

GASTROENTEROLOGIA

Monika Stelmach

Choroba refluksowa – wyzwanie terapeutyczne

O tym, jak poprawić skuteczność leczenia choroby refluksowej w czasach teleporad, mówi dr n. med. Maria Janiak, gastroenterolog z Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.



”

dr Maria Janiak:
Odpowiedzialność zawodowa, cywilna i karna w przypadku świadczenia telemedycznego jest taka sama jak przy udzielaniu świadczeń w sposób tradycyjny

W obecnej sytuacji epidemiologicznej choroba refluksowa przełyku (ChRP) jest wyzwaniem diagnostycznym i terapeutycznym ze względu na jej częste występowanie. W kwietniu bieżącego roku ukazała się mapa epidemiologiczna ChRP na świecie, gdzie Polska znajduje się wśród krajów o najwyższej zachorowalności. Co trzeci pacjent, który zgłasza się do lekarza rodzinnego, również z innego powodu niż ChRP, ma symptomy tej choroby. Aż u 80 proc. chorych po zaprzestaniu leczenia objawy choroby powracają.

– *Od kilku miesięcy niepokoją nas opustoszałe ze względu na epidemiologiczne korytarze przed gabinetami poradni specjalistycznych. Narodowy*

Fundusz Zdrowia wskazał możliwość wykonania porady w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych – mówi dr n. med. Maria Janiak, gastroenterolog z Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Teleporady w systemie ambulatoryjnej pomocy specjalistycznej można podzielić na dwa rodzaje. Pierwszy z nich to wizyta pierwszorazowa, której termin przypada w okresie epidemii. Pacjenci ci wymagają zebrania szczegółowych wywiadów. Warto zapytać chorego m.in. o wyniki badań dodatkowych, które może przeczytać przez telefon

albo przesłać e-mailem. Na podstawie zebranych informacji, po wykluczeniu objawów alarmowych, takich jak: krwawienie z przewodu pokarmowego, dysfagia, ból czy utrata masy ciała, można pacjentowi zaproponować e-receptę. Podczas pierwszej teleporady należy zaplanować kolejną wizytę w celu oceny skuteczności leczenia oraz ewentualnej modyfikacji terapii. Poszerzenie diagnostyki o badanie endoskopowe czy impedancję przełykową z pH-metrią należy w tej sytuacji odroczyć. Druga grupa to pacjenci, którzy mają już rozpoznaną chorobę refluksową. Po rozmowie i upewnieniu się, że ich stan się nie pogorszył, a leczenie przebiega prawidłowo, wystarczy przedłu-

”

U chorych z objawami pozaprzelykowymi, ale bez typowych objawów ChRP, przed próbą leczenia IPP należy rozważyć monitorowanie refluku, ale realizacja tego zalecenia w czasie epidemii jest utrudniona

żyć e-receptę. Natomiast w przypadku chorych, u których nie ma poprawy pomimo leczenia, należy się upewnić, że nie mają objawów alarmowych i przyjmują leki zgodnie z zaleceniami lekarza. Po weryfikacji zaleconego leczenia warto rozważyć np. zamianę preparatu inhibitora pompy protonowej (IPP) na inny albo dodać do stosowanej terapii takie leki, jak prokinetyki, alginiany czy kwas hialuronowy. Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii w czasie epidemii badania diagnostyczne są zalecane tylko u chorych z objawami alarmowymi.

– *Musimy pamiętać, że teleporada to świadczenie medyczne, które w każdym przypadku powinno być wykonane zgodnie z etyką lekarską oraz zasadami udzielania świadczeń medycznych. Odpowiedzialność zawodowa, cywilna i karna w przypadku świadczenia telemedycznego jest taka sama jak przy udzielaniu świadczeń w sposób tradycyjny* – mówi dr n. med. Maria Janiak.

Terapia w czasach teleporad

W trakcie telefonicznej rozmowy z chorym lekarz powinien go uspokoić, przekonując, że choroba przebiega łagodnie, pomimo że ma charakter przewlekły, a nieuzasadniony niepokój opóźnia powrót do zdrowia. W praktyce gastroenterologicznej stosuje się następujące grupy leków: przeciwwydzielnicze, zmniejszające kwasowość refluku, poprawiające mechanizmy antyrefluksowe, rozbijające kwaśną kieszeń czy przyspieszające gojenie. Złotym standardem leczenia ChRP wciąż pozostają IPP. Warto w trakcie teleporady przypomnieć pacjentowi, aby przyjmował jednofazowe preparaty IPP z odpowiednim odstępem czasowym przed posiłkiem, a nie przed snem (30–60 minut). Po uzyskaniu poprawy w postaci ustąpienia dolegliwości leczenie należy kontynuować, zmniejszając dawkę do takiej, która likwiduje objawy choroby. Jeśli nie udaje się tego osiągnąć, trzeba się upewnić, czy chory przestrzega zaleceń dotyczących dawkowania leku, a następnie zintensyfikować terapię poprzez dodanie IPP. U pacjentów z objawami pozaprzelykowymi można początkowo włączyć większe dawki IPP i kontynuować takie leczenie przez 3–4, a nawet 6 miesięcy. Chorym z silnie wyrażonymi dolegliwościami takimi jak „palenie” w jamie ustnej, pogorszenie emisji głosu czy chrypanie zleca się dodatkowo preparaty kwasu hialuronowego.

– *U chorych z objawami pozaprzelykowymi, ale bez typowych objawów ChRP, przed próbą leczenia IPP należy rozważyć monitorowanie refluku, ale reali-*



Fot. istockphoto

zacja tego zalecenia w czasie epidemii jest utrudniona. Do momentu, kiedy wykonanie badania będzie możliwe, tej grupie pacjentów można pomóc, dołączając do IPP np. itopryd. W prospektywnym badaniu z randomizacją wykazano, że takie połączenie po 6 tygodniach leczenia znamienne statystycznie zmniejszyło objawy wynikające z działania refluksatu na górne drogi oddechowe. Błędem jest zaniechanie stosowania IPP z obawy przed wystąpieniem skutków niepożądanych – radzi dr Maria Janiak.

U części pacjentów leczenie nie przynosi efektów pomimo przestrzegania zaleceń lekarskich. W takiej sytuacji należy zastanowić się nad określeniem patomechanizmu choroby, nad przyczyną niskiego ciśnienia spoczynkowego dolnego zwieracza przełyku, zaburzeniami motoryki żołądka powodującymi wydłużenie czasu poposiłkowego rozszerzenia dna żołądka i upośledzenie jego opróżniania. Przyczyną dolegliwości mogą być również inne choroby upośledzające perystaltykę przełyku, takie jak: twardzina, cukrzyca, neurologiczne choroby demielinizacyjne, polineuropatia alkoholowa.

Rola prokinetyków w terapii ChRP

– *W praktyce lekarskiej obserwujemy powrót do prokinetyków, które były zepchnięte na margines terapii, a które uwzględniają patomechanizm ChRP. W pewnym momencie zostały zapomniane ze względu na działania niepożądane niektórych z nich, zwłaszcza metoklopramidu czy cisaprydu. Teraz ponownie chętniej je przepisujemy. W opublikowanej w 2020 r. metaanalizie poddano ocenie 14 randomizowanych badań klinicznych. Wykazano w niej, że dodanie leku prokinetycznego do IPP redukuje objawy związane z ChRP i poprawia jakość życia w porównaniu z monoterapią IPP. Wydaje się, że najbezpieczniejszym lekiem z grupy*

”

Chlorowodorek itoprydu blokuje wybiórczo receptory dopaminowe, stymuluje uwalnianie acetylocholin, hamuje aktywność acetylcholinesterazy, zwiększa ilość acetylocholin, przez co podwyższa ciśnienie w dolnym zwieracu przełyku, przyspiesza perystaltykę trzonu żołądka i jego opróżnianie

prokinetyków jest antagonistą receptora dopaminowego itopryd, który coraz częściej stosujemy wraz z IPP albo samodzielnie – mówi dr Maria Janiak. Skuteczność i bezpieczeństwo itoprydu zostało potwierdzone w randomizowanych badaniach klinicznych. Chlorowodorek itoprydu blokuje wybiórczo receptory dopaminowe, stymuluje uwalnianie acetylcholin, hamuje aktywność acetylcholinesterazy, zwiększa ilość acetylcholin, przez co podwyższa ciśnienie w dolnym zwieracu przełyku, przyspiesza perystaltykę trzonu żołądka i jego opróżnianie. Tym samym prowadzi do ograniczenia epizodów refluksowych.

– *Dodanie do IPP itoprydu zmniejsza nawrotowość objawów choroby refluksowej, czyli pozwala osiągnąć efekt, na którym nam zależy także w czasach teleporad. W okresie epidemii, kiedy nie możemy wykonywać impedancji przełykowej i określić cech chemicznych refluksatu, czyli wartości pH zarzuconej treści, ważne jest to, że itopryd działa niezależnie od pH środowiska. Nie musi być stosowany na czczo, ponieważ pokarm nie wpływa na biodostępność leku, a maksymalny poziom działania osiąga w pół godziny po przyjęciu. W terapii długoterminowej działanie niepożądane jest minimalne* – mówi dr Maria Janiak.

Warto też zachęcić chorych do stosowania terapii dodanej do leczenia podstawowego, czyli takich preparatów, jak alginiany czy środki osłaniające błonę śluzową przełyku, np. preparaty kwasu hialuronowego (dostępne bez recepty).

– *Pamiętajmy, aby w trakcie teleporad nie lekceważyć skarg pacjentów z objawami tak często występującej w naszym społeczeństwie choroby refluksowej, dążyć do ustalenia terminu następnych wizyt i poza lekami przeciwwydzielniczymi w e-receptach uwzględnić także prokinetyki* – apeluje dr Maria Janiak. ■