



В.Н. Чернобровый, С.Г. Мелашенко

Винницкий национальный медицинский университет
имени Н.И. Пирогова

VIII научно-практический симпозиум «Современная гастроэнтерология: актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики»

28–29 марта 2013 г. в г. Виннице по инициативе Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова (кафедра внутренней медицины с университетской клиничко-диагностической гастроэнтерологической лабораторией) состоялся традиционный VIII научно-практический симпозиум по актуальным вопросам современной гастроэнтерологии. Соорганизаторами мероприятия выступили Ассоциация врачей общей практики – семейной медицины Винницкой области, Департамент здравоохранения и курортов Винницкой областной государственной администрации, Департамент здравоохранения Винницкого городского совета.

В работе симпозиума приняли участие более 200 врачей общей практики – семейной медицины, терапевтов, гастроэнтерологов, педиатров.

Во время первого пленарного заседания выступили с докладами профессора, доктора медицинских наук: Жебель В.Н., Заика С.В., Зайков С.В., Мороз Л.В., Палий И.Г., Чернобровый В.Н. (Винница), Анохина Г.А., Бурчинский С.Г., Дуда А.К. (Киев); доценты, кандидаты медицинских наук: Катилев А.В. (Винница), Залесная Ю.Д., Козловский В.О. (Киев), Кабакова А.Б. (Тернополь). Тематика докладов была разнообразной, в частности, были рассмотрены вопросы диагностики, лечения и профилактики ГЭРБ, НПВП-гастропатии, хронического вирусного гепатита, цирроза печени, функциональных кишечных расстройств у детей, пищевой аллергии, фитотерапии заболеваний органов пищеварения и др.

В докладе проф. Чернобрового В.Н. речь шла о современных аспектах диагностики и фармакотерапии ГЭРБ, в частности, о применении при данном распространенном заболевании органов пищеварения ИПП и прокинетиков. **Отмечено, что доминантой фармакотерапии ГЭРБ являются ИПП, например, применение пантопразола (препарат Золопент®).** Впрочем, применение прокинетиков как патогенетических средств лечения у больных ГЭРБ в определенной степени находится в плоскости изучения, дискуссии и предоставления адекватных рекомендаций согласно канонам доказательной медицины [12, 16, 19, 24].

Ключевые слова: ГЭРБ, эзофаго-импеданс-pH-мониторинг, прокинетика, Домрид® SR

На фармацевтическом рынке Украины в настоящее время присутствуют разнообразные прокинетика: от метоклопрамида до итоприда [2]. В современной украинской гастроэнтерологической практике наиболее часто применяется домперидон. Определенными новациями прокинетической фармакотерапии являются итоприд, мосаприд, тегасерод и другие. Тем не менее, среди новаций признано неуместным применение агониста 5-HT₄-рецепторов цисаприда вследствие его выраженного кардиотоксического действия (продолгация интервала QT и желудочковые аритмии). Среди регуляторов моторики некоторое применение находят антиэметики – агонисты 5-HT₃-рецепторов (ондансетрон, трописетрон и др.). Наиболее изученным в плане механизма действия, эффективности, наличия побочных эффектов остается домперидон [4], синтезированный еще в 1974 году. **В последнее время**

в прокинетической фармакотерапии с применением домперидона привлекает внимание домперидон пролонгированного действия, в частности в виде торговой марки Домрид® SR (таблетки домперидона малеата пролонгированного действия по 30 мг), что дает возможность улучшить прокинетический эффект и приверженность пациентов лечению, применяя препарат, как правило, один раз в сутки за 15–30 минут до еды (для достижения максимального терапевтического эффекта в случае постпрандиального дуоденогастроэзофагеального рефлюкса), а в случае необходимости дополнительно еще 1 таблетку перед сном. Обычная продолжительность лечения у больных ГЭРБ составляет 2 недели.

В детской практике у детей в возрасте от 1 до 12 лет домперидон (Домрид®) назначают в виде оральной суспензии по 0,25–0,5 мг (0,25–0,5 мл

суспензии) на 1 кг массы тела ребенка 3–4 раза в сутки.

Показанием для назначения препарата Домрид® SR является ГЭРБ с наличием изжоги, обусловленной гастроэзофагеальным и дуоденогастроэзофагеальным рефлюксами. Применение препарата Домрид® SR является также актуальным при ассоциации ГЭРБ с функциональными гастродуоденальными расстройствами, в частности постпрандиальным дистресс-синдромом, который сопровождается замедлением моторно-эвакуаторной функции желудка, антро-дуоденальной дискоординацией, снижением частоты и амплитуды перистальтики желудка, ослаблением постпрандиальной моторики антрального отдела желудка, нарушением рецептивной и адаптивной релаксации желудка, нарушением циклической моторики активности желудка (тахибрадикастрия, антральная фибрилляция), ощущением переполненности желудка, наличием тяжести в эпигастрии, а также тошнотой и рвотой.

Домперидон повышает давление нижнего пищеводного сфинктера, пищеводный клиренс, уменьшает внутрижелудочное давление [1].

По данным Кокрановского реестра клинических исследований (<http://www.cochrane.org/ochrane-reviews>) и Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) домперидон оказывает положительное влияние на моторные эзофагогастродуоденальные расстройства и данные рН-мониторинга у детей.

Следует обратить внимание на противопоказания к применению домперидона, а именно: повышенная чувствительность к препарату, желудочно-кишечные кровотечения, кишечная непроходимость, угроза перфорации. Противопоказанием к применению домперидона является также пролактин-секретирующая опухоль гипофиза – органа, который находится вне гематоэнцефалического барьера (пролактинома); одновременное лечение кетоконазолом, флуконазолом, ингибиторами ВИЧ-протеазы (ритонавир, ампренавир и др.), макролидами (агонисты мотилиновых рецепторов – эритромицин, кларитромицин), амиодароном, которые вследствие ингибирования фермента CYP3 A4 (цитохром P450) могут действовать кардиотоксично, удлинять интервал QT и приводить к опасным желудочковым аритмиям. Домперидон не следует использовать при нарушении функционального состояния печени и/или почек.

Побочные реакции при применении домперидона наблюдаются, как правило, редко (>1/10000, <1/1000): крапивница, зуд и аллергические реакции, возбуждение, бессонница и ажитация, экстра-

пирамидальные расстройства (мышечный гипертонус, спазм мимических мышц, гиперкинезы), удлинение интервала QT и желудочковые аритмии, гастроинтестинальные расстройства, повышение АСТ, АЛТ, гинекомастия, аменорея, дизурия, конъюнктивит, стоматит.

По сравнению с другими прокинетиками домперидон является наиболее безопасным препаратом [1]. Применение метоклопрамида – неселективного блокатора дофаминовых рецепторов по сравнению с домперидоном (селективный блокатор) намного чаще (у 10–20% больных) приводит к побочным эффектам [2].

Новації прокинети́чної фармакотерапії (мосаприд, тегасерод, итоприд) мають практично аналогічним домперидону спектром побічного діяння [2, 5].

Домперидон – высокоселективный блокатор преимущественно периферических рецепторов дофамина (D2), стимулятор перистальтики – пропульсант (код АТС А03F А03), повышающий тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшает антродуоденальную моторику, ускоряет опорожнение желудка.

Дофамин – биогенный амин (продукт L-тирозина), предшественник норадреналина; нейромедиатор, подобен катехоламинам, стимулирует дофаминергические нейроны структур среднего мозга, базальных ганглиев полосатого тела, лимбической системы и гипоталамуса, а также дофаминовые рецепторы (D1 и D2) эзофагогастродуоденальной зоны (ингибирование аденилатциклазы и ЦАМФ).

В современной гастроэнтерологии существуют данные о применении прикинети́ков, в частности домперидона, совместно с ИПП [17, 20, 23] – такая комбинация улучшает результаты антирефлюксной и кислотосупрессивной терапии [11, 13, 21, 26, 28, 29].

Биодоступность домперидона составляет 12,7–17,6% и может увеличиваться на фоне приема пищи до 23,6%. Максимальная концентрация препарата в крови достигается через 0,5–2 часа, период полувыведения составляет 12,6±6,5 часов [1].

Положительная динамика ГЭРБ значительно усиливается при комбинации домперидона с ИПП [6, 7], а при наличии желчного дуодено-гастроэзофагеального рефлюкса (состав рефлюктата: желчные кислоты, лизолецитин, трипсин) – с урсодеоксихолиевой кислотой [3], например, по нашим данным, с препаратом Укрлив.

Во время второго пленарного заседания состоялся круглый стол на тему: «ГЭРБ и функциональные нарушения пищевода: дифференциальная

диагностика и дифференцированное лечение (презентация диагностических возможностей эзофаго-импеданс-рН-мониторинга)», на котором был заслушан доклад доц. Мелашенко С.Г. (модератор – проф. Чернобровый В.Н.). В частности, в докладе речь шла о том, что импедансометрия пищевода – метод регистрации жидкостных и газовых рефлюксов, основанный на измерении сопротивления (импеданса), которое создает переменному электрическому току содержимое, поступающее в полость пищевода [8]. Импедансометрия является сравнительно новой методикой диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), позволяющей определять эпизоды рефлюксов в пищевод с учетом рН и других физических особенностей рефлюктата (газ, жидкость). Основным принципом работы прибора является регистрация изменений импеданса в нескольких измерительных сегментах, расположенных на микрокатетере в полости пищевода. Идея создания данной техники принадлежит немецкому инженеру Jiri Silny и бельгийскому гастроэнтерологу Daniel Sifrim [30, 31], которые разработали прототип в начале 90-х годов прошлого столетия. За двадцать лет экспериментального и клинического применения мультисканальной интралюминальной импеданс-рН-метрии (МИИ-рН-М), метод не только доказал свою жизнеспособность, но и был признан наиболее информативным инструментом регистрации патологических гастроэзофагеальных рефлюксов. Известны и другие методики, комбинированные с импедансометрией пищевода, но именно комбинация с рН-мониторингом оказалась наиболее актуальной. Как известно, ключевым звеном патогенеза ГЭРБ является нарушение констриктивной функции нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и грудного отдела пищевода, что приводит к чрезмерной экспозиции агрессивных субстанций, поступающих из желудка и двенадцатиперстной кишки в пищевод. В традиционном эзофаго-рН-мониторинге критическим считается порог рН <4 ед., когда происходит активизация пепсиногена. Но некоторые изоформы этого фермента проявляют активность и при более высоких значениях. Кроме того, вероятным является повреждающее влияние желчных кислот при дуоденогастроэзофагеальных рефлюксах. Указанное делает актуальной регистрацию не только кислотных рефлюксов, но и слабощелочных ($4 < \text{pH} < 7$), и слабощелочных ($\text{pH} \geq 7$). МИИ-рН-М имеет безусловные преимущества в оценке щелочных рефлюксов. В большинстве случаев защелачивание пищевода происходит за счет глотков слюны и это достаточно четко диагностируется при

одновременном импеданс-мониторинге. Диагностика кислотных рефлюксов также становится более точной – определяются ререфлюксы, когда за одну рН-волну в пищевод подступает несколько болюсов желудочного содержимого. Иллюзию рефлюкса на рН-грамме иногда создают скачки кислотности вследствие антероградного поступления со слюной порций кислоты, которые попали в глотку раньше. С помощью МИИ-рН-М достигается лучшее качество диагностики кислотных рефлюксов, которое в конкретной клинической ситуации может иметь решающее значение.

Проведенные с помощью МИИ-рН-М поисковые исследования позволили более глубоко изучить звенья патогенеза ГЭРБ. Раньше считалось, что желчные рефлюксы являются исключительно щелочными, хотя по данным МИИ-рН-М в преимущественном большинстве они кислотные и наблюдаются у пациентов с тяжелыми формами недуга и особенно после резекции желудка. Появилась возможность количественной оценки химического и объемного клиренса пищевода. Преобладание у больных ГЭРБ кислотных рефлюксов над нещелочными является аргументом к углубленному изучению причин такого распределения – допускается важная роль так называемого «кислотного кармана».

Регистрация МИИ-рН-М всех ретроградных болюсов в пищевод достаточно тесно коррелирует с частотой спонтанной релаксации нижнего пищеводного сфинктера. Этот показатель считается одним из ключевых в патогенезе неэрозивной формы ГЭРБ. Поэтому метод находит применение в работах по поиску препаратов, которые могут снизить частоту этих спонтанных релаксаций, способствовать пропульсии содержимого пищевода в желудок. По нашим данным, среди пропульсантов-прокинетиков заслуживает внедрения в гастроэнтерологическую практику домперидон пролонгированного – Домрид® SR, который оказывает положительный эффект на показатели эзофаго-импеданс-рН-мониторинга, в первую очередь как антирефлюксный препарат для лечения ГЭРБ.

Важным является то, что МИИ-рН-М стал обязательным инструментом в деятельности врачей-практиков. Об этом свидетельствуют положения многих консенсусов и клинических рекомендаций. Например, Римским консенсусом III (2005) по диагностике и лечению функциональных расстройств пищеварения констатируется, что единственным инструментом, который может диагностировать аэрофагию, является МИИ-рН-М. Консенсус по лечению неэрозивной ГЭРБ (Vevey,

2009) признал целесообразность проведения 24-часовой внутрипищеводной рН-импедансометрии у пациентов, у которых возникновение и сохранение симптомов возможно в ответ на физиологические слабокислые и газовые рефлюксы [25]. Данная проблема является актуальной также для пациентов, которые страдают гипоацидностью после операций на желудке или вследствие атрофического гастрита и у которых рН желудочного содержимого близок к нейтральным и слабощелочным значениям.

В современной гастроэнтерологии анализируется 20-летний опыт применения эзофаго-импеданс-рН-мониторинга [15], его диагностические возможности [27].

Применение МИИ-рН-М тесно связано с фармакотерапией ГЭРБ ингибиторами протонной помпы (ИПП). Резистентность к этим препаратам является довольно частой проблемой гастроэнтерологической практики. Причем в большинстве случаев речь идет о наличии симптоматики у тех пациентов, которые только похожи на больных ГЭРБ, а именно о пациентах с функциональной изжогой. В случае резистентности метод определяет 3 отдельных ситуации: 1) пациенты (ориентировочно 10%), у которых действительно персистирует мощная кислотопродукция [18, 22, 32], несмотря на прием ИПП; 2) пациенты с гиперсенситивным пищеводом – имеющаяся чувствительность к некислотным рефлюксам и это является особенной формой ГЭРБ (37%); 3) функциональная изжога как психосоматическое расстройство, где отсутствует ассоциация симптомов и рефлюксов (53%). Математический анализ упомянутой ассоциации осуществляется с помощью математических расчетов индекса SAP (symptom association probability) точным методом Фишера. Распределение этих групп определяет дальнейшую тактику лечения: либо увеличение доз препаратов (1 группа), либо добавление адьювантов, способных уменьшить частоту спонтанной релаксации нижнего пищеводного сфинктера (2 группа), либо назначение психотропных препаратов (3 группа). При этом важным является то, что МИИ-рН-М позволяет достоверно определить больных с функциональной изжогой, когда резистентность к фармакотерапии ставит вопрос о проведении оперативного лечения ГЭРБ. Таких больных очень много (больше половины) и до последнего времени они создавали ситуацию неадекватности хирургического лечения.

Достаточно часто резистентными к ИПП явля-

ются больные с внепищеводными проявлениями ГЭРБ и ларингофарингеальным рефлюксом. В диагностике ларингофарингеального рефлюкса существенное место занимает именно импеданс-рН-мониторинг [10]. Несмотря на то, что факт патологического рефлюкса фиксируют у 30–40% больных с хроническим ларингитом, фарингитом, синуситами, средними отитами, globus hystericus, терапия двойными дозами ИПП в течение 3–6 месяцев в половине случаев оказывается неэффективной. Связывают это с сохранением пептического потенциала слабокислых рефлюксов, а также наличием газовых рефлюксов. Таким образом, МИИ-рН-М является незаменимой методикой диагностики и выбора правильной тактики лечения. У данного контингента больных есть также попытки применить менее инвазивные методы диагностики – ИФА-индикация пепсиногена слюны и мокроты (PEPtest), мониторинг носоглотки до кислотных паров (DX-pH Restech), но МИИ-рН-М остается «золотым стандартом» обследования [14].

В рамках круглого стола были продемонстрированы образцы оригинальной программы, техники и методики эзофаго-импеданс-рН-мониторинга, разработанных медико-инженерным коллективом под научным руководством проф. В.Н. Чернوبرового. Иллюстрацией диагностических возможностей эзофаго-импеданс-рН-мониторинга были также конкретные клинические случаи обследований больных в клинко-диагностической гастроэнтерологической лаборатории ВНМУ с кардиалгиями, рефлюксогенным кашлем, когда только возможность индикации некислотных рефлюксов с помощью МИИ-рН-М позволила установить правильный диагноз и назначить адекватное лечение.

В работе круглого стола приняли участие профессора Вдовиченко В.И. (Львов), Мосийчук Л.Н. (Днепропетровск), Палий И.Г. (Винница), Решетиллов Ю.И. (Запорожье), Федив А.И. (Черновцы), ведущий конструктор аппаратно-программного комплекса эзофагоимпеданс-рН-мониторинга Бершаков В.М. (Винница). На симпозиуме оригинальная украинская разработка техники, программы и методики эзофаго-импеданс-рН-мониторинга получила положительную оценку и была рекомендована для дальнейшего внедрения в гастроэнтерологическую практику как новация диагностики патологических

гастроэзофагеальних і дуоденогастроэзофагеальних рефлюксів, прежде всего у больных гастроэзофагеальною рефлюксною болістю і функціональними езофагеальними розладами (рисунок).

На другому пленарному засіданні були заслухані також лекції проф. Решетилової Ю.І. (Запоріжжя) «Аероїонний паспорт гастроентерологічного хворого», проф. Вдовиченко В.І. (Львів) «Хронічний панкреатит: досягнення і перспективи», проф. Федива А.І. (Чернівці) «Антибіотик-асоційована діарея, дисбіоз кишечника як проявлення побічних дій і ускладнень антибактеріальної терапії: діагностичні і лікувально-профілактичні підходи», проф. Палия І.Г. (Вінниця) «Терапія кислотнозалежних захворювань інгібіторами

протонної помпи в питаннях і відповідях», проф. Коломоєць М.Ю. з соавторами (Київ) «Актуальні питання профілактики і диференційованого лікування захворювань товстої кишки у хворих артеріальною гіпертензією середі державних службовців», доц., к.м.н. Колесника С.П. (Вінниця) «Заболевания органов пищеварения, коморбидные с остеопорозом: особенности диагностики и лечения». Стендовый доклад аспіранта Палия Д.В. був присвячений поліморфізму гена TLR-2,4 у хворих сальмонеллезом.

По закінченні першого і другого лекційного дня лікарям-учасникам симпозиуму видавалися відповідні сертифікати. В 2014 г. заплановано проведення наступного ІХ науково-практичного симпозиуму по гастроентерологічній тематіці.



Рисунок.

Фрагмент езофаго-імпеданс-рН-грамми (28.02.2013) без антисекреторних препаратів хворої В. 28 лет.

Діагноз: Неерозивна ГЕРБ.

События:

① —обычный кислотный рефлюкс;

② —глоток с антероградным скачком кислотности;

③ ④ —два кислотных рефлюкса (ререфлюкс);

⑤ —обычный глоток;

⑥ —слабокислотный рефлюкс.

Список литературы

- Архипов В.В., Сереброва С.Ю. Безопасность применения прокинетиков в практике терапевта на примере домперидона (Мотилака) // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 16, №15. – С. 1218.
- Бабак О.Я., Можина Т.П. Прокінетичні препарати (від метоклопраміду до ітоприду) у клінічній практиці // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – №5(43). – С. 4-11.
- Вдовиченко В.І., Джігед М., Острогляд А.В. Ефективність лікування гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби у хворих на цукровий діабет II типу // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – №2(58). – С. 20 – 23.
- Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев И.Н. Возможности применения домперидона в комплексной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Медицинский совет. – 2012. – №2. – С. 56-60.
- Мязин Р.Г. Сравнение прокинетиков итоприда и домперидона при лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и пациентов с функциональной дисфагией // Российский мед. журн. – 2010. – №6. – С. 355-360.
- Скрипник І.М., Осьодло Г.В., Шевага І.М. Оверлап-синдром неерозивної рефлюксної хвороби та функціональної диспепсії: клініко-епідеміологічний аналіз та лікування // Сучасна гастроентерологія. – 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. pH-импедансометрия пищевода. Пособие для врачей / Под ред. акад. РАМН, проф. В.Т. Ивашкина - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2013.-18 с.
- Чернявский В.В. Возможности современных прокинетиков в коррекции моторики пищеварительного тракта // Внутренняя медицина. – 2008. – №1. – С. 15-18.
- Ang D. 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? // D. Ang, T.L. Ang, E.K. Teo [et al.] // 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. – N270(4). – P. 1385-1390.
- Donellan C., Preston C., Moayyedi P. et al. WITHDRAWN: Medical treatments for the maintenance therapy of reflux oesophagitis and endoscopic negativereflux disease // Cochrane Database Syst. Rev. – 2010. – N2. – C D003245.
- 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. – N40(4). – P. 350-356.
- Hayat J.O. 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 / J.O. Hayat, Jin-Yong Kang, P.W. Dettmar, A.T. Moore [et al.] // Gastroenterology. 2012. – Vol. 42, Issue 5, Supplement 1. - P.411-412.
- Herbella F.A. Critical analysis of esophageal multichannel intraluminal impedance monitoring 20 years later / F.A. Herbella //ISRN Gastroenterol. - 2012. -Vol.2012:903240.
- Hiyama T., Yoshihara M., Tanaka S. et al. Strategy for treatment of nonerosive reflux disease in Asia // World J. Gastroenterol. – 2008. – N14(20). – P. 3123-3128.
- Hunchaisri N. Treatment of laryngopharyngeal reflux: a comparison between domperidone plus omeprazole and omeprazole alone // J.Med.Assoc.Thai. – 2012. – N95(1). – P. 73-80.
- Katz P., Reflux symptoms on twice daily (BID) proton pump inhibitor (PPI) associated with non acid reflux; a manifestation of hypersensitive esophagus [abstract] // P. Katz, R.M. Gideon, R. Tutuian // 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. – N2. – C D003244.
- 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. – N36(1). – P.3-15.
- 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. – N17(4). – P. 274-278.
- Mainie I. Acid and non-acid reflux in patients with persistent symptoms despite acid suppressive therapy: a multicentre study using combined ambulatory impedance-pH monitoring // Mamie, R. Tutuian [et al.] // Gut - 2006. - Vol.55(10). - P.1398-1402.
- 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. – N32(3). – P.323-332.
- Moayyedi P., Santana J., Khan M. et al. // WITHDRAWN: Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis // Cochrane Database Syst. Rev. – 2011. – N2. – C D003244.
- Modlin I.M. Diagnosis and Management of Non-Erosive Reflux Disease - The Vevey NERD Consensus Group / I.M. Modlin, R.H. Hunt, P. Malfertheiner, P. Moayyedi [et al.] // Digestion. - 2009. - V.80. - P.74-88.
- Ndraha S. Combination of PPI with a Prokinetic Drug in Gastroesophageal Reflux Disease // Indones. J. Intern. Med. – 2011. – N43(4). – P. 233-236.
- Rosen R. Does reflux monitoring with multichannel intraluminal impedance change clinical decision making? // Rosen, K. Hart, S. Nurko // J. Pediatr Gastroenterol Nutr. -2011.- Vol.52(4). - P.404-407.
- Shahani S., Sawant P., Dabholkar P. Rabeprazole plus domperidone: the answer for gastro-oesophageal reflux disease // J.Indian Med. Assoc. – 2008. – N106(4). – P. 264, 266, 268.
- Sharma B., Sharma N., Daga M.K. et al. Effect of omeprazole and domperidone on adult asthmatics with gastroesophageal reflux // World J. Gastroenterol. – 2007. – N13(11). – P. 1706-1710.
- Sifrim D. Diagnosis and management of patients with reflux symptoms refractory to proton pump inhibitors / D. Sifrim, F. Zerbib //Gut. - 2012. - Vol.61(9). - P.1340-1354.
- Sifrim D. Patterns of gas and liquid reflux during transient lower oesophageal sphincter relaxation: a study using intraluminal electrical impedance/D. Sifrim, J.Silny, R. Holloway, J. Janssens // Gut. - 1999. - Vol.44. - P.47-54.
- Zerbib F. Esophageal pH-impedance monitoring and symptom analysis in GERD: a study in patients off and on therapy/ F. Zerbib, S. Roman, A. Ropert [et al.] // Am. J. Gastroenterol.—2006.—Vol. 101.—P. 1956—1963.

В.Н. Чернобровый, С.Г. Мелашенко

Винницкий национальный медицинский университет имени М.И. Пирогова

VIII научно-практический симпозиум

«Современная гастроэнтерология:

актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики»

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

Abstract

Chernobrov V.N., Melashchenko S.G.

VIII Scientific and Practical Symposium "Modern Gastroenterology: Current issues of diagnosis, treatment and prevention"

The traditional scientific and practical symposium on current issues of modern gastroenterology took place in Vinnytsia on March 28–29 on the initiative of National Pirogov Memorial Medical University. The report of prof. Chernobrov 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. Melashchenko S.G. explained opportunities of multichannel intraluminal pH-monitoring by giving example of operation of original Ukrainian techniques.

Контактная информация:

Чернобровый Вячеслав Николаевич

Почтовый адрес:

21027, г. Винница, 27, а/я 2879

тел. моб. (067) 984-93-98

e-mail: pavlova1963@mail.ru