

ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА, ОСЛОЖНЁННОГО ГАСТРОКАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Воеводина А.А.¹

¹Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый медицинский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, e-mail: anny1608@mail.ru

В настоящем исследовании автором проанализированы литературные данные о распространённости рефлюкс-эзофагита и его внепищеводных проявлений различной симптоматики, в том числе конкретизированы их клинические особенности. Вариабельность внепищеводных проявлений рефлюкс-эзофагита обуславливает применение дифференциальной диагностики, позволяющей разграничить патологию органов желудочно-кишечного тракта и, к примеру, кардии. На практическом примере, отражённом в истории болезни пациента, превалирующим значением в патологии которого являлось наличие такого внепищеводного проявления рефлюкс-эзофагита, как гастрокардиальный синдром, что повлекло возникновение необходимости проведения пациенту антирефлюксной операции, рассмотрен подход к оптимальному выбору тактики лечения таких больных, в том числе обоснована необходимость проведения хирургического вмешательства. Эффективность оперативного вмешательства исследуется через призму её результативности у пациентов возрастной категории с учётом соответствующего практического примера. Цель настоящего исследования заключается в определении эффективности оперативного лечения пациентов с внепищеводным проявлением рефлюкс-эзофагита, осложнённого гастрокардиальным синдромом. Автором обоснована мысль о том, что, несмотря на наличие внепищеводных проявлений рефлюкс-эзофагита, ряда сопутствующих заболеваний, которые увеличивают не только риск сердечно-сосудистых осложнений, но и анестезиологический риск, представляется целесообразным проведение оперативного вмешательства с целью улучшения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: рефлюкс-эзофагит, гастрокардиальный синдром, хирургическое лечение, кардиальные проявления, внепищеводные проявления, целесообразность, эффективность.

ASSESSMENT OF THE NEED FOR SURGICAL TREATMENT OF REFLUX ESOPHAGITIS COMPLICATED BY GASTROCARDIAL SYNDROME

Voevodina A.A.¹

¹Federal state Autonomous educational institution of higher education I. M. Sechenov First Medical state medical University of the Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, e-mail: anny1608@mail.ru

In this study, the author analyzes the literature data on the prevalence of reflux esophagitis and its extraesophageal manifestations of various symptoms, including their clinical features. The variability of extraesophageal manifestations of reflux esophagitis causes the use of differential diagnostics, which makes it possible to distinguish between the pathology of the gastrointestinal tract and, for example, cardia. Based on a practical example reflected in the patient's medical history, the prevailing value in the pathology of which was the presence of such an extraesophageal manifestation of reflux esophagitis as gastrocardium syndrome, which led to the need for antireflux surgery, the approach to the optimal choice of treatment tactics for such patients is considered, including the need for surgical intervention. The effectiveness of surgical intervention is studied through the prism of its effectiveness in patients of the age category, taking into account the corresponding practical example. The purpose of this study is to determine the effectiveness of surgical treatment of patients with extraesophageal reflux esophagitis complicated by gastrocardial syndrome. The author substantiates the idea that, despite the presence of extraesophageal manifestations of reflux esophagitis, a number of concomitant diseases that increase not only the risk of cardiovascular complications, but also the anesthetic risk, it seems appropriate to conduct surgery to improve the quality of life of patients.

Keywords: reflux esophagitis, gastrocardial syndrome, surgical treatment, cardiac manifestations, extraesophageal manifestations, expediency, effectiveness.

В научной литературе справедливо отмечается ежегодное увеличение количества у пациентов клинических проявлений рефлюкс-эзофагита различной симптоматики. Так, к

примеру, указан пятипроцентный ежегодный прирост заболеваемости рефлюкс-эзофагитом в развитых странах Европы; в Соединённых Штатах Америки отмечается трёхкратное увеличение частоты этого заболевания в последнее десятилетие. В Российской Федерации симптомы рефлюкс-эзофагита встречаются примерно у четверти гастроэнтерологических пациентов [1]. Авторами научных исследований тенденция к росту заболеваемости рефлюкс-эзофагитом прослеживается через призму широкого внедрения препаратов, имеющих целью их применения расслабление пищеводного сфинктера и замедление опорожнения желудка, увеличение продолжительности жизни, наличие у пациентов ожирения [2]. Со стороны слизистой оболочки пищевода воспалительные изменения при эндоскопическом исследовании диагностируются у 30–45% пациентов, а симптомы рефлюкс-эзофагита у взрослого населения (при тщательном сборе анамнеза) в целом выявляются у 30–40% пациентов [3].

Выявление уровня распространённости рефлюкс-эзофагита среди населения определено медико-социальной значимостью ввиду наличия у заболевания как типичных, так и нетипичных симптомов, которые затрудняют процесс его диагностики. Из проведённых клинических исследований следует подтверждение наличия взаимосвязи между симптоматикой рефлюкс-эзофагита и патологией других органов и систем, по результатам которых выделена значительная группа внепищеводных проявлений рефлюкс-эзофагита, среди которых бронхопульмональные, оториноларингологические, кардиальные и стоматологические проявления [4; 5].

К примеру, при бронхолегочных заболеваниях в 50-65% случаев диагностируется патологический пищеводный рефлюкс [6]. При наличии такой патологии рефлюкс может иметь «двойную» роль: в некоторых случаях рефлюкс выступает индуктором заболевания, а иногда – триггером. Последнее из указанных имеет место, например, при бронхиальной астме, хроническом бронхите, пневмонии, фиброзе легкого. Атипичными проявлениями рефлюкс-эзофагита при отклонениях со стороны ЛОР-органов являются отит, фарингит. Недооценка значимости рефлюкс-эзофагита в патогенезе указанных заболеваний влечёт за собой длительность лечения пациентов у оториноларингологов, изначально ошибочного, поскольку достижение ремиссии заболевания невозможно ввиду симптоматического характера этой терапии.

В научной литературе отмечается выделение и ротоглоточных симптомов рефлюкс-эзофагита [7]. Так, наиболее характерными поражениями ротовой полости и зубов при рефлюкс-эзофагите являются пародонтоз, нарушения состояния зубов, неприятный запах изо рта. Данные поражения наблюдаются в ситуации, при которой при поступлении желудочного содержимого в пищевод и в ротовую полость происходит нарушение кислотно-

щелочного равновесия с одновременным развитием ацидоза. Возникновение указанных поражений обусловлено длительностью течения заболевания, а равно и несвоевременно подобранной терапией.

Кардиальные проявления рефлюкс-эзофагита, также относимые к группе внепищеводных его проявлений, в последние годы зачастую являются предметом теоретических изучений ввиду их возросшего количества. В доктрине обосновывается позиция о сочетанном характере рефлюкс-эзофагита и симптоматики кардии [8; 9]. Диагностика и оптимальный выбор тактики оперативного лечения заболеваний пищевода и кардии, несмотря на всё более приобретаемую общеизвестность этих видов заболеваний и их сочетанной патологии, остаётся важной и актуальной задачей современной хирургии. Значимость решения этой задачи обусловлена и рядом причин, осложняющих обследование пациентов с указанными заболеваниями и выбор тактики лечения, среди которых анатомо топографические особенности расположения органов, сложность физиологических процессов, обеспечивающих деятельность пищевода, многообразие и динамичность патологических состояний. Патологический рефлюкс-эзофагит может выступать следствием появления и развития, к примеру, псевдокоронарных болей, аритмий, блокад сердца, увеличения артериального давления [10]. Обоснованно, что диагностика пациентов с некардиальной болью в груди, которая предположительно связана с рефлюкс-эзофагитом, необходима именно для установления причин такой боли, в том числе для исключения кардиальных [11]. Не исключается, что единственно возможным проявлением рефлюкс-эзофагита может выступать боль за грудиной, наличие которой по клиническим наблюдениям «трудно» отличимо от коронарной. Результаты проведённых исследований, в том числе коронографических, свидетельствуют, что в 70% случаях рефлюкс-эзофагит выступает причиной псевдокоронарных болей [12].

Клинические проявления рефлюкс-эзофагита, осложнённого гастрокардиальным синдромом, нередко «вынуждают» пациентов обращаться за медицинской помощью к врачам общей практики, терапевтам, кардиологам для проведения симптоматической терапии в виде применения сердечных препаратов. Эффективность таких препаратов, блокаторов кальциевых каналов и нитратов, наблюдается при лечении болей в грудной клетке, которая достигается за счёт минимизации и устранения спастической моторики пищевода [13]. Вместе с тем нередко последствием применения блокаторов кальциевых каналов и нитратов является расслабление нижнего пищеводного сфинктера при последующем увеличении кислотного рефлюкса [14].

Изучению взаимосвязи рефлюкс-эзофагита и некоторых неврологических нарушений, в которых тревога является наиболее частой из личностных расстройств, также посвящены

теоретические исследования [15; 16], в которых поставлена под сомнение обязательность наличия соматогенной природы психических заболеваний на фоне возможной реакции на заболевание пищевода ввиду их установления ещё до развития соматических жалоб.

Таким образом, распространённость рефлюкс-эзофагита, ежегодно приобретающая всё большую встречаемость, обусловлена вариативностью его пищеводных и внепищеводных проявлений, возможных как в сфере кардии, так и, например, в виде бронхолегочных, стоматологических проявлений. При этом не исключается и комплексный характер наличия внепищеводных проявлений рефлюкс-эзофагита у пациента. Различия патологических изменений различной внепищеводной симптоматики рефлюкс-эзофагита, имеющих нередко и сочетанный характер, обуславливают необходимость тщательного и внимательного их диагностирования с целью определения и выбора оптимальной тактики лечения, исключающей его длительность и длительность выздоровления пациента.

В настоящее время большинство пациентов с рефлюкс-эзофагитом с внепищеводной патологией лечатся консервативно, что обеспечивает хороший непосредственный результат, однако после его отмены рецидив симптомов проявляется в 90-95% случаев у наблюдаемых больных [17].

Предпочтительной терапией для гастроэнтерологов является медикаментозная терапия пациента, при этом фактически умаляется значимость его хирургического лечения. Вместе с тем, поскольку причиной рефлюкс-эзофагита выступает органическая патология, использование лишь медикаментозной терапии, даже основанной на применении самых современных медицинских препаратов, значительно снижающих риск развития осложнений, не позволяет зачастую достичь результативности лечения рефлюкс-эзофагита путём устранения причин этого заболевания. Использование медикаментозной терапии, в том числе и в совокупности с рекомендациями по соблюдению диеты или определённого образа жизни, фактически способствуют лишь купированию симптомов рефлюкс-эзофагита, не устраняя его действительные причины возникновения и развития [18].

Таким образом, представляется, что консервативное лечение рефлюкс-эзофагита всего лишь отдалает сроки проведения оперативного лечения, в течение которого больные вынуждены принимать лекарственные препараты. Иными словами, вариативность возможных внепищеводных проявлений рефлюкс-эзофагита обуславливает целесообразность применения дифференциальной диагностики, позволяющей разграничить патологию органов желудочно-кишечного тракта и, к примеру, кардии. Дифференциальная диагностика в данном случае фактически будет направлена на диагностирование истинных причин возникновения рефлюкс-эзофагита, характера симптоматики его внепищеводных проявлений, степени их тяжести, осложнений и их верификацию.

Цель исследования

Целью настоящего исследования является определение целесообразности и эффективности оперативного лечения пациентов с таким внепищеводным проявлением рефлюкс-эзофагита, как гастрокардиальный синдром, с учётом тяжести соматических заболеваний.

Материал и методы исследования

Для анализа целесообразности и эффективности оперативного лечения больных рефлюкс-эзофагитом, осложнённым гастрокардиальным синдромом, необходимо рассмотреть клиническое наблюдение. Пациентка 73 лет находилась на стационарном лечении и обследовании в КФХ им. Н.Н. Бурденко с диагнозом: Скользящая субтотальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Укорочение пищевода II степени. Полип субкардиального отдела желудка. Очаговый антральный гастрит вне обострения. Кисты обеих почек. Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия III ф.к. Безболевая ишемия. Мерцательная аритмия, постоянная форма. Желудочковая экстрасистолия. Артериальная гипертония III стадии, 3 степени, риск 4. Хроническая сердечная недостаточность III ф.к. Варикозное расширение вен левой голени. Хроническая венозная недостаточность. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии. Легочная гипертензия I степени. Атеросклероз аорты с вовлечением митрального и аортального клапанов. Многоузловой зоб. Субмукозная миома матки.

Пациентка поступила с жалобами на изжогу, ощущение жжения за грудиной, распирания и тяжести за грудиной после приёма пищи, перебои в работе сердца, повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст., одышку при незначительной физической нагрузке. Из анамнеза известно, что в течение длительного периода времени пациентку беспокоила изжога, отрыжка, чувство жжения за грудиной. С годами данные приступы участились, отмечено появление распирания и тяжести после еды. Пациентка принимала пищу часто и дробно в связи с возникающими описанными жалобами, а также одышкой и ощущением перебоев в работе сердца. Также из анамнеза следует, что последние 15-20 лет возникают подъёмы артериального давления до 230 и 120 мм рт. ст. Последние 10 лет пациентку беспокоят приступы стенокардии напряжения. Ввиду наличия жалоб на перебои в работе сердца пациентка находилась под наблюдением терапевта поликлиники, пациентке неоднократно проводилось консервативное лечение в условиях стационара на терапевтическом отделении с диагнозом «ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, атеросклеротический кардиосклероз». Последние годы у пациентки отмечаются пароксизмы мерцательной аритмии, постоянная форма мерцания предсердий, прогрессирует одышка, усиливается сердцебиение, жжение и боли за грудиной, в связи с чем отмечается

значительное ухудшение её состояния. При поступлении пациентки на обследование и стационарное лечение ей выполнена электрокардиограмма, по результатам которой установлено: тахистолическая форма фибрилляции предсердий с частотой желудочковых сокращений 72-116 уд./мин.; в отведениях I, II, V4-V6 (переднебоковая, верхушечная область левого желудочка) отмечались нарушения процессов реполяризации - косонисходящая и горизонтальная депрессия сегмента ST. Горизонтальное положение электрической оси сердца. При суточном мониторинге электрокардиограммы по Холтеру установлено: фибрилляция предсердий с частотой желудочковых сокращений днем 64-218 уд./мин., ночью 41-115 уд./мин., днём средняя частота желудочковых сокращений составляет 95 уд./мин., ночью в пределах 74 уд./мин., среднесуточная - 89 уд./мин. Желудочковая экстрасистолия 2708, максимально выявлено 243 в час, куплетов 65, триплетов - 1, политропные, тип распределения смешанный с преобладанием в ночные часы. На фоне постоянно существующей косонисходящей депрессии сегмента ST по V5 (1.0 мм) были зарегистрированы два дневных нагрузочных эпизода её углубления до 2.0 мм, сопровождающихся одышкой. На обзорной рентгенографии органов грудной клетки левый купол диафрагмы не определялся, в левом легочной поле определяется желудок с газовым пузырем и горизонтальным уровнем жидкости. По данным фиброгастродуоденоскопии установлено следующее: пищевод свободно проходим; варикозно расширенные вены отсутствуют; кардия не смыкается; выявляется грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; в субкардиальном отделе по малой кривизне выявляется одиночный полип; язв, эрозий не выявлено. По результатам эхокардиографии следует, что размеры обоих желудочков в пределах нормальных значений (на верхней границе нормы), отмечается гипертрофия левого желудочка, дилатация обоих предсердий, диффузное снижение сократимости всех сегментов левого желудочка, снижение глобальной сократимости функции миокарда (фракция выброса 41%), жидкости в полости перикарда не отмечается, митральный, аортальный клапан, аорта с признаками атеросклеротических изменений. При рентгенологическом исследовании пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки показано, что пищевод свободно проходим, укорочен; кардия располагается выше уровня диафрагмы, полностью не смыкается. В грыжевом выпячивании, находящемся в грудной полости, определяется почти весь желудок, где большая часть желудка смещена в грудную полость и прилежит к левой стенке дистального отдела пищевода. Эвакуация замедлена, привратник не изменен. Луковица двенадцатиперстной кишки не изменена, подтянута кверху. Периодически наблюдается рефлюкс контраста из желудка в дистальный отдел пищевода. Пассаж по двенадцатиперстной кишке не нарушен.

С учётом проведенного обследования и выявленных преобладающих экстракардиальных причин принято решение о постановке временного искусственного водителя ритма на время операции, для предотвращения возможных интра- и послеоперационных кардиологических осложнений. Больной выполнена операция: лапаротомия, низведение желудка в брюшную полость, задняя крурорафия, клапанная гастропликация, внеслизистая пилоропластика. Интраоперационно: большая часть желудка находится в заднем средостении; далее желудок низведен в брюшную полость, идентифицированы оба ствола вагусов, отведены в сторону, грыжевой мешок извлечён из заднего средостения, иссечён; кардиальный отдел деформирован в виде трубки, втянут в заднее средостение; ножки диафрагмы ушиты; сформирована гастропликационная манжетка, смоделирована в соответствии с диаметром пищевода; электрокардиостимулятор отключён в первые сутки после оперативного лечения и удалён на вторые сутки после операции.

В послеоперационном периоде частота сердечных сокращений находилась в пределах 80-110 уд./мин., артериальное давление в пределах нормальных значений. Пациентке проводилось интенсивное лечение, направленное на коррекцию электролитных нарушений, нормализацию гемодинамических показателей, антибактериальная, спазмолитическая, противовоспалительная терапии. На основании проведённого повторного суточного мониторинга электрокардиограммы, положительной динамики на электрокардиограмме (слабоотрицательный зубец Т только в левых грудных отведениях), тенденции к гипотонии, сохраняющейся при этом тахикардии пациентке проведена коррекция кардиотропной терапии. При рентгенографии пищевода и желудка с использованием сульфата бария на девятые сутки после операции установлено, что пищевод свободно проходим; газовый пузырь желудка деформирован; желудок обычно расположен; эвакуация с первым глотком; пассаж по двенадцатиперстной кишке не нарушен.

Послеоперационный период у пациентки протекал без осложнений. Через два месяца пациентка была вновь госпитализирована для контрольного осмотра, при котором установлено, что с момента выписки у пациентки сохраняется удовлетворительное самочувствие; болевой синдром в области сердца, одышка практически не беспокоят, диспепсические явления отсутствуют.

Результаты исследования и их обсуждение

Проанализировав распространенность рефлюкс-эзофагита, а также клиническую картину его внепищеводных проявлений, при которой диагностика оказывается затруднительной как по техническим, так и по клиническим причинам, к примеру в связи с наличием сочетанной патологии, рассмотрев клинический пример больной с рефлюкс-эзофагитом, осложнённым гастрокардиальным синдромом, можно сформулировать

следующий вывод. Представляется целесообразным оперативное лечение больных с рефлюкс-эзофагитом, осложнённым рядом сопутствующих заболеваний, в том числе связанных не только с риском сердечно-сосудистых заболеваний, но и с анестезиологическим риском, поскольку целью тактики такого лечения является купирование клинической симптоматики, прогрессирование которой значительно ухудшает качество жизни пациента. Приведённый клинический пример отражает результативность проведения оперативного вмешательства для лечения рефлюкс-эзофагита путём лапаротомного доступа при наличии у пациента сопутствующих патологий различной симптоматики. Так, результаты послеоперационного периода свидетельствуют о нахождении у пациента в пределах нормальных показателей частоты сердечных сокращений и артериального давления, о положительной динамике показателей на электрокардиограмме, ненарушении пассажа по двенадцатиперстной кишке, «свободном» проходе в пищеводе. Отсутствие каких-либо осложнений у пациента в послеоперационном периоде также подтверждает эффективность проведённого оперативного лечения. Более того, такая эффективность результатов лечения для пациента не является «одномоментной», поскольку сохраняется на протяжении длительного периода времени, что установлено при контрольном осмотре пациента через два месяца после оперативного вмешательства. Из результатов контрольного осмотра пациента следует, что болевые синдромы в области сердца, диспепсические явления отсутствуют, не беспокоят пациента, с момента его выписки у него сохраняется удовлетворительное самочувствие. Таким образом, нередко оптимальный выбор тактики лечения больных с рефлюкс-эзофагитом, в том числе осложнённым гастрокардиальным синдромом, основан на выводе о целесообразности проведения хирургического вмешательства, целью которого является купирование клинической симптоматики, а его результативность заключается в улучшении качества жизни пациента через призму исключения у него каких-либо патологических изменений, осложнений. При этом подход к выявлению внепищеводной симптоматики рефлюкс-эзофагита, с учётом её вариативности и сочетанного характера, должен быть дифференцированным, направленным именно на установление истинных причин и оснований возникновения заболевания, что и выполнено в приведённом примере. Использование дифференциальной диагностики, позволяющей получить «обособленные» данные результатов различных методов исследования, фактически будет способствовать своевременной и правильной постановке диагноза, поскольку полученные результаты будут являться более содержательными и информативными. Дифференциальная диагностика не умаляет необходимость «суммарной» оценки полученных при применении нескольких самостоятельных методологических технологий результатов, что обусловлено вариабельностью клинической картины рефлюкс-

эзофагита и его возможных проявлений (пищеводного и внепищеводного характера).

Выводы

Из вышеизложенного следует, что большинство пациентов, в зависимости от variability клинических проявлений внепищеводных симптомов рефлюкс-эзофагита, обращаются за медицинской помощью к специалистам различных областей. Пациенты нередко проходят длительное стационарное лечение в терапевтических отделениях, однако достижение полной ремиссии заболевания невозможно ввиду симптоматического характера проводимой терапии. Антирефлюксное хирургическое вмешательство фактически является единственным методом, позволяющим восстановить функцию нижнего пищеводного сфинктера и устранить патологический рефлюкс с его последствиями. Повышение качества жизни, выражающееся в купировании клинических проявлений рефлюкс-эзофагита у пациентов, представляет собой одно из важнейших условий успешного лечения рефлюкс-эзофагита различной внепищеводной симптоматики. Проведённое исследование подтверждает целесообразность проведения оперативного лечения пациентам с рефлюкс-эзофагитом, осложнённым гастрокардиальным синдромом, после тщательной предоперационной подготовки, коррекции данных клинических проявлений. Несвоевременное выявление наличия рефлюкс-эзофагита, скрытого под маской внепищеводных проявлений, увеличивает риск развития осложнений, нередко вовсе опасных для жизни пациента. Более того, несвоевременная диагностика рефлюкс-эзофагита и его проявлений различной симптоматики может выступать следствием несвоевременной постановки правильного диагноза пациенту, препятствующего выбору оптимальной и правильной тактики его лечения.

Список литературы

1. Вострякова Т.В., Шлейкова Е.Н., Пышкин С.А. Частота выявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014. № 11 (111). С. 94.
2. Ткач С.М. Современные подходы к инициальному и противорецидивному лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Гастроэнтерология. 2015. Т. 57. № 3. С.142-146.
3. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Эволюция представлений о роли нарушений двигательной функции пищевода в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2010. Т. 20. № 2. С. 13-19.
4. Абдулманапова Д.Н., Чамсутдинов Н.У. Лечение хронической обструктивной болезни

легких, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Перспективы науки. 2013. № 9 (48). С. 22-25.

5. Джамалдинова Т.Д. Оценка частоты встречаемости стоматологических жалоб у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Dental Forum. 2011. № 3. С.44.

6. Saritas Yuksel E., Vaezi M.F. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: cough, asthma, laryngitis, chestpain. Swiss Med Wkly. 2012. No 142. P. w13544.

7. Шихнабиева Э.Д., Шихнабиева М.Д. Особенности стоматологических и отоларингологических проявлений у пациентов подросткового возраста с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов, посвящённый основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. Казань, 2018. С. 507-509.

8. Алексеева О.П., Пикулев Д.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ишемическая болезнь сердца — существует ли синдром взаимного отягощения? // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019. № 29 (4). С. 66-73.

9. Федосеева О.С. Взаимосвязь гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ишемической болезни сердца: особенности клинического течения и инструментальной диагностики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2012. 30 с.

10. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Под ред. Л.Б. Лазебника. М.: Медпрактика-М, 2012. 355 с.

11. Katz P.O., Gerson L.B., Vela M.F. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Am. J. Gastroenterol. 2013. Vol. 108 (3). P. 308 - 328.

12. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание / Под ред. Ю. Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 848 с.

13. Maradey-Romero C., Fass R. New therapies for non-cardiac chest pain. Curr Gastroenterol Rep. 2014. No 16. P. 390.

14. Nakaji G., Fujihara M. Influence of common cardiac drugs on gastroesophageal reflux disease: multicenter questionnaire survey. Int J Clin Pharmacol Ther. 2011. No 49. P. 555-562.

15. Ахпаров Н.Н., Каган А.В., Немилова Т.К. Сулейманова С.Б. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей с неврологическими нарушениями // Детская хирургия. 2015. № 19 (6). С. 23-27.

16. Петренко Т.С., Ретюнский К.Ю., Бондаренко Е.А., Моричева Е.А. Психические расстройства при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в детском возрасте. Обзор литературы // Уральский медицинский журнал. 2018. № 12 (167). С. 76-85.

17. Бородин Д.С. «Кислотный карман» как патогенетическая основа и терапевтическая мишень при гастроэзофагальной рефлюксной болезни // Терапевтический архив. 2014. № 2. С. 76-80.
18. Булгаков С.А. «Гевискон» при изжоге, обусловленной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Новости медицины и фармации. 2013. № 451. С. 34-37.