

А. А. Бова<sup>1</sup>, В. В. Валувич<sup>1</sup>, А. С. Рудой<sup>1</sup>, О. В. Черныш<sup>1</sup>, Ю. В. Медушевская<sup>2</sup>

## ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА. Сообщение 2

Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в УО «БГМУ»<sup>1</sup>,  
ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр ВС РБ»<sup>2</sup>

В статье представлены современные методы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, а также рассматриваются виды профилактики, методика диспансерного динамического наблюдения и военно-врачебная экспертиза.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивный эзофагит, неэрозивная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта.

A. A. Bova, V. V. Valuyevich, A. S. Rudoy, O. V. Chernysh, J. V. Medushevskaja

## GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: DIAGNOSIS, TREATMENT, PREVENTION AND MILITARY MEDICAL EXAMINATION. Message 2

Modern methods of diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease are presented in the article, and also the types of prevention, methods of dynamic dispensary observation and military-medical examination are considered.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease, erosive esophagitis, non-erosive reflux disease, Barrett's esophagus.

В большинстве случаев гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) может быть диагностирована на основании наличия типичных клинических проявлений [3].

Диагностическими критериями ГЭРБ являются:

- наличие изжоги или кислой регургитации в течение 6 и более месяцев с частотой 2 раза в неделю и более и (или)
- наличие признаков рефлюкс-эзофагита (диагностируется эндоскопически по наличию повреждений (эрозии, язвы) слизистой оболочки дистального отдела пищевода и (или)
- наличие критериев пищевода Барретта и (или)
- наличие загрудинной боли, или внепищеводных проявлений, если доказана их связь с рефлюксом (по данным теста с ИПП или суточной рН-метрии).

Диагностическими критериями пищевода Барретта являются:

- наличие при гистологическом исследовании цилиндрического эпителия в биоптатах слизистой оболочки пищевода, взятых на 1 см выше от пищеводно-желудочного соединения (то есть от проксимального края желудочных складок либо дистального края палисадных сосудов);
- при наличии эндоскопической картины, подозрительной на метаплазию в пищеводе, выносится заключение «Подозрение на пищевод Барретта» и выполняется биопсия;
- после гистологического исследования при подтверждении наличия цилиндрического эпителия на 1 см выше от пищеводно-желудочного соединения (то есть от проксимального края желудочных складок либо дистального края палисадных сосудов), ставится диагноз:
  - пищевод Барретта с желудочной метаплазией (при выявлении эпителия желудочного типа) или пищевод Барретта с кишечной метаплазией (при выявлении эпителия кишечного типа);
  - при выявлении дисплазии на фоне воспаления (эндоскопические или гистологические признаки эзофагита) ее наличие рассматривается как неопределенное до купирования признаков воспаления. Назначается прием ИПП в двойной дозе на 2 месяца, после чего биопсия с оценкой наличия и степени дисплазии выполняется повторно.

Для оценки степени тяжести ГЭРБ используются следующие клинические критерии:

- легкая — изжога менее 2 раз в неделю;
- средняя — изжога 2 раза в неделю и более, но не ежедневно;
- тяжелая — изжога ежедневно.

Помогают диагностике ЭГДС, рентгенологическое исследование пищевода и желудка, 24-часовое интраэзофагеальное рН-мониторирование, рН-импедансометрия пищевода, эзофагеальная манометрия и др. [1, 2].

Эндоскопическое исследование является одним из основных методов диагностики ГЭРБ, т.к. позволяет определить уровень расположения Z-линии и состояние слизистой оболочки, провести уточняющие методики (хромоскопию, флюоресцентную, ZOOM — эндоскопию, режим NBI — Narrow Band Imaging). Хромоскопия помогает обнаружить метапластические изменения эпителия пищевода с целью прицельного взятия биопсии для гистологического исследования.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода служит основным методом, выявляющим эндофитно растущие опухоли.

Благодаря рентгенологическому исследованию пищевода и желудка можно оценить функции органов, контуры, угол Гиса, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, состояние слизистой пищевода (наличие эрозивно-язвенных изменений и др.), выявить ГЭР, осложнения ГЭРБ.

24-часовое интраэзофагеальное рН-мониторирование является наиболее чувствительным и специфическим тестом для диагностики ГЭРБ. Исследование может проводиться как амбулаторно, так и в стационарных условиях. Результаты рН-метрии оценивают по общему времени, в течение которого рН принимает значения менее 4-х единиц, общему числу рефлюксов за сутки, числу рефлюксов продолжительностью более 5 минут, длительности наиболее продолжительного рефлюкса. Суточная рН-метрия имеет очень высокую чувствительность (88—95 %) в диагностике ГЭРБ и кроме того помогает в индивидуальном подборе лекарственных препаратов.

рН-импедансометрия является методом диагностики ГЭРБ, позволяющим определять эпизоды рефлюксов

в пищевод независимо от значения pH рефлюктата, а также физическое состояние (газ, жидкость) и клиренс болюса, попавшего в пищевод во время рефлюкса. Применяется для обнаружения гастроэзофагеальных рефлюксов при ГЭРБ, причем этот метод имеет следующие преимущества перед традиционной pH-метрией пищевода:

- обнаружение всех типов рефлюксов, независимо от значения pH рефлюктата (кислых, щелочных, слабокислых рефлюксов и сверхрефлюксов);
- диагностика ГЭРБ на фоне терапии антисекреторными препаратами и оценка ее эффективности, а также при гипо/анацидных состояниях;
- выявление связи имеющихся симптомов со слабокислыми, слабощелочными рефлюксами;
- определение физического состояния рефлюктата (газовый, смешанный и жидкий);
- определение высоты проксимального распространения рефлюксов;
- расчет клиренса болюса.

Особую ценность метод импедансометрии представляет для пациентов с сохраняющимися на фоне антисекреторной терапии симптомами, так как он позволяет выявить связь имеющихся жалоб с эпизодами неких рефлюксов. Возможность метода фиксировать высокие и газовые рефлюксы незаменима для диагностики ГЭРБ, протекающей с атипичными симптомами (хронический кашель, фарингит, регургитация и др.).

Исследование двигательной функции пищевода с помощью манометрии позволяет изучить показатели движения стенки пищевода и деятельности его сфинктеров (снижение давления НПС, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, увеличение количества преходящих расслаблений сфинктера, снижение амплитуды перистальтических сокращений стенки пищевода, эзофагоспазм, атипичные случаи ахалазии кардии). Оно является непременным атрибутом обследования пациента для решения вопроса о хирургическом лечении ГЭРБ. Методика манометрии высокого разрешения позволяет, используя многоканальный зонд (датчики располагаются на расстоянии 1 см друг от друга), получать количественные показатели совокупной перистальтической активности, давления в сфинктерах пищевода, тонуса стенки органа, а также с помощью многоцветного объемного изображения видеть продвижение по нему перистальтической волны.

Обязательная диагностика в соответствии с приложением 2 к постановлению МЗ РБ 21.07.16 г. № 90 «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» [3] предусматривает определение следующих параметров: длину тела, массу тела, индекс массы тела, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови: глюкоза, холестерин, билирубин, АсАТ, АлАТ, ЭКГ, ЭГДС (при подозрении на пищевод Барретта — с биопсией слизистой оболочки дистального отдела пищевода).

При необходимости проводятся: рентгенография пищевода и желудка с контрастированием, при необходимости — исследование на трохоскопе (при дисфагии, подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, УЗИ ОБП (при симптомах диспепсии), суточная внутрипищеводная pH-метрия (при отсутствии эффекта от стандартной терапии, отсутствии типичных симптомов), эндоскопия пищевода с увеличением (при пищеводе Барретта или подозрении на него), хромоэндоскопия, терапевтический тест с ИПП (при загрудинной боли или других проявлениях, связь которых с рефлюксом требуется уточнить), консуль-

тация кардиолога, проба с физической нагрузкой (велозометрия, тредмил), холтеровское мониторирование ЭКГ (при болях в грудной полости), консультация оториноларинголога (при наличии соответствующих атипичных проявлений), консультация пульмонолога (при хроническом кашле, признаках бронхоспазма), консультация онколога (при пищеводе Барретта с дисплазией).

Методика проведения терапевтического теста с ИПП.

До начала теста регистрируются частота и тяжесть симптомов, затем назначаются ИПП в высокой дозе (двойная доза утром и стандартная доза вечером) в течение 7–14 дней, при этом продолжается регистрация частоты и тяжести симптомов. Оценка: положительный тест — уменьшение симптомов на 50% и более или исчезновение, отрицательный тест — нет существенных изменений симптомов. Интерпретация: положительный тест подтверждает диагноз ГЭРБ, отрицательный тест свидетельствует против него.

Формулировка диагноза ГЭРБ включает: клиническую форму заболевания, степень тяжести (в случае эзофагита — указание его степени и даты последнего эндоскопического обнаружения эрозивно-язвенного поражения), клиническую фазу заболевания (обострение, ремиссия), осложнения (при пищеводе Барретта — грация по C&M, вид метаплазии, степень дисплазии).

#### Примеры формулировок диагноза:

1. Неэрозивная ГЭРБ, легкой степени тяжести, обострение.
2. Эрозивная ГЭРБ с эзофагитом степени А (17.08.2016), средней степени тяжести. Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
3. ГЭРБ: пищевод Барретта с желудочной метаплазией, СЗМ6, с клиническими проявлениями тяжелой степени.
4. Эрозивная ГЭРБ с эзофагитом степени D, осложненным кровотечением (15.09.2016).

#### ЛЕЧЕНИЕ. Цели лечения ГЭРБ [3]:

- купирование (уменьшение) клинических проявлений;
  - репарация эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки пищевода;
  - предотвращение прогрессирования метаплазии и появления дисплазии при пищеводе Барретта;
  - предотвращение рецидивов (обострений) и осложнений.
- Показания для госпитализации:
- эзофагит степени C, D без осложнений или пищевод Барретта;

- эзофагит с осложнением (кровотечение, пенетрация, стеноз);
- резистентное к лечению течение заболевания.

Лечение ГЭРБ основывается на следующих принципах: снижение объема желудочного содержимого и уменьшение силы тяжести, повышение антирефлюксной функции НЭС, усиление эзофагеального очищения, защита слизистой пищевода от повреждения [1, 2].

Лечение больных с ГЭРБ начинается с проведения общих мероприятий, обозначаемых за рубежом как «изменение образа жизни» (lifestyle modification). Они включают в себя диетические рекомендации (частое и дробное питание, прием пищи не позднее чем за 3–4 ч до сна, отказ от употребления кофе, шоколада и других продуктов, снижающих тонус НПС), прекращение курения, приема алкогольных напитков и лекарственных препаратов, способствующих ГЭР, подъем головного конца кровати (на 15–20 см), воздержание от физических упражнений, связанных с наклонами туловища, нормализация массы тела. Показанием для снижения массы тела является ИМТ >25 [5].

Пациенты должны быть предупреждены о нежелательности приема таких препаратов, которые снижают тонус нижнего пищеводного сфинктера (теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, нитраты, антагонисты кальция), а также могут сами явиться причиной воспаления (НПВП, доксициклин, хинидин).

Целесообразность использования при лечении ГЭРБ мощных антисекреторных препаратов (блокаторов протонного насоса и  $H_2$ -блокаторов рецепторов гистамина) подтверждается данными проведенных метааналитических исследований, согласно которым эрозии слизистой оболочки пищевода у подавляющего большинства больных заживают в тех случаях, когда удается поддержать рН в пищеводе более 4 на протяжении 20–22 ч в сутки.

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) являются на сегодняшний день самыми сильными антисекреторными препаратами. Назначаемые, как правило, также в удвоенных дозах (омепразол, рабепразол, эзомепразол в суточной дозе 40 мг, лансопразол, деклансопразол — 60 мг, пантопразол — 80 мг), они позволяют достичь заживления эрозий пищевода у 85–90% больных.

$H_2$ -блокаторы гистаминовых рецепторов, расположенных в обкладочных клетках слизистой оболочки желудка, по всем фармакологическим параметрам (кислотоподавлению, времени действия, числу побочных эффектов и т.п.) уступают ИПП, однако у ряда пациентов (в силу генетических и иных особенностей), а также по экономическим соображениям, некоторые из них (в большей степени фамотидин, в меньшей — ранитидин) применяются в клинической практике.  $H_2$ -блокаторы имеют эффект тахифилаксии (снижение лечебного эффекта препарата при повторном приеме), а ИПП — нет. Поэтому ИПП могут быть рекомендованы для длительной терапии, а  $H_2$ -блокаторы — нет. В механизме развития тахифилаксии  $H_2$ -блокаторов играет роль повышение образования эндогенного гистамина, конкурирующего за  $H_2$ -гистаминовые рецепторы.

Поскольку ведущую роль в патогенезе ГЭРБ играют нарушения моторики пищевода и желудка, важное место в лечении таких больных отводится сейчас препаратам, нормализующим двигательную функцию желудочно-кишечного тракта (прокинетики).

По механизму действия существующие прокинетики можно разделить на следующие группы:

1. Блокаторы допаминовых рецепторов: неселективные (метоклопрамид); селективные 1-го поколения (домперидон); селективные 2-го поколения (итоприд).
2. Агонисты серотониновых 5-HT<sub>4</sub>-рецепторов (мозаприд).
3. Антагонисты серотониновых 5-HT<sub>3</sub>-рецепторов (алосетрон).
4. Агонисты серотониновых 5-HT<sub>1</sub>-рецепторов (буспирон).
5. Агонисты GABA(b)-рецепторов (баклофен).
6. Антагонисты дофаминовых D<sub>2</sub>-рецепторов (сульпирид).
7. Агонисты мотилиновых рецепторов (эритромицин).
8. Антагонисты холинэстеразных рецепторов (локсиглумид).
9. Агонисты грелиновых рецепторов (грелин).
10. Агонисты каппа-опиоидных рецепторов (асимадолин).
11. Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (леупролид).
12. Антагонисты мускариновых M<sub>1</sub> и M<sub>2</sub> рецепторов (акоτιαмид) и др.

До последнего времени применялись в основном блокаторы допаминовых рецепторов: метоклопрамид (30 мг/сут) и домперидон (30 мг/сут). В настоящее время неселективные блокаторы допаминовых рецепторов стара-

ются не назначать при лечении гастроэнтерологических заболеваний, поскольку они, оказывая центральное действие, способны вызывать экстрапирамидные нарушения. Домперидон более современный препарат, который пришел на смену метоклопрамиду, лишен многих его побочных свойств. Этот препарат должен входить в состав комплексной терапии при тяжелом эрозивном рефлюкс-эзофагите.

Прокинетическое действие итоприда связано с увеличением высвобождения ацетилхолина и стимуляцией мускариновых рецепторов. Терапия итопридом (150 мг/сут) больных ГЭРБ восстанавливает нормальное физиологическое состояние пищевода, уменьшает количество преходящих расслаблений нижнего пищеводного сфинктера, повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, усиливает перистальтику пищевода и улучшает пищеводный клиренс.

Мозаприд (15 мг/сут) оказывает незначительное влияние на активность каналов калия по сравнению с цизапридом (запрещен в РФ из-за побочного эффекта в виде удлинения интервала Q-T), и, поэтому, имеет меньший риск в отношении нарушений сердечного ритма.

Алосетрон (1–2 мг/сут) улучшает моторную функцию желудка и кишечника за счет блокирования рецепторов и высвобождения медиатора ацетилхолина. Препараты этой группы приобретают все большую популярность, так как имеют минимум побочных эффектов и не оказывают влияния на нервную систему.

Тегасерод (12 мг/сут) ускоряет опорожнение желудка, перистальтику тонкой и толстой кишки, а также повышает чувствительность прямой кишки к растяжению. Применение ограничено из-за риска развития инфаркта или инсульта.

Буспирон (15–30 мг/сут) улучшает аккомодацию желудка, то есть способность проксимального его отдела расслабляться после приема пищи.

Баклофен (15–25 мг/сут) снижает частоту периодов кратковременной релаксации нижнего пищеводного сфинктера и эпизодов рефлюкса. В ряде исследований наглядно показан убедительный клинический эффект препарата, в т. ч. при устойчивости к лечению ИПП.

Сульпирид (150–300 мг/сут) оказывает прокинетическое действие на органы пищеварительной системы, обладает противорвотным эффектом и активирует проксимальные отделы кишечника.

Эритромицин (1 г/сут) имитирует эффекты мотилина, повышает давление в нижнем пищеводном сфинктере и увеличивает скорость желудочной эвакуации.

Последние 5 групп препаратов (8–12) являются перспективными и находятся на стадии клинического изучения.

Исследователями отмечено, что при отсутствии замедленной желудочной эвакуации роль прокинетики в лечении ГЭРБ вызывает сомнения. Учитывая возможные их побочные эффекты международные протоколы не рекомендуют использовать прокинетики без соответствующего диагностического обследования [5].

При наличии щелочного (желчного) рефлюкса к комбинации ИПП и прокинетики необходимо добавлять антацидные препараты. Механизм их действия: нейтрализация соляной кислоты, инактивирование пепсинов, адсорбирование желчных кислот и лизолецитина, стимуляция секреции бикарбонатов, улучшение эзофагеального очищения, ошелачивание желудка, что ведет к повышению тонуса НПС.

Для лечения ГЭРБ больше подходят жидкие формы антацидных препаратов. Более оправдано применение условно нерастворимых (несистемных) антацидных препаратов,

таких как гефал, маалокс, риопан, миланта, фосфалюгель, альмагель, гавискон, гелюсил, гастал, флатугель, гелюсиллак, компенсан, пее-хоо, ацидрин, алудрокс и др. Антациды следует принимать часто, обычно через 1,5–2 часа после еды и на ночь в зависимости от выраженности симптомов.

В последние годы для лечения ГЭРБ предложены антацидные препараты, содержащие алгиновую кислоту (топаал или топалкан). Принятая внутрь таблетка вспенивается в желудке, мешая проникновению желудочного содержимого в пищевод, с другой стороны, плавающий на поверхности желудочного содержимого гель при возникновении гастроэзофагеального рефлюкса попадает в пищевод и оказывает там лечебное действие. Топалкан назначают по 2 таблетки 3 раза в день через 40 мин после еды и на ночь.

При осложненном течении заболевания, а также неэффективности консервативной терапии показано проведение хирургического лечения. Рассматривать вопрос об оперативном лечении нужно совместно с опытным в данной области хирургом, если длительное консервативное лечение ГЭРБ, проводившееся очень активно, оказалось безуспешным, выполнены все мероприятия по нормализации образа жизни и доказано (с помощью рН-метрии) наличие выраженного желудочно-пищеводного рефлюкса.

С учетом более низких показателей послеоперационной летальности и быстрой последующей реабилитации больных предпочтение в настоящее время отдается лапароскопической фундопликации по Ниссену, дающей более 90% хороших и отличных результатов.

Приложение 2 к постановлению МЗ РБ 21.07.16 г. № 90 «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» [3] стандартизует протокол лечения ГЭРБ и предусматривает следующие мероприятия.

#### **Индукционная терапия**

ГЭРБ без эзофагита: при редких (не чаще 2 раз в неделю) симптомах — антациды или  $H_2$ -блокаторы (ранитидин 150–300 мг/сут, фамотидин 20–40 мг/сут) в режиме «по требованию»; при частых симптомах — ИПП в стандартной дозе 1 раз в сутки утром за 30–60 мин до еды 4 недели. При недостаточном эффекте доза увеличивается в 2 раза (двойная доза). Дополнительно при необходимости назначаются антациды в режиме «по требованию». При неэрозивной ГЭРБ с внепищеводными проявлениями (хронический кашель, бронхоспазм, осиплость голоса) — ИПП в двойной дозе 12 недель.

ГЭРБ с эзофагитом степени А-В: ИПП в двойной дозе (стандартная доза 2 раза в день или двойная доза утром) — 4 недели, затем в стандартной дозе еще 4 недели. При отсутствии эффекта доза увеличивается в 2 раза. Дополнительно при необходимости антациды в режиме «по требованию» или прокинетики в стандартных дозах.

ГЭРБ с эзофагитом степени С-Д: ИПП в двойной дозе (стандартная доза 2 раза в день или двойная доза утром) — 8–12 недель. При недостаточном эффекте доза увеличивается в 2 раза. При необходимости дополнительно — антациды в режиме «по требованию».

#### **Поддерживающая терапия**

ГЭРБ без эзофагита: терапия «по требованию» — при появлении клинической симптоматики однократный прием антацида или  $H_2$ -блокатора или ИПП в стандартной дозе (одного из перечисленных) либо непрерывная поддерживающая терапия в виде ежедневного приема половинной дозы ИПП.

ГЭРБ с эзофагитом степени А-В: ИПП в стандартной дозе в режиме «по требованию», при неэффективности (рецидивы эзофагита) — непрерывная терапия половинной или стандартной дозой ИПП. Минимальная длительность непрерывной терапии — 6 месяцев.

ГЭРБ с эзофагитом степени С-Д: непрерывный прием ИПП в стандартной или половинной от стандартной дозе (назначается доза, обеспечивающая отсутствие изжоги). Минимальная длительность непрерывной терапии — 6 месяцев.

При необходимости постоянного многолетнего применения ИПП следует перед началом профилактического лечения оценить наличие инфекции *H. Pylori*, и если она имеется — провести эрадикационную терапию.

При пищеводе Барретта: в случае отсутствия тяжелой дисплазии — ИПП в двойной дозе постоянно, при определенной тяжелой дисплазии — рассмотрение вопроса о хирургическом лечении.

Контроль эффективности лечения ГЭРБ осуществляется следующим образом: эффективность индукционной терапии неэрозивной ГЭРБ контролируется по исчезновению симптомов рефлюкса в сроки 2–4 недели, внепищеводных симптомов — в сроки 8–12 недель. Заживление эзофагита контролируется эндоскопически в сроки 4–12 недель (в зависимости от тяжести эзофагита). Допускается ведение пациента без эндоскопического контроля при эзофагите степени А-В и полном исчезновении симптомов рефлюкса на фоне лечения.

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.** Пациенты с ГЭРБ с эзофагитом С-Д или пищеводом Барретта относятся к группе диспансерного наблюдения Д (III) и подлежат наблюдению гастроэнтерологом и участковым терапевтом (врачом общей практики) постоянно. Объем и сроки обследования пациента при диспансерном наблюдении составляют: при ГЭРБ с эзофагитом С-Д 1 раз в год: медицинский осмотр с определением ИМТ, ОАК, БИК (билирубин, АСТ, АЛТ, железо), ЭГДС, 1 раз в 2 года — ЭГДС с множественной биопсией пищевода; при ГЭРБ с пищеводом Барретта 1 раз в год: медицинский осмотр с определением ИМТ, БИК (включая железо), анализ кала на скрытую кровь, ЭГДС (в случае пищевода Барретта с дисплазией ЭГДС с биопсией проводится 2 раза в год). Увеличение частоты выполнения ЭГДС определяется индивидуально с учетом характера течения заболевания. По показаниям: R-скопия пищевода, консультация онколога. Пациенты с пищеводом Барретта с кишечной метаплазией или дисплазией относятся к группе риска по раку пищевода. Другие случаи ГЭРБ относятся к группе Д (II). Критериями эффективности лечения и диспансерного наблюдения при ГЭРБ являются отсутствие клинической и эндоскопической симптоматики, раннее выявление осложнений.

**ПРОФИЛАКТИКА.** Первичная профилактика ГЭРБ заключается в соблюдении рекомендаций по здоровому образу жизни (исключение курения, приема крепких алкогольных напитков), правильному питанию (исключение торопливого приема пищи, большого объема пищи, особенно на ночь, очень горячей и острой пищи). Следует воздерживаться от приема лекарственных препаратов, нарушающих функцию пищевода и снижающих защитные свойства его слизистой, прежде всего НПВП. Вторичная профилактика направлена на снижение частоты рецидивов и предотвращение прогрессирования заболевания. Обязательными компонентами вторичной профилактики ГЭРБ являются соблюдение вышеизложенных рекомендаций по первичной профилактике

и немедикаментозному лечению этого заболевания, своевременная адекватная фармакотерапия при обострении ГЭРБ, своевременное осуществление оперативного лечения.

**ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА.** Военно-врачебная экспертиза в отношении военнослужащих с ГЭРБ осуществляется в соответствии с постановлением МО РФ и МЗ РФ от 20.12.2010 г. № 51/170 [4]. Статья 57 пункт «а» (негоден к военной службе с исключением с воинского учета) — ГЭРБ с эзофагитом V степени (эзофагит Барретта). Статья 57 пункт «б» (негоден к военной службе в мирное время, ограниченно годен к военной службе в военное время) — ГЭРБ с тяжелым эзофагитом (III—IV степени), часто рецидивирующая (3 и более раз в год) и требующая длительного лечения в стационарных условиях (2 месяца и более). Статья 57 пункт «в» (негоден к военной службе в мирное время, ограниченно годен к военной службе в военное время — для военнослужащих по призыву или годен с незначительными ограничениями — для военнослужащих по контракту) — ГЭРБ с легким эзофагитом (I—II степени), часто рецидивирующая (3 и более раз в год) и требующая длительного лечения в стационарных условиях (2 месяца и более). Статья 57 пункт «г» (годен с незначительными ограничениями — для военнослужащих по призыву или годен — для военнослужащих по контракту) — ГЭРБ с легким эзофагитом (I—II степени).

### Литература

1. *Ивашкин, В. Т.,* Маев И. В., Трухманов А. С. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клинические рекомендации // Российская гастроэнтерологическая ассоциация. М., 2014. — 30 с.

2. *Ивашкин, В. Т.,* Маев И. В., Трухманов А. С. и др. Пищевод Барретта. Клинические рекомендации // Российская гастроэнтерологическая ассоциация. М., 2014. — 31 с.

3. *Постановление* Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 июля 2016 г. № 90 «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения».

4. *Постановление* Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 года № 51/170 «Инструкция об определении требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь».

5. *Katz, P. O., Gerson L. B., Vela M. F.* Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease // *Am J Gastroenterol.* — 2013. — Vol. 108. — P. 308—328.

Поступила 12.12.2016 г.