



## Zgaga niejedno ma imię - trudności w optymalizacji leczenia

Pytania i odpowiedzi.

dr hab. n. med. Dorota Waško-Czopnik



© Copyright by Brandmed  
Wszystkie prawa zastrzeżone.

Redakcja: Paweł Pobudejski  
Korekta: Barbara Sitek  
Skład: Sebastian Cencyk  
Grafiki: ©Daria Miller  
Zdjęcie z okładki: ©[www.waskoczopnik.pl/o-mnie/](http://www.waskoczopnik.pl/o-mnie/)



Zgaga niejedno ma imię, najczęściej jednak kojarzy się z **GERD**, czyli chorobą refluksową przełyku, choć jest to objaw występujący także w innych jednostkach chorobowych, np. dyspepsji. W Polsce częstość GERD ocenia się nawet na 34%, w tym bardzo często występują zespoły nakładania GERD i dyspepsji czynnościowej, co dodatkowo stanowi wyzwanie terapeutyczne. Dlatego warto wiedzieć, jak dobrze ją leczyć. Na pytania dotyczące zgagi i sposobów skutecznej farmakoterapii schorzenia odpowiada dr hab. n. med. Dorota Waśko-Czopnik.

*Jak długo można stosować inhibitory pompy protonowej? Czy są to leki, które można stosować długotrwale, czy tutaj są jakieś konkretne zalecenia terapeutyczne?*

**dr hab. n. med. Dorota Waśko-Czopnik:** W zależności od tego, jaką chorobę leczymy i jak długo faktycznie jest wymagane leczenie. Jeżeli mówimy o chorobie refluksowej przełyku, standardowym czasem po-

stępowania jest 8 tygodni. Wtedy, przy umiarkowanej chorobie, dolegliwości się zazwyczaj wycofują, nawet jeżeli obecne jest zapalenie przełyku.

W chorobie refluksowej przełyku standardowy czas stosowania inhibitorów pompy protonowej wynosi 8 tygodni.

Natomiast są pacjenci, którzy wymagają długotrwałej terapii, na przykład z przełykiem Barretta. Wtedy stosujemy najniższe skuteczne dawki tak długo, jak jest to potrzebne, a najchętniej stale, ze względu na protekcję przełyku i ochronę przed potencjalnymi powikłaniami, wśród których tutaj może być nowotwór przełyku.

**Czas stosowania jest także zależny od tego, jakie jest zalecenie dla przyjmowania inhibitorów pompy protonowej.** Jeżeli jest to osłona dla niesteroidowych leków przeciwzapalnych, stosowanych przez pacjenta długotrwale, również nie rezygnujemy z leczenia osłonowego przełyku.

Natomiast przy innych stanach wymagających działania doraźnego, np. dyspepsji, gdzie ustąpienie dolegliwości jest stosunkowo szybkie, jeżeli włączymy odpowiednie leczenie - staramy się ograniczać inhibitor właśnie ze względu na działania niepożądane.

**Najlepiej przebadanym inhibitorem jest pantoprazol, który jest obecny na rynku ponad 20 lat.** Badanie, które obejmowało pacjentów stosujących lek przez ponad 14 lat bez przerwy, nie wykazało znaczących działań niepożądanych - z ich powodu trzeba było odstawić lek u niecałych 2% pacjentów. Choć inhibitory pompy protonowej stanowią bezpieczną grupę leków, to najczęstszymi powikłaniami, które mogą

wywołać są zespoły przerostu flory jelita cienkiego i zwiększona zapadalność na *Clostridium difficile*, co stanowi aktualnie duży problem kliniczny.

*Jaka jest najskuteczniejsza ścieżka leczenia podstawowego, leczenia nawrotów, a także leczenia przewlekłego? Jak to powinno wyglądać?*

Algorytm obejmujący zasady leczenia choroby refluksowej przełyku jest przeznaczony przede wszystkim dla lekarzy pierwszego kontaktu, bo taka jest pierwsza linia kontaktu pacjenta z lekarzem. Obejmuje on, poza inhibitorami, leki prokinetyczne i doraźnie leki osłonowe na przełyk. **To jest takie najbardziej zintensyfikowane leczenie, które stosujemy przez określony czas, zazwyczaj do ośmiu tygodni.** Jeżeli nie ma poprawy, to wtedy oczywiście należy pogłębić diagnostykę.

Natomiast, jeżeli jest poprawa, to dążymy do stosowania najniższych skutecznych dawek, zmniejszamy ilość inhibitora pompy protonowej, redukujemy ilość prokinetyku (możemy zredukować dawkę itoprydu z 3 razy dziennie na 2 razy dziennie, ale ta redukcja nie jest konieczna) - tak żeby osiągnąć najbardziej skuteczne wycofanie z objawów, ale również uniknąć przewlekłego stosowania inhibitorów, ponieważ najwięcej problemów i działań niepożądanych mamy właśnie z tą grupą leków.

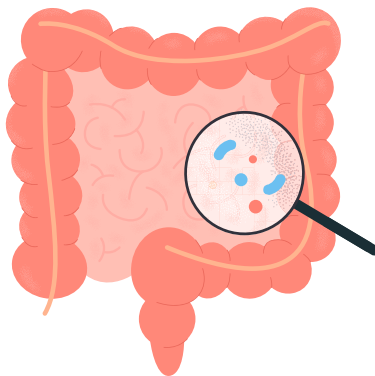
Prokinetyki nie działają w ten sposób, czyli nie wpływają na wydzielanie kwasu żołądkowego, ani negatywnie na florę jelitową, natomiast usprawniają motorykę zarówno przełyku, żołądka, jak i częściowo jelita grubego, w związku z czym takie postępowanie wydaje się logiczne i - jak pokazują badania - skuteczne.

*Jak wygląda refundacja inhibitorów pompy protonowej?*

W odniesieniu do refundacji tych leków było dużo zamieszania, natomiast w tej chwili praktycznie ją ujednolicono. **Inhibitory pompy protonowej są refundowane we wszystkich stanach będących chorobą przewlekłą, jak na przykład choroba refluksowa przełyku, dyspepsja czy inne stany, które wymagają takiego leczenia.** Z drugiej strony, leczenie krótkotrwałe, jak np. przy *Helicobacter pylori*, także wymaga stosowania inhibitora w podwójnej dawce, w związku z czym tutaj także można lek refundować, więc de facto **większość preparatów jest refundowanych.**

*Teraz zapytam o kolejną chorobę, która jest dość często w ostatnim czasie diagnozowana w gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ale też w gabinetach gastroenterologów, czyli SIBO. Czy współwystępowanie SIBO może mieć wpływ na nasilenie objawów GERD?*

Tak, zdecydowanie tak, bo też bardzo często mamy do czynienia z tak zwanymi zespołami nakładania - czyli nie występuje jedna choroba, co byłoby najprostszym rozwiązaniem, tylko niestety bardzo często objawy się wiążą. Tak jak wspomniałam wcześniej, **działaniem niepożądanym inhibitorów pompy protonowej jest właśnie SIBO**, czyli zespół przerostu flory jelita cienkiego.



SIBO powoduje szereg objawów, które bywają mylone z dyspepsją lub chorobą refluksową przełyku, ponieważ i wzdęcia, i uczucie pełności, i zalegania w żołądku są typowe dla każdej z tych jednostek. Dlatego też, jeżeli faktycznie mamy SIBO - który jest na przykład wynikiem przewlekłego stosowania inhibitorów przez 8, 12 i więcej tygodni, a nawet miesięcy, bądź też lat (bo i tacy pacjenci się zdarzają) - warto jest rozważyć diagnostykę w kierunku SIBO, włączenie leczenia, albo też przede wszystkim ograniczenie stosowania inhibitora pompy protonowej. Oczywiście na tyle, na ile to jest możliwe, ponieważ są stany, które na to nie pozwalają. Zejście do najmniejszej skutecznej dawki czy też nawet osłona probiotykowa dają lekarzowi pewne pole manewru. Jest to ważne zalecenie, ponieważ dysbioza, która jako zaburzenie składu mikroflory jelitowej jest uciążliwa, jest przede wszystkim efektem działania leków.

Wcześniej mówiłam o poprawie skuteczności terapii poprzez dodanie itoprydu do inhibitorów pompy protonowej, ciekawostką jest fakt, że zastosowanie prokinetyku u pacjentów leczonych PPI może zmniejszyć ryzyko SIBO poprzez poprawę motoryki jelit i może zmniejszyć ryzyko SIBO związane z długotrwałym leczeniem PPI.

*Rozumiem. Kolejne pytanie od naszych użytkowników, czy jeśli podczas stosowania inhibitorów pompy protonowej problem nasila się, to warto dołączyć do terapii H2 blokery?*

Zależy jaki problem, bo jeżeli stosujemy inhibitory pompy protonowej, czyli teoretycznie blokujemy wydzielanie kwasu, i faktycznie tego kwasu nie ma w nadmiarze, to nie powinien on istnieć. Natomiast H2 blokery mają swoje miejsce jako leczenie uzupełniające u tych chorych, gdzie obecne jest nocne wydzielanie kwasu. Czyli, jeżeli po zastosowaniu leczenia inhibitorem nie wycofują się dolegliwości w ciągu dnia, można dodać H2 bloker jeżeli występują też objawy nocne albo mamy

stwierdzone w badaniu impedancji pH refluks nocny.

**Tylko pamiętajmy, że jest to lek, który bardzo szybko podlega zjawisku tachyfilaksji**, czyli zablokowaniu receptorów, w związku z czym przestaje być skuteczny. Dlatego proponuje się, żeby kursy leczenia H2 blokerem były krótkie, nie dłużej niż do 10 dni, tak aby zachować wrażliwość receptorów na lek.

*Pozwolę się dopytać, czy takie objawy nocne często występują u pacjentów? Czy warto pytać o to pacjentów?*

Tak, pacjenci sami opowiadają, że dochodzi u nich do cofania się treści żołądkowej, ulewania, że np. budzą się i mają treść żołądkową na poduszce albo po prostu budzi ich zgaga czy pieczenie, czy **ból w klatce piersiowej, który jest najbardziej niepokojącym objawem**, ponieważ na choroby przełyku się nie umiera, natomiast na choroby serca jak najbardziej tak.

*Tak, a, takie objawy też na pewno muszą bardzo mocno wpływać na jakość życia pacjentów.*

Zdecydowanie tak.

*Jakie porady dietetyczne są najskuteczniejsze u pacjentów z chorobą refluksową przełyku?*

Trudno jest jednoznacznie udzielić wskazówek dietetycznych dla tej grupy pacjentów, ponieważ są to chorzy z bardzo niejednorodnymi dolegliwościami. Najczęściej oczywiście występują zgaga, pieczenie, palenie i sami pacjenci mówią, że bardzo wiele produktów nasila im te dole-



gliwości, w związku z czym zaczynają ich unikać. Ta lista produktów jest bardzo indywidualna, w związku z czym, de facto, każdy pacjent, który odczuwa dolegliwości, powinien sam sobie wyeliminować te z nich, na które reaguje najgorzej.

Natomiast kardynalną zasadą jest to, że **produkty węglowodanowe, z dużą zawartością cukru, powodują zwiększone wydzielanie kwasu solnego w żołądku**, co w efekcie prowadzi do nadsocznoci i zwiększenia wydzielania żołądkowego, a tym samym pogłębia dolegliwości. **Produkty z dużą zawartością tłuszczu powodują natomiast spowolnienie opróżniania żołądka i niewydolność wpustu**, przez co również nasilają dolegliwości. Natomiast produkty białkowe są generalnie produktami pożądanymi, zwłaszcza że kwas solny jest po to, żeby właśnie ułatwić trawienie białek. **Dlatego optymalizacja diety w kierunku zmniejszenia ilości węglowodanów i tłuszczów, a dodanie większej ilości białka, warzyw oraz błonnika bardzo się tutaj sprawdza.**

*Pani Profesor jest zarówno gastroenterologiem, jak i dietetykiem. Kiedy wysłać pacjenta do dietetyka? Czy w ogóle warto, czy trzeba? Czy gastroenterolog może sobie poradzić w takiej sytuacji samodzielnie?*

Myślę, że tak, zalecenia dietetyczne nie są szczególnie trudne do zastosowania.

**Ograniczenie węglowodanów**, czyli kaszy, ryżu, makaronów, słodczy, owoców, soków, to jest taka pierwsza rzecz i we wszystkich zaleceniach dietetycznych przede wszystkim te produkty wskazuje się jako czynniki, które prowokują powstawanie refluksu. Aczkolwiek, jeżeli są schorzenia towarzyszące, to warto, żeby takiego pacjenta objął opieką również dietetyk.



*Powiedziała Pani Profesor, że postępowanie terapeutyczne to dieta, to leczenie. Co, jeżeli te dwa elementy już zostały wykorzystane w postępowaniu i nie widać jego efektów? Co jeszcze może zrobić lekarz? Jak pomóc temu pacjentowi? Może rozszerzyć to leczenie, żeby było ono skuteczne?*

Dieta oraz inhibitor to jest początek leczenia i u większości pacjentów przynosi ono efekt. Natomiast okazuje się, że **bardzo duża grupa pacjentów, niestety, nie reaguje na takie standardowe terapie**. To jest związane oczywiście z trybem życia, funkcjonowania, ale również z tym, że u podstawy choroby refluksowej leżą nie tylko problemy z nadmiarem kwasu, soku żołądkowego, ale także problemy związane z zaburzeniami motoryki przełyku, żołądka i opróżnianiem żołądka. W związku z tym leczenie tych dwóch elementów przyczynowo powoduje wyższą skuteczność terapii.

### Pożądane efekty leczenia GERD:



- zwiększenie ciśnienia zwieracza dolnego przełyku,
- poprawa perystaltyki przełyku,
- zmniejszenie ilości kwasu żołądkowego,
- poprawa opróżniania żołądkowego.

W standardach postępowania jest ujęty taki właśnie schemat leczenia, który skupia się nie tylko na tym, **żeby zmniejszyć ilość kwasu w żołądku**, ale także na tym, aby **poprawić perystaltykę przełyku, zwiększyć ciśnienie w dolnym zwieraczu** (czyli zapobiec cofaniu treści) i **poprawić opróżnianie żołądkowe** (czyli zmniejszyć ilość treści zalegającej tak, aby ta perystaltyka była skuteczniejsza).

*O nawrotach już kilka słów było, ale czy teraz mogłaby Pani Profesor tak krótko i praktycznie wyjaśnić, jak prowadzić to leczenie nawrotów?*

Jeżeli mamy do czynienia z nawrotami choroby, to oczywiście intensyfikujemy leczenie, tak jak przy włączaniu leczenia podstawowego. Czyli w każdym zaleceniu pojawiają się inhibitory, ale - tak jak wspomniałam - staramy się ich działanie, ich czas stosowania ograniczyć. Ważnym krokiem jest dodanie leku prokinetycznego, czyli **itoprydu, który jest w tej chwili jedynym lekiem bezpiecznym w tej grupie**, zresztą lekiem nowej generacji, który pozwala wyrównać zaburzenia czynnościowe przede wszystkim górnego odcinka przewodu pokarmowego. Oprócz tego, wprowadza się leki osłonowe doraźnie stosowane, bądź też H2 blokery, jeżeli mamy objawy nocne albo objawy w ciągu dnia, które mimo stosowanego leczenia nie ustępują.

*Pani Profesor, działania niepożądane przy stosowaniu inhibitorów pompy protonowej - które są najczęściej zgłaszane w praktyce i jakie mogą się pojawić problemy, na przykład u pacjentów, stosujących terapię przez wiele lat?*

Najczęściej mamy do czynienia właśnie z SIBO, czyli zespołem przerostu flory jelita cienkiego. I to jest faktycznie największy problem. Natomiast drugim dużym problemem jest *Clostridium*. Bardzo często przewlekłe stosowanie inhibitorów u pacjentów, którzy są w immunosupresji albo w złej kondycji ogólnej powoduje nadkażenia tą bakterią, które są bardzo trudne do leczenia i obciążają organizm. Niezależnie od tego, mówi się także o szeregu innych powikłań, takich jak zaburzenia wchłaniania żelaza i witaminy B12. W odniesieniu do innych ciężkich powikłań właśnie zaburzenia wchłaniania witaminy B12 i żelaza u pacjentów leczonych przewlekłe inhibitorami, wymagają okresowej kontroli, zwłaszcza jeżeli w wywiadzie pojawia się niedokrwistość.

### Istotne klinicznie powikłania terapii IPP to m.in.:

- zespół przerostu flory jelita cienkiego (SIBO),
- zwiększona zapadalność na *Clostridium difficile*,
- zaburzenia wchłaniania żelaza i witaminy B12.

*Czy u pacjentów, u których wiele lat stosuje się inhibitory pompy protonowej, warto rozważyć ich odstawienie? Czy jest jakiś schemat postępowania, w jaki sposób to robić? Bo jeżeli pacjenci biorą te leki przez wiele lat, to też pewnie jest jakieś wyzwanie dla samego pacjenta, ale także dla lekarza prowadzącego.*

Tak, pacjenci często nie chcą rezygnować z tego leczenia, bo boją się nawrotów choroby i jest to logiczne, że będą unikali takich sytuacji. Natomiast wiemy też z drugiej strony, że ilość działań niepożądanych rośnie z czasem stosowania, w związku z czym staramy się go ograniczać. **W takiej sytuacji można włączyć leczenie prokinetykami** do momentu, kiedy jest to wystarczające, po czym można je uzupełnić H2 blokerami, gdy dolegliwości są mniejsze, natomiast nie ma jednego długotrwałego opracowanego schematu postępowania w takich sytuacjach.

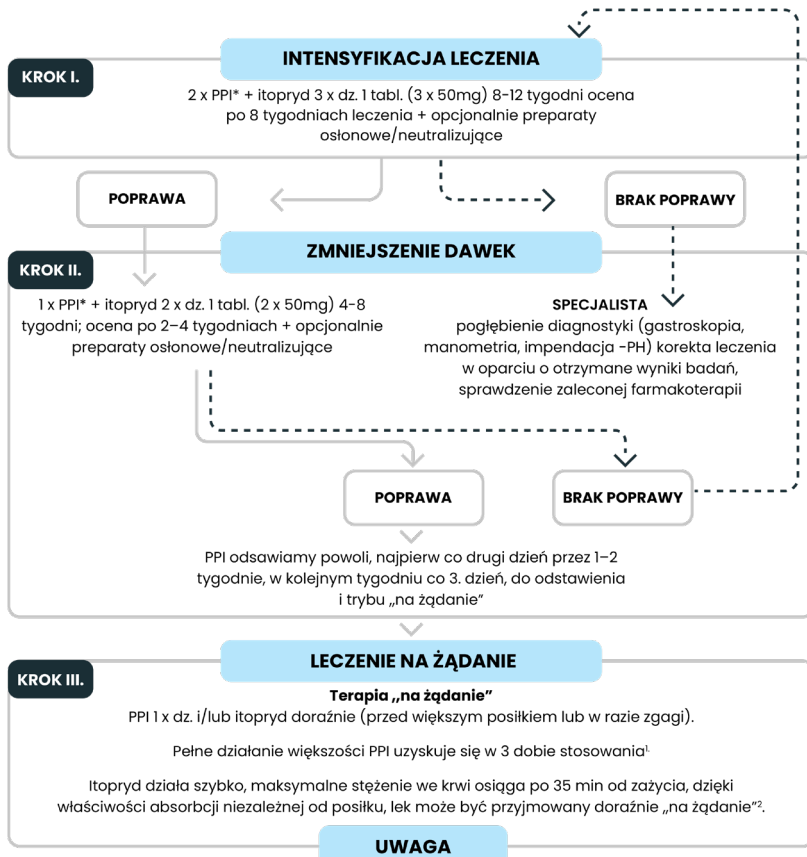
*Zapytam znów o doświadczenia dietetyczne, bo postępowanie nefarmakologiczne głównie skupia się na odżywianiu. Teraz to trudne pytanie - jak skutecznie edukować pacjenta, żeby ten faktycznie stosował się do zaleceń? Wydaje mi się, że jest to duże wyzwanie w praktyce lekarza.*

Zdecydowanie tak. **To musi być przede wszystkim pacjent, który chce.** Pacjent, który nie chce, żebyśmy nie wiadomo jak go przekonywali, nie będzie miał ochoty na to, żeby podjąć jakieś działania. Zde-

cydowanie łatwiej jest przyjąć tabletkę lub dwie, trzy, a nawet pięć niż zmienić swoje nawyki żywieniowe, to, jak się funkcjonuje, szukać odpowiednich produktów i przygotowywać je. A często, niestety coraz częściej, pacjenci korzystają z cateringów, które nie zawsze są dobrane pod ich potrzeby, zwłaszcza takie chorobowe. No bo nie jest powiedziane wcale, że są niezdrowe, bo tak powiedzieć nie można, ale to, co dla jednego pacjenta jest dobre, niestety drugiemu może szkodzić.

*Rozumiem. Jakie są okresy stosowania inhibitorów pompy protonowej i jak powinny wyglądać przerwy w stosowaniu przewlekłym? Czy są jakieś przeciwwskazania do takiego postępowania?*

Praktycznie **powinniśmy stosować leki tylko wtedy, kiedy są potrzebne, czyli jeżeli pacjent ma zaostrzenie choroby, jeżeli musimy zintensyfikować leczenie.** Jeżeli mamy pacjenta, który ma nawroty, to stosujemy je tak długo, dopóki jest utrzymana kontrola choroby. Następnie redukujemy dawki, czyli zmniejszamy inhibitor o połowę. Jeżeli mamy lek prokinetyczny, zmniejszamy dawki z trzech razy dziennie na dwa razy dziennie, ale może być on też stosowany doraźnie, ponieważ szybko się wchłania i już po 30 minutach osiąga maksymalne stężenie, w związku z czym szybko przynosi poprawę przy zaburzeniach stricte motorycznych, nakładających się na dolegliwości ze strony choroby refluksowej. Dodatkowo zawsze dążymy do tego, żeby stosować **minimalne dawki leków, jak najkrócej** - wtedy kiedy jest to już niepotrzebne, staramy się utrzymać pacjenta bez leczenia.



PPI zawsze odstawiamy stopniowo, itopryd można odstawić z dnia na dzień.

*Jaka jest dostępność do pH-metrii w Polsce i kiedy ją zalecać? Jaki profil pacjenta powinien sugerować, żeby właśnie wykonać pH-metrię?*

To jest w dalszym ciągu standard, jeżeli chodzi o rozpoznawanie choroby refluksowej przełyku, więc jest to badanie bardzo cenne. Jest mnóstwo ośrodków w Polsce, które wykonują te badania, są to nie tylko ośrodki akademickie, ale także wiele szpitali, w tym nawet szpitali w mniejszych miejscowościach. Trudno mi jest powiedzieć dokładnie, ile takich szpitali jest - znalazłam listę w internecie, według której jest ich ponad 140, więc teoretycznie dostępność metody jest ogromna. Jakie jest konkretne przełożenie tych danych na leczenie tego pacjenta? Trudno powiedzieć, natomiast jak widać, metoda jest na tyle rozpowszechniona, że badanie praktycznie można wykonać w większości regionów naszego kraju.

Kiedy wykonać badanie? Przede wszystkim u tych chorych, u których mamy na przykład chorobę oporną na leczenie, czyli gdy pomimo podejmowanych wysiłków z różnych schematów leczenia nie osiągamy

Kiedy wykonać badanie? Przede wszystkim u tych chorych, u których mamy na przykład chorobę oporną na leczenie, czyli gdy pomimo podejmowanych wysiłków z różnych schematów leczenia nie osiągamy żadnego sukcesu terapeutycznego. U tych pacjentów, którzy mają powikłania pozaprzełykowe, tylko najchętniej robimy wtedy **pH-metrię impedancyjną, tak zwaną impedancję pH.**

Wtedy, kiedy pacjent jeszcze nie był leczony, ponieważ włączenie leczenia niestety zamazuje obraz kliniczny i nie pozwala nam jednoznacznie potwierdzić, że na przykład chrypka jest wynikiem choroby refluksowej, a nie innych czynników stricte laryngologicznych. Także u tych pacjentów, którzy są przygotowani do zabiegu operacyjnego - fundoplikacji, u tych chorych, którzy mają przełyk Barretta, żeby przy zejściu do najmniejszej skutecznej dawki, przy której pacjent nie ma objawów, faktycznie mieć pewność, że pH w przełyku jest kontrolowane. Także jest to dosyć spora grupa pacjentów. Nie jest to badanie, które wykonujemy w pierwszym rzędzie. **Jeżeli pacjent jest młody, nie ma objawów alarmowych, jeżeli objawy są typowe (obejmują zgagę, pieczenie, palenie, cofanie treści), to nie ma potrzeby wykonywania impedancji pH.**

*Czy to badanie jest refundowane?*

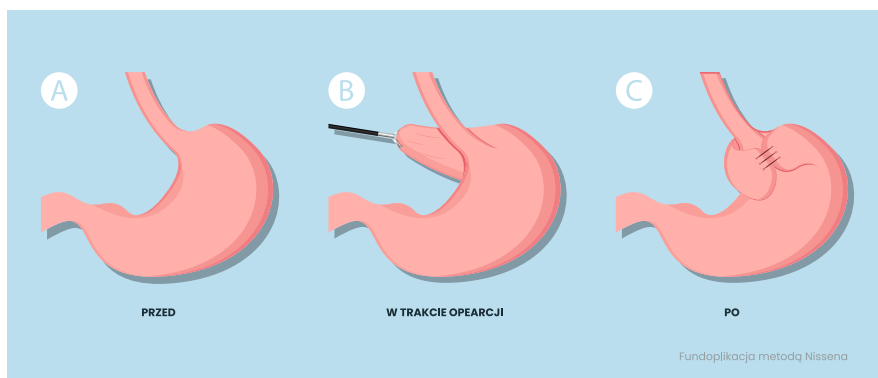
Tak, w tych ośrodkach, które są ośrodkami państwowymi, można zrobić to badanie **w ramach NFZ.**

*Jaka jest rola i wskazania do stosowania fundoplikacji w leczeniu GERD?*

Przy samej chorobie refluksowej te wskazania są bardzo płynne. Natomiast takimi zaleceniami, które są ściśle związane z fundoplikacją, jest przede wszystkim przepuklina rozworu przełyku powyżej dwóch centymetrów, ale także przepuklina okołoprzełykowa - czyli taka, która ma większe ryzyko uwięźnięcia. Przepuklina wślizgowa jest przepukliną o charakterze ruchomym, czyli w zależności od tego, jakie są warunki i ciśnienie śródbrzuszne, jest ona albo obecna, albo nie. Jeżeli przepukliny są małe, absolutnie nie ma sensu pacjenta operować, zwłaszcza, że tak naprawdę **choroba refluksowa występuje u 30% pacjentów z przepukliną**, więc nie jest to jeden do jednego, że pacjent z przepu-



kliną równa się pacjentowi z chorobą refluksową. Również u pacjentów, którzy mają nieskuteczność leczenia, chociaż chirurdzy najchętniej wybierają młodych ludzi, którzy reagują na podstawową dawkę inhibitora pompy protonowej. Pojawia się pytanie, czy faktycznie temu pacjentowi będzie potrzebny zabieg operacyjny, jeżeli właśnie niefarmakologicznie, zmianą sposobu życia czy nawet częściowo farmakoterapią można temu choremu pomóc.



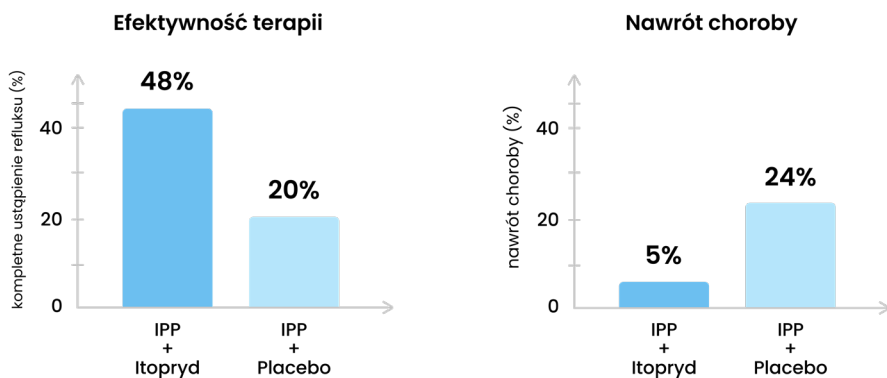
De facto **do zabiegu fundoplukacji kierujemy tych chorych, którzy mają nieskuteczność leczenia choroby refluksowej**, czyli gdy pomimo różnych schematów leczenia nadal występują u nich objawy potwierdzone obiektywnie w impedancji pH. Ale także tutaj pomocna jest przede wszystkim manometria przełykowa, ponieważ bez tego badania nie powinniśmy kierować pacjentów do fundoplukacji. Jeżeli przełyk nie pracuje, jest słaba perystaltyka, nie ma tzw. rezerwy skurczowej, wtedy może po prostu dojść do powikłań w postaci zaburzeń połykania o różnym stopniu nasilenia, włącznie z sytuacjami, kiedy pacjent prawie całkowicie przestaje połykać.

*Lekarze praktycy pytają o grupę zawodową pracującą głoŝem, mowa między innymi o nauczycielach czy śpiewakach operowych.*

Jeżeli zakładamy, że chrypka jest wynikiem choroby refluksowej i jej powikłań pozaprzełykowych, a pacjent był leczony, zakończył kurs leczenia, nie ma dolegliwości na co dzień - choć zdarzają się one w wyjątkowych sytuacjach, właśnie wytężonego wysiłku albo nawet związanych z nasilonym działaniem tłoczni brzusznej, jak na przykład u śpiewaka - to **wtedy można zawsze zastosować lek, który uszczelni wpust, czyli prokinetyk, itopryd, który w tym przypadku jest najbezpieczniejszy**. Z drugiej strony, jeżeli wyraźnie dominuje pieczenie, można wspomóc się inhibitorem pompy protonowej.

*Pani Profesor, to teraz już ostatnie pytanie. Chciałabym zapytać o rolę itoprydu w leczeniu zgagi. Czy i kiedy należy go stosować?*

Tak jak wskazywałam wcześniej, w bieżących, zalecanych algorytmach, **itopryd ma swoje miejsce u tych chorych, którzy nadal zgłaszają objawy typu zgaga, odbijania, ból w nadbrzuszu itd. pomimo zastosowania u nich inhibitorów pompy protonowej**. Także konsensus dla specjalistów potwierdza, że stosowanie itoprydu, czyli leku prokinetycznego jest zasadne u pacjentów z GERD, u których pojawiają się objawy dyspeptyczne. Jest też mnóstwo publikacji, które udowadniają, że właśnie taka politerapia, czyli **inhibitory pompy protonowej plus itopryd** to jest połączenie, które przynosi bardzo dobre sukcesy terapeutyczne, zmniejsza ilość nawrotów w badaniach długotrwałych, ale również pozwala poprawić jakość życia pacjentów i skrócić czas przyjmowania leków.



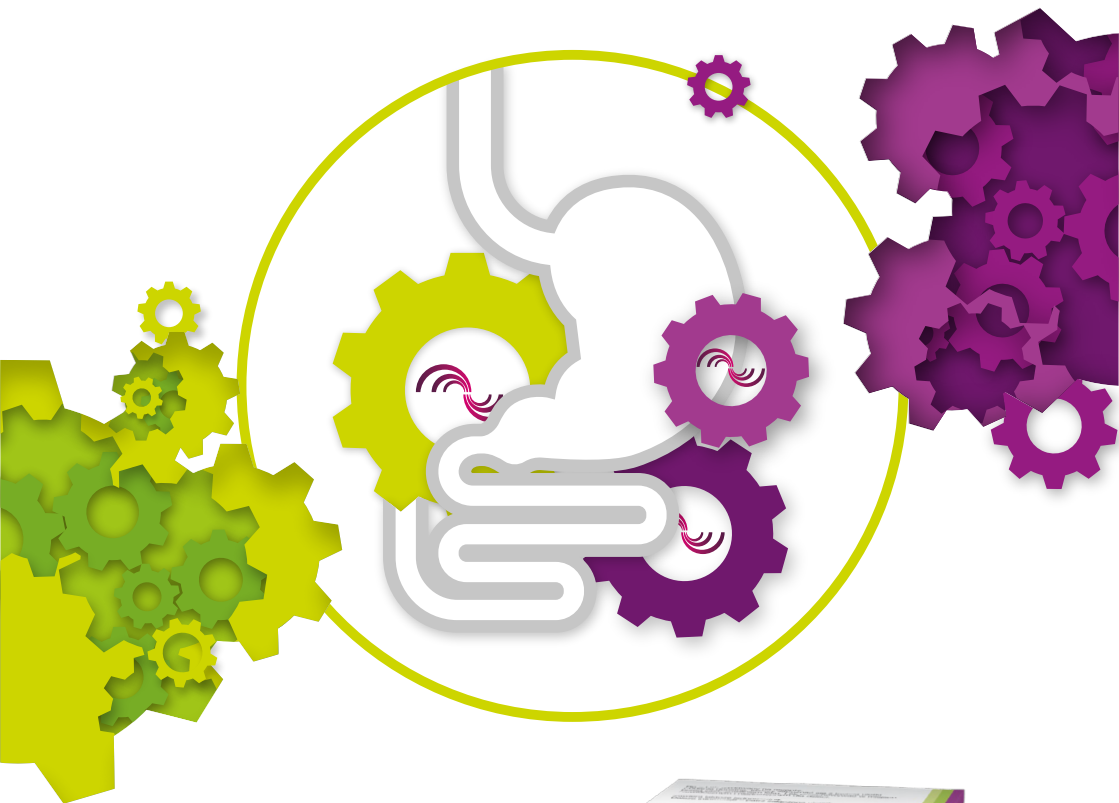
Waleed et al., Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery, Vol 40, No 4, 2011

Co jest także ważne, bo są to choroby przewlekłe z nawrotami, w związku z czym pacjent niestety do tego leczenia wraca. Itopryd ma swoje miejsce przede w leczeniu wszystkich zaburzeń czynności motorycznych górnego odcinka przewodu pokarmowego, które praktycznie zawsze są wpisane w chorobę refluksową przełyku, dyspepsję, a także IBS czy zespoły nakładania tych chorób.

*Dziękujemy Pani Profesor za udzielenie wywiadu na temat trudności w leczeniu zgagi. Wyczerpujące odpowiedzi z pewnością pozwolą praktykującym lekarzom dobrze opiekować się pacjentami i odpowiednio optymalizować terapię.*



## OBJAWY NOTORYCZNIE? DZIAŁAJ MOTORYCZNIE!



**Stosuj 3x** 

**Opakowanie 90 tab.**  
**to pełna miesięczna terapia!**

