

INTERVENȚII
COMPORTAMENTALE ȘI
DIETETICE ÎN TRATAMENTUL
BOLII DE REFLUX GASTROESOFAGIAN –
REVIEW-UL LITERATURII

**Mihaela STOICA, Ecaterina MUNTEANU,
Oxana SÂRBU, Ghenadie CALIN, Diana SASU,
Anatolie SCORPAN, Valeriu ISTRATI**
Disciplina medicină internă-semiologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu

[https://doi.org/10.52556/2587-3873.2025.2\(104\).29](https://doi.org/10.52556/2587-3873.2025.2(104).29)

Rezumat

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) este o afecțiune cronică comună, caracterizată prin refluxul conținutului gastric în esofag. Prevalența globală variază între 10–25% în America de Nord și Europa, sub 5% în Asia și 17,4% în Republica Moldova. Deși inhibitorii pompei de protoni sunt tratamentul de bază, metodele non-farmacologice câștigă tot mai multă importanță datorită eficienței în ameliorarea simptomelor. A fost realizată o revizuire sistematică a literaturii din bazele de date PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Mendeley și HINARI, cu utilizarea termenilor-cheie precum „BRGE”, „tratament non-farmacologic”, „stil de viață”, „dietă”, „igiena somnului” și „gestionarea stresului”, pentru perioada 2014–2024. Principalele măsuri non-farmacologice includ reducerea greutății corporale la pacienții supraponderali sau obezi, renunțarea la fumat și limitarea consumului de alcool. Dieta echilibrată, cum ar fi dieta mediteraneană sau DASH, consumul meselor mici și frecvente și evitarea meselor târzii sunt recomandate. Măsurile posturale – evitarea poziției culcate 2–3 ore după masă și ridicarea capului patului cu 10–20 cm – previn refluxul. Activitatea fizică moderată este benefică, însă exercițiile intense imediat după masă trebuie evitate. Reducerea stresului prin mindfulness, yoga sau terapie cognitiv-comportamentală contribuie la ameliorarea simptomelor. Educația și consilierea pacienților sunt esențiale pentru complianța terapeutică și identificarea precoce a semnelor de alarmă. Scăderea în greutate, renunțarea la fumat și alcool, ajustarea dietei și igiena somnului sunt intervenții non-farmacologice esențiale în BRGE. Modificarea poziției corporale și strategiile psihocomportamentale pot completa tratamentul, iar personalizarea lor reduce simptomele și necesitatea medicației pe termen lung.

Cuvinte-cheie: BRGE, stil de viață

Summary

Behavioral and dietary interventions in the treatment of gastroesophageal reflux disease – literature review

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a common chronic condition characterized by the reflux of gastric contents into the esophagus. Global prevalence varies between 10–25% in North America and Europe, below 5% in Asia, and 17.4% in the Republic of Moldova. Although proton pump inhibitors are the mainstay treatment, non-pharmacological methods are gaining importance due to their efficacy in symptom relief. A systematic review of the literature was conducted using databases such as PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Mendeley, and HINARI. Keywords included „GERD”, „non-pharmacological treatment”, „lifestyle”, „diet”, „sleep hygiene” and „stress management”, covering the period 2014–2024. Key

non-pharmacological measures include weight reduction in overweight or obese patients, smoking cessation, and limiting alcohol consumption. Balanced diets, such as the Mediterranean or DASH diets, small frequent meals, and avoiding late meals are recommended. Postural measures – avoiding lying down for 2–3 hours after meals and elevating the head of the bed by 10–20 cm – help prevent reflux. Moderate physical activity is beneficial, whereas intense exercise immediately after meals should be avoided. Stress reduction techniques, including mindfulness, yoga, or cognitive-behavioral therapy, contribute to symptom improvement. Patient education and counseling are essential for therapeutic adherence and early recognition of alarm signs. Weight loss, smoking and alcohol cessation, dietary adjustments, and sleep hygiene are essential non-pharmacological interventions in GERD. Postural modifications and psychobehavioral strategies can complement treatment, and their personalization reduces symptoms and the need for long-term medication.

Keywords: GERD, lifestyle

Резюме

Поведенческие и диетические рекомендации при гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни – литературный обзор

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — распространенное хроническое заболевание, характеризующееся забросом желудочного содержимого в пищевод. Распространенность варьируется от 10–25% в Северной Америке и Европе, менее 5% в Азии и 17,4% в Республике Молдова. Хотя ингибиторы протонной помпы являются основным методом лечения, немедикаментозные методы приобретают все большее значение благодаря их эффективности в снижении симптомов. Проведен систематический обзор литературы по базам данных PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Mendeley и HINARI с использованием ключевых слов «ГЭРБ», «немедикаментозное лечение», «образ жизни», «диета», «гигиена сна» и «управление стрессом» за период 2014–2024 гг. Основные немедикаментозные меры включают снижение массы тела у пациентов с избыточным весом и ожирением, отказ от курения и ограничение употребления алкоголя. Рекомендуются сбалансированные диеты, такие как средиземноморская или DASH, прием небольших и частых порций пищи, избегание поздних приемов пищи. Позиционные меры — избегание положения лежа в течение 2–3 часов после еды и приподнимание головы кровати на 10–20 см — способствуют профилактике

рефлюкса. Умеренная физическая активность полезна, тогда как интенсивные упражнения сразу после еды следует избегать. Методы снижения стресса, включая майндфулнесс, йогу и когнитивно-поведенческую терапию, способствуют улучшению симптомов. Образование и консультирование пациентов необходимы для соблюдения терапии и раннего выявления тревожных симптомов. Снижение веса, отказ от курения и алкоголя, коррекция диеты и гигиена сна – ключевые немедикаментозные вмешательства при ГЭРБ. Позиционные изменения и психосоциальные стратегии могут дополнить лечение, а их индивидуализация снижает выраженность симптомов и потребность в длительной медикаментозной терапии.

Ключевые слова: ГЭРБ, образ жизни

Introducere

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE), conform Consensului de la Montreal din 2006, este o afecțiune cronică a tractului gastro-intestinal superior, caracterizată prin refluxul repetat al conținutului gastric (acid, enzime, alimente) în esofag, ceea ce duce la inflamația și lezarea mucoasei esofagiene, provocând simptomele specifice ale bolii, cum ar fi pirozismul (arsuri la stomac) și regurgitația [1]. Ulterior, definiția bolii a fost consolidată de Consensul de la Lyon 2 din 2024, care reiterează rolul refluxului non-acid, mai ales în cazurile în care simptomele persistă în ciuda tratamentelor care suprimă secreția acidă, subliniind complexitatea evaluării și a managementului BRGE în practica clinică [2]. Analiza prevalenței BRGE la nivel regional și continental indică diferențe semnificative. În America de Nord și Europa, incidența este estimată între 10% și 25%, în timp ce în Asia este raportată la <5% [3]. Prevalența BRGE în Republica Moldova constituie 17,4% și corespunde mediei țărilor europene (media 18,6%, cuprinsă între 7,7% în Italia și 36,0% în Danemarca), cu o dispersie regională de la 15,0% în nordul Moldovei până la 21,2% în sudul țării [4]. Modificările sociale, economice și psihologice ale societății contemporane – caracterizate printr-un ritm accelerat al vieții, urbanizare rapidă, deteriorarea obiceiurilor alimentare, creșterea stresului și agravarea condițiilor ecologice – influențează negativ sănătatea populației și contribuie la creșterea incidenței afecțiunilor gastrointestinale, printre care și BRGE [5]. Fiziopatologia bolii de reflux gastroesofagian este complexă și implică mai mulți factori. Factorii nemodificabili includ vârsta înaintată, sexul și predispoziția genetică, care afectează funcția sfincterului esofagian inferior (SEI) [6]. Printre factorii modificabili se numără obezitatea, în special cea abdominală, fumatul, consumul excesiv de alcool, dieta neadecvată, poziția corpului după masă, sedentarismul și stresul, toți aceștia contri-

buind la creșterea riscului de dezvoltare a BRGE [7]. Tratamentul BRGE este multimodal: IPP rămân standardul pentru controlul simptomelor, iar modificările stilului de viață (dieta, evitarea factorilor declanșatori) contribuie semnificativ la prevenirea recurenței și la creșterea calității vieții [8]. Costurile sunt semnificative: peste 10 miliarde USD anual în SUA [9], >1.000 euro/pacient în Europa [10], iar în Republica Moldova tratamentul cu IPP poate ajunge la 4.000 lei/an.

În acest context, metodele non-farmacologice câștigă importanță ca abordare complementară, vizând schimbarea stilului de viață și reducerea simptomelor.

Scopul este de a preciza beneficiile tratamentului non-farmacologic și de a evidenția regulile esențiale pentru îmbunătățirea managementului pacienților cu Boala de reflux gastroesofagian (BRGE).

Materiale și metode

În această lucrare a fost realizată o analiză sistematică a literaturii de specialitate privind metodele non-farmacologice utilizate în tratamentul bolii de reflux gastroesofagian (BRGE). Sursele au fost selectate din baze de date științifice, precum *Google Scholar*, *Scopus*, *Web of Science*, *PubMed*, *Mendeley* și *HINARI*, utilizând cuvinte-cheie relevante, precum „BRGE”, „tratament non-farmacologic”, „modificări ale stilului de viață”, „dietă”, „igiena somnului”, „comportament alimentar” și „gestionarea stresului”. Au fost incluse articole publicate în perioada 2014–2024, ținându-se cont de recomandările ghidurilor internaționale de referință, în vederea oferirii unei perspective actualizate și riguroase asupra strategiilor non-farmacologice în managementul BRGE.

Rezultate

Analiza literaturii a evidențiat mai mulți factori de risc semnificativi care influențează debutul și evoluția bolii de reflux gastroesofagian (BRGE). Acești factori au fost identificați atât în cadrul studiilor observaționale, cât și în recomandările ghidurilor internaționale. Analiza factorilor de risc în boala de reflux gastroesofagian (BRGE) evidențiază atât elemente nemodificabile, precum vârsta (cu o incidență crescută după 40-50 de ani), predispoziția genetică și istoricul familial, cât și sexul, care în unele studii prezintă diferențe în frecvența apariției bolii. Totodată, există o serie de factori modificabili importanți în fiziopatologia BRGE, printre care se numără dieta nesănătoasă [11], consumul de alcool, fumatul, obezitatea și excesul ponderal [12]. În plus, percepțiile sociale eronate [5] cum ar fi subestimarea importanței tratamentului sau

certitudinea că refluxul este doar un disconfort minor fără consecințe pot conduce la întârzierea diagnosticului și tratamentului adecvat, influențând negativ calitatea vieții pacienților. Tratamentul non-farmacologic al bolii de reflux gastroesofagian (BRGE) reprezintă o componentă esențială și complementară terapiei medicamentoase, strategiile terapeutice nefarmacologice abordate fiind:

Managementul comportamentului alimentar reprezintă o componentă importantă în ameliorarea simptomelor BRGE. Printre recomandările esențiale se numără reducerea cantității de alimente consumate la fiecare masă și mestecarea lentă a acestora, pentru a facilita digestia și a preveni suprasolicitarea stomacului. Menținerea corpului în poziție verticală atât în timpul mesei, cât și după masă ajută la limitarea refluxului acid. Se recomandă consumul a 5-6 mese mici pe zi, în loc de 2-3 mese copioase, cu porții moderate, pentru a reduce presiunea asupra sfincterului esofagian inferior. Alimentele ușor digerabile, precum legumele fierte, carnea slabă (pui, curcan) și cerealele integrale sunt preferate, iar mesele grele seara trebuie evitate, pentru a diminua riscul refluxului nocturn [13]. De asemenea, este importantă evitarea exercițiilor fizice imediat după masă, a vorbitului excesiv în timpul alimentației și a mestecatului gumelor, toate acestea contribuind la reducerea aerofagiei și a presiunii intraabdominale, factori care pot agrava simptomele BRGE. Aceste strategii, integrate într-un plan terapeutic, pot susține semnificativ controlul bolii și îmbunătățirea calității vieții pacienților [11].

Reducerea greutății corporale reprezintă una dintre cele mai importante și susținute măsuri non-farmacologice în managementul BRGE. Ghidurile internaționale, precum cel al Colegiului American de Gastroenterologie (ACG) [14] și al Institutului Național pentru Excelență în Sănătate și Îngrijire (NICE) [15] recomandă cu fermitate scăderea în greutate la pacienții supraponderali sau obezi, în special la cei cu simptome nocturne sau refractare. Această intervenție contribuie la reducerea presiunii intraabdominale, la scăderea frecvenței relaxărilor tranzitorii ale sfincterului esofagian inferior (SEI) și la ameliorarea simptomelor de reflux, reducând totodată necesitatea unui tratament medicamentos cronic. Ținta principală în controlul greutății corporale la pacienții cu BRGE este reducerea masei corporale până la un indice de masă corporală (IMC) optim, ideal sub 25 kg/m², pentru a diminua presiunea intraabdominală și impactul asupra sfincterului esofagian inferior. Pe lângă IMC, este importantă și evaluarea circumferinței taliei, deoarece excesul de grăsime abdominală viscerală este corelat cu agravarea simptomelor BRGE [15].

Modificările dietetice reprezintă o componentă esențială în tratamentul non-farmacologic al BRGE. Strategiile nutriționale vizează reducerea presiunii intraabdominale, menținerea funcției normale a sfincterului esofagian inferior (SEI) și prevenirea expunerii esofagului la conținut gastric acid. Alimentele care trebuie evitate în boala de reflux gastroesofagian (BRGE) sunt cele care pot relaxa sfincterul esofagian inferior sau irita mucoasa esofagiană, precum alcoolul, cafeina, ciocolata, alimentele grase și prăjite, citricele, roșiile și condimentele iuți. Acestea cresc aciditatea gastrică, întârzie golirea stomacului și favorizează refluxul acid, agravând simptomele. Alimentele recomandate sunt legumele verzi, fructele non-citrici, carnea slabă, peștele, cerealele integrale și lactatele cu conținut scăzut de grăsimi, care ajută la reducerea acidității, mențin tonusul sfincterului esofagian inferior și facilitează digestia, contribuind astfel la ameliorarea simptomelor și prevenirea complicațiilor BRGE [11]. Un exemplu concret de dietă recomandată în BRGE este dieta mediteraneană, caracterizată prin consumul ridicat de legume, fructe non-citrici, cereale integrale, pește și ulei de măsline, evitând alimentele grase, prăjite și condimentele iuți. Farfuria ideală pentru o masă echilibrată ar trebui să arate astfel: jumătate din farfurie să conțină legume non-amidonoase (spanac, broccoli, ardei), un sfert să fie alocat proteinelor slabe (pui fără piele, pește, tofu), iar celălalt sfert să includă cereale integrale sau legume amidonoase (orez brun, cartofi, fasole). Această compoziție ajută la reducerea acidității gastrice, susține funcția esofagiană și menține o digestie optimă, prevenind astfel agravarea refluxului gastroesofagian [16]. O dietă recomandată pentru gestionarea BRGE este dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*). Aceasta pune accent pe consumul de fructe și legume proaspete, lactate degresate, carne slabă, pește, nuci și cereale integrale, evitând alimentele procesate, grase, prăjite și băuturile carbogazoase sau cofeinizate. Prin reducerea grăsimilor saturate și a alimentelor iritante pentru mucoasa esofagiană, această dietă ajută la diminuarea simptomelor BRGE, promovează o greutate corporală sănătoasă și sprijină o digestie eficientă [17]. O altă dietă recomandată pentru BRGE este cea cu conținut redus de carbohidrați fermentabili, cunoscută ca dieta FODMAP. Alimentele permise includ carne slabă, pește, ouă, legume (ex., morcovi, dovlecei, roșii), fructe (banane, afine) și cereale fără gluten. Dieta FODMAP reduce simptomele digestive, inclusiv refluxul și disconfortul abdominal, prin minimizarea fermentației și a presiunii asupra stomacului, facilitând astfel o gestionare mai eficientă a BRGE [18].

Hidratarea adecvată este importantă pentru funcția digestivă și prevenirea agravării BRGE. Apa diluează acidul gastric și protejează mucoasa esofagiană fără a afecta tonusul sfincterului esofagian inferior. Un studiu a arătat că un pahar de apă crește rapid pH-ul gastric, facilitând eliminarea acidului și reducând tusea cronică. Se recomandă un consum zilnic de aproximativ 2–2,5 litri de apă, ajustat după sezon și activitate fizică [19]. La pacienții cu afecțiuni cardiace, renale sau hepatice, aportul de lichide trebuie adaptat. Apa trebuie băută fracționat pe parcursul zilei, evitând consumul excesiv în timpul meselor, care poate agrava refluxul.

Renunțarea la consumul de alcool are un impact semnificativ în ameliorarea simptomelor și prevenirea progresiei BRGE. Alcoolul este un factor iritant direct pentru mucoasa esofagiană și gastrică, favorizează relaxarea tranzitorie sau permanentă a sfincterului esofagian inferior (SEI), întârzie golirea gastrică și afectează peristaltismul esofagian prin intermediul metabolitului său toxic – acetaldehidă [20]. În mod particular, consumul băuturilor spirtoase (whisky, vodcă, rom, țuică etc.) cu concentrații mari de etanol (>20%) este mai dăunător pentru pacienții cu BRGE, deoarece favorizează relaxarea SEI mai intens decât băuturile fermentate, cum ar fi vinul și berea. Consumul de băuturi carbogazoase alcoolice, precum berea și vinul spumant, poate agrava simptomele prin creșterea presiunii intragastrice. Doza de alcool asociată cu creșterea riscului de agravare a BRGE este considerată a fi peste 20 g de etanol pe zi (echivalentul unui pahar mic de băutură spirtoasă sau 200 ml de vin). Consumul moderat, sub 10-15 g etanol zilnic, poate fi tolerat de unii pacienți, dar sensibilitatea este individuală. Este important de menționat că în regiunile mediteraneene ale Europei (Italia, Spania, sudul Franței) consumul moderat de vin roșu poate avea unele efecte antioxidante și stimulative asupra digestiei, datorită polifenolilor prezenți, însă aceste beneficii nu presupun consumul de alcool ca tratament în BRGE. În contrast, în regiunile nordice (Scandinavia, Marea Britanie) consumul mai frecvent de băuturi spirtoase și modelele de consum *binge eating* (mâncatul compulsiv) sunt asociate cu o incidență mai mare a BRGE și complicațiilor sale [21]. Eliminarea consumului de alcool contribuie la normalizarea presiunii SEI, la reducerea secreției acide și a refluxului biliar, precum și la regenerarea mucoasei gastroesofagiene afectate. Astfel, evitarea alcoolului este o intervenție dietetică esențială în managementul eficient al BRGE [20].

Evitarea fumatului contribuie semnificativ la ameliorarea simptomelor BRGE prin restabilirea funcției normale a sfincterului esofagian inferior, prevenind astfel refluxul acid. Fumatul agravează

BRGE prin mai multe mecanisme. Nicotina relaxează SEI, scăzând presiunea acestuia și favorizând refluxul acid. În plus, ea afectează vascularizația locală și regenerarea mucoasei esofagiene prin inducerea hipoxiei tisulare. Fumatul stimulează producția excesivă de acid gastric, favorizează refluxul sărurilor biliare și reduce secreția salivară, diminuând capacitatea de neutralizare a acidului gastric [22]. Renunțarea la fumat reduce producția excesivă de acid gastric și favorizează regenerarea mucoasei esofagiene prin îmbunătățirea oxigenării tisulare, afectată anterior de nicotină. De asemenea, se normalizează motilitatea esofagiană, ceea ce contribuie la o mai bună propulsie a alimentelor spre stomac, iar secreția salivară, esențială pentru neutralizarea acidului, este crescută [13].

Exercițiile fizice și terapia fizică joacă un rol important în managementul BRGE. Exercițiile respiratorii profunde, efectuate zilnic timp de 10-15 minute, ajută la întărirea diafragmei și a crurelor diafragmatice, componente esențiale ale barierei antireflux. Corectarea posturii și menținerea unei poziții verticale, mai ales după masă, pot reduce presiunea abdominală și frecvența refluxului, iar ridicarea capului patului cu 15-20 cm este recomandată pentru ameliorarea simptomelor nocturne. De asemenea, un antrenament fizic moderat, realizat de 3-5 ori pe săptămână, câte 30 de minute pe sesiune, precum mersul pe jos sau ciclismul ușor, contribuie la controlul greutatei corporale și la susținerea funcției diafragmei, ceea ce reduce manifestările BRGE. Este important ca exercițiile să nu fie efectuate imediat după masă, evitându-se cel puțin 1-2 ore după alimentație, pentru a preveni agravarea simptomelor [23]. Ghidurile internaționale recunosc beneficiile exercițiilor fizice și terapiei fizice ca parte a managementului non-farmacologic al BRGE, dar subliniază că dovezile directe sunt limitate și recomandările sunt, în general, de nivel moderat sau condiționat. De exemplu, Ghidul AGA recomandă adoptarea unui stil de viață activ și menținerea unei greutăți corporale sănătoase, menționând că exercițiile regulate pot întări diafragma și pot îmbunătăți funcția barierei antireflux [14].

Deși recomandările privind *igiена somnului* în managementul BRGE sunt clasificate, în majoritatea ghidurilor internaționale, ca având un nivel scăzut de evidență și sunt considerate recomandări condiționate, aplicarea lor corectă și constantă poate contribui semnificativ la reducerea simptomelor nocturne [13]. Astfel, este esențială educarea pacientului în ceea ce privește obiceiurile corecte legate de somn. Printre măsurile recomandate se numără: evitarea culcatului timp de cel puțin 2 ore după masă, renunțarea la fumat cu minimum 2 ore înainte de

somn, pentru a preveni relaxarea sfincterului esofagian inferior, consumul ultimei mese cu cel puțin 3 ore înainte de culcare, ridicarea capului patului cu 15–20 cm sau utilizarea a două perne, pentru a preveni refluxul nocturn, adoptarea poziției de somn în decubit lateral stâng, asociată cu reducerea episodului de reflux, evitarea surmenajului fizic și psihic seara, pentru a reduce componenta neurovegetativă a simptomelor.

Deși adesea neglijată, *alegerea vestimentației adecvate* joacă un rol important în controlul simptomelor BRGE. Ghidurile internaționale, precum cele ale Colegiului American de Gastroenterologie (ACG) și Institutului Național pentru Excelență în Sănătate și Îngrijire (NICE), menționează că evitarea hainelor strâmte în zona abdominală poate reduce presiunea intraabdominală, contribuind astfel la prevenirea relaxării sfincterului esofagian inferior și la scăderea frecvenței episoadelor de reflux [15]. Se recomandă purtarea hainelor lejere, în special în jurul taliei și abdomenului, pentru a evita compresia mecanică asupra stomacului. Acest aspect este deosebit de important după mese sau în timpul activităților fizice ușoare. De asemenea, pacienții ar trebui consiliați să evite curelele strânse, corsetele, pantalonii cu talie rigidă sau orice vestimentație care comprimă regiunea epigastrică. Prin urmare, adoptarea unui stil vestimentar confortabil poate constitui o măsură simplă, dar eficientă în cadrul strategiilor non-farmacologice de gestionare a BRGE.

Controlul stresului și al sănătății mintale are un rol esențial în gestionarea BRGE, deoarece stresul psihologic poate agrava simptomele prin mecanisme neurovegetative și comportamentale [24]. Prin urmare, managementul BRGE trebuie să includă și abordarea factorilor psihologici prin metode precum terapia cognitiv-comportamentală, tehnici de relaxare, mindfulness, care au demonstrat eficiență în ameliorarea simptomelor și în îmbunătățirea calității vieții pacienților [25]. De exemplu, combaterea anxietății și depresiei prin terapie psihologică poate reduce hipersensibilitatea esofagiană și percepția durerii. Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) ajută pacienții să identifice și să schimbe gândurile și comportamentele care întrețin simptomele BRGE, ducând la o reducere semnificativă a frecvenței acestora. Tehnicile de relaxare și mindfulness, cum ar fi respirația diafragmatică sau meditația, pot reduce tensiunea abdominală și hiperactivitatea sistemului nervos simpatic, scăzând episoadele de reflux. Suportul psihologic și consilierea, mai ales în cazurile cu comorbidități psihoemoționale, oferă un cadru de înțelegere și adaptare la boală, îmbunătățind complianța la tratament și calitatea vieții [26]. Astfel, integrarea intervențiilor psiho-emoționale este o

componentă valoroasă în tratamentul multidisciplinar al BRGE.

Discuții

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) afectează semnificativ calitatea vieții prin simptome persistente precum pirozis, regurgitații și durere toracică, limitând activitățile zilnice, somnul și starea emoțională. Disconfortul și teama de recidivă cresc stresul și anxietatea, subliniind nevoia unui management integrat care să abordeze atât aspectele fizice, cât și psihosociale. Cunoașterea factorilor de risc, modificabili și nemodificabili, este esențială pentru o abordare personalizată și eficientă a tratamentului BRGE. Factorii nemodificabili – cum ar fi vârsta, sexul sau predispoziția genetică – oferă contextul biologic al pacientului și ajută la estimarea prognosticului. În schimb, factorii modificabili reprezintă pilonii intervențiilor non-farmacologice, oferind oportunități concrete de prevenție și ameliorare a calității vieții. Identificarea și corectarea acestora – prin dietă, modificări ale stilului de viață sau tehnici de reducere a stresului – pot reduce simptomele, preveni recidivele și chiar diminua necesitatea tratamentului medicamentos.

Regimul alimentar și schimbările în stilul de viață sunt esențiale în ameliorarea BRGE. Evitarea alimentelor declanșatoare, mesele mici și frecvente, pierderea în greutate, renunțarea la fumat și gestionarea stresului previn complicații și recidive, conform ghidurilor internaționale (Montreal, AGA, NICE). Totuși, în formele severe, aceste măsuri pot fi insuficiente, necesitând tratament medicamentos sau chirurgical. Menținerea pe termen lung a unui stil de viață sănătos este dificilă, necesitând educație medicală și suport multidisciplinar (dieteticieni, psihologi, specialiști). Integrarea regimului alimentar și a stilului de viață într-un plan terapeutic mai amplu, combinat cu tratamente medicamentoase, este esențială. Strategii de suport continuu, inclusiv tehnologii digitale pentru monitorizare și educație, pot crește aderența pacienților.

Deși unele recomandări sunt susținute de ghiduri cu un nivel puternic de evidență, iar altele beneficiază doar de recomandări condiționale sau cu nivel mai scăzut de susținere, aplicate împreună acestea contribuie semnificativ la ameliorarea simptomelor bolii de reflux gastroesofagian, având un efect sinergic mai mare decât dacă ar fi utilizate separat. Individualizăm recomandările pentru fiecare pacient, deoarece unii au nevoie să urmeze toate măsurile, în timp ce alții pot beneficia doar de ajustări dietetice; alegerea depinde de severitatea bolii, stilul de viață și prezența comorbidităților, astfel încât tratamentul să fie cât mai eficient și adaptat nevoilor

specifice. Medicii ar trebui să ajute pacienții să reducă sau să oprească utilizarea IPP și să le înlocuiască cu modificări ale stilului de viață care au profiluri de siguranță mai bune pe termen lung și nu prezintă riscuri asociate [27].

Concluzii

Intervențiile non-farmacologice reprezintă un pilon esențial în gestionarea bolii de reflux gastroesofagian (BRGE), deși eficacitatea acestora variază în funcție de intervenție. Măsuri precum scăderea în greutate, renunțarea la fumat și alcool, ajustarea alimentației (prin evitarea alimentelor declanșatoare) și respectarea igienei somnului (evitarea meselor târzii, elevarea capului patului) au demonstrat o eficacitate ridicată, fiind recomandate de ghidurile internaționale ca intervenții de primă linie. În schimb, evitarea hainelor strâmte sau modificarea poziției corporale după masă au un nivel mai scăzut de evidență și sunt recomandate condiționat, cu aplicabilitate mai ales în funcție de contextul individual al pacientului. Gestionarea stresului și intervențiile psihocomportamentale contribuie mai ales la percepția simptomelor, având susținere științifică limitată, dar un rol complementar valoros. Integrarea acestor intervenții într-un plan terapeutic personalizat, adaptat nevoilor individuale, poate contribui semnificativ la ameliorarea simptomelor, reducerea necesității utilizării prelungite a tratamentului medicamentos și îmbunătățirea evoluției clinice generale.

Declarație de conflict de interes

Autorii nu declară conflict de interes.

Bibliografie

- HUNGIN, A., PALI, S. et al. Revisiting Montreal: New insights into symptoms and their causes, and implications for the future of BRGE. In: *American Journal of Gastroenterology*. 2019, vol. 114, no. 3, pp. 414–421.
- GYAWALI, C.P., YADLAPATI, R. et al. Updates to the modern diagnosis of BRGE: Lyon consensus 2.0. In: *Gut*. 2024, vol. 73, no. 2, pp. 361–371.
- EUSEBI, L.H. et al. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-esophageal reflux symptoms: a meta-analysis. In: *Gut*. 2018, vol. 67, no. 3, pp. 430–440.
- SCORPAN, A., ISTRATI, V., CALIN, G. et al. The epidemiology of the gastroesophageal reflux disease (GERD) in the Republic of Moldova. In: *Scientific Collection Intercof*. 2020, vol. 3, no. 36, pp. 976–984. ISBN 978-9934-534-34-8.
- CAZACU, O., UROTHODY, M., STOICA, M., SÂRBU, O. Influența factorilor de mediu în dezvoltarea și tratamentul bolii de reflux gastroesofagian. In: *Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță*. 2023, p. 213. ISSN 2345-1476.
- SCORPAN, A., STOICA, M., SÂRBU, O. et al. Clasificarea clinică a bolii de reflux gastro-esofagian (BRGE). In: *Congresul Medicilor de Familie din Republica Moldova*, Ed. 5, 17-18 mai 2024. Chișinău: CEP Medicina, 2024, Ediția 5, pp. 189-201. ISBN (pdf) 978-9975-82-377-7.
- EL-SERAG, H.B. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease. In: *Gut*. 2018, vol. 67, no. 4, pp. 581–588.
- CHHABRA, P., INGOLE, N. Gastroesophageal reflux disease (BRGE): Highlighting diagnosis, treatment, and lifestyle changes. In: *Cureus*. 2022, vol. 14, nr. 8, Article ID e28563.
- BOULTON, K.H.A., DETTMAR, P.W. A narrative review of the prevalence of gastroesophageal reflux disease. In: *Annals of Esophagus*. 2022, vol. 5, nr. 7. Disponibil la: <https://doi.org/10.21037/aoe-22-18>.
- LIPPMANN, Q.K., NYLUND, C.M., KAUL, V. et al. Economic burden of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. In: *Pharmacoeconomics*. 2015, vol. 33, no. 5, pp. 439–453.
- STOICA, M., SÂRBU, O., ISTRATI, V. et al. Impactul factorilor alimentari în dezvoltarea bolii de reflux gastroesofagian. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2022, nr. 2(93 S), pp. 211–216. ISSN 1729 8687.
- STOICA, M., MUNTEANU, E., SÂRBU, O. et al. The influence of obesity on the quality of life in patients with gastro-esophageal reflux disease. In: *MedEspera: International Medical Congress for Students and Young Doctors*, Ed. 10th edition, 24-27 mai 2024, Chișinău. Chisinau, Republic of Moldova: 2024, 10, p. 144. ISBN 978-9975-3544-2-4.
- YADLAPATI, R. et al. AGA Clinical Practice Update on the Personalized Approach to the Evaluation and Management of GERD: Expert Review. In: *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2022, vol. 20, no. 5, pp. 984–994.
- KATZ, P.O., DUNBAR, K.B. et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. In: *The American Journal of Gastroenterology*. 2022, vol. 117, no. 1, pp. 27–56.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Gastroesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. Londra: NICE, octombrie 2019. (NICE Clinical Guidelines, nr. 184). [online]. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552570/> (accesat la 5 mai 2025).
- ESTRUCH, R., ROS, E., SALAS-SALVADÓ, J. et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. In: *New England Journal of Medicine*. 2013, vol. 368, no. 14, pp. 1279–1290.
- U.S. NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE (NHLBI). Your Guide to Lowering Blood Pressure with DASH [online]. Disponibil la: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/dash-eating-plan> [accesat 10 martie 2025].
- MONASH UNIVERSITY. The Monash University Low FODMAP Diet [online]. Disponibil la: <https://www.monashfodmap.com/about-fodmap-and-ibs/> [accesat 10 martie 2025].
- TARIQ, H., MAKKER, J., AHMED, R., VAKDE, T., PATEL, H. Frequent sips of water for the management of gastroesophageal reflux induced refractory cough: a case report and review of the literature. In: *Case Reports in*

- Gastrointestinal Medicine*. 2019; Article ID 9205259.
20. PAN, J., CEN, L., CHEN, W., YU, C., LI, Y. et. al. Alcohol Consumption and the Risk of Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *Alcohol*. 2019, vol. 54, nr. 1, pp. 62-69.
 21. KAHRILAS, P.J. et al. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease. In: *Gastroenterology*. 2017, vol. 153, nr. 3, pp. 766-777.
 22. OKAMOTO, T., ITO, A. The Association between Smoking Exposure and Reflux Esophagitis: A Cross-sectional Study among Men Conducted as a Part of Health Screening. In: *Internal Medicine*, 2023, vol. 62, nr. 24, pp. 3571-3577.
 23. NILSSON, M. et. al. Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastro-oesophageal reflux. In: *Gut*. 2004, vol. 53, nr. 12, pp. 1730-1735.
 24. MUNTEANU, E., SÂRBU, O., CHIHAI, J., MUNTEANU, A., STOICA, M., ISTRATI, V. Incidence of depression and anxiety in patients with GORD. In: *Збірник тез доповідей 85 Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2025»*. 2025, vol. 18, nr. 1, p. 42. ISSN 2409-2932.
 25. HE, M., WANG, Q., YAO, D., LI, J., BAI, G. Association Between Psychosocial Disorders and Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2022, vol. 28, nr. 2, pp. 212-221.
 26. JANG, S.H., RYU, H.S., CHOI, S.C., LEE, S.Y. Psychological factors influence the gastroesophageal reflux disease (GERD) and their effect on quality of life among firefighters in South Korea. In: *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 2016, vol. 22, nr. 4, pp. 315-320.
 27. STOICA, M., CALIGA, E., SÂRBU, O., SASU, D., ISTRATI, V. et al. Sintropia – boala de reflux gastroesofagian și boala cardiacă ischemică – metodele de diagnostic și tactica de tratament. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2023, nr. 4(97_S), pp. 33-39.

Autor corespondent:

Mihaela Stoica, medic rezident,
Disciplina medicină internă-semiologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel.:+37360449778,
e-mail: stoica.mihaela2296@gmail.com