

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00170&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00170. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба

*Коментар експерта.* В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/8-hastroezofahealna-refliuksna-khvoroba>

Автор: Markku Voutilainen

Редактори оригінального тексту: -

Дата останнього оновлення: 2016-11-18

## Основні положення

- Основними симптомами гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби є печія та регургітація.
- Якщо вік пацієнта менше 50 років і він не має тривожних симптомів, діагноз захворювання ґрунтується на клінічних симптомах.
- Медикаментозне лікування першої лінії - це інгібітор протонної помпи.
- Майже у 30% пацієнтів відповідь на звичайну медикаментозну терапію є незадовільною (рефрактерна гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба).
- Ендоскопічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту слід проводити у пацієнтів з тривожними ознаками та/або симптомами:
  - дисфагія чи біль при ковтанні
  - блювання

- втрата маси тіла
- анемія
- важкі симптоми, резистентні до звичайного лікування.

## Епідеміологія

- ГЕРХ часто є хронічним станом.
- У промислово розвинених країнах 10-20% населення мають симптоми ГЕРХ.
- Захворюваність становить 5 випадків на 1000 людей протягом року.

## Етіологія

- Не пов'язана з ковтанням транзиторна релаксація нижнього стравохідного сфінктера (НСС) є головним етіологічним фактором, що викликає симптоми у 90% випадків.
- У більшості хворих із серйозними проявами ГЕРХ також є кила стравохідного отвору діафрагми.
- Ураження стравоходу спричинене хлористоводневою кислотою шлункового соку та пепсином; меншою мірою - жовчними кислотами.
- Слина нейтралізує рефлюксат, тому зниження секреції слини підвищує ризик розвитку ГЕРХ.
- Куріння знижує секрецію слини і діє як фактор ризику розвитку ГЕРХ.
- Іншими факторами ризику є вагітність, склеродермія, синдром Шегрена і діабетичний гастропарез.

## Клінічні прояви

- Печія - відчуття печіння за грудиною є основним симптомом ГЕРХ.
  - Печія - це пекучий біль або неприємне відчуття, що починається з епігастрію або нижньої частини грудни і поширюється на ший (симптом слід описати пацієнту).
  - Печія, як правило, з'являється після прийому їжі або у положенні лежачи. Печія особливо пов'язана з прийомом великої кількості їжі, з жирною їжею, шоколадом, кавою,

міцними алкогольними напоями (спиртними напоями) та кислими фруктовими соками. Нахили тулуба, тісний та обтягуючий одяг також підсилюють печію.

- 75% пацієнтів з ГЕРХ страждають від печії.
- Іншим основним симптомом є регургітація, тобто зворотній тік вмісту шлунку в ротову порожнину, не пов'язаний з нудотою чи блюванням.
- Іншими симптомами є відчуття грудки в горлі (globus sensation), утруднення ковтання (дисфагія) ГНАСТАНОВА 00168 [Дисфагія та відчуття клу...] і періодична гіперсаливація, асоційована з рефлюксом.
- ГЕРХ є основною не серцевою причиною болю в грудях.
- Екстраєзофагеальні прояви можуть включати ларингіти, астму, хронічний кашель та ерозії зубної емалі.
- Діагностичними критеріями ГЕРХ є виникнення симптомів принаймні двічі на тиждень та порушення якості життя через ці симптоми.
- Під час езофагоскопії у більшості пацієнтів з рефлюксом ( $\frac{2}{3}$ ) не знаходять патологічних ознак. У цьому випадку захворювання називається ендоскопічно-негативною або неерозивною рефлюксною хворобою (НЕРХ).
- Якщо під час езофагоскопії виявлено ерозії слизової оболонки у дистальному відділі стравоходу, це називається ерозивним езофагітом, який класифікується за ступенем важкості від А до D відповідно до Лос-Анджелеської класифікації.
- До ускладнень ерозивного езофагіту відносяться стриктура та виразка стравоходу, а також стравохід Барретта.
- Виявлено епідеміологічний зв'язок між ГЕРХ та екстраєзофагальними симптомами та знахідками (кашель, ларингіт, астма та ерозії зубної емалі). Проте, ГЕРХ є лише одним із можливих етіологічних чинників цих симптомів.

## Діагноз

- Коли хворий вперше звертається до лікаря із симптомами ГЕРХ (печія, регургітація), слід визначити тривалість і частоту (рази/тиждень) симптомів. Пацієнта також слід запитати, чи симптоми виникають лише протягом дня, чи також у нічний час. Якщо тривожних симптомів немає і вік пацієнта менше 50 років, діагноз можна встановити без ендоскопії.

- Пацієнтам із тривожними симптомами (дисфагія [настанова 00168] [Дисфагія та відчуття клу...], біль при ковтанні, блювання, гематемезис, втрата маси тіла, анемія) слід негайно призначити ендоскопію.
- Якщо пацієнт має диспептичні симптоми в поєднанні із симптомами ГЕРХ, слід проводити ендоскопічне дослідження з метою диференційної діагностики, виключення виразкової хвороби тощо.
- Інші фактори, при яких рекомендовано одразу проводити ендоскопію, також включають вік > 50-55 років, застосування нестероїдних протизапальних знеболюючих препаратів або ацетилсаліцилової кислоти, куріння, споживання алкоголю у великій кількості, а також діагностований рак верхніх відділів ШКТ у близьких родичів.
- Ендоскопічна оцінка стравоходу може бути використана для: класифікації типу ГЕРХ (ерозивного або неерозивного) для оцінки ступеня тяжкості ерозивного ГЕРХ (Лос-Анджелеська класифікація, таблиця [табл. T1]) та виявлення можливих ускладнень, наприклад, стравоходу Барретта (гістологічне виявлення кишкової метаплазії з незрілими клітинами), виразки стравоходу або стриктури.
- Ендоскопічне виявлення гістологічно підтвердженого езофагіту має невелике діагностичне значення, але еозинофілія може бути ознакою еозинофільного езофагіту.
- Функціональні дослідження стравоходу використовуються для диференційної діагностики ГЕРХ та оцінки хірургічного лікування.
  - Імпеданс (+рН) моніторинг стравоходу може бути використаний спеціалізованою медичною допомогою для дослідження рідинного та газового рефлюксу. Високоточна манометрія може бути більш надійною, ніж раніше, для діагностики порушень моторики стравоходу.
  - Тривалий (24-годинний) моніторинг рН стравоходу та манометрія є традиційними дослідженнями функції стравоходу, що використовуються спеціалізованою медичною допомогою.
- Під час виконання функціональних досліджень важливо визначити кореляцію між симптомами та знахідками (індекс симптомів [SI, symptom index], ймовірність асоціації симптомів [SAP, symptom association probability]).

## Тест з інгібіторами протонної помпи (ІПП)

- Під час ІПП-тесту пацієнт приймає інгібітор протонної помпи з подвійним дозуванням (нормальна терапевтична доза вранці та ввечері) протягом одного тижня.
- Результат тесту є позитивним, якщо симптоми зменшуються щонайменше на 75%
- Цей тест використовується, якщо підозрюють, що несерцевий біль в грудній клітці спричинений ГЕРХ.
- Цей тест має високу специфічність, але низьку чутливість; негативний результат тесту не виключає ГЕРХ.

## Ендоскопічна класифікація ГЕРХ

- Вибір і тривалість медикаментозної терапії залежать від тяжкості ендоскопічного езофагіту, який можна стадіювати за допомогою Лос-Анджелеської класифікації (див. Таблицю [табл. Т1]).
- Більшість пацієнтів із ГЕРХ мають нормальний результат стравохідної ендоскопії, тобто вони мають неерозивну рефлюксну хворобу.

Таблиця Т1. Оцінка езофагіту (Лос-Анджелеської система класифікації)

Ступінь 1)	Ендоскопічні знахідки 2)
A	Один або більше дефектів слизової оболонки, довжина яких не перевищує 5 мм
B	Один або більше дефектів слизової оболонки довжина яких перевищує 5мм, обмежені складками слизової
C	Один або більше дефектів слизової оболонки, що безперервно проходить на двох або більше складках, але уражають менше 75 % периметра стравоходу
D	Дефекти слизової оболонки більше ніж 75% периметра стравоходу
<p>1. Ступінь C та D = Тяжкий езофагіт. Ускладнення езофагіту, такі як стриктури, виразки та метаплазія Баррета, оцінюються окремо.</p> <p>2. Дефект слизової оболонки - це гіперемована або покрита фібрином ділянка, що чітко відмежована від сусідньої нормальної слизової оболонки.</p>	

## Лікування

### Цілі лікування (неускладнена ГЕРХ)

- Симптоматичне лікування
- Лікування ерозивного езофагіту
- Профілактика рецидиву езофагіту

### Модифікація способу життя та антацидна терапія

- Підходить як єдине лікування лише для легкому перебігові та нерегулярних симптомах
- Використовується разом з ефективною медикаментозною терапією.
  - Піднімання головної частини ліжка (нічні симптоми)
  - Зниження маси тіла при ІМТ  $\geq 25,0$ 
    - Пацієнт з нормальною масою тіла (ІМТ  $<25,0$ ) може також спробувати зменшити масу тіла, якщо він пов'язує початок симптомів ГЕРХ зі збільшенням маси тіла.
  - Уникати тісного одягу навколо талії
  - Уникати вечірніх прийомів їжі (нічні симптоми)
  - Часті прийоми їжі маленькими порціями (постпрандіальні симптоми)
  - Уникати продуктів, що провокують симптоми (цитрусові, міцні алкогольні напої, помідори, кава, цибуля, гострі спеції, жирна або смажена їжа, шоколад, м'ята)
  - Відмова від куріння
  - Зниження або припинення споживання алкоголю
  - Уникати певних препаратів (нітратів, блокаторів кальцієвих каналів, антихолінергічних засобів, препаратів теофіліну).
  - Альгінати та антациди за необхідності

### Фармакотерапія

- Медикаментозна терапія є однаковою незалежно від того, чи взагалі пацієнту виконано ендоскопію, має ендоскопічно-негативну ГЕРХ або ендоскопічно-позитивну легку ГЕРХ.

- ІПП є препаратом вибору. Антагоністи H<sub>2</sub>-рецепторів можуть бути використані протягом короткого часу або за необхідності, проте їх ефективність знижується швидко після застосування повторних доз (тахіфілаксія).
- FDA (Управління з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та медикаментів у США) встановлено мінімальні терапевтичні дози для різних ІПП, які полегшують симптоми ГЕРХ: езомепразол 20 мг, омепразол 20 мг, лансопразол 15 мг, пантопразол 40 мг і рабепразол по 20 мг один раз на день.
- Доза ІПП та тривалість лікування призначається відповідно до тяжкості рефлюкс-езофагіту (Лос-Анджелеська класифікація, таблиця [табл. T1]).
- Відповідь на дозу ІПП є різною у різних пацієнтів. Це може бути пов'язано з успадкованою активністю ферменту цитохрому P450 (CYP2C19), що приймає участь в метаболізмі ІПП, наявністю *Helicobacter Pylori* у пацієнта або співвідношенням часу прийому препарату з їжею.
- Використання ІПП вважається безпечним під час вагітності.

### Легкий езофагіт (клас А або В)

- ІПП приймається за 30-60 хвилин до сніданку
  - ІПП протягом 8-12 тижнів [доказ A] (омепразол 20-40 мг один раз на день [доказ A]; лансопразол по 30 мг один раз на день [доказ A]; пантопразол по 40 мг один раз на день; рабепразол по 20 мг один раз на день; езомепразол по 20-40 мг один раз на день [доказ A]).
  - Після періоду лікування 8-12 тижнів дозу знижують.

### Тяжкий езофагіт (клас С або D)

- ІПП:
  - омепразол по 40 мг двічі на день [доказ A]
  - лансопразол по 30 мг двічі на день [доказ A]
  - рабепразол по 20 мг двічі на день
  - езомепразол 40 мг двічі на день [доказ A]

- Якщо симптоми не поліпшуються при одноразовому прийомі препарату, слід призначити прийом двічі на добу (ІПП за півгодини до сніданку та вечері). Існує мало наукових доказів щодо ефективності подвоєння дози, а для пантоприазолу ці дослідження абсолютно відсутні.
- Заміна на езомепразол може покращити результати лікування.
- Загоєння тяжких рефлюкс-езофагітів, тобто ступінь C та D, слід підтверджувати ендоскопічно.
- Пацієнти з сильним ерозивним езофагітом зазвичай потребують тривалої терапії ІПП (доза зазвичай така, при якій зникали симптоми в даного пацієнта на початковому етапі лікування) або хірургічного втручання (фундоплікація).

### Профілактика рецидивів рефлюксної хвороби

- Езофагіт або симптоми повторюються у 60-80% пацієнтів протягом першого року після відміни ліків.
- Необхідність профілактичного лікування повинна бути оцінена індивідуально для кожного пацієнта. Більшість пацієнтів обходяться без профілактичних препаратів і лише вживають ліки за необхідності ("на вимогу" або короткими курсами).
- Немедикаментозне лікування може використовуватися для попередження рецидиву.
- Відсутність езофагіту при ендоскопії: ІПП [доказ 02173 | A] один раз на день або за необхідності
  - Необхідно обрати найнижчу ефективну дозу.
- Легка рефлюксна хвороба: ІПП [доказ 02173 | A] один раз на день, повна або половинна терапевтична доза (омепразол по 10-20 мг один раз на день, лансоприазол по 15-30 мг один раз на день, пантоприазол по 40 мг один раз на день, рабепразол по 10-20 мг один раз на день, езомепразол по 20 мг один раз на день).
- Тяжкий езофагіт: довготривала підтримувальна терапія у кожному випадку окремо (див. Вище).

### Стійка до лікування або рефрактерна ГЕРХ

- Відповідь на лікування є незадовільною, якщо симптоми не зменшуються більш ніж наполовину після 3 місяців лікування нормальною дозою ІПП.



- По-перше, слід перевіряти дотримання режиму лікування та правильний прийом препарату (30-60 хвилин до сніданку).
- У 30% пацієнтів лікування ІПП не дає адекватної відповіді протягом 3 місяців. У цьому випадку пацієнт повинен бути направлений на ендоскопію, якщо вона не була проведена раніше.
- Зазвичай для лікування резистентних пацієнтів призначається подвійна доза ІПП, тобто нормальна терапевтична доза кожен ранок та вечір (перед сніданком та вечерю). Альгінати можуть бути включені у лікування.
- Пацієнти з функціональною печією, подразненим або чутливим до кислоти стравоходом часто мають слабку реакцію на ІПП. В них можуть зменшуватися прояви симптомів при прийомі селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) (циталопрам або флуоксетин протягом 6 тижнів або довше).
- Якщо головним симптомом пацієнта під час адекватного лікування ІПП є регургітація, може бути дієвим препарат баклофен (5-10 мг 3 рази на день до їди або 5-20 мг ввечері). Проте, баклофен часто викликає неврологічні побічні ефекти (запаморочення, втома, сонливість) і побічні дії зі сторони шлунково-кишкового тракту (нудота, діарея, метеоризм).
- Якщо відповідь на лікування є недостатньою, слід провести диференційну діагностику ГЕРХ (ендоскопія).
  - Диспепсія
  - Ураження стравоходу, спричинені медикаментами
  - Ішемічна хвороба серця
  - Порушення перистальтики стравоходу, ахалазія
  - Інфекційний езофагіт
  - Еозинофільний езофагіт
  - Функціональна печія - подразнений стравохід

## Хірургічне лікування

- Показання
  - Не зникають симптоми тяжкого ерозивного езофагіту (ступінь C-D) при безперервному лікуванні або пацієнт неохоче застосовує пролонговане лікування.
  - Ускладнений ерозивний езофагіт (наприклад, кровотеча)
  - Регургітація є домінуючим симптомом.

- У пацієнтів з ГЕРХ, які погано реагують на медикаментозну терапію, також гірші результати хірургічного лікування.

## Довготривале лікування

- Використовується мінімальна терапевтична доза, необхідна для усунення симптомів у пацієнта. Інколи симптоми можна лікувати використанням ІПП "за вимогою".
- При довготривалому застосуванні ІПП спостерігається зв'язок з мальабсорбцією (кальцій, магній, вітамін В<sub>12</sub>, залізо) та інфекціями (пневмонія, кишкові інфекції). Проте абсолютний ризик розвитку ускладнень є низьким, найвищим він є у пацієнтів старшого віку, пацієнтів з недоїданнями або у тих, хто має багато захворювань.
- У багатьох обсерваційних дослідженнях повідомляють, що ІПП знижують ефективність антитромботичних препаратів, проте клінічно суттєвих взаємодій не виявлено у рандомізованих контрольованих дослідженнях. Якщо пацієнт має ГЕРХ, який потребує медикаментозної терапії, ІПП може використовуватися разом з антитромботичними препаратами. ІПП також знижують ризик виникнення кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, що пов'язані з прийомом антитромботичних препаратів.
- Хірургічне лікування (фундоплікація за Ніссеном) потрібна менш ніж 10% пацієнтів з рефлюкс-езофагітом.
- Хороші віддалені результати лапароскопічної фундоплікації: через 10 років 70% прооперованих пацієнтів мають хороший хірургічний результат і хорошу якість життя.

## Спостереження

- Легкий езофагіт не слід спостерігати ендоскопічно, якщо симптоми зникають.
- Рекомендовано підтвердити ендоскопічно загоєння тяжкого езофагіту.
- Якщо під час ендоскопії не виявлено езофагіту, ГЕРХ слід лікувати так само, як рефлюкс-езофагіт. Якщо симптоми зникають, повторна ендоскопія або спостереження не потрібні.

## Ускладнення

- Рефлюкс-езофагіт зазвичай є захворюванням без серйозних ускладнень.
- у деяких пацієнтів з ГЕРХ може розвинутися стравохід Барретта, при якому плоский епітелій дистального відділу стравоходу заміщується слизовою оболонкою, що містить незрілу кишкову метаплазію (спеціалізований циліндричний епітелій).
  - Стравохід Барретта пов'язаний з підвищеним ризиком розвитку аденокарциноми (річний ризик = 0,5%).
  - Ендоскопічне спостереження стравоходу Барретта не дає можливості достовірно знизити смертність від аденокарциноми. Подальше спостереження є важливим, якщо в клітинах стравоходу Барретта розвивається дисплазія.
  - Див. наступні вказівки в таблиці [табл. T2].
- Хронічний виразковий езофагіт може викликати стриктури та дисфагію. Езофагіт є причиною близько 7% усіх шлунково-кишкових кровотеч. Кровотеча із стравоходу майже завжди протікає повільно, що призводить до анемії.

Таблиця T2. Спостереження стравоходу Барретта

Гістологічні знахідки	Процедури та спостереження
Дисплазія високого ступеня	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біопсійні зразки з епітелію стравоходу Барретта з інтервалом 1 см з кожного квадранта (новий огляд протягом 3 місяців)</li> <li>• Гістологічні зразки повинні оцінити щонайменше 2 патологоанатоми.</li> <li>• Хірургія (нормальний хірургічний ризик) або абляційна терапія (при високому хірургічному ризику) або інтенсивний контроль з 3-місячними інтервалами (високий хірургічний ризик та локальна дисплазія)</li> </ul>
Дисплазія низького ступеня	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ендоскопія та біопсія зразків двічі з інтервалом 6 місяців</li> <li>• Якщо дисплазія не прогресує, після цього рекомендовано щорічне спостереження</li> <li>• Якщо дві послідовні ендоскопії показують негативні результати щодо дисплазії, можна припустити припинення спостереження.</li> </ul>
Відсутність дисплазії	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немає планового ендоскопічного спостереження</li> <li>• Якщо крім стравоходу Барретта виявлено виразку, стриктуру або інше ендоскопічне відхилення від норми, можна дотримуватися наступних дій</li> </ul>

Гістологічні знахідки	Процедури та спостереження
	<ul style="list-style-type: none"><li>Інтервали для спостереження визначаються якістю та тяжкістю аномальних знахідок.</li></ul>

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані|Gastro-oesophageal reflu...\]](#)
- Література [\[пов'язані|Gastro-oesophageal reflu...\]](#)

## Джерела інформації

- R1. Hoogendoorn RJ, Groeneveld L, Kwee JA. Patient satisfaction with switching to esomeprazole from existing proton pump inhibitor therapy for gastro-oesophageal reflux disease: an observational, multicentre study. *Clin Drug Investig* 2009;29(12):803-10. [\[PubMedID|19888786\]](#)
- R2. Scarpellini E, Ang D, Pauwels A et al. Management of refractory typical GERD symptoms. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2016;13(5):281-94. [\[PubMedID|27075264\]](#)
- R3. Reimer C. Safety of long-term PPI therapy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2013;27(3):443-54. [\[PubMedID|23998981\]](#)
- R4. Berger PB. Should proton pump inhibitors be withheld from patients taking clopidogrel? The issue that has been giving me heartburn! *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2015;8(1):6-7. [\[PubMedID|25587089\]](#)
- R5. Melloni C, Washam JB, Jones WS et al. Conflicting results between randomized trials and observational studies on the impact of proton pump inhibitors on cardiovascular events when coadministered with dual antiplatelet therapy: systematic review. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2015;8(1):47-55. [\[PubMedID|25587094\]](#)
- R6. Gerson LB. Treatment of gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2012;8(11):763-4. [\[PubMedID|24672414\]](#)

## Настанови

- [Настанова 00168](#). Дисфагія та відчуття клубка в горлі (globus pharyngeus).

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 02802](#). Proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux.  
Дата оновлення: 2015-11-16  
Рівень доказовості: А

Резюме: Proton pump inhibitors are more effective than H2-receptor antagonists in empirical treatment of heartburn likely to be caused by gastro-oesophageal reflux and in endoscopy negative reflux disease.

- [Доказовий огляд 02172](#). Omeprazole for helicobacter pylori infection, gastro-oesophageal reflux disease and peptic ulcers induced by NSAIDs.  
Дата оновлення: 2003-03-20  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Omeprazole is effective and well tolerated as monotherapy for gastrooesophageal reflux disease.
- [Доказовий огляд 01673](#). Lansoprazole in the treatment of gastro-oesophageal reflux disease.  
Дата оновлення: 2003-03-20  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Lansoprazole is more effective than H2 antagonists in the treatment and maintenance of remission of gastro-oesophageal reflux disease.
- [Доказовий огляд 04752](#). Esomeprazole for the acute treatment of reflux oesophagitis.  
Дата оновлення: 2005-06-07  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Esomeprazole 40 mg has demonstrated higher healing rates than omeprazole 20 mg in reflux oesophagitis at 4 and 8 weeks. Other PPIs show similar healing rates as omeprazole.
- [Доказовий огляд 02173](#). Omeprazole versus ranitidine in the maintenance therapy of reflux oesophagitis.  
Дата оновлення: 2003-03-20  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Omeprazole is more effective than ranitidine in the maintenance therapy of reflux oesophagitis.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00170    Ключ сортування: 008.030    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2016-11-18

---

Автор(и): Markku Voutilainen    Автор(и) попередніх версій статті: Juhani Lehtola    Редактор(и):  
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd    Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Surgery    Gastroenterology    Internal medicine

Ключові слова індексу

mesh: Gastroesophageal Reflux    gastro-oesophageal reflux    gastric acid pump inhibitor    GERD    GORD    esophagitis  
mesh: Esophagitis, Peptic    mesh: Esophageal Motility Disorders    mesh: Heartburn    mesh: Histamine H2 Antagonists  
mesh: Los Angeles classification    NERD    ERD    oesophagitis    PPI    proton pump inhibitor    pyrosis  
mesh: Abdominal Pain    acidity    mesh: Antacids    Barrett Esophagus    Barrett oesophagus  
mesh: Calcium Channel Blockers    mesh: Chest Pain    mesh: Deglutition Disorders    dysphagia    esomeprazole  
mesh: Esophageal Achalasia    mesh: esophageal pH    mesh: esophageal pH monitoring    mesh: Famotidine  
mesh: Fundoplication    mesh: Gastroscopy    mesh: Heller's operation    lansoprazole    Nissen fundoplication  
mesh: Omeprazole    pantoprazol    pH    mesh: Peptic Ulcer    mesh: rabeprazole    mesh: TLESR    icpc-2: D03  
icpc-2: D84    speciality: Gastroenterology    speciality: Internal medicine    speciality: Surgery