
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ INTERNAL DISEASES

УДК: 616.21:616.329-002:616-056.52

DOI 10.18413/2687-0940-2020-43-2-187-195

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЭРБ У ПАЦИЕНТОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

FEATURES OF CLINICAL AND ENDOSCOPIC MANIFESTATIONS OF GERD IN PATIENTS ON AMBULATORY RECEPTION

М.С. Турчина, М.И. Лупанов, М.В. Букреева, Ж.Е. Анненкова
M.S. Turchina, M.I. Lupanov, M.V. Bukreeva, J.E. Annenkova

Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева,
Россия, 302026, Орёл, ул. Комсомольская, 95

Orel State University,
95 Komsomolskaya St., Orel, 302026, Russia

E-mail: turchina-57@mail.ru

Аннотация

В настоящее время в России и во всем мире прослеживается отчетливая тенденция к росту заболеваемости и распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, однако истинные данные об эпидемиологии данного заболевания отсутствуют. Затруднение при своевременной постановке диагноза приводит к несвоевременному назначению адекватной медикаментозной терапии, снижению качества жизни и развитию осложнений. В данной работе проведен анализ частоты встречаемости клинических и эндоскопических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов на амбулаторном приеме, возможности терапии данного состояния и динамика качества их жизни на фоне лечения.

Annotation

Currently, in Russia, as well as throughout the world, there is a tendency towards an increase in the incidence and prevalence of gastroesophageal reflux disease. This condition is characterized by a significant decrease in the quality of life of patients and the frequent development of relapses. At the same time, the majority of patients, due to the delay in making the correct diagnosis and low compliance with therapy, receive inadequate treatment. Often patients do not take the most effective drugs or do not adhere to the timing of treatment. The vast majority of patients with GERD are patients at clinics. Moreover, due to the lack of time on an outpatient basis, insufficient attention is paid to such patients. Based on the foregoing, it is necessary to continue research aimed at finding the most optimal ways to treat GERD and ways to increase compliance. This paper discusses the features of the clinic and diagnosis of GERD at the outpatient stage among the population of the Oryol region, analyzes the treatment results of such patients with an assessment of their quality of life.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, распространенность, фиброгастроэзофагоскопия, опросник GERD-Q, качество жизни, амбулаторный прием.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, prevalence, fibrogastroduodenoscopy, GERD-Q questionnaire, quality of life, outpatient care.

Введение

В последние годы в России, как и во всем мире, существенно возросло количество пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Однако данные об истинной распространенности ГЭРБ до настоящего времени отсутствуют. При оценке частоты встречаемости симптомов рефлюкса исследователи, как правило, опираются на данные обращаемости к врачам первичного звена, что не отражает истинного состояния проблемы [Ивашкин и др., 2017; Оскретков и др., 2018; Старостин, 2019].

Наиболее обширное исследование распространенности симптомов ГЭРБ было проведено в ходе многоцентрового исследования МЭГРЕ. Оно показало, что клинические проявления рефлюкса имеются у 13,3 % населения, в том числе у 23,6 % жителей Москвы [Лазебник, 2009].

На настоящий момент можно выделить несколько основных причин, затрудняющих определение истинной встречаемости ГЭРБ среди населения РФ [Морозов, Кучерявый, 2013; Ивашкин и др., 2017; Старостин, 2019]:

1. Многие пациенты не обращают внимания на наиболее частое клиническое проявление ГЭРБ – изжогу – и предпочитают лечиться самостоятельно. Это во многом обусловлено агрессивной рекламой средств для купирования изжоги в СМИ, а также дефицитом времени и нежеланием обращаться в поликлинику.

2. Часть больных с гастроэзофагеальным рефлюксом ввиду низкой чувствительности слизистой оболочки пищевода не ощущают изжоги, что приводит к бессимптомному течению ГЭРБ.

3. Многие врачи неправильно кодируют ГЭРБ при заполнении медицинской документации, предпочитая выставлять диагноз «Хронический гастрит».

Важной проблемой является то, что большая часть пациентов, страдающих ГЭРБ, не получает адекватной терапии [Оскретков и др., 2016; Иванкин и др., 2017; Iwakiri et al., 2016]. В соответствии с клиническими рекомендациями Российской ассоциации гастроэнтерологов золотым стандартом лечения ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы, так как именно эта группа препаратов обеспечивает наиболее мощную, стойкую и длительную кислотосупрессию [Ивашкин и др., 2017; Fujimoto, Hongo, 2011; Katz et al., 2013; Futura et al., 2016; Iwakiri et al., 2016]. При этом необходимо соблюдать сроки терапии (минимальный курс при неэрозивной форме ГЭРБ составляет 28 дней, при эрозивной – 56 дней с последующей поддерживающей терапией, в случае выявления пищевода Барретта показана постоянная поддерживающая терапия ИПП) [Морозов, Кучерявый, 2013; Ивашкин и др., 2017; Морозов и др., 2018; Kinoshita et al., 2018].

Во всех случаях ГЭРБ имеет место расширение межклеточных контактов слизистой оболочки пищевода вне зависимости от наличия или отсутствия эрозий. Восстановление гистологической целостности слизистой возможно лишь при длительной терапии. В противном случае существенно возрастает риск рецидива [Морозов и др., 2018; Kinoshita et al., 2018].

Исследования, проведенные во многих странах мира, показали, что у пациентов, не соблюдающих сроки проведения основной и поддерживающей терапии, вероятность рецидива в ближайшие 3 месяца составляет около 80 % и 90–98 % в течение ближайшего года [Морозов, Кучерявый, 2013; Морозов и др., 2018; Miner et al., 2002; Toghianian et al., 2011; Katz et al., 2013; Ichikawa et al., 2016].

Важную роль играет правильный подбор лекарственного препарата для терапии ГЭРБ. Оптимальными средствами первой линии в соответствии с клиническими рекомендациями Российской ассоциации гастроэнтерологов являются эзомепразол и рабепразол [Ивашкин и др., 2017; Морозов и др., 2018]. Именно эти препараты обеспечивают наиболее быстрое наступление клинического эффекта. Кроме того, длительность их действия после однократного приема позволяет контролировать уровень продукции соляной кислоты на протяжении всего дня и дает возможность однократного приема препарата. Подоб-

ный режим дозирования вне всяких сомнений повышает приверженность пациентов к проводимой терапии [Ивашкин и др., 2017; Fujimoto, Hongo, 2011; Iwakiri et al., 2016; Kinoshita et al., 2018].

Повысить эффективность проводимой терапии позволяет сочетанное с ИПП назначение прокинетики (домперидон, итоприд), антацидов и алгинатов. В то же время монотерапия подобными препаратами не приносит должного эффекта, о чем необходимо предупредить больных [Ивашкин и др., 2017; Ndraha, 2011; Reimer et al., 2016].

Наряду с медикаментозной терапией ГЭРБ необходима коррекция диеты и образа жизни [Оскретков и др., 2016; Старостин, 2019; Ness-Jensen et al., 2016]. Однако на амбулаторном приеме врачами первичного звена здравоохранения данному аспекту терапии уделяется недостаточное внимание ввиду дефицита времени. Подобные упущения приводят к возрастанию риска рецидивов и снижению приверженности к терапии [Оскретков и др., 2016; Ивашкин и др., 2017].

Высокая распространенность ГЭРБ, рост заболеваемости, увеличение числа осложненных форм, значительное снижение качества жизни у больных с симптоматикой рефлюкса приводят к необходимости уделять более пристальное внимание изучению тактики ведения подобных пациентов и возможности повышения их приверженности терапии [Оскретков и др., 2016; Velanovich, 2007; Lee et al., 2013; Singh et al., 2014; Koukias et al., 2015].

Целью настоящего исследования являлась оценка частоты встречаемости клинических и эндоскопических проявлений ГЭРБ у пациентов на амбулаторном приеме, эффективности терапии ингибиторами протонной помпы у данных пациентов и изменение качества их жизни на фоне проводимой терапии.

Объекты и методы исследования

На первом этапе исследования была проведена оценка результатов эндоскопического исследования 224 пациентов, находящихся на амбулаторном лечении. Возраст пациентов – от 21 до 62 лет. Из них 67 % женщин и 33 % мужчин. Вне зависимости от результатов эндоскопического исследования всем пациентам предлагалось заполнить опросник GERD-Q. Во второй этап исследования включались пациенты с наличием признаков рефлюкс-эзофагита по результатам ФГДС, а также пациенты, набравшие более 8 баллов по опроснику GERD-Q. Данный опросник является международным стандартизированным опросником, прошедшим апробацию на российской популяции и обладает высокой чувствительностью и специфичностью, в связи с чем рекомендуется в качестве скринингового метода диагностики ГЭРБ. В дальнейшем всем пациентам были даны рекомендации по коррекции образа жизни и диеты, а также назначены ингибиторы протонной помпы в стандартной дозировке на срок до 1 месяца. Доза и препарат подбирались с учетом индивидуальной чувствительности. Оценка эффективности терапии проводилась на 14-й и 28-й день лечения. Всем пациентам, получавшим терапию, была проведена оценка качества жизни с использованием опросника SF-36 до начала и после окончания лечения.

Результаты и их обсуждение

Для оценки распространенности симптомов ГЭРБ были выбраны пациенты, прошедшие эндоскопическое исследование верхнего отдела ЖКТ в условиях поликлиники в течение 2 месяцев. При этом на ФГДС чаще направлялись лица трудоспособного возраста. Распределение пациентов, направленных на эндоскопическое исследование ЖКТ по возрасту, составило: 18–30 лет (12,5 %), 31–40 лет (20,5 %), 41–50 лет (24,1 %), 51–60 лет (25,4 %), 61 и старше (17,5 %).

Определяющим фактором при назначении эндоскопического исследования являлись жалобы пациента на боли в эпигастрии и диспепсические явления – 163 человека (72,8 %), настоятельное желание пациента – 25 человек (11,2 %), наличие органической патологии ЖКТ в анамнезе – 20 человек (8,8 %), поиск причин железодефицитной ане-

мии – 6 человек (2,7 %), длительный прием кортикостероидов или НПВП – 6 человек (2,7 %), отягощенный анамнез по раку желудка и пищевода – 4 человека (1,8 %). Анализируя полученные данные, можно отметить, что большая часть пациентов направляется на эндоскопическое исследование только при наличии клинических проявлений, в то время как таким факторам, как наличие онкопатологии ЖКТ у родственников первой степени родства и сопутствующий прием препаратов, способных вызвать эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки желудка, уделяется недостаточное внимание.

Подавляющее большинство пациентов направлялось на эндоскопическое исследование врачами-терапевтами (72 %), второе место занимают врач-гастроэнтеролог (15 %), хирурги (5 %), врач-кардиолог (2 %), врач-ревматолог (3 %), врач-травматолог (3 %). Явное преобладание терапевтов обусловлено их численным преимуществом, однако следует заметить неоправданно низкий уровень направления на ФГДС от врачей-ревматологов и кардиолога, чьи пациенты чаще всего получают гастротоксичные препараты. Кроме того, практически отсутствуют направления ФГДС от врачей-неврологов, которые либо не обращают внимания на возможность развития эрозивно-язвенного поражения ЖКТ, либо предпочитают отправлять таких пациентов на консультацию к терапевту или гастроэнтерологу.

Данные, полученные при ФГДС, приведены на рисунке 1.

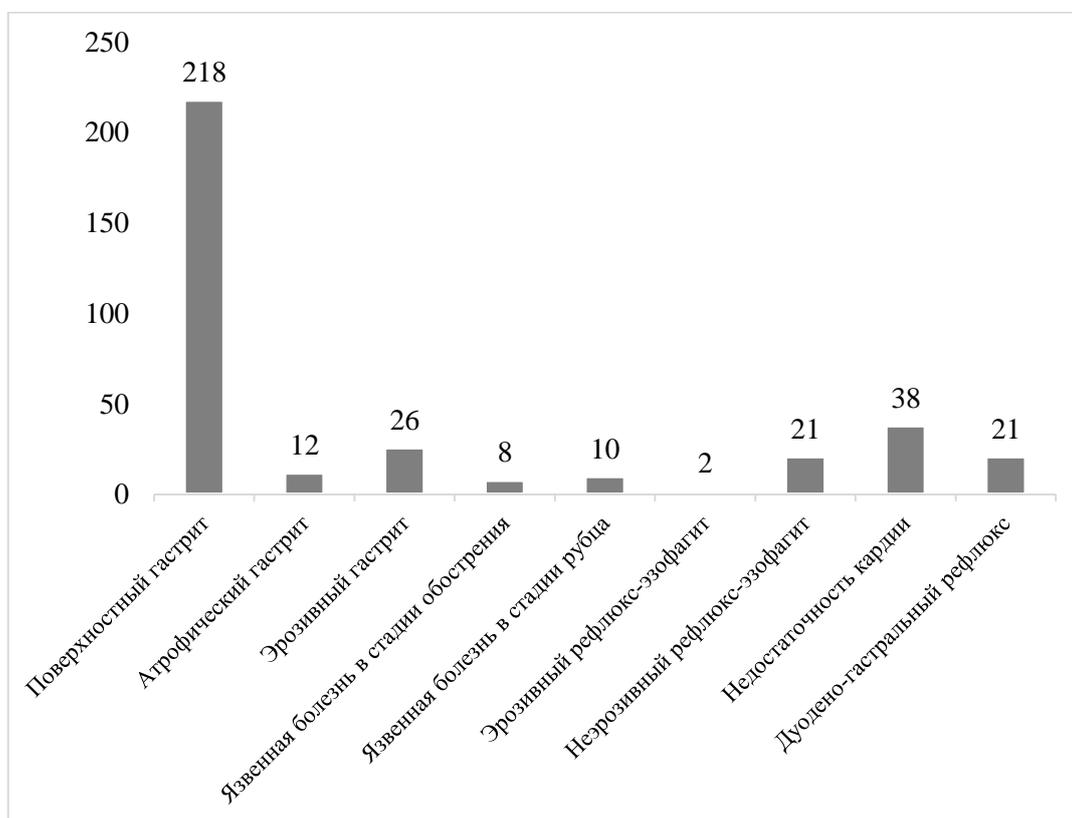


Рис. 1. Результаты ФГДС у амбулаторных пациентов

Fig. 1. Results of FGDS in outpatients

Как видно из представленных данных, у всех пациентов были выявлены отклонения от нормы. При этом в случае вынесения заключения «поверхностный гастрит» и «атрофический гастрит» использовались исключительно эндоскопические критерии без подтверждения морфологическими исследованиями биоптатов, что с точки зрения современных клинических рекомендаций не является диагностически значимым для постановки диагноза «хронический гастрит».

Необходимо отметить достаточно высокий уровень встречаемости недостаточности кардии (16,9 %) и дуодено-гастрального рефлюкса (9,3 %), что способствует забросу кислого содержимого желудка в пищевод и является фактором риска развития ГЭРБ.

В структуре повреждений пищевода преобладал неэрозивный рефлюкс-эзофагит (9,3 %), в то время как эрозивные формы встречались относительно редко (0,9 %). В случае обнаружения признаков эзофагита у пациентов всегда определялась недостаточность кардии.

Всем пациентам, прошедшим ФГДС, предлагалось заполнить опросник GERD-Q, используемый в качестве скрининга клинических признаков ГЭРБ. Данный метод диагностики рекомендуется использовать в качестве скринингового для раннего выявления симптомов гастроэзофагеального рефлюкса. Учитывая небольшие временные затраты на заполнение опросника, его применение целесообразно на амбулаторном приеме врача-терапевта. Однако среди пациентов, направленных на ФГДС за изучаемый период, никто ранее не заполнял его. Результаты, полученные при заполнении GERD-Q, представлены в таблице 1.

Таблица 1
Table 1

Результаты опроса в соответствии с опросником GERD-Q
Survey results in accordance with the GERD-Q questionnaire

| Возраст | Количество человек, набравших менее 8 баллов (n = 132) | Количество человек, набравших 8 и более баллов (n = 92) |
|-------------|--|---|
| 18–30 лет | 16 (12,1 %) | 12 (13,0 %) |
| 31–40 лет | 25 (18,9 %) | 21 (22,8 %) |
| 41–50 лет | 32 (24,2 %) | 22 (23,9 %) |
| 51–60 лет | 38 (28,9 %) | 19 (20,7 %) |
| 61 и старше | 21 (15,9 %) | 18 (19,6 %) |

При оценке результатов опросника было выявлено, что количество баллов 8 и более, что по Монреальским критериям соответствует ГЭРБ, определялось у 41,1 % (92 человека) пациентов. Корреляции между эндоскопической картиной и результатами опросника выявлено не было, что соответствует данным, опубликованным различными исследователями ранее.

Все пациенты, имевшие недостаточность кардии (38 человек), набрали более 8 баллов по опроснику GERD-Q. В то же время среди пациентов без признаков эзофагита и недостаточности кардии в 29 % случаев (54 человека) также отмечалось более 8 баллов по шкале GERD-Q, что соответствует клиническим проявлениям ГЭРБ.

На втором этапе исследования всем пациентам, имевшим клинические проявления ГЭРБ и эндоскопические признаки рефлюкс-эзофагита, было назначено соответствующее лечение. В качестве терапии применялся рабепразол в дозировке 20 мг в сутки или эзомепразол в дозе 20–40 мг в сутки на 1 месяц. Коррекция дозировок препаратов проводилась с учетом индивидуальной чувствительности.

К 14-му дню терапии полное купирование клинических проявлений ГЭРБ отмечалось у 88 % пациентов, к 28-му дню их число составило 100 %.

Так как ГЭРБ существенно нарушает качество жизни больных, наряду с оценкой клинической симптоматики весьма важно оценивать качество жизни. Именно уровень качества жизни больных на фоне проводимой терапии является определяющим фактором комплаенса пациентов.

Для оценки качества жизни больных на фоне проводимой терапии был использован опросник SF-36. При этом отмечалось достоверное увеличение показателей общего состояния здоровья (до начала терапии – $55,6 \pm 12,1$, после начала терапии – $72,1 \pm 9,3$), показателей жизнеспособности (до начала терапии – $43,6 \pm 10,1$, после начала терапии – $68,5 \pm 7,5$), социального (до начала терапии – $66,6 \pm 6,1$, после начала терапии – $82,1 \pm 6,5$) и ролевого функционирования (до начала терапии – $61,2 \pm 10,3$, после начала терапии – $72,8 \pm 10,1$) после проведения лечения ($p < 0,001$).

Выводы

Распространенность ГЭРБ весьма высока, и количество пациентов с симптоматической ГЭРБ на самом деле гораздо больше, чем тех, кто обращается за медицинской помощью. В связи с этим большая часть больных либо не получает никакой терапии, либо получает неадекватное лечение, что может приводить к прогрессированию симптомов и повышает риск развития аденокарциномы пищевода. Одним из наиболее простых и дешевых методов диагностики ГЭРБ на амбулаторном этапе является опросник GERD-Q. Его использование не занимает много времени и позволяет с высокой долей вероятности поставить диагноз ГЭРБ уже при первом обращении к врачу. В то же время наше исследование показало, что врачи первичного звена здравоохранения игнорируют столь простой метод диагностики, что затрудняет своевременную постановку диагноза.

Использование опросника GERD-Q позволяет дифференцированно подходить к назначению эндоскопического исследования пищевода. Эндоскопическая картина при ГЭРБ никак не коррелирует с выраженностью клинической симптоматики, что неоднократно подтверждалось различными исследователями. Таким образом, выявление симптомов ГЭРБ по опроснику GERD-Q позволяет назначать эмпирическую терапию пациентам с низким риском развития аденокарциномы пищевода и без проведения ФГДС, что снижает стоимость лечения пациентов, затраты времени на диагностику и способствует уменьшению нагрузки на врачей-эндоскопистов амбулаторного звена.

В структуре пациентов, направленных на ФГДС, преобладают пациенты врача-терапевта, при этом проведение исследования далеко не всегда обосновано. В то же время пациентам ревматолога, невролога и других специалистов, регулярно получающим НПВП, зачастую эндоскопическое исследование проводится несвоевременно. В данном случае снижение количества необоснованных направлений на ФГДС благодаря использованию опросника GERD-Q позволит более рационально использовать имеющиеся ресурсы здравоохранения.

Оценка качества жизни пациентов с рефлюксом показывает, что своевременная диагностика и проведение адекватной терапии существенно улучшает качество жизни и повышает приверженность пациентов к лечению.

Список литературы

1. Ивашкин В.Т., Маев В.И., Трухманов А.С., Баранская Е.К., Дронова О.Б., Зайратьянц О.В., Сайфутдинов Р.Г., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Пирогов С.С., Кучерявый Ю.А., Сторонова О.А., Андреев Д.Н. 2017. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 27 (4): 75–95.
2. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С., Васильев Ю.В., Ткаченко Е.И., Абдулхаков Р.А., Бутов М.А., Еремина Е.Ю., Зинчук Л.И., Цуканов В.В. 2009. Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России (МЭГРЕ): первые итоги». Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 6: 4–12.
3. Морозов С.В., Кучерявый Ю.А. 2013. Лечение больных неэрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Современный взгляд на проблему. Лечащий Врач, 7: 32–41.
4. Морозов С.В., Кучерявый Ю.А., Кропотчев В.С. 2018. Лечение больных эрозивным эзофагитом. Современный взгляд на проблему. Медицинский совет, 6: 66–102.
5. Старостин Б.Д. 2019. Современные подходы к лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 29 (1): 7–16.
6. Оскретков В.И., Ганков В.А., Андреасян А.Р., Овсепян М.А. 2018. Сопоставление результатов анкетного опроса и специальных методов исследования больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Эндоскопическая хирургия, 4 (6): 29–32.
7. Оскретков В.И., Ганков В.А., Гурьянов А.А., Климов А.Г., Андреасян А.Р., Овсепян М.А. 2016. Качество жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с аксиальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы после дозированной эзофагофундопликации. Вестник хирургической гастроэнтерологии, 4: 11–15.

8. Ichikawa H., Sugimoto M., Sugimoto K., Andoh A., Furuta T. 2016. Rapid metabolizer genotype of CYP2C19 is a risk factor of being refractory to proton pump inhibitor therapy for reflux esophagitis. *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 31(4): 716–726.
9. Iwakiri K., Kinoshita Y., Habu Y., Oshima T., Manabe N., Fujiwara Y., Nagahara A., Kawamura O., Iwakiri R., Ozawa S., Ashida K., Ohara S., Kashiwagi H., Adachi K., Higuchi K., Miwa H., Fujimoto K., Kusano M., Hoshihara Y., Kawano T., Haruma K., Hongo M., Sugano K., Watanabe M., Shimosegawa T. 2016. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2015. *J. Gastroenterology*, 51: 751–767.
10. Fujimoto K., Hongo M. 2011. Maintenance Study Group. Safety and efficacy of long-term maintenance therapy with oral dose of rabeprazole 10 mg once daily in Japanese patients with reflux esophagitis. *Intern. Med.*, 50: 179–188.
11. Furuta K., Adachi K., Aimi M., Shimura S., Mikami H., Nishimura N., Ishimura N., Ishihara S., Naora K., Kinoshita Y. 2016. Effect of timing of proton pump inhibitor administration on acid suppression. *Digestion.*, 93: 111–120.
12. Katz P.O., Gerson L.B., Vela M.F. 2013. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am. J. Gastroenterol.*, 108 (3): 308–28.
13. Kinoshita Y., Kato M., Fujishiro M., Masuyama H., Nakata R., Abe H., Kumagai S., Fukushima Y., Okubo Y., Hojo S., Kusano M. 2018. Efficacy and safety of twice daily rabeprazole maintenance therapy for patients with reflux esophagitis refractory to standard once-daily proton pump inhibitor: The Japan-based EXTEND study. *J. Gastroenterol.*, 53 (7): 834–844.
14. Koukias N., Woodland P., Yazaki E. 2015. Supragastric Belching: Prevalence and association with gastroesophageal reflux disease and esophageal hypomotility. *J. Neurogastroenterol. Motil.*, 21 (3): 398–403.
15. Lee S.W., Lee T.Y., Lien H.C., Yeh H.Z., Chang C.S., Ko C.W. 2013. Comparison of risk factors and disease severity between old and young patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol. Res.*, 6: 91–94.
16. Miner Ph., Orr W., Filippone J., Jokubaitis L., Sloan S. 2002. Rabeprazole in Nonerosive Gastroesophageal Reflux Disease: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Am. J. Gastroenterol.*, 97 (6): 1332–1339.
17. Ndraha S. 2011. Combination of PPI with a prokinetic drug in GERD. *Acta. Med. Indones. Indones. J. Intern. Med.*, 43 (4): 233–236.
18. Ness-Jensen E., Hveem K., El-Serag H., Lagergren J. 2016. Lifestyle intervention in gastroesophageal reflux disease. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 14 (2): 175–182.
19. Reimer C., Lødrup A.B., Smith G., Wilkinson J., Bytzer P. 2016. Randomised clinical trial: alginate (Gaviscon Advance) vs. placebo as add-on therapy in reflux patients with inadequate response to a once daily proton pump inhibitor. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 43 (8): 899–909.
20. Singh S., Garg S.K., Singh P.P., Iyer P.G., El-Serag H.B. 2014. Acid-suppressive medications and risk of oesophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's oesophagus: a systematic review and meta-analysis. *Gut.*, 63 (8): 1229–1237.
21. Toghiani S., Johnson D.A., Stålhammar N.O., Zerbib F. 2011. Burden of gastro-oesophageal reflux disease in patients with persistent and intense symptoms despite proton pump inhibitor therapy: a post hoc analysis of the 2007 national health and wellness survey. *Clin. Drug. Investig.*, 31: 703–15.
22. Velanovich V. 2007. The development of the GERD-HRQL symptom severity instrument. *Diseases of the Esophagus.*, 20: 130–134.

References

1. Ivashkin V.T., Mayev I.V., A.S. Trukhmanov I., Baranskaya Y.K., Dronova O.B., Zayratyants O.V., Sayfutdinov R.G., Sheptulin A.A., Lapina T.L., Pirogov S.S., Kucheryavy Y.A., Storonova O.A., Andreyev D.N. 2017. Klinicheskie rekomendacii Rossijskoj gastroenterologicheskoy associacii po diagnostike i lecheniyu gastroezofageal'noj refluksnoj bolezni [Diagnostics and treatment of gastroesophageal reflux disease: clinical guidelines of the Russian gastroenterological association]. *Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*, 27 (4): 75–95.
2. Lazebnik L.B., Masharova A.A., Bordin D.S., Vasil'ev Yu.V., Tkachenko E.I., Abdulkov R.A., Butov M.A., Eremina E.Yu., Zinchuk L.I., Cukanov V.V. 2009. Mnogocentrovoe issledovanie «Epidemiologiya Gastroezofageal'noj refluksnoj bolezni v Rossii (MEGRE): pervye itogi» [Multicenter

study «Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease in Russia (MEGRE): First Results»]. *Ekspierimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya*, 6: 4–12.

3. Morozov S.V., Kucheryavyj Yu.A. 2013. Lechenie bol'nyh neerozivnoj formoj gastroezofageal'noj refluksnoj bolezni [Treatment of patients with a non-erosive form of gastroesophageal reflux disease. Modern view of the problem]. *Sovremennyy vzglyad na problemu. Lechashchij Vrach*, 7: 32–41.

4. Morozov S.V., Kucheryavyj Yu.A., Kropotchev V.S. 2018. Lechenie bol'nyh erozivnym ezofagitom. *Sovremennyy vzglyad na problemu [Treatment of patients with erosive esophagitis]*, *Medicinskij sovet*, 6: 66–102.

5. Starostin B.D. 2019. *Sovremennye podhody k lecheniyu gastroezofageal'noj refluksnoj bolezni [Contemporary Approaches to the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease]*. *Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*, 29 (1): 7–16.

6. Oskretkov V.I., Gankov V.A., Andreyanov A.R., Ovsepyan M.A. 2018. *Sopostavlenie rezul'tatov anketnogo oprosa i special'nyh metodov issledovaniya bol'nyh gastroezofageal'noj refluksnoj bolezni'yu [Comparison of the results of a questionnaire survey and special research methods for patients with gastroesophageal reflux disease]*. *Endoskopicheskaya hirurgiya*, 4 (6): 29–32.

7. Oskretkov V.I., Gankov V.A., Gur'yanov A.A., Klimov A.G., Andreyanov A.R., Ovsepyan M.A. 2016. *Kachestvo zhizni bol'nyh gastroezofageal'noj refluksnoj bolezni'yu s aksial'noj gryzhej pishchevodnogo otverstiya diafragmy posle dozirovannoj ezofagofundoplakcii [Quality of life of patients with gastroesophageal reflux disease with axial hiatal hernia after dosed esophagofundoplication]*. *Vestnik hirurgicheskoy gastroenterologii*, 4: 11–15.

8. Ichikawa H., Sugimoto M., Sugimoto K., Andoh A., Furuta T. 2016. Rapid metabolizer genotype of CYP2C19 is a risk factor of being refractory to proton pump inhibitor therapy for reflux esophagitis. *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 31(4): 716–726.

9. Iwakiri K., Kinoshita Y., Habu Y., Oshima T., Manabe N., Fujiwara Y., Nagahara A., Kawamura O., Iwakiri R., Ozawa S., Ashida K., Ohara S., Kashiwagi H., Adachi K., Higuchi K., Miwa H., Fujimoto K., Kusano M., Hoshihara Y., Kawano T., Haruma K., Hongo M., Sugano K., Watanabe M., Shimosegawa T. 2016. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2015. *J. Gastroenterology*, 51: 751–767.

10. Fujimoto K., Hongo M. 2011. Maintenance Study Group. Safety and efficacy of long-term maintenance therapy with oral dose of rabeprazole 10 mg once daily in Japanese patients with reflux esophagitis. *Intern. Med.*, 50: 179–188.

11. Furuta K., Adachi K., Aimi M., Shimura S., Mikami H., Nishimura N., Ishimura N., Ishihara S., Naora K., Kinoshita Y. 2016. Effect of timing of proton pump inhibitor administration on acid suppression. *Digestion.*, 93: 111–120.

12. Katz P.O., Gerson L.B., Vela M.F. 2013. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am. J. Gastroenterol.*, 108 (3): 308–28.

13. Kinoshita Y., Kato M., Fujishiro M., Masuyama H., Nakata R., Abe H., Kumagai S., Fukushima Y., Okubo Y., Hojo S., Kusano M. 2018. Efficacy and safety of twice daily rabeprazole maintenance therapy for patients with reflux esophagitis refractory to standard once-daily proton pump inhibitor: The Japan-based EXTEND study. *J. Gastroenterol.*, 53 (7): 834–844.

14. Koukias N., Woodland P., Yazaki E. 2015. Supragastric Belching: Prevalence and association with gastroesophageal reflux disease and esophageal hypomotility. *J. Neurogastroenterol. Motil.*, 21 (3): 398–403.

15. Lee S.W., Lee T.Y., Lien H.C., Yeh H.Z., Chang C.S., Ko C.W. 2013. Comparison of risk factors and disease severity between old and young patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol. Res.*, 6: 91–94.

16. Miner Ph., Orr W., Filippone J., Jokubaitis L., Sloan S. 2002. Rabeprazole in Nonerosive Gastroesophageal Reflux Disease: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Am. J. Gastroenterol.*, 97 (6): 1332–1339.

17. Ndraha S. 2011. Combination of PPI with a prokinetic drug in GERD. *Acta. Med. Indones-Indones. J. Intern. Med.*, 43 (4): 233–236.

18. Ness-Jensen E., Hveem K., El-Serag H., Lagergren J. 2016. Lifestyle intervention in gastroesophageal reflux disease. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 14 (2): 175–182.

19. Reimer C., Lødrup A.B., Smith G., Wilkinson J., Bytzer P. 2016. Randomised clinical trial: alginate (Gaviscon Advance) vs. placebo as add-on therapy in reflux patients with inadequate response to a once daily proton pump inhibitor. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 43 (8): 899–909.

20. Singh S., Garg S.K., Singh P.P., Iyer P.G., El-Serag H.B. 2014. Acid-suppressive medications and risk of oesophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's oesophagus: a systematic review and meta-analysis. *Gut.*, 63 (8): 1229–1237.
21. Toghiani S., Johnson D.A., Stålhammar N.O., Zerbib F. 2011. Burden of gastro-oesophageal reflux disease in patients with persistent and intense symptoms despite proton pump inhibitor therapy: a post hoc analysis of the 2007 national health and wellness survey. *Clin. Drug. Investig.*, 31: 703–15.
22. Velanovich V. 2007. The development of the GERD-HRQL symptom severity instrument. *Diseases of the Esophagus.*, 20: 130–134.

Ссылка для цитирования статьи
Link for article citation

Турчина М.С., Лупанов М.И., Букреева М.В., Анненкова Ж.Е. 2020. Особенности клинических и эндоскопических проявлений ГЭРБ у пациентов на амбулаторном приеме. *Актуальные проблемы медицины*, 43 (2): 187–195. DOI 10.18413/2687-0940-2020-43-2-187-195.

Turchina M.S., Lupanov M.I., Bukreeva M.V., Annenkova J.E. 2020. Features of clinical and endoscopic manifestations of GERD in patients on ambulatory reception. *Challenges in Modern Medicine*, 43 (2): 187–195 (in Russian). DOI 10.18413/2687-0940-2020-43-2-187-195.