

# Choroba refluksowa przełyku – standardy diagnostyki i leczenia

prof. dr hab. n. med.  
**Zbigniew Bartuzi**

Katedra i Klinika Alergologii,  
Immunologii Klinicznej i Chorób  
Wewnętrznych Collegium  
Medicum w Bydgoszczy  
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

T E R A P I A

## Gastroesophageal Reflux Disease - standards of diagnosis and therapy.

S U M M A R Y

**Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the most frequent diseases of the upper gastrointestinal tract. Gastroesophageal reflux disease is defined by the presence of subjective symptoms which are accompanied (or not) by the damage of esophageal mucosa. Gastroesophageal reflux disease often coexists with asthma, persistent coughs, recurrent pharyngitis, laryngitis, sinusitis and so on and deteriorates asthma control. The mechanism of asthma control deterioration in subjects with gastroesophageal reflux disease is complex and includes: direct bronchial mucosa irritation with stomach content (microaspiration), esophageal-bronchial vagal reflex and esophageal-airway local axon reflex. At the moment we have many diagnostic tools that make GERD diagnosis most precise than before, but they are still not ideal and in some percentage of patients we are not able to confirm reflux disease. Proton pump inhibitors (PPI) are the most effective therapy and should be continued long-term at the lowest dose that controls symptoms.**

Choroba refluksowa przełyku (GERD) jest jedną z najczęstszych chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego. Definiowana jako obecność objawów podmiotowych, z towarzyszącym (lub nie) uszkodzeniem błony śluzowej przełyku, spowodowanych zarzucaniem treści żołądkowej. Choroba refluksowa przełyku często współwystępuje z astmą, przewlekłym kaszlem, zapaleniem gardła, krtani, zatok przynosowych... Mechanizm pogorszenia kontroli astmy u chorych z chorobą refluksową jest złożony i obejmuje: bezpośrednie drażnienie błony śluzowej dróg oddechowych treścią żołądkową (mikroaspiracje), przełykowo-oskrzelowy odruch wagalny i lokalny odruch aksonalny przełykowo-oddechowy. Aktualnie istnieje szereg narzędzi diagnostycznych pozwalających na rozpoznanie GERD, jednak bywają sytuacje gdzie jest niezwykle trudno ustalić właściwe rozpoznanie. W terapii farmakologicznej podstawowe znaczenie mają blokery pompy protonowej, które powinny być stosowane w sposób ciągły i długi, stopniowo zmniejszając dawki do poziomu kontrolującego chorobę.

Bartuzi Z.: Choroba refluksowa przełyku – standardy diagnostyki i leczenia. *Alergia*, 2015, 3: 29-35

Choroba refluksowa przełyku (GERD) należy do najczęstszych problemów z jakimi spotykają się w codziennej praktyce lekarze gastroenterolodzy ale także lekarze wielu innych specjalności. Według niektórych badań szacuje się, że 10-30% populacji europejskiej zgłasza co najmniej 1 raz w tygodniu typowe objawy refluksu, co skłania chorych do częstych wizyt u lekarza i przyjmowania leków z grupy inhibitorów pompy protonowej [1]. Bez wątplenia GERD stanowi jedną z głównych chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego a charakter wywoływanych przez nią dolegliwości, w tym często pozaprzelykowych w pełni uzasadniają coraz większe zainteresowanie zarówno diagnostyką jak i nowymi formami terapii. Na podstawie ostatnich, publikowanych szeroko wyników badań epidemiologicznych w Europie i Ameryce Północnej choroba refluksowa przełyku dotyka średnio 20% populacji dorosłej a jej częstość wykazuje tendencje wzrostową. Występuje we wszystkich grupach wiekowych (częściej po 40 roku życia) [2].

Definicja GERD została przyjęta przed 9 laty na Światowym Kongresie Gastroenterologicznym w Montrealu. Przyjmuje ona, że choroba refluksowa to zarzucanie treści żołądkowej do przełyku powodujące kłopotliwe objawy i/lub powikłania negatywnie wpływające na samopoczucie pacjenta z dolegliwościami występującymi częściej niż raz w tygodniu [3].

Zgodnie z wytycznymi opublikowanymi w amerykańskich i europejskich czasopismach naukowych GERD należy interpretować jako objawy i powikłania wynikające z zarzucania treści żołądkowej nie tylko do przełyku ale również do jamy ustnej, krtani a nawet do drzewa oskrzelowego [4].

Wiedza na ten temat ma kluczowe znaczenie w samym zrozumieniu mechanizmów refluksu jak i trudności wynikających z prawidłowego rozpoznania i postępowania terapeutycznego.

W kwalifikacji montrealskiej został także uzgodniony podział choroby refluksowej przełyku na jej dwie postacie kliniczne – tzw. zespoły przełykowe i pozaprzelykowe.

## Zespoły przełykowe

Zespoły przełykowe z kolei zostały podzielone na dwie grupy.

- Pierwszą stanowią objawy tzw. typowe dla choroby refluksowej, tj. zgaga, ból w nadbrzuszu, zaburzenia snu wywołane refluksiem czy zespoły bólowe w klatce piersiowej.
- Druga grupa zespołów przełykowych związana jest z destrukcją błony śluzowej przełyku (obecność zapalenia, nadżerek, owrzodzeń) czy powikłań takich jak przełyk Barretta, rak gruczołowy.

Należy podkreślić, że refluksowe zmiany zapalne przełyku to obecność zmian makroskopowych, które wymagają potwierdzenia w ocenie histopatologicznej bioptatów błony śluzowej przełyku.

## Zespoły pozaprzelykowe

Zespoły pozaprzelykowe podzielono na zespoły o udowodnionym związku z refluksiem oraz zespoły o prawdopodobnym związku z refluksiem.

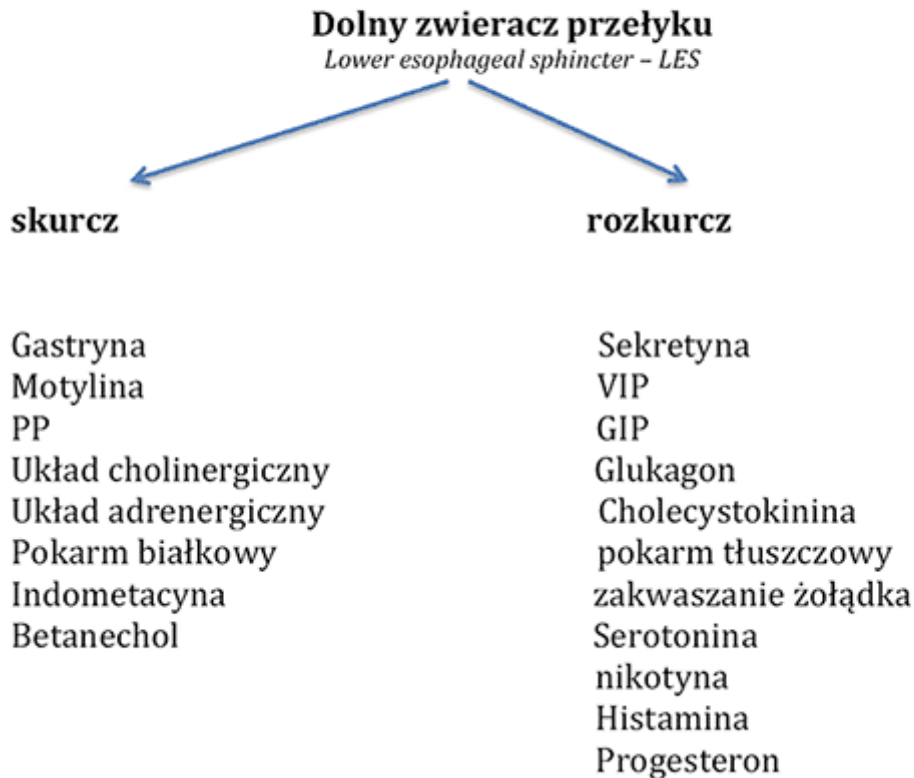
Refluksowy zespół kaszlowy, refluksowy zespół zapalenia krtani, refluksowy zespół astmatyczny czy refluksowy zespół nadżerek zębowych należą do tej pierwszej grupy.

Natomiast zapalenie gardła, idiopatyczne włóknienie płuc, nawracające zapalenie ucha środkowego są klasyfikowane w grupie chorób mających prawdopodobny związek z refluksiem.

Należy pamiętać, co wynika z definicji choroby refluksowej, że rozpoznanie GERD nie jest warunkiem sine quo non obecności zmian makroskopowych w badaniu endoskopowym. Ta postać choroby refluksowej (NERD – non erosivo reflux diseases) to występowanie typowych dla GERD dolegliwości przy prawidłowym obrazie przełyku w badaniu endoskopowym. Sugeruje się, że NERD jest odpowiedzialny za 50-70% objawów nietypowych, pozaprzelykowych [5,6 ].

Mechanizmy decydujące o prawidłowej funkcji motorycznej przełyku, zapobiegające wstecznemu zarzucaniu treści żołądkowej do przełyku to toniczny skurcz LES, mechanizm zastawkowy między żołądkiem i przełykiem, ucisk przełyku przez odnogi mięśnia przepony i bierny ucisk ciśnienia śródbrzusznego na dolny, podprzeponowy odcinek przełyku. Zaburzenie któregoś z tych czynników może skutkować częstymi epizodami refluksu. W wielu opracowaniach refluks dzieli się na pierwotny, który jest następstwem zmian dolnego zwieracza przełyku i wtórny będący następstwem szeregu innych patologii. Główną przyczyną GERD są nieprawidłowości dotyczące motoryki dolnego zwieracza przełyku. Dotyczy to nieprawidłowej częstości i czasu trwania samoistnego rozluźnienia dolnego zwieracza przełyku, co skutkuje epizodami zgagi w ciągu dnia, a także zmniejszenia jego napięcia spoczynkowego (zgaga w nocy) [7]. W chorobie refluksowej nie tylko wzrasta częstość relaksacji dolnego zwieracza przełyku w porównaniu z osobami zdrowymi ale również wzrasta odsetek tych epizodów, powodując nasilenie refluksu. Warto mieć na uwadze, że istnieje szereg czynników wpływających bezpośrednio na skurcz i relaksację LES. Należą do nich zarówno hormony, rodzaj spożywanych posiłków, przyjmowane leki (ryc. 1).

## Czynniki mające wpływ na skurcz i relaksację dolnego zwieracza przełyku



Znajomość tych czynników ma istotne znaczenie zarówno w procesie diagnostycznym jak i właściwej terapii. Zwraca się ostatnio uwagę na stężenia histaminy i jej wzrost wywołany m.in. reakcjami anafilaktycznymi na pokarmy co jest czynnikiem promującym relaksację dolnego zwieracza przełyku [8].

- W etiopatogenezie istotną rolę odgrywa także niewydolność odźwiernika sprzyjająca refluksowi dwunastniczo-żołądkowemu.
- niesprawność mechanizmów oczyszczania przełyku, w tym zmniejszenie wydzielania śliny.
- Istnieje wyraźny związek między otyłością a częstością występowania incydentów refluksu. Otyłość, wzdęcia brzucha, ciąża w sposób naturalny zwiększają tzw. kąt Hisa, którego prawidłowa wartość w granicach 70-90° jest jednym z mechanizmów wzmacniających ciśnienie w obrębie dolnego zwieracza przełyku. Upośledzenie opróżniania żołądkowego powstające z różnych przyczyn jest również jednym z czynników sprzyjających tej chorobie.
- Często stwierdzana w populacji osób dorosłych przepuklina rozworu przełykowego przepony stanowi element sprzyjający chorobie refluksowej.
- W niektórych badaniach istotną rolę przypisuje się także fermentacji węglowodanów w świetle jelita, która zwiększa częstość epizodów relaksacji dolnego zwieracza przełyku.
- Choroba może wystąpić w przebiegu niektórych chorób ogólnoustrojowych takich jak cukrzyca, twardzina układowa, polineuropatia alkoholowa, czy różnego rodzaju zaburzenia hormonalne [9].

### Nadwrażliwość alergiczna na pokarmy

Innym czynnikiem, wymagającym osobnego omówienia jest nadwrażliwość alergiczna na pokarmy. Temu zagadnieniu w ostatnich latach poświęca się coraz więcej uwagi.

Pośrednim dowodem mówiącym o tej zależności jest niewątpliwie udowodniony silny, relaksujący wpływ histaminy na dolny zwieracz przełyku. Związek rozwoju choroby refluksowej z alergią na pokarm szczególnie dobrze udokumentowany jest w badaniach populacji dziecięcej. W przypadku IgE-zależnej alergii pokarmowej po spożyciu uczulającego pokarmu dochodzi do gwałtownych reakcji śluzówki żołądka, jej obrzęku, hipersekrecji, pobudzenia perystaltyki, tzw. tachygastrii, której towarzyszyć może wsteczny refluks zalegającej treści do przełyku. Potwierdzają to liczne w ostatnim czasie badania grup dzieci z alergią pokarmową, gdzie stwierdzano występowanie równocześnie choroby refluksowej w 30 do 46% przypadków [10] .

## Symptomatologia

Symptomatologia choroby refluksowej jest bardzo szeroka i obejmuje różnego rodzaju objawy ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego. Może przebiegać także pod postacią całkowicie bezobjawowej, wtedy rozpoznanie jest przypadkowe podczas badania endoskopowego, gdzie stwierdza się zmiany zapalne czy nadżerkowe przełyku.

Do typowych objawów choroby refluksowej należy zgaga, regurgitacje, odbijania (puste, gorzkie, kwaśne), ból w nadbrzuszu, nudności, zaburzenia połykania, czkawka, ślinotok.

Dolegliwości te mogą się nasilać po niektórych pokarmach, obfitych posiłkach, po stresie, przy schylaniu, dźwiganiu, w pozycji leżącej.

Zgodnie ze stwierdzeniem wypowiedzianym przed wieloma laty przez Alana Kayrand'a, niewątpliwego autorytetu gastroenterologii brytyjskiej „...choroba refluksowa może dawać poważne i długotrwałe objawy. Prawdziwym jednak wyzwaniem są dolegliwości nietypowe i oporne na leczenie”.

Objawy nietypowe odnoszą się do zespołów pozaprzelykowych i mogą występować bez klasycznych objawów choroby refluksowej. Do tych objawów zalicza się m.in. poranna chrypka, będąca objawem nocnego refluksu proksymalnego, cechy obturacji oskrzeli, suchy kaszel, bóle zamostkowe, duszności.

## Refluksowy zespół kaszlowy

Refluksowy zespół kaszlowy zgodnie z danymi epidemiologicznymi występuje u 21% chorych z przewlekłym kaszlem. Patomechanizm kaszlu związany z refluksiem przełykowym nie jest jednoznacznie udowodniony. Bierze się tu pod uwagę zarzucanie treści z przełyku do dróg oddechowych, odruch przełykowo-oskrzelowy z pobudzeniem włókien czuciowych w obrębie przełyku zarzucaną treścią żołądkową i wywoływania kaszlu drogą nerwu błędnego lub poprzez odruch z włókien nerwowych łączących przełyk i oskrzela, co prowadzi do uwalniania mediatorów stanu zapalnego (m.in. neurokinina, substancja P) i indukuje kaszel. Obecnie uważa się, że w patogenezie refluksowych objawów z układu oddechowego najważniejsze znaczenie ma odruch z nerwu błędnego. Kaszel wywołany GERD pojawia się najczęściej w ciągu dnia, w pozycji stojącej, chociaż u niektórych osób dominują objawy nocne. U chorych z klasycznymi objawami GERD przewlekły kaszel występuje u 6-10% natomiast obserwuje się go u 75% pacjentów bez objawów przełykowych, tj. bez zgagi i regurgitacji [11]. Należy również podkreślić, że sam kaszel sprzyja występowaniu epizodom refluksu. Zwykle chorzy podkreślają występowanie kaszlu z przebytą infekcją.

## Refluksowy zespół astmatyczny

Inną postacią kliniczną jest refluksowy zespół astmatyczny. Badania nie pozostawiają wątpliwości, że w około 50% przypadków chorych na astmę występuje GERD. W

badaniach Gluck i wsp. aż u 50,9% chorych na astmę stwierdzono nieprawidłowe pH przełyku a u 37% zapalenie przełyku [12]. Wiele badań potwierdza, że istnieje związek między źle kontrolowaną astmą a jednoczesną obecnością GERD. Również istnieją dobrze udokumentowane badania sugerujące, że GERD wpływa niekorzystnie na przebieg astmy, jakość życia i częstość zaostrzeń [13,14]. W badaniach Dos Santos i wsp. na dużej grupie chorych z astmą oskrzelową i potwierdzoną obecnością choroby refluksowej po zastosowaniu Pantoprazolu w dawkach standardowych stwierdzili poprawę i ustępowanie objawów astmy oraz poprawę jakości życia chorych [ 15].

## **Refluksowy zespół zapalenia krtani**

Refluksowy zespół zapalenia krtani jest wynikiem drażniącego działania treści żołądkowej na nabłonek tego narządu i zwykle występuje samodzielnie lub z jednoczesnymi objawami przełykowymi. Efektem działania treści żołądkowej jest metaplazja nabłonka krtani, pogrubienie i zniekształcenie jej struktur. Powoduje to takie zmiany jak suchość z uczuciem drapania i palenia w gardle, kaszel, chrząkanie, chryпка. Objawy mogą być także wynikiem odruchu z obszaru unerwienia nerwu błędnego co skutkuje skurczowym odruchem gardłowym, chrząkaniem, skurczem oskrzeli. W wielu badaniach zwraca się uwagę na występujący w postaciach pozaprzełykowych refluks aerozolowy, który zawierając cząsteczki kwasu i pepsyny wnika do komórek nabłonka krtani i oskrzeli uszkadzając je [16]. Może penetrować do różnych pięter układu oddechowego a nawet do nabłonka ucha środkowego.

## **Choroba refluksowa a zapalenie błony śluzowej nosa i zatok**

W etiopatogenezie przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok należy brać również pod uwagę chorobę refluksową. Działanie uszkadzające treści żołądkowej uwarunkowane jest refluksiem krtaniowo-nosowo-gardłowym jak również indukowane neurozapalnymi zmianami przełyku drogą nerwu błędnego. Szacuje się, że nawet 10% pacjentów zgłaszających się do laryngologa może mieć objawy związane z refluksiem.

U osób z chorobą refluksową często występują nadżerki szkliwa zębów, stany zapalne dziąseł i skłonność do periodontopatii. Istotnym problemem u chorych z GERD jest często zgłaszana halitoza, czyli poczucie nieświeżego oddechu lub nieprzyjemnego zapachu z ust.

24135.png

Do powikłań nieleczonej choroby refluksowej należą owrzodzenia, krwawienia, zwężenia przełyku a także metaplazja Barretta i rak gruczolowy. Należy zauważyć, że w ciągu ostatnich dwudziestu lat 4-krotnie wzrosła liczba gruczolaków przełyku.

## **Postępowanie diagnostyczne**

Diagnostyka choroby refluksowej przełyku, zwłaszcza w przypadkach nietypowych może być trudna. Zgodnie z zaleceniami amerykańskich i europejskich towarzystw naukowych wstępną diagnozę GERD można ustalić w oparciu o typowe dolegliwości i włączyć leczenie empiryczne inhibitorami pompy protonowej.

Jednakże uznaje się, że każdy pacjent z tzw. objawami alarmowymi i każdy chory po 40 roku życia z chorobą refluksową przełyku powinien mieć wykonane badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Badanie radiologiczne z kontrastem ma ograniczone znaczenie, jednak w pewnych sytuacjach, jak np. nieprawidłowościach anatomicznych przełyku, ucisku z zewnątrz,

obecności uchyłków, dodatkowa wizualizacja może mieć zastosowanie. Manometria obecnie ma znaczenie marginalne. Złotym standardem w rozpoznaniu GERD do niedawna była 24-godzinna pH-metria. W ostatnich latach została ona zastąpiona nowym badaniem, które uznano za nowy, złoty standard, tj. impedancja pH. Badanie przy użyciu impedancji pozwala na różnicowanie refluksu płynnego, gazowego i zasadowego a także wykazuje dużą powtarzalność we wszystkich typach refluksu. Pacjenci z refluksem krtaniowo-gardłowym w większości mają prawidłowy wynik badania endoskopowego, a istnienie lub brak ewentualnych zmian zapalnych nie koreluje z ciężkością zmian patologicznych w krtani i drogach oddechowych.

Kwaśna treść żołądkowa jest o wiele bardziej groźna dla nabłonka krtani niż dla przełyku. Przełyk zdrowego, dorosłego człowieka toleruje do 50 epizodów kwaśnego refluksu dziennie, podczas gdy dla krtani i dróg oddechowych niebezpieczne są już 3 epizody kwaśnego refluksu dziennie.

Do badań pomocniczych należy badanie urządzeniem Bilitec 2000 i system Bravo TM a także oznaczenia występowania pepsyny w kondensacie wydychanego powietrza, czy popłuczynach oskrzelowo-pęcherzykowych. System Bilitec 2000TM pozwala na rozpoznanie refluksu żółciowego, co w procesie terapeutycznym ma istotne znaczenie. Radiowy system kapsułkowej rejestracji pH (system Bravo TM) eliminuje dyskomfort związany z zakładaniem sondy pomiarowej. Oznaczanie pepsyny w wydychanym powietrzu w nieinwazyjnie pobranych próbkach ma zastosowanie zwłaszcza w podejrzeniu refluksu u chorych z przewlekłym kaszlem czy astmą. Jednak wszystkie te metody nie są w pełni zweryfikowane i w praktyce trudno dostępne [17].

W celu potwierdzenia GERD w praktyce codziennej często wykorzystuje się test z inhibitorem pompy protonowej stosując standardową dawkę leku 2 x dziennie przez 14 dni, gdzie ustąpienie objawów potwierdza podejrzenie choroby refluksowej. Test ten jednak w przypadkach refluksu krtaniowo-gardłowego ma mniejsze znaczenie ze względu na różnice w patomechanizmie.

Podsumowując wymienione metody należy stwierdzić, że nie ma jednej, doskonałej, która w każdym przypadku może być pewnym źródłem właściwych wniosków. Nawet impedancja pH ma swoje wady i ograniczenia. W reflukście krtaniowo-gardłowym pH-metria gardła dx-pH System Restech wydaje się być optymalna przy diagnozowaniu pozaprzełykowych objawów choroby refluksowej, ale wysoka cena jednorazowej sondy i mała dostępność utrudnia diagnostykę.

## **Postępowanie terapeutyczne**

### **Styl życia pacjenta z refluksem**

Choroba refluksowa przełyku, będąca schorzeniem przewlekłym wymaga precyzyjnego, z reguły długiego leczenia farmakologicznego, których efekt nie zawsze jest w pełni zadawalający. Wynika to przede wszystkim z faktu, że na jej przebieg, zaostrzenia a także odpowiedź na terapię istotny wpływ ma tryb życia. Stąd istotne jest aby w pierwszym etapie zwrócić uwagę choremu na modyfikacje dotyczącą stylu życia, codziennych zachowań, upodobań i nawyków żywieniowych. Zaleca się wprowadzanie do diety regularnych posiłków, o mniejszej objętości oraz spożywanie ich w spokoju, bez pośpiechu, dokładnie przeżuając. Ostatni posiłek powinien być spożywany nie później niż 2-3 godziny przed planowanym snem. Z diety należy wyeliminować pokarmy wywołujące objawy, tj. te które działają silnie sekrecyjnie, drażniąco na śluzówkę żołądka czy sprzyjają długiemu zaleganiu i utrudniają opróżnianie żołądkowe (tłuste, wędzone, marynowane, ostro przyprawiane, surowe...). Należy także zwrócić uwagę na unikanie płynów gazowanych, zawierających kofeinę, która działa relaksująco na dolny zwieracz

przełyku. Przyjmowane płyny powinny mieć pH zbliżone do obojętnego (pH wybranych płynów zawiera tabela 1). Także zaleca się w okresie intensywnego leczenia unikanie alkoholu, zwłaszcza w formie gazowanej.

**Tabela 1.** pH wybranych napojów

<b>Napój</b>	<b>pH</b>
<b>Woda</b>	<b>7,0</b>
<b>Mleko</b>	<b>6,7</b>
<b>Czarna herbata</b>	<b>6,5</b>
<b>Kawa</b>	<b>5,0</b>
<b>Sprite</b>	<b>3,42</b>
<b>Dietetyczna coca-cola</b>	<b>3,39</b>
<b>Sok pomidorowy</b>	<b>3,29</b>
<b>pepsi</b>	<b>2,64</b>

Pacjentów należy poinformować aby bezpośrednio po posiłku odpoczywając nie przyjmowali pozycji horyzontalnej, unikali dźwigania i schylania. Należy także zwrócić uwagę na luźną odzież, eliminację pasków opasających brzuch i innych form ubioru zwiększających napięcie tłoczni brzusznej. Nie bez znaczenia, zwłaszcza dla chorych z objawami nocnymi jest zalecenie uniesienie wezgłowia łóżka w czasie snu. Równie istotne znaczenie dla osób otyłych jest dążenie do redukcji wagi.

Nikotyna, o czym warto poinformować chorego jest czynnikiem zwiększającym relaksację dolnego zwieracza przełyku i bez zaprzestania palenia leczenie to może być trudne i znacznie mniej efektywne.

Należy dokładnie prześledzić aktualnie stosowane przez chorego formy terapii, zwracając uwagę i eliminując te leki, które działają niekorzystnie na chorobę refluksową (ryc.1 – np. antagoniści kanałów wapniowych, metyloksantyny, niesterydowe leki przeciwzapalne, czy jony potasu).

W przypadku objawów pozaprzelykowych, takich jak przewlekły kaszel, astma, zapalenie krtani według ostatnich zaleceń sformułowanych w Am J Gastroenterol leczenie antyrefluksowe zaleca się, gdy współwystępują przełykowe objawy GERD [18].



## Leczenie farmakologiczne – PPI

Podstawową grupą leków stosowaną w leczeniu choroby refluksowej są inhibitory pompy protonowej (PPI). Są to leki, które najszybciej przynoszą choremu ulgę i przyspieszają gojenie zmian zapalnych błony śluzowej w przełyku.

Czas podawania PPI jest niezmiernie istotny, gdyż pompy protonowe są najskuteczniej blokowane gdy ich pobudzenie jest największe, czyli rano na czczo 20 do 40 minut przed rannym posiłkiem.

Dawkowanie zależy od rodzaju preparatu. Przy braku efektu a zwłaszcza wystąpieniu powikłań choroby refluksowej możliwe jest potrojenie dawki, wg zasady 2 dawki rano i jedna wieczorem. Uzyskanie efektu, ustąpienie objawów wraz z weryfikacją endoskopową pozwala na zmniejszenie dawki do podstawowej a nawet przejścia do formy przyjmowania leków „na żądanie”.

## Nowy PPI – dekslanzoprazol

Nowym, budzącym duże nadzieje na poprawę efektywności leczenia choroby refluksowej, jest wprowadzony na nasz rynek preparat dekslanzoprazol. Jest to lek z grupy PPI o unikalnym profilu farmakologicznym, który pozwala na stosowanie go niezależne od posiłków, co znacznie poprawia compliance. Istotną cechą tego leku jest optymalny profil bezpieczeństwa i małe ryzyko występowania niekorzystnych interakcji z innymi, równocześnie stosowanymi lekami. Fass i wsp. w badaniach wielośrodkowych, podwójnie zaślepionych, randomizowanych z udziałem 947 chorych z chorobą refluksową przełyku wykazali po 4 tygodniach leczenia dawką 30 mg dekslanzoprazolu redukcję objawów u 63% w ciągu dnia i 81% w ciągu nocy [21].

## Inne sposoby leczenia

Niestety w dużym odsetku przypadków spotykamy się z nieskutecznością takiego postępowania. 10-40% chorych ma nadal dolegliwości a jedynie 58% jest w pełni zadowolonych z zastosowanej terapii [19]. Stąd w raporcie opublikowanym przez American Gastroenterology Association spora grupa chorych sięga po dodatkowe leki sprzedawane bez recepty, tj. leki alkalinizujące i H<sub>2</sub>-blokery. Odpowiedź na pytanie dlaczego tak się dzieje, dlaczego tak świetne leki nie są w pełni efektywne u wszystkich chorych, jest odpowiedzią złożoną. Jak wynika z wielu badań główną przyczyną jest tzw. słaby compliance tj. zła współpraca chorego. Tylko 55% pacjentów już pod koniec pierwszego miesiąca leczenia stosuje lek zgodnie z zaleceniem lekarza. Istnieje skłonność wśród chorych do stosowania leku tak długo jak występują objawy czy modyfikacji sposobu podawania leku w niewłaściwym czasie w stosunku do posiłku. Przy nieskutecznym leczeniu i pewności co do właściwej współpracy z chorym należałoby rozważyć zwiększenie dawki lub zamianę PPI. Zamiana leku ma sens, bo istnieją różnice w budowie chemicznej, metabolizmie (różnice genetyczne) i biodostępności. Dlatego jedni chorzy lepiej odpowiadają na jeden preparat a drudzy na inny.

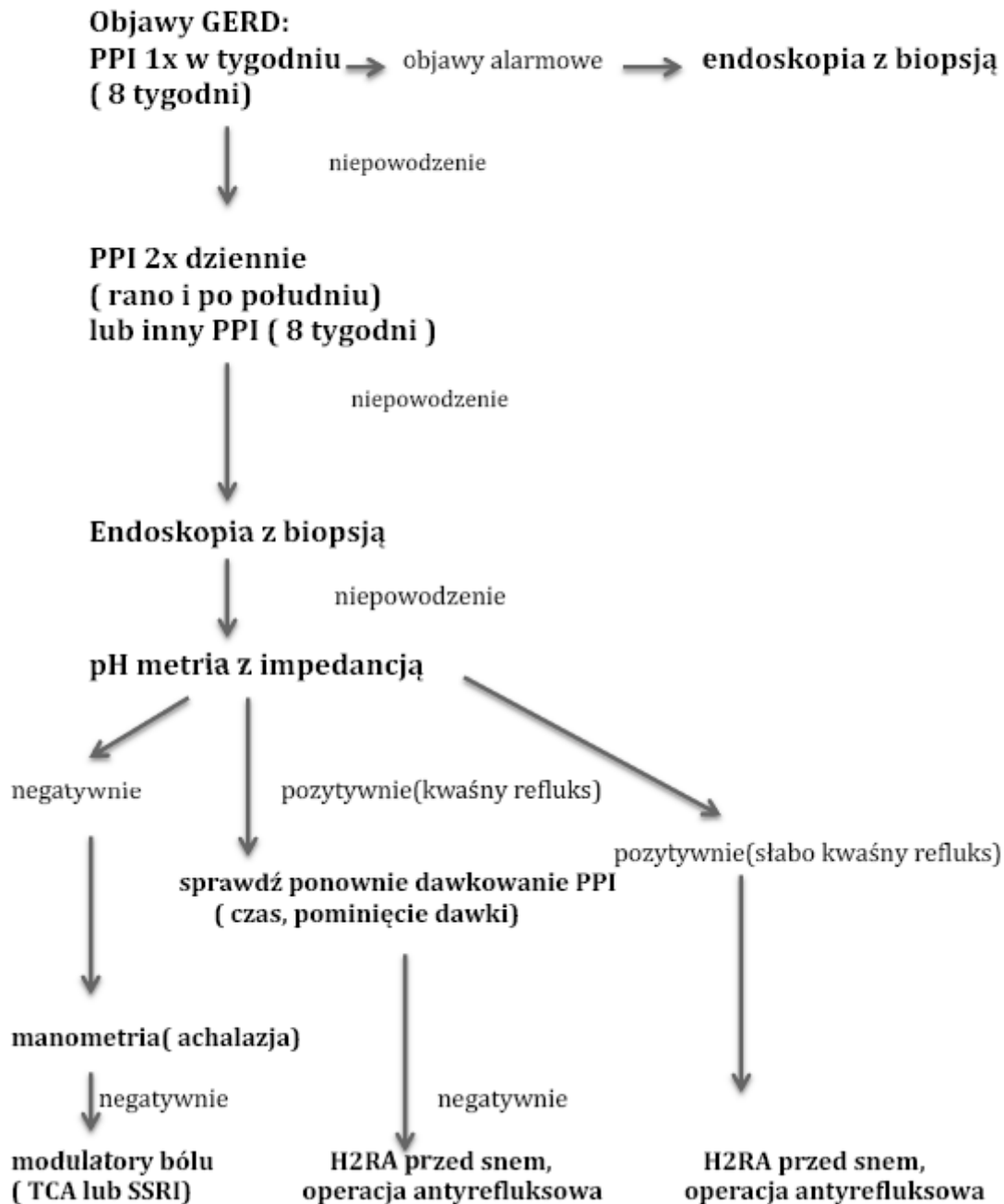
Trzeba także pamiętać, że mogą istnieć różnice w efektywności leku oryginalnego i generycznego.

Wspomagającą grupą leków są tzw. prokinetyki, które zwiększają ciśnienie dolnego zwieracza przełyku, wzmagają opróżnianie żołądkowe jednak z uwagi na szereg objawów niepożądanych mają ograniczone zastosowanie.

Nowy lek z tej grupy – Itopryd, reguluje perystaltykę trzonu żołądka, wpływa pozytywnie na dolny zwieracz przełyku i co najważniejsze może być stosowany w leczeniu długoterminowym. Ciekawą propozycją dostępną na naszym rynku od kilkunastu

miesiący jest preparat zawierający kwas hialuronowy i siarczan chondroityny. Powleka on błonę śluzową przełyku chroniąc przed szkodliwym działaniem kwasu. Inną formą terapii farmakologicznej ukierunkowanej na zmniejszenie przemijającej relaksacji dolnego zwieracza przełyku są agoniści receptora kwasu  $\gamma$ -aminomasłowego GABA. Podnoszą one ciśnienie podstawowe w LES, przyspieszają opróżnianie żołądkowe i zmniejszają liczbę epizodów refluku kwaśnego i słabo kwaśnego. Przedstawiciel tej grupy leków Baklofen i jak wykazały badania stosowany 3x dziennie był skuteczny u chorych z refluksem dwunastniczo-żołądkowo-przełykowym opornym na PPI [20].

## 2 RYC. Schemat postępowania terapeutycznego choroby refluksowej przełyku



Alternatywą do leczenia zachowawczego jest leczenie operacyjne, które stanowi pewnego rodzaju ostateczność, która powinna być poprzedzona prawidłową kwalifikacją warunkującą ewentualny pozytywny efekt.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że choroba refluksowa przełyku jest jedną z najczęstszych chorób przewodu pokarmowego a charakter występujących dolegliwości,

często nietypowych sprawia, że stanowi ona duże wyzwanie zwłaszcza diagnostyczno-terapeutyczne dla współczesnej medycyny wielu specjalności, w tym alergologii również. Odpowiednia modyfikacja stylu życia i szybko włączone skuteczne leczenie pozwala zapobiegać powikłaniom zarówno przełykowym jak i pozaprzełykowym choroby, wpływając jednocześnie na poprawę jakości życia pacjentów z GERD.



Piśmiennictwo dostępne w redakcji

© Wydawnictwo Alergologiczne ZDROWIE

Pracę nadesłano 2015.08.16  
Zaakceptowano do druku 2015.08.26

Konflikt interesów nie występuje.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)