

Обсуждение проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в материалах Всемирного гастроэнтерологического конгресса (Шанхай, 2013)

В.О. Кайбышева, А.С. Трухманов, В.Т. Ивашкин

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Discussion of gastroesophageal reflux disease issue in World gastroenterological congress abstracts (Shanghai, 2013)

V. O. Kaybysheva, A. S. Trukhmanov, V. T. Ivashkin

State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Цель обзора. Осветить наиболее актуальные вопросы диагностики и лечения *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни* (ГЭРБ), представленные в материалах Всемирного гастроэнтерологического конгресса (Китай, 2013 г.).

Основные положения. Наибольшего внимания заслуживают следующие тенденции и достижения: широкое внедрение в последние годы новых методов диагностики ГЭРБ, таких как pH-импедансометрия и манометрия высокого разрешения, разработка нового метода неинвазивной диагностики ГЭРБ на этапе первичного звена – опросника GERD Q, оптимизация терапии ГЭРБ и ее осложнений.

Ключевые слова: ГЭРБ, pH-импедансометрия, манометрия высокого разрешения, опросник GERD Q.

The aim of review. To demonstrate most pressing issues of diagnostics and treatment of *gastroesophageal reflux disease* (GERD), presented in abstracts of the World gastroenterological congress (China, 2013).

Key points. Following tendencies and advances deserve the highest attention: wide introduction of new diagnostics methods of GERD in the last years, e.g.: pH-impedance measurement and high resolution manometry, development of new method of non-invasive GERD diagnostics at primary healthcare stage - GERD Q questionnaire, optimization of GERD treatment and its complications.

Key words: GERD, pH-impedance measurement, high resolution manometry, GERD Q questionnaire.

Кайбышева Валерия Олеговна – аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». Контактная информация: valeriakai@mail.ru; 119991, Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1, Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Kaybysheva Valeriya O – post-graduate student, Chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university». Contact information: valeriakai@mail.ru; 119991, Moscow, Pogodinskaya street, 1, bld 1. Vasilenko Clinic of internal diseases propedeutics, gastroenterology and hepatology. State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university»

Трухманов Александр Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». Контактная информация: gastro@orc.ru; 119991, Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1, Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Trukhmanov Alexander S – MD, PhD, professor, Chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university». Contact information: gastro@orc.ru; 119991, Moscow, Pogodinskaya street, 1, bld 1. Vasilenko Clinic of internal diseases propedeutics, gastroenterology and hepatology. State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university»

С 21 по 24 сентября 2013 г. в Шанхае проходил Всемирный гастроэнтерологический конгресс, совмещенный с Азиатско-Тихоокеанской гастроэнтерологической неделей. Обсуждению вопросов этиологии и патогенеза, современных высокотехнологичных методов диагностики и оптимизации лечения заболеваний органов пищеварения были посвящены устные и постерные доклады, авторами которых были как ведущие ученые, так и молодые исследователи.

В ряду рассматриваемых в ходе конгресса вопросов важное место занимала проблема *гастроэзофагеальной рефлюксной болезни* (ГЭРБ).

Интерес ученых к изучению данной проблемы не случаен: за последние десятилетия гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь стала одним из самых распространенных гастроэнтерологических заболеваний, значительно влияющим на качество жизни пациентов, снижающим их повседневную активность. Кроме того, прогрессирование ГЭРБ нередко ведет к возникновению тяжелых осложнений, таких как язвы и стриктуры пищевода, кровотечения, метаплазия и дисплазия эпителия, которые, в свою очередь, являются значимыми факторами риска развития аденокарциномы [1].

Современные методы диагностики ГЭРБ — *эзофагогастродуоденоскопия* (ЭГДС), рН-импедансометрия — являются высокоинформативными и чувствительными, но не применимы для рутинного обследования всех пациентов, страдающих изжогой. Чрезвычайно высокая распространенность симптомов ГЭРБ диктует необходимость разработки неинвазивных методов скрининговой диагностики болезни среди лиц, страдающих изжогой [2].

Вопросы терапии ГЭРБ также остаются до конца не решенными в связи с большой долей больных, резистентных к антисекреторным препаратам. Так, несмотря на то, что в клинических исследованиях *ингибиторы протонной помпы* (ИПП) демонстрируют наибольшую эффективность в лечении эрозивного эзофагита и купировании ГЭРБ-ассоциированных симптомов, количество больных ГЭРБ с каждым годом продолжает увеличиваться, растет и число осложнений [3].

Многие доклады Всемирного гастроэнтерологического конгресса были посвящены эпидемиологическим аспектам ГЭРБ, влиянию факторов внешней среды на ее развитие, профилактике развития заболевания.

Так, D. C. Sudipta и соавт. [4] изучали распространенность ГЭРБ в Индии среди 6639 сельских и городских жителей. Согласно полученным данным, характерные пищеводные жалобы предъявляли 13,6% населения, причем 24,2% из них отмечали практически ежедневную изжогу, а 19,1% обследуемых в связи с имеющимися симптомами

вынуждены были регулярно принимать лекарственные препараты. В этой работе были также изучены факторы риска развития ГЭРБ в среде населения Индии: возраст, пол, масса тела, социально-экономический статус, место проживания (город, сельская местность), употребление алкоголя и табакокурение, наличие сахарного диабета. По результатам исследования, ГЭРБ достоверно чаще страдали горожане, лица в возрасте старше 40 лет, с абдоминальным ожирением, употребляющие алкоголь.

Сходное исследование было проведено I. Chirila и соавт. [5] среди населения города Яссы в Румынии. Используя опросник для диагностики ГЭРБ *Gastrointestinal Symptom Rating Scale* (GSRS), удалось показать, что 31,1% городских жителей страдает ГЭРБ. Причем у лиц старше 50 лет болезнь диагностировалась чаще (37,4%), так же как и в группе страдающих избыточной массой тела и ожирением (41,1%).

В докладе наших соотечественников В. В. Цуканова и соавт. [6] сообщалось о распространенности пищевода Баррета среди представителей монголоидной и европеоидной рас Сибири по результатам крупного эпидемиологического исследования, проведенного в Республиках Тыва, Хакасия и на полуострове Таймыр (Красноярский край). В исследование было включено 14270 лиц европеоидной расы, 572 тувинца, 1489 хакасов, которым проводилась ЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода и дальнейшим морфологическим исследованием биоптатов. Было показано, что распространенность пищевода Баррета среди европеоидов, проживающих в Сибири, составляет 1,5%, среди тувинцев — 4,4%, среди хакасов — 2,9%. Важно, что изучавшиеся показатели были выше у мужчин вне зависимости от этнической принадлежности.

Доклад В. О. Кайбышевой и соавт. [7] был посвящен возможностям неинвазивной диагностики ГЭРБ с помощью нового международного опросника GERD Q в российской практике.

В исследование, проведенное в России под руководством академика РАН В. Т. Ивашкина, члена-корреспондента РАН И. В. Маева, профессора А. С. Трухманова, было включено 150 больных ГЭРБ, самостоятельно заполнявших новый опросник GERD Q, состоящий из 6 вопросов (диагноз ГЭРБ устанавливался при сумме баллов 8 и более), в дальнейшем пациентам проводились ЭГДС и рН-метрия пищевода. При сопоставлении данных опросника и инструментальных исследований удалось показать, что чувствительность опросника GERD Q составляет 65,4%, а специфичность — 91,7%. По результатам исследования был сделан вывод, что достаточно высокие чувствительность и специфичность опросника дают возможность врачам-терапевтам на этапе первичного звена своевременно устанавливать

диагноз и назначать адекватное лечение без необходимости применения инструментальных методов исследования (ЭГДС, рН-метрии) у каждого пациента с симптомами ГЭРБ.

Примером внедрения в клинику нового опросника GERD Q стало исследование М. Sandu и соавт. [8], которое включало 105 пациентов клиники пульмонологии, страдавших бронхиальной астмой, *хронической обструктивной болезнью легких* (ХОБЛ), раком легкого, бронхоэктатической болезнью, туберкулезом, пневмонией и трахеобронхитом. Всем пациентам было проведено анкетирование опросником GERD Q, диагноз ГЭРБ устанавливался при сумме баллов 8 и более. По результатам анкетирования ГЭРБ была выявлена у 43 (40,9%) из 105 пациентов, страдавших заболеваниями органов дыхания. Что касается отдельных нозологических форм, то ГЭРБ была диагностирована почти у половины больных бронхиальной астмой (45%), у 15 из 36 пациентов с ХОБЛ (41,6%), у 1 из 6 больных раком легкого, у 4 из 5 больных бронхоэктатической болезнью, у 2 из 6 больных туберкулезом легких, у 2 из 7 пациентов с пневмонией, у 1 из 5 с трахеобронхитом. Авторы сделали вывод, что заболевания верхних и нижних дыхательных путей нередко протекают на фоне сопутствующей ГЭРБ, которая особенно часто выявляется при бронхиальной астме, ХОБЛ и бронхоэктазах.

В работе О. Varboi и соавт [9] были описаны случаи диагностики ГЭРБ у 24 пациентов, в том числе у страдавших бронхиальной астмой (6 человек), ларингитом (17 человек), некардиальной болью в грудной клетке (1 человек). Лица, включенные в исследование, находились в пульмонологических, оториноларингологических или кардиологических отделениях стационаров в связи с основным заболеванием и одновременно имели характерные симптомы ГЭРБ — изжогу и/или регургитацию. У всех пациентов была установлена ГЭРБ с помощью следующих методов: ЭГДС (45,83%), рН-импедансометрия пищевода (16,66%), диагностический тест с ИПП (37,51%). Авторы сделали вывод, что ГЭРБ часто манифестирует внепищеводными симптомами, в связи с чем всем пациентам с бронхиальной астмой, дисфонией, хроническим кашлем, хроническим фарингитом необходима консультация гастроэнтеролога для исключения ГЭРБ.

В докладе Хуан Jiang [10] было показано, что ГЭРБ нередко сочетается с *синдромом раздраженного кишечника* (СРК) и другими функциональными заболеваниями *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ). Так, 25,2% пациентов с ГЭРБ страдали вздутием живота, 14% — хроническим запором, у 10,3% был установлен диагноз СРК, у 7,5% — функциональный запор.

Большое количество работ было посвящено современным высокочувствительным мето-

дам инструментальной диагностики ГЭРБ, таким как рН-импедансометрия и манометрия пищевода высокого разрешения.

В докладе Zhou Liya и соавт. [11] продемонстрированы преимущества рН-импедансометрии над традиционной рН-метрией пищевода в диагностике ГЭРБ. Среди 667 пациентов, включенных в исследование, при проведении ЭГДС и рН-импедансометрии ГЭРБ была установлена в 352 случаях. Интересно, что у больных рефлюкс-эзофагитом рН-импедансометрия позволила выявить большее число не только кислых, но и щелочных рефлюксов по сравнению со здоровыми лицами. Число же слабокислых рефлюксов у больных ГЭРБ и у здоровых достоверно не различалось. Авторы пришли к заключению, что чувствительность рН-импедансометрии в диагностике рефлюксов превышает таковую при использовании традиционной рН-метрии на 20%.

Yinan Shi и соавт. [12] представили результаты изучения двигательной функции пищевода и *нижнего пищеводного сфинктера* (НПС) с помощью манометрии высокого разрешения у 96 пациентов с ГЭРБ, 59 из которых страдали *неэрозивной формой заболевания* (НЭРБ). Было обнаружено, что при ГЭРБ наблюдается снижение DCI-суммарной интенсивности сокращения грудного отдела пищевода и уменьшение пищевода клиренса по сравнению с группой контроля как для жидких, так и для вязких глотков. Причем у пациентов с НЭРБ отмечается меньшее снижение суммарной интенсивности сокращения грудного отдела пищевода, чем у страдающих эрозивным рефлюкс-эзофагитом. Кроме снижения суммарной интенсивности сокращения (соответственно $1078,5 \pm 697$ и 950 ± 616 мм рт. ст. • с • см) у лиц с ГЭРБ наблюдалось уменьшение скорости движения зоны повышенного давления (CFV): для вязких глотков по сравнению с жидкими она составила $4,8 \pm 1,5$ и $4,4 \pm 1,4$ см/с.

Таким образом, было установлено, что при ГЭРБ отмечается снижение показателей манометрии высокого разрешения, характеризующих силу и скорость перистальтической волны, особенно в отношении вязких глотков.

В докладе F. Dai и соавт. [13] были продемонстрированы результаты рН-импедансометрии и манометрии пищевода у пациентов с НЭРБ и функциональной изжогой. В исследование было включено 132 пациента, страдавших изжогой, у которых по данным ЭГДС не обнаруживались изменения слизистой пищевода, и 32 здоровых добровольца. Всем пациентам проводилась рН-импедансометрия с оценкой SAP (вероятность ассоциации симптома с рефлюксом), по результатам которой были выделены группы больных с НЭРБ (рН-метрия — патологические рефлюксы) — 48 человек (36%), с гиперсенситивным пищеводом (рН-метрия — норма, SAP — поло-

жителей) — 51 человек (39%), с функциональной изжогой (рН-метрия — норма, SAP — отрицателен) — 33 человека (25%). Было показано, что пациенты с НЭРБ имели значительно большее время экспозиции кислоты в пищеводе по сравнению с пациентами с функциональной изжогой, гиперсенситивным пищеводом и группой контроля. Кроме того, при манометрическом исследовании тонуса НПС обнаружилось, что больные НЭРБ по сравнению с пациентами с функциональной изжогой имели более низкие значения давления покоя НПС ($16,5 \pm 4,8$ и $26,3 \pm 5,7$ мм рт. ст. соответственно).

В ряду рассматриваемых в ходе конгресса проблем значительное внимание уделялось вопросам терапии ГЭРБ.

Крупное мультицентровое исследование по оценке эффективности применения ИПП у 400 больных с симптомами ГЭРБ, находившихся на лечении в 39 госпиталях, было проведено в Таиланде [14]. Согласно полученным результатам, только 32% пациентов принимали ИПП однократно, большинство же принимали их 2 и более раз в день, а также были вынуждены использовать дополнительные лекарственные препараты для купирования имевшихся симптомов. Около 87% больных продолжали предъявлять те или иные жалобы несмотря на прием ИПП, причем если 70% пациентов сообщали о некотором улучшении самочувствия, то 17% совсем не отмечали ожидаемого эффекта, а 38% больных жаловались на появление клинических симптомов в ночное время.

Известно, что резистентность к ИПП наиболее распространена среди больных НЭРБ. Yinan Shi и соавт. [15], используя 24-часовую рН-импедансометрию и манометрию высокого разрешения, попытались выделить независимые предикторы возможного отсутствия ответа на терапию антисекреторными препаратами. В исследование было включено 117 человек с жалобами на изжогу и регургитацию, у которых при проведении ЭГДС не было обнаружено изменений слизистой оболочки пищевода. Для купирования имевшихся жалоб им был назначен эзомепразол по 20 мг 2 раза в сутки в течение 4 нед. Резистентными к терапии считали больных, продолжавших испытывать прежние симптомы более 1 раза в день в течение прошедшей недели. Данному критерию соответствовали 44 пациента.

При анализе клинических и инструментальных данных у лиц, резистентных к антисекреторной терапии, было показано, что больные НЭРБ чаще страдали функциональной диспепсией, чем пациенты, отвечающие на терапию ИПП. По результатам манометрии высокого разрешения, у «резистентных» больных в одной трети случаев отмечалось увеличение длины пищеводно-желудочного перехода, по данным рН-импедансометрии у них

чаще всего отсутствовала связь имевшихся жалоб с эпизодами рефлюксов (отрицательный индекс симптома).

Таким образом, было установлено, что предикторами неэффективности терапии с использованием ИПП могут считаться отрицательный индекс симптома при рН-импедансометрии (функциональная изжога), удлинение пищеводно-желудочного соединения, выявляемое при манометрии.

Eun Hye Kim и соавт. [16] использовали 24-часовую рН-импедансометрию пищевода у пациентов с рефрактерной ГЭРБ для определения возможности преодоления резистентности к ИПП путем замены одного препарата из этой группы на другой или за счет удвоения дозы. В исследование было включено 45 пациентов, у которых несмотря на прием ИПП сохранялись жалобы. Всем больным перед включением в исследование была проведена смена принимаемого препарата либо удвоена доза. Для определения эффективности новой схемы терапии оценивалась частота симптомов (изжоги и регургитации): появление изжоги 2 и менее раз в неделю расценивалось как положительный ответ на лечение, 3 и более раз — как его отсутствие. По результатам исследования было показано, что удвоение дозы ИПП или смена препарата на другой не повышали эффективность терапии у пациентов, не ответивших на стандартную дозу препарата.

С помощью рН-импедансометрии было установлено, что лица, резистентные к терапии ИПП, имели меньшее количество кислых рефлюксов по сравнению с группой контроля (4,4 и 19,3 соответственно), однако большее количество слабокислых рефлюксов (28 и 21,7). Вывод из выполненной работы звучал следующим образом: ИПП не влияют на число желудочно-пищеводных рефлюксов, а только снижают агрессивность и объем забрасываемого в пищевод рефлюктата, в связи с чем терапия у пациентов с рефрактерной ГЭРБ должна быть нацелена на «борьбу» с рефлюксами как таковыми.

Полученные данные еще раз подтверждают, что в основе патогенеза ГЭРБ лежат двигательные нарушения со стороны НПС, такие как снижение его тонуса и увеличение числа преходящих расслаблений, которые продолжают сохраняться несмотря на терапию антисекреторными препаратами.

По сей день не совсем ясным остается механизм возникновения изжоги у лиц со слабокислым характером рефлюктата. Изучению этой проблемы было посвящено исследование K. Wang и соавт. [17], которые попытались объяснить возникновение симптомов у больных НЭРБ изменениями в слизистой оболочке пищевода, выявляемыми на микроскопическом уровне. В ходе исследования пациентам, страдавшим изжогой, проводились ЭГДС и рН-импедансометрия пище-

вода, по результатам которых были выделены следующие сравниваемые группы: 39 больных с кислыми рефлюксами и эрозивным рефлюкс-эзофагитом, 19 — со слабокислыми рефлюксами и эрозивным рефлюкс-эзофагитом, 10 — с кислыми рефлюксами и НЭРБ, 12 — со слабокислыми рефлюксами и НЭРБ. Пациентам с НЭРБ дополнительно проводилось измерение ширины межклеточных пространств в биопсийном материале под световым микроскопом.

Согласно полученным данным, тяжесть эрозивных поражений, оцененная по Лосанджелесской классификации, не отличалась в группах с кислым и слабокислым рефлюксом, но в группе больных с кислыми рефлюксами была выявлена корреляция тяжести эрозивных изменений с длительностью экспозиции кислоты. Кроме того, у больных с НЭРБ на фоне кислых рефлюксов была обнаружена корреляция выраженности расширения межклеточных пространств с продолжительностью кислых рефлюксов. Но достоверных различий в ширине межклеточных пространств у пациентов с НЭРБ на фоне кислого и слабокислого рефлюксата не найдено.

Сказанное позволило предположить, что выраженность морфологических изменений слизистой оболочки (расширение межклеточных пространств) не играет значительной роли в развитии изжоги у больных со слабокислыми рефлюксами.

Yan Xue и соавт. [18] изучали у 356 пациентов связь эрадикации *H. pylori* с эффективностью лечения ГЭРБ. Больные с положительным дыхательным уреазным тестом на *H. pylori* были разделены на группы: пациентам первой группы была проведена 56-дневная терапия эзомепразолом по 20 мг 2 раза в сутки, во второй группе назначалась 10-дневная эрадикационная тройная терапия (амоксциллин, кларитромицин, эзомепразол) и далее 46-дневная терапия эзомепразолом по 20 мг 2 раза в сутки. Группу контроля составили пациенты с ГЭРБ, не инфицированные *H. pylori*, которым также проводилось лечение ИПП в течение 8 нед. В дальнейшем сравнивались данные ЭГДС до начала лечения и после 8-недельной терапии.

Частота эндоскопической ремиссии ГЭРБ после 8-недельного курса лечения составила 81,8% у больных, получавших эрадикационную терапию, и 78,2% у принимавших только ИПП. После 8 нед лечения эзомепразолом в группе контроля у пациентов, не инфицированных *H. pylori*, эндоскопическая ремиссия была достигнута в 82,6% случаев ($p=0,462$).

Таким образом, был сделан вывод, что инфицированность *H. pylori* и эрадикационная терапия не оказывают влияния на результаты лечения больных ГЭРБ.

В докладе J. Wu и соавт. [19] была показана эффективность электростимуляции НПС при

рефрактерных формах ГЭРБ. В исследование было включено 24 пациента, ответивших на терапию ИПП лишь частичным клиническим улучшением, у которых при проведении манометрии давление НПС составляло не менее 5 мм рт. ст., экспозиция кислоты в пищеводе была более 5% от времени исследования, эндоскопические изменения в пищеводе соответствовали степени А и В по Лосанджелесской классификации, а в случае наличия грыжи пищеводного отверстия диафрагмы ее размеры не превышали 3 см. Электроды электростимулятора имплантировались лапароскопически, стимуляцию НПС проводили сессиями длительностью 12 и 30 мин. Эффективность электростимуляции оценивали спустя 3 и 6 мес лечения с помощью специального опросника (GERD-HRQL), показывающего влияние симптомов ГЭРБ на качество жизни пациентов до и после терапии, а также по данным рН-метрии (время с рН менее 4) до и после лечения и манометрии пищевода.

Согласно результатам исследования, если до начала терапии средний балл по опроснику составлял 31 (25–37), то к концу 3-го месяца лечения симптомы практически не беспокоили пациентов, а средний балл опросника уменьшился до 4 (2–11). По данным рН-метрии, экспозиция кислоты в пищеводе с 11,3% в начале терапии снизилась до 3,3% после 3 мес и до 2,6% после 6 мес лечения. За время терапии не было зарегистрировано побочных эффектов со стороны ЖКТ и сердечно-сосудистой системы.

Несколько сообщений было посвящено возможностям эндоскопического лечения пищевода Баррета. Так, в работе W. Zhu и соавт. [20] 46 таким пациентам была проведена аргонплазменная коагуляция участка метаплазированного эпителия с дальнейшим применением ИПП (20 мг 2 раза в день в течение 4–8 нед). Для контроля за эффективностью терапии всем больным проводились повторные ЭГДС с биопсией через 1, 6 и 12 мес после процедуры аргонплазменной коагуляции. Результаты наблюдения показали, что у 40 пациентов удалось достичь исчезновения участка пищевода Баррета уже после первой процедуры, 6 больным она была проведена повторно. Рецидив развития цилиндрического эпителия наблюдался у 6 пациентов в течение года.

В заключение следует подчеркнуть, что тематика докладов Всемирного гастроэнтерологического конгресса отражала наиболее актуальные на сегодняшний день вопросы, касающиеся многообразия клинических симптомов и внепищеводных проявлений ГЭРБ, частого сочетания болезни с симптомами функциональной диспепсии, высокой распространенности изучавшихся симптомов в популяции, диктующей необходимость разработки неинвазивных скрининговых методов диагностики, а также поиске новых методов терапии.

Всемирный гастроэнтерологический конгресс, проходя раз в четыре года, подводит своеобразный итог, отражая успехи и проблемы гастроэнтерологии за прошедший период. Анализируя доклады и публикации по проблеме ГЭРБ, прозвучавшие на Всемирном гастроэнтерологическом конгрессе в Китае, авторам статьи представились важными следующие тенденции и достижения: широкое внедрение в последние годы таких методов диагностики ГЭРБ, как рН-импедансометрия

и манометрия высокого разрешения, разработка нового метода неинвазивной диагностики ГЭРБ на этапе первичного звена — опросника GERD Q.

Более подробно ознакомиться с содержанием докладов Всемирного гастроэнтерологического конгресса, опубликованных в журнале «Journal of Gastroenterology and Hepatology», можно по ссылке на сайте <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgh.2013.28.issue-s3/issuetoc>.

Список литературы

1. Ивашкин ВТ, Шептулин АА, Трухманов АС, и др. Рекомендации по обследованию и лечению больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Пособие для врачей. М., 2005.
1. Ivashkin VT, Sheptulin AA, Trukhmanov AS, et al. Guidelines on investigation and treatment of patients by gastroesophageal reflux disease. manual for physicians. M., 2005.
2. Кайбышева ВО, Кучерявый ЮА, Трухманов АС, и др. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования по применению международного опросника GERD Q для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2013; 21(5):15-23.
2. Kaybysheva VO, Kucheryavy YUA, Trukhmanov AS, et al. Results of multicenter observational study on application of international questionnaire GERD Q for diagnostics of gastroesophageal reflux disease. Ros zhurn gastroenterol gepatol koloproktol 2013; 21(5):15-23.
3. Кайбышева ВО, Трухманов АС, Ивашкин ВТ. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, резистентная к терапии ингибиторами протонной помпы. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2011; 21(4):4-13.
3. Kaybysheva VO, Trukhmanov AS, Ivashkin VT. Gastroesophageal reflux disease, resistant to proton pump inhibitors. Ros zhurn gastroenterol gepatol koloproktol 2011; 21(4) : 4-13.
4. Sudipta DC, Gemlyn G, Kartik R, et al. Prevalence and associations of gastroesophageal reflux disease: A community study in South India. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):510.
5. Chirila I, Petrariu F, Drug V, et al. Epidemiology of gastroesophageal reflux and relationship with diet in adult urban population. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):503.
6. Tsukanov V, Butorin N, Bichurina T, et al. The prevalence of Barrett's esophagus in europoids and mongoloids of Siberia. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):69.
7. Kaibysheva V, Ivashkin V, Troukhmanov A, Maev I, et al. Validation of Gerd Q questionnaire for diagnosis of gastroesophageal reflux disease (GERD) in Russia. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):81.
8. Sandu M, Barboi O, Drug V, et al. Gastroesophageal reflux disease in respiratory disorders. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):513.
9. Barboi O, Drug V, et al. Atypical manifestations of gastroesophageal reflux disease. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):310.
10. Xuan Jiang, Yan H, Peng X, et al. Study on the characteristics of gastroesophageal reflux disease overlap with functional bowel diseases in GI clinic. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):511.
11. Zhou Liya, Wang Ye, Lin Sanren, et al. Accuracy of the diagnosis of GERD by esophageal impedance monitoring. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):506.
12. Yinan Shi, Xiao Y, Chen M, et al. Esophageal peristalsis of gastroesophageal reflux disease patients in high-resolution manometry. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):62.
13. Dai F, Cheng Y, Chen F, et al. The value of impedance-pH monitoring and esophagus manometry in differentiating NERD and FH. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):526.
14. Pittayanon R, Vilaichone R, Patcharatrakul T, et al. Quantitative patient survey of GERD in Thailand — the pattern of PPI use. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28(suppl. 3):294.
15. Yinan Shi, Xiao Y, Chen M, et al. Predictors for proton pump inhibitor failure in non-erosive gastroesophageal reflux disease. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):60.
16. Eun Hye Kim, Lee D, Park K, et al. Evaluation of efficacy of proton pump inhibitors in refractory gastroesophageal reflux disease. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28(suppl. 3):290.
17. Wang K, Duan L-P, Ge Y, et al. The roles of weakly acidic reflux in esophageal endoscopic and microscopic abnormalities. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):508.
18. Yan Xue, Zhou L, Lin S, et al. The effect of *H. pylori* eradication on the therapy of reflux esophagitis. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):504.
19. Wu J, Siersema P, Bredenoord A, et al. Electrical stimulation of the lower esophageal sphincter successful in treating refractory GERD. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):529.
20. Zhu W. Early therapeutic analysis on the treatment of Barrett's esophagus with argon plasma coagulation. J Gastroenterol Hepatol 2013; 28 (suppl. 3):752.