

Možnosti samoléčby u pacientů s dyspepsií, poruchami trávení a pálením žáhy v lékárně

Mgr. Josef Malý^{1,2}, MUDr. PharmDr. Kamil Rudolf, Ph.D.^{1,3}

¹Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta UK, Hradec Králové

²Nemocniční lékárna FN Motol, Praha

³II. interní klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Cílem sdělení je přinést základní přehled o patofyziologii a klinickém obrazu dyspepsií, poruch trávení a pálení žáhy doplněný o užitečné informace týkající se nefarmakologické a farmakologické léčby v souladu s moderními trendy samoléčby. Lékárník a farmaceutický asistent zaujímají v celém procesu velmi důležitou roli a mohou významným způsobem ovlivnit výsledek a případná rizika samoléčby.

Klíčová slova: dyspepsie, refluxní choroba jícnu, samoléčba, volně prodejná léčiva, farmaceutická péče.

Options of self-medication in patients with dyspepsia, digestive disorders and heartburn in chemist's

The aim of a paper is presented an overview about pathophysiology and symptoms of dyspepsia, digestive disorders and heartburn supplemented about useful advices concerning non-pharmacological and pharmacological treatment in concordance with recent trends in self-medication. The pharmacist and pharmaceutical assistant play very important role in the process of self-medication and they may significantly influence the outcome and risks of self-medication.

Key words: dyspepsia, gastro-oesophageal disease, self-medication, over-the-counter drugs, pharmaceutical care.

Prakt. lékáren. 2011; 7(3): 138–143

Úvod k problematice samoléčby

Rostoucí obliba mezi pacienty a veřejná podpora samoléčby posilují nejen roli pacienta v systému péče o zdraví, ale zároveň přenášejí mnohem více odpovědnosti na odborné pracovníky lékárny, u kterých hledají pomoc pacienti při řešení svých zdravotních obtíží. Od lékárníků nebo farmaceutických asistentů se následně očekává posouzení situace a doporučení optimálního terapeutického postupu zahrnujícího režimová a dietní opatření, výběr vhodného volně prodejného přípravku, a jestliže to situace vyžaduje také odeslání pacienta k lékaři. Základem celého procesu je získání základního penza informací nejen o aktuálním problému. Pozornost je nezbytné věnovat také jiným onemocněním pacienta a jeho chronické medikaci. Přestože jsou lékárník nebo farmaceutický asistent za tárou limitování časem, nelze tyto kroky při hledání vhodného řešení opomenout. Nejen, že jsou pak schopni vybrat opravdu nejvhodnější a nejbezpečnější léčbu pro pacienta, ale mohou také přispět k minimalizaci rizik samoléčby (nerozeznání příčiny závažného onemocnění, nadužívání léčiv, identifikace případných nežádoucích účinků dosavadní terapie, resp. kontraindikací samoléčby nebo dostupných přípravků) (1, 2).

Potíže lokalizované do oblasti gastrointestinálního traktu (GIT) jsou častou příčinou návštěv lékárny, proto bude prostor věnován vedle

vhodné volně prodejné terapie také symptomatologii, dále lékovým příčinám, které přicházejí v úvahu, a varovným příznakům, při nichž již nelze samoléčbu doporučit.

Dyspepsie

Dyspepsie je v současné době pojímána jako komplex nepříjemných a/nebo bolestivých subjektivních vjemů, případně jejich proměnlivé kombinace, spojených s trávením a lokalizovaných do oblasti gastrointestinálního traktu. Podle lokalizace obtíží rozlišujeme dyspepsie horního (horní část GIT) a dolního (dolní část GIT) typu. Symptomy obou typů se nezdíka vzájemně prolínají. Horní dyspeptický syndrom je potom charakterizován stálou nebo opakovanou bolestí lokalizovanou do epigastría, resp. pupku nebo obecným dyskomfortem v horní polovině břicha, nejčastěji popisovaným jako pocit tlaku, plnosti nebo předčasné sytosti po jídle, dále regurgitace, nechutenství nebo odpor k jídlu, nadmutí horní části břicha bez viditelné distenze, pachtutě v ústech a zvracení nebo nauzea. V případě dolního dyspeptického syndromu (někdy označováno jako dráždivý tračník) dominují pocity tlaku a plnosti v břiše, zácpa, pocity neúplného vyprázdnění po defekaci, ztížené vyprazdňování, nepravidelná stolice, kručení v břiše, přelévání střevního obsahu doprovázeného křečemi (tzv. borborygmy), meteorismus (zvýšený obsah

plynů ve střevě) nebo flatulence (nadměrný odchod plynů konečným). O tom, že je dyspepsie v populaci poměrně častým problémem, svědčí prevalence dosahující až 25 % (3, 4, 5, 6).

V současné době je v klinické praxi používána celá řada klasifikací dyspepsií. Vzhledem k zaměření textu zmíníme pouze základní klasifikaci. Toto rozdělení dyspepsií rozlišuje její organickou formu, kdy jsou příčinou organická onemocnění GIT jako nádory, záněty, peptický vřed nebo cholelitiáza. V případě sekundární dyspepsie poté hledáme příčiny v onemocnění jiných orgánů nebo v metabolických poruchách. Vznikat může na podkladě nežádoucích účinků užívaných léčiv. Poslední kategorii představují funkční dyspepsie, u kterých nalézáme kombinace různých chronických nebo opakujících se gastrointestinálních symptomů de facto nevysvětlitelných strukturálními nebo biochemickými abnormalitami. Patofyziologickým podkladem jsou abnormální viscerální senzitivita, alterovaná motilita nebo dysregulace osy CNS – GI trakt, popř. dysbalance neurotransmiterů (3, 6, 7).

Léčiv, která působí nebo potenciálně zhoršují dyspepsie, je celá řada. Z uvedených příkladů, je zřejmé, že na potenciaci dyspeptických symptomů se mohou podílet nejen léčiva ordinovaná lékařem, ale i řada volně prodejných léčiv. Více o lékových příčinách naznačuje tabulka 1, ze které vyplývá i kombinovaný mechanismus působení jednotlivých zástupců (8, 9, 10).

Odeslání k lékaři

Identifikace nežádoucího účinku užívání terapie nebo jiného lékového problému náleží mezi situace, při kterých je třeba pacientovi doporučit návštěvu lékaře (tabulka 2). Za připomenutí jistě stojí fakt, že u řady pacientů se lékové problémy neprojevují jednoznačně. Také proto vyžaduje podezření další odborné posouzení a vyloučení nebo potvrzení iatrogenní příčiny obtíží (1). **Vedle varovných symptomů je důležité ještě před doporučením samoléčby zvážit i dobu trvání symptomů, jejich frekvenci, věk pacienta (nad 45 let), případnou pozitivní rodinnou anamnézu, chronická onemocnění v anamnéze a akcentaci symptomů i přes provedenou terapeutickou intervenci (1, 9).**

Refluxní choroba jícnu a pálení žáhy

Zpětný tok žaludečního, popř. duodenálního obsahu do jícnu (gastroezofageální reflux) je v malé míře fyziologický. Při opakovaném selhání přirozených obranných mechanismů a při výskytu typických symptomů dochází ke vzniku refluxní choroby jícnu (GERD). Refluxní ezofagitida je častým projevem GERD charakterizovaná zánětem, který doprovází makro nebo mikroskopický nálezní. Funkční pyróza je prosté pálení žáhy bez prokazatelných morfologických změn na jícnovém epitelu. Vedle stenózy jícnu je závažnou komplikací GERD metaplazie dlaždicového epitelu jícnu označovaná jako Barrettův jícen. Tato prekanceróza může postihovat až 20 % pacientů trpících GERD po dobu delší než 15 let (3, 5).

Klíčovými příznaky GERD jsou pálení žáhy (pyróza – pálivý až bolestivý pocit za dolním okrajem hrudní kosti, který stoupá směrem nahoru), regurgitace (návrat žaludečního obsahu do jícnu a úst), popř. nadměrné slinění. Společná přítomnost těchto příznaků je poměrně dobrým prediktorem GERD. Pyróza se obvykle objevuje ve dne, časně postprandiálně (60–90 minut po jídle), souviset může s objemem porcí jídel a typem podávané potravy a významným způsobem koreluje s obezitou (viz dále). Téměř každý druhý pacient se v životě potká s pyrózou, až 15 % z nich obtěžuje minimálně 2x týdně a až 10 % trpí pyrózou denně.

Mezi průvodní, i když méně specifické, příznaky GERD patří říhání, bolest na hrudi nebo nauzea a zvracení. U komplikovaných forem GERD pozorujeme dysfagii (porucha polykání, vážnutí sousta) a odynofagii (bolestivé polykání). Na výskyt GERD mohou upozornit také mimo-

Tabulka 1. Léčiva, která mohou vyvolávat nebo zhoršovat dyspepsie (9, 10)

Mechanismus	Příklady
Poškození gastroduodenální sliznice	Nesteroidní antirevmatika (NSA), salicyláty, kortikosteroidy kombinace NSA a salicylátů, antidepressiva ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, sulfonamidy, železo, draslík, mukolytika
Porucha GI motility	Léčiva s anticholinergním účinkem (atropin, tricyklická antidepressiva) Léčiva s adrenergním účinkem (klonidin, salbutamol) Léčiva s dopaminergním účinkem – agonisté D2 receptorů (levodopa, bromokryptin)
Nauzea, popř. zvracení	Opioidy (nízké dávky – kontrakce antropylorické části vs. vysoké dávky – zpomalení vyprazdňování žaludku) Vlivem lokálního dráždění (draslík, železo, NSA, theofylin, metronidazol, doxycyklin, azathioprin) Působení přes chemoreceptory v CNS (protinádorová chemoterapeutika, opioidy, digoxin, levodopa, bromokryptin)

Tabulka 2. Varovné symptomy, při nichž bychom měli pacientovi doporučit návštěvu lékaře (1, 3)

Podezření na nežádoucí účinek léčiv nebo jiný lékový problém, jehož eliminace není v kompetenci lékárníka, resp. farmaceutického asistenta
Krev ve stolici, v případě horní dyspepsie zejména černá dehtovitá stolice
Opakované zvracení s příměsí i bez příměsí krve
Hypochromní anémie
Pocit vážnutí sousta (dysfagie), bolest při polykání (odynofagie)
Nevysvětlitelné hubnutí
Horečka
Opakované křečovitě bolesti břicha
Náhle vzniklá dyspepsie u pacienta staršího 45 let nebo změna charakteru dosavadních dyspeptických obtíží
Dyspepsie neznámého původu trvající déle než 14 dní i přes provedenou intervenci

Tabulka 3. Příklady zevních faktorů, které ovlivňují výskyt pyrózy, resp. refluxní choroby jícnu (3, 9, 13)

Stravovací a jiné návyky	Tuky, čokoláda, máta (pepermint), čerstvé pečivo, česnek, mák, cibule, kofein, alkohol, kola, džusy, čaj, kouření
Pohybový fyzický režim	Práce v předklonu, zvedání těžkých břemen
Těhotenství	Hormonální a mechanické vlivy
Léčiva snižující tonus dolního jícnového svěrače	Theofylin, léčiva s anticholinergním účinkem (tricyklická antidepressiva), blokátory kalciových kanálů, nitráty, diazepam, morfin, pethidin, NSA, betablokátory, estrogeny, gestageny
Léčiva působící iritaci sliznice jícnu	NSA, alendronát, draslík, železo, peniciliny, doxycyklin
Faktory zvyšující riziko poškození jícnu léčivy	Podání nalačno, nedostatečné zapití vhodným nápojem, ulehnutí nebo práce v předklonu po požití léčiva, suchost sliznic, dehydratace, polypragmatie, věk

jícnové příznaky v podobě opakovaných infekcí horních cest dýchacích, astmatu bronchiale, chrapotu nebo chronického kašle, zvýšené kazi-
vosti zubů, popř. zápachu z úst (1, 3, 5, 11, 12).

Před GERD je organismus chráněn řadou mechanismů, jednu z klíčových rolí však hraje dolní jícnový svěrač, jehož tonus může ovlivnit řada faktorů včetně léčiv. Tyto a další faktory přispívající k pyróze a GERD sumarizuje tabulka 3.

Odeslání k lékaři

Samoléčbu lze doporučit při výskytu pyrózy a dalších příznaků GERD za předpokladu absence podobných varovných symptomů

jako u dyspepsií. Připomenout si zaslouží zejména anémie, váhový úbytek, dysfagie nebo odynofagie. Terapii lze poté nastartovat režimovými opatřeními a eventuálně medikamentózní terapií „on demand“ u pacientů mladších 45 let, bez delšího trvání potíží či větší závažnosti obtíží (3, 11, 12).

Gastropatie indukovaná nesteroidními antirevmatiky

Je velmi častou příčinou onemocnění žaludku a dvanáctníku charakterizovaného slizničními změnami (petechie, erytémy, eroze, vředy), které nemusí doprovázet klinická symptomatologie (epigastrická bolest, dyspepsie apod.). Mezi

rizikové faktory patří vysoké dávky NSA, peptický vřed nebo krvácení do GIT v anamnéze, věk nad 65 let, kombinace NSA s kyselinou acetylsalicylovou, antikoagulancii, kortikoidy nebo antidepresivy, infekce *Helikobakterem pylori*, nespecifické střevní záněty, chronický alkoholismus a nikotinismus. Účinnou prevencí zůstává racionální indikace NSA. Recentní domácí i zahraniční sdělení však ukazují, že při podávání nesteroidních antirevmatik nejsou dosud plně respektována všechna doporučení. Racionální zacházení s NSA znamená především pečlivé vyhodnocení situace před jejich nasazením a zvážení využití vhodných alternativ (paracetamol, lokální formy NSA atd.), popř. jejich kombinací. Případné podávání NSA je nutné omezit na co nejnižší účinnou dávku, která je aplikována po co nejkratší dobu. Lokální nesnášenlivost NSA (omezení iritace) lze minimalizovat podáním léčiva ve vzpřímené poloze s jídlem nebo mlékem a zapitím dostatečným množstvím vhodné tekutiny (alespoň sklenice vody). K minimalizaci systémových nežádoucích účinků NSA je nezbytné při každém výdeji, resp. prodeji léčivých přípravků s NSA připomenout maximální denní dávku při dávkování „on demand (v čas potřeby)“, ptát se pacienta na přítomnost kontraindikací NSA (vředová choroba nebo krvácení v anamnéze, astma bronchiale, III. trimestr těhotenství) a dále se věnovat i dalším výše zmíněným rizikovým faktorům. Přítomnost rizikových faktorů v anamnéze je indikací k preferenčním nebo selektivním NSA a/nebo podání inhibitorů protonové pumpy (PPI), např. omeprazolu 20 mg/den. **Terapie NSA u těchto pacientů náleží do rukou lékaře a samoléčbu lze doporučit pouze výjimečně a krátkodobě. Role lékárníka, resp. farmaceutického asistenta spočívá zejména v prevenci gastropatie navozené NSA, tzn. v identifikaci pacientů s rizikovou medikací v anamnéze a doporučení vhodného řešení vzniklého lékového problému a racionálně vedené samoléčbě při používání NSA (3, 12, 14).**

Terapie

Terapeutické postupy u dyspepsií a GERD vycházejí z podstaty obou onemocnění a konkrétních příznaků u daného pacienta. Základem je maximálně individualizovaný přístup. Nedílnou součástí jsou dietní a režimová opatření spočívající v omezení vlivu rizikových faktorů, resp. nevhodných návyků (3, 11, 12, 15). Dietní opatření u onemocnění žaludku a jícnu odpovídají tzv. šetřící dietě, která vedle zásad uvedených v tabulce 4 doporučuje fyzický i psychický klid doplněný dostatkem spánku. Dále navrhuje omezit

Tabulka 4. Dietní a režimová opatření u dyspepsií a refluxní choroby jícnu (3, 11, 12)

Dyspepsie
Pravidelný denní režim, celkové zklidnění, relaxace
Dieta dle tolerance pacienta – omezení nebo vyloučení netolerovaných potravin, kořeněných a jiných dráždivých jídel, pravidelnost, menší porce (viz tabulka 3 + uzpůsobit dle pacienta)
Nekouřit, omezit kávu, alkohol, silný čaj
Revize rizikové farmakoterapie
GERD
Strava bohatá na bílkoviny podávaná pravidelně a po menších porcích (6–8x denně), max. 2–3 hod. před spaním, s výraznou redukcí dráždivých a tučných potravin (viz tabulka 3 + uzpůsobit dle pacienta)
Redukce nadváhy, nesedavý způsob života, nikotinová abstinence, popř. mírně podložit čelo postele
Omezení manipulace s těžkými břemeny, práce v předklonu a nošení těsných a stahujících oděvů
Revize rizikové farmakoterapie

pití velkých dávek tekutin najednou nebo se vyvarovat příliš horkým nebo naopak mraženým potravinám (16).

Základem farmakoterapie GERD je potlačení žaludeční sekrece, resp. neutralizace gastroduodenálního obsahu a úprava motility. Přestože mají antacida v terapii GERD spíše doplňkový význam, jsou lékem volby určeným k úlevě příznaků GERD zejména v případech, kdy se symptomy nevyskytují příliš často a nejsou intenzivní. Pokud sáhneme k antacidům, preferujeme zástupce s minimálním systémovým působením (vyšší riziko u solí uhličitany). Obvykle je podáváme „on demand“ (až 4–6x denně), nejlépe mezi jídly (1–3 hod. po jídle), resp. na noc. Jejich efekt přetrvává přibližně 1 hod. Pamatovat je třeba na možnost interakce dvoj- a/nebo trojmocných iontů antacid např. s některými antibiotiky, zároveň hrozí zpomalení vstřebávání současně užitých léčiv, proto jsou antacida podávána nejdříve 2 hod. po aplikaci jiných léčiv. Z důvodu prevence průjmu, resp. zácpy je výhodné kombinovat antacida s Mg^{2+} s Al^{3+} solemi. Mg^{2+} soli navíc zvyšují tonus dolního jícnového svěrače. Některá antacida jsou indikovaná pro děti starší 6 let, těhotné i kojící ženy. Dnes poměrně oblíbené algináty nepodáváme na noc, při horizontální poloze ztrácí vzniklý gel schopnost bránit případnému refluxu. Při výběru vhodného antacida může hrát vedle výše uvedených faktorů roli také léková forma a ekonomická náročnost konkrétního přípravku. Zvýšené opatrnosti je nutno dbát u pacientů s poškozením ledvin nebo při minerálové dysbalanci. Antacida obsahující Na^+ soli nejsou nedoporučována také u hypertoniků nebo pacientů s edémy. Antacida lze s úspěchem využít rovněž u dyspepsií spojených s překyselením žaludku nebo při pyróze (1, 8, 17).

Antacida stejně jako antagonisté H_2 receptorů nepostačí ke zhojení slizničních lézí, a to jak v případě dyspepsií, tak i u symptomů

GERD. Přesto patří ranitidin (75 mg) a famotidin (10 mg) mezi oblíbené volně prodejné přípravky v terapii dyspepsií a GERD. Jejich účinek nastupuje po 30, resp. 60 min. a přetrvává přibližně 10–12 hod. Podávání není doporučováno u dětí do 16 let a během těhotenství, příp. kojení. H_2 blokátory jsou obecně dobře snášeny, díky vyšší anticholinergní aktivitě může ranitidin zejména u starších pacientů zhoršovat zácpu nebo akcentovat suchost sliznic. **Pro účely samoléčby je doporučeno nepodávat antagonisty H_2 receptorů déle než 5–7 dní (1, 8, 17).**

Pro krátkodobou léčbu úporné pyrózy a kyselého gastroezofageálního refluxu trvajících maximálně 14 dní, popř. v rámci krátkodobé prevence u pacientů užívajících steroidní i nesteroidní antiflogistika, lze v rámci samoléčby doporučit inhibitory protonové pumpy – PPI (omeprazol 10 a 20 mg a pantoprazol 20 mg). PPI jsou pro léčbu bez dohledu lékaře indikovány u pacientů starších 15 let v případě selhání předchozí terapie, při častějším výskytu symptomů a při absenci varovných příznaků. PPI je nezbytné užít vždy ráno na lačno (aspoň 30 min. před jídlem) a zapít sklenicí vody. Jejich účinek v porovnání s antagonisty H_2 receptorů nastupuje později (1,5–2 hod.), ale přetrvává v závislosti na typu PPI minimálně dvojnásobnou dobu. Pacienti, kteří mají potíže s polykáním, mohou enterosolventní tobolky otevřít, mikropelety vysypat na lžičku a spolknout je spolu s vhodnou tekutinou (mikropelety lze též dispergovat ve sklenici s vodou nebo ovocnou šťávou a suspenzi nejpozději do 30 minut vypít). Tento postup lze uplatnit u některých léčivých přípravků s omeprazolem (1, 8, 17, 18). **Podávání PPI s sebou přináší vedle potenciálních lékových interakcí (např. mykofenolát, ketokonazol, flukonazol, klopidogrel – zejména u omeprazolu) také řadu dlouhodobých rizik. Připomenout si zaslouží achlorhydrie, ještě výrazněji než H_2 blokátory mohou omezit biologickou dostupnost**

Tabulka 5. Vybraná a aktuálně obchodovaná volně prodejná léčiva určená k terapii onemocnění spojených s poruchou acidity – A02 (dle 1, 8, 17)

Název léčivého přípravku	Hlavní léčivá látka	Léková forma	Dávkování a způsob užití	Poznámka
Acix	algeldrát + hydroxid hořečnatý	žvýkácí tablety	dospělí a děti nad 14 let: žvýkají nebo nechají 1–2 tbl. rozpustit v ústech, popř. je rozkousané zapíjejí malým množstvím tekutiny, max. 8 tbl./den	opatrnost při těhotenství a kojení, zejména I. trimestr
Anacid	algeldrát + hydroxid hořečnatý	suspenze	děti od 6 let: 1–3 sáčky 2–4x denně, dospělí a děti nad 14 let 1 sáček 4–6x denně	opatrnost při těhotenství a kojení, zejména I. trimestr
Maalox	hydroxid hlinitý + hydroxid hořečnatý	žvýkácí tablety	dospělí a děti nad 15 let: 1 až 2 tablety vycukat či rozžvýkat, max. denní dávka 12 tbl.	opatrnost při těhotenství a kojení, zejména I. trimestr
Maalox suspenze	hydroxid hlinitý + hydroxid hořečnatý	suspenze	dospělí a děti nad 14 let: 1 lžice, max. denní dávka 6 lžic	opatrnost při těhotenství a kojení, zejména I. trimestr
Rennie	uhličitan vápenatý + uhličitan hořečnatý	žvýkácí tablety	dospělí a děti nad 15 let: cucat či žvýkat 1–2 tbl., max. denní dávka 16 tbl.	opatrnost při těhotenství a kojení, zejména I. trimestr, nevhodné u diabetiků (obsah cukru), vyšší riziko systémového vstřebávání
Rennie spearmint bez cukru	uhličitan vápenatý + uhličitan hořečnatý	žvýkácí tablety	dospělí a děti nad 15 let: cucat či žvýkat 1–2 tbl., max. denní dávka 16 tbl.	opatrnost při těhotenství a kojení, zejména I. trimestr, vyšší riziko systémového vstřebávání
Rutacid	hydrotalcid	žvýkácí tablety	děti od 6 do 12 let: užívají polovinu dávky pro dospělé, tj. 1/2 až 1 tableta 3–4x denně	opatrnost při těhotenství a kojení, zejména I. trimestr
Talcid	hydrotalcid	žvýkácí tablety	dospělí a děti nad 12 let: 1–2 tbl. dle potřeby, max. denní dávka 12 tbl.	opatrnost při těhotenství a kojení, zejména I. trimestr, nevhodné u diabetiků (obsah cukru)
Gaviscon liquid peppermint	alginát sodný + hydrogenuhličitan sodný	suspenze	děti 6–12 let: 5–10 ml po jídle a před spaním, dospělí a děti nad 12 let: 10–20 ml po jídle a před spaním	opatrnost při těhotenství a kojení, zejména I. trimestr, nevhodné u hypertoniků nebo pacientů s otoky
Gaviscon žvýkácí tablety	alginát sodný + hydrogenuhličitan sodný	žvýkácí tablety	dospělí a děti od 12 let: 2 až 4 tablety po jídle a před spaním rozžvýkat (nejvýše 4x denně)	opatrnost při těhotenství a kojení, zejména I. trimestr, nevhodné u hypertoniků nebo pacientů s otoky
Famosan 10 mg	famotidin	potahované tablety	dospělí a děti nad 16 let: 1–2 tbl. za den	kontraindikace v těhotenství a při kojení
Ranisan 75 mg	ranitidin	potahované tablety	dospělí a děti nad 16 let: 1–2 tbl. za den	kontraindikace v těhotenství a při kojení
Apo-Ome 20	omeprazol	enterosolventní tvrdé tobolky	dospělí pacienti: 10–20 mg/den	kontraindikace v těhotenství a při kojení, u dětí pouze po konzultaci s lékařem
Helicid 10 Zentiva	omeprazol	enterosolventní tvrdé tobolky	dospělí pacienti: 10–20 mg/den	kontraindikace v těhotenství a při kojení, u dětí pouze po konzultaci s lékařem
Loperazol 10 mg	omeprazol	enterosolventní tvrdé tobolky	dospělí pacienti: 10–20 mg/den	kontraindikace v těhotenství a při kojení, u dětí pouze po konzultaci s lékařem
Onprelen 10	omeprazol	tvrdé tobolky	dospělí pacienti: 10–20 mg/den	kontraindikace v těhotenství a při kojení, u dětí pouze po konzultaci s lékařem
Ortanol 10 mg	omeprazol	tvrdé tobolky	dospělí pacienti: 10–20 mg/den	kontraindikace v těhotenství a při kojení, u dětí pouze po konzultaci s lékařem
Ortanol 20 mg	omeprazol	tvrdé tobolky	dospělí pacienti: 10–20 mg/den	kontraindikace v těhotenství a při kojení, u dětí pouze po konzultaci s lékařem
Pantoloc Control 20 mg	pantoprazol	enterosolventní tablety	dospělí a děti nad 12 let: 20 mg/den	kontraindikace v těhotenství a při kojení

některých léčiv závislých na kyselém pH v žaludku a duodenu (itakonazol, železo, vápník), dále hrozí i akcentace jiných onemocnění (osteoporóza). Proto je zcela nezbytné každé podání PPI zejména při samoléčení velmi zodpovědně zvažovat (8, 19).

Při poruše motility GIT (GERD, ochablý žaludek – snížená chuť k jídlu, pocit netrávení a pocit nepohyblivého se trávicího ústrojí) jsou indikovány prokinetika (urychlují průchod potravy GIT a zvyšují tonus dolního jícnového svěrače). O jejich podávání lze uvažovat i v případě dalších dyspeptických obtíží (pocit plnosti při jídle, říhání,

nadýmání nebo pocit tlaku v podbříšku). Jediným volně prodejným prokinetikem je domperidon. Nejlépe 15–30 min. před jídlem obvykle 3–4x denně užívají děti starší 12 let (nad 35 kg) nebo dospělí 1–2 tbl. domperidonu. Kontraindikován je při současném podání se silnými inhibitory CYP3A4 kvůli možnému riziku prodloužení QT intervalu. Podávání prokinetik u těhotných a kojících žen a v případě dlouhodobého užívání (nad 14 dní) schvaluje pouze lékař (1, 8, 12).

Snížení povrchového napětí v GIT charakterizující silikonové oleje (simetikon) je důvodem jejich klinického využití při meteorizmu,

flatulenci, popř. říhání. Podávání silikonů není díky nevstřebávání po perorálním užití zatíženo výraznými omezeními ani nežádoucími účinky. Pouze v případě dětí do 3 měsíců je doporučeno konzultovat jejich nasazení s lékařem. Doprovodný průjem může často souviset s pomocnými látkami (glycerol). Obvyklá doporučená dávka u dospělých se pohybuje mezi 40–80 mg (1–2 tobolky) a užívá se vždy s jídlem nebo po jídle, popř. i před spaním (někdy až 3–5x denně). U dětí do 6 let volíme kapky, resp. suspenzi, u kojenců je přidáváme do mléka nebo jiného nápoje (1, 8, 12).

Při dyspepsiích provázených sníženou chutí k jídlu, pocitem špatného trávení a pocitem plnosti lze zvážit podání trávicích enzymů (pankreatin a takadiastáza) působících především v tenkém střevě. Pankreatin s nejdůležitější složkou lipázou je nutno vždy podávat s jídlem nebo bezprostředně po něm. Obvykle jsou užívány 3x denně 1–2 enterosolventní tobolky, resp. tablety, které se nesmí nekousat a polykají se celé. Při obtížích s polykáním je možno tobolky vysypat a podat s vhodnou tekutinou nebo je do rovnou přidat do příslušného pokrmu. Díky přítomné amyláze a proteáze usnadňuje pankreatin vedle tuků rovněž trávení škrobů a bílkovin. Při nedostatečném vstřebávání polysacharidů je k dispozici ještě další z enzymů (takadiastáza), který je možno doporučit pro děti nad 3 roky. Užívány jsou obvykle 1–3 tobolky až 3x denně, opět vždy po jídle. Pokud je jejich použití doprovázeno pocitem tíhy, netrávením i žlučníkovými obtížemi, které jsou často spojeny s dietní chybou, je vhodné doplnit terapii o choleretika vykazující často i mírný spazmolytický účinek. Dostupné volně prodejné léčivé přípravky ve formě pevných nebo tekutých lékových forem obsahují mimo jiné hymekromon, fenypentol nebo kurkumový extrakt (1, 8, 12).

Psychogenní složka hraje nezřídka významnou úlohu při vzniku, trvání i vnímání dyspeptických obtíží a GERD. **Lékárník, resp. farmaceutický asistent, může vhodným poradenstvím, vysvětlením a empatickým přístupem přispět k uklidnění pacienta, zmírnění jeho obtíží a podpoře compliance (3, 11, 12).**

Práce byla podpořena grantem Univerzity Karlovy v Praze (SVV 2011 263 005).

Literatura

1. Suchopár J, Kotlářová L, Végh V, a kol. Volně prodejné přípravky v praxi lékárníka a lékaře. Praha: Edukafarm, 2011: 478 s.
2. Doseděl M, Malý J, Rudolf K. OTC léčiva a samoléčení průjmu a zácpy. Prakt. lékař. 2010; 6(6): 306–311.
3. Seifert B, Dítě P, Bureš J, a kol. Dyspepsie horního typu. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008.
4. Seifert B, Lukáš K, Charvátová E, a kol. Dolní dyspeptický syndrom. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007.
5. Lukáš K, Žák A, a kol. Chorobné znaky a příznaky. Grada Publishing, 2010: 520 s.
6. Ehrmann J. Funkční dyspepsie. Klin Farmakol Farm 2009; 23(1): 35–41.
7. Klener P, a kol. Vnitřní lékařství. Třetí, přepracované a doplněné vydání. Praha: Karolinum a Galén, 2006: 1158 s.
8. MV-AISLP pro Windows, verze 1.2011.

9. Alušik Š, a kol. Klinické projevy nežádoucích účinků léků. Triton, 2001: 171 s.

10. Hawkey CJ, Skelly MM. Drug-induced Gastrointestinal Disorders. Medicine 2003; 31(3): s. 106–109.

11. Lukáš K, a kol. Refluxní choroba jícnu. Standard České gastroenterologické společnosti – aktualizace 2009. [online]. [cit. 31. 3. 2011]. Dostupné na [www: http://www.cgs-cls.cz/Public/cgs-cls/Standard-CGS-Refluxni-choroba-jicnu.pdf](http://www.cgs-cls.cz/Public/cgs-cls/Standard-CGS-Refluxni-choroba-jicnu.pdf).

12. Tuhá K. Poradenství u pacienta s dyspepsií, reflexní esofagitidou, gastropatií. Doporučený postup České lékařnické komory pro konzultační činnost v lékárnách. Solen 2010. 168 s.

13. Kinnear M, Ghosh S, Hudson S. Pharmaceutical care. Gastro-oesophageal reflux disease. Pharmaceutical Journal; 263(7058): 241–250.

14. Lukáš M. Gastropatie a enteropatie z nesteroidních anti-revmatik. Interní Med. 2006; 11: 489–492.

15. Walker R, Whittlesea C. Clinical pharmacy and therapeutics. 4th edition. Churchill Livingstone, 2007: 960 s.

16. Svačina Š, a kol. Klinická dietologie. Grada Publishing, 2008: 381 s.

17. Databáze registrovaných léčivých přípravků SÚKL [online]. [cit. 31. 3. 2011]. Dostupné na [www: http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php](http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php).

18. Grodza P. Inhibitory protonové pumpy jako volně prodejné léky z pohledu lékárníka. Prakt. lékař. 2010; 6(4): 190.

19. Kroupa R, Dolina J. Rizika dlouhodobé antisekreční terapie. Vnitř Léč 2010; 56(2): 115–119.

Mgr. Josef Malý

*Katedra sociální a klinické farmacie,
Farmaceutická fakulta UK
Heyrovského 1203, 500 05 Hradec Králové
josef.maly@faf.cuni.cz*
