

# НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

**Ю.М. Степанов, И.Я. Будзак, Мохамед Арби**

Днепропетровская государственная медицинская академия

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностика, лечение, ланцидом.

Одной из наиболее актуальных и изучаемых в современной гастроэнтерологии продолжает оставаться проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). В последние десятилетия отмечается существенный рост заболеваемости и распространенности данного заболевания. Так, в западных странах у более 20—40% взрослого населения наблюдаются симптомы ГЭРБ, у 2—10% — воспалительно-эрозивные изменения слизистой оболочки пищевода [1]. Необходимо отметить, что ГЭРБ не только учащается, но и утяжеляется. Так, в последние 10 лет в 2—3 раза чаще стали наблюдаться тяжелые формы рефлюкс-эзофагита [6]. Как известно, ГЭРБ, в первую очередь, опасен осложнениями: стриктурами, кровотечением, язвой пищевода и, главным образом, предраковым поражением — пищеводом Барретта [3]. Риск осложнений значительно повышается без лечения или при недостаточном лечении. Немаловажным фактором также является неблагоприятное влияние заболевания на качество жизни пациентов: оно нередко нарушает сон, физическое состояние. Для ГЭРБ характерно длительное рецидивирующее течение с частыми рецидивами. Некоторые ведущие специалисты даже называют ГЭРБ проблемой XXI века [2].

В Украине пока недостаточно проводят эпидемиологические исследования, изучают частоту ГЭРБ в популяции. Однако в исследовании, проведенном во Львове, из 1824 амбулаторных пациентов ГЭРБ выявлен у 37,7%, в том числе у 7,9% отмечалась эндоскопически позитивная ГЭРБ [13].

По современному определению, указанному в практическом руководстве Американского гастроэнтерологического общества (2005), ГЭРБ — это наличие симптомов или поражения слизистой оболочки пищевода вследствие патологического рефлюкса содержимого желудка в пищевод. Таким образом, наличие или характерных клинических признаков (изжога и другие), или воспалительно-эрозивных изменений пищевода предусматривает постановку диагноза ГЭРБ.

В генезе данного заболевания отмечается дисбаланс между факторами агрессии и защиты. К повышенным факторам агрессии можно отнести: усиление ацидопептической агрессии желудка и попадание дуоденального содержимого, в первую очередь, желчи, в пищевод; ослабление факторов защиты — недостаточную запирающую функцию нижнего пищеводного сфинктера (НПС), замедленный ослабленный пищеводный клиренс, нарушенную резистентность слизистой оболочки пищевода [4].

Преобладает мнение, что ключевую роль в развитии ГЭРБ играет нарушение функции НПС. Как известно, НПС — один из самых мощных сфинктеров организма, он расположен на границе между пищеводом и желудком и предотвращает попадание желудочного содержимого в пищевод по градиенту давления. Считается, что нарушения НПС чаще проявляется в виде не снижения его базального тонуса, а так называемых спонтанных релаксаций НПС, которые характеризуются внезапными беспричинными расслаблениями НПС на фоне нормального тонуса [11].

По мнению многих авторов, в начале развития ГЭРБ преобладают нарушения моторно-эвакуаторной функции пищевода. Однако в дальнейшем постоянное попадание кислоты на пищеводный эпителий приводит к повышенной сенситизации (чувствительности) слизистой оболочки пищевода к попаданию кислоты, и главную роль играет в генезе ГЭРБ именно кислотно-пептический фактор [2, 5]. Именно поэтому ГЭРБ рассматривают как один из наиболее ярких примеров кислотозависимого заболевания.

По рекомендациям Американской коллегии гастроэнтерологов (2005), для диагностики ГЭРБ можно применять несколько направлений, хотя следует отметить, что не у каждого больного с ГЭРБ все эти направления целесообразны [7].

**Эндоскопическое исследование.** Эзофагоскопия обеспечивает прямую визуализацию слизистой оболочки пищевода. Исследование позволяет выявить рефлюкс-эзофагит, который практически подтверждает диагноз ГЭРБ, позволяет оценить тяжесть воспалительно-эрозивных изменений пищевода (наилучшим образом это удается сделать при использовании Лос-Анджелеской классификации эзофагита, 1998). Однако необходимо отметить, что, как уже было сказано, нормальная слизистая оболочка пищевода не исключает наличия ГЭРБ, так как у более половины пациентов с ГЭРБ отличается так называемая эндоскопически негативная форма ГЭРБ. Большое преимущество ЭГДС в возможности наилучшей диагностики осложнений ГЭРБ, в первую очередь, пищевода Барретта. Некоторые специалисты считают, что лучше всего визуализируется пищевод Барретта после лечения ГЭРБ, которое позволяет уменьшить тяжесть воспаления пищевода. Но в любом случае для подтверждения пищевода Барретта требуется гистологическое исследование [7]. Что касается рентгеноскопии пищевода, то она не является рутинным исследованием при ГЭРБ. Данное исследование не позволяет ни подтвердить, ни опровергнуть

вергнуть наличие гастроэзофагеального рефлюкса: рефлюкс бария отмечается лишь у 25—75% пациентов с ГЭРБ, и в тоже время может выявиться у 20% пациентов без ГЭРБ. Рентгенологическое исследование позволяет выявить более 80% случаев тяжелого эзофагита, однако диагностирует менее 25% легких эзофагитов. По сравнению с эндоскопическим исследованием чувствительность рентгенологического исследования составляет 26%, специфичность — 50%, что, конечно, не может считаться достаточным в диагностике ГЭРБ. Однако рентгенологическое исследование позволяет хорошо диагностировать грыжу пищеводного отверстия диафрагмы как одну из причин ГЭРБ. Кроме того, рентгенологическое исследование можно применять для диагностики некоторых осложнений ГЭРБ (в первую очередь, стриктуры) и для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями пищевода [7].

**pH-Мониторинг.** Исследование значений внутрипищеводной pH во времени позволяет определить наличие рефлюксов, их выраженность, частоту, длительность. Таким образом, pH-мониторинг является наилучшим способом диагностики гастроэзофагеального рефлюкса: чувствительность и специфичность этого метода составляет 96%. Лишь в редких случаях при наличии рефлюкс-эзофагита pH-мониторинг может не выявлять гастроэзофагеальный рефлюкс. Особенно ценен pH-мониторинг для распознавания эндоскопически негативной ГЭРБ, а также при атипических клинических проявлениях ГЭРБ (в первую очередь, при внепищеводных масках). Данное исследование также очень информативно для диагностики эффективности терапии ГЭРБ и выявления рефрактерных форм заболевания [7].

**Манометрия** позволяет определить давление в пищеводе и в области НПС. Нередко ее применяют в комбинации с pH-мониторингом. Манометрия также не является рутинным в диагностике ГЭРБ, и ее применяют лишь у отдельных категорий пациентов с ГЭРБ. В первую очередь, манометрия показана больным для выбора техники операции [7].

**Эмпирическая терапия.** Эмпирическое применение ингибиторов протонной помпы (ИПП), так называемый ИПП-тест, позволяет установить диагноз ГЭРБ в том случае, если 1-2-недельное применение ИПП полностью устраняет характерные симптомы ГЭРБ (изжогу, отрыжку кислым и др.). Чувствительность этого метода диагностики составляет 75%, специфичность — 55%. Отрицательной стороной ИПП-теста является невозможность установления тяжести эзофагита, а также осложнений ГЭРБ. ИПП-тест нельзя проводить при симптомах тревоги (дисфагия, одинофагия, кровотечение, похудание, анемия и др.), а также при первом появлении симптомов в старшем возрасте. Таким пациентам необходимо немедленное инструментальное исследование пищевода. Учитывая доступность и высокую информативность эндоскопического исследования, именно его следует рекомендовать большинству пациентов, а ИПП-тест следует назначать преимущественно молодым, без симптомов тревоги [7].

В настоящее время для лечения ГЭРБ применяют 3 направления терапии: модификация стиля жизни, фармакотерапия, хирургическое лечение [3].

Модификация стиля жизни пациентов представляет собой хорошо известные рекомендации: поднятие головного конца кровати на 15 см во время сна; ограничение наклонов и подъема тяжести; отказ от курения и ограничение приема алкоголя, диетические рекомендации (прием пищи не менее 4 раз в день, ограничение продуктов, расслабляющих НПС, раздражающих слизистую оболочку пищевода, вызывающих повышенное газообразование в желудке, увеличение в рационе белковой пищи); сохранение вертикального положения тела после еды и др. Конечно, это полностью не решает проблемы, особенно при эрозивном ГЭРБ, однако создаются хорошие предпосылки для успешного фармакологического лечения и уменьшения частоты рецидивов при ГЭРБ [3].

Безусловно, ключевую роль в терапии ГЭРБ играет фармакотерапия. Наиболее рекомендуемыми группами препаратов рассматриваются ИПП, прокинетики и антациды. Однако следует акцентировать внимание на том, что именно ИПП занимают лидирующие позиции и именно их необходимо назначать практически всем пациентам с ГЭРБ. Остальные группы препаратов назначают лишь определенным категориям больных.

ИПП являются наиболее мощными антисекреторными препаратами, поскольку блокируют фермент  $H^+/K^+-ATP$ -азу, регулирующий выработку соляной кислоты париетальными клетками. Использование ИПП позволяет поддерживать pH в пищеводе выше 4 в течение большей части суток. Таким образом, гастроэзофагеальный рефлюкс становится неагрессивным: у пациентов исчезают изжога и другие симптомы ГЭРБ, создаются благоприятные условия для уменьшения воспаления слизистой оболочки пищевода и эпителизации эрозивных дефектов. Эффективность ИПП при ГЭРБ доказана в 33 больших клинических исследованиях, охвативших более 3000 пациентов. По результатам исследований, симптоматический эффект наблюдался у 83% больных, а исчез эзофагит у 78% пациентов, принимавших ИПП. Применение  $H_2$ -блокаторов давало подобный эффект значительно реже — соответственно у 60 и 50% пациентов. Помимо доказанной преимущественной эффективности ИПП, им свойственен также лучший профиль безопасности в сравнении с  $H_2$ -блокаторами. Все пять ИПП (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол) дают необходимый эффект в соответствующих дозах, хотя препараты последних поколений имеют некоторые фармакокинетические и фармакодинамические преимущества. Необходимо подчеркнуть, что для достижения стабильного эффекта при ГЭРБ ИПП назначают на относительно длительный срок. Рекомендуют сначала назначать ИПП на не менее чем на 4—8 нед в стандартных дозах для достижения клинико-эндоскопической ремиссии, а в дальнейшем обязательно применяют противорецидивный поддерживающий курс, часто с использованием половинных доз ИПП в течение 6—12 мес, который может проходить в различных формах: прием препаратов по требованию, интермиттирующий прием ИПП или, в более тяжелых случаях, — постоянный прием ИПП [2]. Именно такой подход позволяет обеспечить снижение риска рецидивов ГЭРБ, который без противорецидивного

лечения составляет около 80% [8]. Пациенты с пищеводом Барретта должны принимать постоянно ИПП в стандартных дозах.

Прокинетики усиливают перистальтику эзофагогастродуоденальной зоны, их также широко применяют при ГЭРБ, однако их самостоятельный эффект, по данным исследований, невысокий. И эффективность монотерапии ИПП значительно превосходит таковой при монотерапии прокинетиками. Поэтому их назначают не вместо ИПП, а в дополнение к ним. Особые показания к их назначению при ГЭРБ: сочетание с дуоденогастральным рефлюксом, наличие диафрагмальной грыжи, сопутствующая функциональная диспепсия. Из препаратов этой группы наиболее широко применяют домперидон («Мотилиум»).

Антацидные препараты также имеют дополнительное значение для терапии ГЭРБ, поскольку значительно уступают ИПП по эффективности. Однако их быстрое симптоматическое действие, а также адсорбирующие и обволакивающие свойства позволяют рекомендовать их отдельным категориям больных (особенно при сопутствующем дуоденогастральном рефлюксе) или в виде короткого курса, или в виде терапии по требованию.

Некоторые авторы рекомендуют также назначать отдельным категориям пациентов с ГЭРБ другие препараты: урсодезоксихолевую кислоту — при сопутствующем дуоденогастральном рефлюксе; сульпирид (эглонил) — при сопутствующих психоэмоциональных изменениях. В настоящее время широко обсуждают вопрос об использовании агониста ГАМК-В рецепторов баклофена при ГЭРБ, учитывая его влияние на уменьшение спонтанных релаксаций НПС [9, 14].

Хирургическое лечение (фундопликация по Ниссену) назначают в случае неэффективности фармакологической терапии, при больших грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, некоторым пациентам с пищеводом Барретта и по некоторым другим показаниям.

Таким образом, длительная кислотоснижающая терапия с использованием ИПП является общепринятой стратегией лечения пациентов с ГЭРБ. Однако необходимо отметить, что, учитывая ведущую роль нарушения функции НПС в развитии данного заболевания, дополнение этой терапии препаратом прокинетического действия патогенетически обоснованное. В этом случае производят одновременную коррекцию как моторно-эвакуаторных нарушений, так и кислотно-пептической агрессии. Более того, в последние годы начали остро поднимать проблему так называемых ИПП-резистентных форм ГЭРБ [10]. Как известно, у части пациентов с ГЭРБ применение ИПП не дает должного эффекта: препараты являются частично или полностью неэффективными, причем, что характерно, у таких пациентов преобладают так называемые неэрозивные формы, когда сохраняются упорные симптомы ГЭРБ при отсутствии явных эндоскопических изменений пищеводного эпителия. Тщательный анализ подобной ситуации показал, что у пациентов с ИПП-резистентными формами ГЭРБ часто встречаются так называемые не кислые рефлюксы, то есть отмечается преимущественный заброс в пищевод не кислоты, а желчи, зачастую — комбинации кислоты и желчи [12]. Логичным в этой связи представляется недостаточный клинический эффект

монотерапии ИПП у этих пациентов: устраняя кислотную агрессию, они не влияют достаточным образом на агрессию дуоденального содержимого. В настоящее время проводят широкий поиск новых терапевтических направлений, способных устранять именно комбинированный — дуоденогастроэзофагальный рефлюкс. Из препаратов, широко применяющихся в клинической практике, прокинетики благодаря коррекции моторно-эвакуаторной функции эзофагогастродуоденальной зоны могут оказать благоприятный эффект в плане устранения или уменьшения заброса желчи. Таким образом, комбинация ИПП + прокинетик имеет перспективы для коррекции указанных нарушений.

В последнее время начали появляться комбинированные препараты, в состав которых уже входит и ИПП, и прокинетик. Преимуществом комбинированных препаратов, безусловно, является их удобство, сбалансированность дозировок и, что наиболее важно, — вероятность лучшего комплаенса у пациентов с ГЭРБ. Как известно, часть пациентов предпочитает принять один препарат (хоть и состоящий из двух компонентов), чем два. Тем более, как правило, у больного с ГЭРБ нередко присутствует комбинированная гастроэнтерологическая патология, требующая назначения других препаратов. В этой связи, конечно, очень удобно применять комбинированные препараты.

Совсем недавно на украинском фармацевтическом рынке появился новый комбинированный препарат компании Micro Labs (Индия) — «Ланцидом», включающий ИПП и прокинетик. Капсула «Ланцидома» включает 15 мг лансопразола и 10 мг домперидона. В большинстве случаев препарат назначают по 1 капсуле 3 раза в 1 сут.

Для оценки клинической эффективности данного препарата проведено исследование у пациентов с ГЭРБ. В исследование были включены 32 больных с ГЭРБ (18 мужчин и 14 женщин) в возрасте 22—76 лет. Всем им до начала обследования было проведено эндоскопическое исследование верхнего отдела пищевода для уточнения эндоскопической картины дистального отдела пищевода.

Все пациенты принимали «Ланцидом» по 1 капсуле 3 раза в 1 сут в течение не менее 14 сут. Эффект

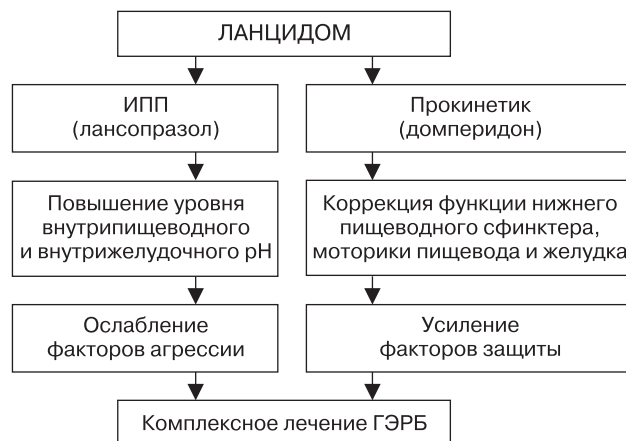


Рис. 1. Сочетанное фармакологическое действие «Ланцидома»

оценивали по динамике клинической картины с оценкой наличия у больных симптомов ГЭРБ и акцентом на наиболее значимый симптом данного заболевания — изжогу. Проводили сравнительный анализ клинической симптоматики до лечения, через 7 и 14 сут терапии. Кроме того, эффективность «Ланцидома» оценивали по результатам внутрипищеводного и внутрижелудочного рН-мониторинга. Исследования проводили по методике В.Н. Чернобрового «во времени». После интраназального введения рН-зонда начинали рН-мониторинг, и пациент сразу же получал препарат. Обращали внимание на время наступления кислотоснижающего эффекта. Отдельно рассмотрены основные параметры рН-мониторинга (рН минимальный, максимальный и средний) в латентный период и в период действия препарата. Некоторым пациентам, помимо рН-мониторинга, в первый день провели контроль рН-метрии на фоне курсового применения «Ланцидома», чаще всего через 7 сут лечения.

Результаты клинической оценки действия препарата отражены на рис. 2.

Как видно из рис. 2 уже, через 7 сут от начала приема «Ланцидома» отмечалось отчетливое клиническое улучшение: приблизительно в 2 раза уменьшилась частота отрыжки, тошноты, боли, примерно в 3 раза снизилась частота изжоги и тяжести в надчревь. Еще более отчетливое улучшение наблюдается у пациентов через 14 сут: эпизодическая изжога наблюдалась у 9,4% пациентов, отрыжка — у 25,0%, тошнота — у 9,4%, тяжесть в надчревной области — у 9,4%, «голодная» боль — у 6,3% больных.

Отдельно проанализирована динамика основного симптома ГЭРБ (изжоги) с использованием бальной оценки: минимальная, умеренная, выраженная. Полученные результаты представлены на рис. 3.

Как видно из рис. 3, до лечения симптом изжоги отмечался у всех пациентов, причем преобладала выраженная (53,1%) и умеренная (25,0%) изжога. Уже через 7 сут значительно уменьшилось проявление симптома: он сохранялся чуть более, чем у трети пациентов (37,5%), и уже преобладала минимальная степень выраженности (21,9%). При контроле клинической картины через 14 сут приема препарата лишь

у 3 (9,4%) больных отмечалась изжога, причем больными она была оценена как минимальная.

Таким образом, курсовой прием «Ланцидома» оказывал отчетливый эффект по устранению изжоги и других симптомов ГЭРБ и гастродуоденальной патологии.

Помимо клинической оценки действия препарата был проведен анализ влияния «Ланцидома» на динамику рН у больных с ГЭРБ при помощи рН-мониторинга.

Согласно результатам, в латентный период средние значения минимального рН составили  $2,07 \pm 0,12$ , максимального —  $7,12 \pm 0,25$ , среднего —  $3,83 \pm 0,15$ . В период действия «Ланцидома» средние значения минимального рН составили  $3,41 \pm 0,15$ , максимального —  $7,37 \pm 0,21$ , среднего —  $5,45 \pm 0,14$ .

На рис. 4 показана рН-грамма во время применения «Ланцидома».

У части пациентов произведен рН-метрический контроль через 1 нед после приема «Ланцидома». Показатели рН находились в пределах 5,7—7,6, что соответствует нужному уровню блокирования кислотной продукции.

Как известно, по правилу Белла, для успешного устранения клинической симптоматики ГЭРБ (в первую очередь, изжоги) и заживления эрозивно-воспалительных изменений пищеводного эпителия необходимо, чтобы рН в пищеводе была выше 4 в течение не менее 75% времени.

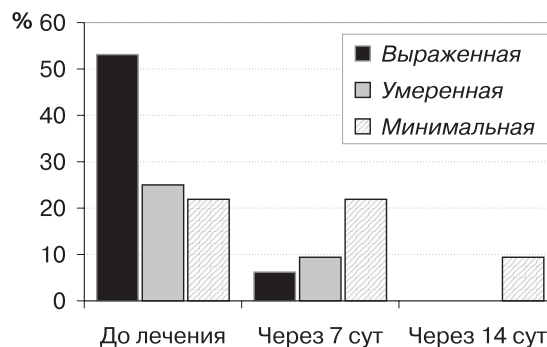


Рис. 3. Оценка выраженности изжоги на фоне применения «Ланцидома»

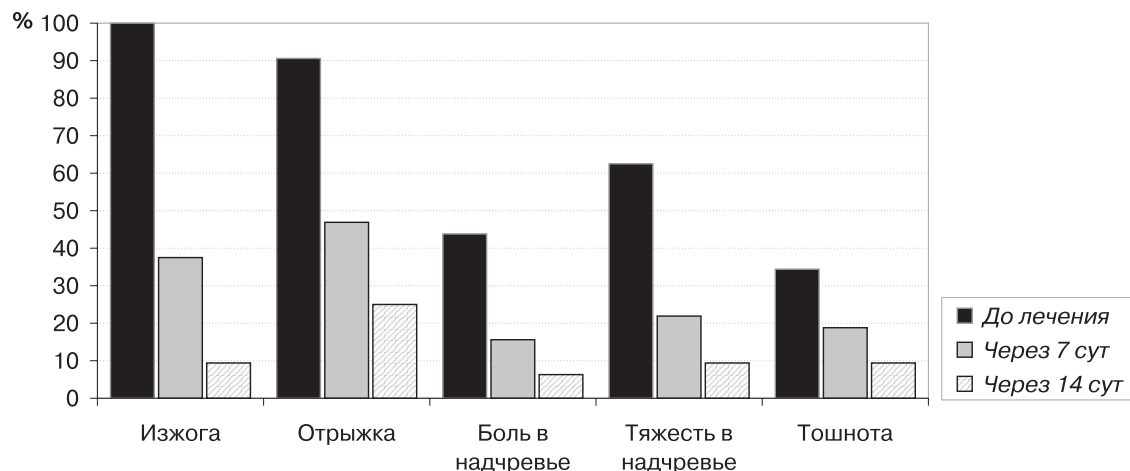


Рис. 2. Оценка динамики клинической симптоматики у пациентов с ГЭРБ на фоне приема «Ланцидома»

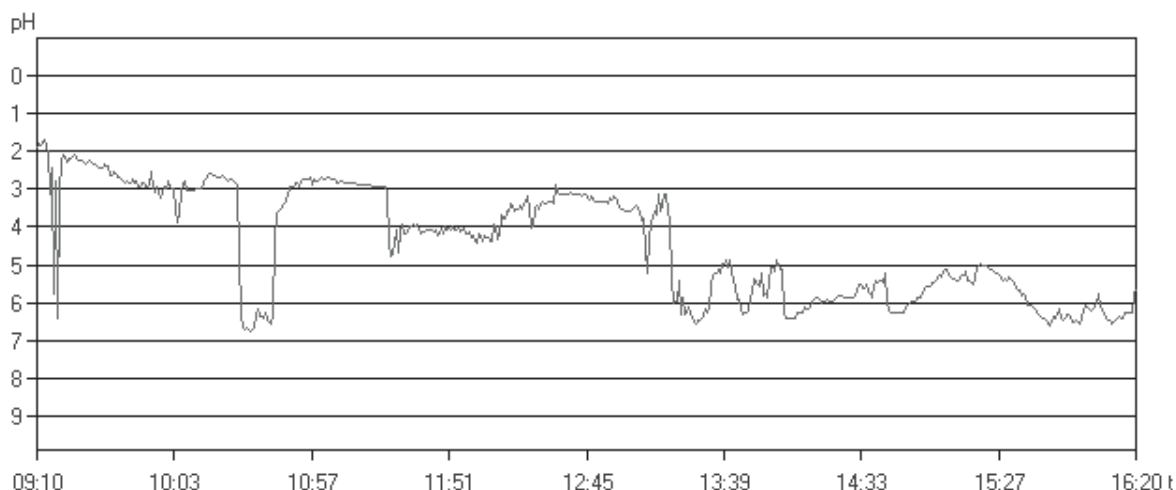


Рис. 4. Пример pH-мониторинга у больной Л. на фоне применения «Ланцидома» (прием препарата в 09:20 и 12:40).

Полученные результаты указывают на эффективный подъем показателей минимального и среднего pH. Средний показатель среднего pH на фоне приема препарата находится на уровне выше 4, что является важным условием успешного лечения ГЭРБ.

Таким образом, клиническая и pH-метрическая оценка «Ланцидома» показала его эффективность при ГЭРБ. Необходимо отметить, что, влияя на нижний пищеводный сфинктер и секрецию соляной кислоты, «Ланцидом», исходя из патофизиологии данного заболевания, усиливает факторы защиты и ослабляет факторы агрессии, что, по-видимому, обуславливает субъективную и объективную эффективность препарата.

Помимо явного клинического эффекта «Ланцидома», необходимо также отметить удобство его применения (в капсуле содержится два препарата), что обуславливает улучшенный комплаенс пациентов. Немаловажным фактором является также экономич-

еский аспект: за счет комбинации двух препаратов в один снижается стоимость препарата.

#### Выводы

1. Для лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни часто необходима комбинация ингибиторов протонной помпы и прокинетиков для эффекта блокирования кислотно-пептической агрессии и устранения моторно-эвакуаторных нарушений одновременно.

2. Курсовое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни комбинированным препаратом «Ланцидом» позволяет устранить изжогу и другие симптомы патологии эзофагогастродуоденальной зоны.

3. Уже однократный прием препарата «Ланцидом» сопровождается повышением pH, а его курсовое применение обеспечивает достижение уровня pH в пищеводе и желудке, необходимого для успешного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов А.Г., Бурков С.Г., Маев И.В. и др. Супраэзофагеальные ларингофарингеальные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинический перспект. гастроэнтерол., гепатол.— 2006.— № 3.— С.28—32.
2. Бабак О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба (діагностика і лікування).— Харків, 2005.— 21 с.
3. Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.— К., 2000.— 175 с.
4. Выскребенцева С.А., Алферов В.В., Ковалева Н.А., Пасечников В.Д. Нарушения моторики желудка при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2005.— № 6.— С. 35—39.
5. Итоги школы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от наилучшего понимания к оптимизации терапии // Экспер. и клин. гастроэнтерол.— 2004.— № 5 (спец. выпуск).— 48 с.
6. Калинин А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: диагностика, терапия и профилактика // Фарматека.— 2003.— № 10.— С. 1—14.
7. De Vault K.R., Castell D.O. Updated Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Diseases // Am. J. Gastroenterol.— 2005.— Vol. 100.— P. 190—200.
8. Donnellan C., Sharma N., Preston C., Moayyedi P. Medical treatments for the maintenance therapy of reflux oesophagitis

and endoscopic negative reflux disease // Cochrane Database Syst. Rev.— 2004.— Vol. 4.— 003245.

9. Koek G.H., Sifrim D., Lerut T. et al. Effect of the GABA (B) agonist baclofen in patients with symptoms and duodeno-gastroesophageal reflux refractory to proton pump inhibitors // Gut.— 2003.— Vol. 52.— P.1397—1402.

10. Meining A., Bajbouj M., Stein H.J., Schmid R.M. Diagnosis and therapy of weakly-acid/non-acidic gastroesophageal reflux disease // Dtsch. Med. Wochenschr.— 2005.— Vol. 130.— P. 2266—2269.

11. Moayyedi P., Talley N.J. Gastro-oesophageal reflux disease // Lancet.— 2006.— Vol. 367.— P. 2086—2100.

12. Tack J., Koek G., Demedts I. et al. 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.— Vol. 99.— P. 981—988.

13. Zayachivska O.S., Savitsky Ya.M. A study of the prevalence of gastroesophageal reflux disease in Ukraine and determination risk factors // Materials of 10th World Congress of the International Society for Diseases of the Esophagus: Adelaide, Australia, February 22—25, 2006.— P.115.

14. Zhang Q., Lehmann A., Rigda R. et al. Control of transient lower oesophageal sphincter relaxations and reflux by the GABA B agonist baclofen in patients with gastroesophageal reflux disease // Gut.— 2002.— Vol. 50.— P.19—24.

## **НОВІ МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ**

**Ю.М. Степанов, І.Я. Будзак, Мохамед Арбі**

У статті наведено сучасні підходи до діагностики та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). Засвідчено потребу для частини хворих на ГЕРХ у призначенні комбінації інгібітора протонної помпи та прокінетика. Оцінено ефективність «Ланцидому» — комбінації лансопразолу та домперидону. На тлі прийому «Ланцидому» зафіксоване помітне зниження клінічних виявів ГЕРХ, а також під час рН-моніторингу — підвищення внутрішньошлункового рН до рівня, потрібного для успішного лікування ГЕРХ.

## **THE NEW POSSIBILITIES AND PERSPECTIVES OF THE TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

**Yu.M. Stepanov, I.Ya. Budzak, Mochammed Arbi**

The article presents the up-to-date approaches to the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD). There was shown the necessity of the use of proton pump inhibitor and prokinetic combination to some of these patients. The efficacy of Lincidom, combination of lansoprazole and domperidon, has been evaluated. The more significant decrease of GERD clinical signs has been revealed against the background of lincidom treatment. The pH-monitoring showed the increase of intra-esophageal pH up to the level necessary for effective treatment of GERD.