

stavují H2-blokátory a/nebo pouhé dodržování režimových opatření. Vzácnějšími indikacemi pak jsou léčba eozinofilní ezofagitidy (EoE), Zollinger-Ellisonova syndromu, eradikace *H. pylori* a funkční onemocnění horního zažívacího traktu, dále může mít přínos i u pacientů s idiopatickou plicní fibrózou, zejména při výskytu refluxních symptomů (5, 6, 7). Indikací k preventivnímu podávání antisekreční léčby, a to konkrétně IPP, je kumulace několika rizikových faktorů pro tvorbu peptického vředu s rizikem krvácení, jako věk nad 65 let, anamnéza vředové choroby nebo krvácení, infekce *H. pylori* a užívání rizikových léků, jako jsou nesteroidní antirevmatika (NSA), antiagregancia a antikoagulancia (8). Výše diskutovaná široká indikace v klinické praxi často vede k nadužívání antisekrečních léčiv. S narůstajícím využíváním IPP však rostou i obavy z jejich nevhodné indikace. Jak potenciální vedlejší účinky, tak zbytečné výdaje, jsou stále častěji předmětem diskuzí. Proto v posledních letech roste snaha odborných společností omezit jejich dlouhodobé neracionální užívání (9).

Mýty a fakta

Mýtus 1: Dlouhodobé užívání IPP je nebezpečné

Nejen v odborné veřejnosti přibývá informací o rizicích spojených s dlouhodobým užíváním IPP, některé závěry ukazují na souvislosti i s mnoha chorobami mimo trávicí trakt a vedou k obavám a někdy nesprávnému vysazení dobře indikované dlouhodobé terapie IPP s rozvojem následných problémů.

Fakta

Při dlouhodobém užívání IPP bylo prokázáno několik nežádoucích účinků, které vyžadují pozornost. Studie ukazují, že dlouhodobá léčba může vést k malabsorpci vitamínu B₁₂, hypomagnezemii, zvýšenému riziku osteoporotických fraktur a gastrointestinálním infekcím, včetně infekce bakterií *Clostridium difficile* a mnoha dalším. Údaje pocházejí převážně z asociačních populačních studií bez ohledu na indikaci a relativní riziko je u exponované populace často těsně statisticky významné (kromě střevní infekce, kde je asi dvojnásobné). Při velkém počtu exponovaných osob může i nízké riziko hrát roli a k výskytu komplikací

příspět. Nicméně správně indikovaná léčba, i dlouhodobá, je ve srovnání s jinými léčivými stále velmi bezpečná a její benefit jasně převyšuje rizika. U každého pacienta je ale nezbytné pravidelně přehodnocovat, zda indikace pro pokračování v terapii IPP trvá, aby se minimalizovala potenciální rizika spojená s jejich dlouhodobým neúčelným užíváním (10).

Mýtus 2: Všichni pacienti s RCHJ potřebují antisekreční léčbu

Mnoho lékařů předpokládá, že každý pacient s diagnózou RCHJ musí být léčen antisekrečními léky, zejména pak IPP. Ve skutečnosti však každý pacient nevyžaduje tuto léčbu. Především ti s mírnými symptomy mohou být efektivně léčeni zavedením režimových opatření, případně nepravidelnou antisekreční terapií v režimu „dle potřeby“.

Fakta

Podle současných doporučení by měla být léčba RCHJ individualizována, přičemž lékaři by měli zvážit i alternativy, jako jsou úpravy stravy, životního stylu a fyzioterapie, zejména u pacientů s méně závažnými příznaky. Pokud je IPP terapie nezbytná, měla by být použita v souladu s doporučeními odborných společností a pravidelně přehodnocována. Doporučuje se také používat nižší dávky a zvažovat přechod na nepravidelné dávkování nebo úplné vysazení léčby u pacientů, u kterých již není přítomna jasná indikace pro dlouhodobou terapii (1). Alternativou k podávání IPP mohou být především u pacientů s mírnými, a především nočními příznaky, H2-blokátory (5).

Mýtus 3: Antisekreční léčba je účinná pouze na úlevu od symptomů

Mnozí pacienti a lékaři se domnívají, že antisekreční léčba slouží pouze k dočasnému zmírnění symptomů.

Fakta

Dlouhodobé užívání antisekrečních léků má svoje opodstatnění u pacientů s těžšími formami RCHJ a je nezbytné k prevenci relapsu symptomů a rozvoji komplikací, jako jsou striktury a Barrettův jícn a později i karcinom jícnu (11). U těchto stavů byl prokázán přínos dlouhodobé terapie IPP pro snížení rozvoje

komplikací bez ohledu na přítomnost nebo nepřítomnost symptomů. U chronických stavů, jako je eozinofilní ezofagitida (EoE), je dlouhodobá léčba nezbytná i v období bez příznaků, aby se udržela remise a předešlo se vzniku závažných komplikací spojených s tímto onemocněním (12).

Mýtus 4: IPP by měly být užívány dlouhodobě, jakmile jsou jednou nasazeny

IPP jsou často nasazeny z nejrůznějších indikací, a poté zůstávají v chronické medikaci pacientů často i v případech, kdy důvod, ze kterého byly původně indikovány, již pominul.

Fakta

Užívání IPP by mělo být stejně jako u ostatních léků pravidelně přehodnocováno, aby se zjistilo, zda jejich užívání stále přináší více přínosů než rizik. Odpovědnost za tento přehled by měla být v kompetenci primárního lékaře, který by měl vyhodnotit potřebu pokračování léčby a zvážit možnost depreskripce, pokud nejsou splněny konkrétní indikace pro pokračování terapie (6). Důvodem pro dlouhodobou léčbu IPP s profylaktickým záměrem je kombinace rizikových faktorů s vysokým rizikem vzniku krvácení, které jsou podrobněji uvedeny v tabulce 1.

Mýtus 5: Po vysazení antisekreční léčby se symptomy vždy vrátí

Mnoho pacientů a lékařů se obává, že po ukončení užívání antisekrečních léků se příznaky nevyhnutelně vrátí, proto často iracionálně setrvávají v jejich dlouhodobém užívání.

Fakta

Netrvá-li indikace k dalšímu podávání antisekreční léčby (např. pro odstranění některého z rizikových faktorů pro krvácení, zlepšení symptomů při absenci slizničního postižení u RCHJ, zhojení *H. pylori* pozitivního vředu po eradikaci aj.), je žádoucí přistoupit k pokusu o její vysazení. Stejně tak u většiny pacientů s indikací pro chronickou léčbu IPP užívajících dávkování dvakrát denně by měl být zvážen přechod na užívání IPP jednou denně a postupně se snažit léčbu úplně vysadit. Po náhlém vysazení mohou pacienti v krátkodobém horizontu zaznamenat pře-