



Кислотозависимые заболевания: ограничения текущей терапии и новые возможности. Результаты исследования «СТЕП»

Симаненков В.И.

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (ул. Кирочная, 41, г. Санкт-Петербург, 191015, Россия)

Для цитирования: Симаненков В.И., Павлова Н.В. Кислотозависимые заболевания: ограничения текущей терапии и новые возможности. Результаты исследования «СТЕП». Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2026;(2): 11–18 doi: 10.31146/1682-8658-ecg-246-2-3180

✉ Для переписки:
**Симаненков
Владимир Ильич**
visimanenkov@mail.ru

Симаненков Владимир Ильич, д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней, нефрологии, общей и клинической фармакологии с курсом фармации

Резюме

Цель исследования. Изучение особенностей ведения пациентов с кислотозависимыми заболеваниями (КЗЗ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и особенностей выбора антисекреторных препаратов в реальной российской клинической практике.

Материалы и методы. Было проведено общероссийское онлайн-анкетирование 500 врачей (150 гастроэнтерологов, 350 терапевтов) из 185 городов России. Анкета включала вопросы о структуре КЗЗ, подходах к диагностике, терапии, проблемах применения ингибиторов протонной помпы (ИПП) и отношении к калий-конкурентным блокаторам кислотопродукции (К-КБК).

Результаты. КЗЗ составляют значительную часть амбулаторных обращений: у терапевтов – 20–40% пациентов, у гастроэнтерологов – до 50%. Среди наиболее частых диагнозов – хронический гастрит, неэрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (НЭРБ), а также *Helicobacter pylori* ассоциированные заболевания желудка.

Диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) преимущественно клинико-эндоскопическая: эзофагогастродуоденоскопию применяют 96% специалистов, рН-метрию и рН-импедансометрию – лишь 7–11% врачей. ИПП остаются основой терапии ГЭРБ (до 82% назначений), однако выявлен ряд ограничений, наблюдающихся при их применении: 54% врачей отмечают риск побочных эффектов при длительном приеме, 50% указывают на обязательность приема до еды, 30% сталкиваются с ночными кислотными прорывами, а 38% специалистов – с отложенным началом действия.

По мнению врачей, при выборе антисекреторного препарата ключевыми критериями выступают 24-часовой эффект, отсутствие ночных прорывов, быстрое начало действия, минимальные лекарственные взаимодействия. Выход на российский рынок нового препарата тегопразана (Тегопрекс®) помогает закрыть существующие потребности благодаря быстрому началу действия независимо от еды, 24-часовому эффекту и эффективности при ночных прорывах. Однако, всего 71% врачей оценивают препарат как способный заменить ИПП в большинстве клинических случаев.

Заключение. Несмотря на доминирование ИПП в терапии КЗЗ, выявлены существенные ограничения, создающие потребность в альтернативах. Тегопразан (Тегопрекс®) обладает высоким потенциалом применения и воспринимается специалистами как перспективная замена ИПП в большинстве клинических случаев.

Ключевые слова: ГЭРБ, кислотозависимые заболевания, ИПП, К-КБК, тегопразан, Тегопрекс®, антисекреторная терапия

Исследование выполнено при финансовой поддержке ООО Др. Редди'с Лабораторис.

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-246-2-3180>

Acid-related diseases: shortcomings of current therapy and emerging perspectives results of the study "STEP"

Acid-related diseases: limitations of current therapy and the potential of the new drug Tegoprazan (Tegoprex 50 mg)

V.I. Simanenkova

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, (41, Kirochnaya str., Saint Petersburg, 191015, Russia)

For citation: Simanenkova V.I., Pavlova N.V. Acid-related diseases: shortcomings of current therapy and emerging perspectives results of the study "STEP". Acid-related diseases: limitations of current therapy and the potential of the new drug Tegoprazan (Tegoprex 50 mg). *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2026;(2): 11–18. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-246-2-3180

✉ **Corresponding author:**

Vladimir I.

Simanenkova

visimanenkova@mail.ru

Vladimir I. Simanenkova, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Internal Medicine, Nephrology and Clinical Pharmacology with the Course of Pharmaceutics; ORCID: 0000-0002-1956-0070

Summary

Aim. To study the management practices of patients with acid-related gastrointestinal (GI) disorders and the factors influencing the choice of antisecretory therapy.

Materials and methods. A nationwide online survey was conducted among 500 physicians (150 gastroenterologists and 350 general practitioners) from 185 cities across Russia. The questionnaire included items on the structure of acid-related diseases (ARD), diagnostic approaches, therapy patterns, challenges associated with proton pump inhibitors (PPIs), and attitudes toward potassium-competitive acid blockers (P-CABs).

Results. ARDs represent a substantial share of outpatient visits: 20–40% of patients in general practice and up to 50% in gastroenterology. The most frequent diagnoses were chronic gastritis, non-erosive gastroesophageal reflux disease (NERD), and *Helicobacter pylori* associated gastric disorders.

Diagnosis of gastroesophageal reflux disease (GERD) is primarily based on clinical and endoscopic assessment: 96% of physicians perform esophagogastroduodenoscopy, while pH monitoring and pH impedance testing are used by only 7–11%. PPIs remain the cornerstone of GERD therapy (up to 82% of prescriptions). However, several limitations have been identified with their use: 54% of physicians note the risk of adverse effects with long-term therapy, 50% emphasize the need for administration before meals, 30% encounter nocturnal acid breakthrough, and 38% report a delayed onset of action.

According to physicians, the key criteria when choosing an antisecretory agent include 24-hour efficacy, absence of nocturnal acid breakthrough, rapid onset of action, and minimal drug interactions. The introduction of new drug Tegoprex® to the Russian market helps address these unmet needs due to its meal-independent rapid action, sustained 24-hour effect, and protection against nocturnal acid breakthrough. Nevertheless, only 71% of physicians consider Tegoprex® a potential alternative to PPIs in most clinical cases.

Conclusions. Although PPIs remain dominant in ARD therapy, their limitations create a clear demand for alternatives. Tegoprex® demonstrates high clinical potential and is perceived by specialists as a promising replacement for PPIs.

Keywords: GERD, acid-related diseases, PPIs, PCABs, tegoprazan, Tegoprex®, antisecretory therapy

The study was carried out with financial support from Dr. Reddy's Laboratories LLC.

Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое заболевание, характеризующееся первичным нарушением моторно-эвакуаторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), функции пищеводно-желудочного перехода и наличием патологического гастроэзофагеального рефлюкса [1]

Глобальная распространенность ГЭРБ составляет 13,98% (95% доверительный интервал [ДИ]: 12,47–15,56) [2]. По различным данным, распространенность ГЭРБ, среди пациентов российских поликлиник, варьирует в диапазоне 13,3–34,2% [3, 4]

Согласно Клиническим Рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации

(2024) по диагностике и лечению ГЭРБ, консервативная терапия заболевания включает коррекцию образа жизни и питания, нормализацию массы тела, а также использование фармакотерапии, основные группы препаратов которой включают ингибиторы протонной помпы (ИПП), калий-конкурентные блокаторы кислотности (К-КБК), альгинаты, антациды и прокинетики [1]. Прокинетики обычно назначают в дополнение к антисекреторным препаратам, поскольку они способствуют усилению перистальтики, повышают тонус нижнепищеводного сфинктера, что может существенно снизить частоту и тяжесть симптомов ГЭРБ, в частности, изжоги [5, 6]

К-КБК являются перспективными антисекреторными средствами, которые блокируют секрецию соляной кислоты и рассматриваются как препараты для лечения КЗЗ органов ЖКТ в будущем (уровень убедительности рекомендаций – С, уровень доказательности – 4) [7]. В алгоритмах терапии ГЭРБ в странах Азии, опубликованных по результатам Сеульского консенсуса по диагностике и лечению ГЭРБ (2021), подчеркнуто, что К-КБК не уступают по эффективности ИПП и рекомендуются к применению в качестве препаратов первой линии для инициальной терапии ГЭРБ [8].

При лечении ГЭРБ препаратами ИПП, которые в последние десятилетия являлись основой антисекреторной терапии КЗЗ, примерно у 20–30% пациентов отмечается рефрактерность к ним, что

требует коррекции терапии [9]. Среди факторов, определяющих эффективность кислотосупрессивной терапии, важную роль играет приверженность пациентов к лечению [10].

Антисекреторные препараты группы К-КБК, включая тегопразан, не являясь, в отличие от ИПП, пролекарствами, обладают более быстрым началом действия, более продолжительным периодом полувыведения ($t_{1/2}$) и длительным антисекреторным эффектом (около 24 ч после однократного приема), при этом прием препаратов может осуществляться независимо от приема пищи [11, 12].

Одним из представителей К-КБК является тегопразан. Препарат не метаболизируется через изофермент 2C19 цитохрома P450, следовательно в меньшей степени, чем ИПП, подвержен влиянию генетических полиморфизмов и риску межлекарственных взаимодействий [13, 14]. Указанные факторы обуславливают потенциальные преимущества К-КБК перед ИПП при лечении КЗЗ верхних отделов ЖКТ.

Целью исследования было комплексное изучение реальной практики ведения пациентов с КЗЗ в России, оценка уровня удовлетворенности врачей текущей терапией ИПП, выявление ключевых проблем и неудовлетворенных потребностей, а также анализ отношения специалистов к новому классу препаратов – К-КБК и оценка потенциала тегопразана (препарат Тегопрекс®) в терапии КЗЗ.

Материал и методы

Было проведено общероссийское исследование КиСлото-зависимые заболевания: ограничения Текущей терапии и новые возможности (СТЕП), (Acid-related diseases: Shortcomings of current Therapy and Emerging Perspectives (STEP)).

Проект проводился под руководством д.м.н., профессора Симаненкова Владимира Ильича.

Исследование проводилось в формате онлайн-анкетирования врачей-гастроэнтерологов и терапевтов с предварительным телефонным рекрутированием. Онлайн-опрос проводили с 24.12.2025 по 23.01.2026 гг. Анкета включала блоки, посвященные профилю врача, структуре и частоте КЗЗ в практике, диагностическим подходам при ГЭРБ, текущим схемам терапии, проблемам и ограничениям применения ИПП, а также оценке ключевых характеристик препарата для лечения КЗЗ и восприятию потенциальных преимуществ тегопразана.

Географический охват включал 185 городов России, среди которых Москва (13%), крупные города «миллионники» (23%), населенные пункты с численностью 500–999 тыс. (12%), 100–499 тыс.

(31%) и менее 100 тыс. (21%) жителей, что позволяет рассматривать выборку как репрезентативную с точки зрения региональной структуры.

В исследование было включено 500 практикующих врачей, ведущих амбулаторный прием и имеющих опыт ведения пациентов с КЗЗ: 150 гастроэнтерологов (30%) и 350 терапевтов (70%), представлявших различные типы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), а именно федеральные поликлиники (18%), муниципальные поликлиники (53%) и частные клиники (29%).

В выборке были представлены молодые специалисты в возрасте 25–29 лет (11%), врачи старше 50 лет (25%), специалисты со стажем работы до 10 лет (42%), а также врачи со стажем более 20 лет (28%), что обеспечило разнообразие клинических подходов и взглядов на терапию КЗЗ.

Статистический анализ включал представление частот ответов в процентах, а также сравнение подгрупп (по специальности, стажу, типу ЛПУ, размеру города) с выделением статистически значимых различий.

Результаты

Распространенность и структура КЗЗ

Три четверти опрошенных терапевтов указали, что до 40% их пациентов обращаются с жалобами со стороны ЖКТ. В среднем они наблюдают 41 пациента с КЗЗ в месяц. Гастроэнтерологи чаще сталкиваются с кислотозависимой патологией: почти

у каждого второго пациента диагностируется КЗЗ, при среднем количестве 76 пациентов с КЗЗ в месяц на одного специалиста.

Наиболее распространенным диагнозом среди пациентов с КЗЗ является хронический гастрит

(у 14% врачей он встречается у > 70% пациентов), далее следуют неэрозивная форма ГЭРБ (у 4% врачей она встречается у > 70% пациентов) и состояния, связанные с наличием и эрадикацией *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) (у 4% врачей они встречаются у > 70% пациентов). Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), эрозивная форма ГЭРБ и НПВП-гастропатия, по оценке большинства врачей, встречаются примерно у каждого 5 пациента с КЗЗ. При этом 73% специалистов отмечают, что

рецидивы и недостаточный контроль симптомов наблюдаются менее чем у пятой части их пациентов. Терапевты чаще указывают на минимальную долю повторных обращений (< 10% у 42% специалистов), а у каждого четвертого гастроэнтеролога с такой проблемой возвращаются 21–30% пациентов. В целом, у опытных врачей, независимо от специальности, частота пациентов с рецидивами КЗЗ составляет < 10% (у 67% врачей со стажем более 30 лет).

Диагностика ГЭРБ в реальной клинической практике

Основным методом диагностики ГЭРБ остается эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС): ее используют 96% опрошенных специалистов независимо от их специальности, стажа работы и географического положения (97% гастроэнтерологов, 96% терапевтов; диапазон по городам 92–97%). У 42% специалистов более 7 из 10 пациентов с подозрением на ГЭРБ проходят эндоскопическое обследование, что свидетельствует о широкой доступности ЭГДС в амбулаторном звене. Однако гистологическое исследование биоптатов при проведении эндоскопии выполняется избирательно: у 59% врачей оно назначается менее чем 30% пациентам, причем такого консервативного (без проведения гистологии) подхода при проведении диагностики ГЭРБ придерживаются две трети гастроэнтерологов (значимо выше, чем у терапевтов).

Клиническую диагностику по совокупности симптомов применяют примерно 8 из 10 врачей, причем этот подход зависит от опыта и условий работы: чаще всего его используют специалисты с длительным стажем (до 88% у врачей с опытом работы > 20 лет) и из малых городов (< 100 тыс. жителей – 91%). В то же время, инструментальные методы функциональной диагностики, такие как рН-метрия и рН-импедансометрия, которые суммарно используют только 11 и 7% врачей соответственно, применяются значительно реже и преимущественно гастроэнтерологами из мегаполисов (до 16% в Москве против 5–8% в регионах). Это подчеркивает преобладание клиничко-эндоскопического подхода к верификации диагноза в российской практике.

Терапия ГЭРБ и других КЗЗ

ИППП остаются ведущей группой антисекреторных препаратов как при неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (НЭРБ), так и при эрозивном эзофагите (их назначают 82% и 80% врачей соответственно). В практике каждого четвертого врача не менее половины пациентов не соблюдают рекомендации по приему ИППП «до еды» (чаще всего это отмечают терапевты и врачи в возрасте 30–39 лет – в 29 и 31% случаев соответственно), при этом лишь четверть специалистов отмечают, что 8 из 10 пациентов принимают ИППП в соответствии с инструкцией. Регулярность приема ИППП соблюдается недостаточно как при коротких курсах (до 2–4 недель), так и при длительной терапии (рис. 1).

Более половины специалистов также используют комбинацию ИППП с прокинетиками или антацидами в лечении обеих нозологий. Для терапии НЭРБ врачи чаще включают в схему прокинетики (54%) и значительно реже эзофагопротекторы (41%) и блокаторы H_2 -рецепторов (11%). При эрозивном эзофагите, напротив, возрастает роль эзофагопротекторов (63%), тогда как доля прокинетиков значимо ниже (46%). Таким образом, при НЭРБ внимание смещено в сторону нормализации моторики, а при эрозивном эзофагите – в пользу местной защиты слизистой и дополнительной антисекреторной терапии.

Гастроэнтерологи чаще терапевтов включают эзофагопротекторы и альгинаты в схемы как НЭРБ, так и эрозивного эзофагита (52% против 37% и 43% против 23% соответственно при НЭРБ [различия статистически значимы в обоих случаях; $p < 0,05$]; 68% против 61% и 39% против 25%

[различия статистически значимы; $p < 0,05$] соответственно при эрозивном эзофагите). При этом терапевты чаще используют антациды и блокаторы H_2 -рецепторов, особенно при эрозивном эзофагите (61% против 44% и 19% против 8% соответственно [различия статистически значимы в обоих случаях; $p < 0,05$]).

Комбинация ИППП + прокинетики широко применяется в обеих группах, но профиль показаний различается. Терапевты статистически значимо ($p < 0,05$) чаще гастроэнтерологов используют ее при ГЭРБ в целом (87% против 73%) и при эрозивном рефлюкс-эзофагите (74% против 62%), тогда как гастроэнтерологи эту комбинацию назначают чаще при функциональной диспепсии (59% против 43% у терапевтов) и постпрандиальном дистресс-синдроме (54% против 28% у терапевтов). Таким образом, терапевты чаще применяют комбинацию ИППП + прокинетики при различных фенотипах ГЭРБ, а гастроэнтерологи – при функциональных расстройствах.

С возрастом врача меняется и структура назначений: прокинетики чаще используют специалисты старшей возрастной группы (58% при эрозивном эзофагите и 65% при НЭРБ у врачей старше 50 лет, статистически значимо [$p < 0,05$] выше по сравнению с более молодыми специалистами). Эзофагопротекторы при НЭРБ чаще назначают врачи старше 40 лет, тогда как у более молодых специалистов (25–29 лет) доля назначений этих препаратов ниже, что также отмечено как статистически значимое отличие ($p < 0,05$).

Установлено, что профиль назначения дополнительных препаратов зависит от размера города.

Эзофагопротекторы при эрозивном эзофагите наиболее часто используют в малых городах (< 499 тыс. жителей: 66–71%), реже – в городах-миллионниках (54%) и Москве (64%). Назначение альгинатов

преобладает в Москве и городах-миллионниках (39% и 36% соответственно при НЭРБ, 31% и 40% соответственно при эрозивном эзофагите против 22–24% в городах с < 499 тыс. жителей).

Недостатки терапии ИПП и рефрактерность к ним

Несмотря на широкое использование, врачи отмечают ряд существенных проблем, связанных с терапией ИПП. Половина специалистов указывает на риск развития побочных эффектов при долгосрочном приеме и на необходимость применения ИПП в зависимости от приема пищи, что снижает приверженность к терапии. Для терапевтов и врачей со стажем работы до 5 лет особенно актуальной выглядит проблема отложенного начала действия (до 48% ответов), тогда как врачи со значительным стажем (более 21 года) чаще акцентируют внимание на ночных кислотных прорывах (до 39%). Сочетание всех перечисленных проблем отмечают 11% специалистов (13% гастроэнтерологов против 9% терапевтов) (табл. 1).

Большинство специалистов (83%) сталкиваются с рефрактерностью к стандартным дозам ИПП у менее чем 20% пациентов: более половины врачей отмечают 1–10% таких случаев, а треть опрошенных специалистов – 11–20%. Самая популярная стратегия при отсутствии ответа на терапию стандартными дозами – замена ИПП из этого же класса (72% врачей), за которой следуют назначение эзофагопротекторов (48%), прокинетиков (46%), увеличение дозы ИПП (43%), назначение антацидов (35%) и альгинатов (19%). Гастроэнтерологи значительно чаще терапевтов прибегают к увеличению дозировки или назначению альгинатов (55% против 38% и 27% против 15% соответственно).

Приверженность пациентов и ожидания от препарата

Практически три четверти опрошенных врачей отмечают хорошую приверженность пациентов к терапии ИПП (более половины пациентов): 41% специалистов сообщают о высокой приверженности (> 70% пациентов), 30% – о средней (51–70%). Наиболее высокую приверженность (> 70% пациентов) демонстрируют пациенты гастроэнтерологов (51%), врачей 40–49 лет (47%), работающих в частных клиниках (49%) и городах с населением 500–999 тыс. жителей (52%). Низкая приверженность (3 из 10 пациентов) характерна для практики лишь 11% врачей, при этом чаще с этим сталкиваются терапевты (12%), а также врачи со стажем 6–10 лет (16%) и работающие в федеральных поликлиниках (21%). Приведенные данные свидетельствуют о преимущественно хорошей приверженности пациентов к ИПП в реальной практике, особенно лечащихся у узких специалистов и в частном секторе. Проблемы чаще возникают у терапевтов первичного звена, что может быть связано с социально-экономическими особенностями контингента и организацией амбулаторной помощи.

При рефлюкс-эзофагите и НЭРБ около 40% врачей назначают терапию на 2–4 недели, в случае с язвенной болезнью желудка и ДПК инициальная

терапия длится дольше (около 30% врачей назначают терапию на 5–6 недель), у пациентов с хроническим гастритом и НПВП-гастропатией – наоборот прослеживается сокращение сроков лечения до 2 недель. При противорецидивной терапии тенденции назначений остаются такими же, однако заметно увеличение частоты приема «по требованию».

При выборе антисекреторного препарата врачи выделяют в качестве ключевых характеристик высокую эффективность (99 и 97% гастроэнтерологов и терапевтов соответственно), стойкий эффект на протяжении 24 часов (97 и 94% соответственно), отсутствие ночных кислотных прорывов (97 и 93% соответственно), минимальное количество побочных эффектов (94 и 90% соответственно) и отсутствие лекарственных взаимодействий (95 и 88% соответственно). Существенное значение придается также быстрому наступлению эффекта (87 и 84% соответственно) и возможности длительной терапии более 8 недель (93 и 84% соответственно) (диаграмма 1). Таким образом, гастроэнтерологи чаще терапевтов отмечают важность следующих характеристик: отсутствие ночного кислотного прорыва, минимальные лекарственные взаимодействия и возможность длительной терапии.

Рисунок 1.

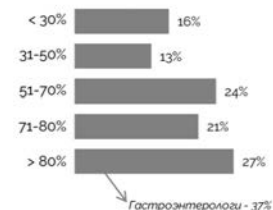
Соблюдение регулярности приема ингибиторов протонной помпы

Примечание:

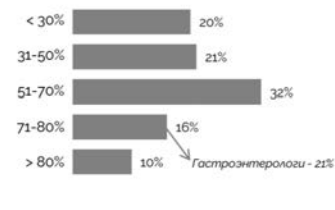
На рисунке представлена доля врачей, у которых пациенты (< 30%, 31–50%, 51–70%, 71–80%, > 80%) полностью соблюдают регулярность приема ингибиторов протонной помпы при коротком или длительном курсах терапии. При этом гастроэнтерологи статистически значимо ($p < 0,05$) чаще терапевтов отмечают, что их пациенты ведут прием в соответствии с назначением.

Какой процент пациентов полностью соблюдает регулярность приема ИПП?

При коротком курсе



При длительной терапии



→ Значимо выше, чем другая подгруппа

Figure 1.

Adherence to the regular intake of proton pump inhibitors

Таблица 1.

Проблемы при использовании ингибиторов протонной помпы

Примечание: показатель статистически значимо ($p < 0,05$) выше (*)/ниже (**), чем в другой подгруппе; КЗЗ – кислотозависимое заболевание.

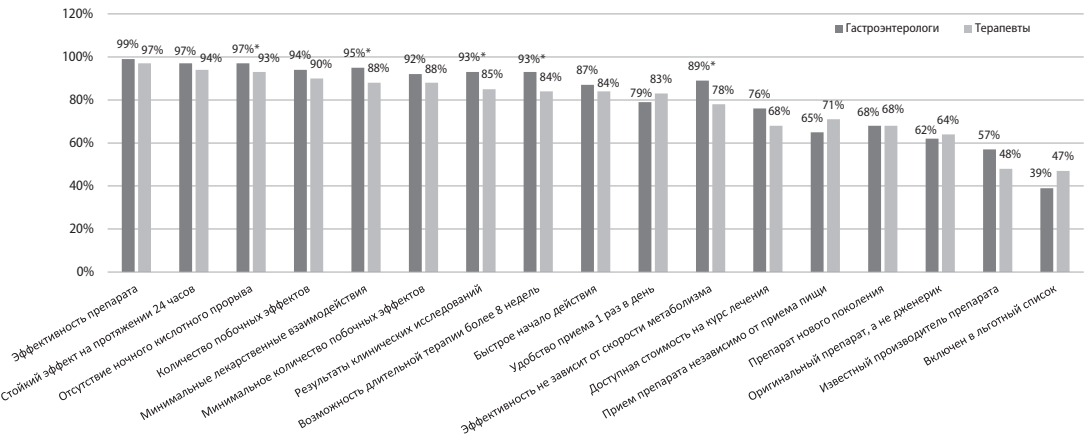
Table 1. Problems associated with the use of proton pump inhibitors

Проблемы	Специальность		Стаж				
	Гастроэнтеролог (n = 150)	Терапевт (n = 350)	1–5 лет (n = 92)	6–10 лет (n = 119)	11–20 лет (n = 149)	21–30 лет (n = 95)	> 30 лет (n = 45)
Риск развития побочных эффектов при долгосрочном приеме	59%	52%	52%	51%	53%	60%	53%
Необходимость приема в зависимости от приема пищи	43%**	53%*	55%	49%	49%	48%	49%
Отложенное начало действия	27%**	43%*	48%*	40%	35%**	29%**	42%
Недостаточная приверженность к лечению	27%	33%	29%	28%	31%	34%	36%
Ночной кислотный прорыв	33%	29%	21%**	27%	32%	39%*	36%
Высокая частота рецидивов КЗЗ	34%	25%	22%**	35%*	29%*	31%*	13%**
Высокая стоимость терапии	6%	8%	13%*	9%*	3%**	3%**	13%
Все вышеперечисленное	13%	9%	7%**	8%	11%	14%	18%*

Диаграмма 1.

Важность характеристик препарата для терапевтов и гастроэнтерологов

Diagram 1. Importance of drug characteristics for internists and gastroenterologists



Примечание:

На диаграмме представлена доля терапевтов и гастроэнтерологов, поставивших оценку 4 или 5 по пятибалльной шкале, отвечая на вопрос «Оцените, насколько для Вас важны следующие характеристики препарата при назначении терапии пациентам с кислотозависимыми заболеваниями?»; показатель статистически значимо выше ($p < 0,05$) (*), чем в другой подгруппе.

Отношение к тегопразану и его потенциал

После представления информации о тегопразане 8 из 10 врачей оценили его ключевые характеристики как потенциально полезные для результатов лечения пациентов с ГЭРБ. Наибольшую «полезность» специалисты связывали с 24-часовым действием и предотвращением ночных кислотных прорывов (доля врачей, поставивших оценку 4 или 5 по пятибалльной шкале, превышала 90%), а также с высокой эффективностью по сравнению с «обычными» препаратами и быстрым началом действия (89% в обоих случаях). Высоко были оценены возможность приема независимо от приема пищи, способность препарата снижать частоту рецидивов ГЭРБ и язвенной болезни, а также повышать эффективность эрадикации *H. pylori*.

Практически три четверти опрошенных врачей (71%) выразили мнение, что тегопразан сможет заменить ИПП полностью, или в большинстве случаев КЗЗ, еще 27% считают его подходящим для отдельных клинических ситуаций, и лишь 2% не ожидают от препарата такой возможности.

При этом 9 из 10 врачей выражают готовность информировать пациентов о возможностях новой терапии тегопразаном (84% гастроэнтерологов и 91% терапевтов).

По мнению врачей, тегопразан может рассматриваться как универсальный препарат, подходящий для большинства КЗЗ (включая эрозивную и неэрозивную формы ГЭРБ, язвенную болезнь желудка и ДПК, а также эрадикацию *H. pylori*), различных типов терапии (инициальной, противорецидивной, по требованию) и широкого круга пациентов, в том числе с рефрактерностью к ИПП, отсутствием ответа на терапию ИПП стандартными дозами, а также пациентов с ГЭРБ, ранее получавших терапию ИПП. При принятии решения о назначении тегопразана ключевыми аргументами для специалистов являются включение препарата в клинические рекомендации (75%) и наличие высококачественных международных и отечественных клинических исследований (66%).

Таким образом, несмотря на доминирующее положение ИПП в терапии КЗЗ, существует ряд существенно ограничивающих факторов, воспринимаемых по-разному специалистами различного профиля и опыта, что формирует основу для поиска альтернативных стратегий

кислотосупрессивной терапии. Выход на российский рынок нового препарата тегопразана (Тегопрекс®) поможет решить эти вопросы, поскольку он обладает рядом преимуществ перед ИПП, препарат Тегопрекс в дозировке 50 мг доступен в российских аптеках.

Обсуждение

Проведенное исследование продемонстрировало высокую распространенность КЗЗ в практике российских гастроэнтерологов и терапевтов, а также сохраняющееся доминирование ИПП в схемах терапии ГЭРБ и других КЗЗ. В то же время, в ходе анкетирования, врачи отмечали ряд существенных ограничений традиционной терапии ИПП, в том числе отложенное начало действия, зависимость от приема пищи, ночные кислотные прорывы, риск побочных эффектов при длительном использовании и проблемы с приверженностью к терапии, что указывает на наличие выраженных неудовлетворенных клинических потребностей.

Представленные специалистам данные о новом препарате тегопразан, относящемся к классу К-КБК, были восприняты как потенциальное решение многих из вышеперечисленных проблем. Врачи высоко оценили способность тегопразана действовать в течение суток, быстрое начало его действия, предотвращение ночных кислотных прорывов, возможность приема независимо от еды, а также ожидаемое снижение частоты рецидивов ГЭРБ и язвенной болезни и высокую эффективность эрадикации *H. pylori*.

Половина опрошенных специалистов считает, что тегопразан способен заменить ИПП

в большинстве клинических ситуаций, а почти 90% выражают готовность информировать пациентов о новых возможностях терапии КЗЗ, что отражает высокий потенциальный интерес к препарату в реальной практике. Полученные данные позволяют рассматривать тегопразан как перспективную альтернативу традиционной терапии ИПП у пациентов с КЗЗ, особенно в контексте потребности в более быстром, стабильном и предсказуемом контроле продукции кислоты.

Тегопразан относится к классу К-КБК и, в отличие от ИПП, не является пролекарством, не требует активации в кислой среде и связывается с протонной помпой обратимо, что обеспечивает предсказуемый эффект независимо от полиморфизмов CYP2C19 и времени приема пищи. Для препарата характерно быстрое начало действия (около 30 мин), стабильное круглосуточное подавление желудочной секреции уже с первых дней терапии, а также доказанная эффективность в отношении ночных кислотных прорывов, при минимальном риске межлекарственных взаимодействий. Все это позволяет рассматривать тегопразан как перспективную альтернативу традиционным ИПП с потенциалом улучшения клинических исходов и приверженности терапии у пациентов с КЗЗ.

Выводы

1. По результатам исследования были выявлены ключевые ограничения применения ИПП, среди которых специалисты наиболее часто отмечают риск побочных эффектов при длительном приеме, необходимость приема до еды, ночные кислотные прорывы, а также отложенное начало действия.
2. При выборе антисекреторного препарата ключевыми критериями выступают 24-часовой эффект (по мнению 97% гастроэнтерологов и 94% терапевтов), отсутствие ночных прорывов (97% и 93% соответственно), быстрое начало действия (87% и 84% соответственно), минимальные лекарственные взаимодействия (95% и 88% соответственно).
3. Выход на российский рынок нового препарата тегопразан (Тегопрекс®) поможет закрыть существующие потребности терапевтов и гастроэнтерологов. Тегопразан (Тегопрекс®) обладает высоким потенциалом применения в терапии КЗЗ благодаря быстрому началу действия, независимости от приема пищи, стабильной 24-часовой супрессии кислотности и эффективности по отношению к ночным кислотным прорывам.
4. После ознакомления с информацией о препарате тегопразан 81% врачей готовы активно назначать данное лекарственное средство, а 71% считают его универсальной заменой ИПП. Практически 90% врачей выражают готовность информировать пациентов о возможностях новой терапии тегопразаном. Большинство врачей тегопразан воспринимается как перспективный препарат, подходящий для большинства диагнозов КЗЗ, особенностей пациентов и их возрастных групп.

Литература | References

- 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. (In Russ.). doi: 10.22416/1382-4376-2024-34-5-111-135.
Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Маев И.В. и соавт. 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):111–35. doi: 10.22416/1382-4376-2024-34-5-111-135.
- Peery A.F., Dellon E.S., Lund J., et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology*. 2012;143(5):1179–87.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2012.08.002.
- Lazebnik L.B., Masharova A.A., Bordin D.S. et al. [Multicentre study “Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Russia” (MEGRE): first results]. *Eksp Klin Gastroenterol*. 2009;(6):4–12. Russian. PMID: 20205320.
Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. и соавт. Многоцентровое исследование «Эпидемиология ГЭРБ в России» (МЭГРЕ): первые итоги. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2009;6:4–12.
- Bordin D.S., Abdulkhakov R.A., Osipenko M.F. et al. Multicenter study of gastroesophageal reflux disease symptoms prevalence in outpatients in Russia. *Terapevticheskii arkhiv*. 2022;94(1):48–56. (In Russ.). doi: 10.26442/00403660.2022.01.201322.
Бордин Д.С., Абдулхаков Р.А., Осипенко М.Ф. и соавт. Многоцентровое исследование распространенности симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов поликлиник в России. *Терапевтический архив*. 2022;94(1):48–56. doi: 10.26442/00403660.2022.01.201322.
- Shibli F, Mari A, Fass R. Drug treatment strategies for erosive esophagitis in adults: a narrative review. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2025 Jul 23;10:54. doi: 10.21037/tgh-24-168.
- Zamani N.F., Sjahid A.S., Tuan Kamauzaman T.H. et al. Efficacy and safety of domperidone in combination with proton pump inhibitors in gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Medicine*. 2022 Jan;11(18):5268. doi: 10.3390/jcm11185268.
- Raza H, Singla B, Singla S, Kumawat S, Malhans JS, Kaur J. et al. Comparative Efficacy of Potassium-Competitive Acid Blockers (P-CABs) Versus Proton Pump Inhibitors (PPIs) in the Management of Erosive Esophagitis: A Systematic Review. *Cureus*. 2025 Nov 15;17(11):e96916. doi: 10.7759/cureus.96916.
- Jung H.K., Tae C.H., Song K.H. et al. 2020 Seoul consensus on the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *J Neurogastroenterol Motil*. 2021 Oct 30;27(4):453–81. doi: 10.5056/jnm21077.
- Zhang N., Wang Y., Fang S.S. et al. Clinical characteristics and risk factors of refractory gastroesophageal reflux disease: A multicenter cross-sectional study. *World J Gastroenterol*. 2025 Dec 7;31(45):113060. doi: 10.3748/wjg.v31.i45.113060.
- Huibertse LJ, Sijben J, Peters Y, Siersema PD. Self-management and help-seeking behavior for gastroesophageal reflux symptoms: A population-based survey. *World J Gastroenterol*. 2026 Jan 14;32(2):112395. doi: 10.3748/wjg.v32.i2.112395.
- Ortenberg E.A., Lyapina M.V., Dorodnina E.F. Potassium-competitive proton pump inhibitors – current status and prospects of use. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2023;(4):86–92. (In Russ.). doi: 10.31146/1682-8658-ecg212-4-86-92.
Ортенберг Э.А., Ляпина М.В., Дороднева Е.Ф. Калий-конкурентные ингибиторы протонной помпы – состояние и перспективы использования. *Экспериментальная и Клиническая Гастроэнтерология*. 2023;(4):86–92. doi: 10.31146/1682-8658-ecg212-4-86-92.
- Patel A., Laine L., Moayyedi P., Wu J. AGA clinical practice update on integrating potassium-competitive acid blockers into clinical practice: expert review. *Gastroenterology*. 2024 Nov 1;167(6):1228–38. doi: 10.1053/j.gastro.2024.06.038.
- Yoon D.Y., Sunwoo J., Shin N. et al. Effect of meal timing on pharmacokinetics and pharmacodynamics of tegoprazan in healthy male volunteers. *Clin Transl Sci*. 2021 May;14(3):934–41. doi: 10.1111/cts.12958.
- Ghim J.L., Chin M.C., Jung J., et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of tegoprazan coadministered with amoxicillin and clarithromycin in healthy subjects. *J Clin Pharmacol*. 2021 Jul;61(7):913–22. doi: 10.1002/jcph.1805.