

Свет здравља

shutterstock

Гастроентерологија

Кратак пут од горушице до болести

Горушицу у општој популацији има свака
трећа особа најмање једном месечно



SHUTTERSTOCK

Гастроентерологија

Кратак пут од горушице до болести

Према подацима једне од најцитиранијих епидемиолошких студија, горушицу у општој популацији има свака трећа особа најмање једном месечно, свака четврта најмање једном недељно, а 8,2 одсто људи најмање једном дневно. Непријатан осећај печења или паљења иза грудне кости, који се назива горушица, настаје због враћања киселог желудачног садржаја из желуца у једњак

Пише проф. др Милош Бјеловић

начелник Одељења за минимално инвазивну хирургију горњег дигестивног тракта у Клиници за дигестивну хирургију – I хируршка клиника КЦС у Београду

Једњак је мишићна пумпа која спроводи храну од уста и ждрела до желуца, а желудац је кесасто проширење у коме се храна складишти и у којем почиње варење хране. Желудац лучи киселину, али, за разлику од једњака, има механизме заштите од киселине. Најзначајнију баријеру за одбрану једњака од киселине чини мишић стезач који се налази на прелазу између једњака и желуца. Он омогућава да храна и течност пролазе на доле и спречава враћање садржаја уназад, нагоре, али није савршен. Зато долази до враћања желудачног садржаја у једњак, што је код здравих особа нормална појава, посебно након обилног и масног obroка. Ова појава се зове рефлукс.

Ако се рефлукс јавља повремено и симптоми су ретки и слабо изражени, онда се ради само о гастроэзофагеалном рефлуксу (ГЕР) који је физиолошки (нормалан) феномен. Међутим, гастроэзофагеална рефлуксна болест (ГЕРБ) настаје када због продуженог контакта желудачне киселине и слузокоже једњака настану забрињавајуће тегобе или друге манифестације болести.

Кад је довољан ОТЦ лек

Већина пацијената под забрињавајућим симптомима подразумева горушицу благог интензитета која се јавља током два и више дана у току недеље, или горушицу умереног и/или јаког интензитета која је присутна један дан или више дана недељно.

Највећи број особа који има горушицу повремено не јавља се лекару, већ узима лекове и помоћна лековита средства самоиницијативно, када се тегобе појаве. Лекови који се могу купити без лекарског рецепта зову се ОТЦ лекови (акроним енглеске конструкције „Over the Counter“).

Тешко је начинити тачну процену колики је број особа које се самоиницијативно лече повременим узимањем ОТЦ лекова, а до података се најчешће долази индиректно на основу анализе продаје ове категорије лекова. Пометњу у процени уноси чињеница да скоро 20 одсто оболелих, а не особа које

повремено пате од горушице, такође самоиницијативно узима ОТЦ лекове, уместо да потражи помоћ лекара.

На срећу, највећи број оних који имају честе и интензивније тегобе тражи помоћ лекара и лечи се лековима који се прописују и издају на лекарски рецепт (Rx лекови).

Гастроэзофагеална рефлуксна болест (ГЕРБ) је хронична и масовна болест са учесталошћу која у западном свету износи 13-20 одсто, и представља разлог за пет одсто посета лекару у примарној здравственој заштити. Девет од десет пацијената са ГЕРБ треба да се лечи у примарној здравственој заштити, док мање од 10 одсто пацијената са ГЕРБ има изражене тегобе или компликације које захтевају лечење код гастроентеролога или хирурга. У пракси непропорционално велики број пацијената пролази на секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите, уместо да се лечи у примарној здравственој заштити.

Како поставити дијагнозу ГЕРБ?

Горушица благог интензитета које се јавља током два и више дана у току недеље или горушица умереног или јаког интензитета која је присутна један дан или више дана недељно довољна је за постављање дијагнозе ГЕРБ.

Код особа код којих су се тегобе јавиле пре 50. године живота и које немају друге симптоме или знаке болести, терапија лековима се може започети без допунске дијагностике. Такође, разумно је да се после одговора на терапију, на основу искуства, потврди дијагноза ГЕРБ.

Допунска дијагностика (рентгенски снимак са баријумом, гастроскопија, мерење киселости у једњаку и др.) треба урадити код пацијената који нису адекватно одговорили на примењену терапију, када постоје алармантни симптоми који указују на компликације болести или неко друго обољење (отежано или болно гутање, крвављење, губитак телесне масе или анемија), или када тегобе трају дуго.

Ендоскопски преглед (гастроско-

Особе код којих се горушица јавља повремено (ГЕР) могу се лечити самоиницијативно и то лековима који се могу купити без лекарског рецепта (ОТЦ лекови)

пија) индикован је и када пацијент и/или лекар сматрају да је значајно урадити рану ендоскопију.

Лоше навике треба мењати

Иначе, постоје чврсти медицински докази да редукција телесне масе позитивно утиче на смањење рефлуксних тегоба.

Промена животних навика и начина исхране може бити од значаја код особа са горушицом, мада је мало вероватно да као једина терапијска мера код пацијената са ГЕРБ може значајније да утиче на контролу горушице. Бројним студијама је потврђено да повишено узглавље у кревету, уздржавање од масне хране и пушења и узимање вечере најмање три сата пре одласка на спавање позитивно утичу на рефлукс.

Значајан број лекара сматра да се код 20–30 одсто пацијената са ГЕРБ, који позитивно реагују на промену животних навика и начина исхране као једину терапијску меру јавља лажно позитиван ефекат.

И поред тога, промена стила живота и начина исхране препоручује се не само особама са ГЕР (повремена појава горушице) већи и онима са ГЕРБ (гастроэзофагеална рефлуксна болест).

Како лечити горушицу?

Особе код којих се горушица јавља повремено (ГЕР) могу се лечити самоиницијативно и то лековима који се могу купити без лекарског рецепта (ОТЦ лекови). Они који имају честе и изражене симптоме (ГЕРБ) треба да потраже савет лекара и да се лече лековима који се издају на лекарски рецепт (Rx лекови).

У ОТЦ лекове који се користе за лечење горушице спадају лекови који неутралишу киселину (антациди) и Х2 блокатори, а Rx лекове инхибитори протонске пумпе (ИПП).

АНТАЦИДИ су лекови (соли алуминијума, магнезијума...) који неутралишу желудачну киселину. Позитиван

ефекат, тј. ублажавање горушице може се очекивати веома брзо по узимању, али траје кратко (у просеку само 90 минута). Као једина терапијска опција антациди се саветују само пацијентима који имају веома благе рефлуксне тегобе које се не јављају често. Антациди могу да се купе без лекарског рецепта.

Уколико пацијент антациде или друге лекове мора да узима у континуитету дуже од 14 дана, треба да се обрати лекару. Такође, уколико је присутан и неки од алармантних симптома, неопходно је допунско испитивање и терапија.

Ацидосупресивни лекови смањују лучење киселине у желуцу, што је кључ терапије ГЕРБ. Код највећег броја пацијената са ГЕРБ, инхибитори протонске пумпе (ИПП) обезбеђују ефикасно и брзо повлачење симптома и залечење оштећења на слузокожи једњака.

Иако мање ефикасни од ИПП, блокатори хистаминских рецептора (Х2 блокатори), ординирани у више дневних доза, ефикасно делују код особа са горушицом благог и умереног степена и помажу у краткотрајној терапији горушице која се јавља ноћу. Х2 блокатори могу да се купе без лекарског рецепта.

У Х2 блокаторе спадају „фамотидин“, „ранитидин“ и други лекови које треба узимати два пута у току дана јер блокада лучења киселине траје неколико сати.

У инхибиторе протонске пумпе (ИПП) спадају „омепразол“, „лансопразол“, „пантопразол“ и други лекови. Блокада лучења киселине је дуго-трајнија и комплетнија од оне која се постиже применом Х2 блокатора. Зато се ИПП стандардно узима само једном на дан. Инхибитори протонске пумпе могу да се узимају дуго у континуитету, а да ефекат лека не слаби.

Од велике је важности адекватно узимање терапије. Инхибиторе протонске пумпе треба узимати искључиво пре obroка. Већина савремених ИПП ординира се једном на дан и то ујутру, пола сата до сат пре доручка. Када се у терапију додаје вечерња доза, треба је ординирати пре вечерњег obroка, а не пред спавање. **ННН**

Гастроентерологија

ГЕРБ тражи прави лек У почетку лечења ГЕРБ терапија се прописује на основу типичних симптома или после иницијално урађене ендоскопије. Терапија се у почетку спроводи без прекида у току шест до осам недеља, што код највећег броја пацијената доводи до брзог повлачења тегоба, максималне контроле горушице, брзог залечења оштећења слузокоже једњака и побољшања квалитета живота. У току осам недеља почетне терапије треба дефинисати и дозу лека која одговара сваком пацијенту

Пише проф. др Милош Бјеловић

начелник Одељења за минимално инвазивну хирургију горњег дигестивног тракта у Клиници за дигестивну хирургију – I хируршка клиника КЦС у Београду



SHUTTERSTOCK

Терапија ГЕРБ увек започиње стандардном дозом ИПП („омепразол“ 20 мг, „лансопразол“ 30 мг на дан, „пантопразол“ 40 мг у појединачној дози) и то у трајању од две до четири недеље. У случају да је контрола симптома комплетна (потпуно одсуство горушице), може се прибећи смањењу дозе лека („лансопразол“ 15 мг/дан, „пантопразол“ 20 мг у појединачној дози). У случају да са мањом дозом лека дође до пробоја симптома, терапију треба вратити на почетну. Међутим, ако ни уз мању дозу ИПП не дође до пробоја горушице, може се покушати и терапија са Х2 блокаторима („фамотидин“ 40 мг на дан подељено у две дозе), што може бити адекватна терапија код пацијената са благим или умереним рефлуксом. Уколико уз терапију Х2 блокаторима дође до пробоја симптома, терапију треба вратити на претходни ниво („лансопразол“ 15 мг/дан, „пантопразол“ 20 мг у појединачној дози). У ретким случајевима, када иницијална терапија стандардном дозом ИПП не доводи до комплетне контроле симптома, може се покушати са ординирањем ИПП у дози већој од стандардне. Уколико ни овај терапијски протокол не резултира комплетном контролом симптома, пацијента треба упутити на допунску дијагностику у специјализовану установу.

Код највећег броја пацијената са некомплексним ГЕРБ, симптоми представљају водич за ординирање терапије, а циљ терапије је комплетна контрола горушице.

Како наставити лечење?

Како је ГЕРБ хронично обољење, код највећег броја пацијената неопходна је терапија одржавања која има за циљ дуготрајну контролу симптома и превенцију компликација болести. Код већине пацијената код којих је пуном дозом иницијално примењеног ИПП постигнута контрола симптома, веома брзо по престанку терапије долази до поновне појаве симптома. Сматра се да само око 20 одсто пацијената после адекватне иницијалне терапије захтева само промену начина живота и исхра-

Пацијентима на дуготрајној терапији одржавања саветују се повремени ендоскопски контролни прегледи, а посебно у случају појаве алармантних симптома

не и повремену примену антацида. Остали су кандидати за неки од протокола одржавања уз коришћење лекова који смањују лучење киселине.

Из перспективе оптималне контроле болести најбољи терапијски протокол је континуирана примена терапије, али је тај протокол најмање прихватљив за пацијенте. У том протоколу се доза лека, која је иницијално дефинисана као оптимална, примењује без прекида месецима и годинама.

Протокол примене терапије одржавања у коме се лекови узимају повремено подразумева узимање лекова када се појаве тегобе, и то у току неколико дана. Овај протокол представља добру опцију за пацијенте код којих између две епизоде појаве горушице прође месец и више дана. Тако се периоди краткотрајног узимања лекова смењују са релативно дугим периодима без горушице и без потребе за узимањем лекова. Уколико је период без горушице краћи од 20-30 дана, леко-

Хируршко лечење

Хируршко лечење представља алтернативу лековима код пацијената са типичним симптомима који добро реагују на терапију ИПП и кандидати су за дуготрајну терапију лековима без прекида. Хируршко лечење је адекватна терапијска опција и код пацијената који захтевају високе дозе ИПП у континуираном режиму примене. Поред потребе за дуготрајном континуираном медикаментном терапијом индикације за хируршко лечење су и неадекватан одговор на медикаментну терапију, плућне манифестације ГЕРБ и компликације болести. Такође, хируршко лечење треба саветовати пацијентима код којих је ГЕРБ удружен са хијатус хернијом.

ве треба узимати континуирано. Узимање ИПП по потреби се сматра оправданим и уколико пацијент планира унос веће количине хране и пића, како би се превенирао рефлукс.

ИПП показује супериорност

И у терапији одржавања ИПП су, код највећег броја пацијената са ГЕРБ, доказали супериорност у односу на Х2 блокаторе, како у вези с питањем ефикасности, тако и у вези с укупном ценом лечења. Протоколи примене ИПП у терапији одржавања разликују се не само по режиму примене ИПП, већ и по избору оптималног лека. „Омепразол“, због најбољег односа цене и ефеката, представља стандардну терапијску опцију за већину пацијената. Пацијенти код којих се тегобе, и то изражене, јављају брзо по престанку терапије, сматрају се dobrим кандидатима за континуирани режим лечења. Значајан број ових пацијената жали се и на ноћну појаву рефлука и зато се њима прописују ИПП дугог дејства као што је „пантопразол“.

Код пацијената код којих тегобе нису изражене и јављају се ретко, терапија по потреби представља адекватну опцију. Код њих „лансопразол“ има предност у односу на „омепразол“ и „пантопразол“ због брже активације и бржег повлачења симптома, те чињенице да нема значајно продужено дејство по престанку терапије.

Помаже и убрзавање рада црева

Прокинетици („метоклопрамид“, „цисаприд“, „домепридон“...) су лекови који убрзавају пражњење желуца и перисталтику црева. Спадају у категорију лекова који се прописују и издају на лекарски рецепт (Rx лекови). Препоручују се одређеном броју пацијената са ГЕРБ, али само ако се ординирају уз ацидосупресивну терапију. То су лекови лимитиране ефикасности, а значајних нуспојава, због чега их треба примењивати са опрезом посебно код особа са поремећајем срчаног ритма.

Истраживање с циљем проналажења идеалног прокинетику је у току, али је ацидосупресивна терапија и даље кључ терапије ГЕРБ. **НИН**