



В.М. Чернобровий, С.В. Заїка, Л.О. Нікітіна  
Вінницький національний медичний університет  
імені М.І. Пирогова

## Сучасний підхід до антирефлюксної фармакотерапії гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби

### Ключові слова:

ГЕРХ, добовий езофаго-рН-моніторинг, «Барол» (рабепразол), блокатор  $H^+/K^+$ -АТФази.

Проблема гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) є актуальною для гастроентерології. За даними статистичних досліджень, поширення ГЕРХ сягає в різних країнах від 7 до 20 % [3, 5, 9].

У міжнародних рекомендаціях щодо лікування ГЕРХ в якості основних антисекреторних препаратів використовують блокатори  $H^+/K^+$ -АТФази [9, 10, 15]. Препарати цієї групи, на відміну від блокаторів  $H_2$ -рецепторів гістаміну, діють на кінцеву точку утворення хлористоводневої кислоти, а саме на фермент  $H^+/K^+$ -АТФазу, який відповідає за транспорт іонів водню з парієтальної клітини у просвіт шлунка [2, 3].

Слід зазначити, що під час лікування блокаторами  $H^+/K^+$ -АТФази, попри швидку позитивну динаміку симптомів ГЕРХ, потрібно контролювати ефективність антирефлюксної фармакотерапії. Це пояснюється недостатнім антирефлюксним ефектом блокаторів  $H^+/K^+$ -АТФази у певній частині хворих на ГЕРХ [4, 7, 13].

Внутрішньостравохідний рН-моніторинг є важливим і найшвидшим методом діагностики ГЕРХ, а також контролю ефективності антирефлюксної фармакотерапії, що дає змогу за потреби провести відповідну корекцію лікування [7, 11, 13, 14]. Вже через 4–5 діб (залежно від особливостей фармакодинаміки блокаторів  $H^+/K^+$ -АТФази) за допомогою езофаго-рН-моніторингу можна визначити, чи достатня доза антирефлюксних фармакопрепаратів при ГЕРХ [2].

Контроль антирефлюксної ефективності блокаторів  $H^+/K^+$ -АТФази є одним з найважливі-

ших показань до проведення езофаго-рН-моніторингу при ГЕРХ [12–14].

На фармацевтичному ринку України широко представлені блокатори  $H^+/K^+$ -АТФази різних генерацій та виробників, що дещо ускладнює вибір препаратів. Крім того, для пацієнта вкрай важливі як ефективність, так і доступність терапії, оскільки лікування ГЕРХ — тривалий процес. Доступність терапії дає змогу пацієнтові не переривати лікування через економічні обставини.

Щодо цього привертає увагу генеричний рабепразол «Барол» як препарат, що ефективно блокує секрецію хлористоводневої кислоти і не призводить до феномену «нічного кислотного прориву», а також має помірну ціну [1, 8].

Мета роботи — за допомогою добового езофаго-рН-моніторингу вивчити антирефлюксну ефективність блокатора  $H^+/K^+$ -АТФази «Баролу» (рабепразолу) у хворих на ГЕРХ.

### Матеріали та методи дослідження

Обстежено 13 хворих на ГЕРХ (6 чоловіків та 7 жінок). Середній вік хворих становив  $(44,1 \pm 4,7)$  року, зріст —  $(169,7 \pm 2,0)$  см, маса тіла —  $(70,4 \pm 4,5)$  кг.

Діагноз ГЕРХ ґрунтувався на даних клініки та результатах фіброєзофагогастроуденоскопії і добового езофаго-рН-моніторингу.

Після встановлення діагнозу всім пацієнтам призначали «Барол» (рабепразол у вигляді мікросфер) фармацевтичної компанії Mega Lifesciences (Австралія—Таїланд) по 0,02 г 2 рази на добу

за 30 хв до їди. Ефективність антирефлюксного лікування контролювали за допомогою добового езофаго-рН-моніторингу на 4–6-ту добу від початку прийому «Баролу».

Добовий езофаго-рН-моніторинг проводили амбулаторно, що давало змогу повніше вивчити антирефлюксну ефективність препарату.

Таким чином, усім пацієнтам проведено два добових езофаго-рН-моніторинги: I (до призначення фармакотерапії) – з метою діагностики ГЕРХ; II (на 4–6-ту добу лікування «Баролом» по 0,02 г 2 рази на добу) – для контролю ефективності антирефлюксної дії.

Для добового езофаго-рН-моніторингу використовували ацидогастрограф «АГ-1рН-М» та електродну систему гастроентерологічну, розроблену медико-інженерним колективом під керівництвом проф. В.М. Чернобрового.

Перед початком дослідження проводили градування ацидогастрографа «АГ-1рН-М» та електродної системи гастроентерологічної в буферних розчинах з рН 1,68, 4,01 і 6,86, підігрітих до температури 37 °С.

У стравохід через ніс на глибину 35–37 см вводили рН-мікрозонд з таким розрахунком, щоб активний електрод був розташований на 5 см вище від нижнього стравохідного сфінктера. Орієнтирами для вибору глибини введення рН-мікрозонда слугували зріст пацієнта і дані ФЕГДС про відстань від різців до нижнього стравохідного сфінктера. Значення внутрішньостравохідного рН записували на ацидогастрограф «АГ-1рН-М» з інтервалом 8 с [6].

Під час дослідження хворим не рекомендували перебувати в горизонтальному положенні з 07:00 до 22:00. Також усі пацієнти вели щоден-

ники, в яких вказували години прийому їжі та якісний її склад, епізоди появи печії тощо.

Оцінювали результати добового езофаго-рН-моніторингу за такими параметрами: загальна кількість кислотних (внутрішньостравохідний рН < 4) і лужних (внутрішньостравохідний рН > 7) гастроєзофагеальних рефлюксів; кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв; сумарна оцінка відсотка внутрішньостравохідного рН < 4 і > 7 від загальної кількості.

Додатково вивчали показники мінімального (min рН), максимального (max рН), моди (Mo рН) і медіани (Me рН) внутрішньостравохідного рН.

Проводили добовий езофаго-рН-моніторинг, визначали денний (07:00–22:00) та нічний (22:00–07:00) періоди часу.

Для статистичної обробки результатів використовували: середню арифметичну і стандартну похибку середньої арифметичної, які розраховували за відомими формулами. Статистичну вірогідність розбіжностей середньої арифметичної і її стандартної похибки вираховували за t-критерієм Стюдента з використанням спеціальних таблиць.

Для статистичної обробки користувалися персональним IBM-сумісним комп'ютером Pentium S та програмою Microsoft Excel 97.

#### Результати та методи дослідження

Під час аналізу результатів добового езофаго-рН-моніторингу хворих на ГЕРХ у динаміці лікування «Баролом» у дозі 0,02 г 2 рази на добу зауважено високу антирефлюксну його ефективність при кислотних гастроєзофагеальних рефлюксах. Якщо до початку лікування (табл. 1) загальна кількість кислотних гастроєзофагеаль-

Таблиця 1. Характеристика параметрів добового езофаго-рН-моніторингу в динаміці лікування «Баролом» у дозі 0,02 г 2 рази на добу

Параметр	До лікування	4–6-та доба лікування	p
Загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів	74,7 ± 14,5	17,8 ± 8,1	< 0,001
Кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв	4,3 ± 1,13	1,23 ± 0,5	< 0,05
Загальна кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів	92 ± 26,5	58,7 ± 15,8	> 0,05
Кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв	8,53 ± 3,63	7,6 ± 2,4	> 0,05
Час із внутрішньостравохідним рН < 4, %	7,4 ± 1,63	2,4 ± 1,4	< 0,01
Час із внутрішньостравохідним рН > 7, %	14,24 ± 5,7	14,86 ± 5,1	> 0,05
min рН	1,94 ± 0,1	3,5 ± 0,2	< 0,001
max рН	7,72 ± 0,2	7,7 ± 0,15	> 0,05
Mo рН	5,6 ± 0,3	6,8 ± 0,3	> 0,05
Me рН	5,7 ± 0,2	5,9 ± 0,3	> 0,05

## ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИЙ ВНУТРІШНЬОПОРОЖНИННИЙ рН-МОНІТОРИНГ

Дата: 31.01.2008 р.

Час: початок — 09:32

ПІБ: Б.А.В.

N 001390

Дата народження: 11.05.1956 р.

Стать: ч

Зріст: 178 см

Маса тіла: 98 кг

Локус: oesophagus

Реєстрація — глибина: 35 см

Період: 8 с

Кількість: 10798

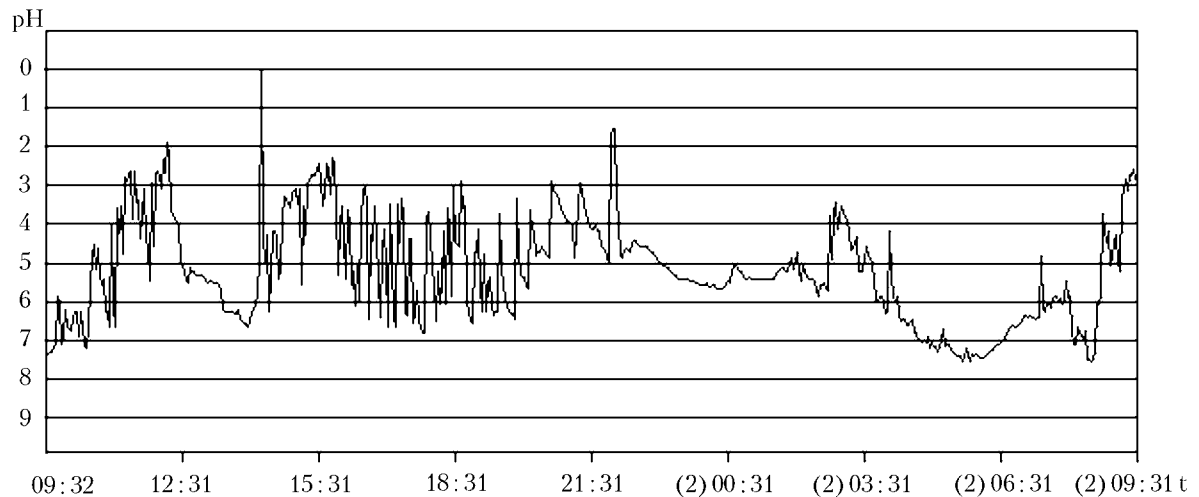
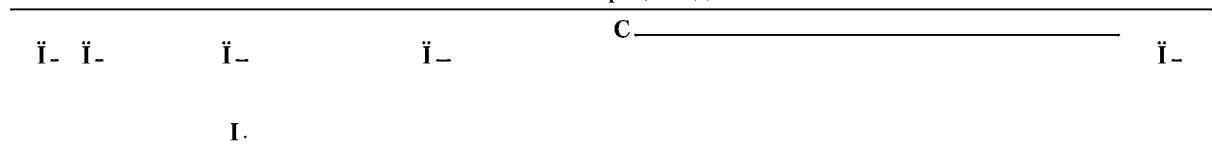
Тривалість: 23 год 59 хв 44 с

Вихідні дані та події: д-з: ГЕРХ, неерозивна форма (ГДС 29.01.08); Нр+ (Дихальний уреазний тест 31.01.08) / Без ліків

### рН-ГРАМА

Інтервал 09 : 32 — (2) 09 : 31, кількість реєстрацій 10790

#### Реєстрація подій



### АНАЛІЗ рН-ГРАМИ (W pH — 4,00)

рН	min	max	$\Delta$	Vt	nW $\uparrow$ *	n1W $\uparrow$ **	X	$\sigma$	m <sub>x</sub>	Me	Mo
	1,56	8,24	6,68	0,003	97	12	5,60	1,68	0,02	5,60	5,44

I рН	n	%
8 (0,86—0,99)	0	0,00
7 (1,00—1,99)	46	0,43
6 (2,00—2,99)	286	2,65
5 (3,00—3,99)	1001	9,28
4 (4,00—4,99)	1521	14,10
3 (5,00—5,99)	3490	32,34
2 (6,00—6,99)	2961	27,44
1 (7,00—7,99)	1472	13,64
0 (8,00—8,50)	13	0,12

**Заключення основне:** Ацидність 7 мінімальна

nW $\uparrow$  — загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів, n1W $\uparrow$  — кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв

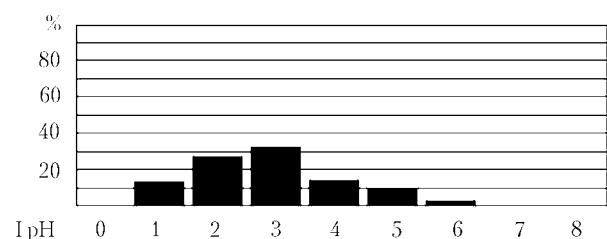


Рис. 1. Добова езофаго-рН-грама хворого Б. з діагнозом ГЕРХ до початку лікування фармакопрепаратом «Барол»

них рефлюксів становила  $74,7 \pm 14,5$ , а кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв —  $4,3 \pm 1,13$  на добу, то на 4–6-ту добу прийому «Баролу» загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів становила  $17,8 \pm 8,1$  ( $p < 0,001$ ), а кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв —  $1,23 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ).

«Барол» вірогідно ( $p < 0,01$ ) зменшував відсоток часу із внутрішньостравохідним  $pH < 4$  (див. табл. 1). Якщо до початку лікування у хворих на ГЕРХ показник часу із внутрішньостравохідним  $pH < 4$  становив  $(7,4 \pm 1,63) \%$ , то на 4–6-ту добу лікування «Баролом» —  $(2,4 \pm 1,4) \%$ .

У динаміці лікування «Баролом» вірогідно ( $p < 0,001$ ) збільшувався  $\min pH$  (від  $1,94 \pm 0,1$  до  $3,5 \pm 0,2$  на 4–6-ту добу лікування). Це додатково свідчить про зменшення кислотної агресивності рефлюктату під впливом «Баролу».

Слід зазначити, що «Барол», маючи виразний антирефлюксний вплив на кислотні гастроєзофагеальні рефлюкси, не призводив до збільшення кількості лужних гастроєзофагеальних рефлюксів (див. табл. 1). До початку лікування у хворих на ГЕРХ загальна кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів становила  $92 \pm 26,5$  на добу, а кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв —  $8,53 \pm 3,63$ , то на 4–6-ту добу прийому «Баролу» загальна кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів становила  $58,7 \pm 15,8$  ( $p > 0,05$ ), а кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв —  $7,6 \pm 2,4$  ( $p > 0,05$ ).

Також «Барол» не впливав ( $p > 0,05$ ) на відсоток часу із внутрішньостравохідним  $pH > 7$  (див. табл. 1). До початку лікування показник часу із внутрішньостравохідним  $pH > 7$  становив

$(14,24 \pm 5,7) \%$ , то на 4–6-ту добу лікування «Баролом» —  $(14,86 \pm 5,1) \%$ .

Додатковий аналіз денного періоду часу (табл. 2) засвідчив, що «Барол» на 4–6-ту добу лікування вірогідно зменшує як загальну кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів ( $p < 0,001$ ), так і кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв ( $p < 0,05$ ). Зокрема, якщо до початку лікування загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів становила  $48,6 \pm 10$ , а кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв —  $3,2 \pm 0,64$ , то на 4–6-ту добу лікування «Баролом» ці показники знизилися до  $11 \pm 4,6$  та  $1,26 \pm 0,6$  відповідно.

Також вірогідно ( $p < 0,05$ ) зменшувався відсоток часу із внутрішньостравохідним  $pH < 4$  (див. табл. 2). Якщо до початку лікування у хворих на ГЕРХ показник часу із внутрішньостравохідним  $pH < 4$  становив  $(8,6 \pm 2,0) \%$ , то на 4–6-ту добу лікування «Баролом» —  $(3,2 \pm 1,4) \%$ .

Серед показників внутрішньостравохідного  $pH$  за денний період часу вірогідно ( $p < 0,001$ ) збільшувався  $\min pH$  ( $2,17 \pm 0,1$  до початку терапії проти  $3,6 \pm 0,2$  на 4–6-ту добу лікування «Баролом»).

Ми не спостерігали впливу «Баролу» ( $p > 0,05$ ) за денний період часу (див. табл. 2) як на загальну кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів, кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв, так і на відсоток часу із внутрішньо-шлунковим  $pH > 7$ . Так, за денний період часу до початку лікування загальна кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів становила  $59,9 \pm 18,1$ , а кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв —  $4,2 \pm 1,9$  і відсоток часу із внутрішньостравохідним  $pH > 7$   $13,9 \pm 5,2$ , то на 4–6-ту добу ліку-

Таблиця 2. Характеристика параметрів добового езофаго-pH-моніторингу в динаміці лікування «Баролом» у дозі 0,02 г 2 рази на добу за денний період часу (07:00–22:00)

Параметр	До лікування	4–6-та доба лікування	p
Загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів	$48,6 \pm 10$	$11 \pm 4,6$	$< 0,001$
Кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв	$3,2 \pm 0,64$	$1,26 \pm 0,6$	$< 0,05$
Загальна кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів	$59,9 \pm 18,1$	$37,4 \pm 11,5$	$> 0,05$
Кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв	$4,2 \pm 1,9$	$3,6 \pm 1,3$	$> 0,05$
Час із внутрішньостравохідним $pH < 4$ , %	$8,6 \pm 2,0$	$3,2 \pm 1,4$	$< 0,05$
Час із внутрішньостравохідним $pH > 7$ , %	$13,9 \pm 5,2$	$16,9 \pm 5,6$	$> 0,05$
$\min pH$	$2,17 \pm 0,1$	$3,6 \pm 0,2$	$< 0,001$
$\max pH$	$7,47 \pm 0,16$	$7,5 \pm 0,2$	$> 0,05$
$M_0 pH$	$5,9 \pm 0,2$	$5,9 \pm 0,2$	$> 0,05$
$M_6 pH$	$5,7 \pm 0,2$	$5,9 \pm 0,2$	$> 0,05$

**ЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИЙ ВНУТРІШНЬОПОРОЖНИННИЙ  
рН-МОНІТОРИНГ**

Дата: 04.02.2008 р.

Час: початок — 09 : 19

ПІБ: Б.А.В.

№ 001390

Дата народження: 11.05.1956 р.

Стать: ч

Зріст: 178 см

Маса тіла: 98 кг

Локус: oesophagus

Реєстрація—глибина: 35 см

Період: 8 с

Кількість: 10962

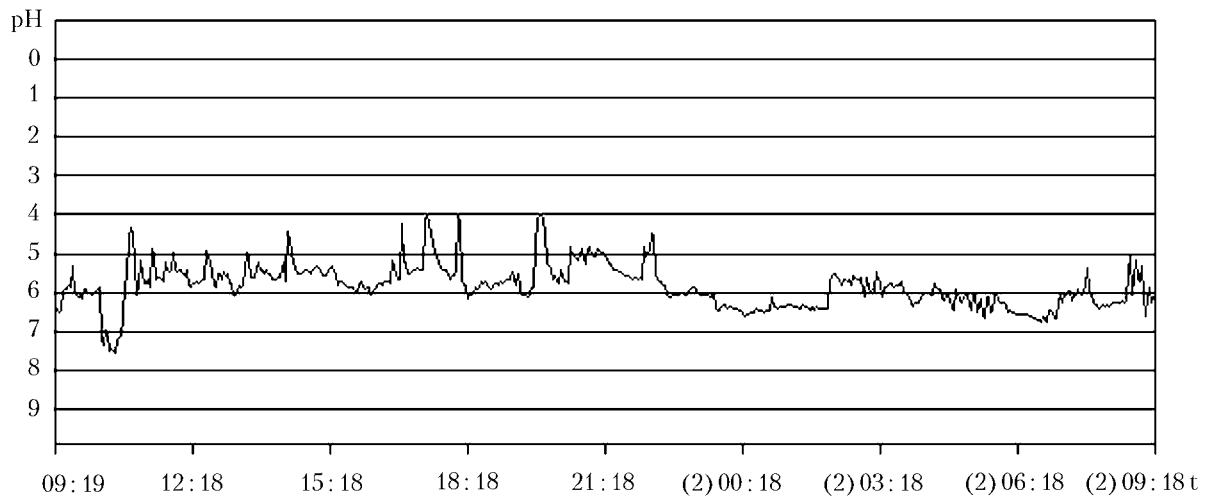
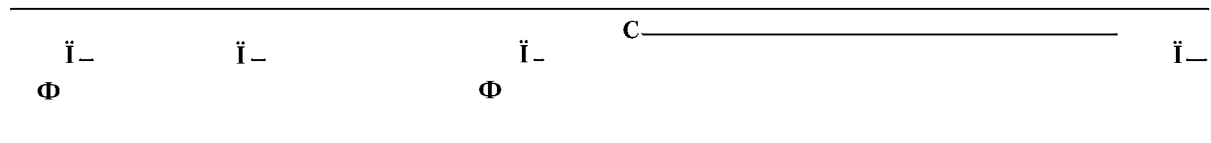
Тривалість: 24 год 21 хв 36 с

Вихідні дані та події: «Барол» 20 мг х 2 р/д о 10:20, 19:00 з 01.02.08 / д-з: ГЕРХ, неерозивна форма (ГДС 29.01.08);  
Нр+ (Дихальний уреазний тест 31.01.08)

**рН-ГРАМА**

Інтервал 09:19 — (2) 09:18, кількість реєстрацій 10800

Реєстрація подій



**АНАЛІЗ рН-ГРАМИ (W рН0 — 4,00)**

рН	min	max	Δ	Vt	nW↑*	n1W↑**	X	σ	mx	Me	Mo
	3,96	<b>7,76</b>	3,80	0,000	4	<b>0</b>	5,97	1,79	0,02	5,96	6,12

I рН	n	%
8 (0,86—0,99)	0	0,00
7 (1,00—1,99)	0	0,00
6 (2,00—2,99)	0	0,00
5 (3,00—3,99)	2	0,02
4 (4,00—4,99)	319	2,95
3 (5,00—5,99)	5127	47,47
2 (6,00—6,99)	5117	47,38
1 (7,00—7,99)	235	2,18
0 (8,00—8,50)	0	0,00

**Заключення основне: Ацидність 5 мінімальна**

nW↑\* — загальна кількість кислотних гастроєзофагальних рефлюксів, n1W↑\*\* — кількість кислотних гастроєзофагальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв

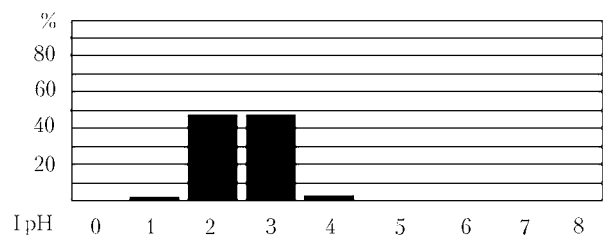


Рис. 2. Добова езофаго-рН-грама хворого Б. з діагнозом ГЕРХ на 4-ту добу лікування «Баролом» у дозі 0,02 г 2 рази на добу

Таблиця 3. Характеристика параметрів добового езофаго-рН-моніторингу в динаміці лікування «Баролом» у дозі 0,02 г 2 рази на добу за нічний період часу (22:00–07:00)

Параметр	До лікування	4–6-та доба лікування	p
Загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів	11,8 ± 4,2	2,5 ± 1,3	< 0,01
Кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв	1,2 ± 0,3	0,26 ± 0,1	< 0,001
Загальна кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів	15,2 ± 4,6	9,3 ± 2,8	> 0,05
Кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв	2,75 ± 1,2	2,5 ± 0,8	> 0,05
Час із внутрішньостравохідним рН < 4, %	5,8 ± 1,3	1,5 ± 1,3	< 0,01
Час із внутрішньостравохідним рН > 7, %	14,86 ± 6,9	13,4 ± 5,1	> 0,05
min рН	2,9 ± 0,27	4,5 ± 0,2	< 0,001
max рН	7,1 ± 0,23	6,8 ± 0,3	> 0,05
Mo рН	5,6 ± 0,3	5,7 ± 0,3	> 0,05
Me рН	5,7 ± 0,2	5,7 ± 0,3	> 0,05

вання «Баролом» загальна кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів становила 37,4 ± 11,5, кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв — 3,6 ± 1,3, відсоток часу із внутрішньостравохідним рН > 7 — 16,9 ± 5,6.

За нічний період часу (табл. 3) на 4–6-ту добу лікування «Баролом» вірогідно зменшувалися кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів (p < 0,01), кількість таких гастроєзофагеальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв (p < 0,01), а також відсоток часу із внутрішньостравохідним рН < 4 (p < 0,01).

Загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів за нічний період до початку лікування становила 11,8 ± 4,2; кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв — 1,2 ± 0,3; відсоток часу із внутрішньостравохідним рН < 4 — 5,8 ± 1,3, то на 4–6-ту добу прийому «Баролу» загальна кількість таких рефлюксів становила 2,5 ± 1,3; кількість рефлюксів тривалістю понад 5 хв — 0,26 ± 0,1; показник часу із внутрішньостравохідним рН < 4 — (1,5 ± 1,3) %.

Також був вірогідно меншим (p < 0,001) показник внутрішньостравохідного min рН (2,9 ± 0,27 до початку терапії проти 4,5 ± 0,2 на 4–6-ту добу лікування «Баролом»).

Під час фармакотерапії «Баролом» за нічний період часу (табл. 3) нами не зауважено вірогідних змін (p > 0,05) загальної кількості лужних гастроєзофагеальних рефлюксів, кількості таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв, а також відсотку часу із внутрішньостравохідним рН > 7. Якщо до початку лікування загальна кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів становила 15,2 ± 4,6; кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв — 2,75 ± 1,2; відсоток часу із внутрішньостравохідним рН > 7 — 14,86 ± 6,9, то на 4–6-ту

добу лікування загальна кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів зменшилася до 9,3 ± 2,8; кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв — до 2,5 ± 0,8; показник часу із внутрішньостравохідним рН > 7 — до (13,4 ± 5,1) %.

Загалом призначення «Баролу» по 0,02 г 2 рази на добу виявилось достатнім для проведення ефективної антирефлюксної терапії у 11 (84,6 %) хворих на ГЕРХ, і тільки у 2 хворих (15,6 %) було досягнуто часткового антирефлюксного ефекту. Вони потребували корекції лікування.

Слід зазначити, що під час лікування «Баролом» хворих на ГЕРХ ми не спостерігали побічних впливів. Усі вони завершили курс терапії.

### Висновки

1. Рабепразол («Барол») у дозі 0,02 г 2 рази на добу має достатню антирефлюксну дію у 84,6 % хворих на ГЕРХ і вірогідно (p < 0,01) зменшує як загальну кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів (внутрішньостравохідний рН < 4), так і кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хв.

2. Рабепразол («Барол») є високоефективним фармакопрепаратом з групи блокаторів Н<sup>+</sup>/К<sup>+</sup>-АТФази, який володіє достатнім антирефлюксним впливом при ГЕРХ у нічний період часу (з 22:00 до 07:00). Його доцільно призначати пацієнтам з нічними кислотними гастроєзофагеальними рефлюксами, особливо в разі кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів тривалістю понад 5 хв.

3. Для контролю ефективності антирефлюксної дії фармакопрепаратів з групи блокаторів Н<sup>+</sup>/К<sup>+</sup>-АТФази належить проводити добовий езофаго-рН-моніторинг на 4–6-ту добу від початку лікування ними. Це дасть змогу максимально ефективно проводити корекцію фармакотерапії вже на початку лікування.

## Список літератури

1. Палій І.Г., Заїка С.В. Проблема феномену «нічного кислотного прориву» та шляхи її розв'язання у пацієнтів з пептичними гастродуоденальними хворобами // Сучасна гастроентерол. — 2008. — № 5 (43). — С. 28—31.
2. Передерий В.Г. Язвенная болезнь или ПЯДПК? Современные представления о причинах возникновения, новых подходах в лечении и возможностях вылечивания язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — К, 1997. — С. 200.
3. Передерий В.Г., Чернявский В.В. Изжога. Опасно ли это? Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, пищевода Барретта и предупреждение рака пищевода в вопросах и ответах гастроэнтеролога врачу общей практики и пациенту. — Луганск: ОАО «ЛОТ», 2004. — 170 с.
4. Ткач С.М., Кузенько Ю.Г. Подходы к диагностике и лечению рефрактерной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сучасна гастроентерол. — 2007. — 5 (37). — С. 65—70.
5. Фадесенко Г.Д., Кушнир И.Э., Бабак М.О. Эпидемиологические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сучасна гастроентерол. — 2008. — № 5 (43). — С. 12—16.
6. Чернобровий В.М., Павлова О.В. Техніка та методики комп'ютерної внутрішньопорожнинної рН-метрії стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки. — В кн.: Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту: Практ. посібник за ред. В.М. Чернобрового. — Вінниця: Логос. — 1999. — 80 с.
7. Fass R, Shapiro M, Dekel R, Sewell J. Systematic review: proton-pump inhibitor failure in gastro-oesophageal reflux disease — where next? // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2005. — N 22. — P. 79—94.
8. Galmiche J.P., Zarbib F, Ducrotte P. Decreasing oesophageal acid exposure for patient with GERD: a comparison of rabeprazole and omeprazole // Alim. Pharm. Ther. — 2001. — N 15. — P. 1344—1350.
9. Kwong Ming F, Talley N.J., Fass R, Goh K.L., Katelaris P. et al. Asia-Pacific consensus on the management of gastroesophageal reflux disease: Update // J. Gastroenterology and Hepatology. — 2008. — N 23. — P. 8—22.
10. National Institute for clinical excellence (NICE) guideline 17: Dyspepsia — management of dyspepsia in primary care. August 2004 London: National institute for clinical excellence, 2004. Accessed via <http://guidance.nice.org.uk/cg17/?c=91507>.
11. Peghini PL, Katz PO, Bracy NA, Castell D.O. Nocturnal recovery of gastric acid secretion with twice-daily dosing of proton-pump inhibitors // Am. J. Gastroenterol. — 1998. — N 93. — P. 763—767.
12. Robinson M. Review article: the pharmacodynamics and pharmacokinetics of proton pump inhibitors — overview and clinical implication // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2004. — N 20 (suppl. 6). — P. 1—10.
13. Sifrim D, Castell D, Dent J, Kahrilas PJ. Gastro-oesophageal reflux monitoring: review and consensus report on detection and definitions of acid, non-acid, and gas reflux // Gut. — 2004. — N 53. — P. 1024—1031.
14. Track J.M.D., Kock G.M.D., Demedts M.D., Sifrim D.M.D. Gastroesophageal reflux disease poorly responsive to single-dose proton pump inhibitors in patients without Barrett's esophagus: Acid reflux, bile reflux, or both? // Am. J. Gastroenterol. — 2004. — N 99 (6). — P. 981—988.
15. Tytgat G.N., Mccoll K., Tack J. et al. New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2008. — N 27. — P. 249—256.

В.Н. Чернобровий, С.В. Заїка, Л.А. Никитина

## Современный подход к антирефлюксной фармакотерапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Изучали антирефлюксную эффективность фармакопрепарата «Барол» (рабепразол в минимикросферах) при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Было обследовано 13 больных ГЭРБ. Пациентам назначали «Барол» в дозе 0,02 г 2 раза в сутки за 30 мин до еды. Диагностику ГЭРБ и контроль антирефлюксной эффективности «Барола» проводили с помощью суточного эзофаго-рН-мониторинга до начала лечения и на 4—6-е сутки приема препарата. Установлено, что «Барол» достоверно уменьшает ( $p < 0,001$ ) общее количество кислотных гастроэзофагеальных рефлюксов ( $17,8 \pm 8,1$  против  $74,7 \pm 14,5$  до лечения), количество кислотных гастроэзофагеальных рефлюксов длительностью более 5 мин ( $1,23 \pm 0,5$  против  $4,3 \pm 1,13$  до лечения) ( $p < 0,05$ ), а также ( $p < 0,01$ ) процент времени с внутрипищеводным рН  $< 4$  ( $2,4\% \pm 1,4\%$  против  $7,4\% \pm 1,63\%$  до лечения). Итак, блокатор  $H^+/K^+-ATP$ азы «Барол» отвечает современным требованиям антирефлюксной фармакотерапии ГЭРБ.

V.M. Chernobroviy, S.V. Zaika, L.O. Nikitina

## Modern approach to the antireflux pharmacotherapy of gastroesophageal reflux disease

The study has been performed for the antireflux efficacy of «Barol» (rabeprazole) in the treatment of patients with gastroesophageal reflux disease. The investigation included 13 patients with GERD. «Barol» was administered in a dose 0,02 g twice a day 30 minutes before meals. The diagnostics of GERD and control of antireflux treatment were performed with the use of 24-hour esophageal pH-monitoring before and on the 4<sup>th</sup>—6<sup>th</sup> day of the drug administration. It has been established that «Barol» resulted in the significant reduction ( $P 0.001$ ) of the total number of the acid gastroesophageal refluxes ( $17.8 \pm 8.1$  vs  $74.7 \pm 14.5$  before treatment), of the number of acid refluxes of more than 5 min duration from ( $1.23 \pm 0.5$  to  $4.3 \pm 1.13$  before treatment) ( $p < 0.05$ ) as well as to the reduction of the percent of duration of intraesophageal acidation with pH  $< 4$  ( $2.4 \pm 1.4\%$  vs  $7.4 \pm 1.63\%$  before treatment) ( $p < 0.01$ ). Thus it could be concluded that  $H^+/K^+/ATP$ ase blocker «Barol» corresponds to the up-to-date requirements of antireflux GERD pharmacotherapy.

### Контактна інформація

Чернобровий В'ячеслав Миколайович, д. мед. н., проф., зав. каф. внутрішньої та сімейної медицини  
21027, м. Вінниця-27, а/с 2879

Стаття надійшла до редакції 6 квітня 2009 р.