

# ZGAGA – CZYM, KIEDY I JAK ZŁAGODZIĆ?

## HEARTBURN – WHAT, WHEN AND HOW TO RELIEVE IT?

dr hab. n. med. Dorota Waśko-Czopnik

Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
Kierownik: dr hab. n. med. Katarzyna Neubauer, prof. uczelni

### STRESZCZENIE:

Jednym z najczęściej zgłaszanych przez pacjentów schorzeń jest zgaga – pieczenie i palenie wzdłuż przełyku. Stanowi ona jeden z głównych objawów choroby refluksowej przełyku, ale może pojawiać się także incydentalnie. W zależności od częstości występowania dolegliwości, czasu ich trwania oraz nasilenia proponowane jest odmienne postępowanie, które ma na celu szybkie łagodzenie zgagi, gojenie potencjalnych zmian zapalnych przełyku lub doraźne zniesienie odczucia pieczenia w przełyku, jeśli nie występuje ono często lub stale, a tylko w określonych sytuacjach, np. po błędach dietetycznych. Samoleczenie pacjentów powinno być ograniczone do 2 tygodni, a przy najmniejszych wątpliwościach czy przy występowaniu objawów alarmowych zawsze należy wykonać badania dodatkowe. Leczenie inhibitorami pompy protonowej powinno być ograniczone do 4–8 tygodni, w razie niepowodzenia pacjent również powinien być skierowany do specjalisty. Doraźne stosowanie famotydy, alkinianów i alginianów może być skuteczne przy objawach epizodycznych.

**Słowa kluczowe:** zgaga, choroba refluksowa przełyku, PPI, famotydyna

### ABSTRACT:

One of the symptoms most frequently reported in doctor's offices is heartburn, which is defined as a burning sensation along the esophagus. It is also the main symptom of gastroesophageal reflux disease, but it may also appear incidentally. Depending on the frequency of symptoms, their duration and severity, different procedures are proposed, which are aimed at quickly relieving heartburn, healing potential inflammatory lesions of the esophagus or temporarily eliminating the burning sensation in the esophagus if it does not occur frequently or constantly, but only in specific situations. e.g. after dietary mistakes. Patients' self-treatment should be limited to 2 weeks, and in case of the slightest doubt or the occurrence of alarm symptoms, diagnostics should always be in-depth with additional tests. Treatment with proton pump inhibitors should be limited to 4–8 weeks, and in case of failure, the patient should also be referred to a specialist. Acute use of famotidine, alkinates, and alginates may be effective for episodic symptoms.

**Key words:** heartburn, gastroesophageal reflux disease, PPI, famotidine

### WSTĘP

Zgaga jest jednym z najczęściej zgłaszanych objawów z zakresu górnego odcinka przewodu pokarmowego, jednak wielu pacjentów ma trudności z dokładnym określeniem i zrozumieniem tego terminu. Zazwyczaj jest opisywana jako palenie lub pieczenie wzdłuż mostka, w przełyku i klatce piersiowej lub dołku podsercowym. Jest to nieprzyjemne odczucie wzbudzające niepokój chorego, zwłaszcza kiedy palenie promieniuje do gardła, zuchwy lub do całej klatki piersiowej, ponieważ może mieć charakter podobny do bólów wieńcowych, od których odróżniają je okoliczności występowania dolegliwości. Bóle związane z chorobą niedokrwienną serca występują zazwyczaj po wysiłku fizycznym, silnym stresie czy przy ekspozycji na zimne powietrze, natomiast zgaga ma najczęściej związek z posiłkiem, jego rodzajem, objętością, jest wynikiem tzw. błędów dietetycznych, schylania się lub występuje w każdej sytuacji powodującej wzrost ciśnienia śródbrzusznego (np. ciężki trening, długo przyjmowana pozycja siedząca). Zazwyczaj zgaga jest prowokowana cofaniem treści żołądka do przełyku i drażnieniem jego śluzówki przez kwas solny, co może prowadzić do powikłań przełykowych, czyli nadżerkowego zapalenia

przełyku, owrzodzenia przełyku czy przełyku Barretta, mogącego być punktem wyjścia raka gruczołowego przełyku, przy braku odpowiedniej profilaktyki i leczenia [1, 2].

## ROZPOZNANE RÓŻNICOWE

Najczęściej pieczenie w przełyku i zgagę traktujemy jako podstawowe objawy choroby refluksowej przełyku, jednak istnieje wiele innych schorzeń, gdzie objawem wiodącym jest zgaga. Należą do nich nadwrażliwość przełyku na kwas, zaburzenia czynności przełyku w tym klirensu przełykowego czy eozynofilowe zapalenie przełyku. Zgaga może być też sporadyczna, występująca po niektórych pokarmach, obfitych posiłkach zawierających produkty sokopędne czy tłuste i nie musi być objawem żadnej choroby.

Nie zawsze zgaga wymaga diagnostyki i leczenia specjalistycznego. Wszystko zależy od tego, czy objawy występują stale czy sporadycznie, w jakim nasileniu, jak długo i w jakich okolicznościach [3].

## LECZENIE

Jeżeli pacjent ma dolegliwości sporadyczne, występujące zazwyczaj po błędach dietetycznych i obfitych posiłkach, sam może sobie pomóc, stosując alginiany, wyroby medyczne będące preparatami działającymi bardzo szybko, występujące w różnej formie dogodnej dla preferencji pacjenta – tabletek do ssania lub mlecza. Często są to preparaty złożone – dla wzmocnienia efektu łagodzenia zgagi, bólu w nadbrzuszu, nadkwaśności, dodatkowo chroniące śluzówkę żołądka. Alginiany są to polisacharydy z alg morskich w postaci włókien, które przy kontakcie z kwaśnym środowiskiem żołądka ulegają żelifikacji, tworząc warstwę bioadhezyjną na śluzówce żołądka i przełyku. Ponadto w wyniku reakcji z kwasem solnym powstają pęcherzyki dwutlenku węgla, który zostaje uwięziony w strukturze żelu alginianowego, tworząc warstwę pianki na powierzchni treści żołądka – barierę mechanicznie zabezpieczającą przed cofaniem treści (tzw. efekt tratwy). W preparatach złożonych z wodorowęglanem i węglanem neutralizują kwaśne środowisko żołądka, nie wpływając na wydzielanie kwasu solnego. Do sporadycznego łagodzenia zgagi mogą być również stosowane alkalia, jednak pozbawione są one efektu tratwy i nie działają bioadhezyjnie, a jedynie przejściowo neutralizują kwas solny. Dlatego też preferowane w łagodzeniu zgagi są alginiany; działają krótko, do 2–3 godzin, ale stanowią zazwyczaj szybką pomoc w doraźnych dolegliwościach lub jako terapia dodana do leczenia farmakologicznego na każdym jego etapie [4].

Zdarza się, że alkalia nie przynoszą spodziewanej ulgi lub dolegliwości występują częściej i utrzymują się dłużej niż zazwyczaj, wtedy warto sięgnąć po mocniejszy środek, działający dłużej, np. famotydynę. Jest to produkt o statusie leku, działający do 12 godzin, choć zaczyna działać po ok. 1–2 godz. od podania, czyli później niż alginiany. Ochrona żołądka i przełyku jest jednakże długotrwała. Czasami można się dodatkowo wspomóc alkalią, zanim zacznie działać famotydyna, co jest bezpiecznym rozwiązaniem, gdyż składniki obu preparatów nie wchodzi z sobą w interakcje, a alkalia mogą jedynie w wybranych sytuacjach opóźnić lub ograniczyć wchłanianie innych podawanych równocześnie leków. Famotydyna należy do leków z grupy nowszej generacji blokerów receptora histaminowego H<sub>2</sub>. Zaletą jest to, że może być stosowana doraźnie, niezależnie od pory dnia i posiłku, jednak należy pamiętać o zjawisku tachyfilaksji, czyli zmniejszenia skuteczności działania leku po ok. 2 tygodniach ciągłego stosowania. Jest to efekt adaptacji receptorowej, który jest odwracalny przy wydłużeniu odstępów czasu pomiędzy dawkami leku lub stosowaniu go tylko doraźnie, co może ograniczać nadużywanie leku przez pacjentów [5–7].

W sytuacji, gdy pacjent przyjmował wcześniej alginiany lub famotydynę, a złagodzenie dolegliwości było niewielkie lub tylko częściowe lub zgaga występuje nie rzadziej niż kilka razy w tygodniu albo nawet codziennie, wysoce prawdopodobne jest rozpoznanie choroby refluksowej przełyku. Wtedy warto sięgnąć po leki z grupy inhibitorów pompy protonowej, które silnie hamują wydzielanie żołądkowego kwasu solnego, łagodząc objawy refluksu żołądkowo-przełykowego, goją potencjalne zmiany zapalne przełyku i żołądka, szybko poprawiając komfort życia pacjenta. Jedną z najdłużej stosowanych cząsteczek w tym wskazaniu jest omeprazol, dostępny także w wolnej sprzedaży bez recepty. Lek powinien być stosowany w razie kłopotliwej, nawracającej zgagi lub typowych objawów refluksu, najlepiej przez kilka dni, minimum 7, i – co bardzo ważne – w reżimie czasowym 30–60 min przed śniadaniem. Wówczas jego maksymalne stężenie w osoczu występuje w okresie największej aktywności pomp protonowych, co zapewnia największą skuteczność działania leku. Inhibitory pompy protonowej (PPI) są lekami o potwierdzonej i utrwalonej pozycji w leczeniu choroby refluksowej przełyku, jednak w wielu przypadkach samo hamowanie wydzielania kwasu jest niewystarczające, a dodanie do leczenia podstawowego alkaliów czy alginianów nie poprawia satysfakcjonująco wyników leczenia (8). Dlatego tak bardzo jest potrzebna indywidualizacja podejścia do leczenia zgagi jako objawu sporadycznego, jak i choroby refluksowej przełyku. Od wielu lat wiadomo, że zgaga czy dolegliwości o typie refluksu żołądkowo-przełykowego są zależne od bardzo wielu czynników, w tym zaburzonej pracy przełyku, żołądka i odźwiernika. Lekiem regulującym motorykę górnego odcinka przewodu pokarmowego jest itopryd, który zwiększa

ciśnienie dolnego zwieracza przełyku, redukuje przemijające relaksacje dolnego zwieracza przełyku, poprawia klirens przełykowy (oczyszczanie przełyku z zalegającej treści), przyspiesza opróżnianie żołądka i poprawia pracę odźwiernika. Wiele publikacji potwierdza skuteczność itoprydu w dyspepsji czynnościowej, której objawem może być sporadyczna zgaga, ale również dyspepsja może jako schorzenie tworzyć zespoły nakładania współwystępujące z zaburzeniami czynności motorycznej górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz z chorobą refluksową przełyku. W rekomendacjach postępowania w chorobie refluksowej przełyku dla lekarzy POZ przy braku skuteczności dawki podstawowej inhibitora pompy protonowej zalecane są podwojenie dawki przez kolejne 8 tygodni i ponowna ocena nasilenia dolegliwości. Przy braku satysfakcjonującej poprawy można zastosować terapię łączoną, czyli utrzymać dotychczasowe leczenie PPI, dodając itopryd na kolejne 8–12 tygodni. Po tym czasie należy ponownie zweryfikować objawy chorego i skuteczność postępowania, a następnie podjąć decyzję o redukcji dawek leków lub skierować pacjenta do pogłębionej diagnostyki u specjalisty gastroenterologa (impedancja-pH, manometria przełykowa, gastroskopia z pobraniem wycinków w kierunku eozynofilowego zapalenia przełyku). Dostępne na rynku polskim grupy preparatów do leczenia i łagodzenia zgagi oraz choroby refluksowej przełyku zebrano w tabeli 1. [4, 8, 9].

**Tabela 1.** Grupy leków stosowane w leczeniu farmakologicznym GERD w oparciu o ich mechanizm działania (modyfikacja w oparciu o [4]).

Grupy leków	Mechanizm działania				
	Supresja kwasu solnego	Neutralizacja kwasu solnego	Regulacja motoryki górnego odcinka przewodu pokarmowego	Efekt trawny	Bioadhezja śluzówki przełyku i żołądka
PPI	X				
H2 blokery	X				
Alkalia		X			
Alginiany				X	X
Prokietyki			X		
Preparaty złożone:					
1. alginian sodu, kwas alginowy, wodorowęglan sodu i węglan wapnia		x		x	x
2. kwas hialuronowy z Poloxamerem 407					X
3. alginian węglan Mucosave		X		X	X

## POSTĘPOWANIE DŁUGOFALOWE

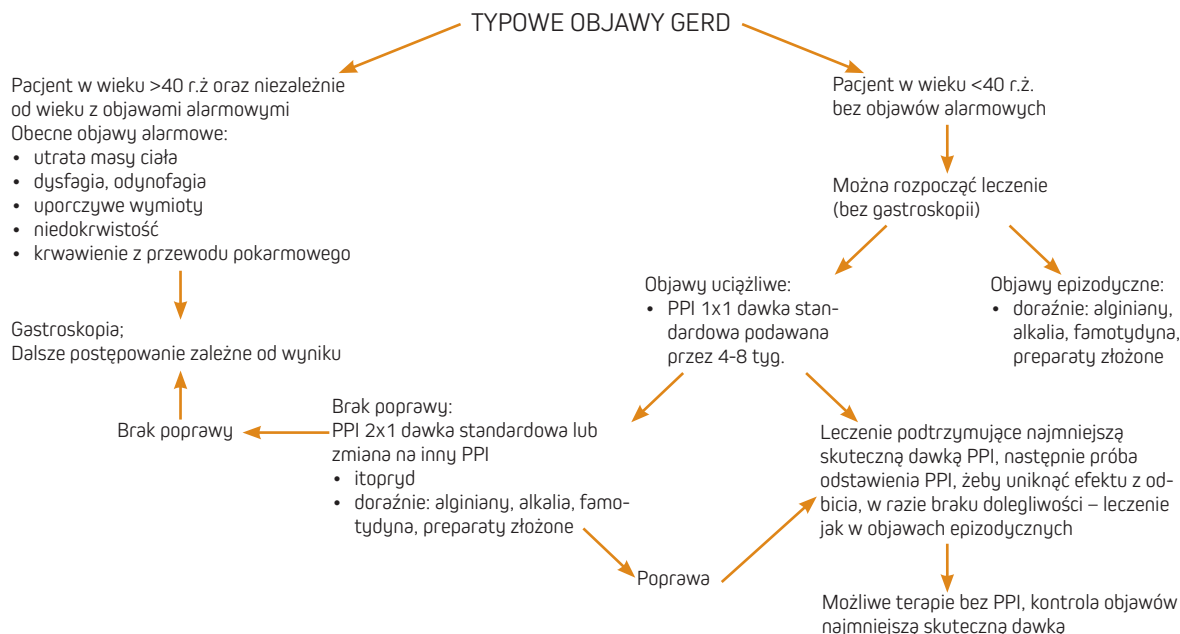
Jak więc radzić sobie ze zgagą u pacjenta? Jeśli jest to objaw incydentalny, występujący rzadko lub wywołany posiłkiem/błędem dietetycznym, to zastosowanie znajdują tu alginiany, alkalia, przy silniejszych i częstszych dolegliwościach – famotydyna. Jeśli mimo stosowania wymienionych grup leków dolegliwości nie ustępują lub ustępują tylko częściowo, można zastosować leki silnie hamujące wydzielanie żołądkowe – czyli PPI. W tym miejscu zawsze należy dopytać o istnienie objawów alarmowych, które wymagają pogłębionej diagnostyki, często w trybie pilnym, przede wszystkim badania endoskopowego w celu wykluczenia zmian organicznych oraz powikłań przełykowych choroby refluksowej przełyku. Nie przedłużajmy leczenia łagodzącego zgagę i niestrawność i przy najmniejszych wątpliwościach oraz u osób po 40. roku życia kierujemy pacjentów na gastroscopię, ale też nie powtarzamy jej zbyt często, jeśli nie pojawią się nowe objawy w krótkim czasie od ostatniego badania [4, 10, 11].

Na każdym etapie leczenia dolegliwości – zarówno sporadycznych, jak i częstych – ważna jest modyfikacja stylu życia i diety. Warto zapytać chorego, czy prawidłowo przyjmuje zalecane leki (PPI), czy pali tytoń, czy podejmuje aktywność fizyczną, jaki jest jego stan odżywienia (BMI, WHR) i jaką dietę stosuje. Ważny jest również wywiad rodzinny, zwłaszcza obciążenie przełykiem Barretta i rakiem gruczołowym. Na ryc. 1 przedstawiono proponowany schemat postępowania w chorobie refluksowej przełyku w oparciu o rekomendacje dla lekarzy POZ [4, 12].

## PODSUMOWANIE:

Zgaga jest najbardziej charakterystycznym objawem choroby refluksowej przełyku, ale jednocześnie występuje w innych jednostkach chorobowych niezwiązanych z refluksiem. Tym samym nie zawsze musi być leczona intensywnie od samego początku. Jeśli pojawia się sporadycznie, doraźnie stosujemy alginiany lub alkalia, także w preparatach złożonych. Jeśli pomimo ich przyjmowania nadal pojawiają się dolegliwości, można podjąć próbę leczenia famotydyną, lekiem

**Rysunek 1.** Algorytm postępowania w razie wystąpienia dolegliwości o typie GERD (modyfikacja w oparciu o [4]).



z grupy H2 blokerów, który także silnie hamuje objawy nocne GERD. Pamiętajmy o zjawisku tachyfilaksji, starajmy się nie przedłużać leczenia lub przy uporczywych dolegliwościach włączmy do leczenia PPI, które w dużej mierze są aktualnie w sprzedaży bez recepty. Takie leczenie też powinno się ograniczać do 4–8 tygodni, a po ustąpieniu dolegliwości należy stopniowo redukować dawkę, aż do momentu odstawienia leku. W przypadku samodiagnozy i leczenia podjętego samodzielnie przez pacjenta czas terapii objawowej zgagi nie powinien przekraczać 2 tygodni. W sytuacji dalszego utrzymywania się objawów refluksu zalecana jest konsultacja lekarska. Jeśli na którymkolwiek etapie leczenia wystąpią objawy alarmowe, pacjent powinien natychmiast zgłosić się do lekarza POZ w celu pogłębienia diagnostyki o badania endoskopowe, ew. obrazowe (USG brzucha, tomografię komputerową), aby nie przeoczyć zmian organicznych, maskowanych przez częste dolegliwości żołądkowo-przełykowe.

#### ADRES DO KORESPONDENCJI

dr hab. n.med. Dorota Waśko-Czopnik

Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

tel. 71 733 21 20

e-mail: dorota.wasko-czopnik@umw.edu.pl

#### PIŚMIENNICTWO

- Nirwan JS, Hasan SS, Bābar ZU i wsp. Global prevalence and risk factors of gastro-oesophageal reflux disease (GORD): systematic review with meta-analysis. *Sci Rep* 2020; 10: 5814.
- Ziółkowski BA, Pacholec A, Kudlicka M et al. Epidemiologia dolegliwości brzusznych w polskiej populacji. *Prz. Gastroenterol.* 2012; 7(1): 20-5.
- Gyawali CP, Yadlapati R, Fass R et al. Update to the modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus 2.0. *Gut.* 2024; 73: 361-71.
- Lipiński M. Różne oblicza choroby refluksowej przełyku wymuszają indywidualne podejście do pacjenta. Czym dysponujemy? *Lekarz POZ* 2020;4: 187-195.
- Waśko-Czopnik D. (2022). 10 faktów na temat famotydyny. *Medycyna Faktów*, 15(2(55)), 137-140. <https://doi.org/10.24292/01.MF.0222.3>.
- Waśko-Czopnik D. (2023). 4 profile pacjentów, w leczeniu których wybieram famotydynę. *Medycyna Faktów*, 16(1(58)), 43-45. <https://doi.org/10.24292/01.MF.0123.07>.
- Gąsiorowska, A. (2024). Jak kontrolować objawy nocne u pacjentów z chorobą refluksową przełyku? *Medycyna Faktów*, 17(1(62)), 115-118. <https://doi.org/10.24292/01.MF.0124.18>.
- Gąsiorowska A, Janiak M, Waśko-Czopnik D i wsp. Postępowanie u pacjentów z objawami choroby refluksowej przełyku – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych. *Lekarz POZ* 2019; 5: 245-265.
- Świdnicka-Siergiejko A, Marek T, Waśko-Czopnik D et al. Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w chorobie refluksowej przełyku. *Konsensus Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii 2022. Med Prakt.* 2022; 6: 38-74.
- Yadlapati R, DeLay K. Proton pump inhibitor-refractory gastroesophageal reflux disease. *Med Clin North Am* 2019; 103: 15-27.
- Hsu PI, Lu CL, Wu DC i wsp. Eight weeks of esomeprazole therapy reduces symptom relapse, compared with 4 weeks, in patients with Los Angeles grade A or B erosive esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015; 13: 859-866.e1.
- Wolfe MM, Sachs G. Acid suppression: optimizing therapy for gastroduodenal ulcer healing, gastroesophageal reflux disease, and stress-related erosive syndrome. *Gastroenterology* 2000; 118: S9-S31.