SVEIKATOS MOKSLAI /
HEALTH SCIENCES IN EASTERN EUROPE
ISSN 1392-6373 print / 2335-867X online
2026, 36 tomas, Nr.7, p. 116-122
DOI: https://doi.org/10.35988/sm-hs.2026.298

PROTONŲ SIURBLIO INHIBITORIŲ IR H2 RECEPTORIŲ ANTAGONISTŲ POVEIKIO PALYGINIMAS GYDANT VAISTŲ SUKELTĄ EZOFAGITĄ

Džiugas Jančevskis[1], Vygintas Aliukonis[2]
[1]Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas,
[2]Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų institutas,
Sveikatos etikos, teisės ir istorijos centras

Raktažodžiai: vaistų sukeltas ezofagitas, protonų siurblio inhibitoriai, H2 receptorių antagonistai.

Santrauka

Vaistų sukeltas ezofagitas – tai vaistų sukeltas stemplės gleivinės pažeidimas. Nors ši būklė nėra dažna, ji gali sukelti ryškų diskomfortą (skausmą, odinofagiją, disfagiją) ir, retais atvejais, komplikacijas. Dažniausi vaistų sukeltą ezofagitą provokuojantys vaistai yra tetraciklinų grupės antibiotikai, nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, bifosfonatai, kalio chloridas, geležies preparatai ir kiti. Svarbiausia vaistų sukelto ezofagito valdymo dalis yra prevencija ir priežastinio vaisto nutraukimas; simptomams mažinti dažniausiai skiriami rūgštį slopinantys vaistai – protonų siurblio inhibitoriai arba H2 receptorių antagonistai. Šio darbo tikslas – apžvelgti naujesnę literatūrą ir palyginti protonų siurblio inhibitorių bei H2 receptorių antagonistų efektyvumą mažinant simptomus ir skatinant stemplės gleivinės gijimą. Literatūros paieška atlikta 2025 m. lapkričio–gruodžio mėn. Remtasi daugiausia 2010–2025 m. publikacijomis. Dėl tiesioginių vaistų sukelto ezofagito gydymo tyrimų stokos pagrindinė įrodymų bazė šiame darbe yra erozinio ezofagito ir gastroezofaginio refliukso ligos literatūra, todėl išvados vaistų sukelto ezofagito kontekste yra netiesioginės. Apžvelgti šaltiniai rodo, kad erozinio ezofagito gydymui protonų siurblio inhibitoriai paprastai yra pranašesni už H2 receptorių antagonistus tiek simptomų kontrolei, tiek gleivinės gijimui. Tarp protonų siurblio inhibitorių kai kuriuose palyginamuosiuose tyrimuose ezomeprazolas turi nedidelį pranašumą prieš kai kuriuos kitus protonų siurblio inhibitorius, tačiau klinikiniai skirtumai paprastai nėra dideli. Naujesnė rūgštį slopinančių vaistų grupė – kalio konkurenciniai rūgšties blokatoriai – kai kuriuose tyrimuose yra ne mažiau veiksmingi nei protonų siurblio inhibitoriai gydant erozinį ezofagitą, tačiau jų vieta vaistų sukelto ezofagito valdyme dar nėra apibrėžta. Ilgalaikis protonų siurblio inhibitorių vartojimas siejamas su nepageidaujamais reiškiniais, todėl rekomenduojama periodiškai peržiūrėti indikacijas.

Įvadas

Vaistų sukeltas ezofagitas (VSE) – tai stemplės uždegiminis pažeidimas, kurį sukelia vaistai. Medikamentų įvairovė, galinti sukelti šį pažeidimą, yra itin gausi. Dažniausiai ezofagitą sukeliantys vaistai yra: antibiotikai (ypač tetraciklinų grupės), nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo, acetaminofenas, antihipertenziniai vaistai, bisfosfonatai, geriamieji hipoglikeminiai vaistai, kalio chloridas ir kiti [1–4]. Literatūroje nurodoma, kad VSE dažnis gali siekti apie 3,9 atvejo 100 000 gyventojų per metus [3, 4], tačiau tikėtina, kad tikrasis paplitimas yra didesnis dėl nediagnozuotų ar savaime praeinančių atvejų [2]. Pagrindiniai VSE simptomai yra panašūs tiek vaikams, tiek suaugusiesiems. Dažniausi VSE simptomai (išrikiuoti pagal dažnį) yra: krūtinės skausmas, rėmuo, odinofagija, disfagija, vėmimas [2, 3]. Simptomai gali atsirasti nuo kelių valandų iki kelių dienų ar savaičių po vaisto pavartojimo, o daugeliu atvejų sumažėja per 7–10 dienų nutraukus priežastinio vaisto vartojimą ir taikant palaikomąją terapiją [3, 5]. Šios ligos diagnostika grindžiama trimis diagnostikos metodais: anamneze (naujas vaistas, vartojimo aplinkybės), klinikiniais simptomais bei endoskopiniu tyrimu [2, 4]. Pažeidimai yra cheminio pobūdžio, gali skirtis arba vienu metu gali pasireikšti keli elementai, tačiau dažniausi iš jų yra: erozijos, eritemos, opos su kraujavimu arba be jo [2, 3]. Nors VSE nėra itin dažna diagnozė, ji klinikinėje praktikoje gali būti nepakankamai atpažįstama, todėl svarbus tiek pacientų, tiek medicinos personalo informavimas apie riziką ir prevencijos priemones.

VSE valdymo pagrindą sudaro du elementai: ezofagitą

Adresas susirašinėti: Džiugas Jančevskis, el. p. dziugas.jancevskis@gmail.com

sukėlusio vaisto vartojimo nutraukimas bei antacidinių vaistų skyrimas, į kurių grupę patenka protonų siurblio inhibitoriai (PSI) ir 2 tipo histamino receptorių antagonistai (H2RA). Šie vaistai turėtų būti skiriami ne tik kai nėra galimybės nutraukti VSE sukėlusio vaisto vartojimo, bet ir kai šią būklę sukėlęs medikamentas yra nutraukiamas, nes antacidiniai vaistai apsaugo jau susiformavusį pažeidimą nuo refliukso metu atsirandančio skrandžio rūgšties poveikio [1]. Reikia pabrėžti, kad aukšto įrodymų lygio tyrimų, vertinančių konkretų VSE medikamentinį gydymą, yra mažai, todėl praktikoje taikomos rekomendacijos dažnai remiasi atvejų aprašymais ir analogija su gastroezofaginio refliukso liga (GERL) ar eroziniu ezofagitu.

Abi vaistų grupės jau seniai naudojamos rūgšties slopinimui sergant GERL ar eroziniu ezofagitu, tačiau jų veiksmingumas būtent VSE atveju yra menkai ištirtas. Specifinių,

1 lentelė. Nagrinėtų straipsnių santrauka.

Šaltinis	Populiacija	Intervencija	Trukmė	Baigtis	Pagrindinis rezultatas	Įrodymų stiprumas	Svarbiausia žinutė
Sigterman ir kt. [6]	Sergantys GERL ir endoskopiškai neigiama refliukso liga (ENRD)	PSI, H2RA ir prokinetikų efektyvumas suaugusiems, sergantiems GERL ar ENRD	1-12 savaičių	PSI efektyviau slopina rėmenį tiek sergantiems GERL, tiek ENRD	PSI efektyviau nei H2RA paveikia degimo pojūtį	Stiprus dėl nagrinėtų tyrimų laikotarpio ir bendro dalyvių skaičiaus juose	Tiesioginių palyginimų apžvalgoje PSI buvo veiksmingesni už H2RA rėmens kontrolei (RR 0,66; 95 % PI 0,60–0,73)
Chen ir kt. [9]	Ilgalaikiai mažų aspirino dozių vartotojai, anksčiau turėję peptinių opų ar erozijų	Skiriant omeprazolą arba famotidiną	24 savaitės	Peptinių opų / erozijų recidyvas ir viršutinio VT simptomai; papildomai vertinta erozinio ezofagito rizika. Omeprazolas pranašesnis už famotidiną	Omeprazolas buvo susijęs su mažesniu viršutinio VT simptomų ir opų/erozijų recidyvų dažniu; erozinio ezofagito rizika buvo panaši abiejose grupėse	Vidutinis, nes retrospektyvinė kohorta; nėra EE gydymo tyrimas)	Retrospektyvinėje kohortoje (aspirino vartotojai) omeprazolas siejosi su mažesniu viršutinio VT simptomų ir opų/erozijų recidyvų dažniu; EE rizika tarp grupių nesiskyrė (netiesioginis šaltinis EE/VSE kontekstui)
Bucan ir kt. [10]	GERL sergantys pacientai	Įvertinti GERL gydymo metodus ir ateities gydymo perspektyvas	4-12 savaičių	PSI labiau nei H2RA ir placebas sumažina simptomus per nurodytą laikotarpį	PSI geriau nei H2RA mažina rėmens simptomus	Vidutinis dėl nenurodytos aiškios straipsnių paieškos strategijos ir jų pasirinkimo	Apžvalga pabrėžia, kad PSI paprastai efektyviau nei H2RA mažina rėmens simptomus (H2RA dažniau riboja tolerancija/tachifilaksija)
Savarino ir kt. [7]	Įvairaus sunkumo GERL formomis sergantys pacientai	Įvairių formų medikamentinio gydymo palyginimas esant GERL	4–8 savaitės	PSI RR buvo aukštesnis mažinant rėmenį ir didesnė procentinė dalis per savaitę, skatinant pažeistos stemplės gleivinės gijimą	PSI efektyviau nei H2RA slopina rėmens simptomus bei skatina stemplės gleivinės gijimą	Stiprus dėl platausšaltinių panaudojimo ir bendro konsensuso tarp daugelio medicinos specialistų	Apžvalgoje nurodoma, kad PSI, palyginti su H2RA, geriau slopina simptomus ir dažniau lemia stemplės gleivinės gijimą (GERL/EE kontekstas)
Soga ir kt. [11]	Įvairaus sunkumo GERL sukeltu ezofagitu sergantys pacientai	Skiriant 20 mg famotidino du kartus per parą arba 20 mg	8 savaitės	PSI gerokai didesniam procentui žmonių	PSI yra efektyvesni nei H2RA gydant	Stiprus dėl aktyviai vykdytos tiriamųjų priežiūros ir endoskopijų	Šaltinis pateikia išvadą, kad PSI yra efektyvesni nei H2RA gydant GERL sukeltą

		omeprazolo kartą per parą		sumažino GERL sukeltas stemplės pažaidas	GERL sukeltą ezofagitą	atlikimo vertinant pažeidimus	ezofagitą (didesnė simptomų kontrolė ir gijimo tikimybė)
Herardi ir kt. [12]	Eroziniu ezofagitu sergantys asmenys	Vertinant ir lyginant įvairias medikamentinio gydymo galimybes	Nebuvo nurodyta	Remiantis kitais straipsniais ir tyrimais padaryta išvada dėl PSI didesnio veiksmingumo, palyginti su H2RA	PSI aktyviau slopina rūgšties sekreciją bei skatina gleivinės gijimą	Vidutinis dėl nenurodytų atrankos kriterijų straipsniams ir jų pasirinkimo	Šaltinyje akcentuojama, kad PSI stipriau ir ilgiau slopina rūgšties sekreciją nei H2RA, todėl dažniau pasiekiama gleivinės gijimo baigtis EE atvejais
Mittal [13]	GERL sukeltu ezofagitu sergantys asmenys	Lyginant įvairias gydymo galimybes	4–8 savaites	Remiantis kitais šaltiniais PSI veiksmingesni nei H2RA esant ezofagitui	PSI veiksmingiau nei H2RA gydo ezofagitą	Vidutinis dėl menko šaltinių skaičiaus	Apžvalga daro išvadą, kad EE gydyme PSI yra veiksmingesni nei H2RA, ypač siekiant endoskopinio gijimo
Valdovinos-Garcia ir kt. [17]	Literatūros apžvalga apie PSI	PSI apžvalga ir palyginimas su kitais medikamentais	4–8 savaites	PSI didelei daliai, beveik 4/5, GERL sergančių pacientų sumažina simptomus bei gerina gleivinės sugijimą	PSI efektyviau nei H2RA slopina simptomus bei skatina greitesnį gleivinės gijimą	Stiprus dėl šaltinių gausos ir bendrų medicinos srities specialistų rekomendacijų	Apžvalgoje apibendrinama, kad PSI, palyginti su H2RA, efektyviau slopina simptomus ir skatina greitesnį gleivinės gijimą (GERL/EE)
Sandhu ir kt. Fass [8]	Literatūros apžvalga apie GERL gydymą	PSI savybės, poveikis ir šiek tiek palyginimo su kitais medikamentais	4–8 savaites	Visi PSI yra efektyvesni už ranitidiną gydant EE ir mažinant atkryčių riziką	PSI efektyviau nei H2RA mažina neigiamą EE sukeltą poveikį	Vidutinis dėl nenurodytų šaltinių atrankos ir pasirinkimo	Apžvalga pabrėžia, kad PSI gydymas labiau mažina EE sukeltą klinikinį poveikį nei H2RA (simptomai, gleivinės pažeidimas)
Shibli ir kt. [14]	Literatūros apžvalga apie įvairaus laipsnio EE forma sergančius asmenis	Nagrinėjamos įvairios EE medikamentinio gydymo galimybės	8 savaitės	PSI pasiekia geresnį gleivinės pažeidimų išnykimą ir simptomų sumažėjimą, ypač esant lengvai EE formai, palyginti su H2RA	PSI skatina spartesnį gleivinės gijimą, palyginus su H2RA	Stiprus dėl išsamių tyrimų ir straipsnių gausos ir įvairovės	Šaltinis nurodo, kad PSI, palyginti su H2RA, lemia spartesnį gleivinės gijimą įvairaus laipsnio EE atvejais

plačiai priimtų VSE gydymo gairių nėra, todėl klinikiniai sprendimai dažnai individualizuojami pagal simptomų intensyvumą, endoskopinių pažeidimų sunkumą ir paciento gretutines būkles.

Tyrimo tikslas – apžvelgti mokslinę literatūrą ir palyginti PSI bei H2RA efektyvumą mažinant simptomus bei skatinant gleivinės gijimą, pirmiausia remiantis erozinio ezofagito ir GERL tyrimų rezultatais, taip pat aptarti pagrįstą šių įrodymų pritaikymą VSE valdymui.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Šioje apžvalgoje remtasi publikuotais straipsniais iš įvairių duomenų bazių ir leidinių, įskaitant „PubMed“, „ScienceDirect“, „Wiley“, „Springer Nature Link“ ir kt. Papildomai naudoti kai kurie atviri šaltiniai (pvz., „Medscape“) kaip apžvalginė informacija.

Straipsnių paskelbimo laikotarpis nebuvo griežtai apribotas, tačiau dėmesys sutelktas į 2010–2025 m. publikacijas (paieška atlikta 2025 m. lapkričio–gruodžio mėn.), įtrau-

Strand ir kt. [15]	Literatūros apžvalga apie PSI, tačiau paliečiami ir EE sergantys asmenys	PSI veikimas, apžvalga ir šiek tiek palyginimo su kitais antacidiniais vaistais	Nebuvo nurodyta	PSI veikia ilgiau bei labiau slopina rūgšties gamybą, o taip pat H2RA greičiau praranda savo efektyvumą	PSI funkciškai veikia ilgiau ir efektyviau nei H2RA	Stiprus dėl daugybės pasitelktų tyrimų bei ilgo laikotarpio apžvalgos	Apžvalgoje pažymima, kad PSI veikia ilgiau ir stabiliau nei H2RA; H2RA efektyvumas dažniau mažėja tęstinio vartojimo metu
Wang ir kt. [16]	Eroziniu ezofagitu (EE) sergantys	PSI (standartinė dozė) vs H2RA (standartinė dozė)	8 savaitės	Endoskopinis gijimas	PSI buvo veiksmingesni už H2RA siekiant EE gijimo	Stiprus (metanalizė; tiesioginiai palyginimai)	Metaanalizėje PSI (standartinė dozė) buvo veiksmingesni už H2RA EE gijimui po 8 savaičių (RR 1,59; 95 % PI 1,44–1,75)

kiant ir kelis senesnius straipsnius, jei jie buvo aktualūs temai. Paieškai naudoti raktažodžiai lietuvių ir anglų kalbomis: drug-induced (pill-induced) esophagitis, erosive esophagitis, GERD, proton pump inhibitor, H2-receptor antagonist, healing, symptom control. Dėl mokslinės literatūros stokos, nagrinėjančios konkretų PSI ir H2RA poveikį gydant VSE, šioje apžvalgoje dalis išvadų grindžiama tyrimais, kuriuose vertintas šių vaistų efektyvumas gydant erozinį ezofagitą (EE) arba GERL.

Rezultatai

H2RA ir PSI palengvina simptomus, mažindami skrandžio rūgšties sekreciją ir tokiu būdu apsaugo stemplės gleivinę nuo pažeidimo [6].

Simptomų kontrolė yra viena pagrindinių rūgštį slopinančio gydymo priežasčių. Cochrane apžvalgoje nustatyta, kad trumpalaikis PSI vartojimas GERL tipo simptomams palengvinti yra efektyvesnis už H2RA, nors absoliutūs efektų dydžiai priklauso nuo populiacijos ir baigties apibrėžimo [6]. Panašią tendenciją nurodo ir gairės bei apžvalgos: PSI paprastai geriau mažina rėmens simptomus nei H2RA [7–10]. Svarbu pabrėžti, kad šie duomenys daugiausia gauti tiriant GERL / erozinį ezofagitą, o ne VSE.

Gleivinės gijimas yra antra esminė gydymo sritis. Apžvalgose ir klinikiniuose šaltiniuose nuosekliai nurodoma, kad erozinio ezofagito gijimo dažniai vartojant PSI yra didesni nei vartojant H2RA, ypač esant vidutinio ir sunkaus laipsnio EE [7, 9, 11, 12]. Todėl gydant endoskopiškai patvirtintą erozinį ezofagitą, dažniausiai rekomenduojamas PSI kursas, o H2RA gali būti svarstomi lengvesniais atvejais arba kai PSI netoleruojami [7, 11]. VSE atveju tai yra netiesioginė informacija, nes tiesioginių palyginamųjų tyrimų praktiškai nėra.

Kai kurios apžvalgos EE vertina kaip vieną visumą (be atskyrimo į simptomus ir endoskopinį gijimą) ir taip pat rodo PSI pranašumą prieš H2RA tiek gydymo pradžioje, tiek palaikomojo gydymo metu, jei jis reikalingas [8, 13–15].

Cochrane apžvalgoje tiesioginiuose palyginimuose PSI buvo veiksmingesni už H2RA siekiant rėmens remisijos (7 tyrimai; RR 0,66; 95 % PI 0,60–0,73) [6]. EE gijimo atžvilgiu metaanalizėje standartinės dozės PSI 8 savaičių kumuliacinis gijimo RR, palyginti su standartinės dozės H2RA, buvo 1,59 (95 % PI 1,44–1,75) [16].

Šioje apžvalgoje naudotų tyrimų apibendrinimas pateikiamas 1 lentelėje.

Kadangi dauguma šaltinių rodo PSI pranašumą prieš H2RA gydant EE, toliau aptariama, ar PSI klasės viduje yra reikšmingų skirtumų. Dalyje apžvalgų teigiama, kad esminių veiksmingumo skirtumų tarp PSI paprastai nėra [7, 15]. Vis dėlto kai kuriose palyginamuosiuose tyrimuose ezomeprazolas parodė nedidelį gijimo rodiklių pranašumą prieš kai kuriuos kitus PSI, ypač esant sunkesniam EE, tačiau absoliutūs skirtumai dažniausiai yra keli procentiniai punktai ir ne visada turi aiškią klinikinę reikšmę [8, 14, 18]. Dekslansoprazolas, dėl dvigubo uždelsto atpalaidavimo, gali būti patogesnis kai kuriems pacientams ir padėti kontroliuoti simptomus, tačiau duomenys apie jo aiškų pranašumą prieš kitus PSI nėra vienareikšmiai [8, 15].

Diskusija

Literatūros apžvalga parodė, kad gydant erozinį ezofagitą PSI dažniausiai yra efektyvesni nei H2RA tiek simptomų kontrolei, tiek gleivinės gijimui. Pagrindinis PSI pranašumas siejamas su stipresniu ir ilgesniu rūgšties sekrecijos slopinimu, nes PSI veikia galutinėje rūgšties gamybos stadijoje – slopindami parietalinių ląstelių H+/K+ ATPazę [12, 15]. Vis dėlto ši apžvalga daugiausia remiasi EE/GERL duomenimis; VSE atveju vaistų grupių efektyvumas nėra tiesiogiai ištirtas, todėl išvados turi būti vertinamos kaip netiesioginės.

Nors PSI laikomi veiksmingais ir paprastai gerai toleruojamais [14, 19], ilgalaikis jų vartojimas siejamas su įvairiais

nepageidaujamais reiškiniais (pvz., enterinėmis infekcijomis [17], Clostridioides difficile infekcija [15], vitamino B12 stoka [8, 10, 15], hipomagnezemija [8–10, 15], kaulų lūžių rizikos padidėjimu [9, 10], inkstų pažeidimais [10, 17]), tačiau dauguma šių sąsajų paremta stebėjimo tyrimais, todėl priežastinis ryšys ne visada įrodytas. Dėl šios priežasties rekomenduojama PSI skirti aiškioms indikacijoms, pasirinkti mažiausią veiksmingą dozę ir periodiškai įvertinti poreikį tęsti gydymą (pvz., po 4–8 savaičių, jei PSI skirti simptomų kontrolei) [10, 17]. Taip pat svarbu priminti pacientams teisingą vartojimą (dažniausiai 30–60 min. prieš valgį), nes tai lemia klinikinį efektyvumą [7, 10, 12].

Pateikti rezultatai gali sudaryti įspūdį, kad H2RA yra neveiksmingi, tačiau iš tiesų taip nėra. H2RA gali būti veiksmingi, ypač lengvesniais atvejais arba kai PSI netoleruojami. Trumpalaikėje perspektyvoje H2RA geriau nei placebas mažina rėmens simptomus [6, 9], tačiau ilgiau vartojant dažnai išsivysto tachifilaksija (tolerancija), todėl rūgšties slopinimo efektas silpnėja [8, 12, 14]. Kai kuriais atvejais H2RA pridedami prie PSI naktinių simptomų kontrolei, tačiau ir šio derinio efektyvumą gali riboti tachifilaksija [8, 20].

Renkantis konkretų PSI, dažniausiai atsižvelgiama į prieinamumą, kainą, vartojimo patogumą ir galimas vaistų sąveikas [10, 15]. Kai kuriuose tyrimuose ezomeprazolas siejamas su nedideliu pranašumu gydant EE, tačiau praktikoje klasės viduje skirtumai paprastai nėra dideli [8, 14, 18].

Ar PSI ilgainiui išliks pagrindine terapija, nėra aišku, nes vis daugiau duomenų atsiranda apie kalio konkurencinius rūgšties blokatorius (PCAB), pvz., vonoprazaną. Apžvalgose nurodoma, kad PCAB gali būti ne mažiau veiksmingi už PSI, o kai kuriuose tyrimuose – veiksmingesni gydant sunkesnį EE; be to, jiems būdinga greitesnė veikimo pradžia ir mažesnė priklausomybė nuo vartojimo laiko [10, 12–14, 20]. Vis dėlto jų vieta gydant VSE vis dar nepakankamai aiški, kadangi trūksta tiesioginių klinikinių tyrimų.

Kai kurių VSE atvejų aprašymuose kartu su rūgštį slopinančiais vaistais skiriamas ir sukralfatas. Literatūroje jis dažniau minimas kaip papildoma, antros eilės priemonė, kai simptomai išlieka, arba specifinėse populiacijose (pvz., kai PSI netoleruojami) [10, 13]. Tiesioginių duomenų apie sukralfato naudą būtent VSE atveju yra nedaug, todėl jo vartojimas turėtų būti individualizuotas.

Rekomendacijos medicinos personalui ir pacientams, padedančios išvengti VSE arba jį gydant:

• Prevencija yra svarbiausia VSE valdymo dalis. Rekomenduojama vaistus užgerti pakankamu vandens kiekiu (dažniausiai ≥ 200 ml), nevartoti vaistų gulint ir išlikti vertikalioje padėtyje bent 30 min. po vaisto pavartojimo [21, 22].

• Svarbi ir vaisto forma: didelės tabletės ar kapsulės gali ilgiau užsilaikyti stemplėje. Jei įmanoma, rizikos grupėse (pvz., vyresniems, disfagiją turintiems pacientams) verta svarstyti skystas ar disperguojamas vaisto formas [3, 4].

• Pirmas gydymo žingsnis – nutraukti (ar pakeisti) VSE sukėlusį vaistą. Daugeliu atvejų to pakanka simptomams sumažėti per kelias dienas. Jei vaisto nutraukti negalima, ypač svarbu laikytis prevencijos priemonių ir svarstyti simptominį gydymą rūgštį slopinančiais vaistais.

• Antacidiniai vaistai turėtų būti skiriami ne tik kai nėra galimybės nutraukti VSE sukėlusį vaistą, bet ir tuomet, kai šią būklę sukėlęs medikamentas yra nutraukiamas, nes antacidiniai vaistai apsaugo jau suformuotą pažaidą nuo refliukso metu atsirandančio skrandžio rūgšties poveikio, o stemplės gleivinė yra menkai apsaugota nuo šios rūgšties [1].

• Remiantis EE/GERL literatūra, pirmo pasirinkimo rūgšties slopinimo vaistais dažniausiai laikomi PSI (ezomeprazolo 40 mg dozė); dažnai taikomas 4–8 savaičių kursas, po kurio peržiūrimos indikacijos [8, 10, 14, 17, 18]. Rekomendacijos yra netiesioginės, todėl gydymo trukmė ir konkretus vaistas turi būti koreguojami pagal klinikinę situaciją.

Išvados

1. Apžvelgti šaltiniai rodo, kad gydant erozinį ezofagitą PSI paprastai yra efektyvesni nei H2RA tiek kontroliuojant simptomus, tiek gydant gleivinę. Dėl tiesioginių VSE gydymo tyrimų stokos šios išvados VSE kontekste yra netiesioginės, tačiau praktikoje PSI dažnai svarstomi kaip pirmo pasirinkimo rūgšties slopinimo vaistai nutraukus priežastinio vaisto vartojimą, ypač jei įtariamas gretutinis refliuksas.

2. Renkantis konkretų PSI esant EE, kai kuriuose šaltiniuose minimas nežymus ezomeprazolo pranašumas, tačiau klasės viduje skirtumai paprastai nedideli.

3. Atsižvelgiant į galimus ilgalaikio vartojimo nepageidaujamus reiškinius, PSI turėtų būti skiriami esant aiškioms indikacijoms ir periodiškai peržiūrimi.

4. Prevencija – teisingas vaistų vartojimas išlieka svarbiausia priemone VSE rizikai mažinti.

Literatūra

1. Grossi L, Ciccaglione AF, Marzio L. Esophagitis and its causes: Who is "guilty" when acid is found "not guilty"? World J Gastroenterol 2017;23(17):3011-6.
https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i17.3011
2. Kim SH, Jeong JB, Kim JW, Koh SJ, Kim BG, Lee KL, et al. Clinical and endoscopic characteristics of drug-induced esophagitis. World J Gastroenterol 2014;20(31):10994-9.
https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i31.10994
3. Zografos GN, Georgiadou D, Thomas D, Kaltsas G, Digalakis M. Drug-induced esophagitis. Dis Esophagus 2009;22(8):633-7.

https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2009.00972.x

4. Abdi S, Masbough F, Nazari M, Abbasinazari M. Drug-induced esophagitis and helpful management for healthcare providers. Gastroenterol Hepatol Bed Bench 2022;15(3):219-24.

5. Zhou Y, Su Y, Li Z, Wu C, Sun W, Wang C. Analysis of the clinical characteristics of dabigatran-induced oesophagitis. Eur J Hosp Pharm 2023;30(e1):e24-8.

https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2021-002889

6. Sigterman KE, van Pinxteren B, Bonis PA, Lau J, Numans ME. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. Cochrane Database Syst Rev 2013;2013(5):CD002095.

https://doi.org/10.1002/14651858.CD002095.pub5

7. Savarino EV, Barberio B, Scarpignato C, Savarino V, Barbara G, Bertin L, et al. Italian guidelines for the diagnosis and management of gastro-esophageal reflux disease: Joint consensus from the Italian Societies of: Gastroenterology and Endoscopy (SIGE), Neurogastroenterology and Motility (SINGEM), Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO), Digestive Endoscopy (SIED), and General Medicine (SIMG). Dig Liver Dis 2025;57(8):1550-77.

https://doi.org/10.1016/j.dld.2025.04.020

8. Sandhu DS, Fass R. Current Trends in the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Gut Liver 2018;12(1):7-16.

https://doi.org/10.5009/gnl16615

9. Chen WC, Li YD, Chiang PH, Tsay FW, Chan HH, Tsai WL, et al. Comparison of Proton Pump Inhibitor and Histamine-2 Receptor Antagonist in the Prevention of Recurrent Peptic Ulcers/Erosions in Long-Term Low-Dose Aspirin Users: A Retrospective Cohort Study. BioMed Res Int 2014;2014(1):693567.

https://doi.org/10.1155/2014/693567

10. Bucan JI, Braut T, Krsek A, Sotosek V, Baticic L. Updates in Gastroesophageal Reflux Disease Management: From Proton Pump Inhibitors to Dietary and Lifestyle Modifications. Gastrointest Disord 2025;7(2):33.

https://doi.org/10.3390/gidisord7020033

11. Soga T, Matsuura M, Kodama Y, Fujita T, Sekimoto I, Nishimura K, et al. Is a proton pump inhibitor necessary for the treatment of lower-grade reflux esophagitis? J Gastroenterol 1999;34(4):435-40.

https://doi.org/10.1007/s005350050292

12. Herardi R, Syam AF, Fauzi A, Rinaldi I, Sandra S, Arvant AZ. Role of Gastric Acid Suppression Therapy in Erosive Esophagitis: From H2 Receptor Antagonists, Proton Pump Inhibitors, to Potassium-Competitive Acid Blockers. Acta Medica Indones 2025;57(2):284-284.

13. Mittal A. Esophagitis Treatment & Management: Approach Considerations, Reflux Esophagitis, Infectious Esophagitis 2025.

https://emedicine.medscape.com/article/174223-treatment#d10

14. Shibli F, Mari A, Fass R. Drug treatment strategies for erosive esophagitis in adults: a narrative review. Transl Gastroenterol Hepatol 2025;10(0). https://tgh.amegroups.org/article/view/9660/html

https://doi.org/10.21037/tgh-24-168

15. Strand DS, Kim D, Peura DA. 25 Years of Proton Pump Inhibitors: A Comprehensive Review. Gut Liver 2017;11(1):27-37.

https://doi.org/10.5009/gnl15502

16. Wang WH, Huang JQ, Zheng GF, Xia HHX, Wong WM, Lam SK, et al. Head-to-head comparison of H2-receptor antagonists and proton pump inhibitors in the treatment of erosive esophagitis: A meta-analysis. World J Gastroenterol 2005;11(26):4067-77.

https://doi.org/10.3748/wjg.v11.i26.4067

17. Valdovinos-García LR, Villar-Chávez AS, Huerta-Iga FM, Amieva-Balmori M, Arenas-Martínez JS, Bernal-Reyes R, et al. Good clinical practice recommendations for proton pump inhibitor prescription and deprescription. A review by experts from the AMG. Rev Gastroenterol México Engl Ed 2025;90(1):111-30.

https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2024.11.002

18. Zhang C, Kwong JSW, Yuan RX, Chen H, Xu C, Wang YP, et al. Effectiveness and Tolerability of Different Recommended Doses of PPIs and H2RAs in GERD: Network Meta-Analysis and GRADE system. Sci Rep 2017;7(1):41021.

https://doi.org/10.1038/srep41021

19. Boghossian TA, Rashid FJ, Thompson W, Welch V, Moayyedi P, Rojas-Fernandez C, et al. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2017 m. kovo 16 d.;2017(3):CD011969.

https://doi.org/10.1002/14651858.CD011969.pub2

20. Kahrilas PJ, Boeckxstaens G, Smout AJ. Management of the Patient with Incomplete Response to PPI Therapy. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2013;27(3):401-14.

https://doi.org/10.1016/j.bpg.2013.06.005

21. Bae HJ, Choe Y. Esophageal Mucosal Injuries From Drugs, Radiation, and Caustic Agents. Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res 2025;25(2):126-33.

https://doi.org/10.7704/kjhugr.2025.0023

22. Iwamuro M, Kawano S, Otsuka M. Drug-induced mucosal alterations observed during esophagogastroduodenoscopy. World J Gastroenterol 2024;30(16):2220-32.

https://doi.org/10.3748/wjg.v30.i16.2220

COMPARISON OF THE EFFECT OF PROTON PUMP INHIBITORS AND H2 RECEPTOR ANTAGONISTS IN THE TREATMENT OF DRUG-INDUCED ESOPHAGITIS

D. Jančevskis, V. Aliukonis

Keywords: Drug-induces esophagitis, proton pump inhibitors, H2 receptor antagonists.

Summary

Drug-induced esophagitis (DIE) is a drug-induced injury to the esophageal mucosa. Although this condition is uncommon, it

can cause significant discomfort (pain, odynophagia, dysphagia) and, in rare cases, complications. The most common drugs that provoke DIE are tetracycline antibiotics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, bisphosphonates, potassium chloride, iron preparations, and others. The most important part of DIE management is prevention and discontinuation of the causative drug; most commonly prescribed acid-suppressing drugs are proton pump inhibitors (PPIs) or H2 receptor antagonists (H2RAs). The aim of this work is to review the recent literature and compare the effectiveness of PPIs and H2RAs in reducing acid reflux and promoting healing of the esophageal mucosa. The literature search was conducted in November–December 2025. The main focus was on publications from 2010–2025. Due to the lack of direct studies on the treatment of DIE, the main evidence base for this work is the literature on erosive esophagitis and gastroesophageal reflux disease (GERD), so the conclusions in the context of DIE are indirect. The reviewed sources indicate that the treatment of erosive esophagitis with PPIs is generally superior to H2RAs in both symptom control and mucosal healing. Among PPIs, esomeprazole has shown a slight advantage over other PPIs in some comparative studies, but the clinical differences are usually not significant. A newer group of acid-suppressing drugs – potassium-competitive acid blockers (PCABs) – have been shown in some studies to be as effective as PPIs in the treatment of erosive esophagitis, but their place in the management of DIE is not yet defined. Long-term use of PPIs is associated with adverse events, so it is recommended to periodically review the indications of prescription.

Correspondence to: dziugas.jancevskis@gmail.com

Gauta 2026-02-26