

# Омепразол в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

О.Н. МИНУШКИН,  
Л.В. МАСЛОВСКИЙ,  
Ю.Н. ЛОЩИННА,  
Н.Ю. АНИКИНА

Учебно-научный  
медицинский центр УД  
Президента РФ

*В развитых странах последние годы заболеваемость гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) неуклонно возрастает. Симптомы ГЭРБ испытывают ежедневно до 10% населения, еженедельно – 30%, ежемесячно – 50%. Тенденция к увеличению заболеваемости ГЭРБ явилась основанием провозгласить на 6-й Европейской гастроэнтерологической неделе лозунг «XX век – век язвенной болезни, XXI – век ГЭРБ».*

**Р**оссийские исследования, проведенные в рамках программы ВОЗ MONICA в Новосибирске, показали сопоставимую с вышеперечисленными данными частоту ГЭРБ. Изжогу испытывают 61,7% мужчин и 63,6% женщин, причем 10,3% и 15,1% часто или постоянно (5). Результаты собственных исследований, основанные на ретроспективном анализе первичных заключений ЭГДС 5107 гастроэнтерологических больных за 5-летний период, показали, что эндоскопические признаки рефлюкс-эзофагита были выявлены у 1419 пациентов (27,8%), из них 880 мужчин (28,8%) и 539 женщин

(26,3%) (процент дан от общего количества мужчин или женщин). Катаральный эзофагит был выявлен у 890 пациентов (17,4%) – 538 мужчин (17,8%) и 352 женщин (17,2%). Эрозивный эзофагит – у 529 обследованных (10,4%) – 342 мужчины (11,2%) и 187 женщин (9,1%) .

Адекватное лечение ГЭРБ необходимо, так как это заболевание ухудшает качество жизни пациентов, а длительное существование и прогрессирование эзофагита может привести к развитию стриктур, пищевода Барретта и рака пищевода.

Лечение ГЭРБ включает рекомендации по изменению образа жизни пациента и медикаментозную терапию (2). У пациентов без эзофагита целью лечения является устранение симптомов, связанных с рефлюксом кислоты (изжога, иногда боли за грудиной) и улучшение качества жизни. При наличии эзофагита лечение проводят также для предотвращения развития таких осложнений, как стриктура пищевода или метаплазия эпителия (пищевод Барретта).

При всех вариантах ГЭРБ исходное лечение включает комплекс мероприятий по безлекарственной

терапии (подъем головного конца кровати, снижение массы тела, диетические ограничения и др.) и прием антацидов. При сохранении симптомов на этом фоне в течение 2-4 недель подключают лекарственную терапию. Наиболее предпочтительным вариантом первоначальной медикаментозной терапии являются ингибиторы протонной помпы. Имеющиеся на сегодняшний день данные свидетельствуют о примерно одинаковой клинической эффективности различных представителей этой группы препаратов (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол и эзомепразол) (9, 11). Ряд исследований свидетельствует о некотором превосходстве эзомепразола над омепразолом по степени подавления желудочной секреции и скорости появления эффекта (10). Однако полученные различия могут быть обусловлены различными дозировками препаратов (40 мг и 20 мг соответственно).

Собственный опыт *курсового лечения* 115 больных (77 мужчин, 38 – женщин, средний возраст 45,1 ± 1,2 лет) ГЭРБ 0-4 степени омепразолом, эзомепразолом, рабепразолом в стандартных дозах в течение 4 недель показал высокую клиническую и эндоскопическую эффективность всех исследованных препаратов (6, 7, 8).

Динамика клинической и эндоскопической картины представлена в таблицах 1 и 2.

Представленные данные свидетельствуют о высокой эффективности всех использованных препаратов в лечении эрозивного эзо-

**Таблица 1. Количество больных с полным заживлением эрозий через 4 недели лечения различными ИПП в зависимости от степени рефлюкс-эзофагита**

Вид и сроки лечения	Количество больных с полным заживлением эрозий			
	Степень рефлюкс-эзофагита			
	1	2	3	4
Омез 20 мг 2 р/сут. 4 недели	11/12 (91,6%)	9/11 (81,8%)	10/11 (90,9%)	1/1(100%)
Париет 20 мг 1 р/сут. 4 недели	16/17 (94,1%)	17/26 (70,8%)	3/12 (25%)	0/5 (0%)
Нексиум 40 мг 1 р/сут. 4 недели	5/7 (71,4%)	7/13 (53,8%)	0/10 (0%)	–

фагита, достоверных отличий по количеству больных с полным заживлением эрозий через 4 недели лечения при использовании Омеза, Париета или Нексиума не наблюдали. Аналогичная картина наблюдалась и в отношении купирования симптомов, в частности изжоги. Из таблицы 2 видно, что некоторое преимущество имеет Омез.

Для оценки эффективности различных режимов поддерживающей терапии был использован препарат Омез. Одной из причин этого выбора было то, что Омез является одним из наиболее доступных в России ингибиторов протонной помпы и по своей эффективности не уступает другим ингибиторам протонной помпы, представленным на российском фармацевтическом рынке.

Нами была проведена оценка эффективности 4 режимов поддерживающей терапии Омезом (омепразолом) в дозе 20 мг в течение 12 месяцев у больных ГЭРБ 0 и 1 ст. по достижении клинико-эндоскопической ремиссии при курсовом лечении:

- 1) прием Омеза в дозе 20 мг/сут ежедневно (1 группа – 20 больных);
- 2) прием Омеза в дозе 20 мг/сут через день (2 группа – 20 человек);
- 3) прием Омеза в дозе 20 мг в режиме «по требованию»: 20 мг/сут при изжоге (3 группа – 20 больных);
- 4) прием Омеза в дозе 20 мг в режиме «выходного дня»: 20 мг/сут в пятницу, субботу и воскресенье (4 группа – 15 больных);
- 5) контрольная группа – пациенты, не получавшие поддерживающей терапии (5 группа – 30 больных).

Всего к исследованию было принято 105 больных: 62 мужчины (59%) и 43 женщин (41%). Все больные принадлежали к европейской расе. Характеристика группы представлена в таблице 3.

Перед включением в исследование всем больным проводилась ЭГДС (таблица 4), оценивались выраженность симптомов и качество жизни. Клинико-эндоскопический контроль проводился каждые 3 месяца. Оценка степени ГЭРБ при

**Таблица 2. Процент больных с полным купированием изжоги через 4 недели лечения различными ИПП**

Число больных, %	Омез	Париет	Нексиум
	96,0%	91,4%	83,4%

**Таблица 3. Характеристика исследуемых больных**

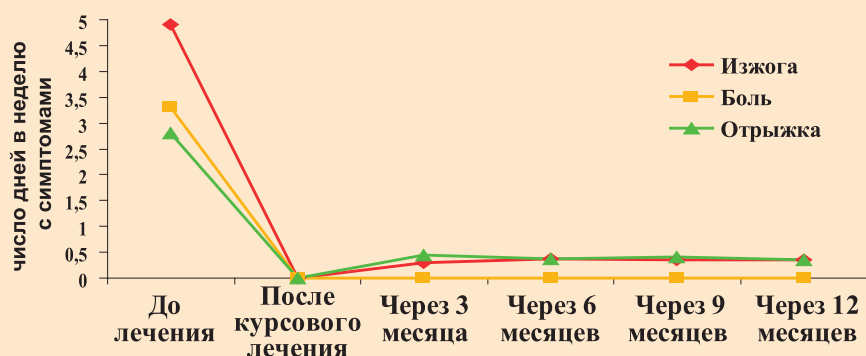
Средний возраст, годы	44,6 ± 14,5
Продолжительность заболевания, годы	4,98 ± 3,57
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, n (%)	57 (55,2%)
Курение, n (%)	29 (27,6%)
Анамнез ≥ 5 лет, n (%)	47 (44,7%)

**Таблица 4. Распределение больных по группам в зависимости от степени ГЭРБ**

Группа	Степень ГЭРБ при ЭГДС	
	ГЭРБ 0 степени	ГЭРБ 1 степени
Группа 1 (n = 20)	9 (45%)	11 (55%)
Группа 2 (n = 20)	8 (40%)	12 (60%)
Группа 3 (n = 20)	11 (55%)	9 (45%)
Группа 4 (n = 15)	7 (46,6%)	8 (53,3%)
Группа 5 (n = 30)	13 (43,3%)	17 (56,6%)

**Таблица 5. Характеристика больных исследуемых групп**

Критерии	Группа 1 (n = 20)	Группа 2 (n = 20)	Группа 3 (n = 20)	Группа 4 (n = 15)	Группа 5 (n = 30)
Средний возраст (года)	46,5 ± 15,6	40,9 ± 13,0	41 ± 12,5	44,3 ± 13,6	42,3 ± 13,5
Длительность заболевания (лет)	5,0 ± 4,0	5,2 ± 3,2	5,4 ± 4,1	5,1 ± 3,9	4,9 ± 4,4
ИМТ	25 ± 4,1	25,7 ± 4,3	24,8 ± 5,3	25,4 ± 5,1	25,6 ± 4,9
ГПОД, n (%)	12 (60%)	10 (50%)	11 (55%)	8 (53,3%)	17 (56,6%)
Анамнез ≥ 5 лет, n (%)	11 (55%)	11 (55%)	10 (50%)	8 (53,3%)	17 (56,6%)
Курение, n (%)	6 (30%)	5 (25%)	5 (25%)	6 (40%)	7 (23,3%)



**Рисунок 1. Динамика симптомов у больных 1 группы (Омез 20 мг ежедневно)**

ЭГДС проводилась по классификации Savary-Miller в модификации Carisson и соавт. Пациенты вели ежедневный дневник, в котором оценивали интенсивность симпто-

мов по шкале Лайкерта, для оценки качества жизни использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Пациенты получали курсовое лечение ИПП в полной дозе до достиже-

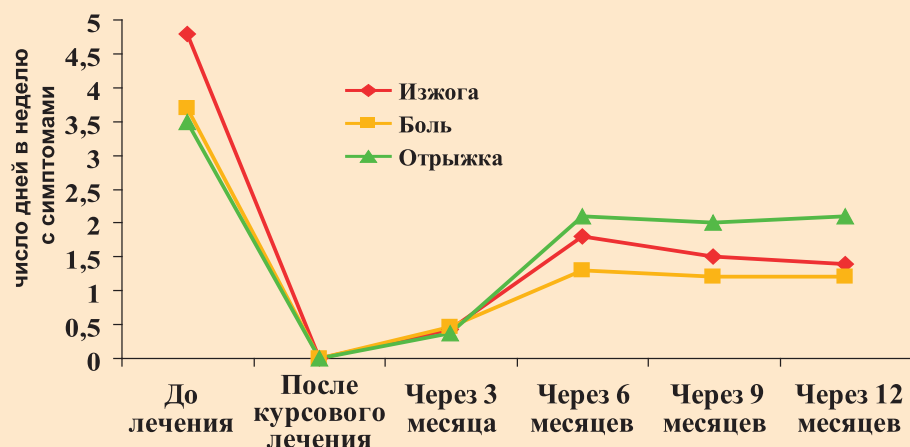


Рисунок 2. Динамика симптомов у больных 2 группы (Омес 20 мг через день)

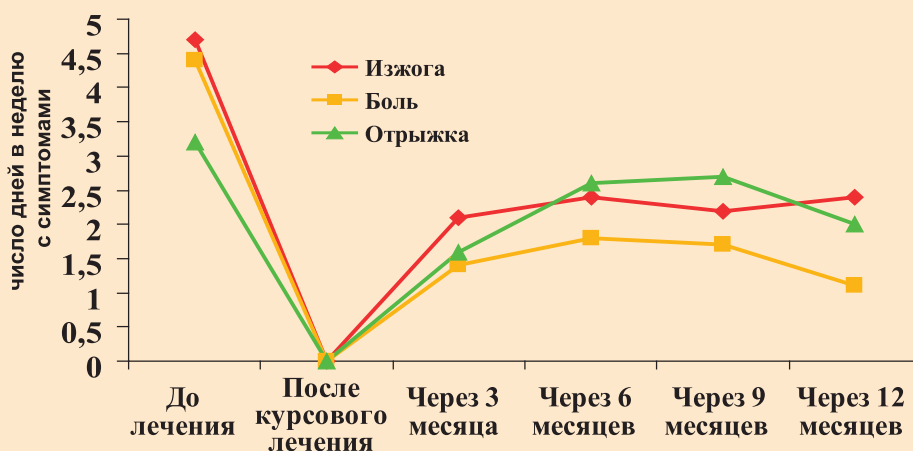


Рисунок 3. Динамика симптомов у больных 3 группы (Омес 20 мг «по требованию»)

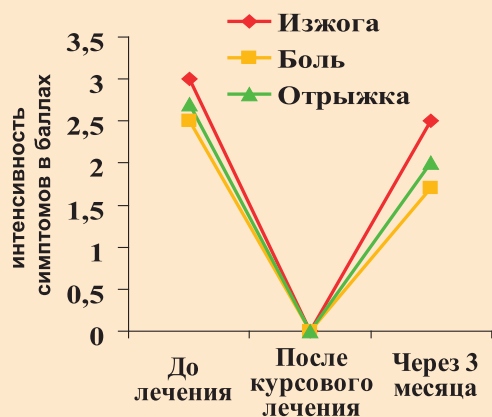


Рисунок 4. Динамика симптомов у больных 4 группы (Омес 20 мг в режиме выходного дня)

цидив эрозивной формы при ЭГДС был выявлен у 7 больных, что составило 87,5%. У больных контрольной группы рецидив наблюдали в 100% случаев через 6 месяцев после окончания курсовой терапии.

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ДАННЫМ

Динамика частоты изжоги на фоне поддерживающей терапии в разных группах представлена на рисунках 1-4.

Представленные данные свидетельствуют о достоверном ( $p \leq 0,05$ ) уменьшении количества дней в неделю с изжогой:  $4,9 \pm 1,2$  дня в неделю исходно,  $0,33 \pm 0,2$  дня через 3 мес.,  $0,38 \pm 0,2$  дня через 6 мес.,  $0,36 \pm 0,1$  дня через 9 мес. и  $0,35 \pm 0,2$  дня через 12 мес. Интенсивность изжоги у больных 1 группы по сравнению с исходной также достоверно уменьшилась. Рецидив клинических симптомов в виде единичных эпизодов изжоги отмечался у 20% больных, эндоскопических рецидивов отмечено не было.

У пациентов, получавших Омез 20 мг/сут через день, также отмечено уменьшение интенсивности изжоги. Количество дней в неделю с изжогой достоверно ( $p \leq 0,05$ ) снизилось:  $4,8 \pm 1,2$  дня в неделю исходно,  $0,43 \pm 0,2$  дня через 3 мес.,  $0,43 \pm 0,3$  дня через 6 мес.,  $1,5 \pm 0,6$  дня через 9 мес. и  $1,4 \pm 0,6$  дня через 12 мес. В целом рецидив клинической симптоматики отметили 30% больных, при ЭГДС рецидивов не наблюдали.

Возврат клинических симптомов отметили все больные 3 группы. Достоверного уменьшения интенсивности изжоги по сравнению с исходным уровнем отмечено не было, хотя видна тенденция к снижению. При оценке количества дней в неделю с изжогой также выявлено достоверное ( $p \leq 0,05$ ) уменьшение:  $4,7 \pm 1,1$  дня в неделю исходно,  $2,1 \pm 0,9$  дня через 3 мес.,  $2,4 \pm 0,9$  дня через 6 мес.,  $2,2 \pm 0,8$  дня через 9 мес. и  $2,4 \pm 0,9$  дня через 12 мес. При ЭГДС рецидив был отмечен у 44,4% пациентов.

При приеме Омеза в дозе 20 мг

ния клинко-эндоскопической ремиссии, после чего им назначалась поддерживающая терапия Омезом в одном из режимов.

Распределение по группам было случайным. Пациенты каждой группы были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, индексу массы тела (ИМТ) и ряду других признаков (таблица 5).

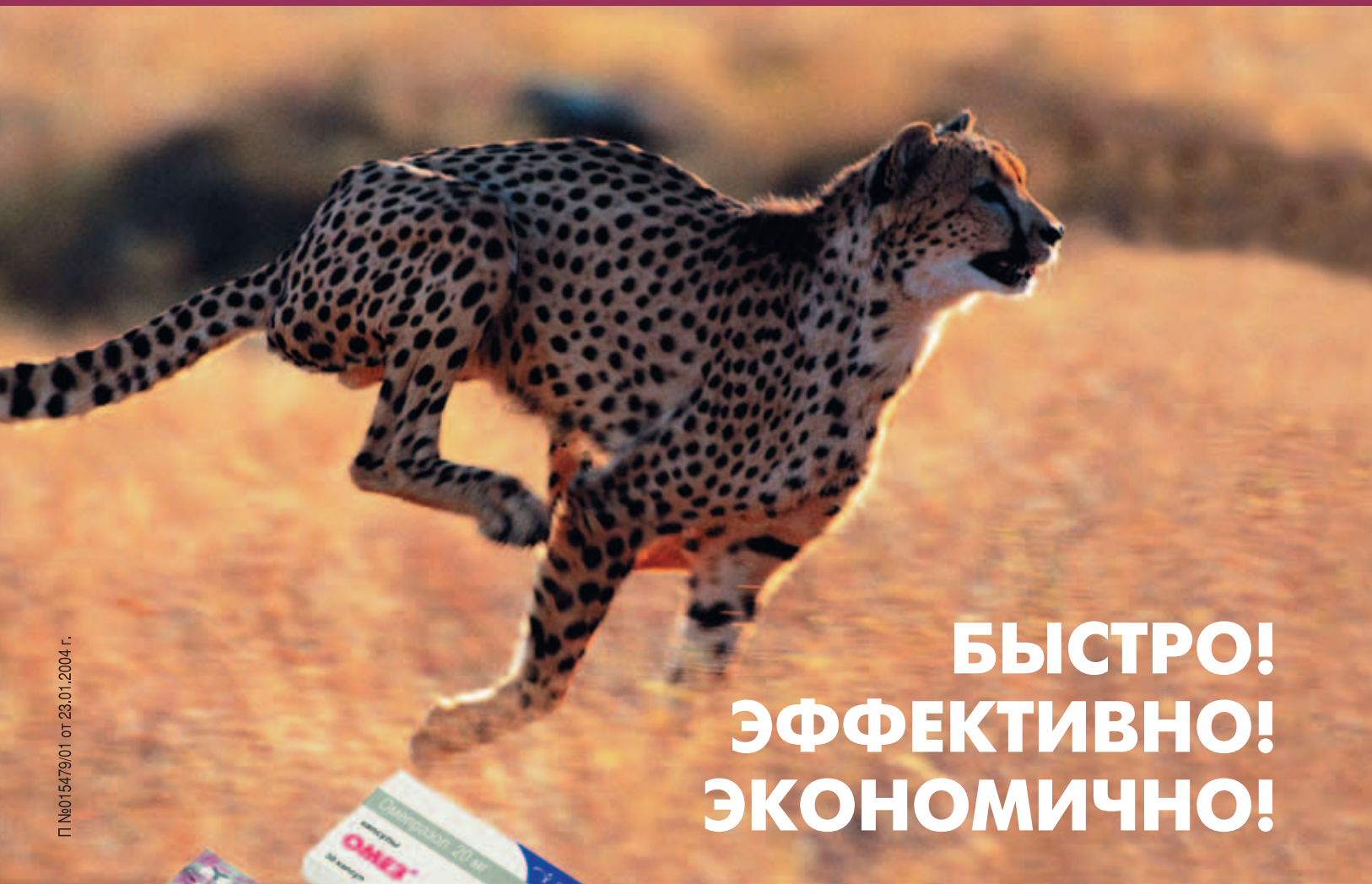
Оценка эффективности поддерживающей терапии по данным ЭГДС показала следующее. У больных 1 и 2 групп рецидива эрозивного эзофagита отмечено не было. У больных 3 группы с 1 степенью ГЭРБ рецидив заболевания был выявлен через 3 и 6 месяцев в 44,4% случаев. У пациентов 4 группы ре-





# ОМЕЗ®

Омепразол



## БЫСТРО! ЭФФЕКТИВНО! ЭКОНОМИЧНО!

П №015479/01 от 23.01.2004 г.



Представительство в России:  
Д-р Редди'с Лабораторис Лтд  
115035, Москва, Овчинниковская наб. д. 20 стр.1;  
тел.: (495) 795 3939, 783 2901; факс: (495) 795 3908;  
[www.drreddys.ru](http://www.drreddys.ru); e-mail: [inforus@drreddys.com](mailto:inforus@drreddys.com)

- Оmez® – омепразол №1 в России
- Угнетает секрецию соляной кислоты в ответ на все известные стимулы
- Быстро устраняет клинические симптомы
- Высокоэффективен в эрадикационной терапии, лечении и профилактике ГЭРБ и НПВП-гастропатий

**Таблица 6. Расчет стоимости поддерживающей терапии в течение 12 месяцев в различных режимах**

Показатель	Группа					
	Париет 1	Париет 2	Омез 1	Омез 2	Омез 3	Омез 4
Количество таблеток в месяц	30	6,8	30	15	9,6	12
Количество таблеток за год	365	81,6	365	182,5	115,2	144
Цена одной таблетки, рубли	76,76*	76,76*	6,75**	6,75**	6,75**	6,75**
Цена курса лечения, рубли	28017,4	6263,61	2463,75	1231,87	777,6	972

\* Средняя цена Париета, 10 мг, 14 табл./упак. в аптеках Москвы составила 1074,71 руб.

\*\* Средняя цена Омеза 20 мг, 30 капс./упак. в аптеках Москвы составила 202,4 руб.

**Таблица 7. Затраты больного ГЭРБ 1 степени при амбулаторном лечении в течение 12 мес. (рубли)**

Критерий	Группа					
	Париет 1	Париет 2	Омез 1	Омез 2	Омез 3	Омез 4
Цена билета	19	19	19	19	19	19
Количество поездок	10	10	10	10	10	10
Проезд	190	190	190	190	190	190
Лекарства	28017,4	6263,61	2463,75	1231,87	777,6	972
Итого	28207,4	6453,61	2653,75	1421,87	967,6	1162

**Таблица 8. Затраты здравоохранения при амбулаторном лечении у гастроэнтеролога пациента с ГЭРБ 1 степени в течение 12 месяцев (рубли)**

Тариф ОМС за визит к врачу	61,89
Число визитов к врачу	5
Тариф ОМС за ЭГДС	237,34
Число ЭГДС	5
Затраты ОМС	1496,15
Затраты ОМС × коэффициент 3	4488,45
Итого	4488,45

**Таблица 9. Расчет затрат на амбулаторное лечение одного больного ГЭРБ 1 степени у гастроэнтеролога в течение 12 месяцев (рубли)**

Критерий	Группа					
	Париет 1	Париет 2	Омез 1	Омез 2	Омез 3	Омез 4
Затраты больного	28207,4	6453,61	2653,75	1421,87	967,6	1162
Затраты здравоохранения	4488,45	4488,45	4488,45	4488,45	4488,45	4488,45
Общие затраты	32695,85	10942,06	7142,2	5910,32	5456,05	5650,45

**Таблица 10. Показатель соотношения затраты/эффективность при поддерживающей терапии ЭРБ по группам**

Критерий	Группа					
	Париет 1	Париет 2	Омез 1	Омез 2	Омез 3	Омез 4
Общие затраты (руб.)	32695,85	10942,06	7142,2	5910,32	5456,05	5650,45
Эффективность (%)	100	100	100	100	55,6	12,5
CEA (руб.)	32695,85	10942,06	7142,2	5910,32	9813,03	45200

в режиме «выходного дня» изжога рецидивировала у 100% больных. Интенсивность ее и частота достоверно не отличались от исходных уже к 3 месяцу поддерживающей терапии и достоверно превышали

аналогичные показатели у больных 1 и 2 групп. Рецидив эрозивного эзофагита 1 степени отметили у 7 из 8 больных (87,5%) к 12 месяцу лечения.

Оценка качества жизни проводи-

лась по данным ВАШ и показала, что проводимая поддерживающая терапия позволяла сохранить достоверное улучшение качества жизни пациентов, достигнутое после курсового лечения при использовании всех четырех режимов поддерживающей терапии. Каждый из режимов позволял обеспечить более высокий уровень качества жизни, чем у пациентов, поддерживающей терапии не получавших. У пациентов контрольной группы уровень качества жизни уже к 3 месяцу наблюдения достоверно не отличался от исходного.

Следует отметить, что у пациентов, исходно имевших эрозивный эзофагит 1 степени при использовании режима «по требованию» и режима «выходного дня» частота рецидивов составила 44,4% и 87,5% соответственно. Полученные данные согласуются с результатами других авторов, отметивших, что наличие эрозивного эзофагита в анамнезе является неблагоприятным прогностическим фактором при проведении поддерживающей терапии в режиме по требованию (4).

Таким образом, наличие эрозивного эзофагита 1 степени в анамнезе при использовании режима «по требованию» и режима «выходного дня» приводит к развитию рецидивов в 44,4% и 87,5% случаев, что не позволяет рекомендовать использование данных режимов у больных с эрозивными формами (в том числе и 1 степенью ГЭРБ). Одинаковая эффективность (отсутствие рецидивов) по эндоскопическим критериям у пациентов 1 и 2 групп с эрозивным эзофагитом 1 степени позволяет высказаться за режим приема через день, так как при втором режиме стоимость терапии в два раза меньше.

Применение режима приема препарата «по требованию» у больных неэрозивной рефлюксной болезнью может быть оправдано с позиций фармакоэкономических, поддержания достаточно высокого уровня качества жизни, но не с позиций патогенетических. Подобный вариант терапии может быть рекомендован пациентам НЭРБ, с пред-

убеждением относящимся к регулярному использованию препарата либо неспособным соблюдать режим приема в силу различных обстоятельств. Другим основанием для сохранения режима «по требованию» в арсенале гастроэнтеролога является поддержание такого же уровня качества жизни, как и после курсовой терапии. При появлении изжоги с частотой более 2 раз в неделю использование данного варианта поддерживающей терапии должно быть пересмотрено и пациенту должны быть даны рекомендации о приеме Омеза в дозе 20 мг через день или ежедневно.

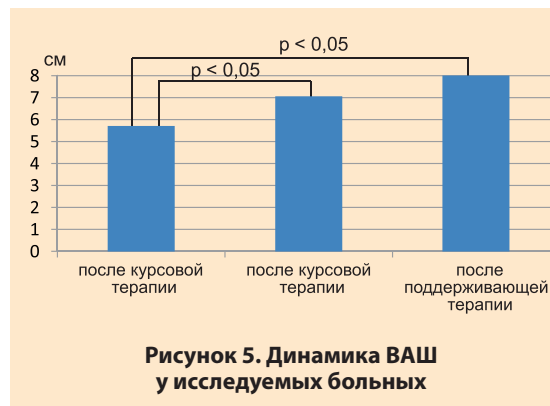
Использование Омеза в дозе 20 мг ежедневно позволяет сохранить полную (клинико-эндоскопическую) ремиссию в 80%, а при приеме через день – в 70% случаев у больных с ГЭРБ 0 и 1 степени. Режим приема Омеза «по требованию» может быть использован у пациентов с неэрозивной рефлюксной болезнью (ГЭРБ 0 степени) до появления изжоги с частотой более 2 раз в неделю, после чего лечение должно быть пересмотрено в сторону усиления. Применение Омеза в режиме «выходного дня» у больных ГЭРБ 0 и 1 степени представляется мало эффективным.

Мы провели анализ эффективности затрат при использовании различных режимов поддерживающей терапии у пациентов ГЭРБ 1 степени, принимавших Омез 20 мг или Париет 10 мг.

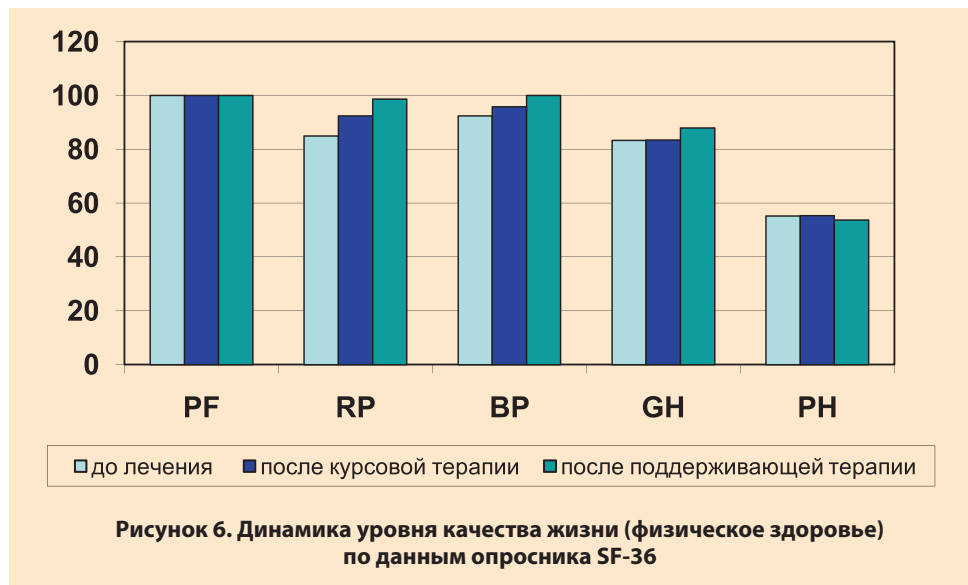
При проведении фармакоэкономического анализа и расчетов коэффициентов затраты/эффективность (СЕА) учитывались прямые медицинские и немедицинские затраты. Так как в тарифы обязательного медицинского страхования (ОМС) на оказание медицинской помощи не включают все необходимые статьи расходов (капитальное строительство, все виды ремонта, закупка оборудования и др.), то тарифы были умножены на коэффициент 3, что рекомендуется делать при проведении расчетов по фармакоэкономическому анализу (1, 3). Фармакоэкономический анализ проводился с определением по-

казателя соотношения затраты/эффективность:  $CEA = (DC + IC)/Ef$ , где CEA (cost/effectiveness analysis) – соотношение затраты/эффективность (показывает затраты, приходящиеся на единицу эффективности); DC (direct costs) – прямые затраты; IC (indirect costs) – непрямые затраты; Ef – эффективность лечения.

К прямым медицинским затратам относятся расходы здравоохранения на лечение одного больного (по тарифам ОМС) и расходы больного на лекарства (таблицы 6-9).



**Рисунок 5. Динамика ВАШ у исследуемых больных**



**Рисунок 6. Динамика уровня качества жизни (физическое здоровье) по данным опросника SF-36**

К прямым немедицинским затратам относятся транспортные расходы больного для проезда до поликлиники на прием к врачу и для проведения обследований: 5 визитов за год – 10 поездок (перед каждой консультацией врача пациенту в тот же день выполнялась ЭГДС).

При расчете коэффициента затраты/эффективность для каждой группы у больных ЭРБ критерием эффективности был процент больных с эндоскопической ремиссией ГЭРБ. Результаты расчетов представлены в таблице 10.

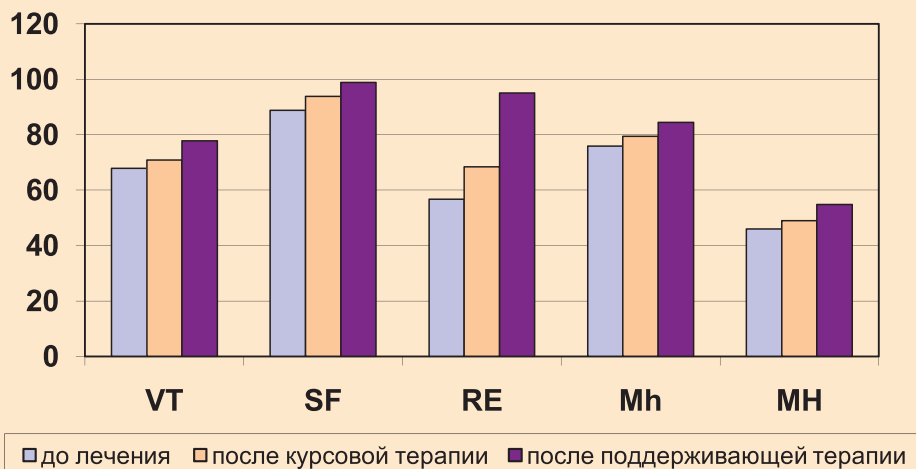
Из полученных данных следует, что наименее затратной у пациентов с ЭРБ является поддерживающая терапия Омезом 20 мг через день (на 17,2% дешевле ежедневного приема Омеза 20 мг, на 45,9% дешевле приема Париета 10 мг

в режиме «по требованию» и на 81,9% менее затратна, чем терапия Париетом 10 мг ежедневно) при равной их эффективности.

Поддерживающая терапия Омезом 20 мг ежедневно дешевле ежедневного приема Париета 10 мг на 78,1%.

При проведении поддерживающей терапии у больных ЭРБ в режиме «по требованию» целесообразно использовать Париет 10 мг. Терапия этим препаратом позволила предотвратить появление эрозивных повреждений пищевода, хотя на 10,3% более затратна, чем терапия Омезом 20 мг.

Прием Омеза 20 мг в режиме «выходного дня» является наиболее дорогим: на 84,1% больше ежедневного приема Омеза 20 мг, на 86,9% – приема Омеза 20 мг через день и



**Рисунок 7. Динамика уровня качества жизни (психическое здоровье) по данным опросника SF-36**

на 78,2% приема Омеза 20 мг в режиме «по требованию» вследствие наименьшей его эффективности.

Для проведения поддерживающей терапии ЭРБ можно рекомендовать прием Омеза 20 мг через день, который при одинаковой эффективности как с ежедневным приемом Омеза 20 мг, так и Париета 10 мг ежедневно и «по требованию» является наименее затратным (на 17,2% дешевле ежедневного приема Омеза 20 мг, на 45,9% дешевле приема Париета 10 мг в режиме «по требованию» и на 81,9% менее затратна, чем терапия Париетом 10 мг ежедневно).

У лиц молодого возраста эффективность Омеза оказалась выше. Результаты оценки эффективности курсовой и поддерживающей терапии Омезом в дозе 1 капсула (20 мг) 2 раза в день 20 пациентов с ГЭРБ

I-II ст. в возрасте от 15 до 25 лет (средний возраст  $21,1 \pm 0,66$  лет) показали следующее.

На фоне проводимой курсовой терапии изжога уменьшилась на 1 и более баллов к 3 дню лечения у всех больных и была полностью купирована на  $4,4 \pm 0,31$  день терапии в 100% случаев. Полученные достоверные изменения в основном сохранились и после проведения поддерживающей терапии. При проведении поддерживающей терапии Омезом в дозе 20 мг ежедневно рецидивов заболевания отмечено не было. Побочных эффектов не наблюдали.

Исходные данные ВАШ составили  $5,7 \pm 0,44$  см, после курсовой и поддерживающей терапии –  $7,05 \pm 0,26$  см и  $8 \pm 0,2$  см соответственно ( $p < 0,05$ ) (рисунок 5).

Динамика уровня качества жиз-

ни, по данным опросника SF-36, показала, что среди показателей физического компонента здоровья (рисунок 6) достоверно улучшились ролевое функционирование, интенсивность боли, общее состояние здоровья; среди показателей психологического компонента здоровья (рисунок 7) наблюдалось достоверное улучшение жизненной активности, социального функционирования, психического здоровья.

Таким образом, у больных эрозивным эзофагитом 1 и 2 степени в возрасте 15-25 лет курсовая и поддерживающая терапия Омезом была эффективной в 100% случаев.


## ВЫВОДЫ

1. Сравнительные исследования разных ингибиторов протонной помпы (Омез, Нексиум, Париет) в лечении обострения ГЭРБ показали приблизительно одинаковую эффективность.

2. Исходя из фармакоэкономических предпочтений препаратом выбора является Омез.

3. В поддерживающем лечении варианты приема Омеза ежедневно или через день в дозе 20 мг/сут являются наиболее эффективными.

4. Поддерживающее лечение в режиме «по требованию» и «выходного дня» является малоэффективным.

5. Использование Омеза у молодых (до 25 лет) в лечении ГЭРБ показало большую эффективность (100%) в курсовом и поддерживающем варианте и более быстрое купирование симптоматики. 

## Литература

- Белюсова Е.А. Гастроэнтерология: Справочник. М., 1998. С. 86-89.
- Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Сальман М.М. Болезни пищевода. М.: Медицина, 1971. 407 с.
- Воробьев П.А., Аксентьева М.В., Юрьев А.С. и др. Клинико-экономический анализ. М., 2004. С. 403.
- Ивашкин В.Т. Анализ симптомов у больных ГЭРБ // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. Специальный выпуск. 2004. № 5: 7-11.
- Курилович С.А., Решетников В.О. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения в Западной Сибири. Новосибирск, 2000. 165 с.
- Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Шулешова А.Г., Уварова О.В., Аникина Н.Ю. Оценка эффективности Омеза в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. 2002; № 5, приложение № 17 (материалы 8-й Российской гастроэнтерологической недели). С. 9.
- Минушкин О.Н., Масловский Л.В., Аникина Н.Ю. Некоторые сравнительные аспекты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2004; № 3: 45-48.
- Минушкин О.Н., Масловский Л.В. Эпидемиологические, патогенетические, диагностические и некоторые терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Русский медицинский журнал. 2006; том 14, № 16: 1230-1236.
- Vakil N., Fennerty M.B. Systematic review: Direct comparative trials of the efficacy of proton pump inhibitors in the management of gastroesophageal reflux disease and peptic ulcer disease // Aliment. Pharmacol. Ther. 18; 559-568 (2003).
- Richter J.E., Kahrilas P.J., Johanson J. et al. Efficacy and safety of esomeprazole compared with omeprazole in GERD patients with erosive esophagitis: a randomized controlled trial // Am J. Gastroenterol. 2001. Vol. 96. P. 656-665.
- Caro J.J., Salas M., Ward A. Healing and relapse rates in gastroesophageal reflux disease treated with the newer proton pump inhibitors lansoprazole, rabeprazole and pantoprazole compared with omeprazole, ranitidine, and placebo: evidence from randomized clinical trials. Clin. Ther. 2001; 23; 998-1017.