

## Список літератури

- Боднарчук В.О. Бронхіальна астма і гастроэзофагеальний рефлюкс дітей: можливість контролю / В.О. Боднарчук // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. - 2010. - № 3. - С. 84-91.
- Бородий Т. Гастроэзофагеальна рефлюксна болезнь у дітей раннього віку / Т. Бородий // З турботою про дитину. - 2011. - № 8. - С. 3-6.
- Васильев Ю.В. Бронхіальна астма і гастроэзофагеальна рефлюксна болезнь / Ю.В. Васильев // Міжнародний медичний журнал. - 2004. - № 4. - С. 15-20.
- Крючко Т.О. Гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба у дітей: аспекти діагностики та лікування / Т.О. Крючко, І.М. Несіна // Дитячий лікар. - 2013. - № 4 (25). - С. 14-18.
- Каган Ю.М. Бронхіальна астма і гастроэзофагеальна рефлюксна болезнь у дітей / Ю.М. Каган // Російський вестник перинатології і педіатрії. - 2005. - № 5. - С. 16-20.
- Рубцова Є.І. Вивчення процесів кислотопродукції та кислотної нейтралізації шлунка і їх порушень у дітей та підлітків з гастроуденальними захворюваннями методом інтрагастральної рН-метрії / Є.І. Рубцова // Сучасна гастроентерологія. - 2004. - № 3. - С. 52-55.
- Associations between respiratory symptoms, lung function and gastro-oesophageal reflux symptoms in a population-based birth cohort / R.J. Hancox, R. Poulton, D.R. Taylor [et al.] // Respiratory Research. - 2006. - Vol. 7, № 1. - P. 142-150.
- Prevalence of gastroesophageal reflux in difficult asthma: relationship to asthma outcome / J.J. Leggett, B.T. Johnston, M. Mills [et al.] // Chest. - 2005. - Vol. 127, № 4. - P. 1227-1231.

**Антонец В.А.**

### ХАРАКТЕРИСТИКА КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Резюме.** В статье представлены результаты исследования кислотообразующей функции желудка у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и у детей с бронхиальной астмой (БА). В ходе работы проведено обследование 104 детей в возрасте от 10 до 16 лет: 42 ребёнка с ГЭРБ, 38 детей с бронхиальной астмой и 24 здоровых ребёнка. Выявлено у детей с ГЭРБ: 15 больных (35,71%) - гиперацидность, у 16 детей (38,1%) - гипоацидность и у 11 (26,19%) детей - нормоацидность. Установлено, что у детей с гастроэзофагеальным рефлюксом без сопутствующей патологии желудка и кишечника наблюдается гипоацидность. При обследовании детей с БА гиперацидность выявлена у 42,11% (16 детей), нормоацидность - у 36,84% (14 детей) и гипоацидность у 21,05% (8 детей). У детей контрольной группы нормоацидность диагностировано у 66,67% (16 человек), гиперацидность - у 20,83% (5 детей) и гипоацидность у 12,5% (3 ребёнка).

**Ключевые слова:** дети, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, бронхиальная астма, кислотообразующая функция желудка.

**Antonets V.A.**

### CHARACTERISTIC OF ACID-FORMING STOMACH IN CHILDREN OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND WITH BRONCHIAL ASTHMA

**Summary.** The results of diagnostic of stomach's acidity in children with gastroesophageal reflux disease and with bronchial asthma are presented. 104 children (age 10-16) are examined: 42 children with gastroesophageal reflux disease, 38 children with bronchial asthma and 24 healthy children. The examinations showed in children with gastroesophageal reflux disease: 15 children (35,71%) - hyperacidity, 16 children (38,1%) - hypoacidity and 11 (26,19%) children - normoacidity. It was found in children with bronchial asthma: 16 children (42,11%) - hyperacidity, 8 children (21,05%) - hypoacidity and 14 (36,84%) children - normoacidity. In healthy children it was diagnostic normoacidity 66,67% (16 children), hyperacidity - 20,83% (5 children) and hypoacidity 12,5% (3 children).

**Key words:** children, gastroesophageal reflux disease, bronchial asthma, acid-forming stomach's.

Стаття прийнята до друку 18.02.2013 р.

Антонець Валентина Андріївна - к.мед.н., доцент, дитячий гастроентеролог ВОДКЛ.

© Мелашенко С.Г., Ксенчин О.О., Чернова І.В., Шаповал І.І.

УДК: 615.243.4:[616.33-002/616.329-002/616.34-002.44]

**Мелашенко С.Г., Ксенчин О.О., Чернова І.В., Шаповал І.І.**

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ВИВЧЕННЯ КИСЛОТОПРИГНІЧУЮЧОЇ ДІЇ ПОДВІЙНИХ ДОЗ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ ЗА ДАНИМИ ТОПОГРАФІЧНОЇ ІНТРАГАСТРАЛЬНОЇ РН-МЕТРІЇ У ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ ШЛУНКОВУ ДИСПЕПСІЮ ТА КИСЛОТОЗАЛЕЖНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

**Резюме.** Топографічну інтрагастральну рН-метрію провели 228 пацієнтам з пептичною виразкою, функціональною диспепсією, ГЕРХ. Результати дослідження демонструють, що третини пацієнтів спостерігалась резистентність до подвійних стандартних доз інгібіторів протонної помпи, що призначались з метою кислотосупресії. Чутливість до інгібіторів протонної помпи була нижчою у пацієнтів з функціональною диспепсією та ГЕРХ, вищою у хворих з пептичною виразкою, достовірно

вищою у випадку наявності НР-інфекції не залежала від типу інгібітору протонної помпи (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол).

**Ключові слова:** омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, гастроєзофагеальна рефлексна хвороба, функціональна диспепсія, пептична виразка, інтрагастральна рН-метрія.

**Вступ**

В гастроентерологічній практиці режим призначення інгібіторів протонної помпи (ІПП) залежить від багатьох чинників - діагноз, наявність ускладнень, інші модифікуючі фактори. На підставі багатьох рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) та мета-аналізів в провідних клінічних настановах закріпленні абсолютні покази до фармакотерапії подвійними стандартними дозами препаратів: ерадикація *Helicobacter pylori* (НР); ініціальна терапія ерозивної гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та стравоходу Барретта; патологічні гіперсекреторні стани (синдром Золлінгера-Еллісона); запобігання рецидиву виразкової кровотечі після ендоскопічного гемостазу; превенція кровотеч у осіб високого ризику, які вимушені приймати НПЗП; профілактика стресових уражень шлунка у критично хворих; ІПП-тест для діагностики неерозивної ГЕРХ [Gillen et al., 1999; Goodman, 2005]. Подвійні дози також рекомендуються при персистенції симптомів на тлі прийому 1 стандартної дози ІПП у хворих на функціональну шлункову диспепсію, ГЕРХ, пептичні виразки. Незважаючи на очевидність проведення контролю ступеня кислотопрігнічення ІПП, логістичні проблеми (мала розповсюдженість та коштовність обладнання, незручності для пацієнта) призводять до того, що багатогодинний рН-моніторинг шлунка використовується вкрай обмежено. Лише у випадках резистентності до препаратів при ГЕРХ його застосування регламентується консенсусами та настановами, при цьому за інформативністю він поступається інтраєзофагеальному рН-моніторингу [Kirchheiner et al., 2009]. Передбачається, що подвійні дози ІПП практично у всіх пацієнтів призводять до необхідного рівня ацидоінгібіції, але існують і інші проблеми - екстримально висока кислотопродукція, якість препаратів та ін. Більш привабливим є виконання спрощених варіантів інтрагастральної рН-метрії, зокрема топографічної за експрес-методикою. Обстеження є необтяжливим, оперативним.

Метою проведених досліджень був аналіз впливу ІПП на секрецію хлористоводневої кислоти у хворих з найбільш поширеними нозологіями верхнього відділу травного тракту (ГЕРХ, ФШД, ПВ) шляхом застосування топографічної інтрагастральної рН-метрії та з'ясування

закономірностей ацидоінгібіції в залежності від факту інфікування НР та клінічної картини.

**Матеріали та методи**

Нами на протязі 2007-2012 р.р. в гастроентерологічній лабораторії ВНМУ проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження трьох груп хворих: 1) Хворі на ФШД - 116 осіб, середнього віку 44,38±2,00, з яких 53 були чоловіками; 2) Хворі на ГЕРХ - 58 осіб, середнього віку 45,15±1,72, чоловіків - 30; 3) Хворі ПВДПК - 54 особи, середнього віку 42,56±2,12, чоловіків - 29. В дослідження не включались пацієнти з оперативними втручаннями на шлунку, стравоході та ДПК, вагітністю, лактацією, серцевою, легеневою, нирковою недостатністю. При формуванні клінічних груп проводилось стандартне обстеження з виконанням ФЕГДС, УЗД черевної порожнини, загальноклінічних аналізів та ідентифікація інфікування *Helicobacter pylori* (швидкий та дихальний уреазні тести, фекальні антигени НР). Критеріями встановлення діагнозу ФШД були положення Rome consensus III, ГЕРХ - Мореальського консенсусу (2006), пептичних виразок - присутність специфічних ФЕГДС-ознак. При перехресті нозологій, спочатку домінував діагноз ПВ, а потім ГЕРХ, тобто хворі зараховувались першочергово в групу ПВ, потім ГЕРХ і нарешті ФШД.

Дослідження кислотоутворюючої функції шлунка виконувалось за допомогою комп'ютерної системи внутрішньошлункової рН-метрії "АГ-1Д-01" ("Старт", Вінниця) в режимі експрес-методики топографічної інтрагастральної рН-метрії на 4-5й день прийому хворими стандартних доз ІПП двічі на день за 30 хв. до сніданку та вечері. В день дослідження хворі не приймали препарат і з'являлись в лабораторію натще о 9:00-10:00. Вірогідної різниці в розподілі хворих за гендерним, віковим складом, поширеності інфікування НР та діагнозами не було (табл. 1).

Клінічна ефективність лікування оцінювалась за допомогою опитувальника Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), валідизованого для російської мови [Новик, Ионова, 2007] до призначення ІПП та через тиждень, під час лікування. Відповіді на 15-ть запитань опи-

**Таблиця 1.** Гендерний, віковий склад, стан інфікованості НР в групах.

Препарат, мг/доб	N, к-ть	Середній вік, X±m	чол/жін.	Діагноз: ФШД/ПВ/ГЕРХ	НР-позит.
Омепразол 40	13	42,69±3,80	9/4	5/3/3	76,9 %
Лансопразол 60	30	40,17±2,80	17/13	16/6/8	84,2 %
Пантопразол 80	80	45,24±1,67	33/47	41/17/22	69,9 %
Рабепразол 40	105	43,08±1,48	53/52	67/21/17	76,1 %

**Таблиця 2.** Оцінка ацидоінгібіції за рН-мінімальним після топографічної інтрагастральної рН-метрії (4-5 доба прийому).

Препарат, мг/доб	N, к-ть	X±m	% пацієнтів, які мали рН>3,5од.	Динаміка GSRS в AP/RS -клас.
Омепразол 40	13	4,57±0,54	69,23%	-2,4/ -1,8 балів
Лансопразол 60	30	5,11±0,34	76,66%	-2,5/ -1,7 балів
Пантопразол 80	80	4,47±0,22	60,0%	-2,5/ -1,8 балів
Рабепразол 40	105	4,75±0,22	60,95%	-2,3/ -1,9 балів

тувальника групувались у кластери, з яких нас цікавили: AP (abdominal pain syndrome - 1, 4, 5 питання) та RS (reflux syndrome - 2, 3), в котрих обрахували середнє значення балів.

Статистична обробка даних проводилася з використанням пакету прикладної статистичної програми "MedCalc 11.3.3.0" (MedCalc software bvba, Holland) з обрахуванням середньої арифметичної, її стандартної похибки та t-критерію Ст'юдента для рН-мінімального, як основного показника ацидності. Розподіл хворих на тих, хто досягнув рН>3,5 од. (задовільний результат прийому ІПП), оцінювався за допомогою методу  $\chi^2$ -Пірсона.

**Результати. Обговорення**

Після аналізу отриманих даних було з'ясовано, що всі препарати справляють подібний ефект на шлункову секрецію (табл. 2).

Вірогідна відмінність в оцінці рН-мінімального була отримана лише в порівнянні підгруп лансопразолу та пантопразолу: 5,11±0,34 проти 4,47±0,22 (p<0,05). Проте, якщо подивитись на відсоток хворих, в яких рівень рН досягнув >3,5 од. (рівень припинення протеолізу і відповідно пептичної агресії), достовірної різниці нема між жодною парою препаратів. Ми не схильні з цього робити висновки про переваги одних препаратів над іншими. В жодному з мета-аналізів та РКД не знайдено переваг одних ІПП, які вивчались нами в цьому дослідженні, над іншими. Це стосується і швидкості елімінації симптомів, і загоєння ушкоджень слизових оболонок, і рівня ерадикації НР, і попередження кровотеч. В оцінці даних добових рН-моніторингів різницю знаходять і вона вірогідна. Kirchheiner з співат., провівши мета-аналіз 57 наукових робіт з результатами понад 1500 добових досліджень, довела, що відносна антисекреторна потужність ІПП виглядає наступним чином: 0,23; 0,90; 1,00; 1,60 і 1,82 для пантопразолу, лансопразолу, омепразолу, езомепразолу, рабепразолу відповідно [Kirchheiner et al., 2009]. Нами також зафіксовано дещо меншу потужність пантопразолу, але за точністю порівнювати добовий рН-моніторинг та експрес-методику немає сенсу. Очевидно, характер ацидності в ранішні години виконання топографічної рН-метрії у різних ІПП має свої особливості, які не дозволяють побачити повну

відповідність результатів обох методів рН-метрії. Лансопразол у нас чомусь демонстрував найвищу активність, будучи посереднім за потенцією препаратом.

Стосовно динаміки клінічної симптоматики, то за нашими спостереженнями суттєвої різниці між вивченими ІПП не спостерігалось (дані наведені в табл. 2).

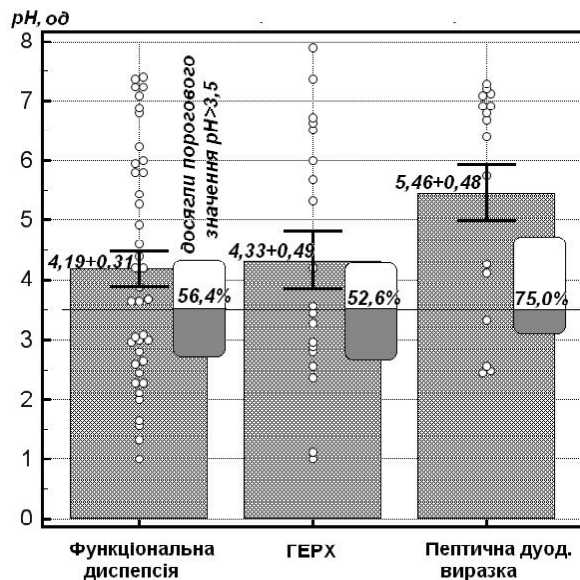
Ми бажали з'ясувати наскільки вираженим є антисекреторний ефект при кислотозалежних захворюваннях (ГЕРХ та ПВ) та ФЦД. Для цього ми провели аналіз результатів призначення пантопразолу в дозі 40мг двічі на день. З'ясувалось, що найбільш чутливими до ІПП є хворі на ПВ (рис. 1).

Був досягнутий найвищий середньоарифметичний рНмін (5,46±0,48) і у найбільшій частки хворих рН був меншим 3,5 од. - 75,0%. Різниця за обома показниками була вірогідно кращою (p<0,05).

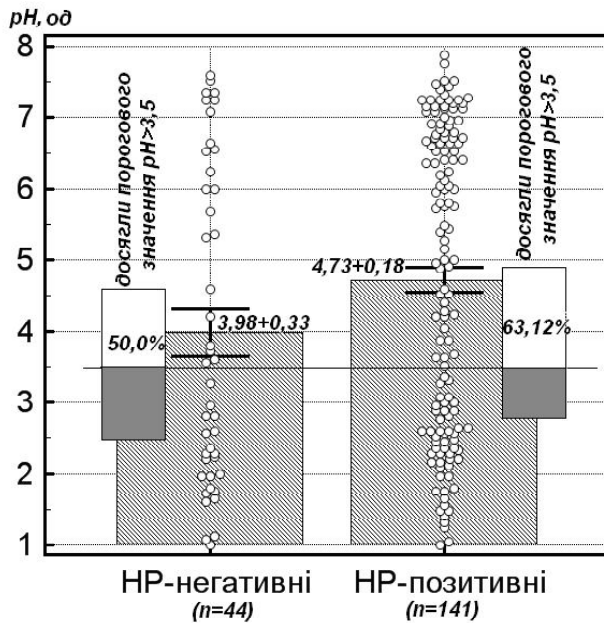
Цікавим було визначити чутливість до ІПП хворих з різним НР-статусом. Для цього ми провели порівняння на всьому загалі пацієнтів, відібравши лише тих, де проводилася якісна діагностика інфікування - 141 НР-позитивний та 44 НР-негативних хворих (рис. 2).

Достовірно більш чутливими виявились особи інфіковані НР - 4,7 проти 4,0 од. рН (p<0,05). За даними великого мета-аналізу клінічно значущого впливу на ефективність ІПП факт інфікування НР не справляє [Goodman, 2005; Giral et al., 2005]. Але дані рН-моніторингів неупереджено і раніше демонстрували більшу чутливість до ІПП осіб, які інфіковані [Goodman, 2005; Wang et al., 2007]. В цих же дослідженнях підтверджений факт більшої чутливості до ІПП хворих на ПВ.

Той факт, що хворі на ФЦД та ГЕРХ є помітно менш чутливими до ІПП, пов'язаний не тільки з меншим



**Рис. 1.** Розподіл пацієнтів за рівнем ацидності (рН мінімальний, X±m) при топографічній внутрішньошлунковій рН-метрії після 4-5 днів прийому подвійної стандартної дози пантопразолу 40мг.



**Рис. 2.** Розподіл пацієнтів за рівнем ацидності (рН мінімальний,  $X \pm m$ ) при топографічній внутрішньошлунковій рН-метрії після 4-5 днів прийому подвійних стандартних доз ІПП.

рівнем інфікованості НР, а і з меншою ніж при ПВ кількістю паріетальних клітин, в яких, відповідно менше активованої  $H^+K^+-ATP$ -ази. На неактивний протонний насос ІПП не діють. Обізнаність лікаря про більшу чутливість до ІПП хворих на виразкову хворобу і інфікованих НР дозволить здолати хибний стереотип, що "чим сильніша кислотність, тим потужнішою повинна бути антисекреторна терапія".

Якщо оцінювати динаміку клінічної симптоматики, виконану нами за допомогою шкали GSRS, то синдром абдомінального болю (АР-кластер) достовірно краще зменшувався при кислотозалежних захворюваннях (ПВ та ГЕРХ), при цьому позитивна динаміка краще коре-

**Список літератури**

Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Издание 2-е / А.А. Новик, Т.И. Ионова: под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко - М.: ЗАО "ОЛМА медиа групп", 2007. - 320 с.  
Effects of proton-pump inhibitors on functional dyspepsia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials / Wang W.H., Huang J.Q. [et al.] // Clin. Gastroenterol. and Hepatol. - 2007. - Vol. 5, № 2. - P. 178-85.

Goodman F. Summary of Literature Review: Criteria for Use of High-dose Oral Proton Pump Inhibitors / F. Goodman, 2005. - [http://www.pbm.va.gov/Clinical Guidance/Criteria For Use/Proton Pump Inhibitors, High-dose, Criteria for Use.pdf].  
Helicobacter pylori infection potentiates the inhibition of gastric acid secretion by omeprazole / Gillen D., Wirz A.A. [et al.] // Gut. - 1999. - Vol. 44. - P. 468-475.

Impact of Helicobacter pylori eradication on the antisecretory efficacy of lansoprazole in gastroesophageal reflux disease patients / Giral A., Celikel C.A. [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. - 2005. - Vol. 20 - P. 1886-1891.  
Kirchheiner J. Relative potency of proton-pump inhibitors-comparison of effects on intragastric pH / Kirchheiner J., Glatt S., Fuhr U. [et al.] // Eur. J. Clin. Pharmacol. - 2009. - Vol. 65, № 1. - P. 19-31.

**Мелашенко С.Г., Ксенчин О.А., Чернова И.В., Шаповал И.И.**  
**ИЗУЧЕНИЕ КИСЛОУГНЕТАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ДВОЙНЫХ ДОЗ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ПО ДАННЫМ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ИНТРАГАСТРАЛЬНОЙ рН-МЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ И КИСЛОТЗАВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Резюме.** Топографическую интрагастральную рН-метрию провели 228 пациентам с язвенной болезнью, функциональной диспепсией, ГЭРБ. Результаты исследования показывают, что у трети пациентов наблюдалась резистентность к двойным стандартным дозам ингибиторов протонной помпы, которые назначались в целях кислотосупрессии. Чувствительность к ингибиторам протонной помпы была ниже у пациентов с функциональной диспепсией и ГЭРБ, выше у больных с язвенной

**Таблиця 3.** Оцінка динаміки клінічної симптоматики в клінічних групах за шкалою GSRS через тиждень прийому подвійних стандартних доз ІПП.

	ФШД		ГЕРХ		ПВ	
	до	з ІПП	до	з ІПП	до	з ІПП
АР-кластер	5,3±0,1	3,1±0,1	6,7±0,1	3,4±0,1	6,9±0,1	2,9±0,2
RS-кластер	2,9±0,2	1,3±0,1	6,2±0,2	1,5±0,1	3,1±0,1	1,5±0,1
Кореляція з рН <sub>мін</sub> на тлі ІПП	AP - r=0,37 RS - r=0,39		AP - r=0,51* RS - r=0,43		AP - r=0,57* RS - r=0,40	

**Примітки:** \* - достовірна різниця з групою ФШД.

лювала з рівнем кислотосупресії оціненій за рН мінімальним на тлі прийому ІПП ніж при ФШД (табл. 3).

Рефлюксна симптоматика (RS-кластер) достатньо впевнено елімінувалась препаратами у всіх клінічних групах і не була настільки залежною від ступеня ацидосуперсії. Тобто, у певної частини хворих, незважаючи на посереднє пригнічення секреції, скарги на печію зникли достатньо. Достовірної різниці в коефіцієнтах кореляції по цьому показнику між групами не було.

**Висновки та перспективи подальших розробок**

1. Чутливість хворих на ФШД та ГЕРХ до подвійних стандартних доз ІПП, перевірена за допомогою топографічної інтрагастральної рН-метрії, в цілому нижча ніж у хворих на ПВ, достовірно збільшується у випадку інфікування НР і принципово не залежить від різновиду ІПП. При ФШД больовий синдром не є таким кислотозалежним як при ГЕРХ та ПВ.

Перспективними можуть бути подальші дослідження по з'ясуванню інформативності експрес-методик рН-метрії, як засобів контролю ефективності прийому ІПП. Необхідно проведення подібних досліджень з половинними дозами препаратів, що вважається актуальним в підтримуючій терапії ГЕРХ та курсовому лікуванні ФШД.

болезнью, существенно выше в случае наличия НР-инфекции и не зависела от типа ингибитора протонной помпы (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол).

**Ключевые слова:** омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, функциональная диспепсия, пептическая язва, интрагастральная рН-метрия.

**Melashchenko S.G., Ksenchyn O.O., Chernova I.V., Shapoval I.I.**

#### INVESTIGATION OF ACID-SUPPRESSIVE EFFECT OF PROTON PUMP INHIBITORS IN DOUBLE DOSE BY MEANS OF TOPOGRAPHIC INTRAGASTRIC PH-METRY IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA AND ACID-RELATED DISORDERS

**Summary.** Topographic intragastric pH-metry was performed on 228 patients with peptic ulcers, functional dyspepsia, GERD. The results of this study suggest that one third patients had resistance to high-dose proton pump inhibitors in suppressing gastric acid secretion. The sensitivity of patients with FD and GERD to PPI is lower than in peptic ulcers, significantly increases in case of *Helicobacter pylori*-infection and doesn't depend from the type of PPI (omeprazole, lansoprazole, pantoprazole, rabeprazole).

**Key words:** omeprazole, lansoprazole, pantoprazole, rabeprazole, gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia, peptic ulcer, intragastric pH-metry.

Стаття надійшла до редакції 11.03.2013р.

Мелашченко Сергій Григорович - к.мед.н., доцент кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (0432) 690043; melashk15@gmail.com;

Ксенчин Олег Олександрович - старший лаборант кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (0432) 690043;

Чернова Інна Вячеславівна - к.мед.н., асистент кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (0432) 690043;

Шаповал Ірина Іванівна - лікар-інтерн внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

© Бойчук В.Б., Міщук В.Г.

УДК: 616.329-002-085+616-08

**Бойчук В.Б., Міщук В.Г.**

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини (вул. Короля Данила 15, м. Івано-Франківськ, Україна, 7600)

### ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ У ХВОРИХ НА ГЕРХ З ПЕРЕВАГОЮ НІЧНИХ РЕФЛЮКСІВ

**Резюме.** У 50 хворих на ГЕРХ проведено клінічні та ендоскопічні обстеження, зроблено добове моніторування рН нижньої третини стравоходу. Виявлено 19 пацієнтів з неерозивною формою ГЕРХ, а 31 - з ерозивною. В залежності від способу лікування хворі поділені на дві групи. Першу склали 24 пацієнти (9 чоловік з неерозивною та 15 - з ерозивною формою ГЕРХ, а другу - 26 (10 з неерозивною та 16 - з ерозивною формою). Хворі I групи отримували ІПП (пантопразол) в дозі 40 мг вранці та 40 мг за 30 хв до вечері, а II групи - по 40 мг вранці. Лікування проводилось 21 день. У пацієнтів з ерозивною формою ГЕРХ виявлено довший період закислення нижнього відділу стравоходу ніж з неерозивною. При цьому в нічний період зростає кількість кислих рефлюксів та їх тривалість. Кислий рефлюкс виникає в основному в першій половині нічного періоду. Пантопразол в подвійній дозі є ефективним антисекреторним препаратом, що вдвічі зменшує тривалість нічного рефлюксу та забезпечує швидке зменшення основних клінічних проявів ГЕРХ, зокрема печії, і загоєння ерозій.

**Ключові слова:** гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба, рН метрія, пантопразол.

#### Вступ

Посилення негативного впливу зовнішнього середовища, змін соціально-економічних умов, неправильного способу життя, нераціонального та неякісного харчування призводить до неухильного зростання гастроентерологічних захворювань [Свінцицький, 2004], а одним з найбільш розповсюджених серед них є гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ).

В основі розвитку ГЕРХ лежить дисбаланс між чинниками захисту (бар'єрна функція нижнього стравохідного сфінктера, ефективний стравохідний кліренс, нормальна резистентність слизової оболонки стравоходу) та агресії (соляна кислота, пепсин, жовч тощо). У разі регулярного ослаблення захисних або посилення агресивних факторів у пацієнта розвивається ГЕРХ [Пиме-

нов, Савельєва, 2010]. Поширеність ГЕРХ неоднакова і за результатами 15 епідеміологічних досліджень з використанням кількісних критеріїв клініки Мейо в Західній Європі і Північній Америці її частота становить 10-20 %, а в країнах Азії 5 % [Bredenoord et al., 2006]. За даними І.В. Маєва, Г.Л. Юрєнева, Г.А. Бусарова [2011] частота печії, що є основним симптомом ГЕРХ становить 40-60%, а за результатами дослідження "АРИАДНА" кількість людей, що мали скаргу на постійну печію склали 22,7% [Stavraki, 2006]. В цілому симптоми, властиві ГЕРХ, відмічаються у 17% міського населення у віці від 45-70 років без істотної різниці між чоловіками і жінками [Бабак, Колесникова, 2012].

Класичний рефлюксний синдром зустрічається у 7%