

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов

НИР на тему:


Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Выполнил

студент 4 курса 3 группы

педиатрического факультета

Айткалиев Анзр Маратович

4 - 

## Содержание

1. Введение.....	2
2. Эпидемиология.....	3
3. Этиопатогенез.....	4
4. Классификация.....	5
5. Клиническая картина.....	5
6. Диагностика.....	8
7. Лечение.....	11
8. Прогноз.....	18
9. Список литературы.....	19

## Введение

Активное изменение социально-экономической структуры современного общества, проявляющееся стремительной урбанизацией, нарастанием темпа жизни и изменением характера питания, оказывает основное влияние на структуру заболеваемости в стране. Все более заметен рост частоты гастроэнтерологических заболеваний, среди которых особое место занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), ведущая патология, как по частоте, так и по спектру осложнений.

Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни заключается в её высокой распространенности, наличии как типичных симптомов, значительно ухудшающих качество жизни больных, так и нетипичных клинических проявлений, которые приводят к гипердиагностике других болезней, например ИБС, ухудшают течение бронхиальной астмы, чреваты тяжелыми осложнениями, такими как стриктуры пищевода, кровотечения из язв пищевода.

## Определение.

В настоящее время под термином "гастроэзофагальная рефлюксная болезнь" (ГЭРБ) следует подразумевать развитие характерных симптомов и/или воспалительное поражение дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого.

Одним из осложнений ГЭРБ является пищевод Баррета - появление тонкокишечного метаплазированного эпителия в слизистой оболочке дистального отдела пищевода - потенциально предраковое состояние.

## Эпидемиология.

В странах Западной Европы и США широкие эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что 40% лиц постоянно (с различной частотой) испытывают изжогу - основной симптом ГЭРБ. Симптомы заболевания одинаково часто встречаются у мужчин и женщин. Среди лиц, которым было проведено эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта, в 12-16% случаев выявляется эзофагит различной степени выраженности. Развитие стриктур пищевода отмечено в 7-23%, кровотечения - в 2% случаев эрозивно-язвенного эзофагита. Пищевод Баррета развивается у 15-20 % больных с эзофагитом. Аденокарцинома развивается у 0,5% больных с пищеводом Баррета в год при низкой степени дисплазии эпителия, и у 6% в год - при дисплазии высокой степени.

Российские исследования показали сопоставимую с вышеприведенными данными частоту гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В целом изжогу испытывают 61,7% мужчин и 63,6% женщин, причем 10,3% и 15,1% - часто

или постоянно. Высокая распространенность симптомов ГЭРБ позволяет предполагать соответствующую высокую частоту эзофагита и пищевода Баррета.

### Основные факторы патогенеза.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с патофизиологической точки зрения является кислотозависимым заболеванием, развивающимся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь имеет следующие причины: нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера (недостаточность кардии), снижение клиренса пищевода, повреждающие свойства рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты), неспособность слизистой оболочки пищевода противостоять повреждающему действию. Нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера может быть следствием первичного дефекта гладких мышц сфинктера, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Другие причины недостаточности кардии включают в себя склеродермию, беременность, курение, применение препаратов, снижающих тонус гладких мышц (нитраты, блокаторы кальциевых каналов, эуфиллин).

Патогенез заболевания заключается в повреждении слизистой оболочки пищевода рефлюктатом, что зависит от частоты и длительности гастроэзофагеального рефлюкса.

## Классификация.

В настоящее время выделяют две формы ГЭРБ:

1) эндоскопически-негативная рефлюксная болезнь, или неэрозивная рефлюксная болезнь (на её долю приходится 60-65% случаев заболевания);

2) эндоскопически позитивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь или рефлюкс-эзофагит (30-35% случаев заболевания).

Осложнения ГЭРБ — пептическая язва, пептическая стриктура, пищеводные кровотечения, пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода.

## Клиническая картина.

Для ГЭРБ характерно то, что выраженность клинических симптомов не зависит от тяжести изменений в слизистой оболочке пищевода. Симптомы заболевания не позволяют дифференцировать неэрозивную рефлюксную болезнь от рефлюкс-эзофагита.

### Пищеводные симптомы ГЭРБ

Характерные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни - изжога, отрыжка, срыгивание, болезненное и затрудненное прохождение пищи - являются мучительными для пациентов, значительно ухудшают качество их жизни, снижают эффективную работоспособность. Особенно значительно снижается качество жизни больных ГЭРБ с ночной симптоматикой.

Изжога является наиболее характерным симптомом, встречается у 83 % больных и появляется вследствие длительного контакта кислого желудочного содержимого со слизистой пищевода. Характерным для данного симптома является усиление при погрешностях в диете, приеме алкоголя, газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении.

Отрыжка, как один из ведущих симптомов ГЭРБ, встречается достаточно часто и обнаруживается у 52% больных. Отрыжка, как правило, усиливается после еды, приема газированных напитков.

Срыгивание пищи, наблюдаемое у некоторых больных ГЭРБ, усиливается при физическом напряжении и при положении, способствующем регургитации.

Дисфагия наблюдается у 19% пациентов с ГЭРБ. Характерной особенностью данного симптома является его перемежающийся характер. Основой такой дисфагии является дискинезия пищевода, нарушающая его перистальтическую функцию. Появление более стойкой дисфагии и одновременное уменьшение изжоги может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода.

Одним из наиболее характерных симптомов ГЭРБ является боль в эпигастральной области, появляющаяся в проекции мечевидного отростка вскоре после еды и усиливающаяся при наклонных движениях.

Внепищеводные симптомы ГЭРБ:

К внепищеводным проявлениям ГЭРБ относятся боли за грудиной, подобные стенокардитическим и бронхолегочные осложнения.

Боли в грудной клетке некоронарогенного происхождения в большинстве случаев связаны именно с патологией пищевода. Боли за грудиной могут иррадиировать в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, левую половину грудной клетки; нередко имитируют стенокардию. Для эзофагеальных болей характерны связь с приёмом пищи, положением тела и купирование их приёмом щелочных минеральных вод и антацидов.

К бронхолегочным проявлениям ГЭРБ относят хронический кашель, бронхообструкцию, пневмонии, дисфонию. Гастроэзофагеальный рефлюкс выявляется у 30-90% больных бронхиальной астмой, предрасполагая к более тяжёлому течению лёгочного заболевания. Общепризнанными причинами развития бронхообструкции при ГЭРБ являются рефлексорный механизм и микроаспирация. Бронхолегочные проявления могут выступать единственным клиническим признаком гастроэзофагеального рефлюкса и обуславливать недостаточную эффективность лечения бронхиальной астмы.

Доступным методом дифференциальной диагностики, появившимся в последнее время является рабепразоловый тест (исчезновение соответствующей симптоматики (болевого синдрома в грудной клетке или бронхолегочных проявлений) в течение суток после начала приема 20 мг рабепразола). Этот метод основан на уникальной способности рабепразола в отличие от других протонной помпы купировать симптомы ГЭРБ в течение 24 часов.



## Диагностика.

Выявление заболеваний на ранних стадиях основано на первичной обращаемости и анализе клинической картины заболевания. Поэтому первым этапом выявления больных ГЭРБ и профилактики ее осложнений является информирование пациентов по различным информационным каналам, образование и самообразование врачей на основе комплексной программы «Выявление и ведение больных ГЭРБ».

## Эндоскопическое исследование.

У больных, предъявляющих жалобы на изжогу, наиболее часто при эндоскопическом исследовании выявляются признаки рефлюкс-эзофагита (РЭ) различной степени выраженности. Выявляется гиперемия и рыхлость слизистой оболочки (катаральный эзофагит), эрозии и язвы (эрозивный эзофагит различной степени тяжести - с 1 по 4 стадии - в зависимости от площади поражения), наличие экссудата, фибрина или признаков кровотечения:

РЭ 1-й степени - выраженная гиперемия, отёк, на верхушках складок выявляются единичные несливающиеся эрозии диаметром не более 5 мм.

РЭ 2-й степени - сливающиеся эрозии, покрытые экссудатом или отторгающимися некротическими массами, которые не распространяются циркулярно; объем поражения слизистой оболочки (СО) дистального отдела пищевода не превышает 50 % всей пятисантиметровой зоны выше желудочно-пищеводного сфинктера (ЖПС).

РЭ 3-й степени - характерны циркулярно расположенные сливающиеся

эрозии или экссудативно-некротические повреждения (изъязвления), занимающие всю пятисантиметровую зону выше ЖПС.

РЭ 4-й степени - обнаруживаются глубокие изъязвления и эрозии СО в дистальном отделе пищевода, стриктуры и фиброз его стенок, «короткий пищевод».

Помимо этого может отмечаться пролапс желудочной слизистой в пищевод, особенно при рвотных движениях, истинное укорочение пищевода с расположением пищеводно-желудочного перехода существенно выше диафрагмы, заброс желудочного или дуоденального содержимого в пищевод. Оценить замыкательную функцию кардии при эзофагоскопии практически невозможно.

Во многих случаях клиническая симптоматика и морфологические изменения на клеточном уровне не сопровождаются наличием эндоскопических признаков эзофагита (эндоскопически негативная ГЭРБ).

#### Гистологическое исследование.

При анализе гистологической картины биоптатов слизистой оболочки пищевода могут быть выявлены выраженные в той или иной степени изменения эпителия. Чаще выявляется атрофия эпителия, но изредка наряду с атрофией могут быть обнаружены участки гипертрофии эпителиального пласта. При этом эпителиальные клетки находятся в состоянии дистрофии, выраженной в той или иной степени.

Наряду с выраженными дистрофически-некротическими изменениями эпителия в СО отмечаются лимфоплазмочитарные инфильтраты с примесью единичных эозинофилов и нейтрофилов.

При гистологическом исследовании может быть выявлена метаплазия плоского неороговевающего эпителия пищевода. Если метаплазия приводит к появлению цилиндрического эпителия кардиального или фундального типа слизистой желудка, то риск развития аденокарциномы пищевода не увеличивается. Однако, если метаплазия приводит к появлению специализированного тонкокишечного цилиндрического эпителия, риск озлокачествления становится явным.

#### pH-метрическое исследование пищевода.

Основным методом диагностики ГЭРБ является pH-метрия. Исследование может проводиться как амбулаторно, так в стационарных условиях. Для диагностики ГЭРБ результаты pH-метрии оценивают по общему времени, в течение которого pH принимает значения менее 4-х единиц, общему числу рефлюксов за сутки; числу рефлюксов продолжительностью более 5 минут; длительности наиболее продолжительного рефлюкса.

24-х часовая pH-метрия имеет наивысшую чувствительность (88-95 %) при выявлении ГЭРБ и индивидуальном подборе лекарственных препаратов.

#### Рентгенологическое исследование.

Рентгенологическое исследование пищевода может указать на наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, стриктуры пищевода, диффузного эзофагоспазма, выявить рефлюкс как таковой. Это исследование применяется для скрининговой диагностики ГЭРБ.

В диагностике ГЭРБ могут быть использованы такие методы как билиметрия и тест Бернштейна. Билиметрия позволяет верифицировать щелочные (желчные) рефлюксы. Тест Бернштейна состоит из вливания 0,1 N раствора

НСI в пищевод, что при рефлюксной болезни приводит к появлению типичной симптоматики. Этот тест может оказаться полезным в диагностике эндоскопически негативной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Внедрение хромоэндоскопии позволяет выявить метапластические и диспластические изменения эпителия пищевода путем нанесения на слизистую оболочку веществ, по-разному прокрашивающих здоровые и пораженные ткани.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода является основной методикой, выявляющей эндофитно растущие опухоли.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь должна быть включена в круг дифференциально-диагностического поиска при наличии болевого синдрома в грудной клетке, дисфагии, желудочно-кишечного кровотечения, бронхообструктивного синдрома.

## Лечение ГЭРБ.

Лечение должно быть направлено на уменьшение рефлюкса, снижение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищеводного клиренса, и защиту слизистой оболочки пищевода.

В настоящее время основными принципами лечения ГЭРБ являются следующие:

- При лечении ГЭРБ требуются высокие дозы препаратов или их комбинаций.
- Если больному не назначено поддерживающее лечение, то вероятность рецидива эрозивного эзофагита в течение года составляет 90%. Из этого следует обязательная необходимость поддерживающего лечения.

- Сроки эффективного лечения эрозивного эзофагита составляют 8 -12 недель. То есть базовый курс лечения должен быть не менее одного месяца, а затем в течение 6-12 месяцев больной должен получать поддерживающее лечение.

Изменение стиля жизни является основой эффективного антирефлюксного лечения у большинства пациентов. В первую очередь, необходимо исключить курение и нормализовать массу тела.

Нужно избегать употребления кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также жиров, шоколада, кофе, чеснока, лука, перца. Необходимо исключить употребление алкоголя, очень острой, горячей или холодной еды и газированных напитков.

Пациенты должны избегать переедания и не должны есть за несколько часов до сна. Подъем головного конца кровати с помощью подставок значительно уменьшает интенсивность рефлюкса. Пациенты должны быть предупреждены о нежелательности приема таких препаратов, которые снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера (теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, нитраты, антагонисты кальция), а также могут сами явиться причиной воспаления (нестероидные противовоспалительные средства, доксициклин, хинидин).

Необходимо избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, работы в наклон, ношения тугих поясов, ремней и т.п.

Медикаментозное лечение включает в себя известные группы препаратов.

Антациды эффективны в лечении средневыраженных и нечастых симптомов, особенно тех, которые возникли при нарушении рекомендаций по стилю жизни. Антациды (Альмагель) следует принимать часто, обычно через 1,5-2 часа после еды и на ночь в зависимости от выраженности симптомов.

Алгинаты представляют собой высокоэффективные средства, реализующие один из принципов патогенетического лечения ГЭРБ. Алгинаты могут применяться как в качестве монотерапии клинических проявлений, так и в схемах комплексной терапии ГЭРБ, эффективно подавляя кислотный рефлюкс, спровоцированный рефлюксогенной пищей.

Таблетированные и жидкие формы препаратов обычно содержат растворимые соли натрия алгинат и калия гидрокарбонат. Механизм действия этих средств по-своему уникален. Под влиянием кислой среды желудка алгинаты (Гевискон, Гевискон форте) образуют прочный гелевый невсасывающийся барьер, так называемый «плот», плавающий на поверхности содержимого желудка и существенно снижающий частоту эпизодов рефлюкса. Структуру барьера дополняет углекислый газ, образующийся при взаимодействии бикарбоната натрия с соляной кислотой. Дополнительно усиливает барьер связывающийся кальций.

При каждом эпизоде рефлюкса первым в пищевод из желудка возвращается алгинатный барьер-плот, оказывая лечебное воздействие. Влияние алгинатов комплексное: во-первых, они обладают связывающим действием, нейтрализуя повреждающее действие кислоты, пепсина и желчи. Во-вторых, алгинатный «плот» первым попадая в пищевод, образует механическое препятствие для проникновения рефлюктата в просвет пищевода. И, в-третьих, Гевискон формирует защитную пленку, создающую градиент рН между слизистой оболочкой и просветом пищевода и защищающую эпителий от агрессивного влияния желудочного сока, в результате устраняя ощущение изжоги и боли.

Создавая защитный барьер на поверхности желудочного содержимого, гевискон способен более чем на 4,5 часа, уменьшать количество патологических гастроэзофагеальных и дуоденогастроэзофагеальных

рефлюксов, создавая тем самым условия физиологического «покоя» для слизистой оболочки пищевода.

Системное действие у препарата отсутствует, механизм действия имеет физическую природу, вследствие этого рН в желудке под барьером не меняется и пищеварение не нарушается, но при этом рН в пищеводе нормализуется чрезвычайно быстро. В связи с отсутствием всасывания и физической природой механизма действия, Гевискон подходит практически для всех пациентов и может применяться у беременных женщин.

Препарат Гевискон применяется в качестве монотерапии при лечении клинических проявлений гастроэзофагеального рефлюкса и в составе комплексной терапии ГЭРБ совместно с антисекреторными препаратами. Назначается взрослым и детям старше 12 лет по 10-20 мл, детям 6-12 лет по 5-10 мл после еды и перед сном. Гевискон форте назначается по 5-10 мл после еды и перед сном.

Прокинетики приводят к восстановлению нормального физиологического состояния пищевода, эффективно воздействуя на лежащие в основе патологии причины: повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера, усиливают перистальтику пищевода и улучшают пищеводный клиренс.

Прокинетики являются средствами патогенетического лечения ГЭРБ, нормализуя двигательную функцию верхних отделов пищеварительного тракта. Они приводят к восстановлению нормального физиологического состояния желудка, восстанавливая его активную перистальтику, и уменьшают время транзита по тонкой кишке.

Применение прокинетиков устраняет регургитацию, уменьшает процент рецидивов и хорошо переносится при длительном лечении. Мотилиум

назначают в дозе 10 мг × 4 раза в день, а Ганатон по 50 мг × 3 раза в сутки. При этом через 4 недели лечения у 60% пациентов наблюдается полное устранение симптомов заболевания, а ещё у 27% больных выраженность изжоги значительно уменьшается. После 6 месяцев лечения в половинной дозе у 80% пациентов сохраняется эндоскопическая ремиссия.

Мотилиум и Ганатон применяют в комплексной терапии эрозивного эзофагита совместно с ингибиторами протонной помпы, в качестве сопутствующей терапии (совместно с антацидами или ИПП) при НЭРБ, в качестве монотерапии симптомов гастроэзофагеального рефлюкса в сочетании с неязвенной диспепсией.

При наличии как пищеводных, так и внепищеводных проявлений ГЭРБ эффективно назначение ингибиторов протонной помпы. ИПП эффективно контролируют уровень pH в нижней трети пищевода, поэтому выраженность симптомов быстро уменьшается, и они исчезают (в течение 3 суток при назначении омепразола или эзомепразола в дозе 40 мг, пантопразола в дозе 80 мг, и в течение первых суток при назначении рабепразола в дозе 20 мг). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. Пациентам с типичным симптомокомплексом рефлюкса, которые не дают адекватного ответа на терапию ИПП в стандартной дозе один раз в день, рекомендуется дозировка ИПП дважды в день.

При неэрозивной рефлюксной болезни блокаторы протонного насоса назначают однократно в сутки перед завтраком или ужином. Лечение продолжают 4-6 недель. Последующую поддерживающую терапию проводят в стандартной или половинной дозе в режиме «по требованию» при появлении симптомов (в среднем 1 раз в 3 дня). Критерий эффективности — стойкое устранение симптомов.



Продолжительность курсового лечения при эрозивных формах ГЭРБ зависит от стадии заболевания. При единичных эрозиях лечение проводят в течение 4 недель, при множественных эрозиях — 8 недель. Применяют омепразол (20 мг), или лансопразол (30 мг), или пантопразол (40 мг), или рабепразол (20 мг), или эзомепразол (40 мг) утром и вечером с обязательным интервалом в 12 часов.

Поддерживающую терапию при эрозивных формах ГЭРБ проводят в стандартной или половинной дозе в течение 26 недель, а при осложнённом течении заболевания (например, после кровотечения) — в течение 52 недель.

Самый высокий процент эффективного лечения обострений ГЭРБ и сохранения ремиссии достигается при комбинированном применении ИПП (Париет в дозе 20 мг в день, или Нольпаза 40 мг в день, или омепразол в дозе 20 мг 2 раза в день, или эзомепразол 40 мг в день), прокинетиков (Ганатон в дозе 150 мг в день) и алгинатов (Гевискон форте, Гевискон в дозе 5-10-20 мл 3 раза в день).

При рефлюкс-эзофагите, обусловленном забросом в пищевод дуоденального содержимого (в первую очередь жёлчных кислот), что обычно наблюдают при желчнокаменной болезни, хорошего эффекта достигают приёмом урсодезоксихолевой кислоты в дозе 250-350 мг/сутки. В этом случае препарат целесообразно комбинировать с прокинетиками в обычной дозе.

Антирефлюксное хирургическое лечение считается показанным при осложнённом течении заболевания (повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие синдрома Баррета с дисплазией эпителия высокой степени), а также при доказанной неэффективности медикаментозной терапии.

Дальнейшее ведение больных.

В случае неэрозивной рефлюксной болезни при полном купировании клинической симптоматики проведение контрольной ФЭГДС не обязательно. Ремиссию рефлюкс-эзофагита следует подтвердить эндоскопически.

Проведение поддерживающей терапии обязательно, поскольку без неё заболевание рецидивирует у большинства больных в течение ближайшего полугодия.

Динамическое наблюдение за больным проводят для мониторинга осложнений, выявления пищевода Барретта и медикаментозного контроля симптомов заболевания.

Кишечная метаплазия эпителия служит морфологическим субстратом пищевода Барретта, который невозможно клинически отличить от ГЭРБ. Факторы риска пищевода Барретта: изжога чаще 2 раз в неделю, мужской пол, длительность симптомов более 5 лет.

При установленном диагнозе пищевода Барретта для выявления дисплазии (потенциально излечимого предракового состояния) и аденокарциномы пищевода следует ежегодно проводить эндоскопические исследования с биопсией на фоне постоянной поддерживающей терапии полной дозой ингибиторов протонной помпы. При выявлении дисплазии низкой степени повторную ФЭГДС с биопсией и гистологическим исследованием биоптата проводят через 6 мес. При сохранении дисплазии низкой степени повторные гистологические исследования проводят ежегодно. В случае выявления дисплазии высокой степени результат гистологического исследования оценивают независимо два морфолога. При подтверждении диагноза решают вопрос об эндоскопическом или хирургическом лечении пищевода Барретта.

## Прогноз

ГЭРБ — хроническое заболевание; у 80% пациентов возникают рецидивы после прекращения приёма препаратов. Поэтому многим пациентам необходимо длительное медикаментозное лечение или операция.

Неэрозивная рефлюксная болезнь и лёгкая степень рефлюкс-эзофагита, как правило, имеют стабильное течение и благоприятный прогноз, у небольшого числа пациентов со временем развивается эзофагит. Заболевание не влияет на продолжительность жизни больных, однако значительно снижает её качество в период обострения.

У пациентов с тяжёлым эзофагитом могут развиваться осложнения, такие как пищеводные стриктуры или пищевод Барретта. Прогноз ухудшается при большой давности заболевания в сочетании с частыми длительными рецидивами, при осложнённых формах ГЭРБ, особенно при развитии пищевода Барретта из-за повышенного риска развития аденокарциномы пищевода.

## Список литературы:

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Соколов В.В., Пирогов С.С., Зайратьянц О.В., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Зайратьянц Г.О., Кайбышева В.О. Пищевод Баррета. Клинические рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации. 2014. Москва. 31 с
2. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от патогенеза к терапевтическим аспектам // Consilium medicum. 2013. № 15(8).
3. Евсютина Ю.В., Трухманов А.С. Алгоритм ведения пациентов с рефрактерной формой ГЭРБ // РМЖ. 2015

## Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета 3 группы

**Айткалиев Анзр Маратович**

**(по результатам прохождения производственной клинической практики  
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

В целом представленная научно-исследовательская работа соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Студентом сформулирована актуальность исследуемой проблемы. Теоретическая и практическая значимость отражена недостаточно полно. При раскрытии темы отмечается недостаточная глубина исследования, обобщения и анализа материала. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Структура и логика изложения материала сохранена. Есть недочеты при формулировании выводов студентом.

В работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

В целом работа заслуживает оценки «хорошо с недочетами» (4-).



---

(подпись)