

БАРОЛ

Рабепразол натрію (капсули кишковорозчинні) 10 мг та 20 мг №30

Потужна та швидка кислотосупресивна дія вже з перших хвилин

Стабільний контроль оптимального рівня рН протягом 24 годин



ШВИДКІСТЬ ВИРІШУЄ ВСЕ!



**ЗНОВУ
в
УКРАЇНІ!**



Мега Лайфсайтез
Паблік Компані ЛТД



РП МОЗ України № UA4467/01/01 від 01.03.2011 р.
РП МОЗ України № UA/4467/01/02 від 01.03.2011 р.

Інформація призначена для лікарів
для використання у професійній діяльності

В.Ю. Приходько, д. мед. н., професор; **Д.Ю. Морєва**, кафедра терапії і геріатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Особливості перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у пацієнтів з серцево-судинною патологією. Роль емпіричної кислотосупресивної терапії рабепразолом в діагностиці та лікуванні ГЕРХ

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) посідає провідне місце за поширеністю серед захворювань шлунково-кишкового тракту. Офіційну статистичну реєстрацію ГЕРХ в Україні розпочато з 2009 року, однак інформація щодо захворюваності ще не є повною. Наразі відомо, що поширеність цієї патології становить 10 випадків на 1000 населення [5], що суттєво менше, ніж в європейських країнах. За даними анкетування, поширеність ГЕРХ в організованій популяції дорослих становить у середньому 30% (25,1% у чоловіків, 39,1% у жінок), при цьому щоденні скарги на печію висловлюють 3,3%, щотижневі – 17,3%; атипові скарги (на нічні кардіалгії, кашель, задиху) мають 7,8-13% опитаних без суттєвої залежності від статі, але зі зростанням частоти атипичних скарг з віком. Аналіз епідеміологічних даних свідчить, що поширеність ГЕРХ в Україні становить 11,1%.

Діагноз ГЕРХ передбачає виокремлення трьох основних форм захворювання: ерозивної (ЕРХ), на долю якої припадає близько 37% усіх випадків захворюваності; неерозивної (НЕРХ), яка складає основну частину в структурі ГЕРХ (60%), і стравоходу Баррета (3% хворих на ГЕРХ) [3, 8].

Існує прямий зв'язок між віком пацієнтів з ГЕРХ та клінічними проявами захворювання з тенденцією до зростання частоти атипичних проявів ГЕРХ (некардіального болю, перебоїв у роботі серця, хронічного кашлю) зі збільшенням віку пацієнтів [1, 6, 10]. Дослідження останніх років демонструють почастішання виявлення пацієнтів з поєднаною патологією: у 40% пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) є проблеми з гастроєзофагеальною зоною, а 62,7% хворих з гастроентерологічною патологією мають ураження серцево-судинної системи, зокрема, хронічну ішемічну хворобу серця. Існують дані, що серед пацієнтів з атипичними проявами ГЕРХ превалюють пацієнти з болями в грудній клітці некардіального генезу, зокрема, у 10-15% випадків єдиним проявом ГЕРХ є біль в грудній клітці, який має схожі клінічні характеристики з болем коронарної природи [2, 4]. Клінічні прояви ГЕРХ у літніх людей можуть бути виключно позастрравохідними: кардіальними й легеневиими.

Складність діагностики ІХС полягає в тому, що у 30% пацієнтів зі скаргами на біль в ділянці серця коронарні артерії не змінені. У цих випадках необхідне додаткове дослідження для діагностики джерела болю, у тому числі патології стравоходу. Звісно, поєднання ГЕРХ та ІХС вимагає від лікаря гарної обізнаності в проблемі позастрравохідних проявів ГЕРХ і застосування тесту з інгібіторами протонної помпи (ІПП) для виключення впливу ГЕРХ на перебіг кардіологічного захворювання. Значна схожість за характером, локалізацією, іррадіацією пояснюється спільністю іннервації серця та стравоходу. За результатами клінічних досліджень, ГЕРХ посідає друге місце (після ІХС) серед причин болювого синдрому в грудній клітці, хоча реальна частота його в різних популяціях невідома. Такий біль у грудній клітці потребує диференційної діагностики ІХС з використанням високочастотних та інвазивних технологій. Так, щороку майже 600 тис. американців проводять коронароангіографію з приводу загрузинного болю, при цьому у 10-30% обстежених не виявляють суттєвих змін.

Діагностика ГЕРХ часто здійснюється тільки на основі ендоскопічних методів дослідження. Це зовсім неправильно, оскільки у 60% випадків перебіг ГЕРХ є ендоскопічно негативним (спеціаліст з ендоскопії описує незмінену слизову стравоходу, хоча гастроєзофагеальний рефлюкс може бути вираженим), але саме за цього варіанту найчастіше спостерігається атипова (частіше – кардіальна) симптоматика, яка суттєво погіршує якість життя пацієнтів. Водночас у людей літнього віку ГЕРХ може поєднуватися з ІХС (частота поєднань та супутніх умов потребує подальшого дослідження). Патологічні механізми ГЕРХ, окрім того, що мають негативний вплив на перебіг ІХС, можуть відігравати роль тригерного фактору, який провокує виникнення нових нападів стенокардії. Результати одночасного 24-годинного рН- та ЕКГ-моніторингу підтверджують запропоновану раніше концепцію вісцеро-вісцеральних рефлексів у патогенезі рефлексорної стенокардії. Беручи до уваги те, що у хворих з ізольованою ГЕРХ подібних змін не спостерігалось, можна

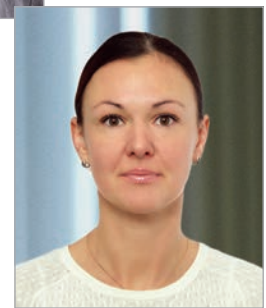
припустити, що при ІХС з'являються умови, за яких малі подразники, які йдуть від патологічно зміненого стравоходу, провокують болюві напади. У цьому разі відокремлення стравохідного компонента болю та його адекватна корекція різко полегшують перебіг ІХС та, відповідно, якість життя хворих. Близькість до серця, спільність іннервації здатні у разі переповнення шлунка, патології стравоходу за типом вісцеро-вісцеральних рефлексів провокувати аритмії, імітувати ІХС.

Поєднання ІХС та ГЕРХ характеризується взаємообтяжувальним впливом та частими атипичними проявами кожного з цих захворювань. Дослідження показали, що у 86,2% хворих на ІХС у поєднанні з ГЕРХ виявлені порушення ритму і у 74,5% – депресія сегмента ST. У людей літнього віку із супутньою ІХС рефлюксна хвороба має атипичний перебіг, подібний болювий синдром, і при цьому відсутній паралелізм між клінічними, ендоскопічними та морфологічними проявами хвороби. Синдром взаємного обтяження при поєднаному перебігу ГЕРХ та ІХС обумовлений тим, що патологічний гастроєзофагеальний рефлюкс запускає низку патогенетичних механізмів, які ініціюють дестабілізацію коронарного кровотоку, ішемію міокарда. Останніми роками з'явилися повідомлення про зв'язок коронарного синдрому Х (КСХ) та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Деякі автори розглядають КСХ як позастрравохідний прояв ГЕРХ. У хворих на КСХ з діагностованою ГЕРХ стенокардія напружила більш високого функціонального класу зустрічалася значно частіше, але головна відмінність полягала в тому, що гострі інфаркти міокарда в анамнезі у хворих з КСХ без ГЕРХ зустрічалися втричі рідше, ніж у пацієнтів з поєднаним перебігом КСХ та ГЕРХ. Слід також відзначити рефрактерність до антиангінальної терапії, терапії інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту, антагоністами рецепторів ангіотензину II пацієнтів з КСХ у поєднанні з ГЕРХ. Усім пацієнтам з КСХ проводили пробу з ІПП. Результати дослідження дозволили виявити ГЕРХ при КСХ за наявністю стійкої печії у 24% хворих, ерозії за даними ЕГДС – у 17%, за даними добової рН-метрії – у 22%, за позитивною пробою з ІПП – у 33%. Патологія верхнього відділу ШКТ може призводити до функціональних порушень серцево-судинної системи, які виникають опосередковано через вегетативну нервову систему. Більшість клінічних проявів вегетативної дисфункції, включаючи зміни синусового ритму й ектопічні аритмії, залежить від дисбалансу вегетативних впливів. Так, не викликає сумнівів значна роль нейровегетативних впливів на серце, які за їх дисбалансу спричиняють виникнення пароксизмальних фібриляцій передсердь (ФП) та підтримують їх. ГЕРХ може бути пусковим механізмом каскаду патологічних процесів, які ініціюють дестабілізацію коронарного кровотоку та ішемію міокарда за рахунок вісцеро-кардіального рефлексу, що реалізується через рефлексорну стенокардію і стає приводом для диференційної діагностики загрузинного болю.

35-70% хворих із захворюванням стравоходу ставиться помилковий діагноз ІХС, і навпаки, у 50% хворих на ІХС захворювання стравоходу залишається недиагностованим. За деякими даними, у людей віком від 60 до 74 років пік частоти епізодів печії або регургітації спостерігається два і більше разів на тиждень, у зв'язку з чим поєднання ГЕРХ та стенокардії є поширеною клінічною ситуацією. Крім того, у цій же віковій групі позастрравохідні прояви ГЕРХ відзначаються достовірно частіше (до 60%), аніж



В.Ю. Приходько



Д.Ю. Морєва

у молодих хворих, і характеризуються превалюванням кардіальної симптоматики.

Аналіз показав і стійкий взаємозв'язок між наявністю ГЕРХ та частотою пароксизмів ФП. Після врахування таких факторів ризику, як стать, вік, расова приналежність, а також більш жорстких предикторів розвитку ФП (ІХС, кардіоміопатія, дефект міжпередсердної перетинки), ГЕРХ, як і раніше, мала чіткий взаємозв'язок з підвищенням ризику розвитку ФП (95% довірчий інтервал 1,02-1,13).

Таким чином, набуває актуальності проблема своєчасної діагностики ГЕРХ як для диференціювання з ІХС, так і для підтвердження коморбідності цих двох хвороб, що дасть лікарю змогу правильно обрати терапевтичні стратегії (із застосуванням кислотосупресорної терапії – ІПП). Проблема відсутності «золотого стандарту» діагностики ГЕРХ та превалювання ендоскопічно негативних форм захворювання спонукають до пошуку більш простих та уніфікованих методик діагностики ГЕРХ. У таких випадках за відсутності тривожних ознак на перший план виступають неінвазивні методики, такі як анкетування пацієнтів та застосування емпіричної кислотосупресивної терапії у вигляді діагностичного тесту з інгібіторами протонної помпи (тест з ІПП). Іншим спірним питанням є строки застосування даного тесту у разі типових та позастрравохідних проявів ГЕРХ. За класичної симптоматики тест з ІПП триває два тижні, у пацієнтів з позастрравохідними проявами чітких строків застосування тесту не визначено, але він потребує достовірно більше часу. Якщо протягом одного місяця лікування регресу симптомів не відбувається, з'являється необхідність продовження діагностичного пошуку [5, 7, 11].

Власні дослідження. У рамках дослідження були обстежені 50 хворих з артеріальною гіпертензією 1-го та 2-го ступеня в поєднанні з хронічною ІХС, 30 з яких із наявною супутньою ГЕРХ були виділені в основну групу. З 30 пацієнтів основної групи у 12 діагностовано ендоскопічно позитивний варіант захворювання, представлений рефлюкс-езофагітом ступеня А за Лос-Анджелеською системою класифікації (LA Classification System), а у 18 – ендоскопічно негативний варіант, для якого характерні незначні зміни слизової стравоходу та типову симптоматику ГЕРХ, виявлену під час опитування та за даними анкетування.

Усіх пацієнтів було опитано за анкетой GerdQ. Опитувальник містив 6 запитань, кожне з яких оцінювалось максимум у 3 бали. Якщо підсумковий бал дорівнював 8 та більше, значить, у пацієнта висока вірогідність наявності ГЕРХ [9]. Як видно з таблиці 1,

Продовження на стор. 54.

В.Ю. Приходько, д. мед. н., професор; Д.Ю. Морєва, кафедра терапії і гериатрії
Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Особливості перебігу застроезофагеальної рефлюксної хвороби у пацієнтів з серцево-судинною патологією. Роль емпіричної кислотосупресивної терапії рабепразолом в діагностиці та лікуванні ГЕРХ

Продовження. Початок на стор. 53.

навіть за відсутності змін слизової стравоходу у хворих були типові симптоми ГЕРХ, про що свідчить кількість балів – 11 проти 13 (недостовірні різниця) у осіб з ендоскопічно позитивною ГЕРХ.

Типові симптоми, на які звертали увагу хворі, наведені в таблиці 2. Симптоми оцінювалися протягом одного тижня максимум у 3 бали, що означало високу вираженість симптому, мінімум у 0 балів, що свідчило про відсутність симптому. У таблиці наведено середні значення по групі за кожним симптомом. Як видно з таблиці, за наявності ерозивної ГЕРХ у хворих як вдень, так і вночі була більш виразною печія і вони частіше використовували антациди для її зменшення. А от відчуття нудоти і виникнення відрижки були однаково виразні.

Результати анкетування GerdQ продемонстрували пряму залежність між формою ГЕРХ та бальною оцінкою симптомів. Пацієнти з ерозивними формами ГЕРХ мали найвищий середній бал за класичними симптомами гастроєзофагеального рефлюксу, тоді як пацієнти з неерозивними формами мали дещо нижчі показники за відповідними пунктами.

Усі пацієнти незалежно від форми ГЕРХ отримували лікування ІПП – рабепразолом (Барол) у дозі 20 мг двічі на добу за 40 хвилин до їжі як тест-терапію, яка тривала протягом двох тижнів у рамках стаціонарного лікування. Упродовж цього періоду кожного дня здійснювалася оцінка вихідних симптомів захворювання. У тих

випадках, коли скарги пацієнта обмежувалися лише типовою симптоматикою ГЕРХ та мав місце регрес симптомів, пацієнту рекомендувався амбулаторний прийом рабепразолу (Барол) у дозі 20 мг двічі на добу за 40 хвилин до їжі протягом 8 тижнів. У разі наявності окрім типових симптомів ГЕРХ, позастравохідних проявів захворювання пацієнтам було рекомендовано лікування препаратом Барол у дозі 20 мг двічі на добу за 40 хвилин до їжі протягом 12 тижнів з подальшим контролем симптоматики.

Саме рабепразол (Барол) був обраний як тестовий ІПП завдяки швидкій кислотосупресивній дії. Так, відомо, що застосування для теста з ІПП рабепразолу (замість омепразолу) у дозі 20 мг на добу дозволяє скоротити період тестування з 2 тижнів до 7 днів, а першу оцінку – до 1-3 днів за рахунок більш швидкого настання максимального антисекреторного ефекту.

Рандомізоване дослідження з порівняння ефективності омепразолу в дозі 20 мг і рабепразолу в дозі 20 мг один раз на день для лікування ерозивної ГЕРХ (X. Xia, H. Wang, 2013) показало, що за 8 тижнів рабепразол продемонстрував переваги перед омепразолом щодо зменшення симптомів за однакової переносимості препаратів і відсутності різниці в динаміці ендоскопічної картини [12]. Цей факт був для нас особливо важливим, тому що саме зменшення позастравохідних симптомів у хворих з ГЕРХ було важливою складовою очікуваних результатів. Водночас у дослідженні ефективності різних ІПП при езофагіті (A. Pilotto, F. Marilisa, L. Gioacchino, 2007) у літніх хворих рабепразол і пантопризол виявилися значно дієвішими за омепразол при лікуванні езофагіту й ефективніше за омепразол або лансопризол полегшували симптоми [13].

Отримані впродовж 15-денного курсу лікування ІПП рабепразолом в дозі 20 мг двічі на добу за 40 хв до їжі результати, наведені в таблиці 3, продемонстрували, що зі 100% пацієнтів зі скаргами на прояви денної печії при ерозивних формах ГЕРХ у 60% симптоматика мала тенденцію до регресу з 4 по 7 день лікування,

у 16% ця тенденція спостерігалася з 0 по 3 день лікування, 8% пацієнтів відзначали полегшення симптомів з 8 по 11 день і лише 16% не помітили жодних змін. Таким чином, за два тижні лікування у 84% хворих зникла денна печія, а у всіх 100% – нічна.

У групі пацієнтів з неерозивними формами ГЕРХ результати виявилися дещо інакшими: основний відсоток пацієнтів (33%) припадає на групу з регресом симптомів на 4-7 дні лікування, друге місце з 25% посідає група хворих, стан яких не змінився протягом 15 днів лікування, і третє місце з однаковим результатом 17% мають пацієнти з регресом симптомів на 0-3 та 8-11 дні лікування. Отже, 75% пацієнтів з НЕРХ мали позитивну реакцію на лікування ІПП рабепразолом у дозі 20 мг двічі на добу за 40 хв до їжі протягом 15 днів лікування та 84% пацієнтів з ЕРХ також продемонстрували позитивну відповідь на лікування ІПП.

Атипові прояви ГЕРХ оцінювалися за некардіальним болем у грудній клітці. Усі пацієнти з ГЕРХ до початку лікування піддавалися оцінці згідно з візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Вираженість больового синдрому в грудній клітці оцінювалася за шкалою від 0 до 100 мм.

Як видно з таблиці 4, вираженість болю в грудній клітці у більшості хворих була помірною (30-60 мм за шкалою ВАШ). При цьому не спостерігалася суттєвої різниці між хворими з НЕРХ і ЕРХ за тяжкістю позастравохідних проявів хвороб.

У групі пацієнтів з ерозивними формами ГЕРХ максимальний процент хворих з регресом симптомів за некардіальним болем у грудній клітці припадає на 4-7 день лікування. Зменшення симптомів у період з 0 по 3 день лікування відзначають 20% пацієнтів з ерозивною ГЕРХ та 17% – з НЕРХ, на 8-11 день – ще 10% пацієнтів з ерозивною ГЕРХ та 17% – з НЕРХ. Відсутність будь-якого полегшення болю в грудній клітці в період 15-денного лікування засвідчили 20% пацієнтів з ерозивною ГЕРХ та 25% – з НЕРХ. Слід зазначити, що позастравохідні прояви ГЕРХ важче піддаються корекції порівняно з типовими стравохідними (печією). Якщо печія повністю зникла у 84% хворих за два тижні лікування рабепразолом (Барол), то біль у грудній клітці зник у 80% хворих з ЕРХ. При НЕРХ контроль симптомів був досягнутий у 75%. Отриманий результат свідчить про досить високу клінічну ефективність рабепразолу (Барол). Наразі відомо про швидкий вплив препарату на рівень кислотності шлунку і загоєння ерозивних дефектів в стравоході і шлунку. Але ж симптоми ГЕРХ, зокрема позастравохідні, дуже важко піддаються корекції. Неабияку роль у цьому можуть відігравати рефлекторні «кибні кола» на тлі тривалої патологічної стимуляції нижньої третини стравоходу рефлюктом, тривожно-депресивні розлади. Тому корекція позастравохідних кардіальних проявів ГЕРХ, безумовно, потребує більше часу і комплексного підходу із застосуванням не тільки ІПП, а й прокінетиків, заспокійливих препаратів і антидепресантів, а за потреби – й антацидів. Проте в таких випадках слід віддавати перевагу найшвидшим і найпотужнішим базовим кислотосупресивним препаратам, яким і є рабепразол.

Література

1. Бабак М.О. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба в поєднанні з ожирінням: клініко-патогенетичні особливості, епідеміологічний аналіз та прогнозування перебігу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к. мед. н.: спец. 14.01.02 «внутрішні хвороби» / М.О. Бабак. – Луганськ, 2011. – 27 с.
2. Беленков Ю.Н. Ишемическая болезнь сердца и рефлюкс-эзофагит: сложности дифференциальной диагностики и лечения больных / Ю.Н. Беленков, Е.В. Привалова, А.О. Юсупова, М.В. Кожевникова // Медицина неотложных состояний. – 2012. – № 1 (40). – С. 13-19.
3. Комаров Ф.И. Руководство по гастроэнтерологии / Ф.И. Комаров, С.И. Рапопорт. – М.: МИА, 2010. – 859 с.
4. Осадчук М.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как мультидисциплинарная патология / М.А. Осадчук, А.А. Свистунова, М.М. Осадчук, И.Н. Николаенко // Поликлиника. – 2013. – № 4 (3). – С. 88-96.
5. Харченко Н.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная хвороба. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Н.В. Харченко, О.Я. Бабак, П.Д. Фомін та ін. – Київ, 2013. – 31 с.
6. Chih-Hsun Y. Atypical Symptoms in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease / Y. Chih-Hsun, L. Tso-Tsai, C. Chien-Lin // Journal of Neurogastroenterology and Motility. – 2012. – Vol. 18. – P. 287-283.
7. Flook N. Approach to managing undiagnosed chest pain / N. Flook, P. Unge, L. Agreusetal // Canadian Family Physician. – 2007. – Vol. 53. – P. 261-266.
8. Giacchino M. Distinction between patients with non-erosive reflux disease and functional heartburn / M. Giacchino, V. Savarino, E. Savarino // Annals of Gastroenterology. – 2013. – Vol. 26. – P. 283-289.
9. Jonasson C. Validation of the GerdQ questionnaire for diagnosis of gastroesophageal reflux disease / C. Jonasson, B. Wernersson, D.A. Hoffatal // Aliment Pharmacol Ther. – 2013. – Vol. 37. – P. 564-572.
10. Min Y.W. Prevalence of Extraesophageal Symptoms in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease: A Multicenter Questionnaire-based Study in Korea / Y.W. Min, S.W. Lim, J.H. Lee, H.L. Lee et al. // Journal of Neurogastroenterology and Motility. – 2014. – Vol. 20. – P. 87-93.
11. Thomson A. Impact of PPIs on patient focused symptomatology in GERD / A. Thomson // Therapeutics and Clinical Risk Management. – 2008. – Vol. 4. – P. 1185-1200.
12. Xia X. Gastroesophageal Reflux Disease Relief in Patients Treated with Rabeprazole 20 mg versus Omeprazole 20 mg: A Meta-Analysis esophagitis / X. Xia, H. Wang // Gastroenterology Research and Practice. – 2013. – Vol. 2013. – P. 1687-6121.
13. Pilotto A. Comparison of four proton pump inhibitors for the short-term treatment of esophagitis in elderly patients / A. Pilotto, F. Marilisa, L. Gioacchino et al. // WJG. – 2007. – Vol. 13. – P. 4467-4472.

Таблиця 1. Бальна оцінка за анкетною GerdQ залежно від форми ГЕРХ

Форма ГЕРХ	ЕРХ, n	НЕРХ, n	Загалом, n
Кількість пацієнтів, n	12	18	30
Середній бал за анкетною GerdQ	13	11	

Таблиця 2. Частота виявлення типових симптомів ГЕРХ за анкетною GerdQ залежно від форми захворювання

Форма ГЕРХ	ЕРХ	НЕРХ
Частота відчуття печії	3	2
Частота відчуття відрижки	2	2
Частота болю в центрі верхньої частини живота (симптом виключення)	1	2
Частота виникнення нудоти (симптом виключення)	1	1
Як часто печія або відрижка заважали нічному сну	3	2
Як часто доводилося застосовувати препарати для зняття симптомів печії	3	2

Таблиця 3. Регрес типових симптомів ГЕРХ при різних формах захворювання залежно від тривалості прийому ІПП

Форма ГЕРХ	ЕРХ, n=12		НЕРХ, n=18	
	печія, n=12	нічна печія, n=4	печія, n=12	нічна печія, n=6
День прийому ІПП	зникнення симптому, кількість хворих		зникнення симптому, кількість хворих	
0-3	2 (16%)	1 (25%)	2 (17%)	2 (33%)
4-7	7 (60%)	2 (50%)	4 (33%)	2 (33%)
8-11	1 (8%)	1 (25%)	2 (17%)	1 (17%)
12-15	0 (0%)	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)
Симптоми без змін	2 (16%)	0 (0%)	3 (25%)	1 (17%)

Таблиця 4. Результати оцінки некардіального болю у грудній клітці згідно з даними ВАШ за різних форм ГЕРХ

Форма ГЕРХ	ЕРХ, n	НЕРХ, n	Загалом, n
Кількість пацієнтів, n	12 (100%)	18 (100%)	30
Кількість пацієнтів з некардіальним болем	10 (83%)	12 (66%)	22
0-20 мм	1	3	3
30-50 мм	6	7	14
60-80 мм	2	2	4
90-100 мм	1	0	1

Таблиця 5. Вплив ІПП рабепразолу (Барол) на перебіг атипової симптоматики у вигляді некардіального болю у грудній клітці за різних форм ГЕРХ

Форма ГЕРХ	ЕРХ, n=10		НЕРХ, n=12	
	некардіальний біль		некардіальний біль	
День прийому ІПП рабепразолу	кількість хворих, в яких симптом зник		кількість хворих, в яких симптом зник	
0-3	2 (20%)		2 (17%)	
4-7	5 (50%)		4 (33%)	
8-11	1 (10%)		2 (17%)	
12-15	0 (0%)		1 (8%)	
Симптоми без змін	2 (20%)		3 (25%)	