

Информационный материал. Диагностика ГЭРБ: данные **Лионского конгресса**

Долгое время диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) ставился на основании клинической картины, что приводило к гипердиагностике. С накоплением опыта и обновлением данных был опубликован Лионский консенсус 2.0, который предлагает новые подходы к диагностике ГЭРБ¹.



Ключевые области, нуждавшиеся в обновлении

Определение ГЭРБ

В первую очередь было пересмотрено само понимание патологии ГЭРБ. Обновленный консенсус ввел определение «действительной ГЭРБ», которое учитывает как симптомы пациента, так и результаты инструментальных исследований. То есть, помимо наличия типичной клинической картины для постановки диагноза ГЭРБ, требуются убедительные доказательства патологии, связанной с рефлюксом, выявленные при эндоскопическом обследовании и/или внутрипищеводном мониторинге рефлюкса^{1,2}.

Симптомы ГЭРБ

Обновленный консенсус содержит четыре основных положения, касающихся ассоциированных с ГЭРБ симптомов^{1,2}:

- типичные симптомы ГЭРБ включают изжогу, загрудинную боль в проекции пищевода и срыгивание;
- связь отрыжки с ГЭРБ неоднозначна, но отрыжка может быть частью патофизиологии рефлюкса;
- хронический кашель и хрипы имеют низкую, но потенциальную патофизиологическую связь с ГЭРБ;
- охриплость голоса, ощущение «кома в горле», тошнота, боль в животе и другие диспепсические явления при отсутствии типичных симптомов имеют низкую вероятность патофизиологической связи с ГЭРБ.

Эндоскопическая диагностика

Одним из важных обновлений стало разделение критериев диагноза для недоказанной и для ранее подтвержденной ГЭРБ^{1,2}.

- При недоказанной ГЭРБ для максимизации диагностической эффективности ЭГДС следует проводить через две–четыре недели после прекращения антисекреторной терапии [3, 4]. Помимо эрозивного эзофагита степени С и D по Лос-Анджелесской классификации (LA), пищевода Барретта и пептической стриктуры пищевода в качестве достоверного критерия ГЭРБ стали рассценивать эрозивный эзофагит степени В по LA.
- Эрозивный эзофагит степени В, С и D по LA и рецидивирующая пептическая стриктура по данным ЭГДС, выявляемые на фоне оптимизированной антисекреторной терапии, указывают на рефрактерную ГЭРБ при ранее подтвержденном диагнозе.

ВАЖНО!

- Рутинная стандартная биопсия слизистой пищевода при ЭГДС отнесена к устаревшим критериям ГЭРБ.
- Результаты гистопатологической оценки биоптатов пищевода и использование электронной микроскопии могут предоставить дополнительные данные, позволяющие дифференцировать ГЭРБ от функциональных расстройств, сопровождающихся изжогой^{5,6,7}.
- В качестве дополнительного эндоскопического критерия стала рассматриваться грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Манометрия высокого разрешения

В обновленном Лионском консенсусе манометрии пищевода отводится та же роль, что и в его первой версии, с единственной оговоркой: «Чикагская классификация нарушений моторной функции пищевода, используемая при анализе результатов манометрии, также получила свою обновленную версию 4.0»^{1,2}.

Амбулаторный мониторинг рефлюкса

В обновленном консенсусе рН-импедансометрии отводится следующая роль^{1,2}:

- амбулаторный мониторинг рН-импеданса без антисекреторной терапии имеет диагностическую ценность при недоказанной ГЭРБ, а также если типичные симптомы рефлюкса связаны с чрезмерной отрыжкой, подозреваются руминация и легочные симптомы оцениваются на предмет связи с ГЭРБ;
- амбулаторный мониторинг рН-импеданса на фоне приема ИПП имеет значение при доказанной ГЭРБ с персистирующими, несмотря на оптимальную терапию, симптомами.

Показатели и пороговые значения, полезные при амбулаторном мониторинге рефлюкса

Одним из основных отличий обновленного Лионского консенсуса от его старой версии является разделение рН-метрических критериев для ранее не подтвержденной ГЭРБ и для уже установленного диагноза, а также для различных методик мониторинга рН. Основными оцениваемыми параметрами по-прежнему остаются АЕТ и число рефлюксов

Критерии установления диагноза ГЭРБ по данным инструментальных исследований

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА	НЕДОКАЗАННАЯ ГЭРБ Эндоскопия, беспроводной мониторинг рН, 24-часовая рН-или рН-Импедансометрия, манометрия без приема ИПП			ДОКАЗАННАЯ ГЭРБ Эндоскопия, 24-часовая рН-импедансометрия на фоне приема ИПП
	Эндоскопия	рН- или рН-Импеданс	Манометрия	Эндоскопия рН-Импеданс
Убедительные доказательства патологического рефлюкса	Эрозивный эзофагит степени В, С и D по LA Пищевод Барретта, гистологически верифицированный Пептическая стриктура пищевода	АЕТ > 6% при 24-часовом исследовании АЕТ > 6% в течение ≥ 2 дней при беспроводном исследовании	Не применимо	Эрозивный эзофагит степени В, С и D по LA Пептическая стриктура пищевода АЕТ > 4%, число рефлюксов > 80/сут
Пограничные или неубедительные доказательства	Эрозивный эзофагит степени А по LA	АЕТ 4–6% при 24-часовом исследовании АЕТ 4–6% в течение ≥ 2 дней при беспроводном исследовании Общее число рефлюксов – 40–80 в сутки	Не применимо	Эрозивный эзофагит степени А по LA АЕТ 1–4% Общее число рефлюксов – 40–80 в сутки MNBI 1500–2500 Ом
Дополнительные или вспомогательные доказательства*	Хиатальная грыжа Гистопатологическая оценка биопатов пищевода Электронная микроскопия биопатов	Положительная ассоциация рефлюкс–симптом Общее число рефлюксов > 80 в сутки MNBI < 1500 Ом	Недостаточность кардии Хиатальная грыжа Неэффективная моторика пищевода	Хиатальная грыжа MNBI < 1500 Ом Положительная ассоциация рефлюкс – симптом
Доказательства против патологического рефлюкса	Не применимо	АЕТ < 4% каждый день исследования** Общее число рефлюксов < 40 в сутки MNBI > 2500 Ом	Не применимо	АЕТ < 1% Общее число рефлюксов < 40 в сутки MNBI > 2500 Ом

*Факторы, которые повышают уверенность в наличии патологического рефлюкса, когда иные доказательства пограничные или неубедительные.

**Беспроводной рН-мониторинг: < 4% во все дни; рН-импедансометрия: все критерии должны быть соблюдены

Манометрия высокого разрешения

В обновленном Лионском консенсусе манометрии пищевода отводится та же роль, что и в его первой версии, с единственной оговоркой: «Чикагская классификация нарушений моторной функции пищевода, используемая при анализе результатов манометрии, также получила свою обновленную версию 4.0»^{1,2}.

Амбулаторный мониторинг рефлюкса

В обновленном консенсусе рН-импедансометрии отводится следующая роль^{1,2}:

- амбулаторный мониторинг рН-импеданса без антисекреторной терапии имеет диагностическую ценность при недоказанной ГЭРБ, а также если типичные симптомы рефлюкса связаны с чрезмерной отрыжкой, подозреваются руминация и легочные симптомы оцениваются на предмет связи с ГЭРБ;
- амбулаторный мониторинг рН-импеданса на фоне приема ИПП имеет значение при доказанной ГЭРБ с персистирующими, несмотря на оптимальную терапию, симптомами.

В свете обновленных рекомендаций выбор эффективной терапии ГЭРБ становится особенно актуальным, и одной из ключевых групп препаратов для достижения ремиссии являются ингибиторы протонной помпы.

Одним из представителей данной группы препаратов является рабепразол (Разо®), который предназначен для лечения кислотозависимых заболеваний, включая ГЭРБ. Рабепразол блокирует активность фермента Н⁺/К⁺АТФ-азы, что приводит к снижению секреции соляной кислоты в желудке⁸.

После приема 20 мг рабепразола антисекреторный эффект проявляется в течение одного часа, что обеспечивает действенное облегчение симптомов, связанных с избыточной кислотностью. Препарат может быть показан как в эмпирической терапии, так и в длительной терапии. Своевременное устранение симптомов ГЭРБ может способствовать улучшению качества жизни пациентов и снижению риска осложнений, связанных с заболеванием⁹.



Список литературы:

1. Берко О.М., Саблин О.А. Современная диагностика ГЭРБ—обновленная версия Лионского консенсуса 2.0. Эффективная фармакотерапия. 2024;20(18):70-75.
2. Gyawali C.P., Yadlapati R., Fass R., et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0. Gut. 2023; gutjnl-2023-330616.
3. Boghossian T.A., Rashid F.J., Thompson W., et al. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2017; 3 (3): CD011969.
4. Dunbar K.B., Agoston A.T., Odze R.D., et al. Association of acute gastroesophageal reflux disease with esophageal histologic changes. JAMA. 2016; 315 (19): 2104–2112.
5. Savarino E., Zentilin P., Mastracci L., et al. Microscopic esophagitis distinguishes patients with non-erosive reflux disease from those with functional heartburn. J. Gastroenterol. 2013; 48 (4): 473–482.
6. Vela M.F., Craft B.M., Sharma N., et al. Refractory heartburn: comparison of intercellular space diameter in documented GERD vs. functional heartburn. Am. J. Gastroenterol. 2011; 106 (5): 844–850.
7. Krugmann J., Neumann H., Vieth M., Armstrong D. What is the role of endoscopy and oesophageal biopsies in the management of GERD? Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2013; 27 (3): 373–385.
8. Общая характеристика лекарственного препарата Разо® ЛП-№(004603)-(ПГ-РУ). Сайт. Государственный реестр лекарственных средств (rosminzdrav.ru) Дата обращения 29 октября 2025 г.
9. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С., Маев И.В., Драпкина О.М., Ливзан М.А., Мартынов А.И., Лапина Т.Л., Параскевова А.В., Андреев Д.Н., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Барановский А.Ю., Зайратьянц О.В., Зольникова О.Ю., Дронова О.Б., Кляритская И.Л., Корочанская Н.В., Кучерявый Ю.А., Маммаев С.Н., Осипенко М.Ф., Пирогов С.С., Полуэктова Е.А., Румянцев Д.Е., Сайфулинов Р.Г., Сторонова О.А., Успенский Ю.П., Хлынов И.Б., Цуканов В.В., Шептулин А.А. 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. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2024-34-5-111-135>