

ГЭРБ.

**В.П.Новикова
СЗ ФМИЦ им В.А.Алмазова
2015**



Заболевания пищевода у детей

* 1.Функциональные заболевания:

Функциональное срыгивание

Руминация

Аэрофагия

Дискенизии пищевода

ГЭР

* 2.Аномалии развития:

(атрезии,стенозы,трахеопищеводные свищи,врожденный короткий пищевод,врожденная недостаточность кардии-халазия кардии, дивертикулы,грыжи пищеводного отверстия диафрагмы)

* 3.Приобретенные заболевания:

Халазия кардии

Ахалазия

Эзофагиты

Инородные тела

Ожоги

Кисты и опухоли

Пептические язвы

Варикозное расширение вен пищевода

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ-

Хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся пищеводными и внепищеводными симптомами и разнообразными морфологическими проявлениями в следствии ГЭР

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС (ХІ К 21.9) -

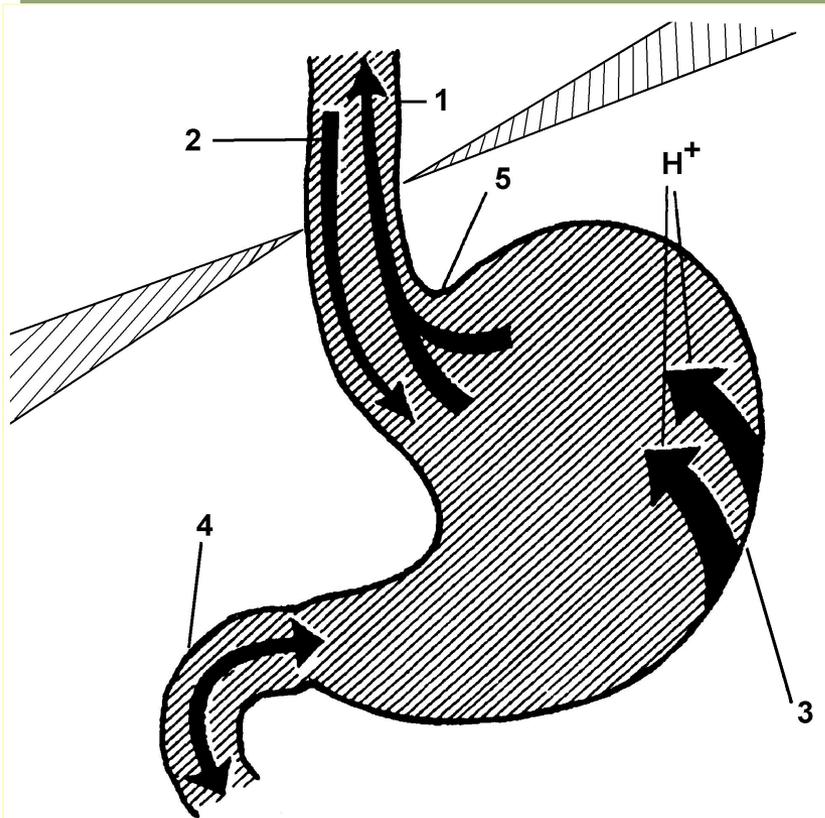
ретроградное перемещение, затекание или заброс желудочного и/или кишечного содержимого в пищевод

pH пищевода в нижней $\frac{1}{3}$ — **6,5-7,0**

pH ≤ 4 — «кислотный» рефлюкс

pH $> 7,5$ — «щелочной» рефлюкс

Основные компоненты рефлюкса



Механизмы поддержания состоятельности функции области пищеводно-желудочного перехода:

- ◇ нижний пищеводный сфинктер
- ◇ диафрагмально-пищеводная связка
- ◇ слизистая «розетка»
- ◇ диафрагмальный «жом»
- ◇ острый угол Гиса
- ◇ внутрибрюшной участок пищевода
- ◇ круговые мышечные волокна желудка

1. Некомпетентность антиферментного барьера (нижнего пищеводного сфинктера)
2. Снижение пищеводного клиренса (физиологического кратковременного рефлюкса без отрыжки и изжоги)
3. Повышение агрессивности желудочного содержимого
4. Нарушение желудочной эвакуации
5. Недостаточность кардии (тупой эзофагогастральный угол)

Физиологический ГЭР

- встречается у здоровых
- кратковременное (≤ 20 с) самопроизвольное расслабление нижне-пищеводного сфинктера
- частота **20-30** раз в сутки

Патологический ГЭР

- время закисления пищевода > 5 минут
- рефлюксат оказывает повреждающее действие на слизистую оболочку пищевода

Новорожденные - $\frac{2}{3}$ имеют ГЭР

- незрелость интрамуральных ганглиев пищевода
- морфофункциональная незрелость вегетативной нервной системы
- анатомофизиологические особенности пищевода и желудка (тупой угол Гиса, горизонтальное расположение желудка и др.)

5-7 недель - заканчивается формирование нижне-пищеводного сфинктера

2 года - риск ГЭР уменьшается на 75%

Подростки - возрастает частота патологического ГЭР

- гетеродинамика развития пищевода и длины тела
- изменение гормонального фона

Симптомы ГЭРБ

ИЗЖОГА - ощущение тепла или жжения
в эпигастрии или за грудиной

Провоцирующие факторы:

- * **Физические нагрузки**
- * **перемена положения тела**
- * **переедание**
- * **повышение внутрибрюшного давления (тугие пояса)**
- * **прием острой, жареной, жирной пищи**

«ПИЩЕВОДНАЯ» РВОТА

- при стенозах, дивертикулах, кардиоспазме
- бывает внезапной и обильной
- рвотные массы не имеют кислого запаха
- содержат непереваренную пищу

БОЛЬ при заболеваниях пищевода

- периодические боли за грудиной
- одинофагия
- боль, иррадиирующая в ухо, горло, челюсти

ОТРЫЖКА

- ◇ примесь при употреблении жирной пищи и пищи, способствующей повышенному газообразованию
- ◇ при быстрой еде, аэрофагии
- ◇ при переедании
- ◇ может быть пустой и содержать пищи

ДИСФАГИЯ - затрудненное глотание, проявляющееся болезненным ощущением задержки пищи за грудиной

Нарушение двигательной функции пищевода при:

- 1.** анатомических аномалиях (дивертикул Ценкера, шейный остеофит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы)
- 2.** нарушения моторики (ахалазия, диффузный спазм, идиопатическое расширение пищевода, рефлюкс-эзофагит, системные заболевания, дивертикулез)
- 3.** механических сужениях (опухоль, пептические стриктуры, варикозное расширение вен пищевода)
- 4.** прочих (сидеропения, хим. ожог, инфекционный эзофагит, болезнь Крона, саркоидоз, зоб, кардиомегалия, состояние после ваготомии и др.)

ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ СИМПТОМЫ

- ◇ жжение в горле, першение, горечь во рту → Раздражение рецепторов глотки HCl
- ◇ ощущение повышенного содержания жидкости во рту, симптом «мокрого пятна» → Эзофагослюнной рефлекс
- ◇ кашель, удушье, неподдающиеся терапии → Прямая окклюзия трахео-бронхиального дерева.
→ Отек, бронхоспазм в ответ на хим. раздражение
- ◇ эрозии эмали зубов → Хим. действие HCl
- ◇ Аритмии, апноэ и синдром внезапной смерти → Висцеро-висцеральный рефлекс

Диагностика ГЭРБ и других заболеваний пищевода

1. Фиброэзофагогастродуоденоскопия
2. Суточный рН-мониторинг
3. Гастроимпедансометрия
4. Внутрипищеводная и внутрижелудочная манометрия
5. Рентгенография

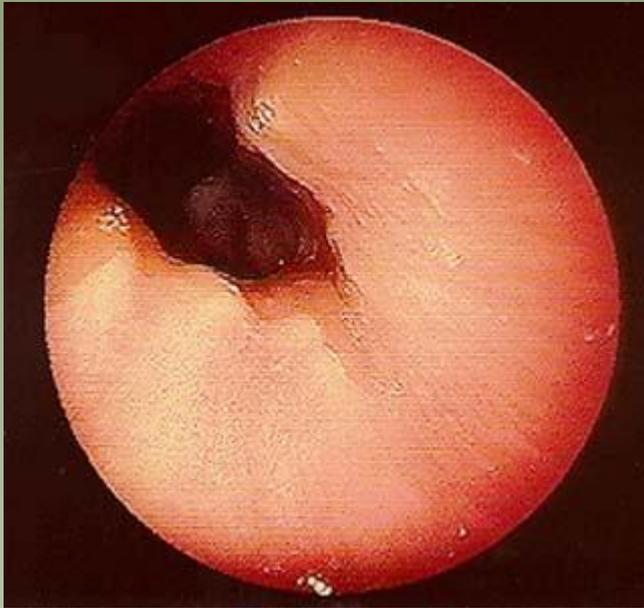
Нормальные показатели 24-часового рН-мониторинга у детей (по J. Voix-Ochoa et al.)

Показатели	Среднее значение	Верхняя граница нормы
Общее время рН<4, (%)	$1,9 \pm 1,6$	5,0
Число эпизодов рефлюкса	$10,6 \pm 8,8$	27,0
Число эпизодов рефлюкса, длительностью более 5 минут	$1,7 \pm 1,2$	5,0
Наиболее продолжительный эпизод, (мин)	$8,1 \pm 7,2$	22,5

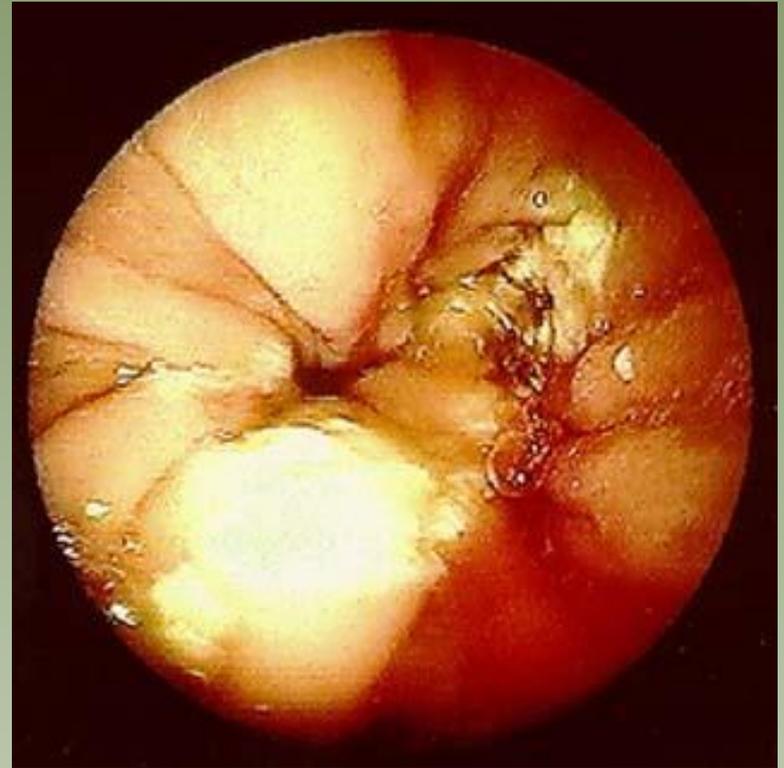
Классификация ГЭРБ у детей(В.Ф.Приворотский)

- * 1.Степень выраженности ГЭР
 - 1.ГЭР без эзофагита
 - 2.ГЭР с эзофагитом:
 - а) 1 степень (очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода)
 - б) 2 степень (одиночные поверхностные эрозии на фоне гиперемии слизистой)
 - в) 3 степень (поражение грудного отдела, множественные нециркулярные эрозии)
 - г) 4 степень(циркулярные эрозии,язвы пищевода и др. осложнения)
- * 2.Степень выраженности клинических проявлений:
Легкая,средней тяжести,тяжелая
- * 3.Внепищеводные проявления ГЭРБ:
 - а) бронхо-легочные б) отоларингологические в) кардиологические г) стоматологические
- * 4 Осложнения ГЭРБ:
 - а) язва пищевода б) пищевод Баррета,в) стриктура пищевода г)постгеморрагическая анемия

ГЭРБ С ЭЗОФАГИТОМ



Рефлюкс-эзофагит («языки
пламени»)



Язвенный эзофагит
(линейные язвы
на 13 часов)

Лечение ГЭРБ у детей

Рекомендации	Комментарии
1. Спать с поднятым головным концом кровати не менее, чем на 15 см	Уменьшает продолжительность закисления пищевода.
2. Диетические ограничения: -снизить содержание жира (сливки, сливочное масло, жирная рыба, свинина, гусь, утка, баранина, торты) -повысить содержание белка -снизить объем пищи -избегать раздражающих продуктов (соки citrusовых, томаты, кофе, чай, шоколад, мята, лук, чеснок, алкоголь и др.)	Жиры снижают давление НПС Белки повышают давление НПС Уменьшается объем желудочного содержимого и рефлюксы Прямой повреждающий эффект. Кофе, чай, шоколад, мята, алкоголь также снижают давление НПС.
3. Снизить вес при ожирении	Избыточный вес - предполагаемая причина рефлюкса
4. Не есть перед сном, не лежать после еды	Уменьшает объем желудочного содержимого в горизонтальном положении
5. Избегать тесной одежды, тугих поясов	Повышают внутрибрюшное давление, усиливают рефлюкс
6. Избегать глубоких наклонов, длительного пребывания в согнутом положении (поза «огородника»), поднятия руками тяжестей более 8-10 кг на обе руки, физических упражнений связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса	Тот же механизм действия
7. Избегать приема ряда лекарств: седативных, снотворных, транквилизаторов, антагонистов Са, теофиллина, холинолитиков	Снижают давление НПС или замедляют перистальтику П.
8. Прекратить курение	Курение значительно уменьшает давление НПС

Рекомендации больным ГЭРБ по изменению стиля жизни

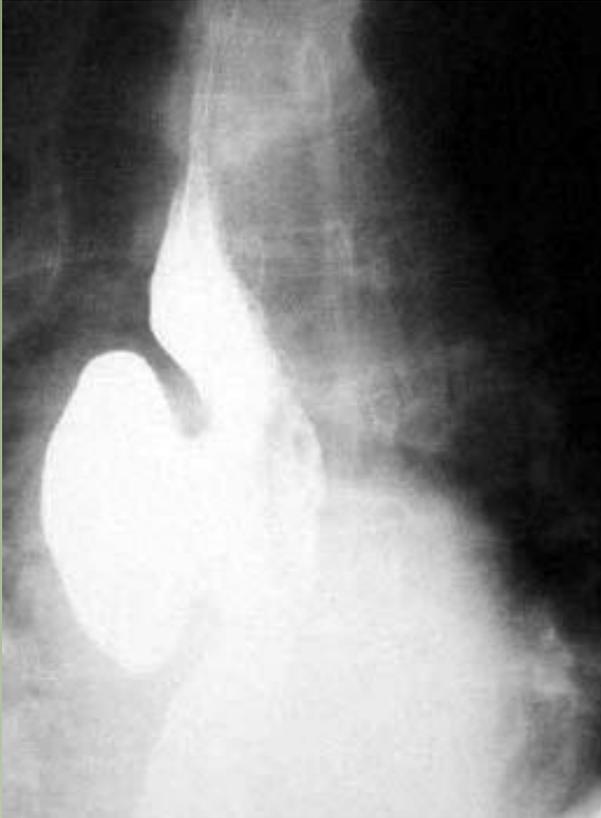
Медикаментозное лечение ГЭРБ у детей

- * 1 степень ГЭРБ –антациды и прокинетики 2-3 недели
- * ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом 1 степени – антациды 2-3 нед.,прокинетики-3-4 нед.Курс повторить через месяц.
- * ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом 2 степени –Н2-гистаминоблокаторы и прокинетики-4 нед., антациды -4 недели.Курс повторить через месяц.
- * ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом 3-4 степени – Н2-гистаминоблокаторы или ингибиторы протонной помпы и прокинетики-3-4 нед., репаранты(вентер,сукральфат,алсукрал и др. -4 недели.Курс повторить через месяц.

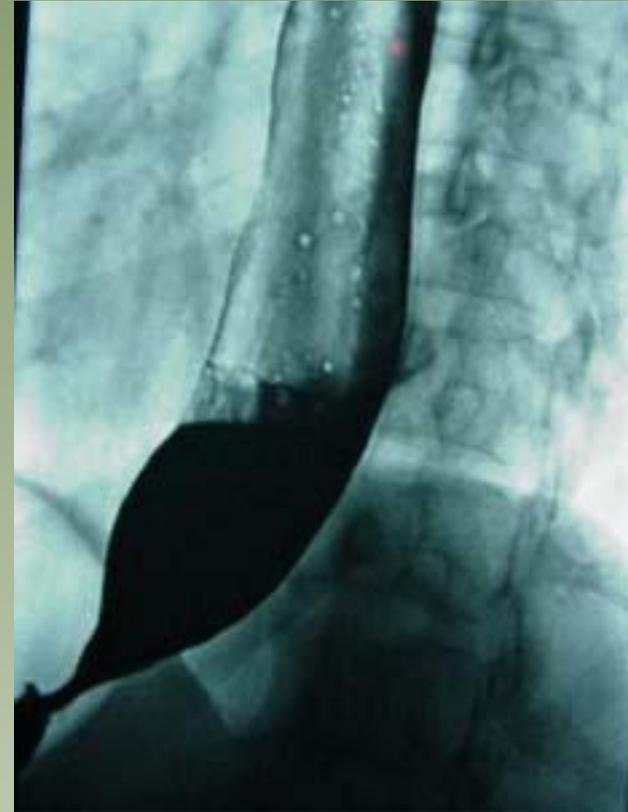
Дифференциальная диагностика халазии (приобретенной недостаточности кардии) и ахалазии (кардиоспазма)

Признаки	Халазия	Ахалазия
Этиология	Недоразвитие интрамуральных симпатических ганглиев нижнего отдела пищевода	Недоразвитие интрамуральных парасимпатических ганглиев нижнего отдела пищевода
Патогенез	Недостаточное повышение тонуса нижнего сфинктера пищевода	Отсутствие рефлекторного раскрытия кардии после акта глотания
Время появления и течения заболевания	Первые месяцы жизни, с возрастом возможно улучшение	Любой, чаще старший школьный. С возрастом возможно ухудшение
Факторы и болезни, способствующие усилению симптомов	Гипотрофия, анемия, аспирационная пневмония. Положение лежа, наклоны, давление на живот, натуживание. Гастрит, язвенная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Заболевания, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления (в т.ч. опухоли)	Вегетативная дисфункция. Похудание. Психические нагрузки
Давление в области нижнего пищеводного сфинктера	Низкое	Выше физиологического более, чем в 2 раза
Эндоскопия	Несостоятельность кардии. Широкий пищевод. Заброс желудочного содержимого в пищевод. Рефлюкс-эзофагит	Кардия закрыта, имеет вид розетки. Свободное прохождение фиброскопа
Рентгенография	В положении лежа обратный ток бария из желудка в пищевод. Воздух в пищеводе	Сужен дистальный отдел пищевода, расширение и жидкость над местом сужения. Отсутствие газового пузыря в желудке

Заболевания пищевода

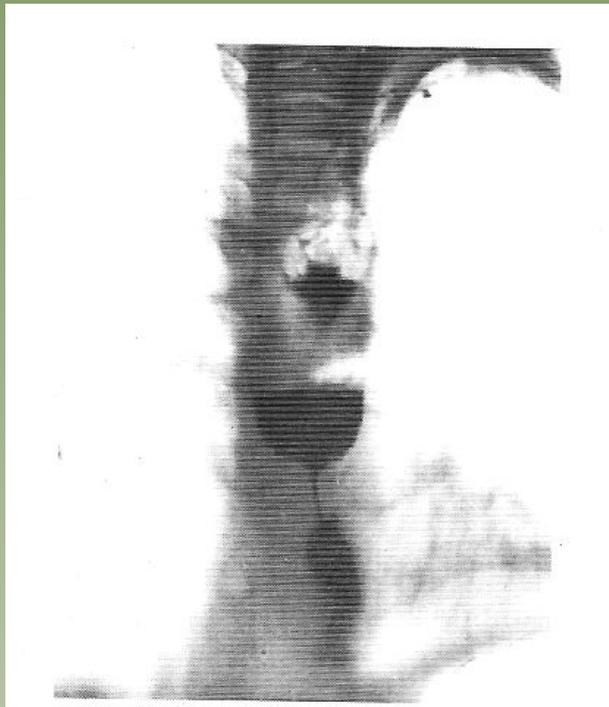


Дивертикул пищевода



Ахалазия кардии

Заболевания пищевода

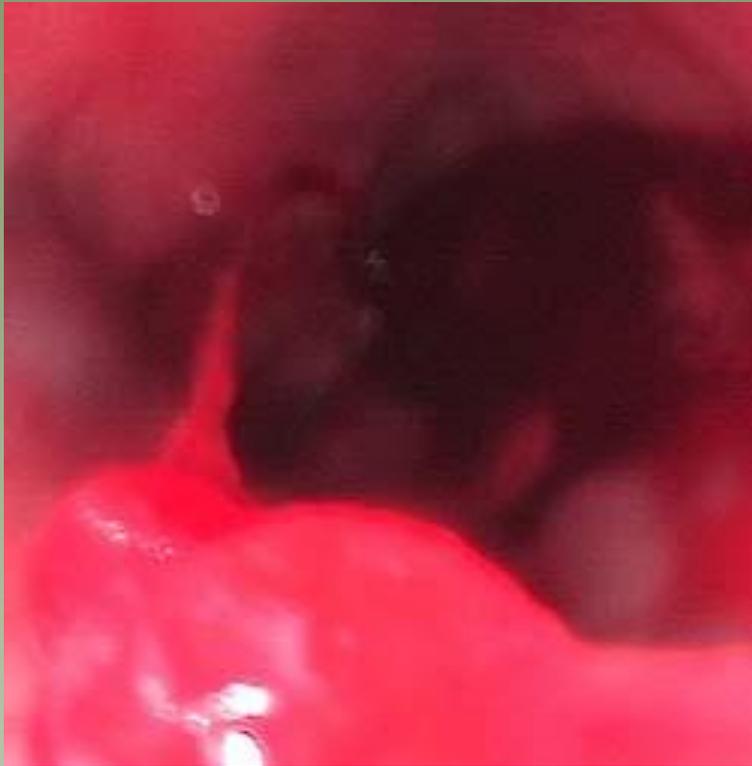


Врожденное сужение пищевода

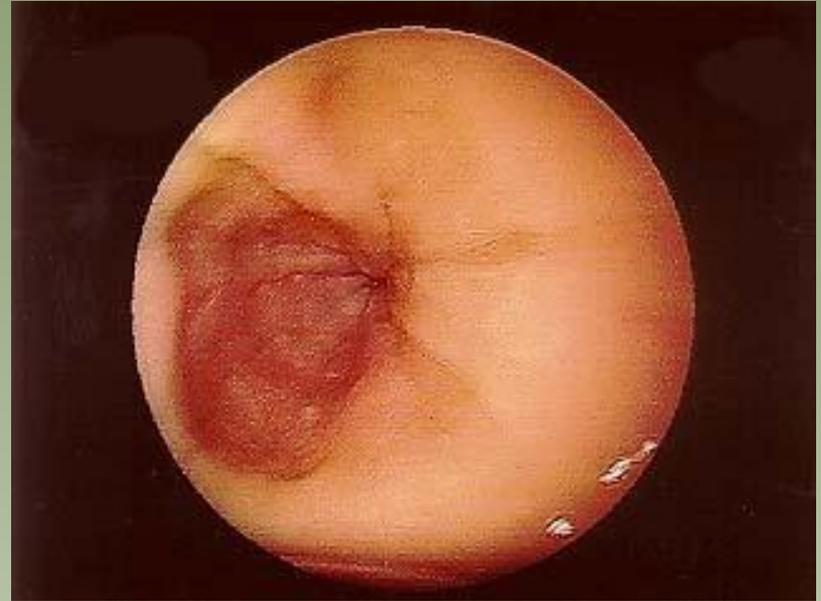


Опухоль пищевода(лейомиома)

Заболевания пищевода

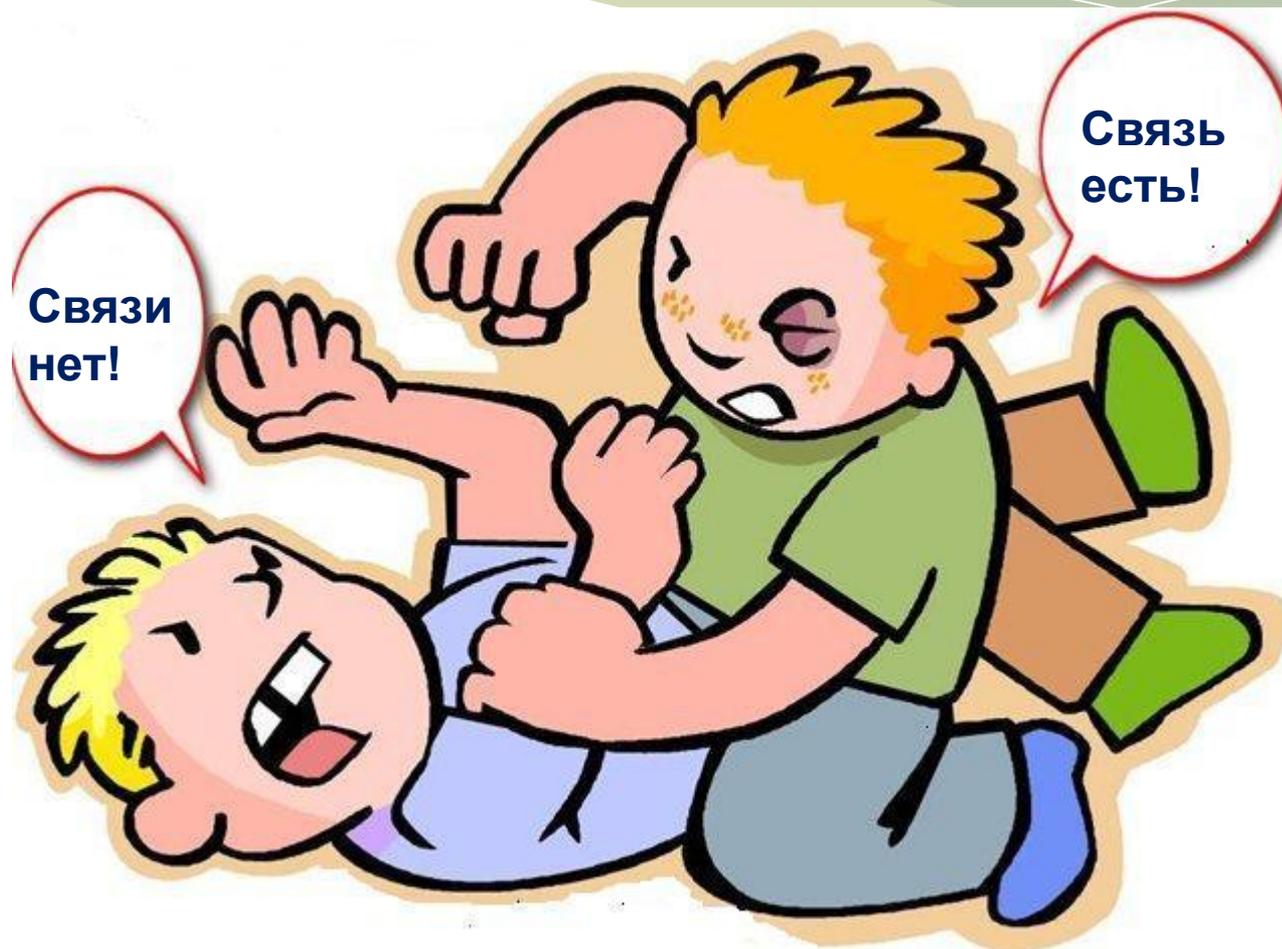


Активное кровотечение из
варикозного узла пищевода



Ахалазия кардии

ГЭРБ и ожирение. Есть ли связь?



Мнение 1: ГЭРБ и ожирение-связи нет!



- симптомы ГЭРБ отмечаются независимо от величины индекса массы тела (ИМТ) больных
- замеры рН в течение суток, у пациентов с 1 степенью ожирения и ГЭРБ, не показали значимых отличий кислотности или клинической симптоматики от больных только ГЭРБ.
- исчезновение симптоматики ГЭРБ, практически сразу, после оперативного лечения ожирения, ранее значимого уменьшения веса тела пациента

* Raiha I, et al, 1993; Lundell L, et al, 1995; Chang CS, et al, 1997;

* Jaffin BW, et al, 1999; Lagergren J, et al, 2000; Talley NJ, 2004).

- * **Гистологические признаки рефлюкс-эзофагита выявлялись с одинаковой частотой у детей независимо от массы тела**
- * **Не обнаружено связи между ГЭРБ и возрастом детей и индексом массы тела**

Elitsur Y. et al, 2009; Patel N.R. et al, 2010.

- * **Сравнительный анализ частоты и структуры поражений ВОПТ у детей с избыточной и нормальной массой тела не выявил значимых различий по возрасту, полу и росту.**
- * **Морфологические изменения СО пищевода при ГЭРБ встречаются в 86 - 95% случаев независимо от массы тела ребенка.**

Дубровская М.И. 2010.

- * **При ГЭРБ и ХГД у детей ожирение встречается с одинаковой частотой в сравнении с пациентами с ХГД без ГЭРБ.**

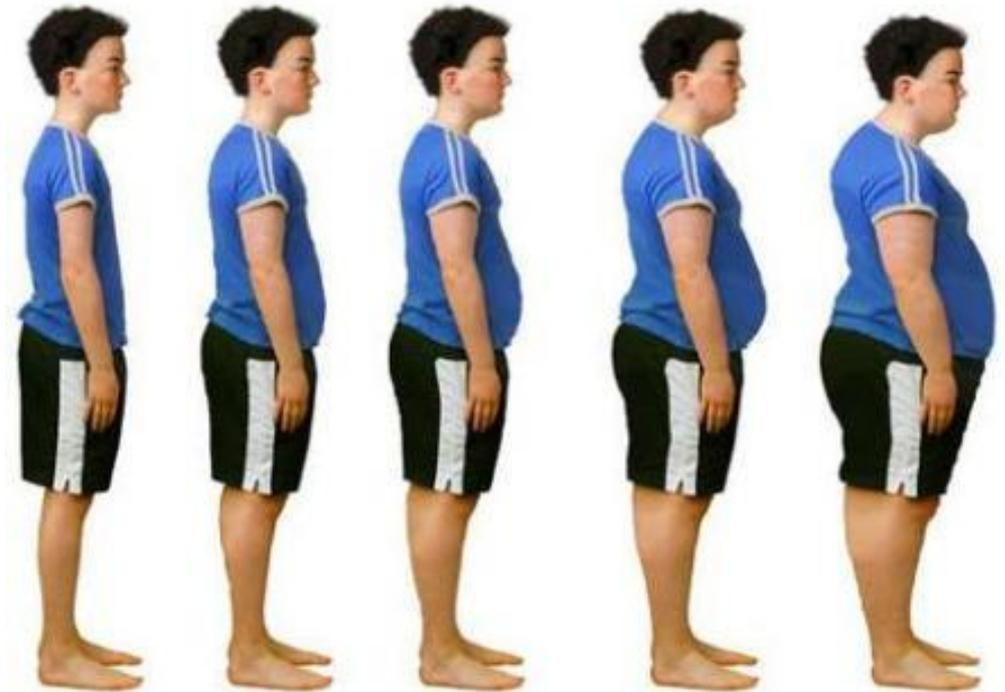
Шабалов А.М. 2011

Мнение 2:ГЭРБ и ожирение-связь есть!

- Выявлена положительная корреляционная связь симптомов ГЭРБ и ИМТ
- Распространенность МС у больных ГЭРБ выше
- МС и ожирение ускорят прогрессирование и замедляет регрессию ГЭРБ

- * G.Salis 2011, H.Hampel 2005, S.Zafar et al.2007, D.Corley 2008,
- * J.Lopes Alvarenga et al. 2009, L.Kallel 2011, S. Chung 2008, J.Park 2008,
- * E.Ierardi 2010, Y. Lee 2009, L.Healy et al. 2010, J. Lagergren 2011, S. Nam 2010,
- * S.Menon et al. 2011, R.Tadiparthi et al. 2008,

**Выявлена
положительная
корреляционная
связь
эрозивного
эзофагита с
ИМТ а также с
окружностью
живота**



- **Выявлена связь между ожирением и патологическими результатами рН-метрии и манометрии**

Hagen J, et al, 1987; Fisher BL, et al, 1999; Wajed SA, et al, 2001; Di Francesco V, et al., 2004; Suter M, et al, 2004; Hong D, et al, 2004

- **Увеличение висцерального жира связано с появлением патологических ГЭР и появлением рефлюкс-эзофагита.**

J. Lagergren 2011

- **Показано, что наличие МС приводит к расстройствам терминального кровотока в слизистой оболочке пищевода и угнетению пролиферативной активности эпителия**

Кравчук Ю.А., 2001, Гриневич В.Б., 2003

- **У больных ГЭРБ и ожирением выше вероятность развития пищевода Баррета и аденокарциномы пищевода.**

- **Имеется корреляционная связь ОЖ и аденокарциномы пищевода.**

D.Corley 2008, H.El.Serag,2009

- **Описаны клинические и морфологические особенности ГЭРБ у больных с ожирением**

Бондаренко Е.Ю. 2010.

Клинические особенности ГЭРБ при абдоминальном ожирении



1. Преобладают диспепсические явления в виде отрыжки воздухом и/или съеденной пищей, горечи во рту, тошноты и отсутствие в большинстве случаев изжоги.
2. Замедление эвакуации из желудка; нарушение перистальтики пищевода по RG.
3. Нормальная кислотопродуцирующая функция желудка
4. Неизменная слизистая оболочка пищевода (рефлюкс-эзофагит 1 стадии)-у половины больных.
5. Клиническая и эндоскопическая ремиссия и нормализация гистологической структуры слизистой оболочки пищевода на фоне лечения и коррекции массы тела.

Бондаренко Е.Ю. 2010.

Морфологические особенности слизистой оболочки пищевода у больных с ГЭРБ при абдоминальном ожирении

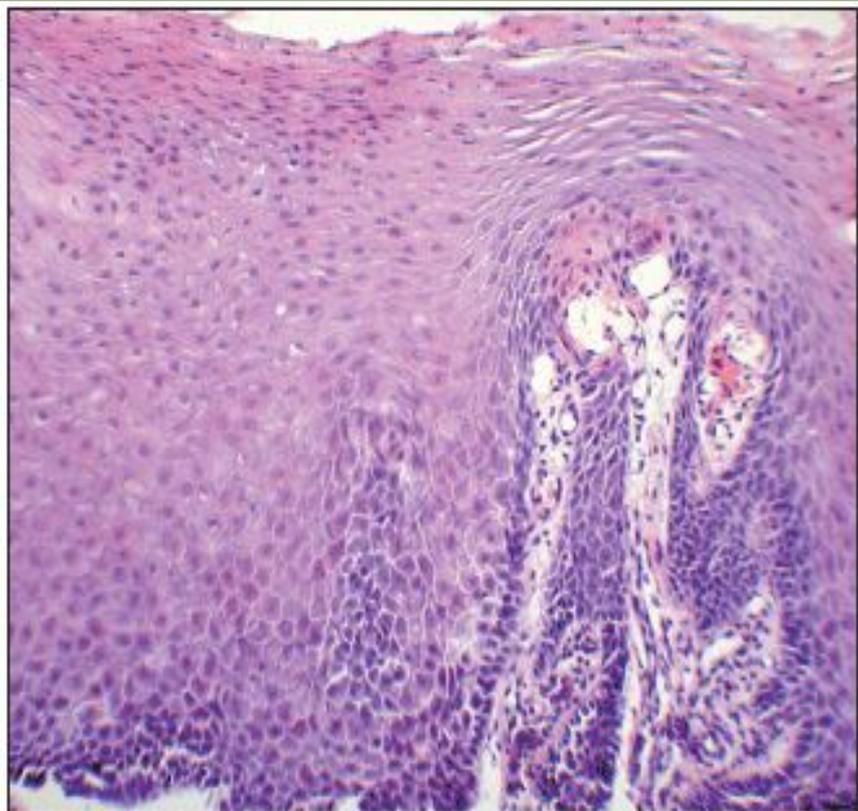


Рис. 1. Увеличение высоты сосудистых сосочков и расширение межклеточных пространств базального слоя многослойного плоского эпителия у больного ГЭРБ и ожирением. Участки гиперкератоза в поверхностных слоях эпителия. Окраска гематоксилином и эозином.

Увеличение $\times 250$

- утолщение базального слоя многослойного плоского эпителия
- отсутствие расширения межклеточных пространств
- выраженная элонгация сосудистых сосочков
- диффузная инфильтрация подслизистой основы без формирования лимфоидных фолликулов

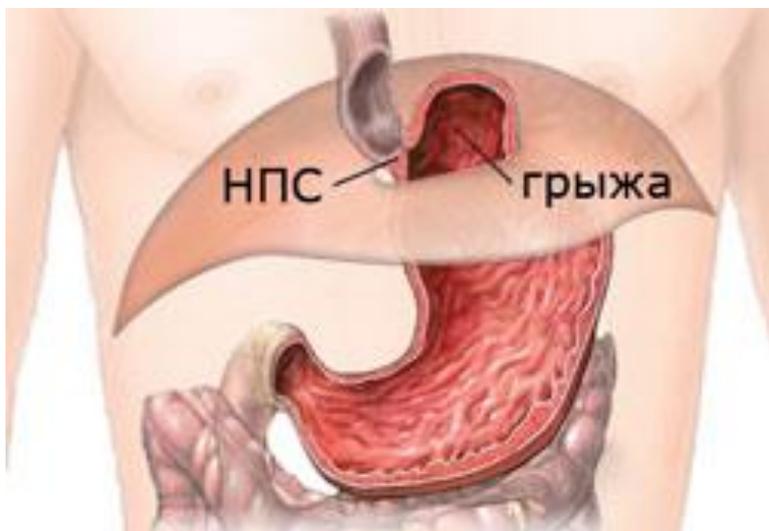
Результаты масштабного исследования в Канаде.



- * **Обследование 690 321 детей от 2 до 19 лет показало, что при тяжелом или морбидным ожирении ГЭРБ выявляется достоверно чаще у детей 6-11 лет и подростков 12-19 лет.**

С.Коебник 2010.

Механизмы развития ГЭРБ при висцеральном ожирении



Значительное увеличение
окружности живота



Нарушение функции НПОД,
ослабление латеральных
ножек диафрагмы



Хиатальная грыжа



ГЭРБ

Механизмы развития ГЭРБ при висцеральном ожирении



Увеличение окружности живота

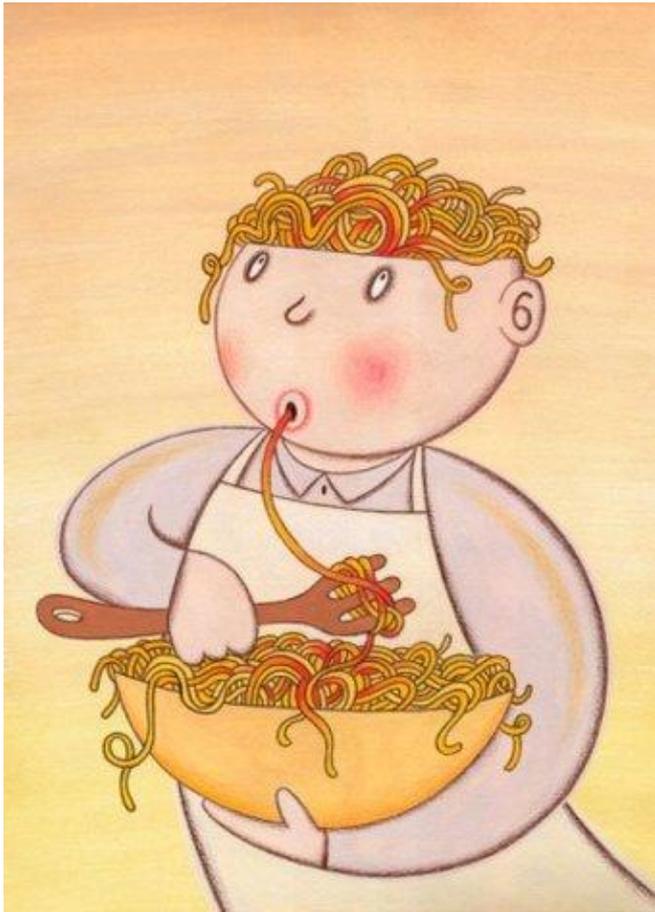


Повышение внутрибрюшного давления



Появление патологических рефлюксов

Механизмы развития ГЭРБ при висцеральном ожирении



Увеличение объема желудка при переедании



Учащение транзиторной релаксации НПС

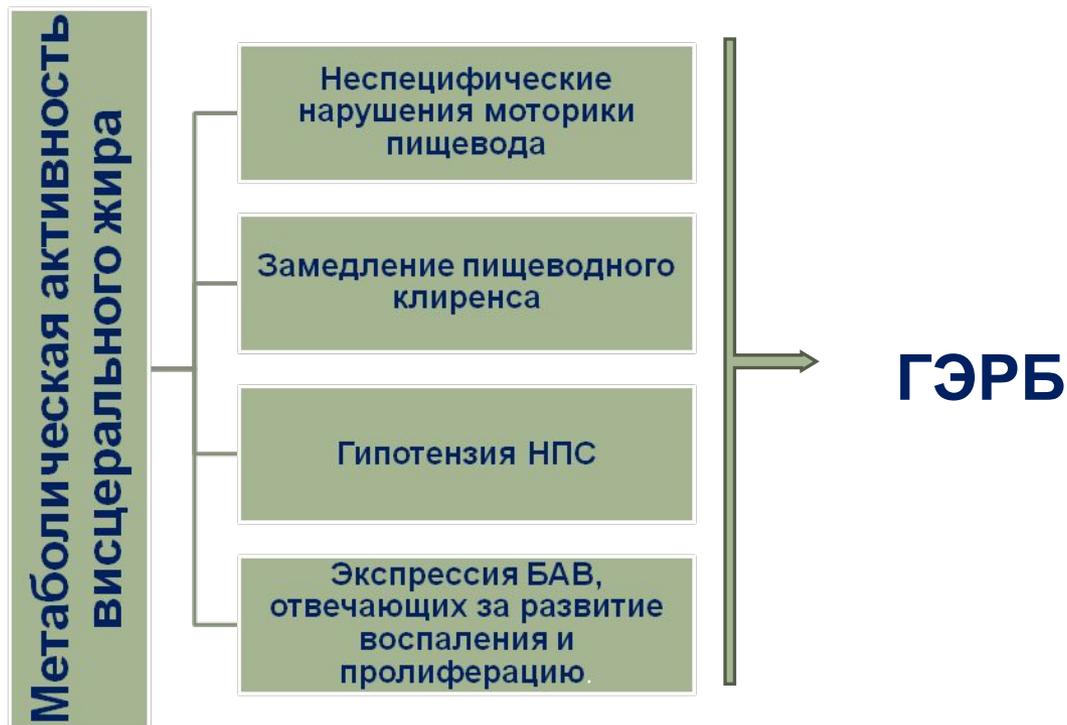


Появление патологических рефлюксов

Механизмы развития ГЭРБ при висцеральном ожирении

- * Высвобождение гормональных факторов при абдоминальном /висцеральном ожирении является более важным в развитии ГЭРБ, чем механические факторы.

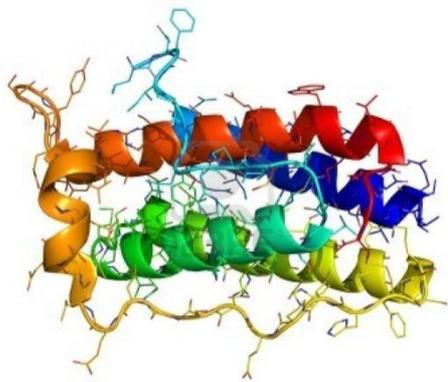
Jacobson B.C., Somers S.C.,
Fuchs C.S. et al. 2006,
Nocon M., Labenz J.,
Willich S.N. 2006
Serag H. 2008



Висцеральная белая адипозная ткань больше вовлечена в эндокринное действие по сравнению с подкожным жиром и бурой жировой тканью.

Сигнальные вещества, синтезируемые в белой жировой ткани (всего более 100)

- * лептин
- * фактор некроза опухоли- α ,
- * интерлейкин-6 (IL-6)
- * интерлейкин-8 (IL-8) и соответствующие растворимые рецепторы.
- * липопротеинлипаза (LPL),
- * аполиipoprotein E (apoE)
- * белок-переносчик эфира холестерина (CETP)
- * ангиотензиноген,
- * ангиотензин-II,
- * ингибитор активатора плазминогена-1 (PAI-1),
- * трансформирующий фактор роста- β (TGF- β),
- * адипонектин .
- * синтетаза окиси азота (NOS),
- * протеин, стимулирующий ацилирование (ASP),
- * адипофилин,
- * резистин,
- * протеин агутти (agouti),
- * апелин
- * оментин
- * висфатин
- * протеин коллагенового происхождения с молекулярной массой 26 kDa (CORS-26), который также экспрессируется в моноцитах и клетках почек



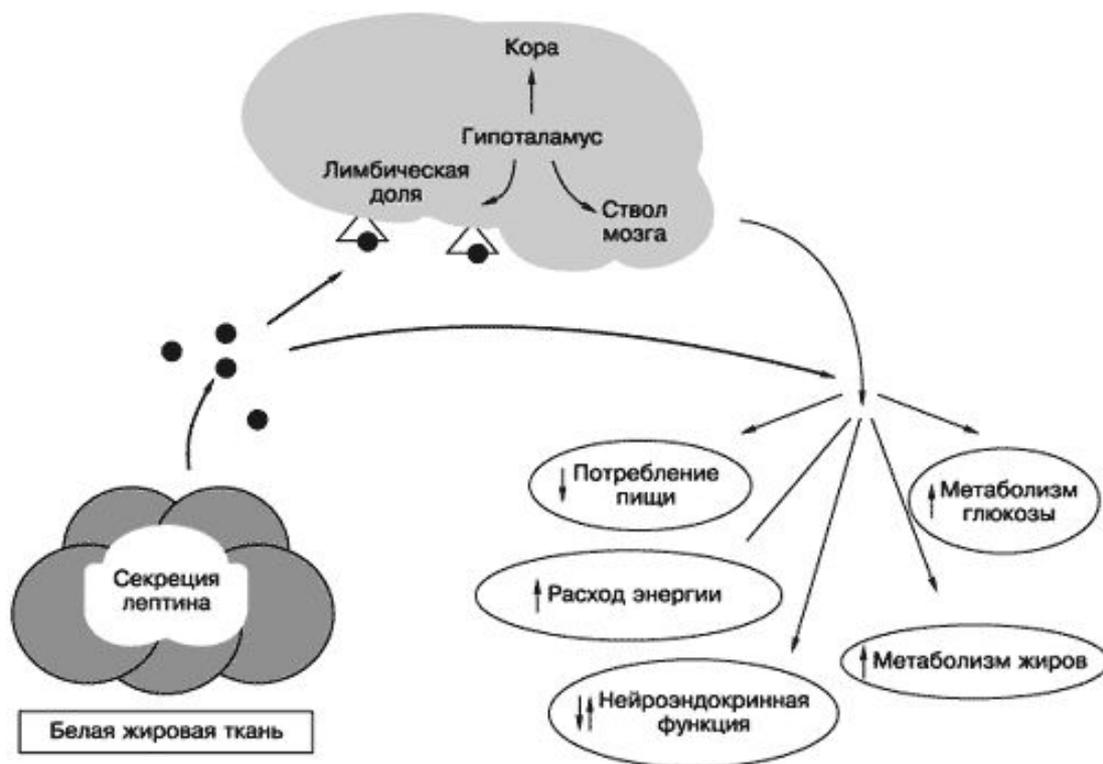
Лептин (LEP)

Экспрессия лептина в висцеральном жире меньше, чем в подкожном

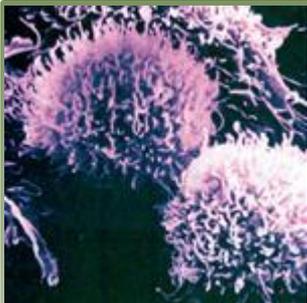
- Лептин и его рецептор (ob"R) экспрессируются желудочным эпителием.
- Лептин желудочного происхождения, присутствующий в рефлюктате, принимает участие в регенеративных процессах слизистой оболочки пищевода, стимулирует рост клеток и обеспечивает устойчивость слизистой к воздействию таких повреждающих факторов, как кислота, пепсин, желчные кислоты
- При этом он тормозит апоптоз и способствует росту неоплазий.
- Уровень лептина коррелирует с частотой ПБ у мужчин

Andersson O., Ylitalo R.,
Finizia C. et al. 2006.

Chen C.L., Orr W.C., Yang C.C.,
Kuo T.B. 2006. Kendall et al. 2008



Варианты осуществления различных влияний лептина

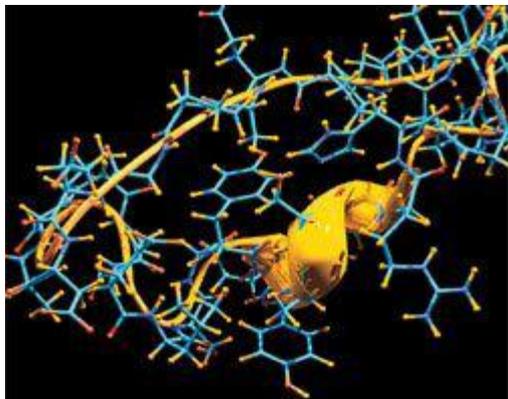


Адипонектин (AdipoQ)

- * Адипонектин синтезируется только адипоцитами.
- * Экспрессия адипонектина в висцеральном жире меньше, чем в подкожном
- * Экспрессия, секреция и плазменный уровень адипонектина снижаются при ожирении и абдоминальном распределении жировой ткани.
- * При снижении уровня гормона организм начинает откладывать жир в опасных местах, таких как сердце, печень и мышечная ткань
- * Адипонектин защищает слизистую пищевода от агрессивных воздействий
- * Усиливает апоптоз в СО пищевода



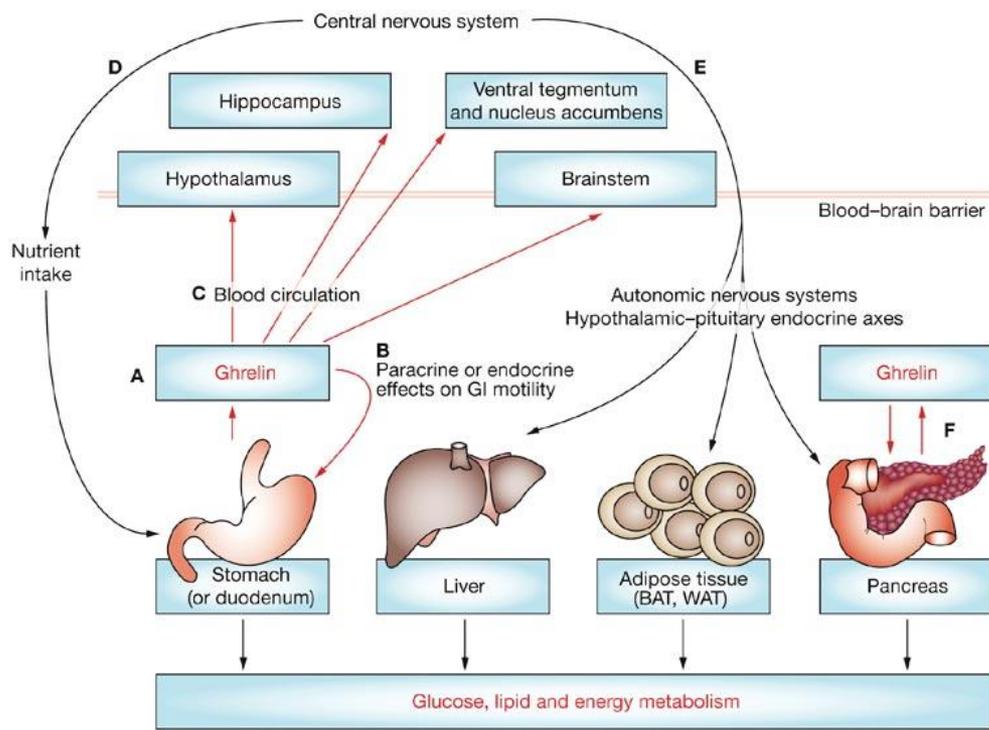
Варианты осуществления различных влияний адипонектина



Грелин (GHRH)

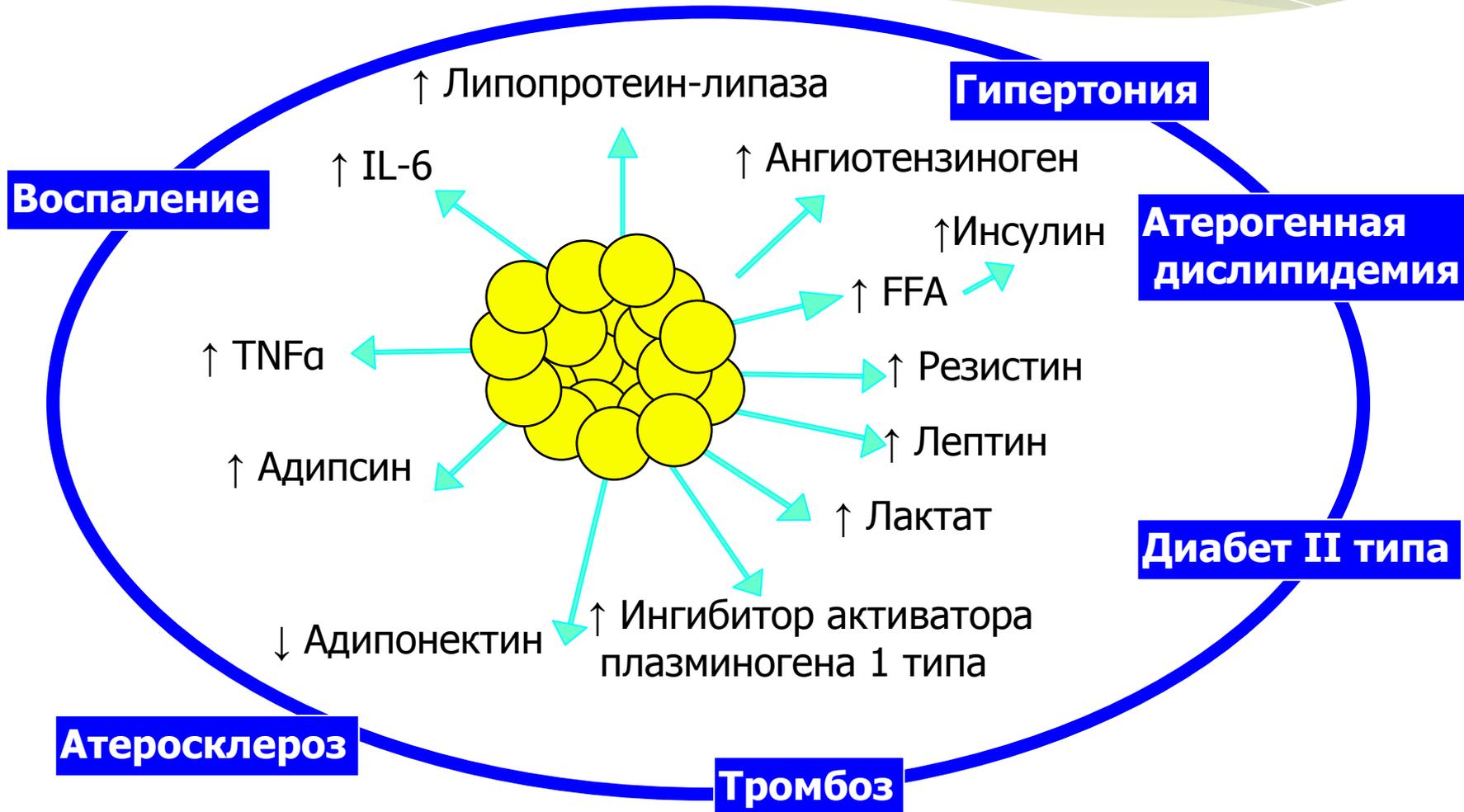
Грелин вырабатывается в гипоталамусе и желудке

- контролирует пищевое поведение в целом
- обостряет чувствительность к съедобным запахам
- регулирует аппетит, определяет степень насыщения
- управляет расходом энергии
- играет значительную роль в нервной системе
- способствует активизации эндотелиальной изоформы синтазы оксида азота
- нормализует тонус НПС
- снижает воспаление



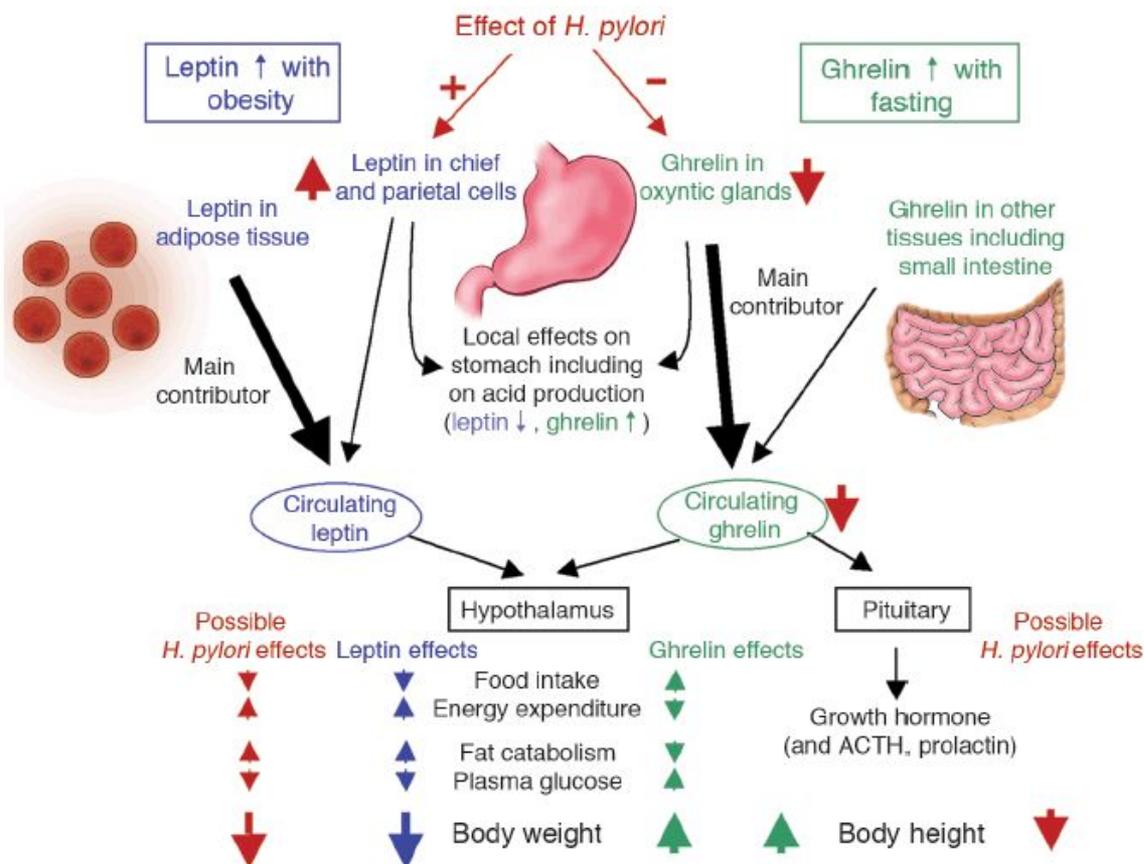
Варианты осуществления различных влияний грелина

Роль висцерального ожирения в генезе метаболического синдрома



НР и ожирение

- Соотношение уровней этих адипокинов может служить прогностическим критерием развития ГЭРБ у лиц с ожирением
- Предполагают, что *H. pylori* модулирует желудочный уровень лептина и грелина.



Quiroga E., Cuenca-Abente F., Flum D. et al. 2006

Связь ГЭРБ с другими компонентами МС

- * У 46 % пациентов с ПБ есть метаболические нарушения, характерные для МС
- * ↑ С-реактивного белка
- * ↑ ИЛ-6
- * ↑ лептина,
- * сниженный уровень адипонектина,
- * инсулинорезистентность,
- * гипертензия,
- * ожирение.



Andersson O., Ylitalo R., Finizia C. et al. 2006.

Влияние на механизмы возникновения ГЭРБ при ожирении



Снижение ИМТ

Повышение
клиренса
пищевода

Снижение
агрессивных
свойств
рефлюксата

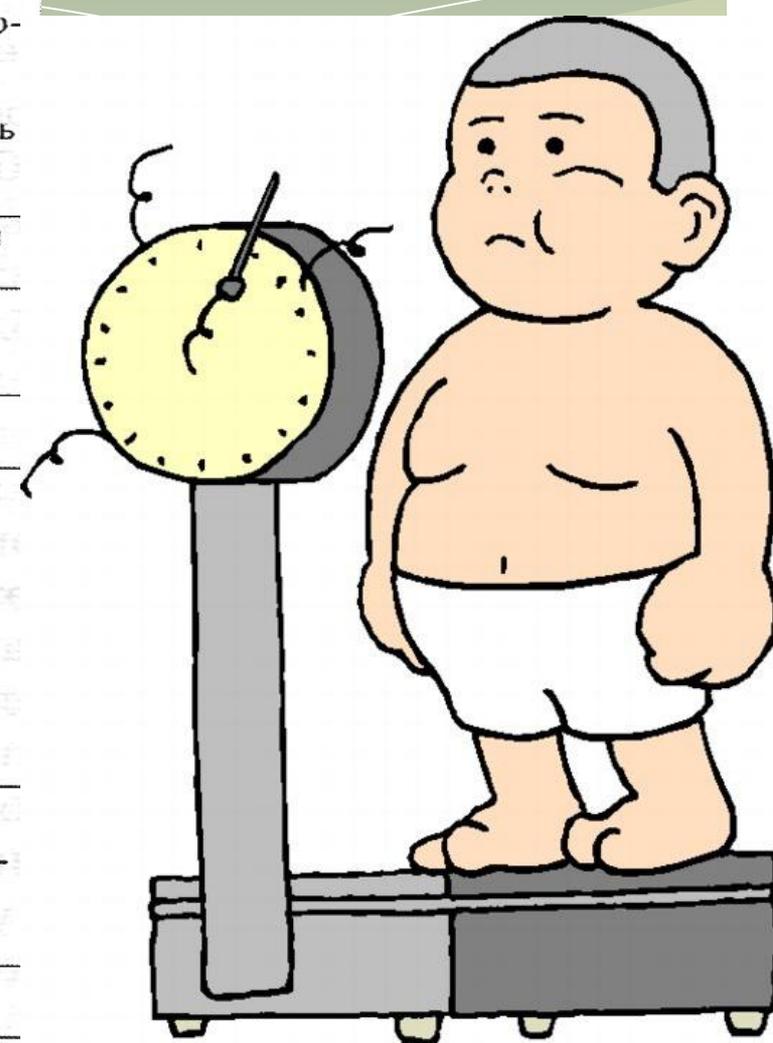
Повышение
резистентности
тканей пищевода

Нормализация
функции
антирефлюкс-
ного барьера

↓ ГЭРБ

Рекомендации	Комментарии
1. Спать с поднятым головным концом кровати не менее, чем на 15 см	Уменьшает продолжительность за кислнения пищевода.
2. Диетические ограничения: -снизить содержание жира (сливки, сливочное масло, жирная рыба, свинина, гусь, утка, баранина, торты) -повысить содержание белка -снизить объем пищи -избегать раздражающих продуктов (соки цитрусовых, томаты, кофе, чай, шоколад, мята, лук, чеснок, алкоголь и др.)	Жиры снижают давление НПС Белки повышают давление НПС Уменьшается объем желудочного содержимого и рефлюксы Прямой повреждающий эффект. Кофе, чай, шоколад, мята, алкоголь также снижают давление НПС.
3. Снизить вес при ожирении	Избыточный вес - предполагаемая причина рефлюкса
4. Не есть перед сном, не лежать после еды	Уменьшает объем желудочного содержимого в горизонтальном положении
5. Избегать тесной одежды, тугих поясов	Повышают внутрибрюшное давление, усиливают рефлюкс
6. Избегать глубоких наклонов, длительного пребывания в согнутом положении (поза «огородника»), поднятия руками тяжестей более 8-10 кг на обе руки, физических упражнений связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса	Тот же механизм действия
7. Избегать приема ряда лекарств: седативных, снотворных, транквилизаторов, антагонистов Са, теофиллина, холинолитиков	Снижают давление НПС или замедляют перистальтику П.
8. Прекратить курение	Курение значительно уменьшает давление НПС

Рекомендации больным ГЭРБ по изменению стиля жизни



Данные статистики среди гастроэнтерологов страдающих изжогой



Gallup International март 2009 года

Натрия альгинат 250 мг – образует плот-барьер

Натрия гидрокарбонат 133,5 мг – обеспечивает плавучесть плота-барьера

Кальция карбонат 80 мг – обеспечивает прочность плота-барьера

*** Не влияет на секрецию HCL**

*** Длительно сохраняет интрагастральный pH > 4 ед.**

*** Механически предотвращает ГЭР и ДГР**

*** Обволакивающее действие**

*** Гемостатический эффект**

*** Цитопротективное действие**

*** Сорбционные свойства**

*** Пребиотические свойства**

*** Прокинетическое действие**



1. Гевискон Форте содержит вдвое больше альгината натрия по сравнению с Гевисконом и способен образовывать более прочный барьер.

2. Гевискон Форте содержит на 60% меньше натрия

Схемы приема Гевискона

«По потребности» - неограниченно по времени.

Препарат принимается, когда возникает изжога и/или на ночь при ночной изжоге

Курсовое лечение –

**При легкой степени ГЭРБ без эрозий- (монотерапия)
6-8 недель 4 раза в сутки после. еды**

**При эрозивном эзофагите- в первую неделю
назначения ИПП – гевискон 7 дней 4 раза в сутки
после еды, далее «по потребности».**

ГЕВИСКОН® И ГЕВИСКОН® ДВОЙНОЕ ДЕЙСТВИЕ: ОТЛИЧИЯ ПО СОСТАВУ И ДЕЙСТВИЮ АКТИВНЫХ ИНГРИДИЕНТОВ

GAVISCON®
ДВОЙНОЕ
ДЕЙСТВИЕ

Ингредиент	Гевискон® (в 10 мл, минимально эффективная доза) содержится*	Гевискон® Двойное действие (в 10 мл, минимально эффективная доза), содержится*
Натрия альгинат	500 мг	500 мг
Натрия гидрокарбонат	267 мг	213 мг
Кальция карбонат	160 мг	325 мг
Действие	Формирует протективный барьер, препятствующий рефлюксу, устраняет изжогу	1. Формирует протективный барьер, препятствующий рефлюксу, устраняет изжогу 2. Нейтрализует избыток соляной кислоты в желудке

Гевискон® Двойное Действие нейтрализует кислотный рефлюкс за счет более высокого содержания кальция карбоната

Гевискон® Двойное Действие :

- Имеет более высокое содержание кальция карбоната для нейтрализации кислотного рефлюкса
- Оптimalен для пациентов⁽¹⁾ которые страдают множественными симптомами в верхних отделах ЖКТ (изжога и дискомфорт в верхних отделах живота, тошнота) как правило, один из 3 пациентов с изжогой также имеет симптомы нарушения пищеварения

*инструкция по медицинскому применению.

1. Vaumont H, Bennink RJ, de Jong, J et al. Gut. 2010 Apr;69(4):441-451



Современный взгляд на патофизиологию ГЭРБ: «кислотный карман» - фактор риска кислотного рефлюкса и осложненного течения ГЭРБ

Старое понимание проблемы:



- пик секреции соляной кислоты с равномерно сильноокислым содержимым желудка

Современное понимание проблемы:



«Кислотный карман» в проксимальном отделе желудка образуется после еды

При ГЭРБ:

- длительно персистирует
- более выражен (4-6 см против 2 см у здоровых)
- имеет более проксимальное положение, особенно у пациентов с грыжей диафрагмы

Современные направления в лечении ГЭРБ

1. «Кислотный карман» - современная мишень терапевтического воздействия при ГЭРБ, которая позволяет добиться лучшего контроля заболевания, так как
 - * значительно снижает число кислотных рефлюксов даже у больных с грыжей диафрагмы
 - * позволяет устранять множественные симптомы у больных ГЭРБ – и изжогу, и диспепсию
2. Решение «механической проблемы» при ГЭРБ (подавление рефлюкса) – современный вариант патогенетической терапии
3. Индивидуально принимается решение о необходимости подавления продукции соляной кислоты желудка (комплексная терапия ИПП и комбинированным препаратом, содержащим алгинат и антацид)

Гевискон



- Альгинат натрия разрешен к применению Фармакологическим комитетом Минздрава СССР с 1987г.
- Признан практически безвредным средством еще на этапе доклинического изучения
- Отсутствует системное действие
- Многочисленные клинические испытания доказали эффективность и безопасность гевискона у взрослых пациентов
- Безопасен для беременных
- Разрешен детям с 6 лет – Гевискон, дети с 12 лет – Гевискон Форте



Патогенетически обусловлено назначение Гевискона при ГЭРБ и подростковом ожирении

Благодарю за внимание!



КРУПНЫЙ специалист
по похудению