

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ГАСТРО-ЕЗОФАГЕАЛНА
РЕФЛУКСНА БОЛЕСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при гастро-езофагеална рефлуксна болест.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при гастро-езофагеална рефлуксна болест е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при гастро-езофагеална рефлуксна болест по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при гастро-езофагеална рефлуксна болест („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2428/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ГАСТРО-ЕЗОФАГЕАЛНА РЕФЛУКСНА БОЛЕСТ
--

МЗД Упатство

27.12.2013• последна промена 27.12.2013

Markku Voutilainen

- Основни податоци
- Дефиниција
- Епидемиологија
- Етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- Тест со инхибитори на протонска пумпа (ИПП)
- Ендоскопска класификација на гастро-езофагеалната рефлуксна болест ГЕРБ
- Третман
- Долгорочен третман
- Следење
- Компликации
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Дијагнозата и иницијалниот третман на гастро-езофагеалната рефлуксна болест се базира на клиничките симптоми.
- Ендоскопски преглед на горнодигестивниот тракт треба да се изведе кај пациенти со алармирачки знаци и/или симптоми како:
 - Дисфагија или болка при голтање.
 - Повраќање.
 - Губење на телесната тежина.
 - Анемија.
 - Изразени симптоми резистентни на стандардна терапија.

ДЕФИНИЦИЈА

- Гастро-езофагеалната рефлуксна болест (ГЕРБ) е болест при која рефлуксот на гастрична содржина (најчесто кисела содржина) во езофагусот предизвикува симптоми и/или оштетувања на езофагусот.
- Пациентот има ГЕРБ доколку тој/таа има тешки симптоми кои што влијаат врз секојдневниот живот еднаш неделно, или лесни до умерени симптоми два пати неделно.
- Кај најголемиот број (2/3) од пациентите гастроскопскиот наод е нормален. Овие пациенти имаат ендоскопски-негативна или неерозивна рефлуксна болест (НЕРБ).
- Доколку ендоскопскиот наод утврди ерозии во дисталниот езофагус, пациентите имаат ерозивна рефлуксна болест (ЕРБ).

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- ГЕРБ е често хронична состојба.
- Во индустријализираните земји, 10-20% од популацијата има симптоми на ГЕРБ.
- Инциденцата е 5 случаи на 1000 лица годишно.

ЕТИОЛОГИЈА

- Транзиторната релаксација на долниот езофагеален сфинктер неповрзана со голтање е најважниот етиолошки фактор кај 90% од случаите.
- Најголемиот број на пациенти со изразена ГЕРБ имаат хијатална хернија што ја зголемува зачестеноста на рефлуксните епизоди, особено при голтање.
- Езофагеалното оштетување е предизвикано од желудечната хидрохлорна киселина и пепсинот, а во помала мерка од жолчните киселини.
- Голтната плунка ја неутрализира рефлуксната содржина, оттука намалената секреција на плунка го зголемува ризикот за ГЕРБ.
- Пушењето ја намалува секрецијата на плунка и ја зголемува предиспозицијата за ГЕРБ.
- Други предиспозирачки фактори се: бременост, склеродерма, Сјорген синдром и дијабетична гастропареза.

СИМПТОМИ

- Жиговината, чувството на жарење зад градната коска, е главен симптом. Присутна е кај 75% од пациентите со рефлуксна болест.
- Симптомот е нагласен типично по оброк и при лежење. Жиговината е асоцирана со обилни, масни оброци, чоколада, кафе, жестоки пијалоци и кисели овошни сокови.
- Наведнување, подигнување, тесна облека ги влошуваат симптомите.
- Друг важен симптомот е регургитацијата, односно неволно враќање на желудечна содржина во устата (без гадење и повраќање).
- Други симптоми се чувство на грутка во грлото, болка при голтање (одионофагија) и повремени хиперсаливација.
- ГЕРБ е главна несрцева причина за градна болка.
- Вонезофагеалните манифестации вклучуваат: ларингитис, зарипнат глас, астма, пневмонија, идиопатска белодробна фиброза, хронична кашлица или синусит и ерозии на забната глек.

ДИЈАГНОЗА

- Доколку пациентот се јавува прв пат со симптоми (жиговина, регургитација) на ГЕРБ, треба да се определи траењето и зачестеноста на симптомите. Треба да се добијат податоци во однос на тоа дали симптомите се јавуваат само во текот на денот или и ноќе.
- Пациентот со алармирачки симптоми (дисфагија, болка при голтање, повраќање, хематемеза, загуба во телесната тежина) треба да се упати на ендоскопски преглед. Доколу симптомите значајно го нарушуваат секојдневието, не треба ни малку да се одложува ендоскопијата.
- Доколку пациентот има диспептички симптоми покрај симптомите на ГЕРБ, ендоскопијата треба да се спроведе од диференцијално дијагностички причини, со цел да се исклучи пептички улкус или др.
- Во други случаи дијагнозата на ГЕРБ може да базира на анамнезата.
- При ендоскопскиот преглед на езофагусот треба: да се класифицира типот на ГЕРБ (ерозивна, не-ерозивна), да се градира тежината на ерозивната ГЕРБ (спортед Los Angeles класификацијата, табела 1) и да се идентификуваат можните компликации како Баретов езофагус (хистолошки наод на интестинална метаплазија), езофагеални улкуси или стриктури.
- Ендоскопскиот наод кај хистолошки потврден езофагитис има мала дијагностичка вредност.
- 24-часовниот езофагеален рН тест и манометријата се иницијални истражувања кои се повремено потребни во диференцијалната дијагноза кај ГЕРБ (ахалазија и други мотилитетни нарушувања). рН тестот се изведува рутински пред хируршка интервенција.

ТЕСТ СО ИНХИБИТОРИ НА ПРОТОНСКА ПУМПА (ИПП)

- Во ИПП тестот, пациентот зема инхибитор на протонската пумпа со двојна доза (нормална терапевтска доза наутро и навечер), вообичаено во текот на 2 недели.
- Резултатот од тестот е позитивен доколку симптомите се намалат за најмалку 50%.
- Тестот се користи за да се потврди дијагноза на ГЕРБ, пред воведување на долгорочна терапија, или кога има сомнеж дека причината за несрцева градна болка е ГЕРБ.
- Тестот има висока специфичност и ниска сензитивност.

ЕНДОСКОПСКА КЛАСИФИКАЦИЈА НА РЕФЛУКСНАТА БОЛЕСТ

- Изборот и траењето на медикалната терапија зависи од тежината на езофагитисот што може да се класифицира според Los Angeles класификациониот систем (види Табела 1).
- Повеќето пациенти со ГЕРБ имаат нормален наод при езофагеална гастроскопија, т.е. имаат неерозивна рефлуксна болест.

Табела 1. Ендоскопска класификација на езофагитисот (Los Angeles Classification System)

Степен ¹⁾	Ендоскопски наод ²⁾
А	Најмалку еден прекин на слузницата не подолг од 5 мм
Б	Најмалку еден прекин на слузницата подолг од 5 мм, кој не се шири преку врвовите на два слузнички набори
Ц	Најмалку еден прекин на слузницата кој се шири преку врвовите на два или повеќе слузнички набори, но зафаќа помалку од 75% од циркумференцијата на храноводот
Д	Прекини на слузницата кои зафаќаат најмалку 75% од циркумференцијата на храноводот

1) Степен С и Д = Тежок езофагитис. Компликациите на езофагитисот, како стриктури, улкуси и Баретова метаплазија се степенуваат одвоено.

2) Прекин на слузницата е јасно дистинктно црвеникаво или покриено со фибрин подрачје.

ТРЕТМАН

Цели на терапијата (неkomplицирана ГЕРБ)

- Третман на симптомите.
- Третман на ерозивниот езофагитис.
- Превенција на повторувачки езофагитис.

Промена на начинот на живот и антацидна терапија

- Погоден е за самостоен третман кај лесни и повремени симптоми.
- Се користи заедно со ефективна медикаментозна терапија.
 - Подигнување на возглавјето на креветот (симптоми во текот на ноќта). (ннд-**D**)
 - Намалување на телесната тежина ако $BMI \geq 25.0$.
 - Пациент со нормална телесна тежина ($BMI < 25.0$) може исто така да има корист од намалувањето на телесната тежина доколку почетокот на симптомите на ГЕРБ коинцидираат со покачувањето на тежината.
 - Избегнување на тесна облека околу појасот.
 - Избегнување на вечерни оброци (ноќни симптоми).
 - Чести, мали оброци (симптоми по јадење).
 - Избегнување на надразнувачка храна (сок од лимун и слични плодови, жестоки пијалоци, домати, кафе, кромид, јаки зачини, масна или пржена храна, чоколадо, нане).
 - Прекин на пушењето.

- Избегнување на некои лекови (нитрати, калциум антагонисти, антихолинергици, препарати на теофилин).
- Алгинат или антациди по потреба.

Фармакотерапија

- Медикалната терапија е слична кај неендоскопираниот, ендоскопски негативниот и лесниот езофагитис.
- Лек на избор се инхибиторите на протонска пумпа (ИПП). Х₂-рецептор антагонистите може да се користат во краток период или кога е потребно, но ефектот опаѓа при повторените третмани (тахифилакса).
- FDA (US Food and Drug Administration), ги има дефинирано минималните дози на различни ИПП кои водат до ослободување од симптомите на ГЕРБ: есомепразол 20 мг, омепразол 20 мг, лансопризол 15 мг, пантопризол 40 мг и рабепразол 20 мг еднаш дневно.
- Дозата и должината на третманот со ИПП зависи од тежината на рефлуксниот езофагит (Los Angeles Classification, табела 1).
- Одговорот на дозата на ИПП варира од пациент до пациент. Ова може да се должи на вродената активност на ензимот cytochrome P450 (CYP2C19) кој ги метаболизира ИПП, статусот на Helicobacter кај пациентот, или врската меѓу времето на земање на дозата во однос на внесот на храна.

Лесен езофагитис (степен А и Б)

- Лек на избор е инхибитор на протонска пумпа, земен 30-60 минути пред појадок.
 - Инхибитор на протонската пумпа 8-12 недели (ннд-А) (омепразол 20-40 mg еднаш дневно(ннд-А); лансопризол 30 mg еднаш дневно (ннд-А); пантопризол 40 mg еднаш дневно; рабепразол 20 mg еднаш дневно; есомепразол 40 mg еднаш дневно (ннд-А)).
 - Сите ИПП се еднакво ефективни доколку се земаат во оптимални дози. Затоа треба да се размисли за примена на најевтиниот продукт.
 - По периодот на третман од 8-12 недели дозата се намалува. Цел е да се постигне состојба кога симптомите се јавуваат не повеќе од двапати неделно (повремените тегоби може да се третираат со антацид или со алгинати).

Изразени симптоми или езофагитис степен Ц и Д рефрактерни на регуларна терапија со ИПП

- Инхибитор на протонска пумпа (ИПП).
 - Омепразол 40 mg двапати дневно (ннд-А)
 - Лансопризол 30 mg двапати дневно (ннд-А)
 - Рабепразол 20 mg двапати дневно
 - Езомепразол 40 mg двапати дневно (ннд-А)
- Доколку симптомите не се смируваат со една доза дневно, инхибиторите на протонска пумпа треба да се дозираат два пати во денот (половина час пред појадок и вечера). Има малку докази од истражувања, за ефикасноста на удвојување на дозата, а за пантопризоле целосно недостасуваат такви истражувања.
- Заздравувањето на тежок езофагит (степен Ц и Д) треба да се потврди ендоскопски.
- Пациентите со тежок ерозивен езофагит треба долго да се третират со ИПП - одржувачки дози, или хируршки (фундупликација).

Превенција на рекуренција на рефлуксен езофагит

- Езофагитисот или симптомите повторно се јавуваат кај 60-80% во текот на една година по терапијата.

- Без езофагитис на ендоскопија: ИПП (ннд-А) еднаш дневно или кога е потребно.
 - Треба да се избира најмалата ефективна доза.
- Лесен езофагитис: ИПП (ннд-А) еднаш дневно, полна или половична доза (10-20 омепразол 10-20 mg еднаш дневно; лансопразол 13-30 mg еднаш дневно; пантопразол 40 mg еднаш дневно; рабепразол 10-20 mg еднаш дневно; езомепразол 20 mg еднаш дневно).
 - Лекот треба да се прекине кога пациентот е без симптоми.
- Тежок езофагитис; долготрајна терапија (види подолу).
- Рефлуксниот езофагитис заздравува по третман, но кај 10-40% од пациентите симптомите не се подобруваат задоволително.
 - Причини за незадоволителен резултат од третманот се: непридржување кон третманот, ненавремено земање на лекот, алкален дуоденогастро-езофагеален (жолчен) рефлукс, спастичен езофагус, психолошки фактори (анксиозност, дисоцијативни нарушувања) или несоодветна доза на лекот.

Индикации за хируршки третман

- Тежок ерозивен езофагит (степен Ц и Д) кај кој и покрај терапијата перзистираат симптомите, или пациентот одбива да прима континуирана терапија.
- Комплициран ерозивен езофагит (пр. крвавење).
- Неуспех на медиќалната терапија во соодветно подобрување на симптомите.

ДОЛГОРОЧЕН ТРЕТМАН

- Во моментот, целта е да се користи најблага терапија, при која пациентот нема симптоми. Повремените тегоби може да се третираат со ИПП по потреба.
- ИПП се безбеден и ефективен третман при долготрајна терапија (ннд-А).
- Долготрајната терапија за одржување со инхибитори на протонската пумпа е ефикасна и безбедна (ннд-А).
- Хирургија (Nissen фундопликација) е потребна кај околу 10% од случаите. Индикациите се следниве:
 - Езофагитис кој не реагира на медиќална терапија или често се повторува.
 - Компликации на езофагитисот: Баретов епител и непрекинат езофагитис, крвавење, изразени симптоми на аспирација.

СЛЕДЕЊЕ

- Лесниот езофагитис не треба да се контролира ендоскопски ако третманот доведува до смирување на симптомите.
- Заздравувањето на тешкиот езофагитис мора да се потврди ендоскопски, со цел да се верификува ефикасноста на третманот. Ендоскопија, исто така, е индицирана ако има промена на симптомите.
- Ако контролната ендоскопија не покаже езофагитис, ГЕРБ треба да се третира на ист начин како и рефлуксниот езофагитис. Повторувана ендоскопија при следењето е непотребна ако симптомите се смирени.

КОМПЛИКАЦИИ

- Рефлуксниот езофагитис обично е лесна болест без сериозни компликации.
- Некои од пациентите развиваат Баретов езофаг, при што доаѓа до замена на плочестиот епител со метапластичен цилиндричен епител.
 - Баретовиот езофаг е асоциран со зголемен ризик од аденокарцином (годишен ризик=0.5%).

- Ендоскопското следење кај Баретовиот езофаг не го намалува морталитеот од аденокарцином. Индицирано е ендоскопско следење при развој на диспластички промени.
- Хроничниот, улцеративен езофагитис може да предизвика стриктури и дисфагија. Езофагитисот е причина за 7% од сите гастроинтестинални крвавења. Крвавењето е скоро секогаш мало, но континуирано и резултира со анемија.
- Рефлуксна болест без евидентен езофагитис веројатно не води до трајни езофагеални оштетувања. Рефлуксната болест може да биде асоцирана со аспирација и рекурентни респираторни инфекции, особено кај малите деца и кај старите.
- Оштетување на забниот емајл е можна асоцијација со рефлуксната болест.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Лапароскопската фундупликација е поефективна отколку медиалниот третман во третманот на ГЕРБ на краток до среден рок, иако носи одреден ризик. (ннд-**B**)
- Ендоскопските терапии доведуваат до регресија на Баретовиот езофаг и дисплазијата, иако доказите се недоволни (ннд-**D**).

Литература

- Sharma P. Clinical practice. Barrett's esophagus. N Engl J Med 2009 Dec 24; 361(26):2548-56.
- Ford AC, Moayyedi P. Treatment of chronic gastro-oesophageal reflux disease. BMJ 2009 Jul 14; 339():b2481.
- Kahrilas PJ. Clinical practice. Gastroesophageal reflux disease. N Engl J Med 2008 Oct 16; 359(16):1700-7.
- An evidence-based appraisal of reflux disease management - the Genval Workshop Report. Gut 1999 Apr; 44 Suppl 2:S1-16. [No authors listed]

РЕФЕРЕНЦИ

1. Hoogendoorn RJ, Groeneveld L, Kwee JA. Patient satisfaction with switching to esomeprazole from existing proton pump inhibitor therapy for gastro-oesophageal reflux disease: an observational, multicentre study. Clin Drug Investig 2009;29(12):803-10. [«PMID: 19888786»PubMed](#)

Последен пат прегледано за ажурирање на 27.12.2013 • Последна промена 27.12.2013

Article ID: ebm00170 (008.030)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 27.12.2013, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2016 година.**

**Упатството го ажурирала: Доц. Д-р Марија Вавлукис
Координатор: Проф. Д-р. Катица Зафировска**