

## ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

П.О. Закирьяева

Самаркандский Государственный медицинский институт

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ

П.О. Закирьяева

Самарқанд Давлат тиббиёт институти

GASTROEZOFAGEALNY REFLUX DISEASE: THE CLINIC, DIAGNOSIS AND TREATMENT

P.O. Zakiryayeva

Samarkand State medical institute

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, что приводит к поражению нижнего отдела пищевода.

Часто сопровождается развитием воспаления слизистой дистального отдела пищевода - рефлюкс-эзофагитом, и(или) формированием пептической язвы и пептической стриктуры пищевода, пищеводно-желудочных кровотечений и других осложнений.

ГЭРБ является одним из самых распространенных заболеваний пищевода.

### КЛАССИФИКАЦИЯ.

А. Различают два клинических варианта ГЭРБ:

1. **Гастроэзофагеальный рефлюкс без признаков эзофагита.** Неэрозивная рефлюксная болезнь (эндоскопически негативная рефлюксная болезнь).

На долю этого клинического варианта приходится около 60-65% случаев ("Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита" – МКБ-10: K21.9) (Рис.1).

Заболевание обусловлено спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, что приводит к поражению нижнего отдела пищевода



Рис 1. Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита

2. **Гастроэзофагеальный рефлюкс, сопровождающийся эндоскопическими признаками рефлюкс-эзофагита.** Рефлюкс-эзофагит (эндоскопически позитивная рефлюксная

Заболевание обусловлено спонтанным, регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого, что приводит к поражению нижнего отдела пищевода. Для данной формы характерно развитие воспаления слизистой дистального отдела пищевода



Рис 2. Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом

болезнь) встречается в 30-35% случаев (Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом – МКБ -10: K21.0) (Рис.2).

Для рефлюкс-эзофагита рекомендуется классификация, принятая на 10 Всемирном съезде гастроэнтерологов (Los Angeles, 1994):

- **Степень А:** Одно или более поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.
- **Степень В:** Одно или более поражение слизистой оболочки (эрозия или изъязвление) длиной более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.
- **Степень С:** Поражение слизистой распространяется на две и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода
- **Степень D:** Поражение слизистой оболочки распространяется на 75% и более окружности пищевода.

В США также распространена следующая более простая для повседневного использования классификация:

- **Степень 0:** Макроскопические изменения пищевода отсутствуют; признаки ГЭРБ выявляются только при гистологическом исследовании.
- **Степень 1:** Выше пищеводно-желудочного переходва выявляются один или более отграниченных очагов воспаления слизистой оболочки с гиперемией или экссудатом.
- **Степень 2:** Сливающиеся эрозивные и экссудативные очаги воспаления слизистой оболочки, не охватывающие всей окружности пищевода.
- **Степень 3:** Эрозивно-экссудативное воспаление пищевода по всей его окружности.
- **Степень 4:** Признаки хронического воспаления слизистой оболочки пищевода (пептические язвы, стриктуры пищевода, пищевод Баррета) (Рис.3).

Тяжесть течения ГЭРБ не всегда зависит от типа эндоскопической картины.

**Б. Классификация ГЭРБ согласно международному научно обоснованному соглашению** (Монреаль, 2005) (таблица 1).

Приобретенное предраковое состояние, развивающееся у больных ГЭРБ и обусловленное хроническим забросом соляной кислоты и желчи в пищевод. Пищевод Барретта характеризуется наличием желудочной метаплазии слизистой оболочки пищевода.



Рис 3. Пищевод Барретта (синдром Барретта).

Таблица 1.

**Классификация ГЭРБ (Монреаль, 2005)**

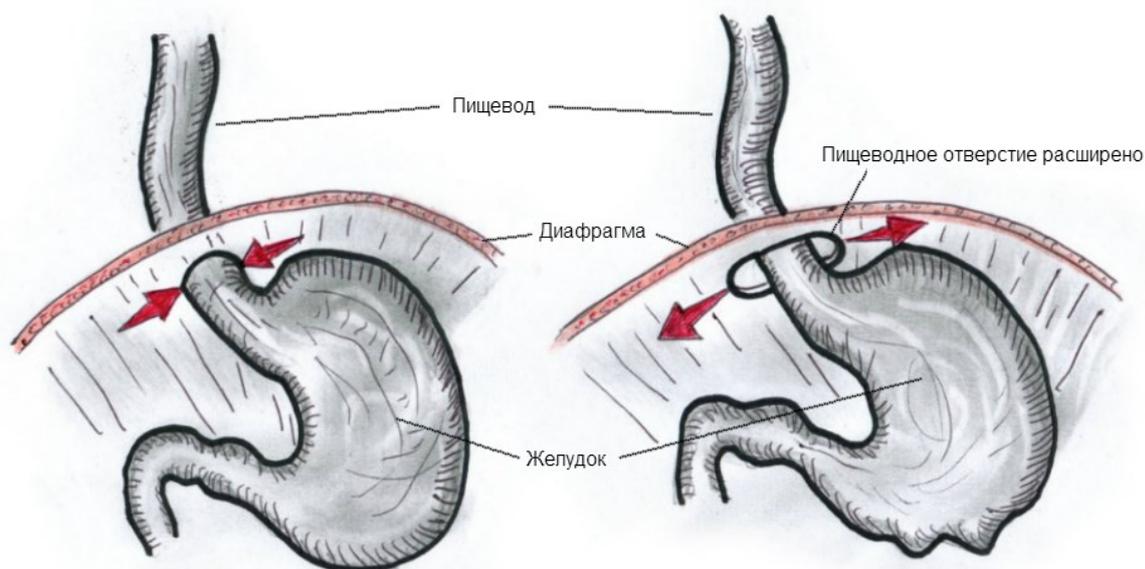
Пищеводные синдромы		Внепищеводные синдромы	
Синдромы, проявляющиеся исключительно симптомами (при отсутствии структурных повреждений пищевода)	Синдромы с повреждением пищевода (осложнения ГЭРБ)	Синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена	Синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается
1. Классический рефлюксный синдром 2. Синдром боли в грудной клетке	1. Рефлюкс-эзофагит 2. Стриктуры пищевода 3. Пищевод Барретта 4. Аденокарцинома	1. Кашель рефлюксной природы 2. Ларингит рефлюксной природы 3. Бронхиальная астма рефлюксной природы 4. Эрозии зубной эмали рефлюксной природы	1. Фарингит 2. Синуситы 3. Идиопатический фиброз лёгких 4. Рецидивирующий средний отит

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.**

Развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни способствуют следующие причины (Рис.4):

**Снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС).** Выделяют три механизма его появления:

1. Время от времени возникающее **расслабление НПС** при отсутствии анатомических аномалий.



Снижение дополнительной механической поддержки со стороны диафрагмы (расширение пищеводного отверстия) способствует уменьшению базального тонуса нижнего пищеводного сфинктера

Рис 4. Этиопатогенез ГЭРБ.

2. Внезапное **повышение внутрибрюшного и внутрижелудочного давления** выше давления в области НПС.

Причины и факторы: сопутствующие язвенная болезнь желудка (ЯБЖ), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), нарушение моторных функций желудка и двенадцатиперстной кишки, пилороспазм, пилоростеноз, метеоризм, запоры, асцит, беременность, ношение тугих поясов и корсетов, мучительный кашель, подъем тяжести.

3. Значительное **уменьшение базального тонуса НПС** и выравнивание давлений в желудке и пищеводе.

Причины и факторы: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; операции при диафрагмальных грыжах; резекция желудка; ваготомия; длительный прием лекарственных средств: нитратов,  $\beta$ -адреноблокаторов, антихолинергических препаратов, блокаторов медленных кальциевых каналов, теofilлина; склеродермия; ожирение; экзогенные интоксикации (курение, алкоголь); врожденные анатомические нарушения в области НПС.

Также, снижение дополнительной механической поддержки со стороны диафрагмы (расширение пищеводного отверстия) способствует уменьшению базального тонуса НПС.

## II. Снижение способности пищевода к самоочищению.

Удлинение пищеводного клиренса (времени необходимого для очищения пищевода от кислоты) ведет к увеличению экспозиции соляной кислоты, пепсина и других агрессивных факторов, что увеличивает риск развития эзофагита.

Пищеводный клиренс определяется двумя защитными механизмами:

- нормальной перистальтикой пищевода (освобождение от попавшей агрессивной среды);
- нормальное функционирование слюнных желез (разбавление содержимого пищевода и нейтрализация соляной кислоты).

Повреждающие свойства рефлюктанта, то есть содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки, забрасываемого в пищевод:

- резистентность слизистой оболочки (неспособность слизистой оболочки противостоять повреждающему действию рефлюктанта);
- нарушение опорожнения желудка;
- повышение внутрибрюшного давления;

- лекарственные повреждения пищевода.

Имеются данные об индукции ГЭРБ (при приеме теофилина или антихолинэргических препаратов).

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.**

Точной информации о распространенности ГЭРБ нет, что связано с большой вариабельностью клинических симптомов.

Согласно исследованиям, проведенным в Европе и США, 20-25% населения страдают симптомами ГЭРБ, а у 7% симптомы возникают ежедневно.

25-40% пациентов с ГЭРБ имеют эзофагит по результатам эндоскопических исследований, однако у большинства людей ГЭРБ не имеет эндоскопических проявлений.

Симптомы одинаково проявляются у мужчин и женщин.

Истинная распространенность заболевания больше, так как к врачу обращается менее одной трети больных ГЭРБ.

### **ФАКТОРЫ И ГРУППЫ РИСКА.**

Следует помнить, что на развитие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни влияют следующие факторы и особенности образа жизни:

- стресс;
- работа, связанная с наклонным положением туловища;
- ожирение;
- беременность;
- курение;
- факторы питания (жирная пища, шоколад, кофе, фруктовые соки, алкоголь, острая пища);
- прием повышающих периферическую концентрацию дофамина препаратов (фенамин, первитин, прочих производных фенилэтиламина).

### **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.**

*Клинические критерии диагностики:*

- изжога, отрыжка, дисфагия, одинофагия, регургитация, срыгивание, кашель, осиплость голоса, кифоз

*Симптомы, течение:*

Основными клиническими проявлениями ГЭРБ являются изжога, отрыжка, регургитация, дисфагия, одинофагия.

#### **Изжога**

Изжога является наиболее характерным симптомом ГЭРБ. Встречается как минимум у 75% больных; причиной ее возникновения является продолжительный контакт кислого содержимого желудка ( $\text{pH} < 4$ ) со слизистой пищевода.

Изжога воспринимается как жжение или ощущение жара в области мечевидного отростка, за грудиной (обычно в нижней трети пищевода). Чаще всего появляется после еды (особенно острой, жирной пищи, шоколада, алкоголя, кофе, газированных напитков). Возникновению способствуют физические нагрузки, подъем тяжестей, наклоны туловища вперед, горизонтальное положение больного, а также ношение тугих поясов и корсетов. Изжога обычно купируется антацидами

#### **Отрыжка**

Отрыжка кислым или горьким, возникает в результате попадания желудочного и (или) дуоденального содержимого в пищевод, а затем и в полость рта.

Как правило, возникает после еды, приема газированных напитков, а также в горизонтальном положении. Может усиливаться при физических нагрузках после еды.

#### **Дисфагия и одинофагия**

Наблюдаются реже, обычно при осложненном течении ГЭРБ. Быстрое прогрессирование дисфагии и потеря массы тела могут указывать на развитие аденокарциномы. Дисфагия у больных ГЭРБ чаще возникает при употреблении жидкой пищи (парадоксальная дисфагия).

Одинофагия - боль, возникающая при глотании и прохождению пищи по пищеводу; обычно локализуется за грудиной или в межлопаточном пространстве, может иррадиировать в лопатку, шею, нижнюю челюсть. Начавшись, например, в межлопаточной области, распространяется влево и вправо по межреберьям, а затем появляется за грудиной (инвертируемая динамика развития боли). Боли нередко имитируют стенокардию. Для эзофагеальных болей характерны связь с приемом пищи, положением тела и купирование их употреблением щелочных минеральных вод и антацидов.

#### **Регургитация (срыгивание, пищеводная рвота)**

Возникает, как правило, при застойных эзофагитах, проявляется пассивным поступлением содержимого пищевода в полость рта.

В тяжелых случаях ГЭРБ к изжоге присоединяются дисфагия, одинофагия, отрыжка и регургитация, а также (в результате микроаспирации воздухоносных путей содержимым пищевода) возможно развитие аспирационной пневмонии. Кроме того, при воспалении слизистой кислым содержимым, возможно возникновение вагусного рефлекса между пищеводом и другими органами, который может проявляться хроническим кашлем, дисфонией, приступами удушья, фарингитом, ларингитом, синуситом, коронарным спазмом.

#### **Внепищеводные симптомы ГЭРБ**

Бронхолегочные: кашель, приступы удушья. Эпизоды ночного удушья или дыхательного дискомфорта могут указывать на возникновение особой формы бронхиальной астмы, патогенетически связанной с гастроэзофагеальным рефлюксом.

Оториноларингологические: осиплость голоса, симптомы фарингита.

Стоматологические: кариес, истончение и/или эрозии эмали зубов.

Выраженный кифоз, особенно при необходимости ношения корсета (часто сочетается с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и ГЭРБ).

### **ДИАГНОСТИКА.**

#### **Обязательные исследования**

##### **Однократные:**

1. **Рентгенологическое исследование** грудной клетки, пищевода, желудка.

Необходимо для выявления признаков рефлюкс-эзофagита, других осложнений ГЭРБ, сопровождающихся значимыми органическими изменениями пищевода (пептическая язва, стриктура, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и другие).

2. **Эзофагоскопия** (эзофагогастродуоденоскопия, эндоскопическое исследование).

Необходимо для выявления степени развития рефлюкс-эзофagита; наличия осложнений ГЭРБ (пептическая язва пищевода, стриктура пищевода, пищевод Барретта, кольца Шатцки); исключения опухоли пищевода.

3. **24-часовая внутрипищеводная рН-метрия** (интраэзофагеальная рН-метрия).

Один из наиболее информативных методов диагностики ГЭРБ. Позволяет оценить динамику уровня рН в пищеводе, связь с субъективными симптомами (приемом пищи, горизонтальным положением), количество и длительность эпизодов с рН ниже 4,0 (эпизоды рефлюкса более 5 минут), отношение времени рефлюкса (при ГЭРБ рН <4.0 более чем 5% в течение суток).

(Примечание: в норме рН пищевода составляет 7.0-8.0. В моменты заброса в пищевод кислого желудочного содержимого рН опускается ниже 4.0).

4. **Внутрипищеводная манометрия** (эзофагоманометрия).

Позволяет выявить изменение тонуса нижнего пищеводного сфинктера (НПС), моторную функцию пищевода (перистальтика тела, давление покоя и расслабление нижнего и

верхнего пищеводных сфинктеров).

В норме давление НПС составляет 10-30 мм.рт.ст. Для рефлюкс-эзофагита характерно снижение до показателя менее 10 м.рт.ст.

Также используется для дифференциальной диагностики с первичными (ахалазия) и вторичными (склеродермия) поражениями пищевода. Манометрия помогает правильно расположить зонд при рН - мониторинге пищевода (на 5 см выше проксимального края НПС).

Наиболее информативной и физиологичной является комбинация 24-часовой пищевой манометрии с пищеводным и желудочным рН-мониторированием.

5. **УЗИ** органов брюшной полости для определения сопутствующей патологии органов брюшной полости.

6. **Электрокардиографическое исследование, велоэргометрия** для дифференциального диагноза с ИБС. При ГЭРБ изменений не обнаруживают. При выявлении внепищеводных синдромов и при определении показаний к хирургическому лечению ГЭРБ, показаны консультации специалистов (кардиолог, пульмонолог, ЛОР, стоматолог, психиатр и др.).

### **Провокационные тесты**

#### **1. Стандартный тест на наличие ГЭРБ с использованием кислоты.**

Тест осуществляют, помещая рН-электрод на 5 см выше верхнего края НПС. С помощью катетера в желудок вводят 300 мл. 0,1 N раствора HCl, после чего мониторируют рН пищевода. Пациента просят глубоко дышать, покашливать, выполнить маневры Вальсальвы и Мюллера. Исследования проводят, изменяя положение тела (лежа на спине, на правом, на левом боку, лежа с опущенной головой).

У пациентов с ГЭРБ наблюдается снижение рН ниже 4.0. У больных с тяжелым рефлюксом и нарушением перистальтики пищевода снижение рН сохраняется длительное время.

Чувствительность такого теста - 60%, специфичность - 98%.

#### **2. Кислотный перфузионный тест Берншейна.**

Используется для косвенного определения чувствительности слизистой пищевода к кислоте. Снижение порога кислотной чувствительности характерно для больных ГЭРБ, осложненной рефлюкс-эзофагитом. С помощью тонкого зонда в пищевод вводят 0,1 N раствор соляной кислоты со скоростью 6-8 мл в минуту.

Тест считается положительным и указывает на наличие эзофагита, если через 10-20 минут после окончания введения HCl у пациента появляются симптомы, характерные для ГЭРБ (изжога, боли за грудиной и т.д), которые исчезают после перфузии в пищевод изотонического раствора натрия хлорида или приема антацидов.

Тест отличается высокой чувствительностью и специфичностью (от 50 до 90%) и при наличии эзофагита может оказаться положительным даже при отрицательных результатах эндоскопии и рН-метрии.

#### **3. Тест с надувным баллоном.**

Надувной баллон размещают на 10 см выше НПС и постепенно накачивают воздухом, порциями по 1 мл. Тест считают положительным, когда одновременно с постепенным растяжением баллона появляются типичные симптомы ГЭРБ. Пробы индуцируют спастическую моторную активность пищевода и воспроизводят боль в груди.

4. **Терапевтический тест** с одним из ингибиторов протонной помпы в стандартных дозировках, в течение 5-10 дней.

Также, по некоторым источникам, в качестве диагностики применяют следующие методы:

1. Сцинтиграфия пищевода - метод функциональной визуализации, заключающийся во введении в организм радиоактивных изотопов и получения изображения путем определения испускаемого ими излучения. Позволяет оценить пищеводный клиренс (время очищения пищевода).

2. Импедансометрия пищевода - позволяет исследовать нормальную и ретроградную

перистальтику пищевода и рефлюксы различного происхождения (кислые, щелочные, газовые).

3. По показаниям - оценка нарушений эвакуаторной функции желудка (электрогастрография и другие методы).

#### **ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА.**

Патогномичных для ГЭРБ лабораторных признаков нет.

#### **Рекомендуемые исследования:**

- общий анализ крови;
- группа крови;
- резус-фактор.

#### **ГЭРБ и хеликобактерная инфекция**

В настоящее время считается, что инфекция *H. pylori* не является причиной возникновения ГЭРБ, однако на фоне значительного и длительного подавления кислотопродукции, хеликобактер распространяется из антрального отдела на тело желудка (транслокация). При этом возможно ускорение процессов потери специализированных желез желудка, что приводит к развитию атрофического гастрита и, возможно, раку желудка. В связи с этим тем больным ГЭРБ, которым требуется длительная антисекреторная терапия, необходимо провести диагностику хеликобактера, при выявлении инфекции показана эрадикация.

#### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

При наличии внепищеводных симптомов следует дифференцировать ГЭРБ с ишемической болезнью сердца, бронхолегочной патологией (бронхиальная астма и др.), раком пищевода, язвенной болезнью желудка, заболеваниями желчных протоков, нарушениями моторики пищевода.

Для дифференциального диагноза с эзофагитами иной этиологии (инфекционными, лекарственными, химические ожоги) проводят эндоскопию, гистологическое исследование биоптатов и другие методы исследований (манометрия, импедансометрия, мониторинг рН и пр.), а также диагностику предполагаемых инфекционных возбудителей, принятыми для этого методами.

#### **ОСЛОЖНЕНИЯ.**

Одним из серьезных осложнений ГЭРБ является пищевод Баррета, который развивается у больных ГЭРБ и осложняет течение этого заболевания в 10-20% случаев. Клиническое значение пищевода Баррета определяется очень высоким риском развития аденокарциномы пищевода. В связи с этим пищевод Баррета относят к предраковым состояниям.

ГЭРБ может осложняться стридорозным дыханием, фиброзирующим альвеолитом, вследствие частого развития регургитации после еды или во время сна и последующей аспирации.

#### **ЛЕЧЕНИЕ.**

##### **Немедикаментозное лечение**

Пациентам страдающим ГЭРБ рекомендуют:

- снижение массы тела;
- прекращение курения;
- отказ от ношения тугих ремней, корсетов;
- спать с приподнятым головным концом кровати;
- исключение излишней нагрузки на брюшной пресс и работы (упражнений), связанной с наклонами туловища вперед;
- воздерживаться от приема препаратов, способствующих возникновению рефлюкса

(седативные и транквилизаторы, ингибиторы кальциевых каналов, альфа или бета-адреноблокаторы, теофиллин, простагландины, нитраты).

Рекомендации по питанию:

- сокращение или отказ от пищевых продуктов, ослабляющих тонус НПС: острая и жирная пища (в том числе цельное молоко, сливки, торты, пироженные, жирная рыба, мясо гуся, утки, свинины, баранины, жирной говядины), кофе, крепкий чай, апельсиновый и томатный сок, газированные напитки, алкоголь, шоколад, лук, чеснок, специи, слишком горячая или холодная пища.

- дробное питание малыми порциями и отказ от приема пищи не менее чем за 3 часа до сна.

Тем не менее, как правило, выполнения этих рекомендаций недостаточно для полного купирования симптомов и полного заживления эрозий и язв слизистой пищевода.

### **Медикаментозное лечение**

Целью медикаментозного лечения является быстрое купирование основных симптомов, заживление эзофагита, предотвращение рецидивов заболевания и его осложнения.

#### **1. Антисекреторная терапия**

Цель - уменьшить повреждающее действие кислого желудочного содержимого на слизистую пищевода. Препараты выбора - блокаторы протонной помпы (ИПП).

Назначают однократно в сутки:

- омепразол: 20 мг (в отдельных случаях до 60 мг/сут);

- или лансопризол: 30 мг;

- или пантопризол: 40 мг;

- или рабепразол: 20 мг;

- или эзомепразол: 20 мг перед завтраком.

Лечение продолжают 4-6 недель при неэрозивной рефлюксной болезни. При эрозивных формах ГЭРБ лечение назначают на срок от 4 недель (единичные эрозии) до 8 недель (множественные эрозии).

При недостаточно быстрой динамике заживления эрозий или при наличии внепищеводных проявлений ГЭРБ следует назначить удвоенную дозу блокаторов протонного насоса и увеличить продолжительность лечения до 12 недель и более.

Критерий эффективности терапии - стойкое устранение симптомов.

Последующую поддерживающую терапию проводят в стандартной или половинной дозе в режиме "по требованию" при появлении симптомов (в среднем 1 раз в 3 дня).

#### *Примечания.*

Самым мощным и продолжительным антисекреторным действием обладает рабепразол (париет), который в настоящее время считается "золотым стандартом" медикаментозного лечения ГЭРБ.

Прием блокаторов H<sub>2</sub>- рецепторов гистамина в качестве антисекреторных препаратов возможен, однако их эффект ниже, чем у ингибиторов протонного насоса. Комбинированное применение блокаторов протонного насоса и блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина - нецелесообразно. Блокаторы гистаминовых рецепторов оправданы при непереносимости ИПП.

**2. Антациды.** В начале курса терапии ГЭРБ рекомендуется комбинация ИПП с антацидами до достижения стойкого контроля симптомов (изжоги и регургитации). Антациды можно использовать в качестве симптоматического средства для купирования нечастой изжоги, однако предпочтение следует отдавать приему ингибиторов протонного насоса в т.ч. "по требованию". Антациды назначают 3 раза в день через 40-60 минут после еды, когда чаще всего возникает изжога и боли за грудиной, а также на ночь.

**3. Прокинетики** улучшают функцию НПС, стимулируют опорожнение желудка, од-

нако наиболее эффективны лишь в составе комбинированной терапии.

Предпочтительно использовать:

- домперидон: 10 мг 3-4 раза/сут;

- метоклопрамид 10 мг 3 раза/сут или перед сном - менее предпочтителен, так имеет больше побочных эффектов;

- бетанехол по 10-25 мг 4 раза/сут и цезаприд по 10-20 мг 3 раза/сут - также менее предпочтительны вследствие побочных эффектов, хотя и применяются в отдельных случаях.

4. При рефлюкс-эзофагите, обусловленном забросом в пищевод дуоденального содержимого (в первую очередь желчных кислот) хорошего эффект достигается приемом **урсо-дезоксихолевой кислоты** в дозе 250-350 мг в сутки. В этом случае препарат целесообразно комбинировать с прокинетиками в обычной дозе.

#### **Хирургическое лечение**

Показания к антирефлюксной операции при ГЭРБ:

- молодой возраст;

- отсутствие других тяжелых хронических заболеваний;

- неэффективность адекватной лекарственной терапии или необходимость пожизненной терапии ИПП;

- осложнения ГЭРБ (стриктура пищевода, кровотечения);

- пищевод Баррета с наличием дисплазии эпителия высокой степени - облигатный предрак;

- ГЭРБ с внепищеводными проявлениями (бронхиальная астма, охриплость голоса, кашель).

Противопоказания к антирефлюксной операции при ГЭРБ:

- пожилой возраст;

- наличие тяжелых хронических заболеваний;

- выраженные нарушения моторики пищевода.

Операцией, направленной на устранение рефлюкса, служит фундопликация, в том числе эндоскопическая.

Выбор между консервативной и оперативной тактикой зависит от состояния здоровья больного и его предпочтений, стоимости лечения, вероятности развития осложнений, опыта и оснащения клиники и ряда других факторов. Немедикаментозная терапия считается строго обязательной при любой тактике лечения. В рутинной практике, при умеренной изжоге без признаков осложнений сложные и дорогостоящие методы малооправданы и достаточно пробной терапии Н2-блокаторами. Некоторые специалисты до сих пор рекомендуют начинать лечение с радикального изменения образа жизни и применения ИПП до купирования эндоскопических симптомов, переходя затем на Н2-блокаторы с согласия пациента.

#### **ПРОГНОЗ.**

ГЭРБ - хроническое заболевание; у 80% больных возникают рецидивы после прекращения приема препаратов, поэтому многим пациентам необходимо длительное медикаментозное лечение.

Неэрозивная рефлюксная болезнь и легкая степень рефлюкс-эзофагита, как правило, имеют стабильное течение и благоприятный прогноз.

Заболевание не влияет на продолжительность жизни.

У пациентов с тяжелыми формами могут развиваться такие осложнения, как пищеводная стриктура или пищевод Баррета. Прогноз ухудшается при большой давности заболевания в сочетании с частыми длительными рецидивами, при осложненных формах ГЭРБ, особенно при развитии пищевода Баррета из-за повышенного риска развития аденокарциномы пищевода.

**ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ.****Показания к госпитализации:**

- при осложненном течении заболевания;
- при неэффективности адекватной медикаментозной терапии;
- проведение эндоскопического или оперативного вмешательства в случае неэффективности медикаментозной терапии, при наличии осложнений эзофагита (стриктура пищевода, пищевод Баррета, кровотечения).

**ПРОФИЛАКТИКА.**

Больному следует объяснить, что ГЭРБ - хроническое заболевание, обычно требующее длительной поддерживающей терапии.

Целесообразно соблюдать рекомендации по изменению образа .

Следует проинформировать пациентов о возможных осложнениях ГЭРБ и рекомендовать обращаться к врачу при возникновении симптомов заболевания.

**Использованная литература:**

1. Бордин Д.С. Безопасность лечения как критерий выбора ингибитора протонной помпы больному гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Consilium Medicum. 2010. Том 12. № 8.
2. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Научно-практическое издание, 2008. С.404-411.
3. МакНелли Питер Р. Секреты гастроэнтерологии/ перевод с англ. под редакцией проф. Апросиной З.Г., Бином, 2005. 52с.
4. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Щекина М. И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь М. Журнал «Лечащий Врач», № 04, 2004.
5. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения. Учебное пособие, 2 издание, 2011
6. Рапопорт С.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. (Пособие для врачей). М. 2009 ISBN 978-5-98803-157-4. 12с.
7. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (четвертое московское соглашение). Приняты X съездом Научного общества гастроэнтерологов России 5 марта 2010 года.
8. <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/4375>
9. [http://ru.wikipedia.org/wiki/Гастроэзофагеальная\\_рефлюксная\\_болезнь](http://ru.wikipedia.org/wiki/Гастроэзофагеальная_рефлюксная_болезнь)