



За истекшие после выпуска клинических рекомендаций по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни три года появились новые данные об эффективных методах диагностики и лечения пациентов с этим заболеванием, в связи с чем публикуется настоящая редакция рекомендаций. Проблема ГЭРБ по-прежнему весьма актуальна. По своей распространенности ГЭРБ уверенно занимает первое место среди других гастроэнтерологических заболеваний. Изжога - ведущий симптом ГЭРБ - выявляется у 20-40% населения развитых стран. В России распространенность ГЭРБ составляет 18-46% [Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., 2011г.]. Актуальность ГЭРБ обуславливается также тем, что она приводит к значительному снижению качества жизни больного, особенно при ночной симптоматике, появлению внепищеводных симптомов (боли в грудной клетке, упорный кашель) и риску таких осложнений как кровотечения из язв и эрозий, развитие пептических стриктур и, что вызывает наибольшую настороженность, аденокарциномы пищевода на фоне пищевода Баррета. Определенные трудности возникают при лечении больных ГЭРБ. Если средние сроки заживления язв двенадцатиперстной кишки составляют 3-4 недели, язв желудка - 4-6 недель, то сроки заживления эрозий пищевода у многих больных могут достигать 8-12 недель. При этом у части больных наблюдается рефрактерность к приему антисекреторных средств, низкая приверженность к лечению. Прекращение приема лекарственных препаратов сопровождается быстрым развитием рецидива заболевания, который, в свою очередь, является главным фактором риска развития пищевода Баррета - предраковой патологии пищевода. Целью настоящих рекомендаций явилось изложение новейших достоверных данных о методах адекватной диагностики, тактике лечения и особенностях рациональной фармакотерапии, основанной на принципах доказательной медицины. Предназначен для врачей-терапевтов, гастроэнтерологов, эндоскопистов, специалистов смежных специальностей, руководителей органов здравоохранения.

Новая редакция будет опубликована в №4 Российского журнала гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии за 2017 год. Он запланирован к выходу в первую неделю сентября этого года. Ниже мы приводим некоторые отрывки новой редакции клинических рекомендаций.

Определение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и, в ряде случаев, дуоденального содержимого, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, к повреждению слизистой оболочки дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагита), а у части больных цилиндроклеточной метаплазии [1-3].

Основные факторы патогенеза

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - это кислотозависимое заболевание, при котором соляная кислота желудочного сока выступает основным повреждающим фактором при развитии клинических симптомов и морфологических проявлений ГЭРБ. Патологический рефлюкс при этом возникает вследствие недостаточности НПС, то есть ГЭРБ – заболевание с исходным нарушением двигательной функции верхних отделов ЖКТ.

Этапная диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

В новой редакции будут даны рекомендации по диагностике ранних стадий ГЭРБ на *амбулаторном этапе*, основанной на первичной обращаемости и анализе клинической картины заболевания. Подробно описаны особенности дополнительных методов исследования, таких как эндоскопическое исследование.

При рефрактерном течении заболевания (отсутствии убедительной клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4-8 недель проведения терапии стандартной дозой ИПП), а также наличии осложнений заболевания (стриктуры, пищевод Баррета) необходимо проведение обследования в условиях специализированного стационара или гастроэнтерологической клиники, в том числе в амбулаторных подразделениях этих учреждений. На *стационарном этапе*, при необходимости, больным должны быть проведены:

- Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов для исключения пищевода Баррета и аденокарциномы, а также эозинофильного эзофагита.
- Внутрипищеводная суточная рН-метрия или рН-импедансометрия.
- Пищеводная манометрия высокого разрешения.
- Рентгенологическое исследование пищевода и желудка.
- Комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов.
- Регистрация электрокардиограммы и другие специальные методы.

Новая редакция клинических рекомендаций раскрывает особенности этих методов диагностики.

Лечение ГЭРБ

Лечение пациентов ГЭРБ должно быть индивидуализировано и ориентировано в соответствии с клиническими проявлениями заболевания и интенсивностью симптомов. Цель лечения – устранение симптомов, а при эрозивном эзофагите – заживление эрозий и предупреждение осложнений.

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

Изменение образа жизни следует считать обязательной предпосылкой эффективного антирефлюксного лечения пациентов с ГЭРБ.

Медикаментозное лечение включает в себя известные группы препаратов:

- Альгинаты
- Антациды
- Адсорбенты
- Прокинетики
- Ингибиторы протонной помпы

Также новая редакция клинических рекомендаций особенности ведения больных с пищеводом Баррета.