

JAK PŘEDEJÍT PÁLENÍ ŽÁHY A JAK JI LÉČIT

MUDr. Radek Kroupa

Interní hepatogastroenterologická klinika FN Brno

Pálení žáhy je typický projev refluxní nemoci jícnu. Často se vyskytuje ve vazbě na určité situace a jídla. Ve většině případů je průběh refluxní nemoci jícnu protrahovaný a vyžadující dlouhodobou léčbu. Dominantní úlohu ve farmakoterapii mají inhibitory protonové pumpy. Úprava stravovacích návyků a režimová opatření podporují dlouhodobou kontrolu onemocnění a redukci potřebné medikace.

Interní Med. 2008; 10 (12): 578–580

Pálení žáhy (pyróza) je jedním z nejčastějších gastrointestinálních příznaků. Je to typický projev gastroezofageálního reflexu, tj. návratu žaludečního obsahu do jícnu. Vyskytuje se relativně běžně v populaci jako nezávažný ojedinělý symptom při „výrazné dietní zátěži“ i jako opakující se projev onemocnění – refluxní nemoci jícnu. O onemocnění hovoříme tehdy, když nadměrný patologický reflux způsobuje opakované a obtěžující potíže a/nebo vede k poškození sliznice jícnu.

Opakovaný výskyt pálení žáhy zvláště v typických situacích (po jídle, v předklonu, po ulehnutí) nedělá diagnostické potíže. Někteří pacienti neznají přesný význam termínu „pálení žáhy“ a popisně označují nejružnější nepříjemné pocity za hrudní kostí směřující vzhůru. Zde je třeba důkladně probrat charakter obtíží a okolnosti jejich vzniku, k vyloučení jiné etiologie. Méně častým, ale typickým projevem je regurgitace (návrat žaludečního obsahu do jícnu, hltanu i úst). Atypické příznaky zahrnují bolest na hrudi (po vyšetření označena jako nekardiální), dysfagie, odynofagie, říhání, zvracení a bolesti v epigastriu. U těchto symptomů není vždy jasná příčinná souvislost s gastroezofageálním refluxem, ale mohou jej doprovázet. Gastroezofageální reflux se může podílet na chronickém kašli, chrapotu, pocitu cizího tělesa v krku (globus), recidivující laryngitidy, některých případech astma bronchiale a vzácněji i na recidivujících infektech dýchacích cest (hlavně u dětí), zápchu z úst a zvýšené kazivosti zubů. U řady těchto symptomů není reflux jediným vyvolavatelem potíží, ale je na něj třeba v diferenciální diagnostice myslet a případná antirefluxní léčba pak ovlivní i zdánlivě nesouvisející projevy.

Vznik subjektivních potíží a poškození sliznice jícnu je důsledkem interakce mnoha faktorů – agresivity žaludečního obsahu, strukturálního uspořádání přechodu jícnu a žaludku, poruchy motility a očišťovací schopnosti jícnu, zhoršené evakuace žaludku, individuální tkáňové rezistence a prahu senzorického vnímání ve sliznici jícnu. K tomu se přidávají ještě zevní vlivy – skladba jídelníčku, stravovací režim, léky snižující tlak dolního jícnového svěrače (betablokátory, aminofyliny, antagonisté kalcia, nitráty), kouření, kofein, zvedání břemen, těhotenství a řada

dalších. U každého nemocného je pak výsledný klinický obraz dán kombinací všech uvedených vlivů a dle převažujících faktorů je možno individualizovat léčebný postup.

V řadě případů jde vzniku pálení žáhy účinně předcházet úpravou stravovacích a režimových zvyklostí.

Úprava stravovacích návyků podpoří i efekt podávání léků. Většina pacientů s typickými projevy nemoci, která jídla a činnosti jim potíže způsobují. Samotná režimová opatření většinou nestačí, ale mají velký význam při snižování dávky udržovací terapie a prevenci recidivy potíží. Přísné dietní omezení většinou nebývá nutné. Potíže může provokovat alkohol – hlavně víno, sladké a tučné pokrmy (kynuté sladké pečivo), káva, sladký čaj, někdy i ostrá a kořeněná jídla. Rozhodující je uspořádání jídla během dne (optimálně doporučováno 5–6krát denně v menších porcích, naopak nejhorší je hlavní velké jídlo večer po prakticky celodenním lačnění). Důležité je zachování intervalu mezi posledním jídlem a ulehnutím či prací v předklonu alespoň tři hodiny i více, k dostatečnému vyprázdnění žaludku. Efekt má i redukce hmotnosti a omezení kouření a kávy. U nemocných s převažující noční regurgitací je někdy nutná zvýšená poloha „hlavové“ části postele ke zmírnění a prevenci potíží.

Farmakologická terapie je převážně založena na snížení produkce a agresivity žaludečních šťáv. Zlepšení vyprazdňovací schopnosti jícnu a žaludku úpravou motility má jen doplňkový význam.

Většina pacientů již přichází se zkušeností s užíváním *antacid*, která jsou volně dostupná v prodeji. Tyto přípravky vedou ke krátkodobé symptomatické úlevě bez prevence recidiv potíží a bez zlepšení slizničního nálezu v jícnu. Lze je využít jen jako doplňkovou léčbu u zcela mírných forem refluxu převážně ve vazbě na dietní chybu. Na trhu jsou dostupné přípravky na bázi hydroxidu aluminia a magnézia nebo bikarbonát s alginátem, který vytváří viskózní vrstvu na hladině žaludečních šťáv a působí i dočasnou mechanickou bariéru v kontaktu s jícnovou sliznicí.

Základem medikamentózní terapie refluxní nemoci jícnu jsou *inhibitory protonové pumpy*. V současnosti je dominantní terapie systémem „step down“, tzn. začít s neefektivnějšími léky k vyhojení ezofagitidy a úlevě obtíží s následným pozvolným snižováním dáv-

ky v udržovací léčbě. Efektivita inhibitorů protonové pumpy byla prokázána v mnoha studiích s benefitem oproti léčbě H₂ blokátory i z ekonomického hlediska při zohlednění celkových nákladů na léčbu. V našich podmínkách jsou prakticky dostupné preparáty s omeprazolem, lansoprazolem a pantoprazolem. U refluxní ezofagitidy by léčba plnou dávkou (2 x 20 mg omeprazol, 2 x 30 mg lansoprazol, 1–2 x 40 mg pantoprazol) měla trvat 4–8 týdnů s následným podáváním 1x denně. U těžšího poškození sliznice jícnu je vhodné zkontrolovat zhojení s odstupem cca 3 měsíců. V léčbě neerozivní refluxní nemoci se řídíme symptomy. Léčba v řadě případů dostahuje v jedné denní dávce ráno (20 mg omeprazol nebo 30 mg lansoprazol nebo 40 mg pantoprazol) po dobu 4–6 týdnů s následným snižováním dle potíží. V klinické účinnosti není mezi dostupnými preparáty výraznější rozdíl; pantoprazol a lansoprazol mají méně potenciálních interakcí s jinou medikací než omeprazol. Optimální je užít dávku ráno nalačno 30–60 minut před prvním jídlem k pokrytí tvorby kyseliny během dne a výkyvů mezi jídly. Jídlo stimuluje produkci kyseliny a ráno užitý inhibitor účinně zablokuje aktivované protonové pumpy. Večerní podávání by mělo být rezervováno jen pro převažující noční potíže a samotná dávka večer může být podkladem nižší účinnosti léčby. Udržovací dávka zahrnuje podávání jednou denně, v některých případech dostahuje i obden. Celková doba léčby je individuální, u některých nemocných je možno terapii na dlouhou dobu vysadit s návratem jen při mimořádných situacích a obtížích. Jsou však i pacienti s denní závislostí na medikaci, kteří špatně tolerují, byť jen jednodenní, vysazení léku. U nekomplikovaného průběhu s možností redukce dávky antisekreční léčby je možná i nepravidelná udržovací léčba, tzv. on demand s podáním inhibitoru protonové pumpy při vzniku potíží a v několika (minimálně 3) dnech poté k dosažení úlevy a dostatečného potlačení žaludeční sekrece. Obavy z dlouhodobého podávání inhibitorů protonové pumpy nebyly potvrzeny. Zvýšená opatrnost je nutná jen u pacientů s atrofií žaludeční sliznice a u postmenopauzálních žen.

Užití *antagonistů H₂ receptorů* (ranitidin, famotidin) je limitováno jejich menší účinností a rizikem poklesu efektu při delším podávání. Mohou být využity

v léčbě lehčích forem refluxu v epizodickém podávání. Zvláštní indikací je pozdní večerní dávka H₂ blokátoru v kombinaci s inhibitory protonové pumpy ráno a před večeří v terapii refrakterních obtíží.

Prokinetika, tj. léky stimulující motilitu trávicího traktu prográdním směrem, nemají samotné dostatečný účinek k potlačení gastroezofageálního refluxu. Nejefektivnější zástupce této skupiny cisaprid byl již před lety stažen z trhu pro riziko závažných nežádoucích účinků. Dobrý symptomatický efekt v kombinaci s antisekreční léčbou zvláště u přetrvávajících regurgitačních potíží může mít itoprid s převážným působením na zlepšení evakuace žaludku. Metoclopramid a domperidon mají vyšší výskyt nežádoucích účinků a jejich efekt v léčbě refluxní nemoci je limitovaný.

Pacienti s Barrettovým jícnem vyžadují dlouhodobou účinnou antisekreční léčbu i bez ohledu na absenci potíží. Cílem léčby je omezením refluxu snížit dráždění metaplastického epitelu se stimulací k vývoji dysplázie.

Chirurgická léčba je indikována u nemocných s nedostatečným efektem farmakoterapie, přetrvávajících regurgitacích a extraezofageálních příznacích a při kombinaci s anatomickými abnormalitami nejčastěji větší hiátovou hernií. Je možná i jako alternativa účinné léčby konzervativní u mladších pacientů. Pacient by měl být poučen o charakteru a principech výkonu, možných komplikacích a omezeních v období po operaci. Principem operace je laparoskopické vytvoření manžety ze žaludečního fundu kolem abdominálního úseku jícnu – fun-

doplikace a úprava anatomických poměrů hernie a bráničního hiátu.

Ve většině případů je průběh refluxní nemoci jícnu protrahovaný a vyžadující dlouhodobou léčbu. Režimová opatření, moderní farmakoterapie a možnost chirurgické léčby umožní dobrou kontrolu symptomů a významné zlepšení kvality života.

MUDr. Radek Kroupa

Interní hepatogastroenterologická klinika FN

Jihlavská 20, 625 00 Brno

e-mail: rkroupa@fnbrno.cz

Literatura

1. Coron E, Hatlebakk JG, Galmiche JP. Medical therapy of gastroesophageal reflux disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2007; 23 (4): 434–439.
2. Dent J, et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management – the Genval Workshop Report. *Gut* 1999; 44: (Suppl 2) S1–S16.
3. Kroupa R. Refluxní nemoc jícnu. *Med. Pro Praxi* 2008; 5 (1): 10–14.
4. Labenz J, Malfertheiner P. Treatment of uncomplicated reflux disease. *J Gastroenterol.* 2005; 11 (28): 4291–4299.
5. Lukáš K. et al. Refluxní choroba jícnu Standardy ČGS. *Čes Slov Gastroent Hepatol* 2003; 57: 23–29.
6. Meining A, Classen M. The role of diet and lifestyle measures in the pathogenesis and treatment of gastroesophageal reflux disease *Am J Gastroenterol.* 2000; 95 (10): 2692–2697.
7. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al, Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1900–1920.