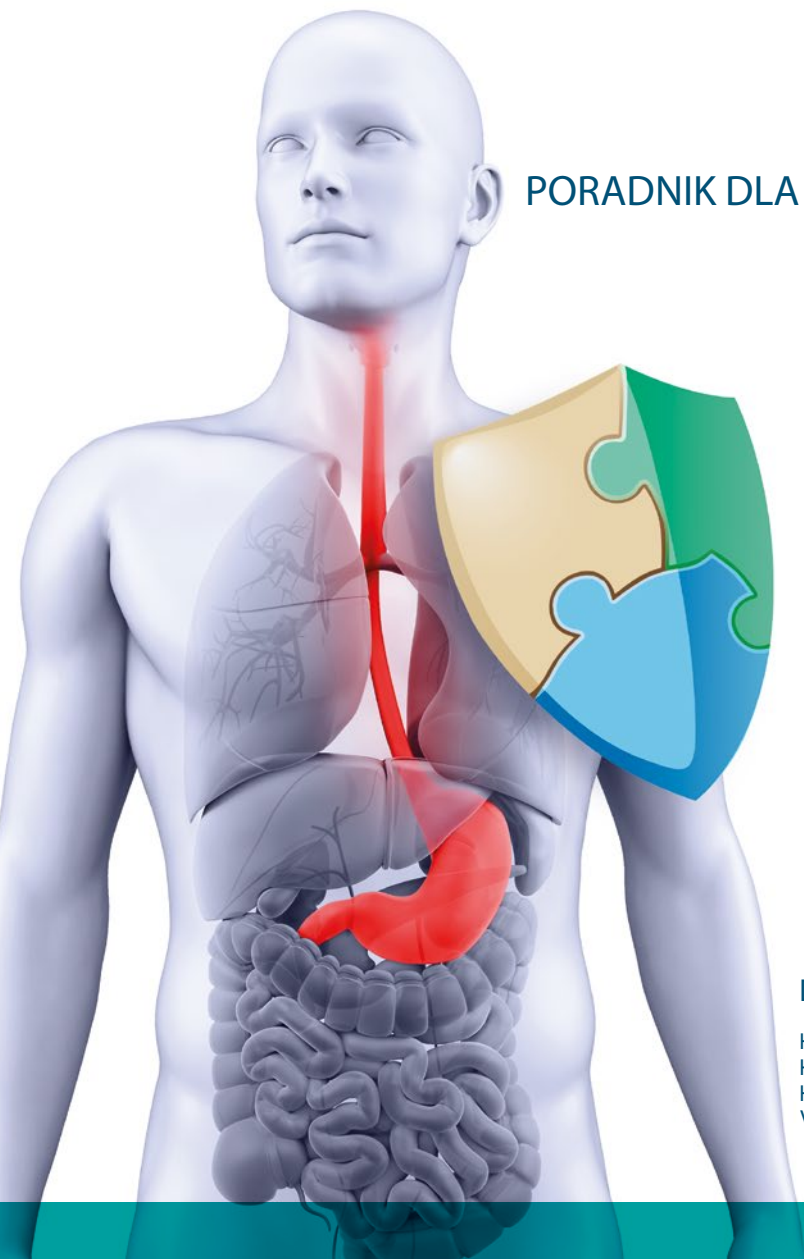


Refluks żołądkowo-przełykowy

PORADNIK DLA PACJENTÓW



Dr Anna Pietrzak

Klinika Gastroenterologii,
Hepatologii i Onkologii
Klinicznej CMKP, COI,
Warszawa

Wprowadzenie

W medycynie, dolegliwości zgłaszane przez pacjenta nazywane są objawami podmiotowymi i przedmiotowymi. Te pierwsze są zazwyczaj subiektywne, odczuwane przez chorego, drugie zaś są obiektywne i widoczne dla innych, a zatem mogą być potwierdzone przez lekarza.

Jednak takie objawy jak zgaga, pieczenie czy ból, choć powszechne, są odczuwane i wykrywane jedynie przez pacjenta i lekarz wie o nich tylko wtedy, kiedy pacjent je zgłosi.

A przecież nie oznacza to, że ich nie ma. Dlatego też, w praktyce codziennej termin „objaw” jest inaczej rozumiany przez pacjenta i przez doktora. Jeśli nie uda mu się stwierdzić żadnych objawów przedmiotowych, wydawać by się mogło, że pacjent powinien być zdrowy, choć w rzeczywistości czuje się chory.

Tak właśnie dzieje się u osób cierpiących na **chorobę refluksową przełyku**, która jest jedną z najczęstszych chorób przewodu pokarmowego. Wiadomo, że dotyczy około 10-30% populacji w krajach rozwiniętych, a jednak u 7 na 10 pacjentów nie stwierdza się odchyień w badaniach dodatkowych. Ta najczęstsza postać nazywana jest **nienadżerkową postacią choroby refluksowej**.

Objawy refluksu występują równie często u mężczyzn i u kobiet, a ich częstość rośnie z wiekiem i nasila się po 40 r.ż., co nie oznacza, że nie mogą wystąpić u osób znacznie młodszych.

*Głównym objawem choroby refluksowej jest **zgaga, czyli uczucie pieczenia, palenia za mostkiem, ewentualnie z towarzyszącym bólem nadbrzusza**.*

Istotą choroby oraz powstawania jej objawów jest cofanie się kwaśnej treści żołądkowej do przełyku.

Cofanie się treści żołądkowej może przebiegać **bez objawów** lub może dawać **typowe objawy refluksu** typu zgaga, przebiegające bez widocznych w gastrokopii zmian w przewodzie pokarmowym, **aż do ciężkiego zapalenia przełyku**, które lekarz widzi i stwierdza w gastrokopii.

Mimo wieloletnich i wnikliwych badań nie udało się ustalić dokładnej przyczyny choroby refluksowej. Z jednej strony wiadomo, że cofanie się treści żołądkowej jest procesem fizjologicznym, z drugiej nie do końca można przewidzieć u kogo spowoduje objawy i o jakim natężeniu.

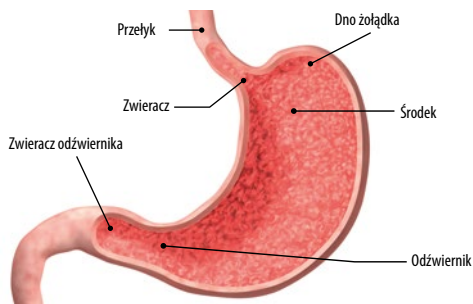


1 Co to jest refluks?

Choroba refluksowa to stan, w którym przełyk jest podrażniony lub zmieniony zapalnie przez cofającą się do przełyku treść żołądkową. To cofanie nazywane jest refluksiem.

Przełyk jest połączony z żołądkiem warstwą okrężnych mięśni, zwanych dolnym zwieraczem przełyku. Jest on zlokalizowany na wysokości przejścia przez przeponę i działa jak zastawka przepuszczająca powietrze, płyny i pokarm tylko w jedną stronę – do żołądka, a jednocześnie zapobiega cofaniu się treści żołądkowej do przełyku. Przejściowe rozluźnienie zwieracza umożliwia uwalnianie gazów z żołądka (odbijanie), bez jednoczesnego powrotu treści żołądkowej i pokarmu. Jeśli z jakichś powodów połączenie to nie funkcjonuje prawidłowo, dochodzi do wystąpienia refluksu.

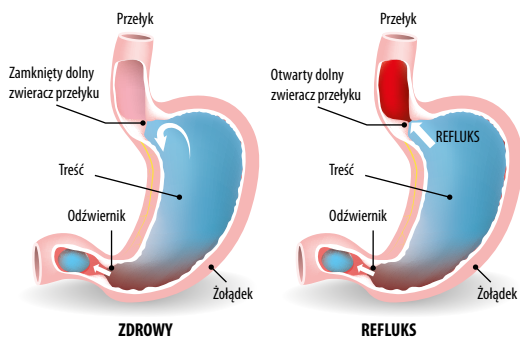
GERD (*Gastro Esophageal Reflux Disease*) wywodzi się z języka angielskiego, jest akronimem pełnej angielskiej nazwy **choroby refluksowej przełyku**. Skrót ten stał się na tyle popularny, że posługują się nim zarówno lekarze, jak i pacjenci nie tylko w krajach anglojęzycznych.



2 Czy refluks jest chorobą?

Refluks może być prawidłowym, fizjologicznym procesem, zachodzącym kilkanaście razy w ciągu dnia u dzieci, młodzieży i dorosłych, nie powodującym żadnych lub jedynie niewielkie objawy. Może także być przyczyną **choroby refluksowej i skutkować występowaniem objawów i powikłań** (Ryc. 1).

Innymi słowy, refluks powodujący występowanie objawów na tyle uciążliwych aby obniżyć jakość życia i/lub spowodować widoczne w gastroskopii uszkodzenie błony śluzowej przełyku definiowany jest jako choroba refluksowa przełyku.



3 Jakie są objawy charakterystyczne dla refluksu?

Najczęstszym i najbardziej charakterystycznym objawem refluksu jest **zgaga**, czyli **uczucie pieczenia za mostkiem**. Może występować **po posiłku**, szczególnie obfitym, czy przy zmianie pozycji ciała (**po pochyleniu, na leżaco**), ale najczęściej pojawia się niezależnie od wykonywanych czynności. Do innych typowych objawów należą **puste lub kwaśne odbijania, kwaśny smak w ustach, uczucie cofania się treści pokarmowej**. Choroba refluksowa może objawiać się **bólem zamostkowym i/lub w nadbrzuszu**, a także **nudnościami i wymiotami** (szczególnie u dzieci).



4 Co powoduje ból w chorobie refluksowej?

Przyczyna powstawania objawów może być wyjaśniona bliskością błony śluzowej żołądka wydzielającej kwas i enzymy trawienne z nabłonkiem przełyku. Błona śluzowa żołądka jest wytrzymała na niskie pH i aktywność enzymów. Natomiast **nabłonek przełyku nie jest tak wytrzymały i przez to jest niszczony i „trawiony”** jeśli zostanie wystawiony na działanie tych substancji. Uczucie zgagi jest skutkiem kontaktu przedostającej się przez zniszczony nabłonek kwaśnej treści refluksowej z receptorami czucia bólu w ścianie przełyku i przekazania sygnału do mózgu.

5 Kiedy jest gorzej? Dlaczego boli mnie w nocy?

Mam 42 lata. Pracuję w hurtowni i często dzwigam, co jest o tyle uciążliwe, że borykam się z otyłością. Od pół roku dokucza mi zgaga. Wcześniej objawy pojawiały się po spożyciu konkretnych potraw (np. smażone lub pikantne jedzenie, alkohol), ale ostatnio stały się częstsze i bardziej nasilone, a szczególnie źle czuję się w nocy. W badaniach dodatkowych nie stwierdzono żadnych zmian. Czy prawidłowo rozpoznano u mnie nienadżerkową postać choroby refluksowej przełyku?



KOMENTARZ:

Tak, takie rozpoznanie jest najbardziej prawdopodobne. Zarówno **otyłość, jak i wysiłek fizyczny** zwiększają ciśnienie w jamie brzusznej, co nasila cofanie się treści

pokarmowej do przełyku i zwiększa ryzyko wystąpienia choroby refluksowej. Z tych samych względów zgaga częściej pojawia się po obfitych i tłustych posiłkach. Alkohol natomiast zmniejsza napięcie dolnego zwieracza przełyku. Do innych czynników, działających rozluźniająco na dolny zwieracz przełyku, a przez to usposabiających do powstawania refluksu należą **palenie tytoniu**, niektóre choroby ogólnoustrojowe, takie jak **cukrzyca**, **zaburzenia hormonalne** czy **choroby tkanki łącznej**. Istotną rolę odgrywają również przyjmowane **leki, obniżające ciśnienie krwi, rozkurczające oskrzela (astmatycy), uspokajające czy nasenne i wiele innych**. Także ciąża, w wielu mechanizmach (zwiększone ciśnienie wewnątrzbrzuszne, zmiany hormonalne) może prowadzić do refluksu.

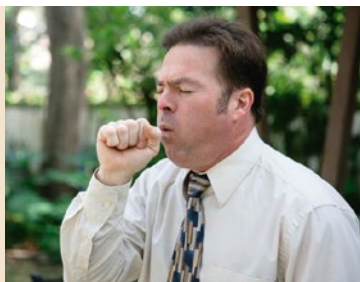
W pozycji leżącej, m.in. ze względu na brak czynnika grawitacyjnego, u osób predysponowanych **częściej dochodzi do zarzucania treści żołądkowej do przełyku, a treść ta pozostaje dłużej**. Stąd objawy nocne są bardziej nasilone niż w ciągu dnia i wiążą się z większą ilością cięższych powikłań, a występują nawet u 45-80% pacjentów z chorobą refluksową. U takich pacjentów częściej też pojawiają się objawy nie zawsze od razu kojarzone z refluksiem.

Jak już wspomniano, najczęściej nie stwierdza się żadnych nieprawidłowości w badaniach dodatkowych, co nie zmienia podejścia do leczenia objawów.

6 Czy takie objawy są nietypowe?

Mój mąż ma 55 lat i jest nauczycielem. Nie pali, prowadzi siedzący tryb życia. Niestety nie sypia zbyt dobrze i czasem budzi się rozdrażniony i zachrypnięty, a od pewnego czasu wybudza się w nocy z powodu męczącego kaszlu, który początkowo był uznawany za powikłanie wcześniejszego zapalenia oskrzeli, a który jednak stopniowo się pogarszał. Czasem ze względu na nasilenie chrypy nie jest w stanie prowadzić lekcji, musiał także udać się do dentysty z powodu zmian w jamie ustnej i bólu zębów. Liczne badania, w tym płuc, wykluczyły jakąkolwiek chorobę dróg oddechowych.

W związku z tym, lekarz pierwszego kontaktu skierował go na badanie oceniające zawartość kwasu w przełyku i opisano w nim wiele epizodów kwaśnego refluksu nocnego. Czy rzeczywiście mój mąż ma chorobę refluksową przełyku i czy takie objawy są nietypowe?



KOMENTARZ:

Powyższy przypadek opisuje pozaprzęłykowe objawy, które **nie są typowe** dla choroby refluksowej, takie jak **suchy kaszel, chrypa czy zmiany w jamie ustnej**. Nie oznacza to, że są rzadkie. Ich rzeczywista częstość występowania jest trudna do ustalenia, ale szacuje się, że refluks może być odpowiedzialny za **20-40%** przypadków niewyjaśnionego, przewlekłego kaszlu. **Kaszel „refluksowy”** jest odruchem spowodowanym drażnieniem drzewa oskrzelowego przez kwaśną treść żołądkową, która dostaje się do płuc z powodu niedomogi wpustu, najczęściej w nocy (w pozycji leżącej). Taką samą przyczynę ma **chrypa, szczególnie poranna**. Gdy takim objawom nie towarzyszą przełykowe objawy choroby, konieczne są szczegółowe badania. Jeśli jednak wypadną one prawidłowo, a w badaniu przełyku stwierdzi się refluks, to należy uznać, że jest on przyczyną dolegliwości i rozpoznać pozaprzęłykową postać choroby refluksowej. Jeszcze raz należy podkreślić, że nietypowość objawów polega na tym, że **nie dotyczą przewodu pokarmowego**, a nie na tym, że są rzadkie. Do innych pozaprzęłykowych objawów refluksu należą zapalenie krtani, zespół astmatyczny i zespół nadżerek zębowych. Prawdopodobnie refluks może też niekiedy wywoływać zapalenie gardła, zatok przynosowych, a nawet ucha.

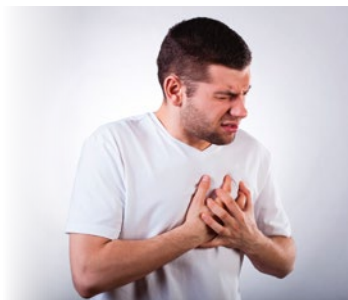
Konieczne trzeba zaznaczyć, że **refluks jest najczęstszą (50%) przyczyną niesercowego bólu w klatce piersiowej**.

7

Jak można rozpoznać refluks?

W znakomitej większości przypadków chorobę refluksową **rozpoznaje się na podstawie charakterystycznych objawów** i dobrej reakcji na leczenie empiryczne, bez konieczności wykonywania badań dodatkowych. Według zaleceń towarzystw naukowych z 2013

roku badania obrazujące przewód pokarmowy nie powinny wręcz być rutynowo wykonywane. Zalecana powszechnie **gastroskopia**, czyli oglądanie przełyku, żołądka i dwunastnicy za pomocą zakończonej kamerą giętkiej rurki, wprowadzanej przez usta, **nie służy** do rozpoznawania choroby refluksowej. Badania specjalistyczne, takie jak ocena zmian ciśnienia w przełyku (manometria) czy badanie pH zarzucanej treści z jednoczesną oceną czynności skurczowej (impedancja) służą do oceny ciężkości refluksu przed podjęciem decyzji o leczeniu zabiegowym lub w przypadkach przebiegających nietypowo. Natomiast ich rola w diagnostyce refluksu jest niejednoznaczna i dlatego nie są one szeroko stosowane (wykrycie treści żołądkowej



w przełyku nie oznacza, że pacjent ma objawy). Badania dodatkowe powinny być zalecane w przypadku braku pewności co do rozpoznania, braku poprawy po leczeniu czy pojawienia się objawów alarmowych.

8

Od trzech tygodni mam zgagę, lekarz rodzinny skierował mnie na gastroskopię w celu potwierdzenia refluku, jednak badanie to wypadło prawidłowo.

Czy to znaczy, że nie mam refluku?



Jak już wspomniano, gastroskopia nie ma znaczenia w rozpoznawaniu choroby refluksowej. Ponieważ w czasie badania nie da się zobaczyć cofania treści żołądka do przełyku ani ocenić podrażnienia receptorów bólowych w ścianie przełyku, obraz endoskopowy zupełnie nie koreluje z objawami klinicznymi. Może być tak, że odczuwamy uporczywą zgagę czy ból, istotnie obniżające naszą jakość życia, a badanie wypadnie prawidłowo. I odwrotnie, w trakcie gastrokopii z innych przyczyn stwierdza się ciężkie zapalenie przełyku, a pacjent nie odczuwa żadnych objawów ze strony przełyku. Mimo to, endoskopia jest najczęstszym badaniem zalecanym u pacjentów ze zgagą i podejrzeniem choroby refluksowej. Dlaczego więc lekarze tak powszechnie ją zalecają? Ponieważ pozwala na bezpośrednią ocenę błony śluzowej, a zatem jest przydatna w rozpoznawaniu powikłań refluku, takich jak zapalenie przełyku, zwężenie pozapalne, zmiany przednowotworowe, które mogą mieć znaczenie dla modyfikacji leczenia i rokowania dla pacjenta. Gastroskopia pełni także kluczową rolę w diagnostyce różnicowej innych chorób zapalnych i niezapalnych. A zatem gastroskopia jest przydatna w rozpoznawaniu powikłań, a nie choroby i jej prawidłowy wynik nie wpływa na rozpoznanie refluku.

9

Czy przepuklina to refluks?

Odpowiedź na to pytanie jest jednoznaczna – nie. Przepuklina rozworu przełykowego przepony polega na przemieszczeniu się ku górze łączy żołądkowo-przełykowego tak, że dolny zwieracz przełyku znajduje się kilka, kilkanaście centymetrów wyżej od rozworu tworzonego przez odnogi przepony. To oznacza, że górna część żołądka przemieszczona jest do klatki piersiowej i tworzy tzw. worek przepukliny. Uważa się, że do powstania przepukliny dochodzi w wyniku osłabienia lub zerwania więzadeł przeponowo-przełykowych, które łączą przełyk z odnogami przepony. U osób starszych więzadła często wykazują cechy degeneracji z utratą włókien

elastycznych i zastąpieniem ich tkanką tłuszczową. Poza zmianami degeneracyjnymi do uszkodzenia więzadeł może dochodzić w wyniku silnego urazu mechanicznego wywołanego wysokim ciśnieniem śródbrzusznym bądź dużą różnicą ciśnień między klatką piersiową a jamą brzuszną.

Choroba refluksowa kojarzona jest często z przepukliną, ponieważ niemal wszyscy pacjenci z ciężkim refluksiem i wielu z łagodniejszymi objawami choroby mają udokumentowaną w badaniach przepuklinę rozworu przełykowego przepony.

10 Czy dieta lub zmiana stylu życia mają wpływ na objawy?

Nie udowodniono, aby modyfikacje dietetyczne miały wpływ na objawy, dlatego też zaleca się jedynie rezygnację z potraw, które u danej osoby je powodują bądź zaostrzają. Zwyczajowo zaleca się natomiast zmniejszenie objętości posiłków i niejedzenie na 2-3 godziny przed snem. W wielu badaniach wskazano skuteczność redukcji masy ciała u pacjentów z nadwagą i otyłych i takie postępowanie powinno być rekomendowane. Mimo że nie wykazano, aby zaprzestanie palenia tytoniu i picia alkoholu zmniejszało ryzyko wystąpienia objawów, powinno się je zalecać ze względów prozdrowotnych.

11 Jakie są metody leczenia refluksu?

Choroba refluksowa jest chorobą przewlekłą, dlatego jej leczenie jest długotrwałe i ma trzy podstawowe cele: opanowanie objawów, wyleczenie zapalenia przełyku i zapobieganie powikłaniom. Z punktu widzenia pacjenta najważniejsze znaczenie ma **kontrolowanie objawów** choroby. Aby tak się działo, konieczne jest przewlekłe, niekiedy dożywotnie przyjmowanie leków, albo w systemie ciągłym (codzienne), albo „na żądanie” (jedynie gdy pojawią się objawy). Do dyspozycji mamy kilka grup leków o różnych mechanizmach działania.

Podstawę leczenia stanowią leki **hamujące wydzielanie kwasu solnego**. Najszybsze ustąpienie dolegliwości u większości chorych zapewniają tzw. inhibitory pompy protonowej. Preparaty z tej grupy są stosunkowo bezpieczne, dobrze tolerowane i mogą być przyjmowane przewlekłe, choć długotrwałe stosowane **mogą jednak dawać działania niepożądane**. Starszą grupą leków hamujących sekrecję soku żołądkowego są inhibitory receptora H₂, do których należą popularne, możliwe do nabycia bez recepty leki, takie jak ranitydyna. Mają zastosowanie w leczeniu łagodnych postaci refluksu bądź jako leki wspomagające. **Każdy z wymienionych preparatów ma swoje działania uboczne, dlatego najważniejszym elementem**

leczenia jest ścisła współpraca pacjenta z lekarzem, który na bieżąco będzie modyfikował terapię w zależności od aktualnego samopoczucia i potrzeb chorego.

Inne grupy leków, takie jak leki zobojętniające kwas solny czy **osłaniające błonę śluzową przełyku, np. ESOXX® ONE**, mają znaczenie pomocnicze – **działają objawowo i prowadzą do wygojenia zmian zapalnych. Można je stosować jako terapię dodaną albo w czasie odstawienia leków antysekrecyjnych, czyli jako terapię pomostową.**

12

Lekarz przekonywał mnie, że moje lekarstwo jest bezpieczne i mogę je stosować latami. Rzeczywiście, objawy refluksu ustąpiły odkąd przyjmuję tabletki, ale od kilku tygodni pojawiają się wzdęcia i ból brzucha, a co gorsza miewam biegunkę.

Uwzględniając bilans korzyści i ryzyka lekarz, który zalecił długotrwałą terapię, miał słuszną rację. Jak już wspomniano, głównymi celami w leczeniu choroby refluksowej jest znoszenie objawów i zapobieganie powikłaniom, a to jest możliwe jedynie dzięki stosowaniu leków. Niestety, tak jak wszystkie, i te mają swoje działania uboczne. Jednym z nich, będącym konsekwencją braku kwaśnej treści żołądkowej, a przez to braku bariery chroniącej przed wnikaniem drobnoustrojów (fizjologicznie trawionych w żołądku) do przewodu pokarmowego jest **zespół rozrostu bakteryjnego (SIBO)**. Rozwiązaniem jest odstawienie leku antyrefluksowego, co najczęściej prowadzi do nawrotu zgagi. Można wtedy, jako terapię pomostową, w okresach wolnych od leczenia antysekrecyjnego stosować preparaty niewchłaniające się z przewodu pokarmowego, tworzące warstwę ochronną, zmniejszającą kontakt śluzówki przełyku z treścią żołądkową. **Od niedawna jest w Polsce dostępny unikalny preparat ESOXX® ONE**, naturalny wyrób medyczny składający się z siarczanu chondroityny, kwasu hialuronowego i substancji wiążącej - poloxameru, która szczególnie łatwo przylega do uszkodzonych komórek śluzówki przełyku, wypełniając powstałe luki niczym fuga między kafelkami. Innym rozwiązaniem w przypadku niepożądanych objawów brzusznych jest kontynuacja leczenia antysekrecyjnego (popularne leki „na zgagę”) i jednocześnie zastosowanie leku używanego w leczeniu rozrostu bakteryjnego (SIBO) – rifaksyminy, która eradykuje nadmiar bakterii w jelicie i zmniejsza objawy typu ból brzucha, wzdęcia, biegunka.

Do innych istotnych powikłań stosowania inhibitorów pompy protonowej należą zakażenie jelitowe *Clostridium difficile*, zwiększone ryzyko pozaszpitalnego zapalenia płuc. Istnieją też niepokojące dane o zwiększonym ryzyku osteoporozy oraz o interakcji z lekami przeciwniekrzepliwymi, ale należy zaznaczyć, że nie ma jednoznacznych dowodów. **W razie tych powikłań, czy w obawie przed nimi, również można wykorzystać ESOXX® ONE.**

13 Czy chirurgia ma zastosowanie w leczeniu refluksu?

Chirurgia ma ograniczone znaczenie w leczeniu choroby refluksowej. Niegdyś uważano, że pacjenci niereagujący na leczenie zachowawcze są kandydatami do operacji. Okazało się jednak, że po kilku latach od operacji zdecydowanie ponad połowa chorych ponownie przyjmowała leki z powodu nawrotu objawów. Dlatego też według najnowszych zaleceń, generalnie nie rekomenduje się leczenia chirurgicznego u osób, które nie odpowiedziały na leczenie zachowawcze. Obecnie uważa się, że operacja jest jedną z metod leczenia refluksu u pacjentów, którzy dobrze reagują na leczenie lekami, ale nie akceptują długoletniej terapii, nie współpracują z lekarzem, nie tolerują leku, obawiają się powikłań. Innymi wskazaniami do zabiegu są obecność przepukliny rozworu przełykowego przepony, a także powikłań choroby refluksowej – zapalenia, zwężenia, stanów przednowotworowych czy raka. Leczenie chirurgiczne rozważane jest również u pacjentów z ciężkimi pozaprzętkowymi objawami choroby. Postępowaniem z wyboru w leczeniu choroby refluksowej jest laparoskopowa fundoplikacja, czyli procedura, w której dno żołądka owija się dookoła przełyku w celu wytworzenia nowej zastawki wpustu w okolicy łącza żołądkowo-przełykowego. W przypadku powikłań bywa konieczne usunięcie części bądź całego przełyku.

14 Czy mogę rozwinąć raka?

Do rozwoju raka w przebiegu refluksu dochodzi niezmiernie rzadko. Stanem przednowotworowym jest tzw. przełyk Barretta, który pojawia się u 5-15% pacjentów z zapaleniem przełyku w wywiadach. Istotą patologii jest obecność prawidłowego nabłonka, ale jelitowego, w nietypowym dla siebie miejscu – czyli w dolnej części przełyku. Dochodzi do tego wskutek nieprawidłowej regeneracji zmienionej zapalnie błony śluzowej. Jeśli w badaniu mikroskopowym wycinków pobranych do badania stwierdzi się w obrębie nabłonka Barretta zmiany dysplastyczne (nieprawidłowe), wówczas ryzyko raka jest nieco większe i tacy chorzy wymagają okresowej kontroli endoskopowej.

Dlatego też najważniejsze jest niedopuszczanie do rozwoju powikłań i regularne leczenie.

Nie wiem, czy coś mi pomoże! Leki przepisywane przez lekarza nie działają, nawet w zwiększonych dawkach i przyjmowane dwa razy dziennie, a operacja podobno też będzie nieskuteczna. Czy już zawsze będę cierpieć z powodu refluksu?

Mimo powszechnej skuteczności inhibitorów pompy protonowej, standardowe leczenie refluksu zawodzi u 10-40% pacjentów. Głównymi przyczynami oporności na leczenie są: **niekwaśna komponenta refluksu, tzw. refluks niekwaśny, refluks nocny, brak współpracy z pacjentem, w tym pomijanie i dublowanie dawek.**

W takich sytuacjach pierwszym krokiem jest zwiększenie dawki, a drugim dodanie dawki nocnej leku. Obie strategie nie były w tym przypadku skuteczne. **Wówczas zaleca się dodanie do leczenia preparatu wspomagającego, który powinien zmniejszać objawy w czasie gdy leki podstawowe wyczerpują swoje działanie. Jednym z takich preparatów jest wspomniany już ESOXX® ONE.** Trzeba podkreślić, że choroba refluksowa jest chorobą przewlekłą, wymagającą ciągłego leczenia, dlatego też ważne jest, aby mieć do dyspozycji różne leki i preparaty, które będą stosowane w zależności od okoliczności.





ESOXX[®] ONE

dla pacjentów cierpiących
z powodu **zgagi i regurgitacji**



Do stosowania u pacjentów:

- cierpiących pomimo stosowania leków – jako **terapia dodana**¹,
- w okresie odstawienia leków – jako **terapia pomostowa**.

Szybko* znosi objawy refluksu (np: zgagę, regurgitację)².

Jedyny unikalny produkt zawierający kwas hialuronowy, który dzięki poloxamerowi 407 tworzy barierę ochronną w przełyku.

Chroni śluzówkę przełyku przed zgagą³ i przyspiesza jej gojenie.

www.esoxxone.pl

www.facebook.com/Aga.Zgaga.Esoxxone/

WSKAZANIA: ESOXX[®] ONE to wyrób medyczny o działaniu miejscowo-osłaniającym, który pozwala na szybkie złagodzenie objawów związanych z refluksiem żołądkowo-przełykowym, takich jak zgaga, ból w nadbrzuszu, zarzucanie treści żołądkowej do przełyku, kaszel podrażnieniowy, dysfonia (chrypka). Choroba refluksowa przełyku charakteryzuje się objawami takimi jak zgaga, zarzucanie treści żołądkowej do przełyku, kaszel podrażnieniowy, dysfonia, które mogą, choć nie muszą, być powiązane z występowaniem zapalnych zmian nadżerkowych błony śluzowej przełyku. Objawy GERD są zazwyczaj bardziej odczuwalne w pozycji leżącej i mogą nasilać się w trakcie snu. ESOXX[®] ONE to połączenie kwasu hialuronowego i siarczanu chondroityny, które ze względu na swój oryginalny i innowacyjny mechanizm działania chronią błonę śluzową przełyku. ESOXX[®] ONE zawiera także poloxamer 407 – składnik o wysokiej zdolności przylegania do błony śluzowej przełyku. Dzięki niemu kwas hialuronowy i siarczan chondroityny dłużej powlekają śluzówkę, chroniąc ją przed działaniem kwasu solnego wytwarzanego w żołądku. Siarczan chondroityny ma również działanie wspomagające w procesie gojenia błony śluzowej przełyku. **SKŁAD:** Kwas hialuronowy, siarczan chondroityny, poliwinylpirolidon, ksylitol C, benzoian sodu, sorbinian potasu, aromaty, woda demineralizowana, poloxamer 407. **OPAKOWANIE:** 14 ESOXXetek (saszetek jednodawkowych) po 10 ml. **DAWKOWANIE I SPOSÓB UŻYCIA:** 1 ESOXXetka (pojedyncza saszетка) 10 ml po głównych posiłkach i/lub przed snem lub zgodnie z zaleceniami lekarza. Końcówkę saszetki należy odciąć nożyczkami lub oderwać w miejscu zaznaczonym przerywaną linią. Syrop można wypić bezpośrednio z saszetki. Syrop nie wymaga rozcieńczania. **PRZECIWSKAZANIA:** Brak jest szczególnych przeciwwskazań, z wyjątkiem przypadków nadwrażliwości na którykolwiek ze składników. W takiej sytuacji należy przerwać leczenie i skontaktować się z lekarzem. Pomimo że nie są znane działania niepożądane, nie zaleca się stosowania ESOXX[®] ONE w okresie ciąży lub w pierwszych miesiącach karmienia. W każdym przypadku należy najpierw skonsultować się z lekarzem. **OSTRZEŻENIA:** Nie należy przekraczać zalecanej dawki. Jeżeli dolegliwości nie ustępują, należy skonsultować się z lekarzem. Nie należy stosować produktu po upływie terminu ważności zamieszczonego na opakowaniu. Przechowywać w chłodnym, suchym miejscu, z dala od źródeł ciepła. Nie zamrażać. Przechowywać w miejscu niedostępnym dla dzieci. **WYTWÓRCA:** Apharm srl, via Roma 26, 28041 Arona, Włochy DYSTRYBUTOR: Alfisigma Polska Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; tel.: +48 22 8240364

* U większości pacjentów (>60%) Esoxx[®] One rozpoczyna swoje działanie poniżej 30 min od zastosowania.

1. Savarino V et al. Aliment. Pharmacol. Ther. 2017 Mar; 45(5):631–642.
2. Palmieri B et al. Eur Rev Med Pharmacol 2013; 17:3272–3278.
3. Di Simone MP et al. Clin Expt Gastroenterol 2012; 5:103–107.

ALFASIGMA