

SYNDROM DRÁŽDIVÉHO TRAČNÍKU

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

IBD klinické a výzkumné centrum, ISCARE IVF as Lighthouse, ÚKBLD 1. LF UK, Praha

Funkční střevní poruchy a zvláště syndrom dráždivého tračnicku představují nejčastější onemocnění trávicí trubice. Dráždivý tračník je charakterizován poruchou vyprazdňování stolice spojené s břišním diskomfortem nebo bolestí břicha. Za nejdůležitější momenty v patogenезi se považují: a) primární porucha motility s abnormální koordinací jednotlivých oddílů tlustého střeva a patologicky vystupňovaný gastrokolický reflex; b) následky proběhlého bakteriálního zánětu tlustého střeva; c) porucha senzoričké funkce střeva s viscerální hyperalgezií; d) zvýšená sekretoričká aktivita kolické sliznice. Podle dominujícího klinického obrazu rozeznáváme tři varianty dráždivého tračnicku: formu průjmovitou, zácpovitou a smíšenou. Diagnostika je založena na klinickém obraze nepřítomnosti závažných alarmujících příznaků. U mladších pacientů s typickou symptomatologií není potřeba provádět žádná invazivní vyšetření. U všech pacientů se závažnými symptomy a u nemocných nad padesát let je nutné provést podrobné vyšetření a vyloučit organické onemocnění tlustého střeva. Terapie onemocnění musí být komplexní a především symptomatická. Vedle dietních opatření a úpravy životního stylu se uplatňují antidiarhoika (difenyloxylát, loperamid, cholestamin), salinická a objemová laxativa, tricyklická antidepressiva a atypická neuroleptika, muskulotropní spazmolytika a nověji anagonisté 5HT₃ a agonisté 5HT₄ receptorů.

Klíčová slova: střevní dyspepsie, zácpa, průjem, bolesti břicha.

IRRITABLE BOWEL SYNDROM

The functional bowel disorders and especially irritable bowel syndrome and functional large bowel dyspepsia are the final diagnosis in many of our patients. The irritable bowel syndrome is characterised by changes of bowel habits with abdominal discomfort or abdominal pain. The pathophysiology of irritable bowel syndrome is still not completely understood, but many factors are considered: a) abnormal motility pattern includes of the pathologic gastro-colic reflex; b) postinfective consequences in the large bowel mucosa; c) visceral hyperalgesia and increased perception of physiological or minor noxious stimuli; d) abnormal intestinal secretion with accumulation of fluid in the intestinal lumen. Regarding on predominant symptoms we can divided irritable bowel syndrome into three clinical groups: a) diarrheal type; b) constipated type c) mixed typ. Diagnosis of the disease is based on the typical clinical picture and absent of alarming symptoms. In younger patients is not necessary to perform some invasive investigation. In all patients with alarming symptoms colonoscopy is absolute indicated. Therapy of irritable bowel syndrome has to be complex and symptomatic. Dietary and life style arrangement are self-evidents. The drugs therapy include antidiarrheal agents (diphenyloxylate, loperamide, cholestyramine), bulking and salinic laxatives, tricyclic antidepressants and neuroleptics, musculotropic antispasmodics and at the future agonists of 5HT₄ receptors.

Key words: bowel dyspepsia, constipation, diarrhea, abdominal pain.

Interní Med. 2007; 9(12): 544–547

Funkční choroby střev představují jedny z nejčastějších potíží, se kterými se klinický gastroenterolog ve své praxi setkává. Podle nové klasifikace vytvořené mezinárodním týmem expertů v roce 2006 sem řadíme funkční průjmy, habituální (funkční) zácpu, dráždivý tračník a střevní dyspepsii (tabulka 1) (6). Nejdůležitější klinickou jednotkou je bezesporu dráždivý tračník (DT). V západních zemích Evropy a v USA se předpokládá, že funkční střevní dyspepsii trpí cca 10–15% dospělé populace, častější výskyt je u žen (6).

Definice

Dráždivý tračník je možné charakterizovat jako poruchu vyprazdňování stolice spojenou s břišním diskomfortem nebo bolestí břicha. Podle nové klasifikace jde o nemocné, kteří mají uvedené obtíže nejméně tři dny v měsíci, a to po dobu nejméně tři

posledních měsíců, a navíc mají dva ze tří uvedených symptomů: a) úlevu bolestí břicha po vyprazdňování stolice; b) současně se s bolestmi v břiše objevuje změna frekvence vyprazdňování stolice; anebo c) dochází také ke změně konzistence stolice. Podle této definice by se mělo jednat o déletrvající problémy, a to nejméně 6 měsíců před první návštěvou lékaře. Definice je založena pouze na symptomech, protože chybí jakýkoliv biologický (biochemický, endoskopický) ukazatel této nemoci. Při stanovení diagnózy syndromu dráždivého tračnicku se s výhodou využívá Bristolská klasifikace vzhledu stolice (tabulka 2).

Historie

První popis funkční střevní dyspepsie, resp. syndromu dráždivého tračnicku pochází pravděpodobně již z počátku devatenáctého století od Powella (9). V roce 1830 Howship popsal případ nemocných se „spastickou“ stenózou tlustého střeva a vytvořil představu, že všechny funkční poruchy trávicího ústrojí vznikají právě na základě spasmů dutých orgánů (4). Na počátku šedesátých let minulého století odlišili pracovníci z Oxfordu, Chaudhary a Truelove syndrom dráždivého tračnicku od ostatních funkč-

ních střevních obtíží, především funkčních průjmů. U jedné čtvrtiny svých pacientů pozorovali, že střevní obtíže se objevily po prodělané střevní infekci (5).

Nutnost postavit přesnější diagnostická kritéria pro syndrom dráždivého tračnicku byla akcentována až od sedmdesátých let minulého století. První snahou byla tzv. Manningova kritéria, která z řady symptomů vybrala 6, které se vyskytují daleko častěji u funkčních poruch v porovnání s organickými nemocemi GIT. Od roku 1984 začala pracovat skupina vedená WG Thompsenem, která vypracovala diagnostická kritéria dráždivého tračnicku. Později byl tým odborníků rozšířen a byla vypracována kritéria do 5 oblastí (jícnová, žaludeční, střevní, biliární a anorektální), která byla v roce 1992 publikována

Tabulka 1. Klasifikace funkčních střevních poruch

- dráždivý tračník
- střevní dyspepsie
- funkční průjem
- funkční zácpa
- neklasifikovaná porucha funkce střeva

Tabulka 2. Bristolská klasifikace stolice

Typ	Charakteristika
1	tvrdá bobkovitá stolice
2	vzhled párku
3	vzhled párku s „potrhaným povrchem“
4	tenká, hadovitého tvaru
5	měkká hrudkovitá
6	měkké rozštělené bobky
7	tekutá

jako Římská kritéria I (13). V dalších 4 letech pracoval 50členný tým odborníků ze 13 zemí, který byl organizován do deseti skupin a vytvořil doporučení pro diagnostiku funkčních trávicích chorob, jež byla později zveřejněna jako Římská kritéria II (3). V roce 2000 byla konstituována pracovní skupina zahrnující celkem 7 světových odborníků („Rome board“), která díky nezměrné aktivitě během šesti let vytvořila sbor expertů, čítajících 87 gastroenterologů z 18 zemí rozdělených do 14 komisí. Výsledkem jejich šestileté aktivity jsou výše uvedená Římská kritéria III.

V domácím písemnictví po dobu posledních šedesáti let formoval názory na vznik, klasifikaci a terapii funkčních střevních chorob prof. MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc. Z tohoto fundamentu také vychází koncepce předloženého článku (8).

Patogeneze

Patogeneze funkční střevní dyspepsie není jednoznačně a do podrobností objasněna. Pravděpodobně se jedná o multifaktoriální proces, na kterém se podílí celá řada vlivů, a to u každého jednotlivého pacienta různou měrou. Za nejdůležitější momenty v patogenezi se považují: a) primární porucha motility s abnormální koordinací jednotlivých oddílů tlustého střeva a patologicky vystupňovaný

gastrokolický reflex; b) následky proběhlého bakteriálního zánětu tlustého střeva; c) porucha sensorické funkce střeva s viscerální hyperalgezií; d) zvýšená sekreторická aktivita kolické sliznice.

a) primární porucha motility

V posledních padesáti letech byla za hlavní příčinu dráždivého tračnicku považována primární porucha motility tlustého střeva. Během této doby byla pozornost v oblasti základního i klinického výzkumu věnována snaze nalézt charakteristickou poruchu motility, kterou by bylo možné využít nejen v diagnostice, ale také v terapii tohoto onemocnění. Bohužel výsledky studií byly rozporuplné a žádná specifická porucha motility ani těsná korelace mezi poruchou motility a typem symptomů nebyla nikdy potvrzena. Určitou výjimkou jsou postprandiální bolesti, které korelují s vysokotlakými kontrakcemi tračnicku. Jde o extrémně vystupňovaný fyziologický gastrokolický reflex, který je zprostředkován uvolněním cholecystokininu po evakuaci potravy ze žaludku do duodena. Cholecystokinin způsobuje kontrakce svaloviny tlustého střeva a zrychluje pasáž tráveniny trávicí trubicí.

Vedle mohutné propulzivní peristaltiky tlustého střeva se v etiopatogenezi dráždivého tračnicku uplatňuje enormně zvýšené klidové napětí stěny dutého or-

gánu. Zvýšené napětí stěny tlustého střeva (peristoly), podmíněně hormonálně (serotonin, cholecystokinin, motilin) i zvýšeným tonem eferentních parasympatických nervů, je příčinou pocitů nadýmání a zvýšené plynatosti. Překvapujícím zjištěním je, že u většiny nemocných s funkční střevní dyspepsií s dominujícími symptomy nadýmání a plynatosti nebyla prokázána zvětšená tvorba plynu ve střevech v porovnání se zdravými dobrovolníky. Důvodem pocitů nadýmání a zvýšeného odchodu větrů je především ztráta tolerance stěny střeva a mechanoreceptorů na intraluminální obsah. Důsledkem je, že i přiměřeně velký střevní obsah vyvolává dráždění mechanoreceptorů, které předávají cestou aferentní vagové inervace do mozku informace o přeplnění a roztažení tlustého střeva.

b) proběhlá infekce

Až u 30% nemocných, kteří trpí funkční střevní dyspepsií, je možné nalézt před prokázanou chorobou údaje o prodělané akutní gastroenteritidě. Proběhlá infekce významným způsobem ovlivňuje motilitu tlustého střeva a modifikuje citlivost mechanoreceptorů umístěných ve stěně střeva. Výzkumy poslední doby ukazují, že pozánětlivé změny zvyšují citlivost rektu na přítomnost plynů a stolice. Rizikové skupiny pro vznik dráždivého tračnicku s infekční gastroenteritidou

jsou muži, u kterých probíhá onemocnění s intenzivními průjmy. Nejčastěji jde o infekce způsobené kmenem *Campylobacterem jejuni*, *Salmonela enteritidis* a *Yersinia enterocolitica*. Dalším důležitým faktorem pro vznik funkční střevní dyspepsie po střevní infekci je déletrvající psychický stres v zaměstnání nebo v rodinném životě, nebo přítomnost neurózy v anamnéze. Ve velkých sestavách bylo relativní riziko vzniku DT po bakteriální infekci tlustého střeva stanoveno hodnotou 11,9 (95% CI 6,7–21,0) (11).

Vedle porušené motility a zvýšené citlivosti na nociceptivní viscerální podněty indukované zánětlivou reakcí ve stěně střeva se zvažují hormonální změny v rámci pozánětlivých reparativních pochodů ve sliznici tlustého střeva. Zánětlivé změny ve sliznici tlustého střeva indukují metaplázii a proliferaci enterochromaffinových buněk, které produkují v nadměrném množství 5-hydroxytryptamin (serotonin). Jde o látku s výrazným stimulačním vlivem na motilitu trávicí trubice a pravděpodobně se podílí i na zvýšené citlivosti útrobu tak, že fyziologické pochody trávení a vyměšování jsou mozkiem interpretovány jako bolestivé vjemy.

c) narušené senzorycké funkce

Viscerální hyperalgezie je u nemocných s funkční střevní dyspepsií velmi dobře dokumentována. Typickým příkladem je nápadné snížení prahu citlivosti pro distenzi rekta. V klinických experimentech bylo zjištěno, že u nemocných s DT dochází k vyvolání pocitu nucení na stolici a bolestivých senzací při použití výrazně nižšího objemu balonu než u zdravých lidí. Důsledkem této patologicky vystupňované citlivosti jsou urgencye, tj. pocity imperativního nucení na stolici a pocity tlaku v břiše a nadýmání. Ovlivnění viscerální hyperalgezie je hlavním cílem medikamentózní terapie u syndromu DT.

d) porušená sekreční funkce

U některých nemocných s DT se v patogenezi onemocnění uplatňuje i zvýšená sekrece vody, hlenu a elektrolytů kolickou sliznicí. Příčinami může být zvýšená citlivost na stopové množství žlučových solí v tračníku nebo porucha resorpce těchto solí v distálním ileu a jejich zvýšený únik do tlustého střeva. Jindy se může uplatnit malabsorpce laktózy, vzácněji pak stimulace sekrece některými jednoduchými cukry, jako je sorbitol nebo fruktóza.

Vyšetřovací metody

Fyzikální vyšetření je obvykle v normě, u některých nemocných lze prokázat palpační citlivost v průběhu sigmatu v levém dolním kvadrantu, někdy lze nahmatat esovitou kličkou elastickou rezistenci, která se při déletrvající palpaci stává méně zřetelnou, nebo dokonce mizí. Běžná laboratorní vyšetření jsou všechna v normě. U nemocných, kteří nemají

pozitivní rodinnou anamnézu na kolorektální rakovinu, idiopatický střevní zánět a celiakii, nejsou vyznačeny tzv. alarmující příznaky, a jedná-li se o nemocného mladšího 45 let s déletrvající anamnézou, nepovažujeme za nutné provádět invazivní vyšetření. Důvodem je, že incidence idiopatických střevních zánětů a kolorektálního karcinomu není u nemocných trpících DT vyšší v porovnání se zdravou populací. Patologický endoskopický nálezn je prokazatelný maximálně u 1,3% vyšetřených. Naopak u pacientů starších 45 let, s kratší anamnézou než 1 rok, u všech nemocných s pozitivní rodinnou anamnézou a u všech nemocných, kteří vykazují alespoň jeden z alarmujících příznaků, je podrobné vyšetření nezbytné, včetně totální koloskopie, vyšetření hormonů štítné žlázy a antiendomyzialních protilátek.

V jedné studii byl zaznamenán vysoký výskyt celiakie u pacientů s DT (5%), zatímco prevalence tohoto onemocnění v kontrolní populaci byla méně než 1%. V zemích s vysokou prevalencí celiakie, kam patří nepochybně také Česká republika, je vhodné provádět u všech nemocných s klinickými projevy DT screeningové vyšetření na celiakii. V praxi to znamená vyšetřit antiendomyzialní a anti gliadinové protilátky, event. protilátky proti tkáňové transglutamináze (12).

Klinický obraz

Klinická symptomatologie byla do značné míry popsána již v oddíle věnovaném diagnostice. Podle klinického průběhu ve shodě i s mezinárodní klasifikační funkční střevní dyspepsií můžeme diferencovat čtyři hlavní skupiny pacientů (tabulka 3).

Průjmovitá forma dráždivého tračníku má dvě klinické varianty. První je charakterizována nutkavými ranními a frakcionovanými defekacemi. Druhou variantu této formy dráždivého tračníku představují postprandiální bolestivé defekace. V obou případech je imperativní potřeba na stolici doprovázena bolestmi v břiše, lokalizovanými v dolní polovině břicha, obvykle křečovitého charakteru. Po defekaci dochází k promptní úlevě. Současně mohou být přítomny borborygmy, tj. hlasité přelévání střevního obsahu. Stolice se objevuje v ranních hodinách, typicky ihned po snídani, někdy ihned po probuzení. Charakteristickým znakem je, že stolice jsou málo objemné, předcházené imperativním nucením na stolici a že vyprazdňování je frakcionované. Další stolice následují během několika desítek minut a jejich obsah je stále řídkší tak, že poslední porce má již vysloveně tekutou konzistenci. Často je přítomno

Tabulka 3. Klasifikace dráždivého tračníku

- a) zácpovitá forma
- b) průjmovitá forma
- c) smíšená forma
- d) neklasifikovatelná forma

větší množství hlenu ve stolici. Takto popsaný klinický obraz se dostává především v ranních hodinách, takže nemocný je nucen pobývat dlouhou dobu na toaletě. Staří klinikové označovali takovou klinickou symptomatologii jako **ranní debakly**.

Zácpovitá forma dráždivého tračníku je opakem výše popsaného obrazu. Dominujícím znakem je zácpa, obtížné a velmi nepravidelné vyprazdňování stolice, která je tuhá, tvrdá a bobkovitá. Neměly stolice několik dnů, nemocní si stěžují na bolesti břicha, pocit nadmutí, zvýšenou plynatost a stálé nutkání na stolici, aniž by dosáhli uspokojivého vyprázdňování. Mohou být přítomny borborygmy. Příměs hlenu ve stolici je pravidlem. Při použití silně účinných kontaktních projímadel dochází k prudkému vyprázdňování s křečemi v břiše. Ve starší literatuře byl takový klinický obraz označován termínem **spastická zácpa**, někdy pro evakuaci většího množství hlenu ve stolici byl používán termín **střevní astma**.

Smíšenou formu dráždivého tračníku je možné charakterizovat především břišním diskomfortem, pocitem nadýmání a plynatosti. Velmi často je stolice denně, bývá však nepravidelná, v některých dnech řídkší a opakovaná, v jiných dnech v závislosti na dietě a psychickém stresu není stolice vůbec.

Terapie

Protože neznáme přesnou etiologii ani patogenezi tohoto onemocnění, je výhodné v úvaze o nevhodnější terapii vycházet z dominantního symptomu. Důležité je zmínit, že u některých nemocných je samotnou terapií již konzultace odborníka, který pacientovi srozumitelným způsobem vysvětlí podstatu choroby a minimální důsledky na jeho zdravotní stav. Konzultace s rozbořením obtíží a hlavně uklidnění nemocného má u řady nemocných blahodárný účinek. Nutný je i podrobný rozbor dietních návyků včetně konzumace alkoholických nápojů, kávy a kouření cigaret. Neměli bychom zapomínat ani na možný podíl některých umělých sladidel, jako je sorbitol nebo fruktóza (žvýkací gumy). Jak je zřejmé, je terapie pacientů trpících dráždivým tračníkem komplexní a v každém případě vyžaduje velkou trpělivost a čas ze strany lékaře i pacienta.

Úprava diety, omezení příjmu tuků a dráždivých látek, jako je alkohol, černá káva a kouření, je nutnou součástí terapie dráždivého tračníku. U nemocných s individuální nesnášenlivostí určitých potravin, např. mléka, je nutná eliminační dieta. U většiny nemocných však s úpravou diety nevystačíme a musíme použít i medikamentózní léčbu.

a) objemová projímadla a změkčovadla stolice

Jde o látky nebo potraviny s vysokou koncentrací nevstřebatelných polysacharidů a pektinů, jako jsou pseničné otruby, psyllium, kukuřičné lupínky, luštěniny

a mnohé jiné. Nevstřebatelná vláknina zůstává v lumen střeva a je pak fermentována bakteriální flórou tlustého střeva. Důsledkem je zvětšení a změkčení objemu střevního obsahu. Takové látky jsou vhodným doplňkem u nemocných s převažující komponentou spastické zácpy. Výhodnější je používat rozpustnou formu vlákniny (psyllium), u které nedochází v takové míře ke zvýšení produkce plynu. Právě nadýmání, plynatost a bolesti břicha mohou být nepříjemným průvodním jevem této terapie. V kontrolovaných klinických zkouškách s placebem však jednoznačný efekt vlákniny v terapii DT nebyl nikdy potvrzen (9).

Jako změkčovadla stolice a šetrná projímadla vhodná k dlouhodobému užití jsou doporučována osmoticky působící laxativa. Jde o syntetické disacharidy (laktulóza nebo lactitol), které se v tlustém střevě rozštěpí na nízkomolekulární látky kyselé povahy, které pak stimulují motilitu a změkčují stolici.

b) antidiarhoika

Loperamid je látka odvozená od morfinu, která však nemá žádné návykové vlastnosti a neovlivňuje CNS. Působí komplexně tím, že snižuje motilitu a sekreci tlustého střeva. Důležité je, že potlačuje pocit imperativního nucení na stolici a snižuje hypersenzitivitu rekta na střevní obsah. Výhodný je především u nemocných s průjemitou formou dráždivého tračnicku. V kontrolovaných klinických zkouškách stejně jako předchozí skupina významně nesnižoval celkové symptomové skóre dráždivého tračnicku v porovnání s placebem (2).

Difenfxyloxylát je látka podobná loperamidu, bez centrálně tlumivých účinků. V kombinaci s atropinem má spazmolytický efekt (4).

Velmi dobrý efekt u nemocných s průjemitou formou dráždivého tračnicku s komponentou kvasné dyspepsie mají antidiarhoika ze skupiny střevních adsorbencí. V takových případech je možné využít magistraliter připravené receptury obsahující calcium carbonicum precipitatum samostatně nebo v kombinaci s bizmutovými solemi nebo kodeinem. Ze specialit často využíváme hydratovaný křemičitan hořečnatohlinitý (diosmectitum; attapulgitum) (7).

c) antidepressiva a neuroleptika

Tricyklická antidepressiva trimipramin, amitriptylin, desipramin a doxepin byla studována v šesti randomizovaných a placebem kontrolovaných zkouškách. Byla podávána v dávkách, které byly pod hranici antidepressivního účinku, avšak prokazatelně snižovala chronickou břišní bolest. Nevýhodou může být ospalost a indukce zácpy. Nejlepší efekt je u nemocných s průjemitou formou dráždivého tračnicku. Pouze jedna randomizovaná studie prokázala významný vliv paroxetinu (SSRI = selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu) v léčení DT. Jiné

studie s těmito novými antidepressivy u dráždivého tračnicku nebyly provedeny (2).

Benzamidové atypické neuroleptikum sulpirid se v poslední době užívá s velkým úspěchem u nemocných s funkční střevní dyspepsií a bolestmi v břiše. Nástup účinku podobně jako u tricyklických antidepressiv je s latencí 3–4 týdnů. V dávce 150 mg denně obvykle nevede k ovlivnění vyšší nervové činnosti. U mladších žen může indukovat hyperprolaktinemii a galaktoreu a poruchy menstruačního cyklu.

d) agonisté 5-HT₄ receptorů

V posledním roce byl v zámoří a v západní Evropě uveden na trh nový agonista serotoninových 5-HT₄ receptorů tegaserod. Kontrolované klinické zkoušky prokázaly efektivitu léku u žen trpících zácpovitou formou dráždivého tračnicku v dávce 6 mg dvakrát denně. Podávání tegaserodu vedlo k významnému snížení celkového symptomového skóre. Vedlejšími projevy byly průjmy, u 2 % léčených vedly k přerušení terapie (2).

e) antagonisté 5-HT₃ receptorů

Alosetron, selektivní antagonist 5-HT₃ receptorů, je v současné době doporučován v zámoří k léčbě u nemocných s převažující komponentou průjmů, která neodpověděla na předcházející terapii. V pěti randomizovaných, placebem kontrolovaných studiích bylo zjištěno, že alosetron v dávce dvakrát denně je významně účinný ve snížení průjmů a celkového symptomového skóre. Zajímavé je, že účinnost alosetronu nebyla potvrzena u mužů. Relativně časté a závažné byly nežádoucí projevy terapie, celkem u 84 nemocných byla detekována ischemická kolitida a ve 113 případech došlo k rozvoji medikamentózně refrakterní zácpy. To je hlavní důvod, proč je alosetron doporučován k terapii průjemité formy DT pouze v případech nereagujících na obvyklou léčbu. Ke všeobecnému užívání je k dispozici pouze v USA (2).

f) spazmolytika

Jsou-li v popředí klinických obtíží bolesti břicha, lze použít spazmolytika. Nutno však mít na paměti, že

spazmolytika samotná obvykle neřeší problém, protože na jedné části tlustého střeva jsou bolestivé spazmy, avšak v jiné části tračnicku je přítomna distenze střeva, která může vyvolávat stejně bolestivé vjemy. Obvykle nepoužíváme klasická „oniová“ parasimpatikolytika, ale muskulotropní spazmolytika, jako jsou otilonium bromid, mebeverin hydrochlorid, trimebutin hydrogennmaleát. Doporučovány jsou také blokátory kalciových kanálů, avšak jejich účinnost není velká (1).

V nedávné metaanalytické studii, hodnotící více než 20 randomizovaných klinických studií, byl prokázán příznivý efekt spazmolytika na ústup bolestí u 53 % léčených v porovnání s 41 % nemocných zlepšených na placebo. Spazmolytika nepřinesla žádný efekt v terapii zácpy, výskyt nežádoucích účinků byl vzácný. Celkové hodnocení spazmolytik je v metaanalýze příznivé, protože u 56 % nemocných léčených spazmolytiky došlo ke zlepšení stavu oproti 38 % nemocných ze skupiny léčených placebem (1, 10).

g) behaviorální terapie

Psychologické poruchy se vyskytují cca u 18–20 % nemocných trpících funkční střevní dyspepsií. U pacientů, kteří pro střevní obtíže vyhledávají pomoc odborníka, je však výskyt úzkosti a depresí podstatně vyšší. Behaviorální léčba zahrnuje biofeedback, psychoterapii, hypnoterapii, relaxační léčbu a kognitivní behaviorální terapii.

h) cholestyramin

Podávání cholestyraminu je vhodné zvláště u nemocných s DT po cholecystektomii nebo u pacientů, u kterých se symptomy objevily po akutní gastrointestinální infekci. Používáme menší dávku cholestyraminu, zpravidla 4–6 g denně (3). Při vyšším dávkování dochází sice k promptní zástavě průjmů, avšak neúměrně se zvětší plynatost a bolesti břicha.

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

IBD klinické a výzkumné centrum,
ISCARE IVF as Lighthouse, ÚKBLD 1. LF UK, Praha
Jankovcova 1569/2c, 170 04 Praha 7
e-mail: lukas.milan@vfn.cz

Literatura

- Bortlík M. Spazmolytika v gastroenterologii. *Remedia*, 2002; 12 (1): 41–49.
- Collins SM, Ismail M. Irritable bowel syndrome. Evidence-Based Gastroenterology. Edited by: E. Jan Irvine and Richard H. Hunt BC Decker Inc, Hamilton, London 2001.
- Drossman DA, Corazziary E, Halley MJ, et: Rome II: a multifactorial consensus document on functional gastrointestinal diseases. *Gut*, 1999; 45: 43–47.
- Howship J. Practical remarks on the discrimination and successful treatment of the spasmodic stricture of the colon. London: Burgess and Hill, 1830.
- Chaudhary NA, Truelove SC. The irritable colon syndrome. *Q J Med* 1962; 31: 307–322.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey W, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1480–1491.
- Lukáš M. Muskulotropní spazmolytika a spasmolytika. In: *Remedia compendium*. Třetí vydání. Panax 1999.
- Powel R. On certain painful affections of the intestinal canal. *Med Trans Coll Phys* 1818; 6: 106–117.
- Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Metanalysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15: 355–361.
- Spiller, RO. Postinfectious irritable syndrome. *Gastroenterology* 2003; 124: 1662–1671.
- Thompson WG, Dotewall G, Drossman, DA, et al. Irritable bowel syndrome: Guidelines for the diagnosis. *Gastroenterol Int* 1989; 2: 92–95.
- Thompson WG, Creed FH, Drossman DA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gastroenterol Int* 1992; 5: 75–91.