

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: КЛИНИКА ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Л.В. Журавлева

Харьковский национальный медицинский университет

Активное изменение социально-экономической структуры современного общества, проявляющееся стремительной урбанизацией, ускорением темпа жизни и негативного стрессорного влияния, прямо сказывается на состоянии здоровья человечества. Все более заметен рост частоты гастроэнтерологических заболеваний, среди которых особое место занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) - ведущая патология, как по частоте, так и по спектру осложнений.

Актуальность проблемы ГЭРБ заключается в ее высокой распространенности, наличии как типичных симптомов, так и нетипичных клинических проявлений, которые затрудняют диагностику ГЭРБ, приводя к своей очереди к гипердиагностике таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца. ГЭРБ способна ухудшать течение бронхиальной астмы, хронического обструктивного заболевания легких, а так же черевата развитием тяжелых жизнеугрожающих осложнений (стриктуры пищевода, кровотечения из эрозий и язв пищевода). Особую значимость ГЭРБ приобрела в последние годы, когда пристальное внимание было обращено ее грозное осложнение - пищевод Баретта, который увеличивает риск развития аденокарциномы пищевода. Стриктуры и язвы пищевода имеют распространенность, что примерно составляет 0,1% и 0,05% соответственно, и оба вида осложнений ассоциированы с белой расой, мужским полом и увеличением возраста [4]. За последние десять лет в 2-3 раза чаще стали фиксировать проявления тяжелых рефлюкс-эзофагит (РЭ). Частота в популяции которых составляет 2-4% [7]. Рост частоты ГЭРБ и ее осложнений требует активного ее изучения, необходимости внедре-

ния современных алгоритмов диагностики, лечения и профилактики заболевания и его осложнений.

Определение. Монреальская дефиниция гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) трактует это заболевание как "состояние, развивающееся, когда рефлюкс желудочного содержимого приводит к появлению жалоб, беспокоящих пациента, и/или развитию осложнений" [31].

Эпидемиология. В последние годы, по статистическим данным, отмечается тенденция еще к более резкому повышению частоты возникновения ГЭРБ, что начинает приобретать характер эпидемии: изжога (основной симптом ГЭРБ) беспокоит 17,8-42,4% населения стран Северной Америки и Европы, из них 7% - ежедневно, 14% - не реже 1 раза в неделю, в Японии это заболевание регистрируется в 4% случаев и 4,6% в Сингапуре, до 23% в Великобритании [2], минимальное количество случаев зарегистрировано в Китае - 2,5% [7]. По данным многоцентрового исследования проведенного в России, на изжогу жалуются 59,8% респондентов, из них часто и постоянно 16,5% [3]. В Украине (по данным западного региона) на изжогу жалуются - 30%, из них 1 раз в неделю - 17,3%, ежедневно - 3,8% [5]. В одном из исследований высказано предположение о наличии связи между увеличением возраста и уменьшением выраженности отмечаемых симптомов, характерных для рефлюкса, но увеличением случаев более тяжелой формы эзофагита [3].

Следует отметить, что ГЭРБ значительно ухудшает качество жизни пациентов, вне зависимости от расы и контингента [6].

К тому же ГЭРБ является достаточно серьезной экономической проблемой для системы здравоохранения. Так, например в США, суммарные расходы на ведение пациентов с ГЭРБ занимают первое место среди всей гастроэнтерологической патологии [8].

Факторы риска развития ГЭРБ. Существует множество факторов, способных вызвать ГЭРБ, в частности - несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера (НПС): прием в пищу продуктов и лекарственных препаратов содержащих кофеин (кофе, кола, чай, кофальгин и др.), прием медикаментозных препаратов снижающих тонус НПС (нитраты, β- адре-

номиметики, М-холинолитики, миотропные спазмолитики, теофиллин, допамин, антидепрессанты, нестероидные противовоспалительные препараты и др.). Курение способствует снижению тонуса НПС, ожирение - в последнее время рассматривают как предрасполагающий фактор развития ГЭРБ. Алкоголь не только способствует снижению тонуса НПС, но и повреждает слизистую оболочку пищевода. Так же к факторам риска относят: вегетативную нейропатию развивающаяся вследствие сахарного диабета, непосредственное повреждение мышц пищевода при склеродермии, беременность (снижение тонуса НПС обусловлено увеличением концентрации в крови женских половых гормонов), частый интенсивный кашель, экспираторная одышка (у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких), ношение тугих поясов, бондажей, быстрый обильный прием пищи, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, чрезмерное употребление в пищу жира, шоколада, газированных напитков, мучных изделий, работа, связанная с частыми наклонами, подъемом тяжести и др. Следует особо подчеркнуть опасность гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) у больных с циррозом печени, т.к. он может приводить к тяжелому кровотечению при: раздражении рефлюктатом выривно расширенных вен пищевода, локализованных обычно в дистальном отделе пищевода, то есть в зоне традиционного контакта с рефлюктатом [1]

Основные факторы патогенеза.

1. Увеличение частоты ГЭР и объема рефлюктата вследствие снижения функции антирефлюксного барьера НПС, которое может происходить в результате:

- Снижения тонуса НПС;
 - Полной или частичной деструкции НПС;
 - Увеличение внутриполостного давления в брюшной полости и в желудке;
 - Укорочение интраабдоминального сегмента пищевода;
2. Снижение клиренса пищевода:
- Химического - вследствие уменьшения выработки слюны и нейтрализующего действия бикарбонатов пищеводной слизи;
 - Объемного - из-за ослабления пищеводной перистальтики и, как следствие, замедление его самоочищения от рефлюктата;

3. Преобладание факторов агрессии над факторами защиты слизистой оболочки пищевода;

4. Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка: замедление опорожнения желудка приводит к его растяжению, способствует развитию рефлюкса;

5. Снижение тканевой резистентности пищевода: нарушение его функциональной и структурной целостности, ухудшение его кровоснабжения.

Довольно часто ГЭР сочетается с дуоденогастральным рефлексом (ДГР), в этом случае в забрасываемом в пищевод содержимом имеются желчные кислоты и лизолецитин, которые повреждают защитный слой с поверхности слизистой оболочки пищевода, обнажая ее и делая уязвимой для пепсина.

Более упрощенно патогенез ГЭРБ можно представить представить в виде своеобразных "весов", на одной чаше которых расположены факторы "агрессии", на другой - факторы "защиты". Обычно такая схема используется при описании патогенеза язвенной болезни. С учетом того факта, что ГЭРБ также является кислотозависимым заболеванием, применение такой схемы выглядит логично (Рис.1).


| | | |
|--|---|--|
| <p>Факторы агрессии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ГЭР (кислотный, щелочной) 2. Гиперсекреция НСІ. 3. Агрессивное воздействие лизолецитина и желчных кислот. 4. Лекарственные препараты. |  | <p>Факторы защиты</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Эффективный клиренс. 2. Антирефлюксная функция НПС. 3. Резистентность слизистой оболочки. 4. Своевременная эвакуация желудочного содержимого. 5. Некоторые продукты питания. |
|--|---|--|

Рис. 1. Патогенез гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Клиническая картина. Согласно МКБ-10 ГЭРБ подразделяют на ГЭРБ с эзофагитом и ГЭРБ без эзофагита.

В клинической практике выделяют 3 варианта течения заболевания:

- Эндоскопически негативная рефлюксная болезнь (неэрозивная рефлюксная болезнь - НЭРБ) без видимых поражений пищевода, встречается у 50-65% пациентов;

- Эндоскопически позитивная рефлюксная болезнь (эрозивная рефлюксная болезнь - ЭРБ) протекающая с признаками эзофагита, встречается у 25-40% пациентов;

- Пищевод Баретта.

Симптоматика ГЭРБ довольно вариабельна по частоте возникновения, интенсивности и продолжительности тех или иных симптомов. В начальных стадиях ГЭРБ нет параллелей между выраженностью клинических проявлений болезни и наличием или отсутствием патологических изменений слизистой оболочки пищевода, свидетельствующих о наличии эзофагита. Однако по мере прогрессирования ГЭРБ количество симптомов, считающихся характерными для ГЭРБ, начинает возрастать, частота их появления и интенсивность увеличиваются. Один из признаков появления рефлюкс-эзофагита - исподволь развивающаяся привычка запивать пищу водой или принимать несколько глотков воды после выкуренной сигареты. Изжога - один из основных, наиболее часто встречающихся симптомов ГЭРБ. Под понятием "изжога" обычно понимают своеобразное чувство жжения или тепла различной интенсивности и продолжительности, возникающее за грудиной (на уровне нижней ее трети) и/или в подложечной области. Изжога усиливается при наклонах туловища, а также при горизонтальном положении больных. Чаще всего изжога возникает в результате продолжительного контакта кислого содержимого желудка (рН менее 4,0) со слизистой оболочкой пищевода. Однако появление изжоги возможно и у больных с повышенной чувствительностью пищевода к растяжению или к механическому раздражению слизистой оболочки пищевода. Следует помнить, что при выраженных пептических стриктурах пищевода больные ГЭРБ отмечают уменьшение частоты и интенсивности изжоги. Боли за грудиной - один из наиболее частых симптомов ГЭРБ (реже в эпигастральной области). Боли, появляющиеся за грудиной и других отделах грудной клетки, чаще всего в ее левой половине, нередко рассматриваются как "стенокардические". Боли в грудной клетке при ГЭРБ могут локализоваться не только за грудиной или несколько левее

ее, нередко могут распространяться и на ее другие отделы. В частности, у некоторых больных ГЭРБ возможно появление различных по интенсивности болей в грудной клетке, локализующихся лишь в ее задней части, на уровне грудины, возникающих нередко даже после выкуренной сигареты или в положении лежа, особенно по ночам. Прием антацидных препаратов, изменение положения тела (переход из горизонтального в вертикальное положение) оказывают положительный эффект - больные отмечают исчезновение (уменьшение интенсивности) болей; в подобных случаях прием валокардина или корвалола, со слов больных, не дает эффекта. Боли за грудиной и/или в других отделах грудной клетки при ГЭРБ отличаются от коронарных болей и отсутствием связи с физическим и эмоциональным напряжением, неэффективностью применения, и приемом более эффективных коронарорасширяющих средств, включая и нитроглицерин, уменьшением болей после ходьбы. Вероятность появления болей за грудиной и в подложечной области увеличивается при возникновении и прогрессировании пептической стриктуры пищевода. В отличие от больных со злокачественным сужением пищевода у больных с доброкачественной стриктурой пищевода относительно долго не снижается масса тела. Отрыжка - также один из наиболее частых симптомов ГЭРБ, однако обычно меньше беспокоящий больных. Отрыжка часто усиливается после приема пищи, особенно во второй половине дня, и употребления газированных напитков. Иногда отрыжка сочетается со срыгиванием пищи, особенно при физическом напряжении, наклонах туловища, в положении лежа. Типичные клинические проявления ГЭРБ возможны и при отсутствии рефлюкс-эзофагита (у больных с эндоскопически "негативной" ГЭРБ). Реже при ГЭРБ отмечаются и симптомы, ассоциируемые с нарушением моторики верхних отделов ЖКТ, включая пищевод, и/или с гиперчувствительностью желудка к растяжению - чувство раннего (преждевременного) насыщения, тяжести, растяжения, переполнения и вздутия, возникающих в эпигастральной области непосредственно во время или сразу после приема пищи, не-

редко объединяемые в единый термин "дискомфорт", которые встречаются в 50-60% случаев. Следует отметить, что комплекс этих симптомов наблюдается не часто, чаще всего встречаются 1-3 (отмеченных) ассоциированных симптома. При ГЭРБ возможно появление тошноты, слюнотечения. Такие симптомы, как метеоризм, боли в животе, тошнота, отрыжка, иногда объединяют в единый термин "несварение". Наряду с этими симптомами возможно появление одинофагии и рефлюксной дисфагии (появление изжоги во время полового акта). При прогрессировании болезни у части больных появляется и дисфагия. Под дисфагией обычно понимают расстройство глотания, нарушение движения пищевого комка по глотке и пищеводу, обусловленное задержкой пищи в этих органах. На ранних стадиях ГЭРБ дисфагия обычно не постоянна и, очевидно, в значительной степени связана с гипермоторной дискинезией пищевода. Перед возникновением выраженных симптомов дисфагии возможно появление и слабо выраженных признаков дисфагии - чувство "кома" за грудиной, возникновение ощущения прохождения горячей пищи и/или "царапанье" при прохождении пищевого комка по пищеводу. Типичная постоянная дисфагия при ГЭРБ обычно возникает при появлении стриктуры пищевода. Однако дисфагия возможна у больных ГЭРБ и при отсутствии стриктуры пищевода. Дисфагия может сопровождаться появлением болей. Возникновение последних нередко рассматривается как появление одинофагии, свидетельствующей о возможном "присоединении" к ГЭРБ (у части больных) кандидоза или простого герпеса. Однако такое сочетание встречается довольно редко. Быстро прогрессирующая дисфагия в сочетании со снижением массы тела - один из признаков уже появившейся и развившейся аденокарциномы пищевода и/или кардии желудка [1-3,7,9].

Диагностика. В большинстве случаев ГЭРБ может быть диагностирована на основании наличия описанных типичных клинических проявлений. Но для уточнения и верификации диагноза необходимо применение инструментальных методов диагностики.

В настоящее время используется достаточно большое количество диагностических средств, для диагностики ГЭРБ, однако точ-

ность различных подходов и их применение в диагностике данной патологии окончательно не установлена. К имеющимся в настоящее время средствам диагностики относятся: эндоскопию, оценку симптомов, рентгенографию пищевода с использованием бариевой взвеси, амбулаторный мониторинг pH и пробу с ингибиторами протонной помпы (ИПП). Проведение эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ является высокоспецифическим методом для выявления эзофагита (90-95%) [10], однако для диагностики ГЭРБ имеет диагностическую чувствительность всего около 50% [12]. С помощью эндоскопии можно диагностировать любое осложнение заболевания, например наличие стриктур пищевода, наличие пищевода Баретта. В последнее время были разработаны ультратонкие эндоскопы, которые можно вводить через ротовую или носовую полость. Этот вариант диагностики является достаточно точным, не вызывает у пациентов дискомфорта [14]. Однако ссылаясь на опыт авторов исследования, этот метод не нашел широкого распространения среди практикующих врачей. Одним из важнейших достижений эндоскопической диагностики последних лет является разработка видеотелеметрической капсулы. Ее маленькие размеры позволяют пациентам легко ее проглотить для проведения исследования [11]. В перспективе этот метод может служить альтернативой традиционной эндоскопии [15].

Что касается оценки симптомов, то изжога и отрыжка являются основными симптомами заболевания [13]. Согласно мнению авторов этого исследования, установить диагностическую точность использования симптомов изжоги или отрыжки для диагностики заболевания, представляет некоторые трудности. Однако результаты некоторых исследований указывают на большую пользу такого подхода [21]. В одном из систематических обзоров [16], в котором обнаружено 7 исследований [26,27], посвященные оценке диагностической точности заболевания у 5134 пациентов. Характерные для рефлюкса симптомы способствуют постановке диагноза, однако, по мнению многих авторов, они имеют недостаточную специфичность, а также у многих пациентов с нетипичной симптоматикой поражения верхних отделов ЖКТ, может иметься ГЭРБ.

Диагностическая ценность суточного pH-мониторинга у пациентов, при эндоскопии которых патологии не выявлено,

составляет около 60% при специфичности 85% -90% [17]. При использовании рН-зонда можно измерять только кислотность, поэтому нельзя выявить эпизоды некишечного рефлюкса [17-18]. В настоящее время разработан многоканальный внутриполостной мониторинг импеданса с использованием рН-сенсоров для определения кислого, слабо кислого и некишечного рефлюкса [25,28]. Однако эта методика требует дальнейших исследований для оценки ее диагностической точности в условиях клиники. Так же разработан метод беспроводных приборов. Прибор размером с капсулу фиксируют при помощи эндоскопа. С помощью этой капсулы регистрируются показатели рН и передаются с помощью радиотелеметрии. Но в настоящее время накоплено недостаточно данных относительно нормальных контрольных значений для этого метода с использованием беспроводной системы [19,29]. Рентгенография пищевода с бариевой взвесью является относительно дешевым и менее инвазивным методом по сравнению с эндоскопическим исследованием. Это исследование имеет информативность для диагностики тяжелой формы эзофагита, но теряет диагностическую ценность при легких формах заболевания [22-23]. Рентгенографический метод не обладает достаточной чувствительностью и специфичностью для диагностики ГЭРБ, но его применение помогает обнаружить легкую степень стеноза пищевода и нарушения его двигательной активности. Также в современных методах диагностики используется проба с ИПП. Поскольку ГЭРБ - это кислотозависимое заболевание, поэтому если симптомы устраняются при угнетении продукции соляной кислоты, то высока вероятность наличия ГЭРБ у пациента. В одном систематическом обзоре [20,24,], было выявлено 15 исследований, в которых изучали диагностическую точность проведения стандартной или высокодозной терапии ИПП в течение 1-4 недель в диагностике заболевания. Обобщенные данные были удовлетворительными - 78%, однако специфичность была низкой - 54%, что установлено при его сравнении с амбулаторным мониторингом суточного рН, как эталонного метода.

Лечение. В качестве первой линии при лечении ГЭРБ предполагается использование кислотосупрессивной терапии, в частно-

сти ИПП. Однако, основываясь на данных метаанализа, на первом этапе "самолечения" могут быть использованы антациды или альгинаты ("терапия спасения"), а так же блокаторы H-2 рецепторов гистамина и ИПП [32-33]. Необходимо отметить, что настоящий алгоритм лечения предусматривает назначение медикаментозного лечения при возникновении эпизодов изжоги даже один раз в неделю. Подавление продукции соляной кислоты является основой, как краткосрочной, так и длительной терапии заболевания. Высокий интерес представляют данные Кокрановского систематического обзора [29-31], в котором оценивали эффективность медикаментозной терапии эзофагита течение 4-8 недель. Проведено 5 испытаний, в которых сравнивали ИПП с плацебо.

У 635 пациентов. ИПП были эффективнее плацебо по лечению эзофагита [31-32]. В обзоре также обнаружено 26 испытаний с участием 4064 пациентов, у которых сравнивали ИПП с блокаторами H-2 рецепторов гистамина. Терапия ИПП была эффективнее, чем терапия с применением блокаторов H-2 рецепторов гистамина в лечении эзофагита течение 4-8 недель [27,33]. Проведено одиночные испытания по оценке терапии прокинетики, в которых установлено, что они имеют низкую эффективность при лечении пациентов с эзофагитом. Так же есть данные одного испытания, по данным которого, терапия ИПП в сравнении с плацебо повышает качество жизни, уменьшает выраженность нарушений сна и повышает работоспособность [30]. В противном Кокрановского систематическом обзоре сообщалось о том, что терапия ИПП эффективнее плацебо и терапии блокаторами H-2 рецепторов гистамина при эндоскопично негативной форме рефлюксной болезни и недиагностированных симптомов рефлюкса, хотя достигнутый эффект не был столь выраженным, как при эзофагите [11-12]. Так же есть данные, что при угнетении продукции соляной кислоты устранения симптомов удастся достичь у меньшего числа пациентов с неэрозивную рефлюксной болезнью, чем у больных эзофагит [18]. В одном из систематических обзоров [16-17] изучали эффективность терапии "по требованию". В вышеуказанном обзоре выявлено 5 испытаний, в

которых изучалась терапия "по требованию" с применением блокаторов H-2 рецепторов гистамина, и во всех испытаниях была продемонстрирована более высокая эффективность такого лечения по сравнению с плацебо. Также оценивались результаты 5 испытаний терапии "по требованию" с применением ИПП, в которых было установлено, что пациенты принимавших лекарственный препарат в течение 33-50% времени, при этом 70-93% из них желали продолжить лечение. В этих исследованиях также была продемонстрирована значительно более высокая эффективность ИПП в поривняннии с плацебо. По данным одного из исследований, были высказаны предположения, что результатами лечения не более довольны пациенты ГЭРБ, принимавших ИПП непрерывно, чем те, кто принимал препараты по требованию, однако эти различия были незначительными [148,158]. Есть данные 2 систематических обзоров [21], в которых изучали вне пищеводные проявления ГЭРБ. Однако результаты этих обзоров не указывают в пользу лечения, направленного на подавление продукции соляной кислоты при хроническом кашле [25] или астматических состояниях [26], хотя, по мнению авторов, для этого необходимо получить больше данных.

Наряду с медикаментозным лечением ГЭРБ последнее время растет интерес к новым методам эндоскопической и хирургической терапии в лечение пациентов с этим заболеванием. К эндоскопичних методам относят: использование аппаратов, сшивают нижний пищеводный сфинктер; эндоскопичне применения радиочастотного воздействия на дистальный отдел пищевода инъекция средств, увеличивающих объем, в мышечном слое дистального отдела пищевода [22-23] Однако, по предварительным данным, доказано, что эти методы оказывают меньший эффект относительно устранения симптомов и необходимости приема ИПП [26].

Таким образом, знание этиологии, эпидемиологии, патофизиологии и основных клинических проявлений ГЭРБ позволит своевременно выявлять данное заболевание еще на догоспитальном этапе, а своевременно назначенное лечение позволит остановить прогрессирование ГЭРБ.

Литературы

1. Звягинцева Т.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Т.Д. Звягинцева // Ліки України. - 2010. - № 4. - С.20-24.
2. Кветная Т.В. Мелатонин - молекулярный маркер старения и заболеваний, ассоциированных с возрастом / Т.В. Кветная, Н.И. Рацкая, И.М. Кветной // Российский медицинский форум.- 2007.-№3.-С.26-29.
3. Маев И.В. Перспективы применения нового прокинетики с двойным механизмом действия в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И.В. Маев, А.А Самсонов, А.Н. Одинцова // Фарматека.-2009.-№2.-С.1-5.
4. Маев И.В. Положительный опыт применения антацида Маалокс у больных с впервые выявленной неэрозивной рефлюксной болезнью / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Е.В. Мотузова [Электронный ресурс] // РМЖ.-2010.- Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_6302.htm.
5. Минушкин О. Использование препарата "Пенсан-Р" в лечении гастроэзофа-геальной рефлюксной болезни / О. Минушкин, И. Лоранская, И. Зверков // Врач.- 2009.-№3.-С.43-46.
6. Острогляд А.В. Перший досвід вивчення епідеміології гастроэзофагеальной рефлюксної хвороби в Україні / А.В. Острогляд // Сучасна гастроентерологія. - 2006. - № 1(27). - С.30-32.
7. Приворотский В.Ф. Кислотозависимые заболевания / В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова. - СПб., 2002. - 216 с.
8. Степанов Ю.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: старая проблема - новые акценты / Ю.М. Степанов // Мистецтво лікування .-2010.- № 2 (68). - С.20-26.
9. Фадеенко Г.Д. Новый алгоритм медикаментозной терапии при ГЭРБ / Г.Д.Фадеенко, М.О. Бабак, Т.Л. Можина // Сучасна гастроентерологія. - 2008.- № 4 (42). - С.4-7.
10. Шептулин А.А. Новая система оценки клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.А Шептулин // РЖГГК.-2008. - № 4. - С.23-27.

11. ATS Statement: guidelines for the six-minute walk test // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. - 2002. - № 166. - P.111-117.

12. Cloud M.I. The Rabeprazole study group. Rabeprazole in the treatment of acid peptic diseases: results of three placebo-controlled dose-response clinical trials in duodenal ulcer, gastric ulcer and GERD / M.I. Cloud, N. Enas // *Digest. Dis. Sci.* - 1998. - Vol. 43. - P. 993-1000.

13. Chiba T. Effects of itopride hydrochloride and ranitidine in patients with functional dyspepsia: comparison between prokinetic and acid suppression therapies [Электронный ресурс] / T Chiba, Y Tokunaga, K Ikeda // *Hepatogastroenterology*. - 2007. - № 54(78). - P. 1878-1881.

14. Camilleri M. Functional Gastrointestinal Disorders: Novel Insights and Treatments [Электронный ресурс] / M. Camilleri. - Режим доступа: <http://www.medscape.com/viewarticle/407938>.

15. Modified medical research council (MMRC) dyspnea scale [Электронный ресурс] / E.D.Doherty, M. H. Belfer [et al.] // *Journal of Family Practice*, November. 2006. - Режим доступа: <http://copd.about.com/od/copdbasics/a/MMRCdyspneascale.htm>.

16. Dent J. Symptom evaluation in reflux disease: workshop background processes, terminology, recommendation and discussion outputs / J. Dent, D. Armstrong, B. Delaney [et al.] // *Gut*. - 2004. - № 53. - P. 1-24.

17. Earnest D.L. A placebo-controlled dose-ranging study of lansoprazole in the management of reflux esophagitis / D.L. Earnest, E.Dorsch // *Am.J.Gastroenterol.* - 1998. - Vol.93. - P.238-243.

18. Dickman R. The effect of a therapeutic trial of high-dose rabeprazole on symptom response of patients with non-cardiac chest pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial / R. Dickman, S. Emmons, H. Cui [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* - 2005. - № 22. - P. 547-555.

19. Kim Y.S. Effect of itopride, a new prokinetic, in patients with mild GERD: A pilot study / Y.S. Kim, T.H. Kim, C.S.

Choi [et al.] // *World J. Gastroenterol.* - 2005. - № 11(27). - P. 4210-4214.

20. Healing & relapse of severe peptic esophagitis after treatment with omeprazole / D.J. Hetzel, J. Dent [et al.] // *Gastroenterology*. - 1998. - Vol. 95. - P. 903-912.

21. Khan M. Pharmacological therapies in the short term treatment of oesophagitis / M. Khan, J. Santana [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* (in press).

22. Keohane J. Functional Dyspepsia and Nonerosive Reflux Disease: Clinical Interactions and Their Implications / J. Keohane, M.M. Quigley // *Medscape General Medicine*. - 2007. - № 9 (3). - P. 31.

23. Ofman J. The economic and quality-of-life impact of symptomatic gastro-esophageal reflux disease / J. Ofman // *Am J Gastroenterol.* - 2003. - № 98, Suppl.1. - P. S8-S14.

24. Ofman J.J. The clinical and economic impact of competing management strategies for gastro-esophageal reflux disease / J.J. Ofman, G.H. Dorn, M.B. Fennerty [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther.* - 2002. - № 16. - P. 261-273.

25. Pace F. Heterogeneity of endoscopy negative heartburn: Epidemiology and natural history / Fabio Pace, V. Casini, S. // *World J Gastroenterol.* - 2008. - № 14(34). - P. 5233-5236.

26. Richter J.E. Pantprazole US GERD study group. Oral pantprazole for erosive esophagitis: a placebo-controlled, randomized clinical trial / J.E. Richter, W. Bochenek // *Am.J.Gastroenterol.* - 2000. - Vol. 95. - P.3071-3079.

27. Sontag S.J. Two doses of omeprazole vs placebo in symptomatic erosive esophagitis: the US multicenter study / S.J. Sontag, B.I. Hirshowits, S. Holt [et al.] // *Gastroenterology*. - 1992. - Vol. 102. - P.109-118.

28. Strugala V. The global variation in the prevalence of the GORD symptoms heartburn and acid regurgitation within the general population / V. Strugala, P.W. Dettmar // *Gut*. - 2004. - Vol.53, Suppl.1. - G.216.

29. Tytgat G.N. New algorithm for the treatment of gastro-esophageal reflux disease / G.N. Tytgat, K. Mccoll, J. Tack [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* - 2008. - Posted 02.04.2008

30. Talley NJ. *Functional gastrointestinal disorders as a public health problem* / NJ Talley // *Neurogastroenterol Motil.* - 2008. - № 20, Suppl 1. - P. 121-129.

31. Tytgat G. N. *New Algorithm for the Treatment of Gastro-esophageal Reflux Disease* / G. N. Tytgat, K. Mccoll, J. Tack [et al.] // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics.* - 2008. - Posted 02.04.2008.

32. Vakil N. *The Montreal Definition and Classification of Gastro-esophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus* / N. Vakil, S. V. van Zanten, P. Kahrilas [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* - 2006. - № 101. - P. 1900-1920.

33. Wahlqvist P. *Validity of a work productivity and activity impairment questionnaire for patients with symptoms of gastro-esophageal reflux disease (WPAI-GERD) - results from a cross-sectional study* / Wahlqvist P., Carlsson J, Stalhammar NO [et al.] // *Value Health.* - 2002. - № 5. - P. 106-113.

34. Wahlqvist P. *Relationship between symptom load of gastro-esophageal reflux disease and health-related quality of life, work productivity, resource utilization and concomitant diseases: survey of a US cohort* / P Wahlqvist, M Karlsson, D Johnson [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther.* - 2008. - № 27(10). - P.960-970.

Резюме

Журавлева Л.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клиника диагностика, лечение.

Актуальность проблемы ГЭРБ заключается в ее высокой распространенности, способности ухудшать течение некоторых заболеваний, а так же развития осложнений, что в свою очередь требует внедрения современных алгоритмов диагностики, лечения и профилактики заболевания и его осложнений. В настоящее время используется достаточно большое количество диагностических средств, для диагностики ГЭРБ, такие как эндоскопия, оценка симптомов, рентгенография пищевода с использованием бариевой взвеси, амбулаторный мониторинг pH, проба с ингибиторами протонной помпы и др. Современным стандартом в лечении ГЭРБ является кислотосупрессивная терапия. Наряду с медикаментозным лечением, в последнее время растет интерес к новым методам эндоскопической и хирургической терапии в лечение пациентов с этим заболеванием. Знание этиологии, эпидемиологии, патофизиологии и основных клинических проявлений позволит выполнять своевременную диагностику и лечение, что позволит предупредить развитие осложнений этого заболевания.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, клинические проявления, эрозивное поражение слизистой оболочки пищевода, ингибиторы протонной помпы, лечение.

Резюме

Журавлева Л.В. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба: клініка діагностика, лікування.

Актуальність проблеми ГЕРХ полягає в її високій поширеності, здатності погіршувати перебіг деяких захворювань, а так само розвитку ускладнень, що в свою чергу вимагає впровадження сучасних алгоритмів діагностики, лікування та профілактики захворювання та його ускладнень. В даний час використовується досить велика кількість діагностичних засобів, для діагностики ГЕРХ, такі як ендоскопія, оцінка симптомів, рентгенографія стравоходу з використанням барієвої суспензії, амбулаторний моніторинг pH, проба з інгібіторами протонної помпи та інше. Сучасним стандартом у лікуванні ГЕРХ є кислотосупресивна терапія. Поряд з медикаментозним лікуванням, останнім часом зростає інтерес до нових методів ендоскопічної та хірургічної терапії в лікування пацієнтів з цим захворюванням. Знання етіології, епідеміології, патофізіології та основних клінічних проявів дозволить виконувати своєчасну діагностику, лікування, що дозволить попередити розвиток ускладнень цього захворювання.

Ключові слова: гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба, клінічні прояви, ерозивне ураження слизової оболонки стравоходу, інгібітори протонної помпи, лікування.

Summary

Zhyravleva L.V. *Gastroesophageal reflux disease: clinical diagnosis, treatment.*

The topicality of the problem of GERD is its high prevalence, the ability to aggravate certain diseases, development of complications, which requires the introduction of advanced algorithms for diagnosis, treatment and prevention of disease and its complications. Currently used by a large number of diagnostic tools for the diagnosis of GERD, such as endoscopy, evaluation of symptom, radiography of the esophagus with barium suspension, ambulatory pH monitoring, the test with the inhibitors of proton pump etc. Modern standard in the treatment of GERD is acid suppressive therapy. Besides medication, recently a growing interest in new methods endoskopichnoi and surgical therapy in the treatment of patients with this disease. Knowledge of etiology, epidemiology, pathophysiology and main clinical manifestations will allow timely diagnosis and treatment that would prevent the development of complications of the disease.

Key words: gastroesophageal reflux disease, clinical manifestations, erosive lesion of the mucous membrane of the esophagus, proton pump inhibitors, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф.Ю.Г.Бурмак