

P. Katz, L. Gerson и др.

Руководство по диагностике и лечению ГЭРБ (2013)

В марте 2013 г. эксперты Американской коллегии гастроэнтерологов опубликовали новое руководство по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)

ГЭРБ определяется как возникновение симптомов или осложнений, обусловленных забросом желудочного содержимого в пищевод или за его пределы: в ротовую полость (включая гортань) или легкие. ГЭРБ дополнительно подразделяют на неэрозивную (НЭРБ, при наличии соответствующих симптомов без выявления эрозий при эндоскопическом исследовании) и эрозивную (ЭРБ, при наличии признаков ГЭРБ с выявлением эрозий в пищеводе).

Диагностика ГЭРБ	
Рекомендации	
1.	Предположительный диагноз ГЭРБ может быть установлен на основании наличия типичных симптомов: изжоги и регургитации. В этом случае рекомендуется проведение эмпирической медикаментозной терапии с использованием ингибиторов протонной помпы (ИПП) (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
2.	Пациенты с некардиальной болью в грудной клетке, предположительно вызванной ГЭРБ, должны пройти диагностическое обследование до назначения терапии (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств). Кардиальный генез жалоб у больных с болью в грудной клетке должен быть исключен перед проведением гастроэнтерологического обследования (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).
3.	Рентгенологическое исследование с барием не должно использоваться для диагностики ГЭРБ (сильная рекомендация, высокий уровень доказательств).
4.	Проведение верхней эндоскопии не рекомендуется при наличии типичных симптомов ГЭРБ. Выполнение эндоскопического исследования показано с целью обнаружения осложнений при наличии симптомов тревоги или при скрининге в группе больных высокого риска. Не рекомендуется проведение повторной эндоскопии пациентам без пищевода Барретта, не имеющим новых симптомов заболевания (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
5.	Рутинная биопсия дистальных отделов пищевода не рекомендуется для диагностики ГЭРБ (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).
6.	Проведение эзофагеальной манометрии рекомендовано в качестве предоперационной подготовки; это исследование не имеет самостоятельного значения в диагностике ГЭРБ (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
7.	Амбулаторный рефлюкс-мониторинг показан перед проведением эндоскопического или хирургического лечения в качестве составной части обследования больных НЭРБ, рефрактерных к приему ИПП, а также в ситуациях, когда диагноз ГЭРБ сомнителен (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств). Амбулаторный рефлюкс-мониторинг – это единственный тест, позволяющий выявить зависимость между пищеводным рефлюксом и возникновением симптомов (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).
8.	Проведение амбулаторного рефлюкс-мониторинга для установления диагноза ГЭРБ при наличии короткого или длинного сегмента пищевода Барретта не обязательно (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
9.	Проведение скрининга инфекции <i>Helicobacter pylori</i> у больных ГЭРБ не рекомендуется. Рутинная эрадикация инфекции <i>H. pylori</i> в качестве составной части антирефлюксной терапии не обязательно (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).

Диагноз ГЭРБ может быть установлен на основании комплекса симптомов, объективного обследования с применением эндоскопического исследования, амбулаторного рефлюкс-мониторинга, ответа на антисекреторную терапию.

Изжога и регургитация являются наиболее достоверными симптомами для установления предположительного диагноза, основанного только на данных анамнеза заболевания; однако такой подход не является достаточно чувствительным, как полагают эксперты. Систематический обзор семи исследований показал, что чувствительность изжоги и регургитации при наличии эрозивного эзофагита составляет 30-76%, а специфичность – 62-96%. Наиболее оптимальным подходом для подтверждения диагноза ГЭРБ у пациентов с типичными симптомами является эмпирическая терапия ИПП (проба с ИПП). Ответ на лечение ИПП мог бы подтвердить диагноз, однако в результате метаанализа выявлены некоторые недостатки этой методики: чувствительность указанных выше симптомов – 78%, специфичность – 54%.

Амбулаторный рефлюкс-мониторинг (рН или импеданс-рН-метрия) является единственным тестом, позволяющим выявить наличие патологического эзофагеального рефлюкса, определить его частоту и установить взаимосвязь симптомов с эпизодами рефлюкса. У больных эрозивным эзофагитом рН-мониторинг, выполненный при помощи телеметрической капсулы (обычно на протяжении 48 ч) или трансназального катетера (24 ч), имеет высокую чувствительность (77-100%) и специфичность (85-100%); в то время как у пациентов с НЭРБ чувствительность этого метода значительно ниже (<71%).

Лечение ГЭРБ	
Рекомендации	
1.	Больным ГЭРБ, имеющим избыточную массу тела или недавно набравшим лишний вес, рекомендуется снизить массу тела (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
2.	Пациентам с ночной симптоматикой ГЭРБ следует поднять головной конец кровати и отказаться от приема пищи за 2-3 ч до сна (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
3.	При лечении ГЭРБ не рекомендуется в рутинном порядке полностью исключать пищу, которая может спровоцировать появление рефлюкса (шоколад, кофеин, алкоголь, еду с острым или кислым вкусом) (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
4.	Терапией выбора для купирования симптомов заболевания и заживления эрозивного эзофагита является 8-недельный курс ИПП. Существенные отличия в эффективности между различными ИПП отсутствуют (сильная рекомендация, высокий уровень доказательств).
5.	Для достижения максимального контроля над уровнем рН традиционные ИПП замедленного высвобождения следует принимать за 30-60 мин до еды (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств). Новые ИПП можно использовать в гибком режиме дозирования относительно времени приема пищи (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств).

Лечение ГЭРБ	
Рекомендации	
6.	Терапию ИПП следует начинать непосредственно в день назначения, перед первым приемом пищи (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств). Пациентам, частично ответившим на однократный прием ИПП в течение суток, с сохраняющейся ночной симптоматикой и/или нарушением сна, должна быть назначена индивидуальная терапия с коррекцией времени приема препарата и/или рекомендован двукратный прием лекарственного средства на протяжении суток (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).
7.	Больных, не ответивших на прием ИПП, следует направить на обследование (условная рекомендация, низкий уровень доказательств, а также учесть положения относительно ГЭРБ, рефрактерной к назначению ИПП, приведенные ниже).
8.	У пациентов, частично ответивших на терапию ИПП, дополнительный контроль над симптомами заболевания могут обеспечить увеличение дозировки вплоть до двукратного приема препарата или перевод на другое лекарственное средство (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
9.	Поддерживающая терапия ИПП должна быть назначена тем больным ГЭРБ, у которых после отмены ИПП вновь появились симптомы заболевания, а также пациентам с осложнениями, включая эрозивный эзофагит и пищевод Барретта (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств). Пациентам, нуждающимся в длительном лечении ИПП, должна быть рекомендована наименьшая эффективная доза препарата, включая прерывистый режим его приема и терапию по требованию (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
10.	Назначение блокаторов H ₂ -рецепторов может быть использовано в качестве альтернативного варианта поддерживающей терапии у больных, не имеющих эрозивного повреждения пищевода, при условии, что пациент отмечает уменьшение интенсивности изжоги (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств). В случае необходимости некоторым пациентам, имеющим объективные доказательства ночных кислотных проб, может быть рекомендован прием блокаторов H ₂ -рецепторов непосредственно перед отходом ко сну в дополнение к дневному приему ИПП; это может спровоцировать развитие тахифилаксии после нескольких недель терапии (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
11.	Другие виды медикаментозной терапии ГЭРБ, отличные от кислотосупрессии, включая прокинетики и/или блокеры, не должны использоваться у пациентов, не прошедших диагностическое обследование (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
12.	Нецелесообразно назначение сукральфата небеременным с ГЭРБ (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
13.	Назначение ИПП беременным, страдающим ГЭРБ, безопасно при наличии клинических показаний (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств).

Темпы заживления эрозивных поражений при приеме ИПП гораздо выше (12% в неделю), чем при применении H₂-блокаторов или плацебо (6 и 3% в неделю соответственно). ИПП обеспечивают более быстрое и полное купирование изжоги (11,5% в неделю), чем H₂-блокаторы (6,4% в неделю). Применение ИПП у больных ЭРБ позволяет эффективнее нивелировать симптомы заболевания (70-80% случаев), чем у пациентов с НЭРБ (купирование симптомов достигается приблизительно в 50-60% случаев).

Кокрановский систематический обзор продемонстрировал преимущества ИПП над H₂-блокаторами и прокинетики в нивелировании изжоги у больных НЭРБ. На основании данных 32 плацебо контролируемых исследований (n=9700) относительный риск (ОР) ремиссии изжоги (основной показатель эффективности) для ИПП составил 0,37 (2 исследования; 95% ДИ 0,32-0,44), для H₂-блокаторов – 0,77 (2 исследования; 95% ДИ 0,60-0,99), для прокинетики – 0,86 (1 исследование; 95% ДИ 0,73-1,01). При прямом сравнении эффективность ИПП превосходила таковую H₂-блокаторов (7 исследований; ОР 0,66; 95% ДИ 0,60-0,73) и прокинетики (2 исследования; ОР 0,53; 95% ДИ 0,32-0,87).

Методы хирургического лечения ГЭРБ	
Рекомендации	
1.	Хирургическая коррекция – это метод долгосрочного лечения больных ГЭРБ (сильная рекомендация, высокий уровень доказательств).
2.	Оперативное вмешательство обычно не рекомендуется пациентам, не ответившим на терапию ИПП (сильная рекомендация, высокий уровень доказательств).
3.	Проведение предоперационной амбулаторной рН-метрии больным, не имеющим признаков эрозивного эзофагита, строго обязательно. Всем пациентам должна быть выполнена предоперационная манометрия с целью исключения ахалазии и поражения пищевода при склеродермии (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
4.	Хирургическое лечение, выполненное опытным специалистом у тщательно отобранных больных хронической ГЭРБ, так же эффективно, как и медикаментозная терапия (сильная рекомендация, высокий уровень доказательств).
5.	Пациентам с ожирением, планирующим дать согласие на проведение хирургического лечения ГЭРБ, рекомендовано провести бариатрическое вмешательство. Наиболее предпочтительной операцией у таких больных является наложение обходного желудочного анастомоза (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
6.	Современная эндоскопическая терапия или безразрезная трансоральная фундопликация не могут быть рекомендованы в качестве альтернативы медикаментозному или традиционному хирургическому лечению (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств).

Допустимыми методами хирургического лечения ГЭРБ являются лапароскопическая фундопликация и бариатрическая операция (для больных ожирением). Показаниями для направления пациента с ГЭРБ на хирургическое лечение могут быть: желание пациента прекратить медикаментозную терапию; низкий комплаенс; появление побочных эффектов при приеме лекарственных средств; наличие хиатальной грыжи больших размеров, эзофагита, рефрактерного к медикаментозной терапии; персистенция симптомов заболевания, обусловленная рефрактерным течением ГЭРБ.

Эндоскопическая терапия ГЭРБ была разработана давно, однако не подтвердила своей долгосрочной эффективности. Этот вид лечения подразумевает высокочастотную аугментацию нижнего пищевода сфинктера (НПС), инъекции силикона

Продолжение на стр. 56.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

РЕКОМЕНДАЦІЇ

P. Katz, L. Gerson и др.

Руководство по диагностике и лечению ГЭРБ (2013)

Продолжение. Начало на стр. 55.

Возможные риски, ассоциированные с приемом ИПП	
Рекомендации	
1.	Замена ИПП может быть произведена при появлении побочных действий (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
2.	Больные с диагностированным остеопорозом могут продолжить прием ИПП. Настороженность в отношении переломов бедра и остеопороза не должна повлиять на решение о проведении длительной терапии ИПП за исключением пациентов, имеющих другие факторы риска переломов бедра (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
3.	Терапия ИПП может быть фактором риска развития инфекции <i>Clostridium difficile</i> и должна с осторожностью назначаться больным, имеющим подобный риск (умеренная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
4.	Кратковременное лечение ИПП может увеличить риск развития внегоспитальной пневмонии. Этот риск не возрастает у лиц, длительно принимающих ИПП (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
5.	Терапию ИПП не следует изменять при сопутствующем приеме клопидогреля, т. к. клинические данные не подтверждают увеличения риска развития неблагоприятных сердечнососудистых событий (сильная рекомендация, высокий уровень доказательств).

в НПС, эндоскопическое ушивание НПС. Ни один из этих видов терапии не способствовал длительному улучшению уровня пищевода рН и не позволил прекратить прием антирефлюксной терапии; все они впоследствии были отозваны с рынка США.

К возможным побочным действиям, ассоциированным с приемом ИПП, относят головную боль, диарею и диспепсию, которые развиваются у <2% пациентов. Другие вероятные побочные действия: дефицит витаминов и минералов, внегоспитальная пневмония и диарея, переломы бедра и остеопороз, увеличение сердечнососудистых событий у больных, получающих сопутствующую терапию клопидогрелем.

Причиной настороженности в отношении возможного развития дефицита витамина В₁₂ у лиц, принимающих ИПП, является тот факт, что первый этап его абсорбции происходит при участии соляной кислоты желудочного сока и пепсина, необходимых для высвобождения кобаламина из пищевого белка. В двух недавних опубликованных обзорах не были получены клинические доказательства, которые бы подтвердили развитие дефицита витамина В₁₂ у лиц, длительно принимающих ИПП. Однако в ряде исследований было показано, что у пожилых пациентов, находящихся в специальных лечебных учреждениях и получающих терапию ИПП на протяжении длительного периода, может развиться дефицит витамина В₁₂, что необходимо учитывать.

Желудочный сок также необходим для абсорбции негемового железа и усиления диссоциации солей железа, поступивших с пищей. Железодефицитная анемия развивается у больных атрофическим гастритом, у лиц, которые перенесли резекцию желудка или ваготомию. В настоящее время нет сведений, подтверждающих возникновение железодефицитной анемии у здоровых пациентов, которые получают терапию ИПП.

Вследствие увеличения уровня рН в желудке применение ИПП может спровоцировать рост кишечной микрофлоры и повысить чувствительность организма к *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli*, *Clostridium difficile*, *Vibrio cholera* и *Listeria*. По данным систематического обзора, опубликованного в 2011 г., у пациентов, принимающих ИПП, было зафиксировано увеличение восприимчивости к ряду инфекций: *Salmonella* (скорректированный ОР в диапазоне 4,2-8,3 в 2 исследованиях), *Campylobacter* (ОР 3,5-11,7 в 4 исследованиях), *C. difficile* (ОР 1,2-5,0; в 17 из 27 исследований зафиксирована положительная взаимосвязь).

Клинические данные, полученные в двух рандомизированных контролируемых исследованиях, изучавших все ИПП за исключением декслансопрозола, не подтвердили увеличения риска развития сердечнососудистых событий (разница рисков — РР — 0,0; 95% ДИ от -0,01 до 0,01). По данным метаанализа первичных конечных точек (инфаркт миокарда, инсульт, окклюзия стента, летальный исход), во всех исследованиях РР составила 0,02 (95% ДИ 0,01-0,03). В метаанализе вторичных конечных точек (повторная госпитализация по поводу кардиальных жалоб или потребность в реваскуляризации), основанном на анализе 19 опубликованных докладов и резюме, РР была равна 0,02 (95% ДИ 0,01-0,04). По данным метаанализа опубликованных докладов, выполненного после объединения первичных и вторичных конечных точек, суммарная РР составила 0,05 (95% ДИ 0,03-0,06). Основываясь на результатах хорошо спланированных рандомизированных контролируемых исследований,

Внепищеводные проявления ГЭРБ	
Рекомендации	
1.	ГЭРБ можно рассматривать в качестве потенциального кофактора у больных астмой, хроническим кашлем или ларингитом. У всех этих пациентов должен быть проведен тщательный анализ причин заболевания, отличных от ГЭРБ (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
2.	Диагноз рефлюксного ларингита должен основываться на данных не только верхней ларингоскопии (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
3.	Проба с ИПП рекомендована для купирования внепищеводных симптомов у пациентов, имеющих также типичные симптомы ГЭРБ (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).
4.	Проведение верхней эндоскопии не рекомендуется для установления диагноза ГЭРБ-индуцированной астмы, хронического кашля или ларингита (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).
5.	Пациентам с внепищеводными проявлениями, не имеющим типичных симптомов ГЭРБ, перед проведением пробы с ИПП следует выполнить рефлюкс-мониторинг (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
6.	Необходимо рассмотреть возможность дальнейшего диагностического обследования больных, не ответивших на пробу с ИПП, а также учесть положения относительно ГЭРБ, рефрактерной к назначению ИПП, приведенные ниже (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
7.	Хирургическое вмешательство обычно не используется для лечения внепищеводных проявлений ГЭРБ у пациентов, не ответивших на кислотосупрессивную терапию с применением ИПП (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).

авторы метаанализа пришли к выводу, что риск возникновения нежелательных кардиальных событий у пациентов, одновременно принимающих клопидогрель и ИПП, не повышается.

Данные, полученные при проведении ларингоскопии, а именно наличие отека и эритемы гортани, часто используют для диагностики рефлюксиндуцированного ларингита. Необходимо учитывать, что в хорошо спланированных проспективных исследованиях один или несколько ларингоскопических признаков раздражения гортани выявляли у 80% здоровых пациентов контрольной группы. Важно помнить, что симптомы раздражения гортани могут быть вызваны другими причинами, отличными от ГЭРБ, например аллергией или курением.

ГЭРБ, рефрактерная к назначению ИПП	
Рекомендации	
1.	Первый шаг в лечении рефрактерной ГЭРБ состоит в оптимизации терапии ИПП (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).
2.	Верхняя эндоскопия должна быть выполнена пациентам, имеющим типичные жалобы или диспепсические проявления, главным образом для исключения иной этиологии заболевания (не ГЭРБ) (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
3.	У пациентов, у которых внепищеводные симптомы продолжают персистировать, несмотря на оптимизацию терапии ИПП, исключение другой этиологии заболевания следует осуществлять на основании соответствующей консультации оториноларинголога, пульмонолога, аллерголога (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).
4.	Пациентам с рефрактерной ГЭРБ и негативными результатами верхней эндоскопии (при доминировании типичных симптомов) или отрицательными результатами обследования оториноларинголога, пульмонолога, аллерголога (при преобладании внепищеводных проявлений) следует провести амбулаторный рефлюкс-мониторинг (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).
5.	Рефлюкс-мониторинг без медикаментов может быть выполнен посредством любой доступной методики (рН или импеданс-рН-метрия) (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств). Тест с использованием лекарственного препарата следует проводить при помощи импеданс-рН мониторинга с целью диагностики невисцерального рефлюкса (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
6.	Рефрактерным больным, имеющим объективные признаки сохраняющегося рефлюкса, являющегося основной причиной возникновения симптомов, следует назначить дополнительную антирефлюксную терапию, которая может включать хирургическое вмешательство или назначение ингибиторов транзитной релаксации нижнего пищевода сфинктера (условная рекомендация, низкий уровень доказательств). Пациенты с отрицательными результатами обследования вряд ли страдают ГЭРБ, в этом случае терапию ИПП следует прекратить (сильная рекомендация, низкий уровень доказательств).

Первый шаг в лечении рефрактерной ГЭРБ заключается в оптимизации терапии ИПП посредством повышения комплаенса и обеспечения надлежащего приема препарата. Эффективность ИПП значительно увеличивается, если принимать ИПП перед приемом пищи. Только 46% пациентов с персистирующими симптомами ГЭРБ, возникающими несмотря на проводимое лечение, правильно принимают ИПП (перед едой). Результаты опроса 491 терапевта показали, что 70% американских врачей первичной медицинской помощи и 20% гастроэнтерологов советуют больным принимать ИПП перед отходом ко сну, не считая значимой взаимосвязь между эффективностью ИПП и приемом пищи.

Осложнения, ассоциированные с ГЭРБ	
Рекомендации	
1.	При описании эндоскопических признаков эрозивного эзофагита следует использовать Лос-Анджелескую классификацию (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств). Пациенты с эзофагитом степени А по Лос-Анджелеской классификации должны пройти дальнейшее обследование для подтверждения диагноза ГЭРБ (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
2.	Повторная эндоскопия должна выполняться у пациентов с тяжелым эрозивным рефлюкс-эзофагитом после курса антисекреторной терапии для исключения пищевода Барретта (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
3.	Длительная терапия ИПП рекомендуется после дилатации пептических стриктур с целью уменьшения выраженности дисфагии и снижения потребности в проведении повторных дилатаций (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
4.	Введение кортикостероидов непосредственно в очаги патологических изменений может использоваться для лечения рефрактерных, комбинированных стриктур, вызванных ГЭРБ (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
5.	Пациентам с нижней эзофагеальной складкой после проведения дилатации показана терапия ИПП (условная рекомендация, низкий уровень доказательств).
6.	Скрининг пищевода Барретта должен проводиться на основании эпидемиологических данных у больных ГЭРБ с высоким риском развития этого осложнения (условная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
7.	Симптомы заболевания у пациентов с пищеводом Барретта могут быть купированы таким же методом, как у больных ГЭРБ, не имеющих данного осложнения (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).
8.	Пациенты с пищеводом Барретта, диагностированным при проведении верхней эндоскопии, должны подвергаться периодическому осмотру в соответствии с положениями данного руководства (сильная рекомендация, умеренный уровень доказательств).

К многочисленным осложнениям, ассоциированным с ГЭРБ, относятся эрозивный эзофагит, стриктуры, пищевод Барретта. Ожирение является фактором риска появления симптомов заболевания, развития ЭРБ, пищевода Барретта и аденокарциномы.

Эрозивный эзофагит диагностируют у небольшого количества больных симптоматической ГЭРБ, при этом большинство из них страдают рефлюкс-эзофагитом степени А или В по Лос-Анджелеской классификации. В соответствии с последней эзофагиты степени С и D расценивают как тяжелые, они характеризуются наиболее медленными темпами заживления при назначении ИПП. Тяжелые эрозивные эзофагиты (степень С и D) чаще развиваются у лиц пожилого возраста и, если не назначена поддерживающая терапия, склонны к рецидивированию. Немногочисленные данные дают основания предположить, что цилиндроклеточная метаплазия пищевода (пищевод Барретта) может скрываться под эрозивным эзофагитом любой степени тяжести, чаще всего под эзофагитом степени С и D. Учитывая эти данные, проведение повторной эндоскопии после минимального 8-недельного курса терапии ИПП рекомендовано больным эзофагитом степени С и D, но может быть выполнено и при эзофагитах более низких степеней. Целесообразность проведения повторного эндоскопического обследования с целью скрининга пищевода Барретта у пациентов, у которых при повторной эндоскопии не были выявлены признаки этой патологии, а также у больных с нормальной первоначальной эндоскопической картиной пищевода не доказана.

Статья напечатана в сокращении.
Am J Gastroenterol 2013; 108: 308-328.

Перевела с англ. Лада Матвеева