

Т.Д. Звягинцева, д. мед. н., профессор, А.И. Чернобай, к. мед. н., доцент, Харьковская медицинская академия последипломного образования

Новые перспективы лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

По выводам экспертов Всемирной организации здравоохранения гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) отнесена к основной патологии XXI века.

С увеличением распространенности заболевания одновременно возрастает частота регистрации случаев аденокарциномы пищевода. Кроме того, наблюдается корреляция факторов риска развития ГЭРБ, эрозивного эзофагита и аденокарциномы пищевода с увеличением индекса массы тела [7]. Тенденция к увеличению заболеваемости ГЭРБ обусловлена тем, что пациентам часто оказывается кратковременная терапевтическая помощь, направленная на быстрое купирование изжоги, регургитации или боли за грудиной. В дальнейшем пациент становится неприверженным к долгосрочной терапии заболевания, самостоятельно принимает безрецептурные препараты, что не избавляет его от симптомов на длительное время. При этом развивается более тяжелая стадия ГЭРБ, ощутимо снижается качество жизни пациента, его физическое и психическое здоровье.

Общепризнано, что в основе ГЭРБ лежит дискоординация моторно-эвакуаторной функции верхних отделов пищеварительного тракта, обуславливающая доступ агрессивных субстанций из желудка и двенадцатиперстной кишки в пищевод.

В патогенезе эндоскопически негативной рефлюксной болезни (ЭНРБ), помимо нарушений моторики со снижением клиренса пищевода и сенситизации слизистой оболочки, отмечается более высокая экспрессия каннабиноидных рецепторов CB1 и повышенная экспрессия гена *TRPV1* в слизистой оболочке пищевода (СОП). Повышение экспрессии *TRPV1* в СОП может способствовать появлению симптомов у пациентов с ЭНРБ и эрозивным эзофагитом и влиять на периферические механизмы, ответственные за гиперчувствительность пищевода при ЭНРБ [22].

В развитии эрозивного рефлюкс-эзофагита, протекающего с нарушением целостности эпителия и эрозивно-язвенными изменениями СОП, основная роль принадлежит более грубым, трудноустраняемым механическим и анатомическим факторам, способствующим поддержанию контакта слизистой оболочки с рефлюктом. При этом чаще наблюдаются тяжелая степень недостаточности нижнего пищеводного сфинктера, аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, выше частота и продолжительность патологического рефлюкса с $\text{pH} < 4$ [12, 23]. В основе рецидивирующего эрозивного процесса также лежит наследственно обусловленное снижение экспрессии белка межклеточных контактов Е-кадгерина, что способствует проявлению повреждающего действия рефлюктата.

Изучается роль изменений микрофлоры верхних отделов желудочно-кишечного тракта в патогенезе ГЭРБ. В частности, определено, что при этом преобладает грамотрицательная микробиота, способствующая повышению продукции провоспалительных цитокинов и снижению пищевода клиренса. В биопленке пищевода выявлено преобладание кампилобактерии *C. concisus*, являющейся новым доминирующим колонистом при рефлюкс-эзофагите, способным замещать или вытеснять нормальную микробиоту пищевода. Доказана взаимосвязь между колонизацией пищевода кампилобактерией *C. concisus* и выработкой эпителием пищевода интерлейкина (IL)-18.

IL-18 является фактором, индуцирующим интерферон- γ , который стимулирует как врожденные, так и адаптивные реакции (Th1 и Th2), активируя натуральные клетки-киллеры и апоптоз при ГЭРБ. Способность *C. concisus* вызвать потенциально повреждающий ДНК окислительный стресс в сочетании с индукцией IL-18 и повышенной колонизацией при рефлюкс-связанных заболеваниях пищевода представляет диагностический интерес и указывает на прогрессирование заболевания к раку пищевода в связи с изменением микробиоты хозяина [15, 25].

ГЭРБ — хроническое рецидивирующее заболевание, требующее длительной, а иногда и пожизненной терапии для достижения высокого качества жизни пациентов и профилактики осложнений.

По результатам систематического анализа рандомизированных исследований, в которых изучали влияние изменения образа жизни и диеты на симптомы ГЭРБ и данные внутрипищеводной pH-метрии, у пациентов с этим заболеванием имеет значение только снижение избыточной массы тела и подъем головного конца кровати [4]. Диетические рекомендации включают избирательное ограничение пищевых триггеров гастроэзофагеального рефлюкса (жирные, острые блюда, кофе, шоколад), если больной отмечает корреляцию возникающих симптомов с приемом определенной пищи.

В настоящее время основой (золотым стандартом) монотерапии при ГЭРБ являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Однако появляется все больше доказательств того, что не все больные удовлетворительно реагируют на прием ИПП: около 30-35% пациентов нуждаются в дополнительном вмешательстве для контроля симптомов ГЭРБ. Поддерживающая терапия при ГЭРБ включает различные варианты длительного симптоматического/адьювантного

использования ИПП, антацидов, альгинатов, прокинетики, препаратов урсодезоксихолевой кислоты.

Следуя последним тенденциям, компания «Ворвартс Фарма» представила на фармацевтическом рынке Украины эмульсию Гиалера™ (производство «Альпифлор», Италия), которая содержит высокомолекулярную гиалуроновую кислоту и альгинат.

Гиалуроновая кислота (ГК) — гликозаминогликан (полисахарид), основной компонент внеклеточного матрикса (растворяется во внеклеточном матриксе в виде соли гиалуроната), состоящий из повторяющихся дисахаридных единиц N-ацетилглюкозамина и D-глюкуроновой кислоты. ГК обладает мощным противовоспалительным и репаративным действием. Результаты исследований показали, что большинство свойств ГК зависит от размера ее молекул. Высокомолекулярная ГК проявляет противовоспалительные свойства, тогда как низкомолекулярная ГК является мощной провоспалительной молекулой [34, 35]. При воспалении и повреждении тканей потребность в ГК увеличивается до 200 раз по сравнению с базовым уровнем, а дефицит высокомолекулярной ГК способствует продлению воспалительного процесса. ГК борется с воспалением несколькими путями:

1) инактивирует фермент гиалуронидазу, который разрушает ГК в очаге воспаления, вызывая потерю структуры и ослабление ткани, облегчая обмен жидкости между тканями и сосудистой системой, что приводит к формированию небольших отеков и плохой регенерации СОП при ГЭРБ;

2) ингибирует экспрессию провоспалительных цитокинов IL-1 β , -8, транскрипционного фактора-kB, фактора некроза опухоли;

3) маскирует TLR2 и TLR4 через свою полимеризованную структуру и впоследствии предотвращает стимуляцию этих рецепторов, которые запускают воспалительный процесс.

ГК обладает чрезвычайно высокой способностью связывать воду (до 200 раз больше ее собственного объема), благодаря чему оказывает противоотечный эффект, регулирует проницаемость клеток, уменьшает аномально высокую проницаемость капилляров, препятствует повреждению тканей, улучшает результаты проводимой противовоспалительной терапии [36].

ГК считается одним из ключевых участников процесса регенерации тканей. Было доказано, что он модулируется через специфические ГК-рецепторы, клеточную миграцию и ангиогенез, которые являются основными фазами восстановления тканей. ГК соединяется со специфическими рецепторами CD44 (основной рецептор ГК), индуцируя миграцию в среду повреждения фибробластов, которые выделяют ГК во внеклеточный матрикс (Mesa et al., 2002). Связывание ГК с рецепторами CD44 обеспечивает цитотективное покрытие — эффект покрытия клеточной мембраны. Этот защитный слой способен маскировать рецепторы гибели клеток и, следовательно, препятствовать апоптозу клеток и уменьшать окислительный стресс.

Молекулярные цепи высокомолекулярной ГК, образованные гликозаминогликанами, связывают не только воду, но и специфические белки (протеогликаны) с помощью водородных мостиков, что обеспечивает макроагрегационный эффект. Макроагрегация протеогликанами — нормализация естественной вязкости структуры соединительной ткани, ускорение реконструкции и репарации СОП.

В нескольких итальянских центрах проводилось проспективное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, целью которого была проверка эффективности и безопасности воздействия комбинации ГК и хондроитинсульфата в сочетании с ИПП на подавление соляной кислоты у пациентов с ЭНРБ. Результаты исследования подтвердили, что ГК и хондроитинсульфат обладают синергическим эффектом, уменьшают тяжесть и частоту регургитации, защищают слизистую оболочку пищевода и желудка у пациентов с ЭНРБ, уменьшают выраженность симптомов заболевания и улучшают качество жизни больных, таким образом снижая частоту неудач лечения ИПП [28, 29].



Т.Д. Звягинцева

V. Savarino и соавт. (2017) сообщили о проведенном многоцентровом рандомизированном двойном слепом исследовании у пациентов с ЭНРБ, которые получали биоадгезивную композицию на основе ГК и хондроитинсульфата дополнительно к подавлению выработки кислоты путем приема стандартной дозы ИПП. Данные исследования подтвердили синергический эффект препаратов, в результате которого улучшилась защита СОП и уменьшились симптомы ЭНРБ [30].

B. Palmieri и соавт. (2009) обнародовали результаты двойного слепого плацебо-контролируемого исследования о влиянии ГК и хондроитинсульфата на течение ГЭРБ. Авторы отметили статистически значимую эффективность в купировании симптомов рефлюкс-эзофагита указанного нового соединения по сравнению с плацебо. Эндоскопически было подтверждено уменьшение воспаления и улучшение заживления СОП при патологии пищевода и гастродуоденальной патологии [27].

Альберто Мерики (2017) сообщил результаты постмаркетингового нерандомизированного открытого клинического исследования препарата в форме жевательных таблеток, содержащего высокомолекулярную ГК, гидроксид алюминия и хондроитинсульфат, применяемого у пациентов с ГЭРБ для устранения изжоги в комбинации с ИПП. Доказано, что, смешиваясь с муцином слюны, препарат обеспечивает более выраженную защиту СОП и купирование симптомов заболевания.

Бельгийские авторы (J. Task, 2019) выполнили двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности применения препарата, содержащего комбинацию ГК, хондроитинсульфата и трисиликата магния, у пациентов с ГЭРБ.

Об эффективности альгинатов известно более 40 лет, и они под разными торговыми марками применяются для симптоматического лечения при ГЭРБ. Альгинаты — класс препаратов, которые могут сочетаться с ИПП и в некоторых случаях (например, при ЭНРБ или ночном кислотном прорыве) являться средствами адьювантной терапии и/или более предпочтительными препаратами, устраняющими изжогу.

Эффективность альгинатов была продемонстрирована в различных рандомизированных клинических исследованиях. Kwiatek и соавт. (2011) показали, что альгинаты могут устранять или вытеснять «кислотный карман», который является вероятным источником постпрандиального кислотного рефлюкса у пациентов с ГЭРБ [24].

Интересная характеристика альгината натрия была выявлена Manabe и соавт. (2012) у пациентов с ЭНРБ, у которых, как известно, частота ответа на ИПП ниже, чем у пациентов с эрозивной рефлюксной болезнью, когда уменьшается изжога. Пациенты, получавшие омепразол в сочетании с альгинатом натрия, отмечали более длительное уменьшение выраженности симптомов по сравнению с получавшими только омепразол. Исследователи заключили, что альгинат натрия эффективен в сочетании с ИПП и должен рассматриваться для лечения пациентов с ЭНРБ, которые не полностью отвечают на прием ИПП [26].

P. Woodland и соавт. (2015) в рандомизированном клиническом исследовании показали, что комбинация ИПП + альгинат могла обеспечить значительно большую долю дней без изжоги, чем только ИПП, в ходе лечения в течение 28 дней. Авторы сделали вывод, что местные защитные средства могут быть изучены в качестве первой линии дополнительной терапии при ГЭРБ [32].

Гиалера™ («Альпифлор», Италия) — запатентованная комбинация высокомолекулярной ГК (0,015 мг) и альгината натрия (0,375) в каждом стике эмульсии по 15 мл (№ 20 в упаковке). Благодаря комбинации компонентов эмульсия оказывает защитное, противовоспалительное и репаративное действие на слизистую оболочку пищевода и желудка, способствует устранению изжоги.

Гиалера™ рекомендована для быстрого купирования изжоги, тяжести в желудке, отрыжки кислым, повышенной кислотности желудочного сока, расстройств пищеварения в результате заброса кислого желудочного содержимого в пищевод (рефлюкс). Гиалера™ является антирегресситантом, так как образует «плот», который покрывает «кислотный карман» и купирует симптомы рефлюкса, а также способствует устранению последствий изжоги в результате воспаления и повреждения СОП вследствие заброса кислого содержимого.

На кафедре гастроэнтерологии Харьковской медицинской академии последипломного образования проведено пост-маркетинговое исследование эмульсии Гиалера™.

Целью исследования стало изучение эффективности добавки Гиалера™ и ее влияния на качество жизни пациентов с ГЭРБ и ЭНРБ при 14-дневном лечении в стационаре.

Под наблюдением находились 30 пациентов с диагнозом ГЭРБ, из них у 12 пациентов отмечалась ГЭРБ стадии А, у 8 – стадии В (согласно эндоскопической Лос-Анджелесской классификации, 1994 г.). У 10 пациентов отмечалась ЭНРБ. Участники исследования – 18 мужчин и 12 женщин в возрасте от 23 до 58 лет (средний возраст $32,9 \pm 4,6$ года). Индекс массы тела составил $24,1 \pm 6,3$ кг/м² ($p < 0,05$). Ожирение I-II степени отмечалось у 9 (30%) пациентов, преимущественно у женщин.

Критерии включения: в исследование были включены взрослые (от 18 до 65 лет) пациенты с верифицированным диагнозом ГЭРБ и ЭНРБ, жалобами на изжогу и/или регургитацию. До включения в исследование больные в течение 10 дней не принимали ИПП и блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, в течение 3 суток – антациды и альгинаты.

Критериями исключения были наличие других заболеваний пищевода: ахалазия кардии, пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода, а также экстрапищеводные «маски» ГЭРБ, рефрактерная форма ГЭРБ, функциональная изжога, сопутствующая патология пищеварительного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения), индивидуальная гиперчувствительность к любому из компонентов эмульсии Гиалера™ или неэффективность использования этой добавки в анамнезе.

Диагнозы ГЭРБ и ЭНРБ были верифицированы с помощью индивидуального анамнестического анкетирования, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), интрагастральной pH-метрии. Все больные отмечали интенсивность изжоги (по шкале Лайкерта) до и на фоне проводимого лечения: 1 – симптом отсутствует; 2 – слабая выраженность симптома (можно не замечать, если не думать об этом); 3 – умеренная (не удается не замечать, но не нарушает дневную активность или сон); 4 – сильная (нарушает дневную активность или сон); 5 – очень сильная выраженность (значительно нарушает дневную активность или сон). Качество жизни пациентов с ГЭРБ оценивали при помощи общего опросника SF-36.

В соответствии с целью исследования все пациенты на фоне соблюдения рекомендаций по диете и режиму получали ИПП в стандартной дозировке и эмульсию Гиалера™ (по 1 стик 2-3 раза в сутки после приема пищи и 1 стик перед сном при необходимости – наличии изжоги) на протяжении 2 недель нахождения в гастроэнтерологическом стационаре с продолжением применения препарата амбулаторно до 4 недель (ГЭРБ стадии А) и до 8 недель (ГЭРБ стадии В) и в режиме по требованию, что оказалось наиболее рационально у пациентов с ЭНРБ.

Эффективность лечения оценивали по изменению клинического течения ГЭРБ, купированию изжоги, динамике заживления эрозивных дефектов СОП по данным ЭГДС, pH-метрии и характеристик качества жизни согласно опроснику до и после проводимой терапии.

Результаты исследования и их обсуждение

Большинство пациентов с ГЭРБ составили мужчины – 60%, что совпадает с данными других исследований, указывающими на более высокую частоту заболевания у мужчин. Распределение больных по полу и возрасту позволяет заключить, что в группу риска развития ГЭРБ входят в первую очередь мужчины в возрасте от 40 до 65 лет. Среди женщин заболевание встречалось в равном количестве в возрастных группах от 30 до 50 лет [11].

Доказано, что наличие изжоги является высокодостоверным критерием ГЭРБ с чувствительностью до 87% и специфичностью до 75% [9].

Метод индивидуального анкетирования как основной эпидемиологический метод для определения изжоги в популяции позволил выявить помимо изжоги у всех исследуемых пациентов и такие симптомы ГЭРБ, как боль за грудиной (у 36,6%), ощущение кислоты во рту (у 73,3%), регургитация пищи или кислоты из желудка в глотку и ротовую полость и связанный с этим дискомфорт (у 66,6%), связь этих симптомов с приемом пищи, ее характером (жирная, острая, кислая – у 56,6%), со временем суток (возникновение симптомов в течение дня – у 63,3%, ночью – у 43,3%), изменением положения тела (принятием горизонтального положения – у 70%, наклонами вниз – у 53,3%), какой-либо физической нагрузкой, приводящей к повышению внутрибрюшного давления (у 66,6%), а также частоту возникновения этих симптомов: по крайней мере 1 раз в месяц (у 36,6%), 1 раз или более в течение недели (у 53,3%) либо несколько раз в день (у 60%).

Среди факторов риска и сопутствующих состояний отмечались: абдоминальное ожирение (у 9 (30%) пациентов), вредные повседневные привычки (курение – у 13 (60%), прием пищевых продуктов быстрого питания – у 11 (36,6%) пациентов), а также факторы, предрасполагающие к повреждению пищевода на фоне генетических особенностей и комплексного влияния окружающей среды, которые в совокупности определяют баланс между защитными свойствами СОП и активностью повреждающих факторов.

Среди более молодых пациентов (60%) развитие эрозивного эзофagита определяли принадлежность к мужскому полу, а также наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), что было сопряжено с более интенсивной кислотопродукцией в желудке и возможностью возникновения патологического рефлюкса. У 11 (36,6%) пациентов с ГЭРБ установлена недостаточность розетки кардии, у 4 (13,3%) – глоссалгия (жжение языка).

Среди пациентов с ГЭРБ в возрасте 50-65 лет у 12 (40%) зафиксировано воздействие нескольких факторов риска: ГПОД – у 4 (33,3% из 12) пациентов, регулярный прием нескольких препаратов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (кофеин, аспирин, нестероидные противовоспалительные препараты, нитраты, блокаторы кальциевых каналов, седативные и снотворные средства) – у 10 (83,3%), метаболический синдром – у 7 (58,3%) пациентов. В клинической картине ЭНРБ бессимптомное течение заболевания отмечалось у 4 (40% из 10) пациентов, рефлюкс у них проявлялся во время проведения ЭГДС, что согласуется с данными других авторов и подтверждает неспецифичность клинической картины заболевания, т.е. установление диагноза возможно лишь при ЭГДС.

Основным клиническим проявлением ГЭРБ у пациентов была изжога – у 27 (90%), у 22 она значительно снижала качество жизни, что выражалось в ограничении повседневной деятельности, уменьшении эффективности труда, удовольствия от приема пищи, ухудшении сна. Частота возникновения изжоги коррелировала со степенью снижения качества жизни пациентов. Большинство пациентов – 20 (74%) чувствовали изжогу в течение 2 или 3 ч после приема пищи, 18 (66,6%) пациентов – в ночное время. Среди основных причин изжоги отмечалась гиперфагическая реакция на стресс.

Среди всех пациентов с изжогой лишь у 9 (33%) больных отмечалась сильная изжога (4-я степень по шкале Лайкерта), у 10 (37%) имела место умеренно выраженная (3-я степень) и у 8 (29,6%) – слабо выраженная (2-я степень) изжога; 3 (11,1%) пациентов изжога практически не беспокоила (1-я степень).

При проведении ЭГДС у 12 (40%) пациентов определили ГЭРБ стадии А, у 8 (26,6%) пациентов – стадии В, у 10 (33,3%) пациентов выявлена ЭНРБ.

При анализе жалоб и эндоскопическом исследовании симптомы тревоги не выявлены ни у одного пациента. 9 пациентам, предъявлявшим жалобы на мучительную изжогу, была выполнена кратковременная pH-метрия пищевода и желудка. У 7 (77,7%) обследованных подтверждено наличие гастроэзофагеального рефлюкса: преимущественно слабокислого (рН от 5,9 до 4) – у 2 (22%), кислого (рН < 4) – у 5 (25%). Средние значения кислотности желудка свидетельствовали о непрерывном кислотообразовании повышенной интенсивности (рН=1,2±0,54) и декомпенсации ошелачивания в антральном отделе (рН=2,19±0,75).

У 8 (80%) из 10 пациентов с ЭНРБ при проведении pH-метрии определялся преимущественно слабокислый гастроэзофагеальный рефлюкс ($p < 0,05$).

Качество жизни пациентов с ГЭРБ, особенно стадии В, и ЭНРБ было снижено по всем составляющим опросника. Пациенты вынуждены были менять привычный образ жизни, длительно принимать лекарственные препараты, строго соблюдать диету.

Во время лечения пациентов с ГЭРБ и ЭНРБ было установлено, что количество и интенсивность жалоб, характерных для этих заболеваний, уменьшались в разной степени у большинства участников в первые 5-7 дней. Однако у 1 пациента с ГЭРБ стадии В полного купирования симптомов к концу лечения в стационаре (14-й день) не достигнуто, несмотря на улучшение показателей pH-метрии, что явилось основанием для продолжения лечения на 8 недель на амбулаторном этапе, не уменьшая дозы препаратов и кратность приема.

Ответ на терапию ИПП в сочетании с эмульсией Гиалера™ считали положительным при снижении выраженности ведущего симптома ГЭРБ – изжоги – на 2 градации по 5-балльной шкале Лайкерта и сохранении симптомов лишь легкой степени выраженности или их отсутствии.

При лечении ИПП с добавлением эмульсии Гиалера™ отмечалось полное купирование изжоги на 5-й день у 9 (75%) из 12 пациентов с ГЭРБ стадии А до лечения (1-я степень по шкале Лайкерта), у 3 пациентов к концу стационарного лечения сохранялась слабая изжога (2-я степень по шкале Лайкерта), изжога полностью была купирована к 4-й неделе лечения.

Из 8 пациентов с ГЭРБ стадии В полное купирование изжоги отмечалось у 62,5% к концу 1-й недели, остальных 3 пациентов изжога беспокоила умеренно (2-я и 3-я степень по шкале Лайкерта) к окончанию стационарного лечения, полностью этот симптом был устранен к концу 8-й недели терапии, на амбулаторном этапе.

У всех 10 пациентов с ЭНРБ при лечении ИПП и эмульсией Гиалера™ отмечалось полное субъективное отсутствие изжоги на 3-й день лечения (1-я степень по шкале Лайкерта). При возникновении изжоги у некоторых пациентов с ЭНРБ добавку Гиалера™ можно использовать вместо либо в сочетании с ИПП.

При эндоскопическом контроле симптомов рефлюкс-эзофagита у пациентов с ГЭРБ стадий А и В отмечалось исчезновение и уменьшение количества эрозий СОП, гиперемии и отечности ($p < 0,05$).

При контрольной pH-метрии через 2 недели лечения у 26 (86,6%) пациентов в теле желудка зарегистрировано значение рН > 4, гиперацидность – у 3 (10%). Данные pH-метрии в ходе лечения пациентов с ГЭРБ свидетельствовали об исчезновении у них кислого рефлюкса, слабокислый рефлюкс зарегистрирован лишь у 5 пациентов к концу лечения. Зафиксировано снижение высокой интенсивности непрерывного кислотообразования более чем у 20 (66%) пациентов.

При контрольной ЭГДС в конце 4-й недели лечения эрозивные изменения пищевода не выявлены ни у одного пациента с ГЭРБ стадии А; патологический гастроэзофагеальный рефлюкс не отмечен ни в одном случае.

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о том, что ИПП не во всех случаях являются препаратами выбора для быстрого купирования изжоги у пациентов с ГЭРБ, особенно при стадии В рефлюкс-эзофagита [2, 7, 12, 14, 17]. Сочетание ИПП с препаратами, содержащими ГК и альгинаты, в частности, с эмульсией Гиалера™, позволило сократить длительность изжоги у большинства пациентов с ГЭРБ, значительно уменьшить ее интенсивность и устранить на 5-й (стадия А) и 7-й (стадия В) день лечения. Проводимая антисекреторная терапия (ИПП + Гиалера™) в течение 4 и 8 недель способствовала купированию клинических симптомов ГЭРБ (в первую очередь изжоги) у 80% пациентов с ГЭРБ и всех (100%) пациентов с ЭНРБ, что явилось статистически значимым.

Отмечалось улучшение качества жизни пациентов с ГЭРБ и ЭНРБ при лечении ИПП и альгинатами, что проявилось в нормализации физической, эмоциональной, социальной составляющих; снижение частоты ночных эпизодов изжоги улучшило качество сна и общее состояние пациентов.

Следует отметить, что по завершении курса лечения ИПП в сочетании с эмульсией Гиалера™ имело место снижение количества и продолжительности эпизодов рефлюкса, что способствовало эпителизации эрозивных изменений СОП. После окончания лечения прекратились жжение и боль в языке у всех больных, причем данные симптомы проходили одновременно с изжогой и отрыжкой.

Таким образом, Гиалера™ в комбинации с ИПП является средством для быстрого купирования изжоги разной степени выраженности и продолжительности.

Выводы

1. Гиалера™ является комбинацией натрия гиалуроната и натрия альгината. Использование этой диетической добавки патогенетически обосновано у пациентов с ГЭРБ и ЭНРБ, так как она обладает цитопротективным, репаративным, противовоспалительным, сорбционным действием; способствует купированию изжоги, кислой отрыжки и тяжести в желудке.

2. При ведении пациентов с ГЭРБ с применением комбинации ИПП и эмульсии Гиалера™ отмечалось полное купирование изжоги на 5-й день у 75% пациентов со стадией А и на 7-й день – у 62,5% пациентов со стадией В. Полное устранение изжоги наблюдалось в конце 4-х и 8-недельного курса лечения у всех пациентов с ГЭРБ и ЭНРБ, что улучшило качество их жизни.

3. Назначение эмульсии Гиалера™ целесообразно для купирования постпрандиальной изжоги у пожилых пациентов на фоне полиморбидности и полипрагмазии.

Список литературы находится в редакции.



Гіалера™
УСУВАЄ ПЕЧІЮ ТА ВАЖКІСТЬ В ШЛУНКУ

ГІАЛЕРА

Швидка дія
Захист від повторних епізодів

Приємний смак
Зручна форма випуску у стіках

Гіалера®. Дієчна (харчова) добавка. Не є лікарським засобом. Перед застосуванням обов'язково ознайомтесь із інструкцією з використання. Виробництво: ТОВ «БОРПАРТІС ФАРМА», Україна, 03142, м.Київ, вул. Академіка Крижановського, буд. 4, тел./факс: (044) 594-95-05, www.pbvud.com

Виробництво: ТОВ «БОРПАРТІС ФАРМА», Україна, 03142, м.Київ, вул. Академіка Крижановського, буд. 4, тел./факс: (044) 594-95-05, www.pbvud.com