



¹ Московский
клинический научно-
практический центр
им. А.С. Логанова

² Научно-
исследовательский
институт
организации
здравоохранения
и медицинского
менеджмента

³ Тверской
государственный
медицинский
университет

⁴ Московский
государственный
медико-
стоматологический
университет
им. А.И. Евдокимова

Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: анализ современных рекомендаций

Э.Р. Валитова, к.м.н.¹, М.В. Чеботарева^{1,2}, О.И. Березина, к.м.н.¹,
Д.С. Бордин, д.м.н., проф.^{1,3,4}

Адрес для переписки: Элен Робертовна Валитова, e.valitova@mknc.ru

Для цитирования: Валитова Э.Р., Чеботарева М.В., Березина О.И., Бордин Д.С. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: анализ современных рекомендаций. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (22): 94–99.

DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-22-94-99

В статье обобщены данные международных и российских рекомендаций по диагностике и лечению одного из самых распространенных заболеваний XXI в. – гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), представлены показания к применению инструментальных методов и уточненные критерии диагностики ГЭРБ, описаны принципы лечения, в том числе при рефрактерной форме ГЭРБ. Особый акцент сделан на значимости манометрии пищевода и рефлюкс-мониторинга перед антирефлюксной хирургией. Перечислены показания для проведения антирефлюксных операций.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностика, лечение, международные и российские рекомендации

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – широко распространенное заболевание, симптомы которого выявляются у 20–40% населения [1]. Недавно опубликованное многоцентровое исследование продемонстрировало высокую распространенность симптомов ГЭРБ у пациентов отечественных поликлиник – 34,2% [2]. До сих пор остаются спорными некоторые вопросы диагностики и лечения ГЭРБ. С внедрением новых методов выявления и терапии возникает потребность в систематизации полученных данных и их сопоставлении с ранее принятыми постулатами. В связи с этим цель данной работы – проанализировать российские и международные [3] рекомендации по диагностике и лечению ГЭРБ.

Определение

В Монреальском консенсусе 2006 г. ГЭРБ определена как заболевание, при котором рефлюкс содержимого желудка в пищевод вызывает беспокоящие симптомы и/или осложнения [4]. Это определение в той или иной модификации приведено в международных и российских рекомендациях [5, 6]. Однако в российских рекомендациях

содержится указание на патогенетическую связь заболевания с нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны, что является одной из точек приложения терапии [6]. В более ранних версиях международных рекомендаций акцент делался на количественной оценке (один-два раза в неделю), в последней версии – на качественном признаке (степени беспокойства пациента, снижении качества его жизни). Между тем качество жизни может ухудшаться не только при ГЭРБ, но и при функциональных заболеваниях органов пищеварения, депрессивных и тревожных расстройствах.

Классификация

По итогам Монреальского консенсуса 2006 г. была принята классификация ГЭРБ, основанная на клинических проявлениях и выделяющая пищеводные и внепищеводные синдромы. Эта классификация актуальна до сих пор и широко используется как в научных статьях, так и в клинической практике [4].

Пищеводные синдромы разделены на синдромы, проявляющиеся исключительно симптомами, и синдромы с повреждением пищевода (ослож-



нения). Наиболее частым считается классический рефлюксный синдром, который проявляется изжогой и регургитацией. Под изжогой понимается чувство жжения, которое распространяется от эпигастральной зоны вверх за грудиной. Регургитация – ощущение, развившееся в результате поступления в ротовую полость или нижнюю часть глотки содержимого желудка. Еще одним симптоматическим проявлением ГЭРБ может быть загрудинная боль, не связанная с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Несмотря на то что этот симптом включен в группу пищеводных проявлений, подходы к его диагностике и лечению отличаются [3, 4].

Внепищеводные синдромы подразделяют на две группы:

- 1) симптомы, связь которых с ГЭРБ установлена (астма рефлюксной природы, ларингит рефлюксной природы, кашель рефлюксной природы, эрозии эмали зубов);
- 2) симптомы, которые предположительно связаны с ГЭРБ (фарингит, легочный фиброз, синусит, отит) [4, 7].

Кашель считается хроническим только в том случае, если его продолжительность превышает восемь недель [8]. Согласно данным R.S. Irwin и соавт., ГЭРБ служит причиной хронического кашля в 85% случаев, особенно в развитых странах. В соответствии с Монреальским соглашением, ларингит, астма и кашель могут быть связаны с ГЭРБ. Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) способен усугублять течение других заболеваний и редко рассматривается как самостоятельная причина развития астмы, ларингита и кашля. В настоящее время существует две теории патогенеза кашлевого синдрома [8, 9]. Первая концепция связана с аспирацией рефлюктата в гортань, вторая – с рефлекторным воздействием рефлюктата на пищевод и, как следствие, стимуляцией блуждающего нерва.

Методы диагностики ГЭРБ

Большинство зарубежных авторов сходятся во мнении, что наличие типичных жалоб служит основанием для установления диагноза. Оценка адекватности клинического диагноза и период, когда необходимо проводить инструментальные методы обследования, в рекомендациях отличаются. Американская коллегия гастроэнтерологов (ACG) рекомендует пациентам с симптомами изжоги в качестве эмпирической терапии назначать адекватную дозу ингибиторов протонной помпы (ИПП) в течение восьми недель [3]. При неэффективности подобной терапии следует рассмотреть вопрос о проведении эндоскопии, рН-мониторинга, манометрии пищевода [3, 10]. В рекомендациях Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР) [5] предусмотрено, что при установлении диагноза ГЭРБ учитываются жалобы, анамнез и данные диагностических методов обследования.

В рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) [6] диагноз устанавливается на основании жалоб и данных инструментального обследования. Рекомендации НОГР и РГА учитывают высокий уровень распространенности рака желудка в России, поэтому эзофагогастро-дуоденоскопия (ЭГДС) должна проводиться на ранних этапах диагностики даже при типичных симптомах ГЭРБ. При нетипичных проявлениях (дисфагия, боль за грудиной, кашель, ЛОР-проявления и др.) выполняется полный комплекс диагностических мероприятий, включающий ЭГДС, манометрию пищевода, электрокардиограмму, ЭхоКГ, при необходимости – компьютерную томографию органов грудной клетки, ангиографию, ларингоскопию, бронхоскопию, спирографию, суточный рефлюкс-мониторинг. Пациентам с загрудинной болью без изжоги, прошедшим адекватное обследование для исключения заболеваний сердца, ACG рекомендует объективное обследование на наличие ГЭРБ (эндоскопия и/или рефлюкс-мониторинг). При этом нецелесообразно выполнять рефлюкс-мониторинг вне терапии исключительно в качестве диагностического теста на ГЭРБ у пациентов с эндоскопическими признаками рефлюкс-эзофагита степени С или D по Лос-Анджелесской классификации и пациентов с длинным сегментом пищевода Барретта [3].

Роль эндоскопии в диагностике заболевания

Выполнение эндоскопии в качестве первого исследования ACG рекомендует пациентам с дисфагией или другими тревожными симптомами (потеря веса и желудочно-кишечное кровотечение), а также пациентам с множественными факторами риска развития пищевода Барретта [3].

В других зарубежных рекомендациях предлагается выполнять ЭГДС при наличии тревожных симптомов (дисфагия, снижение веса и признаки желудочно-кишечного кровотечения), рефрактерных к эмпирической терапии жалоб, а также перед антирефлюксной хирургией [10, 11]. ACG указывает на целесообразность отмены ИПП за 2–4 недели до проведения ЭГДС и суточного рефлюкс-мониторинга у пациентов, у которых классические симптомы ГЭРБ не реагируют адекватно на восьминедельное эмпирическое лечение ИПП или возвращаются после отмены ИПП [3].

Принципиально изменилась трактовка эндоскопических данных. Так, если, согласно Монреальскому консенсусу, любые эрозии в пищеводе считались подтверждением ГЭРБ, то в настоящее время, в соответствии с Лионским консенсусом, эрозивный эзофагит степени А и В по Лос-Анджелесской классификации не является надлежащим доказательством ГЭРБ. В то же время эрозивный эзофагит степени С и D достоверно подтверждает заболевание [10]. Следует отметить, что, согласно рекомендациям ACG, эрозивный эзофагит степени В может служить диагностическим при-



знаком ГЭРБ при наличии типичных симптомов ГЭРБ и реакции на ИПП, тогда как эзофагит степени С практически всегда является диагностическим признаком ГЭРБ [3]. Обнаружение любого сегмента пищевода Барретта > 3 см с кишечной метаплазией при биопсии является диагностическим признаком ГЭРБ и устраняет необходимость рН-мониторинга для подтверждения этого диагноза. Пациентам с эзофагитом степени С и D рекомендуется выполнение эндоскопии после лечения ИПП, чтобы подтвердить заживление и оценить наличие пищевода Барретта, диагностика которого может быть затруднена на фоне тяжелого эрозивного эзофагита. Наиболее частой эндоскопической находкой у пациентов с типичными симптомами ГЭРБ является нормальная слизистая оболочка пищевода. При этом диагноз неэрозивной рефлюксной болезни устанавливается, только если эндоскопия проводится без лечения ИПП или после прекращения приема ИПП в течение как минимум двух недель [3].

В российских рекомендациях биопсия рекомендована при рефрактерном течении, наличии стриктуры пищевода и пищевода Барретта. Последние два условия, по нашему мнению, крайне важны и обязательны для выполнения эндоскопистами, поскольку своевременная диагностика аденокарциномы пищевода и кардиоэзофагеального перехода улучшает прогноз заболевания.

Отметим, что в рекомендациях RGA и ACG проведение рентгенологического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта с барием не рассматривается исключительно в качестве диагностического теста на ГЭРБ.

Функциональные методы исследования

Роль манометрии пищевода не раз оценивалась в международных и российских рекомендациях. Ее можно использовать для оценки нарушений моторики, связанных с ГЭРБ, но манометрия не является самостоятельным диагностическим методом при этом заболевании. Низкое давление нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и неэффективная моторика пищевода часто сопровождают тяжелую ГЭРБ, тем не менее манометрические отклонения неспецифичны для ГЭРБ. Манометрия помогает определить местоположение НПС для правильного позиционирования трансназального катетера при проведении рН-импеданс-мониторинга. Она также играет важную роль при обследовании пациентов, которым планируется проведение хирургических или эндоскопических антирефлюксных процедур, прежде всего для исключения ахалазии. Как известно, больные ахалазией могут испытывать изжогу и регургитацию, которые ошибочно принимают за симптомы ГЭРБ. Антирефлюксные процедуры, проведенные при ошибочном диагнозе ГЭРБ, способны привести к тяжелой дисфагии. Таким образом, манометрию пищевода в идеале следует проводить всем

пациентам перед любой антирефлюксной процедурой [3].

Внепищеводные проявления ГЭРБ могут наблюдаться как в сочетании с пищеводными симптомами, так и без них. Считается, что наличие изолированного внепищеводного синдрома значительно затрудняет диагностический поиск [7]. У пациентов с внепищеводными проявлениями зачастую отсутствуют эрозии в пищеводе, поэтому большинство международных обществ рекомендует проведение диагностических исследований, включающих рН-импеданс-мониторинг и манометрию пищевода. В 1999 г. D. Sifrim и соавт. впервые сообщили, что симптоматика ГЭРБ может быть обусловлена не только кислотными, но и щелочными рефлюксами. Данное заключение было сделано при проведении суточной рН-импедансометрии [12]. В Монреальском консенсусе указано, что проявления ГЭРБ обусловлены не только кислым рефлюксом, но также газообразным и слабокислым рефлюксами [4]. Согласно Лионскому консенсусу, рН-импедансометрия – золотой стандарт мониторинга рефлюксов. Основным преимуществом данного инструментального метода считается регистрация всех видов рефлюксов – жидкого, газового и смешанного, независимо от рН [10]. Лионский консенсус, RGA и ACG единогласно рекомендуют проведение рН-импедансометрии для диагностики ГЭРБ на фоне отмены ИПП за две недели до исследования. Напротив, пациентам с доказанной и/или рефрактерной ГЭРБ (отсутствие эффекта от терапии ИПП) целесообразно проводить рН-импедансометрию на фоне продолжающегося приема ИПП [3, 4, 10, 13]. Наиболее принятым определением рефрактерной ГЭРБ признано наличие постоянной изжоги и/или регургитации несмотря на восьминедельную терапию двойными дозами ИПП [14]. Другие авторы указывают временной интервал 12 недель [13]. Считается, что положительная клиническая динамика на фоне приема ИПП в стандартной дозе отсутствует у 20–40% больных ГЭРБ [15].

В Лионском консенсусе скорректированы критерии патологического рефлюкса и предложены критерии функциональных состояний, в том числе гиперчувствительного синдрома. Согласно консенсусу, кислотная экспозиция в пищеводе (АЕТ) < 4% и количество рефлюксов < 40 в нижней трети пищевода – достоверный признак физиологического рефлюкса. Патологическое время воздействия кислоты на пищевод (АЕТ) > 6% и общее количество рефлюксов > 80 подтверждают ГЭРБ. Промежуточные уровни АЕТ от 4 до 6% и общее количество рефлюксов от 40 до 80 требуют пересмотра диагноза ГЭРБ или повторного исследования. Для оценки связи симптомов с рефлюксом используют такие показатели, как индекс симптома (SI) и вероятность ассоциации рефлюкса с симптомом (SAP). Индекс симптома – процент



симптомов одного типа, связанных с рефлюксами, по отношению к общему числу рефлюксов. Вероятность ассоциации рефлюкса с симптомом (SAP) – характеристика, которая устанавливает вероятность взаимосвязи симптомов и рефлюксов. Согласно американским и российским клиническим рекомендациям, а также Лионскому консенсусу, превышение индекса симптомов $\geq 50\%$ и/или вероятности ассоциации симптомов $> 95\%$ свидетельствует о высокой связи с рефлюксами [4]. Оценка связи симптома и рефлюкса позволяет дифференцировать функциональные заболевания пищевода [16]. Так, сочетание физиологического количества гастроэзофагеальных рефлюксов с высокой связью симптома с рефлюксом указывает на гиперсенситивность (ГЭРБ с гиперсенситивным пищеводом). Физиологическое количество ГЭР и отсутствие их связи с симптомами говорит о функциональной изжоге. Функциональная изжога и гиперсенситивный пищевод являются ведущими причинами отсутствия ответа на адекватную терапию ИПП [17].

Немедикаментозная терапия ГЭРБ

В разделе лечения ГЭРБ в первую очередь обсуждаются вопросы изменения образа жизни и диеты. Российские и американские рекомендации единогласно утверждают, что снижение веса у пациентов с ожирением, отказ от курения и подъем изголовья кровати снижают риск возникновения ГЭР и способствуют уменьшению симптомов ГЭРБ [3, 6]. В большинстве случаев избыточная масса тела и ожирение влекут за собой повышение внутрибрюшного давления, что увеличивает градиент давления, направленный из желудка в пищевод, способствующий рефлюксу, а также повышают риск развития грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. По данным исследования, проведенного В.С. Jacobson и соавт., у пациентов женского пола с увеличением индекса массы тела (ИМТ) риск возникновения симптомов ГЭРБ возрастает в два раза по сравнению с теми, у кого ИМТ остается без изменений [18].

Некоторые продукты, такие как шоколад, алкоголь, газированные напитки, перец, жирная пища, в лабораторных условиях могут снижать давление покоя НПС, но в реальных клинических условиях такой эффект отсутствует. Поэтому ограничительные мероприятия с исключением из рациона кофе, кофеиносодержащих продуктов, цитрусовых и острой пищи не имеют доказательной базы [3]. Выявление продуктов, вызывающих симптомы, и ограничение их употребления должны носить сугубо индивидуальный характер.

Лекарственная терапия ГЭРБ

Выбор доз и длительности приема препаратов для лечения ГЭРБ определяется клиническими и эндоскопическими проявлениями заболевания. АСГ предлагает пациентам с классическими симптома-

ми ГЭРБ (изжога и регургитация), у которых нет тревожных симптомов, назначать восьминедельную эмпирическую терапию ИПП один раз в день перед едой. При устранении симптомов у больных без эрозивного эзофагита или пищевода Барретта следует попытаться прекратить прием ИПП. Больным, которым требуется поддерживающая терапия ИПП, целесообразно назначать их в минимальной эффективной дозе, обеспечивающей контроль симптомов и заживление рефлюкс-эзофагита. Пациентам с эзофагитом степени С или D АСГ рекомендует поддерживающую терапию ИПП на неопределенный срок или антирефлюксную операцию. Особо следует отметить, что АСГ не рекомендует лечение прокинетиками любого типа при ГЭРБ, если нет объективных доказательств гастропареза. РГА предлагает прием прокинетиков в составе комплексной терапии с ИПП.

При сочетании внепищеводных проявлений с классическими рекомендуют 12-недельный курс ИПП. Пациентам с внепищеводными проявлениями без типичных симптомов ГЭРБ до начала терапии ИПП следует провести рефлюкс-мониторинг. Двукратная доза ИПП эффективнее однократной [3].

Вопросы неэффективности терапии ИПП также затрагиваются в американских рекомендациях. Существует несколько причин так называемой рефрактерной ГЭРБ. Из них можно выделить неадекватную дозу ИПП и неправильный прием препарата после еды или на ночь (абсолютно недопустимо).

В качестве первого шага в лечении рефрактерной ГЭРБ АСГ рекомендует оптимизировать терапию ИПП. Пациентам с установленным диагнозом ГЭРБ, у которых симптомы не реагируют адекватно на терапию ИПП два раза в день, следует провести импеданс-рН-мониторинг на фоне приема ИПП. Это позволит определить причину сохранения клинических проявлений – недостаточный антисекреторный эффект ИПП или гиперсенситивность пищевода. Пациентам, у которых регургитация является основным ИПП-рефрактерным симптомом и у которых выявлен патологический ГЭР по данным рефлюкс-мониторинга, рекомендуется рассмотреть целесообразность антирефлюксной хирургии [3].

Безопасность длительного применения ИПП

Одним из важнейших вопросов, поднятых АСГ, является безопасность длительного применения ИПП. Предлагается информировать пациентов о том, что ИПП относится к наиболее эффективным средствам лечения ГЭРБ. В ряде медицинских исследований выявлена связь между длительным использованием ИПП и развитием множества неблагоприятных состояний, включая кишечные инфекции, пневмонию, рак желудка, переломы костей, связанные с остеопорозом, хроническое заболевание почек, дефицит некоторых витами-



нов и минералов, сердечные приступы, инсульты, деменцию и раннюю смерть. Эти исследования имеют недостатки, не считаются окончательными и не устанавливают причинно-следственную связь между приемом ИПП и неблагоприятными состояниями. Высококачественные исследования показали, что ИПП существенно не увеличивают риск любого из перечисленных состояний, за исключением кишечных инфекций. Тем не менее нельзя исключать возможность того, что прием ИПП приведет к небольшому увеличению риска развития неблагоприятных состояний. Что касается лечения ГЭРБ, гастроэнтерологи в целом согласны с тем, что общепризнанные преимущества ИПП намного превышают их теоретические риски.

Пациентам с ГЭРБ, которые принимают ИПП и у которых нет других факторов риска заболевания костей, ACG не рекомендует повышать потребление кальция или витамина D а также проводить регулярный мониторинг минеральной плотности костей. В отсутствие других факторов риска дефицита витамина B₁₂ не следует повышать потребление витамина B₁₂ или проводить регулярный мониторинг его уровня в сыворотке крови. Пациентам, у которых нет других факторов риска заболевания почек, нецелесообразно проводить регулярный мониторинг уровня креатинина в сыворотке крови. ИПП могут использоваться для лечения ГЭРБ у пациентов с почечной недостаточностью при тщательном мониторинге функции почек или после консультации с нефрологом [3].

Антирефлюксная хирургия ГЭРБ

Одним из дискуссионных вопросов остается вопрос о показаниях к антирефлюксной хирургии (АРХ). В рекомендациях НОГР отмечается, что показания к хирургическому лечению ГЭРБ спорные, а отдаленные результаты не гарантируют полного отказа от применения ИПП. В качестве показаний к хирургическому лечению указываются осложненное течение ГЭРБ (пищевод Барретта, эрозивный рефлюкс-эзофагит III–IV степени (C–D по Лос-Анджелесской классификации), рецидивирующая язва пищевода с высоким риском кровотечения, стриктура пищевода), в том числе сочетающееся с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) [5].

РГА рекомендует антирефлюксное хирургическое лечение при осложненном течении заболевания (повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие пищевода Барретта с дисплазией эпителия высокой степени, доказанной двумя морфологами, частые аспирационные пневмонии). В тех случаях, когда пациент по объективным или субъективным причинам не может получать консервативную терапию ГЭРБ, рассматривают вопрос о хирургическом лечении и при неосложненном течении. Хирургическое лечение ГЭРБ может быть более эффективным у пациентов с ГЭРБ, у которых имеются типичные проявления заболевания и лечение ИПП эффективно [6].

ACG рекомендует антирефлюксную операцию, проводимую опытным хирургом, как вариант лечения пациентов с объективными признаками ГЭРБ. Операция может принести наибольшую пользу пациентам с тяжелым рефлюкс-эзофагитом (C или D по Лос-Анджелесской классификации), большими ГПОД и/или стойкими неприятными симптомами ГЭРБ. Перед инвазивным лечением у пациентов с резистентными к ИПП симптомами ГЭРБ, за исключением регургитации, должна проводиться тщательная оценка. Перед антирефлюксной операцией для исключения ахалазии и отсутствия сократительной способности пищевода выполняется манометрия высокого разрешения [3].

В 2019 г. был опубликован международный консенсус по АРХ, в котором перечислены критерии эффективной АРХ [11]. Практически всеми участниками было признано, что больные ГЭРБ с изжогой и ответом на терапию ИПП либо эрозивным эзофагитом C и D, пищеводом Барретта могут иметь успех от хирургического лечения.

Подчеркивается, что перед оперативным вмешательством необходимо полное комплексное обследование, включающее ЭГДС, манометрию пищевода, рентгеноскопию, суточный рН-импеданс-мониторинг. Эти мероприятия позволят выявлять те группы пациентов, у которых эффективность АРХ может быть сомнительной. Это прежде всего пациенты с эзофагитом A и B по Лос-Анджелесской классификации, эозинофильным эзофагитом, склеродермией, спастическими дискинезиями пищевода, неэффективной моторикой пищевода, функциональной изжогой или гиперсенситивным пищеводом, пациенты с коротким пищеводом. Группа пациентов с функциональными заболеваниями, гиперчувствительностью, избыточной массой тела, склеродермией также плохие кандидаты на проведение АРХ. Кроме того, пациенты с внепищеводными проявлениями ГЭРБ, болью в грудной клетке, эозинофильным эзофагитом, психическими отклонениями (депрессия и тревожность) могут рассматриваться как кандидаты на выполнение АРХ, только если доказана связь симптомов с ГЭРБ.

По некоторым группам пациентов имеется ограниченное число исследований, достоверность результатов которых оценить крайне сложно. В частности, речь идет о больных с эозинофильным эзофагитом, склеродермией и неэффективной моторикой пищевода, пациентах с параэзофагеальными грыжами, гиперсенситивным пищеводом. Не случайно авторы рекомендуют воздерживаться от проведения каких-либо антирефлюксных хирургических вмешательств. Важным постулатом международных рекомендаций на пути предупреждения неэффективных антирефлюксных процедур является обязательность проведения манометрии пищевода в предоперационном периоде. Несмотря на ограниченное количество исследований, принято считать, что пациентам с гиперконтрактивным пищеводом, «пищеводом шелкунчика» или эзофагоспазмом проведение АРХ противопоказано [11]. ●



Литература

1. Eusebi L.H., Ratnakumaran R., Yuan Y., et al. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut*. 2018; 67 (3): 430–440.
2. Бордин Д.С., Абдулхаков Р.А., Осипенко М.Ф. и др. Многоцентровое исследование распространенности симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов поликлиник в России. *Терапевтический архив*. 2022; 94 (1): 48–56.
3. Katz P.O., Dunbar K.B., Schnoll-Sussman F.H., et al. ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am. J. Gastroenterol.* 2022; 117 (1): 27–56.
4. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrilas P., et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am. J. Gastroenterol.* 2006; 101 (8): 1900–1920.
5. Лазебник Л.Б., Ткаченко Е.И., Абдулганиева Д.И. и др. VI Национальные рекомендации по диагностике и лечению кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (VI Московские соглашения). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2017; 138 (2): 3–21.
6. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2020; 30 (4): 70–97.
7. Durazzo M., Lupi G., Cicerchia F., et al. Extra-esophageal presentation of gastroesophageal reflux disease: 2020 update. *J. Clin. Med.* 2020; 9 (8): 2559–2580.
8. Irwin R.S., French C.L., Chang A.B., et al. Classification of cough as a symptom in adults and management algorithms: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2018; 153 (1): 196–209.
9. Li X., Lin S., Wang Z., et al. Gastroesophageal reflux disease and chronic cough: a possible mechanism elucidated by ambulatory pH-impedance-pressure monitoring. *Neurogastroenterol. Motil.* 2019; 31 (12): e13707–e13717.
10. Gyawali C.P., Kahrilas P.J., Savarino E., et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut*. 2018; 67 (7): 1351–1362.
11. Pauwels A., Boecxstaens V., Andrews C.N., et al. How to select patients for antireflux surgery? The ICARUS guidelines (international consensus regarding preoperative examinations and clinical characteristics assessment to select adult patients for antireflux surgery). *Gut*. 2019; 68: 1928–1941.
12. Hungin A.P.S., Molloy-Bland M., Scarpignato C. Revisiting Montreal: new insights into symptoms and their causes, and implications for the future of GERD. *Am. J. Gastroenterol.* 2019; 114 (3): 414–421.
13. Sifrim D., Zerbib F. Diagnosis and management of patients with reflux symptoms refractory to proton pump inhibitors. *Gut*. 2012; 61 (9): 1340–1354.
14. Yadlapati R., Vaezi M.F., Vela M.F., et al. Management options for patients with GERD and persistent symptoms on proton pump inhibitors: recommendations from an expert panel. *Am. J. Gastroenterol.* 2018; 113 (7): 980–986.
15. Jung H.K., Tae C.H., Song K.H., et al. 2020 Seoul consensus on the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *J. Neurogastroenterol. Motil.* 2021; 27 (4): 453–481.
16. Aziz Q., Fass R., Gyawali C.P., et al. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology*. 2016; 150: 1368–1379.
17. Naik R.D., Meyers M.H., Vaezi M.F. Treatment of refractory gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol. Hepatol.* 2020; 16 (4): 196–205.
18. Jacobson B.C., Somers S.C., Fuchs C.S., et al. Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. *N. Engl. J. Med.* 2006; 354 (22): 2340–2348.

Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease: Analysis of Current Recommendations

E.R. Valitova, PhD¹, M.V. Chebotaryova^{1,2}, O.I. Berezina, PhD¹, D.S. Bordin, PhD, Prof.^{1,3,4}

¹ A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center

² Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management

³ Tver State Medical University

⁴ A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

Contact person: Elen R. Valitova, e.valitova@mknc.ru

The article summarizes the data of international and Russian recommendations for the treatment and diagnosis of one of the most common diseases of the XXI century – gastroesophageal reflux disease (GERD), provides indications for the use of instrumental methods and refined criteria for the diagnosis of GERD, describes the principles of treatment, including the refractory form of GERD. Special emphasis is placed on the importance of esophageal manometry and reflux monitoring before antireflux surgery. Indications for antireflux operations are listed.

Key words: gastroesophageal reflux disease, diagnosis, treatment, international and Russian recommendations