



Гастроэзофагеальный рефлюкс (К 21.0, К 21.9). Классификация Научного общества гастроэнтерологов России – 2025

Лазебник Л.Б.¹, Жилина А.А.², Шавкута Г.В.³, Туркина С.В.⁴, Хлынова О.В.⁵, Тарасова Л.В.⁶

- ¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, Россия)
- ² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (ул. Горького, д. 39 «а», г. Чита, 672000, Забайкальский край, Россия)
- ³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (пер. Нахичеванский, д. 29, Ростов-на-Дону, 344022, Россия)
- ⁴ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, (площадь Павших Борцов, д. 1, г. Волгоград, 400066, Россия)
- ⁵ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, (ул. Петропавловская, д. 26, Пермь, 614000, Россия)
- ⁶ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова», (Московский просп., 15, Чебоксары, 428015, Россия)

Для цитирования: Лазебник Л.Б., Жилина А.А., Шавкута Г.В., Туркина С.В., Хлынова О.В., Тарасова Л.В. Гастроэзофагеальный рефлюкс (К 21.0, К 21.9). Классификация Научного общества гастроэнтерологов России – 2025. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2025;(3): 5–12 doi: 10.31146/1682-8658-ecg-235-3-5-12

✉ Для переписки:

Лазебник

Леонид Борисович

leonid.borisl

@gmail.com

Лазебник Леонид Борисович, д.м.н., профессор кафедры терапии и профилактической медицины лечебного факультета; вице-президент РНМОТ; президент НОГР.

Жилина Альбина Александровна, д.м.н., доцент, проректор по учебно-воспитательной работе, профессор кафедры терапии

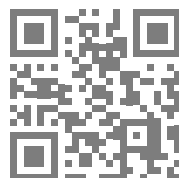
Шавкута Галина Владимировна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии); главный внештатный специалист по общей врачебной практике Ростовской области и ЮФО.

Туркина Светлана Владимировна, д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней

Хлынова Ольга Витальевна, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, зав. кафедрой госпитальной терапии

Тарасова Лариса Владимировна, д.м.н., профессор, член президиума Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), Российской гастроэнтерологической ассоциации; член экспертного совета при Российской гастроэнтерологической ассоциации; вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России по Приволжскому федеральному округу (ПФО); член Российской группы по изучению воспалительных заболеваний кишечника; председатель Научного общества терапевтов Чувашской Республики; заслуженный врач Чувашской Республики; Министр здравоохранения Чувашской Республики

EDN: PBMRYB





Gastroesophageal reflux (K 21.0, K 21.9). Classification of the Gastroenterological Scientific Society of Russia – 2025

L.B. Lazebnik¹, A.A. Zhilina², G.V. Shavkuta³, S.V. Turkina⁴, O.V. Khlynova⁵, L.V. Tarasova⁶

¹ Russian University of Medicine, (4, Dolgorukovskaya Str., 127006, Moscow, Russia)

² Chita Medical Academy, (39a, Gorky Str., Chita, 672000, Transbaikal Territory, Russia)

³ Rostov State Medical University, (29, Nakhichevansky Line, Rostov-on-Don, 34 4022, Russia)

⁴ Volgograd State Medical University, (1, Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd, 400131, Russia)

⁵ Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner of the Ministry of Health of the Russian Federation, (26, Petropavlovskaya str., Perm, 614000, Russia)

⁶ Chuvash State University n. b. I. N. Ulyanov, (15, Moskovsky Ave., Cheboksary, 428015, Russia)

For citation: Lazebnik L.B., Zhilina A.A., Shavkuta G.V., Turkina S.V., Khlynova O.V., Tarasova L.V. Gastroesophageal reflux (K 21.0, K 21.9). Classification of the Gastroenterological Scientific Society of Russia – 2025. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2025;(3): 5–12. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-235-3-5-12

✉ *Corresponding author:*

Leonid B. Lazebnik
leonid.borisl@gmail.com

Leonid B. Lazebnik, MD, Professor of the Department of Therapy and Preventive Medicine of the Faculty of Medicine; Vice-President of the Russian Scientific Medical Society; President of the National Association of Russian Gynecologists

Albina A. Zhilina, MD, Associate Professor, Vice-Rector for Educational and Pedagogical Work, Professor of the Department of Therapy

Galina V. Shavkuta, MD, Professor, Head of the Department of General Medical Practice (Family Medicine) (with courses in Geriatrics and Physiotherapy); Chief Specialist in General Medical Practice of the Rostov Region and the Southern Federal District

Svetlana V. Turkina, MD, Professor of the Department of Internal Medicine

Olga V. Khlynova, MD, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of Department of Hospital Therapy

Larisa V. Tarasova, MD, PhD, Professor, Member of the Presidium of the Russian Scientific Medical Society of Therapists (RSMST), Russian Gastroenterological Association; Member of the Expert Council of the Russian Gastroenterological Association; Vice President of the Scientific Society of Gastroenterologists of Russia for the Volga Federal District (VFD); Member of the Russian Group for the Study of Inflammatory Bowel Diseases; Chairman of the Scientific Society of Therapists of the Chuvash Republic; Honored Doctor of the Chuvash Republic; Minister of Health of the Chuvash Republic

На территории РФ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в качестве единого нормативного документа для формирования системы учёта и отчётности в системе здравоохранения была введена с 1 января 1999 года и действует по настоящее время (приказ Министерства здравоохранения № 170 от 1997 г.).

МКБ-10 в классе XI «Болезни органов пищеварения» формулирует код K21.0 как «Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом» и код K21.9 как «Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита». Термин «гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)» не употреблен.

Вместе с тем, нельзя не считаться с тем, что этот термин широко используется в международной и отечественной практике, а понятие ГЭРБ в принципе обозначает значительное экономическое и социальное бремя, требующие серьезных вмешательств – изменения образа жизни, подчас пожизненного приема лекарств, инвазивной хирургии [1, 2].

Несмотря на наличие клинических рекомендаций по ГЭРБ, позиционируемых различными научными сообществами [3, 4, 5], сложности

диагностики и лечения этой патологии остаются темой постоянного обсуждения, что обусловлено несколькими факторами, включая неспецифичность симптомов, наличие типичных и атипичных (внепищеводных) симптомов, трудностями с интерпретацией результатов инструментальных исследований.

Сохраняется неудовлетворенность результатами проводимой терапии.

Все вышесказанное побудило Научное общество гастроэнтерологов России (НОГР) к обсуждению современной классификации заболевания, алгоритмов диагностики и разработку критериев оценки эффективности проводимой терапии.

В течение 2024–2025 гг., на экспертных советах НОГР неоднократно обсуждались различные аспекты патофизиологии и патоморфологии гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), новые термины и определения заболевания, роль ГЭР в формировании клинической картины поражения пищевода, формирование внепищеводных поражений.

Особое внимание было уделено проблеме коморбидности ГЭРБ.

Результатом обсуждения стало создание современной оригинальной классификации ГЭР и ГЭРБ,

направленной на реальное понимание патологической роли дуоденогастроэзофагеального рефлюкса, приводящего к развитию широкого локального, а затем и системного воспаления. Завершаемое к публикации практического руководства для

врачей, в основу которого положена данная классификация, должно помочь практическому врачу в правильном выборе целевой терапии, направленной на эффективную персонализированную помощь каждому больному (табл. 1).

Таблица 1.
Гастроэзофагеальный рефлюкс (классификация Научного общества гастроэнтерологов России – 2025)

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС	
1.0.	Рефлюкс без видимых эндоскопических повреждений пищевода (К 21.9 – Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита, «предГЭРБ»);
1.1.	Гастроэзофагеальный (ГЭР);
1.2.	Дуоденогастроэзофагеальный (ДГЭР).
2.0.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (К 21.0 – Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом, ГЭРБ типы А, В, С, D по Лос- Анджелесской классификации);
2.1.	Фенотип с типичными клиническими симптомами ГЭР
2.2.	Фенотип с атипичными клиническими симптомами (с вовлечением внепищеводных органов)
2.2.1.	Оральный;
2.2.2.	Отоларинго-трахеальный;
2.2.3.	Бронхопульмональный;
2.2.4.	Коронарный (ангинальный и/или аритмический);
2.2.5.	Экстракоронарный торакалгический;
2.2.6.	Смешанный
3.0.	ГЭРБ и коморбидные состояния
3.1.	ГЭРБ и гастроэнтерологическая коморбидность (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – бессимптомная, с симптоматикой ГЭР, транзиторная; фиксированная; функциональная диспепсия (ФД); синдром раздраженного кишечника (СРК); с множественной гастроэнтерологической коморбидностью (ФД, СРК, ГПОД).
3.2.	ГЭРБ в сочетании с соматическими заболеваниями (сахарный диабет, ожирение, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, саркопения и т.д.).
3.2.1.	ГЭРБ на фоне лекарственной терапии соматического заболевания, способствующей снижению тонуса нижнего пищеводного сфинктера, повреждению пищевода;
3.2.2.	ГЭРБ после бариатрических вмешательств.
4.0.	Особые формы ГЭРБ
4.1.	ГЭРБ рефрактерная к лекарственной терапии (особенно к ингибиторам протонного насоса);
4.2.	ГЭРБ после ее целевой хирургической коррекции (излеченная полностью; излеченная частично; рецидивировавшая);
4.3.	ГЭРБ при беременности.
5.0.	Оценка характера рефлюктата
5.1.	Неустановленный
5.2.	Кислый;
5.3.	Щелочной;
5.4.	Смешанный.
6.0.	Оценка эндоскопических изменений слизистой пищевода при ГЭР (модернизированная Лос-Анжелесская классификация):
6.1.	(0) не выявлены изменения слизистой; при морфологическом исследовании могут быть обнаружены признаки минимального воспаления (т.н. «leaky foregut»);
6.2.	(А) – наличие одной и более линейной эрозии слизистой оболочки не более 5 мм (и далее до позиций В, С, D может быть выявлено послойное воспаление вплоть до трансэзофагеального;
6.3.	(В) – наличие одной и более эрозий слизистой оболочки более 5 мм, не сливающихся между собой;
6.4.	(С) – наличие множественных эрозий, сливающихся между собой, занимающие не более 75% окружности пищевода;
6.5.	(D) – множественные эрозии, сливающиеся между собой, занимающие более 75% окружности пищевода, язвы;
6.5.	(Е) – осложненные формы ГЭРБ – кровотечения, перфорация, стриктуры, пищевод Баррета, аденокарцинома.
7.0.	Оценка частоты и тяжести изжоги
7.1.	Оценка тяжести изжоги: 0-нет симптомов; 1 балл – «легкая» – симптомы, которые хорошо переносятся и не мешают повседневной деятельности и/или не нарушают сон; 2 балла – «умеренная» – симптомы незначительно мешают нормальной повседневной деятельности или сну; 3 балла – «тяжелая» – симптомы значительно нарушают обычную повседневную деятельность.
7.2.	Оценка частоты изжоги: 0 – отсутствует; 1 балл- < 2 дней в неделю; 2 балла – 2–4 дня в неделю; 3 балла – < 4 дней в неделю или ежедневные симптомы; 4 балла – более одного раза в день.

Краткие комментарии:

Гастроэзофагеальный рефлюкс – антиперистальтический заброс желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод, нередко трансформирующийся в гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь. Гастроэзофагеальный рефлюкс – нормальный физиологический процесс, возникающий главным образом, после приема пищи, не сопровождается дискомфортом. Продолжительность этих рефлюксов и их частота в течение суток и, особенно ночью, небольшая. Патологический рефлюкс – заброс содержимого из желудка и/или двенадцатиперстной кишки в пищевод, при котором pH пищевода становится меньше 4, характеризующийся патологически высокой частотой и/или длительностью эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод. Клиническим проявлением патологического ГЭР является изжога, изредка возникающая после приема пищи, алкоголя. Как правило частота этого патологического ГЭР, менее 2 раз в неделю. Оценка тяжести и частоты изжоги является важным компонентом не только клинической диагностики ГЭР и ГЭРБ [6], но и могут использоваться для оценки эффективности проводимой терапии.

Кислотные компоненты рефлюктата являются основными причинами рефлюкс-ассоциированного повреждения слизистой оболочки пищевода и формирования клинических симптомов. Однако, недавние достижения в мониторинге рефлюкса и анализе состава рефлюктата выявили и другие компоненты, такие как пепсин, желчные кислоты (соли), щелочные вещества и частицы пищи, как дополнительные факторы, способствующие гистологическому повреждению пищевода [7, 8]. При дуоденогастроэзофагеальном рефлюксе (ДГЭР) дополнительное повреждающее действие обусловлено присутствием в рефлюктате желчных кислот, ферментов. Поэтому, группа экспертов предлагает акцентировать внимание (при возможности) на тип моторно-эвакуаторных расстройств, возникающих у пациента.

ГЭР и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), безусловно являются взаимосвязанными состояниями. По сути, появление патологических ГЭР является «предболезнью» («предГЭРБ», предлагаемый нами термин). Поэтому, выделение ГЭР как самостоятельного проявления беспокоящих пациента симптомов призвана определить группу больных, требующих дальнейшего обследования, лечения и динамического наблюдения.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – хронический прогрессирующий воспалительный процесс, локализующийся преимущественно в нижней трети пищевода (рефлюкс-эзофагит), обусловленный частыми (более 2 дней в неделю) рецидивирующими забросами желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод с постепенным вовлечением верхней трети пищевода, ротовой полости, рото- и носоглотки (стоматит, кариес, ларингит, глоссит, синусит и др.) и воздухопроводных путей (кашель, бронхоспазм, ночное апное, бронхит, альвеолит и др.), сердца (кардиалгии, стенокардия, в т.ч. позиционная, ночная

и др.) и других органов пищеварения (кишечник, поджелудочная железа, органы желчевыведения), часто ассоциированный с коморбидностью.

Классическими клиническими проявлениями эзофагеального рефлюкса при ГЭРБ являются изжога/некоронарогенная боль за нижней /3 грудины или в верхней части эпигастрия, отрыжка/регургитация, дисфагия и одинопфагия. Характерное для длительно существующей ГЭРБ хроническое воспаление может явить своим следствием развитие серьезных структурных изменений тканей пищевода – стриктур, язв, метаплазии в кишечный эпителий (пищевод Барретта) или аденокарциномы.

При вовлечении в воспалительный процесс повреждаемых дуодено-гастральным рефлюктом внепищеводных анатомических образований (полости рта, трахеи, бронхов, и т.д.) формируется новый фенотип заболевания, когда помимо типичных пищеводных симптомов у пациента появляются разнообразные внепищеводные проявления или синдромы, требующие не только проведения углубленного диагностического поиска и проведения подчас сложного дифференциального диагноза, но и привлечения новых алгоритмов лечения пациента.

ГЭРБ и коморбидные состояния – это сочетание ГЭРБ с другими заболеваниями, анатомически не связанными с механическим воздействием дуодено-гастрального рефлюктата.. Выделение этого клинического фенотипа заболевания связано с тем, что ГЭРБ и коморбидные состояния оказывают взаимоотягощающее влияние на течение и лечение как ГЭРБ, так и коморбидной патологии, а также на общее состояние здоровья пациента. Коморбидность при ГЭРБ может включать грыжу пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), соматические заболевания дыхательной, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, а также другие состояния, отражая их единую этиопатогенетическую взаимосвязь [9, 10, 11]. Необходимость актуализации в диагнозе пациента с ГЭРБ коморбидности продиктована, во-первых, высокой частотой распространенности коморбидной ГЭРБ. Клинико-инструментальные признаки ГПОД выявляются у 85–89% пациентов с рефлюкс-эзофагитом. Распространенность синдрома перекреста ФД и ГЭРБ составляет по данным эпидемиологических исследований от 7% до 12% [12], а в отдельных исследованиях достигает 70% [13–18].

Ожирение является не только фактором риска ГЭРБ, но и оказывает значимое негативное влияние на ее течение. Ожирение также ассоциировано с повышенным риском пищевода Барретта и аденокарциномы пищевода, при этом риски максимальны именно при абдоминальном типе ожирения [19].

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа исследований, авторы которых показывают, что саркопения, саркопеническое ожирение и миостеатоз оказывают негативное влияние на результаты лечения гастроэзофагеальной

рефлюксной болезни (ГЭРБ) и аденокарциномы пищевода (АКП) [20, 21]. Во-вторых, препараты, используемые в лечении коморбидных состояний у пациентов с ГЭРБ, могут способствовать утяжелению проявления ГЭР (3.2.1. ГЭРБ на фоне лекарственной терапии соматического заболевания, способствующей снижению тонуса нижнего пищеводного сфинктера, повреждению пищевода) [22, 23].

Бариатрические операции, которые широко используются в лечении ожирения, являются ассоциированными с ГЭРБ состояниями.

Признаки ГЭРБ выявляются у 62–73% пациентов, которым показана бариатрическая операция [24, 25]. Однако важно отметить, что бариатрическая хирургия не только снижает массу тела, но и может изменить емкость желудка, операционное повреждение вегетативных нервов, иннервирующих проксимальный отдел кишечника, и двигательную функцию желудка [26]. Эти анатомические и физиологические изменения могут увеличить частоту и тяжесть ГЭРБ после метаболической бариатрической хирургии, несмотря на потерю массы тела.

Особые формы ГЭРБ. ГЭРБ развивается у 30–50% беременных женщин в странах Западной Европы и Америки, но в некоторых группах пациентов его частота может достигать 80% [26, 27]. В азиатских странах заболеваемость ГЭРБ у беременных колеблется от 2,5 до 7,5% [28]. Выделение этой особой формы ГЭРБ опосредовано особенностями диагностики и проводимой в гестационный период заболевания терапии.

Лечение ГЭРБ включает как немедикаментозные методы лечения, так и использование широкого спектра лекарственных средств (ингибиторов протонной помпы (ИПП), H₂-блокаторов гистаминовых рецепторов, прокинетики, антацидных препаратов, альгинатов, цитопротекторных средств, препараты, действие которых направлено на нивелирование последствий повреждения ГЭГ, ДГЭР, появляются новые средства, в частности, калий-конкурентный ингибитор протонного насоса) и их комбинации. Однако до настоящего

времени обсуждается проблема рефрактерной к лечению ГЭРБ.

Остается много вопросов к показаниям и эффективности проводимого хирургического лечения ГЭРБ. Появление Российского консенсуса по стандартизации показаний к хирургическому лечению ГЭРБ [29] подтверждает сложности отбора пациентов для оперативного вмешательства в реальной клинической практике.

В представленной классификации подчеркивается *необходимость указания на характер рефлюксата*, что в дальнейшем может определить объем проводимой медикаментозной терапии, которая, безусловно будет дифференцированной в зависимости от наличия кислого, щелочного, смешанного рефлюкса. Учитывая отсутствие в реальной клинической практике широкой возможности проведения рН-импедансометрии, в классификации предусматривается возможность указания в диагнозе термина «неустановленный характер рефлюксата».

В заключении хотелось отметить, что создаваемое группой экспертов практическое руководство, о котором говорилось выше, включает важные оценочные шкалы, которые помогут практикующему врачу в ходе динамического наблюдения пациента оценить как эффективность проводимой терапии в целом (оценка тяжести и частоты изжоги), так и эффективность использования каждого из составляющих лекарственной терапии (ингибиторы протонной помпы, калий-конкурентные ингибиторы протонной помпы, урсодезоксихолиевая кислота, ребамипид, H₂-гистаминоблокаторы, хондроитин сульфат с гиалуроновой кислотой, прокинетики, альгинаты, антациды, сочетанная и пр.) (эффективна, недостаточно эффективна, неэффективна). Важным аспектом оценки должно стать влияние коррекции бытовых и социальных привычек.

По мнению экспертов, неотъемлемым шагом в оценке эффективности лечения и установлению диагноза рефрактерной ГЭРБ является мониторинг и отметка в амбулаторной карте комплаентности больного по выполнению назначений врача (комплаентен; некомплаентен).

Классификация создавалась и обсуждалась на заседаниях круглых столов НОГР и совещаниях экспертной группы в течение 2022–2025 гг., окончательно сформулирована 27–28 марта и 19–20 июня 2025 г. консенсусом экспертного совета НОГР в составе:

Лазебник Леонид Борисович, д.м.н., профессор кафедры терапии и профилактической медицины лечебного факультета ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, вице-президент РНМОТ, президент НОГР.

Жилина Альбина Александровна, д.м.н., доцент, проректор по учебно-воспитательной работе, профессор кафедры терапии Читинской государственной медицинской академии Минздрава России.

Хлынова Ольга Витальевна, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, зав. кафедрой госпитальной терапии Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России.

Шавкута Галина Владимировна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) (с курсами гериатрии и физиотерапии) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист по общей врачебной практике Ростовской области и ЮФО.

Туркина Светлана Владимировна, д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

Тарасова Лариса Владимировна, д.м.н., профессор, член президиума Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), Российской гастроэнтерологической ассоциации, член экспертного совета при Российской

гастроэнтерологической ассоциации, вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России по Приволжскому федеральному округу (ПФО), член Российской группы по изучению воспалительных

заболеваний кишечника, председатель Научного общества терапевтов Чувашской Республики, заслуженный врач Чувашской Республики. Министр здравоохранения Чувашской Республики.

В обсуждении классификации и составлении практических рекомендаций принимали участие:

Белкин Антон Николаевич, к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии с секционным курсом Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России

Белоусова Лия Николаевна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России.

Бессонов Алексей Геннадьевич, к.м.н., зав. гастроэнтерологическим отделением Первой республиканской клинической больницы Минздрава Удмуртской республики, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог МЗ УР.

Бусалаева Елена Исааковна, к.м.н., доцент кафедры терапии и семейной медицины и кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова». ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии

Буторина Наталья Владимировна, к.м.н., доцент кафедры педиатрии и неонатологии Ижевской государственной медицинской академии Минздрава России

Васнев Олег Сергеевич, д.м.н., Заведующий отделением высокотехнологичной хирургии ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. Логина А.С.» Департамент здравоохранения Москвы

Вологжанина Людмила Георгиевна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии ФГПОУ Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России

Ганюкова Надежда Григорьевна, к.м.н., главный областной специалист-пульмонолог МЗ Кузбасса, врач-пульмонолог пульмонологического отделения ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»

Данилина Екатерина Станиславовна, врач-бариатрический хирург Центра лечения лишнего веса ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, старший преподаватель кафедры хирургии Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России.

Джулай Галина Семеновна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии Тверского государственного медицинского университета

Кокорина Виктория Эдуардовна, д.м.н., профессор кафедры хирургии КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» медицинского университета Минздрава Хабаровского края.

Комиссаренко Ирина Арсеньевна, д.м.н., профессор, профессор кафедры терапии и поликлини-

ческой медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России.

Куприянова Инесса Николаевна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Лялюкова Елена Александровна, д.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО Омского государственного медицинского университета МЗ РФ

Нагоев Джантемир Заурбиевич, аспирант кафедры госпитальной терапии и последипломного образования ФГБОУ ВО Майкопский государственный технологический университет, медицинский институт

Обухова Оксана Владимировна, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и кардиологии ФГБОУ ВО Ижевской государственной медицинской академии Минздрава России

Остроумова Ольга Дмитриевна, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии и полиморбидной патологии им. акад. М.С. Вовси ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ и кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

Пилат Татьяна Львовна, д.м.н., профессор кафедры ФГАОУ ВО Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И.М. Сеченова МЗ РФ, член профильной комиссии по диетологии Экспертного Совета в сфере здравоохранения Минздрава России.

Савельева Татьяна Викторовна, к.м.н., и.о. зав. кафедрой врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФБК и ПП Ижевской государственной медицинской академии Минздрава России

Степина Екатерина Александровна, к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и кардиологии ФГПОУ Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог МЗ Пермского края

Тыщенко Ирина Андреевна, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

Фефелова Елена Викторовна, д.м.н., профессор кафедры патологической физиологии ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России.

Цвингер Светлана Матвеевна, д.м.н., доцент, декан лечебного факультета, профессор кафедры поликлинической терапии с курсом медицинской реабилитации ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России.

Литература | References

1. Ofman J.J. The economic and quality-of-life impact of symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 2003 Mar;98(3 Suppl): S8-S14. doi: 10.1016/s0002-9270(03)00010-8.
2. Moghimi-Dehkordi B., Vahedi M., Khoshkrood Mansoori B. et al. Economic burden of gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia: A community-based study. *Arab J Gastroenterol.* 2011 Jun;12(2):86-9. doi: 10.1016/j.ajg.2011.03.00.
3. Katz P.O., Dunbar K.B., Schnoll-Sussman F.H., Greer K.B., Yadlapati R., Spechler S.J. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol.* 2022 Jan 1;117(1):27-56. doi: 10.14309/ajg.0000000000001538.
4. Gyawali C.P., Yadlapati R., Fass R. et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0. *Gut.* 2024 Jan 5;73(2):361-371. doi: 10.1136/gutjnl-2023-330616.
5. Ivashkin V.T., Trukhmanov A.S., Maev I.V. et al. Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (Clinical Guidelines of the Russian Gastroenterological Association, Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine, Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases, Scientific Community for Human Microbiome Research). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2024;34(5):111-135. doi: 10.22416/1382-4376-2024-34-5-111-135.
Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Маев И.В. и др. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского научного медицинского общества терапевтов, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Научного сообщества по изучению микробиома человека). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2024;34(5):111-135. doi: 10.22416/1382-4376-2024-34-5-111-135.
6. Junghard O., Wiklund I. Validation of a four-graded scale for severity of heartburn in patients with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *Value Health.* 2008 Jul-Aug;11(4):765-70. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00313.x.
7. Boeckstaens G.E., Smout A. Systematic review: role of acid, weakly acidic and weakly alkaline reflux in gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010 Aug;32(3):334-43. doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04358.x.
8. Barrett C.M., Patel D., Vaezi M.F. Laryngopharyngeal Reflux and Atypical Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2020 Apr;30(2):361-376. doi: 10.1016/j.giec.2019.12.004.
9. Lazebnik L.B., Masharova A.A., Bordin D.S. et al. Results of a multicenter trial "Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease in Russia" (MEGRE). *Terapevticheskii arkhiv.* 2011;83(1):45-50. (in Russ.)
Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. и др. Результаты Многоцентрового исследования «Эпидемиология Гастроэзофагеальной Рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ). Терапевтический архив. – 2011. – Т. 83. – № 1. – С. 45-50.
10. Kirilenko N.P., Ilyina N.N. Gastroesophageal reflux disease and cardiovascular disease: comorbidity features. *Experimental and Clinical Gastroenterology.* 2022;(4):33-40. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-200-4-33-40.
Кириленко Н.П., Ильина Н.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и сердечно-сосудистые заболевания: особенности коморбидности. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022;(4):33-40. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-200-4-33-40.
11. Akhmedova P.N., Mammaev S.N., Chamsutdinov N.U. Comorbidity of gastroesophageal reflux disease with other diseases in residents of the Republic of Dagestan. *Siberian Medical Review.* 2024;(6):84-89. (in Russ.) doi: 10.20333/25000136-2024-6-84-89.
Ахмедова П.Н., Маммаев С.Н., Чамсутдинов Н.У. Коморбидность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с другими заболеваниями у жителей Республики Дагестан. Сибирское медицинское обозрение. 2024;(6):84-89. doi: 10.20333/25000136-2024-6-84-89.
12. Noh Y.W., Jung H.K., Kim S.E., Jung S.A. Overlap of Erosive and Non-erosive Reflux Diseases With Functional Gastrointestinal Disorders According to Rome III Criteria. *J Neurogastroenterol Motil.* 2010 Apr;16(2):148-56. doi: 10.5056/jnm.2010.16.2.148.
13. Kaji M., Fujiwara Y., Shiba M. et al. Prevalence of overlaps between GERD, FD and IBS and impact on health-related quality of life. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010;25(6):1151-6. doi: 10.1111/j.1440-1746.2010.06249.x.
14. Haque M., Wyeth J.W., Stace N.H., Talley N.J., Green R. Prevalence, severity and associated features of gastro-oesophageal reflux and dyspepsia: A population-based study. *N Z Med J.* 2000;113(1110):178-81.
15. Choung R.S., Locke G.R. 3rd, Schleck C.D., Zinsmeister A.R., Talley N.J. Overlap of dyspepsia and gastroesophageal reflux in the general population: One disease or distinct entities? *Neurogastroenterol Motil.* 2012;24(3):229-34. e106. doi: 10.1111/j.1365-2982.2011.01845.x.
16. Guillemot F., Ducrotte P., Bueno L. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in a population of subjects consulting for gastroesophageal reflux disease in general practice. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005;29(3):243-6. doi: 10.1016/s0399-8320(05)80756-0.
17. Lee S.W., Lee T.Y., Lien H.C., Yeh H.Z., Chang C.S., Ko C.W. The risk factors and quality of life in patients with overlapping functional dyspepsia or peptic ulcer disease with gastroesophageal reflux disease. *Gut Liver.* 2014;8(2):160-4. doi: 10.5009/gnl.2014.8.2.160.
18. Monnikes H., Schwan T., van Rensburg C. et al. Randomized clinical trial: Sustained response to PPI treatment of symptoms resembling functional dyspepsia and IBS in patients suffering from an overlap with erosive gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012;35(11):1279-89. doi: 10.1111/j.1365-2036.2012.05085.x.
19. Hampel H., Abraham N.S., El-Serag H.B. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications. *Ann Intern Med.* 2005;143(3):199-211. doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.41703.x.
20. Kim Y.M., Kim J.H., Baik S.J., Jung D.H., Park J.J., Youn Y.H., Park H. Association between skeletal muscle attenuation and gastroesophageal reflux disease: A health check-up cohort study. *Sci Rep.* 2019 Dec 27;9(1):20102. doi: 10.1038/s41598-019-56702-6.
21. Shavkuta G.V., Lazebnik L.B., Turkina S.V. Sarcopenia and GERD. *Experimental and Clinical Gastroenterology.* 2024;(9): 119-125. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-229-9-119-125.
Шавкута Г.В., Лазебник Л.Б., Туркина С.В. Саркопения и ГЭРБ. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2024;(9): 119-125. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-229-9-119-125.

22. Tutuian R. Clinical Lead Outpatient Services and Gastrointestinal Function Laboratory. Adverse effects of drugs on the esophagus. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2010 Apr;24(2):91–7. doi: 10.1016/j.bpg.2010.02.005.
23. Spence A.D., Busby J., Murchie P. et al. Medications that relax the lower oesophageal sphincter and risk of oesophageal cancer: An analysis of two independent population-based databases. *Int J Cancer*. 2018 Jul 1;143(1):22–31. doi: 10.1002/ijc.31293.
24. Sharara A.I., Rustom L.B.O., Bou Daher H. et al. Prevalence of gastroesophageal reflux and risk factors for erosive esophagitis in obese patients considered for bariatric surgery. *Dig Liver Dis*. 2019 Oct;51(10):1375–1379. doi: 10.1016/j.dld.2019.04.010.
25. Rajabi M.R., Rezaei M., Abdollahi A. et al. Long-term systemic effects of metabolic bariatric surgery: A multidisciplinary perspective. *Heliyon*. 2024 Jul 11;10(14):e34339. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e34339.
26. Fill Malfertheiner S., Malfertheiner M.V., Mönke-müller K., Röhl F.W., Malfertheiner P., Costa S.D. Gastroesophageal reflux disease and management in advanced pregnancy: a prospective survey. *Digestion*. 2009;79(2):115–20. doi: 10.1159/000209381.
27. Herregods T.V., Bredenoord A.J., Smout A.J. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease: new understanding in a new era. *Neurogastroenterol Motil*. 2015 Sep;27(9):1202–13. doi: 10.1111/nmo.12611.
28. Wu J.C. Gastroesophageal reflux disease: an Asian perspective. *J Gastroenterol Hepatol*. 2008 Dec;23(12):1785–93. doi: 10.1111/j.1440–1746.2008.05684.x.
29. Khatkov I. Ye., Bordin D.S., Vasnev O.S. et al. Russian Consensus: Standardization of Indications for Surgical Treatment of GERD. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2025;35(1):74–93. doi: 10.22416/1382–4376–2025–35–1–74–93.

Хатьков И.Е., Бордин Д.С., Васнев О.С. и др. Российский консенсус: стандартизация показаний к хирургическому лечению ГЭРБ. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2025;35(1):74–93. doi: 10.22416/1382–4376–2025–35–1–74–93.