Gastroezofageálna refluxová choroba

Zverejnené: 1. septembra 2025 | Autor: MUDr. Lukáš Olšavský



Gastroezofageálna refluxová choroba (GERD) predstavuje chronické ochorenie vyznačujúce sa patologickým refluxom žalúdočného obsahu do spodnej časti pažeráka, ktorý spôsobuje symptómy alebo komplikácie. GERD vzniká v dôsledku poruchy antirefluxných mechanizmov, predovšetkým dysfunkcie dolného ezofageálneho zvierača (LES), narušenej motility pažeráka a často aj oneskoreného vyprázdňovania žalúdka. (1)

Epidemiologicky sa GERD radí medzi najčastejšie gastrointestinálne ochorenia. Podľa systematických prehľadov sa prevalencia GERD v Európe pohybuje v rozmedzí od 8,8 % do 25,9 %, čo predstavuje značný populačný rozsah, ktorý odráža variabilitu v diagnostických kritériách aj v metodike zberu údajov. Podľa najnovších štúdií z roku 2025 je celosvetová vekovo štandardizovaná prevalencia GERD 8819 na 100 000 obyvateľov, čo predstavuje takmer 14 %. (2) Z dostupných dát vyplýva, že vekové rozloženie pacientov s GERD sa mení a

narastá najmä medzi mladými dospelými vo veku 30 – 39 rokov, čo poukazuje na zmenu životných návykov a nárast rizikových faktorov v tejto populácii. (3)

Z hľadiska patofyziológie je GERD multifaktoriálnym ochorením. Medzi hlavné mechanizmy patrí:

- nedostatočnosť funkcie dolného ezofageálneho zvierača – čo vedie k nechcenému refluxu žalúdočného obsahu,
- prítomnosť epizodického uvoľňovania dolného ezofageálneho zvierača nezávislého od prehĺtania,
- anatomické faktory ako hiátová hernia,
- porucha peristaltiky pažeráku,
- zhoršené pufrovanie kyslého obsahu v dôsledku nedostatočnej sekrécie slín.

(Zdroj: www.advancedhealth.sk)

Významnú úlohu zohrávajú aj životný štýl a behaviorálne faktory ako obezita, fajčenie, konzumácia alkoholu, špecifické zloženie stravy a psychosociálne stresové faktory. (1)

Z patofyziologického pohľadu ide o stav, pri ktorom sa narušuje integrita sliznice pažeráka vplyvom opakovaného vystavenia kyslému alebo žalúdočnému refluxu, čo spúšťa zápalové procesy, ovplyvňuje miestnu imunitnú odpoveď a mení prostredie sliznice. Tieto zmeny sú zodpovedné nielen za symptomatológiu, ale aj za možný prechod GERD do chronických štruktúrnych komplikácií.

Typickými symptómami GERD sú pálenie záhy (retrosternálne pálenie) a regurgitácia (pocit kyslého alebo horkého obsahu v ústach alebo hltane). Tieto symptómy môžu byť prítomné pravidelne alebo intermitentne a často sa zhoršujú v horizontálnej polohe, po čokoláde, mastnom jedle, kofeíne či alkohole. Medzi menej typické symptómy patrí dysfágia (pocit poruchy prehĺtania), chronický kašeľ, chrapot, globus pharyngeus (pocit cudzieho telesa v krku), pocit bolesti v hrudníku a v niektorých prípadoch aj zubné erózie. (1)

Rozlišujú sa dva druhy GERD, neerozívna forma (NERD) je častejšia a nespôsobuje viditeľné poškodenie sliznice pažeráka a erozívna refluxná choroba (ERD), ktorá spôsobuje viditeľné poškodenie sliznice pažeráka. Špecifickou kategóriou GERD je laryngofaryngeálny reflux (LPR), ktorý je charakterizovaný šírením refluxného obsahu až do oblasti hrtana a hltana. LPR sa často vyskytuje bez typického pálenia záhy, čo sťažuje diagnostiku. Prejavy LPR zahŕňajú chrapot, potrebu častého odkašľania, chronické odkašliavanie hlienu, dysfóniu a globusový pocit. Prevalencia LPR zo štúdií v roku 2023 medzi pacientmi v ORL ambulancii dosiahla až 51,2 %, čo podčiarkuje význam tejto formy refluxu a potrebu multidisciplinárneho prístupu. (4)

GERD môže viesť k viacerým komplikáciám, najmä ezofagitíde, striktúre, Barrettovmu pažeráku (premalígny stav s intestinálnou metapláziou) a v zriedkavejších prípadoch až k adenokarcinómu pažeráka. Riziko týchto komplikácií sa zvyšuje pri dlhodobo neliečenej alebo insuficientne liečenej GERD. Na identifikáciu týchto komplikácií sa využíva endoskopické vyšetrenie s možnosťou odberu biopsie.

Stratégia farmakoterapie v ambulanciách praktického lekára je výrazne širokospektrálna. Avšak netreba zabúdať na možnosti liečiv, ktoré nie sú nutné pravidelne predpisovať cestou praktického lekára, a tým pádom aj odľahčiť zdravotný systém o opakujúce sa návštevy lekárov alebo špecialistov. Prvou voľbou sú väčšinou inhibítory protónovej pumpy (PPI), ktoré predstavujú základný kameň farmakologickej liečby GERD. Ide o proliečivá, ktoré sú aktivované v kyslom prostredí parietálnych buniek žalúdka a ireverzibilne blokujú H+/K+-ATPázu (tzv. protónovú pumpu). Tento mechanizmus účinku umožňuje inhibíciu sekrécie žalúdočnej kyseliny

nezávisle od stimulu – na rozdiel od H2-blokátorov či anticholinergík. V aktuálnej dobe rozlišujeme 2 generácie PPI – prvá – omeprazol, pantoprazol, lansoprazol a druhá- esomeprazol, rabeprazol, dexlansoprazol. Druhá generácia sa vyznačuje rýchlejším nástupom účinku, silnejšou inhibíciou a nižšou závislosťou od cytochrómu P450, čím sa znižuje riziko liekových interakcií.

Podľa amerických a európskych odporúčaní je štandardnou počiatočnou stratégiou liečby GERD podávanie PPI 1× denne počas 4–8 týždňov, 30–60 minút pred prvým jedlom. Pri nedostatočnej odpovedi je možné dávku zdvojnásobiť, alebo prejsť na inú účinnú látku. PPI sú najúčinnejšie pri erozívnej ezofagitíde – úspešnosť liečby dosahuje až 85,6 % pacientov. Menej účinné sú pri NERD (39,7 %) či extraezofageálnych príznakoch GERD (14,7–18,1 %).

Hoci ide o vysoko účinnú skupinu liekov, až 40–55 % pacientov s GERD trpí tzv. PPI-refraktérnou formou – teda nedostatočnou odpoveďou napriek optimalizovanej liečbe. Dôvodom môže byť nesprávne dávkovanie, genetické polymorfizmy (napr. CYP2C19), funkčné poruchy (hypomotilita, hypersenzitivita pažeráka), ako aj nočná hypersekrécia. Preto ich dlhodobé užívanie môže byť spojené s viacerými nežiaducimi účinkami, ktoré si vyžadujú zvýšenú pozornosť a pravidelné prehodnocovanie liečby.

Jednou z najčastejšie diskutovaných komplikácií je malabsorpcia vitamínu B12, železa, horčíka a vápnika. Niektoré štúdie potvrdzujú, že už po dvoch rokoch nepretržitého užívania PPI môže dôjsť k poklesu hladín vitamínu B12, čo je dôležité najmä u starších pacientov alebo u osôb so zhoršeným vstrebávaním. Podobne sa u pacientov opísala aj hypomagnezémia, ktorá v niektorých prípadoch viedla až k neurologickým alebo srdcovým komplikáciám. (5) Ďalším nežiaducim efektom je zvýšené riziko infekcií, najmä infekcie Clostridium difficile a komunitne získanej pneumónie. Znížením kyslosti žalúdočného prostredia sa totiž narúša jeho prirodzená bariérová funkcia, čo umožňuje prežitie a množenie patogénnych mikroorganizmov. (6)

V posledných rokoch sa pozornosť upriamuje aj na možné spojenie medzi dlhodobým užívaním PPI a vznikom chronického ochorenia obličiek či demencie. Dôkazy v týchto oblastiach sú však zatiaľ nejednoznačné a vyžadujú ďalšie výskumy. Napriek tomu sa odporúča opatrnosť najmä u rizikových skupín pacientov.

Medzi ďalšie riziká patrí črevná dysbióza a tzv. rebound fenomén po náhlom vynechaní liečby PPI. Toto nárazové ukončenie liečby vedie k náhlemu zhoršeniu symptómov refluxu, ktoré je spôsobené reaktívnym zvýšením sekrécie gastrínu a kyseliny. To môže viesť k chybnej interpretácii ako návratu ochorenia, hoci ide len o prechodný efekt po vynechaní liečby. (7)

Vzhľadom na vyššie uvedené potenciálne riziká a limitácie dlhodobej PPI liečby by mal byť koncept depreskripcie prirodzenou súčasťou manažmentu pacientov s GERD. Depreskripcia znamená bezpečné a plánované zníženie dávky alebo úplné vynechanie PPI u pacientov, u ktorých už nie je jednoznačná potreba ich trvalého užívania. Podľa odporúčaní odborných spoločností by sa aspoň raz ročne mala prehodnotiť indikácia na pokračovanie PPI, najmä u pacientov s nekomplikovanou refluxnou chorobou. Výnimku tvoria prípady ako Barrettov pažerák, erozívna ezofagitída LA stupňa C alebo D, alebo anamnéza gastrointestinálneho krvácania, kde sa zvyčajne odporúča dlhodobé pokračovanie v liečbe. (6)

Najčastejšie využívané prístupy depreskripcie:

- Tapering – postupné znižovanie dávky o 50 % každé 2 až 4 týždne,
- Intervalové podávanie – napríklad každý druhý deň alebo len podľa potreby (tzv. „on-demand“).

Z klinických údajov vyplýva, že 14–64 % pacientov je schopných PPI úplne vynechať z chronickej medikácie bez

návratu symptómov, najmä ak ide o pacientov s ľahšou formou ochorenia, čo vytvára výraznú variabilitu deeskalácie terapie.

Úspešná depreskripcia však vyžaduje edukáciu pacienta, jasný plán a monitorovanie prípadných návratov symptómov. U niektorých pacientov je vhodné ponechať si PPI ako záložnú terapiu v prípade výnimočného zhoršenia, ale nie ako liek na každodenné užívanie. Z týchto dôvodov je v praxi všeobecného lekára kľúčové pravidelne vyhodnocovať potrebu pokračujúcej PPI terapie, poučenie pacientov o možnostiach depreskripcie a bezpečných alternatívach, využívať doplnkové stratégie, ako je napríklad použite H2-blokátorov, antacíd ale hlavne kombinácia kyseliny hyalurónovej a chondroitín sulfátu a najmä prispôsobiť liečbu individuálnemu fenotypu GERD.

H2-blokátory (ranitidín, famotidín) inhibujú histamínom navodenú stimuláciu parietálnych buniek v žalúdku. Sú menej účinné než PPI v liečbe erozívnej ezofagitídy, ale môžu byť vhodné pri miernych formách GERD alebo ako doplnok na nočné symptómy. Výhodou ich použitia je nízke riziko liekových interakcií a nízke náklady. Nevýhodou je však častý vznik tachyfylaxie a to teda zníženie účinku po 2–6 týždňoch kontinuálneho užívania, keďže pacienti túto liečbu užívajú dlhodobo bez prerušenia liečby. Antacidá poskytujú rýchlu, ale krátkodobú úľavu od symptómov, a preto sa nehodia na dlhodobú liečbu.

Z týchto dôvod dnes existuje možnosť účinnej pomoci aj bez nutnosti dlhodobého užívania liekov na predpis, ako sú PPI. Práve kombinácia kyseliny hyalurónovej (HA) a chondroitín sulfátu (CS) ponúka moderný, prirodzený a veľmi dobre tolerovaný spôsob, ako chrániť sliznicu pažeráka a podporiť jej regeneráciu. Kyselina hyalurónová vytvára na sliznici pažeráka jemnú ochrannú vrstvu, ktorá ju chráni pred účinkami kyselín zo žalúdka. Navyše pomáha hojeniu podráždenej sliznice. Chondroitín sulfát zase pôsobí protizápalovo, udržiava sliznicu hydratovanú a pružnú, čím zvyšuje jej odolnosť proti ďalšiemu poškodeniu. (8)

Tento prípravok v jednoduchej forme na priamu konzumáciu po jedle a pred spaním, nepotrebuje lekársky predpis a nemá závažné nežiaduce účinky. Jeho použitie je vhodné pre široké spektrum ľudí, od tých, ktorí nechcú užívať lieky denne, až po pacientov so začínajúcimi ťažkosťami, kde ešte nie je nutná výrazná liečba. Výhodou je taktiež bezpečné dlhodobé užívanie, pretože v porovnaní s PPI nemá riziká. Jedná sa o prírodné zloženie, a teda organizmu vlastné látky s výbornou znášanlivosťou, čo podporuje možnosť kombinácie s inými liekmi s výnimkou opatrnosti u pacientov na warfaríne.

V čase, keď je zdravotníctvo preťažené, môžu pacienti s ľahšími formami refluxu získať efektívnu úľavu bez toho, aby museli navštevovať lekára alebo dlhodobo užívať lieky na predpis. Týmto spôsobom môžeme podporiť samostatnosť pacientov a zároveň odbremeniť ambulancie všeobecných lekárov, ktoré sú často zahltené problémami, ktoré je možné zvládnuť aj voľne dostupnou liečbou.

Záver

Gastroezofageálna refluxová choroba (GERD) je časté ochorenie tráviaceho traktu, ktoré môže viesť k vážnym komplikáciám. Základom liečby sú inhibítory protónovej pumpy (PPI), no ich dlhodobé užívanie môže priniesť riziká ako malabsorpcia či infekcie. Preto sa odporúča pravidelne prehodnocovať potrebu liečby a zvážiť depreskripciu. Zvlášť významnou možnosťou je kombinácia kyseliny hyalurónovej a chondroitín sulfátu, ktorá ponúka prirodzenú ochranu a regeneráciu sliznice pažeráka bez potreby lekárskeho predpisu. Táto voľne dostupná forma liečby môže byť vhodná najmä pre pacientov s miernymi symptómami, a zároveň pomáha odľahčiť preťažený zdravotný systém.

Literatúra

1. Phillips HR, Kamboj AK, Leggett CL. Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease: A Concise Review for Clinicians. Mayo Clin Proc. 2025;100(5):882-889.
2. Yamasaki T, et al. The Changing Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease: Are Patients Getting Younger? J Neurogastroenterol Motil. 2018;24(4):559-569. doi:10.5056/jnm18140
3. Wickramasinghe N, Devanarayana NM. Insight into global burden of gastroesophageal reflux disease. World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2025;16(1):97918. doi:10.4292/wjgpt.v16.i1.97918
4. Alotaibi FZ, et al. Prevalence and risk factors of laryngopharyngeal reflux in patients attending an outpatient otolaryngology clinic: A cross-sectional study. J Nat Sci Med. 2023;6(3):210-214. doi:10.4103/jnsm.jnsm_143_22
5. Hossa K, Małecka-Wojciesko E. Advances in gastroesophageal reflux disease management: Exploring the role of potassium-competitive acid blockers and novel therapies. Pharmaceuticals. 2025 May 9;18(5):699.
6. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. Canadian Deprescribing Network; 2015.
7. Strand DS, Kim D, Peura DA. 25 Years of Proton Pump Inhibitors: A Comprehensive Review. Gut and Liver. 2017 Jan 15;11(1):27–37.
8. Slíva J. Fixní kombinace kyseliny hyaluronové a chondroitin sulfátu v léčbě gastroezofageálního refluxu. Medicína pro praxi. 2025;6(1):16–18.