

Republička stručna komisija za izradu
i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

D I S P E P S I J A

Nacionalni vodič za lekare
u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Novembar, 2004.



Projekat izrade Vodiča za kliničku praksu
Finansira Evropska unija i rukovodi
Evropska agencija za rekonstrukciju

DISPEPSIJA

Nacionalni vodič za lekare opšte prakse
Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u
kliničkoj praksi

Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Izdavač: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
CIBID – Centar za izdavačku, bibliotečku i informacionu delatnost
Za izdavača: Dragan Pantelić, Direktor CIBID-a

Tehnička priprema: Aleksandar Mandić

Štampa: Valjevo print

Tiraž: 3500, I izdanje

© Copyright Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

ISBN 86–7117–116–7

CIP – Katalogizacija u publikaciji
Narodna biblioteka Srbije, Beograd
616.33–002 (083.1)

DISPEPSIJA / (priredila) Radna grupa za izradu vodiča, rukovodilac Tomislav
Milosavljević). – 1. izd. – Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta, CIBID, 2004
(Valjevo: Valjevo print). – VII, 19 str.; tabele; 29 cm. – (Nacionalni vodič za lekare
u primarnoj zdravstvenoj praksi /Ministarstvo zdravlja Republike Srbije,
Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi)

Tiraž 3.000. – Bibliografija: str. 13–19.

ISBN 86–7117–116–7

1. Srbija. Ministarstvo zdravlja.

Republička stručna komisija za izradu i implementaciju

a) Dispepsija– Uputstva

COBISS. SR–ID 118974732

UVODNA REČ

"Medicina koja se zasniva na dokazima je ona koja koristi najbolje dokaze koji su nam na raspolaganju, u zdravstvenoj zaštiti celokupnog stanovništva ili pojedinih njegovih grupa."

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije je, u želji da stvori jedan modern sistem zdravstvene zaštite u kome bi pacijenti bili lečeni na jednak i za sada najbolji dokazani način, pokrenuo pisanje vodiča sa ciljem da standardizuje dijagnostičko–terapijske procedure.

Tim povodom je imenovana Republička stručna komisija za razvoj i implementaciju vodiča kliničke prakse. U njenom sastavu su profesori Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta, predstavnici zdravstvenih ustanova (Domova zdravlja, bolnica i Kliničkih centara), medicinskih udruženja i drugih institucija sistema zdravstvene zaštite u Srbiji.

Da bi definisala način svog rada ova komisija je izradila dokument – Poslovnik o radu RSK za vodiče.

Teme su birane u skladu sa rezultatima studije "Opterećenje boles-tima u Srbiji" i iz oblasti u kojima postoje velike varijacije u lečenju, sve u cilju smanjenja stope morbiditeta i mortaliteta.

Rukovodioci radnih grupa za izradu vodiča su eksperti za određenu oblast, poznati široj stručnoj javnosti i predloženi od strane RSK. Oni su bili u obavezi da formiraju multidisciplinarni tim.

Svaki vodič je u svojoj radnoj verziji bio testiran u DZ Voždovac i DZ Zemun, a zatim u završnoj formi prezentovan ispred odgovarajuće sekcije SLD ili Udruženja, koji su zatim dali svoje stručno mišljenje u pismoj formi. Tek nakon ovoga RSK je bila u mogućnosti da ozvaniči Nacionalni vodič.

Za tehničku pomoć u realizaciji ovog projekta, Evropska unija je preko Evropske agencije za rekonstrukciju, angažovala Crown Agents.

Želim da se zahvalim svima koji su učestvovali u ovom procesu, na entuzijazmu i velikom trudu, i da sve korisnike ohrabrim u primeni vodiča.

*Predsednik RSK za izradu i
implementaciju vodiča u kliničkoj praksi*

Beograd, Novembar 2004.

*Prof. dr Vera Popović
Profesor Medicinskog fakulteta
Univerziteta u Beogradu*

Radna grupa za izradu vodiča

Rukovodilac:

Prof. dr Tomica Milosavljević,
Klinički centar Srbije, Beograd, Medicinski fakultet u Beogradu

Sekretar:

Doc. dr Nikola Milinić,
KBC "Bežanijska kosa", Medicinski fakultet u Beogradu
e-mail: milnik@EUnet.yu

Članovi:

Doc. dr Dragomir Damjanov,
KC Novi Sad, Medicinski fakultet u Novom Sadu

Doc. dr Aleksandar Nagorni,
KC Niš, Medicinski fakultet u Nišu

Dr Mirjana Krčevinac,
Specijalista opšte medicine, DZ Kraljevo

KLASIFIKACIJA PREPORUKA

Ovaj vodič je zasnovan na dokazima sa ciljem da pomogne lekarima u donošenju odluke o odgovarajućoj zdravstvenoj zaštiti.

Svaka preporuka, data u vodiču, je stepenovana rimskim brojevima (I, IIa, IIb, III) u zavisnosti od toga koji nivo dokaza je poslužio za klasifikaciju:

Nivo dokaza


- A** Dokazi iz meta analiza multicentričnih, dobro dizajniranih kontrolisanih studija. Randomizirane studije sa niskim lažno pozitivnim i niskim lažno negativnim greškama (visoka pouzdanost studija)
- B** Dokazi iz, najmanje jedne, dobro dizajnirane eksperimentalne studije. Randomizirane studije sa visoko lažno pozitivnim i/ili negativnim greškama (niska pouzdanost studije)
- C** Konsenzus eksperata


Stepen preporuke


- I** Postoje dokazi da je određena procedura ili terapija upotrebljiva ili korisna
- II** Stanja gde su mišljenja i dokazi suprotstavljeni
 - IIa** Procena stavova/dokaza je u korist upotrebljivosti
 - IIb** Primenljivost je manje dokumentovana na osnovu dokaza
- III** Stanja za koje postoje dokazi ili generalno slaganje da procedura nije primenljiva i u nekim slučajevima može biti štetna
- Preporuka zasnovana na kliničkom iskustvu grupe koja je sačinila vodič

SADRŽAJ

I. UČESTALOST DISPEPSIJE	1
II. DEFINICIJA	1
III. UZROCI	2
IV. POSTUPCI SA PACIJENTOM KOJI IMA SIMPTOME DISPEPSIJE	3
V. ALARMNI SIMPTOMI	5
VI. LEČENJE NEKOMPLIKOVANE DISPEPSIJE	6
VII. H. PYLORI	8
VIII. LEČENJE FUNKCIONALNE DISPEPSIJE	10
IX. OBJAŠNJENJA PACIJENTIMA SA SIMPTOMIMA DISPEPSIJE	11
X. GASTROEZOFAGEALNA REFLUKSNA BOLEST	12
Literatura	13



Nivo dokaza	I. UČESTALOST DISPEPSIJE	Stepen preporuke
	<p>Simptome dispepsije ima oko 40% odraslih osoba u svetu, podjednako oba pola⁽¹⁾. Simptomi su najzastupljeniji u radno najaktivnijoj populaciji između 20 i 40 godina. Oko 50% bolesnika samoinicijativno uzima lekove, sa ili bez konsultacije sa farmaceutom u apoteci, a samo 25% bolesnika konsultuje lekara opšte prakse.</p>	
	<p>Dispepsija je razlog za oko 40% svih gastroenteroloških konsultacija⁽²⁾.</p>	

Nivo dokaza	II. DEFINICIJA	Stepen preporuke
	<p>Pojam dispepsija nastao je od Grčkih reči dys (loš, loše) i peptein (varenje).</p> <p>Dispepsija je opšti naziv za bol ili nelagodu u epigastrijumu, koji su epizodični ili stalni⁽³⁾.</p>	
	<p>Ovi simptomi su, često, praćeni drugim simptomima: nadimanjem, ranom sitošću, gorušicom, mučninom i povraćanjem⁽⁴⁾.</p>	
	<p>Simptomi su prisutni više od 25% dana u poslednje 4 nedelje⁽⁵⁾. Ako je dominantni simptom funkcionalne dispepsije bol, označavamo je kao dispepsija slična ulkusu, a ako dominira osećaj nelagodnosti u epigastrijumu, označavamo je kao dispepsija slična dismotilitetu.</p>	

	<p>Simptomi dispepsije nisu dovoljno specifični da ukazu na etiologiju dispepsije^(6,7).</p>	
	<p>Pod dispepsijom se ne podrazumeva bol ili nelagoda lokalizovana u desnom i levom hipohondrijumu. U vodič, takođe, ne ulaze pacijenti sa bolom između lopatica, kao i pojasnim bolom koji se širi u leđa, svrabom, žuticom, povišenom telesnom temperaturom i drugim simptomima i znacima koji mogu ukazivati na neko drugo, posebno organsko oboljenje.</p>	

Nivo dokaza	III. UZROCI DISPEPSIJE	Stepen preporuke								
	<p>U osnovi dispepsije može biti neko organsko oboljenje, npr. ulkus, gastroezofagealna refluksna bolest, karcinom želuca ili pankreasa i dr., kada je označavamo kao organska dispepsija, a ako se organsko oboljenje ne identifikuje onda je nazivamo funkcionalna dispepsija.</p>									
	<p>Najčešći uzroci dispepsije su:</p>									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input checked="" type="checkbox"/> funkcionalna dispepsija</td> <td style="text-align: center;">do 60%</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> peptički ulkus</td> <td style="text-align: center;">15–25%</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> refluksni ezofagitis</td> <td style="text-align: center;">5–15%</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> karcinom želuca i jednjaka</td> <td style="text-align: center;"><2%</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> funkcionalna dispepsija	do 60%	<input checked="" type="checkbox"/> peptički ulkus	15–25%	<input checked="" type="checkbox"/> refluksni ezofagitis	5–15%	<input checked="" type="checkbox"/> karcinom želuca i jednjaka	<2%	
<input checked="" type="checkbox"/> funkcionalna dispepsija	do 60%									
<input checked="" type="checkbox"/> peptički ulkus	15–25%									
<input checked="" type="checkbox"/> refluksni ezofagitis	5–15%									
<input checked="" type="checkbox"/> karcinom želuca i jednjaka	<2%									

	Ređi uzroci dispepsije su:	
	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> bilijarna oboljenja <input checked="" type="checkbox"/> pankreatitis <input checked="" type="checkbox"/> uzimanje nekih lekova <input checked="" type="checkbox"/> ishemijske bolesti creva <input checked="" type="checkbox"/> parazitoze <input checked="" type="checkbox"/> malapsorpcija ugljenih hidrata <input checked="" type="checkbox"/> sistemske bolesti <input checked="" type="checkbox"/> karcinom pankreasa <input checked="" type="checkbox"/> drugi abdominalni tumori 	

Nivo dokaza	IV. POSTUPAK SA PACIJENTOM KOJI IMA SIMPTOME DISPEPSIJE	Stepen preporuke
	<p>Uvidom u prethodnu dokumentaciju (ako je pacijent ima u Domu zdravlja) isključiti prethodno dijagnostikovanu gastroezofagealnu refluksnu bolest, bolesti pankreasa, hepatobilijarnog sistema, srca, funkcionalna gastrointestinalna oboljenja koja ne spadaju u dispepsiju, ili se sa njom preklapaju, upotrebu lekova, posebno nesteroidnih antiinflatamatornih lekova (NSAIL), steroida, antagonista kalcijuma i teofilina.</p>	

	<p>Na osnovu simptoma i pregleda, isključiti sumnju na aktuelno postojanje navedenih oboljenja.</p> <p>Bolesnici koji boluju od ovih oboljenja nemaju primarno funkcionalnu dispepsiju i njihov tretman ne zavisi od uputstava vodiča za dispepsiju. Bolesnike koji uzimaju NSAIL, steroide, antagoniste kalcijuma, teofilin i sl. treba savetovati da prestanu sa njihovom upotrebom, ako je to moguće, ili bar smanje dozu. Ako posle ovoga ne dođe do gubitka simptoma, postupiti po uputstvima vodiča.</p>	
A	<p>Neophodno je ispitati postojanje alarmnih simptoma u bolesnika: naglo nastala anemija usled krvavljenja iz digestivnog trakta (unutar 10 poslednjih dana), izraženi neželjeni gubitak telesne mase (> 5% unutar 10 dana), perzistentno povraćanje unutar 10 dana, disfagija i postojanje palpabilne mase u trbuhu.</p>	I
A	<p>Alarmni simptomi su indikatori mogućih organskih oboljenja i neophodno je upućivanje pacijenta specijalisti gastroenterologu čim se isti uoče⁽⁸⁻¹¹⁾.</p>	I
A	<p>Pacijent treba da bude pregledan od strane gastroenterologa istoga dana ako je u pitanju akutno gastrointestinalno krvavljenje, odnosno hematemeza i/ili melena nastale unutar jednog dana.</p>	I
B	<p>Ako je u pitanju dispepsija sa hroničnim krvavljenjem, odnosno anemijom usled krvavljenja iz digestivnog trakta, izraženim i progresivnim neželjenim gubitkom telesne mase, perzistentnim povraćanjem, disfagijom i postojanjem palpabilne mase u trbuhu, pacijent mora biti pregledan od strane gastroenterologa unutar (u roku) 2 nedelje.</p>	Ila

Nivo dokaza	V. ALARMNI SIMPTOMI	Stepen preporuke
<div data-bbox="112 1029 181 1109" style="background-color: #800000; color: white; padding: 5px; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;">B</div>	<p>Alarmni simptomi su simptomi koji mogu ukazati na postojanje nekog organskog oboljenja koje se manifestuje dispepsijom kao npr. ulkus, karcinom jednjaka ili želuca. U njih spadaju: naglo nastala anemija usled krvavljenja iz digestivnog trakta (unutar 10 poslednjih dana), izraženi neželjeni gubitak telesne mase (> 5% unutar 10 dana), perzistentno povraćanje unutar 10 dana, disfagija i postojanje palpabilne mase u trbuhu.</p>	<div data-bbox="940 750 1013 829" style="background-color: #800000; color: white; padding: 5px; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;">IIa</div> <div data-bbox="940 1029 1013 1109" style="background-color: #800000; color: white; padding: 5px; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;">IIa</div>
	<p>Velika većina bolesnika sa karcinomom gornjeg abdomena (do 95%), ispod 45, odnosno 55 god. života (zavisno od studije), u vreme javljanja lekaru ima više od jednog alarmnog simptoma. Alarmni simptomi su gotovo uvek prisutni i u osoba starijih od 45, odnosno 55 godina, koji imaju dispepsiju i karcinom gornjeg abdomena, ali oni su u ovoj starosnoj populaciji prisutni i u drugim oboljenjima.</p>	
	<p>Nema dokaza da postoji razlika u prognozi osobe koja boluje od gastričnog karcinoma zavisno od toga da li je odmah data iskustvena terapija, ili je urađena ezofagogastroduodenoskopija⁽¹²⁻¹⁴⁾.</p>	
	<p>Bolesnici istih godina, sa ili bez dispepsije, u osnovi se ne razlikuju značajno u stopi oboljevanja od karcinoma gornjeg abdomena. Ne postoje jasni i utemeljeni dokazi na osnovu kojih je obavezno raditi ezofagogastroduodenoskopiju u osoba starijih od 55 godina koji imaju novonastalu dispepsiju bez alarmnih simptoma.</p>	

B	Incidencija karcinoma želuca pokazuje značajne varijacije u zavisnosti od geografskog područja u kome pacijent živi ili iz koga potiče ⁽¹⁵⁾ .	Ia
B	Međutim, gornja endoskopija je indicirana u bolesnika starijih od 55 godina, ako simptomi perzistiraju i posle eradikacije <i>Helicobacter-a pylori</i> i početne terapije inhibitorima protonske pumpe (IPP), ili postoji povećan rizik za karcinom želuca, ili izražen strah od ovog oboljenja.	Ia


Nivo dokaza	VI. LEČENJE NEKOMPLIKOVANE DISPEPSIJE	Stepen preporuke
B	<p>Nekomplikovana dispepsija podrazumeva postojanje dispepsije i nepostojanje alarmnih simptoma ili udruženosti sa uzimanjem NSAIL.</p> <p>Početa strategija u lečenju dispepsije podrazumeva promenu životnih navika, što podrazumeva i promenu higijensko–dijetetskog režima, davanje antacida, H2 blokatora i IPP, ili testiranje na prisustvo <i>Helicobacter-a pylori</i>. Do sada, ne postoji precizna evidencija o tome koji pristup treba da bude prvi primenjen.</p> <p>Skrining svih pacijenata sa dispepsijom na <i>H. pylori</i> infekciju se ne preporučuje.</p> <p>Odnos koristi od primenjenih lekova i dijagnostičkih metoda u odnosu na njihovu cenu, opravdava primarni tretman modifikacijom životnih navika, uključujući ishranu, davanje antacida, H2 blokatora i, eventualno, inhibitora protonske pumpe.</p>	Ia




B	<p>Efekti prokinetika su slabi i moraju se uzimati u dugom vremenskom periodu.</p>	I
A	<p>Savetovanje o ishrani treba da ima individualni pristup. Sam pacijent najbolje zna koje mu namirnice ne prijaju, ali ne postoje jasni dokazi o vezi ishrane i dispepsije. Ipak, preporučuje se da pacijenti izbegavaju pušenje, unos većih količina alkohola i kafe i stres. U osnovi, preporučuju se standardni principi zdravog života. Iako postoji široko zapažanje o vezi psihosocijalnih uslova i dispepsije, ne postoje jasni dokazi o tome.</p>	I
A	<p>Lekovi koji sprečavaju lučenje kiseline su korisni u lečenju funkcionalne dispepsije.</p>	I
A	<p>U većine pacijenata savetuje se terapija H2 blokatorima, ili, eventualno, inhibitorima protonске pumpe 1 mesec⁽¹⁶⁾.</p>	I
A	<p>Treba imati u vidu da u lečenju funkcionalne dispepsije placebo efekat ima veliki značaj, što znatno otežava procenu efekta drugih lekova. Takođe, ne postoji lek koji je suveren u lečenju dispepsije, a i ne reaguju svi pacijenti sa simptomima funkcionalne dispepsije jednako na isti lek.</p>	I
A	<p>Antacidi mogu imati koristan efekat, kada je indikovano da se uzimaju povremeno i kratkotrajno, ali je njihova upotreba nedovoljna u dugotrajnoj terapiji, posebno kada je potrebno kontinuirano uzimanje i češće doziranje (kada su simptomi izraženiji).</p>	I

Nivo dokaza	VII. HELICOBACTER PYLORI	Stepen preporuke
	Ako simptomi i pored prethodnih mera perzistiraju indicovano je testiranje na prisustvo <i>H. pylori</i> infekcije u želucu.	I
	Ovo je racionalan pristup u dugotrajnom postojanju dispeptičkih simptoma.	
	Neophodno je da pacijenti pre testiranja 2 nedelje ne uzimaju IPP ili H2 blokatore, a 4 nedelje antibiotike ⁽¹⁷⁾ .	I
	Neinvazivno testiranje na <i>H. pylori</i> i eradikaciona terapija pozitivnih pacijenata je jednako korisno kao i endoskopija u početnom tretmanu pacijenata mlađih od 55 godina sa nekomplikovanom dispepsijom, a značajno je racionalnije ^(18,19) .	I
A	I u pacijenata starijih od 55 godina sa nekomplikovanom dispepsijom, neinvazivno testiranje na <i>H. pylori</i> i, zatim, lečenje pozitivnih pacijenata, može se smatrati približno jednako svrsishodnim, kao i rana endoskopija, a znatno je jeftinije ⁽²⁰⁻²⁴⁾ .	I
B	Urea izdisajni test (C-13), fekalni antigen test i serološko testiranje (elisa IgG) se preporučuju za prvu dijagnostiku <i>H. pylori</i> , pre tretmana.	IIa
A	Ako su pacijenti <i>H. pylori</i> pozitivni, treba primeniti eradikacionu terapiju.	I
A	Lečenje <i>H. pylori</i> pozitivnih pacijenata traje 7 dana triplom terapijom: 1) IPP (dvostruko veća doza od uobičajene*), amoksicilin (2x1000mg) i klaritromicin (2x500mg) ili, za alergične na amoksicilin: 2) IPP (dvostruko veća doza od uobičajene*), klaritromicin (2x250mg) i metronidazol (3x500mg).	I

A	Eradikacija <i>H. pylori</i> redukuje simptome u nekih bolesnika sa dispepsijom.	I
	Eradikacija u osnovi ima mali, ali statistički značajan efekat u <i>H. pylori</i> pozitivnih pacijenata sa dispepsijom.	
A	Efekat je relativno mali, jer većina ovih pacijenata ima perzistentne simptome nakon eradikacione terapije, ali manja grupa pacijenata koji su bez simptoma imaju stabilnu remisiju ^(25–28) .	I
A	Urea isdisajni test se preporučuje za kontrolu uspešnosti eradikacije ⁽²⁹⁾ .	I
B	Ponovno testiranje na <i>H. pylori</i> , posle eradikacione terapije ne treba raditi rutinski, već proceniti od slučaja do slučaja.	Ila
C	Bolesnike starije od 55 god., koji posle uspešno izvršene eradikacione terapije imaju perzistentne simptome dispepsije, treba uputiti specijalisti gastroenterologu.	Ila
	<p>* pantoprazol 2x40mg omeprazol 2x20mg esomeprazol 2x40mg lansoprazol 2x30mg</p>	

Nivo dokaza	VIII. LEČENJE FUNKCIONALNE DISPEPSIJE	Stepen preporuke
	<p>Funkcionalna dispepsija podrazumeva postojanje simptoma dispepsije, bez postojanja organskog oboljenja i to je naziv za nekomplikovanu dispepsiju posle utvrđivanja <i>H. pylori</i> statusa pacijenta, kao i eradikacije <i>H. pylori</i> pozitivnih. Osnovni principi lečenja, u osnovi, podrazumevaju nastavak principa lečenja nekomplikovane dispepsije. U ovu grupu spadaju pacijenti koji su empirijski lečeni i koji su testirani na <i>H. pylori</i>, čiji simptomi i dalje perzistiraju i imaju manje od 55 godina⁽⁴⁵⁾ života.</p>	
	<p>Savetuje se davanje manjih doza IPP ili H2 blokatora 1 mesec.</p>	I
B	<p>Bolesnici koji reaguju poboljšanjem za 7 dana terapije, verovatno će imati dužu remisiju.</p>	
	<p>Ako simptomi perzistiraju, dati IPP, ili H2 blokatore u najnižim dozama održavanja koje kontrolišu simptome.</p>	
B	<p>Nije moguće doneti jasan stav u pogledu upotrebe prokinetika, citoprotektiva (sukralfat, helati bizmuta, ili analozi prostaglandina), antidepresiva, antagonista 5-hidroksitriptaminskih (5-HT(3) i 5-HT(4)) receptora, holecistokinina tipa A i antagonista neurokininskih receptora u lečenju dispepsije⁽³⁰⁻³³⁾.</p>	I
	<p>Ponuditi bolesnicima da sami, po potrebi (kada se jave simptomi) uzimaju lekove, i tako kontrolišu simptome⁽³⁴⁾.</p>	I
	<p>Kontrolisati pacijenta 1x godišnje i zavisno od simptoma, ako je moguće, pokušati sa smanjenjem doze ili prestankom terapije.</p>	II

	<p>Savetovati pacijenta da izbegava precipitirajuće faktore, ako ih je uočio⁽³⁵⁾.</p>	
	<p>Obzirom na visoku efikasnost placebo terapije, promenljivo i nepredvidljivo reagovanje na standardu terapiju inhibitorima protonske pumpe, H2 blokatorima, antacidima, prokineticima, antidepresivima, antispazmoliticima i drugim, kao i nekonzistentnost u reakcijama na promene higijensko-dijetetskog režima, pristup je praktično individualan, sa odgovarajućim pristupom pacijentu i detaljnim objašnjenjem prirode oboljenja.</p>	

Nivo dokaza	IX. OBJAŠNENJA PACIJENTIMA SA SIMPTOMIMA DISPEPSIJE	Stepen preporuke
	<ul style="list-style-type: none"> – Funkcionalna dispepsija je veoma česta u populaciji, i u prospektivnom praćenju ove populacije pacijenata, retko se nađe neko organsko, posebno teže oboljenje. – Etilologija bolesti je nepoznata. – Kao i u drugim funkcionalnim oboljenjima stres i drugi psihički faktori nisu dokazani kao uzrok, ali utiču na pogoršanje simptoma. – Do danas ne postoji idealan lek za funkcionalnu dispepsiju, ali se širom sveta ispituju brojni novi lekovi. – Neki lekovi su veoma uspešni kod nekih pacijenata, – Simptomi su promenljivi i česte su remisije. 	
	<ul style="list-style-type: none"> – Izbegavati NSAID i lekove koji sadrže acetilsalicilnu kiselinu u lečenju i tokom lečenja dispepsije. <p>Ako tegobe i pored lečenja funkcionalne dispepsije perzistiraju više od 8 nedelja, uputiti pacijenta specijalisti gastroenterologu.</p>	

Nivo dokaza	X. GASTROEZOFAGEALNA REFLUKSNA BOLEST (TERAPIJSKI ALGORITAM)	Stepen preporuke
	<p>GERB je oboljenje u kome postoji ponavljani refluks sadržaja iz želuca i/ili duodenuma u jednjak, što dovodi do pojave gorušice i/ili regurgitacije.</p> <p>Lečenje podrazumeva higijensko–dijetetski režim: elevacija glave u krevetu, izbegavanje stezanja pojasa, smanjenje prekomerne telesne mase, smanjenje količinskog unosa hrane, izbegavanje hrane koja izaziva refluks (kafa, čaj, paradajz, limunov sok, voće, gazirana pića, masna i pržena jela, čokolada, pepermint, alkoholna pića), prestanak pušenja, izbegavanje obroka 3h pred spavanje.</p>	
A	Medikamentozno lečenje podrazumeva 4–8 nedelja IPP 40 mg ujutro, 30 min. pre jela.	I
	Ako ne dođe do poboljšanja, potreban je novi ciklus IPP, koji podrazumeva veću dozu, ili više dnevni doza.	I
	Ako su simptomi nestali prekinuti terapiju.	
A	Terapija održavanja: IPP sa smanjenjem doze na najmanju koja kontroliše simptome.	I
B	U slučaju ponovnog i retkog javljanja simptoma indicovana je terapija po potrebi, kada se simptomi jave: antacidi, H ₂ blokatori, ili IPP.	IIa

LITERATURA

1. Jones RH, Lydeard SE, Hobbs FD, et al.: Dyspepsia in England and Scotland. *Gut* 1990; 31: 401–5.
2. Gear MW, Barnett A.: Endoscopic studies of dyspepsia in a general practice. *BMJ* 1980; 1: 1136–7.
3. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, et al.: Functional gastroduodenal disorders. *Gut*, 1999; 45 (suppl II): 1137–42.
4. Heading RC: Definitions of dyspepsia. *Scand J Gastroenterol (Suppl)* 1991; 182: 1–6.
5. ICSI Health Care Guideline 2003 www.icsi.org.
6. Hansen JM, Bytzer P, Schaffalitzky De Muckadell OB.: Management of dyspeptic patients in primary care. Value of the unaided clinical diagnosis and of dyspepsia subgrouping. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33: 799–805.
7. Bytzer P, Moller Hansen JM, Schaffalitzky De Muckadell OB, Malchow-Moller A.: Predicting endoscopic diagnosis in the dyspeptic patient. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32: 118–25.
8. Department of Health. Referral Guidelines for suspected cancer. London: The Department; 2000. (cited 26. Aug 2002) <http://www.doh.gov.uk/cancer/referral.htm>.
9. Gillen D, McColl KE.: Does concern about missing malignancy justify endoscopy in uncomplicated dyspepsia in patients aged less than 55? *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 75–9.
10. Heaney A, Collins JS, Tham TC, et al.: A prospective study of the management of the young *Helicobacter pylori* negative dyspeptic patient—can gastroscopies be saved in clinical practice? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10: 953–6.
11. American Gastroenterological Association medical position statement: Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterol* 1998; 114: 579–81.
12. Christie J, Shepherd NA, Codling BW, et al.: Gastric cancer below the age of 55: implications for screening patients with uncomplicated dyspepsia. *Gut* 1977; 41: 413–17.
13. Williams B, Lucas M, Ellingham JHM.: Do young patients with dyspepsia need investigation? *Lancet* 1988, 134–51.

-
14. Ofman JJ, Rabeneck L.: The effectiveness of endoscopy in the management of dyspepsia: a qualitative systematic review. *Am J Med* 1999; 106: 335–46.
 15. Hoel DG, Davis DL, Miller AB, et al.: Trends in cancer mortality in 15 industrialized countries, 1969–86. *J Nat Cancer Inst* 1992; 84: 313–20.
 16. Kahn K, Greenfield S.: Endoscopy in the evaluation of dyspepsia. *Ann Intern Med* 1985; 102: 266–69.
 17. El-Nujumi A, Hilditch TE, Williams C et McColl KE.: Current or recent proton pump inhibitor therapy markedly impairs the accuracy of the (14C) urea breath test. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10: 759–64.
 18. Ofman JJ, Etchason J, Fullerton S, et al.: Management strategies for *Helicobacter pylori*-seropositive patients with dyspepsia: clinical and economic consequences. *Ann Intern Med* 1997; 126: 280–91.
 19. Ebell MH, Warbasse L, Brener C. Evaluation of the dyspeptic patient: a cost-utility study. *J Fam Pract* 1997; 44: 545–55.
 20. Delaney BC, Innes MA, Deeks J et al.: Initial management strategies for dyspepsia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2001*. Oxford: Update Software.
 21. Heaney A, Collins JS, Watson RG, et al.: A prospective randomised trial of a "test and treat" policy versus endoscopy based management in young *Helicobacter pylori* positive patients with ulcer like-dyspepsia, referred to a hospital clinic. *Gut* 1999; 45: 186–90.
 22. Lassen AT, Pedersen FM, Bytzer P, et al.: *Helicobacter pylori* test-and-eradicate versus prompt endoscopy for management of dyspeptic patients: a randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 455–60.
 23. Warburton-Timms VJ, Charlett A, Valori RM, et al.: The significance of cagA(+) *Helicobacter pylori* in reflux oesophagitis. *Gut* 2001; 48: 758–9.
 24. McColl KE, Murray LSGillen D, et al.: Randomised trial of endoscopy with testing for *Helicobacter pylori* compared with non-invasive H. pylori testing alone in the management of dyspepsia. *BMJ* 2002; 324: 999–1002.
 25. Blum AL, Talley NJ, O'Morain C, et al.: Lack of effect of treating *Helicobacter pylori* infection in patients with nonulcer dyspepsia. *N. Engl J Med* 1988; 339: 1875–81.
 26. McColl KE.: Should we eradicate *Helicobacter Pylori* in non-ulcer dyspepsia? *Gut* 2001; 48: 759–61.
 27. Pantoflickova D, Blum AL.: Should we eradicate *Helicobacter Pylori* in non-ulcer dyspepsia? *Gut* 2001; 48: 758–9

-
28. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, et al.: Systematic review and economic evaluation of *Helicobacter pylori* eradication treatment for non-ulcer dyspepsia. *BMJ* 2000; 321: 659–64.
 29. Vaira D, Malfertheiner P, Megraud E, et al.: Noninvasive antigen-based assay for assessing *Helicobacter pylori* eradication: a European multicenter study. The European *Helicobacter pylori* HpSA Study Group. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 925–9.
 30. Gudjonsson H, Oddsson E, Bjornsson S, et al.: Efficacy of sucralfate in treatment of nonulcer dyspepsia. A double-blind placebo-controlled study. *Scand J Gastroenterol* 1993; 28: 969–72.
 31. Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, et al.: Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *Am J Med* 2000; 108: 65–72.
 32. Mertz H, Fass R, Kodner A, et al.: Effect of amitriptyline on symptoms, sleep, and visceral perception in patients with functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 160–5.
 33. Tanum L, Malt UF: A new pharmacologic treatment of functional gastrointestinal disorder. A double-blind placebo-controlled study with mianserin. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 318–25.
 34. Krishnan HS, Schaefer M.: Evaluation of the impact of pharmacist's advice giving on the outcomes of self-medication in patients suffering from dyspepsia. *Pharm World Sci* 2000; 22: 102–8.
 35. Mullan A, Kavanagh P, O'Mahony P, et al.: Food and nutrient intakes and eating patterns in functional and organic dyspepsia. *Eur J Clin Nutr* 1994; 48: 97–105.

Korišćene baze podataka i izvori literature

- Medline: 6895 referenci (dyspepsia), 71 metaanaliza (dyspepsia + meta analysis)
- The Cochrane library(<http://www.cochrane.org>): 51 sistematsko istraživanje

Vodiči

1. Scottish Intercollegiate Guidelines: A National Clinical Guideline 2003;
2. NICE Guideline (Second draft consultation 2004): Dyspepsia; Management of dyspepsia in adults in primary care;
3. ICSI Health Care Guideline 2003(www.icsi.org);

-
4. Bazaldua O and Schneider F.D.: Evaluation and Management of Dyspepsia. American Family Physician;
 5. MOH Clinical Practice Guidelines: Management of Helicobacter pylori infection;
 6. National Guideline Clearinghouse (NCG). Management of gastroesophageal reflux disease (GERD) 2003

Ostala literatura

1. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, Oakes R, Wilson S, Roalfe A, Bennett C, Forman D.: Eradication of Helicobacter pylori for non-ulcer dyspepsia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
2. Ford A, Delaney B, Forman D, Moayyedi P.: Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
3. P. Helicobacter pylori eradication treatment does not benefit patients with non-ulcer dyspepsia. Am Journal Gastroenterol 2001; 96: 2329–2336.
4. Hsu PI, Lai KH, Tseng HH, Lo GH, Lo CC, Lin CK, Cheng JS, Chan HH, Ku MK, Peng NJ, Chien EJ, Chen W, Hsu PN.: Eradication of Helicobacter pylori prevents ulcer development in patients with ulcer-like functional dyspepsia. Alimentary Pharmacology and Therapeutics 2001; 15: 195–201.
5. Koskenpato J, Farkkila M, Sipponen P.: Helicobacter pylori eradication and standardized 3-month omeprazole therapy in functional dyspepsia. Am J Gastroenterol 2001; 96: 2866–2872.
6. Malfertheiner P, Fischbach W, Layer P, Moessner J, Stolte M, Leodolter A, Demleitner K, Fuchs WA.: Elan study proves symptomatic benefit of Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia. Gastroenterology 2000; 118: A440.
7. Sheu BS, Yang HB, Wang YL, Chuang CH, Huang AH, Wu JJ.: Pretreatment gastric histology is helpful to predict the symptomatic response after H pylori eradication in patients with nonulcer dyspepsia. Digestive Diseases and Science 2001; 46: 2700–2707.
8. Aimola N, Colin P.: Bismuth-based triple therapy with bismuth subcitrate, metronidazole and tetracycline in the eradication of Helicobacter pylori: a randomized, placebo controlled, double-blind study. Canadian Journal of Gastroenterology 2000; 14: 599–602.

-
9. Danesh J, Pounder RE.: Eradication of *Helicobacter pylori* and non ulcer dyspepsia. *Lancet* 2000; 355: 766–7.
 10. Laine L, Schoenfeld M, Fennerty B.: H pylori is not effective for treatment of non-ulcer dyspepsia: a meta-analysis of randomized controlled trials (abstract). *Gastroenterology* 2000; 118: A440.
 11. Moayyedi P, Bardhan KD, Young L, Dixon MF, Brown L, Axon ATR.: *Helicobacter pylori* eradication does not exacerbate reflux symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2001; 121: 1120–1126.
 12. Schwizer W, Thumshirn M, Dent J, Guldenschuh I, Menne D, Cathomas G, Fried M.: *Helicobacter pylori* and symptomatic relapse of gastro-oesophageal reflux disease: a randomised controlled trial. *Lancet* 2001; 357: 1738–1742.
 13. *Helicobacter pylori* eradication treatment for non-ulcer dyspepsia. *BMJ* 2000; 321: 659–64.
 14. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D.: Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 15. Blum AL, Arnold R, Stolte M, Fischer M, Koelz HR.: Short course acid suppressive treatment for patients with functional dyspepsia: results depend on *helicobacter pylori* status. *Gut* 2000; 47: 473–480.
 16. Holtmann G, Gschossmann J, Mayr P, Talley NJ.: A randomised placebo-controlled trial of simethicone and cisapride for the treatment of patients with functional dyspepsia. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 2002;16: 1641–1648.
 17. Peura DA, Kovacs TO, Metz D, Gudmundson JL, Pilmer BL.: Low-Dose Lansoprazole: Effective for Non-Ulcer Dyspepsia (NUD). *Gastroenterol* 2000; 118: A439.
 18. Peura DA, Kovacs TO, Metz D, Gudmundson JL, Pilmer BL.: Low-Dose Lansoprazole: Effective for Non-Ulcer Dyspepsia (NUD). *Gastroenterol* 2000; 118: A439.
 19. Wong WM, Wong BCY, Hung WK, Yee YK, AWC Yip, Szeto ML, Fung FMY, Tong TSM, Lai KC, Hu WHC, Yuen MF, Lam SK.: Double blind, randomized, placebo controlled study of four weeks of lansoprazole for the treatment of functional dyspepsia in Chinese patients. *Gut* 2002; 51: 502–506.
 20. Allescher M, Hartung J, Bockenhauff A, Knapp G, Wienbeck Q.: Treatment of Non-Ulcer Dyspepsia: a meta-analysis of placebo-controlled prospective studies. *Scan J Gastroenerol* 2001; vol 3: (934–941).

-
21. Veldhuyzen van Zanten SJO, Jones MJ, Verlinden Marleen.: Efficacy of cis-paride and domperidone in Functional (Nonulcer) Dyspepsia: A Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol* 2001; 96, number 3: 689–696.
 22. BC, Moayyedi P, Forman D.: Initial management strategies for dyspepsia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 23. Naoki Chiba, Sander J O Veldhuyzen van Zanten, Paul Sinclair, Ralph A Ferguson, Sergio Escobedo, and Eileen Grace Ciba N, Veldhuyzen van Zanten SJO, Sinclair P, Ferguson RA, Escobedo S, Grace E.: Treating *Helicobacter pylori* infection in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian adult dyspepsia empiric treatment – *Helicobacter pylori* positive (CADET-HP) randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 1012–7.
 24. Stevens R, Baxter G.: Benefit of *Helicobacter pylori* eradication in the treatment of ulcer-like dyspepsia in primary care. *Gastroenterology* 2001; 260.
 25. Delaney BC, Moayyedi P, Deeks J, Innes M, Soo S, Barton P, Wilson S, Oakes R, Harris A, Raftery JP, Hobbs FDR, Forman D.: The Management of Dyspepsia: a systematic review and economic model. *Health Technology Assessment* 2000; 39: 1–179.
 26. Bouin M, Lupien F, Riberdy M, Boivin M, Plourde V, Poitras P.: Intolerance to visceral distension in functional dyspepsia or irritable bowel syndrome: an organ specific defect or a pan intestinal dysregulation? *Neurogastroenterol Motil* 2004 Jun; 16(3): 311–4.
 27. De Schepper HU, Cremonini F, Chitkara D, Camilleri M.: Assessment of gastric accommodation: overview and evaluation of current methods. *Neurogastroenterol Motil* 2004 Jun; 16(3): 275–85.
 28. Gregersen H, Frieling T.: Function and dyspepsia: a start of a new friendship. *Neurogastroenterol Motil* 2004 Jun; 16(3): 271–3.
 29. Leontiadis GI, Minopoulos GI, Maltezos E, Kotsiou S, Manolas KI, Simopoulos K, Hatseras D.: Effects of *Helicobacter pylori* infection on gastric emptying rate in patients with non-ulcer dyspepsia. *World J Gastroenterol* 2004 Jun 15; 10(12): 1750–4.
 30. Holtmann G, Kutscher SU, Haag S, Langkafel M, Heuft G, Neufang-Hueber J, Goebell H, Senf W, Talley NJ.: Clinical presentation and personality factors are predictors of the response to treatment in patients with functional dyspepsia; a randomized, double-blind placebo-controlled crossover study. *Dig Dis Sci* 2004 Apr; 49(4): 672–9.

-
31. Corsetti M, Caenepeel P, Fischler B, Janssens J, Tack J.: Impact of coexisting irritable bowel syndrome on symptoms and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2004 Jun; 99(6): 1152–9.
 32. Akhtar AJ, Shaheen MA.: Dyspepsia in African–American and Hispanic patients. *J Natl Med Assoc.* 2004 May; 96(5): 635–40.
 33. Sorrentino D, Faller G, DeVita S, Avellini C, Labombarda A, Ferraccioli G, Kahlow–Toussaint S.: *Helicobacter pylori* associated antigastric autoantibodies: role in Sjogren’s syndrome gastritis. *Helicobacter.* 2004 Feb; 9(1): 46–53.
 34. Loreno M, Bucceri AM, Catalano F, Muratore LA, Blasi A, Brogna A.: Pattern of gastric emptying in functional dyspepsia. An ultrasonographic study. *Dig Dis Sci* 2004 Mar; 49(3): 404–7.
 35. Laheij RJ, Hermsen JT, Jansen JB, Horrevorts AM, Rongen RJ, Van Rossum LG, Witteman E, de Koning RW.: Empirical treatment followed by a test–and–treat strategy is more cost–effective in comparison with prompt endoscopy or radiography in patients with dyspeptic symptoms: a randomized trial in a primary care setting. *Fam Pract* 2004 Jun; 21(3): 238–43.
 36. Hongo M.: Acid in the duodenum. *Am J Gastroenterol* 2004 May; 99(5): 821–2.
 37. Lorena SL, Tinois E, Brunetto SQ, Camargo EE, Mesquita MA.: Gastric emptying and intragastric distribution of a solid meal in functional dyspepsia: influence of gender and anxiety. *J Clin Gastroenterol* 2004 Mar; 38(3): 230–6.
 38. Farkkila M, Sarna S, Valtonen V, Sipponen P; PROSPER Study Group: Does the ‘test–and–treat’ strategy work in primary health care for management of uninvestigated dyspepsia? A prospective two–year follow–up study of 1552 patients. *Scand J Gastroenterol* 2004 Apr; 39(4): 327–35.
 39. De Francesco V, Della Valle N, Stoppino V, Amoroso A, Muscatiello N, Panella C, Ierardi E.: Effectiveness and pharmaceutical cost of sequential treatment for *Helicobacter pylori* in patients with non–ulcer dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2004 May 1; 19(9): 993–8.
 40. Hou XH, Li Q, Zhu L, Xie X, Chen JD.: Correlation of gastric liquid emptying with various thresholds of sensation in healthy controls and patients with functional dyspepsia. *Dig Dis Sci* 2004 Feb; 49(2): 188–95.