

Tab. 1. Indikace dlouhodobé gastroprotektivní léčby IPP v závislosti na rizikových anamnestických údajích (6)

Užívání NSA u pacientů s dalšími rizikovými faktory
■ věk nad 65 let
■ anamnéza vředu
■ současné užívání kyseliny acetylsalicylové, kortikosteroidů nebo antikoagulancií
Anamnéza vředové choroby gastroduodena s krvácením při užívání NSA
Užívání antiagregační terapie mající další rizikové faktory v anamnéze
Pacienti užívající dvě nebo více antitrombotických a antiagregačních léčiv současně

chodné zhoršení symptomů, které je způsobené tzv. rebound fenoménem. V případě časně recidivy symptomů je žádoucí nevysadit léčbu nárazově, ale zvolit strategii postupného vysazování, kdy pacientovi doporučíme užívání léčiva obden s přechodem na dvakrát do týdne během několika následujících týdnů (13). Alternativou může být užívání IPP v režimu „dle potřeby“, případně lze překlenout toto období H2-blokátory. Teprve pokud symptomy přetrvávají více než 2 měsíce, může to naznačovat potřebu dlouhodobějšího podávání IPP (6).

Mýtus 6: H2-blokátory jsou zastaralé léky a v moderní léčbě onemocnění GIT už nemají místo

H2-blokátory, jako je famotidin, zůstávají relevantní v léčbě RCHJ a funkční dyspepsie. I když mají obecně slabší účinek než inhibitory protonové pumpy (IPP), existují situace, kdy jsou vhodnou volbou.

Fakta

H2-blokátory jsou účinné při krátkodobé léčbě mírnějších forem RCHJ a mohou být vhodné pro pacienty, kteří nemohou užívat IPP kvůli intoleranci, vedlejšími účinkům nebo kontraindikacím. Jejich použití je však limitováno menší účinností a rizikem poklesu efektu při delším podávání vlivem tachyfyaxe (2). Dále se H2-blokátory s výhodou užívají u pacientů s perzistujícími nočními refluxními příznaky, případně s trvající refluxní ezofagitidou i při léčbě IPP. Užívají se před spaním, a to i v kombinaci s ranní dávkou IPP (5). H2-blokátory mají svůj význam v léčbě funkční dyspepsie. Přestože není výrazný rozdíl mezi účinností H2-blokátorů a IPP, mohou být H2-blokátory doporučeny jako lék první volby díky dobrému bezpečnostnímu profilu a možnosti zahájení léčby s nižšími dávkami (14). Vzhledem k těmto vlastnostem zůstávají H2-blokátory důležitou součástí tera-

peutického arzenálu, zejména v situacích, kdy IPP nejsou vhodné nebo účinné. Rizika dlouhodobé antisekrecční léčby při použití H2-blokátorů jsou dle některých zdrojů nižší než u IPP, pravděpodobně na vrub nižší účinnosti a omezené dostupnosti dat. Na základě dostupných informací však nelze obecně doporučit preferenci H2-blokátorů oproti IPP čistě z bezpečnostního hlediska (15).

Mýtus 7: Při zahájení léčby kortikoidy je vždy nutné současně podávat profylaktickou antisekrecční léčbu

Rutinní podávání IPP pacientům užívajících kortikoidy není doporučováno.

Fakta

Rozhodnutí o zahájení profylaktického podávání IPP by mělo být stanoveno na základě individuálního posouzení každého pacienta a dále jeho všech rizikových faktorů. Toto rozhodnutí by nemělo být stanoveno pouze na skutečnosti, zda pacient užívá či neužívá kortikoidy, u kterých je navíc riziko vzniku peptického vředu spíše sporné (16). Nejvýznamnějšími rizikovými faktory jsou věk, anamnéza vředové choroby gastroduodena, infekce *H. pylori*, hospitalizace na intenzivním lůžku. Stran farmakologické anamnézy je pak rizikové pro rozvoj peptického vředu, a zejména pak i jeho krvácení, užívání kyseliny acetylsalicylové, NSA a duální antiagregační léčby nebo kombinace antiagregancia a antikoagulancia. Přítomnost pouze jednoho rizikového faktoru by neměla být důvodem k automatickému profylaktickému podávání antisekrecční léčby (8).

Mýtus 8: Antisekrecční léčba řeší příčinu refluxní choroby jícnu, čímž je překyselení žaludku

Je nutné si uvědomit, že i když je antisekrecční léčba účinná, tak necílí svým mechanismem účinku na samotnou patofyziologickou příčinu RCHJ.

Fakta

Patogeneze RCHJ je komplexní a zahrnuje několik faktorů, mezi kterými hrají roli anatomické, chemické, psychologické a neurologické mechanismy. Za hlavní příčiny se dnes považují zejména tranzitorní relaxace dolního jícnového svěrače a jeho snížený tonus. Důležitým faktorem je také přítomnost hiátové hernie, která narušuje správnou funkci tohoto svěrače. Dalším významným mechanismem je zpožděné vyprazdňování žaludku. Na poškození sliznice a symptomech se nepodílí jen žaludeční kyselina, ale i pepsin a při současném duodenogastrickém refluxu i obsah duodena, včetně žluči (17). RCHJ už není chápána pouze jako „problém s nadměrnou kyselostí žaludku“, což vysvětluje, proč léčba IPP nepřináší vždy úlevu od příznaků u některých pacientů (5). Proto je u některých pacientů s refluxními symptomy efektivnější kombinace antisekrecční terapie s prokinetikem nebo v případě průlomových potíží s lokálně působícími prostředky s alginátem nebo kyselinou hyaluronovou a chondroitin sulfátem.

Mýtus 9: Pokud byla léčba omeprazolem bez efektu, je pacient všeobecně non-responzivní na antisekrecční léčbu

Podle současných doporučení platí, že pokud byla léčba jedním přípravkem neúčinná, vyplatí se zkusit efekt jiného (1).

Fakta

Pokud léčba jedním zástupcem IPP nepřinese požadovaný efekt, může být užitečné zkusit jiný přípravek z této skupiny. Studie ukazují, že účinnost různých IPP se mezi sebou liší u jednotlivých pacientů a každý může individuálně více nebo méně reagovat na jiný preparát. V případě neúplné odpovědi na léčbu je tedy rozumné zvážit přechod na jiný IPP. Dopředu nikdy nelze říct, které konkrétní léčivo bude mít u daného pacienta nejvyšší efekt. Platí tedy, že pro úvodní léčbu může být volen kterýkoliv preparát (1). Empiricky může být indikováno podávání jiných léčiv či zdravotnických prostředků buď alternativně nebo v kombinaci s IPP. Nedílnou součástí řešení pacienta neodpovídajícího na léčbu je i řádné objektivní vyšetření a v případě RCHJ verifikace diagnózy.