



Новые международные рекомендации по ведению пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: диагностика и лечение типичных синдромов

В.В. Цуканов ✉, А.В. Васютин, Ю.Л. Тонких

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр» Сибирского отделения Российской академии наук» обособленное подразделение «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера»; Россия, г. Красноярск

РЕЗЮМЕ

Цель обзора: проанализировать клинические рекомендации Американской коллегии гастроэнтерологии 2022 г. по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Основные положения. При диагностике ГЭРБ имеют значение эмпирическое назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП), анализ симптомов, эзофагогастродуоденоскопия, рН-импедансометрия и манометрия высокого разрешения. Основными методами терапии типичных синдромов ГЭРБ являются коррекция питания, снижение массы тела и прием ИПП. У пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью после достижения ответа на лечение можно прекратить их прием или перейти на терапию по требованию. У больных с эзофагитом стадий С и D целесообразно длительное поддерживающее лечение ИПП.

Заключение. Рекомендации Американской коллегии гастроэнтерологии содержат целый ряд важных положений, которые будут полезны практическим врачам. Однако клинико-эпидемиологическая ситуация в России очень существенно отличается от таковой в западных странах, и это необходимо учитывать при определении тактики ведения пациентов с ГЭРБ.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивный эзофагит, диагностика, лечение.

Вклад авторов: Цуканов В.В. — разработка дизайна статьи, проверка критически важного содержания, корректировка текста статьи, утверждение рукописи для публикации; Васютин А.В. — написание текста статьи; Тонких Ю.Л. — поиск и анализ литературных данных.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Цуканов В.В., Васютин А.В., Тонких Ю.Л. Новые международные рекомендации по ведению пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: диагностика и лечение типичных синдромов. Доктор.Ру. 2022; 21(6): 29–34. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-6-29-34

Current International Guidelines for the Management of Patients with Gastroesophageal Reflux Disease: Diagnosis and Management of Typical Syndromes

V.V. Tsukanov ✉, A.V. Vasyutin, Yu.L. Tonkikh

Scientific and Research Institute of Medical Problems of the North of the Federal Research Centre “Krasnoyarsk Scientific Centre of the Siberian Branch of the Russian Academy of Science”; 3-g Partisan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022

ABSTRACT

Objective of the Review: Analysis of the 2022 American College of Gastroenterology clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD).

Key points. Empiric proton pump inhibitors (PPIs), symptom analysis, esophagogastroduodenoscopy, pH-impedancemetry, and high-resolution manometry are important in the diagnosis of GERD. The main therapies for typical GERD syndromes are dietary modification, weight loss, and PPIs. In patients with non-erosive reflux disease, once a response to treatment has been achieved, PPIs may be discontinued or switched to on-demand PPI therapy. In patients with stage C and D esophagitis, long-term maintenance treatment with a PPI is appropriate.

Conclusion. The recommendations of the American College of Gastroenterology contain a number of important provisions that will be useful to practitioners. However, the clinical and epidemiological situation in Russia is very different from that in Western countries, and this must be taken into account when determining the tactics of managing patients with GERD.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, erosive esophagitis, diagnosis, treatment.

Contributions: Tsukanov, V.V. — article design, review of critically important material, text editing, approval of the manuscript for publication; Vasyutin, A.V. — text of the article; Tonkikh, Yu.L. — search and analysis of literature data.

Conflict of interest: The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For citation: Tsukanov V.V., Vasyutin A.V., Tonkikh Yu.L. Current International Guidelines for the Management of Patients with Gastroesophageal Reflux Disease: Diagnosis and Management of Typical Syndromes. Doctor.Ru. 2022; 21(6): 29–34. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-6-29-34

✉ Цуканов Владислав Владимирович / Tsukanov, V.V. — E-mail: gastro@impn.ru



Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) продолжает оставаться одним из наиболее распространенных заболеваний в практике гастроэнтерологов, хирургов и врачей первичного звена [1]. За последние десятилетия расширились наше понимание различных проявлений ГЭРБ, возможности диагностики и подходы к ведению пациентов. За это время внимание к ингибиторам протонной помпы (ИПП) значительно возросло. Однако у 30–40% больных отсутствует адекватный эффект от эмпирической терапии ИПП [2]. Поэтому текущая парадигма смещается в сторону персонализированного подхода к оценке и лечению симптомов ГЭРБ [3].

В связи с этим в 2022 г. опубликованы новые рекомендации по ведению пациентов с ГЭРБ Американской коллегии гастроэнтерологии (American College of Gastroenterology, ACG)¹ и Американской гастроэнтерологической ассоциации (American Gastroenterological Association)². В данной статье мы акцентируем внимание на положениях рекомендаций ACG в разделах диагностики и лечения типичных синдромов. Каждому положению ACG присвоены уровень доказательств и сила рекомендаций³.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Определение ГЭРБ является сложной задачей. ACG предлагает следующее: ГЭРБ — состояние, при котором наблюдается рефлюкс желудочного содержимого в пищевод, приводящий к возникновению симптомов и/или осложнений. Объективно ГЭРБ подтверждается наличием повреждений слизистой оболочки пищевода на эндоскопии или демонстрацией патологического заброса кислого содержимого в пищевод во время рН-импедансометрии³.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Патофизиология ГЭРБ включает плохо функционирующее пищеводно-желудочное соединение (ПЖС). ПЖС — это антирефлюксный барьер, состоящий из нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и ножек диафрагмы, в сочетании с пищеводным клиренсом и целостностью слизистой оболочки пищевода. Рефлюкс-эзофагит развивается, когда рефлюкс желудочного сока приводит к высвобождению цитокинов и хемокинов, вызывающих воспаление и способствующих возникновению симптомов.

Другими причинами симптомов ГЭРБ могут быть снижение слюноотделения, замедленное опорожнение желудка и гиперчувствительность пищевода. В связи с этим к ГЭРБ целесообразно подходить как к заболеванию с несколькими фенотипическими проявлениями, требующими различных диагностических подходов⁴.

СИМПТОМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Типичные симптомы ГЭРБ включают изжогу и регургитацию. Изжога — наиболее распространенный симптом ГЭРБ, она описывается как ощущение жжения за грудиной, поднима-

ющееся от эпигастрия к шее. Регургитация — это заброс желудочного содержимого вверх ко рту, часто сопровождающийся кислым или горьким привкусом.

Хотя и изжога, и регургитация являются основными симптомами ГЭРБ, генез их неодинаков, и подходы к диагностике и лечению различаются в зависимости от преобладающего симптома. Боль в груди, неотличимая от боли в сердце, может проявляться в сочетании с изжогой и регургитацией или быть единственным симптомом ГЭРБ.

Поскольку ни один из признаков и симптомов ГЭРБ не является специфическим, не существует «золотого стандарта» ее диагностики. Диагноз основывается на сочетании симптомов, эндоскопической оценки слизистой оболочки пищевода, мониторинга рефлюкса и ответа на терапевтическое вмешательство. В большинстве общепринятых руководств рекомендуется пробная терапия ИПП в качестве диагностического «теста» у пациентов с типичными симптомами изжоги и регургитации, при этом предполагается, что реакция на ИПП позволяет установить диагноз ГЭРБ.

Хотя это практичный и эффективный подход, он ограничен совокупной чувствительностью 78% и специфичностью 54% [4, 5]. Внепищеводные проявления ГЭРБ могут включать ларингеальные и легочные симптомы (охриплость, откашливание и хронический кашель), а также ларингит, фарингит, легочный фиброз, астму и синусит.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Эзофагогастроуденоскопия

ЭГДС — наиболее широко используемый объективный тест для оценки слизистой оболочки пищевода. У пациентов с признаками ГЭРБ, которые имеют такие тревожные симптомы, как дисфагия, потеря массы, кровотечение, рвота и/или анемия, эндоскопия должна быть выполнена как можно скорее. Эндоскопические признаки эрозивного эзофагита (ЭЭ) и пищевода Барретта специфичны для диагностики ГЭРБ.

Лос-Анджелесская классификация (LA) — наиболее часто применяемая и проверенная система оценки эзофагита [6]. В недавних экспертных заключениях сделан вывод о том, что определения ЭЭ класса А по LA недостаточно для окончательного диагноза ГЭРБ, поскольку его нельзя надежно отличить от нормы [7]⁵. ЭЭ класса В по LA может быть диагностическим признаком ГЭРБ при наличии типичных симптомов ГЭРБ и реакции на ИПП, тогда как класс С по LA практически всегда является диагностическим признаком ГЭРБ.

У амбулаторных пациентов ЭЭ класса D по LA — это проявление тяжелой ГЭРБ. Обнаружение сегмента пищевода Барретта > 3 см с кишечной метаплазией при биопсии считается диагностическим признаком ГЭРБ и устраняет необходимость в рН-тестировании. Больным с ЭЭ степеней С и D по LA рекомендуется эндоскопия после лечения ИПП, чтобы подтвердить заживление и оценить наличие пищевода Барретта, который иногда трудно обнаружить при тяжелом ЭЭ.

У пациентов, которым делали эндоскопию по поводу типичных симптомов ГЭРБ, нормальная слизистая оболочка

¹ Katz P.O., Dunbar K.B., Schnoll-Sussman F.H., Greer K.B. et al. ACG Clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am. J. Gastroenterol.* 2022; 117(1): 27–56. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001538

² Yadlapati R., Gyawali C.P., Pandolfino J.E. AGA Clinical practice update on the personalized approach to the evaluation and management of GERD: expert review. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2022; 20(5): 984–94.e1. DOI: 10.1016/j.cgh.2022.01.025

³ Katz P.O., Dunbar K.B., Schnoll-Sussman F.H., Greer K.B. et al. ACG Clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. ...

⁴ Там же.

⁵ Gyawali C.P., Kahrilas P.J., Savarino E., Zerbib F. et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut.* 2018; 67(7): 1351–62. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314722

обнаруживается наиболее часто. Имеются ограниченные данные о частоте обнаружения ЭЭ у пациентов, перенесших эндоскопию на фоне приема ИПП. Поэтому диагноз неэрозивной рефлюксной болезни (НЭРБ) следует ставить только в том случае, если эндоскопия проводилась без приема ИПП.

Чтобы максимизировать эффективность диагностики ГЭРБ и оценки ЭЭ, диагностическую эндоскопию в идеале следует проводить через 2–4 недели после прекращения приема ИПП, если это возможно.

В небольшом проспективном исследовании, посвященном оценке рецидива эрозий у пациентов с ЭЭ степени С по LA, которые были излечены с помощью ИПП, прекращение терапии ИПП приводило к рецидиву ЭЭ уже через 1 неделю [8].

Прекращение приема ИПП на 2–4 недели также является диагностическим способом, облегчающим диагностику эозинфильного эзофагита, когда эндоскопия назначается и проводится пациентам с симптомами, предварительно ассоциируемыми с ГЭРБ, но которые не устраняются после лечения ИПП [9]. Хотя биопсия пищевода не имеет большого значения в качестве диагностического теста на наличие ГЭРБ, она необходима для установления диагноза эозинфильного эзофагита. Поскольку ИПП могут устранять эндоскопические и гистологические признаки эозинфильного эзофагита, эту патологию нельзя исключить, если эндоскопия проводится во время приема пациентом ИПП [9]. Больным следует сообщить, что они могут принимать антациды для облегчения симптомов в течение 2–4 недель без ИПП.

рН-импедансометрия

Амбулаторный мониторинг рефлюкса (рН или рН-импеданс) позволяет оценить воздействие кислоты на пищевод для установления или исключения диагноза ГЭРБ и выявления корреляции симптомов с эпизодами рефлюкса с использованием индекса симптомов или вероятности ассоциации симптомов. Во время тестирования на рефлюкс оцениваются несколько факторов, включая время воздействия кислоты, количество случаев рефлюкса и корреляцию с симптомами. рН-импедансометрия также позволяет измерить слабокислотный и некислотный рефлюкс, оценить клиренс болюса и степень проксимального рефлюкса.

Связь симптомов с рефлюксом, по данным рН-импедансометрии, может помочь предсказать их ответ на терапию и полезна в диагностике гиперчувствительности к рефлюксу⁶. Наиболее надежными характеристиками для диагностики ГЭРБ являются общее время $\text{pH} < 4$ в пищеводе и индекс ДеМейстера.

Часто возникает вопрос, следует ли проводить рН-мониторинг пищевода на фоне терапии ИПП или без нее. Обычно рекомендуется осуществлять его через 7 дней после прекращения приема ИПП, если диагноз ГЭРБ не ясен, и перед антирефлюксной операцией или эндоскопической терапией ГЭРБ для документирования патологического кислотно-рефлюкса [7].

Манометрия пищевода

Манометрию высокого разрешения (high resolution manometry, HRM) пищевода можно использовать для оценки нарушений моторики, связанных с ГЭРБ. Слабое давление НПС и неэффективная моторика пищевода часто сопровождают тяжелую ГЭРБ, но манометрические отклонения не являются специфическими для нее.

Перед рН-импедансометрией пищевода с помощью HRM определяют местоположение НПС для позиционирования трансназальных катетеров рН-импедансометра. HRM играет важную роль при обследовании пациентов перед хирургическими или эндоскопическими антирефлюксными процедурами, в первую очередь для диагностики ахалазии. Пациенты с ахалазией могут страдать изжогой и регургитацией, которые ошибочно принимают за симптомы ГЭРБ, а антирефлюксные процедуры, проведенные при таком ошибочном диагнозе ГЭРБ, способны вызвать выраженную дисфагию. Таким образом, HRM в идеале нужно производить у всех больных перед любой хирургической антирефлюксной процедурой.

Следует помнить, что полная фундопликация по Ниссену предназначена для пациентов с нормальной перистальтикой. Отсутствие перистальтики пищевода у большинства больных является противопоказанием к фундопликации. Новые разработки HRM включают физиологическую оценку морфологии пищеводно-желудочного перехода и провокационные тесты с многократными быстрыми глотками или провокационной пробой с быстрым питьем.

У пациентов, перенесших хирургическое лечение ГЭРБ, снижение сократительного резерва, подтвержденное тестом с множественными быстрыми глотками при HRM, связано с послеоперационной дисфагией [10]. HRM является частью диагностического поиска у больных, не реагирующих на ИПП, когда этиология симптомов не может быть объяснена с помощью рН-импеданс-мониторинга.

Некоторые положения рекомендаций Американской коллегии гастроэнтерологии из раздела «Диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни»

Положение 1. Пациентам с классическими симптомами ГЭРБ в виде изжоги и регургитации, у которых нет симптомов тревоги, мы рекомендуем 8-недельный курс эмпирической терапии ИПП один раз в день перед едой (сильная рекомендация, средний уровень доказательности).

Положение 3. Диагностическая эндоскопия рекомендуется в идеале через 2–4 недели после прекращения приема ИПП у больных без ответа классических симптомов ГЭРБ на 8-недельное эмпирическое лечение ИПП (сильная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 4. Пациентам с болью в груди без изжоги, прошедшим адекватное обследование для исключения заболевания сердца, рекомендуется объективное обследование для диагностики ГЭРБ (эндоскопия и/или мониторинг рефлюкса) (условная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 6. Эндоскопия рекомендуется в качестве первичного теста для обследования пациентов с дисфагией или другими тревожными симптомами (потерей массы и желудочно-кишечным кровотечением), а также лиц с множественными факторами риска развития пищевода Барретта (сильная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 7. У больных с подозрением на ГЭРБ, если эндоскопия не показывает объективные признаки ГЭРБ, мы рекомендуем проводить мониторинг рефлюкса вне терапии для установления диагноза (сильная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 8. рН-импедансометрия вне терапии не рекомендуется в качестве диагностического теста ГЭРБ у пациентов

⁶ Gyawali C.P., Carlson D.A., Chen J.W., Patel A. et al. ACG Clinical guidelines: clinical use of esophageal physiologic testing. *Am. J. Gastroenterol.* 2020; 115(9): 1412–28. DOI: 10.14309/ajg.0000000000000734

с эндоскопическими признаками рефлюкс-эзофагита степени С или D по LA или у больных с длинным сегментом пищевода Барретта (сильная рекомендация, низкий уровень доказательности).

ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Изменение диеты и образа жизни

Общие рекомендации включают снижение массы у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, приподнятое изголовье кровати, отказ от табака и алкоголя, от поздних приемов пищи и перекусов перед сном, пребывание в вертикальном положении во время и после еды. Рационально отказываться от кофе, шоколада, газированных напитков, острых, кислых продуктов (такие как цитрусовые и помидоры), а также продуктов с высоким содержанием жира [11].

Подтверждающие данные для этих рекомендаций ограничены и вариабельны, часто включают только небольшие и неконтролируемые исследования. Тем не менее многочисленные работы, в том числе несколько рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), продемонстрировали облегчение ночных симптомов ГЭРБ и ночного воздействия кислоты на пищевод в случае использования приподнятого изголовья кровати во время сна. Кроме того, при лежании на правом боку ночной рефлюкс и рефлюкс после еды сильнее, чем при лежании на левом боку, по-видимому, потому что правостороннее лежачее положение ставит ПЖС в зависимое положение по отношению к пулу желудочного содержимого, что способствует рефлюксу [12–14].

В нескольких исследованиях оценивалось влияние различных продуктов на давление НПС. В лабораторных исследованиях кофе, кофеин, цитрусовые и острая пища практически не воздействовали на давление НПС [15]. Однако некоторые из этих продуктов могут давать раздражающие эффекты, которые вызывают симптомы ГЭРБ, не влияя на рефлюкс.

Употребление алкоголя, курение табака, шоколад, мята и продукты с высоким содержанием жиров действительно снижают давление НПС в лабораторных условиях, но лишь немногие исследования подтверждают преимущества отказа от этих продуктов и привычек. В большом когортном исследовании показано, что отказ от курения облегчает симптомы ГЭРБ [16]. В другой работе у лиц, бросивших курить, частота симптомов ГЭРБ уменьшилась на 44%, а у продолжавших курить — только на 18% [17].

Медикаментозная терапия

ИПП являются наиболее часто назначаемыми препаратами для лечения ГЭРБ, что основано на обширных данных, демонстрирующих неизменно более выраженное облегчение изжоги и регургитации, а также лучшее заживление эрозий пищевода, чем при применении H₂-блокаторов гистаминовых рецепторов (H₂RA). Метаанализ показал значительно большую скорость заживления эрозий пищевода (12% в неделю) и более быстрое и полное облегчение изжоги (11,5% в неделю) при приеме ИПП, чем при использовании H₂RA (6 и 6,4% в неделю соответственно) [18, 19].

ИПП могут связываться только с протонными насосами, которые активно секретуют кислоту. Поскольку прием пищи стимулирует активность протонной помпы, ИПП с энтеросолюбильным покрытием лучше всего контролируют внутрижелудочный pH, если их принимать перед едой (за 30–60 минут до завтрака при приеме один раз в день и за 30–60 минут до завтрака и ужина при приеме

два раза в день) [20, 21]. Прием ИПП перед сном не рекомендуется, поскольку он менее эффективен [22].

Поддерживающую терапию ИПП следует назначать пациентам с осложнениями ГЭРБ, включая тяжелый ЭЭ (степень С или D по LA) и пищевод Барретта [23]. Для больных без ЭЭ или пищевода Барретта, у которых сохраняются симптомы после прекращения лечения ИПП, можно рассмотреть возможность терапии по требованию, при которой ИПП принимают только при появлении симптомов и прекращают принимать при их облегчении [24, 25]. У двух третей пациентов с НЭРБ, поддающихся лечению ИПП, после прекращения терапии может наблюдаться симптоматический рецидив.

Почти в 100% случаев при эзофагите степеней С и D по LA рецидивы возникают в течение 6 месяцев [26] и могут произойти уже через 1–2 недели после отмены ИПП [8]. Пациенты с ЭЭ степени С или D по LA должны продолжать длительную терапию ИПП для поддержания заживления.

В некоторых случаях больных с НЭРБ и ГЭРБ без осложнений можно успешно лечить с помощью приема ИПП по требованию или с перерывами. В одном РКИ среди пациентов с НЭРБ, рандомизированно получавших 20 мг омепразола по требованию, ремиссии через 6 месяцев достигли 83% больных, а среди получавших плацебо — только 56% [27].

В систематическом обзоре РКИ, сравнивающих прием ИПП по требованию и плацебо, число дней без симптомов у пациентов с НЭРБ, получавших препарат по требованию или непрерывную терапию ИПП, было одинаковым. Применение ИПП по требованию и непрерывный прием превосходили плацебо. Кислотосупрессивная терапия H₂-гистаминоблокаторами постулируется как еще один приемлемый вариант лечения, особенно у пациентов с НЭРБ [28, 29].

Использование самой низкой эффективной дозы ИПП для лечения ГЭРБ рекомендуется и логично, но должно быть индивидуальным. Одной из областей разногласий является резкое прекращение приема ИПП и потенциальная гиперсекреция кислоты, приводящая к усилению симптомов рефлюкса. Несмотря на то что рикошетная гиперсекреция кислоты наблюдалась у здоровых людей, убедительных доказательств усиления симптомов после резкой отмены ИПП нет [30, 31].

Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни во время беременности

Примерно две трети беременных женщин испытывают изжогу. Рекомендуется начинать лечение ГЭРБ во время беременности с изменения образа жизни. Если оно не помогает, антациды (содержащие алюминий, кальций или магний), альгинаты и сукральфат являются терапевтическими агентами первой линии для таких пациенток.

Некоторые положения рекомендаций Американской коллегии гастроэнтерологии из раздела «Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни»

Положение 1. Рекомендуется снижение массы у пациентов с избыточной массой тела и ожирением для облегчения симптомов ГЭРБ (сильная рекомендация, средний уровень доказательности).

Положение 2. Рекомендуется избегать приема пищи за 2–3 часа до сна (условная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 3. Больным с симптомами ГЭРБ предлагается избегать табачных изделий/курения (условная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 4. Следует избегать употребления «триггерных продуктов питания» (жирной пищи, алкоголя) для контроля симптомов ГЭРБ (условная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 5. Предлагается приподнимать изголовье кровати при симптомах ГЭРБ в ночное время (условная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 8. Рекомендуется назначать ИПП за 30–60 минут до еды, а не перед сном для контроля симптомов ГЭРБ (сильная рекомендация, средний уровень доказательности).

Положение 9. Больным с ГЭРБ, у которых нет ЭЭ или пищевода Барретта и симптомы у которых разрешились на фоне терапии ИПП, следует попытаться прекратить прием ИПП или перейти на терапию по требованию, когда ИПП принимают только при появлении симптомов и прекращают принимать при их купировании (условная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 10. Пациентам с ГЭРБ, которым требуется поддерживающая терапия ИПП, их следует назначать в самой низкой дозе, которая эффективно контролирует симптомы ГЭРБ и поддерживает заживление рефлюкс-эзофагита (условная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 12. Лицам с эзофагитом степени C или D по LA рекомендуется поддерживающая терапия ИПП в течение неопределенного времени или антирефлюксное хирургическое вмешательство (сильная рекомендация, средний уровень доказательности).

Положение 14. Рекомендуется не применять прокинетики любого типа для лечения ГЭРБ, если нет объективных признаков гастропареза (сильная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 15. Не рекомендуется принимать сукральфат для терапии ГЭРБ, за исключением периода беременности (сильная рекомендация, низкий уровень доказательности).

Положение 16. Предлагается лечение ИПП по требованию или периодическая терапия для контроля симптомов изжоги у больных с ГЭРБ (условная рекомендация, низкий уровень доказательности).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несомненно, рекомендации Американской коллегии гастроэнтерологии (American College of Gastroenterology, ACG), опубликованные в 2022 г., содержат целый ряд важных положений,

которые будут полезны практическим врачам. Вместе с тем следует обратить внимание на два аспекта. Во-первых, мы живем и работаем на территории Российской Федерации, поэтому рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации являются для нас главным документом, определяющим тактику ведения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ)⁷.

Во-вторых, стоимость эндоскопического исследования верхнего отдела пищеварительного тракта в Западной Европе и Северной Америке колеблется и составляет примерно 1000 долларов, то есть это довольно дорогая процедура в указанных регионах. Клинико-эпидемиологическая ситуация в России очень существенно отличается от таковой в западных странах. У нас определяются значительно более высокая заболеваемость раком желудка и распространенность инфекции *Helicobacter pylori*, которая, в свою очередь, ассоциирована с частотой язвенной болезни [32, 33]. Поэтому идея широкого использования ИПП без эндоскопии в нашей стране является весьма спорной. Следует понимать, что уже имеющиеся сигнальные симптомы, как правило, свидетельствуют о далеко зашедшей стадии органического заболевания. Поэтому в России предпочтительнее тактика ранней эндоскопии у больных с симптомами ГЭРБ и диспепсией.

Еще одно положение ACG, вызывающее вопросы, — стремление ограничить применение прокинетики для лечения ГЭРБ. Возможно, это объясняется тем, что в настоящее время проводится ряд клинических исследований эффективности новых прокинетики. По всей видимости, здесь нам следует больше доверять в текущей клинической практике рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации.


Скептическое отношение к эзофагиту стадии A по Лос-Анджелесской классификации как к диагнозу, недостаточно подтверждающему ГЭРБ, также выглядит неясным. Можно предполагать, что у этой группы пациентов результаты рН-импедансометрии и манометрии высокого разрешения не показывают наличия выраженного патологического рефлюкса. Очевидно, что у некоторых больных эрозии могут возникать вследствие воспаления в эпителии пищевода при воздействии незначительно измененного рефлюкса. Помимо этого, у нас нет оснований не доверять эффективности современных методов эндоскопии пищевода. Мы перечислили частные замечания, которые не отрицают высокого качества рекомендаций ACG и их пользы для практических врачей.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Delshad S.D., Almario C.V., Chey W.D., Spiegel B.M.R. Prevalence of gastroesophageal reflux disease and proton pump inhibitor-refractory symptoms. *Gastroenterology*. 2020; 158(5): 1250–61.e2. DOI: 10.1053/j.gastro.2019.12.014
2. Kahrilas P.J., Boeckstaens G., Smout A.J. Management of the patient with incomplete response to PPI therapy. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2013; 27(3): 401–14. DOI: 10.1016/j.bpg.2013.06.005
3. Yadlapati R., Pandolfino J.E. Personalized approach in the work-up and management of gastroesophageal reflux disease. *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* 2020; 30(2): 227–38. DOI: 10.1016/j.giec.2019.12.002
4. Cremonini F., Wise J., Moayyedi P., Talley N.J. Diagnostic and therapeutic use of proton pump inhibitors in non-cardiac chest pain: a meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol.* 2005; 100(6): 1226–32. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2005.41657.x

5. Kahrilas P.J., Hughes N., Howden C.W. Response of unexplained chest pain to proton pump inhibitor treatment in patients with and without objective evidence of gastro-oesophageal reflux disease. *Gut*. 2011; 60(11): 1473–8. DOI: 10.1136/gut.2011.241307
6. Lundell L.R., Dent J., Bennett J.R., Blum A.L. et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*. 1999; 45(2): 172–80. DOI: 10.1136/gut.45.2.172
7. Gyawali C.P., Fass R. Management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2018; 154(2): 302–18. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.07.049
8. Dunbar K.B., Agoston A.T., Odze R.D., Huo X. et al. Association of acute gastroesophageal reflux disease with esophageal histologic changes. *JAMA*. 2016; 315(19): 2104–12. DOI: 10.1001/jama.2016.5657
9. Odias E., Schwartz A., Souza R.F., Martin J. et al. New eosinophilic esophagitis concepts call for change in proton pump inhibitor

⁷ Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., Лапина Т.Л. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2020; 30(4): 70–97. DOI: 10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97

- management before diagnostic endoscopy. *Gastroenterology*. 2018; 154(5): 1217–21.e3. DOI: 10.1053/j.gastro.2018.03.003
10. Stoikes N., Drapekin J., Kushnir V., Shaker A. et al. The value of multiple rapid swallows during preoperative esophageal manometry before laparoscopic antireflux surgery. *Surg. Endosc.* 2012; 26(12): 3401–7. DOI: 10.1007/s00464-012-2350-0
 11. Kaltenbach T., Crockett S., Gerson L.B. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166(9): 965–71. DOI: 10.1001/archinte.166.9.965
 12. Khoury R.M., Camacho-Lobato L., Katz P.O., Mohiuddin M.A. et al. Influence of spontaneous sleep positions on nighttime recumbent reflux in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am. J. Gastroenterol.* 1999; 94(8): 2069–73. DOI: 10.1111/j.1572-0241.1999.01279.x
 13. Allampati S., Lopez R., Thota P.N., Ray M. et al. Use of a positional therapy device significantly improves nocturnal gastroesophageal reflux symptoms. *Dis. Esophagus.* 2017; 30(3): 1–7. DOI: 10.1111/dote.12495
 14. Person E., Rife C., Freeman J., Clark A. et al. A novel sleep positioning device reduces gastroesophageal reflux: a randomized controlled trial. *J. Clin. Gastroenterol.* 2015; 49(8): 655–9. DOI: 10.1097/MCG.0000000000000359
 15. Newberry C., Lynch K. The role of diet in the development and management of gastroesophageal reflux disease: why we feel the burn. *J. Thorac. Dis.* 2019; 11(suppl.12): S1594–601. DOI: 10.21037/jtd.2019.06.42
 16. Ness-Jensen E., Lindam A., Lagergren J., Hveem K. Tobacco smoking cessation and improved gastroesophageal reflux: a prospective population-based cohort study: the HUNT study. *Am. J. Gastroenterol.* 2014; 109(2): 171–7. DOI: 10.1038/ajg.2013.414
 17. Kohata Y., Fujiwara Y., Watanabe T., Kobayashi M. et al. Long-term benefits of smoking cessation on gastroesophageal reflux disease and health-related quality of life. *PLoS One.* 2016; 11(2): e0147860. DOI: 10.1371/journal.pone.0147860
 18. Wang W.H., Huang J.Q., Zheng G.F., Xia H.H. et al. Head-to-head comparison of H2-receptor antagonists and proton pump inhibitors in the treatment of erosive esophagitis: a meta-analysis. *World J. Gastroenterol.* 2005; 11(26): 4067–77. DOI: 10.3748/wjg.v11.i26.4067
 19. Khan M., Santana J., Donnellan C., Preston C. et al. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007; 2: CD003244. DOI: 10.1002/14651858.CD003244.pub2
 20. Hatlebakk J.G., Berstad A. Pharmacokinetic optimisation in the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. *Clin. Pharmacokinet.* 1996; 31(5): 386–406. DOI: 10.2165/00003088-199631050-00005
 21. Lee R.D., Mulford D., Wu J., Atkinson S.N. The effect of time-of-day dosing on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of dexlansoprazole MR: evidence for dosing flexibility with a Dual Delayed Release proton pump inhibitor. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2010; 31(9): 1001–11. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2010.04272.x
 22. Gunaratnam N.T., Jessup T.P., Inadomi J., Lascewski D.P. Sub-optimal proton pump inhibitor dosing is prevalent in patients with poorly controlled gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2006; 23(10): 1473–7. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2006.02911.x
 23. Savarino V., Marabotto E., Zentilin P., Furnari M. et al. Pathophysiology, diagnosis, and pharmacological treatment of gastro-esophageal reflux disease. *Expert Rev. Clin. Pharmacol.* 2020; 13(4): 437–49. DOI: 10.1080/17512433.2020.1752664
 24. Boghossian T.A., Rashid F.J., Thompson W., Welch V. et al. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017; 3(3): CD011969. DOI: 10.1002/14651858.CD011969.pub2
 25. Talley N.J., Lauritsen K., Tunturi-Hihnala H., Lind T. et al. Esomeprazole 20 mg maintains symptom control in endoscopy-negative gastro-oesophageal reflux disease: a controlled trial of 'on-demand' therapy for 6 months. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2001; 15(3): 347–54. DOI: 10.1046/j.1365-2036.2001.00943.x
 26. Schindlbeck N.E., Klauser A.G., Berghammer G., Londong W. et al. Three year follow up of patients with gastroesophageal reflux disease. *Gut.* 1992; 33(8): 1016–9. DOI: 10.1136/gut.33.8.1016
 27. Lind T., Havelund T., Lundell L., Glise H. et al. On demand therapy with omeprazole for the long-term management of patients with heartburn without oesophagitis — a placebo-controlled randomized trial. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 1999; 13(7): 907–14. DOI: 10.1046/j.1365-2036.1999.00564.x
 28. Pace F., Tonini M., Pallotta S., Molteni P. et al. Systematic review: maintenance treatment of gastro-oesophageal reflux disease with proton pump inhibitors taken 'on-demand'. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2007; 26(2): 195–204. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2007.03381.x
 29. Inadomi J.M., Jamal R., Murata G.H., Hoffman R.M. et al. Step-down management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology.* 2001; 121(5): 1095–100. DOI: 10.1053/gast.2001.28649
 30. Juul-Hansen P., Rydning A. Clinical and pathophysiological consequences of on-demand treatment with PPI in endoscopy-negative reflux disease. Is rebound hypersecretion of acid a problem? *Scand. J. Gastroenterol.* 2011; 46(4): 398–405. DOI: 10.3109/00365521.2010.537684
 31. Metz D.C., Pilmer B.L., Han C., Perez M.C. Withdrawing PPI therapy after healing esophagitis does not worsen symptoms or cause persistent hypergastrinemia: analysis of dexlansoprazole MR clinical trial data. *Am. J. Gastroenterol.* 2011; 106(11): 1953–60. DOI: 10.1038/ajg.2011.220
 32. Tsukanov V.V., Butorin N.N., Maady A.S., Shtygasheva O.V. et al. Helicobacter pylori infection, intestinal metaplasia, and gastric cancer risk in Eastern Siberia. *Helicobacter.* 2011; 16(2): 107–12. DOI: 10.1111/j.1523-5378.2011.00827.x
 33. Tsukanov V.V., Kasparov E.V., Tonkikh J.L., Shtygasheva O.V. et al. Peptic ulcer disease and Helicobacter pylori infection in different Siberian ethnicities. *Helicobacter.* 2017; 22(1): e12322. DOI: 10.1111/hel.12322 

Поступила / Received: 16.06.2022

Принята к публикации / Accepted: 09.09.2022

Об авторах / About the authors

Цуканов Владислав Владимирович / Tsukanov, V.V. — д. м. н., профессор, заведующий клиническим отделением патологии пищеварительной системы у взрослых и детей ФИЦ КНЦ СО РАН НИИ МПС. 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3г. eLIBRARY.RU SPIN: 2529-9513. <https://orcid.org/0000-0002-9980-2294>. E-mail: gastro@imprn.ru

Васютин Александр Викторович / Vasyutin, A.V. — к. м. н., старший научный сотрудник клинического отделения патологии пищеварительной системы у взрослых и детей ФИЦ КНЦ СО РАН НИИ МПС. 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3г. eLIBRARY.RU SPIN: 4075-4538. <https://orcid.org/0000-0002-6481-3196>. E-mail: alexander@kraslan.ru

Тонких Юлия Леонгардовна / Tonkikh, Yu.L. — к. м. н., ведущий научный сотрудник клинического отделения патологии пищеварительной системы у взрослых и детей ФИЦ КНЦ СО РАН НИИ МПС. 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 3г. eLIBRARY.RU SPIN: 3292-9128. <https://orcid.org/0000-0001-7518-1895>. E-mail: tjulia@bk.ru