

## ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ, ЧАСТЬ 2)

<sup>1</sup>Шишко В.И., <sup>2</sup>Петрулевич Ю.Я.

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>ГУЗ «Гродненская центральная городская поликлиника», Гродно, Беларусь

*В статье осуществляется обзор литературных данных, посвящённых проблеме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Во второй части статьи рассмотрены вопросы классификации, описаны типичные и атипичные клинические проявления заболевания, подробно изложен алгоритм диагностики и отражены принципы лечения.*

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, желудочно-кишечный тракт, пищевод, рефлюкс, эзофагит.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) характеризуется многообразием клинических проявлений, включая бессимптомное течение и внепищеводные проявления, что определяет интерес к данной нозологии как гастроэнтерологов, так и врачей других специальностей. Патофизиологические и патогенетические механизмы развития ассоциированных с ГЭРБ состояний требуют изучения с целью разработки программ дифференциальной диагностики и выбора соответствующей терапии для разных категорий пациентов.

Классификация ГЭРБ. Согласно МКБ-10 выделяют следующие формы ГЭРБ (K21 – ГЭРБ): K21.0 ГЭРБ с эзофагитом, K21.9 – ГЭРБ без эзофагита.

Комплекс клинических симптомов, возникающий в результате патологического заброса содержимого желудка в пищевод, может сопровождаться или не сопровождаться морфологическими изменениями слизистой оболочки пищевода. При наличии изменений говорят об «эндоскопически позитивной ГЭРБ», или рефлюкс-эзофагите, а при их отсутствии об «эндоскопически негативной ГЭРБ» [6]. Верификация диагноза проводится на основании клинических и эндоскопических данных, рН-метрии, манометрии пищевода. Эндоскопически негативная ГЭРБ является наиболее частой формой заболевания. Она встречается более чем у 60% пациентов с ГЭРБ, отличается медленно прогрессирующим или непрогрессирующим течением и отсутствием осложнений [4]. Для эндоскопически позитивной ГЭРБ характерно появление, наряду с признаками эзофагита, эрозий на поверхности слизистой оболочки пищевода. Эта форма заболевания может прогрессировать и осложняться развитием кровотечений, пептической язвы и пептических стриктур пищевода.

Для классификации эзофагита при рефлюксной болезни используются критерии эзофагита Savary – Miller (1978), представленные в таблице 1 [12], и Лос-Анджелесская система классификации (1994), представленная в таблице 2 [12].

Согласно этой классификации, осложнения ГЭРБ – стриктуры, язвы и пищевод Барретта – рассматриваются отдельно и отмечаются либо их наличие, либо отсутствие. На стадию эзофагита это не влияет.

Клинические проявления, требующие поиска ГЭРБ. ГЭРБ представляет собой заболевание, характеризующееся разнообразием клинической картины, от бессимптомного течения до целого ряда «масок», затрудняющих постановку диагноза.

К наиболее частым (пищеводным) проявлениям ГЭРБ относят: изжогу, боли в эпига-

**Таблица 1.** – Модифицированные критерии эзофагита Savary—Miller (1978)

I ст.	Одна или несколько изолированных овальных или линейных эрозий расположены только на одной продольной складке слизистой оболочки пищевода.
II ст.	Множественные эрозии, которые могут сливаться или располагаться более чем на одной продольной складке, но не циркулярно.
III ст.	Эрозии расположены циркулярно (на воспаленной слизистой).
IV ст.	Хронические повреждения слизистой оболочки: одна или несколько язв, одна или несколько стриктур и/или короткий пищевод. Дополнительно могут быть или отсутствуют изменения, характерные для I—III степени тяжести эзофагита.
V ст.	Наличие цилиндрического эпителия (эзофагит Barrett's), продолжающегося от Z-линии, различной формы и протяженности. Возможно сочетание с любыми изменениями слизистой оболочки пищевода, характерными для I—IV ст.

**Таблица 2.** – Лос-Анджелесская система классификации (1994)

Степень А	Один или несколько дефектов слизистой оболочки пищевода длиной не более 5 мм, ни один из которых не распространяется более чем на 2 складки слизистой оболочки.
Степень В	Один или несколько дефектов слизистой оболочки пищевода длиной более 5 мм, ни один из которых не распространяется более чем на 2 складки слизистой оболочки.
Степень С	Дефекты слизистой оболочки пищевода, распространяющиеся на 2 складки слизистой оболочки или более, которые в совокупности занимают менее 75% окружности пищевода.
Степень D	Дефекты слизистой оболочки пищевода, занимающие как минимум 75% окружности пищевода.

стрии или за грудиной, отрыжку воздухом или содержимым желудка, дисфагию, тошноту [34].

Изжога является наиболее патогномичным симптомом для ГЭРБ и может быть вызвана приёмом определённых продуктов, переизбытком, физической нагрузкой или может возникать в горизонтальном положении, после курения, употребления алкоголя.

Наряду с изжогой у пациентов нередко появляется чувство горечи, обусловленное регургитацией дуоденального содержимого, богатого желчью, в просвет пищевода.

Один из ведущих симптомов ГЭРБ – кислая отрыжка или регургитация, протекающая на фоне недостаточности обоих сфинктеров пищевода. У таких пациентов чаще возникает лёгочная и ларингеальная симптоматика.

Дисфагия не является патогномичным симптомом, но может наблюдаться у пациентов с ГЭРБ. Она чаще возникает при развитии таких осложнений, как рубцовая стриктура пищевода, постепенно нарастает при аденокарциноме и сопровождается прогрессирующим снижением массы тела.

Боли в эпигастральной области развиваются чаще при рефлюкс-эзофагитах, усиливаются при наклонах вперед. Одинофагия – боль при прохождении пищи по пищеводу – наблюдается при выраженном поражении слизистой пищевода.

Внепищеводные проявления ГЭРБ включают кардиальные, лёгочные, оториноларингологические, стоматологические, абдоминальные, анемические [15].

К кардиальным проявлениям ГЭРБ относятся боли в левой половине грудной клетки и нарушения сердечного ритма (экстрасистолия, нарушения проводимости), не связанные с поражением сердца. При этом характерны жгучий характер болей, загрудинная локализация (чаще без иррадиации), боли связаны с приемом пищи, переизменением, погрешностями в диете, возникают при перемене положения тела (наклоны, горизонтальное положение), уменьшаются или проходят после приема антацидов или блокаторов секреции, сочетаются с изжогой и/или дисфагией [5]. Неправильная интерпретация жалоб пациента ведёт к гипердиагностике ишемической болезни сердца (ИБС) у достаточно большого количества пациентов [21]. Это обстоятельство представляет собой серьёзную проблему, поскольку ряд препаратов, применяемых для лечения пациентов кардиологического профиля (антагонисты кальция, нитраты, β-блокаторы), усугубляют течение ГЭРБ, приводят к нарастанию выраженности симптоматики (в том числе и кардиальных проявлений), замыкая таким образом патофизиологический «порочный круг» [2].

Лёгочные проявления включают хронический кашель и приступы удушья (возникающие после еды, в горизонтальном положении, в ночное время), характерно также одновременное появление изжоги и лёгочной симптоматики, ухудшение состояния дыхательной системы после еды, переизменения, употребления алкоголя, возникновение лёгочной симптоматики в горизонтальном положении, в ночные или ранние утренние часы, кислый вкус во рту в сочетании с лёгочной симптоматикой, появление астмы во взрослом возрасте при отсутствии аллергических реакций, ухудшение течения астмы при лечении эуфиллином [1, 9, 17, 44, 47].

К оториноларингологическим симптомам относят хроническую охриплость, дисфонию, срывы голоса, боли в горле, шее, избыточное слезообразование в гортани, ощущение комка в глотке [23].

Стоматологические проявления характеризуются жжением языка, щек, нарушением вкусовых ощущений, гиперсаливацией, поражением твердых тканей зубов).

Абдоминальные симптомы включают распирание и переполнение желудка, преждевременное насыщение, «вздутие» живота после еды, дискомфорт в эпигастрии.

При ГЭРБ могут также наблюдаться признаки анемии (слабость, утомляемость и др.).

При кислотном рефлюксе чаще наблюдаются типичные проявления заболевания, в то время как при щелочном – атипичные. Кислотно-пептическая и щелочная атаки реализуют своё влияние на слизистую пищевода разными путями, в связи с чем и подходы к выбору терапии при разных ти-

пах рефлюкса должны быть дифференцированными и патогенетически обоснованными [14].

Диагностика ГЭРБ основывается на комплексе клинико-anamnestических, физикальных, лабораторных, инструментальных и гистологических методов исследования.

Мнения клиницистов сходятся в том, что диагностика должна начинаться с анализа жалоб и клинических проявлений заболевания. В настоящее время активно внедряется в практику и используется анкета GerdQ (gastroesophageal reflux disease questionnaire) для диагностики ГЭРБ [10]. Текст опросника включает 6 вопросов, которые отражают характер предъявляемых жалоб и частоту их возникновения. Пациента просят оценить свое самочувствие за прошедшую неделю, ответив на 6 вопросов (таблица 3).

Таблица 3. – Опросник GerdQ для диагностики ГЭРБ

Вопрос	0 дней	1 день	2-3 дня	4-7 дней
Как часто у Вас возникает изжога?	0	1	2	3
Как часто Вы ощущаете заброс пищи (жидкости или еды) из желудка в глотку или рот (рефлюкс)?	0	1	2	3
Как часто у Вас возникает боль в верхней части живота?	3	2	1	0
Как часто у Вас возникает тошнота?	3	2	1	0
Как часто у Вас возникают нарушения сна в связи с изжогой или рефлюксом?	0	1	2	3
Как часто Вы применяете лекарства для лечения изжоги или рефлюкса (антациды или препараты, которые Вам порекомендовал доктор)?	0	1	2	3

На каждый вопрос есть 4 варианта ответа: 0 дней, 1 день, 2-3 дня, 4-7 дней. При ответах на первый, второй, пятый и шестой вопросы за «0 дней» начисляется 0 баллов. За каждый последующий ответ баллы прибавляются: «1 день» – 1 балл, «2-3 дня» – 2 балла, «4-7 дней» – 3 балла. Баллы за ответы на вопросы 3-4 начисляются в обратном порядке, от 3 баллов за ответ «0 дней» до 0 баллов за ответ «4-7 дней».

Если сумма баллов по результатам анкеты достигает 8 и выше, вероятность ГЭРБ составляет больше 80%. Согласно результатам проведённых испытаний, при высокой сумме баллов и отсутствии инструментального подтверждения ГЭРБ у пациентов отмечались другие нарушения со стороны ЖКТ. Имеющиеся литературные данные свидетельствуют о том, что применение результатов опросника GerdQ может не только определять влияние болезни на качество жизни пациентов, но и отражать эффективность проводимой терапии [10].

Анамнестические данные. При опросе пациента обращают внимание на наличие различных форм дисфагии, спонтанных или связанных с актом глотания загрудинных или эпигастральных болей, на отрыжку (воздухом, пищей, кислым, горьким, тухлым, содержимым желудка с примесью крови, желчи, пены и т. п.). Выясняют наличие наследственных факторов, перенесенных ранее заболеваний пищевода (инородные тела, травмы, ожоги), а также наличие заболеваний, которые могут иметь определенное значение в возникновении дисфунк-

ций пищевода (сифилис, туберкулез, диабет, алкоголизм, неврологические и психические болезни).

Физикальное обследование. Во время осмотра обращают внимание на поведение пациента, состояние питания, видимых слизистых оболочек, тургор кожи, ее цвет, сухость или влажность, температуру. Бледность кожи с желтоватым оттенком может наблюдаться при гипохромной анемии и раке пищевода (желудка); покраснение лица – при остром вульгарном эзофагите; цианотичность – при объемных процессах в пищеводе и эмфиземе средостения (сдавление венозной системы, нарушение дыхания). При осмотре шеи обращают внимание на наличие отека мягких тканей, который может возникать при воспалении окологлоточной клетчатки, на кожные вены, – их усиленный рисунок может свидетельствовать о наличии шейной лимфаденопатии, опухоли или дивертикула пищевода. Усиление венозного рисунка на коже живота свидетельствует о развитии каво-кавальных коллатералей, возникших вследствие сдавления полой вены (опухоль средостения), либо о наличии варикозного расширения вен пищевода при затруднении венозного оттока в портальной системе (цирроз печени).

Пальпации доступен лишь шейный отдел пищевода. Пальпируют боковые поверхности шеи, погружая пальцы в пространство между боковой поверхностью гортани и передним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы. В этой области могут быть обнаружены болевые точки, очаги воспаления, увеличенные лимфатические узлы, крепитация воздуха при эмфиземе шейного средостения, опухоль, звуковые феномены при опорожнении дивертикула и т. п.

При перкуссии можно установить изменение перкуторного звука, который при эмфиземе или стенозе пищевода приобретает тимпанический оттенок, а при опухоли становится более тупым. Аускультация дает представление о характере прохождения по пищеводу жидкости и полужидких веществ, при этом выслушиваются так называемые глотательные шумы.

Инструментальные методы диагностики. Приблизительно в 60% случаев ГЭРБ диагностируется поздно. Это связано с недостаточной настороженностью врачей к данной патологии и разнообразием ее клинических проявлений. Наблюдая пациента, длительно страдающего рефлюкс-эзофагитом, необходимо тщательный контроль симптомов с целью своевременного выявления осложнений ГЭРБ – стриктур пищевода, пищевода Барретта, аденокарциномы.

Суточная рН-метрия на сегодняшний день является «золотым стандартом» диагностики ГЭРБ [16]. рН-метрия позволяет не только оценить наличие рефлюкса, но и определить тип рефлюкса (кислотный или щелочной), длительность агрессивного воздействия на слизистую оболочку пищевода, оценить естественный ритм и время возникновения рефлюксов, определить связь с субъективными ощущениями, индивидуально подобрать препарат и его дозу, а главное – контролировать эффективность медикаментозной терапии. Внутрпищеводный рН-мониторинг подходит для ранней диагностики ГЭРБ у пациентов с внепищеводными проявлениями при наличии эндоскопически негативной формы заболевания.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия. Большинство авторов придерживаются мнения, что фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС) необходимо использовать в качестве скринингового исследования для обнаружения ГЭРБ, так как это относительно безопасный, высокоинформативный, малоинвазив-

ный, недорогой диагностический метод [8]. При эндоскопии пищевода следует обращать внимание на площадь поражения, наличие эрозий и язв, рубцовых стриктур, фибриновых и экссудативных наложений, недостаточность замыкательной функции кардии, заброс желудочного содержимого в пищевод. Эрозии и язвы слизистой оболочки пищевода выявляются у трети жалующихся на изжогу. Помимо язв и эрозий пищевода при эндоскопическом исследовании может отмечаться пролапс желудочной слизистой в пищевод, особенно при рвотных движениях, что косвенно свидетельствует о наличии диафрагмальной грыжи [13]. Отсутствие эндоскопических признаков не даёт оснований исключить наличие ГЭРБ у пациента.

Эндоскопическое исследование позволяет также произвести забор биоптатов для морфологического исследования. Применение хромоэндоскопии позволяет выявить метапластические и диспластические изменения эпителия пищевода, а также повысить точность взятия биопсийного материала.

Морфологическое исследование. Морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода – высокочувствительный и достоверный диагностический метод. При наличии рефлюкс-эзофагита у пациентов с ГЭРБ гистологически выявляют типичные изменения в биоптатах слизистой пищевода: истончение эпителиального слоя за счёт дистрофии и атрофии, иногда некроз кератиноцитов в поверхностных слоях, утолщение базальной мембраны и её склерозирование, нарушение слоистости эпителия, полнокровные сосуды, увеличение количества сосочков, очаговые и диффузные воспалительные лимфоплазмозитарные инфильтраты в субэпителиальном слое с примесью единичных эозинофилов, макрофагов и нейтрофилов, разволокнение мышечных волокон, изредка выявляются межэпителиальные лимфоциты и эритроциты.

Принято считать, что основной целью гистологического исследования при ГЭРБ является именно обнаружение метаплазии плоского эпителия пищевода, и биопсия слизистой оболочки не играет роли в рутинной диагностике эндоскопически негативной рефлюксной болезни. Тем не менее, гистологические изменения имеют место даже при эндоскопически негативной ГЭРБ. Исследование биоптатов при эндоскопически негативной ГЭРБ у значительной части пациентов выявляет признаки рефлюкс-эзофагита, что свидетельствует о недостаточной чувствительности ФГЭДС без биопсии как метода диагностики рефлюксной болезни.

Морфологические изменения слизистой оболочки пищевода возникают прежде всего в зоне кардиоэзофагеального перехода, а затем уже в дистальных отделах. Именно область перехода пищевода в желудок представляет наибольший интерес для исследователей, потому что изменения этой зоны могут служить гистологическим маркером начальной ГЭРБ при отсутствии других её признаков. Кроме того, эта зона становится подверженной структурно-функциональным изменениям при синдроме дисплазии соединительной ткани. ЖКТ, как одна из наиболее богатых коллагеном систем, неизбежно вовлекается в патологический процесс при наследственных нарушениях соединительной ткани (ННСТ) с формированием аномалий тканевых структур, что обуславливает специфику воспалительных и деструктивных поражений верхних отделов ЖКТ. Стоит отметить, что вопрос состояния зоны карди-

оэзофагеального перехода у пациентов с ГЭРБ при ННСТ изучен недостаточно, так же как и не определены роль и значение ННСТ в развитии ГЭРБ.

**Рентгенологическое обследование.** Рентгенологическое исследование ЖКТ с барием позволяет выявить анатомические нарушения пищевода и желудка, которые могут способствовать формированию ГЭРБ, в частности ГПОД, стеноз привратника, недостаточность кардии. Данное исследование показано при наличии дисфагии и позволяет обнаружить органические изменения: стриктуру, язву пищевода, в единичных случаях – проявления эзофагита, ранними рентгенологическими признаками которого является утолщение складок слизистой оболочки пищевода, неровность его контуров, нарушение моторики. Рентгенологически ГЭР определяется у 10-50% пациентов с ГЭРБ [13].

**Манометрия.** Внутрпищеводная манометрия позволяет оценить показатели двигательной активности пищевода и функции его сфинктеров, может дать ценные сведения о понижении давления в зоне НПС, нарушениях перистальтики и тонуса пищевода, увеличения количества транзитных расслаблений кардиального сфинктера. Использование манометрии пищевода в клинической практике ограничено. Выполнение данного исследования рекомендовано при планировании антирефлюксных операций и контроле качества после их проведения [13].

**Импедансометрия.** Применение технологии мультисканальной внутриводной импедансометрии пищевода дополняет суточную рН-метрию и позволяет фиксировать любые рефлюксы из желудка в пищевод независимо от рН.

**Электромиография.** Этот метод позволяет оценить состояние мускулатуры стенки пищевода даже при отсутствии рефлюкса в момент исследования.

**Тест с ингибиторами протонной помпы.** Для диагностики ГЭРБ, особенно внепищеводных её проявлений, может применяться тест с ингибитором протонной помпы, так называемый омепразоловый или рабепразоловый тест. Предпочтение отдается рабепразолу по причине самой высокой скорости развития антисекреторного эффекта среди всех ингибиторов протонной помпы. Рабепразол назначают по 20 мг однократно в сутки на протяжении нескольких дней. Исчезновение симптомов ГЭРБ в течение 1-3 дней свидетельствует о наличии заболевания, однако наиболее целесообразная длительность проведения данного теста окончательно не установлена [8].

**Лечение.** На сегодняшний день основным документом, регламентирующим ведение пациентов с ГЭРБ, в большинстве стран остаются Генвальские рекомендации, принятые группой экспертов в 1997 г. и опубликованные в журнале Gut в 1999 г.

ГЭРБ – хроническое рецидивирующее заболевание, требующее длительной, а иногда и пожизненной терапии для достижения высокого качества жизни пациентов и профилактики осложнений. Своевременное лечение ГЭРБ необходимо проводить в связи с возможным прогрессированием болезни, появлением таких осложнений, как стриктуры, кровотечения, риском развития аденокарциномы. В настоящее время определяются следующие направления терапии ГЭРБ: устранение симптомов и улучшение качества жизни, устранение эзофагита, эпителизация эрозий и заживление язв, профилактика рецидивов и осложнений [7, 11, 18].

Модификация образа жизни. Снижения вероят-

ности заброса желудочного содержимого в пищевод и тем самым уменьшения частоты и продолжительности рефлюкса можно достигнуть соблюдением некоторых простых принципов. Рекомендован сон с приподнятым головным концом кровати. Лицам, склонным к возникновению патологического рефлюкса, необходимо избегать горизонтального положения в течение двух часов после еды. Рекомендуется ужинать по крайней мере за два часа до сна. Целесообразно снизить вес, не носить тесную одежду, тугие пояса, корсеты. Пациентам с патологическим рефлюксом желательна соблюдение диеты с ограничением жирной пищи, продуктов, раздражающих слизистую оболочку пищевода (сок цитрусовых, томатов, перец, уксус, пряности), кофе, шоколада, газированных напитков, алкоголя. Следует отказаться от курения. Не употреблять лекарственные средства, расслабляющие нижний пищеводный сфинктер (нитраты, антагонисты кальция и др.). Справедливо отметить, что выполнение этих рекомендаций имеет весьма ограниченный эффект в контроле над симптомами ГЭРБ и может быть расценено как дополнительные к медикаментозной терапии мероприятия [3, 13, 19].

**Медикаментозное лечение.** В настоящее время для лечения ГЭРБ применяется «поэтапно снижающееся» лечение (stepdowntreatment).

**Блокаторы протонного насоса.** Лидирующее положение в терапии ГЭРБ занимают антисекреторные препараты. В качестве инициальной терапии любой формы ГЭРБ рекомендуется использовать ингибиторы протонной помпы (ИПП) сначала в двойной дозе, затем в стандартной и наконец в половинной дозе. Это положение – один из выводов итогового доклада конференции экспертов в Генвале. Такая тактика позволяет добиться быстрого улучшения клинической симптоматики, положительной динамики эндоскопических изменений пищевода, способствует сокращению времени и затрат на лечебный курс. Согласно правилу Белла, для заживления эрозий необходимо поддержание рН выше 4,0 не менее 16-22 ч в сутки. По современным представлениям, блокаторы протонного насоса играют ведущую роль в лечении ГЭРБ, а схема их назначения определяется формой заболевания (эрозивная, неэрозивная, пищевод Барретта). При неэрозивной форме ГЭРБ назначаются блокаторы протонного насоса в стандартных дозах. Основной курс лечения составляет 4 недели [24]. Стоит отметить, что исследования по изучению эффективности разных (в том числе и более высоких) доз ИПП у данной категории пациентов ещё проводятся. При эрозивной форме ГЭРБ блокаторы протонного насоса применяются в удвоенных или стандартных дозах [8]. Основной курс лечения продолжается 8 недель, при наличии единичных небольших эрозий длительность терапии может быть уменьшена до 4-х недель. У пожилых пациентов с эрозивным рефлюкс-эзофагитом, а также при наличии внепищеводных синдромов длительность приема ИПП увеличивается до 12 недель. После достижения заживления эрозий пациенты также переводятся на поддерживающий режим лечения – ежедневный прием стандартных доз омепразола 20 мг, или половинных доз рабепразола 10 мг в сутки, или терапию по требованию. ИПП следует принимать за 30 мин. до еды, более эффективным представляется двукратный прием препарата в сутки. Нет достоверных данных, указывающих на существенные различия в эффективности разных представителей ИПП, имеются указания, что приём пантопразола бо-

лее целесообразен у пациентов, принимающих такие препараты, как варфарин, дигоксин, клопидогрель, теофиллин, нифедипин, что связано с отсутствием выраженного лекарственного взаимодействия. Эзомепразол в свою очередь представляется более эффективным при лечении осложнений ГЭРБ (тяжёлые эрозивные эзофагиты, язвы пищевода) [3, 5].

Стандартные дозы ИПП для лечения ГЭРБ представлены в таблице 4 [22].

Таблица 4. – Дозы ИПП для лечения ГЭРБ

ИПП	Доза
Омепразол	20 мг 2 раза в день или 40 мг на ночь
Лансопризол	30 мг 2 раза в день или 60 мг на ночь
Пантопризол	40 мг 2 раза в день или 80 мг на ночь
Рабепразол	10 мг 2 раза в день или 20 мг на ночь
Эзомепразол	20 мг 2 раза в день или 40 мг на ночь

У большинства пациентов, страдающих рефлюксной болезнью, наблюдается ее хроническое рецидивирующее течение. Пациенты, у которых симптоматика не сопровождается развитием эзофагита, нуждаются в приеме препаратов по мере необходимости или терапии по требованию при возникновении симптоматики. Для лиц с наличием эрозивных изменений в пищеводе после успешной их эпителизации риск развития рецидива в течение года составляет 80-90%. Поэтому для такой категории пациентов более целесообразна постоянная терапия ИПП в полновинных дозах. На сегодняшний день эффективность такого лечения продолжает изучаться, идет поиск оптимальных режимов терапии. Решение о длительном поддерживающем лечении должно приниматься с учетом возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений рефлюксной болезни, безопасности терапии и ее стоимости. Ежедневный прием препаратов группы ИПП обеспечивает наилучший долгосрочный контроль симптомов эзофагита [13].

Прокинетики. Прокинетики повышают давление в НПС, улучшают пищеводный клиренс и опорожнение желудка, показаны при нарушении эвакуаторной функции желудка, при дуоденогастроэзофагеальном рефлюксе. Обычно эти препараты применяются в комбинации с блокаторами протонного насоса. Наиболее распространённым прокинетиком является домперидон. Оказывая антагонистическое действие по отношению к периферическим дофаминовым D2-рецепторам, он устраняет ингибирующее влияние дофамина на моторную функцию желудка, что приводит к повышению эвакуаторной активности, улучшению антродуоденальной моторной синергии, повышению тонуса НПС. Вышеперечисленные механизмы обуславливают эффективность домперидона в лечении ГЭРБ. Однако Американская организация по контролю за качеством лекарственных средств и пищевых продуктов (Food and Drug Administration – FDA) не утвердила домперидон в качестве ЛС для лечения ГЭРБ. Отмечено, что при отсутствии замедленной желудочной эвакуации роль прокинетиков в лечении ГЭРБ вызывает сомнение. При хорошем клиническом эффекте возможно использование прокинетиков, однако необходимо учитывать их побочные эффекты. При назначении домперидона следует исключить у пациента синдром удлинения QT из-за возможности развития аритмий и внезапной сердечной смерти, которые отмечаются крайне редко [11].

К эффективным прокинетикам также относят итоприда гидрохлорид. Итоприд уси-

ливает перистальтику пищевода и желудочно-кишечного тракта, повышает тонус НПС, предупреждает возникновение эпизодов спонтанного расслабления НПС после еды, активизирует моторику желудка и ускоряет процесс его опорожнения.

В настоящее время усиленно изучается эффективность в лечении ГЭРБ нового прокинетики – селективного агониста 5-HT<sub>4</sub>-рецепторов тегасерода, хорошо зарекомендовавшего себя при лечении синдрома раздраженного кишечника [13].

H<sub>2</sub>-блокаторы. Сегодня применение H<sub>2</sub>-блокаторов в лечении ГЭРБ ограничено. Их назначение целесообразно для лечения пациентов с феноменом ночного кислотного прорыва при приеме ИПП. Добавление H<sub>2</sub>-блокаторов к терапии ИПП помогает контролировать желудочную секрецию на протяжении всего периода лечения. Всем пациентам с ночной симптоматикой ГЭРБ следует рекомендовать прием H<sub>2</sub>-блокаторов за 30 мин. до ужина, что обеспечивает максимальный ингибирующий эффект на желудочную секрецию.

Антацидные препараты. Антациды у пациентов с ГЭРБ применяются для купирования симптомов изжоги. Кроме того, антациды обладают абсорбирующими свойствами в отношении желчных кислот и лизолецитина при дуоденогастральном рефлюксе. Препараты, содержащие алюминий, в настоящее время уступают место антацидам, в состав которых входит алгиновая кислота (тополкан, гевискон). Алгинаты образуют щелочную пену, плавающую на поверхности желудочного содержимого и забрасываемую в пищевод при каждом ГЭР, быстро купируя изжогу и защищая слизистую пищевода от повреждения.

Терапия при желчном рефлюксе. При наличии у пациента желчного рефлюкса стандартная терапия ГЭРБ малоэффективна. Хотя изолированный желчный рефлюкс при ГЭРБ наблюдается достаточно редко, его наличие резко утяжеляет течение ГЭРБ и снижает эффективность антисекреторной терапии. Проникая в эпителиальные клетки, желчные кислоты способствуют повышению проницаемости клеточных мембран, вызывают их разрушение и гибель клеток. Попадание желчных кислот и лизолецитина на слизистую оболочку желудка сопровождается усилением обратной диффузии ионов водорода и высвобождением гистамина и гастрина. При лечении ГЭРБ, вызванной щелочным или смешанным рефлюксом, показано использование урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в дозе 500 мг в сутки 2 месяца [42]. Применение препарата обосновано также при наличии сопутствующей функциональной диспепсии с дуоденогастральным рефлюксом и гепатобилиарной патологии. Используется также домперидон (мотилиум) 10 мг 3-4 раза в день для нормализации моторики гастродуоденальной зоны [3].

Хирургическое лечение. Хирургические методы лечения с целью предотвращения патологического рефлюкса могут рассматриваться в случае низкой эффективности лекарственной терапии. Основной целью антирефлюксной хирургии является восстановление структуры и функции нижнего пищевого сфинктера. Совершенствование техники лапароскопической хирургии позволило сократить травматичность операций и расширить возможности хирургического лечения. Существуют различные методики оперативного лечения ГЭРБ, но сущность их заключается в восстановлении природного барьера между желудком и пищеводом. Показания для хи-

рургического лечения ГЭРБ окончательно не определены. Чаще всего к ним относят отсутствие эффекта от адекватной консервативной терапии в течение 1-го года; отрицательное воздействие на качество жизни из-за зависимости от приема медикаментов или в связи с их побочными эффектами; тяжелое и осложненное течение заболевания (пищевод Барретта с дисплазией эпителия высокой степени, рефлюкс-эзофагит III или IV степени, стриктуры пищевода, язвы пищевода, повторные пищеводно-желудочные кровотечения, частые аспирационные пневмонии), не поддающееся консервативной терапии; ограничения качества жизни или наличие осложнений, связанных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. При выявлении дисплазии высокой степени у пациентов с пищеводом Барретта решается вопрос о проведении эндоскопического лечения (лазерная или фотодинамическая деструкция, мультиполярная электрокоагуляция участков метаплазированного эпителия, коагуляция аргоновой плазмой, эндоскопическая локальная резекция слизистой

оболочки пищевода) или о хирургическом лечении (резекция пищевода). Отдаленные результаты хирургического лечения ГЭРБ и ее осложнений не гарантируют полного отказа от медикаментозной терапии.

### Заключение

Таким образом, ГЭРБ представляет собой заболевание, которому не всегда уделяется достаточно внимания в условиях повседневной медицинской практики. Актуальными для изучения являются вопросы дифференциальной диагностики, коморбидности и причинно-следственных взаимосвязей между ГЭРБ и патологией со стороны других органов и систем. Дискуссионным остаётся выбор тактики рациональной терапии при разных формах заболевания.

Ранняя диагностика и эффективное лечение ГЭРБ не только существенно улучшают качество жизни пациентов, но также необходимы для предупреждения осложнений и развития патогенетически взаимосвязанных патологических состояний.

### Литература

1. Бронхолегочные и орофарингеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев [и др.] // Consilium Medicum. – 2006. – № 2. – С. 22 – 27.
2. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев [и др.] // Терапевтический архив. – 2007. – №3. – С. 57–66.
3. Воронина, Л.П. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике терапевта : учебно-методическое пособие для врачей / Л.П. Воронина. – Минск, 2009. – 44 с.
4. Зверева, С.И., Еремина, Е.Ю. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / С.И. Зверева, Е.Ю. Еремина // Исток-система GastroScan [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа : <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/6542>. – Дата доступа : 04.05.2014.
5. Зверева, С.И., Еремина, Е.Ю. Распространенность и особенности кардиальных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / С.И. Зверева, Е.Ю. Еремина // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2011. – № 1. – С. 80–90.
6. Ивашкин, В.Т. Современный подход к терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни во врачебной практике / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов // РМЖ : независимое издание для практикующих врачей [Электронный ресурс]. – 2006. – Режим доступа : [http://www.rmj.ru/articles\\_5382.htm](http://www.rmj.ru/articles_5382.htm). – Дата доступа : 31.08.2014.
7. Маев, И.В., Кучерявый, Ю.А. Достижения в диагностике и лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый // Фарматека. – 2007. – № 2. – С. 49–52.
8. Михайлов, А.Н., Римашевский, В.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / А.Н. Михайлов, В.Б. Римашевский // Медицинские новости. – 2011. – № 8. – С. 6–10.
9. Морфологические аспекты сопряженности бронхиальной астмы и гастроэзофагеального рефлюкса / Р.И. Плешко [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2005. – №4. – С. 54–59.
10. Опросник GerdQ – серьезный прорыв в диагностике ГЭРБ // Клиническая фармация [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа : <http://clinical-pharmacy.ru/digest/sovremennie-rekomend/3461-oprosnik-gerdq-sereznyy-proryv-v-diagnostike-gerb.html>. – Дата доступа : 01.06.2014.
11. Пиманов, С.И. Лечение гастроэзофагеальной

### Literatura

1. Bronholegocnyye i orofaringeal'nye pojavlenija gastrojezofageal'noj refljksnoj bolezni / I.V. Maev [i dr.] // Consilium Medicum. – 2006. – № 2. – С. 22 – 27.
2. Vnepishhevodnye pojavlenija gastrojezofageal'noj refljksnoj bolezni / I.V. Maev [i dr.] // Terapevticheskij arhiv. – 2007. – №3. – С. 57–66.
3. Voronina, L.P. Gastrojezofageal'naja refljksnaja bolezni' v praktike terapevta : uchebno-metodicheskoe posobie dlja vrachej / L.P. Voronina. – Minsk, 2009. – 44 s.
4. Zvereva, S.I., Eremina, E.Ju. Gastrojezofageal'naja refljksnaja bolezni' / S.I. Zvereva, E.Ju. Eremina // Istok-sistema GastroScan [Jelektronnyj resurs]. – 2013. – Rezhim dostupa : <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/6542>. – Data dostupa : 04.05.2014.
5. Zvereva, S.I., Eremina, E.Ju. Rasprostranennost' i osobennosti kardial'nyh pojavlenij gastrojezofageal'noj refljksnoj bolezni / S.I. Zvereva, E.Ju. Eremina // Izvestija vysshih uchebnyh zavedenij. Povolzhskij region. Medicinskie nauki. – 2011. – № 1. – С. 80–90.
6. Ivashkin, V.T. Sovremennyj podhod k terapii gastrojezofageal'noj refljksnoj bolezni vo vrachebnoj praktike / V.T. Ivashkin, A.S. Truhmanov // RMZh : nezavisimoe izdanie dlja praktikujushhih vrachej [Jelektronnyj resurs]. – 2006. – Rezhim dostupa : [http://www.rmj.ru/articles\\_5382.htm](http://www.rmj.ru/articles_5382.htm). – Data dostupa : 31.08.2014.
7. Maev, I.V., Kucherjavij, Ju.A. Dostizhenija v diagnostike i lechenii gastrojezofageal'noj refljksnoj bolezni / I.V. Maev, Ju.A. Kucherjavij // Farmateka. – 2007. – № 2. – С. 49–52.
8. Mihajlov, A.N., Rimashevskij, V.B. Gastrojezofageal'naja refljksnaja bolezni' / A.N. Mihajlov, V.B. Rimashevskij // Medicinskie novosti. – 2011. – №8. – С. 6–10.
9. Morfofunkcional'nye aspekty sopryazhonnosti bronhial'noj astmy i gastrojezofageal'nogo refljksa / R.I. Pleshko [i dr.] // Bjulleten' sibirskoj mediciny. – 2005. – № 4. – С. 54–59.
10. Oprosnik GerdQ – ser'joznyj proryv v diagnostike GJeRB // Klinicheskaja farmacija [Jelektronnyj resurs]. – 2013. – Rezhim dostupa : <http://clinical-pharmacy.ru/digest/sovremennie-rekomend/3461-oprosnik-gerdq-sereznyy-proryv-v-diagnostike-gerb.html>. – Data dostupa : 01.06.2014.
11. Pimanov, S.I. Lechenie gastrojezofageal'noj refljksnoj bolezni: kratkij obzor rekomendacij Amerikanskoj gastrojenterologicheskoy asociacii / S.I. Pimanov // Remedium

рефлюксной болезни: краткий обзор рекомендаций Американской гастроэнтерологической ассоциации / С.И. Пиманов // Ремедиум [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа : <http://remedium.ru/section/detail.php?ID=61829>. – Дата доступа : 01.06.2014.

12. Силивончик, Н.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Н.Н. Силивончик // Медицинские новости [Электронный ресурс]. – 2006. – Режим доступа : <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=589>. – Дата доступа : 01.06.2014.

13. Соломенцева, Т.А. Пищеводный рефлюкс: что необходимо знать практическому врачу / Т.А. Соломенцева // Здоров'я України [Электронный ресурс]. – 2007. – Режим доступа : <http://health-ua.com/articles/2185.html>. – Дата доступа : 04.05.2014.

14. Физиология пищевода // Всё о заболеваниях пищевода [Электронный ресурс]. – 2005. – Режим доступа : <http://www.esophagealcancer.ru/ehmbriologija/topograficheskaja.html>. – Дата доступа : 04.05.2014.

15. Шептулин, А.А., Киприанис, В.А. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.А. Шептулин, В.А. Киприанис // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – №5. – С. 10–15.

16. 24-h multichannel intraluminal impedance-pH monitoring may be an inadequate test for detecting gastroesophageal reflux in patients with mixed typical and atypical symptoms / M.S. Han [et al.] // Surg. Endosc. – 2014. – № 3. – P. 37–39.

17. Barbero, G.J. Gastroesophageal reflux and upper airway disease / G.J. Barbero // Otolaryngol. Clin. North Am. – 1996. – Vol. 29, № 1. – P. 27–38.

18. Bell, N.J.V., Burget, D., Howden, C.W. Appropriate acid suppression for the management of gastro-esophageal reflux disease / N.J.V. Bell, D. Burget, C.W. Howden // Digestion. – 1992. – № 51. – P. 59–67.

19. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease / D. Festi [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 15, № 14. – P. 1690–1701.

20. Boeckxstaens, G., El-Serag, H. Republished: Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future / G. Boeckxstaens, H. El-Serag // Postgrad. Med. J. – 2015. – № 91. – P. 46–54.

21. Chauhan, A., Petch, M.C., Schofield, P.M. Cardioesophageal reflux in humans as a mechanism for “linked angina” / A. Chauhan, M.C. Petch, P.M. Schofield // Eur. Heart J. – 1996. – № 17. – P. 407–413.

22. Continuous treatment of Barrett’s oesophagus patients with proton pump inhibitors up to 13 years: observations on regression and cancer incidence / B.T. Cooper [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – № 23. – P. 727–733.

23. Current perspectives on reflux laryngitis / D. Asaoka [et al.] // Clin. J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 7, № 6. – P. 471–475.

24. Demography and Treatment Response in Patients with Predominant Non-erosive Reflux Disease or Functional Dyspepsia / H. Miwa [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2015. – № 1. – P. 8–13.

25. Does a relationship still exist between gastroesophageal reflux and Helicobacter pylori in patients with reflux symptoms? / M. Grande [et al.] // World J. Surg. Oncol. – 2014. – Vol. 12, № 1. – P. 375.

26. Effects of Anxiety and Depression in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease / B.F. Kessing [et al.] // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2014. – № 12. – P. 34–36.

27. Endoscope versus microscope in the diagnosis of

[Jelektronnyj resurs]. – 2014. – Режим доступа : <http://remedium.ru/section/detail.php?ID=61829>. – Дата доступа : 01.06.2014.

12. Silivonchik, N.N. Gastrojezofageal'naja refljuksnaja bolezn' / N.N. Silivonchik // Medicinskie novosti [Jelektronnyj resurs]. – 2006. – Режим доступа : <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=589>. – Дата доступа : 01.06.2014.

13. Solomenceva, T.A. Pishhevodnyj refljuks: chto neobhodimo znat' prakticheskomu vrachu / T.A. Solomenceva // Zdorov'ja Ukraini [Jelektronnyj resurs]. – 2007. – Режим доступа : <http://health-ua.com/articles/2185.html>. – Дата доступа : 04.05.2014.

14. Fiziologija pishhevoda // Vsjo o zabolevanijah pishhevoda [Jelektronnyj resurs]. – 2005. – Режим доступа : <http://www.esophagealcancer.ru/ehmbriologija/topograficheskaja.html>. – Дата доступа : 04.05.2014.

15. Sheptulin, A.A., Kiprianis, V.A. Vnepishhevodnye projavlenija gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezn' / A.A. Sheptulin, V.A. Kiprianis // Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii. – 2005. – №5. – S. 10–15. 16 24-h multichannel intraluminal impedance-pH monitoring may be an inadequate test for detecting gastroesophageal reflux in patients with mixed typical and atypical symptoms / M.S. Han [et al.] // Surg. Endosc. – 2014. – № 3. – P. 37–39.

17. Barbero, G.J. Gastroesophageal reflux and upper airway disease / G.J. Barbero // Otolaryngol. Clin. North Am. – 1996. – Vol. 29, № 1. – P. 27–38.

18. Bell, N.J.V., Burget, D., Howden, C.W. Appropriate acid suppression for the management of gastro-esophageal reflux disease / N.J.V. Bell, D. Burget, C.W. Howden // Digestion. – 1992. – № 51. – P. 59–67.

19. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease / D. Festi [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 15, № 14. – P. 1690–1701.

20. Boeckxstaens, G., El-Serag, H. Republished: Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future / G. Boeckxstaens, H. El-Serag // Postgrad. Med. J. – 2015. – № 91. – P. 46–54.

21. Chauhan, A., Petch, M.C., Schofield, P.M. Cardioesophageal reflux in humans as a mechanism for “linked angina” / A. Chauhan, M.C. Petch, P.M. Schofield // Eur. Heart J. – 1996. – № 17. – P. 407–413.

22. Continuous treatment of Barrett’s oesophagus patients with proton pump inhibitors up to 13 years: observations on regression and cancer incidence / B.T. Cooper [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – № 23. – P. 727–733.

23. Current perspectives on reflux laryngitis / D. Asaoka [et al.] // Clin. J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 7, № 6. – P. 471–475.

24. Demography and Treatment Response in Patients with Predominant Non-erosive Reflux Disease or Functional Dyspepsia / H. Miwa [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2015. – № 1. – P. 8–13.

25. Does a relationship still exist between gastroesophageal reflux and Helicobacter pylori in patients with reflux symptoms? / M. Grande [et al.] // World J. Surg. Oncol. – 2014. – Vol. 12, № 1. – P. 375.

26. Effects of Anxiety and Depression in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease / B.F. Kessing [et al.] // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2014. – № 12. – P. 34–36.

27. Endoscope versus microscope in the diagnosis of esophageal non-erosive reflux disease: a study of 71 cases / P. Arul [et al.] // Malays. J. Pathol. – 2014. – Vol. 36, № 3. – P. 181–188.

28. Eosinophils in the GI tract: How many is too many and

- esophageal non-erosive reflux disease: a study of 71 cases / P. Arul [et al.] // *Malays. J. Pathol.* – 2014. – Vol. 36, № 3. – P. 181–188.
28. Eosinophils in the GI tract: How many is too many and what do they mean? / R.K. Yantiss [et al.] // *Mod. Pathol.* – 2015. – Vol. 28, № 1. – P. 7–21.
29. Eslick, G.D. Noncardiac chest pain : epidemiology, natural history, health care seeking, and quality of life / G.D. Eslick // *Gastroenterol. Clin. North Am.* – 2004. – Vol. 33, № 1. – P. 1–23.
30. Food allergy and eosinophilic esophagitis: what do we do? / M. Chehade [et al.] // *J Allergy Clin. Immunol. Pract* – 2015. – Vol. 3, № 1. – P. 25–32.
31. Koufman, J.A. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease / J.A. Koufman // *Laryngoscope.* – 1991. – Vol. 101, № 4. – P. 75–78.
32. Laparoscopic Nissen repair: indications techniques and long-term benefits / K.H. Fuchs [et al.] // *Lanqenbecks Arch. Surg.* – 2005. – Vol. 390, №3. – P. 197–202.
33. Minimal change esophagitis: prospective comparison of endoscopic and histological markers between patients with non-erosive reflux disease and normal controls using magnifying endoscopy / R. Kiesslich [et al.] // *Dig. Dis.* – 2004. – № 22. – P. 221–227.
34. Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vakil [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2006. – № 101. – P. 1900–1920.
35. Nasopharyngeal pH monitoring in chronic sinusitis patients using a novel four channel probe / I.W.Y. Wong [et al.] // *Laryngoscope.* – 2004. – Vol. 114, № 9. – P. 1582 – 1586.
36. Non-erosive and erosive gastroesophageal reflux diseases: no difference with regard to reflux pattern and motility abnormalities / J. Martinek [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2008. – № 43. – P. 794–800.
37. Outcome of nonerosive gastro-esophageal reflux disease patients with pathological acid exposure / F. Pace [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2009. – Vol. 45, № 15. P. 5700–5705.
38. Overlap of symptoms of gastroesophageal reflux disease, dyspepsia and irritable bowel syndrome in the general population / S. Rasmussen [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 50, № 2. – P. 162–169.
39. Physical and pH properties of gastroesophagopharyngeal refluxate: a 24- hour simultaneous ambulatory impedance and pH-monitoring study / O. Kawamura [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 99, № 6. – P. 1000–1010.
40. Predictive factors of response to proton pump inhibitors in korean patients with gastroesophageal reflux disease / S.E. Kim [et al.] // *J. Neurogastroenterol. Motil.* – 2015. – Vol. 21, № 1. – P. 69–77.
41. Prevalence of bile reflux in gastroesophageal reflux disease patients not responsive to proton pump inhibitors / L. Monaco [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2009. – Vol. 15, № 3. – P. 334–338.
42. Qadeer, M.A., Colabianchi, N., Vaesi, M.F. Is GERD a risk factor for laryngeal cancer? / M.A. Qadeer, N. Colabianchi, M.F. Vaesi // *Laryngoscope.* – 2005. – Vol. 115, № 3. – P. 486 – 491.
43. Ribó, P., Pacheco, A. Gastroesophageal reflux as a cause of chronic cough, severe asthma, and migratory pulmonary infiltrates / P. Ribó, A. Pacheco // *Respirol. Case Rep.* – 2014. – № 2. – P. 1–3.
44. Sontag, S.J. Gastroesophageal reflux and asthma / S.J. Sontag // *Am. J. Med.* – 1997. – Vol. 103, № 5A. – P. 84–90.
45. Storr, M., Meining, A. Pathophysiology and pharmacological treatment of GERD / M. Storr, A. Meining // *Dig. Dis.* – 2000. – Vol. 18, № 2. – P. 93–102.
- what do they mean? / R.K. Yantiss [et al.] // *Mod. Pathol.* – 2015. – Vol. 28, № 1. – P. 7–21.
29. Eslick, G.D. Noncardiac chest pain : epidemiology, natural history, health care seeking, and quality of life / G.D. Eslick // *Gastroenterol. Clin. North Am.* – 2004. – Vol. 33, № 1. – P. 1–23.
30. Food allergy and eosinophilic esophagitis: what do we do? / M. Chehade [et al.] // *J Allergy Clin. Immunol. Pract* – 2015. – Vol. 3, № 1. – P. 25–32.
31. Koufman, J.A. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease / J.A. Koufman // *Laryngoscope.* – 1991. – Vol. 101, № 4. – P. 75–78.
32. Laparoscopic Nissen repair: indications techniques and long-term benefits / K.H. Fuchs [et al.] // *Lanqenbecks Arch. Surg.* – 2005. – Vol. 390, №3. – P. 197–202.
33. Minimal change esophagitis: prospective comparison of endoscopic and histological markers between patients with non-erosive reflux disease and normal controls using magnifying endoscopy / R. Kiesslich [et al.] // *Dig. Dis.* – 2004. – № 22. – P. 221–227.
34. Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vakil [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2006. – № 101. – P. 1900–1920.
35. Nasopharyngeal pH monitoring in chronic sinusitis patients using a novel four channel probe / I.W.Y. Wong [et al.] // *Laryngoscope.* – 2004. – Vol. 114, № 9. – P. 1582 – 1586.
36. Non-erosive and erosive gastroesophageal reflux diseases: no difference with regard to reflux pattern and motility abnormalities / J. Martinek [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2008. – № 43. – P. 794–800.
37. Outcome of nonerosive gastro-esophageal reflux disease patients with pathological acid exposure / F. Pace [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2009. – Vol. 45, № 15. P. 5700–5705.
38. Overlap of symptoms of gastroesophageal reflux disease, dyspepsia and irritable bowel syndrome in the general population / S. Rasmussen [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 50, № 2. – P. 162–169.
39. Physical and pH properties of gastroesophagopharyngeal refluxate: a 24- hour simultaneous ambulatory impedance and pH-monitoring study / O. Kawamura [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 99, № 6. – P. 1000–1010.
40. Predictive factors of response to proton pump inhibitors in korean patients with gastroesophageal reflux disease / S.E. Kim [et al.] // *J. Neurogastroenterol. Motil.* – 2015. – Vol. 21, № 1. – P. 69–77.
41. Prevalence of bile reflux in gastroesophageal reflux disease patients not responsive to proton pump inhibitors / L. Monaco [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2009. – Vol. 15, № 3. – P. 334–338.
42. Qadeer, M.A., Colabianchi, N., Vaesi, M.F. Is GERD a risk factor for laryngeal cancer? / M.A. Qadeer, N. Colabianchi, M.F. Vaesi // *Laryngoscope.* – 2005. – Vol. 115, № 3. – P. 486 – 491.
43. Ribó, P., Pacheco, A. Gastroesophageal reflux as a cause of chronic cough, severe asthma, and migratory pulmonary infiltrates / P. Ribó, A. Pacheco // *Respirol. Case Rep.* – 2014. – № 2. – P. 1–3.
44. Sontag, S.J. Gastroesophageal reflux and asthma / S.J. Sontag // *Am. J. Med.* – 1997. – Vol. 103, № 5A. – P. 84–90.
45. Storr, M., Meining, A. Pathophysiology and pharmacological treatment of GERD / M. Storr, A. Meining // *Dig. Dis.* – 2000. – Vol. 18, № 2. – P. 93–102.
46. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux /

46. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux / A.B. Chang [et al.] // *BMJ*. – 2006. – Vol. 332, №1. – P. 11–17.
47. The effect of antireflux treatment on the frequency of awakenings from sleep in patients with Gastroesophageal reflux disease / L.K. Jha [et al.] // *Neurogastroenterol Motil.* – 2014. – № 12. – P. 10–14.
48. The prevalence of helicobacter pylori infection in patients with reflux esophagitis - our experience / Z. Gashi [et al.] // *Med. Arch.* – 2013. – Vol. 67, № 6. – P. 402–404.
49. Upper gastrointestinal symptoms in medical professionals: a higher burden? / J.A. Barkin [et al.] // *South Med. J.* – 2015. – Vol. 108, № 1. – P. 39–45.
50. Vaezi, M.F. Ambulatory Monitoring for Gastroesophageal Reflux Disease: Where Do We Stand? / M.F. Vaezi // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2014. – № 5. – P. 19–23.
- A.B. Chang [et al.] // *BMJ*. – 2006. – Vol. 332, №1. – P. 11–17.
47. The effect of antireflux treatment on the frequency of awakenings from sleep in patients with Gastroesophageal reflux disease / L.K. Jha [et al.] // *Neurogastroenterol Motil.* – 2014. – № 12. – P. 10–14.
48. The prevalence of helicobacter pylori infection in patients with reflux esophagitis - our experience / Z. Gashi [et al.] // *Med. Arch.* – 2013. – Vol. 67, № 6. – P. 402–404.
49. Upper gastrointestinal symptoms in medical professionals: a higher burden? / J.A. Barkin [et al.] // *South Med. J.* – 2015. – Vol. 108, № 1. – P. 39–45.
50. Vaezi, M.F. Ambulatory Monitoring for Gastroesophageal Reflux Disease: Where Do We Stand? / M.F. Vaezi // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2014. – № 5. – P. 19–23.

## GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: CLAASIFICATION, CLINICAL PRESENTATION, DIAGNOSIS, TREATMENT GUIDELINES (LITERATURE REVIEW, PART 2)

<sup>1</sup>Shyshko V.I., <sup>2</sup>Petrulevich Y.Y.

<sup>1</sup>Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

<sup>2</sup>Health Care Institution «Central City Polyclinic of Grodno», Grodno, Belarus

---

*This article presents literature review on the problem of gastroesophageal reflux disease. The second part of the article describes classification, typical and atypical clinical manifestations of the disease, diagnostic and treatment guidelines.*

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, gastrointestinal canal, esophagus, reflux, esophagitis.

---

Адрес для корреспонденции: e-mail: vshyshko@mail.ru

Поступила 02.02.2015