



В.М. Чернобровий, С.Г. Мелашенко

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Сучасні аспекти діагностики і фармакотерапії гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби

28–29 березня 2013 р. у Вінниці за ініціативи Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова відбувся традиційний науково-практичний симпозіум з актуальних питань сучасної гастроентерології. У доповіді проф. В.М. Чернобрового розглянуто сучасні аспекти діагностики і фармакотерапії гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), зокрема застосування прокінетиків на прикладі домперидону. У рамках симпозіуму відбувся круглий стіл на тему: «ГЕРХ і функціональні розлади стравоходу: диференціальна діагностика та диференційоване лікування (презентація діагностичних можливостей езофаго-імпеданс-рН-моніторингу)». У доповіді доцента С.Г. Мелашенка освітлено діагностичні можливості езофаго-імпеданс-рН-моніторингу, зокрема на прикладі оригінальної української методики.

Ключові слова: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, езофаго-імпеданс-рН-моніторинг, прокінетики, «Домрид SR».

У м. Вінниці 28–29 березня 2013 р. за ініціативи Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (кафедра внутрішньої та сімейної медицини з клініко-діагностичною гастроентерологічною лабораторією) відбувся VIII науково-практичний симпозіум з актуальних питань сучасної гастроентерології. Співorganizаторами заходу виступили Асоціація лікарів загальної практики – сімейної медицини Вінницької області, департамент охорони здоров'я та курортів Вінницької обласної державної адміністрації, департамент охорони здоров'я Вінницької міської ради.

У роботі симпозіуму взяли участь понад 200 лікарів загальної практики – сімейної медицини, терапевтів, гастроентерологів, педіатрів.

Під час першого пленарного засідання з доповідями виступили професори, доктори медичних наук В.М. Жебель, С.В. Заїка, С.В. Зайков, Л.В. Мороз, І.Г. Палій, В.М. Чернобровий (Вінниця), Г.А. Анохіна, С.Г. Бурчинський, О.К. Дуда (Київ); доценти, кандидати медичних наук О.В. Катілов (Вінниця), Ю.Д. Залісна, В.О. Козловський (Київ), А.Б. Кабакова (Тернопіль).

Тематика доповідей була різноманітною, зокрема, розглянуто питання діагностики, лікуван-

ня та профілактики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), НПЗП-гастропатії, хронічного вірусного гепатиту, цирозу печінки, функціональних кишкових розладів у дітей, харчової алергії, фітофармакотерапії захворювань органів травлення тощо.

У доповіді проф. В.М. Чернобрового висвітлено сучасні аспекти діагностики та фармакотерапії ГЕРХ, зокрема застосування при цьому поширеному захворюванні органів травлення інгібіторів протонної помпи (ІПП) та прокінетиків. Відзначено, що основною складовою фармакотерапії ГЕРХ є ІПП, наприклад, застосування пантопразолу («Золупенту»). Нині дискутується питання щодо застосування прокінетиків як патогенетичних засобів лікування у хворих на ГЕРХ [12, 16, 19, 24].

На фармацевтичному ринку України представлені різні прокінетики: від метоклопраміду до ітоприду [2]. У сучасній українській гастроентерологічній практиці найчастіше застосовують домперидон. Певними новаціями прокінетичної фармакотерапії є ітоприд, мосаприд, тегасерод та ін. Визнано недоречним використання агоніста 5-НТ₄-рецепторів – цисаприду внаслідок його вираженої кардіотоксичної дії (подовження інтервалу QT та шлуночкові аритмії). Із регуляторів моторики іноді застосовують агоністи 5-НТ₃-

рецепторів (ондансетрон, тропісетрон тощо). Найбільш вивченим у плані механізму дії, ефективності, побічних ефектів залишається домперидон [4], синтезований ще у 1974 р. [9]. Останнім часом у прокінетичній фармакотерапії застосовують домперидон пролонгованої дії — «Домрид SR» (таблетки домперидону малеату пролонгованої дії по 30 мг), що дає змогу поліпшити прокінетичний ефект та прихильність пацієнтів до лікування, завдяки застосуванню препарату зазвичай один раз на добу за 15–30 хв до їди (для досягнення максимального терапевтичного ефекту у разі постпрандіального дуоденогастро-езофагеального рефлюксу), а при потребі — ще однієї таблетки перед сном. Звичайна тривалість лікування у хворих на ГЕРХ становить 2 тижні.

У дитячій практиці у дітей віком від 1 до 12 років домперидон («Домрид») призначають у вигляді оральної суспензії по 0,25–0,50 мг/кг маси тіла (0,25–0,50 мл суспензії) 3–4 рази на добу.

Показанням для призначення «Домриду SR» є ГЕРХ з наявністю печії, зумовленої гастроєзофагеальним та дуоденогастроєзофагеальним рефлюксами. Застосування «Домриду SR» є актуальним при асоціації ГЕРХ з функціональними гастродуоденальними розладами, зокрема постпрандіальним дистрес-синдромом, який супроводжується уповільненням моторно-евакуаторної функції шлунка, антро-дуоденальною дискоординацією, зниженням частоти та амплітуди перистальтики шлунка, послабленням постпрандіальної моторики антрального відділу шлунка, порушенням рецептивної та адаптивної релаксації шлунка, порушенням циклічної моторної активності шлунка (тахібрадикастрія, антральна фібриляція), відчуттям переповнення шлунка, наявністю важкості в епігастрії, а також нудотою та блюванням.

Домперидон підвищує тиск нижнього стравохідного сфінктера, стравохідний кліренс, зменшує внутрішньошлунковий тиск [1].

За даними Кохранівського реєстру клінічних досліджень (<http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>) та Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), домперидон має позитивний вплив на моторні езофагогастродуоденальні розлади та дані рН-моніторингу у дітей.

Протипоказаннями до застосування домперидону є підвищена чутливість до препарату, шлунково-кишкова кровотеча, кишкова непрохідність, загроза перфорації, пролактин-секретуюча пухлина гіпофізу (пролактинома), одночасне лікування кетоконазолом, флуконазолом, інгібіторами ВІЛ-протеази (ритонавір, ампрепавір тощо), макролідами (агоністи мотилінових рецепторів — еритроміцин, кларитроміцин), аміода-

роном, які внаслідок інгібування ферменту СУР3 А4 (цитохром Р450) можуть діяти кардіотоксично, подовжувати інтервал QT та спричинити небезпечні шлуночкові аритмії. Домперидон не слід використовувати при порушенні функціонального стану печінки та/або нирок.

Побічні реакції при застосуванні домперидону спостерігаються зазвичай рідко (1:10000 — 1:1000): кропив'янка, свербіж та алергійні реакції, збудження, безсоння та ажитація, екстрапірамідні розлади (м'язовий гіпертонус, спазм м'язів, гіперкінези), подовження інтервалу QT та шлуночкові аритмії, гастроінтестинальні розлади, підвищення АСТ, АЛТ, гінекомастія, аменорея, дизурія, кон'юнктивіт, стоматит.

Порівняно з іншими прокінетиками домперидон є найбільш безпечним препаратом [1]. Застосування метоклопраміду — неселективного блокатора дофамінових рецепторів порівняно з домперидоном (селективний блокатор) набагато частіше (у 10–20 % хворих) призводить до побічних ефектів [2].

Мосаприд, тегасерод, ітоприд мають практично аналогічний домперидону спектр побічної дії [2, 5].

Домперидон — високоселективний блокатор переважно периферичних рецепторів дофаміну (D2), стимулятор перистальтики — пропульсант (код АТС А03F А03), який покращує антродуоденальну моторику, прискорює випорожнення шлунка.

Дофамін — біогенний амін (продукт L-тироzinу), попередник норадреналіну; нейромедіатор, подібний до катехоламінів, стимулює дофамінергічні нейрони структур середнього мозку, базальних гангліїв смугастого тіла, лімбічної системи та гіпоталамуса а також дофамінові рецептори (D1 та D2) езофагогастродуоденальної зони (інгібування аденілатциклази та ЦАМФ).

Є дані щодо застосування прокінетиків, зокрема домперидону, одночасно з ІПП [17, 20, 23]. Така комбінація поліпшує результати антирефлюксної та кислотосупресивної терапії [11, 13, 21, 26, 28, 29].

Біодоступність домперидону становить 12,7–17,6 % і може збільшуватися на тлі прийому їжі до 23,6 %. Максимальна концентрація препарату в крові досягається через 0,5–2,0 год, період напіввиведення становить $(12,6 \pm 6,5)$ год [1].

Позитивна динаміка ГЕРХ значно посилюється при комбінації домперидону з ІПП [6, 7], а за наявності жовчного дуодено-гастроєзофагеального рефлюксу (вміст рефлюкату: жовчні кислоти, лізоліцетин, трипсин) — з урсодезоксихолевою кислотою [3], наприклад, з «Укрлівом».

Під час другого пленарного засідання відбувся круглий стіл на тему: «ГЕРХ та функціональ-

ні розлади стравоходу: диференційна діагностика та диференційоване лікування (презентація діагностичних можливостей езофаго-імпеданс-рН-моніторингу)», на якому було заслухано доповідь доц. С.Г. Мелашенка (модератор — проф. В.М. Чернобровий). Зокрема, в доповіді йшлося про те, що імпедансометрія стравоходу — це метод реєстрації рідинних і газових рефлюксів, який ґрунтується на вимірюванні опору (імпедансу) змінному електричному струму вмісту, котрий потрапляє в порожнину стравоходу [8]. Імпедансометрія є порівняно новою методикою діагностики ГЕРХ, яка дає змогу визначати епізоди рефлюксів у стравохід з урахуванням рН та інших фізичних характеристик рефлюктату (газ, рідина). Основним принципом роботи приладу є реєстрація змін імпедансу в кількох вимірювальних сегментах, розташованих на мікрокатетері в порожнині стравоходу. Ідея створення цієї техніки належить німецькому інженеру Jiri Silny та бельгійському гастроентерологу Daniel Sifrim [30, 31], які розробили прототип на початку 90-х років минулого сторіччя. За 20 років експериментального та клінічного застосування мультиканальної інтралюмінальної імпеданс-рН-метрії (МІІ-рН-М), метод не лише довів свою ефективність, а й визнається найінформативнішим інструментом реєстрації патологічних гастроєзофагеальних рефлюксів. Відомі також інші методи, комбіновані з імпедансометрією стравоходу, але саме комбінація з рН-моніторингом виявилася найбільш ефективною.

Як відомо, ключовою ланкою патогенезу ГЕРХ є порушення констриктивної функції нижнього стравохідного сфінктера і грудного відділу стравоходу, що призводить до надмірної експозиції агресивних субстанцій, які надходять зі шлунка і дванадцятипалої кишки в стравохід. У традиційному езофаго-рН-моніторингу критичним вважається поріг $\text{pH} < 4$, коли відбувається активізація пепсиногену. Однак деякі ізоформи цього ферменту виявляють активність і при вищих значеннях. Окрім того, вірогідним є пошкоджуючий вплив жовчних кислот при дуоденогастроєзофагеальних рефлюксах. Це робить актуальним реєстрацію не лише кислотних рефлюксів, а і слабких (4 < $\text{pH} < 7$) та слаболужних ($\text{pH} \geq 7$). МІІ-рН-М має безумовні переваги в оцінці лужних рефлюксів. У більшості випадків залуження стравоходу відбувається за рахунок ковтків слини, і це чітко діагностується при одночасному імпеданс-моніторингу. Діагностика кислотних рефлюксів також стає точнішою — виявляються ререфлюкси, коли за одну рН-хвилю в стравохід надходить кілька болюсів шлункового вмісту. Ілюзію рефлюксу на рН-грамі іноді створює різ-

ка зміна кислотності внаслідок антероградного надходження зі слиною порцій кислоти, які потрапили в глотку раніше. За допомогою МІІ-рН-М підвищується якість діагностики кислотних рефлюксів, яка в конкретній клінічній ситуації може мати вирішальне значення.

Проведені за допомогою МІІ-рН-М пошукові дослідження дали змогу глибше вивчити ланки патогенезу ГЕРХ. Раніше вважалося, що жовчні рефлюкси є винятково лужними, проте за даними МІІ-рН-М у більшості випадків вони кислотні і спостерігаються у пацієнтів з важкими формами недуги, особливо після резекції шлунка. З'явилася можливість кількісної оцінки хімічного та об'ємного кліренсу стравоходу. Переважання у хворих на ГЕРХ кислотних рефлюксів над неексцитними є аргументом на користь поглибленого вивчення причин такого розподілу. Припускається важлива роль так званої кислотної кишені.

Реєстрація МІІ-рН-М усіх ретроградних болюсів у стравохід тісно корелює з частотою спонтанної релаксації нижнього стравохідного сфінктера. Цей показник вважається одним з ключових у патогенезі неерозивної форми ГЕРХ. Тому метод застосовують при пошуку препаратів, які можуть знизити частоту спонтанних релаксацій, сприяти пропульсії вмісту стравоходу в шлунок. За нашими даними, серед пропульсантів — прокінетиків заслуговує на впровадження в гастроентерологічну практику «Домрид SR», який справляє позитивний вплив на показники езофаго-імпеданс-рН-моніторингу, насамперед як антирефлюксний препарат для лікування ГЕРХ.

МІІ-рН-М став обов'язковим інструментом у діяльності лікарів-практиків. Про це свідчать положення багатьох консенсусів та клінічних настанов. Наприклад, Римським консенсусом III (2005) з діагностики та лікування функціональних розладів травлення констатується, що єдиним інструментом, який може діагностувати аерофагію, є МІІ-рН-М. Консенсус з лікування неерозивної ГЕРХ (Vevey, 2009) визнав доцільність проведення 24-годинної внутрішньоштравохідної рН-імпедансометрії у пацієнтів, у яких виникнення і збереження симптомів можливе у відповідь на фізіологічні слабкі кислоти і газові рефлюкси [25]. Ця проблема є актуальною також для пацієнтів, які страждають на гіпоанацидність після операцій на шлунку або внаслідок атрофічного гастриту і в яких рН шлункового вмісту близький до нейтральних та слаболужних значень.

У літературі аналізується 20-річний досвід використання езофаго-імпеданс-рН-моніторингу [15], його діагностичні можливості [27].

Застосування МІІ-рН-М тісно пов'язане з фармакотерапією ГЕРХ ІПП. Резистентність до

цих препаратів є частою проблемою в гастроентерологічній практиці. Причому в більшості випадків йдеться про наявність симптоматики у пацієнтів з функціональною печією. У разі резистентності метод дає змогу виявити 3 ситуації: 1) пацієнти (орієнтовно 10 %), в яких дійсно персистує потужна кислотопродукція [18, 22, 32], незважаючи на прийом ІПП; 2) пацієнти з гіперсенситивним до невисокоточних рефлюксів стравоходом, що є особливою формою ГЕРХ (37 %); 3) функціональна печія як психосоматичний розлад, при якому відсутня асоціація симптомів та рефлюксів (53 %). Математичний аналіз цієї асоціації здійснюють шляхом розрахунку індексу SAP (symptom association probability) за допомогою точного методу Фішера. Віднесення пацієнта до певної групи визначає подальшу тактику лікування: або збільшення доз препаратів (1-ша група), або додавання ад'ювантів, які спроможні зменшити частоту спонтанної релаксації нижнього стравохідного сфінктера (2-га група), або призначення психотропних засобів (3-тя група). МІІ-рН-М дає змогу достовірно визначити хворих з функціональною печією, коли резистентність до фармакотерапії змушує вирішити питання про проведення оперативного лікування ГЕРХ. Таких

хворих дуже багато (понад половину). Досі у них хірургічне лікування було неадекватним.

Досить часто резистентними до ІПП є хворі з позастравохідними виявами ГЕРХ і ларингофарингеальним рефлюксом. У діагностиці ларингофарингеального рефлюксу важливу роль відіграє імпеданс-рН-моніторинг [10]. Незважаючи на те, що факт патологічного рефлюксу фіксують у 30–40 % хворих із хронічним ларингітом, фарингітом, синуситами, середніми отитами, *globus hystericus*, терапія подвійними дозами ІПП упродовж 3–6 міс у половині випадків є неефективною. Це пов'язують зі збереженням пептичного потенціалу слабких рефлюксів, а також наявністю газових рефлюксів. Таким чином, МІІ-рН-М є незамінною методикою діагностики та вибору правильної тактики лікування. У цього контингенту хворих робили також спроби застосувати менш інвазивні методи діагностики — ІФА-індикацію пепсиногену слини та харкотиння (PEPtest), моніторинг чутливості носоглотки до кислотних парів (DX-pH Restech), але МІІ-рН-М залишається золотим стандартом обстеження [14].

Під час круглого столу були продемонстровані зразки оригінальної програми, техніки та методики езофаго-імпеданс-рН-моніторингу, розроблені медико-інженерним колективом під науковим ке-



Рисунок. Фрагмент езофаго-імпеданс-рН-грами (28.02.2013) без антисекреторних препаратів хворої В., 28 років. Діагноз: Неерозивна ГЕРХ. Події: ① — звичайний кислотний рефлюкс; ② — ковток з антероградним стрибком кислотності; ③, ④ — два кислотних рефлюкси (ререфлюкс); ⑤ — звичайний ковток; ⑥ — слабкокислотний рефлюкс

рівництвом проф. В.М. Чернобрового. Для ілюстрації діагностичних можливостей езофаго-імпеданс-рН-моніторингу у клініко-діагностичній гастроентерологічній лабораторії університету проведено обстеження хворих з кардіалгіями, рефлюксогенним кашлем, у яких лише можливість індикації некіслотних рефлюксів за допомогою МП-рН-М дала змогу встановити правильний діагноз та призначити адекватне лікування.

У роботі круглого столу взяли участь професори В.І. Вдовиченко (Львів), Л.М. Мосійчук (Дніпропетровськ), І.Г. Палій (Вінниця), Ю.І. Решетілов (Запоріжжя), О.І. Федів (Чернівці), провідний конструктор апаратно-програмного комплексу езофаго-імпеданс-рН-моніторингу В.М. Бершаков (Вінниця). На симпозіумі оригінальна українська розробка техніки, програми та методики езофаго-імпеданс-рН-моніторингу отримала схвальну оцінку і була рекомендована для впровадження в гастроентерологічну практику як новація діагностики патологічних гастроєзофагеальних та дуоденогастроєзофагеальних рефлюксів насамперед у хворих на ГЕРХ та функціональні езофагеальні розлади (рисунки).

На другому пленарному засіданні були заслухані лекції проф. Ю.І. Решетілова на тему

«Аероіонний паспорт гастроентерологічного хворого», проф. В.І. Вдовиченка на тему «Хронічний панкреатит: досягнення і перспективи», проф. О.І. Федіва на тему «Антибіотик-асоційована діарея, дисбіоз кишечника як вияви побічних дій та ускладнень антибактеріальної терапії: діагностичні та лікувально-профілактичні підходи», проф. І.Г. Палій на тему «Терапія кислотозалежних захворювань інгібіторами протонної помпи в запитаннях і відповідях», проф. М.Ю. Коломойця та ін. (Київ) на тему «Актуальні питання профілактики та диференційного лікування захворювань товстої кишки у хворих на артеріальну гіпертензію серед державних службовців», к. мед. н., доц. С.П. Колісника (Вінниця) на тему «Захворювання органів травлення, коморбідні з остеопорозом: особливості діагностики та лікування». Стендова доповідь аспіранта Д.В. Палія була присвячена поліморфізму гена TLR-2,4 у хворих на сальмонельоз.

По завершенні першого та другого лекційного дня лікарям — учасникам симпозіуму видали відповідні сертифікати.

У 2014 р. заплановано проведення ІХ науково-практичного симпозіуму з гастроентерологічної тематики.

Список літератури

- Архипов В.В., Сереброва С.Ю. Безопасность применения прокинетики в практике терапевта на примере домперидона (Мотилака) // Русск. мед. журн.— 2007.— Т.16, № 15.— С. 12—18.
- Бабак О.Я., Можина Т.Л. Прокінетичні препарати (від метоклопраміду до ітоприду) у клінічній практиці // Сучасна гастроентерол.— 2008.— № 5(43)— С. 4—11.
- Вдовиченко В.І., Джігед М., Острогляд А.В. Ефективність лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у хворих на цукровий діабет 2 типу // Сучасна гастроентерол.— 2011.— № 2 (58)— С. 20—23.
- Маев І.В., Дичева Д.Т., Андреев І.Н. Возможности применения домперидона в комплексной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Мед. совет.— 2012.— № 2.— С. 56—60.
- Мязин Р.Г. Сравнение прокинетики итоприда и домперидона при лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и пациентов с функциональной дисфагией // Рос. мед. журн.— 2010.— № 6.— С. 355—360.
- Скрипник І.М., Осьодло Г.В., Шевага І.М. Оверлап-синдром нерозв'язної рефлюксної хвороби та функціональної диспепсії: клініко-епідеміологічний аналіз та лікування // Сучасна гастроентерол.— 2012.— № 2 (64)— С. 42—48.
- Ткач С.М. Основные причины неудачного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пути их преодоления // Новости медицины и фармации.— 2010.— № 337.
- Трухманов А.С., Кайбышева В.О. рН-импедансометрия пищевода. Пособие для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина.— М.: ИД «Медпрактика-М», 2013.— 18 с.
- Чернявский В.В. Возможности современных прокинетики в коррекции моторики пищеварительного тракта // Внутренняя медицина.— 2008.— № 1.— С. 15—18.
- Ang D., Ang T.L., Teo E.K. et al. Is impedance pH monitoring superior to the conventional 24-h pH meter in the evaluation

- of patients with laryngorespiratory symptoms suspected to be due to gastroesophageal reflux disease? // J. Dig. Dis.— 2011.— Vol. 12 (5)— P. 341—348.
- Chun B.J., Lee D.S. The effect of itopride combined with lansoprazole in patients with laryngopharyngeal reflux disease // Eur. Arch. Otorhinolaryngol.— 2013.— N 270 (4)— P. 1385—1390.
- Donellan C., Preston C., Moayyedi P. et al. WITHDRAWN: Medical treatments for the maintenance therapy of reflux oesophagitis and endoscopic negative reflux disease // Cochrane Database Syst. Rev.— 2010.— N 2.— CD003245.
- Ezzat W.F., Fawaz S.A., Fathey H. et al. Virtue of adding prokinetics to proton pump inhibitors in the treatment of laryngopharyngeal reflux disease: prospective study // J. Otolaryngol. Head Neck Surg.— 2011.— N 40 (4)— P. 350—356.
- Hayat J.O., Kang Jin-Yong, Dettmar P.W. et al. Do patients with hoarseness and endoscopic signs of LPR have abnormal esophago-pharyngeal reflux?: A study using simultaneous impedance-phmetry, oro-pharyngeal pH monitoring (Restech) and pepsin measurements in saliva // Gastroenterology.— 2012.— Vol. 42, iss. 5, suppl. 1.— P. 411—412.
- Herbella F.A. Critical analysis of esophageal multichannel intraluminal impedance monitoring 20 years later // ISRN Gastroenterol.— 2012.— Vol. 2012.— P. 903240.
- Hiyama T., Yoshihara M., Tanaka S. et al. Strategy for treatment of nonerosive reflux disease in Asia // World J. Gastroenterol.— 2008.— N 14 (20)— P. 3123—3128.
- Hunchaisri N. Treatment of laryngopharyngeal reflux: a comparison between domperidone plus omeprazole and omeprazole alone // J. Med. Assoc. Thai.— 2012.— N 95 (1)— P. 73—80.
- Katz P., Gideon R.M., Tutuian R. Reflux symptoms on twice daily (BID) proton pump inhibitor (PPI) associated with non acid reflux; a manifestation of hypersensitive esophagus [abstract] // Am. J. Gastroenterol.— 2005.— Vol. 128.— P. A0130.
- Khan M., Santana J., Donellan C. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis // Cochrane Database Syst. Rev.— 2007.— N 2.— C D003244.

20. Lacy B.E., Talley N.G., Locke G.R. et al. Review article: current treatment options and management of functional dyspepsia // *Aliment. Pharmacol. Ther.*— 2012.— N 36 (1).— P. 3—15.
21. Madan K., Ahuja V., Kashyap P.C. et al. Comparison of efficacy of pantoprazole alone versus pantoprazole plus mosapride in therapy of gastroesophageal reflux disease: a randomized trial // *Dig. Oesophagus.*— 2004.— N 17 (4).— P. 274—278.
22. Mainie I., Tutuian R. et al. Acid and non-acid reflux in patients with persistent symptoms despite acid suppressive therapy: a multicentre study using combined ambulatory impedance-pH monitoring // *Gut.*— 2006.— Vol. 55 (10).— P. 1398—1402.
23. Miwa H., Inoue K., Ashida K. Randomised clinical trial: efficacy of the addition of a prokinetic, mosapride citrate, to omeprazole in the treatment of patients with non-erosive reflux disease: a double-blind, placebo-controlled study // *Aliment. Pharmacol. Ther.*— 2011.— N 32 (3).— P. 323—332.
24. Moayyedi P., Santana J., Khan M. et al. WITHDRAWN: Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis // *Cochrane Database Syst. Rev.*— 2011.— N 2.— C D003244.
25. Modlin I.M., Hunt R.H., Malfertheiner P. et al. Diagnosis and management of non-erosive reflux disease — The Vevey NERD Consensus Group // *Digestion.*— 2009.— Vol. 80.— P. 74—88.
26. Ndraha S. Combination of PPI with a prokinetic drug in gastroesophageal reflux disease // *Indones. J. Intern. Med.*— 2011.— N 43 (4).— P. 233—236.
27. Rosen R., Hart K., Nurko S. Does reflux monitoring with multi-channel intraluminal impedance change clinical decision making? // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*— 2011.— Vol. 52 (4).— P. 404—407.
28. Shahani S., Sawant P., Dabholkar P. Rabeprazole plus domperidone: the answer for gastro-oesophageal reflux disease // *J. Ind. Med. Assoc.*— 2008.— N 106 (4).— P. 264, 266, 268.
29. Sharma B., Sharma N., Daga M.K. et al. Effect of omeprazole and domperidone on adult asthmatics with gastroesophageal reflux // *World J. Gastroenterol.*— 2007.— N 13 (11).— P. 1706—1710.
30. Sifrim D., Zerbib F. Diagnosis and management of patients with reflux symptoms refractory to proton pump inhibitors // *Gut.*— 2012.— Vol. 61 (9).— P. 1340—1354.
31. Sifrim D., Silny J., Holloway R., Janssens J. Patterns of gas and liquid reflux during transient lower oesophageal sphincter relaxation: a study using intraluminal electrical impedance // *Gut.*— 1999.— Vol. 44.— P. 47—54.
32. Zerbib F., Roman S., Ropert A. et al. Esophageal pH-impedance monitoring and symptom analysis in GERD: a study in patients off and on therapy // *Am. J. Gastroenterol.*— 2006.— Vol. 101.— P. 1956—1963.

В.Н. Чернобровый, С.Г. Мелашенко

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Современные аспекты диагностики и фармакотерапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

28—29 марта 2013 г. в Виннице по инициативе Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова состоялся традиционный научно-практический симпозиум по актуальным вопросам современной гастроэнтерологии. В докладе проф. В.Н. Чернобрового рассмотрены современные аспекты диагностики и фармакотерапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), в частности применение прокинетиков на примере домперидона. В рамках симпозиума состоялся круглый стол на тему: «ГЭРБ и функциональные расстройства пищевода: дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение (презентация диагностических возможностей эзофаго-импеданс-рН-мониторинга)». В докладе доцента С.Г. Мелашенко освещены диагностические возможности эзофаго-импеданс-рН-мониторинга, в том числе на примере оригинальной украинской методики.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофаго-импеданс-рН-мониторинг, прокинетики, «Домрид SR».

V.M. Chernobrovyi, S.G. Melashchenko

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

Current aspects of diagnosis and pharmacotherapy of gastroesophageal reflux disease

The traditional scientific and practical symposium on current issues of modern gastroenterology took place in Vinnytsia on March 28—29, 2013, on the initiative of National Pirogov Memorial Medical University. The report of prof. Chernobrovy V.N. elucidated the modern aspects of diagnosis and pharmacotherapy of GERD, in particular the use of prokinetics on the example of domperidone. During the symposium the Round-table discussion «GERD and functional disorders of the esophagus: differential diagnosis and treatment (presentation of the diagnostic capabilities of esophago-impedance-pH monitoring)» took place. The report of assoc. prof. S.G. Melashchenko explained opportunities of multichannel intraluminal pH-monitoring by giving example of operation of original Ukrainian techniques.

Key words: gastroesophageal reflux disease, multichannel intraluminal impedance-pH-monitoring, prokinetics, domperidone. □

Контактна інформація

Чернобровый Вячеслав Миколайович, д. мед. н., проф., зав. кафедри
21027, м. Вінниця-27, а/с 2879. E-mail: pavlova1963@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 3 червня 2013 р.