

# ГЕРБ

## СЪВРЕМЕННИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПОДХОДИ



г-р Р. Живкова<sup>1</sup>,  
г-р Иван Тишков<sup>1</sup>,  
г-р И. Боева<sup>1</sup>,  
г-р К. Тодорова<sup>2</sup>,  
г-р А. Цветанов<sup>2</sup>,  
доц. г-р Т.  
Атанасов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Отделение по инвазивна гастроентерология към Клиника по вътрешни болести, УМБАЛ Софиямед, гр. София

<sup>2</sup>Клиника по хирургия, УМБАЛ Софиямед, гр. София

Гастроэзофагеалният рефлукс е ретроградното движение на стомашното съдържимо към хранопровода. По дефиниция гастроэзофагеалната рефлуксна болест (ГЕРБ) е състоянието, при което този феномен предизвиква симптоми и/или усложнения<sup>[2]</sup>. Механизмите за рефлукс са добре познати и върху тях се уповават терапевтичните стратегии. Те биват хипотензия на долния езофагеален сфинктер (ДЕС), транзитна релаксация на долния езофагеален сфинктер (tLESR), забавено стомашно изпразване, повишен стомашен ацидитет, забавен езофагеален клирънс и нарушена тъканна резистентност. Потенциращите фактори са хиатална херния, обезитет, бременност и други<sup>[3]</sup>.

Типична клинична картина е парене зад гръдната кост, регургитация и епигастрални болки. Гръдната болка може да е съчетана с другите оплаквания или да е основен симптом на състоянието. Екстраэзофагеалните прояви включват редица симптоми като промяна в гласа, дентални ерозии, гразнене в гърлото, хроничен ларингит и фарингит, продължителна суха кашлица, включително пулмофиброза. Гастроэзофагеалният рефлукс може да е в основата на рекурентни екзацербации на подлежаща бронхиална астма. Симптомите на ГЕРБ не са специфични и могат да се появят при редица други състояния – ахалазия, еозинофилен езофагит, тумори на хранопровода,

### ГЕРБ Е СЪСТОЯНИЕ, ЗАСЯГАЩО ДО 20% ОТ НАСЕЛЕНИЕТО<sup>[1]</sup>.

Предвид нарушенията в качеството на живот, както и сериозността на потенциалните усложнения, е от ключово значение да бъде навременно разпознато, лекувано и проследявано. Инициалното лечение включва промени в начина на живот – основно хранителен режим и редукция на тегло в комбинация с медикаментозна терапия (инхибитори на протонната помпа). В определени ситуации важно място имат ендоскопското проследяване и лечение, както и/или хирургична намеса. Ключов момент е идентифициране на рисковите индивиди, проследяването им и предотвратяването на развитие на аденокарцином на хранопровода.

функционални нарушения на горен ГИТ и други. Диагнозата се поставя от комбинация от клинични и инструментални (рН-метрия, манометрия, ендоскопия) методи.

При типични симптоми на ГЕРБ без алармиращи симптоми се препоръчва директно прилагане на медикаментозна терапия. При пациенти с прояви на дисфагия, алармиращи симптоми (редукция на тегло, анемия) и рискови за Баретов хранопровод се препоръчва инициална ендоскопска оценка.

Първа и много важна стъпка в терапевтичното поведение включва модификации в начина на живот. Препоръчва се избягването на храни и напитки, които имат директно токсично въздействие върху езофагеалната мукоза, както и такива, които водят до релаксация на ДЕС. Такива са цитруси, силни подправки, пикантни храни, алкохол, кафе, шоколад и хра-

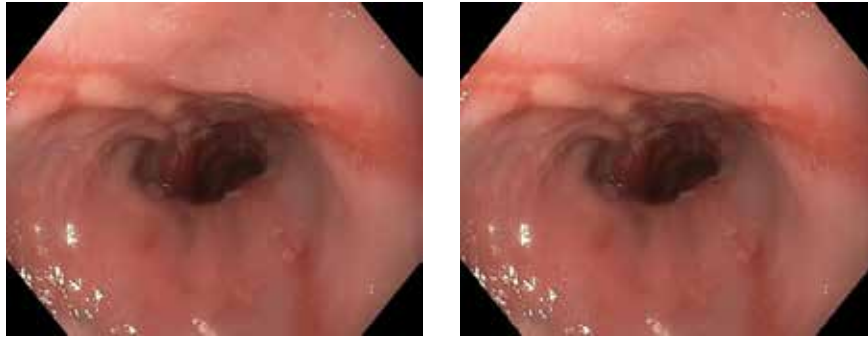
ните, богати на мазнини. Уместно е прекратяване на тютюнопушенето. Пациентите със затлъстяване са с повишената честота на tLESR, увеличено интрагастрално налягане и са с повишен риск за развиване на хиатални хернии. Обезитетът е независим рисков фактор за развитието на Баретов хранопровод. По тази причина ключов момент в лечението на тази група пациенти е редуцирането на телесната маса<sup>[4]</sup>. Слюнчените сокове оказват неутрализиращ ефект върху стомашната киселина и повишават бикарбонатната секреция от езофагеалните субмукозни жлези, което е и причина при пациенти компенсаторно да се увеличава слюноотделянето. Препоръчва се последното хранене да бъде поне 2-3 часа преди сън (когато слюноотделянето е значително намалено) и избягването на легнало положение в този период<sup>[5]</sup>.

### Ключови думи:

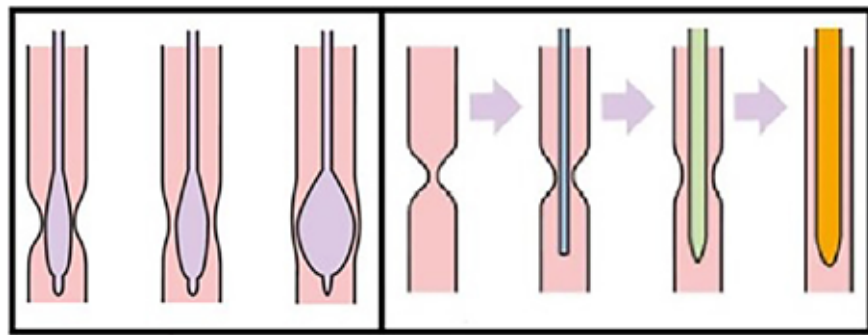
ГЕРБ, пептична стриктура, Баретов езофаг, фундопликация, ендоскопска ерадикационна терапия, ендоскопска дилатация

Първа линия медикаменти за лечение на ГЕРБ са инхибиторите на протонната помпа (ИПП). Те имат директен инхибиторен ефект върху солно-киселата секреция на стомашната лигавица. За неусложнена рефлуксна болест се препоръчва двукратен прием на ИПП половин час преди храна за 8 седмици. Поради високия процент на рецидиви на оплакванията при пълно повлияване на симптоматиката не се препоръчва рязко, а плавно прекъсване на терапията, с редуциране до ниска дневна доза (поддържаща). Препоръчва се общо лечението с ИПП да не надвишава 12 седмици освен в особени случаи<sup>[6]</sup>. Пациентите с типични симптоми на ГЕРБ, които не се повлияват от приложената терапия до 4<sup>ма</sup> седмица подлежат на ендоскопска оценка. При негативна (нормална) ендоскопска находка рефлуксната болест следва да се потвърди с 24-часова рН-метрия.

Продължителната употреба на PPI води до нощен пик в секрецията на солна киселина (около 6 часа след вечерната доза), което прави уместно добавянето и на единична доза H2-блокери преди лягане при пациенти с ендоскопски доказан изразен ерозивен езофагит (Фиг. 1) и тези с нощни оплаквания<sup>[7]</sup>. Прокинетиците са лекарства, които потенцират перисталтичните движения на горен ГИТ и могат да повлияят изпразването на стомаха, намалявайки контактното време на стомашните сокове върху лигавицата на хранопровода. Добавянето им към основната терапия с PPI не дава сигнификантни промени в ендоскопската картина в сравнение с монотерапия с PPI, но често подобрява симптоматиката на пациентите. Възможно е стартиране на терапията като комбинация от двата медикамента за бързо по-



**Фигура 1:**  
Ендоскопски образ на ерозивен езофагит



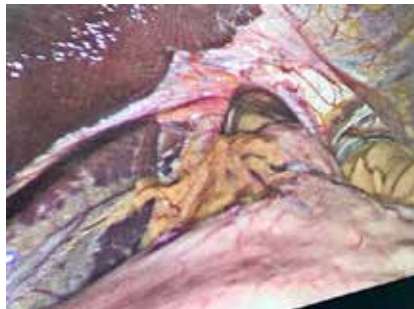
**Фигура 2:**  
Схематично представяне на ендоскопска дилатация – балонна дилатация и дилатация с бужове

добряване на качеството на живот на пациента<sup>[8]</sup>.

Основните усложнения на ГЕРБ са пептична стриктура, Баретов хранопровод и развитие на неопластични лезии включително аденокарцином. Тяхното лечение включва медикаментозна терапия в комбинация с ендоскопски интервенции или хирургия. Метод на избор при бенигнен пептични стриктури е ендоскопската дилатация – бужирание или балонна дилатация (Фиг. 2). При бужирането се използват гъвкави (най-често силиконови) бужове с различни размери. Въвеждането им през стенолитичния участък започва с най-малкия размер, преминаващ през стенозата с последователно въвеждане на нарастващи по размери бужове при лека резистентност. Процедурата се прекратява при необходимост от осезаем натиск за преодоляване на съпротивлението. Бужовете могат да се въвеждат „на сляпо“ през стенозата (Maloney

bougie). Много по-разпространена е практиката с въвеждане на бужове на Savary-Gilliard по водач под флуороскопски (рентгенов) контрол<sup>[9]</sup>.

Алтернативна процедура със съпоставима ефективност и безопасност е ендоскопската балонна дилатация. Под флуороскопски контрол през стриктурата се въвежда балон, който се разгъва до диаметър, надвишаващ минимално диаметъра на стеснението и се задържа така. Всяка дилатация продължава 60 секунди, като обичайната практика в една ендоскопска сесия е да се прилагат три последователни дилатации, с постепенно нарастване диаметъра на раздутия балон. След всяко дилатиране следва ендоскопска ревизия – очакван ефект са минимални травматични лезии по хода на лигавицата, ако се отчетат дълбоки лацерации или обилно кървене, е препоръчително преустановяване на процедурата, дори да не е достигнат таргетният размер и повторен

**Фигура 3:**Фундопликация –  
лапароскопски и  
ендоскопски образ

опит на следващата сесия. За намаляване риска от рестеноза е възможно инжектиране на стероид в зоната на стенозата или перорално приложение на стероиден гел постпроцедурно. Липсват рандомизирани проучвания, доказващи ползите от профилактика с локални или орални КС. Обичайно се извършват няколко поредни сесии ендоскопска дилатация през 4 седмици на фона на терапия с максимална доза ИПП. Оптималният таргетен размер на лумена е над 14 mm, но основна ориентация остава повлияването на симптомите от страна на пациента<sup>[10]</sup>.

При липса на ефект от дилатация е възможно да се приложи езофагеално стентирание. То се препоръчва само като втора линия ендоскопско лечение за бенигнени хранопроводни стриктури. Използват се напълно покрити саморазширяващи се протези (SEMS/LAMS) за избягване на епителизацията с последващо възграждане на протезата в лигавицата на хранопровода. Оптималната продължителност на задържане на стената е между 8 и 10 седмици. Този период е достатъчен за правилно ремоделиране на стената, престой над три месеца се свързва с висок процент на възграждане (сериозен нежелан ефект). Второто потенциално усложнение на хранопроводното стентирание е миграция на стената към стомашния лумен. Препоръчва се фиксирането му към стената на хранопровода

чрез поставянето на клипси за задържане в желаната позиция<sup>[11]</sup>.

Баретовият езофаг е феномен, при който вследствие на дълготрайния гразнещ ефект на стомашните сокове, нормалната лигавица на дисталния хранопровод се трансформира в метапластичен цилиндричен епител, характерен за чревната стена. Състоянието е доказана преинвазивна дисплазия и изисква повишено внимание. Диагнозата се поставя чрез биопсии при ендоскопско съмнение по време на гастроскопия. Всяко съмнение за Баретов хранопровод налага множество 4-квадрантни биопсии, като окончателното потвърждаване на диагнозата се извършва от патолог. От изключителна важност е хистологичната класификация – дали се касае за интестинална метоплазия и дисплазия. Интестиналната метоплазия е състояние с нисък потенциал за малигнена трансформация и предполага единствено ендоскопско наблюдение. То се прилага на различни интервали (1, 3 или 5 години) в зависимост от дължината на променения сегмент.

Доказването на метоплазия в участъците на Баретов хранопровод налага инвазивно лечение. Ендоскопските техники се базират на два принципа: ендоскопска аблация (фотодинамична терапия – PDT, радиофреквентна аблация – RFA, криоаблация) и ендоскопска резекция

(ендоскопска мукозна резекция и субмукозна дисекция). Методът на лечение се подбира спрямо степента на дисплазия (ниско- или високостепенна) и наличието/отсъствието на фокални лезии. Сред основните усложнения на ендоскопското лечение са езофагеални стенози, хеморагия, перфорация, медиастинит<sup>[12]</sup>. Хистологично доказване на фокус на нискодиференциран интраепителен карцином индикира хирургично лечение.

Оперативното лечение на ГЕРБ в контекста на хиаталната херния (ХХ) става необходимо при липса на ефективност от консервативната терапия или при наличие на усложнения като езофагит, стенози на хиаталния отвор на диафрагмата, Баретова патология и кръвоизливи. Показанията могат да включват и увеличаване на размерите на хернията, непоносимост към медикаментозната терапия, наличие на атрофия на сфинктера на хиаталния отвор на диафрагмата и дисфункция на сфинктера.

Фундопликацията е оперативна процедура, използвана за лечение на ГЕРБ и ХХ (Фиг. 3). Тя се извършва с цел стабилизиране на сфинктерната функция и намаляване обратното течение на киселини и други стомашни съдържания в хранопровода. Процедурата обикновено се извършва чрез малки инцизии на коремната стена (лапароскопия). По време на

фундопликацията горната част на стомаха се обвива около долната част на хранопровода и се фиксира в тази позиция. При хиатални хернии се извършва и зашиване на крачетата на диафрагмата, което стеснява отвора и възпрепятства преминаването на стомаха в гръдната клетка. Целта е да се създаде маншет около долната част на хранопровода, което да предотврати обратното течение на стомашно съдържимо.

Фундопликацията може да бъде изпълнена по различни начини, включително чрез пълен (360 градусов) или частичен (270 градусов) маншон. Има различни техники и вариации като Нисен, Тупе и Дор. Изборът на конкретната техника зависи от

индивидуалните характеристики на пациента и предпочитанията на хирурга. Фундопликацията обикновено е ефективна за контролиране на симптомите на ГЕРБ и хиатална херния, при подходящо избрани пациенти и изпълнена от опитен хирург. Като всяка операция, фундопликацията носи рискове като инфекции, кръвоизливи и дисфункция на маншона, които изискват внимателно проследяване и управление след процедурата. ■

#### книгопис:

1. Tariq MS, Mustafa MI, et al for Epidemiology, Causes, and Management of Gastro-esophageal Reflux Disease: A systematic Review <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10658748/>
2. Nimish Vakili, et al for The Montreal definition and classification of

gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16928254/>

3. F De Giorgi, M Palmiero, et al for Pathophysiology of gastro-oesophageal reflux disease <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2639970/>
4. Justin Che-Yuen Wu, et al for Obesity is Associated with Increased Transient Lower Esophageal Sphincter Relaxation [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(06\)02682-5/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(06)02682-5/fulltext)
5. Harathi Yandrapu, Marek Marcinkiewicz, et al for Role of Saliva in Esophageal Defense: Implications in Patients with Nonerosive reflux disease <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418785/>
6. Teo Scholten for Long-term management of gastroesophageal reflux disease with pantoprazole <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1936305/>
7. Radu Tutuian, Donald O Castell for Nocturnal Acid Breakthrough – Approach to Management <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480544/>
8. Li-Hua Ren, Wei-Xu Chen, et al for Addition of prokinetics to PPI therapy in gastroesophageal reflux disease: A meta-analysis <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942846/>
9. Jay P Desai, Fady Moustarah for Esophageal Stricture <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542209/>
10. Simon M. Everett for Endoscopic management of refractory benign oesophageal strictures <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6702770/>
11. Esophageal stenting for benign and malignant disease: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline <https://www.esge.com/esophageal-stenting-for-benign-and-malignant-diseases-esge-guideline-update-2021>
12. Tavankit Singh, Madhusudhan R Sanaka, Prashanthi N Thota for Endoscopic therapy for Barrett's esophagus and early esophageal cancer: Where do we go from here? <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6162248/>