
Aktivní uhlí kombinace	CARBOCIT® tbl	
	CARBOTOX® tbl	
Diosmektit	SMECTA® plv	L
<b>Antipropulsiva</b>		
Loperamid	IMODIUM® cps 2 mg	
	LOPERON® tbl efferv. 2 mg	
	LOPERON® cps 2 mg	
Ethylmorphin	DIOLAN tbl. 15 mg, 30 mg	
Codein	CODEIN SLOFAKOFARMAâ tbl 15 mg, 30 mg	
<b>Kombinovaná antipropulsiva</b>		
Difenoxylát 2,5 mg + Atropin 25ug	REASEC® tbl 2,5 mg + 25ug	
Loperamid 2 mg + Simeticonum 125 mg	IMODIUM PLUS® žvýkací tbl	
<b>Střevní eubiotika</b>		
Kmeny Escherichia Coli	MUTAFLO® cps 20 mg a 100 mg	P
Lactobacillus	LACIDOFIL® cps	L
Saccharomyces Boulard	ENTEROL® cps,plv	P
Bakteriální koncentrát	HYLAK FORTE® sol.	L
<b>Spasmolytika</b>		
Mebeverin	DUSPATALIN RETARD® tob 200 mg	
Otilonium Bromid	SPASMOMEN® tbl 40 mg	
Drotaverin	NO-SPA® inj 20 mg, tbl 40 mg	
	NO-SPA FORTE® tbl 80 mg	
Butylskopolaminium	BUSCOPAN® inj 20 mg, tbl 10 mg	
<b>Spasmolytika + analgetika</b>		
Pitofenon + Metamizol + Fenpiverin	ALGIFEN® inj, rct sup, tbl	
	ALGIFEN NEO® kapky	
<b>Spasmolytika + analgetika + psycholeptika</b>		
Paracetamol + Codein + Pitofenon + Fenpiverin	SPASMOPAN® rct,sup.	
<b>Spasmolytika a deflatulencia</b>		
Alverin 60 mg + Simeticon	METEOSPASYL® cps.	
<b>Deflatulencia</b>		
Simeticonum	SAB SIMPLEX® por.sus.	
	LEFAX® susp, tbl 42 mg	
	SAB SIMPLEX® por.sus,	

Poznámka:

L, P kategorizace léků k 1.7.2006

## Příloha č. 2: Pokračování ze str. 6

Psychofarmaka	
<b>Atypická neuroleptika</b>	
Sulpirid	DOGMATIL® cps, inj. 50 mg PROSULPIN® tbl. 50 mg SULPIROL® tbl. 50 mg
<b>Antidepresiva</b>	
<b>Tricyklická antidepresiva</b>	
Amitriptylin	AMITRIPTYLIN® tbl 25 mg
Nortriptylin	NORTRILEN® tbl 25 mg
<b>SSRI antidepresiva #</b>	
Fluoxetin	
Citalopram	
Paroxetin	
Sertralin	
Fluvoxamin	

*Poznámka:*

# vzhledem k široké nabídce trhu, nejsou uváděny specialní názvy léků



## POZNÁMKY

## POZNÁMKY



## POZNÁMKY

**Projekt byl řešen za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.**

Doporučený postup byl vytvořen s podporou nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND  
PRAKTIK

**Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP**  
**Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře**

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: [svl@cls.cz](mailto:svl@cls.cz)

<http://www.svl.cz>

ISBN: 80-86998-09-6

ISBN 80-86998-09-6



9 788086 998091