

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

Реферат на тему: «Г АСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ »

Выполнила ординатор

Кафедры терапии ИПО Цыдыпова АА

На проверку: ДМН, профессор Грищенко Елена Георгиевна

Красноярск, 2019

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно -
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

Рецензия профессора, ДМН кафедры Терапии ИПО Грищенко Елены Георгиевны на реферат
ординатора первого года обучения специальности терапия Цыдыпова А. А по теме:
«ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ »

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведённой самостоятельной работе ординатора с
литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия
выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке.
Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным
материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения.
Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться
определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства экономии времени и
повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки
рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности
Терапия:

П/н	Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Наличие орфографических ошибок	+
3.	Соответствие текста реферата	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Круг использования известных научных источников	+
9.	Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Оглавление

ОПРЕДЕЛЕНИЕ	4
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ	4
КЛАССИФИКАЦИЯ	5
КЛИНИКА	6
ДИАГНОСТИКА	9
ЛЕЧЕНИЕ	11
ЛИТЕРАТУРА	14

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ (ГЭРБ)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ. ГЭРБ это - состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и\ или развитие осложнений. К ГЭРБ относится наличие изжоги не менее 1 раза в неделю (Монреаль, 2009).

В МКБ-10 ГЭРБ соответствует рубрике: **•К 21.0** Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом **•К 21.9** Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита

Традиционно ГЭРБ рассматривается как заболевание со спектром клинических форм, включающих неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ), эрозивную рефлюксную болезнь (ЭРБ) или эрозивный эзофагит и пищевод Барретта.

О НЭРБ говорят в том случае, когда имеет место эндоскопически негативный вариант при наличии клинических данных и данных рН-метрии пищевода, подтверждающих патологические гастроэзофагеальные рефлюксы (ГЭР), или при наличии катарального эзофагита по данным ЭГДС. На долю НЭРБ приходится более 60% всех случаев ГЭРБ. Для НЭРБ характерны черты функциональных расстройств – висцеральная гиперчувствительность, сочетание с СРК, функциональной диспепсией.

Эрозивный эзофагит – типичная форма рефлюксной болезни с кислой экспозицией, нарушением моторики, дефектами антирефлюксных механизмов, с наличием эрозивных или эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки пищевода, встречается у 37% от общего числа больных ГЭРБ в мире.

Истинная распространённость заболевания неизвестна, что связано с большой вариабельностью клинических симптомов и тем, что у большинства людей ГЭРБ не имеет эндоскопических проявлений. В условиях общей врачебной практики 25—40% людей с ГЭРБ имеют эзофагит по результатам эндоскопического исследования.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

ГЭРБ в настоящее время рассматривается, как одно из кислотозависимых заболеваний, поскольку соляная кислота выступает ведущим патогенетическим фактором развития и основного симптома - изжоги, и эзофагита.

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 последнего. Нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера, в свою очередь, 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 обо-

лочки пищевода рефлюктом, что зависит от частоты и длительности

гастроэзофагеального рефлюкса. Таким образом, с патофизиологической точки зрения, ГЭРБ является кислотозависимым заболеванием, развивающимся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В настоящее время выделяют две формы ГЭРБ: эндоскопически-негативная или неэрозивная рефлюксная болезнь - НЭРБ, и эндоскопически позитивная - эрозивный рефлюкс-эзофагит

Исходную степень тяжести эрозивного эзофагита международные эксперты (2007) рекомендуют оценивать по Лос–Анджелесской классификации, принятой на X Всемирном съезде гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 1994), которая, по сути, и определяет тактику поддерживающего лечения:

A – один или несколько дефектов слизистой оболочки пищевода **длиной не более 5 мм**, ни один из которых не распространяется более чем на 2 складки слизистой оболочки;

B – один или несколько дефектов слизистой оболочки пищевода **длиной более 5 мм**, ни один из которых не распространяется более чем на 2 складки слизистой оболочки;

C – дефекты слизистой оболочки пищевода, распространяющиеся на **2 складки слизистой** оболочки или более, которые в совокупности занимают **менее 75 % окружности пищевода**;

D – дефекты слизистой оболочки пищевода занимают как минимум **75 % окружности пищевода**.

Модификация Лос–Анджелесской классификации (2008)

Стадия N – нормальная слизистая

Стадия M – эритема, белесоватые участки слизистой

Стадия MW – белесоватые пятна

Стадия MR – красные изменения слизистой, такие как дилатированные сосуды

Далее как в Л-Анжелеской классификации 1994 года.

КЛИНИКА

Классификация ГЭРБ (Монреальский консенсус, 2009)

1. Пищеводные синдромы: типичный рефлюкс-синдром, синдром рефлюксных болей в груди
2. Синдромы, сопровождающиеся повреждением пищевода: Рефлюкс эзофагит, Рефлюкс-стриктуры, Пищевод Барретта, Аденокарцинома
3. Внепищеводные синдромы: Установленная ассоциация - Рефлюкс-кашель
Рефлюкс-ларингит, Рефлюкс-астма, Рефлюкс-эрозии зубов

Типичный рефлюксный синдром включает изжогу, регургитацию, отрыжку, боль в эпигастрии.

В то же время эксперты не пришли к единому мнению и считают, что можно лишь предположить связь между ГЭРБ и фарингитом, синуситом, идиопатическим фиброзом легких и рецидивирующим отитом.

Основным клиническим проявлением ГЭРБ является изжога.

Изжога – более чувствительный тест для выявления ГЭРБ, чем эндоскопия и 24-часовое pH-мониторирование (Carlsson R. et al., 1998). Важно определить частоту изжоги в неделю.

Синдром рефлюксных болей в груди являются патогномоничными для ГЭРБ. Боли могут иметь различный характер, часто похожи на коронарные: могут быть непродолжительными, приступообразными, жгучими, давящими, могут иррадиировать в руку, челюсть, спину, сопровождаться потливостью, дрожью в теле.

Следует отметить, что боли за грудиной у больных ГЭРБ часто сочетаются с проявлениями вегетативной дисфункции на фоне регургитации желудочного содержимого в пищевод — тахикардией, нарушением проводимости, одышкой, потливостью, чувством жара или озноба, эмоциональной лабильностью (выражающейся частой сменой настроения, плаксивостью, немотивированными страхами, тревогой и т. д.), головокружением, головной болью.

Следует подчеркнуть, что если провоцирующими факторами коронарогенных болей, как правило, является физическая или эмоциональная нагрузка, холод, то рефлюкс-ассоциированные боли чаще вызваны перееданием, употреблением кислой, острой пищи, изменением положения тела больного, они часто сопровождаются изжогой, отрыжкой, дисфагией и купируются, в отличие от первых, изменением положения тела, приемом антацидных, антисекреторных препаратов. Взаимосвязь между

гастроэзофагеальным рефлюксом и нарушением деятельности сердечно-сосудистой системы может быть опосредована через n. vagus.

Экстраэзофагеальные проявления ГЭРБ: астма, хронический кашель и ларингиты.

По данным консенсуса, проведенного в рамках 14-го Европейского конгресса гастроэнтерологов (Berlin, 2006), решено, что:

- хронический кашель, хронический ларингит и астма обычно представляют многофакторные патологические процессы, при этом гастроэзофагеальный рефлюкс может быть не этиологическим, а отягчающим кофактором.
- Гастроэзофагеальный рефлюкс редко остается единственной причиной хронического кашля, хронического ларингита или астмы.
- Если изжога или регургитация отсутствуют, то необъяснимые астма или ларингит вряд ли связаны с ГЭРБ.

Механизмы развития внепищеводных проявлений ГЭРБ связывают как с микроаспирацией содержимого желудка в рото- и носоглотку, нижние дыхательные пути, так и с активацией так называемых ноцицепторов поврежденной слизистой пищевода и прямым раздражением блуждающего нерва, приводящих к рефлекторному бронхо- или ларингоспазму.

Согласно новому американскому консенсусу (2013), ГЭРБ должна рассматриваться как потенциальный сопутствующий фактор риска у пациентов с астмой, хроническим кашлем и ларингитом. У всех таких пациентов должно проводиться тщательное обследование для выявления других (не связанных с ГЭРБ) причин. В качестве метода постановки диагноза ГЭРБ-ассоциированных астмы, хронического кашля и ларингита ЭГДС не рекомендуется, а диагноз рефлюкс-ларингита не может быть поставлен исключительно на основании данных ларингоскопии. У всех пациентов с экстраэзофагеальными симптомами, не имеющих типичных симптомов ГЭРБ, до назначения ИПП необходимо **проводить пищеводный рН-мониторинг**.

В последнее время отмечено, что существует достаточно большой процент (25-30%) **резистентных к ИПП форм ГЭРБ**. Это чаще всего пациенты с НЭРБ. Следует считать, что основной причиной резистентной к ИПП ГЭРБ являются ситуации, когда на первый план выходят нарушения моторики, приводящие к щелочным рефлюксам, и гиперчувствительность пищевода к малым количествам рефлюксата. Структура больных ГЭРБ, не отвечающих на ИПП связана с: атипичными симптомами ГЭРБ, ожирением, нарушением комплайнса. В этом случае необходимо: рН-мониторирование пищевода + импедансометрия пищевода, подбор эффективного ИПП, удвоенная доза ИПП. Изменение лечения в соответствии с характеристикой рефлюкса – **добавление прокинетиков**.

Пересекрестные синдромы – ГЭРБ/СРК, ГЭРБ/ диспепсия (79% лиц с СРК имеют ГЭРБ)

Эзофагеальные осложнения ГЭРБ:

- кровотечения
- стриктура пищевода,
- пищевод Баррета и
- аденокарцинома.

Стриктура пищевода определяется как стойкое сужение просвета пищевода по причине ГЭРБ и наблюдается у 7–23% больных с данной патологией. Стриктуры чаще развиваются при проведении укороченных курсов лечения (менее 4 недель), неадекватном снижении желудочной секреции при использовании недостаточно эффективных препаратов, отсутствии поддерживающей терапии, а также при несоблюдении пациентом режима лечения. Стриктуры требуют в дальнейшем проведения дорогостоящих хирургических процедур (бужирование, оперативное лечение и т.д.), число которых измеряется десятками случаев. Каждый подобный случай следует рассматривать, как пример неадекватной консервативной терапии, что обосновывает необходимость ее совершенствования для профилактики развития осложнений.

Характерным **симптомом стриктуры** является устойчивая дисфагия, которая причиняет беспокойство пациентам. В свою очередь дисфагия представляет собой ощущение затруднения при прохождении пищи по пищеводу. Устойчивая, прогрессирующая или причиняющая беспокойство дисфагия – предостерегающий симптом стриктуры или рака пищевода, служит основанием для проведения детального обследования, в частности проведения ФГС и рентгеноскопии.

Пищевод Барретта (ПБ) развивается у 15-20% больных с эзофагитом.

Пищевод Барретта – состояние, при котором эпителий пищевода меняет свою структуру. В норме поверхностный слой состоит из многослойного плоского эпителия. Для пищевода Барретта характерно замещение многослойного плоского эпителия другим типом клеток, например, цилиндрическим эпителием (кишечная метаплазия).

Некоторые исследователи рассматривают пищевод Барретта как осложнение ГЭРБ, другие – как одну из форм ГЭРБ, третьи считают его отдельным заболеванием. Трудность диагностики ПБ состоит в том, что он не имеет патогномоничной симптоматики. Эндоскопическая картина характеризуется наличием языков пламени - вельветоподобной слизистой оболочки красного цвета в дистальном отделе пищевода.

Аденокарцинома пищевода представляет собой самое грозное осложнение ГЭРБ, развивается у 0,5% больных с пищеводом Барретта в год при низкой степени дисплазии эпителия, у 6% в год - при дисплазии высокой степени. Этапы развития аденокарциномы пищевода – метаплазия – дисплазия – рак. Риск аденокарциномы пищевода увеличивается с повышением частоты и продолжительности изжоги. Аденокарцинома включает в себя появление тонкокишечного метаплазированного эпителия в слизистой оболочке пищевода. При аденокарциноме пищевода отмечается

низкая пятилетняя выживаемость, которая составляет не более 11%. Это связывают с неблагоприятными характеристиками данного вида рака - раннее прорастание стенок органа и метастазирование задолго до появления первых клинических симптомов. Примерно 95% случаев аденокарциномы пищевода диагностируется у больных с пищеводом Барретта. Поэтому основным путем профилактики и ранней диагностики рака пищевода необходимо считать диагностику и эффективное лечение ПБ. Хочется подчеркнуть, что после применения ИПП у больных ПБ отмечается четкое снижение маркеров пролиферации. Такого снижения не наблюдается у пациентов с сохраняющимся стойким патологическим кислотным рефлексом ($pH < 4$).

ДИАГНОСТИКА

Диагноз ГЭРБ следует предполагать уже при наличии у пациента характерных симптомов: еженедельной изжоги, отрыжки, регургитации; в ряде случаев - внепищеводных симптомов.

Лабораторные исследования

Патогномоничных для ГЭРБ лабораторных признаков нет.

Рекомендуемые лабораторные исследования:

- общий анализ крови,
- группа крови,
- резус-фактор

Инструментальные исследования

Обязательные инструментальные исследования

- эзофагогастродуоденоскопия (позволяет дифференцировать неэрозивную рефлюксную болезнь и рефлюкс-эзофагит, выявлять наличие осложнений);
- биопсия слизистой оболочки пищевода проводится при осложненном течении ГЭРБ: язвы, стриктуры, пищевод Баррета;
- рентгенологическое исследование грудной клетки, пищевода и желудка

Дополнительные лабораторные

и инструментальные методы исследования

- 24-часовая внутрипищеводная pH-метрия: увеличение общего времени рефлюкса (pH менее 4,0 более чем 5% в течение суток) и длительность эпизода рефлюкса (более 5 мин). Метод позволяет оценить pH в пищеводе и желудке, эффективность лекарственных препаратов; ценность метода особенно высока при наличии внепищеводных проявлений и отсутствии эффекта от терапии.
- Внутрипищеводная манометрия — проводят с целью оценки функционирования нижнего пищеварительного сфинктера (НПС), 5. моторной функции пищевода

- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (при ГЭРБ без изменений, проводят для выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости)
- Электрокардиографическое исследование, велоэргометрия — используют для дифференциального диагноза с ИБС, при ГЭРБ не обнаруживают изменений
- **Тест с ингибитором протонной помпы — купирование клинической симптоматики (изжоги) на фоне приёма ингибиторов протонного насоса**
- **Диагностический тест с назначением ИПП (эзомепразолом) более чувствителен, чем 24-часовое pH-мониторирование (Genval Workshop; Dent, 1999)**

Предварительный диагноз ГЭРБ (по данным последнего Американского консенсуса, 2013) может быть поставлен на основании типичных симптомов — изжоги и регургитации. Во всех таких случаях рекомендуется проводить начальное эмпирическое лечение ИПП, так называемый ИПП-тест. При наличии типичных симптомов ГЭРБ проведения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) не требуется. Она рекомендуется только при наличии тревожных симптомов, у пожилых пациентов, для скрининга пациентов с высоким риском осложнений, при загрудинной боли, предположительно связанной с рефлюксом, и у пациентов, не отвечающих на прием ИПП. При отсутствии пищевода Барретта и новых симптомов повторные эндоскопии проводить не рекомендуется. Рутинные биопсии из дистального пищевода для подтверждения диагноза ГЭРБ также не рекомендуются. Для рутинной диагностики ГЭРБ категорически не рекомендуется проводить обычное рентгенологическое исследование с барием. В отличие от предыдущих рекомендаций в новом консенсусе отмечено, что манометрия пищевода диагностической роли при ГЭРБ не имеет, и она рекомендуется только для предоперационного обследования больных.

В отношении амбулаторного пищеводного pH-мониторинга отмечается, что он показан перед проведением эндоскопического или хирургического лечения у пациентов с неэрозивной ГЭРБ (НЭРБ) как часть дообследования пациентов, рефрактерных к ИПП, а также в ситуациях, когда диагноз ГЭРБ остается под вопросом. Кроме того, он рассматривается в основном как тест, позволяющий оценить ассоциацию симптоматики с наличием рефлюкса. При эндоскопически подтвержденном наличии короткого или длинного сегмента пищевода Барретта амбулаторный pH-мониторинг рефлюкса для подтверждения ГЭРБ не требуется.

Дифференциальная диагностика

При типичной клинической картине заболевания дифференциальный диагноз обычно не представляет трудностей. При наличии внепищеводных симптомов следует дифференцировать от ИБС, бронхолёгочной патологии (бронхиальная астма и др.). Для дифференциального диагноза ГЭРБ с эзофагитами иной этиологии проводят гистологическое исследование биоптатов.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение в большинстве случаев следует проводить в амбулаторных условиях. Лечение должно включать общие мероприятия и специфическую лекарственную терапию.

Показания к госпитализации

- Антирефлюксное лечение при осложненном течении заболевания, а также при неэффективности адекватной медикаментозной терапии.
- Проведение эндоскопического или оперативного вмешательства (фундопликация) в случае неэффективности медикаментозной терапии,
- при наличии осложнений эзофагита: стриктуры пищевода, пищевода Баррета, кровотечения.

Рекомендации Американского консенсуса (2013) по ведению больных с ГЭРБ

- Учитывая то, что ожирение в настоящее время рассматривается как один из важных факторов риска ГЭРБ, всем пациентам с ГЭРБ, имеющим избыточный вес/ожирение, или тем, кто недавно набрал вес, рекомендуется его снижение. Пациентам с ночными симптомами ГЭРБ рекомендуется поднимать изголовье кровати и не есть за 2–3 часа до сна.

В отношении первичного лечения ГЭРБ в новом консенсусе имеются некоторые изменения. Так, в качестве лечебного метода выбора для облегчения симптомов и заживления эрозивного эзофагита рекомендуется не 4-, а **8-недельный курс применения ИПП**. При этом отмечается, что существенных различий в эффективности различных ИПП при ГЭРБ нет. Традиционные ИПП с замедленным высвобождением для максимального контроля за интрагастральным рН должны приниматься строго за 30–60 минут до еды, в то время как новые ИПП с немедленным высвобождением (Омепразол НВ, эзомепразол НВ) можно более гибко дозировать в зависимости от времени приема пищи. Лечение ИПП должно начинаться с однократного приема препарата утром до завтрака. У пациентов с частичным ответом на однократный прием стандартных доз ИПП можно менять время приема или назначать двойные дозы ИПП, особенно у пациентов с ночными симптомами и расстройством сна.

Дозирование ИПП проводят так же в зависимости от тяжести рефлюкс-эзофагита. В частности, при рефлюкс-эзофагитах степени В-D целесообразно сразу назначать двойные дозы ИПП (например, нольпазе 40 мг) сроком на 1–2 месяца, а затем придерживаться стратегии Step-down, то есть при хорошем ответе на ИПП пытаться переходить на их стандартные дозы и затем выбирать один из видов поддерживающей противорецидивной терапии — интермиттирующую, постоянную или терапию «по требованию». Как правило, при НЭРБ и легких рефлюкс-эзофагитах рекомендуют применять интермиттирующую схему или терапию «по требованию», в то время как при тяжелых рефлюкс-эзофагитах достоверно более эффективной схемой является постоянный поддерживающий прием ИПП. Важной рекомендацией является то, что перед постановкой диагноза пищевода Баррета врач должен быть уверенным в том, что пациент адекватно пролечен по поводу рефлюкс-эзофагита. Любому пациенту с установленным диагнозом пищевода Барретта желательно длительно принимать ИПП, поскольку такой подход достоверно снижает риск развития и прогрессирования

дисплазии. При всех схемах применения ИПП следует помнить об их потенциальных побочных эффектах и всегда исходить из взаимоотношений «риск — польза».

Ведение больных с ГЭРБ

■ **ИПП-неотвечики должны быть дообследованы как пациенты с рефрактерной ГЭРБ.** У пациентов с частичным ответом на ИПП дополнительный лечебный эффект может оказать назначение ИПП два раза в день или переход на другой ИПП.

■ Поддерживающее лечение ИПП должно проводиться у больных с ГЭРБ, у которых после отмены ИПП вновь появляются симптомы, а также у пациентов с осложнениями, включая эрозивные эзофагиты и пищевод Барретта. У пациентов, которым требуется длительный прием ИПП, они должны применяться в наименьших эффективных дозах, включая терапию «по требованию» или интермиттирующую терапию.

■ H_2 -гистаминоблокаторы могут применяться в качестве варианта поддерживающей терапии у пациентов с ГЭРБ, если они облегчают изжогу. H_2 -гистаминоблокаторы также можно назначать на ночь дополнительно к дневному приему ИПП у отдельных пациентов с подтвержденным ночным кислотным прорывом, хотя это может сопровождаться развитием тахифилаксии через несколько недель приема. Лечение ГЭРБ некислотоснижающими препаратами, включая прокинетики и/или баклофен, у больных с ГЭРБ без дополнительного диагностического обследования проводиться не должно. Сукральфат у небеременных пациентов с ГЭРБ никакого лечебного значения не имеет.

■ Впервые в новом консенсусе сделан важный вывод, что ИПП безопасны для беременных и могут применяться, если они клинически показаны

■ **Хирургическое лечение ГЭРБ.** Хирургическое лечение рассматривается как одна из терапевтических стратегий для длительного лечения ГЭРБ, однако оно не рекомендовано пациентам, не отвечающим на ИПП. Хирургическое лечение у тщательно отобранных пациентов так же эффективно, как и медикаментозное, если оно проводится опытным хирургом. У всех пациентов с ГЭРБ, которым планируется хирургическое лечение, перед операцией необходимо провести амбулаторный пищеводный рН-мониторинг, а также манометрию пищевода для исключения ахалазии или склеродермии. Больным с ожирением и ГЭРБ, нуждающимся в операции, также рекомендуется бариатрическая операция (обычно — желудочное шунтирование). Применение эндоскопического лечения или трансоральной инцизионной фундопликации как альтернативы медикаментозному или традиционному хирургическому лечению в настоящее время рекомендовано быть не может.

■ Лечение ИПП рекомендовано при наличии экстраэзофагеальных симптомов у пациентов, имеющих также типичные симптомы ГЭРБ. У неотвечиков на прием ИПП необходимо проводить дальнейшее дообследование, такое же, как при рефрактерной ГЭРБ. У пациентов с экстраэзофагеальными проявлениями ГЭРБ, не отвечающих на антисекреторную терапию ИПП, хирургическое лечение проводиться не должно.

■ **Рефрактерная ГЭРБ.** Первым шагом ведения больных с рефрактерной ГЭРБ должна быть оптимизация ИПП-терапии. **Всем больным с рефрактерной ГЭРБ обязательно должна быть проведена ЭГДС для исключения других причин изжоги и диспептических симптомов.** Пациенты с экстраэзофагеальными симптомами ГЭРБ, не отвечающие на ИПП-терапию, должны быть тщательно дообследованы соответствующими специалистами, такими как лор-врач, пульмонолог, аллерголог. Пациенты с рефрактерной ГЭРБ и негативными данными ЭГДС (при типичной симптоматике) либо дообследованные другими специалистами (при экстраэзофагеальных симптомах) должны пройти пищеводный рН-мониторинг.

Рефлюкс-мониторинг вне приема ИПП может проводиться любым методом (рН- или импеданс-рН-мониторинг). Тестирование на фоне приема ИПП для исключения некислотных рефлюксов может проводиться только путем импеданс-рН-мониторинга. Пациенты с негативными данными импеданс-рН-мониторинга редко имеют ГЭРБ, и ИПП-терапия у них должна быть прекращена. У рефрактерных пациентов с объективно подтвержденным рефлюксом как причиной симптомов должны рассматриваться другие дополнительные методы лечения, такие как хирургия или применение ингибиторов спонтанных релаксаций нижнего пищеводного сфинктера.

Наличие инфекции *H. pylori* не оказывает влияния на тяжесть симптоматики, рецидивирование и эффективность лечения ГЭРБ. Эрадикация *H. pylori* не провоцирует проявления скрытой ГЭРБ и не влияет на эффективность лечения заболевания. Необходимость эрадикации *H. pylori* для предупреждения рака желудка должна рассматриваться в случаях применения ИПП более года у *H. pylori*-положительных пациентов (Маастрихтский консенсус 4, 2010-2011)

Длительный прием ИПП у *H. pylori*-положительных пациентов ассоциирован с развитием гастрита, локализованного преимущественно в области тела желудка. Такое лечение ускоряет потерю специализированных желез, что приводит к развитию атрофического гастрита. (Маастрихтский консенсус 4, 2010-2011). Установлено достаточно давно, что во время применения ИПП в антруме микроорганизм *H. pylori* исчезает, а появляется преимущественно в теле и в дне желудка. Значения рН там становятся оптимальными для жизнедеятельности *H. pylori*, а его наличие неизбежно вызывает появление каскада воспалительных реакций. Доказано, что атрофия СОЖ нарастает, если хеликобактерная инфекция остается. Эрадикация *H. pylori* у пациентов, длительно принимающих ИПП, излечивает гастрит и предотвращает прогрессирование атрофии СОЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Плотникова, Е.Ю. с соавт. Маркеры гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Е.Ю.Плотникова, Л.Г.Вологжанина, О.А.Самсонов, Д.Н.Андреева //Фарматека.- 2016.- № 15.-С. 25-31
2. Маев И.В. с соавт. Клиническое значение синдрома перекреста функциональной диспепсии и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни/ И.В.Маев, О.А.Самсонов, Д.Н.Андреев//Клинические перспективы гастроэнтерол., гепатол.-2016.-№5.-С.17-22
3. Маев И.В. с соавт. Подходы к индивидуализации лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни/ И.В. МаевТ.Н. Дичева, Д.Н.Андреев//Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология.- 2017.- № 2.-С.9-14
4. Плотникова, Е.Ю. с соавт. Течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни по результатам ретроспективного 5-летнего наблюдения/ Е.Ю.Плотникова, Л.Г.Вологжанина, О.А.Самсонов, Д.Н.Андреева.-//Фарматека.-2016.- № 6.-С. 64-69
5. Malfertbeiner, P. Management of Helicobacter pylory infection- the Maastricbt 4 Florence Consensus //Re port Gut. -2017. - Vol.61.- S.646-664.
6. Katz, P.O., Gerson, L.B., Vela, M.F. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease // The American Journal of Gastroenterology. — 2017. — Vol. 108. — P. 308-328.
7. Гастроэнтерология. Национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. –М.: ГЭОТАР Медиа, 2017. – 754 с.