

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов



Научно-исследовательская работа на тему:
ГЭРБ

Выполнила: студентка
IV курса 4 группы
педиатрического факультета
Белецкая Татьяна Александровна

5

Волгоград 2018г.

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Этиология и патогенез ГЭРБ.....	4
3. Клиническая картина.....	6
4. Диагностика.....	8
5. Лечение.....	12
6. Прогноз.....	19
7. Профилактика.....	19
8. Заключение.....	22
Список литературы.....	23

Введение

Как самостоятельная нозологическая единица ГЭРБ получила признание в 1997 г. на конгрессе гастроэнтерологов и эндоскопистов в Бельгии. "ГЭРБ – это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся определенными пищеводными и внепищеводными клиническими проявлениями и разнообразными морфологическими изменениями слизистой оболочки пищевода вследствие ретроградного заброса в него желудочного или желудочно-кишечного содержимого".

В 2006 году, на Всемирном Конгрессе гастроэнтерологов в Монреале было предложено другое определение ГЭРБ. «ГЭРБ – это состояние, развивающееся в случаях, когда заброс содержимого желудка в пищевод вызывает причиняющие беспокойство симптомы и/или приводит к развитию осложнений».

ГЭРБ имеет широкое распространение. Так, клинические проявления выявляют у 16 - 50% взрослого населения, эндоскопические - у 10%. Мужчины и женщины болеют одинаково часто, причем активного трудоспособного возраста: мужчины в возрасте 35-44 лет, женщины 25-34 лет. Заболевание значительно нарушает качество жизни пациентов. При отсутствии терапии заболевание может приводить к развитию аденокарциномы, язвы пищевода, кровотечения, перфорации, стриктуры органа.

Этиология, патогенез.

ГЭРБ – многофакторное заболевание, непосредственной причиной которого является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР). ГЭР - непроизвольное забрасывание желудочного либо желудочно-кишечного содержимого в пищевод, сопровождающееся поступлением в пищевод не свойственного ему содержимого, способного вызвать физико-химическое повреждение слизистой оболочки пищевода.

Основные факторы патогенеза

ГЭРБ — кислотозависимое заболевание, при котором соляная кислота желудочного сока служит основным повреждающим фактором при развитии клинических симптомов и морфологических проявлений ГЭРБ. Патологический рефлюкс при этом возникает вследствие недостаточности нижнего пищеводного сфинктера (НПС), т.е. ГЭРБ — заболевание с исходным нарушением двигательной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевой фактор патогенеза ГЭРБ — патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод. Целостность СО пищевода обусловлена равновесием между факторами агрессии и способностью СО противостоять повреждающему действию содержимого желудка, забрасываемого при гастроэзофагеальном рефлюксе (ГЭР). Нарушение этого равновесия у большей части пациентов сопровождается существенным замедлением восстановления рН в дистальной части пищевода после каждого эпизода рефлюкса. Клиренс пищевода нарушается вследствие воздействия нескольких факторов: ослабления перистальтики грудного отдела пищевода, снижения секреции слюны и муцина. Первым барьером, дающим цитопротективный эффект, является слой слизи, покрывающий эпителий пищевода и содержащий муцин. Слизистый слой является одним из ключевых составляющих химического клиренса пищевода и восстановления рН в нем до нормальных показателей, нарушение которого способствует ухудшению очищения пищевода от попавшего в него кислого, слабокислого или слабощелочного содержимого желудка. Секреция муцинов в слизи при ГЭРБ снижается в зависимости от тяжести эзофагита, что является дополнительным фактором, предрасполагающим к развитию эрозивного эзофагита в условиях продолжающегося ГЭР, поэтому дополнительное повышение защитных свойств слизистого барьера наряду с кислотосупрессией является важным компонентом лечения ГЭРБ.

При значительном увеличении секреции соляной кислоты в желудке существенно повышается риск возникновения ГЭРБ.

У подавляющего большинства больных с ГЭРБ эпизоды рефлюкса возникают преимущественно во время переходящих расслаблений нижнего пищеводного сфинктера (ПРНПС), когда антирефлюксный барьер между желудком и пищеводом обычно исчезает на 10–15 с независимо от акта глотания. ПРНПС, принципиальный механизм рефлюкса, у больных с ГЭРБ осуществляются через те же проводящие пути от дорсального ядра блуждающего нерва, которые опосредуют перистальтику пищевода и ПРНПС у здорового человека. Механорецепторы, расположенные в верхней части желудка, реагируют на повышение давления внутри органа и посылают сигналы в задний мозг по афферентным волокнам блуждающего нерва. В центрах заднего мозга, воспринимающих эти сигналы, формируются моторные программы ПРНПС, по нисходящим путям достигающие НПС. Афферентные пути осуществляются через блуждающий нерв, где оксид азота является постганглионарным нейротрансммиттером. Сокращение ножек диафрагмы контролируется

дыхательным центром, находящимся в стволе мозга, и ядром диафрагмального нерва. При повышении внутрибрюшного давления в случае его совпадения с ПРНПС существенно увеличивается вероятность кислого рефлюкса.

В настоящее время в понимании механизма ГЭР следует руководствоваться парадигмой взаимного влияния ПРНПС и последствий деструктуризации зоны пищеводно-желудочного перехода. Слабость ножек диафрагмы приводит либо к задержке начала действия, либо к существенной деградации собственно компрессионного воздействия сокращения диафрагмы на НПС. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). В зависимости от ее размеров и строения оказывает механическое воздействие на НПС: ухудшает антирефлюксную функцию во время ПРНПС и/или снижает собственно тоническую составляющую сфинктера. Наиболее важное следствие деструктуризации зоны пищеводно-желудочного соединения — заброс в пищевод относительно больших объемов жидкого содержимого желудка в период ПРНПС.

У значительного числа больных эпизоды ГЭР развиваются при нормальных показателях давления НПС. Механизм ГЭР связан с высоким градиентом давления между желудком и пищеводом, обусловленным различными причинами: у части пациентов — нарушением эвакуации содержимого желудка, у другой — высоким внутрибрюшным давлением. В этих случаях ГЭР развиваются вследствие неспособности запирательных механизмов противодействовать высокому градиенту давления между желудком и пищеводом. Кроме того, после приема пищи на поверхности содержимого желудка в зоне пищеводно-желудочного перехода образуется слой кислоты (средний pH 1,6), названный «кислотным карманом», который формируется и у здоровых людей, и у больных с ГЭРБ. Это область в полости желудка и/или зоне пищеводно-желудочного перехода, образующаяся после приёма пищи, которая характеризуется относительно высокой кислотностью и является резервуаром кислого содержимого, забрасываемого в пищевод во время ГЭР.

Риск развития кислого ГЭР определяется положением «кислотного кармана» относительно диафрагмы. Перемещение его выше уровня диафрагмы приводит к развитию патологических кислых рефлюксов не только в постпрандиальном периоде. Из этого следует вывод, что «кислотный карман» может представлять собой перспективную мишень при лечении ГЭРБ, особенно в случае необходимости уменьшения выраженности постпрандиальной изжоги.

Таким образом, с патофизиологической точки зрения ГЭРБ — кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта.

Клиническая картина

Наиболее широко в мире применяют Монреальскую классификацию клинических проявлений ГЭРБ, в которой они разделены на две большие группы: пищеводные и внепищеводные.

Пищеводные проявления включают такие клинические синдромы, как типичный симптомокомплекс рефлюкса и некардиальной боли в груди, а также синдромы, при которых, кроме жалоб больных, отмечаются эндоскопические признаки заболевания (эзофагит, пищевод Баррета, стриктуры и др.).

Типичный симптомокомплекс рефлюкса включает изжогу, отрыжку, срыгивание, одинофагию, которые мучительны для пациентов, значительно ухудшают качество их жизни, оказывают негативное влияние на работоспособность. Особенно значительно снижается качество жизни больных с ГЭРБ, у которых ее клинические симптомы возникают в ночное время.

Изжога, наиболее характерный симптом, наблюдающийся у 83% больных, возникает вследствие длительного контакта содержимого желудка со СО. Для данного симптома характерно увеличение его выраженности при погрешностях в диете, приеме алкоголя и газированных напитков, физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении.

Отрыжка, один из ведущих симптомов ГЭРБ, возникает у 52% больных с ГЭРБ. Как правило, она усиливается после еды и приема газированных напитков. Срыгивание, наблюдаемое у некоторых больных с ГЭРБ, усиливается при физическом напряжении и положении тела, способствующем регургитации.

Дисфагия и одинофагия наблюдаются у 19% пациентов с ГЭРБ. В основе их возникновения лежит гипермоторная дискинезия пищевода, а причиной одинофагии может быть также эрозивно-язвенное поражение СО. Появление более стойкой дисфагии и одновременное уменьшение выраженности изжоги могут свидетельствовать о формировании стеноза пищевода как доброкачественного, так и злокачественного характера.

Некардиальные боли в груди и по ходу пищевода могут создавать впечатление коронарных болей — так называемый симптом «non-cardiac chest pain». Эти боли купируются нитратами, но в отличие от стенокардии не связаны с физической нагрузкой. Они возникают вследствие гипермоторной дискинезии пищевода (вторичный эзофагоспазм), причиной которой может быть дефект системы ингибирующего трансмиттера — оксида азота. Пусковым моментом для возникновения эзофагоспазма и соответственно болей служит патологический желудочно-пищеводный рефлюкс.

Внепищеводные проявления ГЭРБ включают бронхолегочный, оториноларингологический и стоматологический синдромы.

Многообразные симптомы и синдромы подразделяют на две группы: те, связь которых с ГЭРБ основана на достаточно убедительных клинических доказательствах (хронический кашель, связанный с рефлюксом, хронический ларингит, бронхиальная астма и эрозии эмали зубов), и те, связь которых с ГЭРБ лишь предполагается (фарингит, синусит, лёгочный фиброз, средний отит).

Многочисленные исследования показали повышение риска развития бронхиальной астмы, а также увеличения тяжести ее течения у больных с ГЭРБ. У 30–90% больных бронхиальной астмой возникает ГЭР, обуславливая предрасположенность к ее более тяжелому течению. Причинами развития бронхообструкции при ГЭРБ являются вагосвагальный рефлекс и микроаспирация. В таких случаях при включении в комплексную терапию ИПП повышается эффективность лечения бронхиальной астмы.

Першение в горле, осиплость или даже потеря голоса, сухой кашель могут быть следствием заброса содержимого желудка в гортань (отоларингологический синдром). Такую вероятность следует рассматривать в том случае, если у пациента имеется изжога. В отсутствие изжоги единственным методом, позволяющим верифицировать связь подобных симптомов с ГЭР, является 24-часовая внутрипищеводная рН-метрия/ рН-импедансометрия, с помощью которой удается установить наличие корреляции между появлением симптома и эпизодами рефлюкса (индекс симптома > 50%).

Стоматологический синдром проявляется поражением зубов вследствие повреждения зубной эмали агрессивным содержимым желудка. У больных с ГЭРБ возможны развитие кариеса и образование дентальных эрозий. В редких случаях развивается афтозный стоматит.

Диагностика

Задача диагностики – установить факт патологического ГЭР или его осложнений, определить причинно-следственную связь между рефлюксом и симптомами.

Фиброзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС). В ходе исследования оценивается состояние слизистой оболочки пищевода, а также степень выраженности моторных нарушений в области пищеводно-желудочного перехода. ЭГДС позволяет уверенно диагностировать целый ряд врожденных аномалий развития пищевода (атрезии, стенозы, «короткий пищевод» и др.), приобретенные заболевания воспалительного и не воспалительного генеза. Метод незаменим также в диагностике опухолевых заболеваний пищевода, инородных тел, при контроле состояния пищевода после оперативных вмешательств.

При проведении ФЭГДС прицельно исследуется состояние нижнего пищеводного сфинктера (НПС): оценивается степень смыкания кардии, высота стояния Z-линии, косвенные признаки скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД). Важнейшее значение имеет адекватная оценка состояния слизистой пищевода, особенно абдоминального отдела последнего. Следует обращать внимание на степень выраженности воспаления, наличие очагов эктопии, полиповидных образований, фиссур, а также на локализацию, вид и число эрозий и язв.

Описывая пролапс слизистой желудка в пищевод, эндоскопист должен указывать высоту пролабирования (в сантиметрах), односторонность (по одной стенке) или циркулярность, а также длительность фиксации пролабирующего комплекса в пищеводе.

Достоверной эндоскопическая диагностика СГПОД становится в случае выявления сочетания следующих признаков: высокое (выше ножек диафрагмы, т.е. более 3-4 см) циркулярное пролабирование субкардиального отдела желудка в пищевод, с частичной фиксацией пролабирующего комплекса (до 3-5 секунд и более). Выявление при этом симптомов «конуса» или «воронки» завершает диагностическую составляющую эндоскопического заключения «СГПОД». Тем не менее, в случае выявления относительно невысокого пролапса и при сохраняющемся подозрении на СГПОД необходимо проводить дополнительное рентгеновское исследование.

Диагностическая значимость эндоскопического исследования существенно повышается, когда в ходе исследования берутся образцы биопсионного материала правильного размера и локализации. Биопсия из пищевода в ходе ФЭГДС рекомендуется для диагностики пищевода Баррета и других причин эзофагита. Важно отметить, что даже небольшие отклонения в технике взятия биоптата влияют на достоверность гистологии как диагностического метода в определении рефлюкс-эзофагита.

Гистологическое исследование. Прицельная биопсия слизистой пищевода с последующим гистологическим изучением материала проводится по следующим показаниям:

- Расхождение между рентгенологическими и эндоскопическими данными в неясных случаях;
- При атипичном течении эрозивно-язвенного эзофагита;

- При подозрении на метапластический процесс в пищеводе (барреттовская трансформация);
- Папилломатоз пищевода;
- Подозрение на малигнизацию опухоли пищевода.

В других случаях необходимость биопсии определяется индивидуально.

Для достоверной диагностики состояния пищевода необходимо взятие не менее двух биоптатов (лучше 4-х) на расстоянии два и более сантиметра выше Z-линии. Гистологическое заключение по результатам исследования биоптатов при ГЭРБ может дать как нормальный, так и патологический результат.

Рефлюкс-индуцированный эзофагит определяется эндоскопически как видимые участки повреждения слизистой оболочки дистального отдела пищевода.

Гистологическое обнаружение таких признаков как эозинофилия, удлинение сосочков (эпидермальные тяжи), базальная гиперплазия, увеличение межклеточных пространств (спонгиоз) является недостаточно чувствительным и специфичным по отношению к рефлюкс-эзофагиту. Это неспецифические реактивные изменения, которые могут быть обнаружены при эзофагите другой этиологии или даже у здорового человека. На многие гистологические параметры влияют медикаменты, применяемые для лечения эзофагита или других расстройств. Таким образом, гистологическое исследование не может определить, связан ли эзофагит с ГЭР, а отсутствие гистологических изменений не исключает рефлюксной болезни.

Ультразвуковое исследование (УЗИ). Визуализация пищевода при использовании стандартных ультразвуковых методик затруднена. Однако использование двойного доплеровского контроля улучшает диагностику заболеваний пищевода. На первом этапе исследования проводится сканирование в эпигастрии через область пищеводного отверстия диафрагмы в горизонтальном положении и, в отдельных случаях, с запрокинутой головой. На втором этапе проводится заполнение желудка водой в количестве 300-500 мл с целью оптимизации осмотра пищевода и стенок желудка, выявления ГЭР, а также измерение диаметра пищевода в момент глотка. Визуализация пищевода обычно возможна на протяжении 1,5-2,5 см брюшного отдела.

Рентгенологическая диагностика. Обычно проводится исследование пищевода и желудка с барием в прямой и боковой проекциях и в положении Тренделенбурга с небольшой компрессией брюшной полости. При исследовании оценивают проходимость взвеси, диаметр пищевода, контуры, эластичность стенок, патологические сужения, ампулообразные расширения, перистальтику, рельеф слизистой. При явном рефлюксе пищевод и желудок рентгенологически образуют фигуру "слона с поднятым хоботом", а на отсроченных рентгенограммах в пищеводе вновь появляется контрастное вещество, что подтверждает факт рефлюкса.

При обзорной рентгенографии грудной полости и желудка определяется газовый пузырь, располагающийся выше диафрагмы. При контрастировании пищевода отмечается отсутствие абдоминального отдела пищевода ниже диафрагмы, наличие желудочного рельефа слизистой оболочки пищевода на уровне диафрагмального отверстия и выше. Наличие в наддиафрагмальном отделе трех-четырёх складок и выше указывает на принадлежность их к слизистой оболочке желудка. Косвенными признаками грыж

является сглаживание или отсутствие угла Гиса, отклонение пищевода от диафрагмы и позвоночника, а также ГЭР. К недостаткам метода следует отнести факт, что рентгенография не всегда позволяет зафиксировать грыжи малого размера.

Внутрипищеводная рН-метрия (суточный рН-мониторинг). Один из важнейших методов, позволяющих с высокой точностью уловить заброс кислого содержимого желудка в пищевод. Используя его, можно не только зафиксировать сам факт acidификации пищевода, но и оценить его продолжительность. В настоящее время применяются ацидогастрометры различных модификаций, компьютерные системы для стандартной, 2-3-часовой рН-метрии и для проведения суточного рН-мониторинга.

Следует помнить, что при проведении рутинной внутрипищеводной рН-метрии в целом ряде случаев может быть получен ложноотрицательный результат. Для повышения чувствительности метода используют специальные функциональные пробы: изменение положения тела больного во время исследования, тест с физической нагрузкой (приседания, наклоны и т.д.).

По мнению ряда исследователей, в течение многих лет "золотым стандартом" определения патологического ГЭР считается **суточное рН-мониторирование**, позволяющее не только зафиксировать рефлюкс, но и определить степень его выраженности, а также выяснить влияние различных провоцирующих моментов на его возникновение и подобрать адекватную терапию.

Исследование проводится специальным сверхтонким зондом, который вводится интраназально и не затрудняет больному прием пищи, не влияет на сон и прочие физиологические потребности.

Бичастотная интраэзофагеальная импедансометрия. Методика является усовершенствованным вариантом интрагастральной импедансометрии. Она основана на изменении интраэзофагеального сопротивления в результате ГЭР и в восстановлении его исходного уровня по мере очищения пищевода.

Настоящий метод не позволяет дифференцировать рефлюктат по составу (кислый или щелочной), так как присутствие желчи в последнем не оказывает заметного влияния на импедансометрические характеристики ГЭР. Снижение импеданса в пищеводе ниже 100 Ом свидетельствует о факте ГЭР. Существует специальная формула, определяющая показатель ГЭР (ПГЭР). Положительные значения данного показателя указывают на отсутствие рефлюкса, а отрицательные, соответственно, свидетельствуют о ГЭР.

Для оценки моторной функции пищевода определяется скорость пищеводного клиренса (CL) в дистальном отделе пищевода и агрессивность рефлюкса (AR). Патологический ГЭР регистрируется при $AR > 10\%$. Значения $CL < 10\%$ свидетельствуют о нарушении клиренса.

Методика позволяет также определять такие параметры ГЭР как высоту и продолжительность ГЭР, относительный объем рефлюктата. В ходе исследования оценивается также кислотность желудочного сока в базальную фазу секреции.

Манометрия пищевода. Манометрия пищевода является одним из наиболее точных методов исследования функции НПС, благодаря которому устанавливаются границы НПС, оценивается его состоятельность и способность к релаксации при глотании. Многочисленные исследования показали, что нижними границами нормы для НПС

является давление 6 мм рт.ст., общая длина сфинктера 2 см, а протяженность внутрибрюшного сегмента его – 1 см.

Радионуклидное исследование (желудочно-пищеводная сцинтиграфия). Данные о возможностях радиоизотопного исследования ВО ЖКТ с ^{99m}Tc с целью диагностики ГЭР в литературе не очень многочисленны. По публикациям чувствительность метода колеблется в широком диапазоне – от 10 до 80%. Задержка изотопа в пищеводе более чем на 10 минут указывает на замедление эзофагеального клиренса. Кроме того, тест информативен для оценки эвакуации желудочного содержимого. В ряде случаев метод позволяет зафиксировать рефлюкс-индуцированную микроаспирацию.

Для диагностики аспирации проводят трахеобронхоскопическое исследование с определением пепсина в бронхоальвеолярной жидкости. Его наличие является индикатором ГЭР-ассоциированной аспирации.

В качестве дополнительных методов исследования применяются: импульсная осциллометрия дыхательных путей, определение функции внешнего дыхания. ЭКГ (в т.ч. холтеровское мониторирование). Эти методы в основном используются для диагностики внепищеводных проявлений ГЭРБ и сопутствующей патологии. При необходимости проводятся консультации соответствующих специалистов: кардиолога, пульмонолога, оториноларинголога, хирурга и др.

Лечение

Консервативное лечение

Лечение пациентов с ГЭРБ должно быть индивидуализировано и ориентировано в соответствии с клиническими проявлениями заболевания и их выраженностью. Цель лечения — устранение симптомов, а при эрозивном эзофагите — заживление эрозий и предупреждение осложнений. У пациентов с пищеводом Баррета целью является профилактика прогрессирования и развития дисплазии и АКП.

Лечение должно быть направлено на уменьшение выраженности рефлюкса, снижение агрессивных свойств рефлюктата, улучшение пищевого клиренса и защиту СО пищевода. В настоящее время основными принципами лечения ГЭРБ являются назначение ИПП и проведение длительной основной (не менее 4–8 нед) и поддерживающей (6–12 мес) терапии. При несоблюдении этих условий вероятность рецидива заболевания очень высока. Исследования, проведенные во многих странах мира, показали, что более чем у 80% пациентов, не получающих адекватного поддерживающего лечения, рецидив развивается в течение ближайших 26 нед, а вероятность рецидива в течение года составляет 90–98%. Из этого следует, что необходимо проводить поддерживающее лечение.

Изменение образа жизни следует считать обязательной предпосылкой эффективного антирефлюксного лечения пациентов с ГЭРБ. В первую очередь необходимо уменьшить массу тела, если она избыточная, и отказаться от курения. Пациенты должны избегать переизбытка и прекращать прием пищи за 2 ч до сна. В то же время не следует увеличивать число приемов пищи: необходимо соблюдать 3–4-разовое питание и отказаться от так называемых перекусов. Рекомендации по частому дробному питанию необоснованны.

Важно максимально избегать ситуаций, способствующих повышению внутрибрюшного давления (ношение тугих поясов, корсетов и бандажей, поднятие тяжестей более 8–10 кг на обе руки, работы, сопряженные с наклоном туловища вперед, физические упражнения, связанные с перенапряжением мышц брюшного пресса). Пациентам, у которых возникает изжога или регургитация в положении лежа, необходимо поднять изголовье кровати.

Диетические рекомендации должны быть строго индивидуальны с учётом результатов тщательного анализа анамнеза пациента. Нужно избегать употребления томатов в любом виде, кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, жирной пищи, шоколада, кофе. Необходимо максимально ограничить употребление алкоголя, очень горячей и холодной пищи, газированных напитков.

Больных нужно предупредить о побочном действии препаратов, снижающих тонус НПС (нитраты, антагонисты ионов кальция группы нифедипина, теофиллин, прогестерон, антиде-прессанты), и тех, которые сами могут послужить причиной воспаления (нестероидные противовоспалительные средства, доксициклин, хинидин).

Медикаментозное лечение включает известные группы препаратов.

Альгинаты. Патогенетически обоснованным терапевтическим способом уменьшения «кислотного кармана» и нейтрализации кислоты в области пищевода-желудочного перехода у больных с ГЭРБ является приём альгинатов, которые формируют механический барьер-плот, препятствующий забросу содержимого желудка в пищевод. Создавая защитный барьер на поверхности желудочного содержимого, эти препараты

способны значительно и длительно (более 4,5 ч) уменьшать количество как патологических кислых ГЭР, так и слабощелочных дуоденогастроэзофагеальных рефлюксов (ДГЭР), создавая тем самым оптимальные физиологические условия для СО пищевода. Кроме того, альгинаты оказывают цитопротективное и сорбционное действие. Доказана фармакологическая совместимость альгинатов с антисекреторными препаратами при лечении ГЭРБ. Альгинаты принимают по 10 мл 3–4 раза в день через 30–40 мин после еды и 1 раз на ночь до стойкого купирования симптомов заболевания, а затем — в режиме «по требованию».

Антациды. Антацидные средства (алюминия фосфат 2,08 г, комбинированные препараты — алюминия гидроксид 3,5 г и магния гидроксид 4,0 г в виде суспензии, алюминия гидроксид 400 мг и магния гидроксид 400 мг, а также кальция карбонат 680 мг и магния гидроксикарбонат 80 мг в виде таблеток) применяют для устранения умеренно выраженных и редко возникающих симптомов, особенно тех, которые связаны с несоблюдением рекомендованного образа жизни.

Антациды можно применять как в качестве монотерапии редко возникающей изжоги, не сопровождающейся развитием эзофагита, так и в схемах комплексной терапии ГЭРБ, так как они эффективны в быстром устранении симптомов. Антациды следует принимать в зависимости от выраженности симптомов, обычно через 1,5–2 ч после еды и на ночь. Данных, которые бы свидетельствовали о возможности их постоянного применения, недостаточно.

Адсорбенты (диоктаэдрический смектит) оказывают комплексное действие: во-первых, нейтрализуют соляную кислоту желудочного сока, во-вторых, дают выраженный адсорбирующий эффект, связывая компоненты содержимого ДПК (желчные кислоты, лизолецитин) и пепсин. Таким образом, диоктаэдрический смектит повышает устойчивость СО пищевода к повреждающему действию рефлюктата. Адсорбенты можно применять как в качестве монотерапии при клинических проявлениях НЭРБ, так и в составе комплексной терапии ГЭРБ, особенно при смешанном (кислотный+желчный) рефлюксе. Диоктаэдрический смектит назначают по 1 пакету (3 г) 3 раза в день.

Прокинетики способствуют восстановлению физиологического состояния пищевода, воздействуя на патогенетические механизмы ГЭРБ, уменьшая количество ПРНПС и улучшая пищеводный клиренс путем стимуляции двигательной функции нижележащих отделов пищеварительного тракта. Прокинетики можно применять в составе комплексной терапии ГЭРБ вместе с ИПП. Прокинетический препарат итоприда гидрохлорид (50 мг 3 раза в день) относится к средствам патогенетического лечения ГЭРБ, поскольку нормализует двигательную функцию верхних отделов пищеварительного тракта. При наличии как пищеводных, так и внепищеводных проявлений ГЭРБ эффективны ИПП — препараты, подавляющие активность фермента H^+ , K^+ -АТФазы, находящегося на апикальной мембране париетальной клетки и осуществляющего последний этап синтеза соляной кислоты. ИПП считают наиболее эффективными и безопасными препаратами для лечения ГЭРБ. В клинических исследованиях ИПП постоянно демонстрируют наибольшую эффективность в лечении эрозивного эзофагита и купировании ГЭРБ ассоциированных симптомов.

Снижение продукции кислоты считают основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. При наличии единичных эрозий пищевода (А/1-я стадия эзофагита) вероятность их заживления в течение 4 нед лечения высока, поэтому продолжительность основного курса в данном случае может составлять 4 нед с использованием стандартной дозы ИПП: рабепразол по 20 мг в день, или омепразол по 20

мг 2 раза в день, или декслансопразол по 60 мг в день, или пантопразол по 40 мг в день, или эзомепразол по 40 мг в день, желательнее с проведением контрольного эндоскопического исследования. При выявлении множественных эрозий пищевода (В-С/2–4-я стадия эзофагита), а также осложнений ГЭРБ продолжительность курса лечения любым препаратом из группы ИППД должна составлять не менее 8 нед, так как в этом случае можно добиться эффективности 90–95%.

При необоснованном сокращении курса лечения множественных эрозий пищевода до 4 недель частота их заживления значительно ниже. Кроме того, такое необоснованное уменьшение продолжительности лечения эрозивных форм ГЭРБ может быть причиной быстрого последующего рецидивирования, а также развития осложнения. Пациентам с типичным симптомокомплексом рефлюкса, которые не дают адекватного ответа на терапию ИППД в стандартной дозе 1 раз в день, может быть рекомендован прием ИППД 2 раза в день. При этом следует учитывать, что такая дозировка не утверждена в инструкциях по применению этих препаратов. Продолжительность поддерживающей терапии после заживления эрозий должна составлять как минимум 16–24 нед. При возникновении осложнений ГЭРБ поддерживающую терапию следует проводить ИППД также в полной дозе. ИППД эффективно контролируют рН в нижней трети пищевода, поэтому выраженность симптомов быстро уменьшается, и они исчезают у пациентов, как с эрозивным эзофагитом, так и с НЭРБ. В отсутствие эрозий пищевода для лечения НЭРБ можно назначить ИППД в половинной дозе, в том числе рабепразол в дозе 10 мг 1 раз в день при курсовом лечении и приеме в режиме «по требованию», что фармакоэкономически оправдано, а также декслансопразол по 30 мг 1 раз в день. При лечении больных с ГЭРБ рекомендуется применять индивидуальный подход к назначению антисекреторной терапии и выбору препарата, основанный на тщательном анализе клинической картины и результатов ЭГДС. В первую очередь анализируют жалобы больного, в частности на изжогу (кроме изжоги, можно принимать во внимание и другие доказанные симптомы ГЭРБ). Критериями оценки жалоб служат частота их возникновения: редко (1–2 раза в неделю) и часто (более 2 раз в неделю), а также длительность существования: небольшая (менее 6 мес) и значительная (более 6 мес). При оценке статуса пациента и анамнеза учитывают мужской пол и возраст более 50 лет как факторы риска развития рецидива, указания на наличие эрозивного эзофагита при проведении ЭГДС в прошлом, причем существенное значение имеет стадия имевшегося ранее эрозивного эзофагита. При оценке статуса больного также следует обратить внимание на наличие избыточной массы тела (ИМТ>25), ожирения (ИМТ>30) и ГПОД. Необходимо исключить наличие «симптомов тревоги» (дисфагия, уменьшение массы тела, анемия). Необходимо учитывать особенности отдельных антисекреторных препаратов. Так, блокаторы H₂-рецепторов не следует использовать в качестве терапии первой линии в связи с их значительно меньшей эффективностью по сравнению с ИППД. Благодаря высокой константе диссоциации pK_a рабепразол способен быстро аккумулироваться в большом количестве париетальных клеток и приводить к быстрому и выраженному торможению секреции кислоты, связывая протонную помпу, что обеспечивает высокую скорость действия и стойкий антисекреторный эффект уже после 1-х суток приема препарата. Фармакокинетические особенности рабепразола обуславливают эффективное купирование дневной и контроль ночной изжоги с 1-го дня терапии, высокую частоту заживления эрозий пищевода и поддержание длительной ремиссии ГЭРБ, в том числе при использовании препарата в режиме «по требованию».

Декслансопразол — единственный ИППД с модифицированным высвобождением активного вещества. Его капсула содержит гранулы двух типов, высвобождающие активное вещество в зависимости от рН в разных отделах тонкой кишки: высвобождение начинается в её верхнем отделе через 1–2 ч после приема препарата и продолжается в дистальном отделе через 4–5 ч. Двойное отсроченное высвобождение активного вещества

позволяет пролонгировать его действие и способствует снижению секреции соляной кислоты в течение продолжительного времени. Пролонгирование эффекта декслансопразола обеспечивает эффективный контроль ночных симптомов ГЭРБ. В целом ИПП демонстрируют невысокую частоту побочных эффектов (менее 2%), среди которых могут наблюдаться диарея, головная боль, тошнота. Рабепразол характеризуется высоким уровнем безопасности в отношении частоты побочных эффектов и переносимости, а его метаболизм минимально зависит от системы цитохрома P450. При назначении ИПП в больших дозах на длительный срок следует учитывать также возможность развития таких побочных эффектов, как остеопороз (хотя применение ИПП не следует рассматривать как самостоятельный и независимый фактор риска развития остеопороза), избыточный бактериальный рост, инфекция *Clostridium difficile* и пневмония, у пациентов из групп риска, в первую очередь старше 65 лет. При длительном лечении ИПП можно применять в режиме «по требованию» и прерывистыми курсами.

Решение о длительности поддерживающей терапии ГЭРБ нужно принимать индивидуально с учетом стадии эзофагита, имеющихся осложнений, возраста пациента, а также стоимости и безопасности лечения ИПП. При ГЭРБ нет необходимости в определении инфекции *H. pylori* и тем более её эрадикации, однако следует установить наличие инфекции *H. pylori* и осуществить её эрадикацию при назначении терапии ИПП на длительный срок.

Не доказано, что лечение ИПП может привести к уменьшению эффективности клопидогрела при их совместном применении.

Необходимо особо подчеркнуть, что симптоматическое улучшение при терапии ИПП может наблюдаться и при других заболеваниях, в том числе злокачественных новообразованиях желудка, поэтому необходимо исключить такие заболевания.

Самый высокий процент эффективного лечения обострений ГЭРБ и сохранения ремиссии достигается при комбинированном применении ИПП, прокинетиков, альгинатов/антацидов/ адсорбентов. Для быстрого купирования изжоги

К больных с ГЭРБ, а также у пациентов, у которых на фоне терапии ИПП периодически возникают симптомы рефлюкса, может быть рекомендован прием препаратов альгиновой кислоты, при этом фармакокинетические свойства ИПП не ухудшаются и они не оказывают влияния на скорость формирования и эффективность защитного альгинатного барьера.

При лечении ГЭРБ у беременных необходим индивидуальный подбор терапии с учетом потенциального вреда. Универсальными можно считать рекомендации по изменению образа жизни и правилам приема альгинатсодержащих препаратов при клинической необходимости и после консультации с врачом. Благодаря доказанной высокой эффективности и безопасности во всех триместрах беременности альгинаты являются препаратами выбора для лечения изжоги беременных. Поскольку эти препараты почти не имеют побочных эффектов, их можно рекомендовать не только беременным, но также кормящим женщинам и практически здоровым лицам при эпизодическом возникновении изжоги.

При осложненных формах ГЭРБ возможно проведение коротких курсов терапии с использованием форм ИПП для внутривенного введения, преимуществами которых являются быстрое достижение антисекреторного эффекта и более высокая концентрация препарата в крови.

Как отмечалось ранее, ГЭРБ обычно характеризуется хроническим рецидивирующим течением. Больные, у которых клинические симптомы заболевания не сопровождаются развитием эзофагита, нуждаются в приеме препаратов в режиме «pro re nata» — «по требованию». Однако у пациентов с эрозивно-язвенным эзофагитом при таком режиме поддерживающей терапии высок (80–90%) риск развития рецидива заболевания в течение года. Вероятность возникновения рецидивов возрастает в случаях устойчивости начальных стадий эзофагита к терапии антисекреторными препаратами, а также при обнаружении низкого давления НПС.

Больные ГЭРБ должны находиться под активным диспансерным наблюдением с контрольным обследованием, которое проводят не реже 1 раза в год. При возникновении осложнений таких пациентов необходимо обследовать 2 раза в год, в том числе с проведением эндоскопического и морфологического исследования.

Термин «рефрактерная ГЭРБ» используют в случае неполного заживления СО пищевода и/ или сохранения типичных симптомов ГЭРБ после проведения полного курса (4–8 нед) лечения ИПП в стандартной (один раз в сутки) дозе.

Наиболее распространенной причиной снижения эффективности проводимой терапии является недостаточная приверженность больных лечению, т.е. несоблюдение ими рекомендаций по изменению образа жизни и правилам приема ИПП. Для представителей этой группы препаратов показано увеличение активности при приеме утром за 30 мин до еды. Следует учитывать, что, согласно инструкции по применению рабепразола, на его активность ни время суток, ни прием пищи не влияют.

На соблюдение (или несоблюдение) предписанных врачом рекомендаций оказывают влияние прежде всего наличие и выраженность симптомов, знание основ патогенеза заболевания, сопутствующая терапия, вкус и консистенция принимаемого препарата, побочные эффекты, возраст, социально-экономический статус, мотивация больного. Безусловно, выполнение рекомендаций врача, в том числе по режиму питания и нормализации массы тела, следует считать основой успешного лечения. Причинами неэффективности терапии также нередко служат неправильное назначение ИПП, несоблюдение их дозировки и сроков терапии.

Фактором риска развития рефрактерной ГЭРБ является генетический полиморфизм CYP2C19. Риск развития рефрактерности к терапии ИПП у быстрых метаболизаторов CYP2C19 выше, чем у медленных метаболизаторов. Генетический полиморфизм CYP2C19 оказывает влияние на фармакокинетику и фармакодинамику ИПП, обуславливая различия в выраженности их антисекреторного действия и клинической эффективности при ГЭРБ, имея выраженные межиндивидуальные и межэтнические различия. В европейской популяции отмечается высокая распространенность генетического полиморфизма CYP2C19 с преобладанием быстрых метаболизаторов — более 70%. При этом у быстрых метаболизаторов отмечается более низкая частота заживления эрозий СО пищевода и более высокая частота рецидивирования ГЭРБ на фоне терапии, обусловленная более быстрым клиренсом, низкими плазменными концентрациями и возможным недостаточным антисекреторным эффектом из-за особенностей метаболизма ИПП.

Режим дозирования ИПП на основе особенностей генотипа CYP2C19 может быть терапевтической стратегией для преодоления недостаточного ингибирования соляной кислоты желудка у пациентов с рефрактерной ГЭРБ. В качестве ИПП, наименее

подверженного влиянию генотипа CYP2C19, предложен рабепразол, так как он метаболизируется преимущественно в результате неферментативного процесса. При лечении некоторых таких больных необходимо применять антисекреторные препараты в высоких дозах, что должно быть верифицировано с помощью 24-часовой рН-метрии.

Время приема некоторых ИПП имеет важное значение, так как оказывает существенное влияние на их эффективность. Так, после приема омепразола и лансопризола до завтрака значительно легче контролировать уровень желудочного рН, чем после их прием без последующего употребления пищи. Декслансопризол можно принимать в любое время суток независимо от приема пищи.

Причинами неэффективности ингибиторов секреции соляной кислоты могут быть наличие слабокислого рефлюкса, а также преобладание в рефлюктате содержимого ДПК преимущественно щелочной средой, когда изжога и другие симптомы ГЭРБ возникают в результате действия на СО пищевода компонентов желчи и панкреатических ферментов. Рефлюкс имеет преимущественно кислотный характер у 50% больных с ГЭРБ, кислотный характер с желчным компонентом — у 39,7%, у 10,3% больных возникает желчный рефлюкс. Компоненты содержимого ДПК, вызывающие повреждение СО пищевода, — желчные кислоты, лизолецитин и трипсин. Наиболее хорошо изучено действие желчных кислот, которые, по-видимому, играют главную роль в патогенезе повреждения СО пищевода при ДГЭР.

При смешанном рефлюксе (кислотный с желчным компонентом) клинический эффект ИПП обусловлен не только подавлением собственно продукции кислоты, но и уменьшением общего объема желудочного секрета, что приводит к уменьшению объема рефлюктата. Однако повышение доз ИПП с целью купирования симптомов в таком случае не показано. В случае возникновения ДГЭР могут быть назначены в различных сочетаниях (в том числе с ИПП) следующие препараты: адсорбенты, альгинаты, антациды, прокинетики, урсодезоксихолевая кислота. При смешанном/билиарном рефлюксе адсорбенты (диоктаэдрический смектит) применяют не только с целью нейтрализации соляной кислоты, но и для адсорбции желчных кислот и лизолецитина, а также повышения устойчивости СО к действию повреждающих агрессивных факторов.

Секреция муцинов в слизи при ГЭРБ снижается в зависимости от тяжести эзофагита, что является дополнительным фактором, предрасполагающим к развитию эрозивного эзофагита в условиях продолжающегося ГЭР. Двойной механизм действия рабепразола — кислотосупрессия наряду с цитопротективными свойствами: стимуляция секреции муцинов и повышение их концентрации в слизи пищевода, — его дополнительные преимущества при лечении ГЭРБ.

При неэффективности лечения пациентов с ГЭРБ в течение 4 нед следует подтвердить наличие ГЭР с помощью объективного метода исследования — 24-часовой рН-импедансометрии. У пациентов с сохраняющимися симптомами, у которых не обнаруживают патологические рефлюксы при проведении рН-импедансометрии отсутствует корреляция рефлюксов с возникновением симптомов, скорее всего, имеется не ГЭРБ, а так называемая «функциональная изжога».

Хирургическое лечение

Антирефлюксное хирургическое лечение считают показанным при осложненном течении заболевания (повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие пищевода Баррета с дисплазией эпителия высокой степени, доказанной двумя морфологами, частые аспирационные пневмонии). В некоторых случаях, если пациенту по тем или иным объективным, либо субъективным причинам не может быть проведена консервативная терапия ГЭРБ, следует рассмотреть вопрос о хирургическом лечении и при ее неосложненном течении. Хирургическое лечение может быть более эффективным у тех пациентов с ГЭРБ, у которых имеются типичные проявления заболевания и лечение которых с помощью ИПП тоже эффективно. При неэффективности ИПП, а также при наличии внепищеводных проявлений хирургическое лечение будет менее эффективным.

Рассматривать вопрос о хирургическом лечении нужно совместно с опытным в данной области хирургом, если выполнены все мероприятия по нормализации образа жизни, с помощью рН-импедансометрии доказано наличие патологического желудочно-пищеводного рефлюкса, а с помощью манометрии — отсутствие выраженных нарушений перистальтики грудного отдела пищевода.

Ведение больных с пищеводом Баррета

Необходимость активного диспансерного наблюдения за больными с пищеводом Баррета обусловлена тем, что в случае ранней диагностики дисплазии эпителия можно предотвратить развитие АКП. Верификацию диагноза пищевода Баррета и установление степени дисплазии проводят с помощью гистологического исследования. Если при этом выявляют дисплазию низкой степени, необходимо назначить ИПП и повторить гистологическое исследование через 3 мес. При сохранении дисплазии низкой степени больным рекомендуют продолжить постоянный прием ИПП в полной дозе и провести гистологическое исследование через 3 и 6 месяцев, затем гистологическое исследование выполняют ежегодно. Если выявляют дисплазию высокой степени, необходимо назначить ИПП в двойной дозе с параллельной оценкой результатов гистологического исследования и последующим решением вопроса о методе лечения больного — эндоскопическое или хирургическое. Более подробные алгоритмы ведения больных с пищеводом Баррета представлены в специальных клинических рекомендациях.

Прогноз

У большинства пациентов с ГЭРБ – благоприятный.

При пищеводе Барретта следует помнить о вероятности развития аденокарциномы или плоскоклеточного рака, даже несмотря на проводимое лечение. Прогностически неблагоприятными признаками считаются: площадь метаплазии эпителия пищевода диаметром 8 см и более, а также наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Профилактика ГЭРБ

В связи с широким распространением ГЭРБ, приводящей к заметному снижению качества жизни пациентов, опасностью развития осложнений при тяжелых формах эзофагита, профилактика этого заболевания является актуальной задачей.

Первичная профилактика

Цель первичной профилактики состоит в предупреждении развития заболевания. Программа первичной профилактики ГЭРБ включает активное выявление факторов риска и лиц, предрасположенных к возникновению данного заболевания, диспансерное наблюдение за ними, соблюдение рекомендаций по изменению образа и стиля жизни, а также режима и характера питания.

Активное выявление здоровых лиц с повышенным риском возникновения заболевания может включать анкетирование с целью выявления предболезненных состояний (брюшной дискомфорт, диспепсия, астенизация), обнаружение факторов риска.

Факторы риска развития ГЭРБ

- Генетическая предрасположенность.
- Нерегулярное и нерациональное питание, переедание.
- Нарушение режима труда и отдыха, частые командировки.
- Психотравмы.
- Вредные привычки: курение, алкоголь.
- Гиподинамия.
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- Ожирение.
- Сахарный диабет.
- Частые запоры.
- Объемные процессы в брюшной полости.
- Длительный прием лекарственных препаратов (холинолитики, В-блокаторы, антагонисты кальция, нитраты, седативные, транквилизаторы, теofilлин, НПВС).
- Склеродермия.

Диспансерное наблюдение за лицами с риском возникновения заболевания включает осуществление комплекса социальных и индивидуальных мероприятий по устранению факторов риска.

Большое значение в отношении первичной профилактики имеет лечение заболеваний, на фоне которых развивается ГЭРБ. Профилактические мероприятия необходимо проводить больным с грыжей ПОД, склеродермическим поражением пищевода, после кардиодилатации у больных ахалазией кардии. Даже при отсутствии

симптомов ГЭРБ эти больные должны придерживаться диеты и рекомендаций по изменению стиля жизни.

Проведение комплекса общих и индивидуальных профилактических санитарно-просветительных, гигиенических, воспитательных мероприятий направлено на сохранение здоровья и трудоспособности с выработкой и соблюдением человеком правильного поведенческого стереотипа.

Изменение образа и стиля жизни

- Основные рекомендации, которых должны постоянно придерживаться лица с факторами риска развития ГЭРБ, в отношении изменения образа жизни, включают:
- Сон с приподнятым не менее чем на 15 см головным концом кровати;
- Снизить массу тела, если имеется ожирение;
- Не ложиться после еды в течение 1-1,5 ч;
- Совершать прогулки после еды в течение 30 минут;
- Отказаться от курения;
- Избегать тесной одежды, тугих поясов, корсетов, бандажей;
- Исключение поднятия тяжестей более 8-10 кг и работ, связанных с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса;
- Ограничить (отказаться, если возможно) прием лекарств, оказывающих отрицательный эффект на двигательную активность пищевода (продолжительные нитраты, антагонисты кальция, теофиллин, антидепрессанты, прогестерон и пр.), повреждающих слизистую оболочку пищевода и желудка.
- Избегать длительного натуживания, запоров.

Изменение режима и характера питания

- Исключить переедания, перекусывания в ночное время
- Ограничить прием жиров (сливочное масло, маргарин, цельное молоко, сливки, жирная рыба, утка, баранина, торты, пирожные), увеличить в рационе количество белка.
- Ограничить (отказаться) употребление кофеинсодержащих (кофе, крепкий чай, кока-кола) напитков.
- Исключить продукты, содержащие мяту, перец, цитрусовых соков, томатов (в том числе кетчупа), лука и чеснока.
- Ограничить прием горячей, жареной, острой пищи.
- Не принимать пищу перед сном (последний прием за 3 ч до сна).
- Частое дробное питание (не менее 5-6 раз в день).
- Во время еды не разговаривать.
- Не употреблять пиво, пепси-колу, шампанское, газированные напитки и минеральные воды с газом.

Вторичная профилактика

Цель вторичной профилактики ГЭРБ — снижение частоты рецидивов и предупреждение прогрессирования заболевания.

Программа вторичной профилактики ГЭРБ включает:

I. Активное выявление больных с клинически выраженными формами заболевания, частыми обострениями и адекватная терапия в течение 4-8 недель:

Изменение стиля жизни, режима и характера питания.

Секретолитики (омез, ланзап, рабепразол, фамотидин).

Антациды (маалокс, гевискон).

Прокинетики (домперидон, ганатон). Комбинированные препараты (омез Д).

II. Активное выявление лиц с латентными формами заболевания и проведение диспансерного наблюдения за ними с проведением комплекса дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий.

III. Диспансерное наблюдение за больными и систематическое противорецидивное лечение.

Обязательным компонентом является соблюдение описанных общих рекомендаций и назначение терапии «по требованию», т. е. после завершения курсового лечения. Развивающийся в последующем приступ боли или изжоги должен быть купирован (больной принимает ингибитор протонной помпы (омепразол, рабепразол и др.) в день появления симптома и на следующий день, даже если симптом не повторяется), поскольку это сигнал патологического закисления пищевода, способствующего прогрессирующему повреждению его слизистой оболочки. Критерием успешной вторичной профилактики принято считать уменьшение числа обострений заболевания, отсутствие прогрессирования, снижение степени тяжести рефлюкс-эзофагита, предупреждение развития осложнений.

Наиболее эффективными противорецидивными препаратами являются ИПП (у 88% больных ГЭРБ сохраняется ремиссия в течение 6 месяцев проводимой терапии), тогда как 6-месячный прием фамотидина сохраняет ремиссию у 13—21% пациентов. Особого диспансерного наблюдения требуют лица с пищеводом Барретта. Необходимо длительное противорецидивное лечение с удвоенными дозами кислотоснижающих препаратов, контрольная ФГДС с гистологическим исследованием через 3, 6 месяцев, а затем ежегодно.

В случае необходимости проведения постоянной терапии, особенно у молодых пациентов, встает вопрос об оперативном лечении (фундопликация). Показаниями к операции являются: молодой возраст и нежелание пациента пожизненно принимать медикаменты (высокая стоимость препаратов, снижение качества жизни, побочное действие препаратов), отсутствие эффекта от адекватно проводимой консервативной терапии в течение 6 месяцев; наличие осложнений ГЭРБ, особенно пищевода Барретта.

Заключение

Консервативное лечение больных с ГЭРБ можно проводить в амбулаторных условиях при участии врача-гастроэнтеролога. Стационарное лечение осуществляют в условиях дневного или круглосуточного стационара в специализированных гастроэнтерологических и терапевтических отделениях при наличии специализированных гастроэнтерологических коек и специалиста, прошедшего профессиональную переподготовку по специальности «гастроэнтерология».

Выполнение клинических рекомендаций может оказать положительное влияние на качество оказания медицинской помощи пациентам с ГЭРБ и профилактики осложнений, в частности при соблюдении необходимых сроков лечения, проведении активного амбулаторного наблюдения за соответствующими группами больных.

Список литературы:

1. В.Т.Ивашкин, И.В.Маев, А.С.Трухманов, Е.К.Баранская. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, 2017
2. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рекомендации по диагностике и лечению. М.; 2013.
3. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: от патогенеза к терапевтическим аспектам, 2013
4. Евсютина Ю.В. Особенности ведения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. «РМЖ» №17 от 22.09.2017
5. Ивашкин В.Т. Внутрипищеводная рН-импедансометрия в диагностике ГЭРБ. "Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии", 2013;
6. Федорченко Ю.Л. Сравнительная характеристика прокинетиков при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных сахарным диабетом, 2013

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __4__ группы

Белецкая Татьяна Александровна

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

Представленная научно-исследовательская работа полностью соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В целом работа выполнена на высоком уровне и заслуживает оценки «отлично» (5).



(подпись)