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

Рецензия доцента, КМН кафедры внутренних болезней №1 Верещагиной Татьяны Дмитриевны на реферат ординатора первого года обучения по специальности Терапия Животовой Марии Анатольевны по теме «Эрозивный рефлюкс-эзофагит у больных после гастрэктомии или резекции желудка - диагностика и лечебные подходы»

Рефлюкс - эзофагит (РЭ), в настоящее время, является частой патологией ЖКТ, факультативным предраковым процессом и может трансформироваться в рак пищевода (Самсонов А.А. 2012, Бордин Д.С. 2013). Особую группу составляют больные, перенесшие различные оперативные вмешательства на желудке по поводу язвенной болезни или опухоли,страдающие РЭ. Сведения о частоте встречаемости и пострезекционного РЭ весьма противоречивы: от 1,7% до 95,4% случаев (Русанов А.А., 2007; Чернявский А.А. и соавт., 2008). Подробно описаны клинические проявления ГЭРБ в зависимости от характера рефлюкса, однако, исследований, направленных на изучение особенностей клинической симптоматики РЭ у пациентов, перенесших РЖ или ГЭ, в литературе не найдено.

Целью данного реферата является рассмотрение врачом-ординатором данных о причинах развития, патогенеза, диагностики и терапии данного осложнения. Реферат соответствует всем требованиям, тема полностью раскрыта, информация актуальна.

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

Оценочные критерии	+/-
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+

3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: отрицательная/положительная

Комментарий рецензента: замечаний нет

Дата: 15.09.19г.

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

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

Кафедра внутренних болезней № 1

Реферат

«Эрозивный рефлюкс-эзофагит у больных после гастрэктомии или резекции желудка - диагностика и лечебные подходы»

Выполнила врач-ординатор терапевт 1 года

Животова М. А.

Проверила КМН, доцент Верещагина Т. Д.

Красноярск 2019 год

Содержание:

1. Актуальность проблемы.
2. Общие сведения.
3. Диагностика
4. Результаты исследований..
5. Заключение.
6. Выводы.
7. Практические рекомендации.
8. Используемая литература.

Актуальность проблемы

Рефлюкс - эзофагит (РЭ), в настоящее время, является частой патологией ЖКТ, факультативным предраковым процессом и может трансформироваться в рак пищевода (Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. 2003, Минушкин О.Н. и др. 2008, Самсонов А.А. 2012, Бордин Д.С. 2013).
Особую группу составляют больные, перенесшие различные оперативные вмешательства на желудке по поводу язвенной болезни или опухоли, страдающие РЭ. Сведения о частоте встречаемости и пострезекционного РЭ весьма противоречивы: от 1,7% до 95,4% случаев (Чернявский А.А. и соавт., 2008).

Подробно описаны клинические проявления ГЭРБ в зависимости от характера рефлюкса (Маев И.В. и соавт., 2011), однако исследований, направленных на изучение особенностей клинической симптоматики РЭ у пациентов, перенесших РЖ или ГЭ, в литературе не найдено. Ощелачивание пищевода бикарбонатами слюны и секрецией желез подслизистой пищевода, не позволяет использовать суточную pH-метрию в диагностике некислого рефлюкса. Для точного определения характера рефлюкса целесообразно использование метода суточной pH-импедансометрии.

Доминирование компонентов желчи в пищеводном рефлюксате вынуждает корректировать общепринятые схемы лечения РЭ. Хороший эффект может быть достигнут применением препаратов урсодезоксихолевой кислоты, ингибиторов протонной помпы, однако данные о сроках лечения и дозировках разнятся (Онучина Е. В. И соавт., 2010). Исследования с применением препаратов УДХК при лечение рефлюкс-эзофагита у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на желудке, немногочисленные.

Таким образом, совокупность всех перечисленных факторов делает сегодня весьма актуальной проблему улучшения диагностики, лечения и профилактики осложнений постгастрорезекционного РЭ:

1. У пациентов, перенесших РЖ или ГЭ, наблюдается высокая распространенность эрозивного эзофагита. Частота эрозивного эзофагита выше у пациентов после ГЭ. По классификации Савари-Миллер преобладает эрозивный эзофагит 1 степени. Повреждающим агентом в патогенезе эрозивного РЭ может быть рефлюкс, имеющий кислый, щелочной или смешанный характер.
2. Клинические проявления зависят от модификации выполненной операции и наличия повреждающего фактора. Изжога, загрудинная боль, отрыжка воздухом характерна для РЭ, независимо от вида перенесенного оперативного вмешательства. У пациентов после ГЭ клиническая картина

характеризуется большей частотой отрыжки горьким и срыгивания.
3. Применение УДХК в курсовой и поддерживающей терапии у больных с различными степенями эрозивного РЭ, перенесших ГЭ или РЖ с полным удалением зон кислотопродукции, является эффективным. У пациентов со «смешанным» рефлюксом наиболее действенным является комбинация препаратов УДХК и ИПП в качестве основного и поддерживающего лечения. Применение ИПП в стандартных дозах у больных с различными степенями эрозивного эзофагита и кислым характером рефлюкса, является высокоэффективным. При проведении поддерживающей терапии наиболее действенным является перманентный прием ИПП.

Общие сведения о проблеме

Операции на желудке, такие как резекция желудка или гастрэктомия, нередко приводят к развитию расстройств, известных под общим названием «болезни оперированного желудка». Одной из таких болезней является пострезекционный или постгастрэктомический рефлюкс-эзофагит.

По нашим данным, полученным на основании анализа 263 заключений эндоскопии больных, подвергшихся резекции желудка или гастрэктомии, частота эрозивных эзофагитов после резекции желудка по Бильрот 2 составила 10,9%, Бильрот 1 - 41,3% и после гастрэктомии - 52,4% [2]. По данным Волкова В.Е, Волкова С.В. (2013), из 283 больных, перенесших тотальную гастрэктомию, еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь была выявлена у 176 (62,2%) больных. При этом у 51,1% больных наблюдалась катаральная форма, у 36,4% - эрозивная, у 8,5% - язвенно-некротическая и у 4% - стенозирующая. При обследовании 94 пациентов, оперированных по поводу раннего рака желудка (40 больным была проведена проксимальная гастрэктомия, 54 - тотальная гастрэктомия), частота выявления эндоскопически доказанного РЭ составила 30 и 60% соответственно. С другой стороны, результаты метаанализа, посвященного сравнению эффективности проксимальной и тотальной гастрэктомии, показали, что частота возникновения РЭ была выше после проведения проксимальной гастрэктомии. По мнению некоторых авторов, частота «щелочного» эзофагита при различных методах формирования пищеводно-кишечного анастомоза может составлять от 25 до 100%. Приведенные данные свидетельствуют о высокой частоте развития РЭ у больных с оперированным желудком.

В патогенезе РЭ у больных после гастрэктомии роль основного повреждающего фактора отводится желчным кислотам. При высоких значениях pH активны деконъюгированные желчные кислоты. Они обладают выраженными детергентными свойствами, вызывая разрушение липидного бислоя мембран эпителиальных клеток и нарушая его проницаемость. Препараты урсодезоксихолевой кислоты, которые меняют пул «токсичных» желчных кислот на нетоксичные, показали свою эффективность в лечении РЭ у больных после гастрэктомии. Кроме того, у этой группы больных

нельзя исключить повреждающее действие трипсина, максимальная активность которого наблюдается при pH 7,6-8,0. При изучении содержания трипсина в аспиратах из пищевода у больных РЭ после резекции желудка по Бильрот-1 было обнаружено, что его концентрация (как и содержание желчных солей) была выше при выраженном эзофагите. Применение ингибитора трипсина перорально 3 раза в день в течение 4 нед. у этой группы больных снижало активность трипсина и приводило к уменьшению выраженности РЭ.

При резекции желудка одной из основных задач операции является удаление кислотопродуцирующей зоны, однако достичь этого не всегда удается. По некоторым данным у 72% больных сохранена продукция соляной кислоты слизистой оболочки культи желудка, в том числе и у больных с субтотальной резекцией желудка. В этом случае основными компонентами, оказывающими повреждающее действие на слизистую оболочку пищевода, являются соляная кислота и пепсин. Тем не менее при низких значениях pH тауриновые конъюгаты желчных кислот и лизолецитин также способны оказывать повреждающее действие на эпителий пищевода [8]. Предполагается, что применение ИПП позволяет уменьшить количество как «кислых», так и билиарных рефлюксов за счет уменьшения объема рефлюктата. По другим данным, основанным на использовании импеданс pH-метрии, терапия ИПП приводит к уменьшению частоты возникновения «кислых» рефлюксов с 45 до 3%, однако частота выявления ДГЭР возрастает с 55 до 97% [11]. Более того, в качестве одной из причин рефрактерности к терапии ИПП рассматривается рефлюкс желчи. При резекции желудка удаление пилорического сфинктера создает условия для беспрепятственного попадания кишечного содержимого в культю желудка, поэтому роль билиарного (дуоденогастроэзофагеального) рефлюкса в патогенезе РЭ у таких больных может быть значительной.

Диагностика

Используются разные диагностические приемы, позволяющие оценить рефлюкс (кислоты, желчи, трипсина или ДГЭР), и обоснованно применять тот или иной вариант лечения РЭ.

Применение суточного pH–мониторинга пищевода дает количественную характеристику рефлюкса и позволяет документально подтвердить наличие патологического кислого ГЭР. Повышение значений pH пищевода выше 7 как маркера щелочного рефлюкса не является достоверным. Было доказано, что основной причиной повышения pH в пищеводе > 7 является гиперсекреция слюны и/или продукция бикарбоната, выделяемого подслизистыми пищеводными железами, а не рефлюкс

дуоденального содержимого.

Изучение билиарного рефлюкса может быть проведено путем суточного спектрофотометрического определения билирубина (система Bilitec 2000). Эта система использует оптические свойства билирубина, который имеет характерную спектрофотометрическую полосу поглощения 450 нм. Абсорбция в области этой длины волны свидетельствует о наличии билирубина и, следовательно, ДГЭР. Уровень оптической плотности билирубина более 0,14 в течение ≥ 1,8% от общего времени измерения свидетельствует о патологическом рефлюксе желчи. Однако данный метод не доступен для большинства лечебных учреждений.

В последнее время получила распространение многоканальная импедансометрия пищевода в комбинации с pH-метрией. В основу метода положено измерение сопротивления переменному электрическому току (импеданса), которое изменяется в случае попадания в пищевод жидкости или газа. При попадании в пищевод жидкости сопротивление между электродами импедансометрического зонда падает, при поступлении в пищевод газового болюса резко возрастает. Это дает возможность определить состав рефлюктата (газовый, смешанный, жидкий). Последовательность изменений импеданса на разных сегментах позволяет распознавать направление тока жидкости или газа (глотание или рефлюкс) . Комбинация импеданса с pH-электродом, расположенном на этом же зонде, позволяет охарактеризовать рефлюксы по их pH: кислые (pH менее 4), слабокислые (pH от 4 до 7), щелочные (pH более 7). Кроме того, возможно определение уровня распространения рефлюкса (нижняя, средняя и верхняя треть пищевода), клиренса (очищения пищевода от рефлюксата в секундах) и связи рефлюксов с симптомами ГЭРБ [16].

Таким образом, существующие данные о роли билиарного или дуоденогастроэзофагеального рефлюкса (в том числе и у больных с резекцией желудка) в патогенезе РЭ противоречивы. Дальнейшее изучение роли различных повреждающих факторов в патогенезе РЭ у пациентов с резекцией желудка с использованием современных методов диагностики необходимо для проведения дифференцированного и эффективного лечения.

На первом этапе 50 больным эрозивным РЭ с резецированным желудком проводилась суточная внутрипищеводная pH-импедансометрия при помощи прибора SolarGI. По результатам исследования были сформированы 2 группы больных. У больных 1-й группы (n = 20; средний возраст 57,5 ± 10,2 лет; мужчин - 13, женщин - 7) было увеличено количество кислых и слабокислых рефлюксов, у пациентов 2-й группы (n = 30; средний возраст 56,6 ± 12,9 лет; мужчин -- 19, женщин - 11) фиксировалось увеличенное в 2 раза количество слабощелочных рефлюксов и слабокислых. Представленные данные свидетельствуют о патогенетической

неоднородности больных постгастрорезекционным РЭ: у одних пациентов было увеличено количество рефлюксов кислого и слабокислого содержимого, у других -- при нормальном количестве кислых рефлюксов была увеличена в 2 раза частота слабощелочных рефлюксов в сочетании с увеличением количества слабокислых.

Из сопутствующих заболеваний следует отметить высокую частоту патологии желчевыделительной системы у пациентов обеих групп.

Исходя из полученных результатов были сформированы лечебные группы: больные 1-й группы получали ИПП (Омез 20--40 мг/сут); у пациентов 2-й группы наличие щелочного компонента стало основанием для включения в терапию, помимо Омеза, препарата урсодезоксихолевой кислоты (Ливодекса) в дозе 10--15 мг/кг/сут. Продолжительность курсового лечения определялась сроком полного заживления эрозий пищевода индивидуально у каждого пациента и могла составлять до 5 мес.

Степень выраженности клинических проявлений оценивалась с учетом частоты, интенсивности, времени возникновения, продолжительности симптомов по 10-балльной шкале исходно, на 28, 56 и 112 день лечения и далее 1 раз в 28 дней в случае увеличения продолжительности терапии. Оценку эндоскопической картины с использованием классификации Савари -- Миллера проводили на 56, 112, 140 день лечения.

Результаты лечения больных 1-й группы

Начальная доза Омеза составляла 20 мг в сутки, при отсутствии эффекта в течение 7 дней рекомендовали прием препарата в дозе 20 мг 2 раза в день.

Количество пациентов с 3-й степенью эрозивного РЭ за время лечения не изменилось, к концу лечения у 5 (25%) пациентов было отмечено отсутствие адекватной клинической или эндоскопической динамики. Изначально 2 пациента имели признаки РЭ 2-й степени, 2 пациента – 3-й степени, 1 пациент – 1-й степени. Также у 3 из 5 пациентов отмечались эрозивный гастрит культи желудка, у 2 пациентов язва области анастомоза, размером от 0,5 до 1,0 см. Пациенты принимали Омез в дозе 20 мг 2 раза в сутки в течение 112 дней. Нами была предпринята попытка замены ИПП: у 2 пациентов на пантопразол (Нольпаза) и у 3 пациентов на эзомепразол (Нексиум) в дозировке 40 мг 2 раза в день с контролем ЭГДС через 1 и 3 мес. Кроме того, в схему терапии также были включены антацидные препараты (Альмагель, Фосфалюгель). Существенной положительной динамики через 3 мес. лечения другими ИПП также отмечено не было. Проведение эндоскопической pH-метрии при контроле эндоскопической картины у этих пациентов показало наличие сохраненной кислотопродукции в культе желудка. В итоге к 7-му месяцу лечения в результате терапии различными препаратами ИПП и антацидными препаратами первоначальный размер эрозий в пищеводе у 1 пациента незначительно сократился, и только у 1

пациента была отмечена слабая положительная динамика в лечении эрозивного гастрита культи желудка. Размеры язв анастомоза к концу лечения составили 0,2-0,3 см.

Результаты лечения больных 2-й группы

Динамика клинических проявлений и эндоскопической картины представлена в таблицах 5 и 6. Начальная доза Омеза составляла 20 мг/сут, при отсутствии эффекта в течение 7 дней рекомендовали прием препарата в дозе 20 мг 2 раза в день. У больных с 1-й степенью РЭ препарат Ливодекса использовался в дозе 10 мг/кг/сут, при 2-й и 3-й степени -- 15 мг/кг/сут. Данные наблюдений свидетельствуют о том, что применение комбинированной терапии через один месяц приводило к достоверному уменьшению выраженности изжоги, болей в эпигастрии и отрыжки. С увеличением сроков лечения было отмечено дальнейшее уменьшение выраженности указанных симптомов. К 140-му дню лечения у всех пациентов основные симптомы были купированы, за исключением отрыжки, которая носила легкий характер и не снижала качества жизни.

Таким образом, применение комбинации Ливодексы и Омеза у пациентов со «смешанным» рефлюксом приводит к постепенному снижению выраженности и исчезновению основных симптомов эрозивного эзофагита.

Использование суточной pH-импедансометрии пищевода позволило установить, что в патогенетическом отношении эта группа пациентов неоднородна: у одних больных кислотопродукция сохранена, и причиной эзофагита является кислый рефлюкс, у других -- более чем в 2 раза увеличена частота щелочных рефлюксов, и это дает основание рассматривать их в качестве основного повреждающего фактора. Обращает внимание, что и в той и другой группе увеличено число слабокислых рефлюксов.

Лечение РЭ у больных с резекцией желудка и сохраненной продукцией соляной кислоты требует использования наиболее мощных блокаторов секреции -- ингибиторов протонной помпы. Эффект подобного варианта терапии (как клинический, так и эндоскопический) развивается постепенно и нарастает с увеличением продолжительности лечения. Причиной неэффективности лечения может выступать неполная блокада секреции соляной кислоты, что наблюдалось в настоящем исследовании. При этом ни увеличение дозы, ни смена ИПП не повлияли на заживление эрозий. С другой стороны, даже адекватная блокада желудочной секреции не гарантирует отсутствие билиарного рефлюкса [17, 18]. Изучение причин неэффективности терапии ИПП с одновременной оценкой кислого и билирного рефлюксов на фоне приема ИПП показало, что патологический билиарный рефлюкс наблюдался в 62% случаев, при этом в 40% патологический рефлюкс кислоты отсутствовал [19].

Роль билиарного (дуоденогастроэзофагеального) рефлюкса в патогенезе ГЭРБ активно изучается. Больные с резекцией желудка, предрасположенные к такому типу рефлюкса, рассматриваются в качестве клинической модели для изучения повреждающих эффектов ДГЭР. Так, 32 больным с резекцией желудка и жалобами со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта в течение суток изучали частоту кислых (суточная pH-метрия) и билиарных (Bilitec 2000) рефлюксов. Результаты исследования показали неоднородность изучаемой группы: 28% имели смешанный (кислый и билиарный) рефлюкс, 50% -- только билиарный рефлюкс, у 22% рефлюксов не было. Изолированный патологический кислый рефлюкс не наблюдали ни в одном случае. РЭ (и такие симптомы, как изжога, боли, регургитация) был ассоциирован со смешанным, но не билиарным рефлюксом. Авторы сделали выводы о том, что основным фактором, ответственным за появление симптомов и РЭ у больных с резекцией желудка, является смешанный рефлюкс; ДГЭР в отсутствие соляной кислоты не приводит к повреждению пищевода; в лечении показана блокада желудочной секреции ИПП для уменьшения объема рефлюктата, инактивации пепсина и конъюгированных желчных кислот.

Результаты собственных исследований не позволяют разделить точку зрения о том, что изолированный ДГЭР не оказывает повреждающего действия на слизистую оболочку пищевода. По нашим данным, частота эрозивного РЭ у больных после гастрэктомии составляет 52%, а эффективность монотерапии таких пациентов препаратом УДХК подтверждает патогенетическое значение билиарного рефлюкса в появлении эрозий в пищеводе. В этой ситуации (при нейтральных значениях pH) повреждающее действие оказывают деконъюгированные желчные кислоты и трипсин [8].
Результаты настоящего исследования показали, что у части пациентов доминирует щелочной рефлюкс. При этом результаты импеданс-pH-метрии показали также увеличенное количество слабокислых рефлюксов. Вероятность синергизма соляной кислоты и желчи в повреждении слизистой пищевода явилась основанием для применения в терапии этой группы больных и ИПП, и препарата УДХК. Комбинированная терапия привела к достоверному снижению и последующему исчезновению основных симптомов заболевания с достижением максимального эффекта к 5-му месяцу терапии. Эндоскопическая ремиссия у 100% пациентов наблюдалась к 140-му дню лечения. Эффект лечения (как клинический, так и морфологический) развивался постепенно и нарастал с увеличением продолжительности лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования 368 пациентов наличи эрозивного эзофагита обнаружено у 107 (29,1%) пациентов. Полученные нам

результаты соответствуют данным мировой статистики и позволяют говорить о высокой распространенности пострезекционного эрозивного РЭ [Клименко А.А. и соавт.,1996; Черноусов А.Ф. и соавт., 2004; Kawamura T. et al., 2003; Русанов А.А., 2007; Чернявский А.А. и соавт., 2008].

В ходе исследования установлено, что, повреждающим агентом в патогенезе эрозивного РЭ, после оперативного вмешательства на желудке, могут быть кислый, щелочной и смешанный компоненты рефлюкса. Вне зависимости от объема операции и ее модификации, основным симптомом РЭ является изжога. У пациентов, перенесших ГЭ, отмечена более высокая частота встречаемости отрыжки горьким и срыгивания. Аналогичных исследований, изучающих клиническую симптоматику, в зависимости от вида перенесенного вмешательства, в доступных источниках нами найдено не было.

Результатом изучения эффективности различных вариантов медикаментозной терапии пострезекционного и постгастрэктомического РЭ явились следующие данные: у больных с «щелочным» характером рефлюкса примение препарата УДХК (Ливодекса) в виде монотерапии привело к полной клинико-эндоскопической ремиссии к 168 *дню* лечения. Эффективной дозой при 1 степени эрозивного РЭ является 10 мг/кг в сутки, тогда как при 2 и 3 степени сохранить клинико-эндоскопическую ремиссию в течение 2 месяцев позволяет дозировка препарата УДХК (Ливодекса) 5 мг/кг в качестве поддерживающей терапии. В литературе имеются данные, отражающие результаты применения УДХК у пациентов после ГЭ, однако они не многочисленны и не затрагивают вопросов выбора дозы, сроков лечения.

Использование в период основной терапии у пациентов со «смешанным» рефлюксом комбинации ИПП (Омез) и УДХК (Ливодекса) привело к полной клинико-эндоскопической ремиссии к 140 дню лечения. Доза препаратов 10/20мг/кг/мг показала эффективность в лечении пациентов с 1 степенью эрозивного РЭ; при 2,3 степени целесообразно увеличение дозы до 15/40 мг/кг/мг в сутки. Анализ клинической и эндоскопической картины в период поддерживающего лечения, позволяет считать достаточной дозу препарата УДХК (Ливодекса) 5 мг/кг и ИПП (Омез) 20 мг в сутки.

В доступных исследованиях, описывается успешное применение комбинации ИПП (Омез) и препаратов УДХК в лечение ГЭРБ и ее осложнений (Маев И.В. и соавт. 2012), однако, подобных исследований в группе пациентов, перенесших РЖ, в отечественных и зарубежных источниках не нашлось. Применение ИПП (Омез) у больных с «кислым» характером рефлюкса в период основной терапии привело к уменьшению выраженности изжоги и полному заживлению эрозий у 75% больных. Наиболее эффективной дозой при лечение 2 и 3 степени эрозивного РЭ являлась доза ИПП (Омез) 40 мг/сутки; при 1 степени достаточной являлась доза 20 мг в сутки. Результаты исследования позволяют считать дозу ИПП (Омез) 20 мг в сутки в течение 2 месяцев эффективной в качестве поддерживающей терапии.

Подтверждена эффективность использования ИПП (Омез) у пациентов с «кислым» рефлюксом. Проведено исследование, направленное на оптимизацию поддерживающей терапии эрозивного РЭ у пациентов, после РЖ или ГЭ.

ВЫВОДЫ

1. Эрозивный РЭ по данным ЭГС диагностируется у 29,1% больных, перенесших РЖ или ГЭ. Частота встречаемости эрозивного РЭ после РЖ в модификации Б-1 составила 28%, по Б-2 -17,8%. Эрозивный РЭ чаще встречался после ГЭ (41,1%) и реже при других модификациях оперативного вмешательства на желудке (13,1%). Повреждающим агентом в патогенезе эрозивного РЭ может быть кислый, щелочной и смешанный компоненты рефлюкса.
2. Установлено, что среди больных эрозивным РЭ, перенесших ГЭ, 1 степень эрозивного эзофагита отмечается у 31,8% пациентов, 2 степень - у 43,2%, 3 степень - у 25% пациентов. Среди пациентов, перенесших РЖ и страдающих эрозивным РЭ, у 71,4% больных имеется 1 степень эрозивного эзофагита, у 23,8% - 2 степень, у 4,8% - 3 степень.
3. Основным клиническим симптомом эрозивного РЭ при всех видах оперативного вмешательства на желудке является изжога (ГЭ-81,8%, РЖ 73%). У пациентов, перенесших ГЭ, достоверно чаще встречалась отрыжка горьким и срыгивание.
4. Применение УДХК (Ливодекса) эффективно в терапии больных эрозивным РЭ с «щелочным» и «смешанным» характером рефлюкса в 100% случаев. Эффективной дозой УДХК (Ливодекса) при 1 степеш выраженности эрозивного РЭ является 10 мг/кг в сутки; при 2 и 3 степей эффективной дозой является 15 мг/кг в сутки. Сроки лечения составляю 140-168 дней.
5. Применение ИПП (Омез) эффективно в терапии больных с эрозивным РЭ с кислым (в 75% случаев) и «смешанным» (в 100% случаев) характере рефлюкса. Эффективной дозой ИПП (Омез) при 1 степени выраженности эрозивного РЭ является 20 мг в сутки; при 2 и 3 степени эффективной дозой является 40 мг в сутки. Сроки лечения составляют 112-140 дней.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1) Пациентам, перенесшим резекцию желудка или гастрэктомию целесообразно проведение эндоскопического исследования для оценки состояния слизистой оболочки дистальной части пищевода.
2) В случае выявления эрозивного эзофагита, необходимо проведение эндоскопической pH-метрии с целью определения состояния кислотопродукции. У пациентов, с сохраненной кислотопродукцией целесообразно проведение суточной pH-импедансометрии для выявления щелочного компонента рефлюкса.
3) Пациентам, перенесшим гастрэктомию или резекцию желудка, имеющим признаки эрозивного рефлюкс-эзофагита, при отсутстви кислотопродукции, необходимо назначение УДХК (Ливодекса)

Эффективной дозой при 1 степени эрозивного рефлюкс-эзофагита по Савари-Миллер является 10 мг/кг в сутки; при 2 и 3 степени - УДХК (Ливодекса) в дозе 15 мг/кг в сутки на срок до 6 месяцев. При достижении клинико-эндоскопической ремиссии рекомендовано проведение поддерживающей терапии суточной дозе 5 мг/кг в сутки - длительно.
4) В случае выявления у пациентов, перенесших резекцию желудка, кислого и щелочного компонентов рефлюкса, необходимо назначение терапии, включающей ИПП (Омез) и УДХК (Ливодекса). Эффективной дозой при 1 степени эрозивного рефлюкс-эзофагита является: УДХК (Ливодекса) 10 мг/кг в сутки и ИПП (Омез) 20 мг в сутки; при 2 и 3 степени - УДХК (Ливодекса) 15 мг/кг в сутки и ИПП (Омез) 40 мг в сутки на срок до 5 месяцев. При достижении клинико-эндоскопической ремиссии рекомендовано проведение поддерживающей терапии в суточной дозе УДХК (Ливодекса) 5 мг/кг и ИПП (Омез) 20 мг - длительно.
5) В случае идентификации кислых или слабокислых рефлюксов, необходимо назначение ИПП. Эффективной дозой при 1 степени эрозивного рефлюкс-эзофагита является ИПП (Омез) 20 мг в сутки; при 2 и 3 степени - 40 мг в сутки на срок до 4 месяцев. При достижении клинико-эндоскопической ремиссии рекомендовано проведение поддерживающей терапии в суточной дозе ИПП (Омез) 20 мг в сутки - длительно.

Использованная литература

1. Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Шулешова А.Г., Назаров Н.С. Опыт лечения ГЭРБ у больных перенесших резекцию желудка или гастрэктомию / Материалы восемнадцатой Российской гастроэнтерологической недели // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2012. - том XXII. - №5. - с. 17.
2. Шулешова А.Г., Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Назаров Н.С., Старостенко А.В. Опыт применения урсодезоксихолевой кислоты в лечение эрозивной формы ГЭРБ у больных, перенесших резекцию желудка или гастрэктомию // Материалы межведомственной мультидисциплинарной научно-практической конференции посвященной 10-летию журнала «Медицинсю1Й вестник МВД» «Актуальные проблемы гастроэнтерологии». — 2012. - С. 189.
3. Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Шулешова А.Г., Назаров Н.С. Некоторые подходы к лечению «щелочного» рефлюкс-эзофагита // Материалы XII научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапии в гастроэнтерологии». -2012. - С.70 - 81.
4. Минушкин О.П., Масловский Л.В., Шулешова А.Г., Назаров Н.С. Результаты применения урсодезоксихолевой кислоты в лечение ГЭРБ у больных с резекцией желудка или гастрэктомией / Материалы 9-он Северо-Западной научной гастроэнтерологической сессии // Научно-практический журнал Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. - 2012. - №4.
5. Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Шулешова А.Г., Назаров Н.С. Лечение рефлюкс-эзофагита у больных после гастрэктомии или резекции желудка // Сборник материалов конференции «Практическая гастроэнтерология 2013».-2013.-С. 69-76.
6. Минушкин О.П., Масловский Л.В., Шулешова А.Г., Назаров Н.С. Лечение больных с рефлюкс-эзофагитом после гастрэктомии или резекции желудка // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2013. - №2. - С. 33 - 40.
7. Назаров Н.С., Шулешова А.Г., Минушкин О.Н., Масловский Л.В Результаты применения комбинации препаратов УДХК и ИПП поддерживающем лечении эрозивного эзофагита «смешанного генеза» больных после резекции желудка // Материалы двадцатой Российско гастроэнтерологической недели. - 2014.