

Dráždivý tračník

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK Praha

Obtíže se vztahem k dolní části trávicího traktu patří mezi nejčastější důvody návštěvy praktického lékaře a jsou i častým důvodem odeslání k vyšetření do specializované péče. Pacienti, kteří konzultují lékaře, představují jen část osob, jejichž obtíže by bylo možné charakterizovat jako dráždivý tračník nebo jiné funkční poruchy trávicího traktu. Důvodem, proč se většina pacientů lékařům nesvěřuje, může být snesitelnost obtíží nebo také malá víra v lékařskou pomoc. Pacienti s funkčními poruchami, včetně diferenciální diagnostiky, představují zátěž pro praktické lékaře i gastroenterology, přičemž zátěž těch druhých záleží do vysoké míry na toleranci diagnostické nejistoty a odvahy postavit pozitivní diagnózu funkční poruchy těch prvních. Na pomoc praktickým lékařům v přístupech k pacientům s těmito problémy byl v roce 2005 publikován doporučený postup Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP „Dolní dyspeptický syndrom“ (1). V léčebném přístupu k pacientům s dráždivým tračníkem se především uplatňuje osobnost lékaře a jeho schopnost problém vysvětlit a pacienta uklidnit. Přestože účinnost farmakoterapie je omezená, jsou k dispozici léky, které mohou předcházet nebo mírnit dominantní příznaky, jakými jsou bolesti břicha, průjem nebo zácpa. Součástí léčby jsou nefarmakologická, dietní a režimová opatření, případně psychologická léčba a jejich kombinace.

Klíčová slova: dráždivý tračník, praktický lékař, průjem, zácpa.

Irritable bowel syndrome

Complaints related to the lower gastrointestinal tract are among the most common reasons for seeing a general practitioner as well as a common reason for referral to specialist care. The patients who consult a physician only represent a fraction of those whose complaints could be characterised as irritable bowel syndrome or other functional disorders of the gastrointestinal tract. The reasons why the majority of patients do not consult their physician may be the bearable nature of their complaints or little faith in medical help. Patients with functional disorders, including differential diagnosis, pose a burden for both general practitioners and gastroenterologists with the burden of the latter being dependent to a high degree on the tolerance of the former's diagnostic uncertainty and confidence to establish a positive diagnosis of a functional disorder. In order to help general practitioners in their approach to patients with these complaints, the „Lower dyspeptic syndrome“ (1) guideline was issued by the Society of General Practice of the J. E. Purkyně Czech Medical Association in 2005. It is the personality of the physician and his ability to explain the problem and reassure the patient that is particularly involved in the therapeutic approach to patients with irritable bowel syndrome. Although the efficacy of pharmacotherapy is limited, drugs are available that can prevent or alleviate the predominant symptoms such as abdominal pain, diarrhoea or constipation. Nonpharmacological, dietary and lifestyle measures and/or psychological therapy and the combinations of the above are part of the treatment.

Key words: irritable bowel syndrome, general practitioner, diarrhoea, constipation.

Med. Pro Praxi 2010; 7(8 a 9): 313–318

Epidemiologie

Syndrom dráždivého tračníku (IBS – irritable bowel syndrom) patří mezi nejběžnější gastrointestinální problémy. V aktuálních průzkumech (bodová prevalence) je v evropské populaci identifikováno až 15 % osob, které splňují kritéria IBS, s vyšším podílem žen a maximem výskytu ve 3. a 4. dekádě (2).

Lékaře vyhledá přibližně čtvrtina lidí s těmito obtížemi (3). Ostatní považují své příznaky buď za normální a/nebo za úděl, který řeší laickými postupy či volně prodejnými léky, podle rad osob stejně postižených nebo získaných v lékárně. Praktický lékař řeší v průměru 4–5 nových případů dráždivého tračníku do měsíce, z nichž zhruba jeden pacient je odeslán na gastroenterologickou ambulanci k dalšímu vyšetření. Ať zabydlení v ordinaci gastroenterologa nebo jako abonenti všeobecné praxe, představují pacienti s dráždivým tračníkem náročnou klientelu.

Etiopatogeneze

Dráždivý tračník 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 patogenezi se podílejí různou měrou a intenzitou tyto faktory:

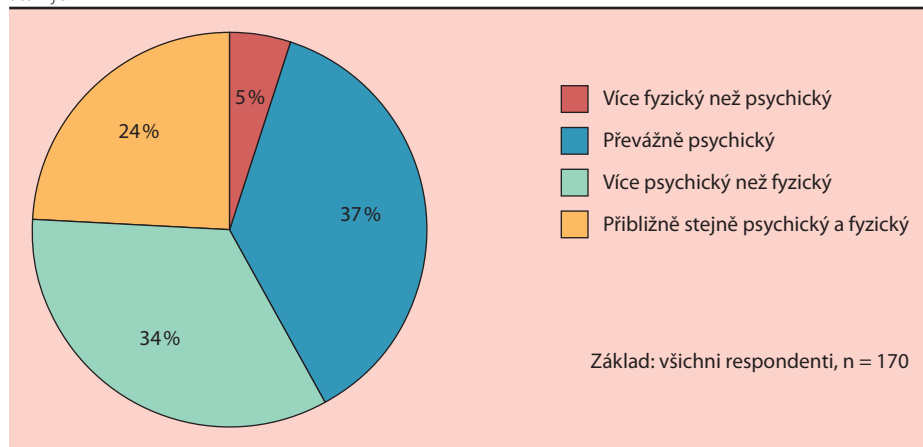
1. abnormální motilita,
2. abnormální viscerální percepce,
3. psychosociální vlivy,
4. lumenální faktory dráždící tenké a tlusté střevo (laktóza a další cukry, žlučové sole, mastné kyseliny s krátkým řetězcem, potravinové alergeny).

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

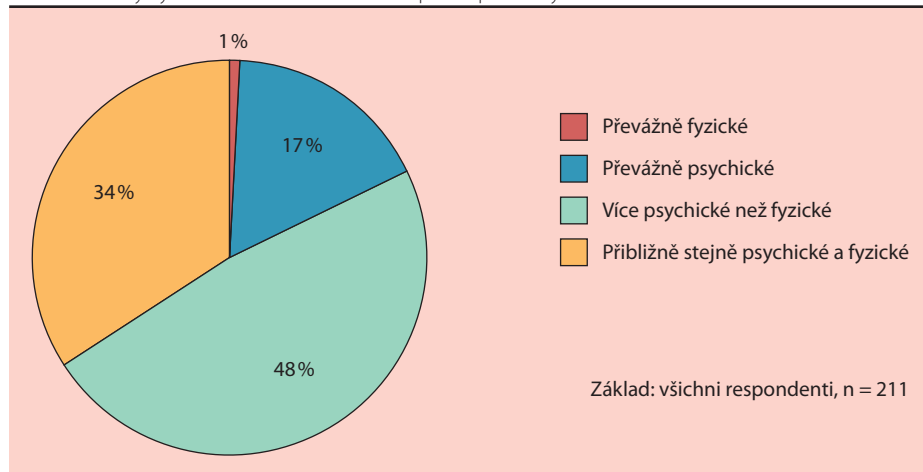
5. nerovnováha neurotransmiterů a/nebo střevních bakterií,
6. možné zánětlivé změny střevní sliznice. Příčinou navozující dráždivý tračník může být infekční průjem (4).

Výzkum v oblasti etiopatogenetických mechanismů je úzce spojen s intenzivním vývojem nových preparátů, s potenciálem ovlivnit symptomy a zároveň zvýšit kvalitu života. Pro aktuální přístupy k pacientům s dráždivým tračníkem v praxi je ovšem významnější vnímání nemoci praktickými i odbornými lékaři. Pracoviště autora zorganizovalo v roce 2004 průzkum mezi českými gastroenterology (GE) (5) o tom, co si myslí o postupech praktických lékařů (PL) a v následujícím roce položilo stejné otázky PL. Graf 1 přináší výsledky názoru GE na vnímání IBS praktickými

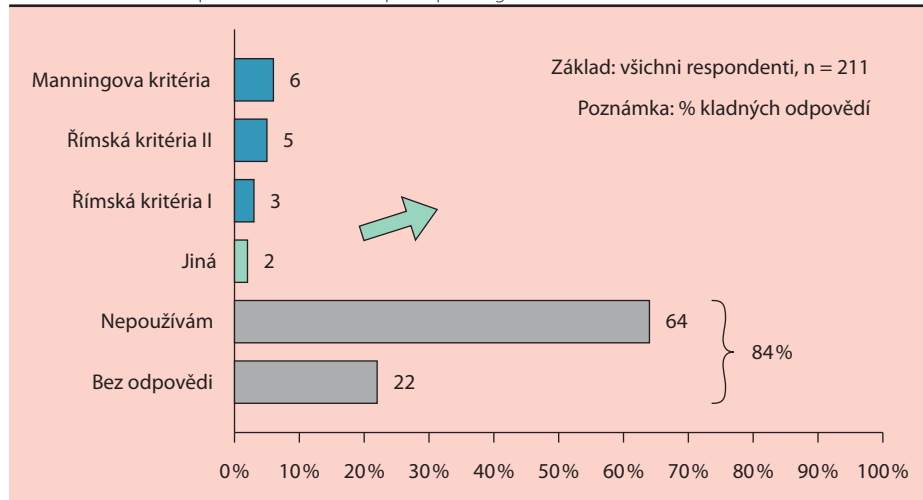
Graf 1. Myslíte si, že PL, uvažují-li o možných příčinách dráždivého tračníku, se domnívají, že tento stav je



Graf 2. Příčiny syndromu dráždivého střeva podle praktických lékařů



Graf 3. Jaká kritéria používáte v klinické praxi při diagnóze dráždivého tračníku?



lékaři a graf 2 názory PL. 71 % GE předpokládá, že PL vnímají příčiny IBS jako psychické nebo více psychické a 65 % PL tento názor potvrzuje. Jen zlomek PL (5 % podle GE, 1 % podle PL) vidí příčiny jako převážně fyzické. Tento názor ovšem nejspíše odráží klinickou zkušenost PL a GE a uvedených 1–5 % fyzických příčin může korelovat s empiricky vnímanou prevalencí organických nálezů v pozadí symptomatologie dolního dyspeptického syndromu.

Diagnóza

Diagnostická kritéria pro dráždivý tračník navrhnul tzv. výbor pro Římská kritéria, v roce 2006 ve své třetí verzi (Římská kritéria III. – tabulka 1) (6).

Římská kritéria se uplatňují zejména ve studiích, organizovaných ze sekundární péče, kde je třeba precizně identifikovat skupiny pacientů. Jak ukazují průzkumy mezi evropskými praktickými lékaři, v každodenní praxi se neuplatňují.

V praktickém lékařství se mohou tato kritéria projevovat jako omezující, protože neodrážejí charakteristiky pacientů, kteří navštěvují praktické lékaře, ani způsob, jakým lékaři přistupují ke stanovení diagnózy (7). Český praktický lékař si obvykle neláme hlavu nad stanovením diagnózy dráždivého tračníku podle kritérií. V průzkumu z roku 2004 se 98 % českých gastroenterologů domnívalo, že PL žádná kritéria nepoužívají. Výsledky průzkumu mezi PL tento předpoklad potvrdily (graf 3).

PL je v diagnostické rovině konfrontován s klíčovým úkolem lékaře 1. linie; mezi záplavou pacientů s nejrůznějšími, často bizarními příznaky vyčlenit ty, pro které je vhodné nebo nezbytné zahájit diagnostický program, a rozhodnout, jak naléhavá tato potřeba je. Při porovnání s přístupy lékařů v dalších evropských zemích se ukázalo, že ani PL v jiných evropských zemích diagnostická kritéria nepoužívají (5). Pro využití v primární péči byla navržena jiná kritéria, která vycházejí z charakteristiky symptomů, a to bez ohledu na jejich četnost a trvání (tabulka 2) (8).

Pro praktického lékaře je vždy základním úkolem důkladná anamnéza. Je třeba dát pacientovi čas, aby mohl příznaky vyjádřit vlastními slovy a popsat jejich vývoj. Důležité jsou faktory, které obtíže vyvolávají a ovlivňují, jako jsou změny ve stravování nebo např. nedávno proběhlá gastroenteritida. Je třeba věnovat pozornost názorům, obavám a očekáváním pacienta. Příčinou návštěvy nemusí být vlastní symptomatologie, ale např. závažné onemocnění blízkých přátel nebo příbuzných. Polovina pacientů trpí úzkostí, když se domnívá, že jejich příznaky mají vážnou příčinu, například rakovinu. Praktický lékař musí projevit empatii a pochopení, a to i v případě, že příznaky pacienta zjevně neohrožují nebo mají dokonce bizarní ráz. Anamnéza je zde již součástí terapeutických intervencí.

Při prvním rozhovoru s pacientem není příliš taktické orientovat anamnézu cíleně na psychopatologie. V případech, kdy pacient sám hledá souvislosti v této oblasti, je možné využít dotazníky k rozpoznávání deprese a úzkosti, které jsou k dispozici v příslušných doporučených postupech SVL ČLS JEP. Při podezření na významnou roli úzkosti nebo deprese v pozadí obtíží využijeme další návštěvy k podrobnějším rozborům, případně k odeslání na specializované pracoviště psychologie nebo psychiatrie.

Přítomnost alarmujících příznaků může značit vážnou somatickou diagnózu a je vždy důvodem k diagnostickému programu. Mezi alarmující příznaky patří nevysvětlené zhubnutí, krvácení z konečníku nebo příměs krve ve stolici,

nové propuknutí příznaků po 50. roce věku, trvalé obtíže bez bezpříznakových období, neobjasněná anémie, nález rezistence při palpaci břicha nebo při digitálním vyšetření v konečniku.

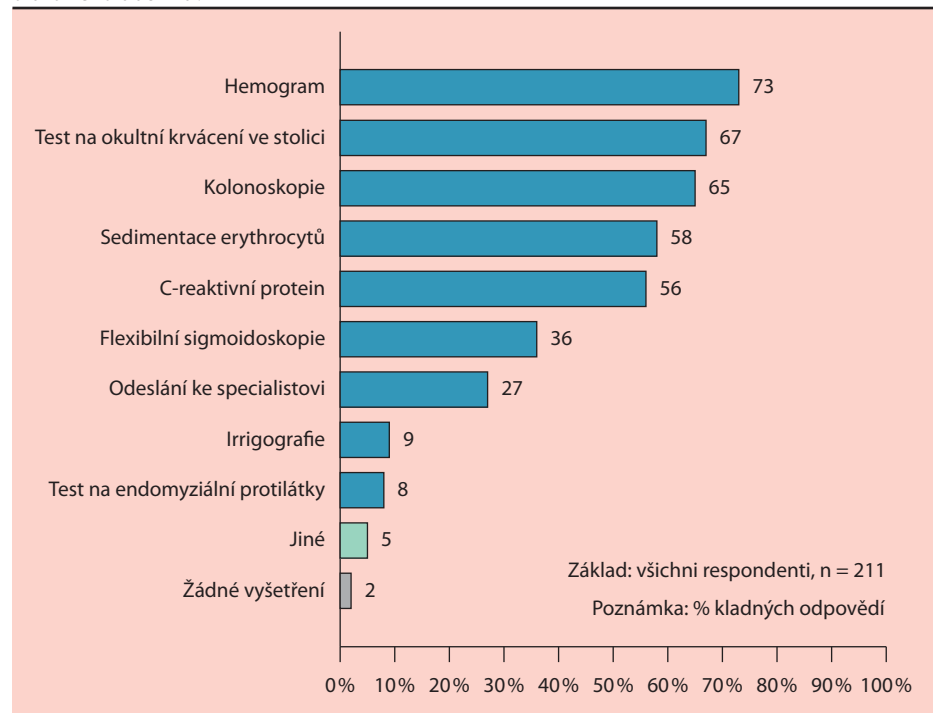
V takových případech je nejčastěji první diagnostickou volbou kolonoskopie, stejně jako u pacientů s rodinnou zátěží nádorem.

Fyzikální vyšetření obvykle nevysvětlí obtíže pacienta, ale pro další diagnostické postupy je zcela nezbytným základem, a to včetně vyšetření *per rectum*. **Laboratorní vyšetření** obvykle zahrnuje KO, FW, glykemie, urea, kreatinin, bilirubin, AST, ALT, GMT, ALP, amylázy, vyšetření moči a sedimentu, pokud nejsou k dispozici výsledky z vyšetření z posledních měsíců. U průjemové formy dráždivého tračnicku, která je refrakterní na běžnou terapii, vyšetříme autoprotilátky k tkáňové transglutamináze, AtTGA, s ohledem na celiakii, event. provedeme bakteriologické vyšetření stolice a vyšetření na parazity. V některých klinických situacích je na místě sonografie břicha. Tato zjištění, spolu s negativním výsledkem případných dalších vyšetření, provedených aktuálně nebo v poslední době, obvykle dovolují lékařům stanovit diagnózu funkční poruchy a zahájit empirickou léčbu.

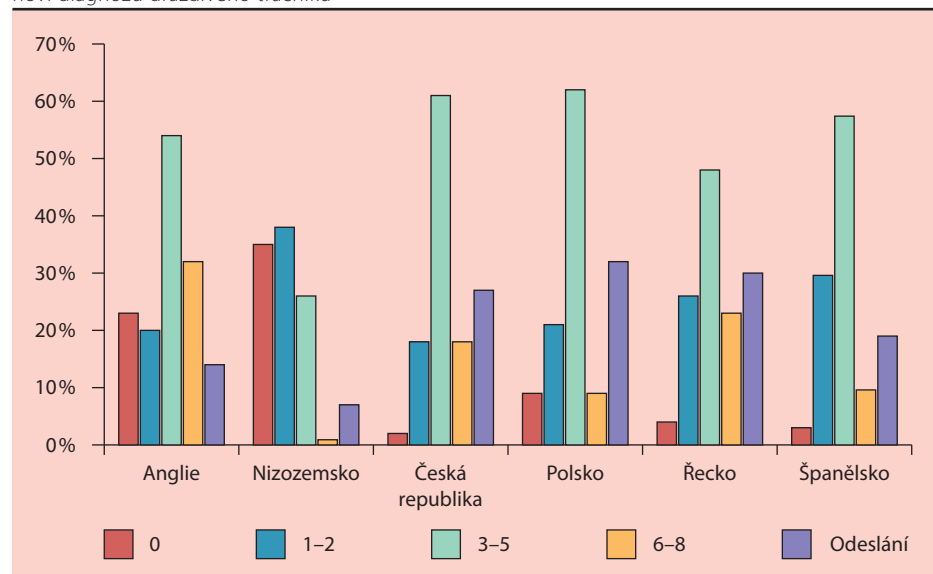
Včasná kolonoskopie je vhodnou volbou u pacienta, který si vyšetření přeje, obává se nádoru nebo vyvolává nejistotu na straně lékaře, která by do budoucna byla problémem v komunikaci. Bude nejspíše postupně navržena u pacientů, kteří mají obtíže i přes navrženou léčbu. V České republice, která usilovně bojuje s kolorektálním karcinomem, lze navrhnout strategii, která by u pacienta nad 50 let, i bez alarmujících příznaků, zahrnula do diagnostického programu kolonoskopii (pokud nebyla provedena v posledních 5 letech), samozřejmě nikoliv v rámci screeningového programu. Negativní stránkou postupu *per exclusionem* je zatěžování vysokého procenta funkčních pacientů diagnostickými metodami, z nichž některé mají svá rizika a představují nezanedbatelné náklady. Zatímco u některých pacientů přinese negativní nález uklidnění a ujištění, pro jiné znamená připoutání k medicínským technologiím. Existují důkazy ze studií, že lepšího vztahu mezi pacientem a lékařem a také léčebného účinku dosáhneme stanovením pozitivní diagnózy podložené souborem příznaků (9).

Graf 4 přináší údaje od českých PL a ukazuje procento lékařů, kteří před stanovením diagnózy IBS (funkční poruchy), provedou různá vyšetření. V roce 2005 zařadilo 67% PL do diagnostického programu test na okultní krvácení, určený výhradně pro screening. Na grafu 5 je pak srovná-

Graf 4. Jaká vyšetření provedete u pacienta bez alarmujících příznaků, než stanovíte diagnózu dráždivého tračnicku?



Graf 5. Procento praktických lékařů z 6 evropských zemí, kteří volí různý počet vyšetření, než stanoví diagnózu dráždivého tračnicku



ní s postupy PL v dalších 5 evropských zemích. Ze srovnání vyplývá, že čtvrtina britských PL a třetina holandských PL stanovují pozitivní diagnózu dráždivého tračnicku (funkční poruchy) bez provedení jakýchkoliv diagnostických testů, zatímco v České republice je to méně než 5% lékařů.

Léčba syndromu dráždivého tračnicku

K současným metodám léčby syndromu dráždivého tračnicku patří režimová a dietní opatření, farmakoterapie zaměřená na příznaky, případně psychologická léčba a jejich kombinace. Farmakoterapie má jen omezený efekt. Jejím

hlavním cílem je předcházet dominantním příznakům, jakými jsou bolesti břicha, průjem nebo zácpa, nebo tyto příznaky mírnit.

Nefarmakologická léčba

Nízká účinnost farmakologické léčby vede k zájmu o další způsoby zvládnání syndromu dráždivého tračnicku.

K lékařům vede pacienty s dráždivým tračnickem zejména strach z vážného onemocnění. Od lékařů očekávají ujištění a podporu. Účelem **konzultací** při syndromu dráždivého tračnicku je zmírnění úzkosti, subjektivní úleva a omezení spotřeby léků.

Tabulka 1. Římská kritéria III. pro diagnózu dráždivého tračníku

Rekurentní bolesti v břiše nebo dyskomfort po dobu tří nebo více dní za měsíc, za poslední tři měsíce v souvislosti alespoň se dvěma z těchto jevů:

- zlepšení s defekací
- počátek spojený se změnou četnosti vyprazdňování
- počátek spojený se změnou formy (vzhledu) stolice

*Dyskomfort znamená nepříjemný pocit, který nelze popsat jako bolest

**Kritéria splněná v posledních třech měsících s nástupem příznaků šest měsíců před stanovením diagnózy nebo ještě dříve

Tabulka 2. Kritéria pro diagnózu syndromu dráždivého tračníku pro primární péči

Změna ve zvyklostech vyprazdňování stolice

Bolest v břiše, diskomfort nebo s tím související mrzutost

Nadýmání nebo břišní distenze

Bezpriznakové intervaly

Podpůrné známky

Příznaky se zhoršují po jídle

Bolest nebo diskomfort v souvislosti se změnou vyprazdňovacích zvyklostí

Úleva od bolesti a diskomfortu po defekaci

Časté návštěvy praxe

Základem **dietního režimu** je respektování individuální tolerance nemocného. Je třeba zdůraznit potřebu pravidelného stravování (4–5x za den) v klidném prostředí. Při zácpě je nutný důsledný pitný režim. Nesnášenlivost mléka a mléčných výrobků by neměla být přehlédnuta.

Vláknina může pozitivně ovlivnit symptomy u pacientů, kteří trpí zácpou, ale důkazy pro celkové zlepšení příznaků IBS chybí. Individuálně vyzkoušené množství vlákniny zpomaluje vyprazdňování žaludku, prodlužuje pasáž tenkým střevem, zkracuje tranzit tlustým střevem a snižuje vysoký intrakolonický tlak (snižuje bolest). Příjem 20–35 g žitné vlákniny denně byl prokázán jako efektivní. Doporučuje se zahájit s příjmem 6 g denně a přidávat podle tolerance až do 14 g/1 000 kcal denně. U některých pacientů (se zpomaleným tranzitem) může ovšem vláknina zhoršit příznaky.

Doporučení pro pacienty s IBS zahrnují **psychohybový režim**. Faktem je, že lidé se sedavým zaměstnáním mají 3x častěji zácpu. Vystupňovaná fyzická aktivita ale spíše snižuje aktivitu střev. Cvičení signifikantně snižuje „transit time“, ale studie na amerických veteránech ukázala, že 1 hodin cvičení 5 dní v týdnu neovlivnila zácpu, i když zvýšila celkový pocit zdraví.

Psychologická intervence

Z psychologických intervencí se u pacientů s IBS osvědčuje kognitivně-behaviorální terapie (KBT), interpersonální psychoterapie (IPP), hypnoterapie a relaxační techniky. Většina těchto intervencí vyžaduje 8–12 sezení se školeným terapeutem, ať individuálně, nebo ve skupině.

KBT terapie pacienty učí hledat spojitost mezi myšlenkami a tělesnými příznaky a měnit dysfunkční přesvědčení. Má za cíl změnu chování, které doprovází a ovlivňuje syndrom dráždivého tračníku. Přístup k této léčbě je ovšem v naší praxi omezený. V Holandsku sice byl prokázán efekt KBT, poskytované vyškolenými sestrami v primární péči (10), ale u nás nejsou kapacity pro rozvoj v této oblasti. Relaxační terapie sleduje cíl pomáhat pacientům zvládat příznaky dráždivého tračníku zmírňováním účinků stresu a úzkosti. K relaxačním technikám patří progresivní svalová relaxace, biologická zpětná vazba, jóga a meditace. Hypnoterapie využívá relaxace prostřednictvím relaxačních technik, které pacienta uvádějí do hypnotického stavu, stavu zvýšené sugestibility.

Úspěšnost psychologických intervencí lze do jisté míry předvídat podle specifických charakteristik pacientů. Lepší odpověď na psychologickou léčbu lze očekávat u pacientů mladších 50 let, se střídavou zácpou, která nemá dlouhou anamnézu. Terapie zaměřená na zvládání stresu by mohla být vhodná u pacientů, u nichž se příznaky dráždivého tračníku zhoršují ve stresu nebo při závažnějších životních událostech, kdežto kognitivně-behaviorální terapie by mohla být účinná u pacientů s nedostatečnou schopností zvládat příznaky.

Farmakologická léčba syndromu dráždivého tračníku

Farmakoterapie přinese úlevu jen některým pacientům. Přístupem volby je empirický postup, při kterém vybíráme přípravky s před-

pokládaným efektem a pak kriticky hodnotíme jejich účinek. Farmakologická léčba pacientů se syndromem dráždivého tračníku zahrnuje antispasmodické/spasmolytické přípravky, anti-diarioika, laxativa, antiemetika, prokinetika, antidepressiva, látky zvětšující objem stolice a probiotické prostředky. Posuzování účinnosti léčby syndromu dráždivého tračníku je těžké, protože placebová reakce je vysoká; okolo 47%.

Výstupy ze systematických přehledů, zveřejněných v posledních letech nejsou příliš optimistické (11), na druhou stranu, před lékařem je vždy individuální pacient, který může na léčbu zareagovat příznivě.

Pokud je vedoucím příznakem **břišní bolest**, lze použít muskulotropní spasmolytika (alverin, drotaverin, mebeverin, pitofenon) nebo parasimpatikolytika (butylscopolamin, otilonium). Spasmolytika účinně zmírňují bolest břicha a mohou zlepšit celkové hodnocení příznaků. Abnormální gastrointestinální motorická funkce pravděpodobně hraje důležitou úlohu v patogenezi bolesti a dyskomfortu. V klinické praxi se spasmolytika používají podle potřeby až dvakrát denně v případě akutních atak bolesti, distenze nebo nadýmání. Spasmolytika obecně jsou pacienty dobře tolerována, jako komplikace se uvádí zácpa. Starší lidé jsou choulostivější na vedlejší účinky, jako jsou zmatenost nebo ztráta paměti, zácpa, potíže s močením, sucho v ústech, nosu, krku nebo suchá kůže, neklid a podrážděnost. Děti mohou být rozrušené, nervózní nebo podrážděné. Dlouhodobé vedlejší účinky nebyly prokázány. Nejčastější volbou je mebeverin v dávce 2 x 200 mg, použitelný i u pacientů s glaukomem a hypertrofií prostaty.

Je prokázáno, že až 30% pacientů se syndromem dráždivého tračníku trpí duševním onemocněním. Antidepressiva mohou ovlivnit základní depresi nebo pozměnit pacientovu náladu. Anticholinergními účinky na střeva rovněž upravují střevní motilitu a reakce viscerálních nervů. Úspěšné použití tricyklických antidepressiv (např. 50–150 mg amitriptylinu v noční dávce) u pacientů s průjmovitou formou dráždivého tračníku a bolestí jako dominantním příznakem je dokumentováno velkými studii. Limitujícím vedlejším účinkem je zácpa, která je méně problematická u antidepressiv typu SSRI. U některých pacientů přinese efekt atypické neuroleptikum sulpirid. Ne všichni nemocní s funkční bolestí břicha ovšem potřebují psychofarmaka. V klinické praxi se antidepressiva používají k symptomatické léčbě pacientů se silnou nebo neustupující bolestí a souvisejícími depresivními nebo panickými příznaky.

U průjmové formy dráždivého tračníku je možné zkoušet adsorbencia (calcium carbonicum, smectit), antimotilika (loperamid, difenoxylát, codein), spasmolytika, prebiotika nebo probiotika (*Lactobacillus*, *Bifidobacter*). Loperamid zpomaluje průchod tráveniny tenkým a tlustým střechem, zvyšuje tuhost stolice a snižuje její četnost. Loperamid lze podávat v dávce 2–4 mg až 4x denně nebo jako profylaxi příhod 4 mg v jedné dávce před spaním. Nejběžnějším nežádoucím účinkem je zácpa. Alternativně lze použít codein nebo difenoxylát, ale jejich možné vedlejší účinky (sedace, vznik lékové závislosti) jsou limitací při delším užívání. Pouze pro malou část pacientů s průjmem, způsobeným solí žlučových kyselin, může být prospěšné užívání cholestyraminu.

Jednou z možností léčby syndromu dráždivého tračníku jsou probiotika; ta mohou u některých pacientů zmírnit příznaky, ale jejich účinnost a bezpečnost z hlediska syndromu dráždivého tračníku nebyly hodnoceny systematicky.

U **zácpové formy** je základní podmínkou dieta s dostatečným (tolerovaným) množstvím vlákniny v cereáliích, ovoci a zelenině. Je třeba zdůrazňovat dostatečný příjem tekutin, doporučit vhodný pohybový režim a vysvětlit zásady defekačního režimu. V anamnéze je třeba identifikovat a následně vyloučit léky, které zácpu zhoršují (např. anticholinergika, antidepressiva, antihypertenziva, antacida, preparáty s železem). Z prostředků proti zácpě je nejvhodnější k dlouhodobému užívání laktulóza v udržovací dávce 15–30 ml denně. Tu sice může PL předepsat jen na doporučení odborníka, ale je cenově dostupná. Některým pacientům

dlouhodobě ulevují objemová laxativa, např. psyllium. Nevhodná jsou laxativa kontaktní. Při pocitu nadmutí jsou k dispozici deflatulencia (simetikon). Neexistují důkazy svědčící ve prospěch prokinetik. Při dysmikrobii je možné vyzkoušet probiotika, cloroxin nebo nifuroxazid. Na důkazy o účinnosti probiotik bude třeba si počkat. Mléko nebo jogurty obsahující probiotika zvyšují frekvenci stolic u zdravých osob. *Lactobacillus casei* snížil během 4 týdnů tíži konstipace a tuhost stolice, ale neovlivnil flatulenci a meteorismus. *Propionibacterium freudenreichii* zvýšil frekvenci stolic, ale nesnížil potřebu laxativ.

Závěr

Vyloučením organické příčiny u dráždivého tračníku nebo u jiné funkční gastrointestinální poruchy role lékaře nekončí. Praktický lékař je lékař s nejvyšším potenciálem podpory pro tento typ pacienta, jehož obtíže jsou často celoživotní. Měl by umět přiměřeně vysvětlit podstatu onemocnění, ujasnit si s pacientem cíl léčby a její reálné možnosti. Farmakologická léčba má omezený efekt a vyžaduje individuální přístup. Měla by být zaměřena na ovlivnění vedoucích příznaků. Bolesti nebo křeče v břiše tlumíme spasmolytiky. Pacientům trpícím stresem, poruchami nálady či jinou psychopatologií, mohou prospět antidepressiva, případně psychologická intervence. Součástí léčby by měla být režimová a dietní opatření.

Literatura

1. Seifert B, Lukáš K, Charvátová E, Vojtíšková J, Koudelka T, Hep A, Bureš J, Jirásek V, Dítě P. Dolní dyspeptický syndrom. Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro vše-

becné praktické lékaře. Časopis lékařů českých, 2007; 146(1): 17–23.

2. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003; 17(5): 643–650.

3. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut* 2000; 46(1): 78–82.

4. Hillila MT, Farkilla MA. Prevalence of irritable bowel syndrome according to different diagnostic criteria in a non-selected adult population. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20(3): 339–345.

5. Seifert B, Dítě P, Vojtíšková J. Jak hodnotí gastroenterologové postupy praktických lékařů v České republice – příspěvek k mezioborové spolupráci. *Časopis lékařů českých* 144, 2005; 6: 424–428.

6. Drossman DA, et al. The functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*, 2006; 130(5): 1377–1390.

7. Rubin G, de Wit N, Meineche-Schmidt V, Seifert B, Hall N, Hungin P. Identification and diagnosis of patients with irritable bowel syndrome in primary care: nominal group technique. *Gut* 2005; Suppl VII: A3.

8. Seifert B, Rubin G, de Wit N, Lionis C, Hall N, Hungin P, Jones R, Palka M, Mendive J. Management of Common Gastrointestinal Disorders in General Practice. ESPCG Survey in Six European Countries. *Digestive and Liver Disease* 2008; 40: 659–666.

9. Brandt LJ, Locke GR, Olden K, et al. An evidence based approach to the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastro* 2002; 97(suppl): S1–24.

10. Quatero AO, Meineche-Schmidt V, Muris J, Rubin G, de Wit N. Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Review* 2005.

11. Kennedy T. Cognitive behaviour therapy in addition to antispasmodic treatment for irritable bowel syndrome in primary care: Randomised controlled trial. *BMJ: British-Medical-Journal* 2005; 331(7514).

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK Praha
Albertov 7, 120 00 Praha 2
seifert@terminal.cz