

616.329/.33-039.41-08

ČASTĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ HORNÍ ČÁSTI ZAŽÍVACÍHO TRAKTU U VOJÁKŮ**Souhrnný referát****ČÁST II. LÉČBA**

Pplk. MUDr. Jan MOŠTÁK, CSc., pplk. MUDr. Ivan HOŠEK, pplk. MUDr. Zdeněk HOLÁSEK,
pplk. MUDr. Boleslav PROKEŠ, CSc., pplk. MUDr. Dalibor OSTŘÍŽEK
Vojenská nemocnice Brno
(náčelník: plk. MUDr. Štěpán Zdražil)

Refluxní nemoc jícnu

Léčení refluxní nemoci jícnu je dlouhodobé a obtížné. Úprava životosprávy a stravy vychá-

zí z poznatku, že tonus dolního jícnového svěrače snižují: černá káva (ne samotný kofein), alkohol, tuky — je tedy vhodné tyto látky ze stravy vyloučit nebo v případě tuků omezit.

Gastroezofageální reflux (GER) se zvyšuje vzestupem nitrobřišního tlaku a vleže. Doporučujeme tedy po jídle si nelehat, udržovat pravidelnou, ne tuhou stolicí, předcházet zácpě. Spazmolytika u tohoto onemocnění jsou anachronismem, neboť zpožděním vyprazdňování žaludku zhoršují GER. V souladu s autory našimi i zahraničními jsme dobré zkušenosti získali při medikamentózní léčbě antacidy. Používali jsme hlavně československých léků Anacidu, Aciloxu a Ligacidu. Velmi dobré zkušenosti jsme měli při používání anglického preparátu Muthesa. Antacida se musí podávat dostatečně často (6krát denně), v mezidobí mezi jídly a před spaním. Při farmakoradiografii jsme potvrdili, že Metoclopramid snižuje gastroezofageální reflux a zvyšuje vyprazdňování žaludku. Proto jsme podávali léčebně Cerucal Germed (NDR) tbl. 3–4krát denně před hlavními jídly s dobrými výsledky. Tato léčba je však nákladná.

V našem souboru bylo 7,7 % komplikací, z toho u 4,2 % šlo o těžší ezofagitidu, u 2,3 % o výskyt vředu v dolní části jícnu a u 0,8 % nemocných o strikturu jícnu.

Chirurgické léčení refluxní nemoci jícnu a jejích komplikací je složitou záležitostí, nicméně jeho výsledky podle zkušeností u nás hlavně Šerého (1980, 1981) jsou dobré. U vojáků je léčení v převážné části konzervativní.

Vředová choroba duodena a akutní bulbitida, žaludeční vřed, funkční žaludeční dyspeptický syndrom

Léčení těchto tří postižení horní části zažívacího traktu má některé společné problémy, ale vzhledem k odlišnosti některých patogene- tických mechanismů, tak jak byly uvedeny v první části našeho sdělení, má také své zvláštnosti u jednotlivých onemocnění.

Nejdůležitější zásadou léčení je dodržování režimových opatření:

1. **Vysazení ze stávajícího prostředí:** již Doll (1952) zjistil, že pouhé vysazení z dosavadního prostředí a hospitalizace odstranila u většiny nemocných vojáků vředovou chorobou duodena zcela potíže bez jakékoliv další léčby a při volné dietě.

Většina dalších autorů v soulase s Mařatkou se domnívá, že vysazení z mnohdy stresujících podmínek je jednou z nejdůležitějších součástí léčby všech tří onemocnění. Rozhodnutí, zda bude nutno nemocného léčit v nemocnici, nebo zda bude ponechán v domácím léčení (u vojáků z povolání), je někdy dosti obtížné. Musíme brát v úvahu problémy nemocného v zaměstnání i doma.

Při rozhodování nám velmi pomáhá psychologické vyšetření nemocných, prováděné formou testů i pohovorů. Ve většině případů saháme aspoň k dočasné hospitalizaci již vzhledem k tomu, že při dnešní zaměstnanosti žen prakticky péče o jídlo nemocného mu nedopřává

dostatečný klid. Jsou typy nemocných, kteří se daleko lépe cítí v domácím léčení, zvláště jdeli u vojáků z povolání o nemocné, kteří jsou dlouhodobě odloučení od rodin. Podle našich zkušeností u vojáků základní služby ve většině případů dochází k vymizení subjektivních potíží, a to při jakékoliv léčbě do 2–3 dnů, zvláště v případě vředové choroby duodena při hospitalizaci těchto nemocných.

2. **Navázání vazby lékaře a nemocného:** je jedním z nejdůležitějších činitelů dobré léčby. Podle Mařarovové (1980) i podle našich zkušeností je to nutná součást léčby. Tutéž zkušenost zdůrazňuje opakovaně Fučík. Domníváme se, že i zde nám velmi dobře pomáhala úzká spolupráce s psychologem, který nám mohl jednak poradit a jednak nemocného připravit při pohovoru na léčbu a na to, aby se se svou chorobou srovnal. Vinař opakovaně zdůrazňuje, že sedativní, anxiolytická a antidepresivní medikamentózní léčba nesmí v žádném případě nahrazovat psychoterapii.

Můžeme konstatovat, že psychoterapie prováděná zkušeným pracovníkem, v našem případě klinickým psychologem, měla velmi dobré výsledky a může v budoucnu sloužit i při dispenzární péči (opakované pohovory psycho- terapeutické).

3. **Dostatečně dlouhá doba léčení:** zvláště u organického postižení. U prvního projevu vředové choroby duodena a vředu žaludečního zdůrazňujeme nutnost doby léčení 4–6 týdnů v souladu s Mařatkou (1968) a Jiráskem (1981). Při recidivě vředové choroby duodena pak léčení v době 3 týdnů. Zdůrazňujeme, že není nutno po celou dobu ani u organických onemocnění léčit v nemocnici, nýbrž je vhodné doléčení u vojáků z povolání buď v lázních, nebo v domácím léčení, u vojáků základní služby buď po přezkumu doma, nebo ve VRÚ Slapy. U funkčních potíží je nutný individuální psychoterapeutický přístup.

4. **Vysazení škodlivin:** nikotin podle Jirásky (1974, 1980, 1981) působí u vředové choroby duodena tím, že snižuje neutralizující sekreci slinivky břišní. U vředu žaludečního snad více tím, že způsobuje spazmy cév a pravděpodobně i poruchy prokrvení. Černou kávu vylučujeme s vědomím toho, že nejen kofein potencuje sekreci kyseliny solné, ale i zbytkové látky mají negativní důsledky na zažívací trakt. V případech, kdy je pacient na tyto škodliviny velmi zvyklý, povolujeme cigaretu nebo kávu bezprostředně po jídle. Alkohol působí na sliznici zažívacího traktu přímým účinkem a zhoršuje potíže u všech tří onemocnění. Musíme dbát o to, aby u vředové choroby duodena a vředu žaludečního nebyly nasazeny žádné léky, které mají buď přímý, nebo nepřímý ulcerogenní účinek. Jedná se o léky obsahující reserpin, salicyláty, léky typu butazolidinů a o léky kortikoidní. Poslední z nich působí pravděpodobně podle Gregora (1980) snížením obranné schopnosti sliznice zažívacího traktu.

5. **Pravidelný režim dne:** s dostatkem spánku a odpočinku a s odstraněním (pokud je to možné) konfliktních situací. Vytvoření těchto podmínek při výkonu vojenské služby je záležitostí obtížnou. Jedním z nejtěživěji působících činitelů je změna biorytmů, kterou nutně vojenská služba již svým charakterem způsobuje. Snaha o zlepšení podmínek nemocných v tomto směru není pouze záležitostí zdravotnické služby, ale i věcí velitelů a politických pracovníků.

6. Snaha o **ovlivnění nemocného jednorázovým pohovorem** psychologa nebo soustavnější psychologickou, event. psychiatrickou péčí, jak se o tom blíže zmíníme u funkčních potíží.

7. U vojáků z povolání se domníváme, že v systému zdravotnické péče naší armády je výjimečná možnost organizovat **profylaktické (protirecidivní) léčení** tolik zdůrazňované sovětskými autory (např. Volkova aj., 1974; Dorofjev, 1979). Domníváme se, že preventivní rehabilitace u nemocných s vředovou chorobou duodena by měla být prováděna v měsících, které předcházejí obvyklému výskytu recidiv. Tento pobyt se nám jeví racionální a podle našich zkušeností může zabránit vzniku recidivy onemocnění. Sovětskými autory zdůrazňovaná dlouhodobá péče o nemocné s chorobami zažívacího traktu je v naší armádě možná i díky systému dispenzarizace, který dostává svou organizační strukturu vydáním „Směrnice k dispenzarizaci chorob zažívacího traktu“.

8. **Stravování nemocných** musí být pravidelné, při zásadě častějšího přívodu menších dávek stravy. Platí to o všech onemocněních, o kterých v tomto sdělení jednáme. Tato strava musí být plnohodnotná. Tzv. žaludeční dieta není podle našeho názoru a zkušenosti nutná. Při hospitalizaci ji podáváme, protože vyhovuje většině nemocných a individuální příprava stravy není v podmínkách vojenských nemocnic možná. Zdůrazňujeme častost, to znamená, že většinou podáváme stravu po 3 hodinách. V podmínkách domácího léčení není podle našeho názoru, opřeného o četné literární poznatky z novější doby, potřebí žádné zvláštní diety, je nutno zdůraznit pravidelnost a častost stravy a to, že nemocný se má sám vyhýbat jídlům, která mu působí potíže, a škodlivinám. Souhlasíme s tvrzením Mařatkovým, že je důležité podávat dostatek bílkovin, a potvrzujeme jeho zkušenost, že tuky u vředové choroby mnohdy působí velmi dobře (na rozdíl od refluxní nemoci jícnu a některých funkčních dyspepsií). Tento názor v poslední době podpořilo několik prací publikujících zkušenost s podáváním olivového oleje intraduodenálně, což tlumilo sekreci kyseliny solné. Je samozřejmé, že při organických komplikacích přizpůsobujeme dietní systém jejich charakteru. Závěrem této části chceme zdůraznit, že uvedenou péči o tyto nemocné považujeme za základní.

Jednotlivá onemocnění — tj. vředová choroba duodena, vřed žaludku a funkční žaludeční

dyspeptický syndrom mají svoje zvláštnosti vyplývající z odlišné patogenese.

Medikamentózní léčba

1. Léky s protektivními vlastnostmi na žaludeční slizniční bariéru (Carbenoxolon)

První zprávy o účinnosti Carbenoxolonu (u nás registrován jako Biogastrone Homburg, NSR) se datují od roku 1962. Carbenoxolon má vliv na proliferaci buněk tvořící hlen. Tím zvyšuje sekreci ochranného hlenu, přičemž současně mění jeho fyzikální chemické vlastnosti. Je indikován při narušení protektivních mechanismů. Dále je vhodný při nezbytném podávání ulcerogenních léků u nemocných s peptickým vředem.

Carbenoxolon má mineralokortikoidní aktivitu aldosteronového typu, která může způsobovat nežádoucí vedlejší účinky:

retenci Na a H_2O ,
edémy,
hypertenzi a hypokalémii.

Při léčbě Carbenoxolonem je nutné 1krát týdně sledovat klinický stav a minerály v séru. Optimální dávkování u žaludečního vředu: 1. týden 3krát 2 tbl. (3krát 100 mg), další týdny 3krát 1 tbl. (3krát 50 mg) denně před jídlem. Nižší dávkování třeba zvolit u starších nemocných, u přidružených chorob jater, ledvin a nemocí kardiovaskulárních. Léčba má trvat do vyhojení vředu prokázaného endoskopicky. Lék není v řádném dovozu a je určen především pro léčbu žaludečních vředů, které má dispenzarizovat a léčit erudovaný gastroenterolog.

2. Léky neutralizující kyselinu solnou a chránící vřed před jejím působením (absorbční antacida)

Antacida neutralizují nebo váží HCl. Rozlišujeme:

a) tzv. reaktivní antacida, k nimž patří resorbovatelné alkalické soli (natrium hydrocarbonicum, calcium carbonicum, magnesium carbonicum) — rychlý účinek je spojen s mohutným neutralizačním efektem.

Při delším podávání a vyšších dávkách způsobují nežádoucí účinky (alkalóza a hyperkalémie). Z těchto důvodů nejsou příliš vhodné.

b) Absorbční (koloidní) antacida představují nerozpustné soli s ústrojnými vlastnostmi. Magnesium aluminium, magnesium trisilicicum, magnesium fosforicum, aluminium hydroxydatum. Nemají tak razantní účinek, ale jsou prodlouženější bez vedlejších efektů. Délka účinku antacida je závislá na jeho složení a rychlosti evakuace žaludku. Pomaleji se vyprázdňují gelová a tekutá antacida, proto se výrobci snaží preferovat tuto formu. Vedle jejich účinku na pH vytváří povlak na sliznici a přímo ji chrání. Obecně doporučujeme, aby nemocný požil antacidum bezprostředně po probuzení. Účinek

nalačno podaného antacida trvá asi 30 min, po této době by měl nemocný posnídat. Potrava je velmi účinným antacidem. Další podání antacida by mělo následovat asi v hodinových intervalech. Je prokázáno, že antacidum podané asi za hodinu po jídle má prolongovanější účinek než podané nalačno. Nemocnému doporučujeme jíst často v malých dávkách a pauzy mezi jídly prokládáme podáním antacida v denní dávce až 8krát. Samozřejmostí je podání antacida před spaním a požití v noci, pokud je nemocný bolestí probuzen. Při podávání antacida u vředu žaludku si musíme být vědomi těchto souvislostí: vřed žaludku vzniká jen tam, kde je v žaludečním sekretu kyselina. I normální, event. snížené množství kyseliny může při podlomené obranyschopnosti slizniční bariéry vyvolat vřed.

Antacida u nás běžně dostupná jsou: Anacid suspense Spofa, Gastrogel tbl. Spofa, Ligacid tbl. Spofa, Acilox pastilky Spofa.

Ze zahraničních přípravků: Muthesa suspense fy. Wyeth Anglie, Phosphalugel fy. Galenika Jugoslávie. V přípravku Muthesa je spojení antacida s lokálním anestetikem (oxethazain). V Aciloxu je vedle antacidních složek přidán dimethylpolysiloxan k ovlivnění plynatosti (dávka je však podle Fixy (1982) nedostatečná), dále obsahuje sušené mléko v instantní formě. Phosphalugel v plastických sáčcích obsahuje gel fosforečnanu hlinitého ve formě hydrofilních koloidních micel a gel pektinu agaru. Naše zkušenosti s podáním antacid jsou dobré. Naše možnosti vedou k preferování našich preparátů. Zdůrazňujeme hlavně správné dávkování antacid.

3. Antagonisté H₂ receptorů (Cimetidin)

Vyvinutí antagonistů H₂ receptorů bylo založeno na předpokladu existence receptorů, jimž se přisuzuje zprostředkování stimulačního vlivu histaminu na žaludeční sekreci a inhibičního vlivu na děložní kontrakce (tento efekt histaminu je nepotlačitelný běžnými antihistaminiky). Vyvinutý lék významně snižuje žaludeční sekreci, a to jak bazální, tak stimulovanou, bez ohledu na druh podnětu. K nám se dováží jako Belomet — SRFJ.

Práce publikující terapeutické výsledky uvádějí úplné zhojení vředu po 4 týdnech léčby u 78 % nemocných s duodenálním vředem, 75 % nemocných s žaludečním vředem proti 41 procentům nemocných, kteří užívali placebo. Dávkování: 200 mg/1 tbl. (3krát denně při jídle) a 400 mg/2 tbl. na noc, tj. denní dávka 1 g denně. Minimální doba podávání je 4 týdny, poté se doporučuje ještě alespoň měsíc ponechat dávku 400 mg před spaním. Vzhledem k ceně preparátu a k omezeným možnostem jeho podávání je preparát indikován v těchto případech:

a) úporné peptické vředy nereagující na obvyklou léčbu, zejména komplikované krvácením;

- b) recidivující vředy po operacích žaludku;
- c) sy. Zollinger—Ellison;
- d) akutní stresové vředy a hemorrhagické eroze nebo situace, v nichž můžeme jejich vytvoření předpokládat (těžká traumata, spáleniny, stavy po transplantaci ledvin);
- e) vředy jícnu a refluxní ezofagitida těžšího stupně.

4. Léky upravující motilitu žaludku (Metoclopramid)

U vředové choroby žaludku se někdy setkáváme s tím, že je narušena motilita a vážne evakuace obsahu žaludečního. Tyto stavy vznikají často u kombinovaných vředů. V těchto situacích je významným pomocníkem Metoclopramid (Cerucal — NDR). Běžné dávkování je 3krát 1 tbl. před jídlem. U nemocných s opakovaným zvracením v důsledku porušené motility Cerucal podaný i. v., event. v infúzi, pomáhá velmi rychle zvládnout tuto situaci.

5. Symptomatické léky

- a) **Procain injekčně** nebo jako součást Ulcume-lu S (Mandžarovová, 1977) se osvědčil, i když podle Jindráka (1981) má pouze placebový efekt.
- b) **Psychofarmaka jako součást komplexní léčby.**
- c) **Vitamíny** u starších nemocných a v období nedostatku vitamínu C.
- d) **Anticholinergika** (jenom u některých vybraných nemocných).

6. Perspektivní léčba

a) Inhibitory pepsinové aktivity

Inhibice proteáz žaludeční šťávy je novou možností léčebného zásahu do patogeneze onemocnění. Zkoušejí se některé polysacharidy a některé minerální látky.

b) Gastrointestinální hormony

Sekretin, který je antagonistou gastrinu, má krátkodobý poločas účinku, takže pro vlastní léčbu bude mít význam snad jeho depotní forma. Z ostatních hormonů jsou v popředí výzkumu: enterogatron, GIP — gastric inhibitory polypeptid, somatostatin, cerulein.

c) Prostaglandiny

Ze čtyř skupin prostaglandinů, které jsou dosud známé (E, F, A, B), je pozornost zaměřena na skupinu E; analogy prostaglandinů této skupiny mají inhibiční vliv na žaludeční sekreci i motilitu a mají ulceroprotektivní efekt.

d) Pirenzepin

Je tricyklickou sloučeninou inhibující žaludeční sekreci. Nepatří mezi inhibitory H₂ receptorů. Přípravek byl vyzkoušen i u nás s dobrými výsledky (Dítě aj., 1982).

e) Endoskopická plombáž vředu

V Japonsku se klinicky zkouší endoskopické vyplnění defektu látkou, která k defektu přilne, izoluje jej od obsahu žaludečního a umožňuje klidné hojení. Tato metoda je možná především u vředů žaludečních.

Zvláštnosti léčby vředové choroby duodena a akutní bulbitidy**1. Antacida**

U nemocných s vředovou chorobou duodena nacházíme hypersekreci a hyperaciditu pravidelně, použití antacid je zde plně indikováno.

2. Anticholinergika (parasymptolytika)

Tyto látky brání přenosu vzruchů zprostředkovaných acetylcholinem na úrovni vegetativních ganglií a na zakončení vagových postgangliových vláken. Výsledkem tohoto působení je snížení žaludeční sekrece, a to jak bazální, tak stimulované, účinek spasmolytický, zpomalení evakuace žaludku. Poslední efekt potencuje účinek antacid.

V protivředové terapii upřednostňujeme anticholinergika kvarterní (Oxyphenon, Nacton, Neopepulsan) pro jejich dlouhodobější účinek, zaměřený na ztlumení sekrece, před anticholinergiky terciárními (Atropin) s krátkodobějším a převážně spasmolytickým účinkem.

Dávkování těchto léků je limitováno jejich vedlejšími účinky, jako je obstipace, suchost v ústech, poruchy mikce, akomodace, tachykardie. Podání je kontraindikováno u hypertrofie prostaty, glaukomu, stenózy pyloru.

Snažíme se u každého nemocného zjistit optimální efektivní dávku. Ta může být individuálně značně rozdílná. Literárně se uvádí, že optimální je ta dávka, která vyvolává pouze pocit mírného sucha v ústech. Mydriáza již svědčí o předávkování. My sami upřednostňujeme preparát Nacton tbl. Slovakofarma, který je 4krát účinnější než Oxyphenon. Důraz klade na podávání půl hodiny před hlavním jídlem (k inhibici postprandialní hypersekrece) a těsně před spaním (útlum noční hypersekrece duodena). Opatrnosti s touto léčbou musíme dbát tam, kde je bulbus významně defigurován. Při funkčně ztížené průchodnosti menšího stupně je nutno dávku snížit, u výrazné stenózy je podávání nevhodné.

3. Antagonisté H₂ receptorů

Tyto léky jsou nejúspěšnější právě při peptických lézích v oblasti duodena.

4. Léky upravující motilitu pyloroduodenální

Podání Cerucalu u vředové choroby duodena nám pomáhá v těchto situacích:

a) U vředů prepyloricky lokalizovaných (které přiřazujeme k vředům duodenálním), když dochází k příznakům funkční pylorostenózy.

b) U vředů bulbu chronicky se opakujících, vedoucích k deformaci, kdy průchodnost bulbem je stěžována přidatným edémem a navíc je výrazná porucha motility.

c) Akutní exacerbace, při níž dominuje porucha motility, nemocný je vyčerpán zvracením a není schopen perorálního příjmu léků ani potravin.

Jsme si však vědomi toho, že léčba musí být dočasná a individuální — Cerucal totiž umožňuje na druhé straně rychlý přesun kyselého obsahu žaludečního do duodena.

5. Symptomatické léky a perspektivní léčba

— platí uvedené v předchozí části sdělení.

Za základní chybu považujeme ve shodě s Bitterem (1980) stejné zacházení s duodenálním a ventrikulárním vředem. Na jedné straně jsme svědky zbytečného a několikrát ročně se opakujícího rentgenování u vředů duodenálních, na druhé straně stále nejsou dostatečně kontrolováni nemocní s vředem ventrikulárním.

Podle starších literárních údajů 50—70 % benigních vředů žaludku přecházelo v maligní. To vedlo k častější indikaci resekce žaludku. Podle současných názorů podložených velkými statistikami je transformace původně benigního vředu v maligní vřed vzácná a pouze v 1,0 až 1,5 % (Dvorský, 1977). Vzhledem k těžkosti ve sledování kinetiky maligní transformace nelze zatím vyslovit definitivní odpověď a je nutno uvažovat operativní řízení.

Chirurgické léčení vředové choroby

Od první úspěšné resekce žaludku při jizevnaté vředové stenóze provedené v r. 1881 BILL-ROTHEM převládala celé století resekce žaludku v chirurgické léčbě vředové choroby. V posledních desetiletích je moderní v chirurgické taktice vředové choroby dvanácterníku vagotomie. A to kmenová vagotomie s drenáží, selektivní vagotomie s drenáží i selektivní proximální vagotomie. Vagotomii lze použít i u vředů ventrikulárních u mladých lidí pod pětaticet let. Sestavy našich autorů s pozitivními zkušenostmi při použití superselektivních vagotomií tvoří stovky nemocných, u některých zahraničních (Grassi, 1977) tisíce.

Funkční žaludeční dyspeptický syndrom

Léčíme podle potíží, s cílem potíže odstranit nebo zmírnit. Při léčení velmi úzce spolupracujeme nejen s psychologem, ale i psychiatrem. Ve shodě s literaturou (např. Honzák, 1981, Beleloucký a Baštecký, 1976 a 1978, a dalšími) se domníváme, že jedině tímto způsobem můžeme dosáhnout efektu. Funkční dyspeptický syndrom se většinou dělí podle Mařatky na syndrom dráždivého žaludku, chabého žaludku a neurčitě potíže. Zdá se, že pro léčbu je velmi dobré další Mařatkovo dělení z roku 1980 a doporučení tohoto autora.

Exogenní poruchy: převládá stres, duševní námaha, vyčerpání, nedostatek spánku, konfliktové situace. Protože jde o osoby duševně zdravé, s dobrým postojem k léčbě, lze pomoci rozбором situace a poučením. Nelze-li odstranit stresové faktory, je důležité již to, že si nemocný uvědomí funkční povahu svých potíží a jejich příčiny.

U další skupiny nemocných, **kde je příčina nemoci v nemocném samém**, snažíme se pomocí psychologického vyšetření dospět k diagnóze, eventuálně ve spolupráci s psychiatrem potom i k léčbě.

U skupiny nemocných s **neurastenii** jsme se pokoušeli provádět léčbu i fyzioterapií, ale většinou jsme ve shodě s literárními údaji příliš úspěchů neměli.

S **hysterickými nemocnými** se vzdor tomu, že u nás jde převážně o mladé muže, setkáváme často. Jsou to nemocní, kteří po podání jakéhokoli léku mají obtíže, ne-li horší, tak stejné, nesnáší ani léky, ani prostředí, ani ošetřující personál. Jsou zdrojem četných svízeli a je velmi těžké tyto nemocné aspoň částečně zlepšit. Nemocní, jejichž potíže jsou **neurodigestivní**, potřebují podle našeho názoru psychoterapii a fyzioterapii. Jsou velmi vděčnými pacienty pro preventivní rehabilitaci a lázeňskou léčbu. Léky snášejí velmi dobře, a to i takové, které plní pouze funkci placeba. Domníváme se, že není škoda jim tyto léky poskytnout.

Je samozřejmé, že při léčbě všech těchto funkčních syndromů mimo velmi úzké spolupráce s psychologem a psychiatrem, léčbu psychoterapií, léčbou anxiolytiky, sedativy, rehabilitace, doléčování lázeňského a preventivní rehabilitace léčíme i symptomaticky. Domníváme se však, že vyloučíme-li rentgenologickým a endoskopickým vyšetřením organickou lézi

a nenalezneme-li zvýšenou sekreci žaludeční ani onemocnění jiných orgánů, které by způsobovalo potíže, není na místě používat léky velmi účinné, které by měly být vyhrazeny léčbě závažných onemocnění. Samozřejmě, že při převaze potíží typu dráždivého žaludku používáme antacida, eventuálně anticholinergika. U typu chabého žaludku dosti často pomáhají rovněž antacida, dobře se zde osvědčuje Cerucal. Léčba tímto lékem je však velmi nákladná a nelze předpokládat, že by je nemocný mohl používat stále.

Závěr

Domníváme se, že léčba nejčastějších poruch horní části zažívacího traktu vyžaduje komplexní přístup. Více než medikamentózní léčba a dieta, jsou podle našeho názoru důležité režimové zásady léčby, zvláště z hlediska dostatečně dlouhého léčení u organických postižení a u nich též léčení profylaktické. V podmínkách ČSLA jsou u vojáků z povolání vytvořeny všechny předpoklady takového léčení. Ve vojenských nemocnicích máme podle našeho názoru všechny předpoklady pro spolupráci lékařů různého zaměření při léčbě těchto nemocných i pro prevenci psychoterapií.

Souhrn

Autoři v práci shrnují novější poznatky o léčbě častějších onemocnění horní části zažívacího traktu.

Vyzdvihují roli komplexní léčby a prevence recidiv a zhoršení.

Klíčová slova: Refluxní nemoc jícnu; Vředová choroba duodena; Akutní bulbitida; Žaludeční vřed; Funkční žaludeční dyspeptický syndrom.